

Monimenetelmäinen kuntoutuksen tutkimus

Artikkelikatsaus kuntoutuksen 3. valtakunnallisesta tutkimusseminaarista

Toimittaneet Katariina Hinkka, Kristiina Härkäpää ja Aila Järvikoski

Toimittajat

Katariina Hinkka, LT, dosentti, tutkijalääkäri
Kelan tutkimusosasto

Kristiina Härkäpää, FT, dosentti, tutkimus- ja kehittämispäällikkö
Kuntoutussäätiö

Aila Järvikoski, YT, professori
Lapin yliopisto

Taustatahot

Kuntoutuksen tutkimus- ja kehittämissyhdystys ry
Eläketurvakeskus
Kela
Kuntoutussäätiö
Lapin yliopisto

© Kirjoittajat ja Kelan tutkimusosasto

Nettityöpapereita-sarjan julkaisut ovat keskustelun avauksia tai alustavia tutkimusraportteja.

www.kela.fi/tutkimus

Helsinki 2010

Alkusanat

Kuntoutuksen tutkimuksen kehittämisohjelma julkaistiin vuonna 2003 kuntoutusasiain neuvottelukunnan koordinoimana ja eri organisaatioiden ja tutkijoiden kanssa yhteistyössä valmistelemana. Siinä todettiin tarve varmistaa alan tutkimusosaamisen kumuloituminen ja tutkimustiedon hyödyntäminen, parantaa kuntoutuksen tutkimuksen koordinaatiota ja tiedon levittämistä, lisätä tutkimuksen ja käytännön yhteistyötä sekä asettaa prioriteetteja kuntoutuksen tutkimus- ja kehittämistyöhön.

Kuntoutuksen tutkimus- ja kehittämisyhdistys on osaltaan pyrkinyt vastaamaan näihin haasteisiin. Yhdistyksen tieteellinen toimikunta aloitti toimintansa vuonna 2005 tarkoituksenaan vahvistaa kuntoutusalan tutkimusta ja tutkimusyhteistyötä eri tieteenalojen ja organisaatioiden välillä. Toimikunnan yhteistyökumppaniensa kanssa järjestämät tutkimusseminaarit ovat tarjonneet foorumin, jossa eri tieteenalojen piirissä tehtävää kuntoutuksen tutkimusta on voinut esitellä. Ensimmäisen tutkimusseminaari toteutui v. 2006 teemalla ”Kuntoutuksen monitieteinen tutkimus”. Toinen valtakunnallinen kuntoutuksen tutkimuksen seminaari vuonna 2007 ”Kuntoutus ja elämänlaatu” oli suunnattu sekä tutkijoille että käytännön kuntoutustyöntekijöille. (Ks. julkaisu Kuntoutus ja elämänlaatu, Helsinki: Kela, Sosiaaliturvan selosteita 58, 2007.)

Kolmas seminaari ”Monimenetelmäinen kuntoutuksen tutkimus” 27.–28.11.2008 suunnattiin tutkijoille. Toivomuksena olivat erityisesti tutkimukset, joissa tutkimusteemaa olisi pyritty lähestymään erilaisia metodologisia lähestymistapoja käyttäen. Tieteellisen raportoinnin tason kohottamiseksi kaikki 62 abstraktia kävivät läpi anonyymien vertaisarvioinnin, jolloin tarpeelliset muutokset edellytettiin tehtäviksi ennen hyväksymistä. (Ks. Kuntoutuslehti 2, 2009.)

Kuntoutus on laaja tutkimusalue, jota voidaan lähestyä monella eri tavalla ja monesta eri näkökulmasta. Eri tieteenalojen tutkimuskäytännöt vaihtelevat ja myös tutkimusviestinnän muodot ovat erilaisia. Kuntoutuksen tutkimusseminaareihin on kannustettu tutkijoita esittelemään eri vaiheissa olevia tutkimuksia, jolloin tutkija voi jo suunnitteluvaiheessa hyödyntää tarjoutuvaa reflektiomahdollisuutta. Pyydettyihin puheenvuoroihin ja lähetettyihin abstrakteihin perustuviin suullisiin esityksiin perustuvan seminaariohjelman lisäksi on aktiivisesti etsitty muita työtapoja mm. juonnetun posterisession, posterikilpailun ja asiantuntijapaneelin muodossa.

Nyt käsillä on tutkimusseminaarien sarjan ensimmäinen proceedings-julkaisu. Siihen on valittu viisitoista Kuntoutuksen 3. tutkimusseminaarissa esiteltyä tutkimusta. Tarkoituksena on

antaa lukijalle kuvaa laaja-alaisesta ja monimenetelmäisestä tutkimuksesta, jota kuntoutuksen alueella Suomessa nykyisin tehdään.

Joulukuussa 2010

Katariina Hinkka

Kristiina Härkäpää

Aila Järvikoski

Sisältö

Tuula Aaltonen ja Jouko Lind

Työkyky Kelan psykoterapiakuntoutuksen jälkeen

Rekisteriseuranta Kelan psykoterapiaa saaneiden työ- ja opiskelukyvystä vuosina 2002–2004 7

Katariina Hinkka, Sirkka-Liisa Karppi, Tuula Aaltonen, Rainer Grönlund, Kirsi Ollonqvist, Pauli Puukka,
Ulla Salmelainen ja Marjo Wallin

Kelan geriatrisen kehittämishankkeen monitieteisen tutkimuksen tulokset 13

Janne Jalava

Varhainen reagointi ja kuntoutuskumppanuuden tarve 20

Johanna Korkeamäki

Kuntoutuspalveluita aikuisten oppimisvaikeuksiin

Opi oppimaan -kehittämishankkeen arviointia 26

Ritva Linnakangas, Pirjo Lehtoranta, Asko Suikkanen, Aila Järvikoski

Lapset ja nuoret kuntoutuksessa

Kelan psykiatrisen perhekuntoutuksen kehittämishankkeen arviointi 33

Elisa Mäkinen ja Irma Verma

Ympäristöistä ikäihmisten kuntoutumisen tukija?

Muistisairaiden ikäihmisten toimintaympäristöjen kehittäminen 38

Ulla Peltola ja Laura Metso

Maahanmuuttajien kuntoutumisen ja työllistymisen tukeminen Helsingissä 47

Sinikka Peurala

Akuutin vaiheen avh-potilaiden kävelyn kuntoutustutkimus Kuopion yliopistollisessa sairaalassa

TMS-vasteet ennustavat kävelyn kuntoutumista aivohalvauspotilailla 56

Timo Pohjolainen, Tage Orenius, Markku Riipinen

Kipukuntoutuksen tuloksellisuus 60

Monica Röberg

Terveydenhuollon oikeudenmukaisuus ei toteudu fysioterapiapalveluissa 63

Jaana Sarajuuri, Marja-Liisa Kaipio, Sanna Koskinen, Mika Niemelä, Antti Servo ja Juhani Vilkki

Aivovammapotilaiden kuntoutuksen vaikuttavuus 69

Heikki Suoyrjö, Tuula Oksanen, Katariina Hinkka, Jaana Pentti, Mika Kivimäki, Timo Klaukka ja Jussi Vahtera

Aslak[®]-kuntoutuksen työkykyvaikutukset ja kahden fibromyalgiakuntoutuksen työkykyvaikutusten vertailu

rekisteriaineistossa 79

Teemu Takala, Tiina Viljanen ja Juhani Sivenius

Aivoverenkiertohäiriön sairastaneiden kuntoutukseen ohjautuminen ja kuntoutuksen toteutuminen

ensimmäisinä kuukausina sairastumisen jälkeen 88

Matti Vartiainen, Marjo Rinne, Jaana Sarajuuri, Matti Pasanen, Tommi Lehto ja Hannu Alaranta

Motorinen ja kognitiivinen suoriutuminen aivovammasta fyysisesti hyvin toipuneilla miehillä 92

Tuula Aaltonen ja Jouko Lind
Kelan tutkimusosasto

Työkyky Kelan psykoterapiakuntoutuksen jälkeen

Rekisteriseuranta Kelan psykoterapiaa saaneiden työ- ja opiskelukyvystä vuosina 2002–2004

Tausta

Psykoterapian tarve

Mielenterveyshäiriöistä ja psykoterapiasta on viime vuosina keskusteltu niin palvelujen tarvit-sijoiden kuin palvelujen tuottajien näkökulmasta. Psykoterapian tarpeesta esitetyt arviot kui-tenkin vaihtelevat. (Duodecim 2006; Raitasalo ja Maaniemi 2006; Lehtinen ym. 2006; Lönnqvist 2006.) Vuonna 2004 voimaan tulleen ohjeen lähtökohtana on, että kuntoutujien hoitovastuu on aina julkisella terveydenhuollolla (STM 2003). Mielenterveyshäiriöiden osuus alkaneista sairauspäiväraha-kausista on kasvanut ja masennuslääkkeiden käyttö lisääntynyt. Yhä useammin mielenterveyshäiriöistä kärsivä siirtyy työkyvyttömyyseläkkeelle, mikä johtu-nee paitsi sairaudesta ja sen toiminta- ja työkykyä lamauttavasta vaikutuksesta myös sairauden edellyttämän hoidon ja kuntoutuksen pitkäkestoisuudesta ja vaikeudesta sovitaa sitä työssä-käyntiin ja työelämän vaatimuksiin. (Gould 2004; Raitasalo ja Maaniemi 2006.) Sosiaali- ja terveysturvan järjestelmät eivät välttämättä tue riittävästi mielenterveys- ja psykoterapiakun-toutujan pyrkimystä pysyä työelämässä (Gould ym. 2007). Kelan tukeman psykoterapian ta-voitteena on mielenterveyshäiriöstä kärsivän henkilön työ- tai opiskelukyvyn parantaminen tai palauttaminen ja näin parantaa hänen edellytyksiään pysyä työssä tai siirtyä työelämään (Kela 2007).

Tutkimuksen tavoite

Tutkimuksen tavoitteena oli kuvata rekisteritietoihin perustuen Kelan psykoterapiakuntoutu-jia ja analysoida heidän työmarkkina-asemaansa ja siinä tapahtunutta muutosta ja terveystur-vaan psykoterapian jälkeen vuosina 2002–2004.

Aineisto ja menetelmät

Tutkimusaineisto perustuu Kelan kuntoutuksen vuonna 2002 päättäneiden rekisteriaineistoon (Lind ym. 2007). Siitä otettiin tarkasteluun ne henkilöt, joiden päättynyt kuntoutustoimenpide oli harkinnanvaraisen kuntoutuksen tai vaikeavammaisten lääkinnällisen kuntoutuksen psykoterapia (n = 2 576) ja joilla ei ollut psykoterapiaa eikä muita kuntoutustoimenpiteitä vuonna 2003 (Aaltonen ja Lind 2008).

Psykoterapiakuntoutujan työtilanne ja muu alkutilanteen kuvaus perustui kuntoutushakemukseen. Alkutilanteen ja seurantahetken työtilanteen määrittelyssä vuosien 2002–2004 lopussa käytettiin lisäksi kuntoutujan saamia keskeisiä Kelan terveysturvaetuuksia kuvaavia rekisteritietoja vuosilta 1999–2004. Seurantahetken työtilanteen ja työmarkkina-aseman määrittely edellytti myös keskeisten työeläketietojen samoin kuin ansiosidonnaisen työttömyysturvan huomioon ottamista.

Työmarkkina-aseman muutoksen ja psykoterapian tuloksellisuuden arvioinnissa otettiin huomioon 16-vuotiaat ja vanhemmat Kelan harkinnanvaraista psykoterapiaa saaneet (n = 2 339), ts. kuntoutujat, joiden opiskelu- tai työtilanne kuntoutuksen alkaessa oli määritelty ja joille työllistyminen ja opiskelu olivat realistinen ja hakeutumisaikakohtaan suhteutettavissa oleva psykoterapian tavoite. Vaikeavammaisten lääkinnällisen kuntoutuksen psykoterapiaa saaneista useimmat olivat alle 16 -vuotiaita kuntoutukseen hakeutuessaan, minkä vuoksi heidät jätettiin pois analyyseista.

Tulokset

Kuntoutukseen hakeutumisaikakohdan tilanne

Psykoterapiakuntoutujista suurin osa (75 %) oli naisia. Kuntoutujien keski-ikä kuntoutukseen hakeutumisen ajankohtana oli 35 vuotta (miehet $35,2 \pm 10,4$ v, naiset $34,9 \pm 10,7$ v). Kuntoutuksen alkaessa kaikista psykoterapiakuntoutujista 82 % oli aktiiveja – työssäkäyviä, työttömiä tai opiskelijoita. Sekä naisista että miehistä oli ansiotyössä 50 % ja työttömänä 9 %. Kuntoutujista joka neljäs oli opiskelija. Lähes joka kymmenes kuntoutuja oli työkyvyttömyyden tai terveydellisten syiden vuoksi pois työelämästä. Pienellä osalla kuntoutujista (3 %) työtilannetta ei voitu määrittellä käytettävissä olleiden rekisteritietojen perusteella.

Yleisimpiä mielenterveyshäiriöitä olivat mielialahäiriöt (59 %) ja neuroosit (30 %). Joka neljännellä oli ainakin yksi lisäsairaus – useimmin jokin mielenterveyshäiriö. Lähes kaikki kuntoutujat (96 %) olivat osallistuneet yksilöterapiaan.

Työmarkkina-aseman muutos

Alkutilanteeseen verrattuna työmarkkina-asemaltaan aktiivien osuus väheni 9 prosenttiyksikköä vuonna 2002 ja 14 prosenttiyksikköä vuonna 2004 (taulukko 1). Aktiivien osuuden vähenemisestä huolimatta työllisten osuus kasvoi kahdeksan lähes 8 prosenttiyksikköä, kun taas työttömien osuus väheni lievästi. Muutokset olivat seurausta lähinnä työttömien työllistymisestä ja opiskelijoiden työelämään siirtymisestä. Kuntoutukseen hakeutumisajankohtana terveydellisistä syistä työmarkkinoiden ulkopuolella olleista noin kolmannes oli siirtynyt takaisin työmarkkinoille. Suurin muutos oli kuitenkin ryhmän ”muu tilanne” kasvu: siihen siirtyi useimmiten kuntoutukseen hakeutumisajankohtana työttömänä olleita samoin kuin nuoria 16–18-vuotiaita opiskelijoita, lähinnä poikia. Vuoden 2004 loppuun mennessä psykoterapiakuntoutujista oli kuollut 17 henkilöä.

Taulukko 1. Kohderyhmään kuuluneiden 16 vuotta täyttäneiden työmarkkina-asema kuntoutushakemuksen ajankohtana ja vuosien 2002–2004 lopussa, %.

Työmarkkina-asema	Miehet (n = 583)				Naiset (n = 1 756)			
	Kuntoutushakemus	2002	2003	2004	Kuntoutushakemus	2002	2003	2004
Aktiivi	81,1	74,6	74,7	72,2	85,8	75,7	73,4	70,7
Työvoima	58,5	64,7	65,5	65,5	61,4	64,6	63,4	62,6
– työllinen ^a	49,6	58,7	58,5	59,0	52,7	57,6	55,6	56,2
– työtön	8,9	6,0	7,0	6,5	8,8	7,0	7,8	6,4
Opiskelija	22,6	10,0	9,3	6,7	24,4	11,1	9,9	8,1
Ei-aktiivi	15,8	16,1	16,1	17,5	11,8	11,4	12,9	14,6
Muu tilanne	3,1	9,3	9,1	10,3	2,3	12,9	13,8	14,6

^a Sisältää perheenäidit ja -isät.

Psykykenlääkkeiden käytön ja sairauspäivärahauskautien muutos

Psykiatriakuntoutujien lääkkeiden käytön yleistymisen taustalla ovat olleet masennuslääkkeet, joiden käyttö kasvoi erityisesti vuosina 2000 ja 2001 (taulukko 2). Verrattuna tilanteeseen ennen psykoterapiaa psykykenlääkkeiden, lähinnä masennuslääkkeiden käyttö väheni niin miehillä kuin naisilla ja vastasi vuoden 1999 tasoa. Sen sijaan psykoosilääkkeissä, joiden osuus psykykenlääkkeistä oli selvästi pienempi kuin masennuslääkkeiden, tapahtui vähäistä li-

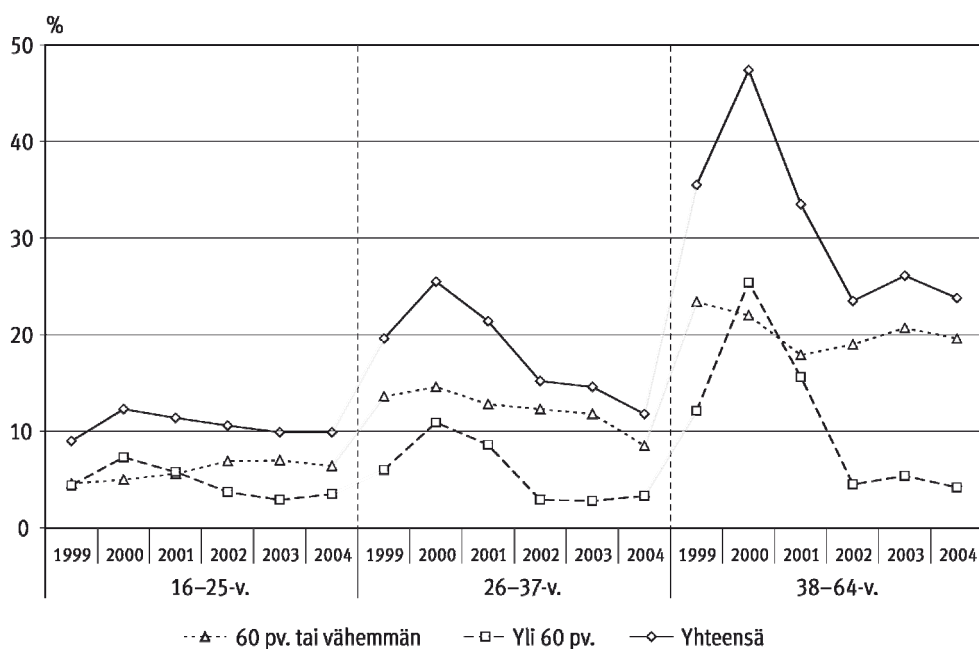
säystä seuranta-aikana. Kuntoutujilla esiintyi myös psyykenlääkkeiden päällekkäiskäyttöä – useimmin masennuslääke yhdessä uni- ja/tai neuroosilääkkeen kanssa (16 % vuonna 2001; 14 % vuonna 2004).

Taulukko 2. Kuntoutujakohtainen psyykenlääkkeiden käyttö vuosina 1999–2004, %.

	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Miehet (n = 722)						
Masennuslääke	33,9	55,0	46,7	41,3	37,7	36,0
Psykoosilääke	8,2	11,6	11,4	11,2	11,4	11,1
Neuroosi- tai unilääke	19,5	18,3	19,8	17,9	17,6	17,0
Naiset (n = 1 854)						
Masennuslääke	40,3	55,7	54,5	44,7	40,5	40,2
Psykoosilääke	6,6	8,7	8,3	7,6	7,5	7,6
Neuroosi- tai unilääke	22,3	20,0	18,4	17,4	17,8	19,2

Ennen psykoterapiaa kuntoutujien sairauspäiväraha-kausien määrä kasvoi selvästi (kuvio). Miehillä sairauspäiväraha-kaudet olivat muita pidempiä, vaikkakin vanhemmissa ikäluokissa näkyi myös eläkkeelle siirtymisen vaikutus. Psykoterapian jälkeen sairauspäiväraha-kauden osuus oli pienentynyt vuoteen 2004 mennessä lähes 10 prosenttiyksikköä. Erityisesti olivat vähentyneet pidemmät, yli 60 päivää kestäneet sairauspäiväraha-jaksot.

Kuvio. Sairauspäiväraha-kausien esiintyvyys päiväraha-kauden pituuden ja psykoterapiakuntoutujan iän mukaan vuosina 1999–2004, %.^a



^a 16-vuotiaat ja vanhemmat, pl. ei-aktiivit seurantavuosina 2002–2004.

Pohdinta

Verrattuna psykoterapiasta käydyin keskustelun laajuuteen Kelan tukemaa psykoterapiakuntoutusta on tutkittu jokseenkin vähän. Psykoterapiakuntoutuksen kohdistaminen oikeaan aikaan niille mielenterveyshäiriöstä kärsiville henkilöille, joille työllistyminen tai opiskelun aloittaminen on realistinen tavoite, edellyttää kuntoutuksen seurannan ja vaikuttavuuden arviointia yksilö- ja ryhmätasolla.

Vuonna 2002 päättyneen Kelan toteuttamaa psykoterapiakuntoutusta koskeneen rekisteriseurannan perusteella opiskelun sekä työkyvyn ja työllistymisen näkökulmasta psykoterapiakuntoutuksesta näyttivät hyötyvän vanhemmat, työelämässä jo aikaisemmin olleet sekä psyykenlääkityksen ennen kuntoutusta aloittaneet. Kuntoutus osoittautui myös miehillä tuloksellisemmaksi kuin naisilla. Nuorimmassa ikäluokassa suurin osa opiskelijoista jatkoi opiskelua tai työllistyi, muilla nuorilla työmarkkina-asema oli psykoterapian jälkeen edelleen epäselvä ja rikkonainen. Psykoterapian tuloksellisuudesta riippumatta se koetaan silti usein myönteisenä (Pylkkänen ja Repo 2006).

Psyykenlääkkeiden käyttö, siinä tapahtuneet muutokset sekä lääkkeiden monikäyttöisyys heijastavat psykoterapiakuntoutujien sairauksien erilaista luonnetta. Psykoosi- ja masennuslääkkeiden käytön erisuuntainen muutos kuvastaa hoidon tarvetta. Psykoosilääkitys on psykiatrisille potilaille usein pitkäaikaista, mutta masennuslääkityksen tarpeen pitäisi onnistuneen hoidon jälkeen vähentyä. Psykoterapian tuloksellisuuden yksi osatekijä on myös sairauspäiväraha-kausien väheneminen työikäisillä. Tämä johtuu osittain työkyvyttömyyseläkkeelle siirtymisestä, mikä ei välttämättä ole mielenterveyshäiriön seuraus. Kyse voi olla myös muusta työelämään siirtymistä olennaisesti estävästä tai työkykyä rajoittavasta vajaa-kuntoisuudesta tai vammaisuudesta.

Rekisteritietojen käyttöön ja tulkintaan liittyy ongelmia. Rekisteriseuranta koskee vain rekisterin kattamia ilmiöitä. Valituista poikkileikkausajankohdista johtuen ei ollut mahdollista kuvata seurantahetken työtilanteeseen johtaneita prosesseja. Lisäksi psykoterapiakuntoutuksen lähtökohtien ja sisällön moninaisuus ja kuntoutuksen ajoittuminen mahdollisesti pitkällekin aikavälille vaikeuttavat seurannan ja kuntoutukselle asetettujen tavoitteiden toteutumisen arvioimista. Rekisteriseurannassa vaikuttavuuden osoittaminen kuntoutuksessa on usein ongelmallista, koska vertailuryhmään perustuvan tutkimusasetelman luominen on vaikeasti toteutettavissa. Tästä huolimatta rekisteritutkimus antaa arvokasta lisätietoa psykoterapian tavoitteiden toteutumisesta, etenkin jos se tehdään samoilla mittareilla toistuvasti.

Lähteet

Aaltonen T, Lind J. Miten työkyky muuttuu Kelan tukeman psykoterapiakuntoutuksen jälkeen? Rekisteriseuranta Kelan psykoterapiaa saaneiden työ- ja opiskelukyvystä vuosina 2002–2004. Helsinki: Kela, Sosiaali- ja terveys- turvan tutkimuksia 95, 2008.

Duodecim 2006. Psykoterapia. Konsensuslausuma 18.10.2006. Helsinki: Duodecim. Suomen Akatemia. Saatavissa: <<http://www.terveysportti.fi/terveysportti/Dlehti2.tunnista?a=Y&t=H&fname=duo96196.htm>>.

Gould R, Nyman H. Mielenterveys ja työkyvyttömyyseläkkeet. Helsinki: Eläketurvakeskuksen monisteita 50, 2004. Saatavissa: <http://www.etk.fi/Binary.aspx?Section=42845&Item=20989>.

Gould R, Grönlund H, Korpiluoma R ym. Miksi masennus vie eläkkeelle? Helsinki: Eläketurvakeskuksen raportte- ja 1, 2007.

Kela 2007. Kela kuntouttaa. Psykoterapia. Saatavissa: <<http://www.kela.fi/in/internet/suomi.nsf/NET/301204150015KM>>. Päivitetty 21.5.2007, viitattu 30.5.2007.

Lehtinen V, Taipale V, Wahlbeck K, Pirkola S. Mental health work and psychiatric care. Julkaisussa: Koskinen S, Aromaa A, Huttunen J, Teperi J, toim. Health in Finland. Helsinki: KTL, Stakes, Ministry of Social Affairs and Health, 2006: 136–137.

Lind J, Aaltonen T, Halonen J-P, Klaukka T. Kelan kuntoutuksen vuonna 2002 päättäneet. Kuntoutujien rekisteri- seuranta vuosina 2002–2004. Helsinki: Kela, Sosiaali- ja terveysturvan katsauksia 74, 2007.

Lönnqvist J. Mental health problems. Julkaisussa: Koskinen S, Aromaa A, Huttunen J, Teperi J, toim. Health in Finland. Helsinki: KTL, Stakes, Ministry of Social Affairs and Health, 2006; 60–69.

Pylkkänen K, Repo E. Palauttaako terapia menetetyn opiskelukyvyn? Opiskelukyky ja kuntoutus -projektin lop- puraportti. Helsinki: Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiön tutkimuksia 42, 2006.

Raitasalo R, Maaniemi K. Mielenterveyden häiriöiden aiheuttamat haitat kasvaneet. Kelan teemakatsauksia. Saatavissa: <[http://www.kela.fi/it/kelasto/kelasto.nsf/alias/tk150306/\\$File/TK_15_03_06_Mielenterveyden_ hairioiden_maaniemi_raitasalo.pdf?OpenElement](http://www.kela.fi/it/kelasto/kelasto.nsf/alias/tk150306/$File/TK_15_03_06_Mielenterveyden_hairioiden_maaniemi_raitasalo.pdf?OpenElement)>. Päivitetty 15.3.2006, viitattu 30.5.2007.

STM 2003. Julkisella terveydenhuollolla vastuu psykiatrisesta kuntoutuksesta. Helsinki: Sosiaali- ja terveys- ministeriö, Tiedote 332, 2003.

Katariina Hinkka¹, Sirkka-Liisa Karppi¹, Tuula Aaltonen¹, Rainer Grönlund¹, Kirsi Ollonqvist², Pauli Puukka³, Ulla Salmelainen³, Marjo Wallin⁴

¹Kelan tutkimusosasto, ²Turun yliopisto, ³THL, ⁴Jyväskylän yliopisto

Kelan geriatrisen kehittämishankkeen monitieteisen tutkimuksen tulokset

Tausta

Kela on kohdentanut harkinnanvaraisia kuntoutusvaroja ikäihmisten verkostomallisen kuntoutuksen toteuttamiseen vuodesta 2000 lähtien. Kyse on kehittämishankkeesta, jonka tavoitteena on luoda vanhuskuntoutukseen toimiva eri tahojen verkottumiseen ja yhteistyöhön perustuva malli. Kunnan sosiaali- ja terveystoimen, kuntoutuslaitoksen ja Kelan yhteistyöhön halutaan aiempaa enemmän mukaan myös omaiset ja kolmannen sektorin toimijat. Verkostokuntoutuksen tavoitteena on parantaa vanhuksen kotona selviytymistä. Tarkoituksena on kohentaa vanhuksen toimintakykyä ja parantaa hänen kotona selviytymisensä edellytyksiä. Mallissa tavoitteena on kuntoutusjatkumo, jossa kuntoutuja siirtyy ”saattaen vaihtamalla” kotikunnan palvelujen piiristä laituskuntoutukseen ja sieltä takaisin kotikunnan palvelujen piiriin. Vanhuksen omatoimista selviytymistä kotona pyritään tukemaan tekemällä hänelle kuntoutusprosessin aikana kokonaisvaltainen kuntoutussuunnitelma. (Grönlund ym. 2003; Karppi ym. 2003; Hinkka ym. 2005.)

Kehittämishankkeen toteutumista ensimmäisenä vuonna (v. 2000) arvioitiin ns. pilottitutkimuksella. Tässä vaiheessa kokeiltiin mallin toteuttamista, vertailtiin avo- ja laitospainotteista mallia sekä arvioitiin kuntoutustuloksia ja käytettyjen arviointimenetelmien soveltuvuutta ikäihmisten toimintakyvyn arviointiin. (Karppi ym. 2003.) Pilottitutkimuksen (Karppi ym. 2003) perusteella suunniteltiin vuosina 2002–2008 toteutettu kokeellinen vaikuttavuustutkimus, IKÄ-hanke.

Tavoitteet

IKÄ-hankkeen tavoitteena oli selvittää ikäihmisten kuntoutuksen vaikuttavuutta, tutkia kuntoutusprosessia ja arvioida kuntoutuksen kustannus-vaikuttavuutta. Tutkimushypoteesina oli, että laitoksessa toteutettu kuntoutus pidentää vanhuksen kotona asumisen aikaa.

Menetelmät

IKÄ-hankkeeseen osallistui 7 kuntoutuslaitosta ja 41 kuntaa, jotka kaikki olivat mukana jo pilotitutkimuksessa. Tutkimuksen ytimenä oli satunnaistettu kokeellinen tutkimusasetelma, jossa tutkittavien alkumittaukset tehtiin ennen satunnaistamista. Samat mittaukset tehtiin vuoden kuluttua alkumittauksista, noin kolmen kuukauden kuluttua viimeisestä kuntoutusjaksosta. Lisäksi tutkimukseen osallistuneiden tilannetta selvitettiin postikyselyllä puoli vuotta loppumittauksen jälkeen. Tutkittavien asumista ja palvelujen käyttöä seurattiin 5 vuoden ajan. (Hinkka ym. 2004.)

Tutkimukseen osallistui 741 Kelan eläkkeensaajien hoitotuen saajaa, joiden kotona selviytyminen oli uhattuna toimintakyvyn heikkenemisen vuoksi. Akuutti sairaus, vaikea dementia (MMSE alle 18) ja veteraanikuntoutus olivat poissulkukriteereitä. Tutkitut satunnaistettiin kuntoutujiin (n = 343), jotka osallistuivat 3-jaksoiseen kuntoutukseen (44 kurssia 7 kuntoutuslaitoksessa) ja verrokkeihin (n = 365). Kuntoutuksesta kieltäytyi 43 henkilöä. Kuntoutusinterventio oli 3-jaksoinen kuntoutuskurssi (1 vk – 2 vk – 1 vk), johon liittyi kotikäynti ja seuranta- ja ohjaus- ja tukipalveluita kunnassa. Verrokkit olivat normaalien sosiaali- ja terveyspalvelujen piirissä. Seurantamittaukseen osallistui 96 % niistä, jotka olivat elossa vuoden kuluttua.

Alkututkimuksessa ja vuoden seurantatutkimuksessa kartoitettiin vanhusten terveydentilaa, toimintakykyä, palvelujen käyttöä ja niiden tarvetta sekä sosiaalista tilannetta. Mielialaa mitattiin GDS-depressioseulalla, terveyteen liittyvää elämänlaatua 15D-mittarilla, kipua kipujanalla ja kognitiivista kapasiteettia MMSE-testillä. Fyysistä suorituskykyä kuvaavista mittauksista (kävelynopeus, tuolilta nousuaika, tasapainon hallinta) muodostettiin SPPB indeksi (Short Physical Performance Battery). Itsenäisen toimintakyvyn mittareina olivat FIMM sekä kysely, josta muodostettiin PADL ja IADL indeksit. Alkututkimuksesta 18 kk:n kuluttua tehdyssä postikyselyssä selvitettiin mm. toimintakykyä, palvelujen käyttöä, tyytyväisyyttä kuntoutukseen ja kuntoutuksessa annettujen suositusten toteutumista. Tutkittavien asumista ja palvelujen käyttöä seurattiin vuoteen 2007.

Prosessitutkimuksessa selvitettiin kysely-, haastattelu- ja videoaineistojen pohjalta kuntoutusta tapahtumana ja kokemuksena, kuntoutuksen merkitystä vanhuksen arjessa selviytymisessä, kuntoutuksen yhteistyötä sekä liikunnallisen kuntoutuksen sisältöjä ja toteutumista.

Tulokset

Lähtötilanne

Kuntoutujat ja verrokkit eivät lähtötilanteessa eronneet toisistaan. Naisten osuus oli 86 %, keski-ikä oli 78 vuotta (65–96 v), masentuneisuutta todettiin 17 %:lla (GDS > 7) ja 30 %:lla kognitiivinen kapasiteetti oli heikko (MMSE < 24). Naiset olivat keskimäärin vanhempia (79 v) kuin miehet (75 v). Naisista valtaosa oli leskiä, miehistä suurin osa eli avio- tai avoliitossa.

Tutkituilla oli yleensä useita sairauksia ja runsaasti erilaisia oireita, joista yleisimpiä olivat kivut ja väsyneisyys. Säännöllisesti apua toiselta henkilöltä sai 99 % tutkituista ja 39 % oli kunnallisen kotipalvelun piirissä. Omaisilta sai apua neljä vanhusta viidestä. Osa tutkituista asui palvelutalossa. Useimmin vanhukset saivat apua siivoukseen ja asiointiin.

Fyysinen toimintakyky oli heikko, ja useimmat käyttivät liikkumisen apuvälineitä. Kaikkien fyysistä suorituskykyä kuvaavien mittausten tulokset olivat heikkoja, joskin vaihteluvälit olivat suuret kuvaten tutkittavien fyysisen suorituskyvyn erilaisuutta. Vanhukset kävelivät hitaasti; naisten kävelynopeus oli keskimäärin 0,6 m/s ja miesten 0,7 m/s. Lähes kaikki pystyivät seisomaan silmät auki ilman tukea (99 %). Yhdellä jalalla pystyi seisomaan 85 %, naiset keskimäärin 3,0 s ja miehet 6,0 s. Naisista 76 %:lla ja miehistä 59 %:lla oli käytössään liikkumisen apuväline. Mittaustilanteessa sitä käytti joka kolmas tutkittavista. Päivittäisten toimien apuvälineitä oli 26 %:lla. Turvapuhelin oli 28 %:lla naisista ja 11 %:lla miehistä. Käytössä olleiden apuvälineiden määrä vaihteli yhdestä seitsemään.

Vuoden seuranta

Yleisesti vuoden seurantamittauksen tulokset olivat sekä kuntoutujilla että verrokeilla huonommat kuin alkumittauksissa, verrokeilla enemmän. Kuntoutujien kävelynopeus ja tuolilta nousuaika nopeutuivat, verrokeilla ne hidastuivat. Tasapainon hallinta heikkeni enemmän verrokeilla. Liikkumiskykyä kuvaavan SPPB indeksin tulos heikkeni molemmissa ryhmissä, kuntoutujilla ($p = 0,0068$) vähemmän. Myös indeksin kävelykykyä kuvaavan osion pistemäärä heikkeni kuntoutujilla verrokeja vähemmän ($p < 0,0001$). Mitattu (FIM) ja itse arvioitu (PADL, IADL) toimintakyky heikkenivät molemmissa ryhmissä. Ulkona liikkuminen lisääntyi kuntoutujilla ja väheni verrokeilla. Kuntoutujien mieliala pysyi ennallaan, verrokeilla masentuneisuus lisääntyi. Elämänlaatu (15D) heikkeni yhtä paljon. Yksinäisyyden kokemus ja tarpeellisuuden tunne muuttuivat kuntoutujilla positiiviseen ja verrokeilla negatiiviseen suuntaan. Kuntoutujien tuki- ja kotipalvelujen käyttö lisääntyi.

