

Kuntoutuks

2018

1

Kelan sopeutumisvalmennuksen vaikutukset ja hyödyt lasten vanhempien arvioimina

Kuntoutus osana työkykyjohtamista henkilöstöasiantuntijan näkökulmasta

Kognitiivinen haastattelu kyselylomakkeen kehittämisessä

SISÄLTÖ

PÄÄKIRJOITUS

ERJA POUTIAINEN

On aika aloittaa keskustelu kuntoutuksen tutkimuksesta, kehittämisestä ja koulutuksesta

3

TIETEELLINEN ARTIKKELI

ANU KIPPOLA-PÄÄKKÖNEN, KRISTIINA HÄRKÄPÄÄ,
AILA JÄRVIKOSKI JA ILONA AUTTI-RÄMÖ

Kelan sopeutumisvalmennuksen vaikutukset ja
hyödyt lasten vanhempien arvioimina

5

RIITTA SEPPÄNEN-JÄRVELÄ

Kuntoutus osana työkykyjohtamista henkilöstö-
asiantuntijan näkökulmasta

21

KATSAUS

KIRSI UNKILA, KALLE LAUTALA, MIIA WIKSTRÖM,
MATTI JOENSUU JA MINNA SAVINAINEN

Kognitiivinen haastattelu kyselylomakkeen kehittämisessä

33

KAISA HAAPAKOSKI JA LEENA ÅKERBLAD

Tunnustamisen problematiikka
ammattillisessa kuntoutuksessa

41

KOULUTUSESITTELY

MAARIT VIRTA, LIISA KLENBERG, MARJA LAASONEN
JA LAURA HOKKANEN

Uudistunut neuropsykologian erikoispsykologikoulutus

47

LECTIO PRAECURSORIA

MERJA A. T. REUNANEN

Toimijuus kuntoutumisen tavoitteena

53

KUNTOUTUKSESSA TAPAHTUU

57

Kuntoutus on kuntoutusalan tieteellis-ammattilinen lehti, joka ilmestyy neljä kertaa vuodessa. Lehti välittää ajankohtaista tietoa kuntoutuksen tutkimuksesta, menetelmistä ja innovaatioista sekä seuraa alan yhteiskunnallista keskustelua. **TOIMITUSNEUVOSTO** Kristiina Härkäpää, Lapin yliopisto; Mauri Kallinen, Keski-Suomen sairaanhoitopiiri ja Kutke ry; Jyri Liukko, Eläketurvakeskus; Jouni Puumalainen, Kuntoutussäätiö; Marketta Rajavaara, Helsingin yliopisto; Salla Sipari, Metropolia AMK; Patrik Tötterman, työ- ja elinkeinoministeriö. **TOIMITUS** Erja Poutiainen, päätoimittaja, Annika Laisola-Nuotio, toimitussihteeri, Mika Ala-Kauhaluoma, Mila Gustavsson-Lilius, Sinikka Hiekkala. **TOIMITUKSEN YHTEYSTIEDOT** PL 39, 00411 Helsinki, puhelin 044 781 3120, annika.laisola-nuotio@kuntoutussaatio.fi **WWW-SIVUT JA MEDIAKORTTI** www.kuntoutussaatio.fi/kuntoutuslehti **TILAUSHINNAT** Kestotilaus 54 euroa | Vuosikerta 58 euroa | Opiskelijat 27 euroa | Kuntoutuksen tutkimus- ja kehittämissyhdistyksen jäsenet 50 euroa | Irtonumero á 14 € + postimaksu **ILMOITUSHINNAT:** 1/1 sivu mv 250 euroa, 1/2 sivu mv 150 euroa, 1/4 sivu mv 120 euroa **JULKAISIJAT** Kuntoutussäätiö ja Kuntoutuksen tutkimus- ja kehittämissyhdistys Kutke ry | 41. vuosikerta | ISSN 0357-2390 **KANNEN SUUNNITTELU** Päivi Talonpoika-Ukkonen **PAINO** Painoyhtymä Oy

ON AIKA ALOITTA A KESKUSTELU KUNTOUTUKSEN TUTKIMUKSESTA, KEHITTÄMISESTÄ JA KOULUTUKSESTA

PÄÄKIRJOITUS

ERJA POUTIAINEN

Kuntoutuksen uudistamiskomitea otti marraskuussa 2017 julkaistussa raportissaan laajalti kantaa kuntoutuksen eri näkökulmiin. Se teki ehdotuksia myös kuntoutuksen tutkimuksesta ja kehittämisestä sekä kuntoutuksen alan koulutuksesta. Komitea korostaa raportissaan, että ammattikorkeakoulujen ja yliopistojen tulee suunnitella yhteiset oppisisällöt kuntoutuksen perus-, jatko- ja täydennyskoulutukseen. Vastuuhenkilöiden koulutuksessa tulee ottaa huomioon ne osaamisen vaatimukset, joita kuntouttava työote sekä vastuullisen asiakasohjauksen malliin perustuva työote (case management -työote) edellyttävät. Kuntoutus-lehti on vuodesta 2015 alkaen tarjonnut oman panoksensa koulutuksia koskevan tiedon levittämiseen julkaisemalla säännöllisesti koulutusta toteuttavien tahojen tuottamia esittelyjä kuntoutusta koskevista, pääasiassa tutkintoon johtavista koulutuksista. Tässä numerossa ilmestyvä kymmenes koulutusesittely kuvaa pitkänä yliopistollisena erikoistumiskoulutuksena toteutettavaa neuropsykologian erikoispsykologin koulutusta ja erityisesti sen kuntoutusta koskevia osa-alueita.

Kuntoutuksen tutkimus on kuntoutuksen uudistamiskomitean mukaan hajallaan, ja verkostoyhteistyö tutkimus-, kehittämis- ja innovaatiotoimintaa toteuttavien toimijoiden välillä on sirpalemaista. Komitea tunnistaa olemassa olevan ammattikorkeakoulujen muodostaman kuntoutusalan osaamiskeskittymän. Lisäksi se näkee Osaamisella SOTEn -uudistuksen tukevan osaltaan kuntoutusalan koulutusta ja TKI-toimintaa koskevaa kehittämistä. Opetus- ja kulttuuriministeriön todetaan ohjaavan toimivaltansa puitteissa korkeakoulujen kuntoutuksen toimialalta lähtevää koulutus- ja tutkimustoimintaa.

Uudistamiskomitea korostaa myös kuntoutuksen monialaisten professuurien olevan keskeinen resurssi kuntoutuksen tutkimuksen yleisen kehityksen kannalta. Komitea pitää tärkeänä, että eri tieteenaloille ja eri korkeakouluihin perustettaisiin tällaisia professuureja. Eri korkeakoulujen professuurien tulisi toimia monitieteellisenä verkostona toteuttaen ja kehittäen yhdessä kuntoutuksen tutkimusta ja koulutusta. Kuntoutuksen tutkimuksen ja kehittämistoiminnan edistämiseksi kuntoutuksen uudistamiskomitea esittää kuntoutuksen strategisen tutkimus- ja kehittämisohjelman laatimista. Komitean mukaan korkeakoulujen ja muiden tutkimusorganisaatioiden tulee osallistua yhdessä sosiaali- ja terveysministeriön ja työ- ja elinkeinoministeriön kanssa kyseisen ohjelman laatimiseen.

Edellä kuvatuista kuntoutuksen tutkimukseen, kehittämiseen sekä

koulutukseen liittyvistä ehdotuksista ja linjauksista, joita kuntoutuksen uudistamiskomitea esitti raportissaan, tulisi nyt aloittaa yhteinen keskustelu. Kuntoutus-lehti taustaorganisaatioineen haluaa olla vahvasti mukana tässä keskustelussa.

Jo nyt Kuntoutus-lehti tukee osaltaan kuntoutusalan tutkijoita tarjoamalla julkaisukanavan tieteellisille tutkimuksille. Se julkaisee myös selvityksiä ja esittelyjä ja kertoo ajankohtaisista alan tapahtumista levittäen monipuolisesti tietoa kuntoutuksesta ja sen lähialoista. Kuntoutus-lehti vahvistuu ja monipuolistuu, kun sen taustavoimana on tästä numerosta lähtien kaksi kuntoutuksen tutkimukseen ja kehittämiseen keskittynyttä toimijaa: Kuntoutuksen tutkimus- ja kehittämissyhdistys Kutke ry sekä Kuntoutussäätiö. Kutke ry:n myötä toimitukseen on saatu vahvistusta ja myös uusi toimitusneuvosto on aloittanut toimikautensa. Lisäksi lehteä tullaan kehittämään vuoden aikana aktiivisesti yhdessä lukijoiden kanssa Tiedekustantajien liiton apurahan turvin. Vuoden aikana järjestetään kaksi työpajaa sekä erillinen käyttäjäkysely. Tämän numeron 3-kannesta löytyy ensimmäistä, kesäkuussa (5.6.2018 klo 12.30–16.00) järjestettävää työpajaa koskeva tarkempi ilmoitus. Kaikki lehden kehittämisestä kiinnostuneet ovat lämpimästi tervetulleita työpajoihin!

Vuoden 2018 ensimmäinen lehden numero on hieman muuttunut ulkonäöltään, mutta sisällöstä ei ole tingitty. Lehti sisältää kaksi mielenkiintoista tieteellistä artikkelia, joista toinen kuvaa sopeutumisvalmennuskurssien koettuja vaikutuksia ja toinen sitä, miten kuntoutus nähdään osana työkykyjohtamista. Lisäksi katsauksissa selvitetään kognitiivisen haastattelun käyttökelpoisuutta menetelmäkehityksessä sekä tarkastellaan tunnustuksen edellytyksiä ammatillisessa kuntoutuksessa. Kuntoutusalan koulutusten esittely jatkuu. Lisäksi saamme lukea väitöstyön yhteenvedon toimijuudesta kuntoutuksen tavoitteena. Kannattaa muistaa myös Kuntoutuksessa tapahtuu -palsta, josta löytyy tietoa kuntoutuksen ajankohtaisista aiheista ja tapahtumista.

Toivotan edelleen antoisia lukuhetkiä Kuntoutus-lehden parissa!

Erja Poutiainen

Kuntoutus-lehden päätoimittaja

KELAN SOPEUTUMISVALMENNUKSEN VAIKUTUKSET JA HYÖDYT LASTEN VANHEMPIEN ARVIOIMINA

Johdanto

Sopeutumisvalmennus on psykososiaalista kuntoutusta, jonka tavoitteena on tarjota tietoa sairaudesta tai vammasta ja sen hoidosta sekä tukitoimista. Valmennuksessa pyritään myös tukemaan kuntoutujan ja hänen läheistensä voimavaroja selviytyä arjessa sairaudesta huolimatta. Sopeutumisvalmennusta järjestetään usein kurssi- ja ryhmämuotoisesti henkilöille, joilla on jokin pitkäaikaissairaus tai vamma. Lasten ja nuorten sopeutumisvalmennus on pääasiallisesti suunnattu koko perheelle. Perhekeskeinen työote on erityisen tärkeä, koska perheen toimintatavoilla on merkitystä lapsen hyvinvoinnin kannalta. Lapsen ominaispiirteiden lisäksi kuntoutustarpeen arvioinnissa ja kuntoutumisen prosessissa tulee kiinnittää huomiota perheen voimavaroihin, rakentaa muutosta vahvuuksien varaan ja tukea perheen myönteisiä kasvatus- ja toimintamalleja. Vanhempien tuen tarpeisiin vastaamalla voidaan vahvistaa myös lapsen hyvinvointia. (Autti-Rämö ym. 2016c, Kauppila ym. 2016, Koivikko & Sipari 2006.)

Perheen valtaistuminen (empowerment) on käsite, jonka avulla voidaan kuvata perheen voimavarojen kehittymistä perhekeskeisessä toiminnassa (ks. esim. Rantala

2002). Valtaistuminen merkitsee tiedon ja ymmärryksen lisääntymistä, koetun hallinnan ja hallintakeinojen vahvistumista sekä vaikutusvaltaa perheen omiin asioihin. Korenin ym.:iden (1992) viitekehyksen mukaan perheen valtaistuminen tapahtuu sekä asenteiden, tietojen että käyttäytymisen muutoksena ja voi toteutua sekä perheen, palvelujärjestelmän että yhteisön ja politiikan tasolla. Valtaistumisen teorioita on hyödynnetty esimerkiksi sairauteen tai vammaan sopeutumisen (esim. Järvikoski & Härkäpää 2014), valtaistavan työotteen (esim. Kelo ym. 2013) ja vanhempien osallisuuden (esim. Vuoremaa 2016) tarkastelussa, ja sitä on käytetty sopeutumisvalmennuksen tulostuuttujana (esim. Homan-Helenius 2005). Perheen valtaistuminen on useiden tutkimusten mukaan yhteydessä lapsen ja vanhempien hyvinvointiin (esim. Bode ym. 2016, Nachshen & Minnes 2005, Weiss ym. 2015). Se on myös yhteydessä sopeutumisvalmennusta koskeviin odotuksiin ja tuen tarpeisiin (Kippola-Pääkkönen ym. 2016a).

Tämä tutkimus kohdistuu Kelan järjestämien sopeutumisvalmennuskurssien vaikutusten ja hyötyjen arviointiin ja perustuu lasten vanhempien kokemuksiin ja arvioihin. Asiakkaiden kokemusten selvittämisen kun-

toutuksen hyödyistä ja haitoista on katsottu olevan tärkeä osa kuntoutuksen arkivaikutusten arviointia (Autti-Rämö ym. 2016b). Aikaisempia tutkimuksia perheiden sopeutumisvalmennuksesta on tehty muutamia. Sopeutumisvalmennuksen vaikutukset ovat ilmenneet sairautta ja sen hoitoa koskevan tiedon lisääntymisenä ja perheen voimaantumisenä (Homan-Helenius 2005), ja koetut hyödyt ovat liittyneet erityisesti vertaistuen saantiin (Autti-Rämö ym. 2015, Kippola-Pääkkönen ym. 2016b). Kurssit eivät ole kaikilta osin vastanneet odotuksia, eivätkä kurssikokemukset ole olleet pelkästään myönteisiä. Esimerkiksi asiantuntijatiedon ja ammatillisen psykososiaalisen tuen tarpeisiin vastaaminen on jäänyt toteutumatta niihin kohdistetuista odotuksista ja järjestäjän asettamista tavoitteista huolimatta (Autti-Rämö ym. 2015).

Internaattimuotoista sopeutumisvalmennusta, jossa asuminen ja ruokailu tapahtuvat kuntoutusjakson aikana kuntoutuspaikassa, on pidetty suomalaisena ilmiönä tai innovaationa (Streng 2014). Kansainvälisessä kirjallisuudessa tietoa on löydettävissä perheiden psykoedukaatiivisten tai psykososiaalisten interventioiden käsitteillä (esim. Barlow & Ellard 2004, Reichow ym. 2013). Ulkomaiset interventiot ovat useimmiten avomuotoisia, ryhmää hyödyntäviä interventioita, joissa kuntoutuksen sisältö, tapaamistiheydet ja kuntoutuksen kesto vaihtelevat. Tämän tutkimuksen kohteena ovat kurssit, joissa lapsella on diabetes tai kehityksellinen häiriö tai vamma. Diabetesta sairastavien lasten ja nuorten psykososiaalisia interventioita koskevat tutkimukset ovat kohdistuneet useammin lapseen kuin koko perheeseen, ja vaikutusmittarit ovat liittyneet yleensä useammin lapsen verensokeritasapainon seurantaan kuin perheen toimintakyvyn, toimintamallien tai valtaistumisen muutoksen tarkasteluun (Barlow & Ellard 2004, Savage ym. 2010). Lapsen kehityksellisiä häiriöitä koskevista, perheiden psykososiaalisista interventioista on löydettävissä tutkimuksia, joissa tarkastellaan etenkin vanhempien valmennusohjelmia (parent training). Niiden on todettu vaikuttavan myönteisesti perheen toimintaan, vanhempien itseluottamukseen

ja kasvatuskäytäntöihin sekä lapsen käyttäytymiseen (esim. Coates ym. 2015, Daley ym. 2014, Reichow ym. 2013). On myös todettu, että sairautta ja sen hoitoa koskevalla tiedolla ja tuella (esim. Yeh ym. 2016) sekä vertaisten tuella (Banach ym. 2010, Law ym. 2001) on ollut myönteisiä vaikutuksia valtaistumiseen.

Tutkimuksen tarkoitus

Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää Kelan sopeutumisvalmennuskursseille osallistuneiden lasten vanhempien alku- ja seurantakyselyjen vastausten perusteella

- 1) lapsen hyvinvoinnissa ja toimintakyvyssä sekä perheen valtaistumisessa, vanhempien hyvinvoinnissa ja vanhemmuuteen liittyvissä huolissa tapahtuneita muutoksia seurantavälillä,
- 2) vanhempien kokemuksia sopeutumisvalmennuskurssin hyödyistä ja sen vaikutuksista elämän eri osa-alueilla sekä
- 3) tekijöitä, jotka ovat yhteydessä koettuun hyötyyn.

Tutkimus on osa laajempaa Kelan järjestämää sopeutumisvalmennusta koskevaa tutkimusta, jonka rahoittajana on Kela ja toteuttajana Lapin yliopisto (ks. tarkemmin Härkäpää ym. 2016, Kippola-Pääkkönen ym. 2016a). Tutkimussuunnitelma on hyväksytty Kelan eettisessä toimikunnassa.

Aineisto ja menetelmät

Aineisto

Tutkimuksen kohteena olivat Kelan sopeutumisvalmennuskurssit, joita järjestettiin diabetesta sairastaville lapsille (D), moni- ja liikuntavammaisille lapsille (MLV; muun muassa CP-vamma, kehitysvammat) sekä lapsille, joilla oli oppimisen tai psyykkisen kehityksen häiriö (OPK; aktiivisuuden ja tarkkaavaisuuden häiriö ADHD, Aspergerin oireyhtymä, autismi, kielelliset erityisvaikeudet)¹. Aineisto kerättiin vuosina 2014–15 neljän palveluntuottajan kursseilta. Kaksi palveluntuottajaa vastasi yhden

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

sairauspääryhmän kurseista (D tai MLV) ja kaksi palveluntuottajaa kahden eri sairauspääryhmän kurseista (OPK ja MLV). Tutkimukseen valituille kurseille osallistui yhteensä 602 lasta pääosin perheineen. Palveluntuottaja lähetti tutkimusta koskevat tiedotteen, alkukysely- ja suostumuslomakkeet kurssin kutsukirjeen mukana kurssille osallistuneiden lasten vanhemmille. Vanhemmista 357 antoi tietoon perustuvan kirjallisen suostumuksensa osallistua tutkimukseen ja vastasi alkukyselyyn. Alkukyselylomakkeet palautettiin tutkijoille ja suostumuslomakkeet Kelaan. Kurssin päättyessä vanhemmat vastasivat loppukyselyyn. Puoli vuotta kurssin loppumisen jälkeen Kela lähetti vanhemmille kotiin seurantakyselyn, jonka he palauttivat suoraan tutkijoille.

Tämän tutkimuksen aineisto sisältää alkukyselyt ja noin puoli vuotta kurssin loppumisen jälkeen täytetyt seurantakyselyt. Vastaajat rajattiin vain perhekurseille tai osittaisille perhekurseille osallistuneiden alle 18-vuotiaiden lasten vanhempiin, joita oli 351 (D: n=74; OPK: n=177; MLV: n=100). Seurantakyselyyn heistä vastasi 219 (62 %) (D: n=52; (70 %) OPK: n=106 (60 %); MLV: n=61 (61 %)).

Tutkimukseen osallistuneista vanhemmista 347 (99 %) osallistui kurssille kurssin koko keston ajan ja neljä (1 %) osittain. Kaikissa kurssiryhmissä lomakkeisiin vastasi pääasiallisesti äiti tai molemmat vanhemmat yhdessä (93–94 %). Äitien keski-ikä oli 39.2 (vaihteluväli 23–61 v.) eikä iässä ollut eroja ryhmien välillä. Äideistä 62 prosenttia oli työssä, 10 prosenttia työttömänä ja 29 prosenttia muussa elämäntilanteessa.

Interventio

Kurseille pääsemisen edellytyksenä oli hoitavan lääkärin suositus kurssille osallistumisesta. Kurssien toteuttamisessa noudatettiin Kelan kuntoutusta ohjaavia kurssikohtaisia palvelukuvauksia eli standardeja, ja kurssien tavoitteissa, sisällöissä sekä rakenteissa oli kohderyhmien välisiä eroja (Kela 2013a, 2013b, 2014). D-ryhmän lasten ja nuorten sekä MLV-ryhmän lasten kurssit olivat viiden

vuorokauden mittaisia. OPK-ryhmän kaikki kurssit sekä MLV-ryhmän nuorten kurssit toteutettiin kahdessa viiden päivän jaksossa. Kurssit oli kohdistettu eri ikäryhmille; alle kouluikäisille, kouluun lähteville ja alakouluikäisille sekä yläkouluikäisille. Ryhmäkoot kurseilla vaihtelivat; tavoiteryhmäkoko oli 6–10 kuntoutujaa perheineen tai läheisineen. Kurssit toteutettiin perhekurseina, joissa läheiset osallistuivat kuntoutuksen koko kurssin ajan paitsi MLV-ryhmän nuorten kurseilla. Nämä toteutettiin osittaisina perhekurseina, eli läheiset olivat mukana osan aikaa, yhteensä viisi vuorokautta, joista kaksi vuorokautta ensimmäisen kurssijakson alussa ja kolme vuorokautta toisen kurssijakson lopussa.

Päivittäisen ohjelman kesto oli vähintään kuusi tuntia päivässä, josta moniammatillisen työryhmän ja/tai erityistyöntekijöiden toteuttaman kuntoutuksen osuus oli vähintään viisi tuntia. Kuntoutusohjelman sisällöt vaihtelivat kohderyhmien mukaan, ja ohjelmassa pyrittiin ottamaan huomioon osallistujien tarpeet ja tavoitteet. Yleisenä tavoitteena kurseilla oli tarjota tietoa sairaudesta, sen hoidosta ja kuntoutus- ja tukitoimista sekä tukea osallistujien ja heidän läheistensä voimavarojen vahvistumista ja aktiivista osallisuutta. Ohjelma sisälsi yksilöllisiä keskusteluja, eri ammattilaisten ohjaamia ryhmäkeskusteluja ja toiminnallisia menetelmiä. Vanhemmilla, kuntoutujina olevilla lapsilla ja heidän sisaruksillaan oli sekä erillistä että yhteistä ohjelmaa. Osallistujia yhdisti lapsen samankaltainen sairaus, häiriö tai vamma, ja ryhmämuotoinen kuntoutus pyrki mahdollistamaan vertaistuen toteutumisen kurssilaisten kesken. Kurseista vastasi moniammatillinen työryhmä, jonka edustus vaihteli kohderyhmän mukaisesti, ja varsinaista työryhmää täydensivät eri alan erityistyöntekijät. Kurseilla toimi muun muassa lääketieteen, hoitoalan, psykologian, sosiaali- ja kasvatusalan, toiminta-, fysio- ja puheterapian sekä ravitsemusterapian asiantuntijoita.

Muuttujat

Alkukyselylomakkeen yleisten taustatieto-

jen lisäksi tutkimuksessa käytettiin lapsen toimintakykyä ja hyvinvointia sekä vanhempien tilannetta koskevia muuttujia sekä muuttujia, joilla selvitettiin sopeutumisvalmennuksen koettuja hyötyjä ja vaikutuksia.

Lapsen toimintakykyä ja hyvinvointia selvitettiin alku- ja seurantakyselyssä seuraavasti:

- *Lapsen sairauden, vamman tai toimintakyvyn rajoitteen haittaavuutta* arvioitiin asteikolla 0–10 (0 = vaikein mahdollinen haitta, 10 = ei lainkaan haittaava).
- *Lapsen hyvinvointia* arvioitiin asteikolla 4–10 (4 = huono tai epätydyttävä, 10 = erinomainen).
- Lapsen psykososiaalista hyvinvointia, vahvuuksia ja vaikeuksia vanhemmat arvioivat 4–17-vuotiaiden lasten osalta 25-osioisella *Strengths and Difficulties Questionnaire* -kyselyllä (SDQ; Goodman 1997, 2001). Kyselyn pohjalta muodostettu kokonaispistemäärä (vaihteluväli 0–40) luokitellaan kolmeen ryhmään: ei merkittävää oireilua (0–13), jonkin verran oireilua (14–16), kliinisesti merkittävää oireilua (17–40) (SDQ, 2017).

Perheen valtaistumista ja vanhempien hyvinvointia selvitettiin alku- ja seurantakyselyssä seuraavasti:

- *Perheen valtaistumista* selvitettiin 10-osioisella kysymyssarjalla, jonka pohjana oli Korenin (1992) työryhmän julkaisema perheen valtaistumisen mittari (Family Empowerment Scale). Kutakin osiota arvioitiin asteikolla 1–5 (1 = ei pidä lainkaan paikkaansa, 5 = pitää täysin paikkansa). Osiot koskivat sairauden tiedollista hallintaa (esim. ”Tunnen, että minulla on riittävästi tietoa lapseni sairauden hoidosta ja kuntoutuksesta”), selviytymisen tunnetta ja ongelmien hallintaa (esim. ”Perheemme pystyy keskittymään hyviin asioihin elämässä, ei vain ongelmiin”) sekä valmiutta sairautta koskevien asioiden käsittelyyn (esim. ”Minun ja lapseni mielipiteen tulee olla yhtä tärkeä kuin asiantuntijan päätetäessä millaisia palveluja lapsi tarvitsee”). Valtaistumisen kokonaissumman

Cronbachin alfa-kerroin (α) on 0.78. (Ks. myös Kippola-Pääkkönen ym. 2016a.)

- *Vanhempien hyvinvointia* arvioitiin asteikolla 4–10 (4 = huono tai epätydyttävä, 10 = erinomainen).
- *Vanhemmuuteen liittyviä huolia* arvioitiin kolmella osiolla (huoli lapsen selviytymisestä elämässä; tunne siitä, ettei pysty auttamaan lasta; huoli omasta jaksamisesta vanhempana) asteikolla 1–3 (1 = ei huolta, 3 = paljon huolta). Huolia koskeva summamuuttuja jaettiin osioiden määrällä (vaihteluväli 1–3; $\alpha=0.66$).
- *Läheisiltä ja ystäviltä saatua tukea lapsen hoidossa ja kasvatuksessa* selvitettiin neljällä osiolla (puoliso; isovanhemmat; muut sukulaiset; ystävät) arviointiasteikolla 1–4 (1 = ei lainkaan/ei koske meitä, 4 = erittäin paljon). Osioiden perusteella muodostettiin läheisiltä saatua tukea kuvaava summamuuttuja, joka osoittaa niiden tahojen lukumäärän, joilta vastaaja on saanut melko tai erittäin paljon tukea (vaihteluväli 0–4).

Sopeutumisvalmennuksen koettuja vaikutuksia sekä sen hyötyjä ja haittoja selvitettiin seurantakyselyssä seuraavasti:

- *Sopeutumisvalmennuksesta saatua, arjessa selviytymisessä ilmenevää hyötyä lapselle tai perheelle* arvioitiin 5-portaisella asteikoilla (1 = erittäin paljon, 5 = ei lainkaan). Arviota täydennettiin avokysymyksillä: ”Millaista kurssin tarjoama hyöty on ollut?” ja ”Kun ajattelet sopeutumisvalmennuskurssia kokonaisuutena, mikä on ollut paras anti lapselle ja perheellesi?”
- *Sopeutumisvalmennuksen aiheuttamaa, arkea hankaloittavaa haittaa*, arvioitiin vastaavasti 5-portaisella asteikolla, ja arviota täydennettiin kysymyksellä: ”Millaista haittaa tai hankaluutta?”
- *Vanhempien arviota sopeutumisvalmennuksen myönteisistä vaikutuksista eri elämänalueilla selvitettiin* 20-osioisen kysymyssarjan avulla. Osiot ryhmiteltiin perhettä, lapsen psyykkistä toimintaa ja hyvinvointia, lapsen sosiaalista toimintaa, lapsen fyysistä toimintakykyä sekä itsenäistymiskehitystä ja tulevaisuuden

selkiytymistä koskeviin vaikutuksiin (ks. kuvio 2). Kutakin osiota arvioitiin asteikolla 0–3: 0 = ei koske lasta/perhettä, 1 = ei erityisiä vaikutuksia, 2 = melko paljon vaikutuksia, 3 = erittäin paljon vaikutuksia).

- *Kurssin jälkeistä yhteydenpitoa kurssilla tapaamiin vertaisiin* selvitettiin kysymyksiin, onko yhteydenpitoa ollut, kuinka usein ja miten se on tapahtunut.

Tilastollinen analyysi

Tilastolliset analyysit tehtiin IBM SPSS Statistics -ohjelman versiolla 22. Analyysissä käytettiin ristiintaulukointeja, Khiin neliö testiä ja Fisherin tarkkaa testiä, yksisuuntaista varianssianalyysiä, parittaista t-testiä, toistettujen mittauksen varianssianalyysiä ja logistista regressioanalyysiä. P-arvo <0.05 katsottiin primaarituloksissa merkitseväksi. Bonferronin korjausta käytettiin monivertailuissa, jolloin korjattu merkitsevyystaso on merkitsevyystaso jaettuna testauskertojen määrällä (ks. McLaughlin & Sainani 2014).

Logistisessa regressioanalyysissä selitettävänä muuttujana käytettiin sopeutumisvalmennuksesta arkeen koituvia hyötyjä koskevaa muuttujaa, joka dikotomisoitiin 1 = melko tai erittäin paljon hyötyjä (61 %) ja 0 = enintään jonkin verran hyötyjä (39 %). Selittävinä muuttujina käytettiin lapsen ikää, sukupuolta, kurssiryhmää, aikaisempaa sopeutumisvalmennusta sekä alkutilanteen hyvinvoinnin, valtaistumisen, huolien ja sosiaalisen tuen arvioita. Ensiksi analysoitiin kunkin selittävän muuttujan yhteys selitettävään muuttujaan erikseen (0-malli). Tämän jälkeen erillisissä analyysissä tilastollisesti merkitseviksi osoittautuneet selittävät muuttujat sisällytettiin yhteiseen analyysiin (1-malli) lukuun ottamatta SDQ-kyselyn pisteitä, koska se oli suunnattu vain 4–17-vuotiaiden lasten vanhemmille.

Kurssivaikutuksia koskevien avokysymysten vastauksien analyysissä hyödynnettiin sisällönanalyysiä. Vastaukset koodattiin Atlas.ti-ohjelmalla. Samansisältöiset lauseet tai tekstin osat luokiteltiin teemoihin, ja teemojen vastaajakohtaiset esiintymistiheydet laskettiin (ks. Braun & Clarke 2006, O’Ca-

thain & Thomas 2004).

Katoanalyysit tehtiin vertaamalla seurantakyselyyn vastanneiden ja vastaamatta jättäneiden sosiodemografisia tietoja sekä muita tietoja (esim. hyvinvointiarviot, huolet, valtaistumisen alkupisteet). D-ryhmän vastausprosentti seurantakyselyssä oli parempi kuin kahden muun kurssiryhmän, mutta ero ei ollut tilastollisesti merkitsevä. Seurantakyselyyn vastanneista vastaamatta jättivät useammin ne, jotka ilmaisivat alkukyselyssä paljon vanhemmuuteen liittyviä huolia (p=.008). Tämä tulee huomioida koettuihin hyötyihin ja vaikutuksiin liittyvien tulosten tulkinnassa. Muilla muuttujilla arvioituna vastanneet ja vastaamatta jättäneet eivät eronneet tilastollisesti merkitsevästi toisistaan.

Tulokset

Kursseille osallistuneiden lasten keski-ikä oli 8.5 (vaihteluväli 1–17 v.). MLV-ryhmän lapset olivat keskimäärin nuorempia kuin kahden muun ryhmän. OPK-ryhmässä poikien osuus oli suurempi (80 %) kuin muissa ryhmissä (58–60 %). Kurssiryhmät erosivat tilastollisesti merkitsevästi lapsen toimintakyvyn rajoitteen haittaavuuden, lapsen vahvuuksia ja vaikeuksia selvittävän SDQ-kyselyn kokonaispistemäärän, lapsen ja perheen hyvinvoinnin, perheen valtaistumisen ja vanhemmuuteen liittyvien huolien suhteen. D-ryhmän vanhemmat arvioivat rajoitteet ja ongelmat muita ryhmiä pienemmiksi ja perheen valtaistumisen muita ryhmiä myönteisemmäksi. MLV-ryhmään kuuluvista suurempi osuus oli osallistunut aikaisemmin sopeutumisvalmennuskurssille kuin muista ryhmistä. Vanhempien saaman sosiaalisen tuen määrässä kurssiryhmät eivät eronneet toisistaan. (Taulukko 1.)

Valtaistumisen kokonaispistemäärä nousi seurantavälillä tilastollisesti merkitsevästi kaikissa kurssiryhmissä (taulukko 2). OPK-ryhmässä valtaistumisipistemäärä oli alkutilanteessa matalampi kuin muissa ryhmissä, ja siinä alku- ja seurantatilanteen välinen muutos oli suurin. Ajan ja kurssiryhmän välinen yhdysvaikutus oli tilastollisesti melkein merkitsevä [$F(2,211)=3.00$, $p=.052$,

Taulukko 1. Alkukyselyyn vastanneiden perustietoja kurssiryhmittäin ja ryhmien välisten erojen tilastolliset merkitsevyydet (p).

Muuttujat	Kurssiryhmä ¹				p
	D (n=71–73)	OPK (n=173–177)	MLV (n=98–100)	Kaikki (n=343–350)	
Lapsen sukupuoli: poikia, %	60.3	80.2	58.0	69.7	<.001 ^a
Lapsen ikä, Ka (Kh)	8.47 (2.82)	9.37 (3.45)	6.88 (3.51)	8.47 (3.50)	<.001 ^b
Sairauden tai toimintakyvyn rajoitteen haittaavuus, Ka (Kh)	6.47 (1.88)	4.97 (1.96)	4.34 (2.26)	5.11 (2.16)	<.001 ^b
SDQ kokonaispisteet Ka (Kh) (4–17-vuotiaat, n= 300)	9.42 (5.67)	18.16 (6.40)	15.91 (5.65)	15.69 (6.95)	<.001 ^b
Hyvinvointi, Ka (Kh)					
- lapsi	8.56 (0.83)	7.86 (1.01)	8.25 (1.04)	8.12 (1.02)	<.001 ^b
- vanhemmat	7.72 (1.04)	7.27 (1.26)	7.55 (1.14)	7.44 (1.19)	.016 ^b
Valtaistumisen kokonaispisteet, Ka (Kh)	4.13 (0.40)	3.75 (0.52)	3.95 (0.46)	3.89 (0.50)	<.001 ^{b+}
Vanhempien huolet, Ka (Kh)	1.95 (0.45)	2.27 (0.48)	2.17 (0.51)	2.17 (0.50)	<.001 ^b
Läheisiltä saatu sosiaalinen tuki (melko/erittäin paljon), %					.815 ^a
- ei keneltäkään	18.1	17.5	12.5	16.2	
- yhdeltä taholta	47.2	48.0	53.1	49.3	
- kahdelta tai useammalta taholta	34.7	34.5	34.4	34.5	
Aikaisempi sopeutumisvalmennus, %	33.8	28.2	48.5	35.2	.003 ^a

¹ D=diabetes, OPK= oppimisen tai psyykkisen kehityksen häiriöt, MLV=moni- ja liikuntavammaisuus
^a Khiin neliö -testi, ^b Yksisuuntainen varianssianalyysi (ANOVA), + Brown-Forsythe testi

$\eta^2=.028$]. Valtaistumisen muutos alkutilanteesta seurantaan oli suurempi niillä, jotka eivät olleet aiemmin osallistuneet sopeutumisvalmennukseen [F(1,209)=4.87, p=.028, $\eta^2=.023$] (kuvio 1).

