

## **Lasten suoritukset ja osallistuminen EETU- hankkeen alkuvaiheessa**

### **Tapaustutkimus**

Iida Kallioniemi  
Henna Kiilamaa

Opinnäytetyö  
Maaliskuu 2018  
Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala  
Toimintaterapeutin (AMK) tutkinto-ohjelma

Tekijä(t) Kallioniemi Iida Kiilamaa Henna	Julkaisun laji Opinnäytetyö, AMK	Päivämäärä Maaliskuu 2018
	Sivumäärä 68 sivua	Julkaisun kieli Suomi
		Verkojulkaisulupa myönnetty: x
Työn nimi <b>Lasten suoritukset ja osallistuminen EETU-hankkeen alkuvaiheessa - tapaustutkimus</b>		
Tutkinto-ohjelma Toimintaterapeutti (AMK)		
Työn ohjaaja(t) Mari Kantanen ja Sanna Sihvonen		
Toimeksiantaja(t) EETU-hanke, Jyväskylän ammattikorkeakoulu		
Tiivistelmä <p>Suomessa on tarvetta viedä kuntoutuksen ja hoidon saatavuutta parempaan suuntaan, mikä johtaa uusien palvelujen järjestämistapojen etsimiseen. ”Digitalisoidaan palvelut” on yksi hallituskauden 2015-2019 kärkihankkeista, ja etämenetelmien käyttö kuntoutuksessa on yleistynyt.</p> <p>Opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa lähtötilannetietoa EETU- lasten etäkuntoutus-hankkeessa mukana olevien lasten suorituksista ja osallistumisesta hankkeen alkutilanteessa. Tavoitteena oli tunnistaa, mihin suoritusten ja osallistumisen osa-alueelle vanhempien kokemat lasten haasteet (COPM) sekä toimintaterapialle asetetut GAS- tavoitteet kohdentuivat ICF-viitekehityksessä. Lasten leikki- ja kaveritaitojen tasoa selvitettiin RALLA-arviointimenetelmästä saatujen tuloksien perusteella. Lisäksi opinnäytetyössä selvitettiin, ovatko kyseiset lapsen tunnistetut toimintarajoitteet ja toimintaterapialle asetetut tavoitteet samansuuntaisia.</p> <p>Aineiston muodosti kuuden lapsen arviointitiedot. COPM- arviointitulosten perusteella vanhemmat kokivat eniten haasteita olevan lapsen pukeutumisessa, sosiaalisissa taidoissa sekä leikkitaidoissa. RALLA- arviointitulosten perusteella kaikilla hankkeessa mukana olleilla lapsilla ilmeni vähäisiä tai merkittäviä pulmia leikki- ja kaveritaidoissa. Vanhempien kokemat lasten haasteet ja asetetut tavoitteet kohdentuivat suorituksiin ja osallistumiseen, mutta tarkemmin analysoitaessa esille nousi niiden sijoittuvan eri kuvauskohteisiin. Lapsille asetetut toimintaterapian tavoitteet liittyivät vahvasti arjen toimintoihin ja ne olivat pääosin samansuuntaisia vanhempien kokemien haasteiden kanssa. Jokaisen lapsen toimintarajoitteista vähintään kaksi oli nostettu tavoitteeksi. Jatkossa tulisi tutkia lisää kuntoutuksen tavoitteiden kohdentumista lapsilla ilmenneisiin toimintarajoitteisiin.</p>		
Avainsanat ( <a href="#">asiasanat</a> ) etäkuntoutus, ICF, osallistuminen, suoritukset, lapsen kuntoutuminen, siltaus, toimintaterapia, COPM, RALLA, GAS		

Author(s) Kallioniemi Iida Kiilamaa Henna	Type of publication Bachelor's thesis	Date March 2018
	Number of pages 68 pages	Language of publication: Finnish
		Permission for web publication: X
Title of publication <b>The activities and participation of children in the initial phase of EETU –project – case study</b>		
Degree programme Degree Programme in Occupational Therapy		
Supervisor(s) Mari Kantanen and Sanna Sihvonen		
Assigned by EETU- project, JAMK University of Applied Sciences		
Description <p>In Finland, there is a need to improve the availability of rehabilitation and treatment, which leads to searching new ways to organize services. "Digitalised public services" is one of the key projects of the Government Programme for 2015-2019, and the use of tele-rehabilitation methods has increased.</p> <p>The aim of the thesis was to produce information about the performance and participation of the children involved in the EETU –project (tele-rehabilitation of children) in the beginning of the project. The aim was to identify the areas of activities and participation where the children's challenges as experienced by their parents (COPM) and the GAS goals set for occupational therapy were targeted within the ICF framework. The levels of play and friendship skills were examined based on the results from a RALLA assessment. In addition, the aim was to examine if the identified limitations of the children and the goals of occupational therapy were in line.</p> <p>The data came from the evaluation information of six children. Based on the COPM evaluation results, the parents found the most challenges in the children's dressing, social skills and play skills. According to the RALLA assessment results, all the children involved in the project showed minor or major difficulties in play and friendship skills. The children's challenges as experienced by their parents and the predetermined goals seemed to fall under the category of activities and participation, but a further analysis revealed that their focus was different. The goals of occupational therapy set for the children were strongly related to everyday functions and they were mainly in line with the challenges experienced by the parents. With each child, at least two of the limitations were set as goals. In the future, it would be useful to study more whether the goals of rehabilitation focus on the identified functional limitation of children.</p>		
Keywords ( <a href="#">subjects</a> ) tele- rehabilitation, ICF, participation, activities, child rehabilitation, linking, occupational therapy, COPM, RALLA, GAS		

## Sisältö

<b>1. Johdanto .....</b>	<b>5</b>
<b>2. Opinnäytetyön toimeksiantaja .....</b>	<b>8</b>
<b>3. Lapsen toiminta .....</b>	<b>9</b>
3.1 ICF- viitekehys toimintakyvyn kuvaamisessa ja kuntoutuksessa .....	10
3.2 Kanadalainen toiminnallisuuden ja sitoutumisen malli (CMOP-E) .....	16
<b>4. Lapsen kuntoutuminen .....</b>	<b>17</b>
4.1 Toimintaterapia lapsen kuntoutumista tukemassa .....	19
4.2 Etäkuntoutus .....	22
4.2.1 Digitalisaatio.....	25
4.2.2 Reaaliaikainen ja ajasta riippumaton kuntoutus sekä sekamallit.....	26
4.2.3 Virtuaalinen kuntoutus .....	27
4.2.4 Mobiiliteknologia .....	28
4.3 Etätoimintaterapia .....	29
<b>5. Tavoitteellisuus kuntoutuksessa .....</b>	<b>32</b>
5.1 GAS- menetelmä tavoitteiden asettelussa.....	34
<b>6. Tarkoitus ja tavoitteet.....</b>	<b>36</b>
<b>7. Opinnäytetyön toteutus.....</b>	<b>37</b>
7.1 Menetelmä .....	37

7.2	Aineiston kuvaus.....	39
7.3	Aineiston analysointi .....	40
<b>8.</b>	<b>Tulokset.....</b>	<b>43</b>
<b>9.</b>	<b>Johtopäätökset .....</b>	<b>50</b>
<b>10.</b>	<b>Pohdinta.....</b>	<b>52</b>
10.1	Jatkotutkimusehdotuksia.....	57
	<b>Lähteet .....</b>	<b>59</b>

#### **Kuviot**

Kuvio 1.	ICF-luokituksen osa-alueiden väliset vuorovaikutussuhteet (ICF 2013, 18) ..	11
Kuvio 2.	ICF-luokituksen rakenne (THL 2016) .....	13
Kuvio 3.	COPM:sta esille nousseitten haasteiden jakautuminen ICF-pääluokkiin.....	46
Kuvio 4.	GAS-tavoitteiden jakautuminen ICF-pääluokkiin .....	49

#### **Taulukot**

Taulukko 1.	Esimerkki siltauksesta: COPM- arvioinnista esille nousseen lapsen toiminnan haasteen siltaus ICF-luokitukseen .....	42
Taulukko 2.	Lasten toimintarajoitteiden ja asetettujen GAS-tavoitteiden sijoittuminen ICF- pääluokkiin .....	43
Taulukko 3.	Vanhempien kokemat lasten suoriutumisen ja tyytyväisyyden pisteet ..	47
Taulukko 4.	Yhteenveto lasten arviointituloksista ja asetetuista tavoitteista .....	50

## 1. Johdanto

Opinnäytetyömme oli laadullinen tutkimus, jonka tarkoituksena oli tuottaa lähtötietoa EETU, ”Etäkuntoutuksen menetelmistä tukea lasten toimintaterapian verkostotyöhön” – hankkeessa mukana olevien lasten osallistumisen ja suoriutumisen tasosta hankkeen alkutilanteessa. Tavoitteenamme oli tunnistaa, mihin toimintakyvyn osa-alueelle vanhempien kokemat lasten haasteet ja asetetut tavoitteet kohdentuvat kansainvälisen toimintakyvyn, -rajoitteiden ja terveyden luokitusjärjestelmän, ICF:n, mukaan tarkasteltuna sekä millä tasolla lasten leikki- ja kaveritaidot ovat. Lisäksi pohdimme, ovatko kyseiset lapsen tunnistetut toimintarajoitteet ja toimintaterapialle asetetut tavoitteet samansuuntaisia.

YK:n julistettujen lasten oikeuksien (1989) mukaan kaikilla lapsilla tulisi olla oikeus nauttia täysipainoisesta ja hyvästä elämästä sellaisissa oloissa, jotka takaavat ihmisarvon. Erityistä tukea tarvitsevien lapsien aktiivista osallistumista yhteisönsä toimintaan tulee edistää. Toimintakyvyn rajoitteista huolimatta olosuhteiden tulee mahdollistaa lapsen osallistuminen leikkiin, harrastuksiin, koulutukseen ja sosiaaliseen elämään. Erityistä tukea tarvitsevilla lapsilla ja heidän perheillään on oikeus tarvittavaan apuun ja tukeen, jotka edistävät lapsen kehitystä ja osallistumista. (YK:n lapsen oikeuksien sopimus 1989, artikla 23.)

Lapsen näkökulmasta tarkasteltaessa kasvun, kehityksen, osallisuuden elämäntilanteisiin sekä minäkuvan tukeminen korostuvat myös lapsen kuntoutuksen yleisissä tavoitteissa. Lapsilla ja perheillä on oikeus osallistua palvelujensa suunnitteluun, toteutukseen, päätöksentekoon ja kehittämiseen. Keskeisin näkökulma lapsen kuntoutuksessa on lapsen osallistuminen hänelle merkityksellisiin arjen toimintoihin. Lapsen osallistuminen arjen toimintoihin edesauttaa kokemusta osallisuudesta ja yhteenkuulumisesta. Lapsen kuntoutus tulee sitouttaa lapsen arkirutiineihin, joita ovat esi-

merkiksi YK:n lasten oikeuksissakin mainitut leikki, ruokailu, harrastukset, varhaiskasvatus ja koulu. (Kauppila, Sipari & Suhonen-Polvi, 2016.)

Lasten osallistumisesta, oman näkökulman ilmaisusta ja sen huomioon ottamisesta sekä päätöksiä tehtäessä vastuu on suurimmaksi osaksi aikuisilla. Lapsen oikeus on myös toisaalta kieltäytyä osallistumisesta. Tämän vuoksi on rakennettava yhteistoisuutta ja lapsen osallistumista sisältäviä toimintatapoja, jotta lapsen oikeudet ja etu toteutuisivat. Toteuttamalla aiemmin mainittua YK:n lasten oikeuksien sopimusta turvataan, että lapsen etu toteutuu kuntoutuksessa. Lapsen kuntoutuksen hyvien käytäntöjen avulla voidaan lisäksi vahvistaa lapsen osallistumista sekä toimijuutta arjessa, sillä niissä korostetaan yksilöllisiä voimavaroja, perheen arjen sujumisen merkityksellisyyttä sekä ratkaisujen löytämistä yhdessä lapsen osallistumisen tavoitteisiin liittyen. Osallistumisen ja toimijuuden vahvistamisen keskiössä ovat kirjallisuuden perusteella myös lapsen oman näkökulman arvostaminen sekä ammattilaisten lapsilähtöisen asenteen tärkeys. On tärkeää, että lapsen etua punnitaan moniäänisesti, yhdessä lapsen, perheen sekä ammattilaisen kesken. (Sipari, Vänskä & Poltari 2017)

Lapsen todettu viivästynyt, poikkeava tai taantunut kehitys edellyttää kuntoutustarpeen arviointia, johon lapsella on myös oikeus. Nämä poikkeamat vaikuttavat heikentävästi lapsen kykyyn kehittyä, kasvaa ja oppia. Tämän vuoksi lapsi voi tarvita tukea fyysisen, sosiaalisen, tiedollisen, taidollisen sekä tunne-elämän kehityksen osalueilla. Lapsen tuen tarve tulisi havaita mahdollisimman varhain, jotta kuntoutus voitaisiin aloittaa ja täten myös edistää lapsen suotuisaa kehitystä ja kasvua. (Kauppila, Sipari & Suhonen-Polvi, 2016.)

Kuntoutumisen päämääränä pidetään arjen toimintaa ja ihmisen toimintakykyä toimia omassa ympäristössään. Toiminta ja osallistuminen on nostettu keskiöön Kelan (2016) vaativassa lääkinnällisessä kuntoutuksessa. Näin ollen kuntoutusta ei järjestetä ainoastaan hoidollisin tavoittein, vaan kuntoutuksella tavoitellaan osallistumista ja

suoriutumista arkiympäristössä tapahtuviin toimintoihin, jolloin siirrytään terapiakeskeisyydestä kuntoutumista tukevan arjen rakentamiseen. (Kela 2016.)

Tavoitteellisesti käytetyn toiminnan nähdään edistävän ihmisen terveyttä ja hyvinvointia. Toiminnan käyttö kuntoutuksessa tulee olla suunnitelmallista ja tavoitteellista, jotta se on asiakkaan kuntoutumisen kannalta hyödyllistä. Huolellisesti asetetut toiminnan tavoitteet yhdessä asiakkaan kanssa sekä toiminnan analysointi ja porrastaminen estävät toiminnan käytön jäämistä ajanvietteen tasolle. Toiminnalla nähdään olevan terapeuttinen voima, joka syntyy toiminnan vetoavuudesta, ainutlaatuisuudesta ja omakohtaisesta kokemuksesta. Toimintaa käytettäessä kuntoutuksessa on asiantuntijan tunnettava toimintaa ja sen vaikutuksia riittävästi. (Hämäläinen & Savolainen 2016.)

Toimintaterapian päämääränä on asiakkaan toiminnan mahdollistaminen. Toiminnalla voidaan pyrkiä tiettyjä päämääriä kohti ja sitä käytetään terapeuttisen intervention välineenä. Terapialla edistetään terveyttä ja hyvinvointia sekä ehkäistään toiminnallisia ongelmia. Toimintaterapia on lääkinnällistä, ammatillista, kasvatuksellista ja sosiaalista kuntoutusta. (Hautala, Hämäläinen, Mäkelä & Rusi-Pyykkönen 2013, 10-11.)

Suomessa on kuitenkin edelleen tarvetta viedä kuntoutuksen ja hoidon saatavuutta parempaan suuntaan, mikä johtaa uusien palvelujen järjestämistapojen etsimiseen. Sosiaali- ja terveysministeriö (STM 2015) määrittelee myös etäkuntoutuksen voivan tuoda ihmisille lisää hyvinvointia ja terveyttä sekä lisäksi poistavan maantieteellisiä rajoja mahdollistaen kansalle uudistuneet SOTE-palvelut riippumatta henkilön asuinpaikasta tai palveluntarjoajasta. ”Digitalisoidaan palvelut” on myös yksi hallituskauden 2015-2019 kärkihankkeista. Etäkuntoutuksen suosio on siis noususuhdanteinen, ja etämenetelmien käyttö on yleistynyt. (Digitalisoidaan julkiset palvelut n.d. & Salmi ym. 2016, 9-11.) Täten voidaan todeta etäkuntoutuksen olevan hyvin ajankohdainen aihe.



## 2. Opinnäytetyön toimeksiantaja

EETU, ”Etäkuntoutuksen menetelmistä tukea lasten toimintaterapian verkostotyöhön”, on Jyväskylän ammattikorkeakoulun (JAMK) ja Kansaneläkelaitoksen (KELA) yhteistyössä toteuttama ja rahoittama hanke, joka toteutuu aikavälillä 2016-2018. Hankkeen kohderyhmä muodostuu yrityksissä työskentelevistä toimintaterapeuteista, heidän 3-6 -vuotiaista asiakkaistansa perheineen sekä lasten kanssa työskentelevistä varhaiskasvattajista. Toteutusalueena toimii nykyisen lisärekrytoinnin mukaiset alueet: Kelan vakuutuspiirien alueista kaikki muut paitsi läntinen vakuutuspiiri. Hankkeessa on mukana toimintaterapiayrityksiä, joissa toteutetaan Kelan vaativaa lääkinnällistä kuntoutusta. (Lautamo, Nieminen, Kantanen, Pikkarainen & Pekkola 2016.)

Kelan (2017) mukaan vaativan lääkinnällisen kuntoutuksen tavoitteena on arjen toiminnoista suoriutumisen ja osallistumisen mahdollistaminen alle 65-vuotiaille henkilöille, joilla on sairauden tai vamman johdosta jokin huomattava suoritus- tai osallistumisrajoite, joka vaikeuttaa selvästi arjen toiminnoista suoriutumista. Vaativan kuntoutuksen asiakas ei saa olla julkisessa laitoshoidossa, hänen kuntoutuksensa ei liity välittömään sairaanhoitoon ja hänen kuntoutustarpeensa tulee olla vähintään vuoden mittainen. Kuntoutuksen tavoitteet eivät saa olla ainoastaan hoidollisia. (Kela 2017, 2-4.)

Hankkeen tarkoituksena on lapsen arjen ympäristöissä tapahtuvan kuntoutuksen kehittäminen etäohjauksen avulla. Etäohjauksen interventioilla täydennetään työskentelyä, joka tapahtuu lapsen ja toimintaterapeutin välillä sekä lisäksi tehostetaan terapeutin, perheen ja varhaiskasvattajan välisiä ohjauskäytäntöjä. Näin voidaan mahdollistaa perheen ja varhaiskasvattajien sitoutumista yhteisiin kuntoutuksen tavoitteisiin, jonka avulla voitaisiin parantaa lapsen suoriutumista ja osallistumista. Perhe ja varhaiskasvattajat ovat mukana aktiivisina toimijoina kuntoutustapahtumissa ja mukauttavat uusia toimintatapoja päivittäin osaksi lapsen kuntouttavaa arkea. (Lautamo ym. 2016.)

Hankkeen keskiössä ovat ohjauksen uusien käytäntöjen ja sisältöjen mallintaminen sekä olemassa olevien verkko- ja mobiilipohjaisten menetelmien hyödynnettävyyden kokeilu ja arviointi. Arviointitutkimuksen tulosten kautta tuodaan esiin koettuja hyötyjä etäohjauksen osalta, toimivia käytänteitä sekä vaikutuksia lasten osallistumiseen. Sen pohjalta tehdään suositukset osana Kelan standardia ja lasten avotoimintaterapiaa. Tutkimuksen tuloksia voidaan hyödyntää lasten toimintaterapian etäkuntoutusmalliin. Se voidaan sisällyttää Kelan tulevaisuuden standardeihin sekä integroitua etäkuntoutustyöhön. Hankkeen tuloksien raportointi tapahtuu Kelan julkaisusarjassa sekä yhtenä kotimaisena ja yhtenä kansainvälisenä tieteellisenä artikkelina. Lisäksi hanke mahdollistaa Kelan tarjoamien tuki- ja kuntoutuspalveluiden sisältöjen yhdenmukaisuuden ja laadun parantamisen. (Lautamo ym. 2016.)

Lapsen etäkuntoutusprosessit tapahtuvat 2017-2018 vuoden aikana 10 kuukauden interventiojaksoina. Lapset ovat Kelan kuntoutuksen piirissä ja heillä on jo valmis päätös ja kuntoutussuunnitelma sekä myönnettyjä kotikäyntejä vuodessa 20-40 kappaletta. Lasten toimintaterapia tapahtuu sekä kasvokkain että etäkäynteinä. COPM ja RALLA -arviointimenetelmillä arvioidaan ja seurataan lapsen leikkitaitoja sekä arjen taitoja. Lasten kuntoutukselle on asetettu henkilökohtaisia tavoitteita GAS-menetelmän avulla, ja lasten toimintaterapian sisällöt kohdistuvat lapsen arjen toiminnan ja osallistumisen mahdollistamiseen. Arjen kuntoutuksen tukemiseksi perheen, varhaiskasvattajien sekä terapeuttien kesken tapahtuu aktiivista tiedonvälitystä digimenetelmiä hyödyntäen terapiakäyntien välillä. (Lautamo ym. 2016.)