Viiden vuoden seuranta

Asumismuodossa viiden seurantavuoden aikana tapahtuneet muutokset olivat samankaltaiset molemmissa ryhmissä. Seuranta-aikana tutkimusryhmän 708 vanhuksesta kuoli kolmannes; kuntoutujista 30 % ja verrokeista 34 %. Vajaa puolet asui edelleen kotona; kuntoutujista 46 % ja verrokeista 43 %. Palveluasunnossa asui 13 % kuntoutujista ja 12 % verrokeista. Laitoshoidossa olevien osuus oli alle kymmenesosan (kuntoutujat 8 %, verrokit 6 %).

Kuntoutus

Kelan ohjeet ja standardi loivat kuntoutukselle puitteet, mutta kuntoutus toteutettiin kaikissa seitsemässä laitoksessa eri tavalla ja erilaisin painotuksin. Kaikille kuntoutusjaksoille osallistui 79 % kuntoutujista. Kuntoutuksen keskeytyssyy oli useimmiten (71 %) sairaus ja tavallisin (73 %) keskeytysajankohta oli ennen viimeistä jaksoa. Kuntoutusjaksojen aikana sattui kaksi kuntoutuksen keskeytymiseen johtanutta tapaturmaa.

Kuntoutujista 93 % oli tyytyväisiä tai erittäin tyytyväisiä kuntoutukseen. Kuntoutujista 85 % arvioi mielialansa, 56 % terveytensä ja 46 % kotona selviytymisensä parantuneen kuntoutuksen myötä. Kuntoutuksella ei ollut vaikutusta kipuun tai lääkkeiden tarpeeseen.

Laadullisissa osatutkimuksissa analysoitiin kuntoutusta ja kuntoutumista. Vanhusten tarpeet ja odotukset kuntoutuksesta olivat erilaisia. Jotkut haastateltavista puhuivat ihanasta kylpylälomasta kun taas toisille kuntoutus oli arjen ongelmiin käytännön ratkaisujen etsimistä ja fyysistä harjoittelua. Oli myös niitä, jotka olivat nähneet kuntoutuksen mahdollisuudet oman arkensa helpottajina, mutta joutuivat tyytymään keskiarvovanhuksen keskimääräiseen kuntoutusohjelmaan ilman yksilöllisten tarpeiden huomioimista.

Liikunnallisen kuntoutuksen ammattilaisten käsitykset vanhusten kuntoutuksen suunnittelusta ja toteutuksesta painottuivat fyysisen toimintakyvyn kartoittamiseen ja parantamiseen. Vain harvat ammattilaiset kartoittivat kuntoutuksen alussa kuntoutujan tarpeet ja elämäntilanteen ja laativat kuntoutuksen tavoitteet yhdessä vanhuksen kanssa. (Wallin ym. 2004.)

Fysioterapeuttien kuntoutuspuhe oli joko yksisuuntaista, jolloin fysioterapeutti on toimija ja vanhus on toimenpiteiden vastaanottaja, tai puhe heijasti kaksisuuntaista vuorovaikutusta ja vanhuksen näkemistä oman elämänsä toimijana; vanhus näkyi ja kuului osana kuntoutussuunnitelman laatimista ja käytännön kuntoutuksen toteutusta. Liikuntatilanteiden videoanalyseissä identifioitiin vanhuksen neljä eri toimijapositiona: hiljaiset harjoittelijat,

vastahakoiset suostujat, sitkeät yrittäjät ja vertaisauttajat. Vanhuksen toimijuuden ilmentymisen ja sen mahdollistaminen kuntoutuksessa arjessa ovat kuntoutumisen ja itsenäisen kotona pärjäämisen kannalta tärkeitä. (Wallin ym. 2008; Wallin 2008.)

Työntekijät onnistuivat tavoitteessaan luoda kuntoutusmyönteinen ympäristö. Moniammatillinen tiimi onnistui varsin hyvin luomaan kokonaiskuvan vanhuksen elämäntilanteesta, hänen elämänsähistoriastaan ja ympäröivästä todellisuudesta ihmissuhteineen, verkostoineen ja kulttuureineen. Kuntoutuksellisesti haastavana strategiana tunnistettiin psykososiaalisen lähestymistavan lisäksi vanhuspuhe, joka näyttäytyi henkilökunnan puheessa ja toiminnassa, osana kuntoutuskulttuuria ja kuntoutusdiskurssia. Vanhuspuhe luo stereotyyppin, jossa vanhus on sinänsä ilman omaa asemaa, historian tietoja, taitoja. Kyse on kätketystä ageismista. Aitoon dialogiin oli mahdollista päästä, vaikka aloitettiin ”vanhuspuheella”. (Grönlund 2010.)

Kirjalliset dokumentit välittivät hyvin tietoa kuntoutujan terveydestä ja fyysisestä toimintakyvystä mutta vain niukasti tietoa sosiaalisesta toimintakyvystä sekä tilannetekijöiksi luokitelluista kuntoutujan elinympäristöstä, elämäntilanteesta, kotona selviytymisestä ja avun tarpeesta. Yhdyshenkilötoiminta osoittautui hyvin toteutuessaan kuntoutusmallin helmeeksi. Kunnan yhdyshenkilö välitti kuntoutuksen prosessiin tärkeää vanhuksen arjen tuntemiseen ja tietämiseen perustuvaa tietoa silloin, kun hän tunsi henkilökohtaisesti vanhuksen ja hänen selviytymisensä kotiympäristössään sekä oli tietoinen kunnan resursseista ja mahdollisuuksista. Näitä tietoja eivät muut tietoväylät, esimerkiksi kirjalliset dokumentit, juurikaan välittäneet. (Salmelainen 2008.)

Pohdinta

IKÄ-hankkeessa toimintakyvyn vajauksessa painottuvat fyysiset toimintakyvyn ongelmat, koska vaikea-asteinen dementia oli tutkimuksen poissulkukriteeri. Avun tarve oli suuri ja miltei kaikki olivat säännöllisen avun tarpeessa. Omaisten merkitys avun antajina oli iso. Tutkimusryhmässä palveluja saavien vanhusten osuus oli noin nelinkertainen verrattuna tässä hankkeessa mukana olleiden kuntien keskimääräiseen palveluja saavien vanhusten osuuteen. Miehet saivat kunnallista kotipalvelua useammin kuin naiset, vaikka naiset olivat miehiä keskimäärin viisi vuotta vanhempia.

Fyysistä toimintakykyä kuvaavien mittausten tulokset olivat heikkoja. Sitä voi konkretisoida tarkastelemalla esimerkiksi kävelynopeuden ja tasapainon testitulosten merkitystä. Kadun ylittäminen vihreällä valolla edellyttää kävelyvauhtia, joka on vähintään 1,4 m/s. Alkutilan-

teessa kadun ylittämiseen vihreällä olisi pystynyt 30 henkilöä (kuntoutujista 13, verrokeista 17). Vuoden seurannassa olisi kadun ehtinyt ylittää 31 henkilöä (kuntoutujista 19 ja verrokeista 12).

On arvioitu, että yli 75-vuotiaalla henkilöllä on selvä kaatumisriski, jos hän ei pysty seisomaan yhdellä jalalla viittä sekuntia. Yli 5 sekuntia pystyi alkutilanteessa seisomaan 20 % tutkituista (60 kuntoutujaa, 63 verrokkia). Vuoden seurannassa tähän pääsi 63 kuntoutujaa ja 54 verrokkia.

Toimintakykyongelmat eivät tulleet esiin FIM-mittarissa, jolla arvioiden vanhusten itsenäinen toimintakyky oli varsin hyvä. Vaikka tutkittavat olivat raihnaita, he selvisivät perustoiminnoista. Apuvälineiden osalta tilanne vaikutti hyvältä. Suurimmalla osalla oli yksi tai useampia liikkumisen apuvälineitä. Pt-apuvälineitä oli viisi kertaa enemmän kuin 65–84-vuotiailla suomalaisilla. Kuntoutukseen liittyneillä kotikäynneillä ei juurikaan ilmennyt liikkumisen apuvälineiden tarvetta. Useimmiten vanhuksille suositeltiin suihkutuoleja ja tukikaiteita.

Yhteenveto

IKÄ-hanke osoitti, että on mahdollista toteuttaa laitosmuotoinen aktivoiva verkostokuntoutusinterventio hyvin raihnaalle vanhusryhmälle. Vuoden seurannassa havaittiin geriatriseen verkostomalliseen kuntoutukseen osallistuneiden henkilöiden toimintakyvyn heikkenemisen hidastuneen ja kuntoutujat kokivat kuntoutuksen parantaneen heidän kotona selviytymistään. Kuntoutus ei kuitenkaan pidentänyt vanhusten kotona asumisen aikaa. Kuntoutusprosessi ei kaikin osin sujunut tavoitteiden mukaisesti ja osoittautui liikunta- ja fysioterapeuttipainotteiseksi. Ryhmäkuntoutukseen osallistuneet vanhukset tukivat toisiaan ja arvostivat ryhmän antamaa vertaistukea

Lähteet

Grönlund R. Pitkään kotona – kuntoutuksen avullako? Tutkimus ryhmämuotoisesta vanhuskuntoutuksesta. Helsinki: Kela, Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 111, 2010.

Grönlund R, Karppi S-L, Aaltonen T, Ketala R, Pohjolainen T, Poikkeus L, Puukka P. Geriatrisen kuntoutuksen uudet verkostot. Kuntoutus 2003; (4): 33–43.

Hinkka K, Karppi S-L, Ollonqvist K, Aaltonen T, Grönlund R, Puukka P, Saarikallio M, Salmelainen U, Vaara M. Geriatrisen kuntoutuksen arviointi. IKÄ-hankkeen menetelmät ja aineisto. Helsinki: Kela, Sosiaali- ja terveysturvan katsauksia 60, 2004.

Karppi S-L, Pohjolainen T, Grönlund R, Aaltonen T, Ketala R, Poikkeus L, Puukka P. Ikäihmisten verkostomallinen kuntoutus. Laitos- ja avopainotteisen kuntoutusmallin arviointi. Helsinki: Kela, Sosiaali- ja terveysturvan katsauksia 59, 2003.

Salmelainen U. Tiedon välittyminen ja rakentuminen kuntoutuksessa. Moniammatillinen asiantuntijayhteistyö ikäihmisten laitosmuotoisessa kuntoutuksessa. Väitöskirja. Helsinki: Kela, Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 98, 2008.

Wallin M, Karppi S-L, Talvitie U. Vanhusten liikunnallisen kuntoutuksen suunnittelu ja toteutus kuntoutuslaitoksissa. Ammattilaisten käsityksiä. Helsinki: Kela, Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 78, 2004.

Wallin M, Karppi S-L, Talvitie U. Vanhusten liikunnallisen kuntoutuksen suunnittelu ja toteutus kuntoutuslaitoksissa. Ammattilaisten käsityksiä. Turku: Kela, Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 78, 2004.

Wallin M. Community-dwelling older people in inpatient rehabilitation. Physiotherapists' and clients' accounts of treatments, and observed interaction during group sessions. Helsinki: Kela, Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 103, 2009.

Janne Jalava
Kuntoutussäätiö

Varhainen reagointi ja kuntoutuskumppanuuden tarve

Johdanto

Kuntoutuksessa ei enää riitä pelkkä yksilön vajaakuntoisuuden tarkastelu tai työympäristön huomioiminen. Kriittisimmät arvostelijat ovat väittäneet, että kuntoutus ei tunnista kunnolla työn vaatimuksia ja yksilön tarpeita. Kuntoutuksesta on tullut eräällä tapaa tilaajien ja tuottajien suljettu järjestelmä. Viimeaikaisten vaatimusten mukaan varhaiskuntoutus olisi integroitava osaksi työn muutosta ja työelämän kehittämistä. Kuntoutuksen suunnittelu tulisi kytkeä tiiviimmin itse käytännön työhön, joka tapahtuisi usein työpaikoilla. (Jalava 2008a.)

Asko Suikkanen ja Jari Lindh (2007) peräänkuuluttavat sitä, että kuntoutuksen toimintamallit ja ammattikäytännöt ovat toteutukseltaan järjestelmäkeskeisiä, idealtaan toimenpidekeskeisiä ja kohteeltaan yksilö- ja vajavuuskeskeisiä. Heidän mielestään kuntoutustoiminnan uusia sisältöllisiä avauksia on kehitelty monissa kehittämishankkeissa, mutta niiden pysyvät vaikutukset eivät juuri näy kuntoutusjärjestelmässä. Suikkanen ja Lindh (2007) ovat myös sitä mieltä, että ”tulevaisuudessa kuntoutuksen merkitys muotoutuu pitkälti sen perusteella, miten kuntoutus kyetään integroimaan työn uusiin sisältöihin ja vaatimuksiin, verkostoimaan työpaikojen kehittämiseen ja ottamaan huomioon varhaisen puuttumisen politiikassa.” Onkin syytä siis paremmin pohtia sitä, millaisia nämä konkreettiset varhaisen puuttumisen politiikkaan nojaavat kuntoutuskäytännöt voisivat olla. Eräänä esimerkkinä toimii JATS-hankkeessa kehitetty varhaisen reagoinnin ja tuen malli.

Varhaisen reagoinnin ja tuen malleja ei kuitenkaan voi rakentaa tai varsinkaan ylläpitää minäkään yksittäisen organisaation tai työyhteisön toimesta. Niihin vaaditaan aitoa kumppanuutta eri organisaatioiden kesken. Kuntoutuskumppanuus perustuu pitkän aikavälin tavoitteisiin ja kuvastaa kumppanien yhteistä asennetta kohti jaettua vastuullisuutta, yhteistyötä ja tulevaisuutta. Kuntoutuskumppanuus liitetään kiinteästi viimeaikaisiin työelämän muutoksiin ja varhaiskuntoutuksen haasteisiin. Kuntoutuslaitokset ovat työelämän muutosten myötä yhä suurempien valintojen edessä. Erilaiset haasteet vaikuttavat erityisesti varhaiskuntoutuksen malleihin ja interventioihin. Näistä varhaisen reagoinnin ja tuen mallit ovat hyviä ja elinvoimaisia merkkejä näiden haasteiden voittamisesta. Jotta päästään positiivisiin tuloksiin, pitää pyrkiä jonkinasteiseen kuntoutuskumppanuuteen työyhteisöjen, työterveyshuoltojen ja kuntoutuslaitosten välillä.

Varhaisen reagoinnin ja tuen mallin toimintalogiikka

Varhaisen reagoinnin ja tuen malleja toteutettiin JATS-hankkeen yhteydessä Keravan kaupungissa yhteensä kahdeksassa työyksikössä ja näiden lisäksi kuudessa pk-sektorin organisaatioissa. Mallit ovat kaikki sisällöltään hieman poikkeavia, joskin niissä on paljon myös yhteisiä ominaisuuksia. Kaikissa malleissa on kuntoutustarpeen varhaisen havainnoinnin apuna käytetty Helsingin kaupungin Työterveyskeskuksessa kehitettyä työkyvyn tuen tarpeen kartoituslistaa. Kartoituslistan pääperiaate on, että esimies kartoittaa tuen tarvetta työolojen, työntekijän ammatillisen osaamisen, työyhteisön toimivuuden ja työntekijän omien voimavarojen osalta (Hirvonen ym. 2005). Lista mahdollistaa kokonaistilanteen kartoituksen samalla menetelmällä sekä esimiehelle, työntekijälle että työterveyshuollolle ja nostaa varsin yksinkertaisella tavalla esille ne ongelmat, joiden ratkaiseminen on olennaista työntekijöiden työhyvinvoinnin edistämistyössä.

Ennen kartoituslistan täyttöä ja sen perusteella käytävää esimiehen ja työntekijän välistä keskustelua on tapahtunut jo paljon. Peruseriaatteena kaikissa organisaatiokohtaisissa malleissa on se, että työntekijän on oltava 12 kuukauden kuluessa sairauden takia poissa töistä vähintään viisi kertaa tai vastaavasti 20–30 työ- tai kalenteripäivää. Myös varhaisempi kartoituslistan perusteella käytävä yhteiskeskustelu on mahdollinen, sillä monessa mallissa esimiehen ja työntekijän välisen keskustelun voivat laukaista myös tekijät, jotka ovat sidottuja laadullisiin kriteereihin. Näitä tekijöitä ovat muun muassa työntekijän heikentynyt suoritustaso, jatkuvat myöhästelyt, tavallisesta poikkeava käytös tai asiakkaiden negatiivinen palaute. Keskusteluissa esimies ja työntekijä pyrkivät yhdessä sopimaan tarpeellisista jatkotoimenpiteistä ja toimenpiteiden seurannasta. Työntekijän suostumuksella keskustelusta kirjattu neuvottelumuistio sekä tarvittava muu tieto toimitetaan työterveyshuoltoon.

Varhaisen reagoinnin ja tuen malliin liittyvässä kehitystyössä on myös pyritty systematisoimaan ja täsmentämään työpaikan ja työterveyshuollon yhteisiä käytäntöjä ja vastuita. Lisäksi on sovittu aikaisempaa tiiviimmästä tietojen vaihdosta ja haluttu korostaa työpaikkatasolla tapahtuvan jatkuvan arvioinnin ja seurannan merkitystä. Kehiteltyjen mallien yleiset, työpaikkoja koskevat aktiviteetit voi jakaa viiteen vaiheeseen. Lisäksi on syytä korostaa sitä, että työpaikat voivat tarvittaessa tehdä yhteistyötä koko prosessin ajan työterveyshuollon kanssa. Mallin toiminnalliset vaiheet ovat:

1. työkykyongelman havaitseminen työpaikalla (tai joskus työterveyshuollossa)
2. puheeksiottaminen ja keskustelu esimiehen sekä työntekijän välillä

3. työhön liittyvien ongelmien ratkaisujen suunnittelu, sopiminen ja toteutus työpaikalla (työn sisällön ja vaatimusten muuttaminen, koulutus, kuntoutus ja työergonomian muutokset yms.)
4. seuranta, arviointi ja tukeminen työpaikalla
5. työssä jatkaminen ja jaksaminen.

Varhaisen reagoinnin ja tuen malli on hyvä esimerkki Suikkasen ja Lindhin kaipaamasta ”varhaisen puuttumisen politiikasta”. Lisäksi malli on integroitu työn sisällön kehittämiseen ja sen voi nähdä optimaalisimmillaan myös vaikuttavan työpaikkojen kehitykseen. Mallissa varhainen puuttuminen on itse asiassa erittäin varhaista ja sidoksissa paljon esimiesten kykyihin havaita työntekijöiden työuupumusta tai muita sairauspoissaoloja aiheuttavia tekijöitä. Esimiehet ovat henkilöstön hyvinvoinnin kehittämisessä tässä mallissa avainroolissa. Tutkimusten mukaan erityisesti esimiestuella ja johtamisella on suuri vaikutus niihin työn psykososiaalisiin piirteisiin, jotka vaikuttavat työntekijöiden terveyteen, työkykyyn ja hyvinvointiin. Esimiehen tuen ja arvostuksen lisäksi työkykyyn ovat yhteydessä työn itsenäisyys ja kehittävyys, mahdollisuudet osallistua työn suunnitteluun, käyttää omaa työkokemusta ja saada tukea työtovereilta sekä se, että työyhteisössä keskustellaan työn tavoitteista. (Vrt. Jalava 2008a.) Työkyvyn tarpeen kartoituslistan myötä avautuu myös työntekijöille strukturoitu tapa lähestyä omia esimiehiään, eli heillä on mahdollisuus vaikuttaa itse työnkuvansa kehitykseen ja työyhteisön toimintaan.

Kuntoutuskumppanuus onnistuneen toiminnan perustana

Varhaisen reagoinnin ja tuen mallien rakentaminen ei olisi ollut mahdollista ilman Kuntoutussäätiön, mallien kohdeorganisaatioiden ja niiden työterveyshuoltojen välistä aitoa kumppanuutta. Tarkastelen kuntoutuskumppanuutta luhmannilaisen systeemiteorian viitekehyksessä ja erityisesti eri alajärjestelmien (talous, politiikka, hoiva, yms.) ja organisaatioiden (kuntoutuslaitokset, työterveyshuollot ja yritykset) kontekstissa (vrt. Luhmann 1995; Jalava 2006). Näen kumppanuuden sopimusten täydentäjänä tai korvikkeena. Sopimus on lakeihin ja säädöksiin sidoksissa oleva käsite. Kumppanuus kuvastaa asennetta kohti vastuullisuutta, yhteistyötä ja tulevaisuutta. (Jalava 2008b.)

JATS-hankkeessa kumppanuus tarkoitti sitä, että työterveyshuollot pystyivät käyttämään hyväkseen kuntoutuksen asiantuntijakonsultaatiopalvelua. Näin työterveyshuollot pystyivät tarkastelemaan omaa toimintaansa ja sen kehittämistarpeita ulkoisten työhyvinvoinnin ja kuntoutuksen asiantuntijoiden avustuksella. Kuntoutuksen asiantuntijoiden kokemus yksilö-

ohjauksesta sekä henkilöstöjohtamisen ja kuntoutuksen näkökulmista olivat vapaasti työterveyshuollon edustajien käytettävissä. Yrityksille ja työyhteisöille kuntoutuskumppanuus puolestaan tarjosi tukiverkoston työhyvinvointiasioiden suunnitteluun ja toteutukseen. Esimiehet taas saivat puheeksiottokoulutusta ja strukturoituja ratkaisumalleja työntekijöiden työssä selviytymistä koskeviin keskusteluihin. (Ks. enemmän Juvonen-Posti ja Jalava 2008.) Kuntoutuskumppanuus tarkoitti sitä, että kuntoutusasiantuntemus vietiin työpaikoille ja se osaltaan tuki esimiesten kykyä mahdollisimman varhaisessa vaiheessa reagoida työntekijöiden ongelmiin. Kyse ei ollut niinkään korjaavasta kuntoutuksesta, vaan nimenomaan ennalta ehkäisevästä, työhön integroidusta kuntoutuskumppanuudesta. Kuntoutuksen asiantuntija ei vain antanut työpaikoille vihjeitä mahdollisista ratkaisumalleista, vaan erittäin keskeisenä toimijana oli rakentamassa varhaisen reagoinnin ja tuen malleja. Hanke toimii elävänä esimerkkinä siitä, että kuntoutuksen asiantuntija voi olennaisesti vaikuttaa työpaikan sisäisten järjestelmien kehittämiseen, mikäli kumppanuus on aitoa ja sille on kaikissa kumppanuusorganisaatioissa selkeä tarve.

Systemiteoreettisessa ajattelussa organisaatiot nähdään rakenteellisesti suljettuina systeeminä. Organisaatioiden suljettu luonne tarkoittaa käytännössä esimerkiksi sitä, että yritykset eivät pysty kuntouttamaan työntekijöitään itse, vaan sen toteuttaa näiden yritysten ympäristössä toimiva kuntoutuslaitos. Tällöin nämä organisaatiot vaikuttavat toinen toistensa toimintaan ja keskinäiseen kanssakäymiseen. Kun organisaatioilla on olemassa selvät rajat, voidaan niiden kautta hahmottaa myös niiden käytettävissä olevat keinot. Yrityksillä ei ole olemassa omien rajojensa sisällä tarpeeksi keinoja kuntouttaa työntekijöitään. Vaikka työpaikoilla onkin vastuu varhaiskuntoutuksesta ja se on ensi sijassa työpaikan sisäinen asia, tarvitsee se kuntoutuksen ammattilaisia tuomaan erilaisia keinoja ja malleja työpaikoille. (Jalava 2008b.)

Paradoksaalisesti voidaan kuitenkin todeta, että kumppanuuksia ei synny ilman jonkinasteisia sopimuksia. Kumppanuuden systemiteoreettista logiikkaa analysoinut Niels Andersen (2008, 98–99) kutsuu kumppanuuksia toisen asteen sopimuksiksi (second-order contracts). Andersenin mukaan tämäntapaisissa sopimuksissa tärkeintä ei ole operationalisoidut päämäärät tai selkeät faktuaaliset tavoitteet, vaan kumppaneiden yhteinen tulevaisuuden tai vision hahmotelu ja yhteiset intressit. Kun ensimmäisen asteen sopimukset perustuvat pitkälti tavaroiden tai palvelujen vaihtoon, toisen asteen sopimuksissa on kyse yhteisistä tulevaisuuden valinnoista. Kumppanuuksien avulla luodaan yhteisiä odotushorisontteja, lisätään vaihtoehtoja ja kontingenssia eli pelivaraa. Andersen kutsuu kumppanuuksia ”mahdollisuuksien koneistoksi” (machines of possibility).

JATS-hanke on hyvä käytännön esimerkki toisen asteen sopimuksista jotka synnyttävät niin sanotun toisen asteen organisaation, joka perustuu kumppanuuteen. Hyvin suunnitellut ja organisoidut hankkeet voivat olla myös optimaalisia kuntoutusmenetelmien ja interventioiden tuottajia. Tai kuten asia voitaisiin ilmaista systeemiteoreettisesti, ne voivat parhaimmillaan olla koneistoja, jotka tuottavat mahdollisuuden kehittää uusia kuntoutusmalleja.

JATS-hankkeessa tehtiin itsenäisiä päätöksiä yhdessä siinä mukana olleiden työnantaja-organisaatioiden, työterveyshuoltojen ja muiden yhteistyökumppaneiden kanssa. Täten hankkeelle syntyi vähitellen oma visio ja strategia. Tätä ennen oli kuitenkin tehty sopimukset kaikkien kumppaneiden kanssa. Sopimukset olivat merkkejä sitoumuksesta hankkeen toimintaan. Mukana olleilla kuntoutuskumppaneilla sekä ohjausryhmään osallistuneilla asiantuntijatahoilla (esimerkiksi Keravan kaupunki, SAK, sosiaali- ja terveysministeriö ja Elinkeinoelämän keskusliitto) oli yhteinen visio, eli työssä jatkamisen tukemisen edistäminen ja strukturoitujen sairauspoissaolokäytäntöjen kehittäminen. Tavoitteet tarkentuivat hankkeen kuluessa, joten kyseessä ei ollut sopimus, joka olisi perustunut operationalisoituihin päämääriin tai tavaroiden vaihtoon, vaan nimenomaan erilaisten varhaiseen reagointiin ja tukeen perustuvien mallien kehittelyyn. Kumppaneiden kesken tehtiin siis toisen asteen lupaus: luvattiin koko hankkeen ajan yhdessä toimia samojen vastuiden ja palveluiden aikaansaamiseksi yhdessä kumppanin tai kumppaneiden kanssa. Laaja kumppanuus mahdollisti uudet mahdollisuudet ja ideat. Tämä kumppanuus myös kehitti tavalla tai toisella kaikkien osallistujien omaa, hankkeen varsinaisen vaikutuspiirin ulkopuolella olevaa toimintaa. (Ks. Juvonen-Posti ja Jalava 2008.)

Hanke myös eli omaa elämänsä isäntäorganisaation ”siivellä”, koska hankkeen työntekijät olivat Kuntoutussäätiön palkkalistoilla. Sen toiminta ei ollut kovin sidottu Kuntoutussäätiön päätöksiin, vaan isäntäorganisaatio koki sillä olevan lisäarvoa omalle toiminnalleen. Ehkä merkittävimmät konkreettiset lisäarvot, mitä hanke isäntäorganisaatiolle toi, ovat laaja ja hankkeen päättymisenkin jälkeen aktiivisesti yhteistyötä tekevä kumppanuusverkosto, esimiehille annettavat puheeksiottovalmennukset sekä kuntoutuspalveluohjausmenetelmä. Koska hankkeesta jäi jäljelle tuotteita ja menetelmiä, voidaan sanoa, että näille oli hankkeen ympäristössä selkeä tarve. Toiset organisaatiot (työpaikat ja työterveyshuollot) tulevat jatkosakin tarvitsemaan kyseisiä työhön integroitua varhaiskuntoutusinterventiota. Näiden tarpeiden kartoittaminen olisi ilman kumppanuutta ja kumppaneiden välistä aktiivista kommunikaatiota ollut vaikeampaa, ellei jopa mahdotonta.

Lähteet

Andersen N. *Machines of possibility*. Bristol: Policy Press, 2008.

Hirvonen T. *Varhainen tuki – toimintamalli työkyvyn heiketessä*. Helsinki: Helsingin kaupungin työterveyskeskus, 2005.

Jalava J. *Trust as a decision. The problems and functions of trust in Luhmannian systems theory*. Helsinki: Yliopistopaino, University of Helsinki, Department of Social Policy, Research Reports 1, 2006.

Jalava J. *Tavoitteena työssä jaksamisen tukeminen ja sairauspoissaolojen hallinta. Varhaisen reagoinnin ja tuen malli kommunikatiivisena kuntoutusinnovaationa*. *Kuntoutus* 2008; 31 (1): 3–20. 2008a.

Jalava J. *Kuntoutuskumppanuuden mahdollisuudet ja haasteet – Systemiteoreettinen lähestymistapa*. *Janus* 2008; 16 (4): 280–294. 2008b.

Juvonen-Posti P, Jalava J. *Onnistunut työkykyasioiden puheeksiotto. Lupaavia käytäntöjä pk-työpaikoille työhyvinvoinnin ja sairauspoissaolojen hallintaan ja seurantaan*. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö, Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 34, 2008.

Luhmann N. *Social systems*. Stanford, CA: Stanford University Press, 1995.

Suikkanen A, Lindh J. *Rehabaurus – lajinsa viimeinen? Keskustelun avauksia kuntoutuksen tulevaisuuden haasteisiin*. *Kuntoutus* 2007; 30 (2): 4–8.

Johanna Korkeamäki
Kuntoutussäätiö, Kuntoutusalan tutkimus- ja kehittämiskeskus

Kuntoutuspalveluita aikuisten oppimisvaikeuksiin

Opi oppimaan -kehittämishankkeen arviointia

Tutkimuksen tausta ja tavoite

Oppimisvaikeuksilla tarkoitetaan perinteisesti määriteltynä erityisvaikeuksia, jotka ilmenevät merkittävänä vaikeuksina kuuntelemisen, puhumisen, lukemisen, kirjoittamisen, päättelyn tai matematiikan taitojen hankinnassa ja käytössä. Vaikeudet eivät johdu peruskoulutuksen puutteesta eivätkä selity muilla vammoilla tai sairauksilla. Niiden katsotaan johtuvan keskushermoston erilaisesta toiminnasta, ja ne saattavat ilmetä läpi ihmisen elämänkaaren. ICD-10-tautiluokitus käyttää oppimisvaikeuksista termiä oppimiskyvyn häiriöt, jotka ovat osa psyykkisen kehityksen häiriöitä. Yleisin kehityksellisistä oppimisvaikeuksista on lukivaikeus eli dysleksia. Oppimisen erityisvaikeuksia esiintyy usein päällekkäin ja myös yhdessä tarkkaavaisuushäiriöiden kanssa. (Ahonen ja Haapasalo 2008.)

Kansainvälisen lukutaitotutkimuksen mukaan suomalaisista aikuisista noin 15 prosentilla on lukutaidossaan sellaisia vaikeuksia, jotka vaikeuttavat heidän oppimistaan, työllistymistään ja työntekoaan, rajoittavat heidän arkielämäänsä ja harrastuksiaan sekä vähentävät opiskeluhaluja ja aikuisopiskelua (Malin 2006, 15–31). Itseraportoituja vaikeuksia koulunkäynnissä tai oppimisessa on kokenut noin 16 prosenttia 18–29-vuotiaista. Lukemisen, kirjoittamisen, matematiikan ja kielten vaikeuksia raportoi 3–6 prosenttia, mikä vastaa pitkälti kliinisiä arvioita kehityksellisten oppimisvaikeuksien esiintyvyydestä. (Leinonen 1997; Lavikainen 2006.)

Oppimisvaikeudet on yhdistetty monenlaisiin sosiaalisiin ongelmiin. Kouluvaikeuksia raportoineiden korkein suoritettu tai meneillään oleva koulutus edusti yleisemmin perus- tai keskiastetta kuin muiden nuorten aikuisten. Koetuilla kouluvaikeuksilla havaittiin myös yhteys työttömyyteen. (Lavikainen ym. 2006.) Ruotsalaisessa tutkimuksessa 17 prosentilla työttömistä oli sellaisia vaikeuksia lukemisessa ja kirjoittamisessa, jotka haittasivat työhön hakeutumista. Heidän lisäksi 15 prosentilla oli lievempiä lukemiseen ja kirjoittamiseen liittyviä vaikeuksia. (Ingvar ym. 1995.) Oppimisvaikeuksien yhteydessä esiintyy myös eriasteisia mielenterveyden ongelmia. Erityisesti matalasti koulutetut naiset vaikuttavat olevan yksi riskiryhmä, joskin mielenterveysongelmien yleisyydestä on raportoitu myös korkeakouluopiskelijoiden keskuudessa. (Riddick ym. 1999; Carrol ja Iles 2006; Wilson ym. 2009.)

Tutkimuksen tavoitteena on selvittää, millaisia palvelutarpeita aikuisten oppimisvaikeuksiin liittyy ja millaisia vaikutuksia on verrattain lyhytkestoisella kuntoutuksella. Kuntoutussäätiön Opi oppimaan -hankkeen (2006–2010) tavoitteena on räätälöidä olemassa olevia palveluita paremmin aikuisten tarpeita vastaaviksi ja kehittää uusia työskentelymalleja aikuisten oppimisvaikeuksien kuntoutukseen. Hankkeen palveluita ovat oppimisvaikeuksien arviointipalvelu, yksilöllinen oppimisvalmennus, ryhmämuotoinen kuntoutus sekä palveluohjaukseen perustuva lukikonsultointi (ks. tarkemmin Haapasalo ja Korkeamäki 2009).

Aineisto

Opi oppimaan -projektin arviointi on toteutettu hankkeen sisäisenä arviointina. Itsearviointi voidaan määritellä toiminnassa mukana olevien osallistujien tuottamaksi todistusaineistoon ja näyttöön perustuvaksi monipuoliseksi arvioksi omasta toiminnasta. Itsearvioinnin hyötynä on mahdollisuus reagoida nopeasti hankkeen välittömiin kehittämistarpeisiin. (Haverinen ja Karjalainen 2001.) Hankkeen arvioinnin tarkoituksena on kuvata toimintaa suhteessa tavoitteisiin, yksilöidä aikuisten oppimisvaikeuksiin liittyviä palvelutarpeita sekä kuvata hyviä tukikäytäntöjä.

Arviointia varten kerätään sekä määrällistä että laadullista aineistoa. Tutkimusaineisto muodostuu kaikista hankkeessa aloittavista asiakkaista. Määrällistä aineistoa kerätään alku- ja seurantakyselyillä, joiden avulla kartoitetaan asiakkaiden elämäntilannetta, koettuja vaikeuksia ja tuen tarpeita. Tietoja täydennetään yksilö- ja ryhmähaastatteluilla, joiden avulla voidaan paremmin ymmärtää asiakkaiden kokemuksia ja omia näkökulmia. Asiakkaiden osallistamista mukaan arviointiprosessiin on perusteltu sillä, että heillä on tietoa, josta voi olla hyötyä julkisen sektorin palvelujen kehittämisessä. Asiakkaita kuulemalla saadaan tietoa, josta työntekijät, johtajat tai poliittiset päättäjät eivät välttämättä ole tietoisia. (Krogstrup 2004.)