Seurantavälillä ei tapahtunut tilastollisesti merkitseviä muutoksia lapsen hy-

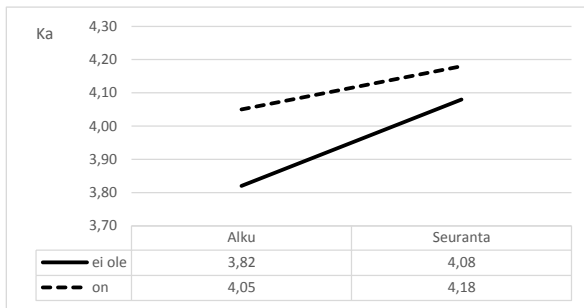
vinvoinnissa, toimintakyvyn rajoitteen haittaavuudessa tai SDQ-kyselyn kokonaispistemäärässä, ei myöskään vanhempien hyvinvoinnissa, vanhemmuuteen liittyvissä huolissa tai läheisiltä lapsen hoidossa ja kasvatuksessa saadussa tuessa.

Seurantahetkellä 90 prosenttia vanhem-

Taulukko 2. Perheiden valtaistumista koskevat arviot alku- ja seurantakyselyssä kurssiryhmittäin. Keskiarvot, keskiarvojen erotukset, t-arvot ja keskiarvojen erojen tilastollinen merkitsevyys (p).

Valtaistumisen kokonaispisteet	Alkukysely Ka (kh)	Seurantakysely Ka (kh)	D (kh)	n	t	p ¹
D	4.10 (0.43)	4.26 (0.33)	0.16 (0.38)	50	2.90	.006
OPK	3.77 (0.53)	4.06 (0.52)	0.29 (0.48)	105	6.02	<.001
MLV	3.96 (0.51)	4.09 (0.49)	0.13 (0.33)	59	3.09	.003
KAIKKI	3.90 (0.52)	4.11 (0.48)	0.21 (0.43)	214	7.29	<.001

¹ Parittainen t-testi. Bonferronin korjauksella p <.01.



Kuvio 1. Valtaistumisen keskiarvot alkutilanteessa ja seurannassa aikaisemman sopeutumisvalmennukseen osallistumisen (ei ole/on) mukaan.

mista arvioi kurssin tarjonnan vähintään jonkin verran hyötyä ja 61 prosenttia arvioi kurssin tarjonnan melko tai erittäin paljon hyötyä perheelle. MLV-ryhmässä melko tai erittäin paljon hyötyjiä raportoineita oli vähemmän (47 %) kuin D- (69 %) tai OPK-ryhmissä (65 %). Logistisella regressioanalyysillä selvitettiin koettuun kurssihyötyyn yhteydessä olevia tekijöitä. Yksittäisissä analyyseissä kurssiryhmällä, lasta ja vanhempia koskevilla hyvinvointiarvioinneilla sekä perheen saamalla sosiaalisella tuella oli tilastollisesti merkitsevä yhteys kurssihyötyjen kokemiseen. Kurssista hyötymisen todennäköisyyttä lisäsivät kuuluminen

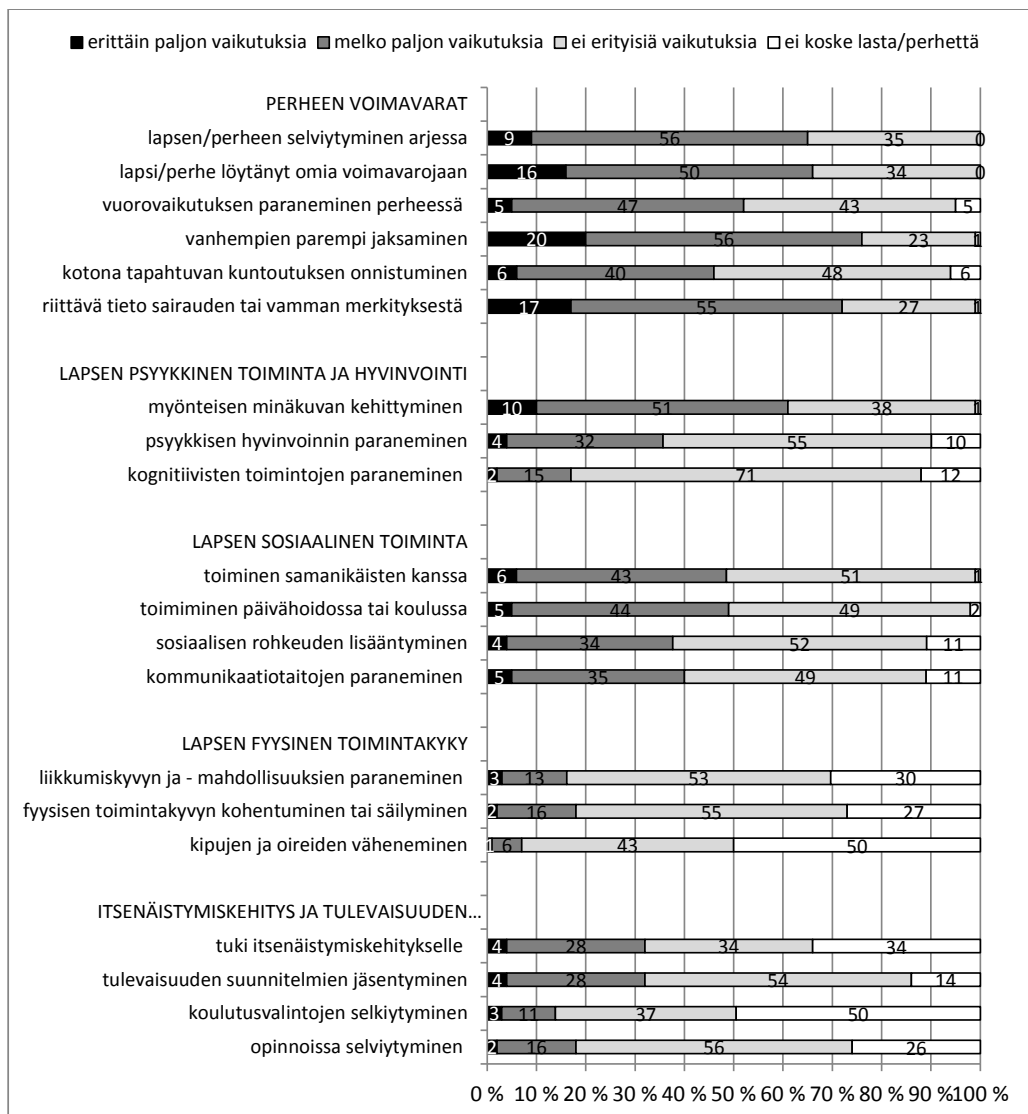
Taulukko 3. Koettuun kurssihyötyyn yhteydessä olevia tekijöitä: logistisen regressioanalyysin ristitulokset (OR), luottamusvälit (lv) ja tilastolliset merkitsevyydet (p). Mallissa 0 on yksi muuttuja kerrallaan selittäjänä, mallissa 1 kaikki muuttujat samalla kertaa.

Selittävät tekijät	Sopeutumisvalmennuksesta koettu hyöty					
	0-malli			1-malli *		
	OR	95 % lv	p	OR	95 % lv	p
Kurssiryhmä						
-MLV	1			1		
-OPK	2.16	1.13-4.13	.020	2.18	1.08-4.38	.029
-D	2.57	1.18-5.59	.017	2.72	1.18-6.24	.019
Lapsen hyvinvointi						
-huono (4-6 p)	1			1		
-keskinkertainen (7-8 p)	4.91	1.26-19.12	.022	3.91	0.87-17.67	.076
-erinomainen (9-10 p)	5.60	1.41-22.26	.014	3.53	0.72-17.36	.121
SDQ kokonaispisteet (4-17 -vuotiaat)						
-ei merkittävää oireilua (0-13 p)	1					
-jonkin verran oireilua (14-16 p)	0.30	0.13-0.68	.004			
-kliinisesti merkittävää oireilua (17-40 p)	0.71	0.36-1.41	.330			
Vanhempien hyvinvointi						
-huono (4-6 p)	1			1		
-keskinkertainen (7-8 p)	1.31	0.64-2.70	.466	0.93	0.40-2.15	.867
-erinomainen (9-10 p)	3.20	1.21-8.49	.019	1.89	0.60-6.00	.278
Läheisiltä saatu sosiaalinen tuki (melko/erittäin paljon)						
-ei keneltäkään	1			1		
-yhdelta taholta	2.75	1.18-6.40	.019	2.28	0.92-5.67	.076
-kahdelta tai useammalta taholta	3.49	1.42-8.57	.006	3.13	1.19-8.23	.021
-2Log Likelihood				255.706		
Cox & Snell R ²				.098		
Nagelkerke R ²				.133		
Lapsen iällä, sukupuolella, aikaisemmalla sopeutumisvalmennuksella, vanhemmuuteen liittyvillä huolilla ja perheen valtaistumisella alkutilanteessa ei ollut tilastollisesti merkitsevää yhteyttä (p<.05) koettuun kurssihyötyyn yksittäisissä analyyseissä.						
*SDQ ei ole mukana 1-mallissa.						

D- tai OPK-ryhmään, lapsen ja vanhemman parempi hyvinvointi sekä perheen vahvempi sosiaalinen tuki. Yhteismallissa kurssiryhmä ja sosiaalinen tuki jäivät edelleen tilastollisesti merkitseviksi. Mallin selityksaste jäi kuitenkin pieneksi (13 %). (Taulukko 3.)

Vanhempien arvioita sopeutumisvalmennuksen myönteisistä vaikutuksista eri elämäntilanteilla kurssin jälkeiseen arkeen on esitetty kuviossa 2. Valtaosa vanhemmista koki kurssilla olleen vaikutuksia perheen voimavaroja kuvaavilla osioilla. Noin kolme

neljäsosaa vanhemmista koki kurssin vaikutaneen erittäin tai melko paljon vanhempien omaan jaksamiseen. Lähes kolme neljästä arvioi myös kurssilla saadulla tiedolla olleen melko tai erittäin paljon vaikutuksia perheen arkeen. Erittäin paljon vaikutuksia arkeen kurssilla arvioitiin olleen kuitenkin varsin harvoin. Niitä oli eniten vanhempien jaksamisessa, jossa viidesosa raportoi erittäin paljon vaikutuksia. Perheen sisäisen vuorovaikutuksen koettiin parantuneen OPK-ryhmässä muita ryhmiä useammin ($p < .001$), ja



Kuvio 2. Vanhempien arvioita sopeutumisvalmennuskurssin myönteisistä vaikutuksista eri elämäntilanteilla (n = 216–219).

sairauden merkitystä koskevaa tietoa saatiin MLV-ryhmässä muita ryhmiä harvemmin ($p=.006$). (Kuvio 2.)

Lapsen psyykkiseen tilanteeseen ja toimintaan liittyvistä vaikutuksista yleisin oli lapsen myönteisen minäkuvan kehittyminen, jossa tapahtuneita muutoksia ilmoitti 61 prosenttia vanhemmista. Tältä osin ryhmät erosivat siten, että MLV-ryhmässä muutoksia raportoitiin harvemmin (44 %) kuin muissa ryhmissä (65–72 %) ($p=.003$). Lapsen psyykkisen hyvinvoinnin paranemista ilmoitti noin kolmannes vanhemmista. Sosiaalisen toiminnan osalta noin puolet vanhemmista raportoi myönteisiä muutoksia lapsen toimimisessa saman ikäisten kanssa ja yleensä päivähoidossa tai koulussa. Fyysisessä toimintakyvyssä oli muutoksia tapahtunut edellisiä harvemmin. Noin joka kolmas oli vanhempien mukaan saanut sopeutumismenuksesta melko tai erittäin paljon tukea itsenäistymiskehitykselle ja tulevaisuuden suunnitelmien jäsentymiselle. (Kuvio 2.)

Lähes kolme neljäsosaa vanhemmista ilmoitti jollakin perheenjäsenellä olleen yhteyksiä kurssilla tavattuihin vertaisiin kurssin jälkeen. Runsaalla kolmasosalla perheistä yhteyksiä oli ollut melko tai erittäin usein, OPK-ryhmään kuuluvilla useammin kuin muilla (OPK 45 %; D 29 %; MLV 20 %, $p=.001$). Yhteydenpito tapahtui pääasiallisesti sosiaalisen median kautta. Alkutilanteen sosiaalisen tuen arvioilla ei ollut tilastollisesti merkitsevää yhteyttä siihen, olivatko perheet olleet yhteydessä kurssilla tavattuihin vertaisiin kurssin jälkeen.

Vanhemmista 96 prosenttia (210/219) kuvasi lapsen tai perheen arjen selviytymiseen saatua kurssihyötyä avokysymysten vastauksissa. Kurssin hyödyistä tai myönteisistä vaikutuksista arkeen nousi esille viisi pääteemaa:

1) Vertaistuki ja kokemusten jakaminen (n = 171, 81 %)

”Uudet ystävät ja vertaistuki. Kokemus siitä, että on osa kaltaistensa joukkoa eikä erotu diabeteksen takia joukosta.” (D)

”Oli huippua tutustua ihmisiin jotka käyvät läpi samoja asioita kuin me. Pystyi puhumaan asioista ja kysymään asioista ilman

sääliviä ja kummastelevia katseita/kysymyksiä. Hyväksytyksi tuleminen tunne! ... Kaikki me saatiin uusia ystäviä, joiden tapaamista odotetaan innokkaasti. Jo kurssilaisten ajatteleminen arjessa helpottaa oloa.” (OPK)

”Kun kuuli toisten kokemuksista monista asioista, tietää miten itse toimia, kun samanlainen tilanne tulee itselle eteen.” (MLV)

2) Tieto ja ymmärrys sairaudesta tai sen hoidosta ja palveluista (n = 129, 61 %)

”Kaiken tarjotun informaation jälkeen eläminen sairauden kanssa on tuntunut turvallisemmalta. Ei reagoida yhtä voimakkaasti heilahteluihin ja yllätyksiin verensokeritasossa. Oppi tuntemaan sairauden ja sen hoidon paremmin kokonaisuutena. Tämän seurauksena suhtautuu luottavammin sairauden hoitoon arjessa.” (D)

”Lapsi on ottanut paljon enemmän vastuuta omasta hoidostaan. Olemme saaneet paljon tarvitsemaamme tietoa.” (D)

”Paljon tuli myös tietoa eri asioista. Lääkäri kertoi mm. melatoniinista, joka tuli lapselle kesän ajaksi nyt käyttöön ja on ollut kyllä huippu juttu, että lapsen nukahtaminen ei enää kestä kolmea tuntia ja vanhemmatkin pääsevät nykyisin ajoissa nukkumaan. (MLV)

”Asialuennot auttoi asettamaan asiat oikeisiin mittasuhteisiin ja näkemään niitä uudelta kannalta.” (OPK)

3) Käytännön neuvot arkeen (n = 72, 34 %)

”Käytännön ohjeita ja vinkkejä arjen haastaviin tilanteisiin, omien tunteiden käsittelyyn.” (OPK)

”Kurssilla käsitellyt asiat jäivät pojalla ajatuksiin ja keksi uusia ideoita ajoissa lähtemiseen ja tulevaan omaan kotiinsa.” (OPK)

”Arkeen vinkkejä esim. kuvat auttavat aamutouhuissa.” (MLV)

4) Perheen yhteinen aika ja virkistäytyminen (n = 71, 34 %)

”Perheen yhteinen irtiotto arjesta oli paikallaan, arjessa jaksaa taas paremmin.” (D)

”Mukavaa yhdessäoloa ilman arkirutiineja. Pysähtymistä ja voimaantumista arjen keskellä.” (MLV)

5) Lapsen tai perheen voimavarat

(n = 48, 23 %)

”Kursssi vahvisti perheen me-henkeä ja tarjosi tilaisuuden miettiä vaikeitakin asioita ja tarruttua niihin.” (D)

”Sisarukset suhtautuvat paremmin ja heidän suhteensa ’ongelma’lapseen parantunut. Lapsi itse saanut itseluottamusta ja keinoja ratkaista ongelmia... Yhteenkuuluvaisuuden tunnetta perheelle, sisarusten parempi suhde.” (OPK)

Vaikka valtaosa vanhemmista raportoi ainakin jonkin verran hyötyjä ja myönteisiä vaikutuksia, 10 prosenttia (n=21; D: n=3, OPK: n=8, MLV: n=10) arvioi, että kurssista oli vain melko vähän tai ei lainkaan hyötyä ja 5 prosenttia (n=10; D: n=2, OPK: n=6, MLV: n=2) arvioi kurssilla olleen myös vähintään jonkin verran haittaa perheen arkeen. Avokysymysten vastauksissa 8 prosenttia vanhemmista (18/219) kuvaili jotakin kurssin seurauksena koettua haittaa. Viiden vastaajan (D: n=1, OPK: n=3, MLV: n=1) mukaan lapsella oli ollut negatiivista käyttäytymistä kurssin jälkeen, jonka syiksi mainittiin esimerkiksi vertaisilta opitut huonot käytösmallit tai omaan sairauteen liittyvään identiteettityöhön kytkeytyvä tunteiden prosessointi. ”Hän ei itse pidä itseään erilaisena ja kurssilla olleet vaikeammat tai aggressiiviset nuoret aiheuttivat hämminkiä kurssilla ja sen jälkeen nuoren käyttäytyminen on ollut minua kohtaan vähättelevää ja loukkaantunutta. Ilmaissut luottamuksen vähenneen äitiin, kun hänet sinne ’hommasin.’” (OPK) Viisi vastaajaa kuvasi haittojen liittyneen vanhempien työjärjestelyjen vaikeuksiin, viisi vastaajaa kuvasi kurssin raskaaksi ja osa mainitsi sen vähentäneen tämän vuoksi myös omia voimavaroja. Muutama vanhempi myös koki, että Kela oli evännyt heiltä muita etuisuuksia kurssipalautteen vuoksi.

Pohdinta

Tutkimuksessa tarkasteltiin sopeutumisvalmennuskursseille osallistuneiden lasten vanhempien arvioita perheiden hyvinvoinnista ja valtaistumisesta ennen ja jälkeen kurssien sekä vanhempien kokemuksia kurssin vaikutuksista arkeen. Tutkimus kohdistui kolmeen eri kurssiryhmään; diabetes, oppimisen tai

psykkisen kehityksen häiriö ja moni- ja liikuntavamma. Oppimisen tai psykkisen kehityksen häiriöt ja moni- ja liikuntavamma -pääryhmät sisälsivät eri sairausryhmien kursseja (esim. ADHD, Aspergerin oireyhtymä, CP-vamma, Downin syndrooma). Tutkimuksen keskeinen tulos liittyi kaikissa kurssiryhmissä seuranta-ajalla todettuun perheiden valtaistumisen myönteiseen muutokseen. Perheiden valtaistumista arvioitiin kysymyksillä, jotka liittyivät sairauden tiedolliseen hallintaan, selviytymisen tunteeseen ja ongelmien hallintaan sekä valmiuteen käsitellä sairautta koskevia asioita. Ensimmäistä kertaa sopeutumisvalmennukseen osallistuneiden valtaistumisen keskiarvo oli alkukyselyssä matalampi ja siinä tapahtunut myönteinen muutos seurantakyselyssä suurempi kuin jo aiemmin sopeutumisvalmennukseen osallistuneilla.

Valtaosa tutkimuksen vanhemmista arvioi sopeutumisvalmennuksella olleen eniten vaikutuksia perheen voimavaroihin: tiedon lisääntymiseen, vanhempien parempaan jakamiseen, omien voimavarojen löytymiseen ja perheen selviytymisen tunteen vahvistamiseen. Riittävä tieto ja erityisesti tietoisuuden lisääntyminen omasta tilanteesta, siihen vaikuttavista tekijöistä ja toimintamahdollisuuksista on tärkeä osa valtaistumista (Homan-Helenius 2005, Koren ym. 1992, Tengland 2008). Ymmärryksen lisääntyminen ja tietämys omista hallintakeinoista luo edellytyksiä vaikuttaa omaa ja perheen elämää koskeviin asioihin.

Vanhemmista lähes kolme neljästä arvioi kurssilla saadulla tiedolla olleen melko tai erittäin paljon vaikutuksia lapsen tai perheen toimintaan. Vanhemmilla, joiden lapsella on pitkäaikaissairaus tai kehityksellinen häiriö, on moninaisia lapsen kehitykseen, diagnoosiin, hoitoon, palveluihin ja käytännön neuvojen saamiseen liittyviä tiedontarpeita (Alsem ym. 2014, Hodgetts ym. 2015, Hummenlick & Pollock 2006, Sciberras ym. 2010). Sopeutumisvalmennuksen yhtenä keskeisenä tavoitteena on tarjota sairausspesifistä tietoa. Kaikissa tutkimuksen kurssiryhmissä noin kolme neljäsosaa vanhemmista oli odottanut saavansa kursseilta paljon tietoa muun muassa sairauden hoidosta ja kuntou-

tuksesta. (Kippola-Pääkkönen ym. 2016a.) Ryhmämuotoisessa sopeutumisvalmennuksessa ammatilliseen asiantuntijuuteen pohjautuvan tiedon jakamiseen yhdistyy vertaisilta saatu kokemuksellinen tieto, ja tällainen asiantuntija- ja vertaiskokemustiedon yhdistelmä voi auttaa omien kokemusten reflektointia ja tiedon konstruointia. Erilaisten näkökulmien saaminen ja uusien oivallusten tekeminen luo edellytyksiä syvemmän ja monipuolisemman tietämyksen rakentumiselle. Alsem ym. (2017) ovat todenneet, että vanhemmat, joiden lapsella on fyysisiä toimintakyvyn rajoitteita, käyttävät erilaisia lähteitä erilaisten tiedontarpeiden täyttämiseen ja tiedon vertaamiseen. Vanhemmat ovat pitäneet tärkeänä paitsi terveydenhuollon ammattilaisten tarjoamaa tietoa, joka liittyy muun muassa kuntoutuksellisiin kysymyksiin, myös toisten vanhempien tarjoamaa kokemuksellista tietoa kotitilanteisiin. (Alsem ym. 2017.)

Lähes kaikki vanhemmat arvioivat kurssin tarjonnan myös vähintään jonkin verran hyötyä perheen kannalta, ja vajaa kaksi kolmasosaa ilmoitti kurssin tarjonnan melko tai erittäin paljon hyötyä. D- ja OPK-ryhmien vanhemmat ilmoittivat kurssista olleen hyötyä perheen arkeen useammin kuin MLV-ryhmän vanhemmat. Hyötyarvioiden taustalla ovat kuitenkin kurssiryhmien erilaiset elämäntilanteet. Muun muassa lapsen vammaan liittyvät rajoitukset arvioitiin MLV-ryhmässä suuremmiksi kuin muissa ryhmissä. Toisaalta MLV-ryhmän perheistä lähes puolet oli osallistunut jo aikaisemmin sopeutumisvalmennukseen. On mahdollista, että MLV-ryhmän lapset ja perheet olisivat tarvinneet ja odottaneet sisällöllisesti toisin painottunutta kuntoutusta kuin sopeutumisvalmennuskursseilla oli tarjolla. Näyttääkin siltä, että viiden vuorokauden mittaisen sopeutumisvalmennuksen anti jäi monimuotoisten kehityksellisten häiriöiden kohdalla odotuksiin nähden liian suppeaksi.

Ne perheet, jotka sopeutumisvalmennukseen tullessaan arvioivat saavansa vahvempaa sosiaalista tukea läheisiltä, arvioivat seurantakyselyssä puoli vuotta sopeutumisvalmennuksen jälkeen hyötyneensä sopeutumisvalmennuksesta enemmän kuin ne, joilla

sosiaalinen tuki oli vähäisempää. Myös aikuisten kuntoutujien sopeutumisvalmennuksen hyötykokemukset ovat olleet parempia, jos psykososiaaliset resurssit kuten elämänhallinta, sosiaalinen luottamus ja psyykkiset voimavarat ovat olleet alkutilanteessa muita vahvemmat (Härkäpää ym. 2017). Sopeutumisvalmennus toteutetaan ryhmämuotoisena interventiona. Aikaisempien tutkimusten mukaan osallistujien elämäntilanne, sosiaaliset resurssit, ryhmän kokoonpano ja ryhmän vuorovaikutusdynamiikka sekä ohjaajien rooli ryhmäprosessissa vaikuttavat kuntoutuksessa sosiaalisen tuen kokemuksiin (Kippola-Pääkkönen, painossa). On mahdollista, että ne kurssilaiset, joiden psykososiaaliset resurssit ovat vahvemmat, pystyvät hyödyntämään lyhyen ryhmämuotoisen kuntoutuksen antia enemmän kuin ne, joilla nämä resurssit ovat heikommat. Tulos voi viitata myös siihen, että kun lapsen hoitoon ja kasvatukseen saatu sosiaalinen tuki on kotiympäristössä vähäistä, kurssista saadut hyödyt heikentyvät nopeammin arkielämän paineissa. Tulos viittaa myös pitkäkestoisemman ja yksilöllisemmän tuen tarpeeseen sekä kotipaikkakunnalla tarjolla olevan tuen saatavuuteen (Härkäpää ym. 2017).

Yleisissä hyvinvointiarvioissa, vanhemmuuteen liittyvissä huolissa tai läheisiltä saadussa, lapsen hoitoon ja kasvatukseen liittyvässä tuessa ei tapahtunut muutoksia alku- ja seurantatilanteen välillä. Sosiaalisten verkostojen laajentumiseen viittaa kuitenkin se, että lähes kolmella neljäsosalla perheistä oli ollut kurssin jälkeen jonkinlaisia yhteyksiä kurssilla tavattuihin vertaisiin, ja kolmasosa perheistä ilmoitti yhteydenpitoa tapahtuneen useasti. Avokysymysten kurssihyötyjä ja kurssin parasta antia kuvaavissa vastauksissa noin neljä viidestä mainitsi kurssilla saadun vertaistuen ja kokemusten jakamisen tärkeäksi ja tukeneen arjessa selviytymistä. Vanhemmat kokivat vertaistuen kautta lapsen saaneen samaistumisen kokemuksia ja hyväksytyksi tulemisen tunteita. Vertaisten kautta vanhemmat olivat voineet jakaa tunteita, saaneet kokemuksellista tietoa ja käytännön vinkkejä, joita oli voinut soveltaa omissa arjen tilanteissa. Osa perheistä oli luonut myös pysyvämpiä suhteita kurssilai-

siin, ja yhteydenpito heidän kanssaan oli jatkunut myös kurssien loputtua mahdollistaen pidempiaikaisen vertaistuen. Aiemmissa tutkimuksissa on todettu, että sosiaalisella tuella voi olla laaja-alaista merkitystä terveyden ja hyvinvoinnin kannalta (Uchino 2004).

Vaikka valtaosa vanhemmista mainitsi vertaistuen yhdeksi tärkeimmäksi kurssihyödyksi, oli yksittäisiä mainintoja siitä, että lasten vertaiskokemukset olivat saattaneet myös lisätä lapsen haastavaa käyttäytymistä. Kyseessä ovat yksittäisten lasten ja perheiden kokemukset, mutta tällaiset kokemukset voivat vaikuttaa kielteisesti lapsen ja perheen psykososiaaliseen tilanteeseen. Myös aikaisemmissa vertaistukeen liittyvissä tutkimuksissa on tuotu esille vertaisten tapaamiseen liittyviä mahdollisia kielteisten tunteiden kokemuksia (Embuldeniya ym. 2013, Skea ym. 2011). Ryhmää hyödyntävässä kuntoutuksessa olisi kiinnitettävä erityistä huomiota ryhmän ohjausprosessiin ja mahdollisten kielteisten kokemusten käsittelyyn. Ohjaajaan ammattitaidolla ja ohjaajan ja kuntoutujan välisellä vuorovaikutuksella on yhteys ryhmämuotoisen kuntoutuksen koettuun vaikuttavuuteen (Tuulio-Henriksson ym. 2015). Toimiva ryhmädynamiikka on edellytys myös vertaistuen toteutumiselle (Appelqvist-Schmidlechner ym. 2015). Jos perheelle jää kurssista kielteisiä kokemuksia, sillä tulisi olla mahdollisuus käsitellä esiin nousseita asioita lähettävän tahon kanssa.

Vanhemmat kokivat kurssilla olleen myönteisiä vaikutuksia erityisesti perheen voimavaroihin. Kolme neljäsosaa koki kurssien vaikuttaneen vanhempien parempaan jaksamiseen ja riittävän tiedon saamiseen ja kaksi kolmasosaa omien voimavarojen vahvistumiseen ja selviytymisen tunteen lisääntymiseen arkielämässä. Noin kolmasosa vanhemmista ei kuitenkaan kokenut kurssilla olleen erityisiä vaikutuksia perheen voimavaroihin ja vielä vähemmän lapsen liittyvillä osa-alueilla. On ymmärrettävää, että lyhyellä internaattimuotoisella laitospöytätyöllä ei voida tavoitella suoraan lapsen toimintakykyyn kuten psyykkiseen, sosiaaliseen tai fyysiseen toimintaan liittyviä myönteisiä muutoksia kuin ehkä välillisesti. Ennemmin sopeutumisvalmennus voi

tarjota perheille selviytymiskeinoja ja tukea perheiden myönteisiä toimintamalleja. Osalla perheistä lyhyen sopeutumisvalmennuskurssin anti jäi kuitenkin melko vähäiseksi ja myönteiset arkeen vaikuttavat muutosprosessit toteutumatta. Enemmän huolia alkukyselyssä raportoineet jättivät myös useammin vastaamatta seurantakyselyyn, mikä voi viitata perheiden psykososiaalisen tuen ja asiantuntija-avun tarpeisiin sekä tarpeeseen pohtia niihin vastaamiseen tarvittavia keinoja. Kuntoutuksen suunnittelussa tulisikin huomioida lapsen ja perheen yksilölliset tuen tarpeet sekä ottaa huomioon eri kuntoutustoimenpiteiden nivoutuminen toisiinsa ja niiden ajallinen yhteensopivuus, ettei sopeutumisvalmennus jää vain irralliseksi toimenpiteeksi suhteessa muuhun kuntoutukseen (Autti-Rämö ym. 2016a, Hiekkala ym. 2016). Ryhmämuotoisen internaattikuntoutuksen rinnalla tai sen sijaan osa perheistä voi tarvita myös kotipaikkakunnalla enemmän yksilöllisemmin tarjottua jatkuvampaa tietoa ja tukea. Tämä edellyttäisi yksilöllistä suunnitelmaa ja tiiviimpää yhteistyötä kotikunnan palvelujen järjestymiseksi.

Tutkimukseen osallistuvien itsemääräämisoikeuden ja yksityisyyden kunnioittaminen kuuluu keskeisiin tutkimuseettisiin periaatteisiin (esim. Kuula 2011). Tämän tutkimuksen tiedotteissa korostettiin tutkimukseen osallistumisen vapaaehtoisuutta, ja yksityisyyden kunnioittamiseen ja tietosuojaan liittyvistä tekijöistä on pyritty huolehtimaan aineiston käsittelyn ja raportoinnin kaikissa vaiheissa. Tutkimuseettiseen käytäntöön sisältyy myös tutkimuksen rajoitusten tarkastelu.

Kurssiryhmät ja kurssit erosivat toisistaan monien tekijöiden suhteen, joten ryhmien välisten hyötyerojen syistä ei voi tehdä vahvoja johtopäätöksiä. Seurantakyselyyn vastaaminen jäi vain kohtalaiseksi (62 %). Seurantakyselyyn jättivät useammin vastaamatta ne, jotka arvioivat kurssin alussa vanhemmuuteen liittyvät huolet suuremmiksi, millä voi olla osittain merkitystä tuloksiin. Tutkimus ei sisältänyt kontrolliryhmiä, joten ei voida tulkita varmasti, että valtaistumisessa tapahtunut muutos olisi tapahtunut intervention vaikutuksesta. Vanhempien

omat kokemukset sopeutumisvalmennuksen myönteisistä vaikutuksista perheen voimavaroihin tukevat kuitenkin tätä tulkintaa, samoin aikaisempi satunnaistettuun vertailuasetelmaan pohjautuva tutkimusnäyttö sopeutumisvalmennuksen merkityksestä perheiden voimaantumiseen (Homan-Helenius 2005). Tutkimuksen rajoituksista huolimatta tulokset osoittavat, että valtaosa perheiden sopeutumisvalmennukseen osallistuneiden lasten vanhemmista kokee kurssista olleen ainakin jonkinlaista hyötyä perheelle.

Perheiden sopeutumisvalmennuksen kehittämiseen liittyvät keskeiset kysymykset koskevat sitä, miten, kenelle ja missä vaiheessa sopeutumisvalmennus on tarkoituksenmukaisinta. Sopeutumisvalmennus voi tukea perheiden voimavaroja ja terveyteen liittyvää valtaistumista niiden perheiden kohdalla, joiden lapsella on todettu pitkäaikaissairaus tai kehityksellinen häiriö tai vamma ja joilla on sairauteen sekä sen hoitoon liittyviä moniammatillisen tiedon ja psykososiaalisen tuen tarpeita. Lyhyt ryhmämuotoinen interventio ei kuitenkaan välttämättä mahdollista riittäviä hyötykokemuksia perheille, joiden elämäntilanne ja psykososiaaliset resurssit edellyttäisivät yksilöllisempää ja intensiivisempää, kotipaikkakunnalla saatavaa tukea. Toisaalta ne perheet, joiden suurimmat tuen tarpeet kohdistuvat erityisesti vertaistuen saamiseen, voisivat hyötyä internaattimuotoisen laituskuntoutuksen sijaan kotipaikkakunnalla tapahtuvasta vertaistukitoiminnasta. Sairausspesifisten kurssien lisäksi tuleekin kehittää myös vertaistuen malleja, jotka eivät perustu yksittäiseen diagnoosiin vaan samassa elämäntilanteessa elävien perheiden, lasten ja nuorten tukemiseen.

Kuntoutuksen suunnittelussa sopeutumisvalmennuksen ajoittaminen ja integrointi osaksi muuta kuntoutusprosessia on keskeistä. Kurssien kokoonpanojen suunnittelussa ja sisältöjen kehittämisessä tulisi pyrkiä ottamaan huomioon yksittäisten perheiden elämäntilanteet ja tarpeet. On todennäköistä, että ensimmäistä kertaa sopeutumisvalmennukseen tulevat hyötyvät erilaisesta tiedosta ja tuesta kuin ne, joilla sopeutumisvalmennus tulee uudestaan ajankohtaiseksi elämäntilanteen muuttuessa.