### **3. Lapsen toiminta**

Lapset sitoutuvat joka päivä erilaisiin sosiaalisiin ja toiminnallisiin rooleihin, joita ovat esimerkiksi lapsi, lapsenlapsi, sisar, ystävä, vertainen ja leikkikaveri. Lisäksi lapset sitoutuvat toimintaan ja toimintoihin, (esimerkiksi leikki, pukeutuminen, syöminen,

itsestä huolehtiminen, harrastukset) jotka ovat tyypillisiä näille sosiaalisille ja toiminnallisille rooleille. Kyseiset toiminnot tapahtuvat erilaisissa ympäristöissä, kuten perheen kanssa kotona, päiväkodissa vertaisten kanssa sekä yhteisössä, jossa he elävät. (Rodger & Kennedy-Behr 2017, 2.)

Case-Smith, Law, Missiuna, Pollock ja Stewart viittaavat artikkelissaan (2010) Mandichin ja Rodgerin teokseen, jossa kerrotaan lapsen oppivan ja kehittävän uusia taitoja tekemällä ja osallistumalla jokapäiväisiin toimintoihin. Yhdessä tekeminen perheen ja vertaisten kanssa (sosiaalinen sitoutuminen) mahdollistaa lapsen kuulumis- ja kuulumis- ja itsetunnon kehittämisen, joilla on suora vaikutus lapsen terveyteen ja hyvinvointiin. (Case-Smith ym. 2010, 22.)

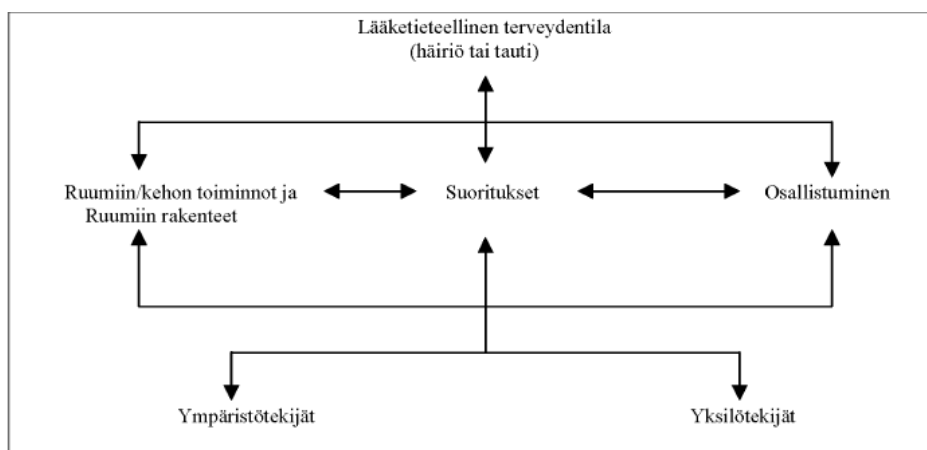
Lautamo (2013) viittaa RALLA (ryhmätilanteessa tapahtuva lapsen leikin arviointi) -käsikirjassaan Kielhofnerin (2008), Ferlandin (1997), Hasselkuksen (2002) sekä Symonsin (2004) teoksiin, joissa todetaan leikin olevan lapsen tyypillisintä toimintaa, joka lähtee lapsen sisäisestä motivaatiosta ja vapaaehtoisuudesta. Oman toiminnan kautta lapsi oppii ymmärtämään ympäröivää maailmaa. Leikki mahdollistaa lapselle oman toiminnan suunnittelua ja mukauttamista. Mielekäs tekeminen on tarkoituksenmukaista toimintaa, jolla vaikutetaan ja vastataan ympäristön haasteisiin. (Lautamo 2013; 8, 13.)

### **3.1 ICF- viitekehys toimintakyvyn kuvaamisessa ja kuntoutuksessa**

Maailman terveysjärjestö (WHO) on julkaissut vuonna 2001 kansainvälisen luokituksen, ”International Classification of Functioning, Disability and Health” (ICF), toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kuvaamiseen (Stakes 2013, 4). Luokituksen tarkoituksena on kuvata, miten sairauden ja vamman vaikutukset näkyvät ihmisen elämässä (Paltamaa & Perttinen 2015, 5). ICF- luokitus sekä kansainvälinen tautiluokitus ICD-10 ovat osa Maailman terveysjärjestön (WHO:n) luokitusperhettä (Paltamaa & Musikka-Siirtola 2016).

ICF-luokitus mahdollistaa yhtenäisen ja kansainvälisen kielen sekä tarjoaa teoreettisen viitekehyksen eri ammattialojen välille, minkä avulla voidaan kuvata yksilön toiminnallista terveydentilaa. Se on suunniteltu käytettäväksi monille eri tieteenaloille ja tahoille, kuten eri alojen asiantuntijoille, terveydenhuollon työntekijöille, päättäjille sekä asiakkaille. Luokitusta voidaan käyttää välineenä tilastoinnissa, tutkimuksen teossa, kliinisessä työssä, sosiaalipolitiikassa sekä koulutuksessa. Kliinisessä työskentelyssä sitä voidaan käyttää hoidon ja kuntoutuksen tarpeen arviointiin, työkyvyn arviointiin sekä kuntoutuksen ja terveydenhuollon toiminnan tuloksellisuuden arviointiin. (Stakes 2013, 10-12.)

ICF-luokituksessa toimintakykyä määritellään kokonaisvaltaisena näkökulmana. Toimintakyvyn ja -rajoitteiden välinen suhde nähdään vuorovaikutuksellisena, kehittyvänä ja muuttavana tilana, joihin vaikuttavat fyysinen, psyykinen, sosiaalinen ja kognitiivinen terveydentila sekä yksilö- ja ympäristötekijät (ks. kuvio 1). Toimintakykyyn vaikuttavia yksilö- ja ympäristötekijöitä voivat olla esimerkiksi motivaatio, uskonto, perhe, harrastukset, työtilanne, apuvälineet sekä saatavilla oleva tuki ja palvelut. (Stakes 2013.)



Kuvio 1. ICF-luokituksen osa-alueiden väliset vuorovaikutussuhteet (ICF 2013, 18)

Toimintakykyä voidaan ICF-luokituksen avulla tarkastella monitahoisesti, sen yhdistäessä lääketieteellistä ja yhteiskunnallista näkökulmaa. ICF ottaa huomioon myös ym-

päristön merkityksen ja antaa mahdollisuuden jäsentää tietoa ympäristön rajoittavista tekijöistä sekä mahdollisuuksista yksilön toimintakyvylle. (Paltamaa & Musikka-Siirtola 2016.)

ICF-luokitus rakentuu kahdesta osasta. Osa 1, Toimintakyky ja toimintarajoitteet, jaetaan kahteen alempaan osa-alueeseen: (a) ruumiin/ kehon toiminnot ja ruumiin rakenteet sekä (b) suoritukset ja osallistuminen (ks. kuvio 2.). ICF määrittelee ruumiin/kehon toimintojen olevan elinjärjestelmien fysiologisia toimintoja, joihin kuuluvat myös psykologiset toiminnot. Ruumiin rakenteet määritellään anatomisina osina, kuten elimet, raajat ja niiden rakenteet. (Paltamaa & Anttila 2015, 16; Stakes 2004.) Osa 2 on määritelty tarkemmin myöhemmin tässä luvussa.

Suoritukset ja osallistuminen määritellään ICF-luokituksessa yksilön toteuttamana tehtävänä tai toimena. Suoritukset tuovat esiin toimintakyvyn yksilölähtöistä näkökulmaa. Osallistuminen puolestaan määritellään ICF:n mukaan osallisuutena elämän tilanteisiin ja sen nähdään edustavan toimintakyvyn yhteisöllistä näkökulmaa. (Paltamaa & Anttila 2015, 16; Stakes 2004.) Suoritukset ja osallistuminen muodostuvat ICF-viitekehyksessä seuraavista osa-alueista:

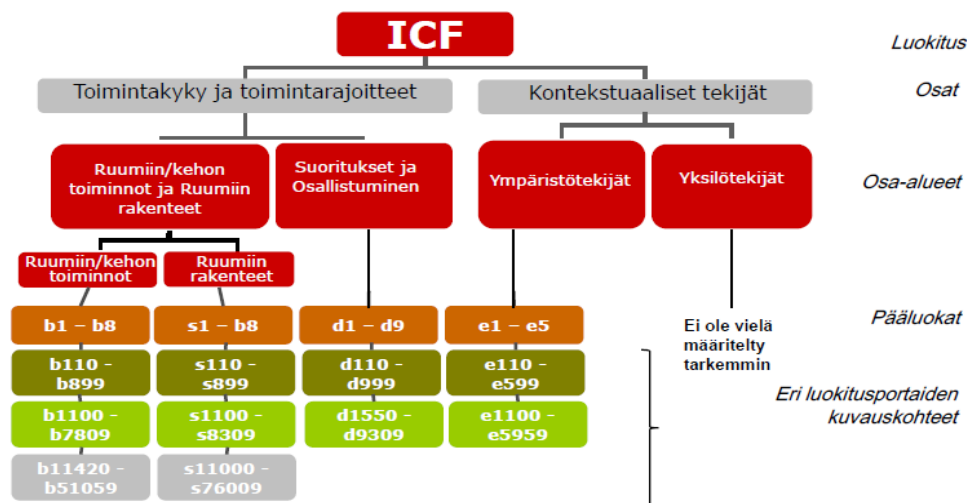
- Oppiminen ja tiedon soveltaminen
- Yleisluontoiset tehtävät ja vaateet
- Kommunikointi
- Liikkuminen
- Itsestä huolehtiminen
- Kotielämä
- Henkilöiden välinen vuorovaikutus ja ihmissuhteet
- Keskeiset elämänaalueet
- Yhteisöllinen, sosiaalinen ja kansalaiselämä. (Stakes 2013, 14.)

Osa 2 käsittää puolestaan kontekstuaaliset tekijät, jotka jaetaan kahteen osa-alueeseen: (c) ympäristötekijät sekä (d) yksilötekijät (Stakes 2013, 16). Ympäristötekijöihin kuuluvat fyysinen-, sosiaalinen- ja asenneympäristö, joissa ihmiset elävät ja

asuvat. Nämä ovat yksilön ulkopuolella olevia tekijöitä. Yksilötekijöitä ei ole ICF-viitekehyksessä luokiteltu suurten kulttuuristen ja yksilöllisten vaihtelujen vuoksi, mutta niiden vaikutus toimintarajoitteisiin on otettu huomioon. (Paltamaa & Anttila 2015, 17; Stakes 2004.)

Nämä osa-alueet sisältävät tarkempia numeerisia luokituksia (ks. kuvio 2.), joita voidaan käyttää kahdella tapaa. Tarkempien numeeristen luokitusten avulla voidaan kuvata ongelmia, esimerkiksi ruumiin/kehon toiminnoissa tai ruumiin rakenteissa esiintyviä vajavaisuuksia, suoritusrajoitteita tai osallistumisen rajoitteita, jolloin ne muodostavat yhdessä yläkäsitteen ”toimintarajoite”. Lisäksi niitä voidaan käyttää osoittamaan toiminnallisen terveydentilan ongelmattomia piirteitä, jolloin niistä muotoutuu yhteinen yläkäsite toimintakyvylle. (Paltamaa & Musikka-Siirtola 2016.)

#### ICF-luokituksen hierarkkinen rakenne ja koodit



Kuvio 2. ICF-luokituksen rakenne (THL 2016)

Salmisen, Järvikosken ja Härkäpään (2016) mukaan teoriat ja viitekehykset toimivat kuntoutuksen ammattilaisen ja asiakkaan apuna määriteltäessä asiakkaan haasteita sekä etsittäessä ratkaisuja niihin. Kuntoutuksessa ICF-viitekehystä voidaan käyttää ohjaamaan kuntoutuksen sisällön suunnittelua ja kohdentamista. (Salminen ym. 2016.) ICF itsessään ei toimi arviointimenetelmänä, vaan mallina, jonka avulla voi-

daan saada tarkempaa tietoa toimintakyvyn arvioinnissa käytettävistä arviointimenetelmistä. (Paltamaa & Musikka-Siirtola 2016.)

Sen avulla voidaan kuvata yksilölle merkitykselliset aihealueet, jotka vaikuttavat kuntoutumiseen ja kuntoutuksen tavoitteen asetteluun. ICF:n käyttö soveltuu sairastumisen/vammautumisen akuuttivaiheeseen sekä myös myöhempään vaiheeseen. Tällöin arviointikohteet painottuvat eri tavalla: akuuttivaiheessa korostuvat ruumiin ja kehon toiminnot sekä ruumiin rakenteet, kun taas myöhäisemmässä vaiheessa korostuvat suoritukset ja osallistuminen sekä ympäristötekijät (yksilön lähiympäristö, jossa hän toimii, palvelujärjestelmä ja koko yhteiskunta). ICF-viitekehystä voidaan käyttää kaikenikäisten asiakkaiden kanssa, erilaisissa elämäntilanteissa. ICF-luokitus luo yhteiset lähtökohdat asiakaslähtöisen kuntoutuksen suunnitteluun ja arviointiin sekä ohjeistaa moniammatilliseen työskentelyyn toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden arvioinnissa. (Paltamaa & Musikka-Siirtola 2016.)

ICF:n käytön edistämistä lääkinnällisessä kuntoutuksessa on tutkittu vuosina 2012-2014 tutkimus- ja kehitysprojektissa ”ICF-luokituksen juurruttaminen lääkinnälliseen kuntoutukseen”. Projekti on toteutettu laajassa yhteistyössä Kansaneläkelaitoksen (Kela), Jyväskylän ammattikorkeakoulun (JAMK), Jyväskylän yliopiston (JYU), Terveysten- ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) sekä kolmen kuntoutuskeskuksen (Kankaanpää, Käpylä, Peurunka) kesken. (Paltamaa & Perttinen 2015, 21.)

”ICF-luokituksen juurruttaminen lääkinnälliseen kuntoutukseen” -tutkimus- ja kehittämisprojektin tuloksista nousseita teemoja ja suosituksia esitetään käytettäväksi lääkinnällisen kuntoutuksen parissa sekä myös laajemmin sosiaali- ja terveysalalla. Esiin nousseita teemoja ovat muun muassa asiakaslähtöisyys, moniammatillisuus, toimintakyvyn arviointi ja mittarit, ICF:n juurtuminen sekä tutkimukselliset haasteet. (Kantanen, Kuukkanen, Lautamo, Paltamaa, Perttinen, Piirainen & Sjögren 2015, 127-129.)

Asiakaslähtöisyydessä korostuu kuntoutujan oma rooli toimintakyvyn arvioimisessa sekä tavoitteiden asettamisessa. ICF:ää tulee käyttää asiakaslähtöisesti toimintakyvyn kuvaamisessa. Suosituksissa tuodaan esille ICF:n olevan hyödyllinen viitekehys, joka yhtenäistää ja tehostaa moniammatillisen tiimin toimintaa ja sen käyttöä tulisi lisätä moniammatillisten työryhmien toiminnassa. ICF:n todetaan korostavan osallistumisen arviointia. Osallistumista tulisi arvioida laaja-alaisesti sekä asiantuntijoiden että kuntoutujan itsearviointin avulla. (Kantanen ym. 2015, 127.)

ICF:n avulla käytännön työntekijä voi kehittää toimintakyvyn kuvaamista, esimerkiksi käyttämällä ICF:ää ydinlistojen tai siltauksen avulla kirjaamisessa apuna. ICF:n käyttöönottoa työyhteisöissä edistetään johdon ja esimiesten sekä työyhteisön sisällä suhtautumalla myönteisesti. Tutkimuksellisten haasteiden todetaan liittyvän ICF:n käyttöönottoon ja sen kehittämiseen. Suosituksissa nostetaan esiin, että ICF:n käyttöön, koulutukseen ja kehittämiseen tulisi Suomessa tehdä lisää määrällistä ja laadullista tutkimusta. (Kantanen ym. 2015, 127-129.)

Toimintaterapeutille ICF toimii laajana viitekehysenä tarkasteltaessa ja luokiteltaessa asiakkaan toimintakykyä. Toimintaterapeutti voi luokitella ICF:n mukaisesti asiakkaasta saatua toimintaterapian teorian ohjaamaa tietoa. ICF-luokituksessa ja toimintaterapian ammattikielessä voidaan nähdä yhtäläisyyksiä. Samankaltaisia näkökulmia ja tekijöitä ICF-luokituksen ja toimintaterapian mallien välillä ovat muun muassa terveyden määrittely, elämään osallistuminen ja ympäristö, joiden nähdään olevan keskeisiä osallistumisen mahdollistajia tai esteitä. (Polatajko & Townsend 2007, 33-36; Kielhofner 2008.)

Toimintaterapian näkökulmasta keskeinen osa-alue ICF-luokituksessa on suoritukset ja osallistuminen. Toiminnallisuuteen liittyen toimintaterapian näkökulma nostaa keskiöön asiakkaan omakohtaisen kokemuksen, joka ei juurikaan korostu ICF-luokituksessa. Lisäksi haasteena nähdään, että ICF ei erottele suoritusta ja osallistumista toisistaan, jolloin niiden määrittäminen jää käyttäjän vastuulle. ICF-luokitus soveltuu asiakkaan haasteiden tason kuvaamiseen ja asiakkaasta saadun tiedon luo-



kitteluun, mutta ICF ei ole riittävä, mikäli halutaan ymmärtää tarkempia syitä, miksi asiakkaalla on vaikeuksia suoriutua tehtävistä. Toimintaterapian tarkempi ammattitieto täydentää ICF-luokituksen avulla saatua kuvaa asiakkaasta. (Polatajko & Townsend 2007, 35-36; Stakes 2004; Haglund & Henriksson 2003, 253-268.)

### **3.2 Kanadalainen toiminnallisuuden ja sitoutumisen malli (CMOP-E)**

Rodgerin ja Kennedy-Behrin (2017) mukaan toimintaterapeutin tulee valita työnsä tueksi teoriaan pohjautuvia toimintakeskeisiä malleja. Toimintakeskeiset mallit selittävät toimintaterapeutille ihmisen, toiminnan ja ympäristön välistä vuorovaikutusta sekä niiden vaikutusta ihmisen toiminnallisuuteen. (Rodger & Kennedy-Behr 2017, 22.)

Opinnäytetyössämme käytimme viitekehyksenä Kanadalaisen toiminnallisuuden ja sitoutumisen mallia (Canadian Model of Occupational Performance and Engagement, CMOP-E) kuvaamaan toimintaa. CMOP-E on kansainvälinen sekä asiakaslähtöinen toimintaterapian malli, jonka keskeisiä käsitteitä ovat toiminta ja toimintaan sitoutuminen. Toiminta ja toimintaan sitoutuminen nähdään mallin mukaan ihmisen elämän perustarpeina, joihin kaikilla tulisi olla yhdenvertainen oikeus. Toimintaterapiassa pyritään mahdollistamaan osallistuminen ja sitoutuminen asiakkaalle mielekkäseen toimintaan. Tätä kautta mielekkäällä toiminnalla on vaikutus ihmisen terveyteen ja hyvinvointiin sekä yhteiskuntaan osallistumiseen. (Polatajko & Townsend 2007, 20-27.)

Toiminta myös ylläpitää ihmisen hyvinvointia ja terveyttä sekä tuo merkitystä elämään. Toiminnan avulla ihminen tutustuu ja oppii ympäristöstään sekä ilmaisee itseään. Se jäsentää aikaa ja luo tätä kautta rakennetta ja rutiineja elämään. Mallissa toiminnan merkitykseen vaikuttavat kulttuuri ja ihminen. Merkityksellinen toiminta on jokaisen ihmisen yksilöllisesti määrittelemää. Toimintaan motivoitumiseen vaikuttavat jokaisen omat arvot ja mielenkiinnonkohteet. Toimintaan sitoutuminen mah-

dollistaa yksilöille sekä ryhmille osallistumista yhteiskuntaan, löytämään merkityksen elämään ja omaan kulttuuriin liittymisen. (Polatajko & Townsend 2007, 21.)

Mallin mukaan toimintaan sitoutuminen käsitteenä on laajempi ulottuvuus kuin toiminnallisuus. Toimintaan sitoutuminen liittyy kaikkeen toimintaan, joka kuuluu ihmisen elämään. Se on osallistumista sekä oman ajan täyttämistä mielekkäällä tekemisellä. Kanadalainen toiminnallisuuden ja sitoutumisen malli selittää ihmisen, ympäristön ja toiminnan välistä dynaamista suhdetta. Mallin mukaan toiminta tapahtuu ihmisen ja ympäristön vuorovaikutuksessa, josta muodostuu ihmisen toiminnallisuus. Tämä on toimintaterapian keskeinen kiinnostuksen kohde. (Polatajko & Townsend 2007, 23-24.)