Tulokset

Aikuisten kuntoutustarpeet

Projektin asiakkaita koskevat tiedot on kerätty alkukyselyistä (n = 89), joihin asiakkaat ovat vastanneet, ennen kuin ovat aloittaneet projektin palveluissa. Projekti on tavoittanut naisia miehiä useammin. Asiakkaat ovat olleet 17–59-vuotiaita keski-ikänsä ollessa 38 vuotta. Yleisin elämäntilanne asiakkailla on ollut kokopäivätyö. Työelämän ulkopuolella on ollut yhteensä 16 prosenttia, joista työttömiä 10 prosenttia. Asiakkaiden koulutus on edustanut tyypillisimmin joko perus- tai ammattikoulutusta. Asiakkaista noin puolet ei ole oman ilmoituksensa mu-

kaan saanut aikaisemmin tukipalveluita oppimisvaikeuksiinsa. Tukipalveluiden saaminen on ajoittunut lähes yksinomaan perus- tai kansakouluun, sillä vain kuusi prosenttia vastaajista arvioi saaneensa tukipalveluita aikuisuudessa.

Alkukyselyssä selvitettiin asiakkaiden omaa käsitystä oppimisvaikeudesta. Henkilön oma käsitys oppimisvaikeudesta on tärkeä, sillä on arvioitu, että oma kokemus voi ohjata elämänvalintoja enemmän kuin todettu vaikeus sellaisenaan (Lavikainen ym. 2006).

Asiakkaat raportoivat suurimmaksi aikuisiän vaikeudeksi vieraat kielet, muistamisen ja laskeamisen, mutta myös keskittyminen, kirjoittaminen, lukeminen ja itsetunto tuottavat suuria vaikeuksia noin neljännekselle asiakkaista. Yli puolet asiakkaista kokee oppimisvaikeuden haittaavan eniten tiettyjen aineiden opiskelua, tiettyjen työtehtävien tekemistä ja yleisiä opiskelutaitoja. Lähes neljännes kokee oppimisvaikeuden haittaavan työssä selviytymistä. Erot kasvavat ikääntymisen myötä, sillä yli 45-vuotiaista jopa 44 prosentilla oppimisvaikeus häiritsee työssä selviytymistä.

Oppimisvaikeuksien koettiin vaikuttaneen myös omiin elämänvalintoihin. Opiskelu nähtiin työläänä ja aikaa vievänä, ja opinnot olivat monesti viivästyneet ja keskeytyneet. Oppimisvaikeuksilla on ollut merkitystä alanvalinnassa ja ammatinvaihtoon liittyvissä kysymyksissä. Oman oppimisvaikeuden selvittämisen lisäksi asiakkaat pitävät tärkeänä tiedon saamista omista oppimisvalmiuksistaan sekä toivovat konkreettisia neuvoja ja harjoituksia tiettyihin ongelmiin. Vapaamuotoisissa tarkennuksissaan monet mainitsevat tavoitteenaan oppia kirjoittamaan ja lukemaan sujuvasti ja entistä laajemmin. Muita tavoitteita ovat työelämässä pysyminen, alanvaihto tai opinnoissa eteneminen, joiden tueksi kaivataan neuvoja ja rohkaisua. Myös itsetuntemuksen parantuminen on monelle tärkeä tavoite.

Projektista koettu hyöty

Projektin asiakkaille tehtiin vuonna 2008 ensimmäinen seurantakysely (n = 54). Valtaosalla (83 %) palveluihin osallistuminen oli vaikuttanut myönteisesti elämäntilanteeseen. Kielteistä vaikutusta elämäntilanteeseen ei ollut. Suuri osa (77 %) kokee palveluiden vaikuttaneen myönteisesti työssä jaksamiseen tai uuteen työhön suuntautumiseen. Hieman pienempi osa vastaajista (59 %) kokee palveluiden vaikuttaneen myönteisesti opintojen edistymiseen tai uusien opintojen aloittamiseen.

Vastaajilta kysyttiin myös eri toimintamuotojen hyödyllisyydestä. Erittäin tärkeänä pidettiin tietoa omasta vaikeudesta, neuropsykologista tutkimusta ja ohjaajilta saatua kannustusta ja tukea. Näiden ohella yli puolet vastaajista piti erittäin tärkeänä tutkimuksesta saatavaa lausuntoa, keskustelua ja kokemuksen jakamista omasta vaikeudesta sekä tietoa oppimiseen ja tiedonkäsittelyyn vaikuttavista asioista. Suurimmat hyödyt painottuvat itsetuntemukseen ja oppimisvaikeuksien hyväksymiseen. Yli puolet kertoo saaneensa uusia keinoja oppimiseen ja on tehnyt muutoksia omiin työskentelytapoihin. Alustavat tulokset antavat myös näyttöä siitä, että vaikutukset ovat parempia, mikäli interventioita on enemmän kuin yksi. Seurantakyselyn mukaan koetut vaikeudet olivat pienentyneet erityisesti itsetunnon ja laskemisen suhteen.

Projektilta saatu tuki arvioitiin suureksi suhteessa muihin mahdollisiin tuen tarjoajiin. Eniten tukea oppimisvaikeuksiin oli tähän mennessä saatu projektilta ja läheisiltä, vähiten terveydenhuollosta tai työvoima- ja sosiaalipalveluista. Käytännön tuen saaminen on ollut yleisesti henkistä tukea vähäisempää. Kyselyssä tarkennettiin myös tietoja liittyen oppimisvaikeuksien mahdollisiin seurannaisvaikutuksiin. Vastaajilla opintojen keskeytyminen tai viivästyminen, työttömyys tai mielenterveysongelmat olivat verrattain yleisiä.

Lähes puolet seurantakyselyn vastaajista ilmoitti tarvitsevansa paljon tai jonkin verran ulkopuolista tukea oppimisvaikeuksien kanssa selviytymiseen. Eniten tuen tarpeessa kokivat olevansa työelämän tai koulutuksen ulkopuolella olevat, joista puolet koki tarvitsevansa paljon ulkopuolista apua. Tukea toivottiin erityisesti vieraisiin kieliin, muistamiseen ja matematiikkaan. Viidennes vastaajista koki tarvitsevansa paljon tukea kirjoittamiseen, opiskeluun, töiden suunnitteluun ja järjestämiseen sekä tavoitteiden asettamiseen.

Laadullisen aineiston näkökulmia

Oppimisvaikeuden virallista nimeämistä pidettiin yleisesti helpottavana tietona, joka selitti arkipäivän ongelmia ja omia opiskeluun tai työhön liittyviä valintoja. Tutkimus saattoi tuoda uutta tietoa esimerkiksi muistiin liittyvistä vaikeuksista. Vaikka tunnistaminen ja tutkimus koettiin hyvänä, on vaikeuksien hyväksyminen yhdeksi osaksi omaa elämää aikaa vievä prosessi. Yleisesti tutkimuksen toivottiin tuovan apua ja vaikuttavan myönteisesti niin omaan kuin muidenkin suhtautumiseen vaikeissa asioissa.

Monelle projekti on ollut ensimmäinen mahdollisuus keskustella avoimesti omasta vaikeudestaan. Erityisen tärkeänä kokemuksen jakaminen näyttäytyy kuntoutuskursseille osallistuneilla. Kokemus siitä, että ei ole yksin vaikeutensa kanssa, on ollut monelle tärkeää. Kuntoutuskurs-

sien osanottajat toivat myös esiin, kuinka vertaistuki ja tiedon saaminen helpottivat oman vaikeuden esille tuomista. Monen toiveena oli ollut löytää uusia keinoja, jotka helpottaisivat oppimista ja työntekoa. Ammattilaisilta saatujen vinkkien ja neuvojen ohella asiakkaat jakoivat kuntoutusryhmässä keskenään tietoa käytännön keinoista vaikeisiin tilanteisiin, erilaisista työ- ja opiskelumahdollisuuksista ja rohkaisivat toisia. Apuvälineistä erityisesti äänikirjat olivat monelle konkreettinen apu.

Kun palveluita ei ole helposti saatavilla, vaaditaan ihmiseltä paljon aktiivisuutta oman asiansa edistämiseen. Monet toivat esiin vaikeutta saada palveluita ja tukea. Asiakkaat eivät aina tienneet, mitä väyliä pitkin aikuiset voivat selvittää oppimisvaikeuttaan ja saada tarvittavaa apua. Kuntoutujat toivovat yhteiskunnalta avoimempaa suhtautumista oppimisvaikeuksiin. Tietoa oppimisvaikeuksista tulisi olla niin oppilaitoksissa kuin työterveyshuolloissakin.

Johtopäätökset

Opi oppimaan -hanke on onnistunut tavoittamaan niitä aikuisia, jotka eivät ole saaneet tarvitsemiaan palveluita yhteiskunnan normaalipalveluina. Oppimisvaikeudet ja opiskelun työläys vaikuttavat helposti yksilön koulumenestykseen ja johtavat kaventuneisiin jatko-opintomahdollisuuksiin tai opintojen keskeytymiseen. Oppimisvaikeuksiin liittyvät kognitiiviset vaikeudet ovat usein huomattavia myös aikuisuudessa. Vaikeudet ovat kuitenkin luonteeltaan erilaisia kuin lapsilla ja vaikuttavat akateemisten taitojen ohella työelämään ja sosiaaliseen elämään. (White 1992; Holopainen ja Savolainen 2005.)

Asiakkaiden keski-ikä on 38 vuotta eli kuntoutukseen on hakeuduttu ennen kuin vaikeudet selkeästi haittaavat työssä selviytymistä. Yli 45-vuotiailla asiakkailla oli selvästi muita enemmän vaikeuksia työssä selviytymisessä, mikä antaa näyttöä ikääntymisen merkityksestä oppimisvaikeuksiin. Toisaalta mitä vanhemmasta ikäluokasta on kyse, sitä todennäköisemmin he ovat jääneet tuen ulkopuolelle myös kouluaikoina. Palvelut ovat tavoittaneet naisia miehiä useammin, mikä vastaa aikaisempia kokemuksia aikuisten oppimisvaikeuksiin liittyvistä tukipalveluista. Palveluiden on vaikeampi saavuttaa miehet tai miehet eivät hakeudu niiden pariin yhtä aktiivisesti kuin naiset (Ala-Kauhaluoma ym. 2008). Toisaalta on esitetty, että tyttöjen oppimisvaikeuksia tunnistetaan esimerkiksi koulussa poikien oppimisvaikeuksia huonommin (Fink 1998).

Aikuisten oppimisvaikeuksia koskevissa tutkimuksissa on kiinnitetty huomiota ympäristön muuttamisen ja sopeuttamisen ensisijaisuuteen (esim. Shaywitz ja Shaywitz 2003; Ahonen ja

Haapasalo 2008). Kuntoutus ja valmennus auttavat aikuista omien selviytymiskeinojen löytämisessä ja kehittämisessä yksilöllisten tarpeiden pohjalta. Itse taitojen selkeä parantaminen aikuisena vaatii riittävästi aikaa, vaikka aikuiset ovat hyvinkin motivoituneita. Toisaalta myös lyhytkestoisella ohjauksella voidaan saada hyviä vaikutuksia aikaan rajatuissa erityiskysymyksissä. Tiedon saaminen oppimisvaikeuksista ja saatavilla olevista palveluista sekä työ- ja opiskelijajärjestelyjen tekeminen tarvittaessa ovat tärkeitä huomioida kuntoutuksessa.

Erityispalveluiden puute ja alueellinen epätasa-arvoisuus vaikeuttavat tuen saamista. Myös oppimisvaikeuksien määrittelyvaikeudet suhteessa hyvinvointivaltion tukimuotoihin, tiedon puute ja kuntoutusjärjestelmän hajanaisuus hankaloittavat asiakkaan asemaa ja tuovat lisähaasteensa kuntoutuspalveluiden kehittämiseen.

Lähteet

Ahonen T, Haapasalo S. Oppimisvaikeudet. Julkaisussa: Rissanen P, Kallanranta T, Suikkanen A, toim. Kuntoutus. Helsinki: Duodecim, 2008.

Ala-Kauhaluoma M, Laurila H, Haapasalo S. Oppimisvaikeudet tukipalvelun haasteena. Lukineuvola-hankkeen arviointitutkimus. Helsinki: Kuntoutussäätiön työselosteita 35, 2008.

Barga N. Students with learning disabilities in education. Managing a disability. *Journal of Learning Disabilities* 1996; 29 (4): 413–421.

Carroll J, Iles J. An assessment of anxiety levels in dyslexic students in higher education. *British Journal of Educational Psychology* 2006; 76 (3): 651–662.

Dale M, Taylor B. How adult learners make sense of their dyslexia. *Disability and Society* 2001; 16 (7): 997–1008.

Fink R. Literacy development in successful men and women with dyslexia. *Annals of Dyslexia* 1998; 48: 311–342.

Haapasalo S, Korkeamäki J, toim. Kuntoutuspalveluita aikuisten oppimisvaikeuksiin. Opi oppimaan -projektin väliraportti. Kuntoutussäätiön työselosteita 38/2009.

Haverinen R, Karjalainen P. Itsearviointin paikannuksia. *FinSoc News* 2, 2001: 1–7.

Holopainen L, Savolainen H. Erityisopetus ja oppimisvaikeudet. Julkaisussa: Korkeakoski E, toim. Koulutuksen perusturva ja oppimisen tuki perusopetuksessa. Syventävät artikkelit. Jyväskylä: Koulutuksen arviointineuvosto, 2005.

Ingvar D, Lindgren M, Stenmark R. Arbetslöshet och dyslexi. *Arbetsmarknad och Arbetsliv* 1995; 1 (1): 45–56.

Krogstrup HK. Asiakaslähtöinen arviointi. *Bikvamalli*. Helsinki: Stakes, FinSoc Arviointiraportteja 1, 2004.

Lavikainen H, Koskinen S, Aro H ym. Kouluvaikeuksien yleisyys ja yhteydet aikuisiän elämäntilanteeseen ja koettuun terveyteen. *Yhteiskuntapolitiikka* 2006; 71 (4): 402–410.

Leinonen S. Elämän vaihtoehdot kapeutuvat. Julkaisussa: Strandén K, toim. Erilainen oppija. Oppimisvaikeuksien kokeminen, syyt, esiintyvyys ja kuntoutus. Jyväskylä: Hero/Stakes, 1997.

Malin A. Suomessakin on heikkoja lukijoita. Julkaisussa: Leskelä L, Virtanen H, toim. Toisin sanoen. Selkokielen teoriaa ja käytäntöä. Helsinki: Kehitysvammaliitto, 2006.

Riddick B, Sterling C, Farmer M, Morgan S. Self-esteem and anxiety in the educational histories of adult dyslexics students. *Dyslexia* 1997; 5: 227–248.

Shaywitz S, Shaywitz B. The science of reading and dyslexia. *Journal of Aapos* 2003; 7 (3): 158–166.

White W. The postschool adjustment of persons with learning disabilities. Current status and future projections. *Journal of Learning Disabilities* 1992; 25 (7): 448–456.

Wilson A, Deri Armstrong C, Furrie A, Walcot E. The mental health of Canadians with self-reported learning disabilities. *Journal of Learning Disabilities* 2009; 42 (1): 24–40.

Ritva Linnakangas¹, Pirjo Lehtoranta², Asko Suikkanen¹ ja Aila Järvikoski¹

¹Lapin yliopisto, ²Kuntoutussäätiö

Lapset ja nuoret kuntoutuksessa

Kelan psykiatrisen perhekuntoutuksen kehittämishankkeen arviointi

Tausta

Tutkimukset osoittavat, että lähes viidesosalla kouluikäisistä lapsista on jonkinasteisia mielenterveyden ongelmia. Nuoruusiässä ongelmia on katsottu esiintyvän vieläkin enemmän. Lastensuojeluasiakkaiden määrä sekä lasten ja nuorten psykiatristen avo- ja laitoshoitopalvelujen käyttö on kaksin- kolminkertaistunut siirryttäessä 2000-luvulle. Lisääntyneestä palvelujen käytöstä huolimatta osa lapsista ja nuorista jää edelleen hoitamatta. Kysymykseksi on noussut, miten voitaisiin oikea-aikaisesti tukea lasten ja nuorten mielenterveyttä ja turvallista kehitystä sekä perheiden hyvinvointia. Ongelmaksi tilanteessa on nähty lapsia, nuoria ja heidän perheitään palvelevan järjestelmän rakenteen sekavuus, riittävyys ja alueelliset erot. Mielenterveyspalveluiden perustason ja erikoissairaanhoidon tehtävät ja työnjaot ovat epäselvät, resursseista on pulaa ja alalla on tapahtunut ja tapahtuu suuria organisatorisia muutoksia, jotka vaihtelevat alueittain.

Kela pyrki vastaamaan tähän haasteeseen käynnistämällä lasten ja nuorten psykiatrisen perhekuntoutushankkeen vuonna 2000. Kehittämishankkeen tarkoituksena on lapsen ja nuoren toiminta- ja opiskelukyvyn parantaminen ja turvaaminen, sosiaalisen vuorovaikutuksen tukeminen sekä perheen tukeminen kehittämällä uusia kuntoutus- ja yhteistyömuotoja. Tavoitteena on myös tiivistää yhteistyötä terveydenhuollon, sosiaali- ja koulutoimen kanssa ja pyrkiä näin edesauttamaan alueellisten palvelujen syntymistä lasten ja nuorten mielenterveyden edistämiseksi. Perhekuntoutushankkeista tehdään arviointitutkimus, josta vastaavat Lapin yliopisto ja Kuntoutussäätiö.

Tavoite

Arvioinnin tavoitteena on tuottaa tietoa perhekuntoutuksen ja sen palvelujen kehittämiseksi. Tehtävänä on arvioida, löytyykö sellaisia toimintamalleja tai niiden osia, joita voitaisiin ottaa käyttöön eri toimintaympäristöissä ja joiden jatkaminen tulevaisuudessa näyttäisi olevan perusteltua. Arvioinnin ensimmäisessä vaiheessa kuvataan perhekuntoutukseen osallistuneita lapsia tai nuoria ja erilaisten toimintamallien toteutusta sekä kartoitetaan perheiden koke-

muksia kuntoutuksesta. Hankkeiden toiminnasta ja kokemuksista nostetaan esiin hyviä käytäntöjä. Lisäksi arvioidaan hankkeiden verkostoitumista paikallisten toimijoiden kanssa. Arvioinnin toinen vaihe jatkuu vuoden 2009 loppuun saakka, jolloin saadaan kokonaisvaltaisempi kuva perhekuntoutuksen toteutumisesta. Silloin pyritään tuottamaan tietoa perhekuntoutuksen vaikutuksista yksilö- ja perhetasolla sekä tietoa, joka edistäisi päätelmien tekoa kehitettäessä perhekuntoutusta sekä työnjakoa Kelan, kuntien, yksityisen ja julkisen terveydenhuollon ja muiden toimijoiden kesken.

Aineisto ja menetelmät

Arvioinnissa käytetään sekä määrällisiä että laadullisia aineistoja ja lähestymistapana monitahoarviointia. Aineisto on koottu perhekuntoutushankkeista tutustumiskäynnein ja kyselyin ja kuntoutukseen osallistuneilta perheiltä kyselyin. Lapsista 11–16-vuotiaat vastasivat omaan kyselyynsä. Myös kuntoutukseen lapsia ja nuoria lähettäneiltä terveydenhuollon edustajilta koottiin palautteita toiminnasta ja yhteistyöstä sekä kehittämisideoita jatkotyöskentelylle heille järjestettyjen aluekokousten yhteydessä.

Tuloksia

Eri puolilla maata toteutettavissa perhekuntoutushankkeissa asiakkaina olivat perheet, joiden lapsella oli psyykkisiä ongelmia ja hoitosuhde ennen kuntoutusta. Perhekuntoutukseen osallistui vuosina 2005–2008 1 514 lasta ja nuorta perheineen. Lasten ikä ja diagnoosit vaihtelivat hankkeittain. Lapset olivat etupäässä 7–15-vuotiaita, mutta joissakin hankkeissa oli myös tätä nuorempia tai vanhempia lapsia. Runsaalla viidesosalla lapsista esiintyi neuropsykiatrisia oireyhtymiä. Myös erilaiset käyttäytymishäiriöt, ahdistuneisuushäiriöt ja masennus olivat melko yleisiä.

Perhekuntoutushankkeisiin osallistujien määrät ja hankkeiden toimintatavat vaihtelivat suuresti. Pienimmissä hankkeissa perheitä oli pari–kolmekymmentä. Kahdessa suurimmassa hankkeessa perheitä oli useita satoja: toisessa niistä runsaat 200 ja toisessa osahankkeineen runsaat 800. Myös perheiden ja lasten kuntoutukseen osallistumistavat vaihtelivat hankkeittain. Osassa hankkeista toiminta painottui lapsen yksilötapaamisiin sekä muuhun työskentelyyn lapsen kanssa tai perhekäynteihin. Osassa hankkeista toiminnan pääpaino oli lasten tai lasten ja vanhempien ryhmätoiminnoissa. Muutamassa hankkeessa kuntoutus painottui perheterapiaan tai yleensäkin perhetapaamisiin sekä lapsen ja vanhempien yhteistapaamisiin. Myös kuntoutuksen kestossa ja intensiteetissä oli eroja. Kesto vaihteli runsaasta puolesta vuo-

desta kolmeen vuoteen ja intensiteetti säännöllisistä, tiheistä tapaamisista harvempitahtisiin tapaamisiin lasten ja perheiden kanssa.

Kuntoutumista tukevana toimintakäytäntöinä nousi esiin hankkeen, perheen ja lähettäjätahon yhdessä toteuttama kuntoutussuunnittelu sisältäen tavoitteiden asettelun, kuntoutussuunnitelman laatimisen, kuntoutumisen edistymisen seurannan ja jatkotuesta sopimisen. Pidettiin tärkeänä, että myös lapsen ja nuoren perheenjäsenet osallistuvat kuntoutukseen, joka on riittävän joustavaa ja sopivan intensiivistä.

Lapsen ja vanhempien toimivan vuorovaikutuksen merkitys lapsen myöhemmälle kehitykselle ja vanhemmuudelle on keskeinen. Perhekuntoutuksessa on oleellista, että kuntoutus kohdistuu lapseen tai nuoreen, lasten ja nuorten sekä vanhempien ryhmiin ja koko perheeseen kulloisenkin tarpeen mukaan. Myös erilaiset perheiden yhteistoiminnot ja vertaistuki ovat tarpeellisia, samoin yksilötyöskentely lapsen tai nuoren kanssa. On tärkeää, että perheelle voidaan koota sen tarpeita vastaava kuntoutuskokonaisuus.

Perhekuntoutuksesta näyttäisivät hyötyvän erilaiset lapset ja nuoret riippumatta siitä, onko heillä neuropsykiatrisia oireyhtymiä, ahdistuneisuus- tai käyttäytymishäiriöitä tai masennusta. Vanhempien mielestä lapsessa tapahtui kuntoutuksen myötä muutoksia tunne-elämässä, käyttäytymisessä ja tarkkaavuudessa mutta myös kaverisuhteissa ja sosiaalisuudessa. Vanhemmat kokivat tärkeiksi vertaistuen, saamansa tuen vanhemmuuteen ja perheille järjestetyn yhteisen toiminnan. Lasta auttoivat yksilötapaamiset, ryhmään kuuluminen, toimintapainotteisuus ja määrätietoinen ohjaaminen.

Johtopäätöksiä ja pohdintaa

Lasten- ja nuorisopsykiatrian palvelujen ongelmina pidetään alueellisia eroja kuntien terveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon palvelutarjonnassa. Ongelmaksi nähdään hoitojärjestelmän pirstoutuneisuus pieniin yksiköihin eri organisaatioihin paikallisesti sovittujen tehtäväjakojen mukaan samoin kuin se, että järjestelmästä puuttuvat toimivat palvelukokonaisuudet. Ongelmana pidetään myös sitä, etteivät palvelurakennetta ohjaa asiakkaan hoidon tarpeet vaan taloudelliset tekijät. Yhtenä lasten- ja nuortenpsykiatrisen hoidon tulevaisuuden haasteena pidetään sitä, kenelle, kenen antamana ja miten hoitoa annetaan.

Tutkimustulokset ja kokemukset kentältä korostavat myös monitasoisen vaikuttamisen välttämättömyyttä lasten ja nuorten mielenterveyden ja käyttäytymisen ongelmiin vastaamisessa.

Koti sekä lapsen arjessa toimijat on tärkeää liittää mukaan lapsen ja nuoren kuntoutukseen. Tällainen kuntoutus vaatii uudenlaisen asenteen ja lähtökohdat. Kuntoutus ei voi nojata yksinomaan erikoistyöntekijän ja lapsen tai nuoren väliseen suhteeseen, vaan myös lähiaikuisen toimintaan lapsen ja nuoren kanssa kotona, päivähoidossa ja koulussa. Lapsen arkeen kuuluu varsin usein päivähoito ja kouluikäisellä aina koulu. Tärkeää kuntoutuksen onnistumiseksi on saada lapsen lähiaikuisia päivähoidosta tai koulusta perheen tueksi ja luoda yhteisiä käytäntöjä lapsen lähiaikuisten kanssa päivähoidossa ja koulussa.

Perhekuntoutuksen pitäisi pystyä tarjoamaan monenlaisia vaihtoehtoisia palveluja. Jos kuntoutus perustuu pääasiassa lasten tai nuorten ryhmätoimintaan, tarvitsee se rinnalleen myös vanhemmille ja koko perheelle mahdollisuuden riittävässä määrin työstää kokemuksiaan. Nuorille suunnatulla ryhmätoiminnalla voidaan tukea itsenäistymisvaiheessa olevia nuoria.

Perhekuntoutushankkeet kehittyivät paikallisten olosuhteiden mukaan ja erilaiset toimintakäytännöt olivat tarkoituksenmukaisia eri tilanteissa ja erilaisille kuntoutujaryhmille. Ei ole tarkoituksenmukaista pyrkiä nostamaan esiin yhtä toimintamallia. Jatkoa ajatellen keskeisiksi muodostuvat asiat, jotka useiden eri toimintamallien toteuttamisessa ovat yhteisiä ja tärkeitä. Lasten ja nuorten kuntoutumisen kannalta on tarpeellista, että palveluntuottaja pystyy kuntoutustapahtumien määrissä ja sisällöissä nykyistä paremmin ottamaan huomioon perheiden yksilölliset tarpeet. Kuntoutusprosessin tapahtumamääriin ja sisältöihin tarvitaan väljyyttä ja joustavuutta. Toimintamalliin on tärkeää voida sisällyttää jatkuva toiminnan kehittämisen mahdollisuus työskentelystä kertyvien kokemusten mukaisesti.

Kelan lasten ja nuorten perhekuntoutus oli monilla paikkakunnilla selkeä lisä lasten ja nuorten mielenterveyden ongelmien parissa työskentelyyn. Vaikka perhekuntoutukseen osallistuneiden perheiden määrä ei kaikilla alueilla ollut erityisen suuri, hankkeilla osaltaan vastattiin palvelutarjonnan tarpeisiin. Perhekuntoutuksen keinoin pystyttiin tarttumaan mielenterveyden ja käyttäytymisen ongelmissa eri vaiheessa olevien lasten ja perheiden tilanteisiin. Osassa hankkeista kuntoutukseen osallistui varsin vaikeissa mielenterveyden ongelmatilanteissa olevia lapsia perheineen. Osassa hankkeista lasten tilanne ei ollut edennyt niin pitkälle tai vanhemmilla oli itsellään resursseja lähteä työstämään lapsen tilannetta ja vanhemmuutta. Onnistuminen erilaisia ongelmia omaavien perheiden tukemisessa antaa perhekuntoutuksen jatkosuunnittelulle ja -kehittämislle varsin laajat mahdollisuudet.

Kaiken kaikkiaan 12 palveluntuottajan 20:n eri osahankkeen toiminnan arviointi on haastava tehtävä, joka jatkuu arvioinnin toisessa vaiheessa. Yksinkertaisia johtopäätöksiä hankkeiden toimintamallien sovellettavuudesta on vaikea tehdä, koska hankkeet eroavat toisistaan huo-

mattavasti osallistujien, kuntoutustarpeiden ja käytettyjen menetelmien suhteen. Samankin hankkeen sisällä saatetaan eri perheiden kohdalla toteuttaa hyvin erilaisia kuntoutusmenetelmiä. Arvioinnin toisessa vaiheessa pyritään kuitenkin edelleen kerryttämään tietoa, joka auttaisi tulevaisuudessa perhekuntoutuksen suunnittelua ja toteuttamista.

Julkaisut

Lapset ja nuoret kuntoutuksessa. Kelan psykiatrisen perhekuntoutuksen kehittämishankkeen arvioinnin osaraportti. Helsinki: Kela, Sosiaali- ja terveysturvan selosteita 69, 2009.

Linnakangas, R, Lehtoranta, P, Järvikoski, A, Suikkanen, A. Perhekuntoutus puntarissa. Kelan psykiatrisen perhekuntoutuksen kehittämishankkeen arviointi. Helsinki: Kela, Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 109, 2010.

Elisa Mäkinen¹ ja Irma Verma²

¹Metropolia Ammattikorkeakoulu, ²Teknillinen korkeakoulu, Arkkitehtuurin laitos, Sotera-instituutti

Ympäristöistä ikäihmisten kuntoutumisen tukija?

Muistisairaiden ikäihmisten toimintaympäristöjen kehittäminen

Tutkimus- ja kehitysprojektin lähtökohdat

Ikääntyneiden kuntouttavat hoiva- ja toimintaympäristöt -projektin (IKU) avulla pyrittiin löytämään ratkaisuja vanhustenhuollon tuleviin haasteisiin. Väestön ikääntyminen ja hyvin iäkkäiden yli 85-vuotiaiden väestöosuuden kasvu haastavat kunnat kehittämään hoivapalvelujaan. Sosiaali- ja terveysministeriön Ikäihmisten palveluiden laatusuosituksen (Sosiaali- ja terveysministeriö 2008) tavoitteeksi on asetettu muun muassa ikääntyneiden kotona asumisen tukeminen ja pitkäaikaishoivan ympäristöjen kehittäminen dementiaoireisten erityistarpeet huomioon ottavaksi. Vuonna 2030 Suomen väestöstä on arvioitu yli 65-vuotiaita olevan noin 26 % ja yli 85-vuotiaiden määrän on laskettu nousevan 94 000 (v. 2007) henkilöstä 349 000:een (Tilastokeskus 2007).

Ikääntyneiden asumista omissa kodeissaan tuetaan kotiin tuotavien palveluiden lisäämisellä sekä päivätoimintaa ja lyhytaikaishoitoa kehittämällä. Kuntien kaikki ympärivuorokautista hoivaa tarjoavat asumisyksiköt varataan todennäköisesti tulevaisuudessa dementiaoireisille ja kognitiivisista ongelmista kärsiville henkilöille. Monet olemassa olevat sairaalamaiset hoiva-ympäristöt on rakennettu 60–70-luvulla, ne eivät nykyisen kaltaisena vastaa hoivalaitosten asukkaiden tarpeisiin tai tuleviin haasteisiin eivätkä vastaa käsitystä hyvästä asuinympäristöstä. Dementoivan sairauden edetessä henkilön kyky hahmottaa ympäristöään heikkenee ja vuorovaikutus ympäristönsä kanssa muuttuu.

Projektin tarkoitus

Helsingin kaupungin ja Teknillisen korkeakoulun Innovatiivinen kaupunki® -ohjelmaan sisältyneen IKU-projektin 2006–2008 (Ikäihmisten kuntoutumista tukevien hoito- ja toimintaympäristöjen kehittäminen) tarkoituksena oli vastata näihin haasteisiin ja kehittää asiakasläheisesti ikäihmisten kuntoutumista ja omatoimista selviytymistä sekä hoitohenkilökunnan työkykyä tukevia toimintaympäristöjä. Pilottikohteina oli kaksi isoa vanhustenkeskusta Helsingissä. IKU-projekti toteutui Metropolia Ammattikorkeakoulun ja Teknillisen korkeakoulun Sotera-instituutin rinnakkaishankkeena. Hankkeessa tuotettiin käyttäjäläheisesti tietoa

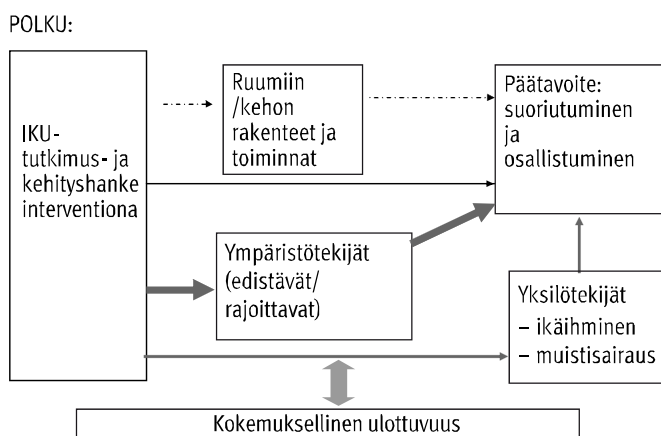
ikäihmisten kuntoutumista tukevien hoito- ja toimintaympäristöjen kehittämisen lähtökohdiksi ja ympäristöjen soveltuvuuden arvioimiseksi sekä kokonaisvaltaisten tilaratkaisujen kehittämiseksi.

Kuntoutusajattelun muuttuminen

Fyysisen ympäristön ratkaisuilla tuetaan ikäihmisen selviytymistä erilaisissa toimintaympäristöissä. Käsitys kuntoutuksesta ja kuntoutustoiminnasta on myös muuttunut viime vuosikymmenien aikana. Yksilöön kohdistuvasta ja vajavuuslähtöisestä kuntoutustoiminnasta on siirrytty aikaisempaa laaja-alaisempaan kuntoutusajatteluun. Kuntoutus kuvataan yksilön ja ympäristön muutoksena ja tavoitteena on parempi hyvinvointi ja selviytyminen arkielämässä ja sen eri toimintaympäristöissä. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2002; Järvikoski 2008.) Kuntoutuksen strateginen ajattelu on painottunut yhä enemmän korjaavasta toiminnasta kohti ehkäisevää toimintaa sekä sairauden aiheuttamasta haitasta myös sosiaalisen syrjäytymisen uhkan sisältävään kokonaisuuteen. Asiakkaan rooli on muuttunut kuntoutettavasta kuntoutujaksi sekä toiminta yksilöä hoitavasta toiminnasta kohti ympäristöön vaikuttavaa, yksilön ja ympäristön suhdetta muuttavaan toimintaan. (Järvikoski ja Härkäpää 1995.)

Projektin lähestymistapana oli kuntoutuksen ns. ekologinen toimintaote, jossa korostui ympäristöön liittyvien tekijöiden selvittäminen vanhustenkeskusten asiakkaiden toimintakyvyn suhteen. Toimintakyky jäsenettiin Maailman terveysjärjestön kansainvälisen luokituksen (ICF) mukaisesti (WHO 2001). Keskeistä oli selvittää muistisairaiden ikäihmisten ympäristötekijöitä asiakkaiden omaa ääntä kuunnellen (kuvio).

