

Opinnäytetyö (YAMK)

Sosiaali-alan koulutusohjelma

YSOTEK17

2020

Satu Maimlund

# NEUROPSYKIATRINEN VALMENTAJA -KOULUTUS

– ammatillisesti tarpeellinen täydennyskoulutus

Satu Malmlund

# NEUROPSYKIATRINEN VALMENTAJA - KOULUTUS

## Ammatillisesti tarpeellinen täydennyskoulutus

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää Ratkaisukeskeisen neuropsykiatrisen valmentajan koulutukseen (Nepsy-koulutus) osallistuneiden mielipidettä täydennyskoulutuksen vaikutuksista heidän työhönsä. Kuinka koulutus on vaikuttanut heidän työnkuvaansa, onko koulutukselle vastaajien mielestä jatkossa tarvetta ja onko koulutus muuttanut heidän tietouttaan Nepsy-valmennuksesta. Tutkimus toteutettiin verkkokyselynä keväällä 2019. Kyselyyn ja haastatteluihin pyydettiin vastauksia vuosina 2016-2017 Kaarinassa Nepsy-koulutukseen osallistuneilta. Koulutukseen osallistui sosiaali- ja terveysalan ammattilaisia. Tutkimus toteutettiin strukturoituna verkkokyselynä. Kyseessä oli kvantitatiivinen survey-tutkimus. Lisäksi touko-kesäkuussa 2020 haastateltiin kolmea koulutukseen osallistunutta henkilöä.

Opinnäytetyössä määriteltiin sosiaalihuollon ammattilainen ja sosiaalityö. Työssä määriteltiin sosiaalihuollon ammattilaisen täydennyskoulutus, miksi sitä tarvitaan ja millä perusteella sitä tulee työnantajan järjestää.

Työssä kerrottiin Nepsy-valmennuksesta (Neuropsykiatrisen valmennus) yleisesti, sekä Kaarinassa järjestetystä Nepsy valmentajien koulutuksesta. Työssä on laaja selvitys neuropsykiatrisista häiriöistä, eli autismikirjon häiriöistä. Näitä ovat autismi, Asperger, ADHD, add, Touretten oireyhtymä, Rettin oireyhtymä ja lapsuusiän disintegrointi häiriö.

Tutkimukseen vastasi 45% koulutukseen osallistuneista. Kyselyn perusteella tietoa neuropsykiatrisesta valmennuksesta oli osallistujilla ennen koulutusta niukasti. Suurin osa vastaajista (8/9) koki koulutuksesta olleen hyötyä nykyisessä työssään. He ovat saaneet koulutuksesta uusia työkaluja työskentelynsä ja ymmärrystä asiakkaita ja heidän haasteitaan kohtaan.

Koulutus oli muuttanut osan osallistujien työnkuvaa niin, että he kuuluvat kuntansa Nepsy-tiimiin, missä käsitellään Nepsy-valmennus hakemukset ja päätetään asiakkaan valmentaja. Osan vastaajista työnkuvaan oli tullut mukaan Nepsy-valmennusten tekeminen muun työn ohella.

Työnantajat eivät tulosten mukaan ole paljonkaan hyödyntäneet työntekijöiden koulutuksesta saamaa tietotaitoa. Kaikki vastaajat toivoivat lisää tämän kaltaisia pitkiä koulutuksia ja lisää koulutuksia Nepsy-valmennuksesta. Suurimmaksi lisäkoulutuksentarpeeksi nousi perheiden kanssa tehtävä valmennus, kun lapset ovat pieniä tai alle 12-vuotiaita.

Opinnäytetyön ohjaajana on toiminut Anssi Lähde.

ASIASANAT: Neuropsykiatrisen (Nepsy) valmennus, Neuropsykiatriset oireyhtymät, Autismikirjon häiriöt, Sosiaalityö, Sosiaalialan täydennyskoulutus.

MASTER'S THESIS | ABSTRACT

TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Masters degree in Social completed

2020 | number of pages 59 , number of pages in appendices 4

Satu Malmlund

## NEUROPSYCHIATRIC COACH -TRAINING

### Professionally necessary further training

The objective of this thesis was to find out how the attendees of solution-centred neuropsychiatric coaching training (Nepsy-training) evaluated the effects of this further training in their work. How the training has influenced their job description, do the respondents think that the training would be useful in the future and whether the training has changed their knowledge of Nepsy-coaching. The study was conducted as an online survey in the spring of 2019. The individuals who were asked to participate in the survey and the interviews had attended Nepsy-training in Kaarina during the years 2016-2017.

The attendees of the training were professionals in the field of social work and health care. The study was conducted as a structured online survey. This was a quantitative survey-study. In addition, three attendees of the training were interviewed in May and June 2020. The thesis defined the concepts of a social welfare professional and social work. The thesis also defined the concept of further training for a social welfare professional, why further training is necessary and on what grounds does an employer need to organize such training.

The thesis described both Nepsy-coaching (neuropsychiatric coaching) in general and the training of Nepsy-coaches that was organized in Kaarina. The thesis contains an extensive review of neuropsychiatric disorders, i.e. disorders in the autistic spectrum. These include autism, Asperger's syndrome, ADHD, ADD, Tourette syndrome, Rett syndrome and childhood disintegrative disorder.

The survey was answered by 45% of the training's attendees. Based on the survey the participants had only little knowledge of neuropsychiatric coaching prior to the training. The majority of the participants of the survey (8/9) felt that the training had been useful in their current job.

The training has equipped them with new tools to utilise in their work and a new-found understanding of clients and their challenges. For some of the participants the training had changed their job description: they are now a part of their municipality's Nepsy-team, which

processes the Nepsy-coaching applications and decides the client's coach. Some of the participants reported that their job description now includes Nepsy-coaching in addition to their other duties.

According to the results the employers had not really utilised the know-how their employees had gained from the training. All of the participants wished for more long trainings such as this. They also wanted more training regarding Nepsy-coaching. The biggest need for additional training emerged from coaching done with families when the children are little or under the age of 12.

The thesis has been supervised by Anssi Lähde.

**KEYWORDS:**

solution-centred neuropsychiatric coach, neuropsychiatric coaching, social welfare professional, social work, neuropsychiatric disorders, further training.

# SISÄLTÖ

<b>1 JOHDANTO</b>	<b>7</b>
<b>2 TUTKIMUKSEN SUORITTAMINEN</b>	<b>8</b>
2.1 Tutkimuksen tavoite ja tutkimustehtävät	8
2.2 Tutkimusmenetelmä ja aineisto	8
2.3 Aineiston analyysi	9
2.4 Tutkimuksen luotettavuus	9
<b>3 NEUROPSYKIATRISET OIREYHTYMÄT</b>	<b>11</b>
3.1 Neuropsykiatriset oireyhtymät, eli autismikirjon häiriöt	11
3.2 Autismi	12
3.3 Asperger	15
3.4 ADHD ja ADD	18
3.5 Touretten oireyhtymä	21
3.6 Rettin oireyhtymä ja lapsuusiän disintegratiivinen häiriö	21
3.7 Liitännäisoireet	22
<b>4 SOSIAALINEN KUNTOUTUS VASTAUKSENA PALVELUNTARPEESEEN</b>	<b>25</b>
4.1 Sosiaalihuollon ja sosiaalityön tavoitteet	25
4.2 Keskeisiä hyvinvointitekijöitä sosiaalialan näkökulmasta	27
4.3 Kuntouttava sosiaalityö	27
4.4 Sosiaalialan asiantuntija	28
4.5 Vammaispalvelulaki ja palvelutarpeeseen vastaaminen	29
4.6 Lastensuojelulaki ja palvelutarpeeseen vastaaminen	29
4.7 Sosiaalihuoltolaki ja palvelutarpeeseen vastaaminen	30
<b>5 NEUROPSYKIATRISEN VALMENTAJAN KOULUTUS TÄYDENNYSKOULUTUKSENA</b>	<b>32</b>
5.1 Täydennyskoulutuksen määritelmä laissa	32
5.2 Ammatillinen kasvun mahdollisuudet ja esteet	33
5.3 Täydennyskoulutus ja asiantuntijuus määritelmänä	33
5.4 Elinikäinen oppiminen	35
<b>6 NEUROPSYKIATRINEN VALMENNUS TYÖMUOTONA</b>	<b>36</b>
6.1 Kuntouttava työote ja kuntoutus	36

6.2 Neuropsykiatrinen valmentaja ja -koulutus	36
6.3 Neuropsykiatrinen valmennus	37
6.4 Neuropsykiatrisen valmennuksen asiakkaat	39
6.5 Neuropsykiatrisen valmentajan koulutus Kaarinassa 2016-2017	40
<b>7 TULOKSET</b>	<b>43</b>
7.1 Kyselyn tulokset	43
7.2 Haastattelun tulokset 2020	52
<b>8 YHTEENVETO, JOHTOPÄÄTÖKSET JA ARVIOINTI</b>	<b>56</b>
8.1 Pohdinta	58
<b>LÄHTEET</b>	<b>60</b>

## **LIITTEET**

- Liite 1. Kyselypohja
- Liite 2. Haastattelu kysymykset

## **KUVIOT**

Kuvio 1. Vastaajien koulutus.	43
Kuvio 2. Vastaajien työskentely alat koulutuksen aikana.	44
Kuvio 3. Vastaajien työnantajat koulutuksen aikana.	44
Kuvio 4. Osallistuiko vastaajat koulutukseen omasta vai esimiehen pyynnöstä.	45
Kuvio 5. Osallistuiko vastaaja kaikkiin lähipäiviin.	45
Kuvio 6. Tietoa Nepsy-valmennuksesta ennen koulutusta	47
Kuvio 7. Koen Nepsy-koulutuksesta olevan hyötyä nykyisessä työssäni	48
Kuvio 8. Nepsy-koulutus on vaikuttanut työnkuvaani	49
Kuvio 9. Vastaajien tekemien nepsy valmennusten määrä koulutuksen jälkeen	49

## **TAULUKKO**

Taulukko 1. ADHD ja ADD eroavaisuudet.	20
--	----

# 1 JOHDANTO

Laki sosiaalihuollon ammattihenkilöstä 5§ velvoittaa ammattihenkilön ylläpitämään ja kehittämään ammattitaitoaan. Työnantajan tulee luoda edellytykset sille, että ammattihenkilö voi osallistua ammattitaitonsa kehittämiseksi tarpeelliseen täydennyskoulutukseen. (Laki sosiaalihuollon ammattihenkilöstä 817/2015).

Tässä opinnäytetyössä on tarkoituksena selvittää Ratkaisukeskeisen neuropsykiatrisen valmentajan koulutukseen (Nepsy-koulutus) osallistuneiden mielipidettä täydennyskoulutuksen vaikutuksista. Jatkossa käytän työssäni neuropsykiatrisesta valmennuksesta ja -koulutuksesta lyhennettä Nepsy. Tarkoitus on selvittää, kuinka koulutus on vaikuttanut heidän työnkuvaansa, onko Nepsy-koulutukselle työntekijän mielestä jatkossa tarvetta ja onko koulutus muuttanut heidän tietouttaan Nepsy-valmennuksesta. Tutkimus toteutettiin verkkokyselynä keväällä 2019. Kyselyyn ja haastatteluihin pyydettiin vastauksia vuosina 2016-2017 Kaarinassa Nepsy-koulutukseen osallistuneilta. Koulutukseen osallistui sosiaali- ja terveysalan ammattilaisia.

Tutkimus toteutettiin verkkokyselynä. Kyseessä oli kvantitatiivinen survey-tutkimus, jossa kyselylomakkeen avulla kysytään strukturoitu kysely tietyltä ihmisjoukolta. Kvantitatiivisessa tutkimuksessa määritellään perusjoukko, eli tässä tapauksessa koulutukseen osallistuneet, joille kysely tehtiin. (Hirsjärvi ym. 2009, 134-140). Lisäksi touko-kesäkuussa 2020 haastattelin kolmea kurssille osallistunutta henkilöä. Tavoitteena saada tietoa, miten koulutus on vaikuttanut esimerkiksi haastateltavan työnkuvaan ja mitä hän ajattelee itsestään neuropsykiatrisena valmentajana, nyt kun koulutuksesta on kulunut aikaa kolme vuotta. Tässä tutkimuksessa otos on se määrä koulutukseen osallistuneita, jotka saadaan kyselyyn vastaamaan (tiedossa että jotkut ovat vaihtaneet työpaikkaa, mutta uutta työpaikkaa/yhteystietoja ei tiedossa ainakaan yhdelle osallistuneelle).

Opinnäytetyössäni kuusi ensimmäistä lukua käsittelee teoriaa; tutkimuksen suorittaminen, neuropsykiatriset oireyhtymät, sosiaalinen kuntoutus vastauksena palveluntarpeeseen, neuropsykiatrisen valmentajan koulutus täydennyskoulutuksena sekä neuropsykiatrisen valmennus työmuotona. Tulokset alkavat seitsemännessä luvussa: "Tulokset", ja kahdeksannessa luvussa käsitellään yhteenveto, johtopäätökset ja arviointi. Lopussa lähteet ja liitteet. Opinnäytetyön teon ohjenuorana olen käyttänyt Jorma Kanasen Laadullinen tutkimus pro graduna ja opinnäytetyönä- kirjaa. Ohjaajana on toiminut Anssi Lähde.

## 2 TUTKIMUKSEN SUORITTAMINEN

### 2.1 Tutkimuksen tavoite ja tutkimustehtävät

Tässä opinnäytetyössä on tarkoituksena selvittää Ratkaisukeskeisen neuropsykiatrisen valmentajan koulutukseen (Nepsy-koulutus) osallistuneiden; 1) Mielipidettä täydennyskoulutuksen vaikutuksista. 2) Koulutuksen merkitys heidän työkuvaansa. 3) Onko Nepsy-koulutukselle työntekijän mielestä jatkossa tarvetta ja 4) Onko koulutus muuttanut heidän tietouttaan Nepsy-valmennuksesta. Tutkimus toteutettiin verkkokyselynä keväällä 2019. Kyselyyn ja haastatteluihin pyydettiin vastauksia vuosina 2016-2017 Kaarinassa Nepsy-koulutukseen osallistuneilta. Koulutukseen osallistui sosiaali- ja terveysalan ammattilaisia. Lisäksi tein haastattelun kolmelle kurssiin osallistuneelle kesällä 2020.

Tässä tutkimuksessa otos on se määrä koulutukseen osallistuneita, jotka saadaan kyselyyn vastaamaan (tiedossa että jotkut ovat vaihtaneet työpaikkaa, mutta uutta työpaikkaa/yhteystietoja ei tiedossa ainakaan yhdelle osallistuneelle). Opinnäytetyön teon ohjeuorana olen käyttänyt Jorma Kanasen Laadullinen tutkimus pro graduna ja opinnäytetyönä- kirjaa.

### 2.2 Tutkimusmenetelmä ja aineisto

Tutkimus toteutettiin verkkokyselynä. Kyseessä oli kvantitatiivinen survey-tutkimus, jossa kyselylomakkeen avulla kysytään strukturoitu kysely tietyltä ihmisjoukolta. Kvantitatiivisessa tutkimuksessa määritellään perusjoukko ja otos, eli tässä tapauksessa koulutukseen osallistuneet, joille kysely tehtiin. (Hirsjärvi ym. 2009. 134-140; Kankkunen ym. 2009, 46).

Kvantitatiivisen tutkimuksen keskeinen merkitys on Kankkusen ja Vehviläinen-Julkusen mukaan olemassa olevan tiedon vahvistaminen, eikä niinkään uuden tiedon löytäminen tai teorian kehittäminen. Tutkimustulokset vahvistavat yleistä ennakkoluuloa siitä, että työnantajat eivät aina saa kaikkea mahdollista hyötyä irti, maksamistaan koulutuksista. (Kankkunen ym. 2009, 49).



Haastattelu kesällä 2020 toteutettiin teemahaastatteluna kolmelle kurssiin osallistuneelle. Teemahaastattelut toteutettiin tapaamisessa kasvokkain sekä Skypen avulla, Suomessa vallitsevan poikkeustilanteen vuoksi. Teemahaastattelussa tutkija pyrkii vuorovaikutuksessa selvittämään haastateltavalta aihepiiriin liittyviä, tutkijaa kiinnostavia asioita. Teemahaastattelussa aihepiiri ja teema-alue on ennalta määritelty, mutta kysymyksiä ja niiden järjestystä ei ole ennalta tarkkaan muotoiltu. Kaikki etukäteen päätetyt teema-alueet käydään läpi haastateltavan kanssa, mutta järjestys ja laajuus vaihtelevat. (Eskola & Vastamäki. 2007, 25-28).

### 2.3 Aineiston analyysi

Tein tutkimuksen Google Formsin avulla. Sen avulla tein myös osan prosentuaalilaskuista sekä kuvista ja kaavioista. Kyselyssä oli luokittelu- eli nominaaliasteikollisia kysymyksiä, joissa kysyttiin mm. vastaajan koulutustausta. Kyselyssä käytettiin myös järjestys- eli ordinaaliasteikkoa, eli kysyttiin mm. minkä verran vastaaja tiesi ennestään neuropsykiatrisen valmentajan työstä. Tein myös ristiintaulukointia, eli vertasin mm. vastaajan koulutustaustaa hänen antamiinsa vastauksiin ja pyrin tarkastelemaan, onko muutujien välillä riippuvuutta. (Kankkunen ym. 2009, 101-113).

Teemahaastattelut nauhoitin ja litteroin. Sen jälkeen analysoin niistä opinnäytetyöhön oleellisen materiaalin.

### 2.4 Tutkimuksen luotettavuus

Kvantitatiivisen tutkimuksen laatua ja luotettavuutta pohdittaessa on tärkeää pohtia seuraavia asioita: 1) Vastaavuus aikaisempien tutkimustulosten kanssa. En löytänyt aikaisempia vastaavia tutkimuksia. 2) Metodisten valintojen kriittinen analyysi. Olisin voinut valita metodit tarkemmin. Olisin voinut toteuttaa kyselyn haastatteluna ja miettiä kyselyn kysymykset tarkemmin. Olisi pitänyt ymmärtää ottaa enemmän apua vastaan kyselyn teossa ja sen käytännön toteutuksessa. 3) Tutkimuksen rajoitukset. Kirjallisuuskatsaukseni olisi voinut olla vielä kattavampi. Pohjatyön olisi voinut tehdä vielä paremmin ja aiheesta etsiä enemmän tietoa ennen kyselyn ja opinnäytetyön tekoa. Käsitteiden määrittely on ollut heikkoa. Aikataulut eivät ole pitäneet toivomallani tavalla. Aiheen ja opinnäytetyön olisi pitänyt olla laajempi ja tarkemmin mietitty, jotta se vastaisi paremmin ylem-

män ammattikorkeakoulun vaatimuksiin. 4) Otoskoon arviointi. Otos tehtiin kaikille koulutukseen osallistuneille. Mutta koulutukseen osallistujia oli vähän. Näin ollen myös vastaajien määrä jäi pieneksi, vaikka lähetin kyselyn uudelleen. 5) Tulosten tuottama sovel-lusarvo. Tuloksia voi soveltaa myöhemmässä jatkokäytössä, pohdittaessa millaisia kou-lutuksia kannattaa kuntien työntekijöille järjestää. Toisaalta tutkimuksessa pinta raapais-taan vain yhtä koulutusta ja siihen osallistuneita, joten tutkimustulosten myöhempi mah-dollinen käyttö on rajallista. Suurin tutkimushyöty tuloksista on mielestäni se, että kun-nissa kannattaa miettiä sitä, miten työajassa ja työnkuvassa ollaan valmiita hyödyntä-mään tällaisten laajojen koulutusten tuoma ammatillinen hyöty. Tutkimuksen luotetta-vuutta heikentävät otoksen pienuus ja kyselyyn vastanneiden henkilöiden vähäinen määrä. Luotettavuutta vahvistavat mahdollisuus tutkimuksen ja kyselyn toistamiseen. (Kankkunen ym. 2009, 47-48).

Haastatteluun osallistui vain muutama (3) kurssille osallistunut henkilö. Otos on pieni, mutta antaa tutkimukselle lisäperspektiiviä ja tuo sen tiedon tähän päivään. Aikaisem-masta tutkimusaineiston keräämisestä on kuitenkin aikaa vuosi.