Tulosten merkitys: Tutkimuksen mukaan valtaosa vanhemmista kokee lapselle ja perheelle suunnatut sopeutumisvalmennuskurssit hyödyllisiksi perheen arjen kannalta. Koetut vaikutukset näkyvät etenkin perheen voimavaroissa. Osa kuitenkin kokee hyödyt vähäisiksi. Sopeutumisvalmennusta kehitettäessä olisi kiinnitettävä huomiota lapsi- ja perhekohtaisiin tarpeisiin ja perheen elämäntilanteeseen.

Tiivistelmä

Sopeutumisvalmennuksen tavoitteena on tarjota kuntoutujalle ja hänen läheiselleen tietoa sairaudesta tai vammasta ja sen hoidosta sekä tukea heidän voimavarojaan selviytyä arjessa. Lasten ja nuorten kohdalla sopeutumisvalmennus on suunnattu useimmiten koko perheelle. Tämän tutkimuksen tavoitteena oli selvittää Kellan sopeutumisvalmennuskursseille osallistuneiden lasten vanhempien arvioita seurantavälillä tapahtuneista muutoksista lapsen ja perheen koetussa hyvinvoinnissa ja valtaistumisessa sekä kokemuksia kurssien vaikutuksista ja hyödyistä ja koettuun kurssihyötyyn yhteydessä olevista tekijöistä. Tutkimus kohdistui perhekursseihin, joita järjestettiin vuosina 2014–15 diabetesta sairastaville lapsille, moni- ja liikuntavammaisille lapsille sekä lapsille, joilla oli oppimisen tai psyykkisen kehityksen häiriö. Kurssin alussa tehtyyn alkukyselyyn vastasi 351 vanhempaa ja noin puoli vuotta kurssin jälkeiseen seurantakyselyyn 219 (62 %) vanhempaa.

Vanhemmista 61 % koki kurssin olleen melko tai erittäin hyödyllinen perheelle. Vanhemmista kolme neljänestä koki kurssilla olleen myönteisiä vaikutuksia perheen voimavaroihin ja 61 % lapsen minäkuvan myönteiseen kehitykseen. Seurantavälillä perheiden valtaistuminen vahvistui tilastollisesti merkitsevästi kaikissa ryhmissä. Vahvempaa valtaistumisen muutosta osoittivat erityisesti he, jotka eivät olleet aikaisemmin olleet so-

peutumisvalmennuksessa. Tuloksia arvioitaessa on huomattava, että kurssiryhmät erosivat toisistaan sekä kurssin pituuden että sisällön suhteen eikä tutkimuksessa ollut vertailuryhmiä.

Avainsanat: psykososiaalinen kuntoutus, sopeutumisvalmennus, vanhempien kokemukset, valtaistuminen, vertaistuki

Parents' experiences and subjective outcomes after psychosocial family intervention

Adaptation training, a Finnish form of psychosocial rehabilitation, is implemented as inpatient rehabilitation for children and adolescents with chronic illnesses or developmental disorders and their family members. Adaptation training offers information about the illness or disorder and its treatment as well as aims to promote the coping skills of the families. The aim of the study was to assess parents' subjective benefits as well as changes in well-being and family empowerment after a six-month follow-up period.

The study consisted of parents of children with either diabetes, learning or psychological development disorders or multiple or mobility disabilities attending adaptation training during 2014–2015. Altogether 351 parents answered the baseline questionnaire and 219 (62%) the follow-up questionnaire. Of all the parents, 61% reported having benefited from the intervention, but parents of children with multiple or mobility disabilities reported less benefits or positive outcomes than other groups. Family empowerment had strengthened significantly in all study groups. Those families participating the training for the first time showed more positive empowerment changes than other families. The participants of this study formed a heterogeneous group of children and families and the lack of a comparison group should be taken into account when assessing the results.

Keywords: psychosocial rehabilitation,

adaptation training, parents' experiences, empowerment, peer support

Anu Kippola-Pääkkönen, YTM, tutkija, Lapin yliopisto

Kristiina Härkäpää, FT, professori, Lapin yliopisto

Aila Järvikoski, YTT, professori, Lapin yliopisto

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

Lähteet

- Alsem MW, Siebes RC, Gorter JW, Jongmans MJ, Nijhuis, BGJ, Ketelaar M (2014) Assessment of family needs in children with physical disabilities: development of a family needs inventory. *Child Care Health Dev* 40, 4, 498–506.
- Alsem MW, Ausems F, Vehoef M, Jongmans MJ, Meily-Visser JMA, Ketelaar M (2017) Information seeking by parents of children with physical disabilities: An exploratory qualitative study. *Res Dev Disabil* 60, 125–134.
- Appelqvist-Schmidlechner K, Wessman J, Salmelainen U, Tuulio-Henriksson A, Sipilä N, Ahonen S, Luoma ML (2015) Nuorten avomuotoinen OPI-mielenterveyskuntoutus, Koettu hyöty ja vaikuttavuus sekä kuntoutusmallin soveltuvuus. Sosiaali- ja terveysturvan selosteita 92. Kelan tutkimusosasto, Helsinki.
- Autti-Rämö I, Kippola-Pääkkönen A, Valkonen J, Tuulio-Henriksson A, Härkäpää K (2015) Narkolepsiaan sairastuneiden lasten ja nuorten perheiden arki ja sopeutumisvalmennuskurssilta saatu tuki. Sosiaali- ja terveysturvan selosteita 90. Kelan tutkimusosasto, Helsinki.
- Autti-Rämö I, Mikkelsen M, Lappalainen T, Leino E (2016a) Kuntoutumisen prosessi. Teoksessa I Autti-Rämö, A-L Salminen, M Rajavaara, A Ylinen (toim.) Kuntoutuminen. Duodecim, Helsinki.
- Autti-Rämö I, Poutiainen E, Pohjolainen T, Kehusmaa S (2016b) Kuntoutuksen vaikutusten arviointi. Teoksessa I Autti-Rämö, A-L Salminen, M Rajavaara, A Ylinen (toim.) Kuntoutuminen. Duodecim, Helsinki.
- Autti-Rämö I, Säilä H, Vuori M (2016c) Lapsen kuntoutustarpeen tunnistaminen terveydenhuollossa. Teoksessa I Autti-Rämö, A-L Salminen, M Rajavaara, A Ylinen (toim.) Kuntoutuminen. Duodecim, Helsinki.
- Banach M, Iudice J, Conway L, Couse LJ (2010) Family support and empowerment: Post autism diagnosis support group for parents. *Social Work with Groups* 33, 1, 69–83.
- Barlow JH, Ellard DR (2004) Psycho-educational interventions for children with chronic disease, parents and siblings: an overview of the research evidence base. *Child Care Health Dev* 30, 6, 637–645.
- Bode AA, George MW, Weist MD, Stephan SH, Lever N, Youngstrom EA (2016) The impact of parent

- empowerment in children's mental health services on parenting stress. *J Child Fam Stud* 25, 10, 3044–3055.
- Braun V, Clarke V (2006) Using thematic analysis in psychology. *Qual Res Psychol* 3, 2, 77–101.
- Coates J, Taylor JA, Sayal K (2015) Parenting interventions for ADHD: a systematic literature review and meta-analysis. *J Attention Dis* 19, 831–843.
- Daley D, van der Oord S, Ferrin M, Danckaerts M, Cortese S, Sonuga-Barke E (2014) Behavioral interventions in attention-deficit/hyperactivity disorder: a meta-analysis of randomized controlled trials across multiple outcome domains. *J Am Acad Child Adolesc Psych* 53, 835–847.
- Embuldeniya G, Veinot P, Bell E, Bell M, Nyholm-Young J, Sale JEM, Britten N (2013) The experience and impact of chronic disease peer support interventions: A qualitative synthesis. *Patient Educ and Couns* 92, 3–12.
- Goodman R (1997) The Strengths and Difficulties Questionnaire: A Research Note. *J Child Psychol Psychiatry* 38, 581–586.
- Goodman R (2001) Psychometric properties of the strengths and difficulties questionnaire. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 40, 11, 1337–1345.
- Hiekkala S, Hämäläinen P, Pekkonen M (2016) Laitoskuntoutus osana hyvää kuntoutuskäytäntöä. Teoksessa I Autti-Rämö, A-L Salminen, M Rajavaara, A Ylinen (toim.) Kuntoutuminen. Duodecim, Helsinki.
- Hodgetts S, Zwaigenbaum L, Nicholas D (2015) Profile and predictors of service needs for families of children with autism spectrum disorders. *Autism* 19, 6, 673–683.
- Homan-Helenius P (2005) Empowering families of children with asthma through adaptation training. *Turun yliopiston julkaisuja. Annales Universitatis Turkuensis Sarja D, osa 669. Akateeminen väitöskirja. Turun yliopisto, Turku.*
- Hummenlinck A, Pollock K (2006) Parents' information needs about the treatment of their chronically ill child: a qualitative study. *Patient Educ Couns* 62, 2, 228–234.
- Härkäpää K, Järvikoski A, Kippola-Pääkkönen A, Martin M, Autti-Rämö I (2016) Sairauskäsitykset, elämänhallinta ja sopeutumisvalmennusta koskevat odotukset. *Kuntoutus* 39, 3, 6–20.
- Härkäpää K, Järvikoski A, Kippola-Pääkkönen A, Autti-Rämö I (2017) Sopeutumisvalmennuskurssin koetut hyödyt ja vaikutukset. *Kuntoutus* 40, 3–4, 5–19.
- Järvikoski A, Härkäpää K (2014) Teoreettisia näkökulmia psykososiaaliseen sopeutumiseen ja sopeutumisvalmennukseen. Teoksessa H Streng (toim.) Sopeutumisvalmennus: suomalaisen kuntoutuksen oivallus. Raha-automaattiyhdistys, Espoo.
- Kauppila J, Sipari S, Suhonen-Polvi H (2016) Lapsen kokonaiskuntoutus kehitysympäristössään. Teoksessa I Autti-Rämö, A-L Salminen, M Rajavaara, A Ylinen (toim.) Kuntoutuminen. Duodecim, Helsinki.
- Kela (2013a) Kelan avo- ja laitosmuotoisen kuntoutuksen standardi. Aspergerin oireyhtymää ja ADHD:ta sairastavien lasten, nuorten ja aikuisten sopeutumisvalmennuskurssien palvelulinjat. Lasten ja nuorten sopeutumisvalmennuskurssit, perhekurssit. Voimassa 1.1.2013 alkaen. Kela, Helsinki.
- Kela (2013b) Kelan avo- ja laitosmuotoisen kuntoutuksen standardi. Tyypin 1 diabetesta sairastavien lasten, nuorten ja aikuisten sopeutumisvalmennuskurssien palvelulinjat: Tyypin 1 diabetesta sairastavien lasten sopeutumisvalmennuskurssit, perhekurssit. Voimassa 1.1.2013 alkaen. Kela, Helsinki.
- Kela (2014) Kelan avo- ja laitosmuotoisen kuntoutuksen standardi. Moni- ja liikuntavammaisuus, CP-oireyhtymä, kehitysvammaisuus ja kehityshäiriöt -sairausryhmät. Lasten, nuorten ja aikuisten sopeutumisvalmennuskurssien palvelulinjat: lasten sopeutumisvalmennuskurssit, perhekurssit. Voimassa 1.1.2014 alkaen. Kela, Helsinki.
- Kelo M, Eriksson E, Eriksson I (2013) Pilot educational program to enhance empowering patient education of school-age children with diabetes. *J Diabetes Metab Disord* 12, 16, 2–7.
- Kippola-Pääkkönen A (painossa) Vertaistuen hyödyt ja haasteet kuntoutuksessa. Teoksessa J Lindh, K Härkäpää, K Kostamo-Pääkkö (toim.) Sosiaalinen kuntoutuksessa. Lapin yliopistokustannus, Rovaniemi.
- Kippola-Pääkkönen A, Härkäpää K, Järvikoski A, Autti-Rämö I (2016a) Sopeutumisvalmennuskurseille osallistuvien lasten vanhempien arvioita hyvinvoinnista, toimintakyvystä ja kurssiodotuksista. *Kuntoutus* 39, 1, 6–21.
- Kippola-Pääkkönen A, Härkäpää K, Valkonen J, Tuulio-Henriksson A, Autti-Rämö I (2016b) Psychosocial intervention for children with narcolepsy: Parents' expectations and perceived support. *J Child Health Care* 20, 4, 521–529.
- Koivikko M, Sipari S (2006) Lapsen ja nuoren hyvä kuntoutus. Vajaaliikkeisten kunto, Helsinki.
- Koren PE, DeChillo N, Friesen BJ (1992) Measuring empowerment in families whose children have emotional disabilities: A brief questionnaire. *Rehabil Psychol* 37, 4, 305–321.
- Kuula A (2011) Tutkimusetiikka: Aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. Vastapaino, Tampere.
- Law M, King S, Stewart D, King G (2001) The perceived effects of parent-led support groups for parents of children with disabilities. *Phys Occup Ther Pediatr* 21, 2–3, 29–48.
- McLaughlin MJ, Sainani KL (2014) Bonferroni, Holm, and Hochberg corrections: fun names, serious changes to p values. *PM & R* 6, 6, 544–546.
- Nachsen JS, Minnes P (2005) Empowerment in parents of school-aged children with and without developmental disabilities. *J Intellectual Disabil Res* 49, 12, 889–904.
- O'Cathain A, Thomas KJ (2004) "Any other comments?" Open questions on questionnaires – a bane or a bonus to research? *BMC Med Res Methodol* 4, 25. doi:10.1186/1471-2288-4-25.
- Rantala A (2002) Perhekeskeisyys – puhetta vai todellisuutta? Työntekijöiden käsitykset yhteistyöstä erityistä tukea tarvitsevan lapsen perheen kanssa. *Jyväskylän studies in education, psychology and social research* 198. Akateeminen väitöskirja. Jyväskylän yliopisto, Jyväskylä.
- Reichow B, Servili C, Yasamy MT, Barbui C, Saxena S (2013) Non-specialist psychosocial interventions for children and adolescents with intellectual disability or lower-functioning autism

- spectrum disorders: A systematic review. *PLoS Med Dec*, 10,12:e1001572, DOI: 10.1371/journal.pmed.1001572.
- Savage E, Farrell D, McManus V, Grey M (2010) The science of intervention development for type 1 diabetes in childhood: systematic review. *J Adv Nurs* 66, 12, 2604–2619.
- Sciberras E, Shobba I, Efron D, Green J (2010) Information needs of parents of children with attention-deficit/ hyperactivity disorder. *Clin Pediatr* 49, 2, 150–157.
- SDQ. Information for researchers and professionals about the Strengths & Difficulties Questionnaires. Saatavissa: < <http://www.sdqinfo.com> >. Viitattu 28.6.2017.
- Skea ZC, MacLennan SJ, Entwistle VA, N'Down J (2011) Enabling mutual helping? Examining variable needs for facilitated peer support. *Patient Educ Couns* (Nov; 85,2 e120-5. DOI: 10.1016/j.pec.2011.01.032). Luettu 26.11.2017.
- Streng H (toim.) (2014) Sopeutumisolosuunnitelma: suomalaisen kuntoutuksen oivallus. Raha-automaattiyhdistys, Espoo.
- Tengland PA (2008) Empowerment: A conceptual discussion. *Health Care Anal* 16, 2, 77–96.
- Tuulio-Henriksson A, Appelqvist-Schmidlechner K, Salmelainen U (2015) AMI-kuntoutus, Ryhmä-painotteinen kuntoutusmalli työelämässä oleville masennuskuntoutujille. Sosiaali- ja terveyden tutkimuksia 138. Kelan tutkimusosasto, Helsinki.
- Uchino BN (2004) Social support and physical health: understanding the health consequences of relationships. Yale University Press, New Haven and London.
- Vuorenmaa M (2016) Äitien ja isien osallisuus perheessä ja lasten palveluissa sekä osallisuuden yhteydessä olevat tekijät. *Acta Universitatis Tamperensis* 2134. Akateeminen väitöskirja. Tampereen yliopisto, Tampere.
- Weiss JA, MacMullin JA, Lunsby Y (2015) Empowerment and parent gain as mediators and moderators of distress in mother of children with autism spectrum disorders. *J Child Fam Stud* 24, 7, 2038–2045.
- Yeh HY, Ma WF, Huang JL, Hsueh KC, Chiang LC (2016) Evaluating the effectiveness of a family empowerment program on family function and pulmonary function of children with asthma: a randomized control trial. *Int J Nurs Stud* 60, 133–144.

**Asiakaskokemus
on kuntoutuksen tulevaisuus**

Kuntoutuspäivät 2018

7.-8.6.2018, Kulttuuritehdas Korjaamo
Töölönkatu 51, Helsinki

www.kuntoutussaatio.fi/kuntoutuspäivat

Kuntoutussäätiö

#Kuntoutuspäivät

KUNTOUTUS OSANA TYÖKYKYJOHTAMISTA HENKILÖSTÖASIAANTUNTIJAN NÄKÖKULMASTA

Johdanto

Suomessa kuntoutus on ollut yksi merkittävä keino tukea työssä jaksamista niillä työntekijöillä, joiden työkyky on vaarassa heikentyä tai jo olennaisesti heikentynyt (Järvikoski 2014). Kuntoutus on perinteisesti ollut terveydenhuollon ja kuntoutuksen ammattilaisten asiantuntijuusalueita ja toimintakenttä. Monialaisuutta ja kumppanuutta korostava näkemys kuntoutusyhteistyöstä on kuitenkin muokannut perinteistä käsitystä kuntoutusprosessiin osallistuvien tahojen rooleista ja tehtävistä sekä vahvistanut työpaikan roolia. Monialaisuus ja -toimijaisuus on myös nostanut toimijoiden yhteistyön ja vuorovaikutuksen keskiöön, niin kuntoutusyhteistyön (Andersson ym. 2011; Seppänen-Järvelä ym. 2015b) kuin työterveysyhteistyön (Juvenen-Posti ym. 2015), työhön paluun ja työkykyjohtamisen näkökulmista (Costa-Black 2013; Fassier 2015; Williams-Whitt ym. 2016).

Muutosta monitoimijaisuuteen ja monialaisuuteen on pönkittänyt myös työkykyä koskevan paradigman muutos. Työn muuttuessa luonteeltaan yhä tietointensiivisemmäksi ja inhimillistä pääomaa vaativaksi ihmisen työkyky on alettu nähdä moniulotteisena ja prosessimaisena. Työkyvyn tekijöiksi ymmärretään sekä yksilö resurssineen että

työn ja työelämän tekijät ja ominaisuudet (ks. Ilmarinen ym. 2006). Taustalla nähdään terveyden ja toimintakyvyn lisäksi laajemmin yksilölliset ja sosiaaliset hallintakeinot, laajempi työympäristö ja -yhteisö, johtaminen ja työelämän ulkopuolinen ympäristö (Järvikoski ym. 2001). Biolääketieteellisestä työkyvyttömyyden määritelmästä on siirrytty kohti laaja-alaisempaa näkemystä, joka korostaa ihmisen kokonaiselämäntilannetta ja kytkee mukaan kaikki relevantit toimijat (Loisel ym. 2001; Loisel ym. 2005). Tämä on osaltaan perustellut työpaikkojen roolin vahvistumista. Toisaalta työkyvyn tai -kyvyttömyyden määritelmät vaihtelevat kontekstin, epistemologisten oletusten, paradigman ja käyttötarkoituksen mukaan (Lederer ym. 2014). Käsitteet myös muokkautuvat, ja niiden sisälle muodostuu erilaisia sisällöllisiä diskursseja, kuten työkykyä laajemmassa työhyvinvointi-käsitteessä (Laine ym. 2016). Lisäksi tutkimuksen käsitteet ja tulokset ovat vuorovaikutuksessa työorganisaatioiden käytäntöjen kanssa ja ruokkivat erilaisten paradigmojen kehitystä esimerkiksi työkykyjohtamisessa (Shawn ym. 2013).

Työpaikan perspektiivistä kuntoutus näyttäytyy osana työkykyjohtamista ja henkilöstön työhyvinvoinnista huolehtimista. Työorganisaatioissa on kehitetty erilaisia

työkykyjohtamisen toimintatapoja (Gensby ym. 2014; Juvonen-Posti ym. 2014a); työpaikan aktiivinen rooli on havaittu merkittäväksi tekijäksi työntekijän työhön paluussa ja työssä jatkamisessa (Williams-Whitt ym. 2016). Kuntoutuksen perspektiivistä työpaikan vahvistuva rooli on ollut havaittavissa esimerkiksi Kelan ammatillisessa kuntoutuksessa, jota on kehitetty työn ja työelämän muuttuneisiin tarpeisiin ja jossa on edistetty eri yhteistyötahojen entistä parempaa verkostoitumista. Tavoite on ollut, että kuntoutus toteutuu laaja-alaisesti työpaikkojen, terveydenhuollon ja kuntoutuksen yhteistyönä (Hinkka ym. 2015; Seppänen-Järvelä ym. 2015a, b).

Tässä artikkelissa ammatillista kuntoutusta tarkastellaan osana työkykyjohtamista työnantajan näkökulmasta. Työnantajaa edustaa henkilöstöhallinnon asiantuntija (myöhemmin HR-asiantuntija). Artikkelissa tutkitaan, millainen on kuntoutuksen tehtävä ja rooli työpaikan työkykyjohtamisessa HR-asiantuntijoiden näkökulmasta. HR-asiantuntijoiden haastatteluaineiston analyysin näkökulmana käytetään työkykyjohtamista; taustaoteutuksena on kuntoutuksen ymmärtäminen työkykyjohtamisen osana. Työkykyjohtaminen tarjoaa relevantin käsitteellisen viitekehyksen ja lähtökohdan tutkittaessa ammatilliseen kuntoutukseen liittyviä merkityksiä henkilöstöasiantuntijoiden työn ja työorganisaatioiden näkökulmasta.

Aiemmin tutkimuskirjallisuudessa työpaikan näkökulmasta on tarkasteltu erilaisia työkykyjohtamisen interventioita ja käytäntöjä (Williams & Westmorland 2002; Costa-Black 2013; Gensby ym. 2014; Fassier ym. 2015; Williams-Whitt ym. 2016), kuten sairaspöissaolon hallintaa (James ym. 2006) sekä erityisesti esimiehen roolia työhön paluun tukemisessa (Haafkens ym. 2011; Saari 2012; Johnston ym. 2015; Jensen Stochkendahl ym. 2015; Negrini ym. 2017) ja psykososiaalisessa työsuojelussa (Tappura ym. 2014). Henkilöstöjohtamisen alueen tutkimuskirjallisuudesta työkyvyn johtamisen teema on puuttunut lähes täysin (Haafkens ym. 2011; James ym. 2002). Tämä artikkeli tuottaa uutta tietoa ammatillisesta kuntou-

tuksesta työpaikan, erityisesti henkilöstötyön, näkökulmasta.

Työkykyjohtaminen työorganisaation näkökulmasta

Työkykyjohtamisen taustalla on havaittavissa länsimaisten yhteiskuntien työorganisaatioille tyypillisiä piirteitä, kuten henkilöstön ikääntyminen ja kroonisten sairauksien yleistyminen, jotka ovat motivoineet työnantajia kehittämään toimintatapoja työntekijöiden työkyvyn tukemiseen ja kontrolloimaan työkyvyttömyydestä johtuvia kustannuksia. (Reiman ym. 2017; Shaw ym. 2016; Gensby ym. 2014; Williams & Westmorland 2002) Kun tarkastellaan työkykyjohtamista työorganisaatioiden näkökulmasta tutkimuskirjallisuudessa, esille tulee kolme pääteemaa: 1) työhön paluun edistäminen, 2) työssä jatkamisen mahdollistaminen ja 3) työn muokkaaminen vammaisille työntekijöille (Shaw ym. 2016). Kottimainen työolobarometri on tuonut esille, että työntekijöiden kuntoon, terveyteen ja elintapoihin onkin yhä lisääntyvässä määrin kiinnitetty huomiota 2000-luvun puolivälin jälkeen; lisäksi työntekijöiden osallistuminen työpaikan toiminnan kehittämiseen on nykyään aiempaa yleisempää (Lyly Yrjänäinen 2014). Erilaisten työkyvyn hallinnan toimintamallien soveltaminen sekä henkilöstön työhyvinvoinnin ja toimintakyvyn seuraaminen henkilöstötutkimusten ja mittareiden avulla on arkipäiväistynyt työpaikoilla. Haasteita kuitenkin on, kuten pientyöpaikat (Juntunen ym. 2012), vuokratyö (Terävä 2013) tai akateemiset pätkätyöläiset (Ala-Kauhahuoma & Henriksson 2011), jotka edustavat sellaisia työtehtäviä ja -paikkoja, joilla työkyvyn tuen järjestäminen ja uusien toimintamallien käyttöönotto voi olla vaativampaa.

William Shaw kollegoineen (2013) on kuvannut neljä paradigmaa, jotka ovat vaikuttaneet työpaikkojen työkykyjohtamisen toimintatapoihin. Työkykyjohtaminen-paradigma saa tukea esimerkiksi työn muokkauksesta, työhön paluun tuesta ja interventioista saaduista tutkimustuloksista sekä tietämyksestä, jota on saatu työkyvyttömyydestä

aiheutuvien kustannusten hallinnan tehokkaista keinoista. Ergonomia-paradigmaan lukeutuvat työtä ja sen luonnetta ja työympäristöä koskeva tutkimus sekä toiminta, jolla on tiivis yhteys työsuojeluun. Työntekijän oikeus -paradigma liittyy erityisesti vammaisten tai osatyökykyisten henkilöiden työelämäänsä osallistumisen kysymyksiin sekä työntekijöiden oikeuksiin ja esimerkiksi työn muokkaamisen mahdollisuuksiin. Työhyvinvoinnin paradigma on sekä tutkimuksessa että työorganisaatioissa vahvistuva teema, joka perustuu tietämykseen erilaisten työhyvinvointia ja tuottavuutta lisäävien keinojen hyödyllisyydestä. (Shaw ym. 2013.)

Työorganisaatioissa työkykyä ja työssä jaksamista on tuettu ja kehitetty johtamisen, henkilöstöhallinnon ja työterveyshuollon keinoin. Kotimaisessa keskustelussa työkyvyn ja työhyvinvoinnin johtamista pidetään keskeisenä esimiestehtävänä (Anttonen & Räsänen 2009; Ahola 2011; Liira ym. 2011). Johtaminen ja esimiestyö vaikuttavat työntekijöiden työtyytyväisyyteen, työssä jaksamiseen ja sairauspoissaoloihin (Kuoppala ym. 2008). Hyvä esimiestoiminta, avoin tiedottaminen, riittävä keskustelu ongelmista, syrjinnän puuttuminen sekä sopiva taukojen pitäminen ovat yhteydessä työntekijöiden parempaan terveyteen, työkykyyn ja vähäisempiin sairauspoissaoloihin (Pensola & Järvikoski 2006). Esimiehellä on merkittävä rooli työntekijöiden työkykyjohtamisessa: he ovat aloitteellisia ja käynnistävät ja fasilitoivat näitä prosesseja osana työyhteisönsä työkyvyn johtamista (MacEachen ym. 2006; Jensen Stochendahl ym. 2015; Negrini ym. 2017). Esimiehen johtamisosaaminen, vuorovaikutustaidot, käyttäytyminen ja tieto työkyvyn johtamisen asioista edistävät työntekijän työhön paluuta (Aas ym. 2008; Johnston ym. 2015). Samoin vaikuttavat myös kontekstisidonnaiset tekijät, kuten työpaikan ilmapiiri ja työtovereiden asenteet ja sosiaaliset suhteet (Tjulin ym. 2011; Lysaght ym. 2012). Toisaalta puutteellinen tuki esimieheltä heikentää työhön paluuta (Ahlström & Dellve 2011).

Se, millainen rooli työntekijöiden työkyvyn tukemisella on ollut henkilöstötyössä, on muuttunut aikojen kuluessa, kuten myös

näkemyksiä siitä, mitä henkilöstöhallinnolla ja -johtamisella tarkoitetaan. Henkilöstöasiantuntijoilla on keskeinen rooli työkykyjohtamisessa omissa organisaatioympäristössään (Haafkens ym. 2011). He toteuttavat, koor-dinoivat ja kommunikoivat työkykyjohtamiseen liittyviä tehtäviä ja prosesseja yksittäisen työntekijän ja organisaation tasolla kytkeytyen myös strategiseen henkilöstöjohtamiseen (James ym. 2002). Henkilöstökäytäntöjen laadulla on vaikutusta muun muassa henkilöstön työtyytyväisyyteen ja sitoutumiseen sekä viime kädessä yrityksen suoritukseen (Nishii ym. 2008), ja esimiehillä on keskeinen rooli henkilöstökäytäntöjen toteuttamisessa (Sikora & Ferris 2014). Työpaikoilla on myös kiinnostusta käyttää tutkittua tietoa työkykyjohtamisen linjausten laatimisessa ja käytäntöjen toteuttamisessa (Costa-Black 2013). Kuitenkin näyttö toimenpiteiden vaikuttavuudesta on epäselvää, mikä johtuu osin näytön kriteereistä. Tutkimustulokset kuitenkin toivat esille tärkeää tietoa niistä tekijöistä, jotka ovat interventoiden implementoinnissa kriittisiä. (Gensby ym. 2014.)

Tutkimuksen aineisto ja menetelmät

Artikkelissa analysoitava aineisto kerättiin osana laajaa ja monimenetelmällistä arviointitutkimusta (Seppänen-Järvelä ym. 2015a, b), joka kohdistui Kelan työhönkuntoutuksen kehittämishankkeessa kokeiltuun kuntoutusmalliin. Kyseisessä tutkimuksessa selviteltiin niin kutsutun TK2-kuntoutusmallin toteuttamista ja toimivuutta sekä sen vaikutuksia ja hyötyjä kuntoutujaan, työpaikan, työterveyshuollon sekä kuntoutuksen palveluntuottajan näkökulmista.

Tässä artikkelissa analysoitu aineisto muodostui HR-asiantuntijoiden puhelimitse toteutetuista teemahaastatteluista, joka kestivät keskimäärin noin neljäkymmentä minuuttia. Haastattelut, jotka artikkelin kirjoittaja toteutti, olivat luonteeltaan keskustelevia, ja haastattelun teemat painottuivat hieman eri tavoin eri yksilöllisissä haastattelutilanteissa (Rubin & Rubin 2005). Koko hankkeeseen osallistui 27 työpaikkaa, joista tähän aineistoon valittiin kymmenen. Va-

linnan kriteerit olivat kuntoutuksen palveluntuottaja, työnantajan toimiala ja koko. Kultakin viideltä kuntoutuksen palveluntuottajalta valittiin kaksi työnantajaa, jotka edustivat monipuolisesti eri toimialoja julkiselta (koulutus-, varhaiskasvatus-, sosiaali- ja terveystalvet) ja yksityiseltä sektorilta (ympäristöhuolto, rakentaminen, pankki- ja rahoitusala, tukku- ja vähittäiskauppa) sekä suuria ja pienempiä työpaikkoja. Tähän harkinnanvaraiseen näytteeseen pyrittiin saamaan mahdollisimman erilaisia työpaikkoja, jotta tutkittavasta ilmiöstä saataisiin monipuolisesti informaatiota (ks. Flyvberg 2006). HR-asiantuntijat osallistuivat haastatteluun työnantajansa edustajan roolissa, ja he olivat työpaikan nimettyjä yhteyshenkilöitä Kelan työhönkuntoutuksen kehittämishankkeessa.

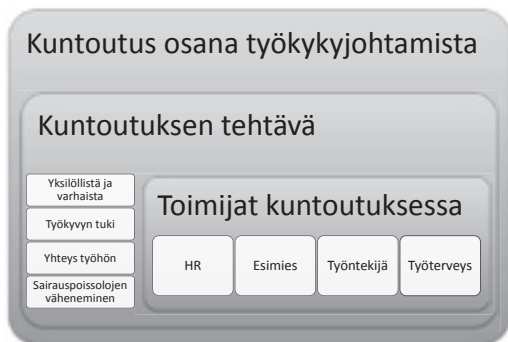
Haastatteluiden teemat kohdistuvat työorganisaation ja työpaikan näkökulmaan kuntoutuksessa, erityisesti kuntoutukseen hakemiseen, odotuksiin, toimijoiden rooleihin sekä yhteistyöhön. Haastattelija otti yhteyttä informanteihin sähköpostilla. He saivat etukäteen tutkimusta koskeneen tiedotteen ja haastatteluteemat, ja heiltä pyydettiin kirjallinen suostumus haastattelun nauhoittamiseen. Äänitallenteet litteroitiin sanatakkasti ammattimainen konekirjoittaja. Aineiston pituus rivivälillä 1 oli yhteensä 80 sivua.

Kehittämishanke tutkimuksen ympäristönä vaikutti aineistojen luonteeseen. Esimerkiksi tutkimukseen osallistuneet organisaatiot ja henkilöt määrittivät kehittämishankkeen kautta. Haastateltavat olivat valikoitunut joukko: he edustivat Kelan kehittämishankkeeseen osallistuneita työpaikkoja, jotka olivat tulleet hankkeeseen mukaan joko kuntoutuksen palveluntuottajan tai työterveyshuollon aloitteesta. Aineiston validiteettia ja reliabiliteettia arvioitaessa on huomioitava, että puheaineisto ja siihen perustuvat tulokset kuvastavat haastateltavien subjektiivisia kokemuksia tiettyä ajallista hetkenä. On mahdollista, että erityyppisten organisaatioiden, esimerkiksi pienten ja suurten työpaikkojen, edustajilla olisi ollut keskenään erilaisia näkemyksiä, sillä organisaation piirteet, kuten organisaatio- ja johtamiskulttuuri, heijastuvat työkykyjohtamisen

toteuttamiseen (Amick ym. 2000).

Aineisto analysoitiin laadullisen aineiston Atlas-ti-analyysiohjelmalla. Aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä puheaineiston merkityksiä jäsennettiin vastaamaan kysymyslähtöisesti tutkimustehtävää. Sisällönanalyysin luokittelukategoriat kehittyivät ja muuntuivat jonkin verran analyysiprosessin aikana. Analyysin rakenteeksi muodostui pää- ja alakategorioiden muodostama käsitteellinen kokonaisuus. Sisällönanalyysin luokittelu ja luokkiin kuuluvat sitaattiesimerkit alkuperäisaineistosta on esitetty taulukoissa 1 ja 2.

Analyysi tehtiin aineistolähtöisesti siten, että aluksi aineistosta etsittiin sisältöjä, jotka liittyivät laajasti työkykyjohtamisen kuntoutusosuuteen. Nämä sisällöt liittyivät kuntoutuksen tehtävää koskeviin odotuksiin. Tässä yhteydessä eri toimijoiden roolit ja kuntoutuksen kytkeytyminen osaksi työpaikan työkykyjohtamista nousivat voimakkaasti esille. Kun analyysiä jatkettiin ottamalla tarkasteluun tarkemmin kuntoutuksen toteuttaminen, aineistossa tulivat vahvasti esiin eri toimijoiden väliset roolit ja vuorovaikutus. Nämä ilmiöt alkoivat analyysin edetessä hahmottua toisiinsa liittyväksi kokonaisuudeksi (ks. kuvio 1), joka kytkeytyi osaksi työpaikan työkykyjohtamista.



Kuvio 1. Kuntoutus osana työkyvyn johtamista.