Kuvio. Tutkimus- ja kehityshanke kuntoutusinterventiona ICF-viitekehyksessä (mukaillen Worrall, 2005; Järvikoski 2008).



Monimenetelmällistä ja yhdessä tapahtunutta tiedon tuottamista

Menetelmälliset ratkaisut ikäihmisten suoriutumista ja osallistumista tukevien ympäristötekijöiden selvittämisessä

Muistisairaiden oman äänen esille saaminen ikäihmisten toimintaympäristöjen kehittämisessä ratkaistiin muun muassa kuntoutus- ja hoitoalojen tulevien ammattihenkilöiden avulla. Toimintaterapian, fysioterapian, apuvälinetekniikan, jalkaterapian, vanhustyön, sosiaalialan ja hoitotyön tulevat ammattihenkilöt toimivat vanhustenkeskusten päivätöinnössä, lyhytaikaisen hoidon yksiköissä ja osastoilla yhdessä ikäihmisten kanssa keräten samalla systemaattisesti aineistoa. Konkreettisesti selvitettiin ulkoilua ja ulospääsemistä, ruokailutapahtumaa, apuvälineiden käyttöä, tasapainon hallintaa ja sen yhteyttä ympäristötekijöihin sekä ympäristön ja ikäihmisen vuorovaikutusta. Toiminta-aika yhdessä ikäihmisen kanssa vaihteli yhdestä päivästä aina seitsemään viikkoon. Aineiston keräämistapoina käytettiin havainnointia ja keskusteluja, jotka dokumentoitiin kirjalliseen muotoon. Kaiken kaikkiaan konkreettisesti mukana oli noin 300 vanhustenkeskusten asiakasta. Aineistot analysoitiin induktiivisella sisällönanalyysillä.

Laadullisen lähestymistavan rinnalla tehtiin kyselytutkimus ikäihmisten voimavaroja vahvistavista toimintatavoista niille ikäihmisille, jotka kykenivät kykyjensä puolesta vastaamaan kyselyyn sekä heidän omaisilleen ja hoitohenkilökunnalle (n = 193). Kyselyyn osallistuvien ikäihmisten löytämisessä hyödynnettiin hoitohenkilökunnan ammatillista osaamista. Mielenkiinnon kohteena olivat ikäihmisten voimavaroja vahvistavat toimintatavat. Tilaratkaisujen tulee tukea näitä toimintatapoja. Aineisto analysoitiin pääkomponenttianalyysillä ja kärki-muuttujien avulla muodostettiin voimavaroja vahvistavia toimintatapoja kuvaavan mallin perusrakenne. Edellä kuvatun rinnalla toimintatapoja tutkittiin laadullisesti keräämällä aineistoa yksilö- ja ryhmähaastattelujen avulla temahaastatteluina. Tämä aineisto analysoitiin sisällönanalyysiä käyttäen. Tulosten avulla mallin perusrakennetta syvennettiin ja laajennettiin ja kehitettiin lopullinen malli.

Vanhustenkeskuksissa työskentelevällä henkilökunnalla on paljon myös hiljaista tietoa muistisairaiden ikäihmisten arjen toiminnoissa selviytymistä tukevista tai rajoittavista tekijöistä. Tämä tiedon esille saamiseksi toteutettiin työpajatyypinen työskentelytilaisuus, jossa mielenkiinnon kohteena olivat muistisairaiden ikäihmisten kuntoutumista tukevat ja rajoittavat ympäristötekijät. Litteroitu aineisto analysoitiin sisällönanalyysillä.

Menetelmälliset ratkaisut tilaratkaisujen kehittämisessä

Arkkitehtitutkijat havainnoivat vanhustenkeskuksen tiloja, haastattelivat asukkaita ja hoitohenkilökuntaa. Tilojen käytettävyyden ja kodikkuuden arvioimiseksi laadittiin lisäksi kyselylomake, jonka avulla hoitohenkilökunta ja asukkaiden omaiset (n = 26) arvioivat hoivaympäristöä tilakohtaisesti.

Dementiaoireisten asukkaiden käyttäjäkokemuksia tiloista oli haasteellista kerätä asukkaiden lähimuistin ja puheentuoton heikentymisen vuoksi. Asukkaita (n = 4) pyydettiin vapaasti esittelemään osastoa ja tutkijat kulkivat heidän mukanaan esittäen kysymyksiä heidän asuinympäristöönsä liittyvistä tilaratkaisuista siirryttäessä tilasta toiseen. Esittelykierrroksesta pyrittiin tekemään luonteva tilanne, jossa asukkaat saivat vapaasti kertoa osastostaan. He esittelivät osaston kukin vuorollaan. Asukkaalle esitettiin kysymyksiä tilasta, jossa hän sillä hetkellä oli tai ratkaisusta, jonka hän näki edessään. Näin pyrittiin varmistamaan, että asukas vastasi juuri tiettyyn tilaan liittyvään kysymykseen. Asukkaalle myös osoitettiin kädellä esineitä tai huonekaluja, esimerkiksi vuodetta, mikäli kysymys koski sitä. Kysymyksistä tehtiin lyhyitä ja selkeitä ja ne esitettiin presens muodossa. Asukkaiden vastaukset nauhoitettiin ja vastaukset jaettiin omaisille ja hoitohenkilökunnalle laaditun kyselylomakkeen mukaisesti. Analyysin perusteella saatiin laadullista aineistoa, jota voitiin käyttää tutkimuksessa hyväksi.

Haastattelun vastausten ohella dementiaoireisten havainnointi esittelytilanteessa toi tukijoille lisää arvokasta tietoa tilojen suunnitteluun liittyvistä ongelmista. Esimerkkinä havainnoinnin tarpeellisuudesta oli syvästi dementoitunut asukas, joka kysyttäessä tiesi kertoa, missä hänen huoneensa WC-tila sijaitsi, mutta käveli kuitenkin suljetun WC-tilan oven ohi, koska ei hahmottanut ovea väriykseltään samanlaisesta huoneen seinästä.

Projektissa tehtiin myös hoitohenkilökunnalle kysely dementiaryhmäkodin hoitotyön toimintatilanteita tukevasta työympäristöstä (Ranne 2008). Vastauksia (n = 31) analysoitaessa laskettiin uusi muuttuja, keskeisyys, joka määräytyi ratkaisuiden tärkeyden ja helpottavuuden sekä toimintatilanteiden frekvenssin yhtälönä. Näin saadut suunnitteluratkaisut voitiin priorisoida. Yksi osaselvitys koski dementiaoireisten toimintaympäristön valaistusratkaisuja (Aro 2008) ja liittyi hoivaympäristössä toteutettuun valaistuspilottiin.

Monimenetelmällisesti ja yhdessä toimien

Tiedon tuottaminen ikäihmisten kuntoutumista tukevien toimintaympäristöjen kehittämistä varten perustui monimenetelmällisiin ratkaisuihin ja yhdessä tapahtuvaan toimintaan. Paitsi

että tiedon tuottamisessa käytettiin perinteisiä laadullisia ja määrällisiä menetelmiä rinnakkain, niin kehittämistoiminnassa yhdistyivät kuntoutusalan ja rakentamisen asiantuntijatieto sekä henkilökunnan ja ikäihmisten käytännön kokemustieto.

Henkilökunnan edustajien ja hanketoimijoiden säännöllinen vuoropuhelu tutkimus- ja kehitystoiminnan esille tuomista näkökulmista ohjasi aina seuraavan vaiheen suunnittelua ja toteutusta. Tämä ratkaisu edesauttoi paitsi kehittämistoiminnan konkretisoitumista ja eri osapuolten yhteistä oppimista niin se toimi myös saatujen tulosten välittömänä arviointi- ja juurruttamiskeinona.

Ikäihmisten kuntoutumista tukevat toimintaympäristöt

Vanhustenkeskusympäristöt ikäihmisten silmin

Vanhustenkeskuksessa on monenlaisia toimintaympäristöjä. Päivätoiminnassa käyvät asuvat kotonaan. Heille päivätoiminta tarjoaa kuntoutumista tukevaa toimintaa. Lyhytaikaisen hoidon yksikköön asiakas tulee ns. intervallijaksolle, jonka tavoitteena on paitsi kuntoutumisen tukeminen, niin myös omaishoitajalle levähdyshetken mahdollistaminen. Osastot ovat asukkaiden pysyviä asuinympäristöjä. Ikäihmisten silmin tarkasteltuna näillä kolmella eri toimintaympäristöllä oli yhteisiä piirteitä sekä toisaalta vain kullekin ominaisia erityispiirteitä ikäihmisen suoriutumisen ja osallistumisen tukijana.

Päivätoiminta-asiakkaalle oli tärkeää, että päivätoimintaympäristö vahvistaa hänen oma-toimisuuttaan. Lyhytaikaisen hoidon asiakkaan selviytymistä vanhustenkeskuksessa puolestaan tukee, jos hänen toimintaympäristössään on jotain tuttua, omasta kodista peräisin olevaa. Osastolla asuva ikäihminen halusi yhtäältä yksityisyyttä ja toisaalta mahdollisuutta liikkua. Edellisten lisäksi päivätoiminnan, lyhytaikaisen hoidon yksikön ja osastojen toimintaympäristöille yhteisiä, ikäihmisen suoriutumista ja osallistumista tukevia tekijöitä olivat tiloihin ja toimintoihin soveltuvat apuvälineet, yhteys ja pääsy ulos, toimintaan osallistuminen sekä sosiaalinen vuorovaikutus. Nämä ovat tärkeitä tekijöitä, kun vanhuskeskusympäristöjä tarkastellaan ikäihmisen silmin, heidän suoriutumisen ja osallistumisensa vahvistamisen näkökulmasta (Mäkinen 2009a).

Vanhustenkeskuksessa ikäihmisten voimavaroja tukevat toimintatavat olivat tulosten mukaan moninaisia (Mäkinen 2009b). Mallin perusteella voitiin tuottaa ympäristöihin kohdistuvat kehittämishaasteet. Haasteina korostuivat liikkumaan aktivoivat ympäristöt, oman eletyn elämän kiinnittyminen ja jatkuminen vanhustenkeskusympäristöissä, yhteisöllisyyden

rakentumista sekä yksityisyyttä ja yksilöllisyyttä tukevat ratkaisut sekä muistisairauden tuomien erityisvaatimusten huomioon otto.

Vanhustenkeskusten tilaratkaisut

Tilaratkaisujen tulee tukea tiloissa tapahtuvaa toimintaa. Tutkimuksen tuloksena syntyi kokonaisvaltainen näkemys hoivaa ja kuntoutumista palvelevista tilaratkaisuista ja niiden vaikutuksesta asukkaiden toimintakykyyn, aktiivisuuteen ja hyvinvointiin.

Projektin yhtenä tavoitteena oli myös kehittää fyysisen ympäristön arvioinnissa tarvittavia menetelmiä ja mittareita. Suunnitteluratkaisut on koottu tiivistetysti taulukkomaisen muotoon ”Tilaratkaisujen käyttäjiin kohdistava vaikutus”, jota on kehitetty HIA (Health Impact Assessment) -periaatteiden pohjalta. Ratkaisut on esitetty hoivaympäristön sijainnin, hoivayksikön koon ja tilajaottelun mukaan.

Lähiympäristön ja luonnon vaikutus korostuu elinpiirin pienentyessä ikääntyneiden hyvinvoinnin lähteenä ja toimintakyvyn ylläpitäjänä. Ikääntyneiden tulee saada mahdollisuus itse vaikuttaa omaan asuinympäristöönsä ja valita oma asuinalueensa (Verma ja Åkerblom 2007). Ikääntyneiden turvallisuuden ja itsellisyuden tunnetta lisää tuttu asuinympäristö ja sosiaalisen verkoston säilyminen. Dementiaoireisen henkilön sopeutumista asuinympäristöön tukee ratkaisut, joissa päivätoiminta, lyhytaikaishoito ja pitkäaikaishoito ovat samassa ympäristössä, jolloin henkilö saa aikaa sopeutua tulevaan asuinympäristöönsä vaiheittain (Cohen ja Day 1993). Hoivayksikön tulee tarjota eriasteista hoivaa ja kuntoutusta tukevan ympäristön, jotta asukkaan ei tarvitse muuttaa jälleen uuteen ympäristöön dementoivan sairauden edetessä.

Julkisen liikenteen läheisyys, palveluiden saavutettavuus ja ulkoilumahdollisuudet kannustavat asukkaita toimintakyvyn ylläpitämiseen. Turvalliset ja viihtyisät piha-alueet houkuttelevat asukkaat ulkoilemaan. Asuinyksiköiden koko vaikuttaa kodikkuuteen ja viihtyisyyteen, jonka merkitys korostuu dementiaoireisille tarkoitettujen asuinympäristöjen suunnittelussa (Calkins 1988). Kodikkaan perheasunnon tunnelman luominen on mahdollista vielä 5–8 asukkaalle suunnitellussa yksikössä. Mitoituksessa otetaan huomioon yhteisöllinen toimintatapa, jossa henkilökunta toimii ja ruokailee asukkaiden kanssa. Avonainen pohjaratkaisu helpottaa tilan hahmottamista ja riittävän väljät tilat tukevat apuvälineiden tai avustajan kanssa liikkuvia. Asukkaiden omat huonekalut ja esineet luovat viihtyisyyttä ja auttavat asukkaita säilyttämään oman identiteettinsä.

Materiaali ja väri valinnoilla tuetaan asukkaiden hahmottamista ja suunnistautumista tilassa. Hyvin suunniteltu valaistus lisää turvallisuutta ja sitä voidaan käyttää opastuksessa. Valaistuksella on myös terveydellisiä vaikutuksia ja sen avulla tuetaan asukkaiden vuorokausirytmää.

Yhteistilojen merkitys sosiaalisen kanssakäymisen mahdollistajana ja tukijana korostuu demensioireisilla henkilöillä, joiden vuorovaikutus toisten ihmisten kanssa on vaikeutunut. Yhteistilojen hallittu virikkeellisyys, hälyn ja valaistuksen määrään säätely vaikuttavat asukkaiden toimintakykyyn, varsinkin ruokailutilanteissa, jotka rytmittävät asukkaiden päivää (Regnier 2002).

Jokaisella tulee olla oma yksityinen tila, jota tukee asukkaan omakuvan ja itsellisyyden säilymistä. Asuinhuoneen ovi erottuu muista ovista asukkaan nimen, valokuvan tai hänelle merkityksellisen kuvan avulla (Cohen ja Weissman 1991). Omat huonekalut ja esineet luovat kodikkaan tunnelman ja tukevat asukkaan minäkuvan säilymistä.

Tilasuunnittelua ja kuntoutustoimintaa yhdistämällä parempia toimintaympäristöjä

Ympäristöjen tulee olla sellaisia, että ne mahdollistavat ja tukevat niissä tapahtuvaa toimintaa. Toiminnan tulee puolestaan olla asiakkaille ja vastata heidän tarpeisiinsa. Vanhustenkeskuksissa eräänä keskeisenä tavoitteena on toteuttaa asukkaan kuntoutumista tukevaa toimintaa. Yksilöön liittyvien toimenpiteiden rinnalle pitääkin saada aikaan yhä enemmän ympäristöön kohdistuvia muutosprosesseja. Ympäristötekijöiden merkitys arjen selviytymisessä kasvaa ikääntymisen myötä ja ne tuovat näkyväksi henkilön suoriutumisessa tai osallistumisessa tapahtuvan muutoksen. Ympäristöjen merkitys kuntoutuksessa ja kuntoutumisessa korostuu entisestään, kun kyse on dementoituneesta ikäihmisestä. Ympäristöjen muutosprosesseissa kyse ei ole pelkästään fyysiseen ympäristöön liittyvistä muutoksista vaan myös sosiaalisen ja asenneympäristön muuttumisesta.

IKU-projektissa yhdistyivät käyttäjien hyvinvointia vahvistavat tekijät, vanhustenkeskusympäristöt sekä niissä tapahtuvan toiminnan asettamat vaatimukset. Vanhuskeskusympäristöjen muutostarpeiden tunnistamisen lähtökohtana oli ikäihmisen ja hänen fyysisen, sosiaalisen ja kulttuurisen ympäristönsä suhde. Keskeisenä tavoitteena oli ikäihmisten olemassa olevien voimavarojen käyttöönotto ja vahvistaminen tilaratkaisujen toimiessa voimavaroja tukevin tekijöinä. Tulokset perustuivat poikkitieteelliseen ja moniammatilliseen työskentelyyn, jossa hyvinvointi- ja toimintakykyosaaminen sekä rakentamisen tutkimus- ja kehittäminen yhdis-

tyivät. Projektin aikana tuli myös näkyväksi tarve löytää poikkitieteellinen, yhdenmukainen käsitteistö sekä luoda toimintarajoja ylittäviä toimintatapoja.

Projektin tulokset osoittivat kuitenkin, että kyse on suurelta osin kaikille ikäihmisille yhteistä, hyvinvointia ja toimintakykyä tukevista tekijöistä, mutta ne korostuvat erityisesti muistisairaiden ihmisten kohdalla. Liikkuminen, ulospääseminen, oman kulttuuritaustan huomioon ottaminen, sosiaalinen vuorovaikutus, osallisuus toimintoihin, yksityisyys ja yksilöllisyys ovat kaikille tärkeitä asioita. Muistisairaus asettaa fyysisen ympäristön suhteen omat erityisvaatimukset, jotka tulee huolellisesti ottaa huomioon. Tällaisia tekijöitä ovat esimerkiksi tilojen koko, näköyhteys henkilökuntaan, liikkeelle lähtemistä innostava ympäristö, tuttuja kiinnekohtia tarjoava ympäristö, turvallisuuden kokemusta vahvistava ympäristö sekä fyysisen ympäristön värit ja valaistus.

Kuntoutumista tukevien toimintaympäristöjen kehittäminen vaatii poikkitieteellistä ja monialaista lähestymistapaa sekä uudenlaisia käytäntöjä. Jotta moniasiantuntijuuteen ja -osaamiseen perustuva kehitystyö onnistuu, tarvitaan yhteistä rajapinnoille kehittyvää uudenlaista toimintatapaa. Jotta tämä olisi mahdollista, on kehitettävä uusia työvälineitä, käsitteitä, ja uudenlaista työnjakoa sekä luotava yhteiset säännöt ja toimintaympäristö. Rakentamisen, kuntoutusalan, käytännön hoivatyötä tekevien asiantuntijoiden ja ammattihenkilöiden yhteisen toiminnan kehittyminen edellyttää myös yhteistä oppimista. Uuden tiedon tuottaminen tapahtuu jaetun asiantuntijuuden avulla. Kyseessä on usein olemassa olevan tiedon uudelleen rakentuminen ja uuden näkökulman avautuminen, jonka tuloksena syntyy laajempi ymmärrys kuin yksialaisesti tuotetusta vanhasta tiedosta. Tällaisen tiedon siirtäminen kuntoutustoimintaan tai rakennussuunnitteluun luo uusia mahdollisuuksia kehittää ikäihmisten toimintaympäristöjä.

Lähteet

Aro P. Dynaaminen valaistus, Tulevaisuuden valaistusratkaisut muistihäiriöisen asuin- ja hoivaympäristöön. Helsinki: Taideteollinen korkeakoulu, 2008.

Calkins M. Design for dementia. National Health Publishing, 1988.

Cohen U, Day K. Contemporary environments for people with dementia. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 1993.

Cohen U, Weisman G. Holding on to home. Designing environments for people with dementia. Johns Hopkins University Press, 1991.

Järvikoski A. Kuntoutuskäsityksen muutos ja kuntoutuksen vaikuttavuuden tutkimus. Julkaisussa: Mäkitalo J, Turunen J, Vilkkumaa, I, toim. Vaikuttavuus muutoksessa. Oulu: Verve, 2008.

Järvikoski A, Härkäpää K. Kuntoutuksen seitsemän kehitysaluetta. Julkaisussa: Suikkanen A ym. Kuntoutuksen ulottuvuudet. Helsinki: WSOY, 1995.

Mäkinen E. Vanhustenkeskukset ikäihmisen silmin. Julkaisussa: Mäkinen E, Kruus-Niemelä M, Roivas M, toim. Ikäihmisen hyvä elämä. Ympäristön merkitys vanhustenkeskuksessa. Helsinki: Metropolia, Metropolia Ammattikorkeakoulun julkaisuja, 2009a.

Mäkinen E. Ikäihmisten voimavaroja tukevien toimintatapojen malli. Julkaisussa: Mäkinen E, Kruus-Niemelä M, Roivas M, toim. Ikäihmisen hyvä elämä. Ympäristön merkitys vanhustenkeskuksessa. Helsinki: Metropolia, Metropolia Ammattikorkeakoulun julkaisuja, 2009b.

Ranne R. Dementiaryhmäkodin hoitotyön toimintatilanteita tukeva työympäristö. Espoo: TKK, Kognitiivinen teknologia, 2008.

Regnier V. Design for assisted living. Guidelines for housing the physically and mentally frail. New York: John Wiley and Sons, 2002.

Sosiaali- ja terveysministeriö. Ikäihmisten palveluiden laatusuositus. Sosiaali- ja terveysministeriö ja Suomen Kuntaliitto, Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 3, 2008.

Sosiaali- ja terveysministeriö. Valtioneuvoston kuntoutusselonteko eduskunnalle. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 6, 2002.

Tilastokeskus. Väestöennuste 2007–2040. Väestö- ja kuolemansytilastot. Helsinki: Tilastokeskus 2007.

Verma I, Åkerblom S. Kokemuksia Tanskalaisesta iäkkäiden ihmisten hoiva-asumisesta. Espoo: TKK, Sotera, Arkkitehtuurin tutkimuksia 31, 2008.

WHO. International classification of functioning, disability and health. Geneva: World Health Organization, 2001.

Worrall L. Unifying rehabilitation through theory development. Disability and Rehabilitation 2005; (27) 24: 1515–1516.

Ulla Peltola ja Laura Metso
Kuntoutussäätiö, Kuntoutusalan tutkimus- ja kehittämiskeskus

Maahanmuuttajien kuntoutumisen ja työllistymisen tukeminen Helsingissä

Tausta

Suomessa voimassa olevan lainsäädännön ja poliittisten linjausten perusajatuksena on, että maassa pysyvästi asuvat maahanmuuttajat käyttävät samoja julkisia hyvinvointipalveluja kuin suomalaisetkin. Poikkeuksen muodostavat kotouttamislain piiriin kuuluvat maahanmuuttajat, joilla on kolmen vuoden ajan oikeus kotoutumissuunnitelman mukaisesti kotoutumispalveluihin. Sitä vastoin kotoutumislain ulkopuolelle jäävät maahanmuuttajat – kuten avio- liiton tai työn vuoksi Suomeen muuttaneet – tulevat suoraan peruspalvelujen asiakkaiksi.

Maahanmuuttajien asema ja oikeudet julkisissa hyvinvointipalveluissa on määritelty tarkkaan lainsäädännössä. Vuonna 1999 voimaan astunut laki maahanmuuttajien kotouttamisesta ja turvapaikanhakijoiden vastaanotosta on keskeinen niin kutsutun kotoutumissuunnitelman kannalta. Kotoutumissuunnitelma on maahanmuuttajaa koskeva henkilökohtainen suunnitelma niistä toimenpiteistä, joita hän tarvitsee kielen oppimiseen, jatko-opintoihin, työllistymiseen sekä ylipäättään Suomeen asettumiseen. Lain mukaan kotoutumissuunnitelmaan on oikeus henkilöllä, joka on muuttanut Suomeen, asuu Suomessa, on työtön työnhakija tai toimeentulotuen tarpeessa tai alle 18-vuotias. Oikeus suunnitelmaan ja sen mukaisesti kotoutumispalveluihin kestää pääsääntöisesti kolme vuotta.

Vuodesta 1995 lähtien lainsäädäntö on taannut Suomessa pysyvästi asuville maahanmuuttajille Suomen kansalaisten kanssa yhtäläiset oikeudet perustoimeentuloturvaan, riittäviin sosiaali- ja terveystalveluihin ja maksuttomaan perusopetukseen. Lisäksi vuonna 2004 voimaan astunut yhdenvertaisuuslaki kieltää syrjimästä ketään etnisen tai kansallisen alkupe- rän, kansalaisuuden, kielen tai uskonnon perusteella. Syrjinnäksi laissa katsotaan henkilön kohtelemine epäsuotuisammin kuin jotakuta muuta kohdellaan, on kohdeltu tai kohdeltai- siin vertailukelpoisessa tilanteessa sekä se, että näennäisesti puolueeton säännös, peruste tai käytäntö saattaa jonkun erityisen epäedulliseen asemaan muihin vertailun kohteena oleviin nähden.

Suomen lyhyestä maahanmuuttohistoriasta huolimatta on julkisten hyvinvointipalvelujen pii- rissä jo huomattava määrä maahanmuuttajia. Heidän oikeuksiensa ja asiakkuuden toteutumi- nen palveluissa on jäänyt kaiken kaikkiaan melko vähälle huomiolle, mutta erityisen vähän

tiedetään samanaikaisesti monenlaisia ongelmia omaavien maahanmuuttajien palvelutarpeista ja peruspalvelujen kyvystä vastata niihin. Monimutkaisiin tilanteisiin voitaisiin löytää ratkaisuja kuntoutuksen avulla, mutta maahanmuuttajien kuntoutusta ei ole tutkittu toistaiseksi juuri lainkaan.

Tavoite, aineisto ja menetelmät

Kuntoutussäätiön Kuntoutusalan tutkimus- ja kehittämiskeskuksen toteuttamassa ja Euroopan sosiaalirahaston rahoittamassa tutkimuksessa selvitettiin helsinkiläisten julkisten hyvinvointipalvelujen piiriin kuuluvien maahanmuuttajien osalta, millaisia terveyden, sosiaalisen integraation ja työllistymisen edistämisen palvelutarpeita heillä on ja miten olemassa olevat palvelut pystyvät näihin tarpeisiin vastaamaan. Lisäksi selvitettiin, miten voitaisiin tukea maahanmuuttajien valmiuksia käyttää palveluja, miten palveluissa voitaisiin tukea maahanmuuttajien asiakkuutta ja missä määrin ilmenee tarvetta kehittää uusia palveluja.

Tutkimusaineisto koostui Helsingin kaupungin sosiaaliviraston, Helsingin työvoimatoimiston, Helsingin työvoiman palvelukeskuksen ja joidenkin Helsingissä toimivien järjestöjen johtajien ja työntekijöiden teemahaastatteluista (n = 19). Mukaan valittiin haastateltavia organisaatioista, joiden asiakaskuntaan kuuluu terveyden, sosiaalisen integraation ja työllistymisen edistämisen tukitarpeita omaavia maahanmuuttajia. Kaikilla haastatelluilla oli pitkä kokemus maahanmuuttajien kanssa tehdystä työstä. Viidellä haastatellulla oli itsellään maahanmuuttajatausta.

Teemahaastattelujen aiheita olivat 1) palvelujen asiakkaina olevien maahanmuuttajien taustat, ryhmät, palvelutarpeet, kyky ja halu käyttää palveluja, 2) kotouttamis- ja peruspalvelujen tavoitteet, sisältö, hyödyt, ongelmat, työntekijöiden taidot ja asenteet sekä 3) palvelujärjestelmän osalta eri palvelujen välinen yhteistyö, hyvin toimivat palvelut, kehittämistarpeet ja puuttuvat palvelut. Kaikki haastattelut nauhoitettiin, litteroitiin ja koodattiin teemoittain atlas.ti-ohjelmalla. Koodauksessa lähdettiin liikkeelle haastattelurungon teemoista, mutta sitä tarkennettiin koko analyysin ajan. Teemojen analysoinnissa käytettiin sisällönanalyysiä. Teemoja peilattiin analyysivaiheessa myös aiempien tutkimusten tuloksiin. Teemojen väliset suhteet ja käsittelyjärjestys elivät ja täsmentyivät koko kirjoittamisprosessin ajan.

Tulokset

Tutkimuksen tuloksia käsiteltiin kahden pääteeman alla, jotka olivat asiakastyön yleiset haasteet sekä asiakkaiden tarpeet ja palvelujen toimivuus. Asiakastyön yleisenä haasteena on yhdenvertaisuuden toteutuminen silloin, kun palveluissa suhtaudutaan maahanmuuttajiin kielteisesti, asiakkaana olevan maahanmuuttajan suomen kielen taito on heikko tai työntekijän ja asiakkaan välistä kommunikaatiota heikentävät kulttuurierot ja asiakkaalle vieras palvelujärjestelmä. Asiakkaiden tarpeiden ja palvelujen toimivuuden yhteydessä käsiteltiin maahanmuuttajien palvelutarpeita sekä olemassa olevien kotoutumis-, terveys-, sosiaali-, työllistymis- ja kuntoutuspalvelujen kykyä vastata niihin.

Tutkimuksen tuloksista käsitellään tässä tarkemmin maahanmuuttajien kuntoutustarpeita ja olemassa olevien kuntoutuspalvelujen kykyä vastata niihin. Tämän hetkiset ongelmat näyttävät liittyvän kotoutumisvaiheen kuntoutusmahdollisuuksiin, mielenterveyskuntoutukseen, vammaisten ja vajaakuntoisten kuntoutukseen sekä luku- ja kirjoitustaidottomien tai oppimisvaikeuksia omaavien maahanmuuttajien tilanteeseen. Suomalaisen kuntoutusjärjestelmän ulkopuolelle jääviä erityisryhmiä ovat perhe- ja parisuhdeväkivallasta kärsivät maahanmuuttajanaiset sekä monilapsisten perheiden kotiäidit.

Kotoutumisvaiheen kuntoutusmahdollisuudet

Etenkin kotouttamislain piiriin kuuluvilla pakolaisilla ja turvapaikanhakijoilla nähdään olevan selkeästi kuntoutustarpeita, mutta kuntoutukseen pääseminen on vähäistä. Maahanmuuttajat eivät tunnu pääsevän kotoutumissuunnitelman toimeenpanoaikana sen enempää työkyvyn arviointiin kuin kuntoutustutkimukseenkaan. Tilanne on vielä heikompi kuntouttavaan työtoiminnan ja työvoiman palvelukeskuksen palvelujen kohdalla, joihin maahanmuuttajat eivät ole virallisestikaan oikeutettuja kotoutumisvaiheen aikana.

Työvoimahallinnon maahanmuuttajapalvelujen työntekijät eivät puolestaan saa asiakkaiden kuntoutustarpeita koskevia tietoja muilta tahoilta, vaan joutuvan perustamaan toimintansa omien havaintojensa ja asiakkaiden kertoman varaan. Jopa asiakkaan aistivamma tai tuki- tai liikuntaelinsairaus voi paljastua työntekijöille vasta jonkin ajan kuluttua. Toisaalta lääkärien kirjoittamilla erimittaisilla työkyvyttömyyslauseunnoilla on maahanmuuttajia, jotka voisivat olla kuntoutettavissa takaisin työelämään, mutta kuntoutustarpeen arviointi ja kuntoutuksen suunnitteleminen eivät tule hoidetuksi kenenkään toimesta.

Myös maahanmuuttajien olisi tärkeää päästä kuntoutukseen nykyistä varhaisemmassa vaiheessa, tarvittaessa jo kotoutumisaikana. Yksi mahdollisuus voisi olla luokitella maahanmuuttajat määrättyjen kriteerien täytyessä vaikeasti työllistyviksi ja pitkäaikaistyöttömiksi, jolloin he pääsisivät tiettyjen palvelujen piiriin nykyistä aiemmin. Tällä hetkellä kotoutumisajan päättymistä odottamalla lähinnä hukataan aikaa: asianmukaisten kuntoutuspalvelujen ulkopuolelle jääminen saattaa vain johtaa tilanteiden pahenemiseen ja palvelutarpeiden kasvuun.

Mielenterveyskuntoutus

Etenkin monilla pakolaisina ja turvapaikanhakijoina Suomeen tulleilla on taustallaan traumaattisia kokemuksia. Suomessa traumausten tunnistaminen on vahvinta maahanmuuton alkuvaiheeseen liittyvien erityispalvelujen piirissä. Traumamat voivat kuitenkin aktivoitua akuutiksi henkiseksi sairaustilaksi vasta myöhemmin jossain muussa elämän muutostilanteessa. Tämä on haaste palveluille, sillä esimerkiksi kidutuksesta kärsineiden tunnistamisen on todettu muuttuvan sitä sattumanvaraisemmaksi, mitä kauemmaksi maahantulovaiheesta edetään. Asiakkaan käytöstä voidaan pitää lähinnä uhkaavana ja sen todelliset syyt paljastuvat vasta asianmukaisten mielenterveyspalvelujen piirissä.

Myös maahanmuutto itsessään on usein raskas psyykinen sopeutumisprosessi. Maahanmuuttaja voi joutua kantamaan huolta esimerkiksi entiseen kotimaahan jääneiden sukulaisten tilanteesta samalla, kun yrittää itse aloittaa uutta elämäänsä vieraassa maassa kenties kieli- taidottomana, yksinäisenä ja työttömänä. Uuden kielen opiskeleminen ja uusiin oloihin sopeutuminen asettavat paljon haasteita ja monet maahanmuuttajat joutuvat kohtaamaan valitettavasti myös syrjintää tai suoranaista rasismia. Muutoinkin vaativassa tilanteessa yksikin lisähaaste kuten sairastuminen tai yksinhuoltajuus voi muuttaa tilanteen kestävämmäksi. Monet maahanmuuttajat tarvitsisivatkin nykyistä enemmän tukea selvitäkseen tästä haasteellisesta elämänvaiheesta, mutta sitä ei ole juurikaan tarjolla.

Mielenterveyspalveluihin ja -kuntoutukseen hakeutumista voi vaikeuttaa myös maahanmuuttajan oma asennoituminen mielenterveysongelmiin. Osalle maahanmuuttajista mielen- terveys tai masennus ovat jo käsitteenä vieraita. Maahanmuuttajien fyysiset ja psyykkiset oireet voivat olla samanlaisia kuin suomalaisillakin, mutta ongelmia voidaan selittää aivan muilla syillä kuin länsimaissa käytössä olevissa lääketieteellisissä diagnooseissa. Monissa kult- tuureissa on myös hyväksytympää ja helpompaa valittaa somaattisia oireita kuten rintakipua kuin puhua vaikkapa ahdistuksesta, masennuksesta tai henkisestä hyvinvoinnista.

Maahanmuuttajat voivat myös suhtautua mielenterveysongelmiin ja avun hakemiseen kielteisesti tiedon puutteen, leimautumisen pelon, häpeän, tai erilaisten uskomusten takia. Mielenterveydeltään hyvinvoivia ja sairaita koskeva jako on joissain kulttuureissa hyvin selkeä ja tiukka. Ihmisen ajatellaan olevan niin sanotusti joko täysin terve tai hullu – ja hullut toimitetaan sairaalaan. Hoidon ja kuntoutuksen voidaan pelätä olevan samanlaista kuin entisessä kotimaassa, jossa se on voinut tarkoittaa vain laitokseen sulkemista, eivätkä sinne kerran joutuneet ole enää palanneet normaaliin elämään.

Kaikki edellä mainitut tekijät vaikeuttavat maahanmuuttajien hakeutumista ja ohjaamista mielenterveyspalvelujen piiriin. Maahanmuuttajille tulisikin suunnata huomattavasti nykyistä enemmän mielenterveysasioita koskevaa tietotusta, joka madaltaisi kynnystä hakeutua hoitoon ja kuntoutukseen sekä hälventäisi leimautumiseen liittyviä pelkoja. Vastaavasti myös palveluja tulisi kehittää siten, että niissä kyettäisiin ottamaan huomioon nykyistä paremmin myös maahanmuuttajien palvelutarpeet.