On mahdotonta kuitenkin arvioida, kuinka vakavasti tutkittavat ovat suhtautuneet tutki-mukseen ja kuinka rehellisesti he ovat vastanneet. Vastausohjeeni ovat kuitenkin mie-lestäni olleet heikot. En myöskään pysty täysin totuudenmukaisesti arvioimaan sitä, kuinka paljon olen pyrkinyt johdattelemaan alitajuntaisesti kysymyksissäni vastaajia ja kuinka paljon se on vaikuttanut, että olen itse osallistunut samaan koulutukseen vastaa-jien kanssa. Onko kysymykseni sen vuoksi ollut johdattelevia ja onko se, että vastaajat tietävät minut, ohjanneet heidän vastauksiaan. Sen realistinen arviointi on mahdotonta, mutta varmasti se on vaikuttanut. (Kankkunen ym. 2009, 48-49).

Toisaalta tekemäni kvantitatiivinen tutkimus on helppo myöhemmin toistaa. Samat kysy-mykset voidaan kysyä samoilta henkilöiltä kuin nytkin, tai joltain muulta otos ryhmältä. Näin ollen on mahdollista tuottaa kumuloituvaa tietoa, samoja mittareita käyttäen. Tee-mahaastattelun toistaminen ei ole yhtä helppoa, mutta kysymykset ovat olemassa, niin senkin voi toistaa toisien haastateltavien kanssa. (Kankkunen ym. 2009, 49).

## 3 NEUROPSYKIATRISET OIREYHTYMÄT

### 3.1 Neuropsykiatriset oireyhtymät, eli autismikirjon häiriöt

Autismikirjon häiriöt johtuvat neurologisen kehityksen häiriöstä, eli poikkeavuudesta aivoissa ja sen toiminnassa sekä aistihavaintojen käsittelyssä. Nämä häiriöt aiheuttavat vaikeuksia henkilön ja hänen ympäristönsä väliseen vuorovaikutukseen. Autismin kirjoja yhdistäviä oireita ovat aistimusten erilaisuus, oudot käyttäytymismuodot sekä sosiaalisen vuorovaikutuksen ja kommunikoinnin pulmat. Autismikirjon häiriöihin luetaan autismi, Asperger, ADHD ja ADD sekä Touretten oireyhtymä. (Kerola ym. 2009, 23-24).

Autismin kognitiivista kehitystä määritellään kolmen eri teorian mukaan. Mielen teorian mukaan (Theory of Mind) autistisella henkilöllä on vaikeuksia käsittää toisen ihmisen tunteita, ajatuksia ja mieltä. Koherenssiteorian (koherenssi = loogisesti ristiriidaton) mukaan autistinen henkilö havaitsee ympäristöään yksityiskohtaisesti, eikä pysty muodostamaan yksityiskohtaisista havainnoistaan kokonaisuuksia. Eksekutiivinen teoria (eksekutiivinen = toimeenpanemisen vaikeus) keskittyy autistisen ihmisen vaikeuteen ohjata omaa toimintaansa. (Kerola ym. 2009, 23-24).

Autistisia käyttäytymispiirteitä esiintyy maailmanlaajuisesti noin 10-15 lapsella 10 000 lasta kohden (Kerola ym. 2009, 27.). Suomessa vuosina 1987– 2005 syntyneitä lapsia koskevan väestöpohjaisen kohorttitutkimuksen (alttiuslähtöinen tutkimus) mukaan diagnosoitujen autismikirjon häiriöiden vuosittainen ilmaantuvuus oli 53,7/10 000. Saman tutkimuksen mukaan autismikirjon häiriöiden esiintyvyys oli pojilla 82,6/10 000 ja tytöillä 23,6/10 000. (Reiman-Möttönen & Mäkelä. 2014, 12).

Tämän perusteella Suomessa autismikirjoja esiintyisi huomattavasti enemmän kuin maailmanlaajuisesti. Jos maailmanlaajuisesti autismikirjon häiriöitä esiintyy jopa 15/10 000 lasta kohden ja Suomessa n. 54/10 000 lasta kohden, on ilmaantuvuus Suomessa jopa 3,6-kertainen. Tämä voi toki liittyä myös siihen, että häiriöt ovat Suomessa mielestäni suhteellisen tunnettuja ja tutkittuja, tai sitten arvelen sen liittyvän pieneen geenipooliimme, koska autismikirjon häiriöt ovat pitkälti periytyviä (80%).

WHO:n (World Health Organization) tämänhetkinen tautiluokitus ICD 10 on tarkoitus korvata vuonna 2022 tautiluokituksella ICD 11. Tällöin olisi tarkoitus, että tautiluokituksesta poistuisi erillinen autismi, Aspergerin oireyhtymä, epätyypillinen autismi ja disintegratiivinen kehityshäiriö, ja ne kaikki sisältyisivät diagnoosiin ”autismikirjon häiriö”. Pohjana muutokselle on Amerikan psykiatrisen yhdistyksen (APA) luomassa DSM- tautiluokitusjärjestelmässä tapahtuneet muutokset vuonna 2013. (Autismiliitto).

Muutokseen päädyttiin, koska rajat eri autismidiagnoosien välillä ovat usein epäselviä ja henkilöt voivat saada eri diagnoosin samoilla oireilla. Laaja tutkimustyö ei myöskään ollut tuonut näyttöä siitä, että autismi ja Aspergerin oireyhtymä olennaisesti eroaisivat toisistaan. (Autismiliitto). Tässä opinnäytetyössä Asperger ja Autismi jaotellaan kuitenkin tämänhetkisen luokituksen mukaisesti erikseen.

Autismikirjon häiriötä ei voida poistaa tai parantaa lääkityksellä, mutta oireita voidaan helpottaa lääkityksen avulla. Risperidonia (psykoosilääke) käytetään toisinaan vakavien käyttäytymishäiriöiden, kuten aggressiivisuuden ja itsetuhoisuuden hoitoon. Autismikirjon häiriöiden hoitoon on kuitenkin useita ei lääkkeellisiä menetelmiä. Niistä suurin osa on kasvatuksellisia, kuten käyttäytymisterapia, jossa keskitytään ympäristöön sopeutumiseen, sosiaalisen vuorovaikutuksen sekä kommunikoinnin perusvalmiuksiin. (Reiman-Möttönen & Mäkelä. 2014, 5-6).

### 3.2 Autismi

Autismi (F84.0) tulee sanasta *autos*, itse. Autismi-termiä on käyttänyt lastenpsykiatri Leo Kanner jo vuonna 1943 kuvaamaan lapsia, jotka eivät olleet kiinnostuneet muista ihmisistä, joilla ilmeni epätavallisia vartalonliikkeitä ja joiden arjesta selviytyminen helpottui rutiinien avulla. Lapsilla oli lisäksi erilaisia oppimisvaikeuksia ja he harvoin käyttivät puhetta kommunikoidakseen muiden kanssa, mutta he osasivat puhua, lukea ja laskea. (Ozonoff ym. 2009, 12-13).

Autismia aletaan lapsilla tutkia useimmiten poikkeavan kielenkehityksen vuoksi. Puhetta ei tule lainkaan tai se tulee myöhässä. Autistisen lapsen kieli muodostuu usein ulkoa opituista ilmaisuista ja monimutkaisista fraaseista, joita lapsi oppii yhdistämään asiayhteyksiin tai toistelee niitä summittain ja satunnaisesti. Kielen ymmärtäminen liittyy usein

konkreettisiin tilanteisiin ja abstraktien käsitteiden hallinta on vaikeaa. (Kerola ym. 2009, 25-27).

Muiden ihmisten ilmeiden ja eleiden ymmärtämisessä on suuria puutteita. Autistisella henkilöllä on vaikeuksia tarkastella asioita eri näkökulmista ja vaikeuksia asiayhteyksien ja kokonaisuuksien hahmottamisessa. Aistitiedon jäsentämisen poikkeavuus aiheuttaa useat autistiset piirteet ja käyttäytymismallit. Useilla autistisilla henkilöillä on yliherkkä ja valikoiva kuulo, tuntoaistikokemus saattaa olla poikkeava (esim. kipu, kylmä ja kuuma eivät tunnu miltyään), usein hajua- ja makuaisti ovat erittäin tarkkoja, näköaisti saattaa toimia poikkeavasti. (Kerola ym. 2009, 25-27).

Lapsuusiän autismia esiintyy kansainvälisesti noin 3-4 lapsella 10 000 lasta kohden. Suomessa lapsuusiän autismia tai Aspergeriä esiintyy noin 2 lapsella 10 000 lasta kohden. (Kerola ym. 2009, 25-27).

ICD 10 tautiluokituksen mukaan lapsuusiän autismissa yleisimpiä diagnostisia kriteereitä ovat mm. viivästynyt tai poikkeava kehitys ennen kolmen vuoden ikää; puheen ymmärtämisessä ja tuottamisessa, valikoivuus sosiaalisissa kiintymyssuhteissa, poikkeavuutta molemminpuolisen vuorovaikutuksen kehittymisessä sekä viivästystä tai poikkeavuutta toiminnallisessa tai vertauskuvallisessa leikissä.

Lisäksi tyypillisiä oireita ovat mm.

- sosioemotionaalisen vastavuoroisuuden puute
- kykenemättömyys luoda saman ikäisiin kehitystasoa vastaavia kaveruussuhteita
- kyvyttömyys käyttää katsekontaktia, vartalon asentoa, liikkeitä tai ilmeitä sosiaalisen vuorovaikutuksen säätämiseksi
- ei etsi spontaanisti mahdollisuuksia jakaa iloa, saavutuksia tai harrastuksia toisten kanssa
- puheen täydellinen puuttuminen tai kielen kehityksen viivästymä, ilman yritystä korvata puhetta muilla kommunikaation menetelmillä kuten matkimisella tai eleillä
- kaavamainen tai toistuva kielenkäyttö tai omintakeinen sanamuotojen ja sanojen käyttö
- merkittäviä ongelmia kyvyssä aloittaa tai ylläpitää vastavuoroista keskustelua toisten kanssa
- kehitystasoon sopivien spontaanien kuvitteluleikkien ja sosiaalisten jäljittelyleikkien puuttuminen

- rajoittuneet, kaavamaiset ja toistavat kiinnostuksen kohteet, käytöstavat ja toiminnot, kuten kaiken kattava syventyminen yhteen mielenkiinnonkohteeseen. Esimerkiksi leluissa keskittyminen lelun osatekijöihin (kuten auton pyörivä pyörä) niin että lelun käyttötarkoitus kokonaisuudessaan jää huomiotta.
- kaavamaisia ja toistuvia motorisia maneeereja, kuten käden, sormien tai koko varalon toistuvaa liikettä. (Kerola ym. 2009, 27- 29).

Theory of mind, mielen teoria tai toisen mieli. Mielen sokeudeksi voidaan kutsua sitä, kun ihminen on kyvytön ymmärtämään ihmismielen olemusta, mielen tiloja ja liikkeitä. Ihmisen tietoisuus toisten käyttäytymisestä sekä omasta käytöksestään edellyttää tietoa mielestä ja mielen tiloista. Mielen teorian mukaan autistisille henkilöille ei ole kehittynyt kykyä ymmärtää toisen ihmisen mielenliikkeitä tai toista ihmistä, hän ei pysty eläytymään toisen ihmisen ajatuksiin ja toimintaan. Hänen on vaikeaa vastata sosiaalisiin ja emotionaalisiin vihjeisiin ja vaikeaa muuttaa omaa käytöstään sosiaalisten vihjeiden perusteella. (Kerola ym. 2009, 39-42).

Autistisen henkilön on vaikea tajuta yhteiselämän pelisääntöjä ja jäsentää ja koota sosiaalista tietoa ympäristöstään. Autistinen henkilö ei kykene asettumaan toisen ihmisen asemaan, tai ajattelemaan tilanteita kenenkään muun kuin itsensä kautta. Sosiaalisten sääntöjen ymmärtäminen on hankalaa, eikä hänen käytöksensä noudata näitä sääntöjä. Autistisen henkilön on vaikeaa ymmärtää mitä muut tietävät tai mitä eivät, hän usein uskoo, että kaikilla on samat tiedot ja mielenkiinnon kohteet kuin hänellä. Autistinen henkilö tarvitsee paljon opetteluja ja opettamista sosiaalisissa suhteissa, tunteiden ilmaisussa, kanssakäymisessä muiden ihmisten kanssa ja vastavuoroisuudessa. (Kerola ym. 2009, 39-42).

Autistisen lapsen kielenkehitys on poikkeavaa. Autistinen henkilö oppii kieltä useimmiten visuaalisesti näköaistin avulla. Eli hän oppii kieltä näkemällä konkreettisesti esineitä tai kuvia, joita sanoilla tarkoitetaan. Autistisen henkilön on usein vaikeaa ymmärtää sanallista tunteiden ilmaisua, synonyymeja ja puhetulvaa. Asioista on keskusteltava lyhyillä lauseilla ja pyrittävä käyttämään asioista aina samoja nimityksiä, esim. piposta sanaa pipo, eikä myssy tai hattu. Autistiset henkilöt usein ymmärtävät sanomiset konkreettisesti ja esim. vitsailu on heille tuntematonta. Esimerkiksi sanonta ”hyppää kaivon” tarkoittaa heille konkreettista kaivon hyppäämiseen kehottamista. Autistisia henkilöitä on usein houkuteltava kommunikoidaan, koska he uskovat, että muut tietävät heidän päässään olevat ajatukset. Autistisen henkilön on usein helpompi kommunikoida motorisesti (oh-

jaamalla aikuista kädelle, osoittamalla tunteitaan huutamalla tai puremalla jne.) kuin kielellisesti, joten kielellinen kommunikaatio vaatii usein paljon harjoittelua. Autistiset henkilöt toistavat usein ulkoa oppimiaan asioita, kuten mainoksia, fraaseja tai laulun sanoja. (Kerola ym. 2009, 59-84).

Autismikirjon häiriöissä on kyse kliinisesti merkittävästä, pitkäaikaisesta sosiaalisen kommunikaation ja vuorovaikutuksen häiriintymisestä. Sosiaalis-emotionaalisen vastavuoroisuuden puutteellisuudesta, merkittävästä verbaalisen (puheen) kommunikaation puutteellisuudesta sosiaalisissa vuorovaikutustilanteissa, sekä kykenemättömyys muodostaa, ylläpitää ja ymmärtää (kehitystason mukaisia) ihmissuhteita. (Markkula 2016.)

Autismikirjon henkilöillä on rajoittuneita, toistuvia käyttäytymismuotoja ja kiinnostuksen kohteita. Stereotyypistä motorikkaa, esineiden käyttöä ja puhetta. Ylenpalttista pitäytymistä rutiineissa tai rituaalinomainen käytös. Rajoittuneita, fiksoituneita kiinnostuksen kohteita, joiden fokus tai intensiteetti ovat poikkeavia. Epätavallisia sensorisia toimintoja, kiinnostuksen kohteita tai hyper-/hyposensitiivisyyttä. Oireet ovat alkaneet ja esiintyneet lapsuudessa, ja niistä on henkilölle itselleen haittaa. (Markkula 2016.)

### 3.3 Asperger

Itävaltalainen lääkäri Hans Asperger kuvasi Aspergerin syndrooman ensimmäisen kerran toisen maailmansodan aikana 1944, mutta tietoisuus Aspergerin syndroomasta levisi vasta vuonna 1981 Tohtori Wingsin tekemien englanninkielisten tutkimusten ja julkaisujen jälkeen. Tohtori Wing teki myös yhteenvedon Hans Aspergerin alkuperäistutkimuksesta, havaiten yhteneväisyyksiä Aspergerin ja autismin välillä. Hän esitti ensimmäisen kerran epäilyksen, tälläkin hetkellä ajankohtaisesta asiasta, ovatko Autismi ja Asperger sama oireyhtymä vai kaksi erillistä? (Ozonoff ym. 2009, 14).

Aspergerin (Aspergerin syndrooma F84.5) diagnosoinnissa autismin yleiset kriteerit täyttyvät, eli henkilöllä on laadullisia poikkeavuuksia molemminpuolisessa sosiaalisessa vuorovaikutuksessa. Aspergerin poikkeaa autismin diagnosoinnista sillä, että puheen tuottamisessa, ymmärtämisessä tai kognitiivisessa kehityksessä ei todeta merkittävää yleistä viivästymää (lapsi puhuu yksittäisiä sanoja kahteen ikävuoteen mennessä ja käyttää lyhyitä lauseita kolmeen ikävuoteen mennessä). Autistinen lapsi saattaa jopa aloittaa

puheen hyvin varhain ja olla vanhempiensa mielestä ikätasoaan edellä puheen kehityksessä ja kielellisesti lahjakas. (Markkula 2016; Kerola ym. 2009, 29; Ozonoff ym. 2009, 15-21).

Autistiset lapset kuitenkin puhuvat usein liian muodollisesti ja pedanttisesti, eivätkä he anna muille puheenvuoroa vaan dominoivat keskustelua ja puhuvat jatkuvasti muiden päälle. Asperger-henkilöt eivät usein ymmärrä sarkasmia tai vitsailua, vaan ottavat sanotut asiat kirjaimellisesti. Puheessa saattaa olla myös epätavallinen puherytmi, he painottavat lauseessa väriä sanoja tai eivät painota ollenkaan, puhe saattaa olla liian nopeaa tai hidasta ja puheääni kovaa tai hiljaista. He eivät itse ymmärrä kuulostavansa erilaisilta kuin muut ympärillään. (Markkula 2016; Kerola ym. 2009, 29; Ozonoff ym. 2009, 15-21).

Ensimmäisten kolmen ikävuoden ajan omatoimisuus, uteliaisuus ympäristöön ja sopeutumiskäyttäytyminen ovat normaalia älykkyyskehitystä vastaavia. Asperger henkilöllä yksittäiset erityistaidot yhdessä poikkeavan ajatusten keskittämisen kanssa ovat yleisiä, mutta eivät välttämättömiä diagnoosia varten. (Markkula 2016; Kerola ym. 2009, 29; Ozonoff ym. 2009, 15-21).

Asperger henkilöllä on epätavallisen intensiivisiä ja seikkaperäisiä harrastuksia tai kaavamaisia, rajoittuneita ja toistavia käytösmalleja, toimintoja ja mielenkiinnonkohteita. Asperger henkilö saattaa tietää mielenkiinnon kohteestaan todella suuren määrän pikkutarkkoja tietoja ja yksityiskohtia (esim. tietää kaikkien imureiden värit, vuosimallit, millaiset suodattimet ym.), mutta hän ei pysty erottamaan tärkeitä yksityiskohtia vähemmän tärkeistä, tai hahmottamaan kokonaiskuvaa (onko imurin hankinnassa tärkeämpää imuteho, vai renkaiden väri). Motorinen kömpelyys on tavallista, mutta ei pakollista diagnoosille. Aspergerin syndrooman ero klassiseen autismiin on, ettei yleistä kielen kehityksen viivästymää eikä kognitiivisen kehityksen viivästymää esiinny. (Markkula 2016; Kerola ym. 2009, 29; Ozonoff ym. 2009, 15-21).

Aspergerin esiintyvyys on Ruotsissa vuonna 1993 kouluikäisille lapsille tehdyn tutkimuksen mukaan noin yksi 300 lapsesta, kun aikaisemmin on uskottu sen olevan suunnilleen sama kuin autistisilla lapsilla, eli yksi tuhannesta. (Attwood 2005, 27.).

Asperger-oireinen henkilö ei erotu ulkonäöllisesti muista. Useimmiten hänet erottaa epätavallisesta sosiaalisesta käyttäytymisestä ja tavasta keskustella. Asperger henkilöllä on suuria vaikeuksia sosiaalisessa kanssakäymisessä. (Attwood 2005, 31-32).



Gillberg Carina ja Christopher määrittivät Ruotsissa 1989 tehdyn tutkimuksen mukaan, että Asperger lapsen pitää täyttää seuraavat kriteerit: kontaktit saman ikäisiin eivät näytä olevan tärkeitä, kyvyttömyyttä kontaktiin saman ikäisten kanssa, sosiaalisesti ja emotionaalisesti sopimatonta käytöstä, kyvyttömyyttä ymmärtää sosiaalisen vuorovaikutuksen viestejä, kömpelö kehonkieli, rajoittunut eleiden käyttö, niukat ja poikkeavat kasvoniilmeet sekä omalaatuinen tuijottava katse. (Attwood 2005, 31-32).