Tulokset

Kuntoutus työkykyjohtamisen osana

Haastateltavien puheessa tuli näkyviin työorganisaation henkilöstön, työolosuhteiden

ja organisaatiokulttuurin hyvä tuntemus, joka heijastui heidän käsityksissään kuntoutuksen nivoutumisesta lähelle työtä ja työpaikkaa. Tämä liittyi niin kuntoutuksen toteuttamiseen työntekijätasolla kuin laajemmin työnantajan roolin vahvistamiseen kuntoutuksen kohdentamisessa, suunnittelussa ja seurannassa. HR-asiantuntijoilla oli suhteellisen horjumaton näkemys omasta roolistaan ja kuntoutuksen tehtävästä osana heidän työkenttäänsä kuuluvaa työkyvyn johtamista ja tukemista. Voidaan sanoa, että HR-asiantuntijat olivat tulleet työnantajan edustajina alueelle, joka traditionaalisesti on ollut työterveyshuollon ja kuntoutuksen ammattilaisten asiantuntijuusalueita ja toimintakenttiä. Tämä myös sopi hyvin nykyiseen, kuntoutuksen monialaisuutta ja kumppanuutta korostavaan näkemykseen.

Henkilöstöasiantuntijoiden näkökulmasta kuntoutuksen merkitys ja tehtävä oli erityisesti työntekijöiden työkyvyn tuessa. Heidän näkemyksissään tuli vahvasti esille työntekijälähtöisyys, eivät niinkään työnantajan intressit. Tässä oli havaittavissa voimaannuttamisen (empowerment) aspekti sekä ymmärrys ihmisen elämän ja työkyvyn kokonaisvaltaisuudesta. Henkilöstöasiantuntijoiden odotus kuntoutuksen yksilöllisestä toteutuksesta oli yhteydessä heidän näkemykseensä työntekijän vahvasta toimijuudesta ja omaehtoisesta työkyvystä huolehtimisesta. Odotus kuntoutuksen yksilöllisestä toteutuksesta korostui haastateltavien puheessa myös siksi, että aiemmin Kelan ammatillinen varhaiskuntoutus on toteutettu ryhmämuotoisesti siten, että kuntoutukset ovat olleet kaikille ryhmille samansisältöisiä.

Kuntoutuksen kytkeytymisessä lähelle työtä ja työpaikkaa tuli aineistossa esille kaksi merkitysjuonetta: kytkeytyminen nähtiin toisaalta koko työyhteisöön ulottuvana toimintana ja toisaalta yksilön työkykyasioiden kytkeytymisenä työhön. Molemmissa esimiehen rooli oli olennainen, joskin hieman erilainen. Työyhteisönäkökulmassa esimies integroi kuntoutuksen kuntoutumisprosessin osaksi työyhteisön kehittämistä, yksilönäkökulmassa osaksi esimies-alaisuhdetta.

Vaikka henkilöstöasiantuntija edusti työnantajaa, työnantajan näkökulma tuli

varsin ohuesti esille heidän puheessaan. Keskeinen teema, joka työnantajan intressinä tuli esille, oli henkilöstön työkykyisyyden ja -hyvinvoinnin heijastuminen sairauspoissaolojen määrään: kuntoutus oli keino vähentää sairauspoissaoloja, ja sen vaikutukset näkyisivät myös tekemättömän työn vähenemisenä. Tuottavuuden tai tehokkuuden argumentti ei tullut näkyvästi esille henkilöstöresurssien yhteydessä, joskin odotus kuntoutuksen yksilöllisyydestä ja varhaisuudesta voidaan liittää työnantajanäkökulmaankin. Tällöin taustaoletus oli, että oikea-aikaisesti, yksilöllisesti ja tarpeenmukaisesti toteutettu kuntoutus tuottaa hyötyä niin työnantajalle kuin työntekijälle. Kuntoutuksen oikea-aikaisuuteen liittyi odotus siitä, että kuntoutuksella pystyttäisiin tukemaan työntekijän työkykyä riittävän varhain. Erilaiset työkyvyn seurannan välineet tuottavat tietoa, joka tukee esimiehiä, henkilöstöasiantuntijoita sekä työterveyshuoltoa varhaiseen puuttumiseen ja vaikuttamiseen.

Kuntoutuksen monet toimijat

Henkilöstöasiantuntijat jäsensivät kuntoutustoimintaa eri toimijoiden roolien ja tehtävien kautta; nämä olivat 1) esimiehen, 2) työntekijän, 3) henkilöstöasiantuntijan, 4) kuntoutuksen palveluntuottajan ja 5) työterveyshuollon rooli. Nämä puolestaan nivoutuivat kuntoutuksen tehtävään sekä työpaikan työkyvyn johtamisen paradigmaan.

Kun kuntoutukselta odotettiin kiinnittymistä työpaikkaan ja työntekijän työhön, henkilöstöasiantuntijat puhuivat painokkaasti työntekijän lähiesimiehen roolista. Sitä pidettiin merkityksellisenä esimiesrooliin kuuluvan työkykyjohtamisen ja työsuojelutehtävän kautta. Tämän tehtävän omaksumista pidettiin esimiehille oppimishaasteena, johon heijastuivat työpaikan henkilöstö- ja johtamiskulttuuri. Perustavanlaatuisena HR-asiantuntijat pitivät vuorovaikutusta henkilöstön ja esimiesten välillä, joskin esimiehen roolin ydin oli kuitenkin työntekijän ja hänen työtehtäviensä tuntemus, johon osa haastatelluista myös vertasi oman roolinsa etäisyyttä. Työntekijän näkökulmasta merkittävä pulma oli esimiesten

Taulukko 1. Toimijoiden roolit kuntoutuksessa -kategorian jäsentely.

Sitaatti aineistosta	alakategoria	yläkategoria	Ydinkategoria
"-- tiivis yhteistyö esimiesten ja näiden kuntoutujien välillä on se juttu." P3	Vuoropuhelu työntekijän kanssa	Esimiehen rooli	Toimijat kuntoutuksessa
"Esimies on se, joka tuntee työntekijät. Me täältä tukitoiminnoista ei tietenkään tunneta eikä tiedetä. Eikä pystytä sanomaan, koska tulee yksittäisiä hälytysmerkkejä tai varhaisen tuen tarvetta --" P6	Tuntee työn ja työntekijät		
"Esimiehen yksi tähän liittyvistä tehtävistä on tämä työkyvyn ja työhyvinvoinnin johtaminen. Ja työsuojeluvastuu." P6	Työkyvyn johtaminen		
"-- onhan se tärkeä, että se lähiesimies on siinä mukana miettimässä." P2	Tärkeä rooli		
"Ongelmallinen porukka on tämä, joilla se esimies vaihtuu, saattaa olla vuoden aikana 3 - 4 esimiestä." P8	Vaihtuvuus ongelma		
"-- kukaan muu ei hänen edestään esimerkiksi liiku tai näin. Se motivaatio siellä syntyy, ja henkilö ymmärtää, että hän jatkaa tämän hankkeen jälkeen itsekseen." P5	Muutoksen ylläpito	Työntekijän rooli	
"Ihminen hahmottaa todennäköisesti paremmin, että mikä merkitys hänellä itsellään on näihin asioihin." P8	Oma aktiivisuus ja vastuu		
"Ja tuoda ne hänen odotuksensa realistiselle tasolle --" P5	Realistiset odotukset		
"-- kun menemme siihen yhteiseen päivään. Ja kuulemme, mitä he ovat siellä itse pohtineet, -- sitten me tuomme taas tältä puolelta keskusteluihin, että mitä täällä on tapahtunut." P5	Monitoimijaista yhteistyötä	HR:n rooli	
"Minä tiedän ihmisistä aika paljon, minä tiedän heidän työolosuhteista ja muusta." P8	Työpaikan hyvä tuntemus		
"Niin me päästäisi tähän kiinni, ja saataisi siihen työkaluja ja mallia ja kokemuksia." P11	Kuntoutus välineenä		
"-- palveluntuottajalla on semmoinen kokonaisjohtaminen, että heillä on kaikki langat käsissään." P5	Kuntoutuksen koordinointi	Kuntoutuksen palveluntuottajan rooli	
"Se on tässä lähellä, se on meille tuttu, ihmiset on siellä tuttuja. Se on sillä tavalla ollut luonnollista meille se." P3	Tuttu ja luotettava kumppani		
"Jotkut kuntoutuslaitokset olettaa ja odottaa, että meillä täällä minä hoitaisin yhtä sun toista. -- minun pitäisi ottaa koppi täällä, ja tiedotella asioista. Koska monet jutut on semmoisia, mitkä minä koen, että ne on kuntoutuslaitoksen tehtäviä." P9	Haasteita yhteistyössä		
"Meillähän on siis hyvin paljon yhteistyötä, tehdään koko ajan." P3	Tiivis yhteistyö	Työterveyshuollon rooli	
"Ja ilman sitä osaavaa ja taitavaa työterveyshuoltoa, niin ei tästä tulisi yhtään mitään -- Ja erityisesti minun mielestäni taitava työterveyshoitaja on ihan napa tässä jutussa." P4	Osaava ja asiantunteva		
"Miten me saadaan näitä kehitettyä, että me saadaan hitsattua tämä työnantajapuolen ja työterveyspuolen yhteistyö sellaiseksi, että me löydetään helpommin ne kuntoutettavat ihmiset?" P9	Yhteistyötä kehitettävä		

tiuha vaihtuvuus erityisesti joillakin toimialoilla ja projektimuotoisesti organisoidussa työssä. Tämä vähensi esimiesten sitoutumista työntekijöiden pitkäkestoiisiin työkyvyn tukiprosesseihin.

HR-asiantuntijat odottivat, että työntekijät ovat itse aktiivisia ja vastuullisia omasta työkyvystään. Tämä nähtiin kokonaisvaltaisena omavastuuna lähtien kuntoutustarpeiden havaitsemisesta niihin reagoimiseen mutta erityisesti kuntoutuksen tulosten, kuten elämäntapamuutosten, ylläpitämisenä. Toisaalta haastateltavat korostivat työntekijöiden omavastuuta, toisaalta esille tuli työnantajan vastuu henkilöstön työhyvinvoinnista. Työntekijöiden myönteisten kun-

toutumisprosessien jatkuvuus oli HR-asiantuntijoiden mielestä erityisen kriittistä. He pitivät kuntoutusta työntekijän työn ja työkyvyn näkökulmasta muutosten mahdollistajana, joskin joissakin näkemyksissä toivottiin niin työntekijöiltä kuin esimiehiltä lisää realismia muutostavoitteisiin ja odotuksiin.

Henkilöstöasiantuntijat kuvasivat itseensä vuorovaikutus- ja yhteistyötilanteissa toimijoiksi ja välittäjiksi. Kuntoutuksessa yhteistyö avautui moneen suuntaan, tilannekohtaisesti. Oman roolinsa keskiössä he pitivät työpaikan ja sen henkilöstön hyvää tuntemusta, joka perustui sekä kokemukselliseen että tietojärjestelmistä kertyneeseen

tietoon. Tätä tuntemusta tarvittiin esimerkiksi kuntoutuspalveluiden suunnittelussa ja tilaamisessa, jotta niiden sisältö vastaisi mahdollisimman hyvin työnantajan ja työpaikan tarpeita. HR-asiantuntijan rooli keskittyi kuntoutuksessa työpaikkatason kysymyksiin, esimerkiksi kuntoutustarpeiden arvioimiseen.

Se, missä määrin haastatellut osallistuvat työntekijätason asioiden käsittelyyn, vaihteli. Ne HR-asiantuntijat, joiden työhön kuului enemmän kuntoutuksen yksilötason asioita, puhuivat kuntoutustarpeista viitaten esimerkiksi työpaikalla tavallisiin sairausryhmiin. Heille kuntoutus oli konkreettinen keino vaikuttaa työntekijän työkykyhaasteisiin. He myös kuvasivat omaan rooliinsa kuuluvaa yhteistyötä esimerkiksi työterveyshuollon kanssa konkreettisten tilanteiden kautta. Yksilön näkökulmasta kuntoutus nähtiin välineenä työkyvyn vahvistamisessa, organisaatiotasolla puolestaan henkilöstöresurssien johtamisen näkökulmasta. Ne HR-asiantuntijat, joiden näkökulma oli lähinnä työpaikkatason kysymyksissä, näkivät kuntoutuksen yhtenä työväliseinä, ikään kuin ”strategisesta” näkökulmasta. Heidän puheestaan välittyi kuntoutuksen yksilötason asioiden, kuten kuntoutujavalintojen, ”ulkoistaminen” työterveyshuollolle. Näille molemmille vastaajaryhmille yhteys ja kumppanuus työterveyshuoltoon olivat erittäin merkittäviä – toisilla painoutuivat, ainakin haastattelussa, enemmän yksilötason kysymykset kuin toisilla. Suhdetta työterveyshuoltoon kuvattiin tiiviiksi yhteistyöksi, jota leimasi kumppanin osaamisen arvostus sekä luottamus. Vain kaksi haastateltavaa toi esille jotakin kriittistä tai kehittämistarpeita työterveyshuollon toiminnassa. Tämä voi kieliä myös siitä, että aineisto hankittiin kehittämishankeympäristössä, jossa työpaikat ja niiden kumppaniterveyshuollot olivat valikoituneita.

Kuntoutuksen palveluntuottajien rooli jäsenyi melko samalla tavalla kuin työterveyshuollon. Osalla työpaikoista oli ollut pitkä yhteistyösuhde kuntoutuslaitoksen kanssa, ja tämä heijastui myös puheeseen toimivan kumppanuuden kuvauksina. Muutama haastatelluista puolestaan kuvasi yhteistyön

haasteita, jotka liittyivät epäselvyyteen tai erilaisiin odotuksiin henkilöstöasiantuntijoiden roolista kuntoutuksessa. Toisaalta kuntoutuksen toteuttajat olisivat antaneet työpaikalle tehtäviä, jotka eivät sinne kuuluneet, ja toisaalta kuntoutuksen toteuttajat rajasivat HR-asiantuntijat kuntoutuksen toteutuksen ulkopuolelle, vaikka työpaikalta olisi haluttu päästä aktiivisemmin mukaan. Mukaanpääsytöiveen taustalla oli henkilöstöasiantuntijoiden tarve kytkeä kuntoutus tiiviimmin työpaikan työkykyprosesseihin.

Taulukko 2. Kuntoutuksen tehtävä-kategorian jäsentymisen.

Sitaatti aineistosta	Alakategoria	Yläkategoria
"-- parempaa jaksamista. Mikä on sinällään abstraktio, mutta näin ihmiset selviäisivät tässä arjessa paremmin -- pystyisivät toimimaan tehtävissään entistä paremmin, ja jaksavan pitempään." P10	Työkyvyn tuki	Kuntoutuksen tehtävä
"-- me saataisi hyvin ennakoidussa vaiheessa liikkeelle ihmiset, se olisi tämä meidän tavoite." P11	Yksilöllistä ja varhaista	
"-- osattaisi pitää sitä mahdollisimman paljon elävänä sitä yhtymäkohtaa siihen työhön." P4	Yhteys työhön ja työpaikkaan	
"-- työnantajana voisi toivoo, että se näkyy meidän sairastuvuudessa ennen kaikkea." P7	Sairauspoissaolojen väheneminen	

Pohdinta

Kun kuntoutuksen toteuttaminen ymmärrettään kompleksisena prosessina, se tarvitsee onnistuakseen yhteistyötä monien toimijoiden välillä (Finch ym. 2012; Fassier ym. 2015). Tästä näkökulmasta myös henkilöstöasiantuntijalla on merkittävä rooli työorganisaation edustajana. Vuorovaikutuksen laatu ja yhteistyön toimivuus kuntoutusprosessiin osallistuvien toimijoiden välillä ovat kriittisiä tekijöitä; ne voivat estää tai edistää kuntoutusta (Andersson ym. 2011). Myös tämän tutkimuksen aineistossa vuorovaikutus verkostomaisissa yhteistyösuhteissa tuli selvästi esille. Verkostomaisuus tekee eri toimijoiden rajapinnoista kriittisiä tekijöitä kuntoutuksen toteutuksessa. Aineisto myös vahvisti käsitystä siitä, että työpaikalta kuntoutus näyttäytyy työkykyjohtamisen näkökulmasta, jossa HR-asiantuntijoilla

on yhä merkittävämpi rooli (Haafkens ym. 2011). Tosin osa haastatelluista HR-asiantuntijoista nojasi yhä edelleen vahvasti työterveyshuollon osaamiseen ja delegoi kuntoutukseen liittyvät kysymykset heille (ks. enemmän Juvonen-Posti ym. 2015).

Haastatteluissa HR-asiantuntijat puhuivat kuntoutuksesta ja henkilöstön työkyvyn tukemisesta varsin konkreettisella tasolla, ennen kaikkea henkilöstötyön prosessien, käytänteiden ja perustehtävän näkökulmasta. Puheessa tuli esille vahva työntekijälähtöisyys, joka voidaan liittää henkilöstön inhimillistä luonnetta ja arvoa organisaation pääomana korostavaan ”pehmeään” (soft) HR-toimintamalliin (Truss ym. 1997). Kuntoutuksen kytkeytyminen osaksi strategista HR-toimintaa, joka puolestaan voidaan liittää ”kovaan” (hard) henkilöstöjohtamisen malliin, tuli suhteellisen ohuesti esille. Toisaalta aiemmin on myös havaittu, ettei kuntoutusta ole myöskään työterveyshuollossa pidetty strategisena yhteistyökumppanina eikä sitä ole liitetty systemaattiseksi osaksi hoitoa. Kuntoutusta ei osata suunnitella tai käyttää osana työkyvyn tukiprosessia (Saari 2012; Juvonen-Posti ym. 2011; Juvonen-Posti ym. 2014a, b; Laaksonen ym. 2014).

Hyvän työterveyshuoltokäytännön mukaisesti työpaikan ja työterveyshuollon tulee olla selvillä henkilöstön tilanteesta, varautua työkykyriskeihin ja osallistua yhdessä työkyvyn tukemiseen (Juvonen-Posti ym. 2014c). Kun henkilöstön tilasta ollaan suunnitelmallisesti ja säännönmukaisesti selvillä, kuntoutus on mahdollista kohdentaa tarpeenmukaisesti (Saltychev ym. 2013). Tässä aineistossa tuli esille työpaikan ja työterveyshuollon sekä kuntoutuksen palveluntuottajan yhteistyösuhteen laatu. Erityisesti yhteistyösuhde työterveyshuoltoon heijastui siihen, millaisena arvio henkilöstön tilasta ja kuntoutustarpeesta nähtiin ja kuinka työntekijät kuntoutukseen valittiin (ks. lisää Seppänen-Järvelä ym. 2015a). Suhde kuntoutuksen palveluntuottajaan heijastui puolestaan työpaikan työkykyjohtamisen ja kuntoutusprosessin liitokseen. Haasteet liittyivät lähinnä toimijoiden roolien ja tehtävien epäselvyyteen, mikä saattoi nostaa esille defensiivisyyttä suhteissa (ks. myös

Andersson ym. 2011).

Esimiesten laimeaa sitoutumista ja kiinnostusta kuntoutukseen on kritisoitu aiemmissä tutkimuksissa (Ylisassi 2009; Turja 2009; Tirkkonen 2012), vaikka esimiesten aloitekykyinen osallistuminen on tärkeä mekanismi, joka edistää kuntoutuksen työhön liittyviä vaikutuksia (Seppänen-Järvelä ym. 2015b). Tässä aineistossa esimiesten merkittävä rooli työntekijöiden kuntoutumisessa ja laajemmin työkyvyn tukemisessa tuli vahvasti esille. Työkyvyn johtamisessa puhe kuntoutuksesta asemoitui ennen kaikkea työntekijätasolle (ks. Liira ym. 2011) ja osaksi esimies-alaisuhdetta (ks. Graen & Uhl-Bien 1995). Aiempi tutkimus on havainnut, että esimiehillä on merkittävä tehtävä henkilöstökäytänteiden toteuttamisessa konkreettisesti (Kuvaas & Dysvik 2010; Sikora & Ferris 2014). Tässä aineistossa esimiehet olivat HR-asiantuntijoiden kumppaneita ja toimijoita työpaikan työkykyjohtamisessa, joskin haastateltavat havaitsivat esimiehillä haasteita omaksua työpaikan työkykyparadigma (ks. myös Jensen Stochkendahl ym. 2015). Myös tämän tutkimuksen perusteella esimiehet tarvitsevat osaamista ja tukea työkykyjohtamisen soveltamisessa käytäntöön (ks. myös Aas ym. 2008; Liira ym. 2011; Johnston ym. 2015).

Aineistossa tuli mielenkiintoisella tavalla esille henkilöstöasiantuntijoiden näkemys työntekijän roolista oman työkykynsä ”omistajana” ja aktiivisena toimijana. Työntekijän näkökulmasta kuntoutus hahmotettiin valtaistavana muutos- ja oppimisprosessina. Lindh (2013) on havainnut, että nykyinen työelämä edellyttää ihmiseltä uudenlaista työelämätoimijuutta, jossa vaaditaan työkyvyn osoittamista ja ylläpitämistä – yksilöllä on vastuu omasta hyvinvoinnista ja terveydestä. Voidaan ajatella, että kuntoutus palvelee parhaimmillaan tämäntyyppistä työelämätoimijuutta, kun ihminen itse on aktiivinen ja motivoitunut hyödyntämään kuntoutusta työkykynsä ja toimijuutensa vahvistajana. Kuntoutus on osa nykyistä yksilöllistynyttä ja hyvinvointiorientoitunutta yhteiskuntaa, jossa ihminen tarkastelee ennakoivasti omaa elämänkulkuaan ja asettaa itselleen toimintakykyään koskevia tavoit-

teita (Ylilahti 2014). Kun kuntoutukseen ha-
keutuvat oma-aloitteisesti ne motivoituneet
työntekijät, joilla on voimavaroja ja halua
huolehtia itsestään (Seppänen-Järvelä ym.
2015a), pitäisikö työpaikkojen työkykyjoh-
tamisessa keskittyä vahvemmin niihin työn-
tekijöihin, joilla on havaittu työkykyriskejä
ja joiden motivaatio ja toimijuus (ks. Paster-
nack ym. 2015) ovat heikompia mutta jotka
kuitenkin voisivat hyötyä kuntoutuksesta
työssä jaksamisen tukena? Vai jääkö tämä
haaste lähinnä työterveyshuollon tehtäväk-
si?

Tulosten merkitys: Henkilöstöasian-
tuntijoilla on merkittävä tehtävä työ-
paikan työkykyjohtamisen ja sitä kautta
kuntoutuksen toteuttamisessa; heillä on
usein rooli työpaikan, työterveyshuollon
ja kuntoutuksen rajapinnalla kuntoutus-
yhteistyössä. Erityisesti esimiesten rooli
on ratkaiseva. Toimijoiden välisen verkos-
tomaisen yhteistyön toimivuus on kriitti-
nen tekijä kuntoutuksen onnistumisessa.

Tiivistelmä

Monialaisuutta ja kumppanuutta koros-
tava näkemys kuntoutusyhteistyöstä on
vahvistanut työpaikan roolia kuntou-
tuksessa. Tässä artikkelissa tarkastellaan
kuntoutusta osana työpaikan työkykyjoh-
tamista työnantajan näkökulmasta, jota
edustaa henkilöstöhallinnon asiantuntija.
Aineistona käytettiin henkilöstöasian-
tuntijoiden yksilöhaastatteluja (N=10).
Aineisto kerättiin osana Kelan työhön-
kuntoutuksen kehittämishankkeen laajaa
arviointitutkimusta. Aineiston proses-
simaisen sisällönanalyysin rakenteeksi
muodostui pää- ja alakategorioiden mu-
odostama käsitteellinen kokonaisuus, jossa
kuntoutuksen tehtävä ja toimijoiden roo-
lit jäsenyivät osaksi työpaikan työkyvyn
tuen paradigmaa. Kuntoutus näyttäytyi ai-
neistossa henkilöstötyön prosessien, käy-
tänteiden ja perustehtävän näkökulmasta.
Sen tehtävä oli työntekijöiden työkyvyn
tuki, jossa korostui työntekijälähtöisyys,

ei niinkään työnantajan intressit. Kun
kuntoutukselta odotettiin kiinnittymistä
työpaikkaan ja työntekijän työhön, koros-
tui työntekijän ja lähiesimiehen vuorovai-
kut. Työntekijöiltä odotettiin aktiivista
toimijuutta ja vastuullisuutta omasta työ-
kyvystä. Henkilöstöasiantuntijoiden oma,
eri toimijoiden vuoronvaikutusta edistä-
vä rooli kuntoutuksessa asemoitui osaksi
heidän työkenttäänsä kuuluvaa työkyvyn
johtamista ja tukemista. He olivat tulleet
työnantajan edustajina alueelle, joka tra-
ditionaalisesti on ollut työterveyshuollon
ja kuntoutuksen ammattilasten asiantun-
tijuusalueita.

Asiasanat: työkykyjohtaminen, henkilös-
töhallinto, sisällön analyysi, ammatillinen
kuntoutus

Abstract

*HR specialists' views on vocational reha-
bilitation as a part of workplace disability
management*

Riitta Seppänen-Järvelä, PhD, Senior
Researcher, Research at Kela (The Social
Insurance Institution of Finland)

The idea of multi-sectoral partnership
and interaction has promoted employers'
role in rehabilitation. This article address-
es rehabilitation as an integrated part of
workplace disability management from
employer's perspective. The data consist-
ed of individual interviews with HR profes-
sionals (N=10) who represented emp-
loyer's viewpoint. The data was collated
in the evaluation research of a vocational
rehabilitation program provided by Kela.
The result of the process-oriented content
analysis was a conceptual structure that
incorporated main- and sub-categories.
The categories of the function of reha-
bilitation and the stakeholder roles were
components of workplace disability ma-
nagement paradigm.

Rehabilitation was reinterpreted from
the vantage point of the HR processes and

practices. The goal was to support work ability for individual workers. This was understood more an employee-centered than an employer's interests driven activity. When rehabilitation was expected to be a work-community based and work-related activity, the importance of the interaction between a supervisor and an employee was underlined. The individual employee's agency and responsibility in terms of maintaining one's work ability was highlighted. The role of HR professional was to enhance stakeholder collaboration in rehabilitation processes in order to manage the work ability of personnel. Nowadays, HR professionals are playing an important role in the professional field of workplace health management where the occupational health service providers and rehabilitation professionals, in the past, had the main responsibility.

Keywords: disability management, human resource management, content analysis, vocational rehabilitation

Riitta Seppänen-Järvelä, VTT, dosentti, johtava tutkija, Kelan tutkimus

Lähteet

- Aas, R.W., Ellingsen, K.L., Lindøe, P., Möller, A. (2008). Leadership qualities in the return to work process: A content analysis. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 18(4), 335–46.
- Ahlstrom, L. & Dellve, L. (2011). Workplace rehabilitation and supportive work conditions of importance for increased work ability and RTW – a prospective study of women on long-term sick leave in Sweden. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 68, A1-A127.
- Ahola, K. (2011). *Tue työkykyä – käsikirja esimiestyöhön*. Helsinki: Työterveyslaitos.
- Ala-Kauhahuoma, M. & Henriksson, M. (2011). *Akateemisten pätkätöyläisten hyvinvointi ja kuntoutus*. TUULI-kehittämishankkeen loppuraportti. Helsinki: Kela.
- Amick III, B.C., Habeck, R.V., Hunt, A., Fossel, A.H., Chapin, A., Keller, R.B., Katz, J.N. (2000). Measuring the impact of organizational behaviors on work disability preventions and management. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 10(1), 21–37.
- Andersson, J., Ahlgren, B., Bihari Axelsson, S., Eriksson, S., Axelsson, R. (2011). Organizational approaches to collaboration in vocational rehabilitation – an international literature review. *International Journal of Integrated Care*, 18 (11), 1–9.
- Anttonen, H. & Räsänen, T. (2009). (toim.) Työhyvinvointi – uudistuksia ja hyviä käytäntöjä. Progress/application for Programme VP/2007/005/371. Restructuring, well-being at work and financial participation. Helsinki: Työterveyslaitos. [on line]. < http://www.ttl.fi/fi/tyoterveyslaitos/strategia_arvot_visio/Documents/BWW_ty%C3%B6hyvinvointi_web.pdf>. Luettu 22.5.2013.
- Atlas.ti. [on line]. <http://atlasti.com/Luettu> 15.12.2016.
- Costa-Black, K.M. (2013). Core components of return-to-work interventions. Teoksessa: Loisel P. & Anema J.R. (toim.), *Handbook of Work Disability: Prevention and Management*, 427–459.
- Fassier, J.B., Durand, M., J., Caillard, J.F., Roquelauze, Y., Loisel, P. (2015). Results of a feasibility study: barriers and facilitators in implementing the Sherbrooke model in France *Scand J Work Environ Health*.
- Finch, T.L., Mair, S.M., O'Donnell, C, Murray, E., May, C.R. (2012). From the theory to 'measurement' in complex interventions: Methodological lessons from the development of an e-health normalization instrument. *BMC Medical Research Methodology* 2012, 12:69.
- Flyvberg, B. (2015). Five misunderstandings about case-study research. *Qualitative Inquiry*, 12(3), 219–245.
- Gensby, U., Labriola, M., Irwin, E., Amick III, B.C., Lund, T. (2014). A classification of components of workplace disability management programs: Result from a systematic review. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 24, 220–241.
- Graen, G. & Uhl-Bien, M. (1995). Relationship-based approach to leadership: Development of leader-member exchange (LMX) theory of leadership over 25 years: Applying multi-level multi-domain perspective. *Leadership Quarterly* 6:2, 219–247.
- Haafkens, J.A., Kopnina, H., Meerman, M. GM., van Dijk, F. JH. (2011). Facilitating job retention for chronically ill employees: perspectives of line managers and human resource managers. *BMC Health Services Research*, 11: 104.
- Hinkka, K., Aalto, L., Toikka, T. (2015). *Uudenlaisen Kelan työhönkuntoutukseen? Viiden kuntoutusmallin arvioinnin tuloksia*. Helsinki: Kela, Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 134.
- Ilmarinen, J., Gould, R., Järvisalo, A., Järvisalo, J. (2006). Työkyvyn moninaisuus. Teoksessa: R. Gould, J. Ilmarinen, J. Järvisalo & S. Koskinen (toim.) *Työkyvyn uottuvuudet*. Terveys 2000 –tutkimuksen tuloksia. Helsinki: Eläketurvakeskus.
- James, P., Cunningham, I., Dibben, P. (2002). Absence management and the issues of job retention and return to work. *Human Resource Journal*, 12(2), 82–94.
- James, P., Cunningham, I., Dibben, P. (2006). Job retention and return to work of ill and injured workers. Toward an understanding of the organisational dynamics. *Employee Relations*, 28(3), 290–303.
- Jensen Stochkendahl, M., Myburgh, C., Young, A., Hartvigen, J. (2015). Manager experiences with

- return to work process in large publically funded hospital setting: Walking a fine line. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 25, 752–762.
- Johnston, V., Way, K., Long, M. H., Wyatt, M., Gibson, L., Shaw, W. S. (2015). Supervisor competencies for supporting return to work: A mixed-methods study. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 25, 3–17.
- Juntunen, P., Puumalainen, J., Mäkelä-Pusa, P. (2012). Perustuksia valamassa. Pientyöpaikkojen työterveysyhteistyö. Helsinki: Kuntoutussäätiö, Kuntoutussäätiön työselosteita 43.
- Juvonen-Posti, P., Liira, J., Järvisalo, J. (2011). Kuntoutus työterveysshuollossa ja työuran pidentämisestä koskeissa tavoitteissa. Teoksessa: A. Järvikoski, J. Lindh, A. Suikkanen (toim.) Kuntoutus muutoksessa. Rovaniemi: LUP Lapin yliopistokustannus, 229–248.
- Juvonen-Posti, P., Joensuu, M., Reiman, A., Heusala, T., Takala, E.-P., Ahonen, G. (2014a). Työkykyjohtaminen – johdettua yhdessä tekemistä. Tapaus tutkimus käytännön johtamisenentellistä ja taloudellisesta vaikuttavuudesta kunnallisessa liikelaitoksessa. Helsinki: TTL, 2014a. [on line]. <<http://www.ttl.fi/fi/verkkokirjat/Sivut/Tyokykyjohtaminen.aspx>>. Luettu 15.8.2015.
- Juvonen-Posti, P., Pesonen, S., Toivio, P., Sallmén, M., Himanen, A.-K., Hannu, T., Takala, E.-P., Niiranen, K., Autti-Rämö, I., Hinkka, K., Uitti, J. (2014b) Työssä jatkamisen tuki pitkittyvässä työkyvyttömyydessä. Arviointitutkimus 1.6.2012 voimaan astuneiden työterveyshuoltolain ja sairausvakuutuslain muutosten täytäntöönpanon toteutumisesta. Liite 1. Helsinki: TTL. [on line]. <http://www.ttl.fi/fi/verkkokirjat/Sivut/Tyossa_jatkamisen_tuki.aspx>. Luettu 28.8.2015.
- Juvonen-Posti, P., Uitti, J., Kurppa, K., Viljamaa, M., Martimo, K.-P. (2014c). Työterveysyhteistyö. Teoksessa: J. Uitti (toim.) Hyvä työterveyshuoltokäytäntö. Helsinki: STM ja TTL, 22–30.
- Juvonen-Posti, P., Seppänen-Järvelä, R., Pesonen, S., Savinainen, M., Laaksonen, M., Kaleva, S. (2015). Työterveysyhteistyö kuntoutumisen mahdollistajana. *Kuntoutus* 3, 28–41.
- Järvikoski, A. (2014). Monimuotoinen kuntoutus ja sen käsitteet. Helsinki: STM, Raportteja ja muistioita 43.
- Järvikoski, A., Härkäpää, K., Mannila, S. (2001). Moniulotteinen työkykykäsitys ja työkykyä ylläpitävä toiminta. *Kuntoutus*, 3, 3–11.
- Kuoppala, J., Lamminpää, A., Liira, J., Vainio, H. (2008). Leadership, job well-being, and health affects – a systematic review and a meta-analysis. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 50(8), 904–15.
- Kuvaas, B. & Dysvik, A. (2010). Exploring alternative relationship between perceived investment in employee development, perceived supervisor support and employee outcomes. *Human Resource Management Journal*, 20(2), 138–156.
- Laaksonen, M., Blomgren, J., Gould, R. (2014). Työkyvyttömyyseläkkeelle siirtyneiden sairauspäiväraha-, kuntoutus- ja työttömyshistoria. Rekisteripohjainen tarkastelu. Eläketurvakeskuksen raportteja 5.
- Laine, P., Lindberg, M., Silvennoinen, H. (2016). Työhyvinvoinnista tarvitaan väestötason seuranta-tietoa- työhyvinvoinnin käsite ja mittaamisen problematisointia ja kehittelyä. *Hallinnon tutkimus*, 35(4), 287–303.
- Lederer, V., Loisel, P., Rivard, M., Champagne, F. (2014). Exploring the diversity of conceptualization of work (dis)ability: A scoping review of published definitions. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 24, 242–267.
- Liira, J., Redemann, B., Juvonen-Posti, P., Elo, A.-L., Joensuu, M., Parvinen, A. (2011). Dynaamisen työkykyjohtamisen haaste yrityksen ja työterveysshuollon yhteistyölle. *Työterveyslääkäri* 1:47–53.
- Lindh, J. (2013). Kuntoutus työn muutoksessa. Yksilön vajavuuden arvioinnista toimintaverkoston rakenteistumiseen. Rovaniemi: Lapin yliopisto, Acta Universitatis Lapponiensis 259.
- Loisel, P., Durand, M.-J., Berthelette, D., Vézina, N., Baril, R., Gagnon, C., Larivière, C., Tremblay, C. (2001). Disability prevention. New paradigm for the management of occupational back pain. *Practical Disease Management*, 9(7), 351–360.
- Loisel, P., Falardeau, M., Baril, R., José-Durand, M., Langley, A., Sauvé, S., Gervais, J. (2005). The values underlying team decision-making in work rehabilitation for musculoskeletal disorders. *Disability and Rehabilitation*, 27, 561–569.
- Lyly-Yrjänäinen, M. (2014). Työolobarometri syksy 2013. Helsinki: TEM, Työ- ja elinkeinoministeriön julkaisuja, Työ ja yrittäjyys 32.
- Lysaght, R., Fabrigar, L., Lamour-Trode, S., Stewart, J., Friesen, M. (2012). Measuring workplace social support for workers with disability. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 22, 376–386.
- MacEachen E., Clarke J., Franche RL., Irvin E. and Workplace-based Return to Work Literature Review Group. (2006). Systematic review of the qualitative literature on return to work after injury. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 32 (4):257–269.
- Negrini, A., Corbière, M., Lecomte, T., Coutu, M.-F., Berbiche, D. (2017). How can supervisors contribute to the return to work of employees who have experienced depression? *Journal of Occupational Rehabilitation*, 29.
- Nishii, L., Lepak, D., Schneider, B. (2008). Employee attributions of the "why" of HR practices: Their effects on employee attitudes and behaviors, and customer satisfaction. *Personnel Psychology*, 61, 503–545.
- Pasternack, I., Autti-Rämö, I., Hinkka, K., Pappila, J. (2015). Miten tunnistaa varhaiskuntoutuksen tarve työelämässä? Kirjallisuuskatsaus työkyvyn heikkenemisen ennusmerkeistä ja varhaisen tunnistamisen työkaluista. Helsinki: Kela, Sosiaali- ja terveysturvan selosteita 91.
- Pensola, T. & Järvikoski, A. (2006). Psykkiset rasitusoireet ja niiden huomioon otto työpaikalla. Teoksessa: Lehto A.-M, Sutela H, Miettinen A (toim.) Kaikilla mausteilla. Artikkeleita työolotutkimuksesta. Helsinki: tilastokeskus, Tilastokeskuksen tutkimuksia 244.
- Reiman, A., Ahonen, G., Juvonen-Posti, P., Heusala, P., Takala, E.-P., Joensuu, M. (2017). Economic impacts of workplace disability management in a public enterprise. *International Journal of Public Sector Performance Management*, 3(3), 297–310.
- Rubin, H.J. & Rubin, I.S. (2005). Qualitative interviewing: the art of hearing data (2 nd ed.).

- Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Saari, P. (2012). Onnistuneesti työhön ammatillisella kuntoutuksella. *Kevan tutkimuksia* 2.
- Saltychev, M., Laimi, K., Oksanen, T., Pentti, J., Kivimäki, M., Vahtera J. (2013). Ammatillisesti syvennettyyn lääketieteelliseen kuntoutukseen (ASLAK) pääsy 2000-luvulla. Onko sairaus- ja työkyvyttömyysriskien merkitys valinnassa muuttunut? *Duodecim*, 129: 1279–1287.
- Seppänen-Järvelä, R., Aalto, A.-M., Juvonen-Posti, P., Laaksonen, M., Tuusa, M. (2015a). (toim.) Yksilöllisesti räätälöity ja työhön kytketty. Kelan työhönkuntoutuksen kehittämishankkeen arviointitutkimus. Helsinki: Kela, Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 139.
- Seppänen-Järvelä, R., Syrjä, V., Juvonen-Posti, P., Pesonen, S., Laaksonen, M., Tuusa, M., Savinainen, M., Henriksson, M. (2015b). Kuntoutumisen polku - yhteistoimintaa ja yksilöllisiä valintoja. Kelan työhönkuntoutuksen kehittämishankkeen arviointitutkimus. Helsinki: Kela, Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 141.
- Shaw, W.S., Main, C.J., Pransky, G., Nicholas, M.K., Anema, J.R., Linton, S.J., the Hopkinton Conference Working Group on Workplace Disability Prevention. (2016). Employer policies and practices to manage and prevent disability: Foreword to the special issue. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 26, 394–398.
- Shaw, W.S., Kristman, V.L., Vézina, N. (2013). Workplace issues. In P. Loisel and J.R. Anema (eds.), *Handbook of Work Disability: Prevention and Management*, 163–181.
- Sikora, D.M. & Ferris, G.R. (2014). Strategic human resource practice implementation: the critical role of line management. *Human Resource Management Review*, 24 (3), 271–281.
- Tappura, S., Syvänen, S., Saarela, K.L. (2014). Challenges and need for support in managing occupational health and safety from managers' viewpoints. *Nordic Journal of Working Life Studies*, 4(3), 31–51.
- Terävä, K. (2013). Työkyvyn tuki vuokratyössä. Helsinki: Kuntoutussäätiö.
- Tirkkonen, M. (2012). ASLAK-kuntoutus vahvistaa työhyvinvointia valikoivasti. Tampere: Tampere University Press, Acta Electronica Universitatis Tamperensis 1235, 2012. [on line] <<http://urn.fi/urn:isbn:978-951-44-8904-4>>. Luettu 26.11.2014.
- Tjulin, A., MacEachen, E., Stiwnne, E.E., Ekberg, K. (2011). The social interaction of return to work explored from co-workers experiences. *Disability and Rehabilitation*, 33 (21–22), 1979–1989.
- Truss, C., Gratton, L., Hope-Hailey, V., McGovern, P., Stiles, P. (1997). Soft and hard models of human resource management: A reappraisal. *Journal of Management Studies*, 34, 53–73.
- Turja, J. (2009). Ammatillisesti syvennetyn lääketieteellisen kuntoutuksen vaikuttavuus. Kuntoutus osana työpaikan terveyden edistämistä. Tampere: Tampere University Press, Acta Universitatis Tamperensis 1375.
- Williams, R.M. & Westmorland, M. (2002). Perspectives on workplace disability management: A review of the literature. *Work* 19, 87–93. doi: 1051-9815/02/\$8.00
- Williams-Whitt, K., Bültmann, U., Amick III, B., Munir, F., Tveito, T.H., Anema, J.R., the Hopkinton Conference Working Group on Workplace Disability Prevention. (2016). Workplace interventions to prevent disability from both the scientific and practice perspectives: A comparison of scientific literature, grey literature and stakeholder observations. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 26, 417–433.
- Ylilahti, M. (2014). Työkykyä ylläpitävän kuntoutuksen monenkirjava anti. *Kuntoutus*, 1, 23–34.
- Ylisassi, H. (2009). Kehittävän kuntoutuksen mahdollisuudet. Tutkimus Aslak-kuntoutuksen työkytkennän ja asiakkuuden rakentumisesta. Helsinki: Helsingin yliopisto, Helsingin yliopiston kasvatustieteen laitoksen tutkimuksia 226.

KOGNITIIVINEN HAASTATTELU KYSELYLOMAKKEEN KEHITTÄMISESSÄ

Esimerkkinä työ- ja toimintakyvyn
itsearviointimenetelmä Kykyviisari

Kognitiivisen haastattelun määritelmä ja tausta

Työ- ja toimintakyvyn arviointiin on olemassa erilaisia käytäntöjä, joista yleisemmin hyödynnetään kyselylomakkeita. Jotta vastaaja kokisi arvioinnin hyödylliseksi ja vastaamisen arvoiseksi, kyselyn tulee olla vastaajalle merkityksellinen ja ymmärrettävä.

Kognitiivinen haastattelu on yksi kehittämisen menetelmä, jonka avulla selvitetään, miten kohderyhmä ymmärtää kyselylomakkeen kysymykset ja niissä esiintyvät käsitteet (Tourangeau 1984; Willis 2005; Ahola ym. 2002). Menetelmän katsotaan syntyneen 1980-luvun CASM-liikkeen (Cognitive Aspects of Survey Methodology) tuotoksena. CASM-tutkimus havainnollistaa kognitiivisia tekijöitä, jotka vaikuttavat tutkittavan vastaamiseen ja ohjaavat tutkijaa kyselyn laatimisessa. (Willis 2005, 39–41; Collins 2015, 14.)

Kognitiivisen haastattelun juuret ovat kognitiivisessa psykologiassa niin sanotussa ääneen ajattelu -menetelmässä (think aloud, talk aloud) (Ericsson & Simon 1980; 1993). Menetelmän avulla saadaan tietoa vastaajan mielessä tapahtuvista prosesseista

ja esitettyihin kysymyksiin vastaamisesta. Viitekehyksenä toimii nelivaiheinen kysymys-vastaus-prosessin malli: 1) kysymysten ymmärtäminen ja tulkinta (comprehension), 2) muistaminen ja mieleenpalauttaminen (retrieval), 3) harkinta ja vastauksen muodostaminen (judgment) sekä 4) vastauksen antaminen (response). (Tourangeau 1984; Willis 2005; Ahola ym. 2002.)

Menetelmän avulla voidaan kriittisesti arvioida tiedon välittymistä haastateltavan ja haastattelijan välillä. Vastaajan mentaalisisissä prosesseissa kiinnitetään erityistä huomiota ongelmakohtiin, jolloin saadaan sellaista tietoa, joka muutoin jäisi huomiotta. (Tourangeau 1984; Willis 2005; Ahola ym. 2002.) Kognitiivista haastattelua hyödynnetään niin itsetäytettävien lomakkeiden kuin haastattelulomakkeidenkin testaamiseen (Godenhjelm 2002, 53).

Tutkimuskirjallisuudessa kognitiivisella haastattelulla tarkoitetaan usein toimintaa, jossa rikostapausten kuulusteluissa pyritään silminnäkijöiden kuvauksen tarkkuuden ja luotettavuuden lisäämiseen (ks. esim. Geiselman ym. 1986; Fisher ym. 1989; Fisher & Geiselman 1992). Käsitettä käytetään myös

survey-tutkimukseen liittyvästä menetelmästä, jossa kehitetään kyselylomaketta. Kuulusteluissa käytetty kognitiivinen haastattelu on siis eri asia kuin kyselomakkeiden parantamiseen tähtäävä kognitiivinen haastattelu, jota tässä artikkelissa yksinomaan käsitellään. (Willis 2005, 5.)

Kognitiivisen haastattelun toteuttaminen

Monissa kyselyitä kehittävässä ja käytävissä organisaatioissa kognitiivista haastattelua käytetään rutiininomaisesti. Näin toimitaan esimerkiksi Suomen, Ruotsin, Ison-Britannian, Kanadan ja Uuden-Seelannin virallisissa tilastokeskuksissa sekä monissa yliopistoissa. Vaikka kognitiivisen haastattelun käytöstä on kirjoitettu oppaita, on olemassa vain vähän kirjallisuutta menetelmän tarkasta ja yksityiskohtaisesta käytöstä, sen eri vaiheista ja erilaisista tekniikoista. Tästä syystä kognitiivisen haastattelun menetelmä on pysynyt jokseenkin epämääräisenä. (Willis 2005, 10.) Eri tekniikoita yhdistää kuitenkin kyselylomakkeen testaus, kysymysten muokkaaminen ja uudelleen testaaminen (Godenhjelm 2002, 64).

Haastateltavien ääneen ajattelu (think aloud, talk aloud) voi tapahtua kolmella tapaa. Ääneen ajattelu voi tapahtua siinä hetkessä, kun haastateltava kuulee kysymyksen ja alkaa työstää sitä mielessään tuottaakseen vastauksen. Vaihtoehtoisesti haastateltava voi avata ajatuksenkulkuaan yksittäiseen kysymykseen vastaamisen jälkeen tai vasta koko lomakkeen läpikäynnin lopuksi. (Godenhjelm 2002, 53.) Haastateltavien ääneen ajattelu antaa haastattelijalle ymmärrystä vastaajan päänsisäisen kysymys-vastaus-prosessin vaiheista ja siitä, missä määrin kysymys toimii tarkoitetulla tavalla (Willis 2005, 44–45; Miller 2014, 2).

Haastattelija kannustaa haastateltavia tuomaan spontaanisti esille kysymysten herättämiä ajatuksia. Mikäli kysymys on vaikeasti ymmärrettävä tai siinä on tulkinanvaraa, vastaajilla on taipumuksena muokata kysymys mielessään sellaiseksi, johon he pystyvät vaivatta vastaamaan. (Prüfer & Rexroth 2005, 3.) Tällöin vastaajien vasta-

ukset riippuvat siitä, miten kukin heistä on kysymyksen mieltänyt, eikä kerätty tieto ole keskenään verrannollista. Kognitiivisen haastattelun tavoitteena on kehittää kyselylomake, jonka kysymykset ovat mahdollisimman selkeitä ja yksiselitteisiä.

Menetelmässä keskeisintä on vastaajien näkökulman tuominen osaksi kyselylomakkeen valmistamista. Kognitiivinen haastattelu voidaan toteuttaa joko yksilöhaastatteluina tai fokusryhmähaastatteluina. Testaus on hedelmällisintä silloin, kun lomake on mahdollisimman valmiiksi hiottu jo ennen haastatteluiden aloittamista. (Godenhjelm 2002, 61–63.) Haastattelut tallennetaan ääni- tai videomuodossa. Lisäksi keskeisiä huomioita saatetaan kirjata jo haastattelun aikana. (Prüfer & Rexroth 2005, 16.) Tutkija nostaa aineistosta esiin yleisiä huomioita lomakkeen sujuvuudesta ja mahdollisia ongelmakohtia. Toistuvat ongelmakohtat kertovat, mitä kysymyksiä ainakin tulisi mahdollisesti vielä muokata. (Willis 1994, 34–35.) Rennon ilmapiirin aikaansaamiseksi kognitiiviseen haastatteluun osallistujille on tärkeää korostaa, ettei kyse ole osallistujan vaan kyselylomakkeen tai yksittäisten kysymysten testaamisesta (Prüfer & Rexroth 2005, 17).

Haastateltavien ja haastattelijan vaikutus tuloksiin

Kognitiivisen haastattelun anti on merkittävässä määrin riippuvainen haastateltavien kyvystä sanoittaa ajatteluprosessejaan. Varsinkin alitajuisten tai tiedostamattomien asioiden kuvaaminen on vaikeaa. Esimerkiksi konkreettisen tekemisen kuvaaminen on helpompaa kuin alitajuisesti toimintaan vaikuttavien asenteiden. (Prüfer & Rexroth 2005, 15; Collins 2015, 20–21.)

Yhtäältä haastattelijan tiedot, taidot ja kokemus sekä toisaalta haastateltavien sosioekonominen asema, koulutus, sukupuoli, ikä ja kulttuuri vaikuttavat siihen, millaisia johtopäätöksiä haastattelija tekee haastatteluista (Miller 2014, 3–4; Willson & Miller 2014, 15–33). Myös ympäristöllä, jossa kognitiivinen haastattelu toteutetaan, voi olla merkitystä: Miten paljon vastaaja ponnistelee tuottaakseen täsmällisen ja huolelli-

sen vastauksen? Kertooko vastaaja totuuden vai pyrkiikö hän tuottamaan vastauksen, joka saisi hänet parempaan valoon? (Collins 2015, 20–21; Willis 1994, 4.) Haastattelun toteuttamisessa on huomioitava toimintaympäristön vaikutus.

Haastatteluilla tuotetun laadullisen aineiston systemaattinen ja läpinäkyvä analyysi on tärkeää, jotta tuloksia voidaan hyödyntää yhdessä määrällisen aineiston kanssa (Miller ym. 2014, 153–154). Tulosten kohdalla tutkijan tulee aina arvioida, ovatko haastateltavien esiin nostamat ongelmat yksittäisiä vai todennäköisiä myös muiden vastaajien kohdalla. Haastattelujen tulosten perusteella ei kuitenkaan voida selvittää sitä, onko menetelmän avulla kehitetty kyselylomake todella parempi kuin aikaisempi. Lisäksi kognitiivisessa haastattelussa osallistujia on yleensä enimmilläänkin vain parikymmentä, mikä ei millään kata kaikkien vastaajien näkemyksiä. (Godenhjelm 2002, 62–63; Collins 2015, 20.)

Kyselylomakkeiden kysymysten laatimisessa monet yksityiskohtaiset päätökset tehdään kognitiivisten haastattelujen tulosten perusteella. Survey-kyselyihin vastaamisen tutkiminen ja kognitiivisen haastattelun menetelmien kehittyminen ovat merkittävästi lisänneet ymmärrystämme mittausvirheiden syistä. (Willis 2005, 39–41; Godenhjelm 2002, 53–54; Collins 2015, 13.) Vaikka kyselylomake olisi tieteellisesti luotettava, käyttämättömänä se on hyödytön. Hyvä kyselylomake on helppokäyttöinen, ymmärrettävä ja käyttäjilleen merkityksellinen. Tavoitteena on, että kaikki kyselyyn vastaavat ymmärtävät kysymykset mahdollisimman samalla tavalla, jolloin mitataan sitä, mitä halutaan tietää. Kyselytutkimuksen face- ja content-validiteettia onkin mielekästä parantaa kognitiivisen haastattelun avulla (Kelly ym. 2016).

Kykyviisarin kehittämisen lähtökohtia

Euroopan sosiaalirahasto (ESR) rahoittaa Sosiaalinen osallisuus ja työ- ja toimintakyvyn muutos (Solmu) -koordinaatiohanketta vuosina 2014–2020. Solmu-hankkeen toteuttaa

Työterveyslaitos. Hanke liittyy sosiaali- ja terveysministeriön alaisuudessa toteuttavaan Rakennerrahaston ohjelman toimintalinja viiden Sosiaalinen osallisuus ja köyhyyden torjunta -sisältöön. Näiden kehittämishankkeiden tavoitteena on vaikeasti työllistyvien henkilöiden työ- ja toimintakyvyn edistäminen siten, että heidän työllistymisedellytyksensä parantuvat. Solmu-koordinaatiohankkeen tehtävänä on kehittää hankkeiden käyttöön työ- ja toimintakyvyn itsearviointimenetelmä (Kykyviisari).

Työ- ja toimintakyvyn ylläpito ja edistäminen on ensiarvoisen tärkeää, jotta edellytykset sosiaaliseen osallistumiseen ja työllistymiseen vahvistuvat. Työkykyisyys ja työkyvyttömyys ovat monitekijäisiä, kompleksisia sekä tilanne- tai toimintaympäristöön ja kulttuuriin sidonnaisia kokonaisuuksia. Lisäksi ne ovat prosessimaisesti muuttuvia. Nykyiset työ- ja toimintakyvyn arviointimenetelmät eivät välttämättä huomioi riittävällä tavalla heikossa työmarkkina-asetmassa olevien tilanteita.

Kykyviisarissa painopiste on henkilön jäljellä olevassa työ- ja toimintakyvyssä sekä hänen vahvuuksissaan ja voimavaroissaan. Kehittämistyön lähtökohtana pidettiin itsearviointimenetelmän voimaannuttavaa näkökulmaa – perinteisen yksilöllisen toiminta- ja työkyvyn menetysten ja toiminnan esteiden sijaan. Hankkeet voivat hyödyntää Kykyviisaria hankeosallistujiansa työ- ja toimintakyvyn tilanteen kartoittamisessa, työskentelyn tavoitteiden asettamisessa ja muutosten arvioinnissa. Lisäksi Kykyviisaria voi hyödyntää hankkeen vaikutusten arvioinnissa työ- ja toimintakyvyn muutosten osalta ryhmätasolla.

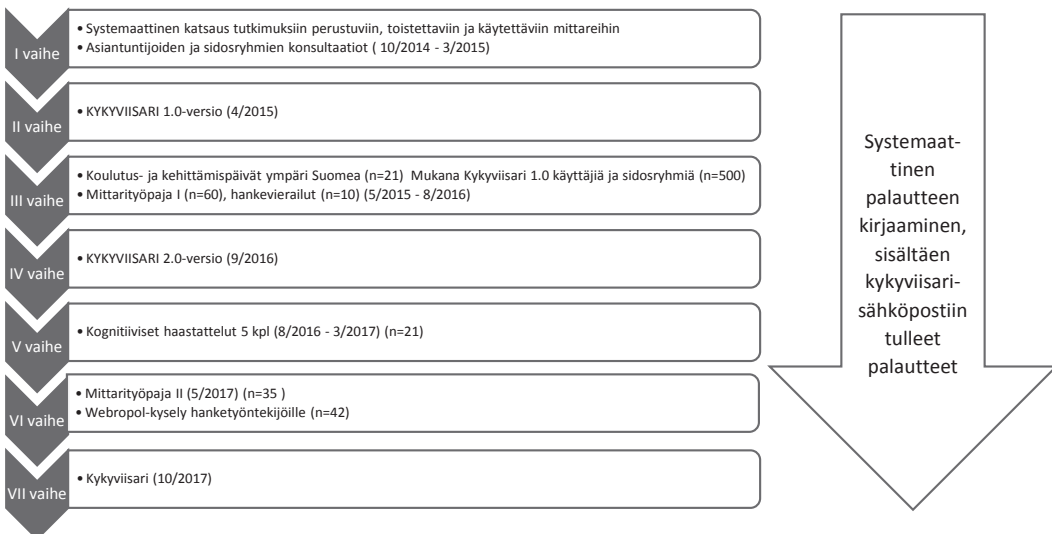
Itsearviointimenetelmää kehitetään yhdessä eri toimijoiden ja hankeosallistujaryhmien kanssa, jotta erilaiset näkökulmat, osaamiset ja tilanteet tulisivat esille. Lisäksi tavoitteena on, että yhteinen ymmärrys työ- ja toimintakykyyn yhteydessä olevista tekijöistä ja arvioinnin merkityksestä kasvaisi. Tällä hetkellä Suomessa on parasataa ESR toimintalinja viiden hanketta, joista kuutisenkymmentä on asiakastyössään käyttänyt Kykyviisaria. Tähän mennessä Kykyviisari-vastauksia on tallentunut reilut 3700.

Kykyviisarin kehittämisen askeleet

Kykyviisarin kehittämisprosessissa on hyödynnetty erilaisia tiedonkeruun menetelmiä ja lähteitä sekä sovellettu käytännössä moninäkökulmaisuutta. Moninäkökulmaisuus on huomioitu myös kehittämistyöryhmän ammatillisessa kokoonpanossa. Mukana on ollut lääketieteen, terveys-, liikunta- sekä käyttäytymis- ja yhteiskuntatieteiden asiantuntijoita. Kykyviisarin kehittäminen aloitettiin systemaattisella katsauksella jo olemassa oleviin arviointimenetelmiin ja mittareihin. Katsauksessa selvitettiin Suomessa ja EU:n alueella käytössä olevia työ- ja toimintakyvyn mittareita sekä niiden käyttömahdollisuuksia vaikeasti työllistyvien henkilöiden kohdalla. Kyseeseen tulevana mittareina pidettiin niitä, joista oli olemassa tutkittua tietoa (luotettava, toistettava, tutkimukseen perustuva). Muita kriteereitä olivat laaja käyttö, helppo saatavuus ja maksuttomuus. Tässä yhteydessä hyödynnettiin muun muassa Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) toimintakyvyn mittaamisen ja arvioinnin asiantuntijaverkoston kansallista Toimia-tietokantaa ja konsultoitiin eri asiantuntijoita. Jo olemassa olevista mittareista ja työryhmän työskentelyn perusteella syntyneistä kysymyksistä valmistui pilottiversio Kykyviisari 1.0. (Kuvio 1.)

Kykyviisari 1.0 -versiota lähdettiin kehittämään yhdessä hankkeiden kanssa. Kehittämisehdotuksia tallennettiin systemaattisesti. Yhtenä arenana toimivat hanketoimijoille suunnatut Kykyviisarin käyttökoulutukset. Niissä kouluttajan lisäksi oli mukana kirjuri, joka tallensi tilaisuuden aikaista keskustelua ja kehittämisehdotuksia. Jokaisen koulutus-tapahtuman jälkeen osallistujille lähetettiin sähköinen palautekysely.

Vastaajilta pyydettiin Kykyviisari 1.0 -version lopussa palautetta kyselyn sisällöstä. Kaikki em. dokumentit, tilaisuudet, yhteydenotot ja asiantuntijakonsultaatiot ovat toimineet osana Kykyviisari-itsearviointimenetelmän kehittämistä. Lisäksi palautetta on koottu Kykyviisari@ttl.fi-sähköpostiin saapuneista kommentteista. Palaute on ryhmitelty ja taulukoitu sitä mukaa kuin sitä on kertynyt. Palautteiden käsittelyn tuloksena syyskuussa 2016 valmistui yhdeksästä eri osiosta koostuva Kykyviisari 2.0. Vuoden 2017 alusta alkaen Kykyviisari on ollut käytettävissä myös verkkokyselynä, mikä on mahdollistanut vastajalle henkilökohtaisen palautteen. Tässä vaiheessa kehittämistyötä Kykyviisarin arvioitiin olevan siinä vaiheessa, että sen kehittämisessä voisi hyödyntää kognitiivista haastattelua (kuvio 1, vaihe IV). Menetelmän käyttämistä puolsi myös se, että kaikkia haastateltavia yhdisti Kykyviisarin käyttökokemus.



Kuvio 1. Kykyviisarin kehittämisen askeleet.

Kognitiiviset haastattelut osana Kykyviisarin kehittämistyötä

Kykyviisarin kehittämisessä, vastaajaryhmän luonteen vuoksi, päätettiin tehdä koehaastattelu. Koehaastattelun tavoitteena oli selvittää mielekästä haastatteluun osallistumisen tapaa ja menetelmiä. Koehaastatteluun osallistui kolme Kykyviisaria käyttänyttä vastaajaa ja kaksi tutkijaa. Haastateltavat kokivat, että kyselyn kehittämiseen tähtäävät haastattelut tulisi tehdä mahdollisimman pian Kykyviisariin vastaamisen jälkeen. Lisäksi haastatteluissa tulisi olla kyselylomake nähtävillä. Nämä asiat helpottaisivat mieleenpalauttamista. Pienryhmämuotoinen haastattelu koettiin hyvänä, koska arvioinnin ja kehittämisen kohteena eivät olisi henkilöiden omat vastaukset, vaan nimenomaan käytetty kyselylomake. Pienryhmän koettiin myös antavan tukea ja auttavan kehittämissuhteiden ääneen ajattelemisessa.

Aineisto ja kohderyhmä

Koehaastattelusta saadun palautteen perusteella kognitiiviset haastattelut sovittiin tehtäviksi pienryhmähaastattelun muodossa niille asiakkaille, jotka olivat käyttäneet Kykyviisari 2.0 -versiota.

Aineisto-otosta suunniteltaessa pyrittiin huomioimaan sekä maantieteellinen että kohderyhmäkohtainen kattavuus. Koska toimintalinjat viiden hankkeilla on hyvin erilaisia kohderyhmiä, moniäänisyyden tueksi haastatteluihin haluttiin osallistujia mielenterveys- ja päihdekuntoutujista, pitkäaikaistyöttömistä, nuorista ja ikääntyneistä työttömistä, maahanmuuttajista ja osatyökykyisistä. Käytettäessä kognitiivista haastattelua aineiston määrää ei sovitettu ennakkoon, vaan se määräytyy aineiston kertyessä. Tutkija saattaa päätyä tekemään haastatteluja useamman kierroksen: lomaketta testataan, havaintojen perusteella kysymyksiä muokataan ja sen jälkeen testataan uudelleen (Willis 2005, 7–8, 138; Godenhjelm 2002, 60, 64).

Aineiston keruu alkoi siten, että Kykyviisarin kehittämisryhmä oli yhteydessä kahden eri kohderyhmän hankkeeseen eri puo-

lilla Suomea ja tiedusteli niiden halukkuutta osallistua kehittämistyöhön. Tämän jälkeen hanketyöntekijät keskustelivat asiakkaitensa kanssa näiden halukkuudesta osallistua haastatteluihin. Haastattelut olivat vapaaehtoisia. Osallistujille kerrottiin, että haastattelut tapahtuisivat heidän kotikunnassaan, mahdollisuuksien mukaan paikallisen hankkeen tiloissa. Näin taattaisiin haastatteluun osallistuville asiakkaille tuttu ja turvallinen toimintaympäristö (ks. Collins 2015, 20–21; Willis 1994, 4).

Aineisto kylläntyi siten, että lopulta toteutettiin viisi kierrosta kognitiivisia haastatteluja. Niihin osallistui 3–6 henkilöä haastatteluun kohden. Haastattelutilanteista pyrittiin luomaan mahdollisimman rentoja ja epämuodollisia, ja ne toteutettiin haastateltaville tutuissa toimintaympäristöissä. Osallistujat saivat hyvän tutkimuskäytännön mukaisesti kirjallisen tiedotteen tutkimuksesta ja oikeuksistaan sekä suostumuslomakkeen. Lisäksi he saivat tilaisuuden tehdä tarkentavia kysymyksiä Kykyviisarin kehittäjille, joita jokaisessa haastattelutilanteessa oli mukana kaksi. Yhdessä haastattelutilanteessa viidestä osallistujasta kaksi poistui kesken, koska he kokivat, ettei heillä ole kyselylomakkeesta mielipiteitä. Jokaisen haastattelun lopuksi osallistujille annettiin elokuvalippu kiitokseksi haastatteluun osallistumisesta.

Haastatteluissa oli mukana iso kaupunkialue, taajama-alueita ja syrjäisiä maalaiskuntia. Siten maantieteellinen kattavuus saatiin toteutettua, kuten myös kohderyhmäkohtainen tavoite. Haastatteluissa oli 21 osallistujaa; 10 naista ja 11 miestä. Iältään osallistujat olivat 23–62-vuotiaita.

Haastattelut kestivät 67–99 minuuttia. Ne nauhoitettiin ja myöhemmin kirjoitettiin auki. Haastattelijoilta oli käytettävissään ennakkoon suunniteltu kirjallinen haastattelurunko, jotta haastattelutilanteet etenisivät samankaltaisina. Toinen haastattelijosta teki myös tarkentavia muistiinpanoja. Haastattelutilanteissa osallistujille jaettiin Kykyviisari 2.0 -version paperilomake.

Haastattelut etenivät siten, että osallistujilta tiedusteltiin ensin heidän yleisiä muistutuksiaan Kykyviisari 2.0:n käyttämisestä. Haastattelukysymykset liittyivät ajatuksiin

Kykyviisari-lomakkeesta, sen käytettävyydestä ja ennen kaikkea kysymysten ymmärrettävyydestä. Haastateltavilta kysyttiin myös heidän ajatuksiaan Kykyviisarin merkityksellisyydestä, hyödyntämisestä ja hyödyllisyydestä. Tämän jälkeen osallistujien kanssa käytiin kyselylomake läpi osio kerrallaan. Haastateltavat lukivat ensin kunkin osion kysymykset läpi ja kertoivat vaikutelmansa jokaisesta osion kysymyksestä: sisällöstä, muodosta ja ymmärrettävyydestä. Vastaajia kannustettiin spontaaneihin kommentteihin ja ääneen ajatteluun erityisesti siitä, miten he kysymyksen ymmärsivät. Mikäli vastaajilla oli vaikeuksia sanoittaa ajatuksiaan, heitä rohkaistiin tekemällä tarkentavia kysymyksiä kuten: ”Kerro, mitä ajattelet tästä kysymyksestä ja miten päädyit tähän ajatukseen?” Tavoitteena oli päästä selville tyypillisimmistä ajatteluprosesseista kyselylomakkeeseen vastaamisessa.

Esimerkki kysymyksestä, jota kehitettiin kognitiivisen haastattelun avulla:

Onko lähipiirissäsi ihminen, jonka kanssa voit keskustella avoimesti henkilökohtaisista asioistasi ja ongelmistasi?

- Kyllä
- Ei
- En osaa sanoa

Tämän kysymyksen väärinymmärtämisen mahdollisuus tuli esiin jokaisessa haastatteluryhmässä. Haastateltavat korostivat sitä, että lähipiiri voidaan eri yhteyksissä ymmärtää eri tavoin. Osa ymmärsi lähipiiriin laskettavan vain sukulaiset. Toisten mukaan vuorovaikutus juuri lähipiirin kanssa ei aina ole luottamuksellista. Joissakin ryhmissä haastateltavat kokivat, että luottamuksellisista asioista voi keskustella muunkin kuin lähipiiriin kuuluvan henkilön kanssa. Kysymys viritti siis muita ajatusprosesseja kuin oli tarkoitus ja hankaloitti yksiselitteistä vastaamista. Haastateltavat antoivat suoria kehittämisehdotuksia tämän kysymyksen muuttamiseksi yksiselitteisemmäksi. Työryhmä muutti kysymyksen seuraavaan muotoon:

Onko elämässäsi ihminen, jonka kanssa voit keskustella avoimesti henkilökohtaisista asioistasi ja ongelmistasi?

- Kyllä
- Ei
- En osaa sanoa

Muutos oli perusteltu, koska kysymyksellä haluttiin vastaus siihen, onko vastaajalla ylipäätään ketään, jonka kanssa hän voi keskustella avoimesti, eikä määritellä lähipiiriin kuulumista. Muutosta puolsi myös se, että Kykyviisarin kokonaistavoitteena on löytää vastaajan voimavaroja ja työ- ja toimintakykyä tukevia tekijöitä.

Analyyysi

Nauhoitukset kirjoitettiin auki mahdollisimman pian haastattelun jälkeen, jotta aineiston kylläntymistä saatiin seurattua ja tilanteiden muistaminen sekä mielessä rekonstruointi olisi mahdollisimman tarkkaa. Koska mielenkiinnon kohteena oli nimenomaan kyselylomakkeen kehittäminen, kirjaamiseksi riitti keskustelujen sanatarkka kirjoittaminen. Muut merkinnät tai vuorovaikutuksen tutkiminen ei ollut tarkoituksenmukaista. Aineisto luokiteltiin Atlas.ti-ohjelmalla. Luokittelu perustui kysymyslomakkeen yksittäisten kysymysten sisältöön, ymmärrettävyyteen, tarkoituksenmukaisuuteen ja konkreettisiin kehittämisehdotuksiin. Lisäksi aineistosta luokiteltiin Kykyviisarin saama yleisarvio, kokemus ja kysymyslomakkeesta saatu hyöty.

Analyyysivaiheessa keskityttiin kehittämisehdotusten taustalla oleviin vastaajien kognitiivisiin prosesseihin ja päättelyketjuihin. Näistä huomioista ja edellä kerrotuista luokitteluista tehtiin reaaliaikaisesti taulukkoa, jota pystyttiin helposti hyödyntämään Kykyviisarin sisällön kehittämisessä. Tuloksista havaittiin, että haastateltavien esiin nostamat ongelmakohdat painoutuivat usein samoihin kyselylomakkeen kohtiin ja niiden taustalla olivat samankaltaiset ajatteluprosessit ja päättelyketjut. Erityisesti näissä kohdissa pohdittiin mahdollisia muutostarpeita. Toisaalta yksittäisetkin huomiot

kyselylomakkeen toimimattomista kohdista olivat yhtä arvokasta tietoa. Kehittämistyöryhmä kävi systemaattisesti läpi kaikki huomiot ja teki perustellut päätökset, mitä muokataan ja missä määrin.