Vammaisten ja vajaakuntoisten kuntoutus

Suomeen tulleiden maahanmuuttajien ja heidän perheenjäsentensä joukossa on myös vammautuneita, vajaakuntoisia ja sairaita henkilöitä. Vammaispalveluissa ja myös vammaisjärjestöissä ollaan kuitenkin vasta heräämässä heidän tilanteeseensa. Esimerkiksi työ- ja toimintakyvyn rajoitteita omaaville maahanmuuttajille ei ole juurikaan tarjolla työllistymisen tukipalveluja, työpaikkoja tai muuta mielekästä toimintaa, vaikka niillä voisi olla iso merkitys myös psyykkisen hyvinvoinnin kannalta.

Samoin kuin mielenterveyspalvelujen kohdalla, maahanmuuttajat saattavat pitää vammaa, vajaakuntoisuutta tai sairautta niin häpeällisenä ja leimaavana, etteivät kerro siitä eri palveluissa kohtaamilleen työntekijöille. Maahanmuuttajilla saattaa olla myös hyvinkin negatiivisia mielikuvia ja kokemuksia vammaispalveluista entisestä kotimaastaan. He eivät myöskään itse hakeudu aktiivisesti suomalaisiin vammaispalveluihin, jos pelkäävät hoidon tarkoittavan esimerkiksi vain laitokseen sulkemista.

Tällä hetkellä vammaisia tai vajaakuntoisia maahanmuuttajia koskeva kuntoutusosaaminen ja tarpeita vastaavat kuntoutuspalvelut ovat vielä melko olemattomia. Myös tähän ryhmään kuuluville maahanmuuttajille suunnattujen kuntoutuspalvelujen kehittämiseen tarvittaisiinkin selkeästi nykyistä suurempaa panostusta.

Luku- ja kirjoitustaidottomuus sekä oppimisvaikeudet

Suomessa monien asioiden hoitaminen perustuu kirjallisen tiedon välittämiseen ja kirjalliseen asiointiin, joka on erityisen ongelmallista luku- ja kirjoitustaidottomien maahanmuuttajien kannalta. Luku- ja kirjoitustaidottomat maahanmuuttajat ovat usein riippuvaisia muista perheenjäsenistään, tavallisesti lapsistaan. Luku- ja kirjoitustaidon puute hankaloittaa jo kodin ulkopuolella liikkumista, työnhausta puhumattakaan.

Työikäisellä luku- ja kirjoitustaidottomalla maahanmuuttajalla on edessään usein vuosia kestävä koulutusputki, joka ei tosin aina edes johda työelämään saakka. Näin on etenkin niiden keski-ikäisten luku- ja kirjoitustaidottomien maahanmuuttajien kohdalla, jotka ovat tehneet ikänsä ruumiillista työtä ammateissa, joita Suomessa ei enää ole. Heillä voi olla työhaluja, mutta opiskeluun tottumattomien aikuisten kouluttautuminen oman äidinkielen luku- ja kirjoitustaidon opettelusta lähtien vie usein niin kauan, että he ehtivät miltei eläkeikään ennen ammattiin valmistumista.

Maahanmuuttajien oppimisvaikeuksia koskevia epäilyjä tulee esiin etenkin suomen kielen kursseilla, kun opettajat huomaavat, ettei oppilaan kielitaito edisty juuri lainkaan, vaikka hän käy kurssin toisensa jälkeen. Myös muiden palvelujen työntekijät kohtaavat työssään maahanmuuttajia, joilla he epäilevät olevan oppimisvaikeuksia. Mahdolliset ongelmat jäävät kuitenkin pääsääntöisesti pelkkien arvailujen varaan, eikä niihin pystytä tarttumaan, koska Suomessa ei ole olemassa aikuisille maahanmuuttajille soveltuvia oppimisvaikeuksia kartoittavia testejä sen enempää kuin oppimisvalmennustakaan.

Sekä luku- ja kirjoitustaidottomat että oppimisvaikeuksia omaavat maahanmuuttajat ovat usein syrjäytymisvaarassa. Syrjäytymisen ehkäisemisen edellytyksenä on, että kyseisiin ryhmiin kuuluville maahanmuuttajille kehitetään arkista selviytymistä ja elämänhallintaa parantavia kuntoutuspalveluja. Myös heille olisi tärkeää löytää mielekästä tekemistä esimerkiksi toiminnallisella suomen kielen opetuksella täydennetyn kuntouttavan työtoiminnan, työharjoittelun tai räätälöityjen oppisopimuskoulutusten kautta.

Perhe- ja parisuhdeväkivalta

Suomessa turvakotien asiakkaina olevia maahanmuuttajia koskeneen selvityksen mukaan maahanmuuttajanaisten osuus turvakotien asiakkaista on hyvin suuri väestömäärään suhteutettuna. Tulos voi kertoa siitä, että maahanmuuttajanaiset kohtaavat väkivaltaa useammin kuin suomalaiset naiset. Toisaalta maahanmuuttajanaiset saattavat hakeutua turvakoteihin

suomalaisia naisia useammin myös siksi, että heillä on vähemmän muita apua tarjoavia tukiverkostoja.

Väkivallan kohteiksi joutuvat muun muassa avioliiton kautta Suomeen muuttaneet naiset, joiden puoliset voivat väkivallan lisäksi eristää naiset muusta yhteiskunnasta niin, että he jäävät tietämättömiksi omista oikeuksistaan, eikä tieto yhteiskunnan tarjoamista palveluista tavoita heitä. Maahanmuuttajanaisten mahdollisuudet hakea apua ongelmiinsa voivat olla muita heikompia myös puutteellisen tai jopa kokonaan puuttuvan suomen kielen taidon takia. Väki-valtaisesta suhteesta irrottautuneet naiset joutuvat myös usein rakentamaan elämänsä uudelleen monella saralla ja väkivaltaan liittyvien asioiden käsittely on raskasta ja henkilökohtaista, mikä on tavallistakin vaikeampaa vieraalla kielellä.

Väkivallasta kärsivä maahanmuuttajanainen voi jäädä vaille tarvitsemaansa apua myös yhteiskuntaa koskevien erojen vuoksi. Sosiaaliset ongelmat määritellään eri tavoin eri maissa. Suomalaisen määritelmien mukaan väkivallan ja muiden vaikeuksien kohteeksi joutunut maahanmuuttajanainen ei osaa kysyttäessä kertoa kohtaamistaan vääryyksistä, jos hän ei tiedä, mitkä asiat ovat lain mukaan kiellettyjä tai muuten ei-hyväksyttäviä. Joissain yhteiskunnissa naisten selkeästi miehiä huonompi asema voi heijastua monin tavoin myös naisten asemaan Suomessa. Perhekäsitykset ja omaksutut sukupuoliroolit vaikuttavat naisten tulkintoihin, tunteisiin ja arvioon omasta tilanteestaan. Suomessa kaikkien oikeudet on kuitenkin turvattu perustuslaissa, eikä väkivaltaa voida pitää kulttuuriin kuuluvana piirteenä.

Suomessa on olemassa jonkin verran nimenomaan väkivaltaan liittyvien ongelmien hoitamisen erityispalveluja kuten turvakoteja, terapeutisia ryhmiä ja neuvontapalveluja. Palvelujen tarve ylittää kuitenkin niiden tarjonnan. Väkivallan uhrien tunnistamiseen ja palveluihin ohjaamiseen liittyvän osaamisen tasoa tulisi lisätä myös muissa palveluissa, kuntoutuspalvelut mukaan lukien. Kuntoutuspalveluilla voisi olla myös nykyistä suurempi rooli väkivaltaisesta suhteesta irrottautuneiden naisten toipumisen ja kuntoutumisen tukemisessa.

Monilapsisten perheiden kotiäidit

Perhe- ja parisuhdeväkivallasta kärsivien ohella toisen olemassa olevan kuntoutusjärjestelmän ulkopuolelle jäävän erityisryhmän muodostavat monilapsisten perheiden kotiäidit. Maahanmuuton alkuvaiheessa voi vaikuttaa siltä, että kotiäiteinä olevien naisten kotoutuminen sujuu miehiä paremmin, jos heidän kodin ja lasten hoitamiseen keskittyvä roolinsa pysyy pääosin

samanlaisena kuin entisessä kotimaassa. Kotiin jäämisen ikävämät seuraukset voivat kuitenkin nousta esiin vasta myöhemmin.

Jos naiset ovat keskittyneet lasten ollessa pieniä lähinnä kotityöhön ja jättäneet kotoutumisajan suomen kielen opiskelun väliin, voi heidän kielitaitonsa olla miltei olematon vielä useiden vuosien maassa asumisen jälkeenkin. Jos lisäksi perheen mies on hoitanut kodin ulkopuoliset asiat ja toiminut esimerkiksi aina palveluissa vaimonsa tulkkina, ei vaimo ole oppinut asiointitaitoja ja on voinut jäädä myös palveluissa ikään kuin näkymättömäksi. Lasten kasvettua tai vaikka avioeron sattuessa kouluttautumaton kotiäiti, joka ei osaa suomea eikä ole tottunut hoitamaan kodin ulkopuolisia asioita, on vaikeassa tilanteessa.

Näille maahanmuuttajanasille, joista osa on myös luku- ja kirjoitustaidottomia, ei ole olemassa oikeastaan lainkaan palveluja. Työttöminä työnhakijoina he ovat niin sanotusti haasteellisia asiakkaita, joita saatetaan lähinnä juoksuttaa palvelusta toiseen ja kurssilta toiselle, vaikka heidän työllistymisensä avoimille työmarkkinoille on nykyisessä työtilanteessa melko epätodennäköistä.

Pitkään kotiäitinä olleiden ja isojen perheiden äitien joukossa on kuitenkin hyvinkin työhaluisia naisia, jotka haluaisivat päiviinsä mielekästä sisältöä ja toimintaa. Heidän työmarkkinakelpoisuuttaan voitaisiin kasvattaa esimerkiksi yksilöllisesti räätälöidyn ja mielellään vielä suomen kielen opiskelumahdollisuuteen yhdistetyn ammatillisen kuntoutuksen avulla.

Lopuksi

Maahanmuuttajien ohjaaminen kuntoutuspalveluihin vaikuttaa erittäin vähäiseltä. Maahanmuuttajat eivät eri syistä pääse kuntoutuspalveluihin tai saa niistä tarvitsemaansa palvelua. Vaikuttaa siltä, että jo maahanmuuttajien kuntoutustarpeiden tunnistaminen tuottaa ongelmia. Sosiaali-, terveys- ja työllistymispalveluissa tunnistetaan huonosti esimerkiksi kidutusta kokeneiden ja traumatisoituneiden, vammoja piilottelevien tai parisuhdeväkivallasta kärsivien maahanmuuttajien tilanteita ja kuntoutustarpeita.

Maahanmuuttajat itse voivat puolestaan piilotella ongelmansa koetun häpeän ja heille vieraisiin palveluihin joutumisen pelossa. Asiakkaat eivät myöskään tunne, löydä tai osaa vaatia kuntoutuspalveluja itse. Yhdessä palvelussa annettujen neuvojen noudattaminen ja toiseen palveluun hakeutuminen jäävät useimmiten asiakkaiden oman aktiivisuuden varaan, jolloin he jättävät helposti menemättä esimerkiksi vieraisiin koettuihin mielenterveys- ja vammais-

palveluihin. Myös ohjeita noudattaneille käy niin, etteivät he pääse palveluun, jos eivät esimerkiksi osaa selittää asiaansa selkeästi suomeksi.

Toisaalta vaikka maahanmuuttajien kuntoutustarpeet tunnistettaisiin peruspalveluissa, voi käydä niin, ettei tilanne etene yhtään sen enempää, koska ei löydy kuntoutuspalveluja, joihin heidät voitaisiin ohjata. Erityisryhmien kuten luku- ja kirjoitustaidottomien, oppimisvaikeuksia omaavien tai pitkään kotiäitinä olleiden maahanmuuttajien tarpeita vastaavia kuntoutuspalveluja ei ole oikeastaan edes olemassa.

Syntyperäisten suomalaisten kanssa suunnilleen samoja kuntoutustarpeita omaavat maahanmuuttajat voisivat periaatteessa käyttää samoja olemassa olevia kuntoutuspalveluja, mutta ongelmana on, että palvelut on suunnattu suomalaisille keskivertoasiakkaille, eivätkä maahanmuuttajat hyödy palveluista, ellei niihin ole kertynyt kokemusta maahanmuuttajien kanssa tehtävästä asiakastyöstä. Palveluista hyötymisen esteiksi nousevat työntekijöiden kielteinen suhtautuminen maahanmuuttajiin, työntekijän ja heikon suomen kielen taidon omaavan asiakkaan välinen kommunikaatio ja tulkkien käyttäminen, työntekijän ja asiakkaan väliset kulttuurierot ja asiakkaalle vieras palvelujärjestelmä.

Edellä mainitut syyt vaikuttavat omalta osaltaan myös siihen, että mielenterveysongelmista kärsivät maahanmuuttajat saavat huonosti tarvitsemaansa apua psykiatrian poliklinikoilta, mielenterveystoimistoista tai mielenterveysjärjestöistä. Myös vammaiset ja vajaakuntoiset hyötyvät heikosti vammaispalveluista ja vammaisjärjestöjen palveluista, eivätkä vähäiset kokemukset kuntoutuslaitoksiin ohjattujen maahanmuuttajien saamasta palvelusta ole olleet niin rohkaisevia kuin voisi toivoa.

Maahanmuuttajien onnistunut kuntoutukseen ohjaaminen vaatii usein palvelujen työntekijöiltä erityistä aktiivisuutta, koska muutoin se voi päättyä jo ensimmäisen portinvartijan kohdalla. Yhdenvertaisten palvelujen takaaminen myös maahanmuuttajille edellyttää työntekijöiden asenteiden ja työtapojen muokkaamista sekä puuttuvien palvelujen kehittämistä. Maahanmuuttajien kuntoutukseen panostaminen on kaikkien etu, koska hoitamattomina ongelmat estävät maahanmuuttajia oppimasta suomen kieltä ja löytämästä paikkaansa suomalaisessa yhteiskunnassa.

Julkaisu

Peltola U, Metso L. Maahanmuuttajien kuntoutumisen ja työllistymisen tukeminen Helsingissä. Kuntoutussäätiön tutkimuksia 79, 2008.

Sinikka Peurala

Jyväskylän yliopisto, terveystieteiden laitos, Suomen gerontologian tutkimuskeskus

Akuutin vaiheen avh-potilaiden kävelyn kuntoutustutkimus Kuopion yliopistollisessa sairaalassa

TMS-vasteet ennustavat kävelyn kuntoutumista aivohalvauspotilailla

Tausta

Aikaisempien tutkimustemme tulokset osoittavat, että yli puoli vuotta sairastaneet avh-kuntoutujat hyötyvät intensiivisestä kävelyn kuntoutuksesta yhtä paljon riippumatta siitä harjoitellaanko kävelyä kävelysimulaattorissa vai perinteisin menetelmin fysioterapeutin ja liikumisen apuvälinein turvin (Peurala 2005). Subakuutissa vaiheessa kävelysimulaattorissa toteutetun kävelyn kuntoutuksen on todettu tuottavan osittain paremmat tulokset kuin perinteisen kävelyharjoittelun (Tong ym. 2006).

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää, miten erittäin akuutissa vaiheessa olevat avh-potilaat jaksavat intensiivistä kävelyn kuntoutusta ja muuta fysioterapiaa ja saavutetaanko kahdella kävelykuntoutuksen menetelmällä erilaiset tulokset. Lisäksi selvitettiin, voidaanko liikeaivokuorelta laskeutuvien hermorojen eheyttä magneettistimulaation avulla tutkimalla ennustaa motorista suorituskykyä intensiiviseen kävelyharjoitteluun liittyen. Viimeksi mainittu oli kuntoutuksen tutkimusseminaarin esityksen aihe.

Menetelmät

Kaiken kaikkiaan tutkimukseen osallistui 56 potilasta, joiden sairastumisesta aivohalvaukseen oli kulunut enintään 10 päivää. Alkutilanteessa 39 potilasta ei pystynyt kävelemään tai tarvitsi vähintään kahden henkilön avustusta kävelläkseen, 17 potilasta yhden avustusta. Tutkittavat jaettiin kahteen ryhmään harjoittelemaan kävelyä 20 minuuttia joko (1) elektromekaanisessa kävelysimulaattorissa tai (2) käytävällä joka arkipäivä kolmen viikon ajan. Lisäksi molemmissa ryhmissä kuntoutujat saivat muuta fysioterapiaa yksilöllisten tavoitteiden mukaisesti päivittäin 55 minuuttia. Kolmas ryhmä eteni akuutisairaalasta tavanomaisen hoitoketjun mukaisesti ja osallistui tutkimusmittauksiin.

Kolmen viikon intensiivinen kävelyn kuntoutusjakso ja mittaukset toteutettiin Kuopion yliopistollisessa sairaalassa. Päävastemuuttujana oli kävelykyky (FAC) ja muina kävelymuuttuji-

na kymmenen metrin kävely aika (10MWT) sekä kuuden minuutin kävelymatka (6MWT). Lisäksi tutkittiin alaraajojen spastisuutta ja lihasvoimaa sekä karkeamotorista suorituskykyä (MMAS, RMA_g, RMA_{l&t} ja RMI). Kaikki mittaukset rekisteröitiin ennen ja jälkeen kuntoutusjakson sekä puolen vuoden kuluttua. Fysioterapian kuormittuneisuutta arvioitiin Borgin asteikolla, ja fysioterapian sisältö rekisteröitiin strukturoiduille lomakkeille. Liikehermoratojen toimivuutta tutkittiin MRI-kuvien avulla navigoiden toteutetulla liikeaivokuoren stimulaatiolla (transkraniaalinen magneettistimulaatio, TMS), ja vasteita luettiin sekä ylä- että alaraajojen lihaksista samoissa aikapisteissä kuin motorisen suorituskyvyn muuttujia. TMS-vasteiden mittaukset liitettiin mukaan tutkimuksen puolivälissä.

Kuntoutuksen tutkimusseminaarissa raportoitiin tuloksia 17 aivohalvaukseen 8 (keskihajonta 2) päivää aikaisemmin sairastuneesta potilaasta, joilta oli mitattu TMS-vasteet ja jotka kuuluivat jompaan kumpaan kävelyharjoitteluryhmään. Ennen kuntoutustutkimusjaksoa 12 heistä oli kykenemättömiä kävelemään tai tarvitsivat kahden henkilön avustusta kävelyn, 5 potilasta tarvitsi manuaalista ohjausta kävelyssä tai vierellä kulkijan henkiseksi tueksi kävelyn aikana. Tässä yhteydessä TMS-vasteiden analyysissä oli mukana halvaantuneen alaraajan etumaisen säärilihaksen vasteet ja motorisesta suorituskyvystä 10MWT, 6MWT, MMAS ja RMA_{l&t}.

Tulokset

Koko tutkimuksen tuloksista

Kuntoutujien harjoittelema kävelymatka oli keskimäärin 9,5 (keskihajonta 4,4) km ajassa 4 h 49 (25) min (maksimi 5 h 15 tunnin aikana). Kävelysimulaattorissa puolet kuntoutujista pysytyi ensimmäisestä harjoittelukerrasta lähtien saavuttamaan 20 minuutin täyden harjoitteluajan yhtäjaksoisesti. Käytävällä harjoitelleista kukaan ei pystynyt alusta alkaen yhtäjaksoiseen täyteen harjoittelu-aikaan ja myöhemminkin useimmat tarvitsivat koko sallitun tunnin harjoitteluajan saavuttamiseksi. Borgin asteikolla mitattu kuormittuneisuus oli kävelysimulaattorissa harjoitelleilla keskimäärin 13,9 (1) ja käytävällä harjoitelleilla 14,9 (1). Muu fysioterapia keskittyi alemmissa alkuaikoina harjoitteluun, yläraajojen ja vartalon harjoitteluun istuen sekä seisten harjoitteluun. Kolmannessa ryhmässä potilaat poistuivat sairaalasta keskimäärin 3,7 (3) päivää sairastumisesta joko kotiin, terveyskeskukseen tai kuntoutussairaalaan. Yhteensä 9 tutkittavaa keskeytti tutkimuksen. Akuutisti toteutettu intensiivinen kävelyn kuntoutus tuotti paremman kävelykyvyn verrattuna tavanomaisen hoitoketjun puitteissa tapahtuvaan kuntoutukseen. Mediaani FAC muutos oli 2 kävelysimulaattorissa ja 3 perinteisesti kävelyä harjoitelleilla, kun se oli 0 tavanomaisen hoitoketjun mukaisesti edenneillä. Motorinen suorituskyky parani kaikilla kuntoutujilla. Esimerkiksi MMAS osoitti motorisen suorituskyvyn kohonneen

14 pisteellä kävelyryhmissä ja 5 pisteellä tavanomaisen hoitoketjun ryhmässä. Tarkemmat tutkimustulokset löytyvät tutkimusraporteista (Peurala ym. 2007, 2008 ja 2009).

Kuntoutuksen tutkimusseminaarissa esitetyt osatutkimustulokset

Intensiivisen kävelyharjoitteluun painottuvan kuntoutusjakson aikana saavutettu kävelymatka oli keskimäärin 9,7 (4,0) km. Molempien kävelytestien ja karkeamotoristen suorituskykytestien tulokset paranivat ($p < 0,0005$). Kuntoutujien ($n = 4$), joilta saatiin lihasvaste stimuloimalla vaurioituneen aivopuoliskon jalan liikeaivokuorta, 10MWT oli 9,9 (4,0) s ja kuntoutujien ($n = 13$), joilta ei saatu vastetta, 10MWT oli 20,4 (11,0) s ($p = 0,047$). MMAS oli 42,8 (6,0) vasteen saaneilla ja 28,2 (11,0) ja vastetta saamattomilla ($p = 0,006$), RMA_{l&t} 9,3 (1,0) ja 5,5 (3,0) ($p = 0,001$). TMS-vasteista tehdyt laajemmat analyysit on lähetetty ehdolle julkaistavaksi (Peurala ym., submitted).

Johtopäätökset

Kävelysimulaattorissa harjoitelleet pitivät kävelyharjoittelua vähemmän kuormittavana, ja saavuttivat 20 minuutin päivittäisen kävelyharjoitteluajan lyhyemmässä ajassa kuin fysioterapeutin ja liikkumisen apuvälinein turvin käytävällä harjoitelleet. Kuntoutujat voivat harjoitella paljon jo hyvin aikaisessa vaiheessa sairastumisesta saavuttaen paremman kävelykyvyn kuin tavanomaisen hoitoketjun puitteissa kuntoutetut. Kävelyn harjoituslaitteita tulisi tehokkaasti hyödyntää, mutta mikäli niitä ei ole käytettävissä, tulisi kiinnittää erityistä huomiota riittävän harjoittelumäärän aikaansaamiseen. TMS:n avulla tutkitut alkutilanteen toimivat hermoyhteydet vaurioituneen aivopuoliskon liikeaivokuorelta lihaksiin ennustivat hyvää kolmen viikon intensiivisen kävelyharjoittelun jälkeistä kuntoutustulosta. Navigoitu TMS mahdollistaa aikaisen ja tarkan ei-invasiivisen liikehermoratojen tutkimisen ja voi toimia työkaluna terapeuttisen lähestymistavan valinnassa. Kuntoutujien motorinen suorituskyky pysyi samassa tai edistyi edelleen puolen vuoden seurantakäyntiin mennessä.

Lähteet

Peurala S. Rehabilitation of gait in chronic stroke patients. Kuopio: Kuopion yliopiston julkaisuja, Neurology reports no 74, 2005. Saatavissa: <<http://www.uku.fi/vaitokset/2005/isbn951-781-366-X.pdf>>.

Peurala SH, Airaksinen O, Jäkälä P, Tarkka IM, Sivenius J. Effects of intensive gait-oriented physiotherapy during early acute phase of stroke. J Rehabil Res Dev 2007; 44: 637–648.

Peurala SH, Tarkka IM, Juhakoski M ym. Restoration of normal cortical excitability and gait ability in acute stroke after intensive rehabilitation. *Cerebrovasc Dis* 2008; 26: 208–209.

Peurala SH, Airaksinen O, Huuskonen P ym. Effects of intensive therapy using gait trainer or floor walking exercises early after stroke. *J Rehabil Med* 2009; 41: 166–173.

Peurala SH, Könönen M, Jäkälä P ym. Motor tract integrity predicts the degree of functional improvement in acute stroke gait rehabilitation at 6 months follow-up. A RCT. Submitted.

Tong RK, Ng MF, Li LS. Effectiveness of gait training using an electromechanical gait trainer, with and without functional electric stimulation, in subacute stroke. A randomized controlled trial. *Arch Phys Med Rehabil* 2006; 87: 1298–1304.

Timo Pohjolainen, Tage Orenius ja Markku Riipinen
Kuntoutus Orton

Kipukuntoutuksen tuloksellisuus

Kipukuntoutuksen tavoitteena on kroonisesta kivusta kärsivän henkilön sopivien selviytymiskeinojen löytyminen, elämänhallinnan lisääntyminen, elämäntilanteen jäsentyminen, kivusta aiheutuvan haitan lieventyminen ja toimintakyvyn parantuminen. Kuntoutus noudattaa biopsykososiaalista viitekehystä. Moniammatillisen tiimin ohjaama kipukuntoutus on ryhmämuotoista toimintaa, joka sisältää fyysisiä, psyykkisiä, sosiaalisia ja toiminnallisia harjoitteita, yksilöllisiä kivunhallintakokeiluja ja omaehtoiseen harjoitteluun motivoimista. Tieto kivusta ja mahdollisuus käsitellä kipuun liittyviä kokemuksia vertaisryhmässä ovat myös keskeisiä teemoja. Kivun väheneminen ei ole kuntoutuksen keskeinen tavoite.

Kipukuntoutuksen kehittämishankkeen tavoitteena oli tutkia perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon, sosiaalivakuutuksen ja kuntoutuslaitoksen välillä toimivan kipukuntoutusmallin toimivuutta. Tavoitteena oli myös selvittää missä määrin voidaan vastata aikaisempaa varhaisemmin kipupotilaiden tilanteeseen ja tarpeisiin ja voiko varhaisella kuntoutusinterventiolla parantaa kroonisten kipupotilaiden toimintakykyä. Hankkeessa tutkittiin myös kipukuntoutuksen vaikuttavuutta. Toteuttajina olivat Helsingin yliopistollisen keskussairaalan (HYKS) kipu- ja fysiatrian poliklinikat, Kela ja Kuntoutus ORTON.

Hankkeeseen on asiakasaineisto kerätty vuosina 2003–2005 ja siinä oli 191 henkilöitä, joista 98 kuntoutujaa oli vanhassa kaksijaksoisessa, 93 uudessa kolmijaksoisessa verkostomallisessa kipukuntoutuksessa. Vanhan mallin kuntoutusprosessin pituus oli 2–3 kk, uuden mallin 5–7 kk. Vanhan mallin kipukuntoutukseen potilaat tulivat terveydenhoitojärjestelmästä normaalilla tavalla. Uuden mallin kuntoutukseen pyrittiin potilaat seulomaan heti tutkimusten ja hoidon jälkeen HYKS:n poliklinikoilla ja Kelassa, jonka jälkeen kipukuntoutus aloitettiin ORTONissa mahdollisimman nopeasti. Uuden kuntoutusmallin poissulkukriteerit olivat primaari fibromyalgia, vaikea-asteiset mielenterveyden häiriöt, pysyvä työkyvyttömyyseläke sekä kipukuntoutus viiden vuoden sisällä.

Vakioituina tulosmittareina käytettiin 15D-elämänlaatumittaria, Oswestryn oire- ja haittakyselyä, Beck Depression Index (BDI) depressioasteikkoja, Beck Anxiety Index (BAI) ahdistuskyselyä, Toronto Alexithymia Scale (TAS-20) aleksitymiakyselyä, Tampa Scale of Kinesiophobia (TSK) liikkumisen pelkoa kuvaava kyselyä sekä liikuntakyselyä. Kyselylomakkeilla selvitettiin kaikkien tutkimushankkeeseen osallistuvien kuntoutujien kokonaistilannetta

kuntoutuksen alussa, kuntoutuksen lopussa, sekä vuoden kuluttua kuntoutuksen alkamisesta. Vakioituja kävelytestejä käytettiin fyysisen toimintakyvyn mittaamiseksi. TSK:n luotettavuuden tutkimuksessa selvitettiin kyselymenetelmän ja sen uusintakyselyn luotettavuutta, käyttövarmuutta, johdonmukaisuutta ja paperi- sekä tietokoneversioiden yhtäpitävyyttä.

Vanhassa kuntoutusmallissa naisia oli 59 % ja uudessa 65 %. Kuntoutujien keski-ikä vanhassa mallissa oli 45 ja uudessa 44 vuotta. Kuntoutujien peruskoulutus oli uudessa mallissa parempi. Ammattiluokitus jakautui tasaisesti ryhmien välillä. Molemmissa ryhmissä oli eniten selkä-, niska- ja yläraajakipuja potevia henkilöitä. Alkuvaiheessa sairauslomien kestossa oli tilastollisesti merkitsevä ero, sillä uuden mallin kuntoutujista 46 % ja vanhan mallin henkilöistä 69 % oli ollut yli 150 päivää sairauslomalla.

Elämänlaatumuutokset eivät ryhmäkohtaisesti olleet tilastollisesti merkitseviä eivätkä muutokset eronneet ryhmien välillä. 15D:n osa-alueista tilastollisesti merkitsevä myönteinen muutos tapahtui nukkumisen, tavallisten toimintojen, vaivojen ja oireiden sekä energisyyden osalta uudessa kuntoutusmallissa. Vanhassa kuntoutusmallissa myönteinen muutos tapahtui tavanomaisissa toiminnoissa sekä vaivoissa ja oireissa. Elämänlaadun muutokset vaihtelivat eri kipulokalisaatioissa. Merkittävää positiivista muutosta tapahtui yläraaja- ja selkäteorioissa.

Masennusdiagnoosi lähetteessä sekä alkutilanteen jonkin asteinen masennuspistemäärä ennustivat molemmat tilastollisesti merkitsevästi myönteistä elämänlaatumuutosta. Uudessa kuntoutusmallissa tapahtui merkitsevää masennuksen lievittymistä. Vanhassa kuntoutusmallissa tilastollisesti merkitsevää muutosta ei tapahtunut.

Kipukuntoutujien alkuvaiheen pistemääräisen ahdistuksen aste ennusti elämänlaadun osalta huonoa kuntoutustulosta. Kuuden ja 12 kuukauden seurannassa ryhmien ahdistuspisteiden keskiarvot olivat tilastollisesti merkitsevästi matalampia uuden mallin ryhmässä.

Uuden kuntoutusmallin ryhmässä tapahtui merkitsevää liikkumisen pelon vähenemistä 12 kuukauden seurannassa. Vanhan kuntoutusmallin ryhmän liikkumisen pelossa tapahtui vähenemistä vain 6 kuukauden seurannassa.

Molemmissa ryhmissä kuntoutujien liikunta lisääntyi merkitsevästi. Viiden minuutin kävelytestitulokset parani molemmissa ryhmissä. Vanhan kuntoutusmallin ryhmän muutos oli keskimäärin 12 metriä, uuden kuntoutusmallin ryhmän muutos keskimäärin 30 metriä. Ryhmien välinen (alkutilanne vakioitu) muutoksen suuruus oli tilastollisesti merkitsevä.

Kvalitatiivisen haastattelun tulokset osoittavat, että kipukuntoutus koettiin yleensä ottaen hyödyttävän kuntoutujia. Lääkärit kokivat, että toiminta oli sujuvaa ja että kipupotilaiden kuntoutukseen pääsy oli nopeampaa kuin keskimäärin. Nopeutuminen koettiin potilaiden osalta hyväksi. Kuntoutus oli tarkemmin harkittua ja kohdentui paremmin oikeille potilaille. Lääkäreille tullut kuntoutujien palaute kipukuntoutuksesta oli myönteistä. Kelan vakuutussh-teereiden mukaan koko prosessi oli selkeä ja sujuva. Myönteisenä pidettiin yhteistyötä ja yhteydenottoja yhteistyökumppaneihin. Kuntoutuspäätökset pystyttiin tekemään nopeammin kuin tavallisesti.

Suurin osa hyötyi kuntoutuksesta kipujen vähenemisenä sekä siihen liittyvänä hallinnan kokemusten kohenemisena. Asiantuntijoiden ohjauksessa ja luottamuksellisessa ilmapiirissä tehdyt harjoitteet opettivat kohtaamaan kivun tarkoituksenmukaisemmin ja realistisesti ilman niihin liittyviä turhia pelkoja. Opittiin rajaamaan tekemisiä, luopumaan liiallisesta vaateliaisuudesta omien tekemisten suhteen, ja toisaalta opittiin rajaamaan ulkoapäin tulevia paineita omien tekemisten suhteen. Tämä auttoi selviytymään sekä päivittäisissä askareissa että työelämässä. Tässä asennemuutoksessa psykologiset keskustelut oli koettu ilmeisen tärkeiksi.

Monica Röberg

THL, Hyvinvointi- ja terveystieteiden osasto, Väestön elinolot, terveys ja hyvinvointi

Terveydenhuollon oikeudenmukaisuus ei toteudu fysioterapiapalveluissa

Tutkimuksen tausta ja tavoitteet

Terveydenhuollon oikeudenmukaisuudella tarkoitetaan, että yhtäläisen hoidon tarpeella on yhtäläinen pääsy tarjolla olevaan hoitoon ja yhtäläinen mahdollisuus käyttää palveluja (Whitehead 1990, 11). Terveydenhuoltopalvelujen käytössä ja saatavuudessa on osoitettu olevan myös Suomessa sosiaalista valikoitumista. Vaikka ”terveyspalvelujen käytön sosiokonomisista eroista on tietoja, niin palvelujen tarpeesta ja sen tyydyttämisestä eri sosioekonomisissa ryhmissä tiedetään hyvin vähän”. (Palosuo ym. 2007, 228–229.) Terveysongelmat ja toimintakyvyn rajoitukset ovat yhteydessä koulutus- ja tulotasoihin ja ne lisääntyivät systemaattisesti ikääntymisen myötä. (Koskinen ja Aromaa 2002, 37–38; Lahelma ym. 2004; Martelin ym. 2007, 110–111; Mackenbach ym. 2008.) Tämän tutkimuksen tarkoituksena on tarkastella fysioterapiapalvelujen oikeudenmukaista käyttöä ja sen tarpeen tasa-arvoista tyydyttymistä.

Aineisto ja menetelmät

Tutkimus perustuu Terveys 2000 -tutkimuksen aineistoon, joka on edustava otos 30 vuotta täyttäneistä suomalaisista. Tiedonkeruussa haastateltiin 7 087 yli 30-vuotiasta henkilöä ja kysyttiin mm. fysioterapian käyttöä tutkimusta edeltäneen vuoden aikana ja koettua fysioterapian tarvetta sekä terveydentilaan ja fyysiseen toimintakykyyn liittyviä asioita. Otoksessa oli 3 353 naista (56 %) ja 2 865 miestä. Naisista oli käyttänyt fysioterapiaa 15 % ja 24 % koki sen tarvetta, miehistä fysioterapiaa käyttäneitä oli 9 % ja 19 % koki sen tarvetta. Fysioterapian käytön ja sen koetun tarpeen perusteella muodostettiin neljä ryhmää (taulukko).