Satzmari tutkijakollegoidensa kanssa lisäsi kriteeristöön Kanadassa 1989 vuonna myös lapsen vaikeuden ymmärtää toisten tunteita tai välinpitämätön suhtautuminen niitä kohtaan. Lapsi ei ota katsekontaktia tai ei osaa viestiä katseellaan. Lapsi tulee usein liian lähelle toista henkilöä (Asperger lapsi ei ymmärrä omaa tilaa ja sen loukkaamisen aiheuttamaa epämukavuutta). Lapselta puuttuu usein myös emotionaalinen ja sosiaalinen vuorovaikutustaito, jolloin hän pyrkii hallitsemaan vuorovaikutusta, eikä osaa ottaa muiden vuorovaikutustarpeita huomioon. (Attwood 2005, 31-32).

Asperger lapsen leikki on usein erilaista ikäverrokkeihin verrattuna. Hän saattaa leikkiä, joka itseään vanhempien tai nuorempien kanssa, tai vetäytyä tarkkailijaksi leikin reunalle. Usein yhteisissä leikeissä mukana ollessaan Asperger oireinen lapsi pyrkii määrittämään tai ohjaamaan toimintaa. Hän sietää sosiaalista kontaktia, kunhan muut noudattavat hänen sääntöjään ja toimivat hänen etunsa mukaisesti. (Attwood 2005, 33-37; Ozonoff ym. 2009, 15-16).

Asperger oireisen lapsen on vaikeaa ymmärtää sosiaalisen kirjoittamattomia sääntöjä. Muista tuntuu, että hän ei kunnioita niitä. Hän saattaa usein sanoa tai tehdä sellaista mikä ärsyttää tai loukkaa muita. Hän kertoo totuuksia (totuudeksi mieltämiään asioita ja havaintoja) muista ihmisistä (paino, vaatetus tms.), eikä ymmärrä loukkaavansa toista henkilöä. Hänen käytöksensä voi muista tuntua kiusalliselta ja sopimattomalta. Hän ei siis ymmärrä, että kaikkea ei saisi sanoa ääneen, esimerkiksi että vieraisiin tulleella kummitädillä on hänen mielestään ruma mekko. Hän voi kysyä vierailta ihmisiltä liian henkilökohtaisia kysymyksiä. (Attwood 2005, 33-37; Ozonoff ym. 2009, 15-16).

Kun lapselle on selitetty käyttäytymissäännöt, hän alkaa helposti toimimaan perheen, pihapiirin tai koululuokan ”poliisina” pakottaen muut noudattamaan sanatarkasti annettuja sääntöjä ja kantelemalla sääntöjen rikkojista aikuisille. Asperger-lapsilta puuttuu usein ns. sosiaalinen maalaisjärki, kun muut lapset oppivat esim. jonottamaan ruokaa

kuin itsestään, Asperger-lapsen kanssa asia pitää käydä pikkutarkasti läpi (miksi jonotetaan, mihin kohtaan jonossa kuuluu mennä, milloin jonoon mennään jne.). (Attwood 2005, 33-37; Ozonoff ym. 2009, 15-16).

### 3.4 ADHD ja ADD

ADHD (F90.0) on tunne-elämän säätelyn häiriö. Oireyhtymästä kärsivällä henkilöllä on usein vaikeaa ottaa huomioon toimintansa vaikutukset tulevaisuuteen, myös silloin kun toiminta liittyy voimakkaisiin tunteisiin. Vaikeaa inhiboida (rajoittaa/estää) ajatuksia, puhetta, tunteita ja käyttäytymistä. Vaikeuksia tarvittaessa siirtää huomio pois tietystä kohteesta, haasteita kyvyssä säädellä tunteita mielikuvituksen ja sisäisen puheen avulla. Haasteita aktivoida itseään (aloitekyky) sekä haasteita säädellä omaa tunne-elämäänsä siten että se tukee päämäärän saavuttamista siitä luopumisen sijaan. (Markkula 2016.)

ADHD eli aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriö on lyhenne sanoista attention deficit hyperactivity disorder, ADD eli tarkkaavaisuushäiriö on lyhenne sanoista attention deficit disorder. ADHD on neuropsykiatrinen oireyhtymä, jonka keskeiset oireet ovat yliaktiivisuus, tarkkaamattomuus ja impulsiivisuus. Oireet voivat esiintyä yhdessä tai erikseen. Iän myötä ADHD:n vaikeusaste ja oirekuva saattavat muuttua, mutta useimmiten ADHD koko loppuiän kestäviä vakavia toimintakykyä haittaavia rajoitteita. Useimmiten ADHD:hen liittyy samanaikaisesti muita psykiatrisia tai neurologisia oireita. (Dufva ym. 2012, 253; Markkula 2006; Jäntti 2016, 289-302).

ADHD:n esiintyvyys väestössä vaihtelee 4-10% mukaan, eli varovaisenkin arvion mukaan Suomessa on siis vähintään yli 200 000 ADHD oireista henkilöä. Noin puolella häiriöön sairastuneista oireyhtymä jatkuu aikuisikään, esiintyvyys aikuisväestössä on noin 2%-3,5% (maailmanlaajuisesti 3-5%). ADD on periaatteessa ADHD ilman ulospäin näkyvää hyperaktiivisuutta. ADHD todetaan pojilla kolme kertaa useammin kuin tytöillä, mutta esiintyminen on molemmilla sukupuolilla yhtä yleistä. Tytöt oireilevat eri tavoin ja usein heillä esiintyy vähemmän häiritsevää käytöstä, eli kyseessä on ADD, joka havaitaan myöhemmin. (Dufva ym. 2012, 253; Markkula 2006; Jäntti 2016, 289-302).

ADHD (ICD-10) eli aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriö F90.0 diagnoosiin vaaditaan psykiatrian erikoislääkärin Juha Markkulan luennon mukaan seuraavia asioita:

- oireet alkavat ennen 12 ikävuotta (diagnoosi voidaan kuitenkin tehdä myös aikuiselle)
- henkilöllä on oltava vähintään kuusi keskittymiskyvyttömyys-/tarkkaamattomuusoiretta
- vähintään kolme hyperaktiivisuus-/yliaktiivisuusoiretta
- vähintään yksi impulsiivisuusoire
- oireista johtuvaa haittaa vähintään kuusi kuukautta ja mikään muu sairaus ei selitä oireistoa
- oireita on esiinnyttävä kahdella tai useammalla elämän osa-alueella, eivätkä ne voi esiintyä vain jonkin häiriön aikana
- oireista on oltava selvästi osoitettua haittaa
- aikuisilla riittää neljä oiretta kuuden keskittymiskyvyttömyys-/tarkkaamattomuusoireen sijasta. (Markkula 2016.)

ADHD on kehityksellinen neurobiologinen häiriö (synnynnäinen), johon liittyy keskushermoston toiminnallisia, rakenteellisia ja neurokemiallisia poikkeavuuksia. Nämä vaikuttavat havainnointiin ja käyttäytymiseen. Perussyinä ovat aivojen hermosolujen välittäjäaineiden (pääasiassa noradrenaliinin, serotoniinin ja dopamiinin) toimintahäiriöt ja epätasapaino hermoimpulssin siirtyessä aivosolusta toiseen. Keskeistä on myös aivojen energiavaje tietyissä osissa aivoja, eli vähentynyt aktivaatio, glukoosiainenvaihdunta ja verenvirtaus. ADHD henkilöillä on todettu aivoissa poikkeavuuksia mm. aivokuoressa, aivojen otsalohkossa, pikkuaivoissa, tyvitumakkeissa ja limbisessä järjestelmässä. (Käypä hoito –suositus; Jäntti 2016, 289-302).

ADHD on vahvasti perinnöllinen oireyhtymä. 80% ADHD johtuu perinnöllisistä tekijöistä ja noin 20% raskauteen tai synnytykseen liittyvistä komplikaatioista tai muista tekijöistä kuten keskosuudesta, yliaikaisuudesta tai hapen puutteesta. Raskauden aikainen tupakointi tai muu päihteiden käyttö lisää ADHD oireyhtymän riskiä. Myös tupakoimattoman äidin sikiö voi altistua tupakoinnille erimerkiksi isän tupakoinnin tai äidin työperäisen altistuksen vuoksi. Äidin raskaudenaikainen stressi suurentaa syntyvän lapsen stressiherkkyyttä ja ADHD:n, ahdistuneisuuden ja oppimisvaikeuksien riskiä. Oirekuvan kehittymisessä perinnöllisten tekijöiden ja ympäristötekijöiden yhteisvaikutus on merkittävä. (Käypä hoito –suositus; Jäntti 2016, 289-302).

ADHD:ssä on kyse aivojen älyllisten eli kognitiivisten toimintojen ja motivaatio- ja tunnepuolen häiriöstä, sekä korkeampien aivotointojen, eksekutiivisten toimintojen, eli toiminnanohjauksen monimutkaisesta häiriöstä. Henkilöllä on näistä syistä vaikeutta säädellä omaa käyttäytymistään ja toimintaansa omien tavoitteidensa, tehtävän tai ympäristön mukaisesti. Hänellä on vaikeuksia säädellä vireystilaansa, tarkkaavuuttaan, hillitä välittömiä reaktioitaan ja yllykkeitään sekä ohjata toimintojaan. (Jäntti 2016, 290-291).

Krooninen dopamiinin puute aivoissa, alueilla, jotka liittyvät motivaatioon ja palkitsevuuteen ja vaikeuttaa; päätöksentekoa, muistamista, ennakkointia, oppimista, keskittymistä, asioiden organisointia sekä sosiaalista kanssakäymistä. ADHD henkilön aivoissa vallitsee informaatiotulva, koska hän ei kykene suodattamaan epäolennaista sisäistä- tai ulkoista informaatiota. (Jäntti 2016, 290-291).

Taulukko 1. ADHD ja ADD eroavaisuudet.

ADHD	ADD
Hyperaktiivinen	Hyperaktiivinen, passiivinen
Ulospäin suuntautunut	Haaveileva, sisäänpäin kääntynyt
Häiritsevä, tunkeileva	Ujo
Riskejä ottava	Ei riskien ottoon taipuvainen
Liian täynnä energiaa	Anenerginen, motivoitumaton
Liian nopea	Hidas
Liian paljon ideoita	Vaikeuksia ajatella selvästi

Mielestäni ADHD ja ADD eroavat yllättävän paljon diagnooseina toisistaan. ADHD diagnoosiin liittyvät oireet ovat helposti ulospäin näkyviä ja sosiaalisesti "häiritseviä" piirteitä, kuten hyperaktiivisuus, liika energisyys ja tunkeilevuus. ADD oireiden ollessa hyvinkin piilossa, kuten haaveilevuus, sisäänpäin kääntyneisyys, passiivisuus ja hitaus, jotka eivät välttämättä kiinnitä muiden huomiota ja diagnoosin saaminen saattaa olla vaikeaa. ADD henkilöä voidaan pitää ujona tai arkana, vaikka hän ei sitä olisikaan.

### 3.5 Touretten oireyhtymä

(Gilles de la) Touretten oireyhtymä ICD-10, F95.2 on samanaikainen äänellinen ja motorinen monimuotoinen nykimishäiriö. Diagnoosin saamiseksi oireiden on alettava ennen 18 vuoden ikää. Oireiden tulee olla motorisesti monimuotoisia ja lisäksi tulee olla yksi tai useita äänellisiä nykimisoireita häiriön aikana, mutta ei välttämättä samanaikaisesti. Nykimisoireiden frekvenssin tulee olla useita kertoja päivässä, lähes joka päivä, yli vuoden ajan. Oireettomat jaksot kyseisen vuoden aikana eivät saa kestää yli kahta kuukautta. (Markkula 2016).

Esiintyvyys lapsilla on 0,3-0,8%. Aikuisuuteen mennessä yhdellä kolmasosalla TIC (nykimis-) oireet häviävät, yhdellä kolmasosalla lievittyy ja yhdellä kolmasosalla pysyy ennallaan. Touretten oireyhtymässä ensisijaisena ongelmana pidetään liitännäisoireyhtymiä, kuten ADHD (esiintyvyys 50%), OCD eli pakko-oireinen häiriö (esiintyvyys 20%-40%) sekä yleisesti esiintyvät ahdistuneisuus ja mielialahäiriöt, sekä persoonallisuus- ja päihdeongelmat. (Markkula 2016.)

### 3.6 Rettin oireyhtymä ja lapsuusiän disintegratiivinen häiriö

USA:ssa Autismikirjon oireyhtymät diagnosoidaan DSM-IV (the American Psychiatric Association's Diagnostic and statistical Manual of Mental Disorders) – teoksen pohjalta. Siinä Autismikirjon häiriöt kuuluvat laajempaan "laaja-alaisten kehityshäiriöiden" – kategoriaan (PDD). Näitä ovat autistinen oireyhtymä, Aspergerin syndrooma, Rettin oireyhtymä (F84.2), lapsuusiän disintegratiivinen kehityshäiriö ja määrittelemätön laaja-alainen kehityshäiriö.

Jokaisessa edellä mainituista on samanlaisia piirteitä, esimerkiksi sosiaalisen kanssakäymisen merkittävät heikentymät. Sosiaaliset heikentymät ovat paljon pahempia kuin mihin henkiset kyvyt riittäisivät.

Rettin oireyhtymässä ja lapsuusiän disintegratiivisessa häiriössä lapsella on vakavia puutteita oppimis- ja ajattelutaidoissa, kommunikatiivisten, sosiaalisten ja käytöksellisten ongelmien lisäksi. Molemmissa lapsi kehittyy ensin normaalisti, minkä jälkeen opitut taidot heikkenevät. (Ozonoff ym. 2009, 28-31).

Rettin oireyhtymää esiintyy vain tytöillä. Tyttö kehittyy ensin normaalisti noin viisi kuukautta tai pidempään (kannattavat päätänsä, kääntyvät selälleen, istuvat, seuraavat esineitä ja ihmisiä silmillään ym.), mutta 6-24 kuukauden päästä lapsi alkaa menettää mielenkiintoaan sosiaaliseen vuorovaikutukseen ja muihin ihmisiin. Lapsen pään kasvu hidastuu ja hän joko menettää opittuja taitoja (puhe-, ajattelu-, tai motoriset taidot) tai ei koskaan saavuta seuraavaa taitotasoa (esim. esineiden osoittaminen, puhuminen, käveleminen, leluilla leikkiminen). Lapset usein liikuttelevat jatkuvasti käsiään keskivartalonsa edessä, eikä keskittymiskykyä riitä muuhun. (Ozonoff ym. 2009, 28-31).

Lapsuusiän disintegratiivinen kehityshäiriö taas voi esiintyä sekä tytöillä että pojilla. Taantumista esiintyy, mutta se alkaa kahdesta kymmenen vuoden normaalin kehityksen jälkeen. Taidot karttavat siihen asti normaalisti, mutta taitojen menetyksen ja taantumisen jälkeen lapsi esimerkiksi vetäytyy, ei puhu ja menettää ajattelutaitoja sekä suolen hallinnan. Rettin oireyhtymä ja lapsuusiän disintegratiivinen kehityshäiriö ovat huomattavasti harvinaisempia kuin muut autismikirjon oireyhtymät. (Ozonoff ym. 2009, 28-31). Rettin oireyhtymää esiintyy noin 1/10 000-15 000 (Autismiliitto).

### 3.7 Liitännäisoireet

Autismikirjon häiriöihin liittyy usein pakko-oireinen häiriö (F42). Tällöin henkilöllä on pakkoajatuksia tai pakkotoimintoja tai molempia useina päivinä, vähintään kahden viikon ajan. Pakkoajatuksiin ja pakkotoimintoihin liittyvät kaikki seuraavat piirteet: henkilö tunnistaa, että ne ovat lähtöisin hänen ajatuksistaan, niihin ei liity ulkopuolista vaikutusta, ne ovat toistuvia ja epämiellyttäviä, henkilö yrittää vastustaa niitä, ne eivät tuota mielihyvää, vaikka ne saattavat tilapäisesti vähentää ahdistusta. (Markkula 2016.)

Useimmiten, noin 50-90 %, ADHD:n kanssa esiintyy samanaikaisesti muita psykiatrisia tai neurologisia häiriöitä. Osalla häiriöistä on saman tyyppinen neurobiologinen alkuperä kuin ADHD:llä ja osa kehittyy sekundaarisesti esimerkiksi toistuvan negatiivisen palautteen, kaveripiirin ulkopuolelle joutumisen, toistuvien pettymysten tai epäonnistumisten kautta. Esiintyvyys lisääntyy myös hoidon ollessa riittämätöntä, sekä iän myötä. (Dufva 2012, 36, 140-142, 214-219, 261-264; Jäntti 2006, 294-295).

Yleisimpiä ADHD:n liitännäisoireita ovat mm.:

- Tourette
- autismikirjon muut häiriöt kuten Asperger
- Tic-oireet
- pakko-oireet
- aistitiedon käsittelyn ongelmat
- uhmakkuus- ja käytöshäiriöt
- unihäiriöt
- sosiaalisen vuorovaikutuksen poikkeavuudet
- hahmottamisvaikeudet
- oppimisvaikeudet
- puheen- ja kielenkehityksen häiriöt
- hieno- ja karkeamotoriikan ongelmat
- psyykkiset sairaudet kuten masennus, syömishäiriöt, ahdistuneisuushäiriöt, mielialahäiriöt, kaksisuuntainen mielialahäiriö ja persoonallisuushäiriöt
- riippuvuudet, kuten peli- tai päihderiippuvuus.
- Epilepsiaa sairastavilla lapsilla on havaittu enemmän ADHD oireita, kuin muilla saman ikäisillä lapsilla.

On arveltu, että toisinaan ADHD:n ja epilepsian aiheuttaisi sama tekijä aivoissa. ADHD- oireisilla lapsilla on havaittu ikäverrokkejaan enemmän myös yö- ja päiväkas- telua sekä tuhrimista, sekä ylipainoa ja lihavuutta. (Dufva 2012, 36, 140-142, 214-219, 261-264; Jäntti 2006, 294-295). Autismikirjon eri häiriöt voivat siis esiintyä toistensa liitännäisoina, eli autismikirjon häiriöisellä henkilöllä voi olla useampi autismikirjon häiriön diagnoosi yhtä aikaa.

Neuropsykiatrisissa häiriöissä on kyse neurologisen kehityksen häiriöstä, eli poik- keamasta aivojen toiminnassa. Neuropsykiatrisia häiriöitä yhdistää poikkeavuudet aistihavaintojen käsittelyssä, sekä vaikeudet sosiaalisessa kanssakäymisessä mui- den kanssa ja kommunikoinnin pulmat. Tällaisten henkilöiden on vaikeaa eläytyä muiden ihmisten tunteisiin ja ajatuksiin, vaikeaa käyttäytyä sosiaalisten vuorovaiku- tusnormien mukaan tai muuttaa omaa käytöstään sosiaalisten vihjeiden perusteella. Sosiaalisen kanssakäymisen säännöt ja muiden ihmisten toiminnan ymmärtäminen ovat haastavaa, aivojen toimintatavan vuoksi. Suurin osa kuntoutuksesta annetaan

henkilöiden sosiaalisten haasteiden ratkaisemiseksi, jotta integroituminen ympäröivään yhteiskuntaan olisi helpompaa. Aivojen erilainen toimintatapa ei itsessään häiritse neuropsykiatrisista häiriöistä kärsivän henkilön arkea, eikä se näy ulospäin, vaan sen ulospäin näkyvät vaikutukset haasteina sosiaalisissa suhteissa ja käyttäytymisessä.

Neuropsykiatrisiin häiriöihin ei läheskään aina liity älyllistä jälkeenjääneisyyttä, mutta oppimisen haasteita usein on. Häiriöiden toisistaan erottaminen useiden samankaltaisuuksien vuoksi on usein vaikeaa ja henkilöllä saattaaakin olla useampi neuropsykiatrisen häiriön diagnoosi. Neuropsykiatriset häiriöt ovat usein perinnöllisiä ja niiden puhkeamiseen vaikuttavat myös esimerkiksi vanhempien tupakointi tai äidin muu päihteiden käyttö, äidin raskauden aikainen stressi, keskosuus, yliaikaisuus tai komplikaatiot synnytyksessä tai raskauden aikana. Neuropsykiatriset häiriöt ovat synnynnäisiä eikä niitä voida lääkityksellä parantaa tai poistaa, mutta oireita lievittäväällä lääkityksellä, pitkäjänteisellä terapialla ja vanhempien työskentelyllä neuropsykiatrisesta häiriöstä kärsivää henkilöä voidaan auttaa ymmärtämään omaa vammaansa ja auttaa oppimaan sosiaalisen kanssakäymisen taitoja.