Ihminen nähdään mallin mukaan kokonaisuutena, jossa yhdistyvät henkisyys, sosiaaliset sekä kulttuuriset kokemukset ja toiminnalliset valmiudet. Toiminnalliset valmiudet ovat ihmisen fyysisiä, kognitiivisia ja affektiivisia (tunteminen, ajattelevinen, tekeminen) tekijöitä. Toiminta jaetaan mallissa itsestä huolehtimiseen, tuottavuuteen ja vapaa-aikaan. Lapsilla leikki ja koulunkäynti kuuluvat mallissa tuottavuuteen. Ympäristö nähdään mallissa kulttuurisena, institutionaalisenä, fyysisenä ja sosiaalisena ympäristönä. (Polatajko & Townsend 2007, 28-34.)

#### **4. Lapsen kuntoutuminen**

Kuntoutuksen avulla tuetaan ihmistä tilanteissa, joissa sairauden tai vamman vuoksi mahdollisuudet pärjätä omassa elämäntilanteessa ja ympäristössä ovat heikentyneet. Kuntoutuminen merkitsee ihmiselle omien voimavarojen ja toimintaedellytysten löytämistä. Kuntoutuksella tähdätään toimintakykyisyyteen, hyvinvointiin, itsenäiseen selviytymiseen sekä mahdollisuuteen osallistua täysimääräisesti kaikilla elämänaikavaiheilla niin yhteisöissä kuin yhteiskunnassa. (Leino 2015.)

Autti-Rämö ja Salminen (2016) kuvaavat kuntoutusta prosessina, joka edellyttää kuntoutujan sitoutumista ja oikea-aikaisia kuntoutustoimenpiteitä saumattomasti eri organisaatioiden välillä. Kuntoutumisella tarkoitetaan toimintaa, jossa kuntoutuja asettaa itselleen merkityksellisiä ja realistisia tavoitteita. Tavoitteiden saavuttamiseksi suunnitellaan välttämättömiä keinoja yhdessä eri asiantuntijoiden kanssa. Kuntoutuja pyrkii asetettujen tavoitteiden saavuttamiseen suurelta osin itsenäisesti tai lähiympäristön tukemana. Muutos toimintakyvyssä edellyttää yksilön ja ympäristön vuorovaikutuksessa tapahtuvaa muutosta. (Autti-Rämö & Salminen 2016.)

Kuntoutuksen tarpeiden ja tavoitteiden määrittämisessä sekä sen sisällön ja käytännön toteutuksessa on tärkeää osallistaa kuntoutusprosessiin mukaan kuntoutujalle merkityksellisiä ihmisiä. Näin ollen kuntoutuja itse ei ole ainoastaan intervention kohteena vaan siihen kuuluvat myös hänen elinympäristönsä sekä siinä olevat henkilöt. (Autti-Rämö & Salminen 2016.)

Sosiaali-, terveys- ja sivistystoimi järjestävät lapsen kasvua ja kehitystä tukevia palveluita. Palveluiden maksajana voivat olla kunta, valtio, Kela tai yksityiset laitokset. Käytännössä palveluiden toteutus tapahtuu julkisen, yksityisen ja kolmannen sektorin välillä. Näin ollen paljon erityistä tukea tarvitsevan lapsen perhe voi asioida useiden eri tahojen ja ammattilaisten kanssa. (Launiainen & Sipari 2011, 18.)

Lähtökohtana lapsen kuntoutuksessa ovat lapsen kehityksen ja perheen arjen tukeminen. Lapsen kasvu, kehityskaari, toimintakyvyn eri osa-alueet sekä yksilö- ja ympäristötekijät huomioidaan lapsen kuntoutussuunnitelmassa. Lapsi ja perhe ovat oman elämäntilanteensa asiantuntijoita. Kuntoutussuunnitelma, joka on tehty yhteistyössä perheen kanssa, vahvistaa kuntoutukseen sitoutumista kaikkien osapuolten kesken. Perheen ja lapsen voimavarat ovat tärkeää ottaa huomioon kuntoutusta suunniteltaessa. Lapsen tulee saada olla lapsi, jolla on aikaa myös muulle toiminnalle, kuten perheelle, kavereille, harrastamiselle sekä koulunkäynnille. Vanhempien kyvyt ja mahdollisuudet olla osana tukemassa lapsen kuntoutusta vaihtelevat, lisäksi tulisi muistaa tukea vanhempien roolia vanhemmuudessa. (Peltonen & Karhu 2015.)

Lapsen kuntoutussuunnitelman taustalla tulee olla laaja-alainen toimintakyvyn arviointi. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos suosittelee moniammatillisen työryhmän kartoittavan lapsen keho-, yksilö-, yhteisö-, ja ympäristötekijöitä ICF-viitekehyksen mukaisesti. Tällöin arvioinnin avulla tunnistetaan lapsen toimintakyvyn rajoitteet ja vahvuudet sekä perheen voimavarat. Lisäksi fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen ympäristön tarjoamat mahdollisuudet ja rajoitteet kartoittuvat. (Peltonen & Karhu 2015.)

Lapsen kuntoutus voi toteutua kotona, päiväkodissa, koulussa tai muussa ympäristössä, joka on kuntoutujalle tarpeellinen. Kuntoutuksen kesto, määrä ja ajoitus suunnitellaan vastaamaan kuntoutujan tavoitteita sekä voimavaroja. Kuntoutuspalveluita voidaan toteuttaa yksilömuotoisena terapiana sekä ryhmäterapiana. Lisäksi teknologiatekijöiden myötä erilaisten etäyhteyksiä hyödyntävien sovellusten ja laitteiden käyttö on yleistynyt kuntoutuksessa. Etäkuntoutuksen avulla kuntoutus tuodaan lähelle kuntoutujan arkea. Lapsen kuntoutuksen aikana tulee tehdä suunnitelmallista ja tavoitteellista verkostotyötä. Toimiva yhteistyö esimerkiksi koulun ja päiväkodin toimijoiden kanssa mahdollistaa kuntoutumisen jatkumista arjen ympäristössä. (Salminen 2016; Suomela-Markkanen & Peltonen 2016.)

Lapsen ja nuoren hyvän kuntoutuksen toteutuminen- projektissa (2007-2011) tunnistettiin, että lapsen kuntoutuksessa huomion tulisi keskittyä konkreettisesti lapsen päivittäisen elämän toimintaan. Lähtökohtana lapsilähtöiselle ajattelutavalle on lapsen osallisuus hänelle merkitykselliseen asiaan tai yhteisöön sekä osallistuminen lapselle mielekkääseen toimintaan. (Launiainen ja Sipari 2011, 34-35.)

#### **4.1 Toimintaterapia lapsen kuntoutumista tukemassa**

Kuten edellisessä kappaleessa Launiainen ja Sipari (2011) peräänkuuluttivat lapsilähtöisen ajattelutavan olevan lähtökohtana kuntoutuksessa, jolloin lapsella on mahdollisuus osallistua hänelle merkitykselliseen ja mielekkääseen toimintaan. (Launiainen

& Sipari 2011, 34-35.) Toimintaterapian keskiössä on mahdollistaa asiakkaan osallistuminen hänelle merkitykselliseen toimintaan. Toimintaa käytetään terapeuttisena välineenä ja sen avulla voidaan pyrkiä kuntoutuksessa tiettyjä päämääriä kohti. Terapialla edistetään terveyttä ja hyvinvointia sekä ehkäistään toiminnallisia ongelmia. (Hautala, Hämäläinen, Mäkelä & Rusi-Pyykkönen 2013, 10-11.) Lasten parissa työskentelevät toimintaterapeutit pyrkivät edistämään toimintarajoitteita omaavan lapsen osallistumista heille mielekkäisiin toimintoihin sekä luonnollisiin ympäristöihin (AOTA 2014.)

Toimintaterapeuttien suunnittelemat ja toteuttamat interventiot lasten toimintaterapiassa perustuvat huolelliseen ymmärrykseen lapsen tyyppillisestä kehityksestä, ympäristöstä, jossa lapsi toimii (esimerkiksi koti, koulu, päiväkotiki) sekä vamman, sairauden tai toimintarajoitteen vaikutuksesta lapsen yksilölliseen kehitykseen, leikkiin, oppimiseen ja toiminnalliseen suoriutumiseen. (AOTA 2014.) Case-Smith (2010) esittelee lasten toimintaterapian keskeisimmiksi teemoiksi lapsi- ja perhekeskeisen työskentelytavan, kokonaisvaltaisen arvioinnin sekä tehokkaat interventiot. (Case-Smith 2010, 2.)

Toimintaterapeutti on Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontaviraston (Valvira) lailistama ammattihenkilö. Toimintaterapia lukeutuu Kelan järjestämään vaativan lääkinnällisen kuntoutuksen terapiapalveluihin. Opinnäytetyössämme kohderyhmämme kohdistuu lapsiin, jotka saavat toimintaterapiaa Kelan vaativana lääkinnällisenä kuntoutuksena. Kelan avoterapiastandardissa (2015) määritellään Kelan järjestämän vaativan lääkinnällisen kuntoutuksen terapiapalveluiden sisältöä, rakennetta, henkilöstöä ja laatuvaatimuksia. Näin varmistetaan, että kuntoutus on laadukasta ja toteutuu hyvän kuntoutuskäytännön mukaisesti. Kelan järjestämä vaativa lääkinnällinen kuntoutus toteutuu ICF-luokituksen viitekehyksessä. (Kela 2015,2, 3, 28.)

Kelan avoterapiastandardien (2015) mukaan toimintaterapialla mahdollistetaan asiakkaan itsenäisyyttä omassa arjessaan ja toiminnoissaan, jotka nähdään osallistumisena omaan elämään ja sen valintoihin. Toimintaterapiassa kehitetään arkielämässä

tarvittavia taitoja ja valmiuksia. Jotta asiakkaan toiminta mahdollistuu, toimintaterapeutti tukee ja ohjaa kuntoutujan taitojen harjoittelua sekä kompensatiokeinojen oppimista. Tähän toimintaterapeutti käyttää erilaisia tekniikoita ja apuvälineitä, muokkaa tehtävää ja fyysistä tilaa sekä ohjaa sosiaalista toimintaympäristöä, johon kuuluvat omaiset, läheiset ja lähiverkosto. Lisäksi osana toimintaterapiaan kuuluu ohjaaminen harrastus- ja vapaa-ajantoimintoihin, jotta ne voivat siirtyä asiakkaan arjen toiminnaksi. (Kela 2015, 29.)

Case-Smithin (2010) mukaan lapsi ohjautuu toimintaterapiaan tietyn diagnoosin (esimerkiksi autismi, cp vamma) tai tietyn toiminnallisen haasteen (esimeriksi hienomotoriset haasteet tai keskittymiskyvyn ongelmat) perusteella. Vaikka diagnoosi tai tietyt haasteet nähdään syynä toimintaterapian tarpeelle, tulisi toimintaterapeutin ensin keskittyä asiakaslähtöisesti näkemään, millainen lapsi on. Asiakaslähtöisen kontekstin muodostamista varten tulisi alkuarvioinnissa keskittyä ensin tunnistamaan, millaisia huolia ja tarpeita lapsella sekä perheellä on. Asiakkuus laajenee näin koskemaan koko perhettä. Alkuarvioinnissa pyritään lisäksi tunnistamaan lapsen ja perheen mielenkiinnonkohteita. Lapselle ja perheelle merkityksellisten toimintojen pohjalta asetetaan terapialle tavoitteita sekä suunnitellaan toteutettavia toimintaterapiainterventioita. (Case-Smith 2010, 2-3.)

Rodger ja Kennedy-Behr (2017) korostavat toimintaterapiaprosessin olevan top down -näkökulman mukaista työskentelyä, jolloin toiminta nostetaan prosessin keskiöön, eivätkä asiakkaan toimintakyvyn haasteet tai rajoitteet. Lisäksi lapsi ja perhe nähdään aktiivisina osapuolina toimintaterapiaprosessissa ja heillä on mahdollisuus vaikuttaa kuntoutukseen. Tämän nähdään edesauttavavan lapsen ja perheen toimintaan sitoutumista ja motivaatiota. (Rodger & Kennedy-Behr 2017, 23, 24, 28, 29.)

Terapeutin tulisi tehdä jatkuvaa arviointia toimintaterapiassa käytetyistä toiminnoista intervention toteutuksen ajan, jotta terapia kohdentuu vastaamaan lapsen ja perheen tarpeita. (Case-Smith 2010, 2-3.)

Case-Smith, Law, Missiuna, Pollock ja Stewart (2010) toteavat leikin olevan lapsen ensisijaista toimintaa lapsuudessa. Tarkastelemalla lapsen leikkitekoja voidaan ymmärtää, kuinka lapsi on vuorovaikutuksessa ympäristön kanssa. Lapseen, perheeseen sekä ympäristöön liittyvät moninaiset tekijät vaikuttavat lapsen sitoutumiseen ja leikkiin osallistumiseen. Toimintaterapeutit ymmärtävät, että leikki on edellytys lapsen kehitykselle, ja leikin kautta lapsi oppii mukautumaan ympäristöönsä ja kehittämään pätevyyden tunnettaan. Leikki on keskeinen toiminta, jota toimintaterapeutit käyttävät terapiassa, sillä leikin avulla lapsi sitoutuu ja motivoituu toimintaan, mikä kehittää puolestaan lapsen toimintakykyä. (Case-Smith ym. 2010, 23.)

Leikki kehittää myös lapsen aistitiedon käsittelyä, fyysisiä kykyjä, kognitiota, kielitaitoa sekä ihmissuhdetaitoja. Leikin avulla lapsi voi myös harjoitella erilaisia rooleja. Näitä erilaisia taitoja tarvitaan myöhemmin elämän eri osa-alueilla. Lapset, joilla on toiminnallisia haasteita tai rajoitteita, kohtaavat erilaisia haasteita leikkiessään, esimerkiksi fyysisten rajoitteiden vuoksi vuorovaikutus ympäristön ja vertaisten kanssa rajoittuu. He tarvitsevat enemmän tukea, jotta leikki ja vuorovaikutus ympäristön sekä vertaisten kanssa mahdollistuu. (Knox 2010, 543-547.)

## **4.2 Etäkuntoutus**

Etäkuntoutukseen soveltuvia menetelmiä, esimerkiksi mobiililaitteita on käytetty yhä enemmän toimintaterapiassa sekä muissa kuntoutuksen muodoissa, minkä vuoksi voidaan todeta, että myös etäkuntoutus on yleistynyt. Lähinnä tavallisen kuntoutuksen yhteydessä käytetyt uudet tekniset suuntaukset, kuten virtuaalitodellisuus ja robotit, monipuolistavat etäkuntoutusta kuntoutusmuotona, ja täten etäkuntoutus on verrattavissa kasvokkain tapahtuvaan kuntoutukseen. Etäkuntoutusta on pyritty toteuttamaan niin, että se vastaa kasvokkain tapahtuvan terapian laatua, minkä onnistumisessa merkittävää on muun muassa menetelmien ja teknologian valitseminen kuntoutujakohtaisesti sekä terapiasuhteen luottamuksellisuus. (Salminen ym. 2016, 37-38, 43, 180-181)

Etäkuntoutus on tavoitteellista kuntoutusta, jossa hyödynnetään erilaisia sovelluksia, kuten esimerkiksi puhelimia, matkapuhelimia, tietokoneita, tablettitietokoneita, puhelimen ja tietokoneen yhteiskäyttöä sekä televisiosovelluksia. (Salminen, Hiekkala & Stenberg 2017, 11.) Cason (2012) viittaa AJOT -lehden pääkirjoituksessa (American Journal Of Occupational Therapy) AOTA Frameworkin määritelmään etäkuntoutuksesta. Määritelmän mukaan etäkuntoutus (telerehabilitation) on kyseisten vuorovaikutteisten tietoliikennetekniikoiden soveltamista arviointi-, ennaltaehkäisy-, diagnoosi- sekä terapeuttisiin palveluihin. Artikkelin mukaan termi 'telehealth' kattaa sekä käsitteet 'telerehabilitation' että 'telemedicine', viitaten sähköisten tieto- ja televiestintätekniikoiden käyttöön etäpalvelujen tarjontaan liittyvissä terveysterveyspalveluissa. Vaikka kyseisiä termejä voidaan englanninkielessä käyttää rinnakkain, usein toimintaterapiassa termi 'telehealth' kuvaa paremmin toimintaterapian laajuutta. (Cason 2012.) Tämän vuoksi myös me käytimme opinnäytetyömme tiedonhaussa kyseistä, kattavaa termiä.

Etäkuntoutus on vuorovaikutteista, tavoitteellista ja se koostuu selkeästä aloituksesta ja lopetuksesta, kuten muutkin kuntoutuksen muodot. (Salminen ym. 2016, 11 & WHO 2011.) Se mahdollistaa itsenäisen kotiharjoittelun, myös syrjäisimmillä seuduilla, sekä kuntoutujan ja terapeutin lisäksi myös lähihenkilöiden osallistumisen kuntoutukseen. Etämenetelmillä voidaan vaikuttaa hallintoon kuluviin kustannuksiin sekä kuntoutuksen ammattihenkilöiden asiakastapaamisiin käytettyyn matka-aikaan. Terapeuttien kesken tapahtuvaa konsultaatiota pystytään tehostamaan etämenetelmiä hyväksi käyttäen. Etämenetelmien terapeuttiselle sekä ohjaukselliselle hyödyntämiselle on yhä enemmän käyttöä, ja nykyään on olemassa yhä enemmän näyttöä etäkuntoutuksen tehokkuudesta perinteisiin kuntoutusmuotoihin verrattuna. Etäkuntoutukseen ja sen käyttöön liittyy kuitenkin tiettyjä edellytyksiä ja velvoitteita. (Heiskanen 2016, 51-52 & WHO 2011.)

Ohjeiden ja säädöksiä puutteellisuuden vuoksi etämenetelmät vaativat yhä käytäntöjen yhdenmukaistamista eri organisaatioiden ja palveluntarjoajien välillä. Monipuol-



lista asiantuntemusta, tukea etämenetelmien käyttöön ja koulutusta tarvitaan, jotta etäkuntoutuspalvelut pysyisivät laadukkaina ja vaikuttavina. Etämenetelmissä on noudatettava lainsäädäntöä, tietoturvan toteutumista sekä yksityisyydensuojaa. Teknologiaa valitessa on aina otettava huomioon tarkoituksenmukaisuus, kuntoutujan tarpeet sekä kuntoutujan kontekstuaaliset tekijät. (Heiskanen 2016, 52-53.) Etäkuntoutuksen edellytyksenä on myös luonnollisesti Internet-yhteys, joka mahdollistaa ammattilaiselta saadun tuen olinpaikasta riippumatta. Lisää tietoa ja tutkimusta resurssien kohdentamisesta ja rahoituksesta kuitenkin tarvitaan vielä politiikan ja käytäntöjen tukemiseen. (WHO 2011.)

Etäkuntoutukseen liittyy myös tiettyjä eettisiä periaatteita. Kuntoutuksessa on otettava huomioon asiakkaan etnisyys, kotimainen kieli, kulttuuri sekä kognitiivinen, motorinen sekä hahmottamisen taso ja taidot sekä pystyvyys käyttää etäteknologiaa. Mikäli pystyvyys ei ole riittävä, tulisi käyttöön olla tukea saatavilla, kuten aiemmin tekstissä jo mainittiin. Kuntoutujaa tulisi muutenkin ylipäättään perehdyttää etämenetelmän hyötyihin sekä riskitekijöihin. Lisäksi olisi myös hyvä tehdä kuntoutujan kanssa aina kirjallinen suostumus- tai sopimuslomake etäkuntoutuksen järjestelyihin ja ehtoihin liittyen. (Heiskanen 2016, 56.)

Myös eettisyyteen liittyen, ennen etäkuntoutuksen alkua, ammattilaisen on syytä perehtyä lakeihin ja säädöksiin ja siten noudattaa kuntoutuspalveluihin liittyvää lainsäädäntöä. Yksityisyydensuoja, tietosuoja sekä luottamuksellisuus ovat eettisyydenkin kannalta aina toteuduttava etämenetelmiä käytettäessä. Mikäli esimerkiksi tietosuojaa kohtaan ilmenee jokin uhka, on asiasta ilmoitettava välittömästi terveysturvallisuudelle tai asianajajalle lakineuvontaa varten. (Heiskanen 2016, 56.)

Itsehoidosta on kyse silloin, kun yksilö pyrkii edistämään terveyttään ja hyvinvointiaan itse, omalla vastuullaan. Omahoito määritellään puolestaan vapaamuotoiseksi, omasta terveydestä ja hyvinvoinnista huolehtimiseksi. Vaikka käsitteiden välinen ero osoittautuu väljäksi, on edellä mainitut käsitteet kuitenkin erotettava etäkuntoutuksesta, joka on aina ammattilaisen vastuulla (ohjaus ja seuraaminen). Etäkuntoutuk-

sesta käytetään myös nimeä netti- tai verkkokuntoutus, joka määritellään tietokoneavusteiseksi, internetvälitteiseksi sekä ajasta ja paikasta riippumattomaksi kuntoutukseksi. Niissä voidaan olla etäyhteydessä palvelua tuottavaan ammattilaiseen esimerkiksi verkkojuttelun välityksellä (chat). (Salminen ym. 2016, 16-17).