Taulukko. Tutkimusasetelma nelikentän muodossa ja tutkittavien ryhmien henkilömäärä (n) sukupuolen mukaan.

	Fysioterapian tarve		Yhteensä
Fysioterapian käyttö	Ei ollut tarvetta	Oli tarvetta	
Ei ollut käyttänyt	Vertailuryhmä n = 5 008 N 2661, M 2347	Hoitamattomat n = 1 210 N 692, M 518	n = 6 218 N 3353, M 2865
Oli käyttänyt	Selviytyjät n = 537 N 333, M 204	Vajaakuntoiset n = 332 N 239, M 93	n = 869 N 572, M 297
Yhteensä	n = 5 545 N 2 994, M 2 551	n = 1 542 N 931, M 611	n = 7 087 N 3 925, M 3162

N = naiset, M = miehet.

Vertailuryhmään kuuluvat eivät olleet saaneet fysioterapiaa eivätkä kokeneet sitä tarvitsevana. Muissa ryhmissä eli fysioterapiaryhmissä oli käytetty fysioterapiaa tai koettiin sen tarvetta. Selviytyjiksi nimettyyn ryhmään kuuluvat olivat saaneet fysioterapiaa eivätkä tarvinneet sitä enää. Vajaakuntoisiksi nimettyyn ryhmään kuuluvat olivat saaneet ja kokivat yhä tarvitsevana fysioterapiaa. Hoitamattomiksi nimettyyn ryhmään kuuluvat eivät olleet saaneet fysioterapiaa, mutta kokivat tarvitsevana sitä. Hoitamattomuudella tarkoitetaan tässä, ettei ryhmään kuuluvia ollut hoidettu fysioterapian menetelmin.

Fysioterapiapalvelujen tarpeen samanlaisuus arvioitiin ilmoitettujen terveysongelmien ja toimintakyvyn rajoitusten esiintyvyydellä eli tutkimus oli ongelmalähtöinen. Terveysongelmia kuvaamaan oli valittu terveysongelmia (huonoksi koettu terveys, pitkäaikaissairauksia) ja toimintakyvyn rajoituksia fyysisessä ja psykososiaalisessa toimintakyvyssä sekä liikkumiskyvyssä. Ryhmien ominaispiirteitä tarkasteltiin iän, sukupuolen ja sosioekonomisen aseman mukaan. Sukupuoli- ja ikävakioidut tulokset esitetään esiintyvyysslukuina tai keskiarvona. Tutkimusryhmien vertailut tehtiin χ^2 -testillä. Tilastollisen merkitsevyyden raja oli $p \leq 0,05$.

Tulokset

Terveysongelmat ja toimintakyvyn rajoitukset ryhmissä

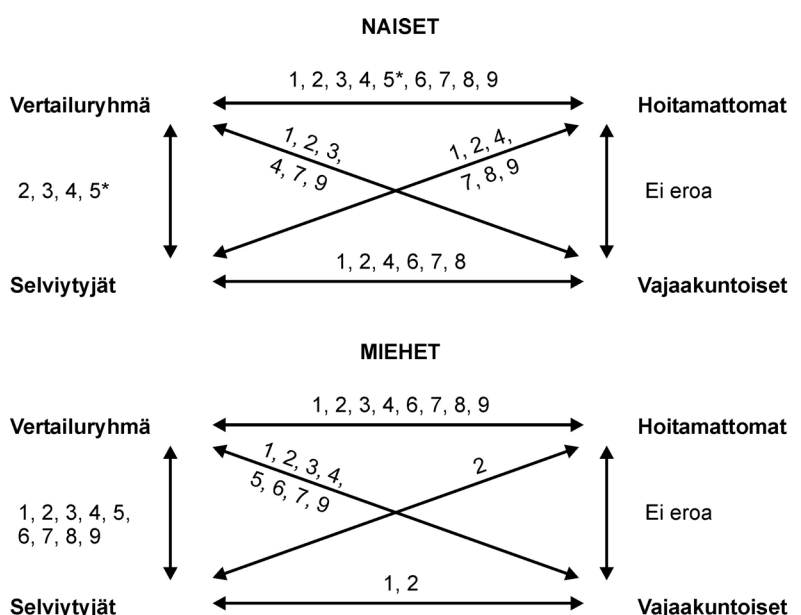
Fysioterapiaryhmissä oli enemmän terveysongelmia ja toimintakyvyn rajoituksia kuin vertailuryhmässä. Vajaakuntoisten ja hoitamattomien ryhmien välillä ei ollut kummassakaan sukupuoliryhmässä tilastollisesti merkitsevää eroa terveysongelmien tai toimintakyvyn rajoitusten esiintyvyydessä (kuvio 1).

Vertailuryhmässä pitkäaikaissairauksien esiintyvyys (naiset 48 %, miehet 42 %) oli alemmalla tasolla kuin selviytyjien ryhmässä (naiset 61 %, miehet 66 %). Vajaakuntoisten (naiset 79 %, miehet 79 %)

miehet 81 %) ja hoitamattomien (naiset 75 %, miehet 73 %) ryhmissä pitkäaikaissairauksien esiintyvyys oli näitä ryhmiä korkeammalla tasolla, eikä kahden viimeisten ryhmien välillä ollut tilastollisesti merkitsevää eroa. (Röberg 2009, liite 6)

Toimintakyvyn rajoituksissa oli samansuuntainen trendi. Vertailuryhmässä rajoitukset fyysisesti raskaissa suorituksissa (naiset 29 %, miehet 16 %) oli alemmalla tasolla kuin selviytyjien ryhmässä (naiset 39 %, miehet 27 %). Vajaakuntoisten (naiset 54 %, miehet 37 %) ja hoitamattomien (naiset 56 %, miehet 34 %) ryhmissä rajoitukset fyysisesti raskaissa suorituksissa oli edellä mainittuja ryhmiä korkeammalla tasolla, eikä näiden ryhmien välillä ollut tilastollisesti merkitsevää eroa. (Röberg 2009, liite 6.)

Kuvio 1. Terveysongelmia ja toimintakyvyn merkitseviä ($p \leq 0,05$) rajoituksia naisryhmien välisessä vertailussa ja miesryhmien välisessä vertailussa.



- | | |
|--|--------------------------------------|
| 1. Koettu terveys | 6. Omatoimisuus |
| 2. Pitkäaikaissairaus | 7. Itsenäinen liikkuminen |
| 3. Päivittäiset toiminnot (ADL) | 8. Liikkuminen asuinalueella |
| 4. Fyysisesti raskaat suoritukset | 9. Yleisten kulkuneuvojen käyttökyky |
| 5. Vuorovaikutus ja järjestelykyky,
5* = merkitsevästi vähemmän rajoituksia kuin vertailuryhmässä | |

Naisten vertailuryhmän ja selviytyjien ryhmän välillä oli tilastollisesti merkitsevää eroa vain pitkäaikaissairastavuudessa ja fyysisten suoritusten rajoituksissa (kuvio 1). Näiden kahden ryhmien ero vajaakuntoisten ja hoitamattomien naisten ryhmiin oli merkitsevä lähes kaikkien tekijöiden osalta. Selviytyjien ja hoitamattomien naisryhmissä oli vähemmän rajoituksia vuorovaikutus- ja järjestelykyvyssä kuin vertailuryhmän naisilla.

Miesten fysioterapiaryhmissä oli lähes jokaisen tekijän osalta merkitsevää ero vertailuryhmään. Selviytyjien miesryhmä erosi muista miesryhmistä terveysongelmien, mutta ei toimintakyvyn osalta. Hoitamattomien ja vajaakuntoisten miesryhmien välillä ei ollut eroa minkään tekijän osalta.

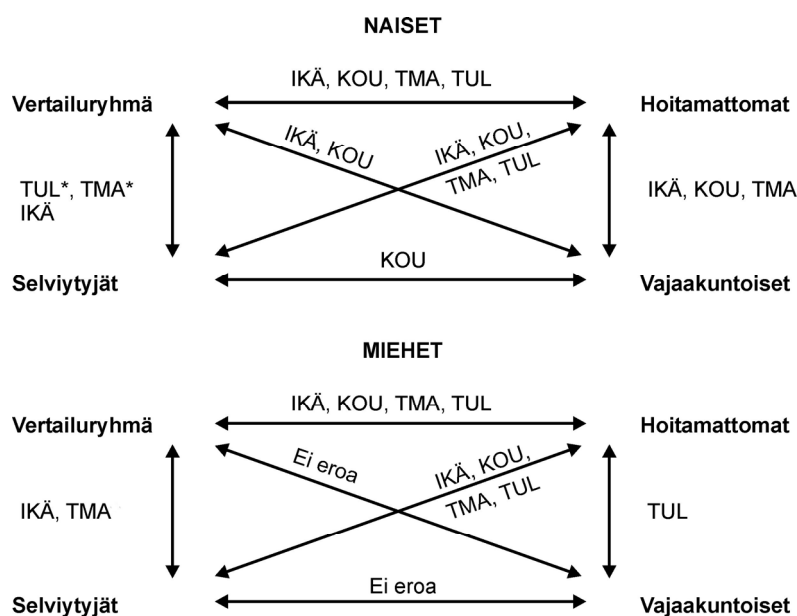
Vajaakuntoisten ja hoitamattomien ryhmissä oli samantasoisia terveysongelmia ja toimintakyvyn rajoituksia ja siten todennäköisesti samanlaisia fysioterapiapalvelujen tarpeita. Hoitamattomien ryhmän fysioterapian tarpeeseen ei ollut vastattu ja ryhmän jäsenet olivat jääneet eriarvoiseen asemaan.

Ryhmien sosiodemografiset ja sosioekonomiset profiilit

Ryhmissä oli selkeästi omannäköisiä profiileja ja kaikkien naisryhmien välillä oli selkeä ero (kuviot 2). Selviytyjien naisryhmän ominaispiirteitä oli korkea koulutustaso, tulotaso ja työssäkäyntiaste ja heillä oli parempi sosioekonominen tilanne kuin vertailuryhmän naisilla. Vajaakuntoisten naisryhmässä oli huonompi tilanne kuin selviytyjien ryhmällä, mutta selkeästi parempi kuin hoitamattomien ryhmän naisilla. Hoitamattomien naisryhmässä oli eniten eläkeiän saavuttaneita, eläkkeellä olevia ja heillä oli kaikista ryhmistä alhaisin koulutus- ja tulotaso.

Miesten vertailuryhmän tilanne oli ryhmistä edullisin. Erot olivat vähäiset verrattuna selviytyjien miesryhmään, jossa oli useampia eläkeiässä ja eläkkeellä. Vajaakuntoisten miesryhmässä oli ikä ja sosioekonominen tilanne samalla tasolla kuin selviytyjien ja vertailuryhmien miehillä. Hoitamattomien miesryhmällä oli selkeästi huonoin sosioekonominen tilanne. Miesten ryhmien väliset ikä- ja sosioekonomiset erot olivat vähäisempiä kuin naisten ryhmissä.

Kuvio 2. Iän ja sosioekonomisen tilanteen merkitseviä ($p \leq 0,05$) eroja naisryhmien välisessä vertailussa ja miesryhmien välisessä vertailussa.



Ikä (IKÄ)
 Koulutus (KOU)
 Työmarkkina-asema (TMA). TMA* = vertailuryhmää useampia työssä
 Tulotaso (TUL). TUL* = vertailuryhmää korkeammat tulot

Yhteenveto ja pohdinta

Fysioterapian käytön ja koetun tarpeen selvityksessä ilmeni merkitsevä yhteys sosioekonomiseen asemaan. Ylimmissä tuloluokissa fysioterapian käyttö oli yleisintä ja sen tarve vähäisintä, kun taas alimmissa tuloluokissa käyttö oli vähäisintä ja tarve yleisintä. Henkilöillä, joilla on parempi koulutustausta ja korkeammat tulot, on vähemmän pitkäaikaissairauksia ja toimintakyvyn rajoituksia ikääntymisestä huolimatta. (Röberg 2009, 63–64.)

Fysioterapian tarvetta kokevien ryhmissä terveysongelmat ja toimintakyvyn rajoitukset olivat samalla tasolla, ryhmien välillä ei ollut tilastollisesti merkitsevää eroa. Vajaakuntoisten ryhmä oli saanut fysioterapiaa, mutta hoitamattomien ryhmä ei ollut eli heidän palvelutarpeeseen ei ollut vastattu. Oikeudenmukainen kohtelu ei toteutunut. Hyvässä sosioekonomisessa asemassa olevat henkilöt pystyvät hankkimaan fysioterapiapalveluja julkisilta tai yksityisiltä palveluntuottajilta vaivojensa helpottamiseen. Ryhmien sosioekonomisen profiilien eroavuudet viittaavat siihen, että hoitamattomien ryhmään kuuluvien palvelujen saatavuuden esteenä oli taloudellisten resurssien puute.

Terveysoongelmat ja toimintakyvyn rajoitukset lisääntyvät ikääntymiseen ja sosioekonomiseen aseman heiketessä. Eriarvoisuus fysioterapian ja kuntoutuksen kohdentuessa voi johtaa haavoittuvassa asemassa olevien henkilöiden toimintakyvyn tarpeettomasti yltyvään heikkenemiseen. Pitkäaikaissairauksia sairastavien ja ikääntyvien terveystarkastuksissa tulisi nykyistä määrätietoisemmin kiinnittää huomiota ihmisten toimintakykyyn ja sen tason riittävyteen (Koskinen ym. 2006). Oikea-aikaisen kokonaisvaltaisen aktivoinnin, ohjauksen ja neuvonnan, fysioterapian ja kuntoutuksen avulla voidaan viivyttää iäkkäiden henkilöiden hoivapalvelujen tarvetta ja pidentää kotona asumisen aikaa. Kaikilla yhteiskunnan jäsenillä tulisi varallisuudestaan huolimatta olla samanlaisia mahdollisuuksia käyttää fysioterapiaa ja muita terveydenhuoltopalveluja.

Julkaisu

Röberg M. Hyvinvointiyhteiskunnan lupaus oikeudenmukaisista ja tasa-arvoisista terveyspalveluista – miten se on toteutunut fysioterapiassa v. 2000? Turku: Turun yliopisto, yhteiskuntatieteellinen tiedekunta, sosiologian laitos 2009. Saatavissa: <<https://oa.doria.fi/handle/10024/47623>>.

Lähteet

Koskinen S, Aromaa A. Koettu terveys ja pitkäaikaissairastavuus. Julkaisussa Aromaa A, Koskinen S., toim. Terveys ja toimintakyky Suomessa. Terveys 2000 -tutkimuksen perustulokset. Helsinki: Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B3, 2002. Saatavissa: <http://www.ktl.fi/attachments/suomi/julkaisut/julkaisusarja_b/2002b3.pdf>.

Koskinen S, Martelin T, Sainio P. Iäkkäiden toimintakyvyn kohentaminen välttämätöntä. Helsinki: Duodecim, 2006; 122: 255–257.

Lahelma E, Martikainen P, Laaksonen M, Aittomäki A. Pathways between socioeconomic determinants of health. J Epid Comm Health 2004; 58: 327–332.

Mackenbach JP, Stirbu I, Roskam A-J R ym. Socioeconomic Inequalities in Health in 22 European Countries. N Engl J Med, 2008; 358: 2468–2481.

Martelin T, Sainio P, Sulander T ym. Sosioekonomiset terveyserot ja niiden muutokset, kohta ”Toimintakyky”. Julkaisussa: Palosuo H, Koskinen S, Lahelma E ym., toim. Terveiden eriarvoisuus Suomessa. Sosioekonomisten terveyserojen muutokset 1980–2005. Helsinki: STM, STM:n julkaisuja 23, 2007. Saatavissa: <http://www.stm.fi/julkaisut/nayta/_julkaisu/1069413#fi>. Luettu 21.10.2009.

Palosuo H, Koskinen S, Lahelma E ym., toim. Terveiden eriarvoisuus Suomessa. Sosioekonomisten terveyserojen muutokset 1980–2005. Helsinki: STM, STM:n julkaisuja 23, 2007.

Whitehead M. Terveiden oikeudenmukaisuus – käsitteet ja periaatteet. STM, WHO Euroopan aluetoimisto, Terkkö 1990.

Jaana Sarajuuri¹, Marja-Liisa Kaipio¹, Sanna Koskinen¹, Mika Niemelä², Antti Servo³, Juhani Vilkki^{2,4}

¹Käpylän kuntoutuskeskus, ²Neurokirurgian osasto, HYKS, ³Radiologian osasto, HYKS, ⁴Psykologian laitos, Helsingin yliopisto

Aivovammapotilaiden kuntoutuksen vaikuttavuus

Taustaa

Traumaattiset aivovauriot eli aivovammat ovat yleisiä, ja niiden hoito ja kuntoutus on kallista. Ne aiheuttavat eniten pitkäaikaista toimintakyvyn heikentymistä lapsilla ja nuorilla aikuisilla. (MacKenzie ym. 1988; Brooks ym. 1995; Kraus ja McArthur 1996; NIH Consensus conference 1999; Johnstone ym. 2003.) Ongelman laajempi tiedostaminen on nostanut esiin kysymyksen kuntoutuksen vaikuttavuudesta.

Aivovamman jälkitilaan liittyy tyypillisesti kognitiivisia sekä käyttäytymisen ja tunne-elämän säätelyn muutoksia, jotka heikentävät vammautuneen kykyä luoda sosiaalisia suhteita ja palata produktiiviseen elämään (Prigatano ym. 1984; Lezak ja O'Brien 1988). Aivovammapotilaiden työllistymisen arviot ovat eri tutkimuksissa vaihdelleet 19:stä 99 prosenttiin riippuen etenkin aivovamman vaikeusasteesta (Eames ja Wood 1989; Cope 1995; Hall ja Cope 1995; Gollaher ym 1998; Wood ym 1999; Cicerone ym. 2000). Koska aivovammojen vaikeusaste on jatkumo ja oirekuva moninainen primaari- ja sekundaarivaurioihin liittyen, tarvitaan kuntoutuksen vaikuttavuuden optimoimiseksi yleensä moniammatillista toimintatapaa ja kohdennettuja kuntoutusmuotoja aivovamman saaneiden eri alaryhmille ja myös kuntoutusprosessin eri vaiheissa (Englander ym. 1992; Dikmen ym. 1994; Gollaher ym. 1998).

Vaikka aivovammapotilaiden kuntoutuksen vaikuttavuutta on tutkittu suhteellisen vähän, ja kontrolloituja tutkimuksia on vaikea toteuttaa, olemassa olevat tulokset tukevat käsitystä, että tietyt kuntoutusinterventiot parantavat potilaiden psykososiaalista toimintakykyä. (Humphrey ja Oddy 1980; Mc Mordie ym. 1990; Sander ym. 1996). Aivovammojen postakuutin vaiheen systemaattisten ja kokonaisvaltaisten neuropsykologisesti orientoituneiden kuntoutusohjelmien vaikuttavuutta on osoitettu kontrolloimattomilla (Ben-Yishay ym. 1985; Christensen ym. 1992; Klonoff ym. 2001) ja muutamalla kontrolliryhmän käsittävällä tutkimuksella (Prigatano ym. 1984 ja 1994). Näiden holististen kuntoutusohjelmien keskeisiä elementtejä ovat sekä yksilöllisesti että ryhmämuotoisesti vertaistuella toteutettu kognitiivinen kuntoutus ja (neuro)psykoterapia, tuetut ja toimintakykyä vastaaviksi räätälöidyt työ- ja koulutuskokeilut, perheen ohjaus ja terapeuttinen tuki sekä systemaattinen seuranta (Judd 1999; Prigatano 2000).

Tavoite

Tämän tutkimuksen tarkoitus oli verrata erityiseen kuntoutusohjelmaan osallistuneiden aivovammapotilaiden produktiivisuutta kaksi vuotta kuntoutusohjelman jälkeen sellaisiin potilaisiin, jotka saivat yleisen terveydenhuollon käytäntöjen mukaisia hoito- ja kuntoutuspalveluja. Produktiivisuus määriteltiin tutkimuksessa työntekona, opiskeluna tai vapaaehtoistyöhön osallistumisena.

Menetelmät

Potilaat

Tutkimusryhmän muodosti 19 aivovammapotilasta, jotka valittiin perättäin erityiseen aivovammakuntoutusohjelmaan (The Individualized Neuropsychological Subgroup Rehabilitation Program; INSURE) neurologisten potilaiden valtakunnalliseen kuntoutuskeskukseen. Verrokkiryhmänä oli 20 aivovammapotilasta, jotka oli valittu yliopistosairaalan neurokirurgian yksiköstä neuropsykologiseen tutkimukseen ohjatuista 213 potilaasta ja joiden aika vammautumisesta oli sama kuin tutkimusryhmän potilailla. Verrokkiryhmään valitut potilaat arvioitiin potentiaaleiksi osallistujiksi kyseiseen aivovammakuntoutusohjelmaan vaikka heitä ei ollutkaan hoitavan tahon toimesta siihen ohjattu. Verrokkiryhmä valittiin tutkimusryhmän kanssa mahdollisimman samanlaisiksi iän, sukupuolen, koulutuksen, vamman vaikeuden (arvioitu Glasgow'n kooma-asteikon, radiologisten löydösten, neurokirurgisten operaatioiden ja neuropsykologisen oirekuvan mukaan), vamman kroonisuuden sekä vammaa edeltäneen työtilanteen suhteen.

Tutkimuksen sisäänottokriteerit molempien tutkimusryhmien potilaille olivat: (1) itsenäinen arkipäivän selviytyminen, ja korkeintaan lieviä fyysisen toimintakyvyn häiriöitä; (2) 16–55 vuoden ikä; (3) perusopetus suoritettu; ja (4) riittävä toimintakyvyn potentiaali saavuttaa produktiivisuus erityisen ja kohdennetun kuntoutusintervention avulla. Tutkimuksen poisjättökriteerit olivat: (1) merkittävä psykiatrinen sairaus; (2) alkoholin tai päihteiden väärinkäyttö; (3) aiempi aivovaurio; ja (4) sairastuminen johonkin muuhun vakavaan sairauteen tutkimuksen seurannan aikana.

Potilaiden demografiset ja vammaan liittyvät tiedot on esitetty taulukossa 1. Tutkimus- ja verrokkiryhmän potilaiden neuropsykologinen oirekuva koostui erilaisista oireistokokonaisuuksista käsittäen (1) vireys- ja valvetilan häiriöön liittyvää väsyvyyttä, (2) informaation prosessoinnin hidastumista, (3) tarkkaavuuden ja keskittymiskyvyn häiriöitä, (4) muistin ja oppimiskyvyn häiriöitä, (5) toiminnanohjauksen häiriöitä (toiminnan suunnitteleminen, or-

ganisointi ja arviointi sekä tavoitteiden muodostaminen ja toteuttaminen), (6) tunne-elämän säätelyn häiriöitä (mm. sietokyvyn alentuminen ja ärtyneisyys, tunne-elämän vaihtelu) sekä (7) kielellisten toimintojen ja sosiaalisen vuorovaikutuskyvyn häiriöitä (mm. korostunut puheliaisuus ja puheen tangentiaalisuus, sanojenlöytämisen vaikeudet). Moni tutkimusryhmän potilaista oli saanut runsaasti yleisen terveydenhuollon käytäntöjen mukaisia hoito- ja kuntoutuspalveluja ennen kuntoutusohjelmaan osallistumista (taulukko 2).

Taulukko 1. Tutkimus- ja verrokkiryhmän demografiset ja vammaan liittyvät vertailumuuttujat.

Muuttuja	Tutkimusryhmä (n = 19)	Verrokkiryhmä (n = 20)	U ^a	P
Ikä vammautuessa (v)	30,5±10,6 (16,0–52,0)	29,5±11,0 (17,0–54,0)	0,52	0,60
Koulutus (v)	11,3±2,0 (9,0–17,0)	12,2±2,9 (8,5–18,0)	0,76	0,45
GCS	7,9±2,7 (4,0–14,0)	8,0±2,5 (3,0–13,0)	-0,32	0,75
Kroonisuus (kk) ^b	42,4±17,7 (28,0–106,0)	46,6±20,2 (25,0–119,0)	-0,98	0,34
Sukupuoli (mies/nainen)	16/3	17/3		
Työllistymistilanne (n) ^c	16	17		
Vammamekanismi (n)				
Moottoriajoneuvo	8	7		
Polkupyörä	3	1		
Jalankulkija-auto	1	3		
Pahoinpitely	1	1		
Muu (putoaminen, kaatuminen, esineen osuma)	5	8		
Tuntematon	1	0		
Aivojen CT/MRI löydökset (n)				
CH	15	16		
DAI	8	5		
ICP	7	5		
Kraniotomia	4	5		

Arvot esitetty keskiarvoina ± keskihajontoina (vaihteluväli) ellei toisin ilmoitettu. Lyhennykset: CH, kontuusio ja/tai intrakraniaalinen hematooma; CT, tietokonetomografia; DAI, diffuusi aksonaalinen vaurio; ICP, vakava intrakraniaalinen paine; MRI, magneettikuvaus.

^a Mann-Whitney tilastomenetelmä.

^b Aika vammautumisesta kahden vuoden seuranta-arviioon.

^c Työssä olevien tai opiskelevien potilaiden määrä ennen vammautumista.

Taulukko 2. Tutkimusryhmän potilaiden saama kuntoutus ennen kuntoutusohjelmaa ja sen jälkeen seurannan aikana (n = 19).

Kuntoutusmuoto	Ennen	Seuranta-aikana
	n (%)	n (%)
Akuutti sairaalavaihe		
Toimintaterapia	6 (32)	0 (0)
Fysioterapia	9 (47)	0 (0)
Puheterapia	5 (26)	0 (0)
Neuropsykologinen kuntoutus	7 (37)	0 (0)
Laitoskuntoutusjakso	11 (58)	7 (37)
Avopuolen kuntoutus		
Toimintaterapia	2 (11)	0 (0)
Fysioterapia	4 (21)	3 (16)
Puheterapia	2 (11)	2 (11)
Neuropsykologinen kuntoutus	14 (74)	16 (84)
Kuntoutusohjelma toistamiseen	NA	3 (15)

Lyhenne: NA, ei sovellu.

Interventio

INSURE-ohjelma on kuuden viikon mittainen akuuttivaiheen jälkeinen intensiivinen moniammatillinen ja laitosmuotoinen kuntoutusohjelma, joka on tarkoitettu sellaisille aivovammapotilaille, joilla on kuntoutuksen tuella realistiset mahdollisuudet saavuttaa itsenäinen ja tyydyttävä psykososiaalinen selviytyminen sekä jonkinasteinen työkyky. Työkyvyllä tarkoitetaan lähinnä tuettuja ja osa-aikaisia työmuotoja. Ohjelma on neuropsykologisesti ja (neuro)psykoterapeuttisesti painottunut, ja siihen sisältyvät tarvittavat ammatillisen kuntoutuksen interventiot sekä seuranta tukitoimenpiteineen. Jakson keskeisenä tavoitteena kuntoutuksellisten ja sopeutumisvalmennuksellisten näkökohtien lisäksi on arvioida oirekuva, työ- ja toimintakykyä, tukea jäljellä olevaa työkykyisyyttä sekä selvittää jatkon kuntoutussuunnitelmaa. Ohjelman keskeinen kuntoutuksellinen sisältö on perehdyttää kuntoutujat oman vammansa luonteeseen ja jälkioireisiin, arvioida niiden merkitystä työ- ja toimintakyvyn kannalta sekä etsiä keinoja oireiden hallitsemiseksi ja kompensoimiseksi. Kuntoutusohjelma perustuu johtaviin kansainvälisiin pioneeriohjelmiin ja niistä tehtyihin vaikuttavuustutkimuksiin (Prigatano ym. 1984 ja 1994; Ben-Yishay ym. 1985; Christensen ym. 1992).

Ohjelman kuntoutusryhmään valitaan 5–8 osallistujaa. Kuntoutujat osallistuvat kuntoutuspäivän aikana sekä yksilö- että ryhmämuotoisiin kuntoutuksiin. Kuntoutuspäivän ohjatun toiminnan kesto on 5 tuntia. Moniammatillisessa kuntoutustyöryhmässä on edustettuna neuropsykologia, neurologia, kuntoutussosiaalityö, puheterapia, toimintaterapia, fysioterapia ja hoitotyö. Kuntoutustyöryhmä työskentelee tiiviisti yhdessä vaaliakseen eri kuntoutustoimenpiteiden yhdenmukaisuutta kuntoutusjaksolle asetettujen tavoitteiden toteutumisen kannalta. Työskentelyotteessa korostetaan terapeuttisen vuorovaikutussuhteen merkitystä. Kuntoutujan ja terapeutin niin sanottu allianssi muodostuu yhteisymmärryksestä toiminnasta ja tavoitteista kuntoutuksessa. Allianssiin kuuluu myös osanottajien myönteisen tunnesiteen kokemus, jota leimaavat luottamus, kunnioitus ja välittäminen (Prigatano ym. 1994; Safran ja Muran 2000). Allianssin on toistuvasti todettu ennustavan tuloksellista psykoterapiaa (Sherer ym. 2007).

Tuetut ja yksilöllisesti kuntoutujan toimintakyky, kyvyt, työhistoria ja mielenkiinnon kohteet huomioivat räätälöidyt ammatillisen kuntoutuksen toimenpiteet ovat myös keskeinen osa kuntoutusohjelmaa. Päiväohjelmaltaan itse kuntoutusjakso pyrkii simuloimaan työpäivää ja intensiivistä lyhyttä työkokeilua. Tuetun työn malliin kuuluu olennaisena osana systemaattisesti ohjatut työkokeilut sekä riittävän pitkä seuranta (Jones ja Evans 1992; Wehman ym. 2003). Kuntoutuksen jatko rakennetaan kuntoutusohjelman aikana yhteistyössä kuntoutujan kotipaikkakunnan terveydenhuollon ja sosiaalitoimen sekä maksajatahojen kanssa. INSURE-

ohjelman yksityiskohtainen sisältö ja rakenne on kuvattu muussa yhteydessä (Kaipio ym. 2000; Sarajuuri ym. 2005).

Vaikuttavuuden mittaaminen

Tutkimusryhmän kuntoutujille ja heidän lähiomaisilleen erikseen lähetettiin kaksi vuotta kuntoutusohjelman päättymisen jälkeen strukturoitu kyselylomake, jossa kysyttiin heidän osallistumisestaan produktiiviseen toimintaa (täysi- tai osapäiväinen työ, tuettu työ, työtoiminta, työkokeilut, opiskelu, kotitalouden hoito, vapaaehtoistyö) juuri ennen vammautumista ja seurannan mittauksen ajankohtana. Verrokkiryhmän potilaille ja heidän läheisilleen lähetettiin sama kyselylomake, jossa kysyttiin heidän osallistumisestaan produktiiviseen toimintaan juuri ennen vammautumista ja samanpituisen ajanjakson jälkeen kuin tutkimusryhmällä oli kulunut vammautumisesta lopputulosmuuttujan mittaamiseen.

Tilastolliset menetelmät

Tutkimus- ja verrokkiryhmän välisten erojen vertailussa Mann-Whitneyn U-testiä ja χ^2 -riippumattomuustestiä. Koska demografiset ja vammaan liittyvät muuttujat olisivat voineet sekoittaa kuntoutuksen vaikutusta lopputulokseen, niiden vaikutusta kontrolloitiin logistisen regressioanalyysin avulla (Armitage ym. 2002). Vaikutuksen mittarina käytettiin logistisen regressioanalyysin mallista saatua ristitulossuhdetta (OR) ja sen 95 % luottamusväliä. Testit olivat kaksisuuntaisia.

Tulokset

Tutkimus- ja verrokkiryhmän vertaistamisen testaaminen osoitti, että ryhmät eivät eronneet toisistaan minkään demografisen tai vammaan liittyvän muuttujan suhteen (taulukko 1). Lopputulosta mitattiin kaksiluokkaisella lopputulosmuuttujalla, produktiivinen tai ei- produktiivinen. Tämän arviointi pohjautui potilaiden ja lähiomaisten täyttämän kyselylomakkeen tietoihin. Kaksi neuropsykologia, jotka eivät tunteneet potilaiden kuntoutushistoriaa eivätkä millään muulla tavoin olleet tekemisissä tutkimuksen kanssa, arvioivat toisistaan riippumatta kaikkien potilaiden produktiivisuuden. Heidän arvionsa olivat täysin yhdenmu- kaiset.

Tutkimuksen tulokseksi saatiin, että arviointiajankohtana tutkimusryhmän potilaista 89 prosenttia ja verrokkiryhmän potilaista 55 prosenttia oli produktiivisia. Tutkimusryhmän produktiivisuus oli tilastollisesti merkittävästi parempi kuin verrokkiryhmällä (OR = 6,96; 95 % CI, 1,26–38,44; P = 0,017) (taulukko 3). Logistinen regressioanalyysi osoitti, että muut tekijät kuin tutkimusryhmän saama kuntoutus eivät selittäneet ryhmien produktiivisuudessa todettua eroa (OR = 7,19; 95 % CI, 1,23–42,20; P = 0,029) (taulukko 5).

Taulukko 3. Produktiivisten ja ei-produktiivisten potilaiden määrä tutkimus- ja verrokkiryhmässä lopputuloksen arvioinnin ajankohtana.

Status	Tutkimusryhmä (n = 19), n (%)	Verrokkiryhmä (n = 20), n (%)
Produktiivinen	17 (89)	11 (55)
Ei-produktiivinen	2 (11)	9 (45)

OR (ristitulosuhte) = 6,96; 95 % CI, 1,26–38,44.
 χ^2 -testi = 5,718; df = 1, P = 0,017.

Taulukossa 4 on esitetty millaiseen produktiiviseen toimintaan tutkimusryhmän potilaat osallistuivat ennen kuntoutusohjelmaa, ja millaiseen produktiiviseen toimintaan sekä tutkimusryhmän potilaat osallistuivat kahden vuoden seuranta-ajan jälkeen. Tutkimusryhmän potilaiden produktiivisuus koheni selvästi tänä ajanjaksona. Niillä kahdella tutkimusryhmän potilaalla, jotka seurannan mittauksen ajankohtana luokittuivat ryhmään ei-produktiivinen, oli meneillään tuetun työnkokeilupaikan etsiminen. Vastikkeellisessa työssä olevien potilaiden määrä oli suurempi verrokkiryhmässä kuin tutkimusryhmässä, mutta tämä ero ei ollut tilastollisesti merkitsevä (χ^2 -testi = 1,642, P = 0,200).

Taulukko 4. Produktiivisen toiminnan sisältö ennen kuntoutusohjelmaa tutkimusryhmän potilailla ja lopputuloksen arvioinnin ajankohtana tutkimus- ja verrokkiryhmällä.

	Ennen kuntoutusohjelmaa		2 vuoden seuranta-ajankohtana	
	Tutkimuspotilaat		Tutkimuspotilaat	Verrokkipotilaat
Produktiivisen toiminnan sisältö	(n = 19)		(n = 19)	(n = 20)
Vastikkeellinen työ				
Kokopäivä	0		1	7
Osa-aika	0		3	1
Opiskelu	0		4 ^a	3
Työkokeilu	0		3 ^a	0
Produktiivinen, mutta ei vastikkeellinen työ				
Kokopäivä	0		0	0
Osa-aika	1		3	0
Vapaaehtoistyö (organisoitu ja säännöllinen)	0		3 ^b	0
Ei produktiivista toimintaa ^c	18		2	9

^a Kuuden opiskelemissa tai työkokeilussa olevan potilaan arvioituna tavoitteena oli vastikkeellinen osa-aikatyö ja yhden potilaan produktiivinen, mutta ei vastikkeellinen osa-aikatyö.