## 4 SOSIAALINEN KUNTOUTUS VASTAUKSENA PALVELUNTARPEESEEN

Laki sosiaalihuollon ammattihenkilöistä määrittää sosiaalihuollon ammattihenkilöiksi sosiaalityöntekijät (suorittanut Suomessa ylemmän korkeakoulututkinnon, johon sisältyy tai jonka lisäksi on suoritettu pääaineopinnot tai pääainetta vastaavat yliopistolliset opinnot sosiaalityössä), sosionomit (on suorittanut sosiaalialalle soveltuvan ammattikorkeakoulututkinnon Suomessa) sekä geronomit (on suorittanut sosiaalialalle soveltuvan ammattikorkeakoulututkinnon Suomessa). Siirtymäsäännösten vuoksi, myös aikaisemmin suoritettut tutkinnot, kuten sosiaalialan ohjaaja ja sosiaalikasvattaja, ovat päteviä sosiaalihuollon ammattihenkilöitä. Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto käsittelee muualla kuin Suomessa sosiaalialan koulutuksen saaneiden hakemukset ja tekee päätökset oikeudesta toimia Suomessa sosiaalialan laillistettuna ammattihenkilönä.

Sosiaalialan tyyppisiä töitä voivat tehdä myös muut kuin lain määrittämät sosiaalihuollon ammattihenkilöt. Esimerkiksi lähihoitajat, papit, koulun terveydenhoitajat, harrastusten valmentajat jne. kouluissa, sosiaalitoimessa, vapaaehtoistyössä, harrastuksissa, seurakunnalla, Kelassa, sairaalassa ja muissa paikoissa, joissa kohdataan ihmisiä.

### 4.1 Sosiaalihuollon ja sosiaalityön tavoitteet

Sana sosiaalinen juontaa juurensa latinan kielestä. Alun perin se tarkoitti yhteiselämää järjestäytyneessä yhteiskunnassa. Tästä juontaa juurensa käsite sosiaalityöstä. Nykyisin sosiaalinen -sanalla tarkoitetaan myös heikko-osaisten aseman ja elinehtojen parantamista, yhteiskunnallista huono-osaisuutta ja niissä auttamista. Yhteiskunnallisuutta eli ihmisten kasvun ja kasvatuksen yhteiskunnallisia suhteita. Sillä tarkoitetaan myös yhteiskuntaan tai ryhmään sopeutuvaa, ihmisten välisyyttä, vuorovaikutusta, yhteiselämää, yhteisöä ja yhteisöllisyyttä. (Mäkinen ym. 2011, 62; Nivala ym. 2019, 16).

Sosiaalityön kansainvälinen järjestö (International Federation of Social Workers) edustaa sosiaalityötä maailmanlaajuisesti ja pyrkii vahvistamaan sosiaalityön ydinsisältöjä ja etiikkaa. Järjestö on määritellyt sosiaalialan tehtäviksi seuraavat tehtävät;

- tavoitteena ihmisten hyvinvoinnin lisääminen
- ihmissuhdeongelmien ratkaisujen ja elämänhallinnan edistäminen
- työn kohteena vuorovaikutus ihmisen ja hänen ympäristönsä välillä.

Välineenä käytetään yhteiskunnan järjestelmiä koskevaa tietoa ja sen soveltamiseen tarvittavaa tietoa sekä tietoa sosiaali- ja käyttäytymisteorioista. Työ perustuu yhteiskunnallisen oikeudenmukaisuuden ja ihmisoikeuksien periaatteisiin, jotka on kirjattu kansainvälisiin yleissopimuksiin. (Kananoja ym. 2017, 27-30; Global definition of social work).

Sosiaalihuoltolain määritelmän mukaan sosiaalihuollon tarkoituksena on;

- ylläpitää ja edistää hyvinvointia ja sosiaalista turvallisuutta
- edistää osallistumista ja vähentää eriarvoisuutta
- turvata yhdenmukaisin perustein riittävät, tarpeenmukaiset ja laadukkaat sosiaalipalvelut sekä muut hyvinvointia edistävät toimenpiteet
- edistää asiakkaan oikeutta hyvään palveluun ja kohteluun sosiaalityössä
- edistää asiakaskeskeisyyttä, parantaa yhteistyötä kunnan eri toimijoiden, muiden toimijoiden ja sosiaalihuollon välillä. (Kananoja ym. 2017, 27-30; Global definition of social work).

#### 4.2 Keskeisiä hyvinvointitekijöitä sosiaalialan näkökulmasta

Hyvinvointi koostuu Erik Allardin pohjoismaisen tutkimuksen (1976) mukaan kolmesta ulottuvuudesta; having (omistaminen, fyysiset ja aineelliset resurssit, kuten terveys ja asunto), loving (ihmissuhteet ja sosiaaliset suhteet), being (itsensä toteuttaminen). Eurooppalaisen sosiaali-indikaattorijärjestelmän (EUSI) mukaan keskeisiä hyvinvointitekijöitä ovat; sosiaalinen koheesio (syrjäytymisen ja eriarvoisuuden vähentäminen sekä sosiaalisten verkostojen ja siteiden vahvistaminen), elämänlaatu (subjektiivisen hyvinvoinnin vahvistaminen ja objektiivisten elinolojen parantaminen), sekä kestävä kehitys (luonnon pääoman sekä inhimillisen pääoman säilyttäminen ja vahvistaminen). (Kananoja ym. 2017, 156-157).

THL (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos) jäsentää hyvinvoinnin seuraavasti: ihmisten käytössä olevat resurssit, hyvinvointia ja terveyttä edistävä ympäristö, yhteisöjen sosiaalinen eheys, itsensä toteuttamisen mahdollisuudet ja ihmisten vaikuttamis- ja osallistumismahdollisuudet. Sosiaalityö on hyvinvointia edistävää, syrjäytymistä ja pahoinvointia ehkäisevää sekä hoitavaa ja korjaavaa toimintaa. (THL 2019; Kananoja ym. 2017, 156-157).

#### 4.3 Kuntouttava sosiaalityö

Kuntouttava sosiaalityö (empowering social work) on ennalta ehkäisevää ja ongelmia korjaavaa. Kuntouttavassa sosiaalityössä on tarkoitus huomioida yhtäaikaan sekä yksilön näkökulma, että rakenteellinen sekä yhteisöllinen näkökulma. Siinä pyritään aktiivisesti hakemaan uusia toimintamalleja, jolloin asiakas selviytyy elämänsä esteistä elämäntilanteissa, joissa ihmisten ja erilaisten ryhmien täysivaltainen toiminta on vaikeutumassa tai vaikeutunut. (Kananoja ym. 2017, 254-256; Kuntouttava sosiaalityö Sosnet. 2019).

Kuntouttavan sosiaalityön peruseräitä ovat: valtaistuminen, voimaantuminen, toimijuus (toimintavalmius), subjektiivisuus (asiakkaan näkökulma), voimavarakeskeisyys, osallisuus, vastuullisuus, täysivaltaisuus, kulttuuristen erojen tiedostaminen ja kunnioittaminen sekä elämän näköalojen avaaminen. Voimaantuminen ja valtaistuminen ovat yksilöiden, ryhmien tai yhteisöjen kykyä käyttää valtaa, kontrolloida olosuhteitaan ja sääntää omia päämääriään (Mäkinen ym. 2011. 132).

Tavoitteena kuntouttavalla sosiaalityöllä on palauttaa, luoda ja ylläpitää hyvän elämänlaadun, omaehtoisen selviytymisen ja elämänhallinnan edellytyksiä. Tavoitteena on myös ehkäistä syrjäytymistä, tukea asiakkaisen myönteisiä ja itsenäisiä elämänvalintoja sekä täysivaltaista kansalaisuutta. Kuntouttava näkökulma on sosiaalityön työorientaatio, jota voidaan soveltaa laajasti sosiaalityössä, esimerkiksi nepsy-valmennuksen avulla. (Kananaja ym. 2017, 254-256; Kuntouttava sosiaalityö Sosnet. 2019).

#### 4.4 Sosiaalialan asiantuntija

Sosiaalialan asiantuntijaksi määritellään yleensä henkilö, jolla on tietty määrä koulutusta ja työkokemusta. Kokemuksen lisääntyminen ei kuitenkaan välttämättä varmista suoraviivaista asiantuntijaksi kehittymistä. Tietyn koulutuksen ja työkokemuksen jälkeen kokemuksen laatu on merkittävämpi asiantuntijuuden kehittymistä edistävä tekijä kuin kokemuksen määrä. Asiantuntijuuden kehittymiselle ei voida määritellä yleistä muotoa tai polkua, eikä sitä voida sitoa lineaarisesti aikaan sidottuihin portaisiin. Yksilöä ammatillisessa kasvussa kohti asiantuntijuutta auttavat täydennyskoulutus, ammatillinen vuoropuhelu, työnohjaus ja ajankohtainen uusi tieto. Asiantuntijuuden syntyminen on yksilön ja ympäristön välinen, vuorovaikutteinen kehitysprosessi. (Mäkinen ym. 2011, 43; Viinamäki 299, 135-136).

Asiantuntijuus ei ole koulutuksen ja työkokemuksen kautta saavutettu pysyvä ominaisuus, vaan jatkuva oppimisprosessi. Asiantuntijuus on toimintatapa, jossa työntekijä jatkuvasti itse reflektoi ja oppii eri tilanteissa, jolloin uusille ja vanhoille kokemuksille syntyy uusia merkityksiä. Asiantuntijuudessa olennaista on reflektiivisyyden ilmeneminen, eli se miten ongelmallisia tilanteita arvioidaan ja ratkaistaan. Reflektio on yksilön omien uskomusten ja toiminnan suuntaamista ja ongelmanratkaisussa käytettyjen menetelmien ja strategioiden toimivuuden uudelleen arvioimista. Asiantuntijuudessa teoreettinen tieto, käytännön tieto ja työntekijän oma itsesäätelytaito ovat integroituneet (yhdistyneet) toisiinsa. (Mäkinen ym. 2011, 47; Viinamäki 299, 136-137).

Sosiaali- ja terveydenhuollon toimintaympäristö muuttuu koko ajan yhä kompleksisemmaksi ja monitoimijaisemmaksi ja edellyttää tiivistä yhteistyötä ja jaettua asiantuntijuutta eri toimijoiden välillä. Sosiaalialan osaamista voidaan päivittää, kehittää ja hankkia, mutta myös johtaa ja jakaa. Sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaiselle ei riitä, että hän suoriutuu perustehtävästään ja hallitsee hyvin oman alansa keskeiset taidot ja tiedot.

Vahvan ammatillisen substanssiosaamisen (perustehtävän osaamisen) rinnalla korostuu muutosta tukeva osaaminen, alaistaidot, työyhteisötaidot, sekä yhteistyötä ja työyhteisön toimivuutta tukevat taidot. (Mönkkönen ym. 2019, 15-34).

#### 4.5 Vammaispalvelulaki ja palvelutarpeeseen vastaaminen

Ennen uutta sosiaalihoitolakia 2014, neuropsykiatrista valmennusta myönnettiin osassa kunnista vammaispalvelulain mukaisena sopeutumisvalmennuksena tai kuntoutusohjauksena (Laki vammaisuuden perusteella järjestettävistä palveluista ja tukitoimista 8§). Vammaispalveluasetuksen 14§ mukaan: ”Kuntoutusohjaukseen kuuluu vammaisen henkilön ja hänen lähiyhteisönsä ohjaaminen sekä vammaisen henkilön toimintamahdollisuuksien lisäämiseen liittyvistä erityistarpeista tiedottaminen”. Ja 15§ ”Sopeutumisvalmennukseen kuuluu neuvonta, ohjaus ja valmennus vammaisen henkilön ja hänen lähiyhteisönsä sosiaalisen toimintakyvyn edistämiseksi. (Asetus vammaisuuden perusteella järjestettävistä palveluista ja tukitoimista 18.9.1987/759).

Ongelmaksi muodostui kuitenkin se, että osa kunnista ei katsonut neuropsykiatrista oireyhtymistä kärsivien henkilöiden täyttävän lain antamaa vaikeavammaisen määritelmää. ” 2§ Vammaisella henkilöllä tarkoitetaan tässä laissa henkilöä, jolla vamman tai sairauden johdosta on pitkäaikaisesti erityisiä vaikeuksia suoriutua tavanomaisista elämän toiminnoista”. Tällöin asiakas jäi vaille tarvitsemaansa palvelua.

#### 4.6 Lastensuojelulaki ja palveluntarpeeseen vastaaminen

Neuropsykiatrista valmennusta on voitu myöntää myös lastensuojelun avohuollon toimenpiteenä, lastensuojelulain 36§ mukaisena lapsen kuntoutumista tukevana hoito- ja terapiapalveluna (Lastensuojelulaki). Lapsen ja perheen tilanne ei kuitenkaan välttämättä ole muilta osin täyttänyt lastensuojelun asiakkuuden kriteereitä tai perhe ei ole tarvinnut muita lastensuojelun palveluita, mikä on vääristänyt lastensuojelun asiakkuuksien määriä. Myös avun hakeminen lastensuojelun kautta ja sitä kautta saatu lastensuojelun asiakkuus, on saattanut estää joitain perheitä hakemasta heille suositeltua/tarpeellista palvelua.

#### 4.7 Sosiaalihuoltolaki ja palveluntarpeeseen vastaaminen

Uusi sosiaalihuoltolaki tuli voimaan vuonna 2014. Tämän jälkeen neuropsykiatrista valmennusta on myönnetty lähinnä sosiaalihuoltolain mukaisena sosiaalisena kuntoutuksena. Sosiaalihuoltolaki 17§ ” Sosiaalisella kuntoutuksella tarkoitetaan sosiaalityön ja sosiaaliohjauksen keinoin annettavaa tehostettua tukea sosiaalisen toimintakyvyn vahvistamiseksi, syrjäytymisen torjumiseksi ja osallisuuden edistämiseksi. Sosiaaliseen kuntoutukseen kuuluu:

- 1) sosiaalisen toimintakyvyn ja kuntoutustarpeen selvittäminen;
- 2) kuntoutusneuvonta ja -ohjaus sekä tarvittaessa kuntoutuspalvelujen yhteensovittaminen;
- 3) valmennus arkipäivän toiminnoista suoriutumiseen ja elämänhallintaan;
- 4) ryhmätoiminta ja tuki sosiaalisiin vuorovaikutussuhteisiin;
- 5) muut tarvittavat sosiaalista kuntoutumista edistävät toimenpiteet.”

Sosiaalihuoltolaki on ensisijainen verrattuna lastensuojelulakiin ja vammaispalvelulakiin. Palvelut pyritään aina ensisijaisesti myöntämään peruspalveluista ja sosiaalihuoltolain kautta. Vasta sitten, jos asiakkaan palveluita ei kyetä turvaamaan sosiaalihuoltolailla, niin asiakas siirtyy erityislakien piiriin, kuten lastensuojelulaki tai vammaispalvelulaki.

Sosiaalihuoltolain tarkoituksena on:

- 1) ”edistää ja ylläpitää hyvinvointia sekä sosiaalista turvallisuutta;
- 2) vähentää eriarvoisuutta ja edistää osallisuutta;
- 3) turvata yhdenvertaisin perustein tarpeenmukaiset, riittävät ja laadukkaat sosiaalipalvelut sekä muut hyvinvointia edistävät toimenpiteet;
- 4) edistää asiakaskeskeisyyttä sekä asiakkaan oikeutta hyvään palveluun ja kohteluun sosiaalihuollossa;
- 5) parantaa yhteistyötä sosiaalihuollon ja kunnan eri toimialojen sekä muiden toimijoiden välillä 1–4 kohdassa tarkoitettujen tavoitteiden toteuttamiseksi.” (Sosiaalihuoltolaki).

Sosiaalihuoltolaki tunnistaa neuropsykiatristen oireiden avuntarpeen ja sen avulla voidaan tarjota palveluita, joita ilman asiakkaat ennen jäivät. Palveluita ei ole myönnetty vammaispalvelulain perusteella, jos/kun asiakas ei ole ollut vaikeavammainen. Eikä las-

tensuojelusta, jos lapsesta ei ole ollut lastensuojelullista huolta. Koen uuden sosiaali-  
huoltolain tulleen tältä osin tarpeeseen ja vastaavan nepsy-asiakkaiden tarpeeseen pa-  
remmin, kuin erityislait (vammaispalvelulaki ja lastensuojelulaki).

## 5 NEUROPSYKIATRISEN VALMENTAJAN KOULUTUS TÄYDENNYSKOULUTUKSENA

### 5.1 Täydennyskoulutuksen määritelmä laissa

Laki sosiaalihuollon ammattihenkilöstä 5§ velvoittaa ammattihenkilön ylläpitämään ja kehittämään ammattitaitoaan. Työnantajan tulee luoda edellytykset sille, että ammattihenkilö voi osallistua ammattitaitonsa kehittämiseksi tarpeelliseen täydennyskoulutukseen. (Laki sosiaalihuollon ammattihenkilöstä). Sosiaalialan ammatillinen lisä-/ ja täydennyskoulutus ja työnantajan sen salliminen ovat lain määrittelemiä asioita.

Valtioneuvoston 11.4.2002 tekemässä periaatepäätöksessä terveydenhuollon henkilöstölle on järjestettävä vuosittain keskimäärin 3 – 10 päivää täydennyskoulutusta peruskoulutuksen pituudesta, työn vaativuudesta ja toimenkuvan muuttumisesta riippuen. Täydennyskoulutuksen kustannusvastuu on työnantajalla. ” (STM. 2002).

”Täydennyskoulutukseksi katsotaan alan ammatillisen perus- ja korkeakoulututkinnon tai tieteellisen jatkokoulutuksen saaneille tai muulla tavoin ammattitaidon hankkineille järjestetty ammattia tukeva ja suunnitelmallinen koulutus, jonka tarkoituksena on ylläpitää, ajantasaistaa ja lisätä työntekijän ammattitaitoa ja osaamista” (Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö). Täydennyskoulutukseksi ei lasketa perehdyttämistä ja työnohjausta, eikä työhön kuuluvia kokouksia tai alle puolen päivän mittaisia koulutustilaisuuksia, elleivät ne ole osa laajempaa täydennyskoulutuskokonaisuutta (Kananoja ym. 2017, 462.)

Terveydenhuollon lisäkoulutuksen lakimäärityksen haluan tuoda tässä esiin, koska lähihoitajista osa (joita koulutukseenkin osallistui) on rekisteröity automaattisesti valmistuttuaan terveydenhuollon ammattilaisiksi, vaikka työskentelisivät sosiaalihuollon tehtävissä (jollei ole erikseen hakenut rekisteröitymistä sosiaalihuollon ammattirekisteri Suosikkiin). Esimerkiksi minulla itselläni on näin, kun olen valmistunut lähihoitajaksi erikoistumisopinnoista vammaistyö.



## 5.2 Ammatillinen kasvun mahdollisuudet ja esteet

”Ammatillinen kasvu on jatkuva oppimisprosessi”, kuvaa Pekka Ruohotie kirjassa ja ammatillinen kasvu. Muuttuva työelämä tarvitsee ihmisiä, joilla on tahto, halu ja kyky oppia jatkuvasti. Ammatilliset tiedot ja taidot vanhenevat nopeasti, erityisesti korkeakoulutetuilla. (Ruohotie 2002. 2, 49-50, 59.). Korkeakoulutettujen työssä ja elämässä on yhä enemmän kyse jatkuvista muutosprosesseista, joissa muuntuu sekä ihminen itse, että organisaatioiden toiminnan laatu ja työn edellytykset. Ihmisen yksinkertainen totuus on, että elämä ja arjen työ ovat jatkuvaa oppimista. Elämässä selviytymisen olennaisin ehto on arjen jatkuva oppiminen. Työkokemus, elämäkokemus ja kokemalla oppiminen haastavat jälkimodernissa yhteiskunnassa ne kvalifikaatiot, joita on aikaisemmin mitattu koulun penkille vietettyinä vuosina. (Toiskallio 1998, 11).

Ammatillinen ”jälkeenjääneisyys” on uusimman ja ajanmukaisimman tiedon puutetta, joka haittaa tai estää nykyisistä tai tulevista työtehtävistä selviytymistä. Ihannetapauksessa yksilön kasvuprosessi ja kehittyminen jatkuvat koko työikäisyyden ajan ja hän kokee, että hänellä on jatkuvasti mahdollisuus kehittyä. Ammatillisen kasvuprosessin katketessa, työmotivaatio heikkenee, työ menettää merkitystä ja tehtävien hoito muuttuu rutiiniksi. Työympäristöllä ja työyhteisöllä on keskeinen rooli osaamisen soveltamisessa ja kehittämisessä. Nykyaikaiset johtamisteoriat korostavat sitä, että ihmiset pyrkivät kehittämään itseään, jos heille annetaan siihen mahdollisuus (esim. Nepsy-koulutus). (Ruohotie 2002, 2, 49-59.).