Kelan tutkimuksessa (Salminen ym. 2016, 17) etäkuntoutuksen läheisiksi käsitteiksi luokitellaan lisäksi vielä seuraavat: digitalisaatio, reaaliaikainen sekä ajasta riippumaton etäkuntoutus, etäkuntoutuksen sekamallit, mobiiliteknologia, virtuaalinen kuntoutus sekä kasvokkainen kuntoutus. Rajasimme opinnäytetyömme teoriapohjasta kasvokkain tapahtuneen toimintaterapian pois, sillä työmme kannalta oleellisempaa on kertoa ylipäättään lasten toimintaterapiasta sekä ainoastaan etäyhteyteen liittyvistä menetelmistä sekä etätoimintaterapiasta.

#### **4.2.1 Digitalisaatio**

Digitalisaatio tarkoittaa digitaalitekniikan kokonaisvaltaista liittämistä arkipäivän toimintoihin digitoinnin mahdollisuuksia hyödyntäen. Digitalisaatio on yhteiskunnallinen, moderni prosessi, jossa on hyödynnetty teknologian uusimpia keinoja. Myös etäkuntoutus on yksi palvelujen digitalisoinnin väylistä. (Alasoini 2015, 26 & Salminen ym. 2016,11.) Digitalisaation avulla pystytään kyseenalaistamaan käytettyjä toimintatapoja sekä muokkaamaan niitä entistä toimivampaan ja joustavampaan suuntaan. Se tuo kansan, yritykset ja julkiset palvelut yhteen, toimii turvana muutosten varalta, tukee kansaa eri elämänvaiheissa sekä auttaa hyvinvoinnissa ja menestymisessä. Lasten kohdalla tämä tarkoittaa esimerkiksi tehokasta oppimista virtuaaliympäristössä. (Valtiovarainministeriö n.d.)

Suomi sijoittuu maana julkisten sähköisten palvelujen maailman ja digiosaamisessa EU-maiden kärkeen. Edellytykset menestymiseen digitalisaation osalta ovat siis kattavat, mutta on kuitenkin tärkeää pitää huoli siitä, että asiakas on kehityksen keskiössä, jotta yhteiskunnan muokkaaminen säilyisi yksilöllisenä. (Valtiovarainministeriö n.d.) Digitalisaatio on yksi hallitusohjelman kärkihankkeista, ja teemana se kulkee

monessa muussakin kärkihankkeessa. Toteutus tapahtuu JulkICT-osastolla, valtionvarainministeriössä. Kärkihankkeen kolme toimenpidettä ovat: kaikkia julkisia palveluita koskevien digitalisoinnin periaatteiden luominen, hallinnonalojen ja kuntien sisäisten prosessien uudistaminen sekä yhden luukun palvelumallin luominen sekä tiedonhallintalainsäädännön uudistaminen. (Digitalisoidaan julkiset palvelut, n.d.)

#### **4.2.2 Reaaliaikainen ja ajasta riippumaton kuntoutus sekä sekamallit**

Reaaliaikaisessa etäkuntoutuksessa, esimerkiksi kuntoutujan ohjauksessa, arvioinnissa, kuntoutuksessa tai kuntoutumisen seurannassa, yhteys kuntoutujan ja palveluntuottajan välillä tapahtuu sovelluksien, joissa käytetään etäteknologiaa, kautta. Kyseinen kuntoutusmuoto voi tapahtua sekä yksilö- että ryhmäterapiana. Terapeutti voi seurata kuntoutujaansa tai ryhmää tekemässä harjoitusohjelmaansa ruudun välityksellä. Näyttörüutu näkyy molemmille osapuolille samanlaisena. (Salminen ym. 2016, 12.)

Ajasta riippumattomat menetelmät ovat toimintaterapiassa yleisesti käytettyjä. Ne ovat samankaltaisia, kun reaaliaikaisen etäkuntoutuksen menetelmät, mutta asiakkaan kuntoutus tapahtuu omatoimisesti esimerkiksi käyttämällä sähköpostia, tekstiviestejä, tietokoneohjelmia tai videonauhoituksia. Kuntoutuksessa hyödynnetään esimerkiksi verkkomateriaaleja, erilaisia sovelluksia, pelejä, harjoitusohjelmia sekä keskusteluja. Ohjelmissa käytetään myös paljon tekoälyä, joka ohjaa kuntoutujan toimintaa. Kuntoutus alkaa aina ammattilaisen suosituksesta. (Salminen ym. 2016, 13.)

Kahden edellä mainitun kuntoutusmuodon yhdistäminen tarkoittaa sekamallien käyttöä. Mallit tukevat toisiaan, esimerkiksi terapeutti ja kuntoutuja voivat ensin pitää reaaliaikaisen videotapaamisen, minkä jälkeen terapeutti antaa ajasta riippumattomia harjoitusohjelmia kuntoutujalle kotiin omatoimisesti tehtäväksi. Sekamallit ovat yleistyneet kuntoutuksessa. Toimintaterapiassa sekamalleja on usein yhdistetty kas-

vokkain tapahtuvaan toimintaterapiaan ja etätapaamisten yhteyteen. (Salminen ym. 2016, 15.)

### 4.2.3 Virtuaalinen kuntoutus

Virtuaalinen kuntoutus tarkoittaa erilaisten virtuaaliympäristön teknologioiden hyödyntämistä kuntoutuksessa. Myös virtuaalinen kuntoutus voidaan ottaa käyttöön sekä kasvokkain tapahtuvassa terapiassa että etäkuntoutuksessa. (Burdea 2014 & Salminen ym. 2016, 34.) Virtuaaliympäristöä luodaan erilaisten virtuaalitekniikoiden avulla, kuten esimerkiksi virtuaalilasien, näyttöjen ja sensoreiden avulla. (Salminen ym. 2016, 34.)

Tutkimuksien mukaan virtuaalisen kuntoutuksen hyötyjä ovat muun muassa: kuntoutuksen sovellettavuus asiakkaan toimintakyky huomioiden, mielenkiintoisuus ja taidollisuus, toiminnallinen merkityksellisyys sekä ekologinen pätevyys, käytettävyyttä myös kroonisissa vaiheissa ja arjen toiminnoissa (kotikuntoutuksen mahdollisuus), saatavuus, kustannustehokkuus terapeuttien näkökulmasta, realistisempi arviointi, online-tiedonkeruu, sekä se, että kuntoutusmuoto on motivoiva, toistettava ja intensiivinen. Virtuaalitodellisuuden avulla käyttäjällä on mahdollisuus unohtaa kaikki, mitä ympärillä kuntoutushetkellä tapahtuu. (Burdea 2014 & Halton 2008.)

Haittoja tai haasteita menetelmällä on tutkimusten mukaan puolestaan muun muassa: kalliit laitteet ja vähäinen soveltuvuus lasten käyttöön (koko), kognitiivinen haastavuus toimintakyvyltään heikommille henkilöille, luonnollisten rajapintojen ja teknisen asiantuntemuksen puute, psykologiset tekijät sekä turvallisuus kotona toteutettavassa virtuaalikuntoutuksessa. (Burdea 2014 & Halton 2008.) Tutkijat ovat täten harkinneet myös helpompaa kaupallista tekniikkaa. Tavoitteena on saada kaikki virtuaalisen kuntoutuksen edut ilman kustannuksia ja todellisten virtuaalitodellisuusjärjestelmien komplikaatioita. (Halton 2008.)

#### 4.2.4 Mobiiliteknologia

Mobiililaitteet, kuten esimerkiksi älypuhelimet, tabletit, kannettavat tietokoneet sekä langattomat tekniikat (esimerkiksi Bluetooth, RFID, NFC) ovat nykyään yleisiä, paljon käytettyjä ja tukevat nopeasti kasvavia sovellusryhmiä. Mobiiliteknologialla voi olla tärkeä rooli vapauden sekä lääketieteellisen tuen tarjoamisessa ihmisille missä ja milloin tahansa, kun he sitä tarvitsevat. (Vogel, Viehland, Wickramasinghe & Mula 2013; Boulos, Brewer, Karimkhani, Buller & Dellavalle 2014.) Markkinoilla on nykyään lukuisia lääketieteellisiä ja terveyteen liittyviä sovelluksia. Jo vuoden 2012 arvion mukaan terveydenhuollon sovellusten määrä oli ainakin 40 000. Sovelluksia on olemassa aurinkovoiteen lisäämisestä (tekstiviestimuistutukset) kehittyneimpiin sovelluksiin, jotka muun muassa koordinoivat diabeteksen hallintaa. (Boulos ym. 2014.)

Ihmisten on entistä helpompi jakaa, arvioida, suositella ja löytää sovelluksia lähestä tahansa aiheesta. Sovellukset ovat yleisesti käytettyjä terveydenhuollossa, mutta niillä on etujen lisäksi myös omat rajoituksensa. Tutkimuksissa on pääosin havaittu vaatimattomia hyötyjä kliinisen diagnoosin, hoitotuen, terveyspalveluiden tuottoimien sekä kustannusten kannalta. Ihmiset ovat omine elämäntapoineen, tietämyksineen sekä odotuksineen niin yksilöllisiä, etteivät kaikki sovellukset välttämättä sovi kaikille. Sovellusten lataamisen helppous tuo riskejä etenkin kokemattomimpien käyttäjien yksityisyydelle (haittaohjelmat ja virukset). Kriittisyyttä, ammattilaisten ja etenkin kuluttajien kouluttamista sekä lisää tutkimusta siis tarvitaan ongelmien ratkaisemiseksi. (Free, Phillips, Watson, Galli, Felix, Edwards, Patel & Haines 2013; Boulos ym. 2014.)

Mobiiliterveydestä (mobile health) puhutaan silloin, kun terveydenhuollon toimituksessa otetaan käyttöön erilaisia mobiililaitteita. Kyseessä on dynamiikan tarka selua eri näkökulmista, kuten valtion varoista ja sosiaalisesta verkostoitumisesta. Vuoro-

vaikutus kaikkien osapuolten: organisaatioiden, instituutioiden, yksilöiden ja sidosryhmien välillä, on tärkeää. (Vogel, Viehland, Wickramasinghe & Mula 2013.)

### 4.3 Etätoimintaterapia

Heiskasen artikkelissa, Kelan tutkimuksessa (2016) viitataan Casonin (2014) luomaan etäkuntoutuksen määritelmään, jossa kerrotaan sen olevan menetelmä, joka mahdollistaa toimintaterapian tuottamisen olematta kuitenkaan erillinen tai irrallinen terapiamuoto. Etäkuntoutuksessa yhdistyvät ennaltaehkäisevät, ohjeukselliset, terapeuttiset sekä tutkimukselliset palvelut, ja palveluiden tuottaminen tapahtuu informaatioteknologiaa hyödyntäen. (Heiskanen 2016, 162.) Etäkuntoutuspalveluiden käyttö on nopeasti kasvava voima terveydenhuollon piireissä. On yhä enemmän todisteita siitä, että monet toimintaterapiapalvelut ovat sopusoinnussa terveydenhuollon palveluiden mallien kanssa. Etäkuntoutuksella voidaan parantaa pääsyä toimintaterapiapalveluihin sekä asiantuntijoiden pariin: sen avulla voidaan estää tarpeettomia viivästyksiä hoidon vastaanotossa. Lisäksi se helpottaa itse koordinoitua hoitoa sekä ammatillista yhteistyötä. (Cason 2014.)

Etätoimintaterapiaa on hyödynnetty muun muassa virtuaalisessa, reaaliaikaisessa ja ajasta riippumattomassa kuntoutuksessa sekä sekamalleissa. Tämä tarkoittaa videoneuvotteluyhteyksiä, puhelinkeskusteluja, digitaalisen avustajan sekä sähköpostin käyttöä. Menetelmän valinta tulee tehdä aina yksilöllisesti. Terapiat voidaan muiden etäkuntoutusmenetelmien tapaan toteuttaa sekä yksilö-, pari- että ryhmäterapiana. (Heiskanen 2016, 162-173; 180-181.)

Toimintaterapeutit käyttävät etäpalveluja auttaakseen lukuisia erilaisia asiakasryhmiä taitojen kehittämisessä, tukeakseen myös asiakkaitten läheisiä, ottaakseen mukaan teknologiaa ja mukautuvia tekniikoita, muokatakseen kodin tai koulun ympäristöjä sekä edistääkseen terveyttä, tapoja ja rutiineja. Etäkuntoutuksen on osoitettu olevan toimiva menetelmä toimintaterapiassa muun muassa lasten, nuorten ja ikään-

tyneiden kanssa työskennellessä, terveyden ja hyvinvoinnin edistämässä, mielen-terveystyössä sekä kuntoutuksen, vammaisuuden, työhyvinvoinnin ja osallistumisen näkökulmasta. (Cason 2012.)

Etäkuntoutusta voidaan käyttää lapsien osalta tehokkaasti varhaiseen puuttumiseen ja koulupohjaisiin palveluihin. Vastaavasti nämä todisteet tukevat etäkuntoutuksen käyttöä ja sen tarjoamista koulun ympäristössä. Toimintaterapeuteilla on täten siis mahdollisuus käyttää etäkuntoutusta myös esimerkiksi koulun moniammatillisissa tiimeissä ja niiden asettamissa malleissa erilaisissa hyvinvointiohjelmissä. (Cason 2012.)

Kelan tutkimuksen (2016) mukaan lasten toimintaterapiassa positiivisia tutkimustuloksia on saatu muun muassa virtuaalisesta kuntoutuksesta, joissa etenkin suoriutumisesta saatu välitön palaute pelien kautta on koettu hyödylliseksi. Pelien avulla myös huomio voidaan kiinnittää lasten haasteiden osalta muualle, jolloin virtuaaliympäristöt soveltuvat myös kipu- ja pelkotiloihin liittyvään kuntoutukseen. Robotiavusteinen etäkuntoutus, jota on hyödynnetty visuumotoristen taitojen harjoittelussa, ja siitä koettu hyöty liittyy puolestaan kuntoutukseen motivoitumiseen sekä rohkaisuun. Motivoituminen, rohkaisu ja innostus puolestaan heijastavat terapeutin hyödyn maksimointiin. Lasten toimintaterapiassa etäkuntoutuksen menetelmiä on käytetty myös käden toiminnan harjoitteluun (web-kameran välityksellä) erityiskouluissa, joissa oppilailta ja mentoreilta saatu palaute oli hyvin positiivista. Heidän mukaansa ohjaukset mahdollistavat harjoittelun myös terapiatilanteiden ulkopuolella. Myös itse kotiharjoitteluohjelmat on todettu tehokkaiksi. Niissä mahdollistetaan terapian jatkuvuuden tukeminen sekä vanhempien ohjaus ja neuvoinen ilman ylimääräisiä käyntejä vastaanotolla. (Salminen ym. 2016, 165-171.)

Erityiskouluissa on kokeiltu myös hieno- ja karkeamotoriikkaan liittyvää etäkuntoutusta. Benhamin ja Gibbsin tutkimuksessa (2017) selvitettiin liikuntaohjelman tehok-

kuutta ja toteutettavuutta, jota voidaan hyödyntää myös etäkuntoutuksen tarkoituksiin. Kaksi lasta, jotka kävivät erityiskoulua, saivat kaksikymmentä 30 minuutin Timocco-istuntoa (virtuaalipeliohjelma, joka on kehitetty 3-10+-vuotiaille lapsille edistämään kognitiivisia ja motorisia taitoja) tutkijoiden läsnä ollessa. Tutkimus suoritettiin kuudessa viikossa. Lapsille oli tehty aiemmin toimintaterapia-arvio ja tuloksien perusteella molemmilla oli havaittu hienomotoriikan haasteita. Molempien lapsien hieno- ja karkeamotoriikka parantui ohjelman avulla. Mittareina käytettiin BOT2-SF-testiä, ja testajana toimi toimintaterapeutti. Sekä tutkijoiden että lasten kokemukset (suullisia) olivat positiivisia. (Benham & Gibbs 2017.)

Etäkuntoutuksella on myös omat rajoituksensa. Etäyhteys mahdollistaa kuntoutujan havainnoinnin, mutta se on kasvokkain tapahtuvaan terapiaan nähden rajoittunutta, ja osa kuntoutujan kotiin asennettavista etäteknologioista vaativat erityisjärjestelyjä. Huolellisesti toteutetuista järjestelyistä huolimatta teknisiltä ongelmilta ei pystytä välttämättä aina välttymään. Teknisiin ongelmiin saattaa olla lisäksi vaikea saada ongelmatilanteessa välitöntä apua ja tukea. Joillekin asiakasryhmille voi olla myös vaikeaa löytää etäkuntoutustarpeisiin riittävän helppokäyttöinen ja selkeä menetelmä. Usein etäratkaisuna on puhelinvälitteinen toimintaterapia, joka ei tosin ole videoneuvottelua rikkaampaa. (Heiskanen 2016, 179-180.)

Etäkuntoutuksen haasteita ovat myös korkeatasoinen, yhteisen kliininen päättelyn toteutuminen eri kuntoutuksen ammattikuntien välillä, mikä on tärkeää, jotta yhteisymmärrys eri ammattilaisten välillä säilyisi (sama nimikkeistö, samat linjaukset). Haasteita ovat myös yksityisyys ja turvallisuus, joiden toteutumista tulee seurata tarkkaan, suuret kustannukset sekä harjoittajien ja asiakkaiden pelko tai arkuus menetelmien käyttöä kohtaan. Muun muassa näiden asioiden osalta olisi korjattavaa, mihin voidaan vaikuttaa esimerkiksi lisäämällä tietoisuutta, kouluttamalla, kehittämällä ammattistandardeja ja linjauksia sekä sisällyttämällä etäkuntoutusta esimerkiksi oppikirjoihin ja opetusohjelmiin, kuten jo etäkuntoutuksen luvussa mainittiin. (Cason 2012.) Etätoimintaterapiasta ja siihen vaikuttavista tekijöistä on myös vielä



niukasti tutkimusnäyttöä, ja tulokset ovat osittain ristiriitaisia, joten lisää tutkimusta tarvitaan edelleen. (Heiskanen 2016, 180-181.)

Näytön rajallisuudesta huolimatta etäkuntoutuksen käyttöä voidaan kuitenkin suosittelaa, sillä se kasvaa koko ajan, kun tekniikka kehittyy. Lisäksi käyttäjäkokemukset ovat olleet suurimmaksi osaksi hyvin positiivisia. Etätoimintaterapia poistaa teknologian avulla maantieteelliset rajat sekä osallistumisen esteet, jolloin tasa-arvoisuus mahdollistuu. Kehittynyt teknologia mahdollistaa myös kommunikaation kasvokkain tapahtuvan terapian tapaan. Täten se tukee myös hyvin kotiharjoittelua ja soveltuu myös ohjauksellisiin interventioihin. Ohjauksellisissa interventioissa, etenkin virtuaalisessa kuntoutuksessa, pelejä, harjoitteita ja tehtäviä voidaan porrastaa, jolloin kuntoutumisprosessi tehostuu. Tehostamista voidaan toteuttaa myös moniammatillista yhteistyötä harjoittamalla, minkä etäteknologia mahdollistaa. (Heiskanen 2016, 180-182.)

## **5. Tavoitteellisuus kuntoutuksessa**

Kuntoutuksen tavoitteet antavat kuntoutukselle suuntaviivoja ja ohjaavat merkittävästi toimintaa sekä terveydenhuollon ammattilaisia interventioiden suunnittelussa. Niiden avulla päästään lähelle asiakkaan jokapäiväistä elämää sekä voidaan ohjailaa molempia osapuolia (terapeutti ja kuntoutuja) kohti yhteistä tavoitetta. Näin myös kuntoutujalle selkeytyy kuntoutusprosessin päämäärä. Tavoitteen asettaminen mahdollistaa myös luonnollisesti kuntoutuksen vaikutuksen ja vaikuttavuuden arvioinnin (Sukula & Vainiemi n.d.; VanPuymbrouck 2014; Karhula, Veijola & Ylisassi 2016.) VanPuymbrouck (2014) viittaa OJOT- artikkelissaan (The Open Journal of Occupational Therapy) Adamsin ja Griederin vuonna 2005 julkaistuun teokseen, jossa määritellään, ettei palvelun tarjoajalla ole parempaa mahdollisuutta ilmaista kunnioitustaan, ymmärrystään, toivoa tai empatiaa, mitä kyky ottaa esille, tunnustaa ja hyväksyä yksilön ja perheen asettamat tavoitteet, sisältää. (VanPuymbrouck 2014.)

