

KUNTOUTUKSEN TUTKIMUSSEMINAARI, 9.5.2007, Rovaniemi
Järjestäjät: Kuntoutuksen tutkimus- ja kehittämissyhdistys, Lapin Yliopisto ja Lapin sairaanhoitopiiri

OHJELMA, SESSIOT JA ABSTRAKTIT

OHJELMA 9.5.2007

8.00–10.00	Ilmoittautuminen, aamukahvi ja näyttelyn pystyttäminen
10.00–10.20	Kuntoutusseminaarin avaus johtajaylilääkäri Eva Salomaa, Lapin keskussairaala professori Aila Järvikoski, Lapin yliopisto, Kuntoutuksen tutkimus- ja kehittämissyhdistys ry:n tieteellisen toimikunnan puheenjohtaja
10.20–11.05	Varhaisen puuttumisen kysymys kuntoutuksessa ja kuntoutuksen tutkimuksessa professori Asko Suikkanen, Lapin yliopisto
11.05–11.35	Narratiivisuus kuntoutuksen tutkimuksessa valt.lis., tutkija Jukka Valkonen, Kuntoutussäätiö
11.35–12.15	Mitä kuntoutuksen historia opettaa – lyhyt oppimäärä asiantuntijalääkäri Paavo Rissanen, Kelan tutkimusosasto
12.15–13.15	Lounas, näyttelyyn ja postereihin tutustuminen
13.15–14.45	RINNAKKAISSESSIOT 1. Neurologinen kuntoutus 2. Kuntoutuksen prosessit ja tarinat 3. Toimintakyky ja elämänlaatu 4. Kuntoutuksen ja sen vaikuttavuuden arviointi
14.45–15.00	Kahvi
15.00–16.30	RINNAKKAISSESSIOT 5. Työ ja tuen mahdollisuudet 6. Suunnittelu, ohjaus, arviointi 7. Yksilön elämänselämä ja palveluiden kohtaaminen
16.40	Postersessio Keskustelua
17.30	Päätössanat Professori Aila Järvikoski
19.00–20.30	Rovaniemen kaupungin iltavastaanotto Kaupungintalo, Hallituskatu 7

PYYDETYT PUHEENVUOROT

YLEISOHJELMA (pj. Aila Järvikoski)	
Alkusanat	Järvikoski A
Mitä kuntoutuksen historia opettaa – lyhyt oppimäärä	Rissanen P
Varhaisen puuttumisen kysymys kuntoutuksessa ja kuntoutuksen tutkimuksessa	Suikkanen A
Narratiivisuus kuntoutuksen tutkimuksessa	Valkonen J

SUULLISET ESITYKSET

TYÖRYHMÄ 1: Neurologinen kuntoutus (pj. Sinikka Peurala)	
Kuinka intensiivinen substantiivien ja verbien nimeämisharjoittelu vaikuttaa afaattisten henkilöiden spontaaniin puheeseen?	Arola T
ADL motor and ADL process skills in 7- to 10-year-old children with specific language impairments	Lautamo T, Salminen A-L, Fisher A G
Käden aktivoimisen vaikutus aivohalvauksipotilaiden neglect-oireyhtymän kuntoutumiseen	Luukkainen-Markkula R, Tarkka I, Pitkänen K, Sivenius J, Hämäläinen H
Jaksavatko kuntoutujat toteuttaa intensiivistä fysioterapiaa nopeasti aivohalvaukseen jälkeen?	Peurala S, Airaksinen O, Jäkälä P, Tarkka I, Sivenius J
Aivoverenkiertohäiriöpotilaiden fysioterapia tutkimuksen kohteena Itä-Savossa	Reunanen M, Talvitie U, Pyöriä O, Nyrkkö H.
CP- ja AVH-kuntoutujien ja kuntoutustyöntekijöiden kokemuksia ja käsityksiä kuntoutustoimenpiteiden merkityksellisyydestä kokonaisvaltaisen toimintakyvyn ylläpitämisessä ja edistämisessä	Koukkari M

TYÖRYHMÄ 2: Kuntoutuksen prosessit ja tarinat (pj. Katariina Hinkka)	
Ryhmämuotoisen kuntoutuksen prosessi	Grönlund R & Hinkka K
Kuntoutusta ja kasvatusta yhdessä. Erityiskasvatuksen ja kuntoutuksen yhteistoiminnan perusteita etsimässä	Sipari S
Terapeuttisen toiminnan tekijät	Harra T
"Se kääntyy vielä voimaksi... ne kaikkein huonoimmat kokemukset. Ihme kyllä niin siinä käy" - narratiivinen tutkimus masennuksesta kuntoutumisen prosessista	Peltomaa M
Psykoterapia ja sisäiset tarinat. Narratiivinen näkökulma psykoterapian merkityksiin	Valkonen J, Lindfors O, Helsingin Psykoterapiaprojektin tutkijaryhmä

TYÖRYHMÄ 3: Toimintakyky ja elämänlaatu (pj. Hannele Lukkarinen)	
HRQoL and sense of coherence among fibromyalgia patients	Kukkurainen M L, Kautiainen H, Mikkelsen M, Kyngäs H
Positive treatment response is reflected to favourable changes in the health-related quality of life profile of patients with early rheumatoid arthritis	Uutela T, Hakala M, Kautiainen H, Hannonen P, Paananen M-L, Häkkinen A
Rand-36 –mittari terveyteen liittyvän elämänlaadun ja sen muutoksen kuvaajana työikäisillä eri kuntoutusmuodoissa	Pekkonen M, Kokkonen M, Mäkiäho A
Riittävä harjoitusannos tarvitaan niskakivun hallintaan	Mälkiä E, Nikander R, Parkkari J, Heinonen A, Starck H, Ylinen J.
MS:ää sairastavien liikkumisessa kokemia vaikeuksia pystytään selittämään erityisesti ICF:n Suoritukset osa-aluetta arvioimalla	Paltamaa J, Sarasoja T, Leskinen T, Wikström J, Mälkiä E
Yhteiset tavoitteet, yhteinen kieli, eri menetelmät – ICF-luokituksen merkitys kuntoutuksessa ja kuntoutustutkimuksessa?	Sjögren T

TYÖRYHMÄ 4: Kuntoutuksen ja sen vaikuttavuuden arviointi (pj. Hannu Alaranta)	
Kuntoutuksen vaikuttavuutta arvioitu vähän	Alaranta H
Kelan kuntoutujien rekisteriseuranta	Lind J, Aaltonen T, Halonen J-P, Klaukka T
Rekisteritutkimus kuntoutuksen vaikutusten arvioinnissa – esimerkkejä Kelan järjestämästä kuntoutuksesta	Suoyrjö H, Hinkka K, Oksanen T, Kivimäki M, Klaukka T, Vahtera J
Onko työeläkekuntoutus varhaista kuntoutusta?	Gould R, Järvikoski A, Härkäpää K, Laisola-Nuotio A, Lehikoinen T, Pietilä A, Saarnio L
Mielenterveyskuntoutujien klubitalotoiminnan arviointi	Härkäpää K, Reuter A, Puumalainen J, Hujanen T

TYÖRYHMÄ 5: Työ ja tuen mahdollisuudet (pj. Marita Korhonen)	
Depression varhaiskuntoutus – ”Kenkä-projekti”	Blanco Sequeiros S, Raiskila T, Kiuttu J, Kauhanen M-L, Läksy K, Rissanen PJ, Rissanen P, Veijola J, Joukamaa M.
Ikääntyneiden työntekijöiden psyykkiset rasittuneisuusoireet ja työssä jaksaminen sekä niiden huomioonotto työpaikalla ja varhaiskuntoutuksessa	Pensola T, Järvikoski A
Toimijuuden ja identiteetin konstruoiminen ja muutos työuran ja ammatillisen kehityksen alueella	Syrjälä T
Kuntoutus kokemusmaailmana – etnografinen tutkimus työikäisten laitostuntoutuksessa	Ylilahti M
Naisten kokemuksia työkyvyttömyyseläkkeen hylkäyksestä	Loikkanen M

TYÖRYHMÄ 6: Suunnittelu, ohjaus, arviointi (pj. Aarne Ylinen)	
Miten ja mihin suuntaan kuntoutusta ohjataan paikallisesti ja alueellisesti? – Kuntoutustahojen asiakirjojen analyysia	Suoranta J
Miten kuntoutuksen asiakasyhteistyö on muuttunut ja muuttumassa?	Saikku P
Ammatillisen kuntoutussuunnitelmien toteutuminen	Lindh J
Terveystuolipalvelujen tasa-arvoisuus: fysioterapiapalvelut vuonna 2000	Röberg M
Erityislasten ja -nuorten tilapäishoito Lapissa	Miettinen K

TYÖRYHMÄ 7: Yksilön elämäntilanne ja palveluiden kohtaaminen (pj. Outi Hietala-Paalasmaa)	
Asiakkuus, ammattiapu ja arki: etnografinen tutkimus A-klinikan asiakaskulttuurista	Hietala-Paalasmaa O
Elämänmittainen selviytyminen oppimisvaikeuksien kanssa	Korkeamäki
Vaikeavammaiset Kelan kuntoutuksessa: laadullinen osatutkimus	Nikkanen P, Notko T, Hokkanen L, Martin M, Puumalainen J, Mattus M-R, Härkäpää K, Järvikoski A
Kuntoutuksen paikantuminen osaksi vaikeavammaisten nuorten elämäntilannetta	Martin M, Hokkanen L, Nikkanen P, Notko T, Puumalainen J, Mattus M-R, Härkäpää K, Järvikoski A

POSTERIT

IMBA: työkyvyn ja työn vaatimusten arviointiväline. työkykyä arvioivan osion validiteetti	Juntunen K
Kuntoutus Peurungan niskakurssien ja arkielämän fyysisen aktiivisuuden teho, työmäärä ja kuormittavuus	Karapalo T, Wasenius N, Sjögren T, Heinonen A, Pekkonen M, Mälkiä E
Askel kohti itsenäisyyttä. Tutkimus kehitysvammaisten henkilöiden mahdollisuudesta itsemääräämiseen ja vaikutusvaltaan omassa elämässään	Maaninka H
Olkapäpotilaiden elämänlaatu ja toimintakyky ennen ja jälkeen toimenpiteitä	Nyman P, Palenius K, Panula H, Mälkiä E
Tutkimus vaikeavammaisista Kelan kuntoutuspalveluissa: koetut tarpeet ja kuntoutuksen merkitykset	Puumalainen J, Hokkanen L, Härkäpää K, Martin M, Mattus M-R, Notko T, Nikkanen P, Järvikoski A
Aivoverenkiertohäiriön sairastaneiden kuntoutuksen ohjautuminen ja toteutuminen	Takala T, Viljanen T, Sivenius J

Muutokset kuntoutusjakson aikana niskakivussa ja psyykkisessä toimintakyvyssä	Vasala K, Albrecht P, Sjögren T, Heinonen A, Pekkonen M, Mälkiä
Kuntoutuksen perusopinnot (25 op) virtuaalisena yliopistojen välisenä yhteistyönä	Mattus M-R, Kejonen P, Lukkarinen H, Poikela M, Simojoki K, Järvikoski A, Kallanranta T, Suikkanen A
Työikäisten kuntoutujien käyttämien selviytymiskeinojen sukupuolierot ja yhteydet myöhempään hyvinvointiin	Kokkonen M, Mäkiäho A, Pekkonen M

ALKUSANAT

Kuntoutuksen monitieteisen ja –alaisen tutkimuksen piirissä tarvitaan yhteisiä foorumeita, joissa on mahdollista käydä kuntoutuksen tutkimusta ja sen menetelmiä koskevaa keskustelua yli tiede- ja ammattirajojen. Kuntoutusalan tutkimusta toteuttavat suuret ja pienemmät organisaatiot – mm. Eläketurvakeskus, Kela, Kuntoutussäätiö, Stakes, VKK-kuntoutus ja Verve - ovat yhdessä tai erikseen järjestäneet kuntoutusalan tutkimusta käsitteleviä seminaareja jo usean vuoden ajan. Pari vuotta sitten Kuntoutuksen tutkimus- ja kehittämissyhdistyksen tieteellinen toimikunta otti tehtäväkseen huolehtia siitä, että keskustelu kuntoutuksen monitieteisestä tutkimuksesta tiivistyy. Yhdistyksen järjestämä toinen valtakunnallinen kuntoutuksen tutkimuksen seminaari toukokuussa 2007 järjestetään yhteistyössä Lapin yliopiston ja Lapin sairaanhoitopiirin kanssa. Tutkimusseminaari on osa kaksipäiväistä kokonaisuutta, jonka otsikkona on ”*Kuntoutus ja elämänlaatu*”.

Kuntoutus on laaja tutkimusalue, jota voidaan lähestyä monella eri tavalla ja monesta eri näkökulmasta. Suuri kysymys on, miten kuntoutuspolitiikka Suomessa kehittyy ja onko tutkimuksella jokin rooli siinä. Monet viimeaikaiset kuntoutuksen lakiuudistukset on tehty lähes ilman niiden merkitykseen liittyvää tutkimusta. Paavo Rissanen kysyy puheenvuorossaan, onko kuntoutuspolitiikka vain erilaisten pelien politiikkaa.

Kuntoutuksen vaikuttavuutta ja merkitystä koskevaa tutkimusta on kaivattu sekä kuntoutuslontoissa että tiedotusvälineissä. Kuntoutuksen vaikuttavuus on menetelmällisesti vaativa tutkimuskohde, jossa kyse on sekä muutoksesta että siitä, voidaanko muutos tulkita toiminnasta johtuvaksi. Viime vuosina on keskusteltu lisääntyvässä määrin siitä, voidaanko ja pitäisikö kuntoutuksen vaikutuksia – tai vaikuttavuutta – tutkia entistä enemmän myös laadullisin menetelmin. Vaativa tutkimuskohde edellyttää myös monimetodisia lähestymistapoja ja metodologista triangulaatiota.

Tärkeä tavoite kuntoutuksen tutkimukselle on tällä hetkellä moni- ja poikkitieteisen tutkimuksen vahvistaminen ja sen kautta uusien teoreettisten viitekehysten ja tutkimusmenetelmien kehittäminen. Viime aikoina on toistuvasti kiinnitetty huomiota siihen, että tutkimuksen avulla on pystytty tähän mennessä selvittämään varsin vähän sitä, millaisin keinoin ja prosessein kuntoutusta milloinkin toteutetaan. Kuntoutuksen ”musta laatikko” on jäänyt tutkimushankkeissa useimmiten avaamatta. Varsin harvoin meillä on tietoa myöskään yksilöllisistä kuntoutumisprosesseista tai verkostojen toiminnasta kuntoutuksessa. Teoriaa kaivataan sekä käytännön toiminnan viitekehjäksi että toiminnan kriittiseen arviointiin.

Elämänlaatu on käsite, jota kuntoutuksen tutkimuksessa on käytetty suhteellisen harvoin. Elämälaatu on yleiskäsite, jonka piiriin on luettu kuuluvaksi mm. fyysinen ja psyykinen toimintakyky, hallinnan ja osallisuuden kokemus, sosiaalinen tuki ja vuorovaikutus, hyvinvointi, turvallisuus ja tyytyväisyys elämään. Se on sisällöllisesti moniulotteinen käsite, joka soveltuu peruskäsitteeksi monenlaiseen kuntoutuksen tutkimukseen. Tässä tutkimusseminaarissa elämänlaatu näkyy toisaalta suoranaisena tutkimuskohteena, toisaalta yleisenä tarkastelun viitekehjksenä.

Käsillä oleva julkaisu on yhdistyksen järjestämän toisen valtakunnallisen kuntoutuksen tutkimuksen seminaarin abstraktikirja. Seminaarin yhteydessä käynnistyy seuraavan tutkimusseminaarin suunnittelu.

Rovaniemellä toukokuun 3. päivänä 2007

Aila Järvikoski
Lapin yliopisto
Tieteellisen toimikunnan puheenjohtaja
Kuntoutuksen tutkimus- ja kehittämissyhdistyks

KUNTOUTUKSEN VAIKUTTAVUUTTA ARVIOITU VÄHÄN

Alaranta H¹, Malmivaara A²

¹Invalidiliiton Käpylän kuntoutuskeskus, Synapsia

²Finohta, STAKES

Tausta

FinOHTA on aloittanut kuntoutuksen menetelmien ja tuloksellisuuden raportoinnin analyysin liittyen INAHTA (International Network of Agencies for Health Technology Assessment) jäsenyksiköiden julkaisemiin kriittisiin katsauksiin. Etsittiin INAHTA jäsenyksiköiden julkaisemat vuodelle 2005 päivätyt katsaukset, jotka oli löydettävissä Yorkin yliopiston tietokannasta ja jota täydennettiin haulla Finohtan tietokannasta.

Menetelmät

Kuntoutusta käsitteleviksi katsauksiksi hyväksyttiin tutkimukset, joissa

- intervention tavoitteena oli ihmisen elämäntilanteen, voimavarojen ja toimintakyvyn edistäminen.
- Tulosuuttajat liittyivät kansainvälisessä toimintakykyluokituksessa (ICF/WHO) yksilön suoritukseen ja osallistumiseen.
- Katsaukset, joissa interventio oli pelkästään lääkehoitoa, leikkaushoitoa tai yksittäistä terapiaa somaattisine tulosuuttujineen, jäivät selvityksen ulkopuolelle.

Tulokset

Yorkin yliopiston tietokannasta löytyi 467 arviointitutkimusta. Otsikoiden perusteella näistä 52 käsitteli kuntoutusta. Abstraktien perusteella jäljelle jäi 33 raporttia, jotka luettiin kokonaan.

Lopulliseen aineistoon hyväksyttiin HTA-tietokannasta 16 kuntoutuksen arviointiraporttia, mikä on noin 3 prosenttia kaikista ensimmäiseen hakuun osuneista lähteistä. Lisäksi valittiin kaksi raporttia Finohtan tietokannasta, joten raportteja kertyi yhteensä 18.

Suurin osa raporteista kohdistui terveyskäyttäytymiseen, psyykkiseen tai psykiatriseen moniammatillisen intervention arviointeihin. Toinen suuri ryhmä oli ”stroke unitin” eri mallien vaikuttavuuden arviointia. Mm. ammatillisen kuntoutukselta ja apuvälineisiin kohdistuvia raportteja vaikutti olevan niukasti.

Aktiivisin INAHTA:n jäsenyksikkö kuntoutuksen arvioinnin osalta näyttää olevan NCCHTA (National Coordinating Centre for Health Technology Assessment, Southamptonin yliopisto). Osa raporteista näyttää tulevan tietokantoihin jonkin verran viiveellä. Vuoden 2005 tietokannassa vanhin raportti on vuodelta 2002.

Päätelmät

Kansainväliset terveydenhuollon menetelmien arviointiyksiköt julkaisevat hämmästyttävän vähän raportteja, joissa arvioidaan kuntoutuksen vaikuttavuutta ja kustannusvaikuttavuutta. Kuntoutuksen moniammatillisuus on niissä vaatimatonta. Finohtassa harkitaan kuntoutuksen vaikuttavuutta selvittävien arviointitutkimusten tiiviimpää seuranta. Olennaista olisi edistää kansainvälisen tiedon välittymistä suomalaisten sosiaali- ja terveydenhuollon päättäjien käyttöön. On ilmeistä, että vain osittain voidaan kansallisessa kuntoutustoiminnan vaikuttavuuden arvioinnissa turvautua kansainväliseen raportointiin. Pohdiskelua kuntoutuksen määrittelystä on syytä jatkaa.

KUINKA INTENSIIVINEN SUBSTANTIIVIEN JA VERBIEN NIMEÄMISHARJOITTELU VAIKUTTAA AFAATTISTEN HENKILÖIDEN SPONTAANIIN PUHEESEEN?

Arola T

Suomen aivotutkimus- ja kuntoutuskeskus Neuron, Kuopio

Tausta

Sanojen nimeämisvaikeus on tavallinen kielellinen häiriö afasiassa. Useissa kansainvälisissä tutkimuksissa nimeämisen harjoittelun on todettu olevan vaikuttavaa. Nimeämisharjoittelun vaikuttavuudesta spontaaniin puheeseen on kuitenkin saatu erilaisia tuloksia – yleensä vaikutukset ovat olleet vähäisiä. Intensiivisen kielellisen harjoittelun on todettu olevan tehokasta afasiakuntoutuksessa, mutta eri menetelmien vaikuttavuudesta tai intensiivisestä käytöstä on vielä vähän näyttöä. Intensiivisessä puheen kuntoutuksessa nk. CI-terapia eli Constrained-Induced Aphasia Therapy on ollut vaikuttavaa jopa vuosia sitten sairastuneilla afaattisilla henkilöillä. Lisätutkimuksia intensiivisestä nimeämisen ja puheen kuntouksesta sekä arviointia kuntoutusmenetelmien soveltuvuudesta afasiakuntoutukseen tarvitaan siis jatkossa. Tieteellisen näytön kautta kielellisiin toimintoihin myötävaikuttavia mekanismeja päästään paremmin hyödyntämään myös käytännön puheterapiatyössä.

Tavoitteet

Tutkimuksella on haettu vastauksia seuraaviin kysymyksiin:

1. Miten intensiivinen substantiivien ja verbien nimeämisharjoittelu vaikuttaa nimeämiseen kroonisessa afasian kuntoutumisen vaiheessa?
2. Millaisia vaikutuksia tehostetulla nimeämisharjoittelulla on spontaaniin puheeseen?
3. Ovatko intensiivisen harjoittelun vaikutukset pysyviä puolen vuoden seurannassa?

Tutkimusmenetelmät

Tutkimukseen osallistui 12 afaattista henkilöä, joiden sairastumisesta aivoinfarktiin tai – verenvuotoon oli kulunut yli puoli vuotta. Kuntoutusmenetelmänä käytettiin semanttis-fonologista nimeämistä substantiivi- ja verbilistoilla. Harjoittelu tapahtui laitospohjaisella tai poliklinikkajakson aikana yksilöllisesti puheterapiassa. Intensiivinen kuntoutus (4 henkilöä) toteutui kahden viikon aikana 2-3 kertaa päivässä viitenä päivänä viikossa. Ei-intensiivistä kuntoutusta (4 henkilöä) oli kahden kuntoutusviikon aikana 4 käyntiä viikossa. Kontrolliryhmän (4 henkilöä) kuntoutus tapahtui 1-2 kertaa viikossa polikliinisesti noin 3 kuukauden ajan. Tutkimukseen osallistujille tehtiin alku-, väli- ja loppuarviot kielellisillä testeillä (WAB, BNT, Token-testi). Nimeämistä analysoitiin kontrolli- ja harjoitussanalistoilla. Kontrollitehtävät on videoitu. Spontaanit puhe-
näytteet keskustelutilanteista on myös videoitu analysointia varten.

Alustavia tuloksia

Tehostettu nimeäminen lisäsi verbien virheetöntä nimeämistä useilla tutkimushenkilöillä. Kielellisillä mittareilla toistava puhe kohentui erityisesti intensiivisesti toteutetussa kuntoutuksessa. Kuntoutumista subakuutissa vaiheessa eli puolen vuoden kohdalla sairastumisesta tuli esiin positiivisesti monilla kielellisillä mittareilla sekä kontrollisanoilla.

DEPRESSION VARHAISKUNTOUTUS - ”KENKÄ-PROJEKTI”

Blanco Sequeiros S¹, Raiskila T², Kiuttu J³, Kauhanen M-L⁴, Läksy K², Rissanen PJ³, Rissanen P⁵, Veijola J^{2,6}, Joukamaa M⁵

¹Lapin sairaanhoitopiiri, ²Oulun yliopistollinen keskussairaala, ³Kela, ⁴ODL Terveys Oy, ⁵Tampereen yliopisto, ⁶Suomen Akatemia

Tausta

Depressio eli masennus on keskeinen kansanterveysongelma. Väestöstä 5 % kärsii vakavasta masennuksesta. Yksilöllisen kärsimyksen lisäksi depressio aiheuttaa merkittäviä yhteiskunnallisia kustannuksia. Suomessa masennustilojen perustella myönnettyjen työkyvyttömyyseläkkeiden osuus on lisääntynyt voimakkaasti viimeisten 20 vuoden aikana. Masennustilat ovat neljänneksi yleisin työ- ja toimintakyvyttömyyden syy Suomessa. Tästä huolimatta masennuksesta kärsivät käyttävät vain vähän terveystalv palveluita ja hoitoon panostetaan vasta vähän ennen eläkepäätöstä. ODL ja Kelan Pohjois-Suomen aluekeskus aloittivat vuonna 1998 uuden kuntoutusmallin kehittämisen työelämässä psyykkisesti kuormittuneiden henkilöiden varhaiskuntoutukseen (Kauhanen ym. 2002). Tulokset tästä pilottihankkeesta olivat rohkaisevia. Kenkä-projektin tarkoitus on arvioida onko varhaisvaiheen kuntoutusinterventiolla mahdollista säilyttää ja parantaa depressiosta kärsivien työntekijöiden työ- ja toimintakykyä, voidaanko kuntoutuksella ehkäistä depression aiheuttamaa uhkaavaa eläköitymistä ja täten hillitä depression aiheuttamia kustannuksia.

Menetelmät

Tutkimuksen perusjoukon muodostavat työikäiset (18-64-vuotiaat) työterveyshuoltojen asiakkaat, joilla todetaan ensimmäistä kertaa depressio. Työterveyslääkäri tai työterveyshoitaja ohjaavat asiakkaan haastattelun, mikäli Beckin depressiokyselyn (BDI) seulontapisteraja 10 ylittyy. Haastattelumenetelmänä käytetään diagnostista SCID haastattelua (Structured Clinical Interview for DSM-IV). Tutkimuksen kriteerit täyttävät randomoidaan kuntoutus- ja verrokkiryhmiin, joihin kumpaankin ryhmään tulee noin 200 osallistujaa. Kuntoutusjakso koostuu yhteensä 31 vuorokautta kestävästä selvitys- ja kuntoutusjaksoista, jotka sisältävät sekä yksilöllistä että ryhmäkuntoutusta. Verrokkiryhmään valitut saavat tavanomaiset työterveyshuollon tarjoamat palvelut. Vuoden kuluttua ryhmiä verrataan keskenään erilaisia mittareita käyttäen. (ks. vuokaavio). Kustannusvaikutusten laskemisessa erotetaan suorat ja epäsuorat kustannusvaikutukset. Suoriksi kustannuksiksi lasketaan kaikki terveystalv palvelujen käyttö; käynnit työterveyshuolloissa, terveyskeskuksissa, mielenterveys-toimistoissa tai muilla poliklinikoilla matkoineen, kuntoutuslaitoshoido, sairaalahoidot sekä lääkekustannukset. Epäsuoriksi kustannuksiksi lasketaan depression vuoksi menetetyt työpäivät ja erilaiset tarvittavat sosiaalitoimen palvelut.

Tulokset

Tiedonkeruu tapahtuu vuosina 2004-2007. Koko projektin tuloksia ei täten ole vielä käytössä. Kenkä-projektin tarkoituksena on selvittää, onko depression varhaisvaiheen kuntoutuksella merkitystä depressiosta toipumisen ja työkyvyn säilymisen kannalta. Yhtenä tutkimuksen tavoitteena on selvittää depression aiheuttamat kustannusvaikutukset kuntoutusryhmällä ja verrokkiryhmällä.