## 5.3 Täydennyskoulutus ja asiantuntijuus määritelmänä

Täydennyskoulutus voidaan oppimisen kannalta jakaa kahteen päätyyppiin. Yksinkertaiseen (simple learning) ja muuttuvaan (transformative learning). Yksinkertaisessa oppimisessa on kyse aiemman osaamisen ajantasaistamisesta, jolloin perustietoisuus ja käsitteet eivät muutu, mutta esim. sosiaalityössä muuttuvat lait, niiden pykälät ja tulee uusia ennakkotapauksia lakien tulkinnan tueksi. Täydennyskoulutuksissa olisi kuitenkin hyvä pyrkiä siihen, että koulutukseen osallistuvien paradigmoissa (peruskäsityksissä) syntyisi muutoksia. (Toiskallio 1998, 11-16).

Täydennyskoulutuksessa voidaan erottaa myös kolme kommunikaation tyyppiä. Strateginen, sisältökeskeinen ja dialoginen. Strateginen kommunikaatio on johdonmukainen valinta, jos tavoitteena on tehokkaat suoritukset teknisessä toiminnassa. Tavoitellessa akateemista kompetenssia (kelpoisuutta), teoreettisen toiminnan ja tiedon merkityksessä, on sisältökeskeinen ja tieteenalapohjainen kommunikaatio paikallaan. Dialogi taas on tehokkain kommunikaation tyyppi, tavoiteltaessa tehokkaita suorituksia laaja-alaisen toimintakyvyn elämismailmassa ja praktisen tiedon ja toiminnan mukaista ”omaksi tulemista”. (Toiskallio 1998, 11-16).

Ammatillinen täydennyskoulutus tapahtuu yhteiskunnan, talouden, kulttuurin ja politiikan kulloinkin luomassa tilanteessa ja ympäristössä, kontekstissa. Tämänhetkistä tilaa kuvataan usein käsitteillä tietoyhteiskunta tai postmoderniyhteiskunta. (Toiskallio 1998, 13).

Täydennyskoulutus on tärkeää asiantuntijuuden hankkimisessa ja sen säilyttämisessä. Asiantuntijasta voidaan käyttää myös käsitteitä ekspertti, spesialisti tai erikoisasiantuntija. Kaikkien alojen asiantuntijat tarvitsevat jatkuvaa oppimista ja itsensä kehittämistä, voidakseen edelleen olla oman alansa tai erikoistumisalansa asiantuntijoita. Asiantuntijuus on kuitenkin monimutkaisempi prosessi, joka perustuu loppupeleissä vallan käyttöön. Asiantuntijoiden pitää pystyä eettiseen itsereflektioon ja arvokeskusteluun. Asiantuntijuuden edellytyksenä voidaan pitää sitä, että henkilö kykenee osallistumaan arvopeusteiseen harkintaan päätöksentekotilanteissa, reflektiiviseen arviointiin, sekä olemaan aktiivisesti mukana vaikuttamassa yhteiskunnan kehitykseen. (Toiskallio 1998, 19-22).

Täydennyskoulutuksella on tärkeä tehtävä varsinkin työn organisoinnin muutostilanteissa sekä käytettävän teknologian uudistumisessa ja kansainvälisten järjestelmien muutoksissa, sekä esimerkiksi kansallisten lakien muuttuessa. Täydennyskoulutuksen tehtäviä muutostilanteissa ovat mm.: 1) Asioiden syvälinen ymmärtäminen ja laaja tietovarasto. 2) Nopea tilanteen tunnistamiskyky. Asioiden etenemiseen liittyvä päättelykyky. Kyky sijoittaa asioita laajempiin yhteiskunnallisiin yhteyksiin. 3) Kyky laajentaa toimintaa ja tietämystä, kohti vaihtoehtojen etsimistä. 4) Älyllinen voima ja liikkuvuus. (Toiskallio 1998, 46).

#### 5.4 Elinikäinen oppiminen

Suomalaisessa yhteiskunnassa painotetaan elinikäistä oppimista työikäisen väestön osalta. Tutkintoon johtavan koulutuksen tulisi varmistaa, että sosiaalialan ammattilaisella on alalla työskentelyyn vaadittavat perusvalmiudet. Sosiaalialan ammattilaisen asiantuntemuksen kehittyminen jatkuu kuitenkin vielä työelämään siirtymisen jälkeen ja hänen tulee saada mahdollisuus ylläpitää ja uudistaa osaamistaan osaamisvaatimusten ja ammattialan muuttuessa. Elinikäisellä oppimisella pyritään vastaamaan yhteiskunnan, politiikan, talouden ja kulttuurin muutoksiin. Luottamusta yleispäteviin ratkaisumalleihin ei ole, joka on johtanut ajatukseen koulutuksesta, joka on yksilöllistä, joustavaa ja paikallisesti vaihtelevaa. On siirrytty kohti monimuotoisempaa yhteisöjen, yksilöiden ja organisaatioiden oppimisen tukemista. (Kananoja ym. 2017, 461-462; Mäkinen ym. 2011, 201-202; Toiskallio 1998, 14).

Elinikäinen oppiminen ei ole vain taloudellinen instrumentti tai humanistinen valistuspyrkimys. Jatkuva oppiminen on keino tuottaa mielekästä elämää koulutuksen avulla. Taloudelliset ja kulttuuriset muutokset ovat johtaneet yksilön aseman korostumiseen palveluiden ja tavaroiden kuluttajana. Tästä syystä aikuiskasvatuksesta, aikuiskoulutuksesta puhutaan myös termeillä aikuisoppiminen ja elinikäinen oppiminen. (Toiskallio 1998, 50-51).

Ammatillisen kehittymisen tukena voidaan pitää elinikäistä oppimista ja rikastuttavaa työyhteisöä. Rikastuttavalla työyhteisöllä tarkoitetaan yhteisöä, jossa ihmiset innostuvat ja innostavat toisiaan, asiantuntemusta jaetaan, ympäristö on luova ja työntekijät haluavat luoda jotain uutta. Työyhteisö tukee jäsentensä kehittymistä ja mahdollistaa kykyjen monipuolisen käytön. Elinikäinen oppiminen on jatkuva kehitysprosessi, sisältäen myös ammatillisen lisäkoulutuksen. Elinikäinen oppiminen antaa yksilölle valmiuksia elää muuttuvassa maailmassa, yhteiskunnassa ja työelämässä. Työntekijän jatkuva työssä kehittyminen ja ammattitaidon ylläpitäminen ovat laadukkaan asiakastyön perusta, turvaten asiakkaan oikeudet ja parantaen toiminnan laatua ja tuloksellisuutta. (Kananoja ym. 2017, 461-462; Mäkinen ym. 2011, 201-202).

## 6 NEUROPSYKIATRINEN VALMENNUS TYÖMUOTONA

### 6.1 Kuntouttava työote ja kuntoutus

Kuntouttava työote on tärkeä osa neuropsykiatrista valmennusta. Kuntouttavassa työotteessa asiakasta tuetaan ja kannustetaan omatoimisuuteen päämäärätietoisesti ja suunnitelmallisesti. Tämä on myös ennaltaehkäisevä työtapa, tavoitteena että asiakkaan tila ei huononisi ja hän pysyisi mahdollisimman pitkään oman elämänsä subjektina. Kuntoutumisessa tärkeää on pyrkiä löytämään kuntoutujan ja ympäristön voimavarat. Ympäristön voimavaroja voivat olla mm. asunto ja sen varusteet, asuinympäristön virikkeellisyys ja turvallisuus, lähellä olevat palvelut ja liikennejärjestelyt. Lisäksi voimavaroina ajatellaan läheiset ihmiset ja ihmissuhteet, ystävät, sukulaiset ja ammatti-ihmiset. Ulkoiseen elämänhallintaan kuuluu yksilön ikä, varallisuus, koulutus ja sosiaalinen asema. Sisäiseen elämänhallintaan taas yksilön kyky hallita ulkoisia asioita sekä yksilön henkiset voimavarat ja elämänsänsä. (Forss & Vatula-Pimiä 2014, 174).

Kuntoutus jaetaan usein neljään eri osa-alueeseen: kasvatukselliseen, sosiaaliseen, ammatilliseen ja lääkinälliseen kuntoutukseen. Neuropsykiatrinen valmennus on osa sosiaalista kuntoutusta. Sosiaalisen kuntoutuksen tavoitteena on kuntoutujan hyvinvointi, sekä sisäisen ja ulkoisen elämänhallinnan parantaminen tai palauttaminen. Sosiaalisen kuntoutuksen avulla pyritään poistamaan toimintakyvyn rajoituksia ja ympäristöstä aiheutuvia haittoja, sekä turvaamaan selviytyminen arkielämässä. (Forss & Vatula-Pimiä 2014, 180).

### 6.2 Neuropsykiatrinen valmentaja ja -koulutus

Piia Virtasen luentomonisteiden (Nepsy-koulutus) mukaan ensimmäinen Ratkaisukeskeisten neuropsykiatristen valmentajien koulutus järjestettiin vuonna 2003 yhteistyössä ADHD-keskuksen ja ADHD-liiton kanssa. Koulutuksen laatuksiteerit löytyvät Neuropsykiatriset valmentajat ry:n internet sivuilta.

Neuropsykiatrista valmennusta voi antaa siihen erityisen koulutuksen saanut opetus-, terveys- tai sosiaalialan ammattilainen. Koulutusta järjestävät eri oppilaitokset ympäri Suomea. (Dufva 2012, 105; Neuropsykiatriset valmentajat ry. 2016; Virtanen 2016).

Neuropsykiatrinen valmentaja ei ole suojattu ammattinimike, vaan se on ammatillinen lisä- ja täydennyskoulutus esimerkiksi sosiaali-, kasvatustai, tai terveydenhuollon henkilöstölle, tai henkilölle, jolla on muuten soveltuva pohjakoulutus, riittävä lisä- tai täydennyskoulutus, sopivia henkilökohtaisia ominaisuuksia sekä kiinnostusta aiheeseen. Koulutuksen saaneet voivat toimia neuropsykiatrisina valmentajina joko omassa työtehtävässään ja tukena työyhteisössään tai yksityisesti sekä alan asiantuntijoina. Suomen psykologisen instituutin mukaan Nepsy-ohjaajan ja Nepsy-terapeutin ammattinimikkeet sitä vastoin ovat rekisteröityjä ja suojattuja ammattinimikkeitä. (Dufva 2012, 105; Neuropsykiatriset valmentajat ry. 2016; Virtanen 2016). Sopivia soveltuvia pohjakoulutuksia nepsy-valmennukseen ovat kokemukseni mukaan mm. lähihoitaja, sairaanhoitaja, sosionomi, sosiaalityöntekijä, psykologi tai lastentarhanopettaja.

Koulutukset ovat eri pituisia ja koulutettavien pohjakoulutukset ja työkokemus erilaisia, joten valmentajatkin saattavat toimia hyvin eri tavoin. Varsinkin toimintaterapeutin tai neuropsykologin taustakoulutuksen omaavilla voimavarakeskeinen kuntoutusnäkökulma ja neuropsykiatrisen valmennuksen näkökulma ovat hyvin lähellä toisiaan. (Dufva 2012, 105; Neuropsykiatriset valmentajat ry. 2016; Virtanen 2016).

### 6.3 Neuropsykiatrinen valmennus

Neuropsykiatrinen valmennus on ratkaisu- ja voimavarakeskeinen, ohjauksellinen ja tavoitteellinen kuntoutusmenetelmä. Se täydentää asiakas lähtöisiä hoito- ja kuntoutusmuotoja. Se on suunnattu asiakkaille, joilla on neuropsykiatrisia erityisvaikeuksia. Oppimiskäsitykset neuropsykiatrisen ohjaajan koulutuksen takana ovat behavioristinen (vahvistetaan toivottua käytöstä), kognitiivinen (tiedollinen havainnointi), sosiokonstruktivistinen (muiden kanssa yhdessä rakennettu tieto), konstruktivistinen (asiakas rakentaa tiedon itse) sekä kontekstuaalinen oppimiskäsitys (sulautuva, blended learning). Neuropsykiatrinen valmennus sekoitetaan usein ADHD-valmennukseen. – ohjaukseen, -coachingiin ja – koutsaukseen. (Dufva 2012, 105; Virtanen 2016).

Neuropsykiatrinen valmennus on ratkaisu- ja voimavarakeskeinen, ohjauksellinen ja tavoitteellinen kuntoutusmenetelmä, joka on suunnattu asiakkaille, joilla on neuropsykiatrisia erityisvaikeuksia. Dufvan mukaan (ADHD diagnosointi, hoito ja hyvä arki- kirja) neuropsykiatrinen valmennus pitää sisällään enintään kymmenen tapaamiskertaa, kun taas Kaarinassa koulutuksessa luennoimassa ollut psykiatrian erikoislääkäri Juha Markkula kertoi valmennuksen kestävän mielellään vähintään kymmenen kertaa, mutta tarpeen

voivan olla jopa vuosia. Toistuen elämän käännekohtissa, kuten uuden koulun aloitus, parisuhde, työelämänaloitus, muutto pois lapsuuden kodista, ero, jne. (Dufva 2012, 105-106, 221; Neuropsykiatriset valmentajat ry. 2016; Virtanen 2016).

Menetelmällä autetaan asiakasta pääsemään hänen itsensä (tuetusti) asettamiin tavoitteisiin. Valmennusmenetelmä tukee puutteellisten toiminnanohjauksen taitojen harjoittelamista. Toiminnanohjauksella tarkoitetaan taitoja, joiden avulla asioita saadaan tehdyksi eli esim. aloittamisen kyky, suunnittelukyky, organisointikyky, loppuunsaattamisen kyky ja ajanhallinta. Lähtökohtana on asiakkaan oma motivaatio ja omat tavoitteet. (Dufva 2012, 105-106, 221; Neuropsykiatriset valmentajat ry. 2016; Virtanen 2016.)

Valmennuksessa keskeistä on struktuurin luominen, se on tavoitteellista ja suunnitelmalista, käytännönläheistä ja jalkautuvaa, ratkaisukeskeistä, verkostot huomioivaa, mutta asiakkaan omat toiveet edellä kulkevaa. Valmennus on usein projektinomaista ja aika-tilatutettua (ajallisesti rajattua), siinä on selkeää aloitus-, työskentely- ja lopetusvaihe. Prosessia seurataan ja arvioidaan niin asiakkaan kuin työntekijän toimesta, sekä tarvittaessa myös omaisen. (Dufva 2012, 105-106, 221; Neuropsykiatriset valmentajat ry. 2016; Virtanen 2016).

Keskeistä valmennuksessa on omien vahvuuksien ja voimavarojen hyödyntäminen, elämänhallinnan ja arjen sujumisen tukeminen ja uusien käyttäytymismallien löytäminen ristiriitatilanteisiin. Valmennuksella pyritään auttamaan asiakasta suoraan hänen omaan arkeensa vaikuttavalla käytännönläheisellä tavalla. Lasta voidaan auttaa esimerkiksi keksimään keino siihen, että koulureppuun pakataan oikeat tavarat, apuvälineinä voidaan käyttää mm. kuvia, kalenteria ja selkeää päivästruktuuria. Nuorta voidaan auttaa ehtimään kouluun ajoissa, rutiinien ja erilaisten apuvälineiden kuten seinäkalenterin tai kirjallisen toimintasuunnitelman avulla. (Dufva 2012, 105-106, 221; Neuropsykiatriset valmentajat ry. 2016; Virtanen 2016).

Nuorten tai aikuisen ja valmentajan yhteydenpito tapahtuu usein tapaamisten lisäksi tekstiviestein, puheluihin ja sähköpostitse. Aikuista voidaan tukea esimerkiksi laskujen ajoissa maksamisessa ja talouden hallinnassa. Neuropsykiatrisen valmennus ei ole terapiaa. (Dufva 2012, 105-106, 221; Neuropsykiatriset valmentajat ry. 2016; Virtanen 2016).

Neuropsykiatrinen valmennus on suunnattu erityisesti neuropsykiatrisista häiriöistä kärsiville nuorille ja aikuisille. Myös lapsille valmennusta voidaan toteuttaa, mutta silloin ensiarvoisen tärkeässä asemassa ovat lapsen vanhemmat ja muu lähipiiri. (Neuropsykiatriset valmentajat ry. 2016; Virtanen 2016).

#### 6.4 Neuropsykiatrisen valmennuksen asiakkaat

Asiakkaisen pääasiallisia diagnooseja ovat ADHD, ADD, Aspergerin oireyhtymä, Touretten oireyhtymä, SLI, muut kehitykselliset vaikeudet sekä oppimisvaikeudet. Valmennusta voidaan antaa myös aivovammapotilaille, mielenterveys- ja päihdekuntoutujien sekä muiden lapsille, aikuisille ja nuorille kenellä on puutteita toiminnanohjauksellisissa taidoissa. Asiakkaat voivat olla monen eri tasoisia, heillä voi olla psykiatrisia ja neurologisia rinnakkaisdiagnooseja ja sosiaalisia vuorovaikutuksen ongelmia. (Neuropsykiatriset valmentajat ry. 2016; Virtanen 2016).

Syynä valmennuksen aloittamiseen voivat olla mm. toiminnanohjauksen vaikeudet, käyttäytymisen ongelmat, valintojen tekemisen vaikeus ja juuttuminen, tarkkaavaisuuden ja keskittymisen ongelmat, uusiin tilanteisiin sopeutumisen ongelmat sekä sosiaalisten tilanteiden ongelmat. Valmennuksen tavoitteita voi olla mm. itsenäisen asumisen onnistuminen, itsetuntemisen lisääminen (psykoedukaatio), opiskelun keskeyttämisen ehkäisy tai itseohjautuvuuden lisääminen. (Neuropsykiatriset valmentajat ry. 2016; Virtanen 2016).

Asiakkaalla tulee olla motivaatiota valmennukseen, jotta sitä on mahdollista toteuttaa. Valmennettavan lähipiiri on usein kietoutunut mukaan asiakkaan problematiikkaan ja tästä syystä asiakkaan lähipiirin ja verkostojen huomioiminen on erittäin tärkeää. (Neuropsykiatriset valmentajat ry. 2016; Virtanen 2016).

Esimerkiksi ADHD oireisen henkilön Nepsy-valmennus voidaan aloittaa, jos henkilö itse haluaa muuttaa toimintaansa, päihderiippuvuus ei ole ensisijainen ongelma (tai se pitää ensin hoitaa/olla halua hoitaa päihderiippuvuus ensin), henkilöllä ei ole lievää masennusta vakavampaa masennusta (tai se on hoidettava ensin). (Dufva 2012, 281-282).

Aluksi valmentaja kartoittaa yhdessä asiakkaan kanssa hänen arkensa ongelmat ja päätävät ne muutamien eniten arjen sujuvuutta häiritsevät ongelmat, joihin tartutaan. Valmentaja kartoittaa asiakkaan vahvuuksia ja toimintamalleja, apuna käytetään mahdollisuuks-





Lisäksi koulutuksessa luentoja pitivät esimerkiksi;

- kokemusasiantuntijat
- Nina Alfthan (kasvatustieteiden maisteri YET, psykoterapeutti, eläinavusteinen tunnetaitovalmentaja ja työnohjaaja, neuropsykiatrinen valmentaja)
- Juha Markkula (psykiatrian erikoislääkäri, unilääketieteen erityispätevyys)
- Virpi Jussila (psykiatrinen sairaanhoitaja, neuropsykiatrinen valmentaja)
- Tuula Savikuja (Suomen Touretten- ja OCD-yhdistyksen toiminnanjohtaja, erityisopettaja)
- Sari Laatu (neuropsykologian erikoispsykologi).

Koulutus koostui lähijaksoista (lähiopetuspäivistä), kotitehtävistä, valmennusharjoittelusta (sen suunnittelusta, toteuttamisesta ja yhteenvedosta), sekä lopputyöstä. Lähijaksoja (lähiopetusta) oli kuusi jaksoa, yhteensä 11 päivää. Harjoitteluun liittyviä asiakasta-paamisia toivottiin olevan kymmenen kertaa ja ne veivät yleensä 2-4tuntia per tapaaminen ja harjoitteluun liittyvä suunnittelu ja dokumentointi veivät vähintään toiset 2-4 tuntia. Lisäksi koulutukseen liittyvät kotitehtävät ja lopputyö veivät useamman työpäivän verran aikaa.