Akateeminen tavoitteiden asettelu oli vähäistä, tuntematonta tai epävirallista kuntoutuksen julkaisuissa, teksteissä sekä kuntoutussuunnitelmissa 1960-luvun loppuun saakka. Huolellisesti ja yhteistyössä asiakkaan sekä terapeutin kesken määritellyt tavoitteet ovat nykyään kuitenkin olennainen osa kuntoutusprosessia. Kuntoutuksen tavoitteet määritellään halutuksi tulevaisuuden tilaksi, jota haasteen omaava henkilö yrittää tavoittaa kuntoutustoimintojen tuloksien pohjalta. Tulevaisuuden tilan täytyy olla henkilölle mahdollinen ja saavutettavissa. Tavoitteet ovat aktiivisesti valittuja, tarkoituksella luotuja sekä jaettavissa missä tahansa. Tavoitteen asettaminen ja suunnittelu ovat puolestaan kuntoutuksen tavoitteiden vahvistamista tai selvittämistä. (Levack & Siegert 2015; 4, 11-13.)

Tavoitteiden asettaminen edellyttää kuitenkin aina ensin huolellista tilannearviota. Tärkeää on myös kuntoutujan ja terapeutin yhdessä tunnistama muutostarve tavoitteiden asettamisen osalta, sekä kuntoutujan halukkuus ja valmius muuttaa omaa tilannettaan (muutosmotivaatio ja sitoutuminen). Näin kuntoutuja pystyy tulkitsemaan tilannetta uusin silmin ja muodostaa käsityksen keskeisistä muutosalueista tai -kohteista, joiden pohjalta määritetään konkreettiset tavoitteet. Uusia näkökulmia voi esiintyä myös myöhemmin, jolloin tilanne muuttuu, ja asetettua tavoitetta saatetaan joutua muokkaamaan. Asetetut tavoitteet ovat yksilöllisiä, ja niiden tulisi palvella asiakkaan omia koettuja ongelmia arjessa. Useissa tutkimuksissa on havaittu, että lapsille tavoitteiden asettaminen saattaa toisinaan olla hieman hankalaa. Kuntoutusprosessiin liittyy kuitenkin usein myös vahvasti kuntoutujan läheiset, minkä vuoksi läheisten osallistuminen tavoitteiden asettamisprosessiin on tärkeää. (Karhula, Veijola & Ylisassi 2016.)

Kuten edellisessä kappaleessa jo mainittiin, toimintaterapiassa on etenkin oleellista, että tavoitteet ovat asiakkaalle merkityksellisiä. Tavoitteet ovat asiakkaalle merkityksellisiä, kun ne ovat asiakkaalle uniikkeja, elämäntilanteeseen sopivia sekä motivoivia. Terapeutin olisi hyvä keskustella asiakkaan kanssa, mitä he toiminnasta ajattelevat ja miten he sen henkilökohtaisesti kokevat, sekä mitkä ovat asiakkaan henkilö-

kohtaisesti koetut, keskeisimmät haasteet. Merkityksellisyyden lisäksi olisi syytä ottaa huomioon asiakaskeskeisyys: asiakkaan tulisi saada osallistua aktiivisesti tavoitteiden asettamiseen. Myös tutkimukset ovat osoittaneet asiakkaiden saavuttavan näin parempia tuloksia. Asiakaskeskeisyys pitää sisällään itsemääräämisoikeuden -ja ohjautuvuuden, ja tavoitteet asetetaan aina yksilöllisesti asiakkaan toimintojen ja suoriutumisen tason mukaan. (Doig & Fleming 2015, 185-186.)

Merkityksellisyyden ja asiakaskeskeisyyden lisäksi toimintakeskeiset tavoitteet tulisi olla ymmärrettäviä, ympäristöön keskittyneitä sekä objektiivisia. Asiakkaiden tulisi olla tietoisia, mitä tavoitteiden saavuttaminen vaatii, ja kuinka terapian tehtävät liittyvät tavoitteisiin. Tavoitteiden tulisi olla relevantteja ja realistisia asiakkaan todelliseen ympäristökontekstiin nähden. Myös mitattavuus on tärkeää: terapeutin tulisi pitää huolta siitä, että tulokset pystytään mittaamaan havainnoimalla tai arvioimalla asiakasta. Kun tavoite on mitattava, pystytään toiminnassa kehittyminen demonstroimaan asiakkaalle sekä antamaan arvokasta palautetta. (Doig & Fleming 2015, 191.)

## **5.1 GAS- menetelmä tavoitteiden asettelussa**

GAS (Goal Attainment Scaling) on tavoitteiden määrittämiseen ja toteutumisen tarkasteluun kehitetty menetelmä, joka voidaan toteuttaa sekä yksilö- että ryhmätasolla tilastollisin menetelmin. Sen keskiössä ovat asiakkaan omat tavoitteet (asiakaskeskeisyys korostuu edelleen), mutta niiden tarkkaan tunnistamiseen ja määrittämiseen tarvitaan avuksi aina ammattitaitoinen toteuttaja, joka on perehtynyt kyseisen kuntoutusmuodon toteuttamiseen ja vaikuttavuuteen. Ammattilaisen on tärkeää tunnistaa myös GAS-menetelmää käytettäessä kuntoutujalle merkitykselliset ja realistiset tavoitteet. GAS-menetelmässä tavoitteet asetetaan usein haastattelun ja kuntoutujan tilanteen kokonaisvaltaisen selvittämisen perusteella. Haastattelut voivat olla esimerkiksi strukturoituja, joiden avulla voidaan saada selville oleelliset seikat kuntoutusprosessin osalta, eivätkä kysymykset ja ongelmat ole etukäteen rajattuja. Ta-

voitteiden saavuttamiseen määritellään realistinen aikatavoite sekä asetetaan selkeä muutoksen indikaattori, johon käytetään viisiportaista asteikkoa. (Kela 2016.)

GAS-menetelmä on systemaattinen tapa asettaa ja arvioida tavoitteita sekä niiden toteutumista. Se mahdollistaa pätevän näkökulman kuntoutusprosessista saatujen tulosten tarkasteluun. GAS-menetelmä lisää moniammatillisen yhteistyön lisäksi myös asiakkaan omaa osallistumista. Usein osallistuminen asetteluvaiheeseen lisää myös tavoitteiden saavuttamista. Tavoitteiden saavuttamisesta suoritetaan arvio yhdessä terapeutin ja asiakkaan kesken sovittuna ajankohtana. Arviointiin on olemassa kaksi tasoa: millä tavoin asiakas on saavuttanut tavoitteet sekä pitikö ammatillaisen ennusteet paikkansa siitä, mitä kyseisellä kuntoutuksella pystytään saavuttamaan. (Sukula, Vainiemi & Laukkala 2015; 13, 15)

Tavoitteen asettaminen alkaa kuntoutujan ongelman määrittelemisestä. Tähän ammattilainen voi käyttää ns. ”ihmekysymystä”, eli pyytää kuntoutujaa kuvittelemaan tilanne, jossa hän heräisi aamulla ja kaikki kuntoutuksessa heränneet haasteet olisivat poissa ja tämän jälkeen kehottaa pohtimaan, mistä hän voisi päätellä asian olevan näin. Tämän jälkeen voidaan asettaa asiakkaalle merkitykselliset ja realistiset lähi- tai pitkänajan tavoitteet, joita kuntoutujalla voi olla noin yhdestä kolmeen kerrallaan. (Sukula & Vainiemi n.d.)

Kooten osittain edellisissä kappaleissa mainittuja yksittäisiä seikkoja, GAS-tavoitteissa pyritään noudattamaan aina SMART-ideaa (specific, measurable, achievable, relevant & timed). Tavoitteiden tulisi olla siis yksilöllisesti määriteltyjä, mitattavissa ja saavutettavissa olevia, realistisia, kuntoutujalle merkityksellisiä sekä mahdollisia aikataulukselle. Tavoitteiden nimeäminen tapahtuu keskustelun kautta. Tavoitteista keskustellessa pyritään kääntämään ne positiiviseksi ongelmista puhumisen sijaan. (Sukula & Vainiemi n.d.)

Nimeämisen jälkeen jäljelle jää enää indikaattorin valinta sekä viisiportaisen asteikon (-2, -1, 0, +1 sekä +2 -tasot) luominen. (Sukula & Vainiemi n.d.) Lasten toimintater-

piassa GAS-tavoite voisi olla esimerkiksi pukeutuminen, jolloin nolla- eli tavoitetaso olisi ”laittaa itse housut jalkaansa”. Porrasta alempana, -1-tasolla (jonkin verran odotettua matalampi tulos, mutta oikeansuuntainen) voisi täten olla ”aloittaa pukemaan itse, mutta tarvitsee apua” ja -2-tasolla (selvästi odotettua matalampi tulos, tilanne huonontunut) ”ei aloita housujen pukemista, tarvitsee apua.” +1-tasolla olisi puolestaan jonkin verran odotettua korkeampi suoriutumisen taso, kuten esimerkiksi ”pukee housut ja paidan” ja +2-tasolla, eli selvästi odotettua korkeampi tulos, ”pukee itse vielä sukatkin”.

Kelan kehittämisen kohteena ovat GAS-menetelmän sovellettavuus sekä laadukas käyttö kuntoutusprosesseissa. Tavoitteena on siis yksilöllisten tavoitteiden edesauttaminen kuntoutuksen suunnittelussa ja arvioinnissa sekä moniammatillisen henkilöstön ja asiakkaan yhteistyö tavoitteen asettelussa. Moniammatillinen yhteistyö mahdollistaa erilaisten näkökulmien ja osaamisten esilletuomisen, sekä se vähentää myös päällekkäisten tavoitteiden lukumäärää (tavoitteiden priorisointi). Tavoitteiden laatimisessa tulisi huomioida lisäksi toimintakyvyn eri ulottuvuudet. On tärkeää perehtyä huolella asiakasryhmän oireisiin sekä sairauden etenemiseen. Myös läheisten toiveiden ja odotusten huomioiminen tavoitteen asettamisessa on tärkeää. (Sukula, Vainiemi & Laukkala 2015, 9-11)

## 6. Tarkoitus ja tavoitteet

Opinnäytetyömme tarkoituksena oli tuottaa lähtötilannetietoa EETU-hankkeessa mukana olevien lasten osallistumisen ja suoriutumisen tasosta hankkeen alkutilanteessa. Tavoitteena oli tunnistaa, mihin toimintakyvyn osa-alueelle vanhempien kokemat lasten haasteet kohdentuvat, sekä millä tasolla lasten leikki- ja kaveritaidot ovat ICF-viitekehyksen mukaan tarkasteltuna sekä verrata niitä lapsille asetettuihin tavoitteisiin. Opinnäytetyössämme käytetään lasten haasteiden sijaan termiä ”toimintarajoitteet” ICF-viitekehyksen määritelmän mukaisesti.

Opinnäytetyömme tarkoituksen ja tavoitteiden pohjalta asetimme seuraavat tutkimuskysymykset:

**1. Millaisia toimintarajoitteita lapsilla on EETU-hankkeen aloitusvaiheessa ICF-viitekehyksen mukaan tarkasteltuna?**

- Millaisia toimintarajoitteita lapsilla on COPM-arviointimenetelmän tuloksien perusteella?
- Miten lapsien vanhemmat kokevat lasten suoriutuneen esille nousseista toiminnoista, jotka he ovat määritelleet rajoittuneiksi? (COPM suoriutumispisteet)
- Kuinka tyytyväisiä vanhemmat ovat lapsen toiminnasta suoriutumiseen? (COPM tyytyväisyyspisteet)
- Millä tasolla lasten leikki- ja kaveritaidot ovat RALLA-luokituksen mukaisesti?

**2. Millaisia tavoitteita lapsilla on toimintaterapian aloitusvaiheessa ICF-viitekehyksen mukaan tarkasteltuna?**

- Ovatko lapsen tunnistetut toimintarajoitteet ja toimintaterapialle asetetut tavoitteet samansuuntaisia?

## **7. Opinnäytetyön toteutus**

### **7.1 Menetelmä**

Opinnäytetyömme oli tapaustutkimus (case study). Metsämuurosen (2005) mukaan tapaustutkimus on empiiristä tutkimusta, jonka avulla voidaan tutkia nykyistä tapahtumaa tai toimivaa ihmistä tietyssä ympäristössä. Tapaustutkimukselle ominaista on monipuolinen tiedonhankinta tutkittavasta sekä ilmiön ymmärtäminen entistä syvä-

lisemmin. Tapaustutkimuksessa yleistyksset ovat sallittuja, mutta yleistäminen ei ole itsetarkoitus, vaan kyse on siitä, että edistetään tapauksen ymmärtämistä. Tapaus-tutkimus on keskeinen laadullisen tutkimuksen tiedonhankinnan strategia. (Metsämuuronen 2005, 205-207.)

Kvalitatiivinen eli laadullinen tutkimus on tiedonhankintaa kokonaisvaltaisesti, ja aineisto on koottu luonnollisista ja todellisista tilanteista. Laadullisen tutkimuksen lähtökohtana on aineiston moniselitteinen ja yksityiskohtainen tarkastelu. Laadullisessa tutkimuksessa pyritään tuomaan tutkittavien näkökulmat ja oma ääni esille. Tutkimuksen toteutus tapahtuu joustavasti, ja suunnitelmia saatetaan joutua muuttamaan olosuhteista riippuen. Käsiteltävät tapaukset nähdään ainutlaatuisina, ja aineiston tulkinta tapahtuu sen mukaisesti. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 160.)

Opinnäytetyömme laadullisen tutkimusmenetelmän valintaan vaikuttivat tutkittavien määrä sekä halu tutkia tapauksia ilmiönä välttämättä yleistyksiä. Tapauksia tarkasteltiin sekä yksilöinä että joukkona. Opinnäytetyömme on koottu monipuolisesti tietoa hakien, ja käyttämämme sekundääriaineisto on hankittu luonnollisista ja todellisista tilanteista.

COPM (Canadian Occupational Performance Measure) arviointimenetelmä on suunniteltu asiakkaan toiminnallisuuden itsearviointiin. Sen avulla pystytään kartoittamaan toiminnallisuuden muutoksia asiakkaan itsensä havaitsemana sekä toimintaterapian vaikuttavuutta. Menetelmä soveltuu erilaisille ja eri-ikäisille asiakasryhmille. Sitä voidaan käyttää toimintaterapiajakson alussa ja terapiajakson loppupuolella. COPM:n avulla voidaan selvittää asiakkaan kokemat haasteet toimintojen suorittamisessa, määrittää toimintojen tärkeyttä asiakkaalle, arvioida asiakkaan suoriutumista sekä tyytyväisyyttä suoriutumiseen sekä mitata asiakkaan kokemaa muutosta toimintoissa toimintaterapiajakson jälkeen. (Kantanen & Kaukinen 2011, 9.)

Haastattelussa asiakas määrittelee numeerisen arviointiasteikon (1-10) avulla toimintojen tärkeysjärjestyksen. Suoriutumisen pisteytyksessä 1 merkitsee ”ei suoriudu lainkaan” ja 10 ”suoriutuu erittäin hyvin”. Tyytyväisyyden pisteytyksessä 1 tarkoittaa,

ettei asiakas ole lainkaan tyytyväinen ja 10, että asiakas on erittäin tyytyväinen toiminnasta suoriutumiseen. Suoriutumisen ja tyytyväisyyden arviointiin valitaan viisi asiakkaalle itselleen tärkeää päivittäisen elämän toimintoa, joista hänellä on herännyt huolta. Näiden toimintojen osalta asiakas arvioi omaa senhetkistä toiminnosta suoriutumista sekä tyytyväisyyttä omasta suoriutumisestaan. (Kantanen 2011.)

RALLA on ryhmätilanteessa tapahtuvan lapsen leikin arviointiin kehitetty menetelmä. RALLA arvioi lapsen havainnoitavaa leikkitoimintaa, sen laatua sekä leikillisyyttä. Menetelmä soveltuu 2-6 vuotiaille lapsille, ja arvioinnin tulisi toteutua luonnollisessa ympäristössä, kuten päiväkodissa. Havainnoitavien leikkitalanteiden tulee olla lapsen itse valitsemia ja ei-ohjattuja. RALLA on käytännön työkalu, joka soveltuu kaikille lasten kanssa työskenteleville. RALLA:n viitekehys muodostuu kolmesta pääelementistä, jotka ovat leikkijän sisäinen palo, leikkijän taidot sekä leikkiympäristö, jossa leikki tapahtuu. Näiden tekijöiden nähdään vaikuttavan toisiinsa dynaamisesti. RALLA:n käyttö edellyttää sen taustateoriaan ja pisteytykseen perehtymistä. (Lautamo 2013, 10, 14.)

GAS (Goal Attainment Scaling) on kuntoutuksen tavoitteiden laatimiseen ja arviointiin kehitetty menetelmä. Sen avulla määritellään asiakkaan tavoitteita ja tarkastellaan niiden toteutumista yksilö- tai ryhmätasolla. Tavoitteiden pohjalta voidaan tehdä yksilöllinen kuntoutussuunnitelma moniammatillista yhteistyötä hyödyntäen. (GAS-menetelmä 2013.)

## **7.2 Aineiston kuvaus**

Opinnäytetyömme aineisto muodostui EETU-hankkeen toimijoiden keräämistä tiedoista, joten käyttämämme aineisto oli sekundääriaineistoa. (Hirsjärvi ym. 2009, 186.) Aineisto koostui kuuden 4-7-vuotiaan lapsen, jotka osallistuivat EETU-hankkeen aloitusvaiheeseen kevään 2017 - syyskuun 2017 välisenä aikana, arviointituloksista (n=6). Lapsista viisi oli poikia ja yksi tyttö, ja he kaikki olivat Kelan vaativan lääkinälli-



sen kuntoutuksen parissa, kuntoutusmuotona toimintaterapia. Kohderyhmän osalta kuvattiin ainoastaan heidän lähtötilannettaan hankkeen aloitusvaiheessa. Hankkeessa haettiin eettinen lausunto Keski-Suomen sairaanhoitopiiriin eettiseltä toimikunnalta, ja kaikilta tutkittavilta saatiin kirjallinen suostumus hankkeeseen.

Hankkeessa mukana olevat toimintaterapeutit toteuttivat jokaiselle lapselle ja heidän perheilleen alkuarviointeja käyttäen COPM- ja RALLA – arviointimenetelmiä sekä asettivat lasten kuntoutukselle tavoitteita GAS- menetelmän avulla. COPM- arviointimenetelmän avulla terapeutit arvioivat yhteistyössä perheen kanssa lapsen toimintaa ja siinä näkyviä haasteita. Varhaiskasvattajat havainnoivat lapsia heidän arjen ympäristöissään, jolloin GAS-tavoitteet voitiin asettaa yhteistyössä sekä perheen että varhaiskasvattajien kanssa. Kohderyhmämme alkuarviointitulokset sekä aineistot kuntoutukselle asetetuista tavoitteista toimitettiin meille analysoitavaksi ilman tunnistetietoja. Analysoitavaksi toimitetusta aineistosta ei ollut tarvetta hylätä mitään, vaan koko aineistoa pystyttiin hyödyntämään opinnäytetyössämme.

### **7.3 Aineiston analysointi**

Opinnäytetyössämme käsitelimme sekundääriaineistoa teorialähtöisen sisällönanalyysin avulla. Teorialähtöinen sisällönanalyysi nojaa teoriaan (Vilkkä 2005, 140.), joka tässä opinnäytetyössämme pohjautuu ICF- viitekehykseen. Työssämme hyödynnettiin Ciezan, Brockowin, Ewertin, Ammanin, Kolleritsin, Chatterjin, Berdihanin, Üstünün ja Stuckin (2002) Journal of Rehabilitation of Medicine- lehdessä julkaistua artikkelia, jossa määritellään ICF- viitekehyselle linkityssäännöt, eli siltaamisohjeet. Näitä ICF:n siltaamissääntöjä on yhteensä kahdeksan. Cieza ym. (2002) korostavat huolellista perehtymistä ICF:n taustaan ja sen rakenteeseen. (Cieza ym. 2002, 205-210.) Pyrimme noudattamaan opinnäytetyössämme hyviä tutkimuskäytäntöjä ja tutkimuksen tuloksia raportoitiin objektiivisesti. (Hirsjärvi 2007, 23, 292, 293.)

Käytimme näitä ICF- viitekehysten siltaamissääntöjä tämän laadullisen tutkimusaineiston kuvaamiseen. Käsitteiden siltaaminen ICF:n avulla jakautuu kolmeen päävaiheeseen:

1. Mikä ICF:n osa-alue on kyseessä?
2. Mikä pääluokka valitusta osa-alueesta on tarkoituksenmukaisin?
3. Mikä aihealue tai kuvauskohde valitusta pääluokasta on tarkin? (Paltamaa & Musikka-Siirtola 2016.)