Johtopäätökset

Toivomme, että kehitetty depression varhaisen kuntoutuksen malli on tulevaisuudessa työterveyshuoltojen käytännön menetelmä estämään depressiosta aiheutuvaa työkyvyttömyyttä.

Lähteet

Kauhanen M-L, Rissanen PJ, Kiuttu J, Luotola J, Tuurinkoski T, Männistö L, Rivinoja M. Kengästä potkua työhön ja elämään. Psykkinen varhaiskuntoutus moniammatillisena yhteistyönä. Suomen Lääkärilehti 2002; 11: 1281-1285.

ONKO TYÖELÄKEKUNTOUTUS VARHAISTA KUNTOUTUSTA?

Gould R¹, Järvikoski A³, Härkäpää K², Laisola-Nuotio A², Lehikoinen T², Pietilä A² ja Saarnio L¹

¹Eläketurvakeskus, ²Kuntoutussäätiö ja ³Lapin yliopisto

Tutkimuksen taustaa

Työeläkekuntoutus on ammatillista kuntoutusta: lähinnä koulutusta, työpaikkakuntoutusta tai apuvälineitä työssä. Työeläkekuntoutuksen tavoitteena on edistää ansiotyössä pysymistä tai sinne palaamista ja vähentää työkyvyttömyyseläkkeelle siirtymisen tarvetta. Kuntoutuksen kriteerinä on sairauden, vian tai vamman aiheuttama työkyvyttömyyden uhka. Toinen tärkeä kriteeri on kuntoutuksen tarkoituksenmukaisuus. Lisäksi työeläkekuntoutuksen edellytyksenä on, että hakijalla on kiinteä yhteys työelämään. Työeläkekuntoutusta uudistettiin vuonna 2004. Yhtenä tärkeänä tavoitteena oli kuntoutuksen varhentaminen.

Tutkimushanke työeläkekuntoutuksen toimivuudesta

Tavoite: Tutkimushankkeen tavoitteena on selvittää mikä kuntoutuksessa muuttui vuoden 2004 uudistuksen yhteydessä ja miten kuntoutus toimii uudistuksen jälkeen.

Aineisto: Tutkimushankkeen aineisto koostuu sekä ennen vuoden 2004 kuntoutusuudistusta että sen jälkeen kuntoutuspäätöksen saaneista. Mukana on sekä myönteisen että hylkävän päätöksen saaneita. Otoksen koko on 1980 henkilöä: 300 ennen vuoden 2004 uudistusta ja 1680 uudistuksen jälkeen päätöksen saanutta. Aineistoon kuuluvista kerättiin tietoja eläkelaitosten asiakirjoista, postikyselyllä ja Eläketurvakeskuksen rekistereistä. Kysely osoitettiin vain uudistuksen jälkeen kuntoutuspäätöksen saaneille. Kyselyyn vastasi ko. ajanjakson otoksesta 67 prosenttia, yhteensä 1121 henkilöä.

Osatutkimuksen tavoite

Tässä esityksessä tarkastellaan työeläkekuntoutuksen aloituksen varhaisuutta. Esityksessä pohditaan seuraavia kysymyksiä: Onko työeläkekuntoutus varhentunut vuoden 2004 uudistuksen jälkeen? Onko kuntoutuksen varhaisuudessa eroja yksityisen ja julkisen sektorin välillä, eri sairausryhmien välillä tai erilaisen koulutus- ja ammattitaidon omaavien kuntoutujien välillä? Näkyykö kuntoutuksen oikea-aikaisuus kuntoutushakemusten päätöksissä tai kuntoutujien myöhemmässä työllisyystilanteessa?

Alustavia tuloksia

Yhtenä työeläkekuntoutuksen varhaisuuden arviointiperusteena voidaan pitää kuntoutujan eläketaustaa. Kuntoutuksessa, joka alkaa vasta siinä vaiheessa, kun työkyky on jo heikentynyt työkyvyttömyyseläkkeeseen oikeuttavassa määrin, ollaan varsin myöhään liikkeellä. Työeläkekuntoutuksessa painopiste on kuitenkin siirtynyt entistä enemmän vielä työelämässä mukana olevien kuntoutukseen.

Toinen tapa pohtia kuntoutuksen varhaisuutta on tarkastella sairastamisajan pituutta ja erityisesti sen ajan pituutta, jolloin sairaudesta on ollut haittaa työnteossa. Yksityisten alojen ja kunta-alan kuntoutujien sairausaika ennen kuntoutuspäätöstä oli keskimäärin 7–8 vuotta, sen sijaan valtiosektorin kuntoutujien sairausaika oli lyhyempi, keskimäärin 5 vuotta. Selkein sektoreiden välinen ero sairauden kestossa oli tuki- ja liikuntaelinten sairauksien ryhmässä: kunta-alalla ja yksityisillä aloilla sairausaika ennen kuntoutuspäätöstä oli tässä sairausryhmässä kaksinkertainen valtiosektoriin verrattuna. Sairauden haittaavuusajassa ei ollut suuria sektorien välisiä eroja: sairaus oli haitannut työntekoa keskimäärin vajaan kolme vuotta ennen kuntoutuspäätöstä. Yksityisen sektorin kuntoutujien sairaudesta aiheutunut työtä haittaava aika oli lyhin hermoston, verenkiertoelinten ja hengityselinten sairauksien ryhmissä; selkäsairaat olivat puolestaan kokeneet pisimpään sairauden aiheuttamaa haittaa työssä.

Kuntoutuksen varhaisuus/myöhäisyys näkyy myös koetussa työkyvyssä. Kuntoutajat arvioivat työkykynsä ennen kuntoutusta erittäin huonoksi: noin kaksi viidennestä kuntoutujista antoi työkyvyllään korkeintaan kaksi pistettä asteikolla 1–10. Yksityisten alojen kuntoutujista mielenterveyskuntoutajat kokivat kuntoutusta edeltäneen työkykynsä kaikkein huonoimmaksi, kunta-alalla puolestaan selkäsairaat.

Jos kuntoutuksen myöhäisen aloituksen kriteeriksi asetetaan kuntoutujan kokemus erittäin heikko työkyky (0–2/10 pistettä) tai yli neljä vuotta kestänyt sairaudesta aiheutunut haitta työssä, kolmessa tapauksessa viidestä työeläkekuntoutus alkoi myöhään. Tämä kokemus välittyy myös kuntoutujien omista kuntoutuksen oikea-aikaisuutta koskevista arvioista. Lähes kaksi kolmesta työeläkekuntoutujasta koki kuntoutuksensa käynnistyneen liian myöhään. Etenkin tuki- ja liikuntaelinten sairauksien ryhmässä oli paljon niitä, jotka kokivat kuntoutuksena käynnistyneen useita vuosia liian myöhään.

RYHMÄMUOTOISEN KUNTOUTUKSEN PROSESSI

Grönlund R, Hinkka K

Kelan tutkimusosasto

Tausta

Kela, kuntoutuslaitokset ja kunnat ovat yhdessä vuodesta 2000 lähtien kehittäneet ikäihmisten verkostomallista kuntoutusta. Siihen on liittynyt laaja tutkimuksellinen arviointi. Prosessitutkimuksen yhdessä osahankkeessa selvitetään kuntoutustyötä ja kuntoutusprosessia geriatrisessa ja gerontologisessa yhteistyöpainotteisessa ryhmämuotoisessa kuntoutuksessa. (Karppi ym. 2003, Hinkka ym. 2004)

Tavoitteet

Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää, miten yhteistyöpainotteista ja ryhmämuotoista kuntoutustyötä ja kuntoutumista voidaan ymmärtää. (Alasuutari 1999, Silverman 2003, Trice ym.1993) Tavoitteena oli rakentaa tarkasteluun toimiva käsitekehikko ja punnita sen avulla kyseisen kuntoutusmuodon tavoitteenmukaista toimintaa.

Tutkimuksen aineisto

Aineisto kerättiin haastattelemalla kolmen kuntoutuslaitoksen geriatrisen tiimin kuntoutustyöntekijöitä ja kolmen ryhmän kuntoutujia sekä kunnan palvelujärjestelmän yhdyshenkilöitä. Kuntoutuksen ryhmätapahtumia sekä tiimityöskentelyä videoitiin. Työntekijät kertoivat haastattelussa omasta työstään ja tehtävästään geriatrisessa kuntoutuksessa. Kuntoutajat kertoivat kuntoutuskokemuksistaan ja omasta elämäntilanteestaan. Kunnan yhdyshenkilöt kertoivat näkemyksensä siitä, miten tutkittu kuntoutus oli kunnan työntekijöiden näkökulmasta vaikuttanut.

Analysimenetelmät

Tutkimus on kvalitatiivista ja konstruktivistista arviointitutkimusta. Kuntoutustapahtumaa analysoitiin monien kohtaamisten ja keskustelujen näyttämönä. Kuntoutustyöntekijöiden haastattelujen aineistolähtöisen sisältöanalyysin jälkeen aineisto analysoitiin teoriaohjaavasti aineistolähtöisen analyysin pohjalta modifioidun käsitekehiksen avulla. Videot analysoitiin käsitekehikolla, joka nimettiin ”ryhmämuotoisen kuntoutuksen erityiseksi ohjelmarungoksi.”

Päätelmät ja pohdinta

Eri työntekijöiden ryhmämuotoisessa kuntoutustyössä käyttämät, työtä koskevat käsitteet voitiin laaditulla käsitekehikolla asettaa mielekkääseen kokonaisuuteen, jolloin myös toiminnan osien keskinäisiä suhteita voitiin selkeämmin tarkastella. Tekijöiltään ryhmämuotoinen kuntoutustoiminta vaatii aktiivista ja luovaa työtettä tilanteissa, joissa huomioitavaa oli suuri joukko erilaisia laajoja asiakokonaisuuksia. Kuntoutujille ryhmämuotoinen kuntoutus antaa jo nykyisellään paljon mutta lisää mahdollisuuksia on helposti löydettävissä työprosessin refleksiivisyyttä lisäämällä ja kuntoutujakeskeisen yksilöllisyyden sekä voimavaralähtöisyyden pohjalta. Toiminta voisi myös olla jatkuvampaa, jolloin kunnan palvelujärjestelmä oppisi syvemmin hyödyntämään tätä kuntoutusmahdollisuutta.

Lähteet

Alasuutari, Pertti. Laadullinen tutkimus. 3. uudistettu painos. Vastapaino. Tampere 1999; 125 – 141, 263

Hinkka K, Karppi S-L, Ollonqvist K ym. (2004) Geriatrisen kuntoutuksen arviointi - IKÄ-hankkeen menetelmät ja aineisto. Kela, Sosiaali- ja terveysturvan katsauksia 60, Helsinki.

Karppi S-L, Pohjolainen T, Grönlund R ym. (2003) Ikäihmisten verkostomallinen kuntoutus. Laitos- ja avopainotteisen kuntoutusmallin arviointi. Kela, Sosiaali- ja terveysturvan katsauksia 59, Helsinki.

Silverman, David: Interpreting Qualitative Data. Methods for analysing talk, text and inter-action. Second edition. Sage publications. London 2003; 11-23, 128 – 133

Trice M, Harrison and Beyer M. Janice. The Cultures of Work Organisations. Prentice Hall, Englewood cliffs, New Jersey 1993.

TERAPEUTTISEN TOIMINNAN TEKIJÄT

Harra T

Jyväskylän yliopisto, Terveystieteiden laitos

Tausta ja tavoitteet

Tämän filosofisen tutkimuksen tavoitteena on löytää ja ymmärtää toiminnan terapeuttisuuden ehtoja. Terapeuttisuuden teoreettisena perustana on ollut toimintaterapian filosofiaan ja Aristoteleen hyve-etiikkaan perustuva käsitys ihmisen olemuksesta ja toiminnasta: Ihminen on rationaalinen, sosiaalinen ja toimiva olento, joka kehittyy ja elää hyvää elämää vain toimimalla tarkoituksenmukaisella ja mielekkäällä tavalla yhdessä toisten kanssa. Terapiaan osallistumisen lähtökohtana on eksistentiaalinen oletus valinnan vapaudesta toiminnan ja sitoutumisen ehtona.

Menetelmä

Fenomenologisen analyysin lähtökohtana ovat oma kokemukseni terapeuttina sekä erityisesti yksi aivohalvauksen jälkeisenä jatkokuntoutuksena toteuttamani yli seitsemän vuotta kestänyt terapiasuhte.

Tulokset

Toiminnan terapeuttisuutta säätelevinä tekijöinä nousivat esille: käytännöllinen harkinta, ennakointi, roolien vaihtelu, ilmaisujen esittäminen ja ymmärretyksi tuleminen, toimijoiden välinen yhteys, ympäristön merkitys ja toiminnan luonne sekä yhteistoimintaa koskevat hyveet: ystävyys, oikeudenmukaisuus ja kohtuunmukaisuus.

Pohdinta

Terapeuttisten tekijöiden tunnistamisella voi olla tärkeä merkitys terapeuttien koulutuksen ja terapeuttisten lähestymistapojen kehittämisessä sekä terapian vaikutusten tutkimuksessa. Jatkossa tarvitaan soveltavaa tutkimusta mainituilla alueilla sekä empiiristä teorian testaamista. Teoreettista tutkimusta tulee jatkaa syvemmän ymmärryksen saavuttamiseksi.

ASIAKKUUS, AMMATTIAPU JA ARKI: ETNOGRAFINEN TUTKIMUS A-KLINIKAN ASIAKASKULTTUURISTA

Hietala-Paalamaa O

Kuntoutussäätiö

Tausta

Sekä asiakaskeskeisyys että asiakkaiden subjektiiviset asettavat haasteita sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastyössä. Varsinkin kuntoutuksen areenoilla toimivan ammattiauttajan tulisi kyetä tukemaan asiakkaan omaehtoista selviytymistä ja hyödyntää yksilön kuin hänen yhteisönsä voimavaroja. Erityisen haastavaksi tämä tavoite on osoittautunut palvelujärjestelmän niillä osa-alueilla, joissa asiakastyön tuloksellisuutta on osoittava ja jotka muodostuvat työntekijöiden kannalta helposti raskaiksi. Päihdehuolto on eräs näistä haastavista areenoista, jossa tehtävän kuntoutus- ja asiakastyön tueksi tarvitaan tietoa paitsi palvelujärjestelmän toimivuudesta, myös palveluiden käyttäjien sekä palveluita välttelevien ihmisten kokemuksista.

Tavoite

Tutkimuksessa tarkastellaan erään helsinkiläisen A-klinikan asiakaskahvilassa kokoontuneiden ihmisten tulkintoja ammattiavusta. Tavoitteena on kuvata ja analysoida asiakkaiden ammattiapua koskevia käsityksiä suhteessa erialisiin, osin kilpaileviin diskursseihin, sekä klinikan ulkopuoliseen arkitodellisuuteen. Tutkimuksesta on valmistumassa vuoden 2007 aikana väitöskirja.

Tutkimusmenetelmä

Kyseessä on teoreettiseen otantaan perustuva tutkimus, joka valottaa ammattiavun merkitystä asiakkaiden näkökulmasta. Tutkimusongelma määrittyi etnografisesta tutkimusotteesta johtuen aluksi varsin ”laveaksi”. Menetelmä edellyttää tutkimuskysymysten hahmottamista ja kehittelyä sekä osana kenttätyötä että aineiston analyysivaihetta.

Tutkimuskohde ja –aineisto

Varsinaiseksi tutkimuskohteeksi valitsin työelämästä, suku- ja perheyhteyksistä syrjäytyneeltä vaikuttaneiden asiakkaiden A-klinikalle muodostaman löyhän yhteisön, joka kokoontui klinikalla toimivassa asiakaskahvilassa. Useimpien kahvilassa kävijöiden päihdeongelmaan ei ollut tutkimusajankohtana ollut löytynyt kovin pysyviä ratkaisuja, jolloin juomisjaksot vaihtelivat säännöllisen epäsäännöllisesti juomattomuuden kanssa. Kyseinen kahvila muodosti tutkimukseni ydinkentän, minkä lisäksi osallistuin myös klinikan kuntoutusryhmiin ja katkaisuhoidon. Tutkimuksen aineisto koottiin osallistuvan havainnoinnin avulla (1994-1995) sekä löyhästi strukturoitujen yksilö- ja ryhmähaastattelujen avulla. Pääosa aineistosta muodostuu litte-roiduista kenttämuistiinpanoista ja –päiväkirjojen teksteistä.

Tulokset

Tutkimuksen tulokset kuvataan etnografisen raportin muodossa. Keskeisin tulos koskee asiakkuuden ja ammattiavun suhdetta juomiseen sekä ns. tavalliseen arkeen. Asiakkuuteen liitetty epäonnistuminen ja –normaalius tuottivat jännitteisyyttä niin suhteessa ammattiavun auttamis- ja muutos-/raitistamispyrkimykseen, kuin paikallisiin (esim. juomisen ympärille rakentuneisiin) minikulttuureihin. Kokemus juomisessa epäonnistumisesta saattoi kertautua asiakkuudessa epäonnistumisena, jolloin asiakkaan itsearvostuksen mahdollisuudet kaventuivat toistuvasti. A-klinikan asiakaskahvilaan muodostunut yhteisö tarjosi tällöin mahdollisuuden erilaisiin, kunnialliseksi koettuihin asemoitumisiin.

MIELENTERVEYSKUNTOUTUJIIEN KLUBITALOTOIMINNAN ARVIOINTI

Härkäpää K¹, Reuter A¹, Puumalainen J¹, Hujanen T²

¹Kuntoutusalan tutkimus- ja kehittämiskeskus (Kuntoutussäätiö)

²Chess (Stakes)

Tutkimuksen tausta

Suomeen perustettiin ensimmäinen mielenterveyskuntoutujien klubitalo vuonna 1995 ja sen jälkeen klubitalojen määrä on kasvanut tasaisesti. Tällä hetkellä toiminnassa on kaikkiaan 18 klubitaloa. Kuntoutusalan tutkimus- ja kehittämiskeskus (Kuntoutussäätiö) teki ensimmäisen suomalaisia klubitaloja koskevan tutkimuksen vuonna 2000 (Hietala ym. 2000), jolloin klubitaloja oli toiminnassa kaikkiaan 8. Tällä hetkellä ei ole ajantasaista tietoa siitä, miten klubitalot toteuttavat toimintaansa ja millaisia vaikutuksia toimintaan osallistumisella on klubitalotoimintaan osallistuvien mielenterveyskuntoutujien psyykkiseen hyvinvointiin ja arkielämässä selviytymiseen.

Tavoitteet

Tutkimus rahoitetaan Raha-automaattiyhdistyksen projektirahoituksella. Tutkimuksen tavoitteena on selvittää: 1) miten klubitalot toteuttavat toimintaansa, mitä ongelmia tai vastoinkäymisiä toiminnan toteuttamisessa ilmenee ja miten eri toimijoiden yhteistyö toteutuu, 2) millaisiin klubitalon jäsenten hyvinvointiin ja arkipäivässä selviytymiseen liittyviin tarpeisiin toiminta vastaa, 3) millaisia vaikutuksia toimintaan osallistumisella on klubin jäsenten yleiseen hyvinvointiin ja elämänlaatuun ja 4) millaisia taloudellisia vaikutuksia klubitalotoiminnalla on.

Aineisto ja menetelmät

Tutkimuksessa selvitetään kyselylomakkeilla: a) kaikilta suomalaisilta klubitaloilta toiminnan toteuttamista sekä klubitalon hallintoon ja talouteen, jäsentilanteeseen ja kehittämistarpeisiin liittyviä kysymyksiä, b) uusien klubitaloon liittyneiden jäsenten käsityksiä sosiaalisesta osallisuudesta, terveydentilasta, hyvinvoinnista, psykososiaalisesta toimintakyvystä, odotuksista klubitalotoimintaa kohtaan, terveystalvelujen käytöstä sekä terveyteen liittyvästä elämänlaadusta ja c) klubitalossa vähintään kaksi vuotta jäsenenä toimineilta vastaavilaisia tietoja kuin kohdassa b). Tämän lisäksi kerätään taloudellista tarkastelua varten lisätietoja klubitaloista. Klubitalon toimintaan osallistumisen vaikutuksia hyvinvointiin ja elämänlaatuun kerätään uusilta jäseniltä vuoden kuluttua jäsenyyden alkamisesta.

Alustavat tulokset

Tutkimushanke aloitettiin vuonna 2005 ja uusien jäsenten seurantakyselyt ovat edelleen käynnissä. Seminaarissa esitettävät alustavat tulokset keskittyvät klubitaloille vuoden 2004 toimintaa koskevaan kyselyyn ja osalle klubitaloista tehtyyn haastatteluun. Kaikki 18 klubitaloa osallistui tutkimukseen. Tutkimushetkellä klubitaloissa oli kaikkiaan 2 600 jäsentä, 50-552 jäsentä klubitaloa kohden. Sukupuolen osalta jäsenistö jakautui melko tasaisesti miehiin ja naisiin ja jäsenten iät vaihtelivat 31:stä 50:een vuoteen. Suuri osa klubitaloista toteutti klubitalojen ydintoimintoja, jotka on mainittu Fountain House –standardeissa. Kahdeksalla klubitalolla oli kansainvälinen klubitalosertifikaatti, ja kaikkiaan 14:lla klubitalolla siirtymätyöohjelma, jossa työskenteli 101 jäsentä yhteensä 69:llä työpaikalla. Klubitalojen ehdotukset toimintansa kehittämiseksi esitetään seminaarissa.

Johtopäätökset

Mielenterveyskuntoutujien klubitaloilla näyttää olevan tärkeä rooli mielenterveystalvelujen täydentäjänä. Tätä osoittavat mm. klubitalojen lisääntynyt määrä ja myös jäsenmäärän kasvu kuluneen runsaan viiden vuoden ajanjaksona. Vaikka useat suomalaiset klubitalot toteuttavat Fountain House –klubitalon toimintaperiaatteita, näyttää siltä, että esimerkiksi siirtymätyöohjelmien toiminta on vielä suhteellisen rajoittunutta.

IMBA: TYÖKYVYN JA TYÖN VAATIMUSTEN ARVIOINTIVÄLINE. TYÖKYKYÄ ARVIOIVAN OSION VALIDITEETTI.

Juntunen K

Jyväskylän yliopisto, Terveystieteiden laitos, toimintaterapia

Tausta

Toimintarajoitteisten ja vammaisten henkilöiden työhön sijoittumisen tukemisessa on otettava huomioon sekä henkilöön että työhön liittyvät tekijät. IMBA (Integration von Menchen mit Behinderung in die Arbeitswelt), työkyvyn ja työn vaatimusten arviointi- ja dokumentointiväline, on rakennettu niin, että ihmisen kykyjä ja työn vaatimuksia arvioidaan samoilla, välimatka-asteikollisilla osoittimilla. Kykyä selviytyä työn vaatimuksista selvitetään samoista osoittimista koostuvia profiileja vertailemalla. Tässä pro gradu tutkielmassa selvitettiin IMBAn suomenkielisen pilottiversion työkykylomakkeen validiteettiä.

Aineisto ja menetelmät

Tutkimuksessa aineistona oli 54 IMBA työkykyarviointia. Arviointien tekijät olivat käyneet ensimmäisen Suomessa järjestetyn käyttäjäkoulutuksen, jossa kouluttajina toimivat saksalaiset välineen kehittäjät. Aineisto analysoitiin Rasch osioanalyysillä. Analyysissä tarkasteltiin erikseen fyysisiä kykyosoittimia (n=30) ja psykososiaalisia osoittimia (n=24). Tutkimusjoukko koostui työkeskusten asiakkaista (n=36) ja ilman tukitoimia työssä käyvistä henkilöistä (n=18). Tilastollisen analyysin lisäksi fyysisistä työkykyä kuvaavia osoittimia tarkasteltiin käsitteellisesti suhteessa kansainväliseen toimintakykyluokitukseen (ICF).

Tulokset

Psykososiaaliset osoittimet sopivat asetettuihin kriteerirajoihin ja erottelivat yksilöiden kyvyt viidelle eri tasolle. Psykososiaalisten osoittimien pisteytys toimi oletuksen mukaan. Fyysisistä osoittimista 2 (6,7 %) ei sopinut Rasch-mallin oletuksiin. Fyysiset osoittimet erottelivat yksilöiden kyvyt kolmelle eri tasolle. Fyysisten osoittimien kuusiportaisessa pisteytyksessä arvoa kolme käytettiin runsaasti (77 %).

Pohdinta

Tämän tutkimuksen otos oli pieni ja tulokset ovat suuntaa antavia. Psykososiaaliset osoittimet ovat yhteensopivia ja ne erottelevat hyvin eritasoisia kykyjä. Fyysisistä työkykyä kuvaavat osoittimet eivät kaikilta osin sopineet yhteen ja osoittimien määritelmiä on suositeltavaa tarkistaa niin, että ne ilmaisevat yksiselitteisesti määriteltäviä osa-alueita. Arviointivälineen herkkyyden parantamiseksi on suositeltavaa tarkentaa fyysisten osoittimien pisteytysten kriteereitä.

Avainsanat: Työkyvyn arviointi, arviointivälineen validiteetti, Rasch osioanalyysimalli, ICF

KUNTOUTUS PEURUNGAN NISKAKURSSIEN JA ARKIELÄMÄN FYYSISEN AKTIIVISUUDEN TEHO, TYÖMÄÄRÄ JA KUORMITTAVUUS

Karapalo T^{1,2}, Wasenius N², Sjögren T², Heinonen A², Pekkonen M¹, Mälkiä E²

¹ Kuntoutus Peurunka, Laukaa, ² Jyväskylän yliopisto, Terveystieteiden laitos

Tarkoitus. Tutkimuksen tarkoituksena oli verrata niskakurssien kuntoutujien fyysisen aktiivisuuden tehoa, työmäärää ja kuormittavuutta arkielämässä ja laitostuntoutuksessa sekä mitata ohjatun kuntoutuksen fyysisen aktiivisuuden annos.

Menetelmät. Koehenkilöinä oli 16 naista ja 3 miestä, joiden keski-ikä oli 48,6 vuotta (SD 6,6) ja BMI 26,6 kg/m² (SD 3,7). Koehenkilöiden maksimaalinen suorituskyky MET-lukuina (METc) mitattiin suoralla maksimaalisella polkupyöräergometristillä. Metpro® -kyselylomakkeella mitattiin arkielämän fyysinen aktiivisuus ja kuntoutusjakson aikana ohjatun kuntoutuksen ulkopuolinen fyysinen aktiivisuus (1). Ohjatun kuntoutuksen fyysinen aktiivisuus mitattiin SenseWear® Armband Pro2 –mittarilla (2). Arkielämän ja laitostuntoutuksen eri aktiivisuusmuotojen vertailu suoritettiin työn ja ohjatun kuntoutuksen, työmatkan ja siirtymisten, vapaa-ajan liikuntojen sekä muiden suoritusten välillä. Kaikki mitatut toiminnot muutettiin lepoai-neenvaihdunnan kerrannaisiksi (MET) käyttäen Metpro®- tietokoneohjelmaa, jolla laskettiin fyysisen aktiivisuuden aikapainotteiset keskiarvot (TWA-MET), maksimaaliset tehot (Max-MET) sekä työmäärä (METH/METmin). Kuormittumisprosentit laskettiin suhteuttamalla suoritusten teho hengitys- ja verenkiertoelimistön maksimaaliseen suorituskykyyn.