Pohdinta

Kykyviisarin kehittämistyössä kognitiivisen haastattelun käyttö oli perusteltua ja osoitautui hyödylliseksi. Menetelmän käyttö lisäsi työryhmässä ymmärrystä vastaajien ajatteluprosesseista ja merkitysmaailmoista (Tourangeau 1984; Willis 2005; Ahola ym. 2002). Haastatteluiden tuloksista keskusteltuaan työryhmä näki tarpeelliseksi tehdä kyselylomakkeen sisältöön muutoksia. Tehdyt muutokset paransivat Kykyviisarin ymmärrettävyyttä ja kysymysten yksiselitteisyyttä. Pulmia ja yksittäisiä kyselylomakkeen kohtia pystyttiin ratkaisemaan kognitiivisten haastatteluiden pohjalta, mikä myös paransi kyselylomakkeen face- ja content-validiteettia (Kelly ym. 2016). Menetelmä osoittautui työlääksi, joten otoskoot eivät voi olla kovin suuria.

Kognitiivinen haastattelu antoi äänen kyselylomakkeen varsinaisille käyttäjille sekä korosti heidän osallisuuttaan ja asiantuntijuuttaan yhteiskehittämisessä. Haastattelutilanteissa haastateltaville kerrottiin aikaisemmissa haastatteluissa kyselylomakkeen sisältöön esitettyjä kehittämissuhteita. Näin haastateltavilla testattiin aiemmin haastateltujen näkemyksiä (ks. Willis 2005, 7–8, 138; Godenhjelm 2002, 60, 64). Samalla haastateltaville osoitettiin, että heidän ehdotuksiaan kuunnellaan ja ne ovat merkityksellisiä. Merkityksellisyuden kokemus kannusti haastateltavia ajattelemaan ja puhumaan ääneen. Avointa palautteen antamista tuki mahdollisesti myös se, että haastattelut tapahtuivat haastateltaville tutuissa tiloissa.

Huomioitavaa on, että menetelmää käytettäessä arvioitavan kyselylomakkeen pitää olla mahdollisimman valmiiksi hiottu tuote, jota käyttäjät pääsevät arvioimaan. Ennen kognitiivisten haastattelujen käyttöä Kykyviisarin kehittämisessä oli käyty läpi monta eri vaihetta (kuvio 1, vaiheet I–IV). Kognitiivisten haastattelujen tuloksia hyödynnettiin

Kykyviisarin viimeistelyssä (kuvio 1, vaihe VII), ja nyt se on valmiina tieteelliseen vuoropuheluun.

Tulosten merkitys: Kyselylomakkeiden kehittämisessä kognitiivinen haastattelumenetelmä parantaa kyselylomakkeen sisällön validiteettia. Kognitiivinen haastattelumenetelmä osallistaa vastaajia, ja menetelmän ansiosta kyselylomakkeesta muotoutuu helpokäyttöinen, ymmärrettävä ja käyttäjilleen merkityksellinen. Menetelmää voidaan hyödyntää myös esimerkiksi erilaisten hakulomakkeiden kehittämisessä.

Avainsanat: kognitiivinen haastattelu, kyselylomake, kehittäminen

Kirsi Unkila, YTL, erityisasiantuntija, Työterveyslaitos

Kalle Lautala, YTM, erityisasiantuntija, Työterveyslaitos

Miia Wikström, LitM, tutkija, Työterveyslaitos

Matti Joensuu, PsT, erikoistutkija, Työterveyslaitos

Minna Savinainen, TtT, erikoistutkija, Työterveyslaitos

Lähteet

- Ahola A, Godenhjelm P, Lehtinen M (2002) Kysymisen taito. Survey Laboratorio lomaketutkimuksen kehittämisessä. Katsauksia 2/2002. Tilastokeskus, Helsinki.
- Collins D (2015) Cognitive Interviewing Practice. SAGE Publications, London.
- Ericsson KA, Simon HA (1980) Verbal reports as data. *Psychological Review* 87, 1980: 3, 215–251.
- Ericsson KA, Simon HA (1993) Protocol analysis. Verbal reports as data. Revised edition. The MIT Press, Cambridge.
- Fisher RP, Geiselman RE, Amador M (1989) Field test of the cognitive interview. Enhancing the recollection of actual victims and witnesses of crime. *Journal of Applied Psychology* 74, 1989:5, 722–727.
- Fisher RP, Geiselman RE (1992) Memory-enhancing techniques for investigative interviewing. The cognitive interview. Thomas Books, Springfield.
- Geiselman RE, Fisher RP, MacKinnon DP, Holland HL (1986) Enhancement of eyewitness memory with the cognitive interview. *American Journal of Psychology* 99 1986:3, 385–401.
- Godenhjelm P (2002) Kognitiiviset haastattelut. Teoksessa Ahola Anja & Godenhjelm, Petri & Lehtinen, Marjaana: Kysymisen taito. Surveyla-

- boratorio lomaketukimusten kehittämisessä. Katsauksia 2002/2, 53–62. Tilastokeskus, Helsinki.
- Kelly L, Potter CM, Hunter C, Gibbons E, Fitzpatrick R, Jenkinson C, Peters M (2016) Refinement of the Long-Term Conditions Questionnaire (LTCQ). Patient and expert stakeholder opinion. Patient Related Outcome Measures 2016:7, 183–193.
- Miller K (2014) Introduction. Teoksessa Miller, Kristen & Willson, Stephanie & Chepp, Valerie & Padilla, José Luis (toim.) Cognitive Interviewing Methodology. Hoboken Wiley.
- Miller K, Willson S, Chep V, Padilla JL (2014) Conclusion. Teoksessa Miller, Kristen & Willson, Stephanie & Chepp, Valerie & Padilla, José Luis (toim.) Cognitive Interviewing Methodology. Hoboken Wiley.
- Prüfer P, Rexroth M (2005) Kognitive Interviews. Zentrum für Umfragen, Methoden und Analysen -ZUMA-. GESIS. <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0168-ssor-201470> (luettu 19.9.2017)
- Toimia-tietokanta: <http://www.thl.fi/toimia/tietokanta> (luettu 19.9.2017)
- Tourangeau R (1984) Cognitive sciences and survey methods. Teoksessa Jabine, Thomas B. & Straf, Miron L. & Tanur, Judith M. & Tourangeau, Roger (toim.) Cognitive Aspects of Survey Design. Building a Bridge Between the Disciplines. 73–100. National Academy Press, Washington.
- Willis GB (1994) Cognitive interviewing and questionnaire design. A training manual. National Center for Health Statistics. http://www.srl.uic.edu/links/CMS_WP07_Willis_1994_CogInt-Training.pdf (luettu 19.9.2017)
- Willis GB (2005) Cognitive Interviewing: A Tool for Improving Questionnaire Design. Sage, London.
- Willson S, Miller K (2014) Data Collection. Teoksessa Miller, Kristen & Willson, Stephanie & Chepp, Valerie & Padilla, José Luis (toim.) Cognitive Interviewing Methodology. Hoboken Wiley.
-

MIELENTERVEYS

PÄIHDE PÄIVÄT

RUSMEDELSDAGARNA



15.-17.5.2018

HELSINGIN KULTTUURITALO

Kehitä mielenterveys- ja päihdeosaamistasi,
vahvista verkostojasi.

Ilmoittaudu 25.4. mennessä osoitteessa
www.paihdepäivät.fi



TUNNUSTAMISEN PROBLEMATIIKKA AMMATILLISESSA KUNTOUTUKSESSA

Johdanto

Tässä teoreettisesti orientoituneessa katsauksessa tarkastellaan Kansaneläkelaitoksen ammatillista kuntoutusta tunnustussuhdeteorian tarjoamien näkökulmien avulla. Filosofi Axel Honnethin (1995) mukaan sosiaalinen maailma sisältää jatkuvaa kamppailua. Ihmispersoonilla on tarve rakastaviin, kunnioitaviin ja arvostaviin suhteisiin, vaikkakaan kaikkien kohdalla ja kaikissa tilanteissa tällaiset suhteet eivät toteudu. Itse tunnustaminen tapahtuu persoonien välillä intersubjektiivisissa ja institutionaalisissa suhteissa. Katsauksessa hyödynnetään myös tunnustuksen patologioita professionaalisten käytäntöjen yhteydessä käsitelleitä tekstejä (esim. Niemi 2014; 2015).

Kelan ammatillinen kuntoutus on suunnattu väestölle, jonka työ- tai opiskelukyky on alentunut sairauden tai työkykyä heikentävän kokonaistilanteen vuoksi (Laki Kansaneläkelaitoksen kuntoutusetuuksista ja kuntoutusrahaetuksista 2005/566). Ammatillisen kuntoutuksen asiakkaaksi pääsee, mikäli kuntoutusta myönnetään Kelan ratkaisukäytäntöjen mukaisesti. Varsinaisia ammatillisen kuntoutuksen palveluja on monenlaisia, ja niitä ohjataan Kelassa palvelukuvauksilla. Kelan lisäksi ammatillista kuntoutusta tarjoavat Suomessa tapaturma-

ja liikennevakuutuslaitokset, eläkelaitokset sekä työhallinto. Yleisesti ammatillinen kuntoutus voidaan nähdä valtion ja kansalaisten välisenä käytäntönä, jossa kansalaisten oikeuksia ja mahdollisuuksia työhön pyritään turvaamaan tilanteissa, joissa heidän kykynsä työhön nähdään alentuneen. Tällöin ammatillinen kuntoutus on myös kansalaisten työelämämahdollisuuksia tasaava kompensatiokeino.

Tässä analyysissä hyödynnetään soveltaen aineistoa, joka on kerätty Kelan ammatillisen kuntoutuksen uudistuksia selvittäneen Muutos-hankkeen osatutkimuksessa (AMKU-tutkimus, ks. Kela 2017). Tutkimuksessa tarkasteltiin ensinnäkin toimeenpanotutkimuksellisesti Kelan ammatillisen kuntoutuksen vuonna 2014 toteutunutta lakiuudistusta, jossa kuntoutukseen pääsyn kriteerejä pyrittiin lieventämään. Aineistoon sisältyi ammatillisen kuntoutuksen päätöksiä tekevien ratkaisijoiden ja ratkaisuihin lausuntoja antavien asiantuntijalääkäreiden haastatteluja (yhteensä 19) sekä ammatillisen kuntoutuksen hakijoille suunnattu kysely (n=974). AMKU-tutkimuksen toisessa osiossa arvioitiin Kelan uutta palvelua, ammatillista kuntoutuspalvelusta, jossa yhdistyivät entiset kuntoutusarvoselvitys ja kuntoutustutkimus (ks. Kela 2015). Palvelussa käyneille suunn-

nattiin postikysely (n=352). Lisäksi kerättiin tapaustutkimusaineisto: kahdeksaa osallistujaa, heille kuntoutusta suosittelevia tahoja sekä heidän omaohjaajiaan haastateltiin.

Tarkastelemme tässä katsauksessa tunnustuksen edellytyksiä ammatillisessa kuntoutuksessa. Ammatilliseen kuntoutukseen pääsy näyttäytyi ensisijaisena tunnustamisen mahdollisuuden edellytyksenä. Toiseksi tunnustamisen mahdollisuudet määrittäytyivät asiakkaaksi ottamisen jälkeen kuntoutuspalvelussa. Tunnustusta asiakkaaksi ottamisen käytännöissä tarkastellaan tässä katsauksessa ensisijaisesti lakiuudistusta käsitelleen aineiston pohjalta, tunnustusta kuntoutuspalvelun prosessissa puolestaan ammatillista kuntoutuspalvelusta koskevan aineiston pohjalta.

Vertikaalinen ja horisontaalinen tunnustaminen

Kuten Heikki Ikäheimo (2014, 114) toteaa, kyse ei ole ”tunnustamisesta” siinä merkityksessä, jossa syntejä tai syyllisyyksiä tunnustetaan, eikä ”tunnistamisesta” tai ”identifioimisesta” niissä merkityksissään, joissa mitä hyvänsä asioita tunnustetaan eli identifioidaan, vaan kyse on nimenomaan persoonien tunnustamisesta. Tunnustussuhdeteorian parissa on käyty yhä jatkuvaa keskustelua tunnustuksen muodoista ja siitä, sisältääkö – ja jos sisältää niin millä tavalla – Honnethin määrittelemä intersubjektiiivinen tunnustus suhde sen osapuolilta jonkinlaisia erityisiä persoonuuden ja itsetietoisuuden vaatimuksia (esim. Isker 2013). Toisaalta tunnustamista (*recognition*) ja tunnustamista (*to recognize, identify, identification*) on määritelty myöhemmin myös ei pelkästään persoonuuteen liittyvänä asenteellisuutena, vaan aktiivisena suuntautumisenä potentiaalisuutena – siihen että tunnustussuhteen toinen osapuoli on potentiaalinen persoona. Tällöin tunnustaminen on mahdollista nähdä käytännöllisenä ja aktiivisena toimintana. (Vrt. Laitinen 2002.)

Persoonien ja instituutioiden välistä tunnustamista on hahmoteltu ainakin vertikaalisena ja horisontaalisena tunnustamisena (esim. Ikäheimo 2014; Niemi 2015). Vertikaalinen tunnustaminen tapahtuu yksilön ja instituution välillä ylös- tai alaspäin.

Ylöspäin tunnustaminen tarkoittaa sitä, että persoonat voivat ensinnäkin tunnustaa normeja, lakeja ja instituutioita. Tämä tapahtuu joko noudattamalla niitä tai elämällä niiden mukaisesti (”vapaaehtoisesti”, pakon edessä tai jotain tältä väliltä). Toisaalta vertikaalinen tunnustaminen voi toimia alaspäin, jolloin instituutiosta voidaan tunnustaa erilaisia persoonia ja väestöryhmiä esimerkiksi antamalla heille oikeuksia asiakkuuteen. (Niemi 2015.)

Horisontaalinen tunnustaminen tapahtuu puolestaan toisenlaisissa suhteissa. Ikäheimon (2014) mukaan horisontaalisella tunnustamisella voidaan tarkoittaa kahta erilaista ilmiötä: institutionaalisesti välittyntä tunnustamista ja puhtaasti intersubjektiiivista tunnustamista. Institutionaalisesti välittyneessä tunnustamisessa on kyse siitä, että yksilö tunnustaa toisen yksilön institutionaalisen roolin kantajana. Tällöin tunnustus edellyttää institutionaalista järjestystä eikä vaadi erityisiä asenteita osapuolilta, vain oikeuksien ja velvollisuuksien mukaista toimintaa tai toimimatta jättämistä (Ikäheimo 2014). Nämä oikeudet ja velvollisuudet määrittäytyvät lain ja institutionaalisoituneiden normien kautta. Asiakas voi esimerkiksi hyväksyä, että instituutiota edustavalla, tietystä institutionaalisesta roolissa toimivalla henkilöllä on oikeus vaatia häntä hakemaan palveluja täyttämällä juuri tietty lomake (Niemi 2015, 175). Horisontaalisessa persoonien välisessä tunnustamisessa sekä tunnustuksen subjekti että objekti ovat persoonia, ja tunnustaminen voi olla yksi- tai molemminpuolista (Ikäheimo 2014, 115–116). Ikäheimon (2014) mukaan ei-institutionaalisesti välittyneessä horisontaalisessa tunnustamisessa yksilö tai persoona tunnustetaan institutionaalisista rooleistaan tai niiden olemassaolosta riippumatta. Asenteet ovat tässä kontekstissa keskeisiä; tunnustaminen on nimenomaan tietynlaisen asenteen tai asenteiden omaamista. Ikäheimo viittaa tässä yhteydessä Honnethin (1995) mukaisesti tunnustusasenteisiin: kunnioittamiseen, rakastamiseen ja yhteistoiminnalliseen arvostamiseen (Honnethilla *love/basic self-confidence, rights/self-respect, solidarity/self-esteem*).

Tunnustaminen asiakkaaksi ottamisen käytännössä

Aineiston pohjalta hahmottuu kuva siitä, että ammatillisen kuntoutuksen asiakkaaksi ohjautuminen kuntoutusjärjestelmässä sekä Kelan sisäiset ratkaisukäytännöt ovat sidoksissa institutionaaliseen tunnustamiseen ainakin vertikaalisessa alaspäin suuntautuvassa mielessä (vrt. Niemi 2015). Pirstaleinen kuntoutusjärjestelmä tekee tunnustamisesta kuitenkin mutkikasta (vrt. Miettinen 2011; Lehto & Miettinen 2013). Kelan ammatilliseen kuntoutukseen esimerkiksi ohjaudutaan monen eri tahon kautta. Vain neljännes kyselyyn vastanneista ammatillisen kuntoutuksen hakijoista oli hakeutunut kuntoutukseen oma-aloitteisesti. Lisäksi hakijat tarvitsevat lääkärinlausuntoja hakemuksiinsa. Tunnustamisen näkökulmasta yhden kuntoutusinstituution toiminta onkin siten riippuvaista muista instituutioista kuten terveydenhuollosta. “Se riippuu vaan, että missä ihmiset on, missä niillä on se hoitovastuu ja kuka on hoitava lääkäri, saako ne lääkäriaikoja, ja siitä se alkaa, ennen sitä me ei pystytä tekeen mitään.” (Ratkaisija.)

Järjestelmän pirstaleisuus vaikuttaa myös välitiloissa oleviin ihmisiin. Erään ratkaisijan mukaan osajärjestelmien välillä olisi tapahduttava ohjaamista yksin jättämisen sijaan. Tällaiseen näkemykseen sisältyy ikään kuin eettisesti latautunut käsitys osajärjestelmien välissä kulkevista ja potentiaalisesti tunnustettavista ihmisistä tuen tarpeineen. “Ehkä se nyt tässä sitten vielä on korostunut, mutta just se sellainen tietynlainen, että asiakasta ei saisi jättää yksin ja ilman jonkinlaista tukea, et se kokonaisvaltainen vastuu sitten, et jos ei Kela pysty, niin täytyisi ohjata aina johonkin muualle sitten.” (Ratkaisija.)

Järjestelmätasolla asiakkuuden tunnustaminen ei ole sidoksissa yhteen institutionaaliseen asiakkuuden rooliin (vrt. intersubjektiiivinen ja institutionaalisesti välittynyt tunnustaminen). Useissa eri laeissa mainitaan, että mikäli vastuu kuntoutuksesta ei ole laissa mainitulla taholla, on hakija ohjattava oikean tahon pariin. Tällainen ihmiseen (tässä ammatillisen kuntoutuksen hakijaan) kohdistuva valtion lainsäädännön tasoinen

tunnustaminen tapahtuu instituutioiden välissä. Viranomaisilla on vastuu ohjata tarvittaessa kansalaisia toisten viranomaisten toiminnan pariin. Kuitenkin kokonaisvastuu ja ohjaaminen voivat liittyä myös siihen, että osajärjestelmien välissä ihmisillä (persoonilla) on viime kädessä vastuu kuljettaa toisen ihmisen (persoonan) asiaa toiselle ihmiselle tilanteissa, joissa ei itse osaa henkilöä auttaa (intersubjektiiivinen tunnustaminen). Tällöin siis institutionaalisesti välittynyt, rooleihin sidoksissa oleva tunnustus ja puhtaasti intersubjektiiivinen tunnustus sekoittuvat käytännössä toisiinsa (vrt. Ikäheimo 2014; Niemi 2014).

Myös kuntoutushakemusten ratkaisemisen osalta tutkimuksen kohteena olleessa lakiuudistuksessa (2014) oli kyse juurikin tiettyjen potentiaalisten kuntoutujien tunnistamisesta kuntoutusjärjestelmässä. Uudistuksen valmistelussa käsiteltiin pääsykriteerien suhdetta työeläkekuntoutukseen, lisäksi jotkut olennaiset ryhmät olivat jääneet aiemmin ilman kuntoutusta (nuoret, pitkäaikaistyöttömät). (HE 128/2013.) Arviointikriteerijä myös muutettiin siten, että sairauden lisäksi voitiin huomioida hakijan kokonaistilanne – tämä oli uusi käsite laissa. Lain uudistuksen jälkeen kuntoutushakemusten ratkaisemiseen liittyviä linjauksia ja myös kokonaistilanteen käsittelyä täsmennettiin Kelan ratkaisuoheissa. “No ihan etuusohjeen mukaan katsotaan fyysinen, psyykinen ja sitten sosiaalistakin puolta, että miltä se näyttää. Onko siinä semmoisia erityisiä seikkoja, että itse ajattelen että jos se henkilö kuvautuu jokseenkin tavanomaisena niin se ei voi silloin kovin suuresti painaa, mutta jos siinä on jotakin joka poikkeaa selvästi keskimääräisestä, jotakin erityistä kuormitusta, niin kyllä se minusta pitää ohjeen mukaan sitten huomioida.” (Asiantuntijalääkäri.)

Tietynlaisena edellytyksenä asiakkaan roolin tunnustamisessa voivat toimia vielä asiakkuutta koskevat ajattelutavat ja Kelan palvelujen luonne. Kelan palvelukuvausten (standardien) mukaan kuntoutuspäivä on tietyn pituinen. Kuten seuraava aineisto-ote täsmentää, ratkaisujen parissa saatetaan pohtia jopa sitä, jaksako kuntoutusta hakeva olla kuntoutuksessa määritellyn ajan.

“Eihän hän Kelan toimenpiteisiin pysty tulemaan ellei ole motivaatiota eikä jaksaa olla, joka päivä muutamaa tuntia sitten, kuutta tuntia, viis kuusi tuntia pitäisi joka päivä jaksaa olla niin se voi olla vähän hankalaa näissä tilanteissa. Et tämä on kyllä, pikkusen semmosen hankala tapaus.” (Ratkaisija.)

Kuntoutujan rooliin liittykin siten jo kuntoutusjärjestelmässä ja kuntoutusratkaisuja tehtäessä tiettyjä normittavia vaatimuksia. Kuntoutujaksi voidaan tunnustaa henkilö, joka jaksaa toimia ja on motivoitunut. Mikäli tällainen ajattelumalli toimisi kuntoutusratkaisujen vaiheessa laajana ratkaisujen ohjeena, jäisivät motivoitumattomiksi tuomitut persoonat ilman kuntoutujan roolin mahdollistavaa tunnustusta. Sinänsä lainsäädäntö ei yksinään määritä institutionaalista tunnustamista ja kuntoutujan roolia; siihen vaikuttavat instituution sisäiset toimintakäytännöt ja ohjeistuksissa esiintyvät täsmennykset, mutta myös ajattelutavat, esimerkiksi tässä käsitykset motivaatiosta ja toimintakykyisyydestä.

Tunnustaminen kuntoutuspalvelun prosessissa

Myös Kelan ammatillisen kuntoutuksen palveluiden toteutus sisältää potentiaalisia tunnustamisen paikkoja. Erityisesti palveluiden kuntoutujakohtainen tarpeenmukaisuus näyttäytyy tunnustamisen kannalta olennaisena, ja sen toteutumisen mahdollisuuksia säätelee osaltaan palveluiden standardointi. Kela on ulkoistanut ammatillisen kuntoutuksen palveluitaan kaupallisille yrityksille sekä kolmannen sektorin toimijoille ja ohjaa kuntoutuksen toimeenpanoa palvelukuvausten avulla. Kelan (2016) mukaan palvelukuvausten tavoitteena on turvata kuntoutujille laadullisesti hyvä kuntoutus. Palvelukohtaisissa kuvauksissa määritellään vaihtelevasti palvelun tavoite, rakenne, toteutus ja sisältö sekä palvelussa käytettävät arviointi- ja mittausten menetelmät. Palveluiden toteutus muodostaakin mielenkiintoisen hybridin, jossa yhdistyvät kilpailutuksen asettamat puitteet toiminnalle, Kelan palvelukuvausten kautta toteutuva ohjaus sekä kunkin palveluyksikön omat organisatoriset käytännöt. Mikäli

henkilö ylipäättään osallistuu ammatillisen kuntoutuksen palveluihin, voidaan vertikaalisen, alaspäin suuntautuvan, institutionaalisesti välittyneen tunnustuksen nähdä toteutuvan: henkilö on hyväksytty kuntoutuksen asiakkaaksi. Toisaalta koska palvelu on ulkoistettu, palveluntuottaja on tietyllä tavalla tässä tunnustussuhteessa ulkopuolinen.

Voidaan ajatella, että palvelukuvauksina realisoitua Kelan ohjaus muodostaa tietynlaisen institutionaalisen järjestyksen. Ammatillisen kuntoutuksen palveluiden toteuttamiseen osallistuvien osapuolten oikeudet, velvollisuudet ja roolit määrittyvät tämän järjestyksen mukaisesti. Käytännössä palveluyksiköiden *arkitodellisuus* – kuten eräs haastateltu kuntoutustyöntekijä kuvaa – on kuitenkin institutionaalista järjestystä mutkikkaampi. Tämä saattaa johtaa tilanteeseen, jossa palvelun kuntoutujakohtainen mukauttaminen hankaloituu: “...Kelan standardeja kun ajattelee niin niissä on hirveän tarkkaan joskus laitettu tiettyjä kellonaikoja vaikka että kuinka pitkään täytyy nyt jonkun seuranta päivän tai seuranta käynnin kestää. Niin mä koen sen jotenkin hassuksi kun siihenhän käytetään se aika mitä tarvitaan [...] Jotenkin niissä standardeissa joskus kauhean sillai tiukasti tai miten sen nyt sanoisi että, jotenkin että ne ei ehkä tätä meidän arkitodellisuutta sitten [naurahtaa] sillai joustavasti ota huomioon.” (Omaohjaaja.)

Tunnustuksen kannalta palvelun tiukan standardoinnin riskinä on, että institutionaalisen järjestyksen mukaisesta toiminnasta tulee itsetarkoitus ja ammatillisen kuntoutuksen palvelusta rituaalinen toimenpide. Tällöin osallistuja saattaa kokea palvelun epätarkoituksenmukaiseksi suhteessa omiin tavoitteisiinsa, tarpeisiinsa ja kokemuksiinsa. Niemi (2015, 184) toteaa, että aktivointitoimenpiteet voivat joissain olosuhteissa epäonnistua autonomian tuottamisessa. Huonosti kohdennetut, ei-yksilölliset, byrokraattiset ja pakolliset aktivointitoimenpiteet edustavat Niemen mukaan todellista “epätunnustusta” (*misrecognition*). Erityisen ongelmallisina näyttäytyvätkin tilanteet, joissa henkilö kokee tulleen painostetuksi palveluun institutionaalisen järjestyksen mukaisen roolinsa nojalla, riippumatta omasta

kokemuksestaan:

”K: No sä jaksoit kuitenkin sen kolme päivää siellä [ammattillisessa kuntoutuspalveluksessa] olla...”

H: No pakko, no pakkohan se oli [naurah-taa]. Jos minä olisin lähtenyt kesken sieltä niin ei minun kuntoutushakemusta oltai-si käsitelty enää. Et tällä lailla yhteiskunta pystyy sinut laittamaan selkä seinää vasten sulla ei ole vaihtoehtoa. Ja jos minä vastai-sinkin itse omasta elämästä mut kun minä vastaan neljän muun. Niin se on, sehän on pakko olla se säännöllinen tulo, että pystyy hoitamaan sitten kaikki muut.” (Palveluun osallistuja.)

Palveluprosessin eteneminen institutio-naalisen järjestyksen mukaisesti ei tarkoita suoraviivaisesti osallistujien tarpeisiin vas-taavaa kuntoutusta. Prosessiin sisältyy myös ennalta määrittelemättömiä elementtejä, jot-ka voivat olla palvelun tarpeenmukaisuuden kannalta keskeisiä. Monet kuntoutumista edistävät asiat liittyivät aineistossa itsetun-non vahvistumiseen, itsevarmuuden kasvuun sekä kuulluksi ja ymmärretyksi tuleminen kokemukseen. Horisontaalinen, ei-institio-naalisesti välittynyt tunnustaminen tai Nie-men (2015) hahmottelema “professionaali-nen tunnustaminen” mahdollistavat tämän kaltaisia, hoivan etiikkaan pohjautuvia kuntouttavia elementtejä. Professionaalisen tunnustamisen osalta voidaankin rakkauden sijaan puhua myös hoivasta (*care*). Hoivaan liittyy ajatus siitä, että palveluun osallistu-van henkilön hyvinvointi on olennaista hän-en kanssa työskentelevälle työntekijälle, ja henkilön yksilölliset ominaisuudet huomi-oidaan. Työntekijä toimii tällöin “humaani-na kanavana” vertikaaliselle alaspäin suun-tautuvalle tunnustukselle. (Niemi 2015, 186.)

Johtopäätökset

Tunnustaminen ammatillisessa kuntoutuk-sessa liittyy siis sekä Kelan ammatillisen kuntoutuksen asiakkaaksi ottamisen käytän-töihin että kuntoutuspalvelujen prosesseihin. Potentiaalisen asiakkaan institutionaalista tunnustamista ja asiakkaaksi ottamista mää-rittävät kuntoutusjärjestelmän moninaisuus ja lait, ja niitä täsmentävät Kelan sisäiset

ratkaisukäytännöt sekä kuntoutujan rooliin liittyvät ajattelutavat. Institutionaalisesti vä-littynyt, rooleihin sidoksissa oleva tunnus-tus ja intersubjektiiivinen tunnustus voivat käytännöissä sekoittua. Kuntoutuspalvelun toteutuksessa tunnustuksen paikkoja mää-rittää erityisesti palvelun institutionaalisen järjestyksen ja palvelun kuntoutujakohtaisen tarpeenmukaisuuden välinen ambivalenssi. Voidaan ajatella, että instituutiot eivät kos-kaan voi luoda niin perusteellisia ohje- ja normiverkostoja, että ne kattaisivat kaikki mahdolliset tilanteet, joita ammatillisen kun-toutuksen parissa työskentelevät arjessaan kohtaavat (ks. Niemi 2015). Näissä “väleissä” on ikään kuin mahdollinen paikka ei-insti-tutionaalisesti välittyneelle ja/tai professio-naaliselle tunnustukselle.

Myös palveluiden objektiiviseen ja sub-jektiiviseen vaikuttavuuteen liittyy ambiva-lenssia. Tämän tutkimuksen valossa palve-luiden subjektiivista vaikuttavuutta lisäävät kunnioittavat ja myötäelävät persoonien koh-taamiset työntekijöiden ja palveluun osallistu-vien välillä. Tätä ulottuvuutta on kuitenkin vaikea mitata olemassaolevin mittarein. Silti toimenpiteiden vaikuttavuuden mittaaminen vaikuttaa siihen, miten kuntoutus järjestetään ja millaiset resurssit sille annetaan (ks. Autti-Rämö & Salminen 2016, 16).

Sekä asiakkaaksi ottamisen käytännöissä että palvelun toteutuksen prosessissa näkyy viitteitä asiakkuuden normittamisesta. Rat-kaisukäytäntöihin ja palvelujen toteutusta ohjaaviin kuvauksiin on eksplisiittisesti ja implisiittisesti kirjoitettu sisään kuvauksia motivoituneesta, aktiivisesta ja juuri tietyllä tavoin toimintakykyisestä asiakkaasta. Näi-den määritelmien täyttyminen saattaa aset-tua sen ehdoksi, että ihmiselle myönnetään ensinnäkin asiakkaan rooli ja toisekseen “oikeanlaisen” asiakkaan rooli suhteessa tie-tyn palvelun päämääriin. Kyse on siis sekä vertikaalisesta, ylhäältä-alaspäin, institutio-naalisesti välittyneestä tunnustuksesta (kuka saa asiakkuuden) että persoonien tunnusta-misesta. Asiakkuuden myöntämisen käytän-töt ja palvelut voivat myös kytkeytyä toi-siinsa siten, että mikäli asiakkuuden ehdoksi määritetty “valmis” motivaatio, kansalaisten potentiaali saattaa jäädä realisoitumatta. Tä-

män katsauksen aineiston perusteella motivaatio voi rakentua myös palvelun kuluessa. Tällöin muutoshalun prosessuaalisen ja vuorovaikutuksellisen luonteen huomiotta jättäminen saattaisi kaventaa institutionaalisen ja professionaalisen tunnustuksen mahdollisuuksia.

Tulosten merkitys: Kuntoutusjärjestelmässä on tärkeää tunnistaa, millaisiin työelämä- ja asiakasideaaleihin kuntoutuksen käytännöissä nojaututaan. Tämän katsauksen perusteella voidaan arvioida, että mikäli motivoituneen ja aktiivisen kuntoutujan ideaali ohjaa käytäntöjä, saattaa järjestelmän ja tuen ulkopuolelle jäädä runsaasti määrittelemätöntä asiakaskuntaa. Käytännön jatkohaasteena voidaan nähdä sen hahmottaminen, millaisia olisivat sellaiset ammatillisen kuntoutuksen ja kuntoutuksen asiakkuuden määrittelytavat, jotka mahdollistaisivat monitahoisten elämäntilanteiden ja mokenlaisten persoonuuksien tunnustamisen.

**Kaisa Haapakoski, YTT, tutkijatohtori,
Jyväskylän yliopisto**

**Leena Åkerblad, YTT, PsM, tutkijatohtori,
Jyväskylän yliopisto**

Lähteet

- Autti-Rämö I, Salminen A-L (2016) Kuntoutumisen hyvät käytännöt. Teoksessa I Autti-Rämö, A-L Salminen, M Rajavaara, A Ylinen (toim.) Kuntoutuminen. Duodecim, Helsinki: 14–19.
- HE 128/2013. Hallituksen esitys eduskunnalle laeiksi sairausvakuutuslain sekä Kansaneläkelaitoksen kuntoutusetuuksista ja kuntoutusrahaetuksista annetun lain 6 ja 7 §:n muuttamisesta.
- Honneth A (1995) *The Struggle for Recognition. The Moral Grammar of Social Conflicts*. Polity Press, Cambridge.
- Ikäheimo H (2014) Persoonien tunnustaminen, inhimillinen elämänmuoto ja Marxin James Mill-muistiinpanot. Teoksessa H Ikäheimo, A Laitinen, J Saarinen & P Lyyra (toim.) *Sisäisyys ja Suunnistautuminen - Juhlakirja Jussi Kotkavirrälle*. SoPhi, Jyväskylä: 113–135.
- Isker M (2013) Recognition. *Stanford Encyclopedia of Philosophy*. Saatavilla: <https://plato.stanford.edu/entries/recognition/>. (Luettu 16.10.2017).
- Kela (2015) Kelan avo- ja laitospuotoisen kuntoutuksen standardi. Ammatillinen kuntoutus selvitys. Saatavilla: [\[linen+kuntoutus selvitys+.pdf/4718a381-3b6d-4fef-af1d-6adb86904f4c\]\(http://www.kela.fi/documents/10180/1887882/150316+Ammatil-linen+kuntoutus selvitys+.pdf/4718a381-3b6d-4fef-af1d-6adb86904f4c\) \(Luettu 23.1.2018\).

Kela \(2016\) Kelan avo- ja laitospuotoisen kuntoutuksen standardi. Yleinen osa. Saatavilla: <http://www.kela.fi/documents/10180/2272284/Yleinen+osa.pdf/f89a145c-5863-4176-889e-0f8e2b-f0cb95> \(Luettu 16.10.2017\).