Ciezan ym. (2002) siltaamissääntöjen pohjalta tarkastelimme ICF-viitekehystä kokonaisuutena, jonka jälkeen perehdyimme tarkemmin sen osa-alueisiin. Etsimme ICF-luokituksesta parhaan ja mahdollisimman tarkan määritelmän kuvaamaan lasten toimintarajoitteita sekä toimintaterapian tavoitteita. Siltauksia tehtiin pääluokkiin, kaksi-, sekä kolmiportaisen luokituksen mukaisesti. Esimerkiksi COPM- arviointimenetelmästä noussut lapsen toiminnan haaste ”pukeutuminen” sillattiin sekä ICF- pääluokkaan d5, itsestä huolehtiminen sekä sitä vastaavaan tarkenteeseen d540, pukeutuminen että pääluokkaan d2, yleisluonteiset tehtävät ja vaateet ja sitä vastaavaan kolmiportaiseen luokitukseen d230, päivittäin toistuvien tehtävien ja toimien suorittaminen.

Epätarkemmin merkityn toiminnan haasteen, kuten ”WC”:n, siltaaminen kohdentui sekä pääluokkaan d5, itsestä huolehtiminen ja sitä vastaavaan kolmiportaiseen luokitukseen d530, WC:ssä käyminen, että pääluokkaan d2, yleisluonteiset tehtävät ja vaateet ja kolmiportaiseen luokitukseen d230, päivittäin toistuvien tehtävien ja toimien suorittaminen. Näin ollen useat erilaiset lasten toiminnan haasteet ja GAS- tavoitteet sillattiin useampaan eri ICF-pääluokkaan tai tarkenteeseen. Taulukossa 1 on esitetty esimerkki tehdystä COPM- tulosten siltauksesta. ”Siirtymät” olivat ainoita toiminnan haasteita, joille ei löytynyt ICF:stä tarkkaa määritelmää, minkä vuoksi siltaamista ei voitu toteuttaa.

Taulukko 1. Esimerkki siltauksesta: COPM- arvioinnista esille nousseen lapsen toiminnan haasteen siltaus ICF-luokitukseen

COPM, alkuperäinen lapsen toiminnan haaste	ICF:n kuvauskohde
Ruokailu	D550 Ruokaileminen, D230 Päivittäin toistuvien tehtävien ja toimien suorittaminen
WC	D530 WC:ssä käyminen, D230 Päivittäin toistuvien tehtävien ja toimien suorittaminen
Pukeutuminen	D540 Pukeutuminen, D230 Päivittäin toistuvien tehtävien ja toimien suorittaminen
Siirtymät	Ei määritelmää ICF-luokituksessa

COPM- ja GAS- tulosten ICF-siltaus toteutettiin ensin itsenäisesti, jonka jälkeen tulokset purettiin ja niitä vertailtiin yhdessä opinnäytetyön tekijöiden kesken. Mikäli tulosten siltauksessa ilmeni erimielisyyksiä tai epäselvyyksiä, niitä kohtia tarkasteltiin vielä yksityiskohtaisemmin ja tehtiin tarvittavia kompromisseja. COPM- arviointimenetelmästä saaduista tuloksista keskityimme analysoimaan tietoa lasten toiminnan haasteista ja perheiden kokemuksista toiminnoista suoriutumisesta sekä tyytyväisyyden tasosta.

RALLA- sovellus tuottaa lasten toiminnasta tehtyjen havaintojen pisteytyksistä kokonaistaitavuutta kuvaavan indeksin. Menetelmässä on määritelty niin sanotut riskitasot (hyvät taidot, mahdollisia pulmia taidoissa, merkittäviä pulmia taidoissa). Tarkastelimme lasten leikki- ja kaveritaitoja kokonaistaitavuutena luokitellen lapset näiden riskitasojen mukaisiin luokkiin. ICF-viitekehykseen sillatut tavoitteet ja haasteet vietiin samaan taulukkoon, jonka jälkeen päästiin tarkastelemaan, olivatko lasten tunnistetut toimintarajoitteet ja toimintaterapialle asetetut tavoitteet samansuuntaisia.



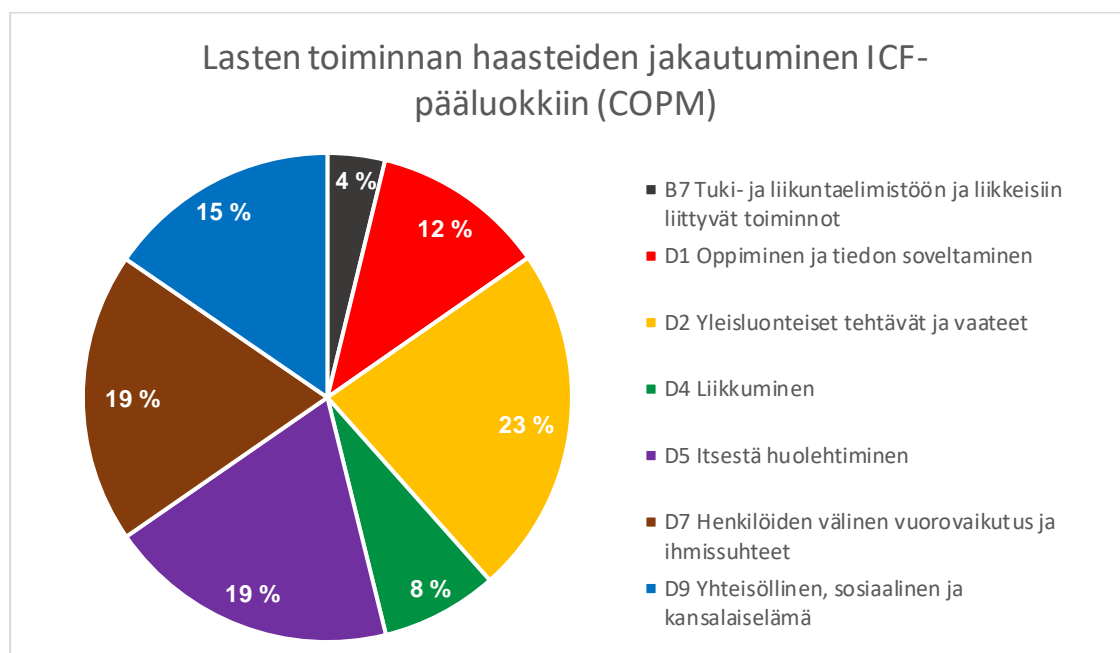
D2201 Useiden tehtävien suorittaminen loppuun						x		x	x			
D2202 Useiden tehtävien tekeminen itsenäisesti								x				
D2203 Useiden tehtävien tekeminen ryhmässä			x						x	x		
D230 Päivittäin toistuvien tehtävien ja toimien suorittaminen	x	x	x			x		x			x	x
D2302 Päivittäin toistuvien tehtävien ja toimien suorittaminen loppuun								x	x			
D2303 Oman toimintatason hallitseminen								x			x	
<b>D3 KOMMUNIKOINTI</b>												
<b>D4 LIIKKUMINEN</b>			x	x		x				x		
D440 Käden hienomotorinen käyttäminen				x		x						
D4402 Käsitteleminen				x	x					x		
D4750 Ihmisvoimalla kulkevan kulkuneuvon kuljettaminen			x									
<b>D5 ITSESTÄ HUOLEHTIMINEN</b>	x	x	x			x		x	x		x	x
D530 WC:ssä käyminen	x											
D5300 Virtsaamisen säätteleminen		x										
D5301 Ulostamisen säätteleminen											x	
D540 Pukeutuminen	x		x			x		x	x		x	x
D5400 Vaatteiden pukeminen												x
D550 Ruokaileminen	x							x				
<b>D6 KOTIELÄMÄ</b>												
<b>D7 HENKILÖIDEN VÄLINEN VUOROVAIKUTUS &amp; IHMISSUHTEET</b>			x	x	x	x	x	x	x	x	x	
D710 Henkilöiden välinen perustava vuorovaikutus								x				
D720 Henkilöiden välinen monimuotoinen vuorovaikutus			x									
D7202 Käyttäytymisen säätely vuorovaikutuksessa											x	
D7203 Sosiaalisten sääntöjen mukainen vuorovaikutus			x	x	x	x		x	x	x		
<b>D8 KESKEISET ELÄMÄNALUEET</b>												
<b>D9 YHTEISÖLLINEN, SOSIAALINEN JA KANSALAISELÄMÄ</b>	x		x	x	x	x	x	x				x
D9200 Pelija leikki	x		x	x	x	x	x	x				x
<b>ICF RUUMIIN/KEHON TOIMINNOT</b>	<b>LAPSI1</b>		<b>LAPSI 2</b>		<b>LAPSI 3</b>		<b>LAPSI 4</b>		<b>LAPSI 5</b>		<b>LAPSI 6</b>	
	<b>COPM</b>	<b>GAS</b>	<b>COPM</b>	<b>GAS</b>	<b>COPM</b>	<b>GAS</b>	<b>COPM</b>	<b>GAS</b>	<b>COPM</b>	<b>GAS</b>	<b>COPM</b>	<b>GAS</b>
<b>B1 MIELEN TOIMINNOT</b>										x		

B1400 Tarkkaavuuden ylläpito											x		
<b>B7 TUKI- JA LIIKUN- TÄELIMISTÖÖN JA LIIKKEISIIN LIITTYVÄT TOIMINNOT</b>												x	
B730 Lihavoiman ja tehon tuottotoiminnot												x	
<b>EI SILLATTAVISSA ICF- LUOKITUKSEEN</b> Siirtymät	x	x										x	

Eniten lapsilla ilmeni haasteita COPM-arviointimenetelmän tulosten perusteella pääluokassa d2 yleisluonteiset tehtävät ja vaateet (kaikilla lapsilla). Pääluokassa d2 esiintyi ruokailuun, pukeutumiseen, WC:ssä käymiseen, ryhmässä sääntöjen ja ohjeiden mukaan toimimiseen, piirtämiseen ja värittämiseen sekä tehtävien suorittamiseen alusta loppuun liittyviä toiminnan haasteita. Toiseksi eniten haasteita ilmeni pääluokassa d5 itsestä huolehtiminen ja d7 henkilöiden välinen vuorovaikutus ja ihmissuhteet (viidellä kuudesta lapsesta). Pääluokassa d5 ilmenneitä haasteita olivat: ruokaileminen, WC:ssä käyminen ja pukeutuminen. Pääluokassa d7 haasteet olivat puolestaan leikkiminen kavereiden kanssa, ryhmässä sääntöjen ja ohjeiden mukaan toimiminen, itsenäinen kauppaleikki kaverin kanssa, vastavuoroinen toimiminen, joustava toiminta sosiaalisissa tilanteissa sekä väkivaltaisuus.

Muita pääluokkia, joissa toiminnan haasteita ilmeni, olivat d1 oppiminen ja tiedon soveltaminen, d4 liikkuminen sekä d9 yhteisöllinen, sosiaalinen ja kansalaiselämä. Pääluokassa d1 esille nousseita haasteita olivat: piirtäminen ja värittäminen, kynällä helppojen kuvioden mallintaminen, helppojen kuvioden leikkaaminen saksilla, ohjeen mukaan toimiminen ryhmässä sekä kynätaidot. Pääluokassa d4 ilmenneet haasteet olivat: pyöräily, kynällä helppojen kuvioden mallintaminen, helppojen kuvioden leikkaaminen saksilla sekä kynätaidot. Pääluokassa d9 haasteet olivat leikki ja leikkiminen kavereiden kanssa. Kahdella lapsella ilmennyttä toiminnan haastetta ”siirtymät” ei pystytty siltaamaan ICF- luokitukseen, sillä sille ei löytynyt määritelmää.

Ruumiin/ kehon toimintojen osa-alueelle kohdentui COPM- tulosten perusteella ai-noastaan yhden lapsen toiminnan haaste ”voimankäyttö”, joka sijoittui ICF-pääluokkaan b7 tuki- ja liikuntaelimityöhön ja liikkeisiin liittyvät toiminnot. Kuten Ai-neiston analysointi -luvussakin jo tuli esille, osa haasteista siltattiin useampaan pää-luokkaan ja kuvauskohteeseen. Lasten haasteiden jakautuminen ICF-pääluokkiin on esitetty vielä visuaalisesti kuviossa 3. Siirtymiä ei ole huomioitu kuviossa siltaamisen puuttumisen vuoksi.



Kuvio 3. COPM:sta esille nousseitten haasteiden jakautuminen ICF-pääluokkiin

COPM- tulosten perusteella lapsilla ilmenneitä toiminnan haasteita oli neljästä vii-teen kappaletta yhtä lasta kohden, ja yhteensä kaikilla lapsilla toiminnan haasteita oli 27 kappaletta. COPM- arviointimenetelmässä asiakas määrittää oman arvionsa sen-hetkisestä toiminnasta suoriutumiseen ja tyytyväisyyteen 1-10 jatkumon avulla. Suo-riutumisen pisteytyksessä 1 merkitsee ”ei suoriudu lainkaan” ja 10 ”suoriutuu erittäin hyvin”. Tyytyväisyyden pisteytyksessä 1 tarkoittaa, ettei asiakas ole lainkaan tyyty-väinen ja 10, että asiakas on erittäin tyytyväinen toiminnasta suoriutumiseen. (Kan-tanen 2011.)

Vanhempien kokema lasten suoriutumisen taso esille nousseista toiminnan haasteista vaihteli välillä 1-8 COPM:n mukaan. COPM- lomakkeen pisteytyksissä yhden lapsen kohdalla yksi suoriutumisen piste oli merkitty kahden luvun väliin (2-3). COPM-manuaalissa jatkumo on esitetty tasaluvuin, ilman kahta lukua tai desimaaleja (Kanttanen 2011, 21-22), joten päädyimme laskemaan suoriutumisen keskiarvon tämän lapsen kohdalla alemmalla lukuarvolla 2. Tällä yksittäisellä pisteytyksellä ei ollut kuitenkaan merkittävää vaikutusta tuloksiin. Tyytyväisyyden taso vaihteli puolestaan välillä 1-9. Koko ryhmän keskiarvo suoriutumisen osalta oli 4,21 ja tyytyväisyyden 4,74. Tarkemmat tiedot tuloksista on ilmoitettu taulukossa 3.

Taulukko 3. Vanhempien kokemat lasten suoriutumisen ja tyytyväisyyden pisteet

COPM PISTEET 1-10*	LAPSI 1	LAPSI 2	LAPSI 3	LAPSI 4	LAPSI 5	LAPSI 6	KOKO RYH- MÄ
<b>SUORIUTUMISEN PISTEET KA**</b> (VAIHTELUVÄLI)	5,2 (2-7)	6,8 (5-8)	1,25 (1-2)	3 (1-6)	6 (5-7)	3 (1-5)	KA** 4,21 (VAIHTELUVÄLI 1-8)
<b>TYTYVÄISYYDEN PISTEET KA**</b> (VAIHTELUVÄLI)	6 (4-8)	6,2 (4-8)	1,75 (1-3)	3 (1-7)	8,5 (8-9)	3 (1-5)	KA**4,74 (VAIHTELUVÄLI 1-9)
<b>LASTEN TOIMINTARAJOITTEIDEN MÄÄRÄ</b>	5	5	4	4	4	5	27

\*COPM- pisteet asteikolla 1-10, 1=en suoriudu lainkaan ja 10 = suoriudun erittäin hyvin

\*\* Keskiarvo

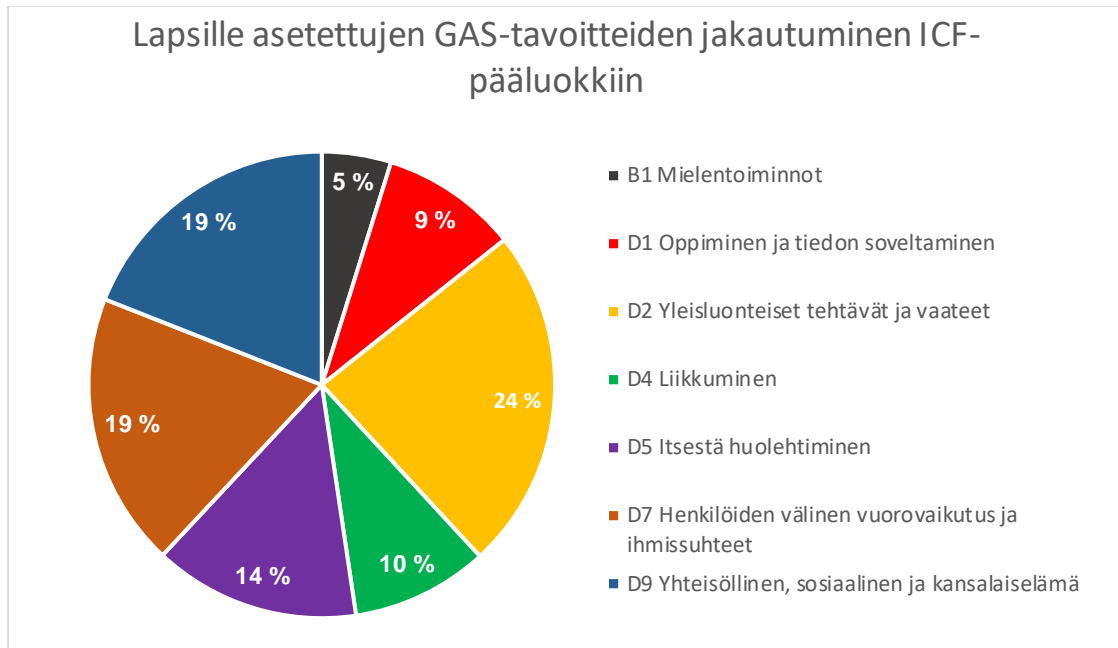
Kaikille kuudelle lapselle oli asetettu yhteensä 14 GAS- tavoitetta. Yhtä lasta kohden asetettuja tavoitteita oli 2-3 kappaletta. Tavoitteita oli asetettu eniten haasteissa mainittujen asioiden lisäksi myös kädentaitoihin liittyen. Lapsille asetetut GAS-tavoitteet kohdentuivat suoritukset ja osallistuminen osa-alueella kuuteen eri pääluokkaan. Eniten tavoitteet kohdentuivat ICF-pääloukkiin d2 yleisluonteiset tehtävät ja vaateet (viidellä kuudesta lapsesta), d7 henkilöiden välinen vuorovaikutus ja ihmissuhteet (neljällä kuudesta lapsesta) sekä d9 yhteisöllinen, sosiaalinen ja kansalaiselämä (neljällä kuudesta lapsesta). Pääluokkaan d2 kohdentuivat seuraavat asetetut tavoitteet: kuivaksi oppiminen, leikki, itsenäinen ulkovaatteiden pukeminen, toi-



minnan jatkaminen tarkoituksenmukaisesti ryhmässä, ohjeen mukaan toimiminen ryhmässä sekä sukkien pukeminen. Pääluokkaan d7 asetettuja tavoitteita olivat: leikkitaitojen vahvistuminen, kauppaleikki ja ohjeen mukaan toimiminen ryhmässä. Pääluokassa d9 esille nostettuja tavoitteita olivat leikkitaitojen vahvistuminen sekä leikki.

Muita pääluokkia, joihin tavoitteita oli asetettu, olivat: d1 oppiminen ja tiedon soveltaminen, d4 liikkuminen ja d5 itsestä huolehtiminen. Pääluokassa d1 asetettuja tavoitteita olivat: kädentaidot, helppojen kuvioiden mallintaminen, toiminnan jatkaminen tarkoituksenmukaisesti ryhmässä, ohjeen mukaan toimiminen ryhmässä sekä kynätaidot. Pääluokassa d4 esiin nousseita tavoitteita olivat kynäotteen vahvistuminen piirtäessä sekä helppojen kuvioiden mallintaminen. Pääluokkaan d5 sillattuja tavoitteita olivat: kuivaksi oppiminen, itsenäinen ulkovaatteiden pukeminen sekä sukkien pukeminen. Pääluokkiin d3 kommunikointi, d6 kotielämä sekä d8 keskeiset elämänaalueet ei oltu asetettu tavoitteita.

ICF-viitekehyksen mukaisesti ruumiin/ kehon toimintojen osa-alueelle sijoittui yhden lapsen asetettu tavoite. Tämä tavoite, ”toiminnan jatkaminen tarkoituksenmukaisesti ryhmässä”, kohdentui pääluokkaan b1 mielentoiminnot. Myös GAS-tavoitteista osa sillattiin useampaan eri pääluokkaan ja kuvauskohteeseen ICF:ssä. Lapsille asetettujen tavoitteiden jakautuminen ICF-pääluokkiin on esitetty kuviossa 4. Siirtymiä ei ole huomioitu tässä kuviossa, sillä niitä ei pystytty siltaamaan.



Kuvio 4. GAS-tavoitteiden jakautuminen ICF-pääloukkiin

RALLA- arviointitulosten perusteella kaikilla lapsilla ilmeni EETU- hankkeen alkuvaiheessa haasteita leikki- sekä kaveritaidoissa. Leikki- ja kaveritaidot luokiteltiin RALLA- menetelmässä määriteltyihin riskitasoihin: hyvät taidot, mahdollisia pulmia taidoissa, merkittäviä pulmia taidoissa. Viidellä lapsella kuudesta esiintyi merkittäviä pulmia sekä leikki- että kaveritaidoissa. Yhdellä lapsella leikki- ja kaveritaidoissa esiintyi mahdollisia pulmia.