Tulokset. Koehenkilöiden METc oli 7,2 MET (SD 1,6). Kuormittumisprosentti työssä oli 32 % (SD 8,2). Koehenkilöistä 56 % ylikuormittui työssään nykyisten kuormitussuositusten mukaan. Eri aktiivisuusmuotojen tehot laitostuntoutuksessa olivat 57 %:lla koehenkilöistä korkeammat kuin arkielämässä. Eri aktiivisuusmuotojen työmäärät arkielämässä olivat 58 %:lla koehenkilöistä suuremmat kuin laitostuntoutuksessa. Työmäärät olivat työssä 46 % ja arkielämän muissa toiminnoissa 35 % suuremmat kuin laitostuntoutuksen vastaavissa aktiivisuusmuodoissa. Ohjatun kuntoutuksen 146 eri suorituksen fyysisen aktiivisuuden MET -lukujen keskiarvo oli 2,0 MET (SD 1,0). Mitatuista suorituksista 10 % aiheutti yli 50 % hengitys- ja verenkiertoelimistön kuormittumisen. Kaikkien fyysisten harjoitusten TWA-MET oli 3,0 MET kuormittumisprosentin ollessa 43 % (SD 8,2). Niskan spesifien lihasvoimaharjoitusten TWA-MET oli 1,7 MET ja kuormittumisprosentti 24 % (SD 4,6). Ohjatun kuntoutuksen fyysisen aktiivisuuden työmäärä oli 51 METH/viikko, josta fyysisten harjoitusten osuus oli 72 % eli 36 METH/viikko. Niskan spesifien harjoitusten työmäärä oli 1,5 METH/viikko, joka oli 4 % kaikkien harjoitusten työmäärästä.

Pohdinta. Hieman yli puolet kuntoutujista ylikuormittui työssään nykyisten kuormitussuositusten mukaan (3). Laitostuntoutuksessa koehenkilöt kuormittuivat enemmän suoritusten tehon seurauksena ja arkielämässä kuormittuminen oli seurausta ennemminkin työmäärästä. Verrattuna aikaisempaan niskan spesifiä harjoittelua koskeneeseen tutkimukseen jäi tutkimuksessamme ohjatun kuntoutuksen fyysisen aktiivisuuden harjoitusannos spesifin niskaharjoittelun osalta melko alhaiseksi (4), toisaalta tutkimuksissa on viitteitä ohjauksen ja opetuksen merkityksestä niskaoireisten kuntoutuksessa (5).

Lähteet:

1. Mälkiä E, Impivaara O, Heliövaara M, maatela J. The physical activity of the healthy and chronically ill adults in Finland at work, at leisure and during commuting. *Scand J Med Sci Sports* 1994; 4:82-87.
2. Jakicic JM, Marcus M, Gallagher KI, Randall G, Thomas E, Goss FL, Robertson RJ. Evaluation of the SenseWear Pro Armband™ to assess energy expenditure during exercise. *Med. Sci. Sports Exerc.* 2004; 36:897-904.
3. Åstrand P-O, Rodahl K, Dahl HA, Strömme SB. Textbook of work physiology. Physiological bases of exercise. 4th ed. Champaign, IL: Human Kinetics, 2003.
4. Nikander R, Mälkiä E, Parkkari J, Heinonen A, Starck H, Ylinen J. Dose-response relationship of Specific Training to Reduce Chronic Neck Pain and Disability *Med. Sci. Sports Exerc.* 2006; 38:2068-2074.
5. Sjögren T, Nissinen K, Järvenpää S, Ojanen M, Vanharanta, H, Mälkiä E. Effects of a workplace physical exercise intervention on the intensity of headache and neck and shoulder symptoms and upper extremity muscular strength of office workers: A cluster randomized controlled cross-over trial. *Pain* 2005; 116:119-128.

TYÖIKÄISTEN KUNTOUTUJIEEN KÄYTTÄMIEN SELVIYTYMISKEINOJEN SUKUPUOLIEROT JA YHTEYDET MYÖHEMPÄÄN HYVINVOINTIIN

Kokkonen M¹, Mäkiäho A², Pekkonen M²

¹ Jyväskylän yliopisto, Liikuntatieteiden laitos, ,

² Kuntoutus Peurunka, Laukaa

Tavoitteet

Tutkimuksemme tavoitteena oli selvittää, 1) kuinka kuntoutujien työelämässään käyttämät selviytymiskeinot kytkeytyivät heidän myöhempään hyvinvointiinsa ja 2) erosivatko nais- ja mieskuntoutujat toisistaan selviytymiskeinojensa ja hyvinvointinsa suhteen.

Aineisto

Kuntoutujat (N = 585) aloittivat kuntoutuksen Peurungassa lokakuun 2000 ja lokakuun 2001 välisenä aikana ja osallistuivat seurantajaksoon viimeistään toukokuussa 2003. He osallistuivat KELAn järjestämiin varhaiskuntoutuksen (ASLAK®-kurssit, n = 320), tuki- ja liikuntaelin sairauksien kuntoutuksen (Tules-kurssit, n = 136), työuupuneiden kuntoutuksen (Virveli-kurssit, n = 63) sekä vajaakuntoisten työntekijöiden työ- ja toimintakyvyn tukemiseen tarkoitettun kuntoutuksen (Tyk-kuntoutus, n = 66) kaikkiin jaksoihin kuntoutusprosessin aikana. Tyk-kuntoutus sisälsi neljä kuntoutusjaksoa ja kesti noin 1,5 vuotta. Muut kuntoutukset kestivät vuoden; Tules- ja ASLAK®-kuntoutuksiin kuului kolme ja Virveli-kuntoutuksiin kaksi kuntoutusjaksoa.

Menetelmät

Ensimmäisellä kuntoutusjaksolla kuntoutujat täyttivät selviytymiskeinoja kartoittavan, lyhennetyt Coping Inventory for Stressful Situations (CISS; Parker & Endler, 1990, 1999) -kyselyn. Viimeisellä kuntoutusjaksolla he arvioivat mm. omaa yleistä terveyttään, särkylääkkeiden käyttöään, pitkäaikaissairauksiensa määrää, kokemansa kivun voimakkuutta ja siitä aiheutuvaa haittaa, fyysisistä oireiluaan, depressiivisyyttään, psyykkistä ja fyysisistä elämänlaatuaan sekä työkykyään.

Aineistoa analysoimme faktorianalyysin, Pearsonin tulomomenttikorrelaatioiden ja riippumattomien otosten t-testien avulla.

Tulokset

Faktorianalyysin perusteella CISS -kysely rakentui neljästä faktorista: 'ongelmasuuntautunut' (mm. 'Mietin, kuinka olen ratkaissut samanlaisia ongelmia') 'tunnesuuntautunut' (mm. 'Syytän itseäni, koska en tiedä, mitä tehdä'), 'välttelevä' (mm. 'Menen syömään välipalan tai aterian') ja 'sosiaaliseen tukeen perustuva' (mm. 'Soitan ystävälleni'). Neljä faktoria selitti lähes 47 % kyselyn muuttujien vaihtelusta. Ongelmasuuntautuneet selviytymiskeinot liittyivät vähäisempään kivun voimakkuuteen ja siitä aiheutuvan haitan kokemiseen, vähäisempään depressiivisyyteen, vähäisempiin työpoissaoloihin, vähäisempiin fyysisiin oireisiin sekä parempaan psyykkiseen ja fyysiseen elämänlaatuun, itsearvioituun terveyteen ja työkykyyn. Tunnesuuntautuneet selviytymiskeinot sitä vastoin korreloivat päinvastaisesti em. hyvinvoinnin muuttujiin. T-testit osoittivat, että naiset turvautuivat miehiä enemmän tunnesuuntautuneisiin, vältteleviin ja sosiaaliseen tukeen perustuviin selviytymiskeinoihin. Naiset saivat myös miehiä alhaisempia keskiarvoja lähes kaikissa myöhempää hyvinvointia kuvaavissa muuttujissa.

Johtopäätökset

Miehiin verrattuna naiskuntoutujat käyttivät työelämässään terveytensä kannalta haitallisia tai toimimattomia selviytymiskeinoja ja voivat miehiä huonommin.

Lähteet:

Endler, N. S., & Parker, J. D. A (1990). Coping Inventory for Stressful Situations (CISS). Manual. Toronto: Multi-Health Systems.

Endler, N. S., & Parker, J. D. A (1999). Coping Inventory for Stressful Situations (CISS). Manual (2. painos). Toronto: Multi-Health Systems.

ELÄMÄNMITTAINEN SELVIYTYMINEN OPPIMISVAIKEUKSIEN KANSSA

Korkeamäki J

Kuntoutusalan tutkimus- ja kehittämiskeskus, Kuntoutussäätiö

Tausta

Tietoyhteiskunnassa vaaditaan yhä enemmän ja monipuolisempia kielellisiä valmiuksia. Nykytiedon mukaan kehitykselliset oppimisvaikeudet ovat neurobiologinen ilmiö, jossa on kyse aivojen erilaisesta tavasta järjestää ja prosessoida tietoa. Vaikeudet oppimisessa ja niiden mahdollisesti aiheuttamat toiminnan- tai osallistumisen rajoitteet jatkuvat siten aikuisuudessa, vaikka voivatkin muuttaa ilmenemismuotojaan. Aikuisten oppimisvaikeuksiin ei ole juuri tarjolla omia erityispalveluita, vaikka oppimisvaikeudet lisäävät tutkimusten mukaan selvästi syrjäytymisriskiä.

Tavoite

Tutkimuksen tavoitteena on mallittaa hyviä selviytymiskeinoja erilaisille oppijoille ja ohjaustyön tueksi. Tutkimus on osa Opi oppimaan –kehittämishanketta, jossa kehitetään kuntoutus- ja ohjausmenetelmiä erilaisille oppijoille.

Esityksessä käsitteellistetään oppimisvaikeuksia yhteiskunnallisena ilmiönä ja pohditaan selviytymisen (coping) käsitettä. Kuntoutuksen tavoitteeksi on usein esitetty yksilön kannalta omien selviytymiskeinojen vahvistamisen. Hyvän selviytymisen kannalta on tärkeää, että käytössä on monipuolisia ja joustavia selviytymiskeinoja. Nykykäsityksen mukaan ihminen pyrkii itse aktiivisesti ratkaisemaan kohtaamiaan ongelmia. Selviytyminen on jatkuva prosessi, johon vaikuttavat yksilön omien resurssien lisäksi ympäristön vaatimukset.

Aineisto ja menetelmät

Tutkimuksen pääaineistona ovat hyvin selviytyneiden erilaisten oppijoiden teemahaastattelut, joita analysoidaan laadullisen sisällönanalyysin keinoin. Laadullinen lähestymistapa mahdollistaa erilaisten oppijoiden oman äänen ja kokemusten kuulemisen. Selviytymiskeinojen kartoittamisessa käytetään lisäksi tarkistuslistaa. Tarvittaessa aineistoa täydennetään muulla tekstiaineistolla, esimerkiksi lehtiartikkeleilla, päiväkirjoilla tai ryhmäkeskusteluilla. Tutkimuksen aineistonkeruuvaihe on juuri alkanut.

Selviytyminen ja hallinta

Kirjallisuuden perusteella hyvän selviytymisen kannalta keskeistä on tieto omista toimintarajoitteista ja henkilökohtaisista vahvuuksista, jolloin omat vaikeudet on mahdollista jakaa osiin. Tämä edellyttää oppimisvaikeuksien hyväksymistä ja kehystämistä positiivisempaan suuntaan. On todettu, että mitä suurempina vaikeudet koetaan, sitä enemmän ne aiheuttavat ahdistusta. Selviytyjät asettavat itselleen konkreettisia tavoitteita ja vaihtavat tarvittaessa toimintatapojaan luopumatta kuitenkaan yleisestä päämäärästään. Selviytymiskeskusteluissa korostettu hallinnan tunne voi olla siten myös seurausta tavoitteissa onnistumisesta. Selviytyjille on myös ominaista ennakoiva ratkaisujen hakeminen ja luovuus niiden suhteen. He hakevat myös aktiivisesti tukea vaikeuksiinsa, ottavat tukea vastaan ja tarjoavat sitä vastavuoroisesti myös muille.

CP- JA AVH-KUNTOUTUJIIEN JA KUNTOUTUSTYÖNTEKIJÖIDEN KOKEMUKSIA JA KÄSITYKSIÄ KUNTOUTUSTOIMENPITEIDEN MERKITYKSELISYYDESTÄ KOKONAISVALTAISEN TOIMINTAKYVYN YLLÄPITÄMISESSÄ JA EDISTÄMISESSÄ

Koukkari M

Oulun seudun ammattikorkeakoulu, Sosiaali- ja terveystieteiden yksikkö

Tutkimuksen aiheeseen johdattelu

Kuntoutukseen on viime vuosina käytetty merkittävästi taloudellisia resursseja. Kasvun on ennustettu edelleen lisääntyvän lähivuosina ja tulevaisuudessa. Kuntoutukselta odotetaan näyttöä sen vaikuttavuudesta. Ihmisen kokonaisvaltaisen toimintakyvyn ylläpitäminen ja sen edistäminen on kuntoutuksen keskeinen tavoite ja tulevaisuuden haaste kuntoutuksen eri toimijoille ja kuntoutujille itselleen. Kuntoutustoimenpiteet, joiden avulla tähän haasteeseen pyritään vastaamaan ovat hyvin erilaisia keskenään. Tietoa niiden merkityksellisyydestä tarvitaan enemmän. Kuntoutustoimenpiteiden tulisi sisältää sellaisia ratkaisuja, jotka mahdollistavat kuntoutujan oman elämän hallintaa hänelle parhaalla mahdollisella tavalla. Näihin ratkaisuihin pyritään yhdessä kuntoutustyöntekijöiden, kuntoutujien ja kuntoutusprosessiin osallistuvien verkostojen kanssa.

Tutkimuksen tarkoitus

Kuntoutuksen jatko-opintoihin (Lapin yliopisto) liittyvän tutkimuksen tarkoituksena on selvittää *a) eri ammateissa toimivien kuntoutustyöntekijöiden käsityksiä kokonaisvaltaisen toimintakyvyn ylläpitämisen ja edistämisen kannalta vaikuttavista ja tuloksellisista kuntoutustoimenpiteistä sekä b) CP- vammaisten nuorten ja nuorten aikuisten sekä aivoverenkiertohäiriöstä (AVH) vammautuneiden työikäisten ja ikääntyneiden kuntoutujien kokemuksia oman kuntoutusprosessin kannalta merkityksellisistä kuntoutustoimenpiteistä.* Tutkimuksessa saatua tietoa on tarkoitus hyödyntää kuntoutustyöntekijöiden työkäytännöissä sekä kuntoutusalan koulutuksen suunnittelu- ja kehittämistyössä. Tutkimuksesta saadulla tiedolla oletetaan olevan merkitystä kuntoutujan kuntoutumiseen liittyvässä tutkimus- ja kehitystyössä.

Tutkimusaineisto

Tutkimusaineistona on 30 kuntoutujan ja 40 kuntoutustyöntekijän teemahaastatteluaineisto. Aineistoon valitaan harkinnanvaraisesti 15 CP- ja 15 AVH- kuntoutujaa sekä 3-5 kuntoutustyöntekijää niistä ammattiryhmistä, jotka keskeisesti toimivat CP- ja AVH-kuntoutujien kuntoutusprosessissa. Aineistonkeruussa käytetään asiantuntijaverkostoja sekä harkinnanvaraisesti sellaisia kuntoutuksen palvelujärjestelmiä, joissa aineiston tarkoituksenmukainen otanta mahdollistuu. Tutkimuksessa ei olla kiinnostuneita alueellisista painotuksista. Aineisto on kerätty syksyn 2006 ja kevään 2007 aikana.

Aineiston käsittely

Tutkimus on laadullinen, ja teoreettinen lähestymistapa on fenomenografia. Tutkimuksessa ollaan kiinnostuneita siitä, miten ympäröivä maailma ilmenee ja rakentuu ihmisen tietoisuudessa. Tutkimuksen avulla pyritään löytämään vastauksia kuntoutustoimenpiteissä ilmeneviin merkityksellisiin tekijöihin ja tekemään aineistosta löytyneet merkitykset ymmärrettäviksi. Aineisto analysoidaan sisällönanalysilla.

HRQoL AND SENSE OF COHERENCE AMONG FIBROMYALGIA PATIENTS

Kukkurainen M-L¹, Kautiainen H¹, Mikkelsen M¹ and Kyngäs H²

¹Rheumatism Foundation Hospital, Heinola,

² University of Oulu, Department of Nursing and Health Administration

Background. Fibromyalgia (FM) is a syndrome associated with symptoms which have a major impact on quality of life and are unfortunately fairly stable in spite of many rehabilitation interventions. Measuring the QoL is the way to get information in diseases like FM, absent possibilities to assess the progress of a disease by impairments, injury or signs. Sense of coherence (SOC) is a salutogenic resource which usually operates as a resource correlating with health related concepts (1, 2, 3). FM patients with higher SOC report well-being, pain, fatigue, anxiety and depression more positively, than those with lower SOC (4). SOC is defined as a global orientation that expresses the extent to which one has a pervasive, enduring though dynamic feeling of confidence that the stimuli deriving from one's internal and external environments in the course of living are structured, predictable, and explicable; the resources are available to one to meet the demands posed by these stimuli; these demands are challenges, worthy of investment and engagement (1).

Objectives. This study describes HRQoL and SOC among fibromyalgia patients, the correlation between the HRQoL and SOC, as well as the changes taking place in these areas over the course of a year.

Methods and material. The data were gathered from 169 fibromyalgia patients (160 female, 9 male) by means of a questionnaire before the rehabilitation and follow up 4 months and 12 months later. There were total 17 groups of 10 participants in each group. Multidisciplinary rehabilitation consisted two (17+3 days) or three (12+3+1 days) periods. The mean age was 47 years (SD 8), mostly married or cohabiting (81%). HRQoL was measured by a Finnish generic, comprehensive 15-dimensional measure that can be used both as a profile and single index score 0 – 1.000 (dead - best possible QoL) measure (5). The 15 dimensions are: Move, see, hear, breath, sleep, eat, communication, elimination, usual activity, mental, pain, depression, distress, vitality and sex. SOC was measured by the 13-item version (range 13-89) (1). The index of 15D and mean values of SOC and SOC quartiles (<52, 53-59, 60-66 and 67-89 points) were used in analysis.

Results. 15D differed ($F = 5.41$, $p = 0.005$) in different points of measurement increasing from the first (0.762, 95 % CI 0.748–0.775) to the second (0.794, 95 % CI 0.779–0.810) and decreased in the one year follow up (0.787, 95 % CI 0.770–0.804). The change in time differed significantly in sleep ($p < 0.01$), mental ($p < 0.05$), distress ($p < 0.05$), pain ($p < 0.05$), ADL ($p < 0.05$) and vitality ($p < 0.001$). 15D correlated with SOC positively ($r = 0.53$, $p < 0.05$). Mean SOC was at the same level (mean 59, SD 11) as in earlier study (4) in the whole group before the rehabilitation and remained fairly stable (ICC 0.70) during the one-year monitoring period. SOC-quartiles differed in 15D ($F = 20.9$, $p < 0.0001$) being in the lowest SOC quartile 0.699 (SD 0.09) and increasing all the time from the second 0.751 (SD 0.07), to third 0.768 (SD 0.08) and to the highest SOC-quartile 0.834 (SD 0.07). There was no co effect between SOC-quartiles and time ($p = 0.25$). The difference in 15D –index between the first and one year follow up was significant only in the lowest SOC-quartile ($p = 0.01$). Further there were several items where the difference was significant in different SOC-quartiles, however mostly in the lowest quartile (Table 1).

Conclusion. SOC correlates with HRQoL and changes occur in low SOC quartile in the 15D –index. Changes in the individual items of 15D occurred in all quartiles, but more often in there lowest quartile than in the others. Many earlier studies have shown that the symptoms has tendency to decrease after intervention in short-term (4). However there is some increase in the QoL in one year follow up among those who have low sense of coherence.

References

- (1) Antonovsky A. Unravelling the Mystery of Health: How People Manage Stress and Stay Well. Jossey-Bass Publishers, San Francisco, CA. 1987.
- (2) Eriksson M & Lindström B. Validity of Antonovsky's sense of coherence scale: a systematic review. *J Epidemiol Community Health* 2005; 59(6): 460-466.
- (3) Eriksson M & Lindström B. Antonovsky's sense of coherence scale and the relation with health: a systematic review. *J Epidemiol Community Health* 2006; 60: 376-381.
- (4) Hävermark A-M & Langius-Eklöf A. Long-term follow up of a physical therapy programme for patients with fibromyalgia syndrome. *Scand J Caring Sci* 2006; 315-322.
- (5) Sintonen H. The 15D instrument of health-related quality of life: properties and applications. *Ann Med* 2001; 33: 328-336.

ADL MOTOR AND ADL PROCESS SKILLS IN 7- TO 10-YEAR-OLD CHILDREN WITH SPECIFIC LANGUAGE IMPAIRMENTS

Lautamo T¹, Salminen A-L², Fisher A³

¹ University of Jyväskylä, Department of health sciences

² STAKES

³ Umeå University

Background

While investigating physical limitations among children with specific language impairments (SLI), the focus has been on fine motor and gross motor capacities or praxis capacities. Yet, these underlying capacities do not necessarily predict how the child can perform in real life situations.

Purpose

The purpose of this study was to compare the motor and process skills in activities of daily living (ADL) in children with SLI to those of their same-aged peers.

Participants: The participants ($n=63$) were 7- to 10-year-old children, 33 with SLI (23 males, 10 females, mean age=8 yr 5 mo, SD=1 yr 0 mo) and 30 typically-developing peers (21 males, 9 females, mean age=8 yr 6 mo, SD=1 yr 0 mo).

Methods

Each of the children was assessed individually with the Assessment of Motor and Process Skills (AMPS). The data were collected in the school environments.

Results

Independent samples t tests revealed significant differences in mean ADL motor and ADL process ability between the two groups; ADL motor skills ($t=-8.50, p<.001, Hedge's\ g=2.14$) and ADL process skills ($t=-8.76, p<.001, Hedge's\ g=2.21$).

Conclusions

We concluded, therefore, that children with SLI have significantly lower ADL performance abilities than their same-aged peers. This study confirms that children with SLI have more challenges to perform their ADL tasks than do the typically developing peers. This means that they are more dependent and need more support from their social and physical environments to participate in everyday life situations. Further investigation regarding how we can support children's with SLI to learn motor and process skills is needed.

Keywords: Specific language impairment (SLI), ADL motor skills, ADL process skills

KELAN KUNTOUTUJIIEN REKISTERISEURANTA

Lind J, Aaltonen T, Halonen J-P, Klaukka T

Kelan tutkimusosasto

Tausta ja tavoite

Rekisteriseurannan tavoitteena on kuvata niiden henkilöiden työtilannetta ja terveysturvaetuuksia vuosien 2002 – 2004 lopussa, joilla Kelan kuntoutusrekistereissä oli jokin päättynyt toimenpide vuonna 2002. Rekisteriselvitys on osa kuntoutuksen vaikuttavuuden seurantajärjestelmään tähtäävää pilottihanketta¹.

Kohderyhmä

Kohderyhmään kuului 65904 henkilöä, joista 42,4 % oli miehiä (n = 27934) ja 57,6 % naisia (n = 37970). Mediaani-ikä poimintavuotena 2002 oli 47,0 vuotta (miehet 45,0 vuotta, naiset 48,0 vuotta). Kuntoutukseen hakeutuessaan kuntoutujista 50,5 % oli kuulunut työvoimaan, ts. oli ollut joko ansiotyössä (miehet 37,1 %, naiset 49,1 %) tai työttömänä (miehet 5,9 %, naiset 6,8 %). Keskimäärin runsas neljännes (27,9 %; miehet 29,9 %, naiset 26,4 %) oli ollut kuntoutukseen hakeutuessaan eläkkeellä tai työkyvytön (sairauspäivärahalla). Sekä miehillä että naisilla pääsairautena oli kuntoutushakemuksessa ollut useimmin tuki- ja liikuntaelinten sairaus (38,6 %; miehet 32,8 %, naiset 42,9 %). Muita yleisiä sairauksia olivat mielenterveyden häiriöt (22,4 %) ja hermoston sairaudet (13,6 %). Miehistä 36,7 %:lla ja naisista 38,8 %:lla oli vähintään yksi lisäsairaus. Miehistä 73,9 % ja naisista 86,3 % oli käyttänyt vuonna 2002 peruskorvattuja lääkkeitä ja 37,4 % erityiskorvattuja lääkkeitä. Keskimäärin useampi kuin joka neljäs oli ollut vuoden 2002 lopulla eläkkeellä (27,1 %; miehet 28,2 %, naiset 26,4 %), lähinnä työkyvyttömyyseläkkeellä (21,1 %). Miehistä 19,1 % ja naisista 23,9 % oli ollut sairauspäivärahalla.

Kuntoutustoimenpiteet

Kuntoutustoimenpiteistä keskimäärin yli puolet (54,8 %; miehet 47,4 %, naiset 60,3 %) oli koskenut harkinnanvaraista kuntoutusta, neljännes (25,4 %; miehet 33,1 %, naiset 19,8 %) vaikeavammaisten lääkinnällistä kuntoutusta ja vajaa viidennes (17,8 %; miehet 17,5 %, naiset 18,0) vajaakuntoisten ammatillista kuntoutusta. Kohderyhmään kuuluneista 1,9 % oli saanut kahden tai useamman lakiperusteen mukaista kuntoutusta. Kuntoutustoimenpiteiden kokonaiskustannusten mediaani oli 2370 euroa (miehet 2406 euroa, naiset 2346 euroa).

Seurantahetken työtilanne

Kohderyhmästä työvoimaan työllisenä tai työttömänä kuuluneiden osuus oli alentunut vuoden 2002 lopusta vuoden 2004 loppuun verrattuna 47,5 %:sta 43,4 %:iin. Tämä johtui työssä olleiden osuuden vähenemisestä 42,8 %:sta 38,1 %:iin; työttömien osuus kohderyhmässä oli kasvanut samana aikana 4,7 %:sta, 5,3 %:iin. Työtilanteessa tapahtuneissa muutoksissa oli selviä eroja mm sukupuolen ja kuntoutuksen lakiperusteen mukaan. Naisten työvoimaan kuuluvuus oli tarkasteluajanjakson alussa ja lopussa selvästi suurempi kuin miesten, vaikkakin naisten työvoimaan kuuluvuus aleni jyrkemmin (52,7 % - 47,4 %) kuin miesten työvoimaan kuuluvuus (40,5 % - 38,0 %). Vajaakuntoisten ammatillista kuntoutusta saaneiden työvoimaan kuuluvuus on vähentynyt seuranta-aikana selvimmin. Vaikeavammaisten lääkinnällistä kuntoutusta saaneiden alhaisessa työvoimaan kuuluvuudessa ei ole juurikaan tapahtunut muutoksia. Työvoimaan kuuluneiden osuuden väheneminen ilmenee eläkkeelle, lähinnä työkyvyttömyyseläkkeelle siirtyneiden osuuden kasvuna. Vuoden 2002 lopussa kohderyhmästä oli kuollut 0,6 % ja vuoden 2004 loppuun mennessä 2,2 %. Miesten kuolleisuus oli lähes kaksi kertaa suurempi kuin naisten. Kaikkein suurinta kuolleisuus oli vaikeavammaisten lääkinnällistä kuntoutusta saaneiden keskuudessa (1,4 % vuonna 2002, 4,4 % vuonna 2004).