Lähijaksoilla käsiteltiin useita eri teemoja. Näitä olivat mm. kohderyhmä ja menetelmä, ratkaisukeskeinen työote, tietoisuustaidot, kehitykselliset neuropsykiatriset erityisvaikeudet, kognitiiviset oireet ADHD- ja AS-aikuisella sekä valmennus osana omaa työtä.

Kunnat ovat koulutusryhmässä käymämme keskustelun mukaan maksaneet koulutuksen työntekijöilleen, koska Neuropsykiatrisen valmennuksen ostaminen yksityisiltä yrittäjiltä on kallista ja tietotaitoa asiasta on kunnissa vähän. Yhden asiakkaan ohjaaminen maksaa helposti useita tuhansia euroja vuodessa. Kunnissa tarvitaan myös taitoa siihen, että osataan arvioida, kuka valmennuksesta hyötyy ja missä kohtaa sitä on asiakkaalle kannattavaa myöntää.

Nepsy-valmennuksen suositusten määrä asiakkaiden kuntoutussuunnitelmissa on huomattavasti lisääntynyt. Tämä oletamus perustuu omaan työkokemukseeni, kollegoideni arvioon sekä koulutukseen osallistuneiden henkilöiden arvioon. Tutkittua tietoa asiasta ei käytettävissä opinnäytetyön tekoaikaan ole.

Perusturvakuntayhtymä Akselissa (Mynämäki, Masku ja Nousiainen) Nepsy- valmennus on ollut lähinnä vammaispalvelulain mukainen määrärahasidonnainen palvelu. Määrärahojen puitteissa sitä ei ole voitu, eikä ole ollut järkevää kaikille hakijoille myöntää. Muissa

koulutukseen osallistuneissa kunnissa Nepsy-valmennusta on myönnetty myös esimerkiksi sosiaalihuoltolain tai lastensuojelun kautta. Vähitellen palvelua on pyritty siirtämään uuden sosiaalihuoltolain myötä sosiaalihuoltolain ja sen alaisten palveluiden työntekijöiden piiriin.

Asiakkailla ja työntekijöillä on ollut kokemani mukaan epäselvyyttä siitä mitä Nepsy-valmennus tarkoittaa. Asiakkaille on voitu heidän kertomansa mukaan suositella valmennusta kuntoutussuunnitelman teon yhteydessä, ilman että asiakkaille on selkeästi kerrottu mistä valmennuksessa on kyse ja mitä hyötyä, sillä asiakkaalle haetaan. Osa asiakkaista on kertonut, että heille olisi Nepsy-valmennusta suositeltu heidän omasta pyynnöstään, vaikka he eivät ole tienneet mistä on kyse, mutta ovat kuulleet, että muillekin on suositeltu tai muutkin ovat sitä saaneet.

Sekavaa on ollut esimerkiksi se, miten Nepsy-valmennus ja autismiohjaus eroavat toisistaan. Molempia on suositeltu samoille asiakkaille. Molempia myös tuottavat usein samat yksityiset yrittäjät, jotka itsekään eivät ole osanneet päättävillä virkamiehille selkeästi eroa kertoa (oma ja kollegoiden kokemus).

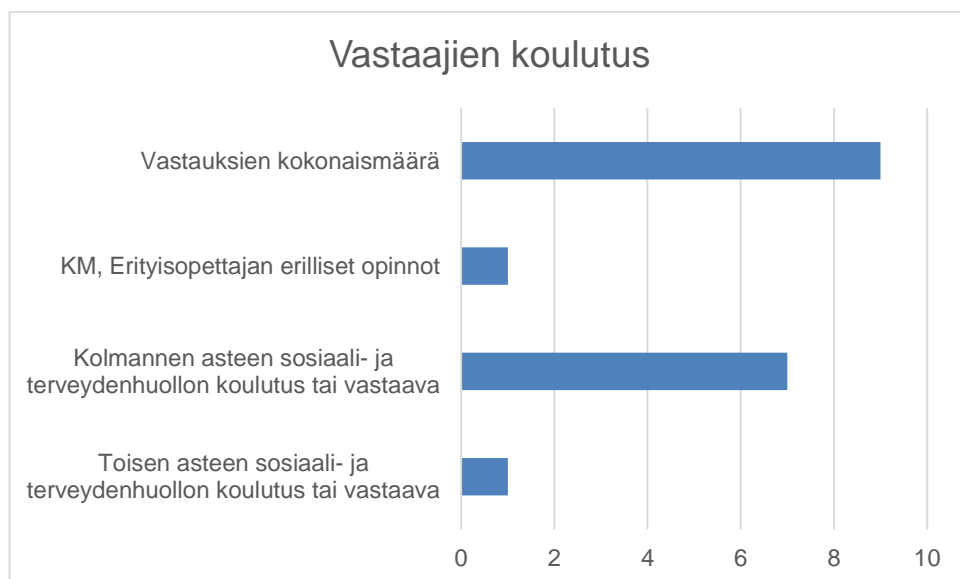
## 7 TULOKSET

Kysely lähetettiin Google Formsin kautta 21 koulutukseen osallistuneelle työntekijälle. Ainakin kaksi työntekijää oli lopettanut työskentelyn koulutuksen aikaisessa työpaikassaan, eikä toisen heistä uudesta työpaikastaan ollut tietoa. Näin ollen kysely oletettavasti tavoitti 20 koulutukseen osallistunutta. Yhdeksän heistä vastasi kyselyyn, joka on 45% mahdollisista vastaajista. Mielestäni vastausprosenttina hyvä, mutta otantana toki pieni, eli 9 henkilöä. Kysely toteutettiin 9.3.-14.4.2019 välisenä aikana.

Ratkaisukeskeisen neuropsykiatrisen valmentajan koulutukseen osallistui yhteensä 22 työntekijää Kaarinasta, Liedosta, Paimiosta, Perusturvakuntayhtymä Akselista ja Sauvosta. Kyselyyn vastasi 9 koulutukseen osallistunutta henkilöä (en itse vastannut, jotta vastaukseni ei vaikuta tuloksiin). Näin ollen kyselyyn vastasi n.43% koulutukseen osallistuneista.

### 7.1 Kyselyn tulokset

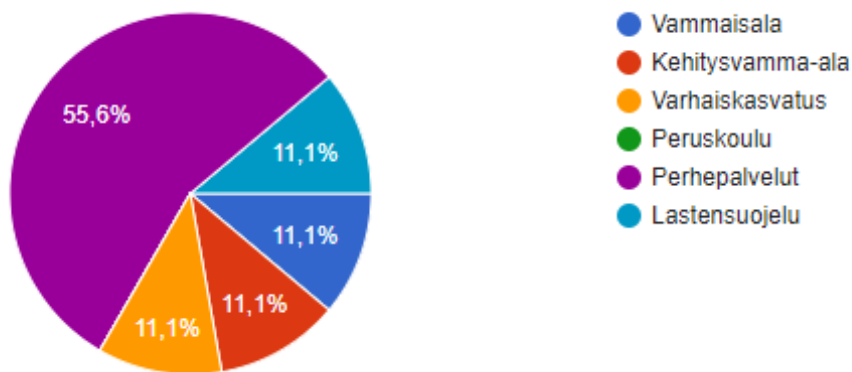
Vastaajista seitsemällä korkea-asteen sosiaali- tai terveydenhuollon koulutus (esim. sosionomi, sosiaalityöntekijä tai sairaanhoitaja), yhdellä toisen asteen sosiaali- tai terveystieteiden perustutkinto (esim. lähihoitaja) ja yhdellä kolmannen asteen muu tutkinto (KM, erityisopettajan erilliset opinnot).



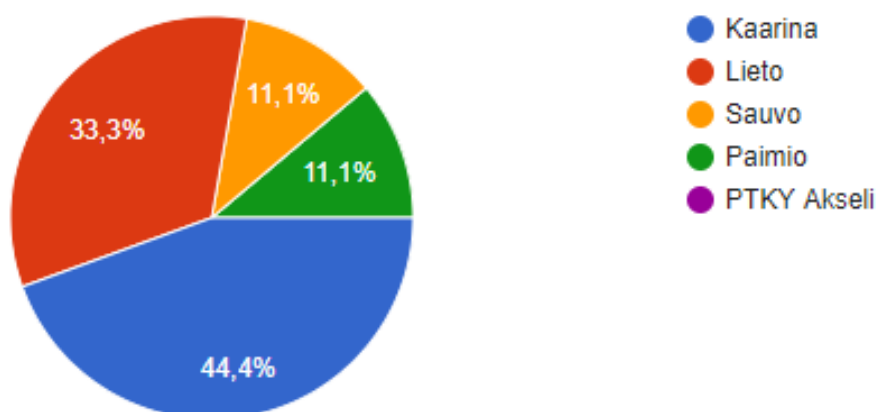
Kuvio 1. Vastaajien koulutus (n=9).

Vastaajista suurin osa 55,6% työskenteli perhepalveluissa koulutuksen alkaessa. Lisäksi työskenneltiin kehitysvamma-alalla, vammaispalveluissa, varhaiskasvatuksessa ja lastensuojelussa. Vastauksessa pystyi vastaamaan vain yhden alan, joten joku vastanneista saattoi työskennellä useammalla alalla yhtä aikaa.

Suurin osa vastaajista työskenteli koulutuksen aikana Kaarinassa (44,4%), toiseksi eniten Liedossa (33,3%) ja lisäksi vastaajia työskenteli Sauvossa ja Paimiossa. Kukaan vastaajista ei ollut koulutuksen jälkeen vaihtanut työpaikkaa tai työtehtävää. Tiedossani on kuitenkin, että ainakin kaksi koulutuksessa ollutta on vaihtanut työnantajaa, toisen työnantajan sain tietooni ja laitoin henkilölle kyselyn, mutta hän ei tulosten mukaan vastannut.



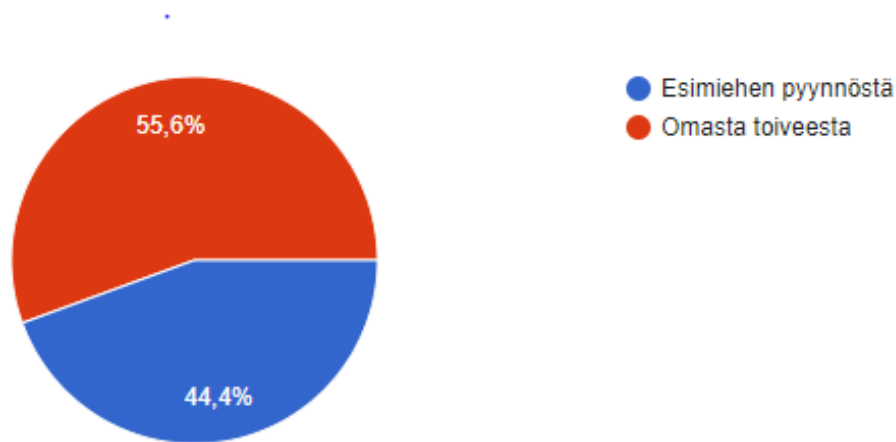
Kuvio 2. Vastaajien työskentely alat koulutuksen aikana (n=9).



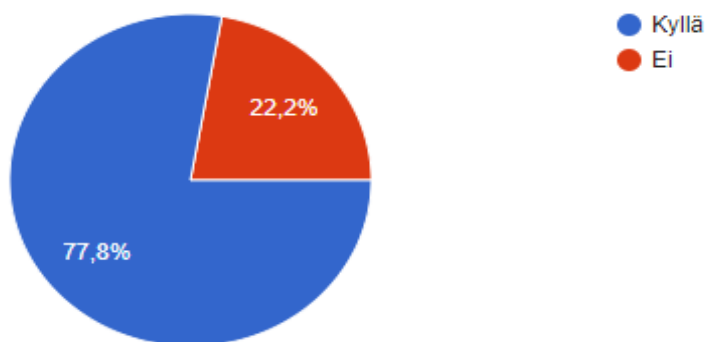
Kuvio 3. Vastaajien työnantajat koulutuksen aikana (n=9).

Vastaajista vähän reilu puolet, eli 55,5% lähti Nepsy-koulutukseen omasta toiveesta. Loput 44,4% esimiehen pyynnöstä (kuten minä). Työajalla koko koulutuksen suoritti 77,8% vastaajista ja pelkät lähipäivät 22,2%. Tämä vastaus ei kuitenkaan ole relevantti, koska vastausvaihtoehtoja oli myös harjoittelun, kotitehtävät ja lopputyön, mutta vain yhden vaihtoehdon pystyi valitsemaan. Tutkija (minä) on siis tehnyt kysymyksen tai pikemminkin siihen vastaamisessa teknisen virheen. Itse esimerkiksi sain tehdä työajalla lähipäivät, sekä harjoittelun ja suurimman osan siihen liittyvästä suunnittelusta. Kotitehtävät ja lopputyön tein omalla ajalla.

Koulutuksen kaikkiin lähipäiviin osallistui 77,8% vastaajista.



Kuvio 4. Osallistuiko vastaajat koulutukseen omasta vai esimiehen pyynnöstä (n=9).



Kuvio 5. Osallistuiko vastaaja kaikkiin lähipäiviin (n=9).

Tutkimuksen mukaan tietoisuus Nepsy-valmennuksesta ennen koulutusta oli vähäistä. Yksi vastaajista ei ollut kuullut valmennuksesta lainkaan ennen koulutusta, ei paljoakaan tai vähän tietoa oli kuudella, yhdellä oli tietoa jonkin verran ja vain yksi kyselyyn vastanneista oli tutustunut asiaan aikaisemmassa koulutuksessaan (vaikka itse valmentamisesta ei kokemusta).

Minut yllätti tiedon vähyys. Pyysin vastaajia kertomaan omin sanoin, mitä he tiesivät Nepsy-valmennuksesta tai Nepsy valmentajan koulutuksesta ennen Nepsy-koulutuksen alkua. Minkä verran heillä oli kokemusta Nepsy-valmennuksesta esimerkiksi työn tai koulutuksen kautta?”. Koulutukseen osallistuneiden henkilöiden asiakaskunnassa Nepsy-oireiset henkilöt ovat kuitenkin laajasti edustettuina (koulutuksen aikana käytyjen keskusteluiden perusteella).

- *”Aika vähän oli tietoa valmennuksesta, monesti siitä kyllä olin kuullut eri tahojen kertomana”,*
- *”Ei paljoakaan tietoa. Kiinnostusta lisäkoulutukseen nuorten kanssa toimimiseen”,*
- *”En tiennyt oikeastaan mitään vain, että neurologian ja psykiatrian poliklinikan palaverissa asiaa sivuttu palveluna lapsille”,*
- *”Nepsy-valmennuksesta tiesin hyvin vähän, mutta toisaalta perheohjauksessa on kuitenkin paljon samankaltaisia elementtejä nepsy-valmennuksen kanssa”,*
- *”En ollut kuullutkaan nepsy-valmennuksesta ennen koulutusta”,*
- *”En tiennyt juurikaan nepsy valmennuksesta tai koulutuksen sisällöstä. Olin kuullut, että nepsy valmennusta on saatavilla Kaarinassa esim. aikuispsykiatrian puolelta”.*

Osalla vastaajista oli kuitenkin hyvin tai jonkin verran ennestään tietoa neuropsykiatriasta valmennuksesta. *”Olen varhaiskasvatuksen erityisopettajana jo tutustunut ennen koulutusta nepsy-asioihin (varsinaisissa opinnoissa, lyhyissä koulutuksissa). Nepsy-valmennus sinällään oli minulle uutta”,* *”Tiesin, että joku esim. kuraattoreista oli ko. koulutuksen käynyt ja tiesin ehkä lähinnä kohderyhmän, keitä valmennus voisi hyödyttää. Nepsy lapsia ja nuoria ja vanhempia olin työssäni kohdannut lukuisia, mutta kokemusta tai kosketuspintaa valmennukseen ei ollut.”* ja *”Tiesin Nepsy valmennuksesta jonkin verran ja minulla oli kokemusta jonkin verran”.*



Kuvio 6. Tietoa Nepsy-valmennuksesta ennen koulutusta (n=9)

Kyselyyn osallistuneilta kysyttiin myös sitä, kokevatko he koulutuksesta olevan hyötyä nykyisessä työssään? Yhdeksästä vastaajasta kahdeksan koki koulutuksesta olevan hyötyä nykyisessä työssään, eli 89%. Ainoastaan yksi vastaaja koki, että koulutuksesta ei ole ollut hyötyä nykyiseen työhön; *”En juurikaan, työkuvani muuttunut sen verran, etten ehdi Nepsy-kuntoutuksia tehdä”*.

Kaikki muut kahdeksan kokivat koulutuksesta olleen hyötyä nykyisessä työtehtävässä:

- *”Varmasti työhön tullut lisää ratkaisukeskeisyyttä ja laittanut perheitä pohtimaan enemmän omia voimavarojaan arjessa. Enemmän olen alkanut käyttämään kuvia sekä erilaisia kortteja”*.
- *”Nepsy-koulutuksesta on ollut hyötyä miettiessä yksilötapaamisten sisältöä ja tehtäviä. Olen saanut monta hyvää tehtävää, joiden avulla olen päässyt helpommin lähestymään lasta. Toisinaan myös ymmärrän paremmin lapsen erityisen tuen tarvetta, kun tiedän miten lapsi saattaa asiat omassa mielessään kokea hyvin eri lailla kuin itse”*.
- *”Tietojen päivittäminen on aina tarpeellista ja hyödyllistä. Erityisopetuksessa (katson nepsy-asioiden liittyvän myös tähän) tieto muuttuu nopeasti ja sitä tulee koko ajan lisää.”*
- *”Osittain kyllä. Asiakkainamme on paljon esim. ADHD-lapsia ja heidän perheitään. Näissä ohjaustyöskentelyissä pystyy hyödyntämään koulutuksen antamaa tietoa ilman varsinaista nepsy-valmennusta.”*
- *”Kyllä, sillä asiakkainani on ADHD, Asperger, oppimishäiriö, ocd yms. omaavia asiakkaita”*.

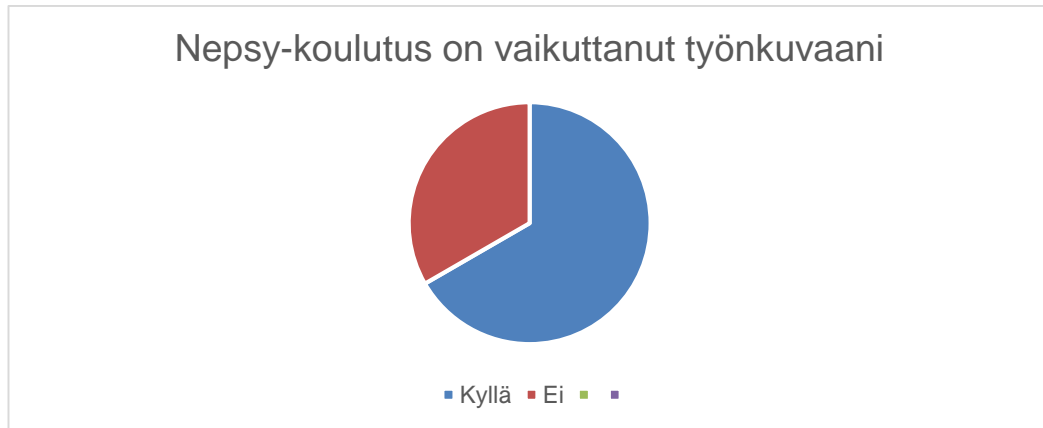
- ”Sain paljon lisää työkaluja työskentelyyn neuropsykiatrisia pulmia omaavien asiakkaiden kanssa. Omaan nyt paljon enemmän ymmärrystä esim. ADHD-asiakkaista.”
- ”Koulutuksesta on ollut hyötyä ainakin siinä mielessä, että muistaa pitää Nepsynäkökulman mielessä yhtenä mahdollisena selittävänä tekijänä, joista yksilön/perheen haasteet voivat johtua. Ja ajattelen, että koulutus vahvisti myös omaa vahvuuslähtöistä työskentelyä. Sain myös joitakin uusia mielenkiintoisia menetelmiä/tehtäviä lisää omaan ns. ”työkalupakkiin”.
- ”Koen. Koulutuksen ja valmennusten ansiosta minulla on enemmän tietoutta sekä käytännön työvälineitä autismin kirjon haasteisiin liittyen. Pystyn soveltamaan osaamistani työssäni.”



Kuvio 7. Koen Nepsy-koulutuksesta olevan hyötyä nykyisessä työssäni (n=9).