Tulosten pohjalta voidaan todeta, että lapsen tunnistetut toimintarajoitteet ja toimintaterapialle asetetut tavoitteet ovat pääosin samansuuntaisia. Ainoastaan yhdellä kuudesta lapsesta oli nostettu tavoitteeksi kynätaidot, joka ei tullut kuitenkaan COPM- arviointituloksissa ilmi. Kahdella kuudesta puolestaan oli ilmennyt COPM:n perusteella haasteita käyttäytymisessä (voimankäyttö, väkivaltaisuus) sekä ryhmässä toimimisessa, mutta niitä ei oltu nostettu tavoitteeksi. Haasteita ruokailutilanteessa ilmeni kahdella kuudesta lapsesta, mutta myöskään niitä ei oltu nostettu tavoitteeksi. RALLA:n arviointitulosten mukaan viidellä kuudesta ilmeni paljon/merkittäviä pulmia leikki- ja kaveritaidoissa. Neljällä kuudesta lapsesta tämä oli huomioitu tavoitteenasettelussa. Kaikilla kuudella lapsella oli kuitenkin nostettu kahdesta kolmeen toi-

minnan haastetta tavoitteeksi, mistä voidaan päätellä tavoitteiden olevan kutakuinkin samansuuntaisia lasten toimintarajoitteiden kanssa. Tavoitteiden ja toimintarajoitteiden samansuuntaisuutta on havainnollistettu vielä tarkemmin taulukossa 4.

Taulukko 4. Yhteenveto lasten arviointituloksista ja asetetuista tavoitteista

Lasten arviointitulokset ja tavoitteet	LAPSI 1	LAPSI 2	LAPSI 3	LAPSI 4	LAPSI 5	LAPSI 6
<b>COPM</b>	pukeutuminen WC leikki ruokailu siirtymät	pukeutuminen sääntöjen mukaan toimiminen ryhmässä leikki kaverin kanssa värittäminen piirtäminen pyöräily	itsenäinen pukeutuminen itsenäinen leikki kaverin kanssa osittain helppojen kuvioiden mallintaminen kynällä helppojen kuvioiden leikkaaminen saksilla	itsenäinen pukeutuminen leikki vastavuoroinen toimiminen ruokailu	ohjeiden mukaan toimiminen ryhmässä kynätaidot asioiden tekeminen alusta loppuun joustava toiminta sosiaalisissa tilanteissa	pukeutuminen WC voimankäyttö väkivaltaisuus siirtymätilanteet
<b>RALLA leikki- ja kaveritaidot</b>	mahdollisia pulmia leikki- ja kaveritaidoissa	merkittäviä pulmia leikki- ja kaveritaidoissa	merkittäviä pulmia leikki- ja kaveritaidoissa	merkittäviä pulmia leikki- ja kaveritaidoissa	merkittäviä pulmia leikki- ja kaveritaidoissa	merkittäviä pulmia leikki- ja kaveritaidoissa
<b>GAS- tavoitteet</b>	siirtymät kuivaksi oppiminen kädentaidot	leikkitaitojen vahvistuminen kynäotteen vahvistuminen piirtäessä	kauppaleikki helppojen kuvioiden mallintaminen	kauppaleikki itsenäinen ulkovaatteiden pukeminen	ryhmässä toiminnan jatkaminen tarkoituksenmukaisesti ryhmässä ohjeen mukaan toimiminen kynätaidot	leikki sukkien pukeminen

## 9. Johtopäätökset

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää EETU-hankkeessa mukana olevien lasten suorituksen ja osallistumisen taso hankkeen alkutilanteessa. Tavoitteena oli tunnistaa, mihin toimintakyvyn osa-alueelle vanhempien kokemat lasten haasteet

kohdentuivat ICF-viitekehyksessä, sekä millä tasolla lasten leikki- ja kaveritaidot olivat. Lisäksi tavoitteena oli verrata niitä lapsille asetettuihin tavoitteisiin.

ICF- viitekehyksessä tarkasteltuna vanhempien kokemat haasteet sijoittuivat ruumiin/ kehon toimintojen pääluokkaan b7 tuki- ja liikuntaelimistöön ja liikkeisiin liittyvät toiminnot sekä suoritukset ja osallistuminen -osa-alueen pääluokkiin d2, yleisluonteiset tehtävät ja vaateet, joka ilmeni kaikilla lapsilla sekä toiseksi eniten pääluokissa d5, itsestä huolehtiminen ja d7, henkilöiden välinen vuorovaikutus ja ihmissuhteet viidellä kuudesta lapsesta. Muita pääluokkia, joissa haasteita ilmeni, olivat d1 oppiminen ja tiedon soveltaminen, d4, liikkuminen sekä d9, yhteisöllinen, sosiaalinen ja kansalaiselämä.

COPM- arviointitulosten perusteella vanhemmat kokivat toimintarajoitteita erityisesti: pukeutumisessa, ruokailussa, WC:ssä käymisessä, leikissä, vuorovaikutuksessa, kädentaidoissa, siirtymissä, voimankäytössä, ryhmässä sääntöjen ja ohjeiden mukaan toimimisessa, oman toiminnan ohjaamisessa sekä pyöräilyssä. Eniten vanhemmat kokivat haasteita olevan pukeutumisessa, leikki- ja kaveritaidoissa sekä lapsen vuorovaikutuksessa. Vanhempien kokema lasten suoriutumisen taso esille nousseista toiminnan haasteista vaihteli välillä 1-8 COPM:n mukaan. Tyytyväisyyden taso vaihteli puolestaan välillä 1-9.

RALLA- arviointituloksia tarkasteltaessa voidaan päätellä, että kaikilla hankkeessa mukana olleilla lapsilla oli haasteita leikki- ja kaveritaidoissa. Viidellä lapsella kuudesta esiintyi merkittäviä pulmia sekä leikki- että kaveritaidoissa. Yhdellä lapsella leikki- ja kaveritaidoissa esiintyi mahdollisia pulmia. Tavoitteenasettelussa lasten leikki- ja kaveritaidot olivat huomioitu neljällä kuudesta lapsesta.

GAS-tavoitteita oli asetettu eniten haasteissa mainittujen asioiden lisäksi myös kädentaitoihin liittyen. ICF- viitekehyksen mukaan tarkasteltuna lasten tavoitteet kohdentuivat ruumiin/ kehon toimintojen pääluokkaan b1, mielentoiminnot sekä suoritukset ja osallistuminen -osa-alueen pääluokkiin d1, oppiminen ja tiedon soveltami-

nen, d2, yleisluonteiset tehtävät ja vaateet, d4, liikkuminen, d5, itsestä huolehtiminen, d7, henkilöiden välinen vuorovaikutus ja ihmissuhteet sekä d9, yhteisöllinen, sosiaalinen ja kansalaiselämä. Eniten tavoitteita oli asetettu pääluokkaan d2. Tulosten perusteella voidaan todeta, että lapsen tunnistetut toimintarajoitteet ja toimintaterapialle asetetut tavoitteet ovat pääosin samansuuntaisia. Kaikilla kuudella lapsella oli nostettu kahdesta kolmeen ilmennyttä toiminnan haastetta tavoitteeksi.

Vaikka tulokset eivät ole yleistettävissä laadullisen tutkimusmenetelmän ja otannan vuoksi, voidaan niistä kuitenkin päätellä, että lapsilla ilmenneet toimintakyvyn haasteet ja toimintaterapialle asetetut tavoitteet liittyvät vahvasti lapsen arkeen ja siinä osallistumiseen ja suoriutumiseen. Asetetut tavoitteet ovat toteutettavissa sekä yksilöllisessä toimintaterapiassa että lapsen luonnollisessa toimintaympäristössä. Opinnäytetyön tulokset osoittivat kohderyhmämme osalta, että lähes kaikilla vaativan lääkinnällisen kuntoutuksen parissa olevilla lapsilla leikki- ja kaveritaidoissa ilmeni vähintään vähäisiä pulmia, mikä näkyi myös tavoitteenasettelussa.

## 10. Pohdinta

Siparin, Vänskän ja Pollarin (2017) tutkimuksessa ”Lapsen edun toteutuminen kuntoutuksessa” tuodaan esille lasten kuntoutukseen liittyviä hyviä käytäntöjä, jotka vahvistavat lapsen osallistumista ja toimimista omassa arjessaan. Tutkimuksen mukaan vaativaa lääkinnällistä kuntoutusta tarvitsevilla lapsilla kuntoutus liittyy usein lapsen tavanomaiseen arkeen ja rutiineihin. (Sipari, Vänskä & Pollari 2017.) Myös opinnäytetyömme tulosten perusteella lasten kokemat toiminnan haasteet liittyvät vahvasti lapsen arkeen ja ovat näin ollen samansuuntaisia, kuin Sipari, Vänskä ja Pollari (2017) tuovat esiin tutkimuksessaan.

Myös kuntoutuksen tavoitteiden tulee kohdentua asiakkaan arjessa kokemiin ongelmiin. (Karhula, Veijola & Ylisassi 2016.) Toimintaterapiassa oleellista on, että terapian

tavoitteet ovat asiakkaalle merkityksellisiä ja ne kohdentuvat sopivalla tavalla asiakkaan elämäntilanteeseen. (Doig & Fleming 2015, 185-186.) Myös opinnäytetyömme tuloksista kävi ilmi, että lapsille asetetut tavoitteet EETU-hankkeen alkuvaiheessa kohdentuivat asiakkaan arjessa kokemiin haasteisiin.

Lapsille asetetuissa tavoitteissa toiminnot liittyivät Kanadalaisen toiminnallisuuden ja sitoutumisen mallin mukaisesti (CMOP-E) itsestä huolehtimiseen, tuottavuuteen ja vapaa-aikaan. Lasten kohdalla esimerkiksi leikki ja koulu nähdään tuottavana toimintana. (Polatajko & Townsend 2007, 28-34.) Opinnäytetyömme tuloksia ICF- viitekehukseen peilaten, ne kohdentuivat itsestä huolehtimiseen, oppimiseen ja tiedon soveltamiseen, yleisluonteisiin tehtäviin ja vaateisiin, liikkumiseen, vuorovaikutukseen ja ihmissuhteisiin sekä yhteisölliseen, sosiaaliseen ja kansalaiselämään. (Stakes 2013, 14.)

Kanadalaisen toiminnallisuuden ja sitoutumisen mallin (CMOP-E) mukaisesti toiminta jaetaan itsestä huolehtimiseen, tuottavuuteen ja vapaa-aikaan. Nämä kaikki yllämainitut osa-alueet ovat Kanadalaisen toiminnallisuuden ja sitoutumisen mallin (CMOP-E) mukaan jokaiselle yksilölle elämän perustarpeita, joihin kaikilla tulee olla yhdenvertainen oikeus. Tätä kautta mielekkäällä toiminnalla on vaikutus ihmisen terveyteen sekä hyvinvointiin, ja mielekäs toiminta mahdollistaa lapselle yhteiskuntaan osallistumisen. (Polatajko & Townsend 2007, 23-24.)

Lapsille tavoitteita oli asetettu pukeutumiseen, ryhmässä ohjeiden mukaan toimimiseen, leikkiin ja vuorovaikutukseen, että kädentaitoihin. Kauppila ym. (2016) toteaa, että lapsen kuntoutus tulee sitouttaa lapsen arkirutiineihin, joita ovat esimerkiksi leikki, ruokailu, harrastukset, varhaiskasvatus ja koulu. (Kauppila, Sipari & Suhonen-Polvi 2016.) Fisherin (2009) mukaan toimintaterapian keskeinen ydinajatus on asiakaslähtöinen työskentelytapa ja tämä mahdollistuu osaltaan niin, että toimintaterapeutit pyrkivät työskentelemään ja kohtaamaan asiakkaan hänelle luonnollisissa toimintaympäristöissä, jolloin ammattilaisen ymmärrys ja näkemys asiakkaasta sekä hänelle merkityksellisistä toiminnoista kasvaa. (Fisher 2009, 1-5.) Näin ollen olisikin

tärkeää, että lapsen toimintaterapia toteutuisi ainakin osittain lapselle luonnollisessa arjen ympäristössä, jotta kuntoutus ei jäisi täysin irralliseksi osaksi lapsen arkea. Leikki on lapsen ensisijaista toimintaa arjessa ja lapsuudessa. Lapsen leikkitekojen kautta voidaan ymmärtää, kuinka lapsi on vuorovaikutuksessa ympäristön kanssa. Lapseen, perheeseen sekä ympäristöön liittyvät moninaiset tekijät vaikuttavat lapsen sitoutumiseen ja leikkiin osallistumiseen. Leikin avulla lapsi voi myös harjoitella erilaisia rooleja. Näitä erilaisia taitoja tarvitaan myöhemmin elämän eri osa-alueilla. (Case-Smith ym. 2010, 23.)

Lapset, joilla on toiminnallisia haasteita tai rajoitteita, kohtaavat erilaisia haasteita leikkiessään, esimerkiksi fyysisten rajoitteiden vuoksi vuorovaikutus ympäristön ja vertaisten kanssa rajoittuu. He tarvitsevat enemmän tukea, jotta leikki ja vuorovaikutus ympäristön sekä vertaisten kanssa mahdollistuu. (Knox 2010, 543-547.) RALLA-arviointituloksien perusteella kaikilla EETU-hankkeen alkutilanteeseen osallistuneilla lapsilla oli vähäisiä tai merkittäviä pulmia leikki- ja kaveritaidoissa. Leikin ollessa suuri osa lapsen arkea ja merkityksellistä toimintaa, on merkittävää, että nämä leikkiin- ja kaveritaitoihin liittyvät pulmat oli otettu hyvin huomioon EETU-hankkeen alkutilanteessa lasten toimintaterapian tavoitteenasettelussa.

Lapsen kuntoutuksessa keskiössä ovat myös lapsen oikeus osallistua häntä koskevaan päätöksentekoon sekä lapsen äänen kuuleminen. Tämä tulisi huomioida juuri esimerkiksi tavoitteenasettelussa. Metropolian ammattikorkeakoulussa yhteistyössä Kelan ja Lastensuojelun Keskusliiton kanssa on toteutettu vuosina 2015-2017 LOOK-hanke, jossa edistetään lapsen oikeutta osallistua kuntoutukseensa. Hanke on tuottanut konkreettisia lapsen osallistumista edistäviä työkaluja (Metku-kirja, -neuvottelu sekä –muistio), joita voi hyödyntää vanhemmat, ammattilaiset sekä lapsen läheiset henkilöt lapsen kuntoutuksessa, jotta lapsen ääni saadaan kuuluviin. (Sipari, Vänskä & Pollari 2017.) Tässä opinnäytetyössä ei voitu selvittää, oliko lapsi osallinen arviointiprosessissa, eli mukana asettamassa tavoitteita yhdessä vanhempien/huoltajan kanssa, mutta sen tulisi olla luontainen osa toimintaterapiaprosessia. (Case-Smith 2010, 2-3; Rodger & Kennedy-Behr 2017, 23, 24, 28, 29.)

Koska kyseessä oli lasten kuntoutukseen kohdistuva opinnäytetyö, yksityisyyden turvaaminen koskee koko perhettä. Nojaten henkilötietosuojalakiin, kerättyä tietoa ja tutkimustuloksia käsitellään luottamuksellisesti. EETU-hankkeen toimesta yksittäisille tutkimushenkilöille on annettu tunnuskoodi, ja tieto säilytetään koodattuna tutkimustiedostossa. Tutkimustulosten analysointi tapahtuu koodattuna. Tällöin yksittäistä henkilöä ei voida tunnistaa ilman koodiavainta, jota säilyttävät EETU-hankkeen vastuulliset tutkijat, eikä hankkeen tietoja luovuteta ulkopuolisille henkilöille. (Henkilötietolaki 523/1999, 14§.) Käsitelimme tämän opinnäytetyön sekundääriaineistoa noudattaen salassapitovelvollisuutta. (Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 559/1994, 17§.)

Jäimme kuitenkin pohtimaan, miksi COPM:ssa esiin nousseita joitakin lapsen toiminnan haasteita ei oltu huomioitu joissakin tavoitteenasetteluissa ja päinvastoin: miksi lapsen tavoitteeksi oli asetettu toiminta, joka ei noussut esille COPM:ssa tai RALLA-arviointituloksissa. Toisaalta on kuitenkin ymmärrettävää, että kyseessä on toimintaterapiaprosessi, jossa on käyty keskustelua tavoitteen asetelusta terapeutin ja vanhemman välillä, missä emme ole olleet osallisina, emmekä täten voi tietää, miksi kyseinen toiminta on nostettu tavoitteeksi. Pohdimme, voiko lasten mahdolliset ennalta laaditut kuntoutussuunnitelmat vaikuttaa hankkeen aikana asetettuihin tavoitteisiin. Tämän vuoksi johtopäätösten tekeminen on kyseenalaista.

Lisäksi pohdimme, olivatko kaikki toimintaterapeutit ja perheet ymmärtäneet COPM-arviointimenetelmän käyttöperiaatteen, sillä COPM-lomakkeen pisteytyksissä ilmeni yksi virheellisesti merkitty suoriutumisen piste (2-3). COPM-arviointimenetelmässä ei tulisi pisteyttää kahden numeron väliin, vaan pisteytyksen olisi hyvä tapahtua tasaluvuin, jotta keskiarvo pystytään tarkasti laskemaan. COPM-manuaalissa jatkumo on esitetty tasaluvuin, ilman kahta lukua tai desimaaleja (Kantanen & Kaukinen 2011, 21-22), joten päädyimme laskemaan suoriutumisen keskiarvon tämän lapsen kohdalla alemmalla lukuarvolla 2. Tällä yksittäisellä pisteytyksellä ei ollut kuitenkaan merkittävää vaikutusta tuloksiin. Lisäksi mielestämme yllättävää oli se, miten tyytyväisiä osa



vanhemmista oli lasten toiminnoista suoriutumiseen verrattuna itse suoriutumisen tasoon, jotka näyttäytyivät COPM- arviointituloksissa melko heikkoinakin.

COPM- arviointituloksista saadut lasten toiminnan haasteet sekä toimintaterapialle asetetut GAS-tavoitteet sillattiin kansainväliseen ICF- luokitusjärjestelmään Ciezan ym. (2002) ICF- linkityssääntöjen mukaisesti. Laadullisen tekstin siltaamisen koimme toisinaan haastavaksi, sillä se jättää paljon tulkinnanvaraa siltauksen tekijälle. Välillä oli vaikeaa pohtia, mikä on olennaista tietoa. Esimerkiksi määritelmät ”siirtymät”, ”rauhassa” ja ”osittain itsenäisesti” toiminnan haasteissa ovat toisaalta olennaista tietoa, mutta niitä ei pysty ICF:n mukaan siltaamaan, jolloin toiminnan haasteen merkitys muuttuu. Täten olisi syytä pohtia, vaikuttaako tämä saatuun lopputulokseen.

Lopputulokseen voi myös vaikuttaa se, että osa lasten haasteista ja tavoitteista sillattiin useampaan pääluokkaan, esimerkiksi pukeutumisen siltaus tapahtui sekä pääluokkaan d2, yleisluonteiset tehtävät ja vaateet, tarkenteeseen d230 päivittäin toistuva tehtävä ja toimi että pääluokkaan d5, itsestä huolehtiminen, tarkenteeseen d540 pukeutuminen. Haasteiden siltaaminen useampaan pääluokkaan voidaan kuitenkin perustella sillä, että esimerkiksi pukeutumisen, ruokailemisen ja WC:ssä käymisen voidaan olettaa olevan päivittäin toistuvia toimia, joita lapsi suorittaa. (Cieza ym. 2002.)

Siltauksen haasteellisuutta lisäsi COPM- arviointilomakkeiden kirjaamistyyli, joissa oli välillä vaikea ymmärtää, mitä kirjattu haaste käytännössä tarkoittaa, esimerkiksi COPM- lomakkeeseen kirjattu ”WC” ei ilmennä juurikaan sitä, missä vaiheessa lapsella tarkalleen ottaen ongelma esiintyy. Tämän tyyppisistä kirjaustyyleistä voi helposti lähteä tekemään omia johtopäätöksiä. Sama koskee esimerkiksi ”kynätaidot” haastetta, jonka kohdalla täytyy tulkinnat (vaatiiko tehtävä hienomotorisia taitoja, hahmottamista, keskittymistä) jättää tekemättä. Tämä sama asia korostuu myös tavoitteiden asettelussa ja kirjaamisessa. GAS- tavoitteiden kohdalla tulisikin aina pyrkiä noudattamaan SMART- ideaa: specific, measurable, achievable, relevant & timed,

jolloin tavoitteet ovat tarkoin määriteltyjä ja mitattavissa olevia. (Sukula & Vainiemi n.d.) Doig ja Fleming (2015) korostavat toimintaterapian tavoitteiden asettelussa niiden merkityksellisyyden, asiakaskeskeisyyden ja mitattavuuden lisäksi tavoitteiden selkeää ymmärtämistä. (Doig & Fleming 2015, 191.)