¹ Tutkimushanke "Kuntoutuksen vaikuttavuuden seuranta". Tutkimukset 2006; Kuntoutus ja työkyky. Kelan tutkimusosasto 2006. <http://www.kela.fi/in/internet/suomi.nsf/NET/170306100109PN?OpenDocument>.

AMMATILLISTEN KUNTOUTUSSUUNNITELMIEN TOTEUTUMINEN

Lindh J

Lapin yliopisto, Yhteiskuntatutkimuksen laitos

Taustaa

Ammatillinen kuntoutustutkimus on yksi keskeinen ammatillisen kuntoutuksen toimenpide. Se on paitsi liiketoiminnallisesti tuotteistettu ja hinnoiteltu kuntoutuksen palvelumuoto myös moniammatillista asiantuntijapraktiikkaa, jossa arvioidaan ja diagnostisoidaan kuntoutujien työ- ja toimintakykyä sekä laaditaan yksilöllinen kuntoutussuunnitelma. Väitöskirjatutkimuksessani ”Ammatillisten kuntoutussuunnitelmien toteuttaminen ja vaikuttavuus”, jota rahoittaa Kela, tarkastelen ammatillisen kuntoutuksen haasteita ammatillisten kuntoutussuunnitelmien toteuttamisen ja toteutumisen näkökulmasta. Lähdän liikkeelle hypoteesista, että nykymuotoinen institutionaalinen ammatillinen kuntoutus on Suomessa tullut, jos ei nyt tienpäähän, niin ainakin tienhaaraan. Nykyisellään ammatillinen kuntoutus vastaa puutteellisesti nykyajan työelämän vaatimuksiin ja yksilöiden tarpeisiin.

Aineisto

Tutkimus perustuu ammatillisten kuntoutussuunnitelmien ja lausuntojen analyysiin, kuntoutusasiakkaiden ja kuntoutustyöntekijöiden haastatteluihin ja kuntoutusasiakkaille suunnattuun kyselyyn. Aineisto on kerätty kahdesta kuntoutusorganisaatiosta vuoden 2006 aikana.

Tulokset

Tulokseni liittyvät viiteen teemaan: 1) asiakkaan aktiivisen roolin ja vastuun korostuminen kuntoutuksessa, 2) kuntoutuksen suunnittelun merkityksen korostuminen, 3) eri tahojen osallistuminen/sitouttaminen kuntoutuspalvelujen suunnitteluun, toteutukseen ja arviointiin, 4) työn ja työkykyvaatimusten muutokset työelämäsuuntautuvan kuntoutuksen haasteena ja 5) kuntoutuksen vaikuttavuuden korostaminen.

Ensinnäkin, ammatillisten kuntoutuspalvelujen käyttäjät ja heidän osallistumisensa - kuntoutuksen asiakas-keskeisyyspuheesta ja yksilöllisyydestä huolimatta - on pitkälti sivuutettu oman kuntoutumisprosessinsa suunnittelusta, toteutuksesta ja arvioinnista. Tarkastelemiani kuntoutussuunnitelmia luonnehtii enemmän toimenpidekeskeisyys kuin tavoitekeskeisyys. Kuntoutujat kokevat suunnitelmien merkityksen vähäisenä ja kokevat olevansa pikemminkin tiedon tuotannon ja arvioinnin kohteita kuin oman kuntoutumisen suunnittelun subjekteja. Toinen haaste liittyy kuntoutuksen suunnittelun liian myöhäiseen käynnistymiseen. Kuntoutusjärjestelmä ei nykyisellään reagoi riittävän ajoissa yksilöiden työssäkäynnin ja työkyvyn ongelmiin, jolloin kuntoutukseen valikoituvien ongelmat monimutkaistuvat ja kietoutuvat yhteen. Kolmas haaste liittyy ammatillisen kuntoutussuunnitelmien seurannan puutteellisuuteen. Ammatillinen kuntoutus on pitkälti toimintaa joka tietää huonosti oman toimintansa ja interventioidensa vaikutuksista. Vaikuttavuustiedon vähäinen hyödyntäminen vaikeuttaa myös kuntoutustoiminnan kehittämisedellytyksiä. Neljäs ammatillisten kuntoutussuunnitelmien toteuttamiseen ja toteutumiseen liittyvä haaste on kuntoutussuunnitelmien ja toimenpidesuosituksen jatkoluotsauksen puute. Kuntoutusjärjestelmästä puuttuu tällä hetkellä suunnitelmien toteuttamista koordinoiva taho. Kuntoutussuunnitelmista ei vielä ole muodostunut sellaista kuntoutusverkoston hallinnan välinettä, joka sille on asetettu tavoitteeksi. Suunnitelmien toteutuminen jää liiaksi kuntoutujan oman aktiivisuuden ja resurssien varaan. Viides haaste liittyy itse kuntoutussuunnitelmien vaikutuksiin. Alustavien tutkimustulosteni perusteella vaikuttaa siltä, että ammatilliset kuntoutussuunnitelmien vaikutukset suuntautuvat vahvemmin työkyvyttömyyseläkkeelle kuin työelämään ja kuntoutujien työ- ja toimintakyvyssä ei ole tapahtunut merkittäviä parannuksia.

Pohdinta

Suomalainen (ammatillinen) kuntoutusjärjestelmä on luonteeltaan managerialistinen ja kuntoutuspalvelujen organisointi perustuu pitkälti tilaaja-tuottaja -malliin. Niin kuntoutuspalvelujen käyttäjä kuin työyhteisöt on pitkälti sivuutettu palvelujen suunnittelusta, toteutuksesta ja arvioinnista. Kuntoutujien osallistuminen ja sitoutuminen omien kuntoutussuunnitelmien tekemiseen on vaarassa jäädä ohueksi ja pintapuoliseksi. Kuntoutussuunnitelmat ovat enemmän kuntoutuspalvelujen tilaajan ja tuottajan välistä dokumentaatiota ja toimenpidesuosituksia kuin kuntoutujan kuntoutumisprosesseja ja kuntoutuspalvelujen toteuttamista tukevia sopimuksia. Haasteena on yleisemminkin, miten ammatillisia kuntoutuspalveluja ja -suunnitelmia kyettäisiin uudelleenorganisoimaan ja -integroimaan sekä työyhteisöjen että muun palvelujärjestelmän toimintaan entistä systemaattisemmin.

NAISTEN KOKEMUKSIA TYÖKYVYTTÖMYYSELÄKKEEN HYLKÄYKSESTÄ

Loikkanen M

Kuopion yliopisto, sosiaalityön ja sosiaalipedagogiikan laitos
Suomen aivotutkimus- ja kuntoutuskeskus Neuron

Tutkimuksen taustaa

Tutkimukseni aiheena on keski-ikäisten naisten kokemus työkyvyttömyyseläkkeen hakemuksen hylkäämisestä ja siitä, miten se on vaikuttanut heidän elämänsä ja toimeentuloonsa. Naisten työkyvyttömyyseläkehakemuksia hylätään kaikissa ikäluokissa enemmän kuin miesten hakemuksia. Olen tehnyt sosiaalityöntekijänä kuntoutustutkimuksissa tehtäviä työkyvyn arviointeja Suomen aivotutkimus- ja kuntoutuskeskus Neuronissa lähes kahdeksan vuoden ajan. Käytännön työssä huomaisin suurimmiksi ongelmiksi toimeentulon ja itsetunnon heikkenemisen sekä katkeruuden yhteiskuntaa kohtaan, jonka he kokevat hylänneen heidät. Halusin tutkia tätä aihetta lähemmin sosiaalityön alan lisensiaattitutkimuksessani.

Tutkimuksen tavoitteet

Tutkimuksen tavoitteena on tehdä näkyväksi tutkimukseen osallistuvien naisten kokemus työkyvyttömyyseläkkeen hylkäämisestä. Näin pienellä otoksella (13 osallistujaa) ei yleistettävään tiedontuottamiseen päästä, mutta tutkimus tuo esille yksittäisten naisten kokemuksia hylkäämisestä ja sen vaikutuksen heidän elämänsä ja toimeentuloonsa. Yhtenä mahdollisena tutkimuksen suuntana on lähestyä näiden yksittäisten naisten kokemusten kautta aiemmin laajemmalla aineistolla tehtyjä tutkimuksia.

Aineisto ja menetelmät

Tutkimuksen aineisto on kerätty kirjoitettuna tarinoina ja tutkijan nauhoittamina haastatteluina. Tutkimukseeni osallistuvat naiset ovat syntyneet vuosina 1940-1960 ja ovat olleet kuntoutustutkimuksessa tai kuntoutustarveselvityksessä vuosina 2001-2005. Heille on tehty tällöin B-lausunto joko toistaiseksi tai määräajaksi. Kirjoitettuja tarinoita on seitsemän ja haastatteluja kymmenen. Neljä tarinan kirjoittajaa on osallistunut myös haastatteluun. Tarinat ovat eripituisia, muutaman lauseen pituisista tarinoista seitsemän arkin tarinoihin. Haastattelut ovat kestäneet vajaasta tunnista puoleentoista tuntiin. Analyysi suoritetaan aineistolähtöisesti narratiivisin menetelmin. Tarinoissa naiset ovat kuvanneet työhistoriaansa ja työkyvyttömyyseläkkeenhakuprosessia ja hylkäystä tai hylkäyksiä. Analyysi suoritetaan aineistolähtöisesti. Aineiston analyysi sijoittuu kesään 2007. Lisensiaattityön on tarkoitus valmistua vuoden 2008 aikana .

Alustavia tutkimustuloksia ja pohdintaa

Tutkimusaineiston analyysi on vielä kesken. Naisten hakuprosessit ovat kestäneet kahdesta vuodesta yli kymmeneen vuoteen. Työkyvyttömyyseläkkeen hylkäyspäätöksen saaminen, ei heikennä pelkästään hakijoiden taloudellista tilannetta vaan heikentää myös heidän psyykkistä hyvinvointia. Taloudellinen epävarmuus, jonka lyhytkestoiset päätökset aiheuttavat, vaikuttaa myös terveydentilaa heikentävästi. Lähes kaikki tutkimukseen osallistuvat ovat hakeutuneet mielenterveystoimistoon tai psykiatrille työkyvyttömyyseläkkeenhakuprosessin aikana, vaikka työkyvyttömyyseläkkeenhaku olisi tapahtunut alun perin muulla kuin psyykkisillä syillä. Hakeutuminen psykiatriseen kuntoutukseen on tapahtunut viimeistään silloin, kun hylkäyspäätös on saatu.

KÄDEN AKTIVOINNIN VAIKUTUS AIVOHALVAUSPOTILAIDEN NEGLECT-OIREYHTYMÄN KUNTOUTUMISEEN

Luukkainen-Markkula R¹, Tarkka I¹, Pitkänen K¹, Sivenius J¹, Hämäläinen H²

¹ Suomen aivotutkimus- ja kuntoutuskeskus Neuron

² Turun Yliopisto, Psykologian laitos

Tausta ja tavoitteet

Tutkimusprojektissa on kysymys perinteisen tahdonalaiseen ohjaamiseen perustuvan neuropsykologisen kuntoutuksen ja uudenlaisen, sensoriseen aktivaatioon perustuvan käden aktivoinnin kuntoutusmetodin vertailusta aivoverenkiertohäiriöpotilailla, joilla on oikean aivopuoliskon laajan vaurion seurauksena neglect-oireisto. Tutkimuksessa pyritään saamaan vastauksia mm. seuraavanlaisiin kysymyksiin:

- Kuntoutuvatko neglectin eri oirepiirteet käden aktivoinnin metodilla yhtä hyvin kuin perinteisellä neuropsykologisella kuntoutuksella?
- Millaisia eroja on akuutti-, subakuutti- ja kroonisen vaiheen kuntoutumisessa metodista riippumatta?
- Näkyykö kuntoutuminen ADL-toiminnoissa?

Menetelmät

Koeasetelmassa kuntoutuksat jakautuvat käden aktivoinnin ja tavanomaisen kuntoutuksen ryhmissä niin, että mm. neuropsykologinen neglect-kuntoutus korvautuu käden aktivoinnin ryhmässä kokonaan käden harjoituksilla. Useimmiten kuntoutujien vasen käsi on täysin pareettinen ja käden aktivointi tapahtuu sähköisesti liikettä tuottamalla, koneellisesti tai avustettuna.

3 viikon kuntoutusjakson terapiamäärät ryhmittäin:

AKUUTTI 0 – 7 vk. Koeryhmä	AKUUTTI 0 – 7 vk. Verrokki	SUB- AKUUTTI 8 – 23 vk. Koeryhmä	SUB- AKUUTTI 8 – 23 vk. Verrokki	KROONI- NEN >1 vuosi Koeryhmä	KROONI- NEN >1 vuosi Verrokki
Fys.ter. 18 t. Toi.ter. 6 t. Käd.ak. 21 t.	Fys.ter. 18 t. Toi.ter. 9 t. Nepsy 10 t. Ryhmät 8 t.	Fys.ter. 10 t. Toi.ter. 5t. Käd.ak. 30 t.	Fys.ter. 18 t. Toi.ter. 9 t. Nepsy 9 t. Ryhmät 9 t.	Fys.ter. 10 t. Toi.ter. 5 t. Käd.ak. 30 t.	Esimerkiksi Fys.ter. 10 t. Toi.ter. 4 t. Ryhmät 8 t.
Yhteensä 45 tuntia	Yhteensä 45 tuntia	Yhteensä 45 tuntia	Yhteensä 45 tuntia	Yhteensä n. 45 tuntia	Vaihtelee potilas- kohtaisesti

Kuntoutujilta mitattiin neglectin oirepiirteitä, motorista kuntoutumista ja havainnoitiin ADL-selviytymistä kuntoutusjakson alussa, lopussa ja puolen vuoden kuluttua kuntoutusjakson loppumisesta.

Tulokset

Tulosten analyysi on menneillään ja alustavia tuloksia on seminaarin aikaan jo raportoitavissa.

ASKEL KOHTI ITSENÄISYYTTÄ. TUTKIMUS KEHITYSVAMMAISTEN HENKILÖIDEN MAHDOLLISUUDESTA ITSEMÄÄRÄÄMISEEN JA VAIKUTUSVALTAAN OMASSA ELÄMÄSSÄÄN

Maaninka H
Lapin yliopisto

Tausta ja tavoitteet

Tutkimukseni tarkoituksena on tutkia itsemääräämisen ja vaikutusvallan toteutumista kehitysvammaisten aikuisten elämässä ja tuoda heidän oma äänensä kuuluviin. Tutkimus on osa Suomen ja Ruotsin rajoja ylittävää Askel/Steget -projektia. Projektin päämääränä on lisätä ja tukea asiakkaan (kehitysvammaisen henkilön) osallistumista ja täysivaltaisuutta omassa elämässään koulutuksen ja yhteistyön avulla.

Menetelmät

Tutkimusaineisto kerättiin teemahaastatteluilta, joissa käytettiin strukturoituja ja puolistrukturoituja kysymyksiä. Haastattelut suoritettiin kahtena eri haastattelukertana. Havainnointi oli täydentämässä haastatteluaineistoa. Tutkimukseen haastateltiin Askel/Steget -koulutukseen osallistuneista neljää asumis-, työ- ja päivähuoltopalveluja päivittäin käyttävää asiakasta, neljää heidän lähityöntekijäänsä sekä kahden asiakkaan vanhempia. Aineisto analysoitiin teemoittelun avulla, jolloin aineistosta tarkasteltiin sellaisia piirteitä, jotka olivat usealle haastateltavalle yhteisiä.

Tulokset

Tutkimustulosten mukaan kehitysvammaisten henkilöiden itsemäärääminen ja vaikutusvalta ovat yhä rajallisia. Heille ei järjestetä säännöllistä eikä mielekäästä työtä eikä vapaa-aikaa. Itsemäärääminen ja vaikutusvalta rajoittuvat arjen pieniin asioihin. Palvelupaikkojen henkilökuntavaje ja isot asiakasryhmät estävät asiakkaan yksilökohtaisen huomioimisen ja mielekkään toiminnan järjestämisen. Ystävät ovat pääasiassa toisia asiakkaita, työntekijöitä tai sukulaisia. Vapaa-aika rajoittuu palvelukodin ja kodin ympäristöön. Työntekijöillä on taitoa mutta ei tarpeeksi resursseja tukea asiakkaiden valtaistumista. Askel/Steget -koulutuksella on ollut vaikutusta henkilökunnan ja vanhempien toimintaan valtaistumista lisäävästi. Koulutus muutti toiminta- ja työskentelytapoja kuitenkin vain vähän. Haastattelujen välisellä ajalla ei ollut vaikutusta haastateltavien mielipiteisiin eikä näkemyksiin.

Pohdinta

Asiakkaiden valtaistumisen prosessi on estynyt tai ainakin hidastunut. Säännöllisellä työllä ja vapaa-ajan toiminnalla voitaisiin tukea asiakkaiden omaa toimintaa ja päätöksentekoa. Monipuolinen toiminta loisi myös uusia ihmissuhteita. Resurssien kohdentamisella valtaistumista estäviin osa-alueisiin luotaisiin valtaistumista edistävä ympäristö. On myös tuettava ja kannustettava asiakkaita, työntekijöitä ja läheisiä ihmisiä niissä asioissa, mitkä ovat jo hyvin, kuten työntekijöiden ja läheisten henkilöiden suhtautuminen valtaistuvaan työotteeseen ja ajatteluun sekä asiakkaiden viihtyvyys palvelukodilla ja työpaikoillaan. Tutkimuksen tavoitteissa onnistuttiin hyvin. Asiakkaiden ääni saatiin kuuluviin ja haastatteluilla saatiin uutta ja monipuolista tietoa palvelujen, itsemääräämisen ja vaikutusvallan laadusta sekä valtaistumista estävistä ja edistävästä tekijöistä.

Asiasanat: Itsemäärääminen (*self-determination, självbestämmande*), vaikutusvalta (*influence, inflytande*), valtaistuminen ja valtaistaminen (*empowerment, full delaktighet*), palvelujen käyttäjä (*user, brukare*)

Viite

Maaninka H. Askel kohti itsenäisyyttä. Tutkimus kehitysvammaisten henkilöiden mahdollisuudesta itsemääräämiseen ja vaikutusvaltaan omassa elämässään. Lapin yliopisto, Pro gradu –tutkielma kevät 2007

KUNTOUTUKSEN PAIKANTUMINEN OSAKSI VAIKEAVAMMAISTEN NUORTEN ELÄMÄNKULKUA

Martin M¹, Hokkanen L¹, Nikkanen P², Notko T¹, Puumalainen J², Mattus M-R¹, Härkäpää K², Järvikoski A¹

¹ Lapin yliopisto

² Kuntoutussäätiö

Tausta

Elämäntietä voidaan määrittellä erilaisiin vaiheisiin, joissa yksilö käy läpi monimuotoisia tapahtumia ja toteuttaa sosiaalisia rooleja. Elämäntietä on toisaalta kulttuurisidonnaista noudattaen tiettyjä yhteisiä periaatteita, mutta siihen sisältyy myös runsaasti yksilöllistä vaihtelua. Sukupuolten välillä on havaittu elämäntietojen eroavuuksia erityisesti elämäntapahtumien sisältöjen ja ajoitusten osalta. Vammaisten henkilöiden elämäntietojen on todettu poikkeavan standardisoidusta, institutionalisoidusta elämäntietojen sosiaalisten suhteiden niukkuuden, valinnanmahdollisuuksien vähäisyyden ja hitaamman itsenäistymisen osalta. Elämäntietojen muotoutumiseen vaikuttavat yksilön omat kokemukset ja ratkaisut sekä ympäröivän yhteiskunnan asettamat haasteet ja sen suomat mahdollisuudet. Tämä tutkimus osallistuu keskusteluun suomalaisesta elämäntietojen tuottamisesta kuntoutuksen merkityksestä vaikeavammaisten nuorten elämäntietojen, sen siirtymävaiheissa ja elämäntietojen. Tutkimus liittyy Lapin yliopiston ja Kuntoutussäätiön toteuttamaan Vaikeavammaiset Kelan kuntoutuspalveluissa - tutkimushankkeeseen.

Tutkimuksen tarkoitus

Tutkimuksessa tarkastellaan kuntoutuksen ja elämäntietojen yhteyttä sekä ryhmätasolla että yksilöllisinä kokemuksina. Tavoitteena on jäsentää vaikeavammaisten nuorten elämäntilanteita ja niihin liittyviä kuntoutustarpeita, heidän urasuunnitteluaan sekä henkilökohtaisia tulevaisuudenpyrkimyksiään. Tehtävänä on selvittää nuorten kuntoutuskokemuksia, miten toteutunut kuntoutus on vastannut heidän tarpeisiinsa ja muotoutunut osaksi elämäntietojen. Tarkastelun kohteena ovat myös toteutuneen kuntoutuksen hyödyt ja vaikutukset, koettu merkitys oman elämäntilanteen sekä pyrkimysten kannalta.

Aineisto ja menetelmä

Aineistonkeruun ensimmäisessä vaiheessa toteutetaan lomakekysely otokselle, joka on poimittu Kansaneläkelaitoksen rekistereistä niiden henkilöiden keskuudesta, jotka ovat saaneet vaikeavammaisten lääkinnällistä kuntoutusta koskevan myönteisen päätöksen vuonna 2005. Painotetun otoksen koko 14 – 21 vuotta täyttäneiden nuorten ikäryhmässä on 423 henkilöä. Lomakekyselyn yhteydessä vastaajilta pyydetään lupaa Kelan (kuntoutus-, vammaistuki-, eläkerekisterit) rekisteritietojen käyttämiseen. Rekistereistä saadaan informaatiota toteutuneesta kuntoutuksesta ja elämäntilanteiden muutoksista pidemmällä aikavälillä. Aineistonkeruun toisessa vaiheessa valitaan syventäviin haastatteluihin kyselyn tuottamien tietojen sekä kyselyn yhteydessä annettujen haastattelusuostumusten perusteella 15 - 20 nuorta kuntoutujaa. Haastattelut toteutetaan narratiivisen ja teemahaastattelun yhdistelmänä siten, että haastattelut alkavat narratiivisena kerrontana edeten myöhemmissä vaiheissa teemoittain.

Tutkimuksen tiedonkeruu tapahtuu alkukesän 2007 aikana ja tilastollisiin sekä aineistolähtöisiin laadullisiin menetelmiin perustuva aineiston alustava analysointi syksyllä 2007 osana laajempaa Vaikeavammaiset Kelan kuntoutuspalveluissa - tutkimushanketta. Syventävien analyysien tulokset julkaistaan myöhemmin väitöskirjatyönä.

KUNTOUTUKSEN PERUSOPINNOT (25 op) VIRTUAALISENA YLIOPISTOJEN VÄLISENÄ YHTEISTYÖNÄ

Mattus M-R¹, Kejonen P², Lukkarinen H², Poikela M³, Simojoki K⁴, Järvikoski A¹, Kallanranta T², Suikkanen A¹

¹ Lapin yliopisto

² Oulun yliopisto

³ Lapin yliopiston Avoin yliopisto

⁴ Oulun yliopiston Koulutus ja tutkimuspalvelut (hankkeen koordinoija)

Taustaa

Kuntoutus oppiaineena on laaja-alainen, kuntoutuksen eri osa-alueet ja ammattiryhmät kattava monitieteinen opintokokonaisuus. Kuntoutusta voidaan tarkastella mm. sosiaalipolitiikan, lääketieteen, hoitotieteen, sosiologian, psykologian ja kasvatustieteiden näkökulmista. Kuntoutuksen perusopintojen virtuaalistamishanke käynnistyi virallisesti tammikuussa 2005. Hanke toteutetaan Oulun ja Lapin yliopistojen sekä kummankin avoimen yliopiston yhteistyönä. Hankkeen koordinaatiovastuu on Oulun yliopistolla. Opinnot toteutetaan avoimina yliopisto-opintoina, ja ensimmäinen toteutus oli lukuvuonna 2005–2006. Toisen kerran opinnot toteutetaan lukuvuonna 2006–2007.

Nykytila

Kuntoutusopintojen kysyntä on lisääntynyt huomattavasti. Tästä on näyttönä mm. yhteistyöoppilaitosten halukkuus järjestää Kuntoutuksen perus- ja aineopintoja Oulun ja Lapin yliopistojen toteuttamina avoimina yliopisto-opintoina. Kuntoutuksen perus- ja aineopintoja voi opiskella vain Oulun ja Lapin yliopistoissa. Oulun yliopistossa opinnot toteutetaan avoimina yliopisto-opintoina. Lapin yliopistossa on avoimen yliopiston kuntoutusopintojen lisäksi ollut mahdollista suorittaa tutkintoon johtavia kuntoutuksen pääaineopintoja yhteiskuntatieteiden tiedekunnassa vuodesta 2004 alkaen.

Virtuaaliin

Hankkeen aikana kehitetään Oulun ja Lapin yliopistojen yhteistyönä kuntoutuksen perusopintoja ja lisätään opintojen saatavuutta maantieteellisesti laajalla alueella ja näin vastataan olemassa olevaan koulutustarpeeseen. Opintojen virtuaalistamisella luodaan opiskelijoille tasavertaisemmat mahdollisuudet osallistua opiskeluun ajasta ja paikasta riippumatta.

Kenelle tarkoitettu

Kuntoutuksen virtuaaliopinnot soveltuvat pää- ja sivuaineopiskelijoiden lisäksi muille asiasta kiinnostuneille. Kohderyhmänä ovat eri yliopistojen perusopiskelijat, erityisesti terveystieteiden, lääketieteen, yhteiskuntatieteiden ja kasvatustieteiden opiskelijat, lääkärit, sosiaali- ja terveysalan työntekijät sekä eri kuntoutusalojen työntekijät kuten terapeutit, suunnittelijat, asiakasneuvojat, opettajat, työvoimaneuvojat ja vakuutussihteerit.

ERITYISLASTEN JA -NUORTEN TILAPÄISHOITO LAPISSA

Miettinen K¹, Ojaniemi P²

¹Kolpeneen palvelukeskuksen kuntayhtymä/TILHI –hanke

² Pohjois-Suomen sosiaalialan osaamiskeskus

Tausta

Erityislapsille ja -nuorille sekä heidän omaisilleen suunnattujen tilapäishoidon palvelujen tarjonta ei ole Lapissa pystynyt vastaamaan lisääntyvään tarpeeseen ja kysyntään. Perheiden luonnollinen lähiverkosto ei nykyisin enää ole itsestään selvä eikä kaikissa tilanteissa myöskään riittävä hoitoapu erityislasten ja -nuorten perheille. Tilapäishoidon kehittämisen haasteet liittyvätkin sekä palvelujen määrään että laatuun. Esimerkiksi omaishoitajien lakisääteiset vapaat vaarantuvat palvelujen määrällisen riittämättömyyden vuoksi. Olemassa olevien palvelujen avulla ei myöskään välttämättä kyetä laadullisesti vastaamaan erityislasten ja -nuorten sekä heidän perheittensä monimuotoisiin tarpeisiin.

TILHI – Erityislasten ja -nuorten tilapäishoidon kehittäminen ja mallintaminen Lapissa on Kolpeneen palvelukeskuksen kuntayhtymän hallinnoima ja Sosiaali- ja terveysministeriön rahoittama kaksivuotinen hanke. Hankkeen toiminta-aika on 1.8.2006-31.7.2008. TILHI -hanke pyrkii kehittämään erilaisia ja monimuotoisia tilapäishoitomuotoja, jotka vastaavat perheiden yksilöllisiin tarpeisiin ja tukevat näin koko perheen hyvinvointia. Tällä toiminnalla edistetään asiakkaan selviytymistä arjessa sekä perheiden ja omaishoitajien hyvinvointia ja jaksamista työssään.