Vastaajista kolmen työnkuvaan koulutus ei ollut vaikuttanut millään lailla (kun taas kuuden oli). Vastaajista kuusi kuuluu koulutuksen jälkeen joko Nepsy-tiimiin, missä käsitellään Nepsy-valmennus pyynnöt ja suositukset ja/tai he vetävät nepsy-valmennuksia työnsä ohessa, sekä käyttävät koulutuksen antamaa tietotaitoa asiakkaitensa kanssa työskennellessään.





Kuvio 8. Nepsy-koulutus on vaikuttanut työnkuvaani (n=9).

Koulutuksen jälkeen Nepsy-valmennuksia ei ollut tehnyt lainkaan kaksi vastaajaa, mutta hekin käyttävät koulutuksen antamaa tietotaitoa ja metodeja työskennellessään asiakkaidensa kanssa. Kolme vastaajista oli tehnyt kolme valmennusta, muut ”muutamia” tai yhdestä kahteen. Kaikki kuitenkin käyttivät uusia tietojaan työssään esimerkiksi ohjauksen ja neuvonnan, sekä asiakastyömenetelmien avulla.



Kuvio 9. Vastaajien tekemien nepsy valmennusten määrä koulutuksen jälkeen

Kyselyssä kysyttiin myös sitä, kaipaisiko vastaaja lisäkoulutusta Nepsy-valmennuksesta. Kaikki vastaajat toivoisivat lisää koulutusta. Selkeäksi lisäkoulutustarpeeksi nousi koko perheelle annettava nepsy-valmennus, kun lapset ovat pieniä tai alle 12-vuotiaita, jolloin

koko perhettä tulee valmentaa eikä vain pelkkä lapsen valmennus välttämättä riitä: *”Meidän palvelussamme paljon pikkulapsi perheitä, joten jokin perhenepsy koulutus olisi kiinnostava”, ”Kyllä. Eniten meille tulee nepsypyyntöjä peruskouluikäisistä. Näissä tilanteissa ei mielestäni pärjätä yksilövalmennuksella, vaan tarvittaisiin ehdottomasti koko perheelle tarkoitettua nepsy-valmennusta”, ”Toivoisin lisää koulutusta mm ns. ”perhenepsyihin”. ”Työskentelen paljon lapsiperheissä, joissa on alle 12v lapsia.” ja ”Kyllä kaipaamaan. Mielenvirkistystä asioihin liittyen ja toki myös uutta asiaa lisäksi. Ja oma osaaminen valmentajana kaipaa vahvistusta ja myös kokemusten jakamista. Omat valmennukset ovat olleet nuorten valmennuksia, kun taas pääasiallinen työni on perheiden ja alle 12 v lasten kanssa tehtävää työtä.”*

Kaikki vastaajat kuitenkin kaipasivat lisäkoulutusta Neuropsykiatrisesta valmennuksesta: *”Kyllä”, ”Ehkä hyötyisin siitä millaisia kokonaisuuksia on tehty ja minkälaisia eri ikäisille. Ehkä olisi hyvä saada siksi, ettei omat nepsyt olisi liian laajoja”, ”Tietoa tulee koko ajan lisää ja siksi asioiden päivittäminen tulee varmasti ajankohtaiseksi”, ”Kyllä, tulee paljon laajoja nepsypyyntöjä, joissa paljon ongelmia, niihin, esim. käytöshäiriöt” sekä ”Kaikki koulutus on hyvästä”.*

Vastaajilta kysyttiin myös, onko heillä muuta kommentoitavaa koskien nepsy-koulutusta ja sen tuomista omaan työnkuvaansa esim. miten työnantaja huomioi koulutuksen, oliko koulutus sopivan mittainen, sopiko koulutus sisällöltään työnkuvaasi tms.? Kahdeksan kyselyyn osallistujaa vastasi kysymykseen ja vastaukset koulutuksesta olivat mielestäni pääosin positiivisia. Selkeitä parannusehdotuksia olivat mm. *”Toivoin koulutuksesta enemmän ns. työkaluja työhän ja sen anti oli mielestäni vähän huonoa. Koulutus oli sopivan mittainen sekä sopii työnkuvaan” ja ”Olisin kaivannut vielä tarkempaa tietoutta Nepsy haasteista.”*

Positiivisina kommentteina koulutuksesta ja sen työnkuvaan vaikutuksesta ja sopimisesta oli mm. *”Koulutus oli kaikin puolin ok, mutta työtilanteiden vuoksi en ole valmennuksia ehtinyt tekemään. Olen kuitenkin saanut vinkkejä päivittäiseen työskentelyyn ja asiakastapaamisiin”, ”Koska työskentelen alle kouluikäisten lasten parissa, ei varsinaisen nepsy-valmennus oikein sovi työnkuvaani, mutta ohjausta ja neuvontaa asioiden tiimoilta teen säännöllisesti. Työnantajani ehdotti minua koulutukseen, sain tehdä sen työajalla”, ”Palveluvalikkoomme on tullut omana työnä tehtävä nepsy-valmennus, jota teemme mahdollisuuksien mukaan. Omaan työhöni perheiden parissa olisin kaivannut enemmän perhekokonaisuuteen liittyvää valmennuksen opetusta”, ”Koulutus sopi hyvin*

*omaan työnkuvaani. Haastetta tuo työskentely nuorten kanssa, koska siitä minulla on kovin vähän kokemusta” ja ”Koulutus sopi hyvin työnkuvaani ja oli ok”.*

Valitettavasti kaikki eivät kuitenkaan koulutuksesta huolimatta ole saaneet työnantajan tukea työnkuvaansa ja neuropsykiatristen asiakkaiden kanssa toimimiseen: ”Työnantaja ei huomionnut koulutusta eikä edelleenkään tue tai kehitä kunnan nepsy-tiimin toimintaa”,

Kyselyssä kysyttiin, muuttuiko vastaajan käsitys nepsy valmentajan työstä koulutuksen jälkeen ja miten? Kuusi vastaajaa yhdeksästä ei kokenut käsityksensä nepsy valmentajan työstä muuttuneen koulutuksen myötä *”Koen etten saanut koulutuksesta mitään kovin ihmeellisiä työkaluja työhöni. Valmennus on melko lähellä ohjaustyöskentelyä varsinkin pikkulapsi perheissä” ja ”Minulla ei oikeastaan ollut mitään ennakkokäsitystä. Toisaalta pohdin usein, mitä eroa on nepsy-valmennuksella ja perheohjauksella?” sekä ”Ei muuttunut, koska käsitystä ei ollut juurikaan ennen koulutusta.”* Vastaajat siis tiesivät mitä valmennus ennestään on tai siksi että heillä ei ollut minkäänlaista ennakkotietoa asiasta ennen koulutusta.

Kolmen vastaajan käsitys muuttui, esim. *”Muuttui. Vie paljon aikaa, jos tekee huolellisesti, eli suunnittelu ja pohdintaan tulee jättää tarpeeksi aikaa” ja ”Sain paljon uutta tietoa, koska aiemmin en tiennyt oikein mitään”* sekä *”Toki muuttui, koska en tiennyt siitä juuri mitään. Mutta ehkä se hiukan yllätti, että valmennuksessa on kyse niin tuiki tavallisista, maanläheisistä arjen asioista, eikä mistään kummallisemmasta”.* Vastaukset siis vaihtelivat laajasti vastaajan mukaan.

Kaikki yhdeksän vastaajaa toivoivat työnantajaltaan myös jatkossa tämän tyyppisiä pitkiä koulutuksia, jotka sisältävät käytännön harjoittelua ja kotitehtäviä. Vastaajat kertoivat syyksi tähän esimerkiksi: *”Pitkistä koulutuksista jää enemmän käteen, kun parin tunnin koulutuksesta, jossa ei keretä tekemään/harjoittelemaan opiskeltuja asioita”, ”Pitkissä koulutuksissa asiaan paneudutaan laajasti ja monipuolisesti. En kuitenkaan osaa sanoa, mitä koulutusta toivoisin”, ”Pitkään työssä puurtamiseen lisänäkökulmat tuovat aina jotakin uutta ja lisää työssäjaksamista ja tietenkin osaamista” ja ”Täsmä koulutuksia johonkin tiettyyn aihepiiriin”.*

Minua kiinnosti, oliko ennakkotiedoissa Nepsy-valmennuksesta eroa siinä, missä kunnassa vastaaja työskenteli, tai millä alalla. Suurin osa vastaajista oli joko Liedosta tai Kaarinasta, ja muita vastaajia oli vain yksittäisiä, joten käsittelin muiden kuntien vastaajia yhtenä yksikkönä. Selkeästi erottui se, että eniten tietoa Nepsy-valmennuksesta oli en-

nestään Kaarinan työntekijöillä. Eniten tietoa ennestään oli selkeästi kahdella Kaarinalaisella vastaajalla ja kolmaskin neljästä (3/4) tiesi jonkin verran. Vähän tietoa ennestään löytyi myös kahdelta Lietolaiselta (2/3). Se, että Kaarina on jo ennen koulutusta järjestänyt valmennusta omana palvelunaan, saattaa vaikuttaa, tai sitten ei. Työskentelyaloista selkeästi eniten tietoa ennestään oli perhepalveluissa työskentelevillä (4/5). Mielestäni koulutus tuli selkeästi tarpeeseen, ainakin tiedon lisäämisen kannalta.

## 7.2 Haastattelun tulokset 2020

Haastattelin kesällä 2020 kolmea kulutukseen osallistunutta, tavoitteena saada tietää kehittämisen ja osaamisen näkökulmasta, miten koulutus on vaikuttanut kolmen vuoden aikana heidän työhönsä ja osaamiseensa. Halusin tietää vastaajien koulutuksen ja työkokemuksen, sekä sen mitä työtä he tällä hetkellä tekevät. Erityisesti minua kiinnosti, mitä heidän työnkuvissaan on mahdollisesti muuttunut nepsy-koulutuksen jälkeen.

Mielenkiintoista oli myös kolme vuotta myöhemmin saada tietää, mitä vastaajat ajattelevat itsestään neuropsykiatrisena valmentajana nyt, kun koulutuksesta ja valmistumisesta on kulunut aikaa. Ovatko he saaneet lisää osaamista asiaan jotain muuta kautta ja mitä osaamista he kokevat saaneensa koulutuksesta. Mitä he ajattelevat, että tulee osata, jotta valmennuksia voi tehdä. Ja ovatko he itse tehneet nepsy-valmennuksia.

Pyrin siis kartoittamaan mikä tilanne on nyt, kolmen vuoden jälkeen. Vaikutukset työnkuvaan ja ajatukset Nepsy-valmentajan osaamisesta ja itsestään Nepsy-valmentajana, kun asiaa on ehtinyt muutaman vuoden prosessoimaan.

Haastateltavat olivat koulutukseltaan sosionomi, sosionomi YAMK ja lastentarhanopettaja/kasvatustieteen kandidaatti (erityisopetus alle kouluikäiset ja esiopetusikäiset). Haastateltavat työskentelevät palveluohjaajana sosiaalitoimen Alku-palveluissa (mm. Ohjaus ja neuvonta, täydentävä- ja ehkäisevä toimeentulotuki sekä paperittomien maahanmuuttajien tapaaminen ja päätöksen teko heidän palveluissaan), sosiaaliohjaajana perhepalveluissa (mm. sosiaalihuoltolain mukaiset palveluntarpeen arvioinnit, asiakkaiden vastuutyöntekijänä toimiminen ja ohjaus, sekä Nepsy-valmennukset), sekä johtavana erityisopettajana ja erityisopettajana. Haastatellut olivat toimineet aikaisemmin mm. vammaispalveluiden ohjaajana, lastensuojelun perheohjaajana, lastenhoitajana päivä-

kodissa, MLL Varsinais-Suomen Piirin kotipalvelu ohjaajana, lastensuojelun perheohjaajana ja perhepalveluohjaajana, lastentarhanopettajana, lastensuojelun työntekijänä ja lastenkodin työntekijänä.

Yhdellä vastaajista työnkuva ei ole koulutuksen jälkeen muuttunut, toisella on tullut työnkuvaan lisäksi arvioinnit siitä, kenelle Nepsy-valmennusta myönnetään sekä Nepsy-valmennusten pitäminen ja kolmas on vaihtanut kokonaan työnantajaa/työnkuvaa ja Nepsy-valmennukset eivät enää ole osa työnkuvaa.

Yksi vastaajista ei ole pitänyt valmistumisen jälkeen yhtään Nepsy-valmennusta, mutta vanhempien sekä varhaiskasvatuksen työntekijöiden ohjaaminen ja neuvonta Nepsy asioidissa on osa hänen jokapäiväistä työnkuvaansa. Toinen vastaaja teki valmennuksia jatkuvasti aikaisemmassa työssään ja ehti viedä loppuun kolmen henkilön valmennukset. Hän työskenteli päivittäin Nepsy-haasteisten henkilöiden kanssa myös erillisten ohjausten lisäksi. Kolmas vastaaja on tehnyt koulutuksen jälkeen yksin yhden valmennuksen ja parityönä useampia, arvionsa mukaan viisi. Hän myös arvioi lasten ja nuorten palveluntarpeen Nepsy-valmennusten osalta.

Vastaajat kertoivat saaneensa koulutuksesta mm. tietoa autismikirjon diagnooseista ja Nepsy-valmennuksesta, aikaisemman tiedon ajankohtaista päivittämistä, tutkimuksellista tietoa. Apua neuropsykiatristen ongelmien tunnistamiseen ja näiden henkilöiden kohtaamiseen, työvälineitä puheeksi ottoon ja työkaluja oireilun helpottamiseen. Tietoa siitä, mihin Nepsy-haasteista kärsivän henkilön voi ohjata apua saamaan. Kokemusasiantuntijuutta ja eri ammattikuntien tuomaa osaamista sekä tutkimustietoa pidettiin erityisen tärkeänä. Kaipaamaan jäätiin kuitenkin mm. lisää konkreettisia työkaluja Nepsy-valmennusten tekemiseen, keinoja ja menetelmiä, idea ja materiaalipankkia, josta hakea helposti tietoa ja vertaistukea. Tietoa Nepsy-valmennuksesta ja neuropsykiatrista tietoutta vastaajat ovat saaneet aikaisempien koulutustensa kautta, mm. sosionomi koulutus, erityisopettajan koulutus ja työnantajien tarjoamat lisäkoulutukset kuten Aivoliiton ja ADHD-liiton koulutukset, sekä ammatilliset opintopäivät.

Vastaajat kokivat haastavaksi kuvailla itseään Nepsy-valmentajana, mutta vahvasti nousi esiin osaaminen neuvonnassa ja ohjauksessa. Haastavaksi koettiin mm. eri kuntien erilaiset kriteerit valmennukseen pääsemiseksi (toisissa vaaditaan esim. vaikeavammaisuutta, toisissa määritelty, että Nepsy-valmennus ei ole vaikeavammaiselle oikea palvelu, ikärajat jne.) sekä se että valmentajien koulutusta ei ole standardoitu, vaan kou-

lutuksissa on suuria eroja. Vastaajat pohtivat onko heillä tarpeeksi osaamista ja kokemusta valmennusten pitämiseksi. He kokivat, että tarvitsisivat lisäkoulutusta, vertaistukea, työkaluja (työkalupankki, jossa erilaisia työvälineitä, kirjallisuutta jne.) sekä mahdollisuuden mentorointiin ja kokeneemman valmentajan kanssa parityöskentelyyn.

Vastaajat kokivat, että voidakseen toimia neuropsykiatrisena valmentajana tulisi olla Nepsy-valmentajan koulutus ja kokemusta henkilöistä, joilla on nepsy-haasteita. Tietoa ja kokemusta autismikirjon häiriöistä, mitä ne tarkoittavat ja miten ne vaikuttavat mm. sosiaalisiin taitoihin. Valmentajalla pitäisi olla laajaa osaamista ja keinoja menetelmistä, joilla helpottaa asiakkaan jokapäiväistä elämää. Tarvitsee ymmärtää Nepsy-valmennus menetelmänä ja miten se eroaa muista työmenetelmistä.

Vastaajat kokivat tarvitsevänsä Nepsy-valmennuksesta lisäkoulutusta, jos jatkossa tekevät valmennuksia. Esimerkiksi ns. perhenepsy-valmennus koettaisiin tarpeelliseksi, jossa paneuduttaisiin koko perheen auttamiseen. Autismikirjon häiriöiden periytyvyys näkyy selvästi valmennusten aikana ja esimerkiksi päiväkotityöskentelyssä. Vanhemmat ymmärtävät usein omia haasteitaan vasta, kun lapset saavat diagnoosin. Autismikirjon häiriöiden diagnostiikka on Suomessa kuitenkin suhteellisen uutta, eikä diagnooseja ja tukitoimia ole annettu esimerkiksi 1980-luvulla. Lasta ei voida auttaa tai se on ainakin erittäin vaikeaa, jos vanhemmalla ei ole ymmärrystä ja tahtotilaa ymmärtää lapsen haasteita.

Varhaiskasvatuksen näkökulmasta lapselle on hyväksi saada oikea diagnoosi, se tuo usein mukanaan erilaisia etuuksia ja tukitoimia. Jo ennen diagnoosin saamista lasta tulee auttaa välittömästi, eikä saa olettaa, että lapsi toimisi sosiaalisesti poikkeavasti tahallaan. Varhaiskasvatuksessa on tärkeää ennaltaehkäistä itsetunnon ongelmia ja leimaamista. Hankalan tai ilkeän lapsen leimasta on vaikeaa päästä myöhemmin eroon. Päiväkodissa lapsen runsas ja oikeanaikainen tukeminen on verrattain helppoa, kun ryhmässä on useampi aikuinen. Tukitoimet tulisi aloittaa heti, sillä koulussa luokalla on usein vain yksi aikuinen, jonka resurssit eivät riitä samalla lailla tukemiseen kuin päivähoitossa.

Huolta vastaajissa herätti se, että he kokevat, etteivät kunnan päättäjät välttämättä ymmärrä mitä Nepsy-valmennus on ja sen tärkeyttä. Työnantajat eivät tue työntekijöitään Nepsy-valmennusten tekemisessä ajallisesti, koulutuksellisesti tai taloudellisesti (esim.

työvälineet ja kirjallisuus). Huolta siitä, saavatko kaikki tarvitsevat asiakkaat valmennusta. Vastaajat kokivat, että valmennusjakso (vaikka lyhyempikin) voisi olla usein hyväksi heti perheelle, kun joku perheenjäsenistä saa neuropsykiatrisen diagnoosin.

## 8 YHTEENVETO, JOHTOPÄÄTÖKSET JA ARVIOINTI

Tässä opinnäytetyössä tarkoituksena oli selvittää mielipidettä täydennyskoulutuksen (Nepsy-koulutus) vaikutuksista heidän työnkuvaansa, sitä onko tämän tyyppisille koulutuksille työntekijän mielestä jatkossa tarvetta ja onko se muuttanut heidän tietouttaan Nepsy-valmennuksesta.

Kyselyn perusteella tietoa neuropsykiatrisesta valmennuksesta on sosiaalialan käytännön työntekijöillä vähän. Haastateltavat työskentelivät suurimmaksi osaksi perhepalveluissa, mutta myös vammaispalveluissa, kehitysvammaispalveluissa, lastensuojelussa ja varhaiskasvatuksessa, joiden asiakkaissa neuropsykiatrisia häiriöitä esiintyy ja valmennuksia heidän asiakkailleen suositellaan.

Mielestäni valmennuksesta on hyvä tietää, jotta siihen voidaan ohjata. Valmennuksen metodeja voidaan käyttää työssä asiakkaiden kanssa ja asiakasta ja hänen omaisiaan pystytään tukemaan myös jonkun muun tekemän valmennuksen aikana. Koen, että koulutusta olisi hyvä suunnata varsinkin henkilöille, jotka päivittäin työskentelevät asiakkaiden ohjaus tehtävissä, esim. perheohjaajille, kehitysvammaisten ohjaajille, avopalveluohjaajille, päiväkodin henkilökunnalle ja koulujen henkilökunnalle esimerkiksi koulunkäynnin ohjaajille. Jonkinlainen lyhyempi esimerkiksi yhden päivän koulutus siitä mitä neuropsykiatrinen valmennus on, olisi hyvä pitää myös sosiaalitoimen muulle henkilöstölle, sosiaalityöntekijöille, sosiaaliohjaajille ja esimiehille.