^b Yksi potilaista hoiti itsenäisesti kotitaloutta ja oli perheen yksinhuoltaja.

^c Ei työssä, opiskelemissa tai organisoidussa ja säännöllisessä vapaaehtoistyössä.

Taulukko 5. Kuntoutusohjelman ja muiden muuttujien yhteys produktiivisuuteen^a. Logistinen regressioanalyysi (n = 39).

Muuttujat	Regressio-kerroin	SE	OR (95 % CI)	P ^d
Kuntoutusohjelma ^b	1,97	0,90	7,19 (1,23–42,20)	0,029
Sukupuoli ^c	0,11	1,09	1,11 (0,13–9,35)	0,921
Ikä vammautuessa (v)	-0,027	0,039	0,97 (0,90–1,05)	0,481
Kroonisuus (kk)	-0,021	0,020	0,98 (0,94–1,02)	0,296
GCS pistemäärä	0,14 0,81	0,17	1,15 (0,82–1,60)	0,416
Konstantti		2,27		

Lyhenne: SE, keskiarvo; OR, ristitulosuhde.

Luokitellut muuttujat on koodattu seuraavasti: ^a produktiivinen = 1, ei-produktiivinen = 0, ^b INSURE = 1, verrokki = 0, ^c mies = 1, nainen = 0.

^d Waldin testi.

Diskussio

Tässä tutkimuksessa produktiiviseksi luokiteltujen potilaiden määrä oli suurempi erityiseen aivovammakuntoutusohjelmaan osallistuneiden potilaiden ryhmässä (89 %) kuin vertaistetus- sa verrokkiryhmässä (55 %), jonka potilaat saivat yleisen terveydenhuollon käytäntöjen mukaisia hoito- ja kuntoutuspalveluja. Tutkimuksen tulos on hyvin yhtenevä aikaisempien tutkimusten kanssa, joissa on raportoitu vastaavien kokonaisvaltaisten neuropsykologisesti painottuneiden postakuutin vaiheen aivovammakuntoutusohjelmien vaikuttavuutta (Prigatano ym. 1984 ja 1994; Ben-Yishay ym. 1987; Christensen ym. 1992; Klönoff ym. 2001). Holististen kuntoutusohjelmien ajoitus kuntoutusprosessissa on osoittautunut keskeisen tärkeäksi kuntoutumisen positiivisen tuloksen saavuttamiseksi. Näiden ohjelmien vaikuttavuus aivovamman akuutissa vaiheessa on ollut vähemmän suotuisa (Salazar ym. 2000; Prigatano 2000).

Tutkimuksemme verrokkiryhmän produktiivisuus oli hyvin polarisoitunut. Yhdeksän aivovammapotilasta ei osallistunut mihinkään produktiiviseen toimintaan, 8 teki vastikkeellista työtä ja 3 opiskeli. Tämä nostaa esiin kysymyksen työllistymisen ja produktiivisen aktiviteetin menetelmästä. Keskeinen osa holistisia kuntoutusohjelmia kuten INSURE-ohjelmaa on tuetut ammatillisen kuntoutuksen interventiot. Yksilöllisesti räätälöity työllistyminen, tuetut työkeilut ja systemaattinen seuranta auttavat aivovamman saaneita sijoittumaan aktiviteetteihin, jotka vastaavat heidän intressejään ja toimintakykyään aivovamman jälkeen (Consensus conference 1999; Wehman ym. 1990, 1995 ja 2003).

Aivovammakuntoutuksen vaikuttavuutta mitaavissa tutkimuksissa on produktiivisuutta pidetty sopivana lopputulosmuuttujana. Produktiivisuus on kuitenkin melko laaja lopputulosmuuttujakriteeri verrattuna esimerkiksi vastikkeelliseen työhön. Kun tässä tutkimuksessa tarkastelemme lopputulosmuuttujana paluuta vastikkeelliseen työhön, useampi verrokki- kuin tutkimusryhmän potilas luokitui tähän ryhmään, vaikka ero ryhmien välillä ei ollutkaan

tilastollisesti merkitsevä. On kuitenkin huomionarvoista, että työhön palaaminen sinällään ei tutkimusten mukaan takaa hyvää psykososiaalista sopeutumista aivovamman jälkeen (Sander ym. 1997; O'Neill ym. 1998). Myös tutkimuksemme verrokkiryhmän potilaista moni raportoi tuntevia vaikeuksia työssään tai opiskelussaan vammautumisen jälkeen, tai työnsä vaativuustason heikentymistä siitä mitä se oli ennen aivovammaa. O'Neill ym. (1988) havaitsivat tutkimuksessaan, että työhön palanneilla aivovamman saaneilla ihmisillä psykososiaalinen sopeutuminen ja toimintakyky olivat parempaa niillä, jotka tekivät osa-aikatyötä kuin niillä, jotka tekivät kokopäivätyötä. Osa-aikatyötä tekevät olivat osallistuvampia myös muilla elämän alueilla kuten sosiaalisesti ja kodin toiminnoissa, ja lisäksi heillä oli elämässään vähemmän täyttymättömiä tarpeita kuin kokopäivätyötä tekeillä. Nämä löydökset tukevat käsitystä, että onnistuneen aivovammakuntoutuksen lopputulosta tulisi laajemmin tarkastella kykynä osallistua riittävän laajalti erilaisiin aktiviteetteihin.

Tämä tutkimus ei ollut satunnaistettu mikä heikentää sen johtopäätöksien yleistettävyyttä. Tämän tutkimuksen tarkoitus oli arvioida yhden kuntoutusmuodon vaikuttavuutta kliinisessä kuntoutuskäytännössä. Tutkimusasetelmassa, jossa käytetään vertaistettua kontrolliryhmää, tulee ryhmien olla mahdollisimman huolellisesti vertaistettuja keskeisten muuttujien suhteen, jotta voidaan sulkea pois tulosta selittävät vaihtoehdot tekijät. Tässä tutkimuksessa ryhmät olivat keskimäärin hyvin samanlaisia jokaisen muuttujan suhteen, jotka mittasivat keskeisiä tekijöitä ennen vammautumista ja akuuttivaiheessa. Mahdolliset lopputulokseen vaikuttavat sekoittavat tekijät otettiin lisäksi huomioon tilastoanalyysillä, mutta muut tekijät (demografiset tai vammaan liittyvät) kuin tutkimusryhmän saama kuntoutus eivät selittäneet ryhmien produktiivisuudessa todettua eroa. Tämän tutkimuksen rajoitteena oli myös sen pieni otoskoko mikä heikentää tulosten yleistettävyyttä.

Johtopäätökset

Tutkimuksen mukaan erityinen neuropsykologisesti painottunut kuntoutusohjelma riittävine seuranta- ja tukitoimenpiteineen johtaa parempaan psykososiaaliseen toimintakykyyn arvioituna produktiivisuutena valikoidussa aivovammapotilaiden ryhmässä kuin yleinen akuuttivaiheen jälkeinen kuntoutus. Tutkimuksen tulos tukee aikaisemmissa tutkimuksissa raportoituja tuloksia vastaavanlaisten kuntoutusohjelmien vaikuttavuudesta. Jatkossa tarvitaan suuremmalla potilasaineistolla tehtyjä lisätutkimuksia erilaisten kuntoutusinterventioiden vaikuttavuuden arvioimiseksi.

Julkaisu

Sarajuuri J, Kaipio M-L, Koskinen S, Niemelä M, Servo A, Vilkki J. Outcome of a comprehensive neuro-rehabilitation program for patients with traumatic brain injury. *Arch Phys Med Rehabil* 2005; 86: 2296–2302.

Lähteet

Armitage P, Berry G, Matthews JN. *Statistical methods in medical research*. 4th ed. Oxford: Blackwell Science; 2002.

Ben-Yishay Y, Rattok J, Lakin P, Piasetsky EB, Ross B, Silver S, Zide E, Ezrachi O. Neuropsychologic rehabilitation. Quest for a holistic approach. *Semin Neurol* 1985; 5: 252–259.

Brooks CA, Lindstrom J, McCray J, Whiteneck G. Cost of medical care for a population-based sample of persons surviving traumatic brain injury. *J Head Trauma Rehabil* 1995; 10 (4): 1–13.

Christensen A-L, Pinner EM, Moller Pedersen P, Teasdale TW, Trexler LE. Psychosocial outcome following individualized neuropsychological rehabilitation of brain damage. *Acta Neurol Scand* 1992; 85: 32–38.

Cicerone KD, Dahlberg C, Kalmar K, Langenbahn DM, Malec JF, Bergquist TF, Felicetti T, Giacino JT, Harley JP, Harrington DE, Herzog J, Kneipp S, Laatsch L, Morse PA. Evidence-based cognitive rehabilitation. Recommendations for clinical practice. *Arch Phys Med Rehabil* 2000; 81: 1596–1615.

Consensus conference. Rehabilitation of persons with traumatic brain injury. NIH Consensus Development Panel on Rehabilitation of Persons with Traumatic Brain Injury. *JAMA* 1999; 282: 974–983.

Cope DN. The effectiveness of traumatic brain injury rehabilitation. A review. *Brain Inj* 1995; 9: 649–670.

Dikmen SS, Temkin NR, Machamer JE, Holubkov AL, Fraser RT, Winn HR. Employment following traumatic head injuries. *Arch Neurol* 1994; 51: 177–186.

Eames P, Wood RL. The structure and content of a head injury rehabilitation service. In: Wood RLL, Eames P, editors. *Models of brain injury rehabilitation*. London: Chapman and Hall; 1989: 31-47.

Englander J, Hall K, Stimpson T, Chaffin S. Mild traumatic brain injury in an insured population. Subjective complaints and return to employment. *Brain Inj* 1992; 6: 161–166.

Gollaher K, High W, Sherer M, Bergloff P, Boake C, Young ME, Ivanhoe C. Prediction of employment outcome one to three years following traumatic brain injury. *Brain Inj* 1998; 12: 255–263.

Hall KM, Cope DN. The benefit of rehabilitation in traumatic brain injury. A literature review. *J Head Trauma Rehabil* 1995; 10 (1): 1–13.

Humphrey M, Oddy M. Return to work after head injury: a review of post-war studies. *Injury* 1980; 12: 107–114.

Johnstone B, Mount D, Schopp LH. Financial and vocational outcomes 1 year after traumatic brain injury. *Arch Phys Med Rehabil* 2003; 84: 238–241.

Jones ML, Evans RW. Outcome validation in postacute rehabilitation. Trends and correlates in treatment and outcome. *J Insur Med* 1992; 24: 186–192.

Judd T. *Neuropsychotherapy and community integration. Brain illness, emotions, and behavior*. New York: Kluwer Academic / Plenum Publishers; 1999.

Kaipio M-L, Sarajuuri J, Koskinen S. INSURE program and modifications in Finland. *Julkaisussa: Christensen A-L, Uzzell B, toim. International handbook of neuropsychological rehabilitation. New York: Kluwer Academic / Plenum Publishers; 2000: 247–258.*

Klonoff PS, Lamb DG, Henderson SW. Outcomes from milieu-based neurorehabilitation at up to 11 years post-discharge. *Brain Inj* 2001; 15: 413–428.

Kraus JF, McArthur DL. Epidemiologic aspects of brain injury. *Neurol Clin* 1996; 14: 435–450.

Lezak MD, O'Brien KP. Longitudinal study of emotional, social, and physical changes after traumatic brain injury. *J Learn Disabil* 1988; 21: 456–463.

MacKenzie EJ, Shapiro S, Siegel J. The economic impact of traumatic injuries: one-year treatment-related expenditures. *JAMA* 1988; 260: 3290–3296.

Mc Mordie W, Barker S, Paolo T. Return to work (RTW) after head injury. *Brain Inj* 1990; 4: 57–69.

O'Neill J, Hibbard MR, Brown M, Jaffe M, Sliwinski M, Vandergoot D, Weiss MJ. The effect of employment on quality of life and community integration after traumatic brain injury. *J Head Trauma Rehabil* 1998; 13 (4): 68–79.

Prigatano GP, Fordyce DJ, Zeiner HK, Roueche JR, Pepping M, Wood BC. Neuropsychological rehabilitation after closed head injury in young adults. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1984; 47: 505–513.

Prigatano GP, Klonoff PS, O'Brien KP, Altman IM, Amin K, Chiapello D, Shepherd J, Cunningham M, Mora M. Productivity after neuropsychologically oriented milieu rehabilitation. *J Head Trauma Rehabil* 1994; 9 (1): 91–102.

Safran JD, Muran JC. *Negotiating the therapeutic alliance. A relational treatment guide. New York: Guilford Press; 2000.*

Sander AM, Kreutzer JS, Rosenthal M, Delmonico R, Young ME. A multicenter longitudinal investigation of return to work and community integration following traumatic brain injury. *J Head Trauma Rehabil* 1996; 11 (5): 0–84.

Sander AM, Kreutzer JS, Fernandez CC. Neurobehavioral functioning, substance abuse, and employment after brain injury: implications for vocational rehabilitation. *J Head Trauma Rehabil* 1997; 12 (5): 28–41.

Sherer M, Evans CC, Levernz J, Stouter J, Irby Jr JW, Lee JE, Yablon SA. Therapeutic alliance in post-acute brain injury rehabilitation: predictors of strength of alliance and impact of alliance on outcome. *Brain Inj* 2007; 21: 663–672.

Wehman PH, West MD, Kregel J, Sherron P, Kreutzer JS. Return to work for persons with severe traumatic brain injury. A data-based approach to program development. *J Head Trauma Rehabil* 1995; 10 (1): 27–39.

Wehman PH, Kregel J, Keyser-Marcus L, Sherron-Targett P, Campbell L, West M, Cifu DX. Supported employment for persons with traumatic brain injury. A preliminary investigation of long-term follow-up costs and program efficiency. *Arch Phys Med Rehabil* 2003; 84: 192–196.

Wood RLL, McCrea JD, Wood LM, Merriman RN. Clinical and cost effectiveness of post-acute neurobehavioural rehabilitation. *Brain Inj* 1999; 13: 69–88.

Heikki Suoyrjö¹, Tuula Oksanen², Katariina Hinkka³, Jaana Pentti², Mika Kivimäki⁴, Timo Klaukka³ ja Jussi Vahtera²

¹Kuntoutuskeskus Petrea ja Seinäjoen keskussairaala, ²Työterveyslaitos, ³Kelan tutkimusosasto, ⁴Helsingin yliopisto

Aslak[®]-kuntoutuksen työkykyvaikutukset ja kahden fibromyalgiakuntoutuksen työkykyvaikutusten vertailu rekisteriaineistossa

Tiivistelmä

Kelan järjestämä harkinnanvarainen kuntoutus on merkittävä yhteiskunnallinen panostus, mutta näyttö sen vaikuttavuudesta on puutteellinen. Erityisesti tämä koskee työkykyvaikutuksia. Esiteltävissä tutkimuksissa selvitettiin kunnallisten työpaikkojen suuressa kohortissa ammatillisesti syvennetyn lääketieteellisen kuntoutuksen (Aslak[®]) työkykyvaikutuksia käyttäen tulosuuttujina eripituisia sairauspoissaoloja ja myönnettyjä työkyvyttömyyseläkkeitä sekä verrattiin kahden erityyppisen fibromyalgiakuntoutuksen työkykyvaikutuksia samoilla tulosuuttujilla. Aslak[®]-kuntoutus näytti vähentävän hyvin pitkiä sairauspoissaoloja ja uusia työkyvyttömyyseläkkeitä neljän vuoden ajaksi kuntoutuksen jälkeen. Fibromyalgiapotilaiden kuntoutuksessa spesifinen fibromyalgiakurssi ja epäspesifinen tuki- ja liikuntaelinkuntoutus eivät poikenneet toisistaan näillä tulosuuttujilla.

Tutkimuksen taustaa

Kelan järjestämä kuntoutus perustuu hyvään kuntoutuskäytäntöön ja vaikuttavuustuloksiin. Sen avulla ylläpidetään ja parannetaan kuntoutujien työ- tai toimintakykyä. (Kelan laitostuotoisen kuntoutuksen standardi) Vuonna 2007 Kelan kuntoutuspalveluja saaneita henkilöitä oli 87 846. Kymmenen vuotta aikaisemmin vuonna 1997 vastaava luku oli 67 604 henkilöä. Kuntoutujien lukumäärä on lisääntynyt kymmenessä vuodessa 30 prosentilla. Kuntoutukseen osallistuneiden osuus vuonna 2007 oli 1,7 % väestöstä ja tämä osuus on ollut jokseenkin sama koko 2000-luvun ajan. Kuntoutujien mediaani-ikä vuonna 2007 oli 47 vuotta. Kelan harkinnanvaraisen kuntoutuksen suurin toimenpideryhmä vuonna 2007 oli ammatillisesti syvennetty lääketieteellinen kuntoutus (Aslak[®]), johon osallistui 14 310 henkilöä.

Vuonna 2007 kuntoutuskulut kokonaisuudessaan olivat 291,3 miljoonaa euroa ja tästä Kelan kuntoutuspalvelujen osuus oli 233 miljoonaa euroa ja maksettujen kuntoutusrahojen osuus 58,3 miljoonaa euroa. Vuotuisina kustannuksina vuonna 2007 harkinnanvaraisen kuntoutuksen osuus oli 107,3 miljoonaa euroa, vaikeavammaisten lääkinnällisen kuntoutuksen 110,9

miljoonaa euroa ja vajaakuntoisten ammatillisen kuntoutuksen 47,9 miljoonaa euroa. Kuntoutujaa kohti laskettuna vuosikustannuksena Kelalle esimerkiksi Aslak[®]-kuntoutuksesta tuli 2 173 euroa. (Kelan tilastollinen vuosikirja 2007)

Kelan korvaamia sairauspäivärahopäiviä kertyi vuonna 2007 yli 16 miljoonaa ja näistä tuki- ja liikuntaelinsairaudet sekä mielenterveyssyyt olivat työkyvyttömyyden syynä lähes 10 miljoonassa sairauspäivärahopäivässä. Uusissa sairauspäiväraha-kausissa tuki- ja liikuntaelinsairaudet olivat syynä 34,5 %:ssa ja mielenterveyden häiriöt 17 %:ssa. (Kelan sairausvakuutus tilasto 2007) Vuoden 2006 uusista työkyvyttömyyseläkkeistä 33 % aiheutui mielenterveyden häiriöstä ja 32 % tuki- ja liikuntaelinsairaudesta (Kelan ja ETK:n eläketilasto 2006).

Tutkimustietoa Kelan järjestämästä kuntoutuksen työkykyvaikutuksista on vähän. Systemaattisten katsausten tieto viittaa moniammatillisen (biopsykosiaalisen) intensiivisen (vähintään 100 aktiivista tuntia/jakso) kuntoutuksen parantavan toimintakykyä kroonisessa alaselkäivussa (Guzman ym. 2001; Kuoppala ja Lamminpää 2006). Varhaiskuntoutuksen osalta vaikuttavuusnäyttö on vielä niukempi (Härkäpää 2002; Kuoppala ja Lamminpää 2006). Aslak-kuntoutuksen vaikutuksista sairauspoissaoloon on kaksi aikaisempaa kontrolloitua tutkimusta. Järvisen ym. tutkimuksessa selvitettiin tämän kuntoutuksen tuloksellisuutta vertaamalla kahden yrityksen kuntoutukseen osallistuneita työntekijöitä kaltaistettuihin verrokkeihin käyttäen sairauspoissaolopäiviä ja poissaolokertoja tulosuuttujina. Keskimääräinen seuranta-aika oli 1,5 vuotta kuntoutuksen jälkeen. Vaikuttavuus (kuntoutujien ja verrokkien sairauspoissaolopäivien muutoksen erotus) koko aineistossa oli 2 päivää henkilöä ja vuotta kohden. (Järvinen ym. 1995) Helo (2000) selvitti tutkimuksessaan Aslak[®]-kuntoutuksen vaikuttavuutta sairauspoissaoloon käyttäen mittarina myönnettyjä sairauspäivärahopäiviä. Näin omavastuu-aikaa lyhyemmät sairauspoissaolot jäivät huomioimatta. Kuntoutujien verrokkiaineistona olivat kuntoutukseen valitut henkilöt, joiden kuntoutus kuitenkin raukesi tai keskeytyi kestettyään enintään 4 päivää. Sairauspäivät lisääntyivät kuntoutuksen jälkeen hitaammin kuntoutujilla verrokkeihin verrattuna, koko seuranta-aikana ei kuitenkaan tilastollisesti merkitsevästi. Kuntoutusvuonna ero sairauspäivärahopäivien lisääntymisessä kuntoutujien ja verrokkien välillä oli merkitsevä: naisilla erotus oli 15,5 päivää ($p = 0,001$) ja miehillä 8,5 päivää ($p = 0,05$). Koko seuranta-ajalla ei havaittu merkitsevää eroa. Miehillä erotus oli negatiivinen (verrokeilla sairauspäivät lisääntyivät vähemmän kuin kuntoutujilla) ensimmäisenä, kolmantena ja neljäntenä kuntoutuksen jälkeisenä vuotena.

Katsauksista saatu tieto fibromyalgiakuntoutuksen vaikuttavuudesta on hyvin niukkaa (Karjalainen ym. 2000; Goldenberg ym. 2004) ja Suomessa toteutettavan fibromyalgiakuntoutuksen osalta tutkimuksia on tuskin lainkaan (Karjalainen ym. 2002). On esitetty, että hyödyllisin

kuntoutusmuoto on moniammatillinen kuntoutus, jossa yhdistyvät potilasohjaus, aerobinen harjoitus, kognitiivis-behavioraalinen terapia, rentoutusharjoitukset ja lääkehoito (Goldenberg ym. 2004). Kelan järjestämien fibromyalgiapotilaiden kuntoutuskurssien sisältö on tämänmukainen, mutta kognitiivis-behavioraalisen terapian osuus on vähäinen. Fibromyalgia-oireyhtymä aiheuttaa runsaasti työkyvyttömyyttä (Bruusgaard ym. 1993; Kassam ja Patten 2006; Kivimäki ym. 2007). Fibromyalgiakuntoutuksen vaikutuksista sairauspoissaoloon ei ole tutkimusnäyttöä.

Tutkimuksen tavoitteet

Rekisteritietoihin perustuvalla havainnoivalla kontrolloidulla seurantatutkimuksella haluttiin selvittää Aslak-kuntoutuksen vaikutuksia lyhyt- ja pitkäaikaiseen työkyvyttömyyteen. Fibromyalgiaa sairastavien kuntoutuksessa haluttiin selvittää onko erityinen fibromyalgiakurssi epäspesifistä tuki- ja liikuntaelinkuntoutusta vaikuttavampi, kun tulosmuuttujina ovat sairauspoissaolot ja myönnetyt työkyvyttömyyseläkkeet. Kummassakin tutkimuksessa seuranta-aika oli pidempi kuin aikaisemmissa tutkimuksissa.

Tutkimusjoukko ja menetelmät

Kummankin tutkimuksen tutkimusjoukko oli osa Kunta 10-tutkimuksen kohorttia (Vahtera ym. 2004). Tästä kuntien palveluksessa vuosien 1994–2002 aikana kokopäiväisessä työsuhteessa olleiden 67 104 henkilön kohortista etsittiin tuona aikana Kelan Aslak-kuntoutukseen osallistuneet sekä fibromyalgiakursseille osallistuneet ja fibromyalgia päädiagnoosinaan yleistules-, TYK- tai yksilölliseen kuntoutuslaitoshoitoon osallistuneet. Tutkimuksesta suljettiin pois sellaiset Aslak-kuntoutujat, jotka olivat osallistuneet lisäksi johonkin muuhun Kelan järjestämään kuntoutukseen. Nämä tiedot saatiin Kelan kuntoutusrekisteristä. Aslak-kuntoutukseen osallistuneita oli tutkimuksessa 2 236 henkilöä. Heille valittiin verrokeiksi satunnaisotoksella nelinkertainen määrä työnantajakunnan, sukupuolen, iän ja ammattiaseman mukaan kaltaistettuja henkilöitä, jotka eivät olleet osallistuneet mihinkään Kelan järjestämään kuntoutukseen ($n = 8\,944$). Fibromyalgiakursseille osallistuneita oli 124 henkilöä (spesifi kurssi) ja kuntoutusdiagnoosinaan fibromyalgia joko yleistules-, TYK- tai yksilölliseen kuntoutuslaitosjaksoon osallistuneita 94 henkilöä (epäspesifi kurssi). Demografiset tiedot kerättiin työnantajien rekistereistä. Sairauspoissaolotiedot kerättiin sekä työnantajien rekistereistä että Kelan sairausvakuutusrekisteristä. Näin mukaan saatiin myös lyhyet poissaolokerrat. Kelan sairausvakuutusrekistereistä kerättiin lisäksi tiedot erityiskorvattavista lääkehoidoista sekä

kuntoutusvuoden kipu- ja mielialälääkkeiden reseptiostoista. Aslak-kuntoutujien ja verrokkien kohdalla kerättiin myös tieto sairastetuista syöpätaudeista (Suomen syöpärekisteristä). Työkyvyttömyyseläkkeistä (myös kuntoutustuki ja osatyökyvyttömyyseläke) tieto kerättiin Aslak-kuntoutujista, verrokeista ja kummankin ryhmän fibromyalgiakuntoutujista Kelan ja Eläketurvakeskuksen yhteisrekisteristä. Aslak-kuntoutujien ja verrokkien sairauspoissaoloja seurattiin 8 vuoden ajan (2 vuotta ennen kuntoutuksen alkua, kuntoutusvuonna ja 5 vuotta jälkeen kuntoutuksen). Fibromyalgiakuntoutujien sairauspoissaoloja seurattiin 6 vuoden ajan kuntoutuksen jälkeen sairauspäiväraajaksoina (yli 10 päivän työkyvyttömyys) ja hyvin pitkänä (yli 90 päivän) työkyvyttömyysjaksoina.

Tilastollisina menetelminä alkutilanteessa tutkimusryhmän ja verrokkiryhmän vertailussa käytettiin χ^2 -testiä. Aslak-kuntoutuksen ja sairauspoissaolojen assosiaatiota tutkittiin selvittämällä vuosittaiset sairauspoissaolopäivät ja eripituiset poissaolokerrat (1–3 päivää, > 3 päivää ja > 21 päivää). Analyysimenetelmänä käytettiin toistuvien mittausten regressioanalyysiä (GEE). Coxin mallia käytettiin tutkittaessa Aslak-kuntoutuksessa alkutilanteen muuttujien ja kuntoutuksen assosiaatiota työkyvyttömyyseläkkeeseen. Vaarasuhde (hazard ratio) laskettiin 95 %:n luottamusvälejä käyttäen. Fibromyalgiakuntoutujien sairauspoissaolojen ja työkyvyttömyyseläkkeen riskiä spesifiin kurssiin osallistuneilla verrattiin epäspesifiin kurssiin osallistuneisiin käyttäen Coxin mallia ja vaarasuhde laskettiin 95 %:n luottamusvälejä käyttäen.

Tulokset

Aslak-kuntoutus

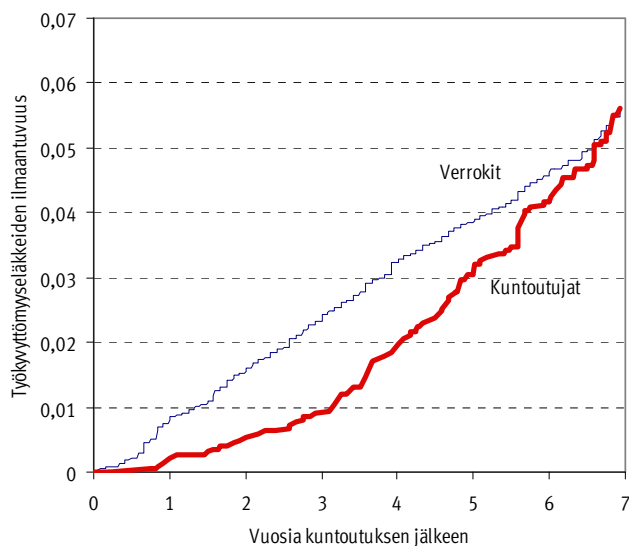
Aslak-kuntoutujien ja verrokkien alkutilanteen terveysmuuttujissa ei ollut eroa lääkehoidon erityiskorvauksien kokonaismäärässä, diabeteksen, verenpainetaudin tai astman lääkehoidon erityiskorvauksien määrässä eikä todetuissa syöpäsairauksissa. Iskeemisen sydäntaudin vuoksi myönnettyjä lääkehoidon erityiskorvauksia oli verrokeilla useammin (1,0 %) kuin Aslak-kuntoutujilla (0,5 %). Aslak-kuntoutujilla oli verrokkeja enemmän kipu- ja masennuslääkeostoja ($p < 0,001$). Kuntoutusvuotena kuntoutujien keskimääräinen reseptillä saatavien kipulääkkeiden määrä oli 13,4 päiväannosta (DDD) ja verrokeilla 10,8 päiväannosta. Masennuslääkkeiden osalta vastaavat luvut olivat 8,7 kuntoutujilla ja 7,7 verrokeilla. Alkutilanteen terveysmuuttujat korreloivat työkyvyttömyyseläkkeen riskiin selvästi. Mikä tahansa Kelan myöntämä lääkehoidon erityiskorvaus lisäsi työkyvyttömyyseläkkeen riskiä 3,2-kertaisesti (95 % luottamusväli 2,7–3,8). Jos vuosittaiset reseptikipulääkeostot ylittivät 100 päiväannosta, oli työkyvyttömyyseläkkeen suhteellinen riski 4,3 (95 % LV 3,2–5,8). Vastaavas-

ti vuosittaisten masennuslääkeostojen ylittäessä 100 päiväannosta työkyvyttömyyseläkkeen vaarasuhde oli 4,7 (95 % LV 3,6–6,1).

Kahdeksan vuoden seurannassa Aslak-kuntoutujien vuosittaiset sairauspoissaolopäivät olivat U-käyrän muotoisessa assosiaatiassa verrokkien vastaaviin poissaolopäiviin. Kuntoutusta edeltävänä vuonna kuntoutujilla oli 17 % enemmän sairauspoissaolopäiviä kuin verrokeilla, mutta kuntoutusvuonna ja kolmena sitä seuraavana vuotena sairauspäivien määrä oli sama (RR 0,93–1,03, 95 % LV 0,85–1,13). Neljäntenä ja viidentenä kuntoutuksen jälkeisenä vuotena sairauspäivien ja hyvin pitkien poissaolokertojen ero kuntoutujien ja verrokkien välillä palasi kuntoutusta edeltävälle tasolle. Assosiaation kurvilinearisuuden testauksessa todettiin merkitsevyys $p < 0,001$). Samanlainen assosiaatio todettiin vuosittaisissa hyvin pitkissä (> 21 työpäivää) poissaolokerroissa. Lyhyissä (< 3 työpäivää) ja kaikissa pitkissä (> 3 työpäivää) poissaolokerroissa ei todettu samaa assosiaatiota. Säästyneinä työpäivinä voidaan laskea kuntoutujaa kohti 6,7 työpäivää. Tämä saadaan arvioimalla kuinka paljon enemmän sairauspoissaolopäiviä olisi kertynyt, jos kuntoutusta edeltävä trendiero olisi jatkunut.

Seuranta-aikana työkyvyttömyyseläke myönnettiin 113 (5 %) kuntoutujalle ja 441 (5 %) verrokille. Päädiagnoosina työkyvyttömyyseläkkeissä olivat useimmiten tuki- ja liikuntaelinsairaudet sekä kuntoutujilla (42 %) että verrokeilla (41 %) sekä mielenterveyden häiriöt (33 % kuntoutujilla ja 37 % verrokeilla). Eläkekertymä oli hitaampaa Aslak-kuntoutujilla verrokkeihin verrattuna (kuvio 1). Kuntoutuksen jälkeisinä seitsemänä vuotena työkyvyttömyyseläkevuosien kertymä oli pienempi kuntoutujilla kuin verrokeilla ja ero oli 56,4 työkyvyttömyyseläkevuotta tuhatta työntekijää kohden.

Kuvio 1. Kuntoutujien ja kaltaistettujen verrokkien kumulatiivinen työkyvyttömyyseläkkeen riski seitsemän kuntoutuksen jälkeisen vuoden aikana.

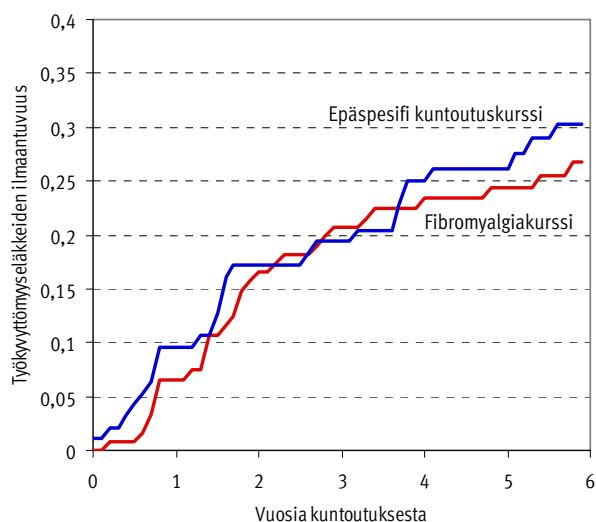


Fibromyalgiakuntoutus

Alkutilanteessa (kuntoutusvuonna) ei fibromyalgiakurssiin ja epäspesifiin tuki- ja liikunta-elinsairaiden laitoskuntoutukseen osallistuneiden välillä ollut merkitseviä eroja sukupuolijakauman, ammattiaseman, työsuhteen laadun, lääkehoidon erityiskorvauksien tai kipu- tai masennuslääkeostojen osalta. Ero ryhmien välillä oli iässä: fibromyalgiakurssilaiset olivat nuorempia (keski-ikä 48,6 vuotta vs. 51,0 vuotta). Kuntoutusvuonna kummassakin ryhmässä keskimääräinen sairauspoissaolopäivien määrä oli nelinkertainen verrattuna samojen työpaikkojen henkilöiden keskimääräiseen sairauspoissaoloon (58 työpäivää vs. 15 työpäivää).

Kuuden vuoden seurannassa ei ryhmien välillä todettu eroa työkyvyttömyyden ilmaantuvuudessa. Ensimmäinen sairauspäiväraha-kausi myönnettiin puolelle kummankin ryhmän kuntoutujista ensimmäisen kuntoutuksen jälkeisen vuoden aikana ja 80–82 %:lle kuuden vuoden seurannan loppuun mennessä. Hyvin pitkän (> 90 työpäivää) sairauspoissaolon kertymä ensimmäisen kuntoutuksen jälkeisen vuoden aikana oli 10–15 % ja seurannan loppuun mennessä 40 %. Työkyvyttömyyseläke myönnettiin kuuden vuoden seurannan loppuun mennessä 26 %:lle (31/121) spesifiin fibromyalgiakurssiin osallistuneelle ja 29 %:lle (27/94) epäspesifiin kuntoutukseen osallistuneelle. Työkyvyttömyyseläkkeen kertymisessä ei ollut eroa ryhmien välillä (kuvio2).