Kehittämistyön menetelmät

TILHI –hankkeen keskeisenä lähtökohtana on palvelujen käyttäjiä ja tuottajia osallistava kehittämistyö. Hankkeen aluksi Lapin läänin kunnista on kerätty lomakekyselyn avulla kahden opiskelijan opinnäytetyönä erityislasten tilapäishoitoon liittyvää tietoa. Tämän alkukartoitusvaiheen jälkeen olemassa olevia tilapäishoidon malleja ja käytäntöjä on lähdetty arvioimaan asiakaslähtöisesti BIKVA – arviointimenetelmän avulla kuudessa Lapin läänin kunnassa.

Tilapäishoidon syvempään kehittämistyöhön Lapin kunnista osallistuvat Rovaniemi, Kemi, Tornio, Kemina, Sodankylä ja Kemijärvi. Näissä kunnissa on BIKVA –haastattelujen jälkeen muodostettu erityislasten vanhempien ja vammaispalvelujen työntekijöiden ryhmät, joissa pyritään kehittämään kullekin alueelle sopivia tilapäishoidon malleja. Ryhmien työskentelyn tuloksena syntyneitä malleja pyritään ottamaan käyttöön vuoden 2007 aikana, jolloin mallien toimivuutta pyritään myös testaamaan ja arvioimaan. Pohjois-Suomen sosiaalialan osaamiskeskuksen tuella mallit tulevat nähtäville internetiin ja hankkeen aikana syntyneitä hyviä käytäntöjä pyritään levittämään koko Lapin läänin alueelle.

Tulokset

Hankkeen alkukartoituksen aikana nousi asiakkaiden ja työntekijöiden haastatteluista esiin joukko tilapäishoidon järjestämiseen liittyviä haasteita. Niitä ovat Lapissa muun muassa omaishoidon tuen järjestelyt, palveluista tiedottaminen, kuntien vähäiset tilapäishoidon vaihtoehdot, perhehoitajien puute, palveluiden kalleus muille kuin omaishoidontuen piirissä oleville, kuntien määrärahojen vähyys, eriarvoisuus asiakkaiden välillä, vanhempien haluttomuus käyttää vapaitaan sekä asianmukaisten tilojen puute.

Esityksessämme käsitellään tilapäishoitoa yhtenä palveluna erityislasten ja -nuorten perheille sekä esitellään lyhyesti hankkeen taustaa, tavoitteita ja toimintatapoja. Näiden lisäksi esittelemme alkukartoituksen pohjalta esiin nousseita tilapäishoidon tarpeita ja toiveita Lapissa. Olemme aloittaneet kehittämistyön yhteistyöryhmissä kunnissa ja esittelemme lyhyesti mitä siihen mennessä kunnissa on saatu aikaan ja minkälaisia tilapäishoitomalleja kuntiin ollaan kehittämässä.

RIITTÄVÄ HARJOITUSANNOS TARVITAAN NISKAKIVUN HALLINTAAN

Mälkiä E¹, Nikander R², Parkkari J³, Heinonen A¹, Starck H⁴, Ylinen J⁵

¹ Jyväskylän yliopisto Terveystieteiden laitos

² Tapaturma- ja osteoporoosiyksikkö UKK-instituutti

³ Tampereen urheilulääkäriasema, UKK-instituutti

⁴ Itä-Helsingin lähimmäistyö, Hely ry

⁵ Fysiatrian poliklinikka KSKS

Tutkimuksen tausta

Niska- ja selkävivot ovat yleisimpiä työikäisten naisten lääkäriässä käynnin syitä perusterveydenhuollossa. Näiden toimintarajoitteita aiheuttavien ilmiöiden taustalla oleva mekanismi ei ole tunnettu. Hoidon ja aktiivisen kuntoutuksen harjoittelun vaikutus ja spontaanin paranemisen erot ovat jääneet epäselviksi. Niskan alueelle kohdistuvien harjoitteluohjelmien laatiminen edellyttää, että harjoitus on suunniteltu biomekaanisesti mielekkäästi ja harjoitusannos on fysiologisesti riittävä teholtaan ja työmäärältään ja sovitettu muihin kuormitusta aiheuttaviin suorituksiin.

Tutkimusongelma

Aiemmissä kontrolloiduissa tutkimuksissa on jo selvinnyt, että kaularangan lihasten pitkäaikainen voima- ja kestävyys harjoittelu vähentävät tehokkaasti niskakipuoireita ja niihin liittyviä toimintarajoitteita. Tämän tutkimuksen tavoitteena oli selvittää tarkemmin, onko harjoittelun fysiologisella annoksella itsenäistä merkitystä.

Tutkimuksen suoritus

Tutkimuksessa selvitettiin satunnaistetulla tutkimuksella lihasten voima- ja kestävyys harjoittelun vaikutusta krooniseen niskakipuun ja sen aiheuttamiin toimintarajoitteisiin toimistotyötä tekevillä naisilla (N=180; ikä 25-53 v). Kaksi ryhmää osallistui kaularangan ja hartialihasten voima- ja kestävyys harjoitteluun ja yleisesti käytössä olevaan niskan kuntoutusohjelmaan ja ryhmän mukaisiin erityisharjoituksiin laituskuntoutuksessa ja 12 kk seurantaan. Vertailuryhmä osallistui mittauksiin ja seurantaan. Kaikille ryhmille tehtiin samat mittaukset ja kyselyt mukaan lukien toimintarajoitteiden ja niskakivun (VAS) mittaaminen ja heille ohjattiin venytys harjoitteet ja annettiin ohjeet aerobisen liikunnan harjoitteluun. Fyysinen aktiivisuus mitattiin kyselylomakkeilla ja harjoituspäiväkirjoilla kuukauden ajalta vuoden seurantajakson loppuessa. Kaikki fyysisen aktiivisuuden muodot – työ, työmatka, vapaa-ajan liikunta, kuntoutusharjoittelu ja muuta fyysiset suoritukset - ilmaistiin MET-yksiköllä, joka on leposuorituksen kerrannainen (Metabolic equivalent). Analyysissä käytettiin suoritusryhmän tehoa (MET) ja työmäärää (METH). Tilastollisina analyyseinä käytettiin varianssi-analyyysiä, t-testiä, korrelaatio ja regressioanalyyysiä.

Tulokset

Muilla fyysisen aktiivisuuden tekijöillä kuin harjoittelulla ei ollut vastetta oireiden tai toimintarajoitteiden vähenemisessä. Tulokset osoittivat selvää annos-vaste yhteyttä molemmissa harjoittelu-ryhmissä. Harjoittelun viikkoannoksen noustessa yli 8,75 METH eli 525 METmin viikossa vaste VAS-asteikolla kivun heikkenemisessä oli selvä ja aukoton.

Tarkastelu ja johtopäätökset

Moniammatillinen kuntoutuskaan ei ole osoittautunut tehokkaaksi. Tämä tutkimus osoittaa, että harjoitusannoksen tulee olla riittävä ja harjoittelun ilmeisesti jatkuvaa. Voimaharjoittelu on taloudellinen tapa. Tämä ei takaa elämän laatua, mutta kivuttomuus on osa sitä.

Viite:

Nikander R, Mälkiä E, Parkkari J, Heinonen A, Starck H, Ylinen J.

Dose-Response Relationship of Specific Training to Reduce Chronic Neck Pain and Disability. *Med Sci Sports Exerc.* 2006 Dec;38(12):2068-2074.

HAASTATTELUTUTKIMUS VAIKEAVAMMAISTEN KUNTOUTUKSEN MERKITYKSISTÄ JA YHTEISTYÖSTÄ

Nikkanen P², Notko T¹, Hokkanen L¹, Martin M¹, Puumalainen J², Mattus M-R¹, Härkäpää K², Järvikoski A¹

¹ Lapin yliopisto

² Kuntoutussäätiö

Tausta

Lapin yliopisto ja Kuntoutussäätiö toteuttavat Vaikeavammaiset Kelan kuntoutuspalveluissa tutkimushankkeen, jonka tuloksia hyödynnetään Kelan kuntoutustoiminnan kehittämiseksi. Tutkimushankkeeseen kuuluu sekä laaja kvantitatiivinen kyselytutkimus (lomakekysely) että tässä esiteltävä kvalitatiivinen haastattelututkimus. Kuntoutuksen asiakaslähtöinen paradigma korostaa kuntoutujan tarpeiden, subjektiivisuuden ja osallisuuden huomioimista. Kuntoutujan toivotaan osallistuvan aktiivisesti kuntoutuksen suunnitteluun, toteutukseen ja arviointiin. Perinteisesti julkisia palveluja on kehitetty asiantuntijoiden ehdoilla, jolloin palveluiden käyttäjät on lähes systemaattisesti sivuutettu. Kuntoutusretoriikan asiakaslähtöisyyspuheiden muuntuminen käytännön toiminnaksi vie oman aikansa ja vaatii asiantuntijuuskäsitysten uudelleenarviointia. Kuntoutustoiminnan kehittämisen kannalta on tarpeen tutkia kuntoutuksen suunnittelua, kuntoutusprosesseja ja toteutuneen kuntoutuksen arviointia asiakaslähtöisyyden, yhteistyön saumattomuuden ja palvelun laadun näkökulmista.

Tutkimustehtävä

Ensimmäinen osatehtävä on selvittää kuntoutuksen merkitystä kuntoutujan elämässä. Mikä merkitys kuntoutuksella on ollut hänen nykyiseen elämäntilanteeseensa ja toimintakykyynsä? Mitkä ovat hänen odotuksensa tulevaisuudelta ja mikä merkitys kuntoutuksella on niiden saavuttamisessa? Mikä on kuntoutujan oma kokemus osallisuudestaan kuntoutuksen suunnittelussa ja toteutuksessa? *Toisena osatehtävänä* on lähestyä kuntoutusprosessin toteutumista eri toimijoiden näkökulmista. Haetaan kuntoutujan verkoston toiminnasta onnistumisia ja kitkakohtia alkaen kuntoutussuunnitelman teosta, edeten toteutukseen ja arviointiin. Tutkitaan niitä kuntoutuksen sisältöön ja tarkoituksenmukaisuuteen liittyviä käsityksiä ja kokemuksia, joita kuntoutujalla, hänen perheellään, kuntoutuksen toteuttajilla ja kuntoutussuunnitelman laatijoilla on. Kiinnostavia ovat erilaiset kuvaukset kuntoutusprosessin toteutumisesta ja mahdolliset näkökulmaerot osapuolten arvioinneissa sekä näkemykset eri toimijoiden rooleista.

Aineisto

Tämän haastattelututkimuksen kohderyhmät ovat Kelan vaikeavammaisten lääkinnällistä kuntoutusta saaneet alle 14-vuotiaat lapset sekä heidän huoltajansa ja 22 – 64 –vuotiaat aikuiset. Haastateltavat valitaan hankkeen lomakekyselyssä haastatteluosuutumusten antaneiden joukosta. Haastatteluja kerätään sekä Pohjois- että Etelä-Suomesta kaupungeista ja haja-asutusalueilta. Tavoitteena on saada monipuolinen kuva kuntoutujien heterogeenisestä joukosta. Lasten ryhmässä pyritään haastattelussa saamaan esiin sekä lapsen huoltajan että lapsen näkökulma. Kummastakin osaryhmästä valitaan 15 – 20 haastateltavaa. Toista osatehtävää varten haastatellaan osaa näistä luvan antaneiden kuntoutujien verkostoista.

Menetelmä

Ensimmäisen osatehtävän haastattelut toteutetaan narratiivisen ja teemahaastattelun yhdistelminä. Haastattelut alkavat vapaalla kerronnalla ennalta määritellyistä aiheista. Tämän jälkeen siirrytään tarkentaviin teemoihin, joihin halutaan näkemyksiä kaikilta haastateltavilta. Narratiivisen haastattelun avulla pyritään saamaan kuntoutujien oma ääni ja kokemukset esille mahdollisimman aitoina ja monimuotoisina. Vammaista lasta haastatellaan lapsen huoltajan läsnä ollessa. Tämän jälkeen haastatellaan huoltajaa. Toisen osatehtävän mukaiset kuntoutujan verkoston haastattelut tehdään teemahaastatteluina. Aineistoa analysoidaan aineistolähtöisesti narratiivisella otteella.

OLKAPÄÄPOTILAIDEN ELÄMÄNLAATU JA TOIMINTAKYKY ENNEN JA JÄLKEEN TOIMENPITEITÄ

Nyman P^{1,3}, Palenius K², Panula H³, Mälkiä E⁴

¹ Jyväskylän yliopisto, Terveystieteiden laitos, Malmin terveydenhuoltoalueen kuntayhtymä.

² Åbo Akademi

³ Malmin terveydenhuoltoalueen kuntayhtymä

⁴ Jyväskylän yliopisto, Terveystieteiden laitos

Tausta

Vaivat tuki- ja liikuntaelimissä aiheuttavat usein lyhytaikaisia sairauspoissaoloja ja ovat keskeisiä varhais- ja työkyvyttömyyseläkkeiden syitä. Varsinkin olkapään alueen kivut ovat yleistyneet. Kiertäjäkalvosimen pinnepinta ilmenee usein potilaan olkapään kroonisena kipuna. Ilmiötä kutsutaan myös rotator cuff -syndroomaksi tai supraspinatustendiniitiksi.

Olkapääkipuista potilasta voidaan hoitaa konservatiivisesti tai eri leikkausmenetelmillä. Usein pelkkä lepo ja oikea lihasten harjoitusohjelma voivat lieventää kipua. Potilaan kliininen tutkiminen on diagnosoidessa ensisijainen. Kipu ja sen määrittely ovat keskeisessä asemassa. Erilaiset itsearviointimittarit voivat toimia diagnoosin ja hoitotoimenpiteiden suunnittelun tukena. Kuntoutuksen tulee perustua yhä vahvemmin tutkittuun tietoon esimerkiksi eri menetelmien vaikuttavuudesta. Tutut käytännöt voivat kuitenkin vaikuttaa olkapääpotilaiden hoitomenetelmien valintaan enemmän kuin tieto menetelmien vaikuttavuudesta.

Tavoite

Tavoitteena on poikkitieteellisellä tutkimusotteella vertailla kolmen eri potilasryhmän kokemuksia ja näkemyksiä olkapääongelmien eri hoitomenetelmien vaikuttavuudesta elämänlaatuun sekä selvittää potilaiden ja fysioterapeuttien käsityksiä hyvästä fysioterapian käytännöstä.

Menetelmät

Tutkimus noudattaa ns. combined design-periaatetta jossa yhdistetään kvalitatiivinen ja kvantitatiivinen lähestymistapa.

Tiedonkeruu tapahtuu potilaiden osalta ennen ja jälkeen olkapään toimenpiteitä sekä laadullisilla fokusryhmähaastatteluilta että itsearviointilomakkeilla, jotka mahdollistavat tilastotieteelliset analyysit. Fysioterapeutit osallistuvat ainoastaan omiin fokusryhmä-haastatteluihin. Eri fokusryhmissä keskitytään odotuksiin ja kokemuksiin kuntoutus-prosessista. Määrällisinä mittausmenetelminä käytetään amerikkalaisesta SRQ-mittarista, Shoulder Rating Questionnaire, sovellettuja suomen- ja ruotsinkielisiä versioita, SRQ-FI ja SRQ-S sekä yleisiä terveystietoreitteja Rand-36 ja SF-36. SRQ koostuu viidestä eri osiosta jotka sopivat käytettäväksi ICF-luokituksen kanssa joka puolestaan palvelee erityisesti kuntoutusta. Yleiset terveystietoreitit kuvaavat ihmisen käsityksiä tyytyväisyydestä oman elämänsä eri osa-alueisiin ja arvioita omasta toimintakyvystään.

Tuloksia

Alustavat kvantitatiiviset tulokset näyttävät potilaiden kokeneen olkapään alueen toimintakyvyn parantuneen hoitomenetelmistä riippumatta. Sen sijaan elämänlaadun osa-alueiden välillä esiintyy eroavaisuuksia ryhmien välillä. Haastattelussa on painotettu erityisesti potilaan oman aktiivisuuden tärkeyttä ja yhteistyötä eri terveydenhuollon toimijoiden kanssa.

MS:ÄÄ SAIRASTAVIEN LIKKUMISESSA KOKEMIA VAIKEUKSIA PYSTYTÄÄN SELITTÄMÄÄN ERITYISESTI ICF:N SUORITUKSET OSA-ALUETTA ARVIOIMALLA

Paltamaa J^{1,2}, Sarasoja T¹, Leskinen E³, Wikström J⁴, Mälkiä E²

¹ Keski-Suomen keskussairaala

² Jyväskylän yliopisto, terveystieteiden laitos

³ Jyväskylän yliopisto, matematiikan ja tilastotieteen laitos

⁴ Helsingin yliopisto, neurologian laitos

Tutkimuksen tausta ja tarkoitus

MS-tauti on etenevä neurologinen sairaus, joka suurella osalla aiheuttaa vuosien mittaan toimintakyvyn huomattavia rajoituksia. MS:ää sairastavien määrä on kasvussa, koska uusimpia tutkimusmenetelmiä käytämällä diagnoosi osataan tehdä yhä vähäisempien oireiden perusteella. Näin ollen fysioterapian tarkka kohdentaminen ja varhainen aloittaminen ovat entistä tärkeämpiä vaikuttavuuden kannalta. Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää liikuntakyvyltään itsenäisten MS:ää sairastavien henkilöiden subjektiivisia kokemuksia liikkumisesta ja arvioida siihen yhteydessä olevia tekijöitä ICF-luokituksen viitekehyksessä.

Aineisto ja menetelmät

Poikkileikkaustutkimukseen osallistui 120 MS:ää sairastavaa, joista 94 (71 naista ja 23 miestä) oli liikuntakyvyltään itsenäisiä. Heidän keski-ikä oli 43.3 (SD 11.0) vuotta, keskimääräinen sairauden kesto oireiden alusta 11.2 (SD 8.3) vuotta ja diagnoosista 6.5 (SD 5.9) vuotta. Tutkittavat arvioivat omaa selviytymistä FSQ-kyselyllä (Functional Status Questionnaire) ja toimintakykyä mitattiin objektiivisesti ICF:n Suoritusten ja Ruumiin/kehon toimintojen osa-alueiden mittareilla. ICF:n liikkumisen aihealueella (d450-d489) itsenäisesti selviytyvät jaettiin täysin itsenäisiin (FSQ 100) ja subjektiivista vaikeutta kokeviin (FSQ 66.6-99.9). Subjektiivisesti koetun liikkumisen ja objektiivisten mittareiden tulosten välisiä yhteyksiä analysoidiin lasquemalla ikä- ja sukupuolivakioituja riskisuhteita (OR) multinomiaalista logistista regressioanalyysiä käyttäen.

Tulokset

Tutkittavista 57 koki selviytyvänsä liikkumisesta täysin itsenäisesti ja 37 koki vaikeutta, esimerkiksi väsyvyyttä tai hitautta. Koetut vaikeudet liikkumisessa olivat tilastollisesti merkitsevästi yhteydessä etenkin Bergin tasapainotestin alhaisempiin pisteisiin (OR 2.15) ja hitaampaan aikaan 10 metrin kävelytestissä (OR 0.50 omalla nopeudella ja OR 0.38 maksiminopeudella), mutta myös kaikkiin muihin Suorituksen osa-alueen muuttujiin (Kelan koordinaatiotesti, huojuntatestit, matka 6-minuutin kävelytestissä ja Box&Block-testi). Ruumiin/kehon toimintojen 14 muuttujasta ainoastaan askelparin pituus ja askeltiheys 10 metrin kävelytestissä, toistokykkykistysten määrä Invalidisäätiön testissä ja spastisuus olivat tilastollisesti merkitsevästi yhteydessä liikkumisessa koettuun vaikeuteen.

Johtopäätökset

Fyysisen toimintakyvyn mittareilla oli yhteys kuntoutujan omiin kokemuksiin ja siten ne tukevat fysioterapian yksilöllistä tavoiteasettelua. Erityisesti ICF:n Suoritusten osa-alueen muuttujat selittivät tutkittavien liikkumisessa kokemia vaikeuksia. Tutkittavan oman kokemuksen arviointi on tärkeä osa toimintakyvyn arviointia ja erityisesti asteikko ”ei vaikeutta – subjektiivinen vaikeus – tarvitsee apua” antaa mahdollisuuden reagoida jo varhaisen vaiheen muutoksiin.

Lähteet

Paltamaa J, Sarasoja T, Leskinen E, Wikström J, Mälkiä E. Measures of physical functioning predict performance in activities of daily living in ambulatory subjects with multiple sclerosis (submitted manuscript).

RAND-36 –MITTARI TERVEYTEEN LIITTYVÄN ELÄMÄNLAADUN JA SEN MUUTOKSEN KUVAAJANA TYÖIKÄISILLÄ ERI KUNTOUTUSMUODOISSA

Pekkonen M¹, Kokkonen M², Mäkiaho A¹

¹ Kuntoutus Peurunka, Laukaa

² Jyväskylän yliopisto, Liikuntatieteiden laitos

Tavoitteet

Tutkimuksemme pyrki 1) selvittämään Rand-36 -mittarin (Aalto ym., 1999) toimivuutta kuntoutujien terveyteen liittyvän elämänlaadun osoittimena sekä 2) arvioimaan sen soveltuvuutta kuntoutuksen tuloksellisuuden arviointiin tutkimalla, kuinka työikäisten kuntoutujien psyykinen ja fyysinen elämänlaatu muuttuivat neljässä erilaisiin kuntoutustarpeisiin suunnitellussa kuntoutusprosessissa.

Aineisto

Tutkittavat (n= 598 kuntoutujaa) aloittivat Kelan järjestämän ja rahoittaman kuntoutuksen Peurungassa lokakuun 2000 ja lokakuun 2001 välisenä aikana ja osallistuivat seurantajaksoon viimeistään toukokuussa 2003. He osallistuivat varhaiskuntoutuksen (ASLAK®-kurssit; n=331), tuki- ja liikuntaelin sairauksien kuntoutuksen (Tules-kurssit; n=135), työuupuneiden kuntoutuksen (Virveli-kurssit; n=64) sekä vajaakuntoisten työntekijöiden työ- ja toimintakyvyn tukemiseen tarkoitettun kuntoutuksen (Tyk-kuntoutus; n=68) kaikkiin jaksoihin kuntoutusprosessin aikana. Tyk-kuntoutujien kuntoutusprosessi kesti noin 1,5 vuotta ja sisälsi neljä kuntoutusjaksoa. Muiden kuntoutujien kuntoutus kesti vuoden; Tules- ja ASLAK®-kuntoutujien kuntoutukseen kuului kolme ja Virveli-kuntoutujien kaksi kuntoutusjaksoa.

Menetelmät

Tutkimuksemme perustui ensimmäisen (alkumittaus) ja viimeisen kuntoutusjakson (loppumittaus) aikana Rand-36 –mittarilla keräämäämme tietoon. Rand-36 –mittari koostuu seuraavista ulottuvuuksista: koettu terveys, kivuttomuus, fyysinen toimintakyky, fyysinen roolitoiminta, psyykinen hyvinvointi, psyykinen roolitoiminta, sosiaalinen toimintakyky ja tarmokkuus. Testasimme olettamamme mukaista kahden faktorin, psyykkisen ja fyysisen elämänlaadun, mallia konfirmatorisella faktorianalyysillä. Käytimme mallin muodostamisessa ns. ristiinvalidointi -menetelmää. Vertasimme psyykkisessä ja fyysisessä elämänlaadussa tapahtunutta muutosta kuntoutusprosessin aikana koko kuntoutujaotoksessa ja erikseen kuntoutusmuodoittain parittaisten otosten t-testillä.

Tulokset

Ristiinvalidoinnin tuloksena saamamme malli sopi hyvin sekä alku- että loppumittauksen aineistoon. Psykkisen elämänlaadun faktorille latautuivat koettu terveydentila, psyykinen hyvinvointi, sosiaalinen toimintakyky, psyykinen roolitoiminta ja tarmokkuus. Fyysisen elämänlaadun faktorin muodostivat koettu terveydentila, kivuttomuus, fyysinen toimintakyky ja fyysinen roolitoiminta. Faktoripistemäärien välisen vertailun mukaan koko kuntoutujaotoksessa sekä psyykinen ($t(551) = 30.35, p = .000$) että fyysinen ($t(551) = 46.17, p = .000$) elämänlaatu olivat kuntoutusprosessin aikana kohentuneet. Alkumittauksessa fyysinen elämänlaatu oli selvästi matalampi kuin psyykinen ($t(551) = 15.71, p = .000$), mutta se parani psyykkistä elämänlaatua enemmän kuntoutuksen aikana. Kuntoutusmuotojen välinen vertailu osoitti, että kaikissa kuntoutusmuodoissa sekä psyykinen että fyysinen elämänlaatu paranivat. Eniten ne kohenivat Tyk-kuntoutuksessa ja vähiten Virveli-kuntoutuksessa.

Johtopäätökset

Rand-36 –mittari kuvaa monipuolisesti kuntoutujien terveyteen liittyvää elämänlaatua ja kuntoutuksen tuloksellisuutta ryhmätasolla arvioitaessa sen antama tieto on pelkistettävissä kahteen faktoriin: psyykinen ja fyysinen elämänlaatu.

Lähteet

Aalto A-M., Aro A. & Teperi J. (1999). Rand-36 terveyteen liittyvän elämänlaadun mittarina. STAKES, Tutkimuksia 101. Saarijärvi: Gummerus.

”SE KÄÄNTYY VIELÄ VOIMAKSI... NE KAIKKEIN HUONOIMMAT KOKEMUKSET. IHME KYLLÄ NIIN SIINÄ KÄY” - narratiivinen tutkimus masennuksesta kuntoutumisen prosessista

Marjo Peltomaa

Lapin yliopisto, Sosiaalityön laitos

Tausta

Psykoterapia on edelleen keskeinen mielenterveyskuntoutuksen menetelmä. Puhuttaessa mielenterveyskuntoutuksesta puhutaan usein joko psykoterapiasta tai pitkäaikaisasiakkaiden kuntoutuksesta. Laatusuosituksen mukaan avohoito on ensisijainen palvelumuoto ja kaikessa hoidossa olisi oltava kuntouttava ote. Mitä kuntouttava työote sitten käytännössä pitää sisällään? Mielenterveyskuntoutus kokonaisuutena on edelleen suunnittelematonta ja sattumanvaraista ja sen paikka ja sisältö jäävät usein hämäräksi.

Tavoitteet

Tarkoitukseni on tutkia kuntoutumisen tarinan rakentumista masennuksesta kuntoutumisessa ja sitä, mikä merkitys mielenterveyspalveluilla on kuntoutumisen tarinan rakentumisessa. Tarkastelen sitä, onko kuntouttava työote läsnä tutkimukseni ihmisten kohdatessa mielenterveyspalvelut ja mitä mahdollisesti jää puuttumaan. Jäsenän kuntouttavaa työtettä lisensiaatintutkimukseni pohjalta, jossa tutkin kuntoutumisvalmiutta ja sen rakentumiseen vaikuttavia tekijöitä.