Kela \(2017\) Muutos-hanke. Saatavilla: <http://www.kela.fi/muutos-hanke> \(Luettu 23.1.2017\).

Laitinen A \(2002\) Interpersonal Recognition: A Response to Value or a Precondition of Personhood? *Inquiry* 45, 4, 463–478.

Laki Kansaneläkelaitoksen kuntoutusetuuksista ja kuntoutusrahaetuksista 2005/566.

Lehto J, Miettinen S \(2013\) Erillisistä osajärjestelmistä toimivaksi kokonaisuudeksi. Kuntoutuspolitiikan koordinaation edellytyksiä ja esteitä. Teoksessa U Ashorn, I Autti-Rämö, J Lehto, M Rajavaara \(toim.\) *Kuntoutus muuttuu – entä kuntoutusjärjestelmä?* Kelan tutkimusosasto, Helsinki, 34–44.

Miettinen S \(2011\) Muutoksen mahdollisuus Suomen kuntoutusjärjestelmässä. Tampereen yliopisto, Tampere.

Niemi P \(2014\) Social Work and Recognition. Teoksessa H Ikäheimo, A Laitinen, J Saarinen & P Lyyra \(toim.\) *Sisäisyys ja Suunnistautuminen - Juhlakirja Jussi Kotkavirrälle*. SoPhi, Jyväskylä, 534–559.

Niemi P \(2015\) The Professional Form of Recognition in Social Work. *Studies in Social and Political Thought*, 25, 174–190.](http://www.kela.fi/documents/10180/1887882/150316+Ammatil-</p></div><div data-bbox=)

UUDISTUNUT NEUROPSYKOLOGIAN ERIKOISPSYKOLOGIKOULUTUS

Näkökulmia kuntoutuksen opiskeluun ja osaamistavoitteisiin

Neuropsykologien koulutuksesta

Neuropsykologia on psykologian ala, joka hyödyntää neurotieteiden, psykiatrian sekä psykologian muiden alueiden, kuten kognitiivisen ja kehityspsykologian, tietämystä ja menetelmiä. Kliinisen neuropsykologian keskeisiä työskentelyalueita ovat keskushermoston sairauksiin ja vammoihin sekä kehityshäiriöihin ja oppimisvaikeuksiin liittyvien kognitiivisten ja muiden psykologisten ilmiöiden arviointi ja kuntoutus.

Neuropsykologien koulutus on Suomessa ollut yli 30 vuoden ajan eri muodoissa toteutettua psykologien systemaattista erikoistumista neuropsykologiaan (Hokkanen ym. 2016). Koulutusta järjesti Suomen neuropsykologinen yhdistys vuosina 1983–1995 asteittain tiivistyvässä yhteistyössä yliopistojen kanssa. Vuodesta 1997 alkaen koulutus oli yliopistojen tuottamaa, lisenssiaatin tutkintoon johtavaa erikoispsykologikoulutusta Psykonetin (www.psykonet.fi) organisoimana. Erikoispsykologiaaloja oli alun perin viisi: neuropsykologia, kehitys- ja kasvatuspsykologia, terveystieteiden psykologia, työ- ja organisaatiopsykologia sekä psykoterapia. Erikoispsykologikoulutuksesta säättävän asetuksen poistamisen jälkeen viimeiset lisenssiaatinmuotoisen koulutuksen opiskelijat ovat aloittaneet opintonsa vuonna 2015, ja

neuropsykologian osalta viimeinen lisenssiaatinmuotoinen koulutusohjelma päättyi keväällä 2019. Yhteensä erimuotoisen pitkän neuropsykologian koulutuksen on vuoden 1983 jälkeen käynyt noin 300 henkilöä.

Vuodesta 2016 alkaen neuropsykologien koulutus on ollut uuteen lainsäädäntöön perustuvaa, tutkintoon johtamatonta erikoistumiskoulutusta, jota yliopistot järjestävät psykologian ohella muun muassa sosiaalityön ja kasvatustieteen aloilla. Psykologian erikoistumiskoulutusta järjestetään edelleen kaikilla niillä aloilla, joilla aiemmin oli lisenssiaatin tutkintoon johtavaa erikoispsykologikoulutusta eli neuropsykologiassa, lasten ja nuorten psykologiassa (aiemmin kehitys- ja kasvatuspsykologia), kliinisessä terveystieteiden psykologiassa (aiemmin terveystieteiden psykologia), työ- ja organisaatiopsykologiassa sekä psykoterapiassa, joka on nykyisin kouluttajakoulutukseen painottuvaa, sillä psykoterapeuttikoulutusta järjestetään yliopistoissa erillisen lainsäädännön pohjalta. Kaikkia koulutuksia on kuitenkin uudistettu, ja myös aivan uusia psykologian alan erikoistumiskoulutuksia on käynnissä tai tulossa. Nykyinen koulutus on opiskelijoille maksullista (tällä hetkellä 120 euroa jokaista opintopistettä kohden, yhteensä 8400 euroa). Valtioneuvoston asetus 1439/2014 määrittää kaik-

kia eri alojen erikoistumiskoulutuksia, joiden keskeisenä tavoitteena on asiantuntijuuteen kehittyminen. Erikoistumiskoulutuksen suorittanut kykenee toimimaan oman alansa vaativissa asiantuntijatehtävissä sekä hallitsee tieteellisammattillisen erikoisosaamisen (Valtioneuvoston asetus 1439/2014; Kallunki & Seppälä 2016). Erikoistumiskoulutus antaa valmiudet kehittää, analysoida ja arvioida oman erikoisalan ammattikäytäntöä tiede- ja tutkimusperusteisesti (Valtioneuvoston asetus 1439/2014). Asetuksessa tuodaan esille erikoistumiskoulutusten vahva työelämälähtöisyys, jonka tulee näkyä sekä suunnit-

telussa että toteutuksessa. Neuropsykologian opintojen aikana kerrytettävä kliininen alan työkokemus sekä oma työnohjaus yhdistävät opintosisällöt suoraan työelämään. Asiantuntijuus kehittyä ja kasvaa vuorovaikutuksessa työelämän tarjoaman aidon oppimisympäristön kanssa.

Uusimuotoinen, vuonna 2016 alkanut neuropsykologian erikoispsykologin koulutus on laajuudeltaan 70 opintopistettä (op) koostuen 55 op:n erikoistumisopinnoista, 5 op:n menetelmäopinnoista ja 10 op:n loppu-työstä (taulukko 1). Kaikille pakollisten opintojen lisäksi henkilökohtaisessa opintosuun-

Taulukko 1. Neuropsykologian erikoispsykologikoulutuksen rakenne ja sisältö (vuonna 2016 aloittaneet).

<p>NEUA ERIKOISTUMISOPINNOT (55 op) NEUAA Kliininen neuropsykologia (43 op) Kaikille pakolliset opinnot NEUAA1 Aloitusseminaari ja teoreettinen alkutentti 4 op NEUAA2 Asiantuntijaluento 2 op NEUAA3 Kliininen neuropsykologinen arviointi 2 op NEUAA4 Neuropsykologinen kuntoutus 3 op Jompikumpi seuraavista 3 op NEUAA5a Lastenneuropsykologiaa aikuisneuropsykologeille NEUAA5b Aikuisneuropsykologiaa lastenneuropsykologeille NEUAA6 Kliinisen neuropsykologian ryhmätyönohjaus 2 op HOPS:ssa määriteltyt henkilökohtaiset pakolliset opinnot (9 op; 3 kurssia kursseista NEUAA7-21) Vapaavalintaiset kurssit (18 op; 6 kurssia kursseista NEUAA7-22) NEUAA7 Neuropsykologiset oirekuvat aikuisneurologisissa sairauksissa (3 op) NEUAA8 Neuropsykologiset oirekuvat lastenneurologisissa sairauksissa (3 op) NEUAA9 Oppimisvaikeuksien diagnostiikka (3 op) NEUAA10 Oppimisvaikeuksien kuntoutus (3 op) NEUAA11 Ikääntyminen ja etenevät aivosairaudet (3 op) NEUAA12 Muisti, muistihäiriöt ja niiden kuntoutus (3 op) NEUAA13 Tarkkaavuus ja toiminnanohjaus ja niiden häiriintyminen (3 op) NEUAA14 Tarkkaavuuden ja toiminnanohjauksen häiriöiden kuntoutus (3 op) NEUAA15 Kielelliset häiriöt: diagnostiikka ja kuntoutus (3 op) NEUAA16 Visuaaliset ja motoriset häiriöt: diagnostiikka ja kuntoutus (3 op) NEUAA17 Neuropsykiatriset häiriöt: diagnostiikka ja kuntoutus (3 op) NEUAA18 Terapeuttisen vuorovaikutuksen perusteet neuropsykologisessa kuntoutuksessa (3 op) NEUAA19 Psykoterapeuttinen vaikuttaminen kuntoutuksessa: aikuisneuropsykologia (3 op) NEUAA20 Psykoterapeuttinen vaikuttaminen kuntoutuksessa: lastenneuropsykologia (3 op) NEUAA21 Kognition vaikuttavat psyykkiset ja somaattiset tekijät (3 op) NEUAA22 Vapaavalintainen kurssi (1-5 op)</p> <p>NEUAB Lähtötieteet (12 op) NEUAB1 Neurotiede 3 op NEUAB2 Neurologia NEUAB2a Aikuisneurologia 3 op NEUAB2b Lastenneurologia 3 op NEUAB3 Psykiatria 3 op</p> <p>NEUB MENETELMÄOPINNOT (5 op) NEUB1 Erikoispsykologi asiantuntijana 2 op NEUB2 Tutkimuksen metodologia 2 op NEUB3 Lopputyöseminaari 1 op</p> <p>NEUC LOPPUTYÖ (10 op) NEUD KOULUTUKSEN ULKOPUOLINEN TYÖNOHJAUS JA TYÖKOKEMUS</p>
--

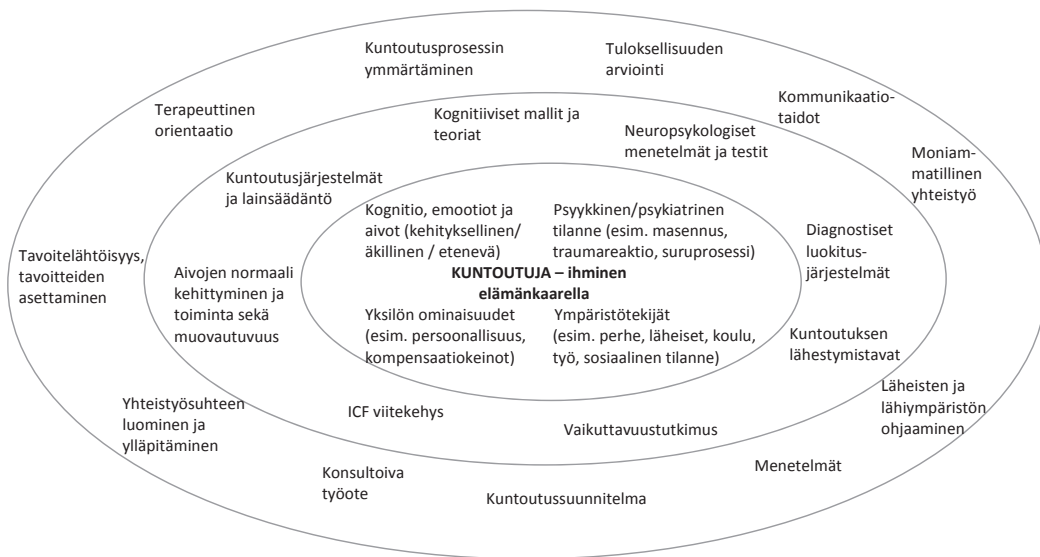
nitelmassa (HOPS, taulukko 1) määritellään opiskelijan henkilökohtaiset pakolliset opinnot ja vapaavalintaiset opinnot. Pakollisilla opinnoilla taataan laaja-alainen perehtyneisyys neuropsykologiaan ja valinnaisilla syntyminen opiskelijan työn kannalta keskeisiin sisältöihin. Opintojaksoista kerätään palautetta ja seuraavat koulutukset suunnitellaan tämän ensimmäisen, nyt käynnissä olevan, koulutuksen palautteiden ja kokemusten pohjalta. Koulutuksen sisältöjen ja sen tuottaman osaamisen suhteen Suomen koulutusta kehitetään myös kansainvälinen vertailu huomioiden (Hessen ym. 2017).

Ammatillisten opintojensa laajuuden osalta uusi koulutus vastaa täysin aiempaa, liseniaatintutkintoon johtanutta koulutusta. Yliopiston järjestämän kolmivuotisen koulutuskokonaisuuden lisäksi valmistuminen edellyttää samoin edelleen nelivuotista ohjattua työkokemusta, josta osan on voinut hankkia jo ennen koulutuksen aloittamista. Kuten aiemminkin, erikoistumisopinnot antavat valmiudet toimia neuropsykologin työtehtävissä terveydenhuollossa ja mahdollistavat Kelan vaativan erityistason kuntout-

tajapätevyyden hakemisen. Jo koulutuksessa olevat voivat hakeutua Kelan kuntouttajarekisteriin ja toimia kuntouttajina työnohjauksen alaisena toimittamalla tästä dokumentit Neuropsykologian Erikoistumislautakunnalle. Kuntoutukseen liittyvillä osaamisalueilla on siis tärkeä merkitys opintosuunnitelmissa.

Mitä osaamista neuropsykologinen kuntoutus vaatii ja kuinka siihen koulutetaan?

”Neuropsykologinen kuntoutus on lääkinällisen kuntoutuksen muoto, jonka tavoitteena on lieventää keskushermostoperäisiä psyykkisen toimintakyvyn muutoksia tai rajoitteita sekä parantaa neuropsykologisten ongelmien heikentämää elämänlaatua” (Suomen Psykologiliiton ja Suomen psykologisen seuran Tieteellinen neuvottelukunta 2012). Neuropsykologista kuntoutusta tekevän neuropsykologin tulee olla laajasti perehtynyt neuropsykologiaan ja lähitieteisiin (Hessen ym. 2017). Kuvassa 1 on havainnollistettu keskeisiä neuropsykologisessa kuntoutustyössä hallittavia ja huomioitavia seikkoja.



Kuva 1. Mitä kuntoutusta tekevän neuropsykologin on osattava?¹

1 Kuva on tekijöiden laatima osin kirjallisuuden pohjalta (Wilson ym, 2003, 2009; Kalska & Poutiainen 2011; Suomen Psykologiliiton ja Suomen psykologisen seuran Tieteellinen neuvottelukunta 2012; Nukari ym, 2012; Sohlberg & Mateer 2001). Sisimmällä kehällä on kuntoutujan liittyviä tekijöitä, keskeisillä kuntoutuksessa tarvittavia tiedollisia asioita ja uloimmalla tiedollistaidollisia asioita. Tarkemmin katso teksti.

Sisimpänä kuvassa on esitetty kuntoutujaan liittyviä tekijöitä. Näitä henkilön sairauteen, ympäristötekijöihin ja yksilöllisiin ominaisuuksiin liittyviä tekijöitä ja niiden merkitystä henkilön toimintakykyyn arvioidaan kuntoutusta suunniteltaessa ja toteutettaessa. Neuropsykologilla tulee olla kattavaa ja ajantasaista tietoa näistä tekijöistä ja niiden mahdollisesta merkityksestä tietyn henkilön kuntoutumisen prosessissa. Keskimmäisellä kehällä on kuntoutuksessa tarvittavia tiedollisia asioita, kuten tieto kuntoutuksen vaikuttavuustutkimuksesta sekä aivojen toiminnasta ja muovautuvuudesta. Näiden laaja-alainen hallinta on tärkeää. Tämän kehän asiat myös muuttuvat kuntoutuksen tieteellisen tutkimuksen edistyessä ja vaativat neuropsykologilta jatkuvaa osaamisen päivittämistä. Uloimmalla kehällä on kuntoutuksen kannalta olennaisia tietoon ja taitoihin perustuvia valmiuksia, kuten yhteistyösuhteen luominen ja ylläpitäminen sekä kuntoutuksen käsittäminen prosessina. Nämä valmiudet pohjautuvat monialaiseen tietoon, jossa korostuvat interventiomenehtelmiin, terapeuttiseen työskentelyyn sekä kuntoutuskäytänteisiin liittyvä tietous. Kuntoutustyössä tarvittavat taidot kehittyvät jatkuvasti käytännön työskentelystä saadun kokemuksen karttuessa. Näiden asioiden oppiminen tapahtuukin parhaiten yhdistämällä kirjallisuutta, työnohjausta sekä omaa kliinistä työskentelyä.

Kuten kuvasta 1 voi todeta, neuropsykologiseen kuntoutukseen liittyvää, koulutuksessa käsiteltävää asiaa on runsaasti. Kaa-viossa on mukana myös arviointiin liittyviä asioita, sillä neuropsykologinen kuntoutus perustuu aina neuropsykologisessa tutkimuksessa todettuihin vaikeuksiin ja vahvuuksiin.

Neuropsykologian uusimuotoisessa erikoistumiskoulutuksessa kuntoutusta koskevat opinnot voidaan jakaa kahteen osaan: yleisiin, kuntoutukseen liittyvien taitojen ja tietojen oppimiseen liittyviin opintojaksoihin sekä erityisiin, tiettyyn häiriöön tai kognition osa-alueeseen liittyviin opintojaksoihin.

Yleisiä kuntoutukseen liittyviä opintojaksoja on kaikille pakollisissa opinnoissa yksi, ”Neuropsykologinen kuntoutus” (taulukko 1).

Tämän opintojakson osaamistavoitteet ovat: ”Opiskelija tietää kuntoutuksen mahdollisuudet aivojen plastisiteetin näkökulmasta, neuropsykologisen kuntoutuksen eri lähestymistavat ja vaikuttavuuden sekä perehtyy neuropsykologisen kuntoutuksen lainsäädäntöön ja järjestelmiin” (Neuropsykologian Opinto-opas, 2016). Ne liittyvät kuvan 1 keskivyöhykkeelle vahvasti tiedollisina tavoitteina. Muissa opinnoissa (henkilökohtaisia pakollisia tai vapaavalintaisia) kuntoutukseen yleisellä tasolla liittyviä opintojaksoja on kolme (”Terapeuttisen vuorovaikutuksen perusteet neuropsykologisessa kuntoutuksessa”, ”Psyko-terapeuttinen vaikuttaminen kuntoutuksessa: aikuisneuropsykologia” ja ”Psyko-terapeuttinen vaikuttaminen kuntoutuksessa: lastenneuropsykologia”), jotka kaikki liittyvät varsinkin kuvan 1 uloimmalle kehälle ja ovat tiedollisen lisäksi taidollisia. Psyko-terapeuttisen vaikuttamisen opintojaksot ovat uusia kursseja. Niissä osaamistavoitteeksi on asetettu terapeuttisen vaikuttamisen näkökulman syventäminen suhteessa omaan neuropsykologiseen kuntoutustyöhön psyko-terapiaviitekehäksen kautta. Opintojaksot toteutuvat opintojen viimeisten kuukausien aikana, ja niitä on suunniteltu vahvasti käytännönläheisiksi.

Häiriöön tai tiettyyn kognition osa-alueeseen liittyvissä opinnoissa käsitellään kuntoutusta kuvan 1 kaikkien kehien näkökulmasta. Opintojaksoja, joilla käsitellään kuntoutusta, on kuusi: ”Oppimisvaikeuksien kuntoutus”, ”Muisti, muistihäiriöt ja niiden kuntoutus”, ”Tarkkaavuuden ja toiminnanohjauksen häiriöiden kuntoutus”, ”Kielelliset häiriöt: diagnostiikka ja kuntoutus”, ”Visuaaliset ja motoriset häiriöt: diagnostiikka ja kuntoutus” sekä ”Neuropsykiatriset häiriöt: diagnostiikka ja kuntoutus”. Nämä opintojaksot ovat olleet samankaltaisina lisen-siaatinmuotoisessa erikoispsykologikoulutuksessa. Näiden opintojaksojen lisäksi kuntoutusta käsitellään ryhmämuotoisessa työnohjauksessa (”Kliinisen neuropsykologian ryhmätyönohjaus”) opiskelijoiden omien potilastapausten kautta. Työnohjaus on tärkeää ammatillisen asiantuntijuuden kehittämisessä. Erityisesti siellä pyritään aiemmin opittujen tietosisältöjen integroitumiseen

omaan kliiniseen työskentelyyn.

Erikoistumiskoulutuksessa on kiinnitetty huomioita osaamistavoitteisiin ja pyritty rakentamaan kukin kokonaisuus niin, että se tukee opiskelijoiden oppimista ja asiantuntijuuden kehittymistä. Opintojaksot muodostavat tyypillisesti kokonaisuuden, johon kuuluu aiheeseen orientoivan ennakkotehtävän tekeminen, osallistuminen kaksipäiväiseen seminaariin sekä jälkitehtävän tekeminen. Ennakkotehtävään liittyvää työskentelyä voidaan jatkaa seminaaripäivinä ryhmätyöskentelyissä ja yhteisissä keskusteluissa. Lisäksi opintojaksoihin voi sisältyä verkossa tapahtuvaa työskentelyä ja keskustelua, jossa yhteisöllisen oppimisen kautta toteutuu tavoite yhdessä oppimisesta ja osaamisen jakamisesta (Kallunki & Seppälä 2016). Useimpien kliinisen neuropsykologian opintojaksojen tehtävissä yhdistetään tieteellistä tietoa omaan kliiniseen työhön. Tämä lisää opiskelijoiden asiantuntijuuden kehittymistä nimenomaan omassa työssä ja toteuttaa asetuksen vaatimaa työelämänlähtöisyyttä. Koulutuksen yleisenä tavoitteena on, että opiskelijat oppivat sen jälkeenkin päivittämään tietojansa ja osaamistaan jatkuvan koulutautumisen periaatteiden mukaisesti.

Kuntoutus tulevaisuudessa ja sen haasteet koulutukselle

Neuropsykologinen kuntoutus ja sen soveltaminen on viime vuosina ja vuosikymmeninä muuttunut ja laajentunut. Kuntoutukseen liittyvän tutkimustiedon määrä on kasvanut ja toisaalta myös vaatimukset näyttöön perustuvaan kuntoutukseen ovat lisääntyneet. Koulun, opiskelun ja työelämän muuttuvat vaatimukset vaikuttavat myös kuntoutujiin ja kuntoutukseen. Kliinisen kokemuksen perusteella kuntoutujilla on enemmän päällekkäistyviä ja laaja-alaisia oireita kuin ennen. Uusia neuropsykologisen kuntoutuksen muotoja ovat esimerkiksi etäkuntoutus ja virtuaaliteknologian hyödyntäminen. Myös työskentelytavoissa on edelleen tapahtumassa muutoksia, esimerkiksi ennaltaehkäisevän työn, terapeutin orientaation, kuntoutujan arkeen jalkautuvan kuntoutuksen ja neuropsykologin konsultoivan roolin kasvamisen

myötä. Neuropsykologisen kuntoutuksen tai kuntoutusotteen laajentuminen perinteisten neuropsykologisten oirekuvien ulkopuolelle kuuluu tavanomaiseen hoitoon jo esimerkiksi ADHD:n (ADHD Käypä hoito -suositus 2017) ja skitsofrenian (Thorsen ym. 2014) osalta. Tutkimusnäyttöä kognitioon ja strategioihin vaikuttamisen hyödyistä on viime vuosina tullut erilaisten psykiatristen häiriöiden hoidossa esimerkiksi masennuksen (Motter ym. 2016) ja anoreksian (Tchanturia ym. 2014) osalta.

Neuropsykologien työnkuva on muuttaman vuosikymmenen kuluessa laajentunut huomattavasti ja edellä mainittujen näkökulmien kautta tulee jatkossakin laajentumaan, ja työ vaatii laajoja osaamisalueita (Hessen ym. 2017). Koulutuksen osalta tämä edellyttää jatkuvaa koulutuksen ajantasaisuuden arviointia sekä tarpeellisten muutosten tekemistä. Koska koulutus on jo nyt vaativa ja aikaa vievä, koulutuksen laajentaminen ei ole toimiva ratkaisu. Entistä enemmän tulee keskittyä pohtimaan, mikä on keskeistä, kaikilta vaadittavaa ydinosaamista ja mikä sellaista osaamista, jota opiskelija kehittää omassa työssään koulutuksen aikana tai sen jälkeen. Erikoislääkäriskoulutuksen yhteydessä suunnitellaan siirtymistä osaamisperustaisiin koulutusohjelmiin (Niemi-Murola 2017). Tämän soveltuvuutta erikoispsykologikoulutukseen tulee myös jatkossa tarkastella.

Maarit Virta, PsT, neuropsykologian erikoispsykologi, yliopistonlehtori, neuropsykologian erikoispsykologikoulutus

Liisa Klenberg, PsT, neuropsykologian erikoispsykologi, vs. yliopistonlehtori, neuropsykologian erikoispsykologikoulutus

Marja Laasonen, PsT, dos., neuropsykologian erikoispsykologi, yliopistonlehtori neuropsykologian erikoispsykologikoulutus

Laura Hokkanen, PsT, neuropsykologian erikoispsykologi, professori (kliininen neuropsykologia)

Kirjoittajien toimipaikka on Helsingin yliopiston lääketieteellisen tiedekunnan psykologian ja logopedian osasto.

Lähteet

ADHD Käypä hoito -suositus (2017) Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Lastenneurologisen yhdistys ry:n, Suomen Lastenpsyki-

- atriyhdistyksen ja Suomen Nuorisopsykiatrisen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, www.kaypa-hoito.fi noudettu 27.12.2017
- Hessen E, Hokkanen L, Ponsford J, Watts A, van Zandvoort M, Evans J, Haaland K (2017) Core competencies in clinical neuropsychology training across the world. *Clin Neuropsychol* Published online: 07 Dec 2017. <https://doi.org/10.1080/13854046.2017.1413210>
- Hokkanen L, Nybo T, Poutiainen E (2016) Neuropsychology in Finland - over 30 years of systematically trained clinical practice. *Clin Neuropsychol* 30, 8, 1214–1235.
- Kallunki J, Seppälä H (2016) Korkeakoulujen erikoistumiskoulutukset: käsikirja koulutusten kehittäjille. Saatavissa: www.unifi.fi ja www.arene.fi. Haettu unifi.fi 22.12.2017.
- Kalska H, Poutiainen P (2011) Neuropsykologinen kuntoutus. Teoksessa K Juva, C Hublin, H Kalska, J Korkeila, M Sainio, P Tani, R Vataja (toim.) *Kliininen neuropsykiatria*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 398–403.
- Motter JN, Pimontel MA, Rindskopf D, Devanand DP, Doraiswamy PM, Sneed JR (2016) Computerized cognitive training and functional recovery in major depressive disorder: A meta-analysis. *J Affect Disord* 1, 189, 184–91.
- Niemi-Murola L (2017) Luotettavasti osoitettu pätevyys (EPA) uudistaa erikoislääkärikoulutuksen käytäntöä. *Duodecim* 133, 77–83.
- Nukari J, Poutiainen W, Nybo T, Hämäläinen P, Kalska H (2012) Kuvaus aikuisten neuropsykologisen kuntoutuksen käytännöistä. *Psykologia* 47, 03, 213–219.
- Neuropsykologian Opinto-opas (2016) *Psykonet, Opinto-opas 2016 neuropsykologia*. Saatavissa <http://www.psykonet.fi/Erikoispsykologikoulutus/opinto-opaat/opinto-opas-2016-NEU.pdf>/view.
- Sohlberg MM, Mateer CA (2001) *Cognitive rehabilitation: an integrative neuropsychological approach*. New York: The Guilford Press.
- Suomen Psykologiliiton ja Suomen psykologisen seuran Tieteellinen neuvottelukunta (2012) *Neuropsykologinen kuntoutus – suositus hyvistä käytännöistä aikuispotilaille*. *Psykologia* 47, 03, 210–212.
- Tchanturia K, Lounes N, Holtum S (2014) Cognitive remediation in anorexia nervosa and related conditions: a systematic review. *Eur Eat Disord Rev*; 22(6):454–62. doi: 10.1002/erv.2326.
- Thorsen AL, Johansson K, Løberg EM (2014) Neurobiology of cognitive remediation therapy for schizophrenia: a systematic review. *Front Psychiatry* 15, 5, 103.
- Valtioneuvoston asetus 1439/2014. Haettu www.finlex.fi 22.12.2017.
- Wilson BA, Gracey F, Evans JJ, Bateman A (2009) *Neuropsychological Rehabilitation: Theory, Models, Therapy and Outcome*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Wilson BA, Herbert CM, Shiel A (2003) *Behavioural approaches in neuropsychological rehabilitation: Optimising rehabilitation procedures*. Howe: Psychology Press.

TOIMIJUUS KUNTOUTUMISEN TAVOITTEENA

"Herranen aika, tähänkö on tultu?" Näin kommentoi kokemuksiaan haastateltavani, joka tiesi pääsevänsä kuntoutusosastolle, mutta joutui kertomansa mukaan *"huoneeseen, jossa makasi sairaita vanhuksia peiton alla."* Niinpä – hyvä kysymys.

Kuntoutus on yhteiskunnallista toimintaa, jolla pyritään edistämään ja ylläpitämään kansalaisten voimavaroja, sosiaalista selviytymistä ja hyvinvointia arkielämässä ja erityisesti elämänkulun siirtymä- ja muutovaiheissa. Kuntoutus on suomalaisessa palvelujärjestelmässä tärkeässä asemassa edistämässä kansalaisten tasa-arvoisuutta ja osallistumista yhteiskunnassa. Toivoa sopii, että myös tulossa olevassa sote-uudistuksessa kuntoutuksen merkitys tunnustetaan sosiaali- ja terveyspalvelujen keskeisenä ydinsisältönä. Kuntoutus ei ole yksittäinen toimenpide vaan määrätietoista ja monen toimijan osaamista edellyttävää johdonmukaista toimintaa, alkaen kuntoutusympäristöstä ja sen tuottamista mielikuvista.

Yksilön näkökulmasta kuntoutumisessa on kyse ihmisen ja ympäristön välisestä muutosprosessista. Jos joku meistä sairastuu vakavasti, kuntoutuksella varmistetaan mahdollisuudet selviytyä edelleen arjesta, löytää merkityksellinen paikka yhteisössä ja suunnitella tulevaa muuttuneessa tilantees-

sa. Joskus paluu entiseen elämään tai lähelle sitä onnistuu nopeasti. Joskus arkeen paluu edellyttää haasteellistakin sopeutumista muutokseen. Se voi vaatia sitkeää harjoittelua sairauden takia menetettyjen taitojen uudelleen oppimiseksi, oman identiteetin uudelleen rakentamista ja usein myös elinympäristön, työn ja perheen roolien säätämistä vastaamaan muuttuneeseen tilanteeseen.

Käsitys kuntoutuksesta on kehittynyt aikojen kuluessa yhteiskunnan muuttuessa. Aikaisemmin kuntoutus on perustunut varsin asiantuntijalähtöiseen näkemykseen, jossa kuntoutustoimenpiteiden kohteena on ollut sairaus tai vajavuus ja sen aiheuttama haitta. Ammattilaisten tavoitteena oli korjata tai kompensoida vajavuutta. Sairastunut itse teki, mitä käskettiin. Kuntoutukseen siis sisältyi samaa auktoriteettiuskoa ja alamaisuutta kuin muuhunkin asiantuntija- tai viranomaistoimintaan. Asiantuntijalähtöistä toimintamallia saattoivat asiakkaat itsekin pitää yllä vaikkapa sanomalla *"hoida sinä, kun kerran osaat."*

Yhteiskunnan muutoksen myötä kansalaisten tasa-arvoistuminen sekä tiedon lisääntyminen siitä, mikä kuntoutumiseen vaikuttaa, on myös muuttanut käsitystä kuntoutuksesta. Asiakaslähtöinen kuntoutus

perustuu jotakin elämäntilanteensa muutosta, vaikkapa työttömyyttä, vammautumista tai sairastumista, käsittelevän ihmisen ja kuntoutuksen ammattilaisen tasavertaiseen kumppanuuteen. Kumppanuus viittaa siihen, että asiakas on toimija eikä toimenpiteiden kohde.

Toimijuus tarkoittaa ihmisen mahdollisuuksia tehdä omaa elämäänsä koskevia valintoja niin kuntoutustilanteissa kuin laajemminkin. Ihmisen ajatellaan pystyvän itse, voimavarojensa mukaan, asettamaan tavoitteensa ja osallistuvan omaa kuntoutumistaan koskevaan päätöksentekoon. Se edellyttää, että hän saa kuntoutumiseensa liittyvää tietoa, osaa säädellä ja arvioida omaa toimintaansa ja työstää tarvittaessa ammattilaisen kanssa itselleen soveltuvia selviytymisen keinoja. Kuntoutumisella tavoitellaan siis ihmisen oman hallinnan vahvistumista, jotta hän pärjää myös elämänkulkua ravistelevissa tilanteissa. Se edellyttää, että kuntoutuksen käytännöissä luodaan näkyviä tulevaisuuteen ja vahvistetaan ihmisen uskoa pystyvyyteensä.

Kuntoutuskokemukset ja fysioterapiatilanteet tutkimuksen kohteena

Tutkimukseni perustuu kuntoutustilanteiden videonauhoituksiin ja kuntoutukseen osallistuneiden ihmisten haastatteluihin. Haastateltavat olivat henkilöitä, jotka olivat sairastuneet aivoverenkierron häiriöihin ja osallistuneet kuntoutukseen noin puolen vuoden ajan. Videokuvatuissa kuntoutustilanteissa oli kyse tähän kuntoutukseen sisältyvästä fysioterapiasta, jossa oli tavallisesti läsnä fysioterapeutti ja kuntoutukseen osallistunut henkilö, kuntoutuksen asiakas.

Fysioterapia on yksi moniammatillisen kuntoutuksen toimintamuodoista ja sisältää tässä tapauksessa arjessa selviytymiseen liittyvien toimintojen, kuten istumasta seisomaan nousun, tasapainon, kävelyn ja yläraajan käytön harjoittelua. Aivoverenkierron häiriöt ovat yksi kansansairauksistamme, ja ne aiheuttavat mainittujen toimintojen häiriöitä. Lisäksi mielialaan, kommunikointiin, ajatteluun ja muistiin liittyvät vaikeudet

ovat yleisiä, vaikkakin niiden ilmeneminen ja vaikeusaste vaihtelevat paljon.

Tämän tutkimuksen tavoitteena oli kuvata ja lisätä ymmärrystä siitä, miten kuntoutukseen osallistuneen ihmisen toimijuus näkyy kuntoutuksessa: miten se ilmenee fysioterapiatilanteissa ja miten se ilmenee kuntoutuksen asiakkaiden puheessa, kun he kertovat kuntoutuskokemuksistaan ja kuntoutuksen merkityksestä kotona pärjäämiseen. Tarkoitus oli kuvata myös, mikä kuntoutuksessa näyttää edistävän ja mikä rajoittavan asiakkaan toimijan roolia. Ovatko kuntoutuksen toimintakäytännöt siis oikeasti muuttuneet?