Kuvio 2. Kumulatiivinen työkyvyttömyyseläkkeiden riski fibromyalgiakurssiin ja epäspesifiin kuntoutuskurssiin osallistuneilla.



Pohdinta

Aslak-kuntoutujat olivat, kuten Kelan ohjeissa todetaan henkilöitä, joiden työkyky oli vaarassa heikentyä pitkäaikaisesti, mutta joilla ei ollut kuitenkaan todettu kroonisia sairauksia. Tutkimustulos osoittaa, että Aslak-kuntoutus voi muutaman vuoden ajaksi vähentää sairauspoissaoloja ja pienentää työkyvyttömyyseläkkeen riskiä. Tutkimuksen vahvuutena on luotettava rekisteritieto, mutta siihen liittyy myös heikkous, koska rekisteritieto kattaa vain rajoitetun osan tunnetuista työkykyä tai työkyvyttömyyttä ennustavista tekijöistä. Tutkimuksen suurin heikkous on satunnaistamisen puuttuminen ryhmien välillä. On mahdollista, että tuntematon terveystekijä voi johtaa todettuun tulokseen. Se, että kuntoutujat olisivat terveempiä kuin verrokkit ja tulos selittyisi sillä, näyttää kuitenkin epätodennäköiseltä seuraavista syistä.

Kroonisten sairauksien lääkehoitoon myönnettyjä Kelan erityiskorvauksia oli yhtä paljon kummassakin ryhmässä. Ainoastaan sepelvaltimotaudin vuoksi myönnettyjä erityiskorvauksia oli kuntoutujilla vähemmän, mutta kaikkien sepelvaltimotautidiagnoosilla erityiskorvauksen saaneiden poistaminen analyysistä ei muuttanut tulosta työkyvyttömyyseläkeriskin osalta (vaarasuhde 0,55 95 % LV 0,37–0,81). Se, että kuntoutusvuoden reseptilääkeostoja oli enemmän kuntoutujilla kuin verrokeilla, puhuu sitä vastaan, että kuntoutujat olisivat olleet verrokkeja terveempiä. Tutkimuksessa kävi ilmi kipu- ja masennuslääkeostojen korreloivan jo alle sadan päiväannoksen vuositasolla merkitsevästi lisääntyneeseen työkyvyttömyyseläkkeen riskiin. Lääkärintodistuksiin perustuvat sairauspoissaolot (> 3 työpäivää) korreloivat vahvasti tulevaan pysyvään työkyvyttömyyteen (Kivimäki ym. 2004) ja ennenaikaisiin kuolemiin (Kivimäki ym. 2003). Koko kahdeksan vuoden seurannan ajan kuntoutujilla oli 10–15 % enemmän lääkärintodistukseen perustuvia sairauspoissaolokertoja. Tutkimuksessa havaittu työkyvyttömyyden riskin muutos ajan funktiona viittaa myös kausaalisuhteeseen intervention ja työkyvyn välillä. Seurannasta pudonneiden kuntoutujien (6,5 % kuntoutujista) ja verrokkien (10 % verrokeista) sairauspoissaolopäivien määrässä ei ollut merkitsevää eroa neljän ensimmäisen seurantavuoden aikana (RR 0,90 95 % LV 0,77–1,06). Ammattiasemaa vaihtaneiden osuudet olivat samat kummassakin ryhmässä ja kuolemia sattui saman verran kummassakin ryhmässä. Nämä viittaavat siihen, että seurannasta pudonneet eivät aiheuttaneet tutkimusharhaa.

Kahden erityyppisen fibromyalgiakuntoutuksen vertailussa odotuksena oli, että erikoiskurssi on epäspesifiä tules-kuntoutusta vaikuttavampi. Työkykyvaikutukset eivät kuitenkaan poikenneet toisistaan. Kummassakin ryhmässä pitkäaikainen työkyvyttömyys lisääntyi nopeasti. Kuntoutusmuotojen keskeisiä eroja olivat kuntoutusprosessin pituus ja erilainen aikajänne. Sisällössä fibromyalgiakurssilla paneuduttiin potilasohjauksessa fibromyalgiaoireyhtymään,

epäspesifissä kuntoutuksessa ei. Lisäksi fibromyalgiakurssiin kuului keskustelutilanteita selviytymiskeinoista. Lihasvoimaharjoituksia oli puolestaan enemmän epäspesifissä laitostoutuksessa. Fibromyalgiakurssien aikajänteen pidentäminen voisi parantaa vaikuttavuutta, etenkin jos kurssien sisällössä olisi enemmän kognitiivis-behavioraalista otetta.

Fibromyalgiaoireyhtymään liittyvä työkyvyn alentuminen on osoitettu useissa tutkimuksissa (esim. Hyyppä ym. 1998; Henriksson ja Liedberg 2000). Tieto fibromyalgian kuntoutusmenetelmien vaikuttavuudesta työkykyyn on edelleen puutteellinen eikä mikään menetelmä ole osoittautunut toista paremmaksi. Ehkä monioireisen fibromyalgiaoireyhtymän etiologiakin on monisyinen, eikä ole olemassa yhtä ainoaa tehokasta kuntoutuksen menetelmää kaikille fibromyalgiaa sairastaville.

Lähteet

Bruusgaard D, Evensen AR, Bjerkedal T. Fibromyalgia – a new cause for disability pension. *Scand J Soc Med* 1993; 21: 116–119.

Goldenberg DL, Burckhardt C, Crofford L. Management of fibromyalgia syndrome. *JAMA* 2004; 292: 2388–2395.

Guzman J, Esmail R, Karjalainen K. ym. Multidisciplinary rehabilitation for chronic low back pain. Systematic review. *BMJ* 2001; 322: 1511–1516.

Helo T. Kelan Aslak-toiminnan kustannusten ja vaikutusten arviointi. Turku: Kela, Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 55, 2000.

Henriksson C, Liedberg G. Factors of importance for work disability in women with fibromyalgia. *J Rheumatol* 2000; 27: 1271–1276.

Hyyppä M, Kronholm E, Leino A, Viitanen J. Kipu-uupumusoireiden pysyvyys ja kurssimuotoinen fibromyalgia-kuntoutus. Turku: Kansaneläkelaitos Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 30, 1998.

Härkäpää K. Varhaiskuntoutuksen vaikuttavuus. Julkaisussa: Aalto A-M, Hurri H, Järvikoski A, ym. toim. Kannattaako kuntoutus? Helsinki: Stakes, Raportteja 267, 2002: 29–44.

Järvinen P, Järvisalo J, Parvinen A ym. Aslak-kuntoutuksen teho sairauslomapäivillä mitattuna. *Suomen Lääkärilehti* 1995; 50: 585–590.

Karjalainen K, Malmivaara A, van Tulder M, ym. Multidisciplinary rehabilitation for fibromyalgia and musculoskeletal pain in working age adults. *Cochrane Database Syst Rev*. 2000; (2): CD001984.

Karjalainen K, Malmivaara A, Pohjolainen T, Hurri H. Tuki- ja liikuntaelinsairauksien kuntoutuksen vaikuttavuus. Julkaisussa: Aalto AM, Hurri H, Järvikoski A, toim. Kannattaako kuntoutus? Helsinki: Stakes, Raportteja 267, 2002: 74–75.

Kassam A, Patten SB. Major depression, fibromyalgia and labour force participation. A population-based cross-sectional study. *BMC Musculoskelet Disord* 2006; 7: 4.

Kelan tilastot 2004, 2007 ja 2008. Saatavissa: <<http://www.kela.fi/it/kelasto>>. Viitattu 1.11.2009.

Kelan laitosmuotoisen kuntoutuksen standardi. Versio 14/2.4.2007. Kansaneläkelaitos, terveys- ja toimeentuloturvaosasto, kuntoutusryhmä. Saatavissa: <<http://www.kela.fi/internet/liite.nsf>>.

Kivimäki M, Vahtera J, Virtanen M ym. Temporary employment and risk of overall and cause-specific mortality. *Am J Epidemiol* 2003; 158: 663–668.

Kivimäki M, Forma P, Wickström J ym. Sickness absence as a risk marker of future disability pension. The 10-town study. *J Epidemiol Community Health* 2004; 58: 710–711.

Kivimäki M, Leino-Arjas P, Kaila-Kangas L ym. Increased sickness absence among employees with fibromyalgia. *Ann Rheum Dis* 2007; 66: 65–69.

Kuoppala J, Lamminpää A. Kuntoutuksen vaikutukset työhönpaluuseen ja varhaiseen eläköitymiseen – systemoitu kirjallisuuskatsaus. *Kuntoutus* 2006 (4); 29: 3–17.

Vahtera J, Kivimäki M, Pentti J, ym. Organisational downsizing, sickness absence, and mortality. 10-town prospective cohort study. *BMJ* 2004; 328: 555–560.

Teemu Takala, Tiina Viljanen, Juhani Sivenius
Aivohalvaus- ja dysfasialiitto ry

Aivoverenkiertohäiriön sairastaneiden kuntoutukseen ohjautuminen ja kuntoutuksen toteutuminen ensimmäisinä kuukausina sairastumisen jälkeen

Tausta

Noin 14 000 suomalaista sairastuu vuosittain aivoverenkiertohäiriöön (AVH). Aivoinfarktin käypä hoito -suosituksessa (2006) todetaan, että aivoinfarktipotilaiden tulisi saada hoitoa ja kuntoutusta moniammatillisessa kuntoutusyksikössä, ja että aivoinfarktipotilaat hyötyvät tällaisesta kuntoutuksesta iästä tai sairauden vaikeusasteesta riippumatta. Moniammatillisesti toimivassa kuntoutusyksikössä sairastumisen alkuvaiheessa hoidettujen kuolleisuus ja pysyvään laitoshoitoon jäämisen riski on pienempi kuin tavallisella vuodeosastolla hoidettujen. Tehokas kuntoutus myös lyhentää hoitoaika, vähentää vammaisuutta ja parantaa elämänlaatua (Jörgensen ym. 2000; Stroke Unit Trialists' Collaboration 2007). On arvioitu, että 40–50 % sairastuneista hyötyy kuntoutuksesta moniammatillisesti toimivalla kuntoutusosastolla (Langhorne ym 2002). Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää AVH:n sairastaneiden kuntoutukseen ohjautuminen ja kuntoutuksen toteutuminen koko Suomessa. Vastaavaa systemaattista selvitystä ei ole aikaisemmin tehty.

Menetelmät

Tutkimus tehtiin Aivohalvaus- ja dysfasialiitto ry:n aloitteesta ja on Raha-automaattiyhdistyksen rahoittama. Sen ensimmäisessä vaiheessa vuonna 2007 haastateltiin henkilökohtaisesti Suomen kaikkien yliopistollisten ja keskussairaaloiden AVH-kuntoutuksesta vastaavia lääkäreitä. Haastatteluissa oli mukana tavallisesti myös terapeutteja ja hoitohenkilökuntaa. Tutkimuksen seuraavassa vaiheessa lähetettiin kyselylomakkeet (www.stroke.fi > kuntoutus ja palvelut > projektit > avh-kuntoutusprojekti) kaikkiin Suomen terveyskeskuksiin, aluesairaaloihin ja AVH-kuntoutusta antaviin kuntoutuslaitoksissa. Selvitimme mm. AVH:n sairastaneen tavanomaista hoitopolkua ja kysyimme eri ammattiryhmien tapaamiskertoja kuntoutujien kanssa. Lisäksi kartoitettiin vastaajien omia mielipiteitä kuntoutuksen riittävydestä, vahvuuksista ja heikkouksista.

Tulokset

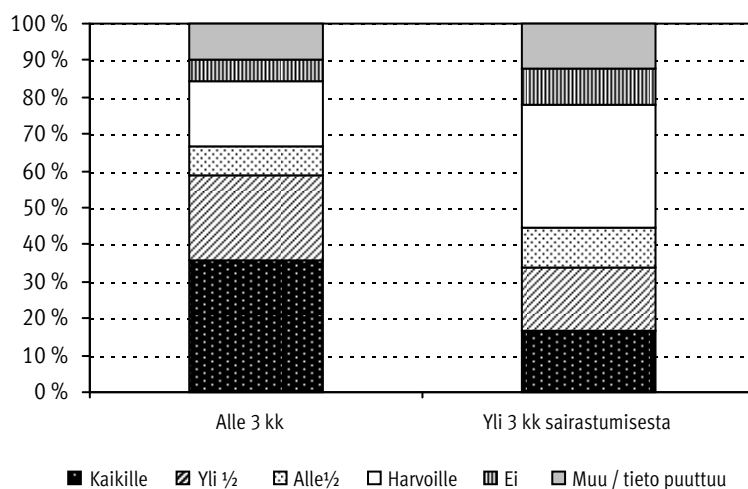
Kaikki 24 keskussairaalan akuuttiosastoa ja niiden kymmenen kuntoutusosastoa osallistuivat haastatteluun. Kaikista 237:sta terveyskeskuksesta 145 (61 %) palautti lomakkeen. Vastanneiden terveyskeskusten alueella asuu 81 % suomalaisista. Lomakkeen palautti myös 10 aluesairaala ja 17 yksityistä kuntoutuslaitosta. Tarkkoja tilastoja oli harvoin käytössä yksityisten kuntoutuslaitosten vastauksia lukuun ottamatta, ja vastaukset perustuvat pääasiassa vastanneiden ammattihenkilöiden tekemiin arvioihin. Vastaajan ammatti ei vaikuttanut systemaattisesti tulokseen.

Selvityksessä todettiin AVH:n sairastaneiden kuntoutusresursseissa huomattavaa vaihtelua maan sisällä. Vain yhdessä sairaanhoitopiirissä yli 40 prosenttia sairastuneista pääsee moniammatilliseen suositusten mukaiseen kuntoutukseen. Kuudessa sairaanhoitopiirissä alle kymmenen prosenttia sairastuneista saa laaja-alaista kuntoutusta sairauden ensimmäisinä kuukausina. Muut 14 sairaanhoitopiiriä sijoittuvat väliin 10–40 % ja kun koko Suomen tilannetta arvioidaan tehokkaaksi todettuun kuntoutukseen sairaanhoitopiirin kuntoutusosastolle, yksityiseen kuntoutuslaitokseen tai moniammatillisesti toimivalle terveyskeskuksen kuntoutusosastolle pääsee vain 15–20 % sairastuneista.

Vastanneista terveyskeskuksista 78 prosenttiin oli nimetty AVH-yhdyshenkilö, mutta heidän toimintaedellytyksensä olivat käytännössä puutteelliset: 12 prosenttia vastanneista totesi AVH-yhdyshenkilöjärjestelmän toimivan käytännössä erinomaisesti tai hyvin. Muut vastausvaihtoehdot olivat kohtalaisesti (34 %), välttävästi (21 %) tai huonosti (12 %).

Jos moniammatillisena kuntoutuksena pidetään fysioterapiaan viisi kertaa viikossa ja puhe- ja toimintaterapiaa vähintään kerran viikossa vain seitsemässä terveyskeskuksessa 111:sta oli mahdollisuus moniammatilliseen kuntoutukseen. Kirjallinen kuntoutussuunnitelma tehtiin kaikille alle kolme kuukautta aikaisemmin AVH:n sairastaneelle 52 (36 %) terveyskeskuksen alueella. Myöhemmässä vaiheessa (yli kolme kuukautta sairastumisesta) 24 (17 %) terveyskeskuksessa kaikille tehtiin kirjallinen kuntoutussuunnitelma (kuvio). Kaksikymmentäviisi (17 %) terveyskeskusta piti AVH-kuntoutuksesta saatua koulutusmäärää riittävänä, mutta 105 (72 %) ei pitänyt koulutusmääriä riittävänä. Viisitoista (10 %) terveyskeskusta ei vastannut koulutusta koskevaan kysymykseen.

Kuvio. Vastaus terveyskeskuslomakkeen kysymykseen: Tehdäänkö AVH-potilaille yleensä kirjallinen kuntoutussuunnitelma akuutissa/subakuutissa (≤ 3 kk) ja kroonisessa vaiheessa?



Pohdinta ja johtopäätökset

AVH-kuntoutusresurssit ovat maassamme riittämättömät. On arvioitu, että 40–50 % sairastuneista hyötyisi moniammatillisesta kuntoutuksesta osastolla (Langhorne ym. 2002). Suomessa kuntoutukseen pääsee kuitenkin ainoastaan 15–20 % sairastuneista. Kuntoutukseen pääsy liittyi asuinpaikkaan. Ainoastaan yhdessä sairaanhoitopiirissä kuntoutukseen pääsi tavoitteiden mukaisesti yli 40 % sairastuneista. Kuudessa sairaanhoitopiirissä moniammatilliseen kuntoutukseen ohjautui alle 10 % sairastuneista, mikä on selvästi liian vähän. Jos sairaanhoitopiiri ei vastannut kuntoutuksen järjestämisestä, piiriin sisällä näytti olevan paikakuntakohtaisia eroja. Tästä alueellisesta epätasa-arvosta tulisi päästä eroon esimerkiksi keskittämällä AVH-kuntoutus riittävän hyvin resursoituihin erityisosaamiskeskuksiin. Alkuvaiheen kuntoutuksen järjestäminen tulisi olla erikoissairaanhoidon vastuulla. Se voidaan järjestää joko sairaanhoitopiirin omana toimintana tai ostopalveluina yksityisistä moniammatillisesti toimivista kuntoutuskeskuksista.

AVH-yhdyshenkilöt ovat terveydenhuollon ammattilaisia (tavallisimmin hoitajia tai terapeutteja), jotka tapaavat työssään AVH-sairastaneita. He pyrkivät toiminnallaan kehittämään AVH-sairastaneiden ja heidän omaistensa palvelua, tehostamaan aivoverenkiertohäiriöiden ehkäisyä, kehittämään tapoja tukea kotona jaksamista ja ohjaamaan vertaistuen piiriin. Käytännössä työtä tehdään oman toimen ohessa ja AVH-yhdyshenkilöiden käytännön toimintamahdollisuuksia tulisikin vahvistaa. Yhdyshenkilöille pitäisi varata työaika yhdyshenkilötehtäviinsä ja saada nykyistä virallisempi asema esimerkiksi samalla tavalla kuin diabeteshoitajien tehtävä on vakiintunut.

Aivoinfarktin käypä hoito -suosituksen (2006) mukaan kaikille kuntoutusta tarvitseville tulisi tehdä kuntoutussuunnitelma, mutta näin ei terveyskeskuskyselyn vastausten perusteella tapahtu. Suurin osaa kyselyyn osallistuneista piti myös AVH-kuntoutuksesta saatua koulutusta riittämättömänä. Tilanteen parantamiseen sekä kuntoutussuunnitelmien että koulutuksen osalta tulee jatkossa kiinnittää enemmän huomiota.

Lähteet

Aivoinfarkti. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Neurologinen Yhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim 2002. Päivitetty 15.10.2006. Saatavilla: <www.kaypahoito.fi>.

Langhorne P, Polloc A, The Stroke Unit Trialists's Collaboration. What are the components of effective stroke unit care? *Age and Ageing* 2002; 31: 365–371.

Stroke Unit Trialists' Collaboration. Organised inpatient (stroke unit) care for stroke. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2007; 4. No.: CD000197. DOI:10.1002/14651858.CD000197.pub2.

Jørgensen HS, Kammergaard LP, Houth J ym. Who benefits from treatment and rehabilitation in a stroke unit? A community-based study. *Stroke* 2000; 31: 434–439.

Matti Vartiainen¹, Marjo Rinne², Jaana Sarajuuri¹, Matti Pasanen², Tommi Lehto¹, Hannu Alaranta¹

¹Käpylän Kuntoutuskeskus, ²UKK instituutti

Motorinen ja kognitiivinen suoriutuminen aivovammasta fyysisesti hyvin toipuneilla miehillä

Tausta

Tapaturmainen aivovaurio eli aivovamma on esiintyvyydeltään yleinen ja sen jälkitilan oireet voivat olla moninaiset (Concensus Conference 1999). Ne aiheuttavat eniten pitkäaikaista toimintakyvyn heikentymistä lapsilla ja nuorilla aikuisilla. Keskeisiä ovat fyysiset ja kognitiiviset oireet sekä käyttäytymisen ja tunne-elämän muutokset. Aivovamman seuraamukset vaikuttavat vammautuneen itsenäiseen toimintakykyyn ja psykososiaaliseen selviytymiseen, mutta vaikuttavat laajalti myös vammautuneen lähipiirissä sekä yhteisön että yhteiskunnan tasolla. Tyypillisesti aivovamman saaneilla esiintyy tarkkaavuuden ja keskittymisen ongelmia, oppimisen ja muistin heikentymistä, tiedon käsittelyn hidastumista, toiminnan suunnittelun ja toteuttamisen vaikeuksia sekä vireystilan säätelyn häiriöitä. Yleisiä fyysisiä oireita ovat tasapainon, koordinaation ja hienomotoriikan häiriöt. Aivovammasta fyysisesti hyvinkin toipuneet henkilöt kuvaavat usein motorisen suorituskykynsä heikentyneen. Nämä fyysisen suorituskyvyn muutokset eivät kuitenkaan välttämättä tule esiin tavanomaisessa neurologisessa tai fysioterapeuttisessa tutkimuksessa, mutta ne saattavat tulla esiin, kun vammautuneet yrittävät palata vammautumista edeltävien harrastusten, työn tai urheilun pariin (Masanic ja Bayley 1998). Motorista ja kognitiivista suoriutumista on perinteisesti tutkittu erikseen. Viime vuosina on kuitenkin havaittu, että ne neuraaliset alueet, jotka tyypillisesti ovat yhteydessä kognitiiviseen suoriutumiseen, saattavat myös olla yhteydessä motoriseen toimintaan (Serrien ym. 2007).

Tässä artikkelissa raportoidaan samasta aineistosta tehdyt kaksi osatutkimusta. Ensimmäisessä (I) osatutkimuksessa tarkoituksena oli arvioida tasapainoa mittaavien testien sekä liikeno- peus- ja rytmi-koordinaatiotestien tulosten toistettavuutta. Toisen (II) osatutkimuksen tarkoituksena oli selvittää motorisen ja kognitiivisen suoriutumisen välisiä yhteyksiä fyysisesti hyvin toipuneilla aivovamman saaneilla miehillä.

Aineisto ja menetelmät

Tutkimukseen osallistui Invalidiliiton Käpylän Kuntoutuskeskuksen (IKK) peräkkäisille kuntoutusjaksoille tulleita miehiä (n = 34, keski-ikä 34 v) ja heidän verrokeikseen mittauksiin kutsuttiin 36 tervettä miestä (keski-ikä 31 v). Tutkittavien osallistuminen oli vapaaehtoista. Neurologi varmisti kuntoutujien aivovammadiagnoosin ja esitietojen pohjalta soveltuvuuden tutkimukseen. Lisäksi osallistumisen edellytyksenä olivat seuraavat kriteerit: 1) ikä 19–55 vuotta, 2) BMI alle 35, 3) kognitiivisesta Mini Mental State Examination -testistä suoriutuminen hyväksytysti (MMSE > 24/30), 4) kyky suoriutua testien vaatimista alkuasennoista ja UKK 2 km:n kävelytestistä ja 5) kyky juosta lyhyt matka. Lisäksi vamman piti olla tapahtunut vähintään vuosi aiemmin.

Motoriset testit

Tutkimuksessa mitattiin staattista ja dynaamista tasapainoa (yhdellä jalalla seisominen, tandem-kävely etu- sekä takaperin), liikenopeutta ketteryysjuoksulla ja rytmi-koordinaatiokykyä (marssi paikalla metronomin tahdissa ja käsien taputus, hidas ja nopea tahti). Kussakin motorisessa testissä oli kaksi tai kolme testisuoritusta riippuen testistä. Testitilanne toistettiin viimeistään 48 tunnin kuluttua uudelleen. Tulosten analysoinnissa näistä testeistä käytettiin parhaan suorituksen aikaa.

Neuropsykologiset testit

Tutkimuksessa arvioitiin yleistä kognitiivista suoriutumista (CERAD: sanasujuvuus, nimeäminen, sanalistan oppiminen, muistista palautus ja tunnistaminen, kuvioiden kopioiminen ja muistista palautus, Mini-Mental State Examination), tarkkaavuutta, informaation prosessoinnin sujuvuutta ja kognitiivista joustavuutta (Trail Making testit, WAIS-R:n Merkkikoe), motorisen toiminnan ohjausta, käsien tahdonalaisia toimintaa sekä rytmien havaitsemista ja tuottamista (Lurian Neuropsykologisen tutkimuksen osatestejä).

Tilastolliset menetelmät

Osatutkimuksissa tulosten analysoinnissa käytettiin useita eri tilastollisia menetelmiä:

- I) Jatkuvien muuttujien toistettavuutta arvioitiin toistettujen mittausten keskiarvojen erolla, tyypillisellä virheellä (typical error) ja sisäkorrelaatiokertoimella (ICC).

Cohenin kappakerrointa (κ) käytettiin kolmiluokkaisten testitulosten yhdenmukaisuuden arvioinnissa.

- II) II) Neuropsykologisten ja motoristen testien välisiä yhteyksiä analysoitiin muuttujien mittaustasosta riippuen Spearmanin osittaisjärjestyskorrelaatiokertoimien, kovarianssianalyysin, logistisen regressioanalyysin tai Fisherin nelikenttätestin avulla. Analyysit vakioitiin, kun mahdollista, iän, koulutuksen pituuden, post-traumaattisen amnesian ja vammasta kuluneen ajan suhteen.

Tulokset

Kuntoutujien kokemat pahimmat oireet ilmenivät kömpelyytenä, ongelmina tasapainossa, juoksemisessa ja käden liikkeissä sekä väsymyksenä. Kuntoutujista 80 % oli joutunut muuttamaan urheilu- ja vapaa-ajan harrastuksiaan vammautumisen jälkeen ja 12 % oli lopettanut harrastukset kokonaan.

I osatutkimus

Tutkimusryhmä suoriutui dynaamisista tasapainotesteistä (tandem-kävely etu- ja takaperin) hitaammin kuin vertailuryhmä. Suoritusajat paranivat kuitenkin molemmilla ryhmillä yrityskerrasta toiseen sekä ensimmäisen (tandem-kävely etuperin: kuntoutujien keskiarvo 15,1 s; verrokkien 11,5 s) että toisen (kuntoutujien 13,9 s; verrokkien 9,8 s) testauskerran välillä. Silti tyypilliset virheet olivat systemaattisesti suuremmat kuntoutujien ryhmässä kaikissa testisuorituksissa (tandem-kävely etuperin: kuntoutujat 1,7 s; verrokkit 1,1 s / tandem-kävely takaperin: kuntoutujat 2,0 s; verrokkit 1,6 s). Ketteryyssuoksussa toistettavuus oli kuntoutujien ryhmässä heikompi kuin vertailuryhmässä, mutta kuitenkin hyvä (tyypillinen virhe: kuntoutujat 0,28 s; verrokkit 0,14 s / keskiarvot toisella testikerralla: kuntoutujat 8,1 s ja verrokkit 6,4 s). Staattisessa tasapainotestissä yhden jalan varassa seisottaessa (kuntoutujilla oikealla jalalla $\kappa = 0,63$; vasemmalla jalalla $\kappa = 0,43$; verrokkit oikealla jalalla $\kappa = 0,63$, vasemmalla jalalla $\kappa = 0,49$) ja rytmi-koordinaatiotestissä toistettavuus oli kohtalainen (kuntoutujilla hidas rytmi $\kappa = 0,58$ ja nopea rytmi $\kappa = 0,54$; verrokkit hidas rytmi $\kappa = 0,26$ ja nopea rytmi $\kappa = 0,40$). Testaajien välinen toistettavuus oli hyvä. Motoristen testien paras toistettavuus oli peräkkäisten testisuoritusten parhaalla tuloksella.

II osatutkimus

Kognitiivisessa ja motorisessa suoriutumisessa sekä informaation prosessoinnin nopeus että tarkkaavuus (Trail Making testit ja WAIS-R:n Merkkikoe) olivat tilastollisesti merkitsevästi yhteydessä liikenopeuteen (ketteryysjuoksu). Tulosten perusteella niillä kuntoutujilla, joilla oli normaali tulos toiminnanohjauksen tehtävissä (sanasujuvuus ja rytmien tuottaminen) oli tilastollisesti merkitsevästi nopeampi tulos tandem-kävelyssä eteenpäin ja liikenopeudessa verrattuna kuntoutujiin, joilla oli ”patologinen” tulos. Lisäksi käsien tahdonalaisilla toiminnoilla oli tilastollisesti merkitsevä yhteys kaikkiin motorisiin testeihin staattista tasapainoa lukuun ottamatta.

Pohdintaa

Yhdistämällä kuntoutuksessa sekä kognitiivisen että motorisen toiminnan arviointia ja harjoittelua saadaan parempi vastaavuus arkielämän toimintojen kanssa. Aivovammakuntoutuksessa parhaan kokonaistuloksen saavuttaminen edellyttää moniammatillista yhteistyötä ja kuntoutuksen eri näkökulmien avartamista (Ponsdorf ym. 1995). Käytetyt motoriset testit osoittautuivat toistettavuudeltaan hyviksi ja aivovammakuntoutujille sopiviksi, ja nämä testit mittaavat juuri niitä motoriikan osa-alueita, joita on ensisijaisesti suositeltu aivovammakuntoutujille arvioitavan (Quinn ja Sullivan 2000). Testaamisen luotettavuutta lisää, jos testi voidaan tehdä useamman kuin yhden kerran. Erityisesti dynaamisten tasapainotestien tuloksista kävi ilmi, että testisuorituksia pitäisi olla vähintään kolme, jotta testissä tapahtuva oppimisvaikutus minimoidaan ja sillä kyettäisiin saamaan esille luotettavin tulos.

Aiemmin raportoidussa tutkimuksessa näiden liikehallintakykytestien perusteella fyysisesti hyvin toipuneiden aivovammakuntoutujien tulokset näyttivät eroavan tilastollisesti merkitsevästi terveiden vastaavista (Rinne ym. 2006). Aivovammasta fyysisesti hyvin toipuneiden miesten kuvaamat liikkumiseen liittyvät epämääräiset vaikeudet nopeassa liikkumisessa, kehon tasapainon hallinnassa ja raajojen yhtäaikaisessa koordinoinnissa ovat siis todellisia. Tämä näkyi myös tutkimukseen osallistuneiden kuntoutujien vastauksissa, joiden perusteella 80 % heistä oli joutunut muuttamaan aiempia liikuntaharrastuksiaan. Nyt arvioitujen liikehallintakykytestien avulla voidaan edellä mainittuja liikkumiseen liittyviä vaikeuksia selvittää tarkemmin, koska valitettavan usein fyysisesti hyvin toipuneiden henkilöiden liikkumista ja motoriikkaa havainnoidaan liian karkein ja ”helpoin” mittarein eikä ongelmia pystytä niillä riittävästi tunnistamaan. Korostettakoon vielä, että kliinisesti havainnoitaessa kiinnitetään huomiota yleensä laadullisiin tekijöihin kuten horjahduksiin tai virheiden määrään. Monesti

voidaan testisuorituksen nopeutta tai sujuvuutta arvioida ajan perusteella, esimerkiksi käyttäen tandem-kävelyyn kulunutta aikaa arvioinnin perustana. Se on jo sinällään luotettava ja hyvä mittari yhtenä alkutilanteen ja kuntoutuksen tuloksellisuuden arvioinnissa.

Toisessa osatutkimuksessa informaation prosessoinnin nopeus ja toiminnanohjauksen sujuvuus olivat yhteydessä ketteryysjuoksun nopeuteen. Myös käsien tahdonalaiset toiminnot olivat merkittävästi yhteydessä kaikkiin motorisen suoriutumisen testeihin lukuun ottamatta staattista tasapainoa. Nämä löydökset ovat samansuuntaisia aiempien tutkimusten kanssa, joissa on osoitettu informaation prosessoinnin, tarkkaavuuden ja toiminnanohjauksen mahdollinen yhteys motoriseen toimintaan (Cantin ym. 2007).

Tässä tutkimuksessa käytetyt motorisen toimintakyvyn mittarit arvioitiin luotettaviksi, joten niitä voi suositella käytettäväksi sekä jatkotutkimuksien menetelmiksi että kliniseen työhön. Jotta kognitiivisen ja motorisen toiminnan yhteys voidaan tarkasti osoittaa, tarvitaan jatkossa lisätutkimuksia, joissa on enemmän tutkittavia, sekä miehiä että naisia, ja vaikeudeltaan eriasenteisen aivovamman saaneita potilaita. Kognitiivisten ja motoristen ratojen neuraalisista yhteyksistä saadaan tulevaisuudessa tietoa käyttämällä uutta kuvantamisteknologiaa kuten funktionaalista magneettikuvausta (fMRI) ja valkean aineen ratojen kuvantamista (DTI-menetelmä, diffusion tensor imaging). Kognitiivisen ja motorisen suoriutumisen välisen yhteyden tutkimisesta saatujen tulosten perusteella voitaisiin kehittää sellainen kognitiivinen interventio, jolla aivovaurion jälkeen harjoitetaan myös motorista suoriutumista ja päinvastoin.

Yhteenveto

Tasapaino, liikenopeus ja rytmi-koordinaatiotestit osoittautuivat luotettaviksi mittareiksi tapaturmaisen aivovaurion saaneilla miehillä. Näin ollen testit sopivat kliniseen käyttöön tunnistamaan ja arvioimaan niitä kuntoutujia, joilla vaikeuksia esiintyy. Tutkimuksen löydökset antavat myös tukea aiemmille tuloksille motoriikan sekä kognition yhteydestä. Tulokset osoittivat, että informaation prosessoinnilla, tarkkaavuudella sekä toiminnanohjauksella oli yhteyttä motoriseen suoriutumiseen.

Tässä yhdistelmäartikkelissa raportoiduista tutkimuksista on toistettavuuden osalta julkaistu artikkeli: Vartiainen M, Rinne M, Lehto T, Pasanen M, Sarajuuri J, Alaranta H. The test-retest reliability of motor performance measures after traumatic brain injury. *Advances in Physiotherapy* 2006; 8: 50–59.

Lähteet

Cantin J-F, McFadyen BJ, Doyon J ym. Can measures of cognitive function predict locomotor behaviour in complex environments following a traumatic brain injury? *Brain Injury* 2007; 21: 327–334.

Consensus conference. Rehabilitation of persons with traumatic brain injury. NIH Consensus Development Panel on Rehabilitation of Persons with Traumatic Brain Injury. *JAMA* 1999; 282: 974–983.

Masanic C, Bayley M. Interrater reliability of neurologic soft signs in an acquired brain injury population. *Arch Phys Med Rehabil* 1998; 79: 811–815.

Serrien DJ, Ivry RB, Swinnen SP. The missing link between action and cognition. *Progress in Neurobiol* 2007; 82: 95–107.

Ponsdorf J, Sloan W, Snow P. Traumatic brain injury. Rehabilitation for everyday adaptive living. Hove, England: Erlbaum; 1995.

Quinn B, Sullivan J. The identification by physiotherapists of the physical problems resulting from a mild traumatic brain injury. *Brain Injury* 2000; 14 (12): 1063–1076.

Rinne MB, Pasanen ME, Vartiainen MV ym. Motor performance in physically well-recovered men with traumatic brain injury. *J Rehab Med* 2006; 38: 224–229.