Alustavat tutkimuskysymykset ovat seuraavat:

1. Millaiset tekijät ja toimenpiteet mielenterveyspalveluissa rakentavat kuntoutumisen tarinaa?
2. Millaiset tekijät ja tilanteet tietoisesti tuotettujen palveluiden ohella vaikuttavat kuntoutumisen tarinaan?
3. Mitä palveluista jää puuttumaan?

Aineisto

Kerään aineistoni ”Narratiiviset ja dialogiset prosessit masennuksen pari- ja perheterapioissa”-tutkimushankkeessa, jonka on organisoinut professori Jaakko Seikkula. Tutkimus toteutetaan 5 eri tutkimuskeskuksessa, joissa kussakin tavoitteena on saada tutkimukseen 30 asiakastapausta. Tutkimus paneutuu narratiivisiin ja dialogisiin prosesseihin sekä narratiivisen ja dialogisen pariterapian tuloksellisuuteen. Tutkimuksessa kerätävä aineisto on käytettävissäni. Tutkimukseni sijoittuu yhteen tutkimuskeskukseen. Haastattelen tutkimukseen valikoituvat asiakkaat henkilökohtaisesti. Haastattelukertoja on yksi ja toteutan haastattelun, kun asiakkuus on kestänyt vähintään 6 kuukautta. Tähän mennessä tutkimuksessa on mukana 20 asiakasta, joista olen haastatellut 12 asiakasta. Haastatteluissa on sekä teema- että syvähaastattelun piirteitä, ja tavoitteenani haastatteluissa on dialogin synnyttäminen ja tilan antaminen kuntoutujan oman kuntoutumisen tarinan pohtimiselle.

Aineiston analysointi

Tarinallisuus toimii tutkimuksessani metodologisena taustateorianana. Analysoinnin kohteena ovat tarinoiden sisällöt, osatarinoiden ja episodien merkitys kuntoutumisessa. Mahdollinen näkökulma tarinoiden analysointiin on arvioida juonikulkua ja -käännteitä regressiivisen, staattisen ja progressiivisen tarinan näkökulmasta. Tarkastelen myös toimijuutta, ts. millaisina toimijoina kuntoutujat hahmottavat itsensä ja millaista toimijuutta he odottavat työntehtäjiltä.

IKÄÄNTYNEIDEN TYÖNTEKIJÖIDEN PSYKKISET RASITTUNEISUUSOIREET JA TYÖSSÄ JAKSAMINEN – NIIDEN HUOMIOON OTTO TYÖPAIKALLA JA VARHAISKUNTOUTUKSESSA

Pensola T¹, Järvikoski A²

¹Kuntoutussäätiö

²Lapin yliopisto

Tausta

Työhön liittyvien psykososiaalisten tekijöiden vaikutuksesta terveyteen on runsaasti tutkimustietoa. Aikaisempien tutkimusten mukaan erilaisten mielenterveysongelmien kokonaisesiintyvyyks on eri ikäryhmissä sama, mutta ongelmien luonne vaihtelee jonkin verran. Työuupumus lisääntyy iän mukana. Työyhteisön tai työn henkisen kuormituksen ongelmat haittasivat jonkin verran joka kolmatta naista ja joka neljättä miestä; paljon haittaa koki joka kymmenes 45 vuotta täyttänyt työllinen. Työssä jaksaminen olisi kuitenkin tärkeää: kansallisena tavoitteena on myöhentää keskimääräistä eläkkeelle jäämisikää muutamalla vuodella.

Tarkoitus

Tavoitteena on tarkastella työhön ja työn hallintaan liittyvien tekijöiden yhteyttä psyykkisiin rasittuneisuusoireisiin sekä edelleen näiden tekijöiden yhteyttä terveyteen, työkykyyn, kuntoutuksen tarpeeseen ja kuntoutukseen osallistumiseen psyykkisesti oirehtivilla ja oireettomilla 45 vuotta täyttäneillä.

Aineisto

Esitettävät tulokset perustuvat Tilastokeskuksen Työolotutkimukseen 2003 (n = 1786), Terveys 2000 -tutkimukseen (n = 1915) sekä 55-vuotta täyttäneiden avovarhaiskuntoutusmallista (ns. IKKUNA-projekti; n = 66) saatuihin tuloksiin.

Tulokset ja pohdinta

Väestötutkimusten mukaan oireilu oli yhteydessä heikentyneeseen terveyteen, lisääntyneisiin sairauspoissaoloihin sekä työkyvyn heikentymiseen. Työkyvyn heikentyminen oli yhteydessä psyykkisesti oirehtivien lisääntyneeseen kuntoutustarpeeseen. Kuntoutukseen osallistuminen liittyi pitkäaikaissairastavuuteen. Hyvä esimiestoiminta, avoin ja keskusteleva työilmapiiri, syrjinnän ja ristiriitojen puuttuminen, töiden hyvä organisointi, hyvät mahdollisuudet työajan hallintaan sekä mahdollisuus edetä, kehittyä ja kouluttautua uralla olivat yhteydessäöntekijöiden parempaan terveyteen, työkykyyn ja vähäisempiin sairauspoissaoloihin. Hyvä esimiestoiminta ja hyvät työolosuhteet vähensivät kuntoutustarvetta.

Erilaisin työpaikan keinoin on mahdollista vaikuttaa psyykkisen oireilun aiheuttamien työkykyongelmien kehittymiseen. Avovarhaiskuntoutusmallin avulla kartoitettiin tarkemmin ikääntyneidenöntekijöiden työssä jaksamiseen vaikuttavia tekijöitä sekä heidän omia odotuksiaan kuntoutukselta. Osa kuntoutettavista toi selkeästi esille tarpeen saada tietoa työssä jaksamiseen, ”työkuntoon” vaikuttavista tekijöistä. Suurin osa ei tehnyt eroa työssä jaksamisen ja muun hyvinvoinnin välillä: vaikka he toivat esiin työtä kuormittavia asioita, he kokivat tarvitsevansa ensi sijassa tietoa yleisistä hyvinvointiin vaikuttavista tekijöistä ja ”voimavaroja tulevaisuuteen”. Psyykkisesti oireilevien tarpeisiin olisi jo varhaisessa vaiheessa syytä kiinnittää nykyistä enemmän huomiota.

JAKSAVATKO KUNTOUTUJAT TOTEUTTAA INTENSIIVISTÄ FYSIOTERAPIAA NOPEASTI AIVOHALVAUKSEEN JÄLKEEN?

Peurala S^{1,2}, Airaksinen O³, Jäkälä P¹, Tarkka I⁴, Sivenius J^{1,4}

¹ Kuopion yliopistollinen sairaala, neurologian klinikka, Kuopio

² Jyväskylän yliopisto, Suomen Gerontologian tutkimuskeskus, Jyväskylä

³ Kuopion yliopistollinen sairaala, fysiatrian klinikka, Kuopio

⁴ Suomen aivotutkimus- ja kuntoutuskeskus Neuron, Kuopio

Tausta

Äskettäin julkaistut tutkimukset aivohalvauspotilailla osoittavat, että aikaisemmin aloitettu kuntoutus on tehokkaampaa kuin myöhemmin aloitettu. Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli arvioida intensiivisen kävelyn kuntoutuksen toteutettavuutta aivohalvauspotilailla, joiden sairastumisesta oli kulunut enintään 10 päivää.

Menetelmät

Yhteensä 43 potilasta osallistui tutkimukseen keskussairaalassa. Alkutilanteessa 30 kuntoutujaa ei pystynyt kävelemään tai tarvitsi vähintään kahden avustusta kävelläkseen, 11 kuntoutujaa käveli yhden avustamana, ja 2 kuntoutujaa tarvitsi jonkun kulkemaan vierellään henkiseksi tueksi. Kuntoutujat jaettiin kahteen ryhmään harjoittelemaan kävelyä 20 minuuttia joko elektromekaanisessa kävelysimulaattorissa (n=22) tai käytävällä (n=21) joka arkipäivä kolmen viikon ajan. Harjoitteluajan saavuttamiseen sai käyttää enintään tunnin. Lisäksi kaikki kuntoutujat saivat muuta fysioterapiaa yksilöllisten tavoitteiden mukaisesti päivittäin 55 minuuttia. Keskeyttämisen lisäksi arvioitiin kävelyharjoittelun koettua kuormittuneisuutta Borgin asteikolla, toteutunutta kävelyaikaa ja –matkaa sekä muun fysioterapian sisältöä.

Tulokset

Yhteensä 6 kuntoutujaa keskeytti tutkimuksen. Kävelysimulaattorissa 2 ja käytävällä harjoitelleista 1 keskeytti kuntoutuksen 2 – 8 päivän jälkeen koettuaan harjoittelun liian raskaaksi. Lisäksi kävelysimulaattorilla harjoitelleista 2 jouduttiin keskeyttämään sairauden etenemisen takia ja 1 aikatauluongelmien takia. Kuntoutujien harjoittelema kävelymatka kävelysimulaattorissa oli 8500 ± 1700 m (n=17) ja käytävällä 10400 ± 5700 m (n=20). Kävelyharjoittelu-aikaa kertyi 292 ± 16 min kävelysimulaattorissa ja 287 ± 30 min käytävällä harjoitelleille (maksimi 300 min). Kävelysimulaattorissa 9/17 kuntoutujasta pystyi 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 tunnin harjoitteluajan saavuttamiseksi. Borgin asteikolla mitattu kuormittuneisuus oli kävelysimulaattorissa harjoitelleilla 13.9 ± 1.1 ja käytävällä harjoitelleilla 14.9 ± 0.9 . Muu fysioterapia keskittyi alemmissa alkuasunnoissa harjoitteluun, yläraajojen ja vartalon harjoitteluun istuen sekä seisten harjoitteluun.

Johtopäätökset

Kuntoutujat voivat harjoitella kävelyä paljon jo hyvin aikaisessa vaiheessa sairastumisesta, keskeytyksiä harjoittelun rasittavuuden vuoksi oli vain 7 %. Kävelysimulaattorissa harjoitelleet pitivät kävelyharjoittelua vähemmän kuormittavana, ja saavuttivat 20 minuutin päivittäisen kävelyharjoitteluajan lyhyemmässä ajassa kuin käytävällä harjoitelleet. Käytävällä harjoitelleiden kävelymatka oli pidempi.

VAIKEAVAMMAISET KELAN KUNTOUTUSPALVELUISSA: KOETUT TARPEET JA KUNTOUTUKSEN MERKITYKSET

Puumalainen J², Hokkanen L¹, Härkäpää K², Lehikoinen T², Martin M¹, Notko T¹, Nikkanen P², Järvikoski A¹

¹ Lapin yliopisto

² Kuntoutussäätiö

Tausta. Kelalla on lakisääteinen vastuu niiden vaikeavammaiselle henkilölle tarkoitettujen pitkäaikaisten ja vaativien kuntoutusjaksojen järjestämisestä, jotka eivät liity suoraan sairaanhoitoon ja jotka ovat tarpeen asianomaisen kuntoutujan työ- tai toimintakyvyn säilyttämiseksi tai parantamiseksi. Vaikeavammaisuuden kriteerinä on käytetty sitä, että henkilö saa lapsen hoitotukea, vammaistukea tai työkyvyttömyyseläkkeeseen liittyvää hoitotukea joko korotettuna tai erityistukena. Kelan järjestämä kuntoutus perustuu aina terveydenhuollossa 1-3 vuodeksi tehtyyn kirjalliseen kuntoutussuunnitelmaan. Vuonna 2005 Kelan vaikeavammaisten lääkinnälliseen kuntoutukseen osallistui yhteensä noin 21 500 henkilöä, joista huomattava osuus – noin 9 300 – oli enintään 15-vuotiaita ja 16-64-vuotiaita noin 12 200. Yleisin kuntoutusmuoto on fysioterapia ja seuraavaksi yleisimmät kuntoutuslaitosjakso, puheterapia ja toimintaterapia.

Vaikeavammaisten kuntoutukseen on viime vuosina kiinnitetty huomiota eri tahoilla, myös siksi, että kuntoutujien määrä ja toiminnan kustannukset ovat 1990-luvulta kasvaneet. On kysytty, onko suunnittelun, rahoituksen ja toteutuksen erottaminen eri organisaatioihin tarkoituksenmukaista. Myös eri toimintamuotojen vaikuttavuudesta ja tarkoituksenmukaisuudesta on keskusteltu. Esiin on noussut myös kysymys vaikeavammaisuuden kriteerien tarkoituksenmukaisuudesta mm. asiakkaiden yhdenvertaisuuden näkökulmasta. Kela toteuttaa vuosina 2006-2010 vaikeavammaisten kuntoutuksen kehittämishankkeen, jonka taustaksi se tarvitsee tietoa toteutuneesta kuntoutuksesta. Nyt tarkasteltavan tutkimuksen tuloksia käytetään hyväksi kuntoutustoiminnan kehittämiseen ja uudistamiseen.

Tutkimuksen tavoitteet. Ensimmäisenä tavoitteena on selvittää Kelan vaikeavammaisten kuntoutukseen osallistuvien henkilöiden kuntoutukseen liittyviä tarpeita ja toiveita, arvioita kuntoutuksen toteutuksesta sekä kuntoutuksen koettuja vaikutuksia. Halutaan myös tietää, millainen merkitys aktiivisella kuntoutukseen osallistumisella ja toimijuudella on kuntoutuksen hyötyjä ja vaikutuksia koskevien kokemusten kannalta. Toisena tavoitteena on selvittää kuntoutuksen erilaisia merkityksiä kuntoutujien elämässä: siitä, miten kuntoutus sovitautuu osaksi elämäntulkua ja omia arkielämän pyrkimyksiä. Kolmantena tavoitteena on arvioida monitahoarviointina kuntoutusprosessin toteutumista, sen onnistumista ja ongelmakohtia, alkaen kuntoutussuunnitelman teosta ja edeten toimenpiteiden toteutukseen ja niiden jälkikäteisarviointiin.

Tutkimusasetelma. Tutkimuksen ensimmäisessä osassa tehdään lomakekysely otokselle, joka poimitaan Kelan rekistereistä vaikeavammaisten lääkinnällistä kuntoutusta koskevan päätöksen 1.1.2005 – 31.12.2005 saaneiden henkilöiden keskuudesta. Otokseen kuuluu 1443 21-64-vuotiasta, 423 13-20-vuotiasta ja 1046 alle 13-vuotiasta kuntoutujaa, joiden kohdalla lomakekysely osoitetaan lapsen vanhemmille tai huoltajille. Toisen vaiheen haastatteluihin valitaan noin 20 henkilöä kustakin osaryhmästä lomakekyselyssä annetun suostumuksen perusteella. Haastattelut toteutetaan narratiivisen ja teemahaastattelun yhdistelminä siten, että haastattelu alkaa narratiivisena, mutta etenee sen jälkeen teemoittain. Tutkimuksen kolmannessa vaiheessa haastattelut laajennetaan kuntoutujien kuntoutusverkostoihin, ts. kuntoutussuunnitelman tekijätahoihin ja kuntoutuksen palveluntuottajiin. Haastatelussa selvitetään kuntoutusprosessin vaiheita ja mahdollisia kitkakohtia: kuntoutustarpeen toteutamisesta, kuntoutussuunnitelmaan tekoa, kuntoutuksen toteutusta ja vaikutusten seuranta. Erityisesti selvitetään yhteistyön toteutumista kuntoutujan ja eri tahojen välillä.

Lomakekyselyn yhteydessä pyydetään vastaajilta myös lupa rekisteritietojen käyttöön. Kelan kuntoutus-, vammaistuki- ja eläkerekistereiden avulla on mahdollista saada tietoa kuntoutuksen toteutuksesta ja elämäntilanteen muutoksista pidemmällä aikajänteellä.

Aikataulu. Tutkimuksen suunnitelma hyväksyttiin Kelassa vuoden 2006 lopulla. Tutkimuksen tiedonkeruu tapahtuu vuoden 2007 alkupuoliskolla ja alustavat tulokset raportoidaan Kelalle syksyn 2007 kuluessa. Syventävät analyysit käynnistyvät syksyllä 2007. Niiden tulokset julkaistaan väitöskirjatöinä tai niiden osatutkimuksina.

Reunanen M¹, Talvitie U², Pyöriä O³, Nyrkkö H⁴

¹ Mikkelin ammattikorkeakoulu, Savonlinnan terveystieteiden laitos

² Jyväskylän yliopisto, Terveystieteiden laitos

³ Savonlinnan terveydenhuoltopiiri, Fysioterapiapalvelut

⁴ Kruunupuisto, Punkaharjun kuntoutuskeskus

Tausta

Tutkimustieto manuaaliseen ohjaukseen perustuvien neuroterapeuttisten menetelmien ongelmista aivohalvauspotilaiden fysioterapiassa käynnisti tutkimus- ja kehittämisprojektin Itä-Savossa 10 vuotta sitten.

Tavoitteet

Projektin tavoitteena oli rakentaa aivohalvauspotilaiden fysioterapian alueellinen yhteistyömalli kehittämällä potilaan omatoimisuutta ja kotona selviytymistä tukeva fysioterapiakäytäntö sekä yhteinen arviointi- ja seurantaikäytäntö.

Menetelmät

Projekti toteutettiin Jyväskylän yliopiston, Itä-Savon sairaanhoitopiirin alueella toimivan keskussairaalan ja kuntoutuskeskuksen sekä kolmen terveystieteiden välisenä yhteistyönä. Fysioterapeuttien (n=15) työtoiminnan muuttamisessa lähestymistapana oli kehittävä työntutkimus. Aivohalvauspotilaiden asennonhallinnan ja tasapainon arviointiin ja seurantaan kehitettiin mittari ja sen luotettavuus tutkittiin. Projektin kuluessa kehitetyn aktivoivan terapian soveltuvuutta aivohalvauskuntoutukseen tutkittiin alustavalla seurantatutkimuksella (n=80). Fysioterapeutin ja potilaan välistä vuorovaikutusta tutkittiin diskurssianalyysillä.

Tulokset

Käsitys potilaasta oppijana ohjasi fysioterapeutteja kehittämään työhönsä uusia arviointi- ja harjoitusvälineitä. Aivohalvauspotilaiden tasapainon ja asennonhallinnan arvioimiseen kehitettiin luotettava mittari, joka soveltuu asennonhallinnan muutosten seurantaan vuoden aikana sairastumisesta. Projektin kuluessa rakennettiin aktivoiva terapiaohjelma, jossa käytetään tehtäväkeskeisiä harjoitteita ja tuetaan potilaan motorista oppimista. Potilaan ja fysioterapeutin välisessä vuorovaikutuksessa potilaiden osallistuminen terapiatilanteissa lisääntyi koulutushankkeen kuluessa. Aktivoivan terapian alustava seurantatutkimus osoitti, että terapian avulla pystyttiin tukemaan aivohalvauspotilaiden omatoimisuutta ja kotona selviytymistä ja lisäämään henkistä ja fyysistä toimintakykyisyyttä.

Pohdinta

Projektin aikana yhtenäistettiin fysioterapiakäytäntöjä ja lisättiin alueen eri organisaatioiden välistä yhteistyötä. Tutkimusta tarvitaan edelleen terapiakäytäntöjen kehittämisessä ja kuntoutusprosessin eri vaiheissa terapian vaikuttavuuden todentamisessa. Potilaiden kuntoutuspolkututkimukset ovat vielä käynnissä.

MITÄ KUNTOUTUKSEN HISTORIA OPETTAA – LYHYT OPPIMÄÄRÄ

Rissanen P

Kela, tutkimusosasto

Tausta. Esitys perustuu hankkeeseen, jonka tarkoituksena on laatia suomalaisen kuntoutuksen historia viiden keskeisen osa-alueen kriittisen arvioinnin kautta. Se ei ole historiallisten tapahtumien tai henkilöiden kirjaamista eikä synninpäästö tapahtuneelle, vaan miten päästään parempaan. Erityisesti kiinnitetään huomio muutoksiin ja siihen, mitkä väestöryhmät ja millä ehdoilla saavat kuntoutusta eri aikoina sekä minkälaista eriarvoisuutta kohdejoukon sisällä on. Vaikuttavuus ja kuntoutuksen tarve ovat keskeisiä näkökulmia.

Tarkastelukulma. Muutoksia tarkastellaan sisältäpäin enimmäkseen paradigmalähtöisesti, ulkoapäin palvelutuotantoon liittyvinä muutosvoimina. Tarkennus tapahtuu yhteiskuntapolitiikan suuntaisesti. Tavoite tarkastella nykyisyyttä ainutkertaisuutena ja erilaisten historiallisten kehityskulkujen kautta muotoutuneena lähentelee genealogisen tutkimusperinteen kautta syntyneitä problematisaation käsitteitä. Kyse on sen tarkastelemisesta, miten jonkin ajankohdan tietyissä olosuhteissa jotkut ilmiöt tulevat huomion kohteiksi. Tässä yhteydessä valitaan joitakin keskeisiä asioita 1) kuntoutusjärjestelmän, 2) kuntoutuskäytäntöjen, 3) vaikuttavuuden näytön vaatimusten, 4) kuntoutustarpeen sekä 5) kuntoutuksen käsitteellisesti-teoreettisten ja metodologisten kysymysten historiasta ja kulttuureista.

Kuntoutuksen juuret ovat kansalaistyössä ja hyväntekeväisyydessä, 1800-luvun lopulta 1900-luvun alkuun, jolloin auttaja päätti, mitä autettava tarvitsee (sokeat, kuurot, raajarikkoiset lapset). I maailmansota synnytti järjestötoiminnan, julkiset palvelut ja myönteisen vammaisasenteen. Sittenkin kuntoutuksen rajapyykkeinä voidaan pitää mm. työntekijäin tapaturmalain (1925), kansaneläkelain (1937) ja sen uudistuksen (1956), sotainvalidien työhuoltolain (1942) sekä invalidihuoltolain (1946) syntyä. Työterveyslaitos ja Invalidisäätiö aloittivat 1953 kuntoutustutkimukset, ILO laati suosituksen 99/1955 ammatillisesta kuntoutuksesta. Kahta seuraavaa vuosikymmentä voidaan pitää kuntoutuksen integroitumiskehityksen aikana, jolloin säädettiin työntekijäin eläkelaki (1961), sairausvakuutuslaki (1963), tapaturma- ja liikennevakuutuksen kuntoutuslait ja VKK perustettiin. Kelan kuntoutusorganisaatio perustettiin 1965, mitä seurasi kuntoutuskomitean mietintö (1966), kehitettiin invalidihuoltotoimintaa ja sen säädöstä, kansanterveystyötä (KTL 1972) ja työterveyshuoltoa (THL 1978). Lääkintöhallitus määräsi julkaisemallaan yleiskirjeellä kuntoutuksen osaksi hyvää hoitoa (YK 1572/74). Ja lopulta kolme komiteaa julkaisi mietintönsä kuntoutuksen kehittämiseksi (1979). Seuraavien 20 vuoden aikana (1980-2002) kuntoutus kehittyi erityisistä yleisiksi palveluiksi ja lopulta niin sekavaksi ja luoksepääsemättömäksi järjestelmäksi, että sitä on viime vuodet jouduttu selkiyttämään mutta heikoin tuloksin.

Kuntoutuspolitiikkaako? Kuntoutus siis alkoi joskus, eli aikansa ja alkoi yhä uudestaan. Sillä ei ole ollut olennaista sosiaalipoliittista merkitystä syntymänsä jälkeen. Raja spesifin tekemisen ja läpäisyn välillä on käynyt huojuvaksi – kaikessa on vähän kuntoutusta, harvalla tarpeeksi. Pyrkimyksissään rajaobjektiksi kukin tuo kuitenkin esiin omia asioitaan. Kukaan ei oikein tiedä, kenellä on oikeus määrätä kuntoutustarve tai kuntoutuskäytäntö. Todellista kuntoutuspolitiikkaa ei ole syntynyt. Se voi olla osa alue-, sosiaali-, vanhus-, hyvinvointi-, työvoima- tai pelinpolitiikkaa tai mitä tahansa.

Kuntoutus hyvinvointiyhteiskunnasta vaikuttavuusyhteiskuntaan. Vaikutusten ja vaikuttavuuden arvioinnin vaatimukset hiipivät runsaat sata viimeistä vuotta. Ne ovat järkeilytyylejä, yrityksiä vähentää hyvinvointivaltion kehittämiseen liittyvää epävarmuutta. Tilastollisia, tavoite- ja tarveperusteisia arviointeja seurasivat 1950-luvulla kokeelliset, 1980-luvulla vuorovaikutteisen ja tuloksellisuuden, lopulta 1990-luvulla nykypäivän näyttöperusteiset ja auditointikäytäntöjen menetelmät ja vaatimukset (Rajavaara 2007). Harva tietää vielä, mitä vaikuttavuuden pitäisi olla. Kuntoutusta on vaikea vangita tutkimusasetelmiin, sillä sen sisältä ei helposti löydy raakoja tosiseikkoja. Kuntoutuksen tutkimus on monialaista, poikkitieteellistä ja eri tieteidenalojen yhteistyöhön pohjaavaa. Hyvä kuntoutus on sinänsä yksi terveyspalvelun laatutekijä, kuten WHO:n laadun kehittämisohjelmassa jo 1970-luvulla lausuttiin, tavoitteena ”Maailman paras kuntoutus”.

TERVEYDENHUOLTOPALVELUJEN TASA-ARVOISUUS: FYSIOTERAPIAPALVELUT VUONNA 2000

Röberg M

Kansanterveyslaitos, TTO, Väestötutkimuslaboratorio, Turku

Tutkimuksen tausta ja tavoite

Oikeudenmukaisuus terveydenhuoltopalvelujen saatavuudessa ja käytössä on tasa-arvoisuuden edellytys. Oikeudenmukaisuudella tarkoitetaan, että yhtäläisessä tarpeessa olevilla on 1. yhtäläinen pääsy tarjolla olevaan hoitoon, 2. yhtäläinen palvelujen käyttö ja 3. yhtäläinen hoidon laatu. Tutkimuksen tavoitteena oli selvittää tasa-arvoisuus fysioterapian käytössä ja koetussa tarpeessa.

Aineisto ja menetelmä

Terveys 2000 -väestötutkimuksen aineistosta (N = 7087, 30 vuotta täyttäneet mannersuomalaiset) muodostettiin neljä ryhmää fysioterapian käytön ja koetun tarpeen perusteella: henkilöt, jotka

1. eivät olleet käyttäneet eivätkä kokeneet fysioterapian tarvetta, Ei K / Ei T, 5008 henkilöä
2. eivät olleet käyttäneet fysioterapiaa, mutta kokivat tarvitsevansa sitä, Ei K/T, 1210 henkilöä
3. olivat käyttäneet fysioterapiaa, mutta eivät kokeneet tarvitsevansa sitä, K/EiT, 537 henkilöä
4. olivat käyttäneet fysioterapiaa ja kokivat tarvitsevansa sitä edelleen, K/T, 332 henkilöä.

Ryhmät tutkittiin sosiodemografisten, sosioekonomisten ja maantieteellisten tekijöiden sekä terveysongelmien ja toimintakyvyn rajoitusten osalta. Ryhmien vertailussa käytettiin varianssianalyysejä ja χ^2 -testiä. Merkitsevyyden rajana käytettiin arvoa $p < 0.05$.