Vaikka tutkimuksessa tarkasteltiin fysioterapiaa yksittäisiä kuntoutuksen kohtauksia havainnoimalla, on tärkeää huomata, että fysioterapia on historiallisesti ja kulttuurisesti muokkautuvaa. Kommunikaatio ja tapa toimia ovat fysioterapeuteille niitä välineitä, jotka opitaan alan koulutuksessa, ja ne muokkautuvat työyhteisöissä osana niissä vallitsevaa toimintakulttuuria. Puhe- ja käytäntöjen avulla ammattilaiset siis välittävät asiakastilanteisiin kuntoutusta sekä asiakkaan ja asiantuntijan rooleja koskevia käsityksiään. Näin ollen näiden työvälineiden kehittämiseksi on perusteltua tutkia ammattilaisten kielenkäyttöä sekä asiakkaiden omia kokemuksia.

Tämän tutkimuksen tuloksissa esitellään konkreettisillakin esimerkeillä sitä, miten asiakkaiden toimijuus ilmeni ja millaisia toimijuutta edistäneitä ja rajoittaneita tekijöitä tunnistettiin havainnointi- ja haastatteluai- neistojen perusteella.

Kuntoutuksen asiakkailla näytti olevan vakavankin sairastumisen jälkeen paljon voimavaroja toimijan roolin ottamiseen. He pystyivät asettamaan tavoitteita, ponnistelivat niiden saavuttamiseksi ja arvioivat monipuolisestikin omaa edistymistään. Asiakkaat toivat myös esille tunteitaan ja kokemuksiaan. Kaikkien kohdalla näin ei kuitenkaan ollut tai niiden ilmaiseminen oli vaikeaa.

Keskeistä amatillista osaamista onkin se, että fysioterapeutti yhdessä asiakkaansa kanssa arvioi asiakkaan yksilölliset odotukset ja voimavarat ja neuvottelee keskinäiset roolinsa sen mukaan. Tilanteissa, joissa asi-

akkaan henkilökohtainen toimijuus välittyi vahvana, omat tavoitteet ovat selvät ja kuntoutumista edistävien keinojen käyttö itsestä, on tärkeää antaa hänelle tilaa ja vapautta edetä omannäköistä kuntoutumisen polkuaan. Hän kyllä itse hakee tarpeen tulen neuvoja ja asiantuntijan opastusta. Näin tapahtui myös alussa kertomani esimerkin haastateltavalle. Hän ihmetteli ääneen joutumistaan huoneeseen, joka ei viitannut kuntoutumiseen ja sai siirron toiseen, jossa oli ”sellaisia itsekulkevia”.

Toisissa tilanteissa sairaus on ehkä vaikea-asteinen, tukiverkosto pieni ja asiakkaan omien kokemusten ja tavoitteiden sanoittaminen vaikeaa. Silloin tarvitaan jaetun toimijuuden tilanteita ja ammattilaisen ohjaavaa ja mahdollistavaa roolia: mistä voin tunnistaa voimavarani, mihin vielä pystyn, mistä voisin löytää selviytymiskeinoja tai muuta tukea?

Fysioterapiassa on tunnistettava myös toimijuuden tilannesidonaisuus ja kuntoutumisprosessin eri vaiheisiin liittyvä vaihtelu. Vahvasti omaa kuntoutumistaan suuntaava toimija ei välttämättä ole sitä vielä sairastumista seuraavana päivänä, kun hän herää sairaalassa ennalta tuntemattoman sairauden rampauttamana, kun ei tiedä missä on, kun käsi ei liiku ja kaikki näkyy kahvena. Siinä vaiheessa ei auta kysellä, mikä mahtaisi olla kuntoutujan oma tavoite. Siinä tilanteessa asiakaslähtöisyyttä on napakka terapeutti, joka ottaa ohjat käsiinsä, nostaa ihmisen jaloilleen ja tukee turvallisesti liikkeelle. Kuntoutus ei kuitenkaan voi juuttua tähän toimintamalliin, johon riski fysioterapian perinteen mukaan näyttäisi edelleen olevan olemassa.

Miten toimijuutta voidaan edistää ja mikä sitä rajoittaa?

Tämän tutkimuksen mukaan toimijuutta näyttivät edistävän ensinnäkin kuntoutuksen selvä yhteys ihmisen omaan elämänkulkuun ja arkielämästä selviytymisen tavoitteisiin. Toimijuus näkyi selkeimmin asiakkaiden puhuessa omasta elämästään ja siitä, miten sairastuminen oli vaikuttanut elämänkulkuun ja identiteettiin. Toimijuus välittyi kotona,

työssä ja perheen rooleissa selviytymisen tavoitteista. Myös fysioterapiatilanteissa asiakkaan toimijuus tuli näkyväksi silloin, kun terapiaa kytkettiin yksilöllisiin ja konkreettisiin arjen tilanteisiin ja mietittiin kotona jatkuvaa harjoittelua.

Tuttu ympäristö haastattelutilanteissa-kin innosti asiakkaat kertomaan, mistä he jo selviytyvät ja mitä itselle tärkeää he tavoittelevat. Kotona kohdattiin konkreettisesti arkitodellisuus, ja se aktivoi toimijan rooliin ja ennakoimaan työhön paluuta. Myös kodin ulkopuolella liikkumisen, asioimisen ja harrastuksiin paluun kokeilut ammattilaisen kanssa yhdessä edistivät jatkuvuutta ja lisäsivät uskoa siihen, että tästä selvitään pian yksinkin. Fyysisen ympäristön rajoituksiin löydettiin apuvälineitä tai oivallettiin keinoja tehdä asioita toisella tavalla. Koti kuntoutusympäristönä oli luonteva dialogin paikka suunnata ajatuksia tulevaan.

Sen sijaan sairaalamainen kuntoutusympäristö, kotiin paluuseen valmistautumattomuus, tukiverkoston ja lähipalvelujen rajallisuus tai vaikkapa Suomen talvessa ulkona liikkumisen konkreettiset esteet sulkevat ihmisiä tahtomattaan sosiaalisen elämän ulkopuolelle. Tässä on haastetta jatkoon. Kotiutumisen hetki vaatii erityishuomiota.

Toiseksi, toimijuutta näytti edistävän asiakkaan kutsuminen kuntoutustilanteissa keskustelun kumppaniksi ja osallistujaksi, jaetun toimijuuden tilanteisiin. Se tarkoittaa, että asiakasta konkreettisesti pyydetään mukaan vaihtamaan tietoja ja käsityksiä siitä, mitä sairastuminen tarkoittaa ja mitkä ovat kuntoutumisen mahdollisuudet, miten hän itse voi arvioida edistymistään ja miten vaikuttaa harjoitteluunsa. Asiakkaiden toimijuus välittyi aloitteina, itsearviointina, määrätietoisen ponnisteluna, arjen toimintojen harjoitteluna ja harrastuksiin osallistumisena silloin, kun tavoitteet ja harjoittelun perusteet olivat selvät ja asiakkaalla oli tilaa tehdä niiden perusteella omia ratkaisuja. Asiakkaan mahdollisuutta osallistua eri tilanteissa näytti rajoittaneen juuri tiedon puute ja epäselvä käsitys siitä, mitä ovat kuntoutumisen tavoitteet ja varsinkin oma osuus siinä.

Itseohjautuvuutta puolestaan tuki se, että asiakas sai konkreettisia mahdollisuuksia

turvallisissa olosuhteissa, aluksi ammattilaisen kanssa yhdessä, testata omaa selviytymistään erilaisissa ympäristöissä.

Jos tätä kutsua kumppanuuteen ei konkreettisesti esitetä, fysioterapeutti käyttää yksipuolisesti asiantuntijavaltaansa, keskittyvä kapeasti vain fyysisen toimintakyvyn arviointiin, ohjaa yksittäisiä suorituksia, arvioi ulkoapäin edistymistä ja siten ylläpitää asiakkaan riippuvuutta terapeutista, vaikkakin varmasti hyvää tahtoen. Se kuitenkin rajoittaa asiakkaan toimijan roolia ja uskoa omaan pärjäämiseen ja tilanteiden hallintaan.

Kolmanneksi, toimijuutta kuntoutuksessa näyttivät tämän tutkimuksen mukaan edistävän asiakasta aktiivisesti kuunteleva ja yhteistä tulkintaa tuottava kommunikaatio. Se tarkoittaa, että fysioterapeutti antaa tilaa kertoa myös kuntoutumiseen liittyvistä tunteista ja kuntoutuksen merkityksistä. Kuulaksi tulemisen kokemuksia ja tulevaisuuden pohdintaan keskittyneitä kohtaamisia välittyi varsinkin kotikuntoutukseen osallistuneiden kerronnassa.

Fysioterapiatilanteissa ammattilaisen on pysähdyttävä kuuntelemaan, mikä on ihmisen oma tulkinta tilanteesta, minkä käsityksen varassa hän itse arvioi omaa edistymistään, mitä hän odottaa, tuntee tai pelkää, mistä hän iloitsee. On tärkeää tarvittaessa auttaa kokemusten kerrontaa, sillä se voi tuottaa yhteistä ymmärrystä.

Jos fysioterapeutti etenee tilanteessa valmiin käsikirjoituksensa mukaan, kiirehtii harjoituksesta toiseen, hän helposti ohittaa asiakkaan aloitteet ja kommentit tai ei huomaa liian vaikean ja pelottavan harjoituksen tuottamaa turhautumista. Silloin menetetään mahdollisuus etsiä haasteelliseen asiaan ratkaisua tai vahvistaa tulevaisuususkoa onnistumisen kokemuksilla.

Vuorovaikutustaitoja pidetään fysioterapeuttien vahvuutena, koska työn luonne antaa siihen paljon harjoitusta. Fysioterapiatilanteessa kommunikaatio asiakkaan toimijuuden ja kotona selviytymisen edistämiseksi näytti tässä aineistossa keskittyvän edelleen varsin kapeasti fyysiseen selviytymiseen. Fysioterapeutin omien toimintakäytäntöjen kriittisestä tarkastelusta ja kehittämisestä on kuitenkin hyviä kokemuksia ja viitteitä täs-

säkin tutkimuksessa. Sitä on tärkeää jatkaa. Kumppanuus edellyttää, että kuntoutustilanteita, koko prosessia ja sen eri vaiheita sanoitetaan yhdessä asiakkaan kanssa, niihin valmistaudutaan yhdessä ja varataan aikaa myös tunteiden ja kokemusten käsittelyyn.

Lopuksi

Toimijuuden käsitteen käyttäminen syventää kuntoutumisen ymmärtämistä ihmisen oman elämän hallintana, osana elämäntilannetta. Se tarkoittaa arjessa selviytymistä, toimintakyvyn realisoitumista arjessa, mutta myös mahdollisuutta tehdä valintoja ja elämänsuunnitelmia sosiaalisessa yhteisössä ja yhteiskunnan jäsenenä omista lähtökohdista käsin. Kuntoutuminen aivoverenkierron häiriöiden jälkeen ei tarkoita vain sitä, että kävely alkaa taas sujua ja käsi toimii. On jatkettava yhteistä pohdintaa siitä eteenpäin: miten saavutettu toimintakyky kantaa arjessa osana kunkin omanlaista elämäntapaa, miten ratkaistaan työhön paluuseen liittyviä haasteita, miten arki ohjelmoituu uudessa tilanteessa, entä miten rohjetaan lähteä kotiovesta ulos?

Kuntoutuksen käytännöllä toimijuutta on mahdollista tukea. Toimijuus rakentuu sen varaan, miten ihmisen uskoo selviytävänsä, mitä uskoo vielä oppivansa, miten saa tukea ponnisteluunsa ja millaisia onnistumisen kokemuksia kohtaa. Juuri näiden asioiden edistämistä fysioterapian kohtaamisessa tarvitaan.

**Merja A.T. Reunanen, YTT, TtL, yliopettaja,
Kaakkois-Suomen ammattikorkeakoulu**

Kirjoitus on Merja A.T. Reunasen väitöstilaisuudessaan esittämä lectio praecursoria. Väitöstutkimus "Toimijuus kuntoutuskokemusten kerronnassa ja fysioterapian kohtaamisissa" tarkastettiin Lapin yliopiston yhteiskuntatieteellisessä tiedekunnassa 9.6.2017. Saatavissa: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-484-997-5>

Aivovamman saaneiden etäkuntoutushanke: fysioterapiaa tai neuropsykologista kuntoutusta

Invalidiliitossa on käynnissä tutkimus- ja kehittämishanke, jossa selvitetään vaativan kuntoutuksen toimivuutta ja vaikuttavuutta etäkuntoutuksen muodossa aivovamman saaneilla henkilöillä. AV etähanke on yksi Kelan rahoittamista neljästätoista hankkeesta. Digitalisaation leviäminen yhä useammille osa-alueille tarkoittaa myös kuntoutuksen pohtimista uudesta näkökulmasta.

– Digitalisaatio pitää saada ulotettua myös kuntoutukseen ja sopeutumisvalmennukseen, joka on yksi kuntoutusmenetelmä. Siksi myös Kela painottaa tätä ja toimii rahoittajana neljälletoista etäkuntoutusta tutkivalle hankkeelle, tutkimusjohtaja ja hankkeen vetäjä Sinikka Hiekkala Invalidiliitosta selventää.

Maallikon korvaan ajatus ihmisen kuntouttamisesta ”etänä” kuulostaa taas uudelta tavalta säästää rahaa. Ei tarvitse maksaa matkakuluja eikä pitää yllä toimitiloja. Hiekkala ei kuitenkaan anna tukea tälle väitteelle.

– Tämä voisi periaatteessa jollain lailla olla säästämistä, mutta ensisijaisesti näen tämän ihmisen valinnanvapautta lisäävänä asiana. Jos vaikka itse saan valita, menenkö kokoukseen Tampereelle vai osallistunko etänä videoneuvottelun välityksellä, valitsen mieluummin etävaihtoehdon, Hiekkala toteaa.

– Etäkuntoutus voi antaa myös mahdollisuuden tarjota esimerkiksi neuropsykologista kuntoutusta sellaisilla paikkakunnilla, joilla on pulaa tämän alan osaajista. Eli palveluita voidaan tuoda paikkoihin, joissa

niitä ei muuten olisi tarjolla. Alkuun tämä ei muutenkaan tuo säästöjä, sillä siihen liitettyä paljon hankintoja: yhteydenpitovälineet, kamerat, mikrofonit, salattu yhteys ja muut tekniset apuvälineet täytyy hankkia tätä varten. Kun mietitään vaativaa lääkinnällistä kuntoutusta, välineistö ei voi olla samanlaista kuin normaalissa toimistotyössä, sillä voi olla että käyttäjä ei pysty näppäilemään laitetta, tarvitaan puhetoimintoja tai vastaavaa, Hiekkala lisää.

Kuntoutujia etsitään

Hankkeeseen tarvitaan vielä uusia aivovammasta toipuvia kuntoutujia, jotka voisivat hyötyä joko fysioterapeuttisesta tai neuropsykologisesta kuntoutuksesta. Kyseessä on vaativan kuntoutuksen hanke, eli tiettyjen kriteerien tulee täytyä, jotta kuntoutuja voi osallistua ohjelmaan.

Hankkeeseen sisältyy kymmenen viikon kuntoutusjakso, joka pitää sisällään 15 kuntoutuskertaa joko fysioterapiaa tai neuropsykologista kuntoutusta. Lisäksi kuntoutuja suorittaa itsenäisesti harjoitteita jakson ajan viitenä päivänä viikossa.

– Jakso etenee siten, että ensimmäisten viiden viikon aikana etätapamuotoa on kahdesti viikossa. Ja jälkimmäisten viikkojen ajan kerran viikossa. Lisäksi henkilö harjoittelee itsenäisesti 30 minuuttia päivittäin kuntouttajan harjoitusohjelmaan reseptinä lähettämien harjoitustehtävien avulla, Hiekkala avaa.



Varsinaisen kuntoutusjakson lisäksi jokainen mukaan tuleva käy läpi alkuhaastattelun, jossa tutkitaan hänen soveltuvuutensa tutkimukseen. Kymmenen viikon jakson jälkeen kolmen kuukauden päästä suoritetaan loppumittaukset.

– Tutkimusjakson aikana ei pääsääntöisesti voi ottaa vastaan muuta terapiaa, jotta sen vaikutus ei sekoittaisi saatavia tuloksia. Se ei kuitenkaan vähennä henkilölle jo myönnettyä kuntoutusta, vaan se on tauolla. Hanke on mahdollisuus myös niille, joilla ei ole kuntoutuspäätöstä. Tällainen henkilö voi hakea mukaan harkinnanvaraisella kuntoutuslomakkeella ja merkitä siihen hakevansa

mukaan tutkimushankkeeseen.

Kumppaneita hankkeessa ovat Kuntoutussäätiö, Validia Kuntoutus, Tmi Psykologipalvelut Liisa Marttila, Tmi Psykologipalvelu Katajamäki, Physiotools, Cognituner ja GoodLife Technology.

Lisätietoa hankkeesta ja kuntoutujaan liittyvistä kriteereistä löydät verkkosivulta invalidiliitto.fi/etakuntoutus-aivovamman-saaneilla-tai-tutkimusjohtaja-Sinikka-Hiekkala, sähköposti: sinikka.hiekkala@invalidiliitto.fi

Kokemuksia etäkuntoutuksesta ammattilaisen silmin

Avokuntoutusverkoston jäsenet kokoontuivat 31.1.2018 pohtimaan ryhmämuotoisen etäkuntoutuksen käytännön työn onnistumisia ja haasteita. Mukana oli lähes 60 avo- ja ryhmämuotoisen kuntoutuksen toimijaa ja asiantuntijaa.

Etäkuntoutus on määritelty 1) reaaliaikaiseksi, 2) ajasta riippumattomaksi ja 3) etäkuntoutuksen sekamalliseksi (toim. Salmiinen, Hiekkala, Stenberg. Etäkuntoutus. Kela

tutkimus 2016). Osallistujilla oli eniten kokemusta etäkuntoutuksen sekamallista ja ajasta riippumattomasta etäkuntoutuksesta. Sekamallinen etäkuntoutus koostui lähi- ja etätapaamisista. Ajasta riippumaton etäkuntoutus toteutui verkkoalustoille rakennetuille tietopaketeille, tallenteille ja työskentelyalustoille. Reaaliaikaisesta etäkuntoutuksesta kokemus oli vähäisempää. Reaaliaikaista etäkuntoutusta oli toteutettu pääosin puhe-

lin- ja chat-yhteydellä sekä vähäisessä määrin videovälitteisesti.

Avokuntoutusverkoston tapaamisessa tarkasteltiin etäkuntoutusta etäkuntoutuskurssien rakentamisen, etäkuntoutusjärjestelmien tarjoamien mahdollisuuksien sekä voimaannuttavan vuorovaikutuksen ja vertaistuen mahdollistamisen näkökulmista. Seuraavassa esitetään verkoston jäsenten keskeisiä ajatuksia etäkuntoutuksesta.

Etäkuntoutuksen tausta ja järjestelmiin liittyvä valinnanvaikeus

Etäkuntoutusta on kehitetty ja toteutettu joko erillisenä kehittämisprojektina tai osana muuta toimintaa. Se on antanut vaihtoehtoja internaattisesti tai avomuotoisesti toteutettavien kuntoutuskurssien välitapaamiselle ja kurssien jälkeiselle seurannalle. Haasteita on aiheuttanut verkkoalustojen ja etäkuntoutusjärjestelmien valinta sekä sisältöjen tuottaminen. Etäkuntoutusjärjestelmiä on useita, ja niiden soveltuvuudesta kuntoutustoimintaan on vähän tietoa. Pienen palveluntuottajan on haastavaa yksin löytää sopiva ja kohtuuhintainen etäkuntoutusjärjestelmä. Kokemukset järjestelmien käytettävyydestä ja kuntoutukseen soveltuvuudesta ovat ristiriitaisia. Ajasta riippumattomat, verkkoalustoille suunnitellut oppimisalustat ovat eniten käytössä, mutta niiden heikkous on usein kuvayhteyden puuttuminen.

Etäkuntoutusjärjestelmän valintaan vaikuttavat sen käytettävyys, henkilötietosuojakysymykset, monipuolisuus ja hinta, samoin kuin järjestelmältä toivotut ominaisuudet, kuten monipuolinen oppimisalusta sekä kuva- ja ääniyhteys. Monipuolinen oppimisalusta luo mahdollisuuden erilaisten ja erilaisille kuntoutujille soveltuvien oppimismenetelmien käyttöön yksilöllisesti tai ryhmässä. Erilaiset käytetyt oppimismenetelmät ovat videot, kuvat, chat, pelit, kyselyt, välitehtävien tekeminen, aineistojen tallentaminen sekä oman toiminnan seuraaminen ja palautteet. Paras tilanne on, jos järjestelmää voidaan räätälöidä kuntoutujien tarpeiden mukaisesti ja tarvittaessa integroida eri järjestelmiä toisiinsa. Etäkuntoutuksen sisältöä ei tulisi suunnitella järjestelmien ehdoin

vaan kuntoutujan tarpeiden mukaisesti.

Etäkuntoutuskurssien sisältöä rakentamassa

Etäkuntoutuskurssien sisältöjä onkin kehitetty sekä asiantuntija- että kuntoutujalähtöisesti. Kuntoutajat tai kokemusasiantuntijat ovat olleet mukana tuottamassa kurssisisältöjä. Kokemuksen myötä kursseilla on siirrytty tietopainotteisuudesta kohti vuorovaikutteisuutta. Sisältöihin on otettu mukaan sopeutumisvalmennuksen elementtejä (toim. Streng H, Sopeutumisvalmennus Suomalaisen kuntoutuksen oivallus, 2014:256). Kuntoutujille oman tilanteen pohtiminen on noussut keskiöön. Tiedollista osuutta on kevennetty videoilla, kuvilla, itsearvioilla ja toiminnallisilla tehtävillä. Kevennys on mahdollisesti lisännyt kuntoutujien sitoutumista etäkuntoutukseen.

Tapaamiskertojen pituuden määrittelyssä on huomioitava kuntoutujien mahdolliset kognitiiviset vaikeudet. Ryhmämuotoisen etäkuntoutuskurssin onnistuminen vaatii hyvän ryhmäytymisen, tavoitteellisen työskentelyn kuntoutujien voimavarat huomioiden, yhteiset pelisäännöt, vaihtumattoman ohjaajan ja jatkuvan arvioinnin. Sama ohjaaja pystyy seuraamaan kuntoutusprosessin etenemistä, vaikka ryhmässä vierailisi muita asiantuntijoita. Ryhmäytymisen tukena voivat toimia ennakkotiedot osallistujien tarpeista ja toisaalta ohjaajan ammattitaito, jonka turvin hän virittää keskustelua ja tuo näkyväksi osallistujien onnistumiset. Ryhmäytyminen voi onnistua myös ajasta riippumattomassa etämuotoisessa kurssissa, kun kuntoutujalla on tiedon tarve sekä halu osallistua passiivisesti, nimettömänä ja aika-tilasta riippumatta.

Ensimmäisten etäkuntoutuskurssien markkinointi vaatii paljon työtä. Etsivällä työlläkin voi löytää osallistujia kurssille. Paras mainos lienee hyvin onnistunut kurssi, jota tyytyväiset osallistajat keuhuvat "puskaradion" kautta eteenpäin. Etäkuntoutuskurssille sitoutumiseen vaikuttavat kurssikertojen pituus, jaksotus, ajankohta sekä sisällön mielenkiintoisuus. Oppimisalustan tehtävien tulee "koukuttaa" osallistujia, kuten osa pe-

lillisistä ja kannustavista tehtävistä tekeekin. Myös repsahdusharjoittelua on hyvä tehdä, jotta kuntoutujan elämän- ja sairauden tilanteen muutokset eivät passivoi häntä ja aiheuta toivottomuutta elämään pidemmäksi aikaa.

Etäkuntoutuksessa käytettyjä arviointimenetelmiä ovat olleet muun muassa sähköiset arviointi- ja seurantakyselyt, WHODAS 2.0 ja muun muassa oppilaitosyhteistyönä tehdyt ulkopuoliset arvioinnit. GAS-menetelmää on käytetty yksilöllisen tavoitteen asettamisessa ja seurannassa pitimmillä kuntoutusjaksoilla. Asiakaslähtöinen ICF-pohjainen mobiili arviointityökalu (mICF) pidettiin yhtenä mahdollisena arviointimenetelmänä jatkossa.

Voimaannuttava vuorovaikutus ja vertaistuki etäkuntoutuksessa

Ohjaaja voi edistää ja tukea vuorovaikutusta virittäytymällä ryhmään, tukemalla yhteisen ymmärryksen syntymistä, osallistamalla ja kannustamalla kuntoutujia oman tarinan jakamiseen ja tuomalla pienetkin onnistumisen kokemukset näkyviin. Ennakkotehtävät antavat tietoa kuntoutujien tarpeista ja toiveista. Henkilökohtaisen tarpeen huomiointi lisää motivaatiota voimaannuttaville keskusteluille. Mikäli reaaliaikainen etäkuntoutus alkaa ilman kasvokkain tapaamista, ennen ensimmäistä tapaamiskertaa käyty ohjaajan ja kuntoutujan välinen keskustelu tai ennakkotehtävät todennäköisesti virittävät nopeammin vuorovaikutukseen etäkurssilla.

Vertaistukea voidaan edistää ryhmissä kokemusasiantuntijan tai vertaisohjaajan ja kuntoutujien omien tarinoiden avulla. Toisten kuntoutujien kokemusten kuuleminen auttaa oman tilanteen ymmärtämisessä ja sen sanoittamisessa. Ryhmytymistä edistävät kurssin alussa tehtävät toiminnalliset tutustumisharjoitteet. Kokemuksellisesti kasvokkain tutustuminen lisää sitoutumista ja vertaistukea etäkuntoutusryhmässä erityisesti silloin, kun kuntoutujan toiveena on osallistua vuorovaikutukseen vertaisten kanssa. Tärkeintä on luoda ryhmään luottamuksellinen ilmapiiri.

Osaava vertainen voi alentaa etäkuntoutukseen osallistumisen kynnyksiä. Vertainen

ymmärtää kuntoutujien kokemuksia ja luo kuntoutumisessa keskeistä toivoa. Verkkovertainen voi osallistua kurssille esimerkiksi videolla tai jakamalla etäkurssin aihepiiriin liittyviä omia kokemuksiaan ryhmälle. Vertainen rikastuttaa keskustelua kokemustensa kautta, jolloin keskustelu voi muodostua vilkkaammaksi ja syvällisemmäksi.

Kuntoutujien vuorovaikutus- ja oppimistavat ovat erilaisia. Niihin vaikuttavat myös sairauden tai vamman tuomat rajoitukset. Tärkeintä on mahdollistaa kuntoutujan kuuluksi tuleminen. Ohjaajalla on myös tärkeää olla vaihtoehtoisia vuorovaikutuskeinoja. Mikäli verkkokeskustelussa on syntynyt negatiivisia tulkintoja, ohjaajalla on mahdollisuus keskustella niistä henkilökohtaisesti kuntoutujan kanssa ja päinvastoin. Väärinkäsitykset johtavat helposti ryhmästä poistumiseen.

Etäkuntoutukseen osallistumiseen vaikuttavat käytettävät laitteet, nettiyhteydet, sovellutusten helppokäyttöisyys, sisällöt ja halu toimia etäyhteyden kautta. Etäkuntoutussovellutusten esteettömyys, selkeys ja kuvakkeiden käyttö palvelevat kaikkia käyttäjiä.

Etäkuntoutus mahdollistaa osalle ihmisistä tärkeän anonymiteetin, jos työskentely tapahtuu nimettömästi ja ilman kasvokkaisen tapaamisen tuomaa roolia. Etäkuntoutus ei sido kuntoutujaa paikkaan. Aikasidonnaisuus tulee esiin reaaliaikaisessa etäkuntoutuksessa esimerkiksi videotapaamisissa. Etäkuntoutus on yksi osallistumisen väylä niille ihmisille, jotka eivät halua tai voi osallistua avomuotoiseen tai laitostenmuotoiseen kuntoutukseen. Se ei korvaa yksilöllistä tai ryhmämuotoista moniammatillista kuntoutusta vaan voi toimia niiden tukena ja kuntoutujan itsehoidollisen motivaation ylläpitäjänä. Kuntoutujan kuntoutustarve määrittää viime kädessä sopivan ja tehokkaan kuntoutuksen valinnan.

Kirjoittanut Avokuntoutusverkoston työryhmän puolesta Arja Toivomäki, Neuroliitto

*Lisätietoja verkoston toiminnasta
<http://www.luustoliitto.fi/avokuntoutus/avokuntoutusverkosto>*

Kuntoutuksen tutkimus- ja kehittämissyhdistys Kutke ry järjestää yhteistyössä Kelan kanssa:

Kuntoutuksen tutkimusseminaari 2018 –

Yhdenvertaisuus kuntoutuksessa

22.11.2018, Korjaamo, Helsinki.

Ohjelmassa erillisluentoja, suullisia esityksiä ja posteriesityksiä

Tule kuuntelemaan ja kertomaan omasta kuntoutuksen tutkimuksestasi!

Tieteellisten tutkimusten ja arviointitutkimusten abstraktien viimeinen jättöpäivä on 17. syyskuuta 2018. Lisätietoja seminaarista, ilmoittautumisesta ja abstraktien jättämisestä päivitetään kevään aikana.

Seuraa Kutken sivuja: **www.kutke.fi**

Kouluttaudu meillä työkykykoordinaattoriksi!

Työkykykoordinaattori on työelämän, kuntoutuksen, palvelujärjestelmän ja asiakastyön ammattilainen. Hän auttaa osatyökykyistä asiakasta tunnistamaan omia vahvuuksiaan sekä löytämään polkuja kohti työelämää. Koulutusaika 27.2.-22.11.2018.

Haku on paraikaa päällä:

kuntoutussaatio.fi/tapahtumat



Kuntoutussaatio
Kuntoutuksen suunnannäyttäjä

PÄIVITÄ OSAAMISTASI



Opiskele kuntoutuksen asiantuntijaksi!

AMK-TUTKINTO MONIMUOTO

Kuntoutuksen ohjaaja

Hakuaika 14.–28.3.2018 • hakeminen: opintopolku.fi

YLEMPI AMK / MASTER -TUTKINTO

Rehabilitation

Hakuaika 9.1.–28.3.2018 • hakeminen: studyinfo.fi

Lisätietoja ja hakuohjeet: samk.fi/haku

Satakunnan ammattikorkeakoulu



Konkreettisia työvälineitä Psyykkisen työkyvyn arviointi - koulutuksesta

Psyykkisen työkyvyn arviota tehdään terveydenhuolloissa ja kuntoutuspalveluissa, mutta myös muualla, kuten työelämäpalveluissa ja työpaikoilla joudutaan ottamaan kantaa psyykkiseen työkuuntoon. Tervetuloa! Koulutuspäivät 25.-26.4.2018.

Ilmoittautuminen on käynnissä:
kuntoutussaatio.fi/tapahtumat



Kuntoutussaatio
Kuntoutuksen suunnannäyttäjä

KIRJOITUSOHJEET

Kuntoutus on tieteellis-ammattillinen lehti, joka sisältää kirjoituksia kuntoutuksesta ja sitä sivuavista aloista. Kirjoitukset voivat olla esimerkiksi vertaisarvioituja tieteellisiä artikkeleita tai vertaisarvioimattomia katsauksia, puheenvuoroja, koulutusesittelyjä, kirjaesittelyjä ja lectio praecursorioita sekä kuntoutuksen ajankohtaisia aiheita käsitteleviä lyhyitä kirjoituksia. Lehdessä julkaistaan myös ilmoituksia ja mainoksia. Neljä vuosittaista numeroa käsittävää Kuntoutus-lehteä julkaisevat Kuntoutussäätiö ja Kuntoutuksen tutkimus- ja kehittämissyhdystys Kutke ry.

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

Kirjoittajille ei makseta palkkioita. Kirjoittajat saavat pyynnöstä oman kirjoituskanssa pdf:n.

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 jäsenitys.

Artikkelikäsitelmän 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 jäsenely kuvaus. Lisäksi katsaus voi olla ammattillisesti 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/kuntoutus-lehti/kirjoitusohjeet>

Tule mukaan kehittämään Kuntoutus-lehteä!

Suomen ainoa kuntoutusalan tieteellis-ammattillinen lehti Kuntoutus uudistuu. Etsimme ratkaisuja muun muassa yhteisjulkaisemisen, digitaalisen julkaisemisen ja yleisöpohjan laajentamisen haasteisiin.

Järjestämme vuoden 2018 aikana kaksi työpajaa, joihin kutsumme järjestöjen, oppilaitosten, kuntoutuksen järjestäjien ja palveluntuottajien edustajia keskustelemaan tilanteesta ja ideoimaan tulevaa.

Ensimmäinen työpaja järjestetään tiistaina 5.6.2018 klo 12.30–16.00 Kuntoutussäätiössä. Siinä asetetaan lehden muutostyön tavoitteet.

Tiedustelut ja ilmoittautumiset 22.5.2018 mennessä:
annika.laisola-nuotio@kuntoutussaatio.fi.

Tarkennettua tietoa saat seuraamalla Kuntoutus-lehden verkkosivuja:
www.kuntoutussaatio.fi/kuntoutuslehti

Kuntoutus / Kuntoutussäätiö ja Kuntoutuksen tutkimus- ja kehittämissyhdystys Kutke ry

KUNTOUTUS-LEHTI VUONNA 2018

Kuntoutus-lehti ilmestyy vuonna 2018 tuttuun tapaan neljästi. Tilaushinnat ovat ennallaan. Tilaamalla lehden seuraat alan tutkimusta ja ajankohtaisuuksia sekä saat työsi ja opintojesi kannalta tärkeää tietoa.

Toivomme jatkossakin saavamme asiantuntevia käsikirjoituksia julkaistaviksi lehdessämme!
www.kuntoutussaatio.fi/kuntoutuslehti/kirjoitusohjeet.

Ilmestymisaikataulu

Nro	Ilmestyy	Ilmoitusaineistot
1	viikko 8	viikko 5
2	viikko 22	viikko 19
3	viikko 40	viikko 37
4	viikko 50	viikko 47

Ilmoita Kuntoutus-lehdessä

Haetko lisänäkyvyyttä toiminnallesi?
Ilmoita lehdessämme!

Kaikki hinnat koskevat mustavalkoisia ilmoituksia:
1/1 sivu (176×250 mm): 250 euroa
½ sivua, (88 x 125 mm): 150 euroa
¼ sivua (44 x 62 mm): 120 euroa

Lisätietoja: www.kuntoutussaatio.fi/kuntoutuslehti/mediakortti TAI
annika.laisola-nuotio@kuntoutussaatio.fi

Tilaa Kuntoutus-lehti

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

Tilauksen ja osoitteenmuutokset voit tehdä osoitteessa
www.kuntoutussaatio.fi/kuntoutuslehti TAI
johanna.anttila@kuntoutussaatio.fi, puh. 040 739 7183

Hinnat:

Kestotilaus 54 euroa/vuosi

Vuosikerta (4 nroa) 58 euroa

Opiskelijat (4 nroa) 27 euroa/vuosi

Kuntoutuksen tutkimus- ja kehittämissyhdistyksen jäsenet 50 euroa/vuosi

Irtonumero á 14 euroa + postimaksu

Julkaisijat Kuntoutussäätiö ja Kuntoutuksen tutkimus- ja kehittämissyhdistys
Kutke ry