Olisin luullut, että tietoa valmennuksesta olisi ollut enemmän ennen koulutusta. Näin olen koulutus tuli tarpeeseen. Minut yllätti positiivisesti se, että vaikka aiheesta ei ollut ennestään työntekijöillä tietoa tai ennakkokäsityksiä, niin yli puolet vastaajista osallistui koulutukseen omasta toiveestaan ja loput esimiehen pyynnöstä. Kyselyssä ei tullut esiin, että ketään olisi koulutukseen painostettu (asiaa ei erikseen myöskään kysytty, mutta vapaassa kommentoinnissa sen kertominen olisi ollut mahdollista).

Ajattelen, että on hienoa, kun kiinnostusta oman ammattitaidon kehittämiseen ja ajantasaisena pitämiseen löytyy. Kiinnostuksesta koulutusta kohtaan kertoo myös se, että suurin osa vastaajista pystyi osallistumaan kaikkiin lähipäiviin, vaikka koulutus oli pitkä ja vaati runsaasti ajallista panostusta. Mielestäni työnantaja on tämän koulutuksen avulla luonut edellytykset sille, että ammattihenkilö voi osallistua lain vaatimaan ammattitaitonsa kehittämiseksi tarpeelliseen täydennyskoulutukseen. Vastaajien mielestä tämän



tyyppisille koulutuksille olisi tarvetta myös jatkossa. Heidän mukaansa pitkissä koulutuksissa oppii ja ehtii sisäistämään enemmän asioita, kun lyhyissä pintaraapaisu koulutuksissa.

Suurin osa vastaajista (8/9) koki koulutuksesta olleen hyötyä nykyisessä työssään. He ovat saaneet koulutuksesta uusia työkaluja työskentelyynsä (esim. kuvakorttien käyttö) ja ymmärrystä asiakkaita ja heidän haasteitaan kohtaan. Vastaajat kertoivat käyttävänsä uutta tietoa ja uusia taitoja muutenkin jokapäiväisessä työssään, kuin pelkästään virallisten Nepsy-valmennuksien aikana. He olivat myös saaneet työkaluja asiakkaiden ohjaamiseen ja neuvontaan, koskien kyseistä palvelua.

Koulutus oli muuttanut osan osallistujien työnkuvaa niin, että he kuuluvat kuntansa Nepsy-tiimiin, missä käsitellään Nepsy-valmennus hakemukset ja päätetään asiakkaan valmentaja. Osan vastaajista työnkuvaan oli tullut mukaan Nepsy-valmennusten tekeminen muun työn ohella. Kokonaan kenenkään työnkuva ei ollut muuttunut.

Koen pitkän koulutuksen jälkeen harmilliseksi ja hämmentäväksi sen, että kunnat eivät ole enempää hyödyntäneet työntekijöiden tietotaitoa neuropsykiatrisista ongelmista ja niiden helpottamisesta neuropsykiatrisen valmennuksen avulla. Eräskin vastaaja kertoo, että: ” *Työnantaja ei huomionnut koulutusta eikä edelleenkaan tue tai kehitä kunnan Nepsy-tiimin toimintaa*”. Tässä koen, että koulutuksen kaikkea hyötyä ei saada kunnan käyttöön, vaikka työntekijä selkeästi haluaisi tietotaitoaan käyttää. Toisaalta on hyvä, että vastauksissa ei tullut ilmi työntekijän pakottamista uuteen työnkuvaan, johon hän ei itse kokisi olevan valmis.

Vastaajat eivät kokeneet koulutuksen kummemmin muuttaneen käsitystään valmennuksesta, lähinnä koska ei ollut etukäteen tietoa mitä voisi muuttaa. Paljon kuitenkin vastaajat kokivat saaneensa uutta tietoa. Koulutuksesta oli siis hyötyä, koska uutta vastaajat saivat uutta tietoa ennestään vieraasta asiasta.

Kaikki vastaajat toivoivat lisää tämän kaltaisia pitkiä koulutuksia ja lisää koulutuksia Nepsy-valmennuksesta. Suurimmaksi lisäkoulutuksentarpeeksi nousi perheiden kanssa tehtävä valmennus, kun lapset ovat pieniä tai alle 12-vuotiaita. Miten tukea ja valmentaa koko perhettä neuropsykiatrisissa haasteissa.

Kesällä 2020 tehdyissä haastatteluissa huomasin, että vastaajat ovat selkeästi pohtineet koulutusta ja sen tuomaa osaamista koulutuksen jälkeen. Koulutuksen tuoma osaami-

nen on jollain lailla tullut mukaan kaikkien työnkuvaan ja uudet taidot on koettu tarpeelliseksi. Erityisesti ohjaamisen ja neuvonnan osaaminen korostui. Huoli heräsi edelleen kuntien päättäjien ymmärryksestä neuropsykiatrista valmennusta ja sen tarpeellisuutta kohtaan.

Opinnäytetyön tekijänä toivon, että kunnat mahdollistavat työntekijöidensä lisäkoulutuksen aiheesta, varsinkin perheiden ja alle 12-vuotiaiden lasten kanssa työskentelystä. Toivon työntekijöille mahdollisuutta käyttää tietotaitoaan enemmän kunnan asukkaiden ja asiakkaidensa sekä työyhteisönsä hyväksi. Toivon esimiesten mahdollistavan Nepsy-tiimien kehittämisen. Kuten Pekka Ruohotie kirjassaan *Oppiminen ja ammatillinen kasvu* (s.275) toteaa: ”*Esimiehen tehtävä on luoda motivaatiota ja mahdollisuuksia alaisten taitojen soveltamiselle ja tukea kehittyvien työtehtävien vaatimaa jatkuvaa oppimista*”.

## 8.1 Pohdinta

Olisin toivonut, että minulla olisi ollut enemmän aikaa kirjoittaa ja tutkia opinnäytetyötäni ja sen aihetta. Onneksi sain kuitenkin tuotua tutkimuksen tuloksia myös tähän päivään uuden kyselyn avulla. Nepsy-koulutuksesta oli jo aikaa, kun toteutin kyselyni. Olisi ollut hyvä tehdä ensimmäinen kysely jo ennen koulutuksen alkua. Aihe oli kuitenkin sellainen, että se kiinnosti minua ja oli opiskeluyhteisön toivoma.

Olisin voinut huomattavasti enemmän käyttää hyödykseni ohjaavien opettajien ammattitaitoa ja tietotaitoa. Olen aina ollut kiinnostunut tutkimuksista ja tutkitusta tiedosta, mutta tutkimuksia tehnyt itse erittäin vähän. Opin tutkimuskysymysten tarkan harkinnan ja ennakkotiedon hankinnan tärkeyden. Myös sen, kuinka vaikeaa on motivoida vastaajia vastaamaan kysymyksiin. Tutkimuksen teko itsessään oli mielenkiintoista, erityisesti haastattelut nyt kolme vuotta koulusta valmistumisen jälkeen.

Koen opinnäytetyön teon ja aiheen tarpeelliseksi. Itselleni jäi päällimmäiseksi pohdinta siitä, minkälainen lisäkoulutus on työntekijöille tarpeellista. Laki kuitenkin vaatii työntekijöiden kouluttamista, mutta miten kunnissa päätetään, ketä koulutetaan ja mihin ja ennen kaikkea, miten koulutuksesta saatu tieto hyödynnetään. Mielestäni tämä Nepsy-koulutus tuli tarpeeseen, koska tietoa ei kyselyn perusteella ennen kummemmin ollut, vaikka asiakaskunnan kanssa työskennellään. Miten ohjata asiakasta, jos tieto puuttuu?

Koulutuksesta jäi elämään ns. Nepsy-tapaamiset, joissa koulutukseen osallistujat tapaa-  
vat 2 kertaa vuodessa, noin 2 tuntia kerrallaan. Tapaamisessa on mahdollista saada

vertaistukea, keskustella lisäkoulutuksista ja eri kuntien myöntämisperusteista. Sähköpostilistan kautta on mahdollista saada tukea ja neuvoja nopeasti, koulutuksessa mukana olleilta henkilöiltä. Itse koen nämä tapaamiset (konkreettinen koulutuksen tulos) tärkeiksi ja niiden jatkoa ovat myös muut koulutukseen osallistuneet toivoneet. Toivoisin että kuntayhteistyö toimisi vielä jouhevammin ja kokeneemmat valmentajat voisivat tuutoroida ja tehdä yhteisvalmennuksia vähemmän valmennuksia tehneiden kanssa, yli kuntarajojen.

## LÄHTEET

ADHD aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriö. Käypä hoito –suositus 4.4.2019. Käypähoito. Viitattu 20.4.2019. Saatavilla <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituks/suositus?id=hoi50061>.

Asetus vammaisuuden perusteella järjestettävistä palveluista ja tukitoimista 18.9.1987/759. Saatavilla <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1987/19870759#L1>.

Attwood, T. 2005. Aspergerin oireyhtymä - Opas vanhemmille ja asiantuntijoille. Tuomi Markku. Jyväskylä: Kopijyvä.

Autismikirjon diagnosointi muuttuu. Autismiliitto. Viitattu 17.4.2019. Saatavilla <https://www.autismiliitto.fi/autismikirjo/diagnosointi/diagnoosimuutos>.

Dufva, V & Koivunen, M. 2012. ADHD diagnosointi, hoito ja hyvä arki. Jyväskylä: PS-kustannus.

Eskola, J & Vastamäki, J. 2007. Ikkunoita tutkimusmetodeihin. Teemahaastattelu : Opit ja ope-  
tukset. Uudistettu painos. Jyväskylä: PS-Kustannus.

Forss, P & Vatula-Pimiä, M-L. 2014. Sosiaalinen turva ja hyvinvointi. 5. uudistettu painos. Edita:Helsinki.

Global definition of social work. IFSW International federation of social workers. Viitattu 10.5.2019. Saatavilla <https://www.ifsw.org/what-is-social-work/global-definition-of-social-work/>.

Hyvinvointi. THL Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 10.5.2019. Saatavilla <https://thl.fi/fi/web/hyvinvointi-ja-terveys/eriarvoisuus/hyvinvointi>.

Jäntti, E. 2016. Täyttä elämää ADHD:n kanssa. Karisto oy: Hämeenlinna.

Kananen, J. 2017. Laadullinen tutkimus pro graduna ja opinnätetyönä. Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulu.

Kananoja, A; Lähteinen, M & Marjamäki, P. 2017. Sosiaalityön käsikirja. 4. uudistettu painos. Helsinki: Tietosanoma oy.

Kankkunen, P & Vehviläinen-Julkunen K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: WSOYpro.

Kerola, K.; Kujanpää, S. & Timonen, T. 2009. Autismin kirjo ja kuntoutus. Jyväskylä: PS-Kustannus.

Kuntouttava sosiaalityö. Sosnet yliopistoverkosto. Viitattu 7.5.2019. Saatavilla <https://www.sosnet.fi/Suomeksi/Koulutus/Erikoistumiskoulutus/Ammatillinen-lisensiaatinkoulutus/Erikoisalat/Kuntouttava-sosiaalityo>.

Laki sosiaalihuollon ammattihenkilöstä 26.6.2015/817. Annettu Helsingissä 26.6.2017 Saatavilla <https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2015/20150817>.

Laki vammaisuuden perusteella järjestettävistä palveluista ja tukitoimista 3.4.1987/380. Saatavilla <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1987/19870380#P1>

Lastensuojelulaki 13.4.2007/417. Saatavilla <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2007/20070417#L17P94>.

Markkula 2016. Luentomoniste - Neuropsykiatriaa. Psykiatrian erikoislääkäri Juha Markkula. Ratkaisukeskeinen neuropsykiatrisen valmentaja – koulutus.

Mäkinen, P.; Raatikainen, E.; Rahikka, A. & Saarnio, T. 2011. Ammattina Sosionomi. 1.-2. painos. Helsinki: WSOY.

Mönkkönen, K.; Kekoni, T. & Pehkonen, A. 2019. Moniammatillinen yhteistyö – vaikuttava vuoro-vaikutus sosiaali- ja terveysalalla. Helsinki: Gaudeamus.

Nepsy-ohjaaja 25op. Suomen psykologinen instituutti. Viitattu 21.4.2019. Saatavilla <https://psyk.fi/nepsy-ohjaaja/>.

Neuropsykiatriset valmentajat ry. 2016. Mitä on neuropsykiatrinen valmennus. Viitattu 10.5.2019. Saatavilla <https://neuropsykiatrisetvalmentajat.fi/nepsyvalmennus.php>.

Nivala, E. & Ryytänen, S. 2019. Sosiaalipedagogiikka – kohti inhimillisempää yhteiskuntaa. Helsinki: Gaudeamus.

Ozonoff, S; Dawson, G & McPartland J. 2009. Aspergerin syndrooma ja hyvätasoinen autismi – opas vanhemmille. Kankaansivu, K. 2.painos. Kuopio: UNIpress.

Reiman-Möttönen, P. & Mäkelä, M. 2014. Autismikirjon häiriöt: Diagnostiikka ja hoito Hoidon organisointi Potilaiden osallistuminen. 2. korjattu versio. Helsinki: THL.

Retin oireyhtymä (F84.2). Autismiliitto. Viitattu 1.5.2019. Saatavilla [https://www.autismiliitto.fi/autismikirjo/retin\\_oireyhtyma](https://www.autismiliitto.fi/autismikirjo/retin_oireyhtyma).

Ruohotie, P. 2002. Oppiminen ja ammatillinen kasvu. 1.-2. painos. Juva: WS Bookwell.

Sosiaalihuoltolaki 30.12.2014/1301 Saatavilla <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2014/20141301#L3P17>.

Terveydenhuollon täydennyskoulutus. Sosiaali- ja terveysministeriön tiedote 18.12.2003. Viitattu 17.4.2019. Saatavilla [https://stm.fi/artikkeli/-/asset\\_publisher/fortbildningen-inom-halso-och-sjukvarden](https://stm.fi/artikkeli/-/asset_publisher/fortbildningen-inom-halso-och-sjukvarden).

Toiskallio, J. 1998. Toimintaa ja dialogia – Tieteellis-ammattillinen täydennyskoulutus toimintakyvyn kehittäjänä. Täydennyskoulutuskeskus Turun Yliopisto. Painosalama Oy: Turku.

Viinamäki, L. 2009. Sosionomilta eivät hommat lopu – Ammattikäytäntöjen kehittäminen haasteena sosionomi AMK-tutkinnoissa. Kemi-Tornion ammattikorkeakoulu. Kouvola: SOLVER palvelut oy.

Virtanen 2016. Luentomoniste. Bovallius ammattiopiston lehtori Piia Virtasen luentomoniste.

## KYSELYPOHJA

Kysely Kaarinassa 2016-2017 Ratkaisukeskeisen neuropsykiatrisen valmentajan (nepsy) koulutukseen osallistuneille. Kyselyllä kartoitetaan koulutukseen osallistuneiden kokemuksia koulutuksen vaikutuksesta omaan työhön ja työnkuvaan sekä työnantajan ajallista tukea koulutukseen. Kyselyllä ja opinnäytetyöllä on tarkoitus kartoittaa nepsy -koulutuksen tuomaa osaamista ja koulutuksen tarvetta.

Kysymykset 1-3 kartoittavat vastaajan perustietoja nepsy-koulutuksen aikana (koulutuksen alkaessa).

Kysymykset 4-7 kartoittavat nepsy-koulutukseen osallistumista.

Kysymykset 8-13 kartoittavat nepsy-koulutuksen mahdollista vaikutusta työtehtäviin.

Kysymykset 14- 18 kartoittavat lisää mietteitä koulutuksesta ja sen tarpeellisuudesta.

Kysely on avoinna 28.3.2019 asti.

Kysely on osa Satu Malmlundin sosionomi (yamk) opinnäytetyötä.

Vastaajan perustiedot (rastita sopiva/sopivat vaihtoehdot)

1. Vastaajan koulutus:

Toisen asteen sosiaali-, terveys-, tai kasvatustutkinto (lähihoitaja, perushoitaja, lastenohjaaja tai muu vastaava) \_\_

Kolmannen asteen sosiaali-, terveys-, tai kasvatustutkinto (sosionomi, sosionomi yamk, sosiaalityöntekijä, lastentarhanopettaja, sairaanhoitaja tai muu vastaava) \_\_

Jokin muu, mikä? \_\_

2. Työskentely alasi nepsy-koulutuksen aikana:

Vammaisala \_\_, kehitysvamma-ala \_\_, varhaiskasvatus \_\_, peruskoulu \_\_, perhepalvelut \_\_, lastensuojelu \_\_, muu mikä \_\_

3. Työnantajasi nepsy-koulutuksen aikana:

Kaarina\_\_\_, Lieto\_\_\_, Sauvo\_\_\_, Paimio\_\_\_ PTKY Akseli\_\_\_ Joku muu, mikä\_\_\_

Nepsy-koulutuksen suorittamisen kartoitus:

4. Osallistuitko nepsy-koulutukseen:

Esimiehen pyynnöstä \_\_\_\_, omasta toiveesta \_\_\_\_\_.

5. Suorititko työajalla:

Koko koulutuksen \_\_\_\_, lähipäivät \_\_\_\_, harjoittelun \_\_\_\_, kotitehtävät \_\_\_\_, loppu-työn \_\_\_\_.

6. Osallistuitko kaikkiin läsnäolopäiviin:

Kyllä \_\_\_\_, ei \_\_\_\_.

Nepsy-koulutuksen vaikutus työtehtäviin

7. Kerro omin sanoin, mitä tiesit nepsy-valmennuksesta tai nepsy-valmentajan koulutuksesta ennen koulutuksen alkua. Minkä verran sinulla oli kokemusta nepsy-valmennuksesta esimerkiksi työsi tai koulutuksesi kautta? \_\_\_\_

8. Oletko koulutuksen aikana tai sen jälkeen vaihtanut työpaikkaa/työtehtävää:

Kyllä \_\_

ei \_\_

9. Jos työskentelet samassa työtehtävässä, kun nepsy-koulutuksen aikana, koetko nepsy-koulutuksesta olevan hyötyä nykyisessä työssäsi (perustele): \_\_

10. Jos työskentelet eri työtehtävässä kuin nepsy-koulutuksen aikana, koetko että nepsy-koulutuksesta olisi ollut hyötyä työtehtävässä, jota teit nepsy-koulutuksen aikana (perustele): \_\_\_\_

11. Jos työskentelet eri työtehtävässä kuin nepsy-koulutuksen aikana, koetko nepsy-koulutuksesta olevan hyötyä nykyisessä työssäsi (perustele): \_\_\_\_

12. Onko työnkuvasi muuttunut nepsy-koulutuksen myötä, miten? \_\_\_\_

13. Oletko tehnyt nepsy-koulutuksen jälkeen nepsy valmennuksia, kuinka monta:

\_\_\_\_

Lisäkysymyksiä koulutuksesta ja sen tarpeesta

14. Kaipaisitko aiheesta lisäkoulutusta, perustele? \_\_\_\_

15. Muuta kommentoitavaa koskien nepsy-koulutusta ja sen tuomista omaan työnkuvaasi. Esim. miten työnantajasi huomioi koulutuksesi, oliko koulutus sopivan mittainen, sopiko koulutus sisällöltään työnkuvaasi tms.? \_\_\_\_

16. Muuttuiko käsityksesi nepsyvalmentajan työstä koulutuksen jälkeen, miten?

\_\_\_\_

17. Toivotko työnantajaltasi myös jatkossa tämän tyyppisiä pitkiä koulutuksia, jotka sisältävät käytännön harjoittelua ja kotitehtäviä? Miksi.

Kyllä \_\_\_\_

Ei \_\_\_\_

18. Jos suostut haastateltavaksi aiheesta kevään 2019 aikana, ole hyvä ja jätä yhteystietos



Haastattelu kysymykset

Kehittämisen/osaamisen näkökulmaa.

1. Mikä on koulutuksesi?
2. Mitä työtä teet tällä hetkellä? Kerro työstäsi.
3. Mitä työkokemusta sinulla on?
4. Mitä työnkuvassasi tms. on tapahtunut Neuropsykiatrisen valmentajan koulutuksen jälkeen?
5. Oletko tehnyt valmennuksia koulutuksen jälkeen? Kuinka paljon?
6. Minkälaista osaamista koet saaneesi neuropsykiatrisen valmentajan koulutuksesta?
7. Oletko saanut osaamista neuropsykiatriseen koulutukseen jotain muuta kautta? Mitä?
8. Mitä ajattelet itsestäsi neuropsykiatrisena valmentajana?
9. Mitä tulee osata, jotta voi tehdä neuropsykiatrisia valmennuksia?
10. Muuta, mitä haluat aiheesta mainita?