Tulos

Otoksen 869:stä fysioterapian käyttäjästä 66 % oli naisia. Eniten fysioterapiaa käyttivät ikäluokkien 30–44 ja 45–54 miehet ja naiset. Naisista 53 % ja miehistä 58 % kuului näihin ikäluokkiin. Fysioterapian tarvetta koki 1542 henkilöä, joista naisia oli 60 %. Joka kolmas nainen ikäluokassa 55–64 v koki fysioterapian tarvetta ja noin neljännes sitä vanhemmissa ikäluokissa. Joka neljäs mies 55–64 -vuotiaiden ja sitä vanhemmissa ikäluokissa koki fysioterapian tarvetta. Miehillä oli suurempi kiulu käytön ja tarpeen välillä kuin naisilla.

Ryhmässä Ei K/T (vähävaraiset) oli vertailuryhmään (Ei K / Ei T) nähden korkeampi keski-ikä, eniten eläkkeellä olevia, eniten perusasteen koulutustason omaavia ja eniten alimpiin tuloluokkiin kuuluvia henkilöitä sekä enemmän naisia muihin ryhmiin nähden. Heistä muita useampi asui maaseudulla tai Pohjois- ja Itä-Suomen miljoonapiireissä. Ryhmä K/T:n (vajaakuntoisten) sosioekonominen tilanne sijoittui em. ryhmien väliin eikä ryhmän sosioekonominen tilanne eronnut merkittävästi vertailuryhmän tilanteesta. Ryhmään K/EiT:n (hyväosaisten) sosioekonominen tilanne oli kaikkia muita ryhmiä parempi.

Kaikissa fysioterapian käyttö- ja tarveryhmissä esiintyi merkittävästi useammalla toimintakykyä alentavia pitkäaikaissairauksia ja fyysisesti raskaiden suoritusten rajoituksia kuin vertailuryhmässä. Vähävaraisten ja vajaakuntoisten ryhmissä sekä hyväosaisten miesten ryhmässä terveydentila koettiin huonoksi merkittävästi useammin kuin vertailuryhmässä. Hyväosaisten ryhmässä toimintakyvyn rajoituksia oli vähemmän (%) kuin em. kahdessa ryhmässä.

Päätelmä

Vähävaraisten (Ei K / T) ja vajaakuntoisten (K / T) ryhmissä terveyden ja toimintakyvyn ongelmia esiintyi lähes yhtä usealla. Tätä voidaan pitää osoituksena siitä, että fysioterapian koettu tarve näyttää oikeutetulta; vähävaraisten ryhmä on eriarvoisessa asemassa. Heidän koettuun fysioterapiatarpeeseen ei ole vastattu asianmukaisella tavalla tai he eivät ole osanneet viestittää tarpeestaan. Asuinpaikan fysioterapiapalvelut voivat lisäksi olla liian kalliit heille. Fysioterapiapalvelujen suunnittelussa tulisi ottaa huomioon pimennossa oleva tarve vähävaraisten ihmisten fysioterapiakäytön mahdollistamiseksi ja tasa-arvoisen aseman saavuttamiseksi.

MITEN KUNTOUTUKSEN ASIAKASYHTEISTYÖ ON MUUTTUNUT JA MUUTTU- MASSA?

Saikku P

STAKES, Hyvinvointi/ Verkostotutkimus- ja kehittämismenetelmät

Tausta

Kuntoutuksen lakisääteisellä asiakasyhteistyöllä on jo yli 15 vuoden historia. Stakesissa on seurattu ja arvioitu yhteistyön kehitystä tutkimuksellisesti vuosina 1992, 1993, 1997 ja 2005. Tämä antaa mahdollisuuden konstruoida pitkän aikavälin kehitystä ja muutoksia kuntoutuksen paikallisten asiakasyhteistyöryhmien toiminnassa. Tarkastelun kautta saadaan kiinnostavaa tietoa niin asiakkaan aseman muutoksesta kuntoutusyhteistyössä kuin kuntoutusyhteistyön rakentumisesta paikallisissa/ seudullisissa verkostoissa.

Tavoitteet

Tarkastelun kohteena ovat erityisesti muutokset ryhmien kahdessa perustehtävässä; asiakasasioiden käsittelyssä ja ns. yleisten asioiden käsittelyssä. Onko ryhmän tehtäväkuva muuttunut vuosien saatossa? Miten asiakkaiden osallistuminen ryhmiin on muuttunut? Onko ryhmän paikka osana paikallista/ seudullista kuntoutusverkostoa muuttunut? Mihin suuntaan kehitys näyttäisi kulkevan?

Aineisto

Tutkimusaineisto koostuu aikaisempien tutkimuksien tuloksista ja niiden pohjalta tehdyistä julkaisuista (Karjalainen 1993a, 1993b; Karjalainen & Saikku 1999; Saikku 2006). Tutkimuksissa on kerätty monipuolista kysely-, itsearviointi- ja haastatteluaineistoa. Aineistoa tarkastellaan määrällisin ja laadullisin menetelmin. Tarkastelunäkökulma on systeeminen ja verkostomainen ottaen huomioon toimijat ja toimintaympäristön.

Tulokset ja pohdinta

Toiminnan lakisääteisyys on ollut ryhmien kehitystä voimakkaasti muokkaava tekijä; toisaalta se on antanut toiminnalle päättäjätason hyväksynnän, vankan pohjan ja jatkuvuuden mahdollisuuden muuttuvissa olosuhteissa, toisaalta taas tiettyä jäykkyyttä ja leiman "virallisuudesta" ja "pakollisuudesta". Ryhmien perustehtäväksi on alusta alkaen muotoutunut ensisijaisesti asiakasasioiden käsittely vaikka lain mukaan niiden ensisijaisena tehtävänä on eri kuntoutustoimijoiden keskinäisen yhteistyön kehittäminen. Asiakasasioiden käsittely muotolähtöisesti (edustuksellisuus) toimivassa ryhmässä ei ole ongelmatonta. Tästä kertovat myös asiakkaiden kokemukset, jotka ovat varsinkin pidemmän aikavälin tarkastelussa melko kriittisiä ryhmää kohtaan. Asiakkaat toivovat ryhmältä erityisesti vuorovaikutuksellisuutta ja jatkuvuutta. Asiakkaiden osallistumisessa ryhmän toimintaan on kuitenkin tapahtunut selvää määrällistä ja laadullista kehitystä. Niiden ryhmien osuus, joissa asiakas pääsääntöisesti osallistuu asiansa käsittelyyn ryhmässä, on noussut 30 %:sta yli 80 %:iin. Asiakkaiden osallistumisen laadullinen muutos jäsenyyttä tutkimuksessa viitenä erilaisena osallistumistyyppinä. Ryhmän asema paikallisessa/ seudullisessa kuntoutusverkostossa on muutoksessa. Kunta- ja palvelurakennemuutos ja uudet monisektoriset kuntoutustoimijat, etenkin työvoiman palvelukeskukset, sekoittavat kuntoutusyhteistyön kenttää ja edellyttävät kokonaisuuden ja työnjaon uudelleen tarkastelua.

Lähteet

Karjalainen, V. (1993a). Yhteistyön virityksiä. Kuntoutuksen yhteistyöverkostojen tarkastelua. Stakes raportteja 104.

Karjalainen, V. (1993b). Lain voimalla. Seurantatietoa kuntoutuksen paikallisesta yhteistyöstä. Stakes raportteja 124.

Karjalainen, V. & Saikku, P. (toim.) (1999). Vuoropuhelun aika. Kirjoituksia kuntoutuksen kehittyvästä asiakasyhteistyöstä. Stakes raportteja 236.

Saikku, P. (2006). Asiakasyhteistyötä uudella lailla? Kuntoutuksen asiakasyhteistyön arviointia. STM selvityksiä 2006:47.

KUNTOUTUSTA JA KASVATUSTA YHDESSÄ

Erityiskasvatuksen ja kuntoutuksen yhteistoiminnan perusteita etsimässä

Sipari S

Jyväskylän yliopisto, erityispedagogiikan laitos

Tutkimuksen tausta

Erityistä tukea tarvitsevien lasten kuntoutuksessa ja kasvatuksessa korostetaan aikaisempaa enemmän osallistavan kasvatuksen ideologiaa. Tämä edellyttää kuntoutuksen ja kasvatuksen ammattilaisten sekä lapsen ja perheiden välistä yhteistyötä. Tällainen yhteistoiminta vaatii lasten kuntoutuksen ja kasvatuksen ajattelumallien sekä toimintakulttuurien yhtenäistämistä. Lasten kuntoutuksen ja kasvatuksen yhteistoiminnan perusteita selvitetään tässä tutkimuksessa paikallisen tason monialaisten verkostojen muodostamassa kontekstissa.

Tutkimuksen tarkoitus

Tutkimuksen tehtävänä on kuvailla erityistä tukea tarvitsevien lasten kuntoutuksen ja kasvatuksen yhteisiä monialaisia ja -tasoisia sisältöjä sekä selvittää ja jäsentää edelleen erityistä tukea tarvitsevien lasten kuntoutus- ja kasvatuserityyden perusteita ja merkitysrakenteita.

Tutkimuksen osallistajat

Tutkimuksen kohdejoukon muodostavat alueelliset lasten kuntoutuksen asiantuntijatoimikunnat (n = 11). Toimikunnissa on osallistujina vammaisten lasten vanhempia, sosiaali- ja terveydenhuollon asiantuntijoita sekä sivistys- ja koulutoimen asiantuntijoita. Osallistajat työskentelevät joko julkisella tai yksityisellä sektorilla tai järjestöissä ja yhdistyksissä. Osallistujia on yhteensä 66 henkilöä.

Tutkimuksen aineisto ja analyysi

Aineiston hankittiin tutkijan ohjaamin ryhmähaastatteluin, jotka perustuivat lasten kuntoutuksen aitoihin tapausesimerkkeihin. Tapausesimerkit tehtiin haastattelemalla erityistä tukea tarvitsevan lapsen vanhempaa ja kirjoitettiin asiantuntijatoimikuntien jäsenille luettavaksi. Tutkimusote on hermeneuttinen; siinä haetaan käsitteiden samankaltaisuutta sekä toisaalta kohdejoukon erimielisyyden astetta ja perusteluja. Aineiston tulkinnassa käytetään diskurssin työstämisen menetelminä argumentaation analyysin metodia ja merkityssuhdekaaviota.

Tutkimuksen tulokset ja johtopäätökset

Tulokset kuvaavat eri ammattiparadigmojen kohtaamista ja kohtaamattomuutta, yhteistoiminnan peruskäsitteistöä ja määrittelyä sekä lasten kuntoutus- ja kasvatuserityyden teoreettisen näkökulman kehittymistä monialaisen yhteistoiminnan näkökulmasta. Yhteistoiminnan sisältö ja alustavat perusteet muodostuvat lapsen hyvän elämän kuvauskategorioista, jotka tässä ovat omatoimisuustaidot, elämäntapa ja kuntouttava arki. Vaikuttavia tekijöitä ovat lapsi- ja perhekäsitykset, yhteistyötaidot ja palvelujärjestelmä. Jatko-tutkimusta tehdään yhteistoiminnan perusteiden asiasisällöllisen oikeutuksen syventämiseksi. Tästä syntyy myös käytännöllisiä seurauksia, joilla on huomattavaa merkitystä erityistä tukea tarvitsevien lasten elämän ja heitä auttavien asiantuntijoiden yhteistoiminnan kannalta.

Avainsanat: erityiskasvatus ja -opetus, erityistä tukea tarvitseva lapsi, kuntouttava arki, lasten kuntoutus, moniammatillisuus, moniasiantuntijuus, omatoimisuus, yhteistyö, yhteistoiminta, yhteinen työ

YHTEISET TAVOITTEET, YHTEINEN KIELI, ERI MENETELMÄT - ICF-LUOKITUKSEN MERKITYS KUNTOUTUKSESSA JA KUNTOUTUSTUTKIMUKSESSA?

Sjögren T

Jyväskylän yliopisto, Terveystieteiden laitos

Tutkimuksen tausta ja tarkoitus

Aikaisempien tutkimuksien mukaan työpaikalla toteutettu fyysinen harjoittelu parantaa työntekijöiden fyysistä toimintakykyä. Selkeimmin harjoitteluinterventio vähentää tuki- ja liikuntaelinten oireita sekä lisää vapaa-ajan fyysistä aktiivisuutta. Olen käyttänyt toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälistä luokitusta (International Classification of Functioning, Disability and Health = ICF) väitöskirjatutkimukseni viitekehystenä. ICF-luokitus tarjoaa tieteellisen perustan ymmärtää ja tutkia toiminnallista terveydentilaa.

Tutkimuksessa selvitettiin työpaikalla tapahtuvan harjoitteluinterventio vaikutusta työntekijöiden fyysiseen ja psykososiaaliseen toimintakykyyn, koettuun työkykyyn ja yleiseen subjektiiviseen elämän laatuun sekä arvioitiin harjoitteluvaikutusten pysyvyyttä (1). Tässä abstraktissa keskityn tarkastelemaan, mitä lisää ICF-luokituksen käyttäminen antaa kuntoutukselle ja kuntoutustutkimukselle.

Aineisto ja menetelmät

Tutkimusaineisto koostui 90 toimistotyöntekijästä [66 naista ja 24 miestä, keski-ikä 45.7 (SD 8.5) vuotta]. Koeasetelma oli ryhmätasolla satunnaistettu (CRT) vaihtovuorokoe ja 12 kuukauden seurantamittaukset. Harjoitteluinterventio sisälsi 15 viikon kuntosaliharjoittelun (30 % IRM).

Tulokset

CRT-tutkimuksen tulokset näkyivät selvemmin työntekijöiden fyysisessä toimintakyvyssä ja ICF-luokituksessa ruumiin/kehon toimintojen ja ruumiin rakenteiden osa-alueella. Harjoittelulla oli vain vähäistä vaikutusta suoritusten ja osallistumisen osa-alueella. Fyysisen harjoitteluinterventio aikana työntekijöillä oli vähemmän päänsärkyä sekä niskan, hartioiden ja alaselän oireita. Oireiden voimakkuus oli myös alhaisempaa päänsäryssä sekä niskan ja alaselän alueella. Lisäksi työntekijöiden subjektiivinen vointi oli parempi, mutta sillä ei ollut vaikutusta muuhun psyykkiseen toimintakykyyn, yleiseen subjektiiviseen elämän laatuun tai työn sosiaalisiin ympäristötekijöihin. Seurantamittauksissa työntekijöiden fyysinen toimintakyky ruumiin/kehon toimintojen ja ruumiin rakenteiden osa-alueella oli edelleen paremmalla tasolla kuin alkumittauksissa. Tämän lisäksi työntekijöiden psyykkisessä toimintakyvyssä sekä suorituksissa ja osallistumisen osa-alueilla oli tapahtunut positiivista muutosta. Työntekijöillä on vähemmän tuki- ja liikuntaelinten oireista aiheutuvaa haittaa, kohonneen mielialan vuoksi he pystyivät toimimaan paremmin suhteessa ympäristöön ja he kokivat työkykynsä paremmaksi kuin alkumittauksissa. Työn sosiaalisissa ympäristötekijöissä ei ollut tapahtunut muutosta, työn henkinen stressaavuus ja työyhteisön henki olivat edelleen alkumittauksien tasolla.

Yhteenveto ja pohdinta

Lyhyellä aikavälillä fyysinen harjoitteluinterventio vaikutti enemmän fyysiseen toimintakykyyn, etenkin ruumiin/kehon toimintojen ja ruumiin rakenteiden osa-alueilla. Pidemmällä aikavälillä tuloksia näkyy myös psyykkisessä toimintakyvyssä ja suoritusten ja osallistumisen osa-alueella. Tutkimustulosten raportointi ICF-luokituksen osa-alueiden mukaan selkeyttää fyysisen harjoitusinterventio vaikuttavuuden tutkimista sekä edesauttaa osaltaan moniammatillisen työkykyä ylläpitävän toiminnan kehittämistä.

Lähde

(1) Sjögren T. Effectiveness of a workplace physical exercise intervention on the functioning, work ability, and subjective well-being of office workers – a cluster randomised controlled cross-over trial with one-year follow-up. Jyväskylä: University of Jyväskylä, 2006, 99 p (Studies in Sport, Physical Education and Health, 118)

SAIRAUSPROSESSIEN ALKAMINEN TYÖSSÄ JA VARHAISEN REAGOIMISEN IDEA

Suikkanen A, Lapin yliopisto

Taustaa. Palkansaajien sairastuminen työssä on ollut perinteisten työmarkkinoiden klassinen riski. Työkyvyttömyyteen johtava sairastuminen on aluetta, johon liittyvistä henkilökohtaista menetyksistä vastaamisesta tuli yksi pohjoismaisten hyvinvointivaltioiden sosiaalipolitiikan keskeisiä periaatteita. Palkkatyökansalaisia on kategorisoitu mm. työttömän, sairaan ja työkyvyttömän olosuhteiden perusteella. Valtion tehtävänä on ollut näihin tilanteisiin liittyvän kompensatiopolitiikan (taloudelliset ja sosiaaliset menetykset) kehittäminen ja vastuu. Työnantajien vastuulle on jäänyt näitä tiloja edeltävät käytännöt. Työnantajilla on käytössä *mitä-tehdään* ja *miten-tehdään* -päätöksiin omia, hegemonistisia toimintatapoja (työolosuhteiden kehittäminen, työn organisointi, teknologiasovellutukset, rekrytointipäätökset yms.) sekä yhteisöllisiä toimintoja (työsuo-jelutoimet, työterveystoiminta, yritysdemokratia). Työttömyystilanteet samoin kuin sairastamisen alkaminen, varhainen havaitseminen ja siihen puuttuminen ovat periaatteellisille toimijoille ja niiden työnjaolle hankalia tартtua. Siksi varhaiskuntoutus, sopeutetut työjärjestelyt, ammattitaidon kohottaminen ja vastaavat ratkaisut jäävät helposti tutkijoiden utopistisiksi maailmanparannusehdotuksiksi.

Mistä sairaus alkaa työssä? Sairauksien alkaminen työssä liittyy monenlaisiin toimintaympäristön tekijöihin, yksilötilanteisiin ja kehon satunnaisiin prosesseihin. Kenellä on havaitsemisen ja intervention mahdollisuus? Muun muassa yritysdemokratian mukaiset käytännöt ja työterveydenhuolto voivat puuttua jo nyt sairastumisen yksilöllisten ja yhteisöllisten tilanteiden seuraamiseen ja problematisointiin. Se edellyttää tutkivan työotteen omaksumista. Mielenkiintoinen esimerkki on Tanskan sairausvakuutuslain muutos 2000-luvulla. Vuoden 2005 sairausvakuutuslaki velvoittaa työnantajan, yksilöä, paikallisia toimijoita ja julkista sektoria aktiivisuuteen niissä sairastamisen prosesseissa, joissa sen syyt ja ilmeneminen liittyy työhön, työn olosuhteisiin ja työn tekemiseen. Lakimuutos heijastaa työmarkkinoiden muuttuvia tilanteita, siirtymistä vajaan työvoimavarojen tilanteista ylityöllisyyden, työvoimavarojen tilanteisiin.

Siirtyminen sukupolvittaiseen uusintamiseen edellyttää aktiivisempaa suhtautumista yksilöllisiin ja yhteisöllisiin prosesseihin. Kysymys on siirtymisestä kompensatiopolitiikasta investoivaan yhteiskuntapolitiikkaan. Yksilön työssä osaaminen, työssä jaksaminen, ammatillisuus ja työn sosiaaliset suhteet ja hierarkiat joutuvat työolosuhteiden muutoksen oloissa useammin uudelleenarvioinnin ja kehittämisen kohteiksi.

1900-luvun lopun työmarkkinalliset riskit (työkyvyttömyys, työttömyys, sairastuminen) olivat luonteeltaan erillisiä riskejä, jotka muodostivat usein legitiimin väylän pois työelämästä. Nyt työelämän riskit ovat toisiinsa limittyneitä ja syiltään, ilmenemiseltään ja merkityksiltään moniulotteisia ja vaikeasti ennakoitavia. Tämä vaikeuttaa niiden kategorisointia ja interventiopolitiikan muotoilua. Myös tilanteiden määrittelyn ja kategorisoinnin ammattikäytännöt ja tietoperustat ovat murroksessa. Perinteisen asiantuntijaosaamisen sijaan tarvitaan valmiuksia ennakointiin, vaikutusten arviointiin, oppimismahdollisuuksien arviointiin, työn suunnitteluun ja muotoiluun, motivaatioperustan vahvistamiseen jne.

Työssäkäynnin vaikeutumistilanteiden varhainen havaitseminen ja varhaiskuntoutus. Kuntoutus alkaa edelleen yleisimmin vasta vian, vamman ja sairauden taloudellisen-sosiaalisen realisoitumisen jälkeen. Varhaiskuntoutus on ollut hankalaa hyvinvointivaltiolle ja tarpeeton taloudelle ja sen avoimelle sektorille. Varhaiseen puuttumiseen liittyy epävarmuus ratkaisujen onnistumisesta: siinä tunkeudutaan tuntemattoman alueelle. Riskien muuttuminen vaikeasti ennakoitaviksi vaatii uudenlaisia käytäntöjä ja muuttaa toimijoiden roolisuhteita. Varhaisen puuttumisen on oltava luonteeltaan kokeilevaa; se edellyttää jatkuvaa kehittämistä ja yksilöltä itseltään aktiivista osallisuutta ja itsensä kehittämistä. Varhainen puuttuminen edellyttää työyhteisöltä myös tarvittaessa erilaisten sopeuttavien työn organisatoristen ja työtehtäväratkaisujen tekemistä ja soveltamista. Se edellyttää myös työnantajalta tiettyjen tuotannollisten ratkaisujen tekemisen siirtämistä työyhteisöjen yhteisöllisille kollektiivisille toimijoille. Se muuttaa toimijoiden suhteita ja tekee tiiviistä ja vasta- vuoroisesta yhteistyöstä välttämättömän. Onko tällainen uudenlainen yhteiskuntapolitiikka, jossa yksityisen ja julkisen sekä toisaalta taloudellisen ja sosiaalisen suhteet muuttuvat, mahdollinen?

Modernien työmarkkinoiden muutokset ja investoivan yhteiskuntapolitiikan välttämättömyys. Perinteiset työmarkkinat ovat yksilön näkökulmasta olleet selvärajaiset ja toiminnallisesti eriytyneet. Työhön osallistuminen on tapahtunut 1990-luvulle asti ns. normaalitilanteiden mallin mukaan yhdessä tai kahdessa ammatissa omine riskeineen, työolosuhteineen, hyvinvointitasoineen jne. Nyt tämä perinteinen malli murtuu. Väylät työmarkkinoille ja työssäolon muodot ovat monipuolistuneet. Yksilöt ovat alkaneet tietoisemmin käyttää sosiaaliturvan mahdollisuuksia. Myös reitit pois työelämästä ovat moninaistuneet. Kaikki muutokset kytkeytyvät työelämän nopeutuviin yleismuutoksiin (teknologisten muutosten nopeutuminen, globalisaatio, organisaatiokratkaisu- jen moninaistuminen) sekä yritys- muutoksiin (verkottuminen, nurinmeno, sirpaloituminen yms.). Yksilöt joutuvat liikkumaan, siirtymään ja muuttumaan jatkuvammin työuransa aikana. Kysymys ei ole pelkästään varhaisesta reagoinnista tietyssä työssä, vaan investoivan toimintakulttuurin kehittämisestä.

MITEN JA MIHIN SUUNTAAN KUNTOUTUSTA OHJATAAN PAIKALLISESTI JA ALUEELLISESTI? Kuntoutustahojen asiakirjojen analyysia

Suoranta J

Tampereen yliopisto, terveystieteen laitos

Tutkimuksen tausta

Suomessa pohditaan ja kokeillaan tällä hetkellä erilaisia sosiaali- ja terveystieteiden alueellisia järjestämisen keinoja. Tämä alueellisten rakenteiden kehittämisen haaste koskee myös kuntoutuksen järjestämistä. Alueellisuuden tarkastelu liittyy myös Tampereen yliopiston terveystieteen laitoksella käynnissä olevaan tutkimusprojektiin, jossa hahmotetaan suomalaista kuntoutusjärjestelmää mm. aluetasolla. Tutkimusprojektissa on aikaisemmin tarkasteltu aluetason kuntoutusjärjestelmän rakennetta.

Tutkimuksen tavoitteet

Tämän osatutkimuksen tarkoituksena on selvittää eri kuntoutustahojen asiakirjoista miten ja mihin suuntaan kuntoutusjärjestelmää alueella ohjataan. Erityisesti ollaan kiinnostuneita siitä, ohjaavatko eri tahot kuntoutuksen järjestämistä alueellistamisen suuntaan. Tutkimuksessa selvitetään yhden sairaanhoitopiirin alueella toimivien kuntoutustahojen tavoitteita, strategioita ja kehittämisehdotuksia kuntoutukseen liittyen. Tutkimuskysymykset ovat:

- a. Millaisia kuntoutuksen tavoitteita asiakirjoissa on?
- b. Miten kuntoutusta ja sen tavoitteita perustellaan ja mitä toimenpiteitä on esitetty niiden saavuttamiseksi?
- c. Vastaako kuntoutuksen ohjaus eri tahojen asiakirjoissa toisiaan ja onko asiakirjoista johdettavissa yhteistä alueellista ohjausta?
- d. Vastaako asiakirjojen kuntoutustavoitteet valtakunnallisia tavoitteita?

Menetelmät

Aineisto koostuu keväällä 2006 kerätyistä asiakirjoista (yhteensä 170). Asiakirjat on saatu alueen kuntoutustahoilta: kunnista, sairaanhoitopiiristä, kelasta ja työhallinnosta, ja ne koskevat vuosia 2004 ja 2005.

Asiakirjojen analysoinnissa käytetään aineistolähtöistä laadullista sisällönanalyysia. Analyysissa (I vaihe) on ensin rajattu tutkimusaineistoksi sellaiset asiakirjat, joissa esiintyy eri taivutusmuodoissa sanat: kuntoutus, kuntouttava, kuntoutuja, erityisopetus, sekä erilaiset terapiat (fysioterapia, puheterapia, toimintaterapia). Analyysin toisessa vaiheessa asiakirjoista on poimittu analyysiyksiköiksi lauseita tai lausumia, jotka sisältävät kuntoutuksen tavoitteita, niiden perusteita, tavoitteiden saavuttamiseksi esitetyjä toimenpiteitä sekä kehittämisehdotuksia. Analyysin kolmannessa vaiheessa edetään analyysiyksiköiden pelkistämiseen ja näiden pelkistettyjen tekstiosien ryhmittelyyn.

Tulokset ja pohdinta

Todennäköisesti tuloksena tulee olemaan, että alueella ohjataan ja kehitetään asiakkaiden kuntoutusprosesseja järjestelmän kokonaisuuden ohjauksen sijaan. Kuntien kuntoutukseen liittyvät tavoitteet, perusteet ja toimenpiteet näyttävät olevan hyvin samankaltaisia, joten yhtenäisen alueellisen kuntoutuksen ohjauksen perusta olisi olemassa. Kunnissa näyttäisi olevan aluetason kuntoutustoimintaan intressejä, sillä asiakirjoista löytyy mainintoja muun muassa seutukunnallisen yhteistyön kehittämisestä.