Siltaamisen ja laadullisten arviointitulosten haasteista huolimatta opinnäytetyötämme voidaan kuitenkin pitää luotettavana, sillä siltaamisen on suorittanut itsenäisesti kaksi eri henkilöä, ja siltauksen tarkistaminen on suoritettu huolellisesti ja harkiten, tuloksia vertaillen. Pääosin aineiston ICF-siltaaminen oli siis kuitenkin sujuvaa ja yksimielistä. ICF-siltaus on tarkistettu lisäksi EETU-hankkeessa mukana olevan asiantuntijan toimesta. Opinnäytetyömme luotettavuutta oli osittain myös ennalta määritetty EETU-hankkeen toimesta, sillä hankkeen suunnittelussa oli jo pyritty valitsemaan parhaat mahdolliset ja luotettavat sekä validit arviointimenetelmät (GAS, COPM, RALLA) tutkimusaineiston keräämiseen.

Suomen Toimintaterapeuttiliitto julkaisi syksyllä 2017 liiton ydinviestin, jolla vahvistetaan toimintaterapian yhteiskunnallista asemaa. ”Me toimintaterapeutit saattamme ihmisen merkitykselliseen, toimivaan arkeen, joka on aina enemmän kuin pelkkää pärjäämistä.” Toimintaterapian tarkoitus on tukea ihmistä aktiivisena toimijana, mikä lähtee ihmisen omasta motivaatiosta ja hänen vahvuuksien tunnistamisesta ja vahvistamisesta. Merkityksellinen arki on jokaisen henkilökohtainen kokemus eivätkä sitä ohjaa yhteiskunnan normit. (Toimintaterapeuttiliitto 2017.) Myös opinnäytetyösämme oli ydinviesti otettu huomioon, ja mielestämme työssämme onnistuimme korostamaan toimintaterapian näkökulmaa osana lapsen arkea sekä lapsen osallistumista ja suoriutumista arjen merkityksellisiin toimintoihin.

## **10.1 Jatkotutkimusehdotuksia**

Lasten kuntoutusta tulisi aina edistää, sillä juuri lapsuudessa pystytään parhaiten vaikuttamaan ennaltaehkäisevästi toimintakyvyn haasteisiin, jotka vaikuttavat lapsen

osallistumiseen ja suoriutumiseen arjessa. Mikäli lapsen haasteita ei huomata tai niihin ei ole puututtu varhaisessa vaiheessa, saattavat ne heijastua myöhemmin nuoruus- ja aikuisiällä. Lapsen osallistumiseen ja suoriutumiseen tulisi keskittyä valmiustason toimintojen (esimerkiksi ruumiin/kehon toiminnot) korostamisen sijaan. Myös tämän aiheen toteutumista toimintaterapiassa voisi olla hyvä tutkia enemmän. Kuntoutuksen tavoitteiden kohdentuminen lapsella ilmenneisiin toimintarajoitteisiin on aihe, jota olisi hyvä tarkastella muissakin tutkimuksissa.

Etäkuntoutus on melko uusi sekä ajankohtainen aihe ja se on osa tulevaisuutta. Tämän vuoksi olisi hyvä tutkia aihetta lisää, jotta uusia menetelmiä voitaisiin ottaa käyttöön kuntoutuksessa. Uudet tutkimukset lisäävät etämenetelmien luotettavuutta ja täten myös voisivat lisätä niiden käyttöönottoa.

Johtopäätösten perusteella hyvä jatkotutkimusaihe voisi olla myös ICF- viitekehyksen hyödyntäminen toimintaterapian näkökulmasta. Kelan avoterapiastandardit pohjautuvat pitkälti ICF- viitekehykseen, joten olisi tärkeää, että toimintaterapeuttien keskuudessa ymmärrys tätä luokitusjärjestelmää kohtaan kasvaisi, jotta sitä voitaisiin hyödyntää kuntoutuksessa parhaalla mahdollisella tavalla, ja moniammatillinen yhteistyö lisääntyisi. Toimintaterapia on pääosin monelle vieras ala, joten näkyvyys ja jatkotutkimukset ovat aina alalle hyödyllisiä ja eduksi. Myös tämä voisi edistää moniammatillisuutta työyhteisöissä.

## Lähteet

Alasoini, T. 2015. Digitalisaatio muuttaa työtä – millaista työelämää uudistavaa innovaatiopolitiikkaa tarvitaan? Teoksessa: Työpoliittinen aikakauskirja. 2/2015. Työ- ja elinkeinoministeriö. Verkkojulkaisu. Viitattu 22.10.2017.

<http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/74854/tak22015.pdf?sequence=1#page=26>

American Occupational Therapy Association. 2014. The Role of Occupational Therapy with Children and Youth. Fact Sheet. Verkkojulkaisu. Viitattu 19.10.2017.

<https://www.aota.org/~media/Corporate/Files/AboutOT/Professionals/WhatsOT/CY/Fact-Sheets/Children%20and%20Youth%20fact%20sheet.pdf>

Anttila H., & Paltamaa, J. 2015. Maailman terveysjärjestön toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälinen luokitus ICF. Julkaisussa Toimintakyvyn arviointi. ICF teoriasta käytäntöön, 15-17. Viitattu 10.10.2017

<http://www.kela.fi/documents/10180/751941/Tutkimuksia137.pdf>

Autti-Rämö, I., Salminen, A.L., Rajavaara, M. & Ylinen, A. 2016. Kuntoutuminen. E-kirja. Helsinki. Duodecim. Viitattu 5.10.2017.

<http://www.oppiportti.fi/op/ktm00001/do>

Benham, S. & Gibbs, V. 2017. Exploration of the Effects of Telerehabilitation in a School-Based Setting for At-Risk Youth. Viitattu 23.10.2017.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5546560/>

Boulos, M. N.; Brewer, A.C.; Karimkhani, C.; Buller, D.B. & Dellavalle, R. P. 2014. Mobile medical and health apps: state of the art, concerns, regulatory control and certification. US National Library of Medicine - National Institutes of Health. Online J Pub-

lic Health Inform. Viitattu 16.10.2017.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3959919/>

Burdea, G. 2014. Virtual Rehabilitation - Benefits and Challenges. Article in Methods of Information in Medicine. CAIP Center, Rutgers University. USA. Viitattu 16.10.2017.

[https://www.researchgate.net/profile/Grigore\\_Burdea/publication/8976715\\_Virtual\\_Rehabilitation\\_-\\_Benefits\\_and\\_Challenges/links/545bb3fe0cf249070a7a7b99/Virtual-Rehabilitation-Benefits-and-Challenges.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Grigore_Burdea/publication/8976715_Virtual_Rehabilitation_-_Benefits_and_Challenges/links/545bb3fe0cf249070a7a7b99/Virtual-Rehabilitation-Benefits-and-Challenges.pdf)

Case-Smith, J. & O'Brien, J. 2010. Occupational Therapy for Children. Maryland Heights: Mosby/Elsevier. 6.p.

Case-Smith, J., Law, M., Missiuna, C., Pollock, N. & Stewart, D. 2010. Foundations for Occupational Therapy Practice with Children. Teoksessa Occupational Therapy for Children. Maryland Heights: Mosby/Elsevier, 22-23. Viitattu 19.10.2017.

Cason, J. 2012. Telehealth Opportunities in Occupational Therapy Through the Affordable Care Act. American Journal Of Occupational Therapy (AJOT). Pääkirjoitus. Vol. 66, 131-136. Viitattu 11.10.2017.

<https://ajot.aota.org/Article.aspx?articleid=1851550>

Cason, J. 2014. Telehealth: A Rapidly Developing Service Delivery Model For Occupational Therapy. International Journal of Telerehabilitation, 6, 1, 29-35. Viitattu 11.10.2017. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25945220>

Cieza, A., Brockrow, T., Ewert, T., Amman, E., Kollerits, B., Chatterji, S., Üstün, B. & Stucki, G. 2002. Linking Health Status Measurements to The International Classification of Functioning, Disability and Health. Journal of Rehabilitation of Medicine. Vol 34, 205-210. Viitattu 23.10.2017.

<https://janet.finna.fi/>, PubMed.

Cole, M.B & Tufano, R.2008. Applied Theories in Occupational Therapy. A Practical Approach. Thorofare: Slack.

Digitalisoidaan julkiset palvelut. N.d. Valtiovarainministeriö. Helsinki. Viitattu 16.10.2017. <http://vm.fi/digitalisoidaan-julkiset-palvelut>

Doig, E. & Fleming, J. 2015. Occupation-Based, Client-Centred Approach to Goal Planning and Measurement. Teoksessa: Rehabilitation Goal Setting – Theory, Practice and Evidence. CRC Press.

Fisher, A. 2009. Occupational Therapy Intervention Process Model. A Model for Planning and Implementing Top-down, Client-centered and Occupation-based Interventions. Colorado, USA. Three Star Press.

Free, C.; Phillips, G.; Watson, L.; Galli, L.; Felix, L.; Edwards, P.; Patel, V. & Haines, A. 2013. The Effectiveness of Mobile-Health Technologies to Improve Health Care Service Delivery Processes: A Systematic Review and Meta-Analysis. Plos Medicine. Research article. Viitattu 16.10.2017.

<http://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371/journal.pmed.1001363#pmed.1001363-Vital1>

Haglund, L. & Henriksson, C. 2003. Concepts in Occupational Therapy in Relation to the ICF. Occupational Therapy International, 10 (4) 253-268. Viitattu 16.10.2017.

<https://janet.finna.fi/>, PubMed.

Halton, J. 2008. Virtual rehabilitation with video games: A new frontier for occupational therapy. Canadian Association of Occupational Therapists (CAOT). Vol. 10, 12. Viitattu 17.10.2017. [https://caot.in1touch.org/document/3896/OTNow\\_Jan\\_08.pdf](https://caot.in1touch.org/document/3896/OTNow_Jan_08.pdf)

Hautala, T., Hämäläinen, T., Mäkelä, L. & Rusi-Pyykkönen, M. 2013. Toiminnan voimaa. Toimintaterapia käytännössä. Helsinki: Edita. 3.p.

Heiskanen, T. 2016. Hallinnolliset ja eettiset kysymykset etäkuntoutuksessa. Teoksessa: Etäkuntoutus. Kelan tutkimus. Helsinki.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2007. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi. 13.p.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi. 21.p.

Hämäläinen, T. & Savolainen, K. 2016. Tavoitteellinen toiminta kuntoutuksessa. Teoksessa: Kuntoutuminen. E-Kirja. Helsinki. Duodecim. Viitattu 26.10.2017.

<http://www.oppiportti.fi/op/ktm00001/do>

Härkäpää, K., Järvikoski, A. & Salminen, A.L. 2016. Teorioiden ja viitekehysten käyttö kuntoutustyössä. Teoksessa Kuntoutuminen. E-kirja. Helsinki. Duodecim. Viitattu

10.10.2017. <http://www.oppiportti.fi/op/ktm00001/do>

ICF luokitus. 2016. Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos. Viitattu 5.10.2017.

<https://www.thl.fi/fi/web/toimintakyky/icf-luokitus>

ICF Toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälinen luokitus. 2013. Helsinki: Stakes. Ohjeita ja luokituksia 2004:4. 6. painos.

Kauppila, J., Sipari, S. & Suhonen-Polvi, H. 2016. Kuntoutumisen toimintaympäristöt lapsuudessa. Kuntoutuminen varhaisessa kehitysvaiheessa ja päiväkodissa. Teoksessa: Kuntoutuminen. E-kirja. Helsinki. Duodecim. Viitattu 26.10.2017.

<http://www.oppiportti.fi/op/ktm00001/do>

Kansaneläkelaitos (Kela). 2015. Kelan avoterapiastandardi. Vaikeavammaisten avoterapiat. Verkkojulkaisu. Viitattu 19.10.2017

[http://www.kela.fi/documents/10180/1453705/A\\_std\\_2015.pdf/722ae254-4962-4a2c-a847-f4e3b6823224](http://www.kela.fi/documents/10180/1453705/A_std_2015.pdf/722ae254-4962-4a2c-a847-f4e3b6823224)

Kansaneläkelaitos (Kela). 2016. GAS-menetelmä Kelan kuntoutuksen tavoitteiden laatimiseen ja arviointiin. Viitattu 22.10.2017. <http://www.kela.fi/gas-menetelma>

Kansaneläkelaitos (Kela). 2017. Vaativa lääkinällinen kuntoutus. Verkkojulkaisu. Viitattu 18.10.2017.

<http://www.kela.fi/documents/10192/3239622/Vaativa%20l%C3%A4kinn%C3%A4kiinn%C3%A4llinen%20kuntoutus.pdf>

Kantanen, M. & Kaukinen, M.A. 2011. Canadian Occupational Performance Measure. Manuaali. Vaasa: Prodo. Suomalainen versio. 4.p.

Kantanen, M. 2011. COPM (Canadian Occupational Performance Measure). Toimiatietokanta. Viitattu 4.12.2017. <http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/mittariversio/95/>

Kantanen, M., Kuukkanen, T., Lautamo, T., Paltamaa, J., Perttinä, P., Piirainen, A. & Sjögren Tuulikki. 2015. Teoriasta käytäntöön – Suositukset. Julkaisussa Toimintakyvyn arviointi. ICF teoriasta käytäntöön, 127- 129. Viitattu 11.10.2017  
<http://www.kela.fi/documents/10180/751941/Tutkimuksia137.pdf>

Karhula, M.; Veijola, A. & Ylisassi, H. 2016. Tavoitteen asettaminen kuntoutumisen lähtökohtana. Teoksessa: Kuntoutuminen. E-kirja. Helsinki. Duodecim. Viitattu 5.12.2017. <http://www.oppiportti.fi/op/ktm00001/do>

Kennedy-Behr, A. & Rodgers, S. 2017. Occupation-Centred Practice with Children. A Practical Guide for Occupational Therapists. 2.painos. Chichester: Wiley-Blackwell.

Kielhofner, G.2008. Model of Human Occupation. Theory and application. 2.painos. Baltimore MD: Lippincott Williams & Wilkins.



Knox, S. 2010. Occupational Therapy Intervention: Performance Areas. Play. Teoksessa Occupational Therapy for Children. Maryland Heights: Mosby/Elsevier, 543-547. Viitattu 19.10.2017.

L 559/1994. Terveydenhuollon ammattihenkilön yleiset velvollisuudet. Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä. Viitattu 23.10.2017.

<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1999/19990523#L4>

L 523/1999. Henkilötietojen käsittely erityisiä tarkoituksia varten. Henkilötietolaki.

Viitattu 23.10.2017. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1999/19990523#L4>

Launiainen, H. & Sipari, S. 2011. Lapsen hyvä kuntoutus käytännössä. Helsinki. Vajaa-liikkeisten Kunto.

Lautamo, T. 2013. RALLA- ryhmätilanteessa tapahtuva lapsen leikin arviointi. Käsikirja. Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja.

Lautamo, T., Nieminen, T., Kantanen, M., Pikkarainen, A. & Pekkola, T. 2016. EETU-Etäkuntoutuksen menetelmistä tukea lasten toimintaterapian verkostotyöhön.

Hankkeen tutkimussuunnitelma. Jyväskylän ammattikorkeakoulu.

Leino, E. 2015. Kuntoutuksen määritelmiä. Vammaispalveluiden käsikirja. Helsinki.

Terveyden ja hyvinvoinninlaitos. Viitattu 19.10.2017.

<https://www.thl.fi/fi/web/vammaispalvelujen-kasikirja/itsenaisen-elamantuki/kuntoutus/kuntoutuksen-maaritelmia>

Levack, W. M. M. & Siegert, R. J. 2015. Rehabilitation Goal Setting – Theory, Practice and Evidence. CRC Press.

Metsämuuronen, J. 2005. Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmistieteissä. Helsinki: International Methelp. Gummerus Kirjapaino.

Musikka- Siirtola, M. & Paltamaa, J. 2016. ICF-luokitus. Teoksessa Kuntoutuminen. E-kirja. Helsinki. Duodecim. Viitattu 10.10.2017.

<http://www.oppoportti.fi/op/ktm00018/do>

Paltamaa, J. & Perttinä, P. 2015. Toimintakyvyn arviointi. ICF teoriasta käytäntöön. Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 137. Kelan tutkimusosasto. Helsinki 2015. Tampere: Juvenes Print. Viitattu 11.10.2017

<http://www.kela.fi/documents/10180/751941/Tutkimuksia137.pdf>

Paltamaa, J. & Musikka-Siirtola, M. 2016. ICF-luokituksen yksityiskohdat. Teoksessa: Kuntoutuminen. E-kirja. Helsinki. Duodecim. Viitattu 23.10.2017.

<http://www.oppoportti.fi/op/ktm00001/do>

Peltonen, R. & Karhu, T. 2015. Lapsen kuntoutussuunnitelma. Vammaispalvelujen käsikirja. Helsinki. Terveyden ja hyvinvoinninlaitos. Viitattu 16.10.2017.

<https://www.thl.fi/fi/web/vammaispalvelujen-kasikirja/lapset-perheet/suunnitelmat/lapsen-kuntoutussuunnitelma>

Polatajko, H. J. & Townsend, E.A. 2007. Enabling Occupation 2: Advancing an Occupational Therapy Vision for Health, Well-Being & Justice Through Occupation. Ottawa: CAOT Publications ACE.

Salminen, A-L. 2016. Etäkuntoutus. Teoksessa Kuntoutuminen. E-kirja. Helsinki. Duodecim. Viitattu 3.1.2018. <http://www.oppoportti.fi/op/ktm00001/do>

Salminen, A-L., Hiekkala, S. & Stenberg, J-H. 2016. Etäkuntoutus. Helsinki: Kelan tutkimus. Viitattu 1.11.2017

<http://www.kela.fi/documents/10180/0/Et%C3%A4kuntoutus/4a50ddb8-560c-47b4-94ed-09561f6981df>

Sipari, S.; Vänskä, N. & Pollari, K. 2017. Lapsen edun toteutuminen kuntoutuksessa. Osallistumista ja toimijuutta vahvistavat hyvät käytännöt. Julkaisusarjassa: Sosiaali- ja terveysturvan raportteja 5. Verkkojulkaisu. Viitattu 28.10.2017.

<https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/220550/Raportteja5.pdf?sequence=7>

Sukula, S. & Vainiemi, K. N.d. GAS-menetelmä. Käsikirja. Kela (Kansaneläkelaitos). Viitattu 22.10.2017.

<http://www.kela.fi/documents/10180/0/Gas+-k%C3%A4sikirja/07692e5a-c6d0-48f0-97a1-0737c4add7f8>

Sukula, S.; Vainiemi, K. & Laukkala, T. 2015. GAS-menetelmästä sovellukseen. Helsinki. Kelan tutkimusosasto.

Suomela-Markkanen, T. & Peltonen, R. 2016. Lääkinnällisen kuntoutuksen kuntoutussuunnitelma. Teoksessa Kuntoutuminen. E-kirja. Helsinki. Duodecim. Viitattu 3.1.2018. <http://www.oppiportti.fi/op/ktm00001/do>

Toimintaterapeuttiliitto. Toimintaterapian ydinviesti. Sähköinen julkaisu. Viitattu 5.12.2017. <http://www.toimintaterapeuttiliitto.fi/>

Tuomi, J. 2013. GAS- menetelmä. Toimia- tietokanta. Viitattu 23.10.2017. <http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/mittariversio/150/>

Työ- ja elinkeinoministeriö. 2015. Työpoliittinen aikakauskirja. Verkkojulkaisu. Viitattu 22.10.2017.

<http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/74854/tak22015.pdf?sequence=1#page=26>

Valtiovarainministeriö. N.d. Digitalisaatio. Helsinki. Viitattu 16.10.2017.

<http://vm.fi/digitalisaatio>

VanPuymbrouck, L. H. 2014. Promoting Client Goal Ownership in a Clinical Setting. The Open Journal of Occupational Therapy (OJOT). Vol. 2. Viitattu 22.10.2017.

<http://scholarworks.wmich.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1087&context=ojot>

Vilkkä, H. 2005. Tutki ja kehitä. Helsinki: Tammi.

Vogel, D.; Viehland, D.; Wickramasinghe, N. & Mula, J. M. 2013. Mobile health. Electron Markets 23:3. Institute of Information Management. University of St. Gallen. Viitattu 26.10.2017.

<https://link.springer.com/article/10.1007/s12525-013-0121-y>

World Health Organization (WHO). 2011. World report on disability. Sähköinen julkaisu. Viitattu 26.10.2017.

[http://www.who.int/disabilities/world\\_report/2011/accessible\\_en.pdf](http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/accessible_en.pdf)

YK:n yleissopimus lapsen oikeuksista. 1989. Artikla 23. Suomen Unicef. Viitattu 26.10.2017. [https://unicef.studio.crasman.fi/pub/public/pdf/LOS\\_A5fi.pdf](https://unicef.studio.crasman.fi/pub/public/pdf/LOS_A5fi.pdf)