REKISTERITUTKIMUS KUNTOUTUKSEN VAIKUTUSTEN ARVIOINNISSA – ESI-MERKKEJÄ KELAN JÄRJESTÄMÄSTÄ KUNTOUTUKSESTA

Suoyrjö H¹, Hinkka K², Oksanen T³, Kivimäki M⁴, Klaukka T², Vahtera J³

¹Kuntoutuskeskus Petrea

²Kelan Tutkimusosasto

³Työterveyslaitos

⁴Department of Epidemiology and Public Health, University College, London, UK

Tausta

Kuntoutuksen kohdentumisesta ja vaikutuksista on vähän järjestelmätason tutkimustietoa. Kelalla on päävastuu työikäisten kuntoutuksesta Suomessa ja panostus on taloudellisesti huomattava (72434 työikäistä henkilöä ja kustannus €170,1 miljoonaa vuonna 2005). Suomalaisista rekistereistä saatava tieto on yleensä tarkkaa ja luotettavaa, toisin kuin haastattelu- tai kyselytutkimusten tieto, joka on altis harhalle. Sairauspoissaolotieto on relevantti terveydentilan mittari yksilön, työyhteisön ja yhteiskunnankin kannalta. Rekisteritutkimus mahdollistaa suurten otosten käyttämisen kohtuullisilla resursseilla, mutta sillä on myös rajoituksensa.

Tavoite

Rekisteritietoja yhdistämällä selvitettiin Kelan järjestämän työikäisten kuntoutuksen kohdentumista ja vaikutuksia työkykyyn.

Aineisto

Aineisto perustuu Kunta10-tutkimukseen, jossa seurataan 10 suomalaisen kaupungin koko henkilöstöä. Tutkimuskohorttiin (67 106 henkilöä) otettiin ne toimihenkilöt ja työntekijät, joilla oli ollut vähintään 10 kauden työsuhde johonkin kyseisistä kaupungeista vuosina 1994-2002. Työnantajarekistereistä kerättiin demografiset, työsuhdetta koskevat sekä sairauspoissaolotiedot (päivän tarkkuudella) vuosilta 1994-2005. Henkilötunnusta käyttäen poimittiin Kelan rekistereistä tiedot osallistumisesta kuuteen kuntoutustoimenpiteeseen (Aslak®, TYK, Tules, muu sairauskohtainen kuntoutuskurssi, yksilöllinen jakso tai psykoterapia) sekä kroonisten sairauksien lääkehoidon erityiskorvauksista ajalla 1994-2002. Kelan ja Eläketurvakeskuksen yhteisrekisteristä poimittiin tieto vuoden 2004 lopussa eläkkeellä olevista kohorttiin kuuluvista henkilöistä.

Tulokset

Kelan järjestämään kuntoutukseen osallistuneissa (7440 henkilöä) vakituisissa työsuhhteissa olevat, alempiin toimihenkilöihin tai työntekijöihin kuuluvat vanhemmat naiset olivat yliedustettuina. Kuntoutujilla oli kroonisen sairauden erityiskorvauksia oli 1.5 -6.1-kertaisesti, hyvin pitkiä (>21 päivää) sairauspoissaoloja 2,1-2,8-kertaisesti ja työkyvyttömyyseläkkeitä 3,1-7,5-kertaisesti ei-kuntoutujiin nähden. Poikkeuksena oli Aslak®-kuntoutus, jossa luvut eivät oleellisesti poikenneet ei-kuntoutujista. Määräaikaisessa työsuhhteessa olevien terveydentilan indikaattorit eivät poikenneet vakinaisessa työsuhhteessa olevista, mutta he olivat aliedustettuina monessa kuntoutustoimenpiteessä. Psykoterapiassa miesten osuus oli 15 % ja työntekijöiden 5 %.

Tules-kuntoutuksessa selkäkursseihin osallistuneilla voitiin todeta kuntoutuksen jälkeen hyvin pitkien (>21 päivää) sairauspoissaolokertojen vähentyminen kuntoutusvuoden ja sitä seuraavien kolmen vuoden ajalla (trendiero kaltaistettuihin ei-kuntoutujiin $p < 0.0001$). Niskakursseille osallistuneilla ei samaa hyötyä voitu todeta. Vuoden 2004 lopussa 24 % selkäkuntoutujista, 21 % niskakuntoutujista ja 5 % ei-kuntoutujista oli työkyvyttömyyseläkkeellä. Aslak®-kuntoutujien sairauspoissaolopäivien lisääntyminen oli kuntoutuksen aloitusvuonna ja kolmena seuraavana vuonna hitaampaa kuin kaltaistetuilla ei-kuntoutujilla. Poissaolokerrat vähentyivät hieman hyvin pitkien (>21 päivää) poissaolojen osalta.

Pohdinta

Monien kuntoutustoimenpiteiden osallistujien terveydentila on huomattavasti heikentynyt ja työkyvyttömyyden riski suuri kuntoutuksen alkaessa. Kuntoutuksen kohdentumisessa epätasa-arvoisuutta näyttää syntyvän työsuhteen laadun, sukupuolen ja ammattiaseman suhteen. Sairauspoissaoloilla mitattuna kroonisen selkäkivun kuntoutuksesta näyttää olevan hyötyä, mutta kroonisen niskakivun osalta hyötyä ei tullut esille. Sairauspoissaoloina mitattuna Aslak®-kuntoutuksen hyöty näyttää jäävän suhteellisen vähäiseksi.

Rekisteritutkimus voi tuoda huomattavaa lisäarvoa kuntoutuksen tutkimukseen, etenkin järjestelmätasolla.

Viite: Suoyrjö et al. Allocation of rehabilitation measures provided by the Social Insurance Institution in Finland: A register linkage study. *J Rehabil Med* 2007; 3: 198-204.

TOIMIJUUDEN JA IDENTITEETIN KONSTRUOIMINEN JA MUUTOS TYÖURAN JA AMMATILLISEN KEHITYKSEN ALUEELLA

Syrjälä T

Anttolanhovi

Tausta ja tavoitteet

Väitöstutkimukseni keskiössä ovat toimijuus; miten se yksilössä realisoituu, astuu kuvaan ja muuttuu sekä identiteetti; sen konstruointi ja muutos. Tutkimukseni tavoitteina on tutkia toimijuuden ja identiteetin muutosta yksilön ammatillisen kehityksen ja työuran alueilla sekä toimijuutta organisoivien merkkien ja symbolien merkitystä toimijuuden konstruoinnissa ja muutoksessa.

Teoreettiset lähtökohdat ja tutkimusasetelma

Tutkimukseni teoreettinen perusta on kulttuurihistoriallisessa toiminnan teoriassa ja sosiaalitieteellisessä narratiivisessa lähestymistavassa. Vygotski (1982, 112-115) käytti ajattelun tutkimuksissaan kaksoisstimulaation eli kaksoisärsytyksen menetelmää. Menetelmän lähtökohdaksi on ajatus, että korkeammille psyykkisille toimintoille on yhteistä se, että ne ovat välittyneitä prosesseja; niiden rakenteeseen kuuluu merkin käyttö hallinnan välineenä. Vygotskin (1978, 74) asetelmassa kaksoisstimulaatio toteutettiin antamalla koehenkilö-lapselle ensimmäinen ärsyke eli tehtävä, joka hänen tuli ratkaista. Toisena ärsykkeenä toimi sinänsä neutraali artefakti, jonka lapsi valjasti merkiksi, välineeksi tehtävän ratkaisemisen avuksi.

Olen hakenut kaksoisstimulaation menetelmään ensimmäisen ärsykkeeni Laura Mottin väitöstutkimukseen (1992) rakentamasta kehitysdialogin menetelmästä. Suomessa kehitysdialogista käytetään yleisimmin nimeä kehitysvuoropuhelu. Ensimmäisenä ärsykkeenä tarjoan tutkimushenkilölle haasteen etsiä ja löytää kehitysvuoropuheluprosessin myötä henkilökohtainen kehittämistehtävä, jonka avulla hän ratkaisee jonkin ammatilliseen kehitysvaiheeseensa liittyvän oppimishaasteen. Toisina ärsykeinä tarjoan toiminnan teorian ja kehittävän työntutkimuksen teoreettisia käsitteitä ja välineitä, joita tutkimushenkilö voi käyttää symboleina ja merkkeinä oman työnsä, elämäntilanteensa historiansa ja tarinoidensa jäsentämisessä. Tavoitteeni on selvittää kvalitatiivisena tapaustutkimuksena, miten jäsenyydet vaikuttavat tutkimushenkilöiden puheen, jäsenyyden, tehtävien ja kehittämistehtävän valinnan muodoissa heidän toimijuuteensa ja identiteettiinsä.

Kahden ärsykeen yhteen saattaminen on ennakolta arvaamaton prosessi, jossa yksilöt muodostavat oman tulkintansa tehtävästä. Tällaisen tehtävän tai prosessin tuloksellisuutta arvioidaan paitsi lopputuloksen niin myös yksilön sille antaman merkityksen näkökulmasta. Merkitys ilmenee yksilön suhtautumisessa tehtävään, siinä, miten hän kehittää tehtävää ja välineitä sekä siinä, miten hän hyödyntää saavutuksiaan seuraavassa vaiheessa, esimerkiksi oman lähikehityksen vyöhykkeensä hahmottelussa. (Engeström 2002, 124). Kaksoisärsytyksen menetelmä antaa mahdollisuuden tarkastella toimijuutta vygotstilaisessa merkityksessä. Siinä toimijuuden alkuperä on mahdollisuudessa käyttää ulkopuolisia artefakteja tilanteen uudelleen määrittelyssä. Toimijuus realisoituu siinä, kun ihminen käyttää intentionaalisesti, valjastaa oman toimintansa välineeksi jonkin sinänsä neutraalinkin ärsykeen löytääkseen, saavuttaakseen tilanteesta uudelleen määrittelyn tai ratkaisun. (Vygotsky 1997, 212).

Lähteet

Engeström, Y. (2002) Kehittävä työntutkimus. Perusteita, tuloksia, haasteita. (3. painos) Helsinki, Edita.

Mott, L. (2002) Systemudvikling. Ph.D.serie 3.92. Handelshøjskolen i København. Gylling, Narayana Press.

Vygotsky, L. (1978) Mind in society: The development of higher psychological processes. Cambridge, MA, Harvard University Press.

Vygotsky, L. (1982) Ajattelu ja kieli. Espoo, Weilin+Göös.

Vygotsky, L. (1997) The history of the development of higher mental functions. Teoksessa The collected works of L. S. Vygotsky. Vol. 4. New York, Plenum.

AIVOVERENKIERTOHAIRIÖN SAIRASTANEIDEN KUNTOUTUKSEN OHJAUTUMISEN JA TOTEUTUMINEN

Takala T, Viljanen T, Sivenius J
Aivohalvaus- ja dysfasialiitto ry

Tausta

Noin 14000 suomalaista sairastuu vuosittain aivoverenkiertohäiriöön (AVH). AVH on Suomessa kuten muuallakin länsimaissa kolmanneksi yleisin kuolinsyy. AVH on myös eniten sairaalahoitopäiviä ja pysyvää invaliditeettia aiheuttava sairausryhmä. Lokakuussa 2006 ilmestyneessä Aivoinfarktin käypä hoito –suosituksessa todetaan, että aivoinfarktipotilaiden tulisi saada hoitoa moniammatillisessa kuntoutusyksikössä, ja että aivoinfarktipotilaat hyötyvät tällaisesta kuntoutuksesta riippumatta iästä, sukupuolesta tai sairauden vaikeusasteesta. Moniammatillisesti toimivassa kuntoutusyksikössä sairastumisen alkuvaiheessa hoidettujen kuolleisuus ja pysyvään laitoshoitoon jäämisen riski on pienempi kuin tavallisella vuodeosastolla hoidettujen. Tehokas kuntoutus näkyy myös lyhentyneenä hoitoaikana, vähäisempänä vammaisuutena ja parempana elämänlaatuna.

Aivoverenkiertohäiriöiden kuntoutuksesta ei ole Suomessa tehty systemaattista selvitystä. Aikaisempien raporttien perusteella voidaan arvella, että kuntoutuksen toteutumisessa on isoja alueellisia eroja maassamme. Aivohalvaus- ja dysfasialiitto ry tekee selvitystä aivoverenkiertohäiriön sairastaneiden kuntoutuksen toteutumisesta Suomessa.

Tavoite

Tutkimusprojektin tavoitteena on selvittää AVH-kuntoutuksen nykytila ja resurssit perusteellisesti koko maassa. Selvitys luo pohjaa AVH-kuntoutuksen valtakunnalliselle kehittämiselle ja sen tulosten odotetaan johtavan hoitokäytäntöjen yhtenäistämiseen ja hoidon vaikuttavuuden parantumiseen lähivuosina.

Aineisto ja menetelmät

Tutkimuksen ensimmäisessä vaiheessa vuonna 2007 on tarkoitus haastatella henkilökohtaisesti Suomen kaikkien yliopistollisten (5 kpl), keskus (16 kpl)- ja aluesairaaloitten (24 kpl) AVH-kuntoutuksesta vastaavat lääkärit ja tarvittaessa muutakin kuntoutukseen perehtynyttä henkilökuntaa. Tutkimuksen seuraavassa vaiheessa selvitetään kyselylomakkein AVH-kuntoutuksen resursseja Suomen terveyskeskuksissa ja AVH-kuntoutusta antavissa kuntoutuslaitoksissa. Tämä kolmivuotinen projekti on Raha-automaattiyhdistyksen rahoittama.

Tulokset

Tutkimus on käynnistynyt äskettäin ja haastattelut ovat meneillään. Ensimmäisten tulosten analysointi on alkamassa ja loppuraportin on suunniteltu ilmestyvän vuonna 2009.

POSITIVE TREATMENT RESPONSE IS REFLECTED TO FAVOURABLE CHANGES IN THE HEALTH-RELATED QUALITY OF LIFE PROFILE OF PATIENTS WITH EARLY RHEUMATOID ARTHRITIS

Uutela T¹, Hakala M²⁻³, Kautiainen H², Hannonen P⁴, Paananen M-L⁴, Häkkinen A⁴

¹ Department of Medicine, Central Hospital of Lapland, Rovaniemi

² Rheumatism Foundation Hospital, Heinola

³ Department of Musculoskeletal Medicine, Medical School, University of Tampere, Tampere. ⁴ Central Hospital of Jyväskylä, Jyväskylä, Finland

Objective: To examine the treatment induced changes on health-related quality of life (HR-QoL) in early rheumatoid arthritis (RA).

Patients and methods: HR-QoL changes were assessed by the Nottingham Health Profile (NHP) instrument in a group of 62 consecutive working age RA patients with recent onset RA with duration of symptoms of less than two years and naïve with regard to disease-modifying antirheumatic drugs (DMARDs) and prednisolone. The treatment -response was assessed by the criteria of the European League against Rheumatism (EULAR; 28-joint score; DAS 28) at 6 months.

Results: NHP mean scores for mobility ($p=0.015$), pain ($p=0.029$) and emotional reaction ($p=0.035$) at the baseline were related to EULAR response at 6 months, i.e., non-responders had the poorest baseline HR-QoL scores. When the patients were grouped according to EULAR response at 6 months there was a statistically significant mean linearity change to better HR-QoL in NHP energy ($p=0.0023$), pain ($p<0.001$) and mobility ($p=0.0085$) from baseline to 6 months from the lowest treatment response to the highest one.

Conclusion: Our results show that good treatment response by the EULAR response criteria translates in improved HR-QoL dimensions for energy, pain and mobility.

PSYKOTERAPIA JA SISÄISET TARINAT. Narratiivinen näkökulma psykoterapian merkityksiin

Valkonen J¹, Lindfors J², Helsingin Psykoterapiaprojektin tutkijaryhmä¹⁻⁵

¹ Kuntoutussäätiö

² Biomedicum Helsinki –säätiö

³ Kansaneläkelaitos, ⁴ Kansanterveyslaitos, ⁵ Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri, Psykiatrian klinikka

Tausta ja tavoite

Esityksessä kuvataan tuloksia Helsingin Psykoterapiaprojektin (Knekt & Lindfors 2004) haastatteluaineistoon perustuvasta laadullisesta tutkimuksesta. Psykoterapiaprojekti on satunnaistettu kliininen koe, jossa verrataan eri pituisten psykoterapioiden vaikuttavuutta masennustilojen ja ahdistuneisuushäiriöiden hoidossa.

Tutkimuksen tavoitteena on selvittää psykoterapiaan osallistuneiden masennuspotilaiden kokemuksia tuloksellisiksi ja ei-tuloksellisiksi arvioiduista terapioista. Esityksessä pyritään kuvaamaan, millaisia merkityksiä psykoterapia saa osana ihmisten narratiivisesti konstruoitua minuutta.

Aineisto ja menetelmä

Tutkimukseen valittiin harkinnanvaraisella otannalla 14 projektiin osallistunutta henkilöä. Puolet otokseen valituista oli satunnaistettu voimavarasuuntautuneeseen ja puolet pitkään psykodynaamiseen psykoterapiaan. Tutkimuksessa on analysoitu kunkin haastatellun terapiaa edeltäneitä alkuhaastatteluja ja terapian päättymiseen ajoittuneita seuranta-haastatteluja.

Tutkimuksen teoreettinen viitekehys on narratiivinen lähestymistapa (McLeod 1997) ja tulkintateorianana on käytetty sisäisten tarinoiden käsitettä (Hänninen 1999). Haastatteluaineiston analyysissä on käytetty erilaisia narratiivisia muotoiluja (Polkinghorne 1995).

Tulokset

Tutkimuksessa konstruointiin kolme erilaista sisäisten tarinoiden ideaalityyppiä, joiden mukaisesti ihmiset rakensivat käsitystä itsestään ja ongelmistaan ja asettivat odotuksia terapian suhteen. Nämä nimettiin elämänhistorialliseksi, situationaaliseksi ja moraaliseksi sisäiseksi tarinaksi. Joidenkin haastateltujen kohdalla satunnaistettu terapia oli vastannut omaa sisäistä tarinaa (tai tarinoita) ja joidenkin kohdalla taas ei. Terapia merkitsi ensin mainitussa tilanteessa sisäisen tarinan eheytymistä tai vahvistumista. Jälkimmäisessä tilanteessa terapia ei tullut merkitykselliseksi osaksi sisäistä tarinaa tai joissakin tapauksissa terapia oli rekonstruoitunut haastatellun sisäistä tarinaa terapiamuotoa vastaavan tarinallisen kontekstin suuntaiseksi.

Lähteet

Hänninen, V. (1999) Sisäinen tarina, elämä ja muutos. Tampere: Tampereen yliopiston julkaisujen myynti.

Knekt, P. & Lindfors, O. (toim.) (2004) A randomized trial of the effect of four forms of psychotherapy on depressive and anxiety disorders. The Social Insurance Institution, Finland. Studies in social security and health 77. Helsinki: Edita.

McLeod, J. (1997) Narrative and Psychotherapy. London: Sage.

Polkinghorne, D. (1995) Narrative configurations in qualitative analysis. In J.A. Hatch & R. Wisniewski (eds.) Life History and Narrative. London: The Falmer Press.

MUUTOKSET KUNTOUTUSJAKSON AIKANA NISKAKIVUSSA JA PSYYKKISESSÄ TOIMINTAKYVYSSÄ

Vasala K¹, Albrecht P¹, Sjögren T¹, Heinonen A¹, Pekkonen M², Mälkiä M¹

¹ Jyväskylän yliopisto, Terveystieteiden laitos

² Kuntoutus Peurunka, Laukaa

Tausta ja tarkoitus

Tuki- ja liikuntaelinten sekä sidekudoksen sairaudet olivat vuonna 2005 yleisin syy, minkä vuoksi hakeuduttiin Kelan järjestämään kuntoutukseen. Niiden osalta kuntoutuskustannukset olivat noin 82 miljoonaa euroa. Niska- ja hartiakipua sairastavien moniammatillisen kuntoutuksen vaikuttavuudesta on kuitenkin vain vähän tieteellistä näyttöä (1). Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää Kuntoutus Peurungon 13 vuorokauden pituisen kuntoutusjakson aikana tapahtuvia muutoksia koetussa niskakivussa ja psyykkisessä toimintakyvyssä.

Aineisto ja menetelmät

Tutkimukseen osallistui Kuntoutus Peurungon kevään ja kesän 2006 kuntoutusjaksolle saapuneista 19 vapaaehtoista (16 naista ja kolme miestä), joilla esiintyi kroonista niskakipua. Kipua mitattiin CR10-asteikolla (2) ja Kivun kliinisen merkitsevyyden mittarilla (3). Mieliala, ahdistuneisuus ja itseluottamus mitattiin Markku Ojasen laatimilla itsearviointilomakkeilla (4). Muutoksen tilastollista merkitsevyyttä testattiin parittaisten otosten t-testin avulla ja Wilcoxon signed rank -testin avulla.

Tulokset

Kuntoutusjakson aikana ahdistuneisuus lievittyi 12.5% (p=0.003) ja mieliala parantui 13.7% (p=0.001), mutta itseluottamuksessa ei tapahtunut tilastollisesti merkitsevää muutosta (p=0.089). Koetun niskakivun voimakkuus pienentyi tilastollisesti merkitsevästi (p=0.044) jo ensimmäisen seitsemän kuntoutuspäivän aikana. Koko 13 vuorokauden kuntoutusjakson aikana koetun kivun alentuminen oli kaikkiaan 43% (p=0.001). Kuntoutusjakson aikana kuntoutujat arvioivat niskakivun keskimääräisesti hieman lievittyneen tai lievittyneen.

Johtopäätökset ja pohdintaa

Tutkimuksen perusteella voidaan todeta 1.1 yksikön muutoksen koetun niskakivun voimakkuudessa CR10-asteikolla olevan kuntoutujan kannalta kliinisesti merkittävää. Tulevaisuudessa kivun kliinisen merkitsevyyden raportoimista tulisi lisätä kuntoutustutkimuksissa ja huomioida se myös kliinisessä työssä. Tämän tutkimuksen tulokset ovat suuntaa antavia eikä niitä voida yleistää pienen otoksen ja kontrolliryhmän puuttumisen vuoksi. Satunnaistettuja ja kontrolloituja moniammatillisia kuntoutustutkimuksia tarvitaan lisää kuntoutuksen vaikuttavuuden selvittämiseksi.

Lähteet

1. Karjalainen K, Malmivaara A, Jauhiainen M, van Tulder M, Koes B, Roine R, Hurri H. Multidisciplinary Biopsychosocial Rehabilitation for Neck and Shoulder Pain Among Working Age Adults: A Systematic Review Within the Framework of the Cochrane Collaboration Back Review Group. *Spine* 2001;26:174 - 181.
2. Borg G. Borg's Perceived Exertion And Pain Scales. Champaign (IL) Human Kinetics, 1998.
3. Farrar J, Young J, LaMoreaux L, Werth J & Poole R. Clinical importance of changes in chronic pain intensity measured on an 11-point numerical pain rating scale. *Pain* 2001;94:149 - 158.
4. Ojanen M. Effects of illness and adversity on quality of life. Teoksessa Jobin J, Maltais F, LeBlanc P & Simard C (toim.). *Advances in cardiopulmonary rehabilitation*. Champaign (IL): Human Kinetics Press, 2000: 198 – 210.

KUNTOUTUS KOKEMUSMAAILMANA

Etnografinen tutkimus työikäisten laituskuntoutuksesta

Ylilahti M

Jyväskylän yliopisto, Yhteiskuntatieteiden ja filosofian laitos

Kuntoutus kokemusmaailmana on tutkimus laituskuntoutuksesta sosiaalisena ilmiönä, kuntoutuksessa toimivien ihmisten, kuntoutujien ja työntekijöiden, määrittelemänä. Tutkimus avaa näkökulmaa kuntoutukseen kokemuksellisenä, elämäntilanteena ja tilanteena sekä hahmottaa sitä, missä määrin kuntoutujien ja kuntoutustyöntekijöiden arviot ja toiminnalle antamat merkitykset kohtaavat toisensa. Teoreettisemmalla tasolla tutkimus tuottaa tietoa toimijuuden, tilallisuuden ja tilanteellisuuden dynamiikasta. Kokemuksellisuuden perspektiivi tuo esiin kuntoutuksen perinteisiin tieteellisiin orientaatioihin nähden uudenlaisen näkökulman yksilöllisestä merkityksenannosta ja kertoo siitä, minkälaisia kulttuurisia konventioita kuntoutukseen liittyy ja minkälaisena ne ihmisten kertomina näyttäytyvät.

Sosiaalinen maailma

Elämää laitoksessa kuvataan sosiaalisena maailmana. Sosiaalinen maailma on ilmiökokonaisuus, missä kohtaavat ja nivoutuvat yhteen jossakin toiminnassa eritasoisesti mukana olevien ihmisten ja ihmisryhmien intressit, tulkinnat ja merkityksenannot. Sosiaalinen maailma on verkosto, joka jakaantuu osasysteemeiksi ihmisten kokemuksellisen ja elämyksellisen yhteenkuuluvuuden mukaan. Tällaisia asioita voivat ovat vakiintunut tapa, ammatti-identiteetti, harrastuneisuus tai sukupuoli. Kuntoutuksessa sosiaalisen maailman elementit konstruoidut kollektiivisesti ja saavat yksilöllisiä tulkintoja. Laituskuntoutuksessa tila ja ympäristö määrittävät sitä, mitä ihmiset laitoksessa tekevät ja minkälaisia sosiaalisen maailman kiintopisteitä laitosympäristöön syntyy. Ympäristö tiloineen tuottaa ehtoja kuntoutuksen arjelle ja sille, millä tavoin ihmiset tilan määrittelevät ja kokevat. Kuntoutus on käytännöllistään jatkuvaa tilanteista toiseen siirtymää, joka jakaantuu jännitteiksi suhteiksi sen mukaan, minkälaisissa ympäristöissä toimitaan. Tutkimuksessa kuvataan eri tapahtumapaikkojen ja tilanteiden toimintaa sekä niiden yksilöllistä, yhteisöllistä ja elämyksellistä kokemista.

Etnografia instituutiosta

Kuntoutus kokemusmaailmana -tutkimus on etnografia instituutiosta. Tutkimus kytkeytyy niin sanotun uuden etnografian traditioon, missä toiminnan kontekstuaalinen luonne hahmottuu havainnollistamalla sosiaalista ja fyysistä ympäristöä pienoiskulttuureineen. Etnografia on sellainen tutkimus, missä pyritään tekemään ymmärrettäväksi ne elementit kielenkäytössä ja paikallisessa kulttuurissa, joiden avulla todellisuus merkityksellistyy ja tulee ymmärrettäväksi. Etnografia tuo tutkimuksen keskiöön ihmisten ymmärtämisen toimijoina ja aktiivisina osallistujina. Tutkimuksen aineistona käytetään kuntoutujien ja kuntoutustyöntekijöiden haastatteluja, kenttätöihin perustuvaa havaintoaineistoa sekä kuvia ja kirjallisia dokumentteja. Eri-alaisten aineistojen vuoropuhelun kautta tiivistyvät ne tulkinnalliset teemat, joiden merkitys kuntoutustyön arjessa on tärkeä. Ensimmäisen vaiheen aineistonanalyysi on tuottanut kuvaa siitä, miten kuntoutustyön kentällä toimivat asiakkaat ja työntekijät kohtaavat ja määrittelevät toisiaan, läpikäyvät erilaisia emotionaalisesti merkittäviä tapahtumia yksilöinä sekä yhteisön tasolla sekä siihen, millaisilla komponenteilla erilaiset tilalliset orientaatiot, siirtymät ja laitosarjen sekä arkielämän rytmit ja sisäinen logiikka määrittävät sitä, mitä sanomme työikäisten laituskuntoutukseksi.