



Ritva Linnakangas, Pirjo Lehtoranta,
Aila Järvikoski ja Asko Suikkanen

Perhekuntoutus puntarissa

Kelan psykiatrisen perhekuntoutuksen
kehittämishankkeen arviointi



Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 109

KELAN TUTKIMUSOSASTO | HELSINKI 2010

*Ritva Linnakangas, Pirjo Lehtoranta, Aila Järvikoski
ja Asko Suikkanen*

Perhekuntoutus puntarissa

*Kelan psykiatrisen perhekuntoutuksen kehittämishankkeen
arviointi*

Summary

Focus on family rehabilitation

*Evaluation of the Finnish Social Insurance Institution's development
programme for psychiatric family rehabilitation*

Kirjoittajat

Ritva Linnakangas, YTT, tutkija, Lapin yliopisto
etunimi.sukunimi@ulapland.fi

Pirjo Lehtoranta, PsL, tutkija, Kuntoutussäätiö
etunimi.sukunimi@kuntoutussaatio.fi

Aila Järvikoski, YTT, kuntoutustieteen professori, Lapin yliopisto
etunimi.sukunimi@ulapland.fi

Asko Suikkanen, YTT, sosiologian professori, Lapin yliopisto
etunimi.sukunimi@ulapland.fi

Sarjan julkaisut on hyväksytty
tieteellisessä arvioinnissa.

© Kirjoittajat ja Kelan tutkimusosasto

Graafinen suunnittelu: Pekka Loiri

ISBN 978-951-669-829-1 (nid.)

978-951-669-830-7 (pdf)

ISSN 1238-5050

Vammalan Kirjapaino Oy
Sastamala 2010

Tiivistelmä

Linnakangas R, Lehtoranta P, Järvikoski A, Suikkanen A. **Perhekuntoutus puntarissa. Kelan psykiatrisen perhekuntoutuksen kehittämishankkeen arviointi.** Helsinki: Kela, Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 109, 2010. 99 s. ISBN 978-951-669-829-1 (nid.), ISBN 978-951-669-830-7 (pdf).

Kelan moniammatillisen perhekuntoutuksen tavoitteena oli lapsen ja nuoren toiminta- ja opiskelukyvyn parantaminen ja turvaaminen sekä yhteistyön tiivistäminen paikallisten tahojen, kuten päivähoidon, koulujen, perheneuvoloiden ja sairaanhoitopiirien, kanssa. Lapsilla ja nuorilla tuli olla lääkärin toteama psykiatrinen sairaus sekä hoitosuhde ennen kuntoutuksen aloitusta. Yhteensä 1 514 lasta ja nuorta perheineen 12:sta eri perhekuntoutushankkeesta osallistui kuntoutukseen vuosina 2005–2008. Lapset olivat hyvin heterogeeninen ryhmä iältään ja diagnooseiltaan. Lapin yliopisto ja Kuntoutussäätiö vastasivat kehittämishankkeen ulkoisesta arvioinnista. Arvioinnin tehtävänä oli kuntoutuksen kohderyhmän kuvauksen ohella tutkia, millaisia muutoksia lasten tilanteissa tapahtui kuntoutusintervention myötä. Tarkoitus oli selvittää, kokivatko lapset ja vanhemmat saaneensa tukea kuntoutuksesta. Tehtävänä oli myös selvittää, mitkä tekijät ennustivat lapsissa tapahtuneita myönteisiä muutoksia tai lasten ja vanhempien saamaa tukea sekä millaiset kuntoutuksen toimintamuodot osoittautuivat perheille hyödyllisiksi. Tiedot kerättiin kuntoutuksen alussa ja lopussa lapsille ja vanhemmille sekä perhekuntoutushankkeille suunnattujen kyselyiden avulla. Vanhempien arvioiden perusteella lasten oireet vähenivät lähes kahdella kolmesta, pysyivät ennallaan viidesosalla ja lisääntyivät vajaalla viidenneksellä. Vanhempien huoli lapsesta, perheen koherenssi ja kuntoutuksen kesto ennustivat lapsen oireilun vähenemistä. Kuntoutuksen kesto ja toimintamuoto puolestaan ennustivat vanhempien ja lasten kuntoutuksesta saamaa tukea. Lapset hyötyivät yksilö- ja perhepainotteisesta kuntoutuksesta ja vanhemmat perheterapeuttisesti ja ryhmätoimintaan painottuneesta kuntoutuksesta. Lähipiiristä saatu apu lisäsi vanhempien voimavaroja. Lasta auttoi se, että vanhemmat saivat kuntoutuksesta voimavaroja.

Asiasanat: perhekuntoutus, lasten ja nuorten mielenterveys, vaikuttavuus, arviointi

Sammandrag

Linnakangas R, Lehtoranta P, Järvikoski A, Suikkanen A. **Familjerehabilitering under luppen. Utvärdering av FPA:s psykiatriska familjerehabilitering.**

Helsingfors: FPA, Social trygghet och hälsa: undersökningar 109, 2010. 99 s. ISBN 978-951-669-829-1 (hft.), ISBN 978-951-669-830-7 (pdf).

Syftet med FPA:s multidisciplinära familjerehabilitering är att förbättra barns och ungas funktions- och studieförmåga och att skapa intensivare lokalt samarbete. Sammanlagt 1 514 barn och ungdomar med familj deltog i ovan nämnda rehabilitering under åren 2005–2008. Klienterna utgjorde en mycket heterogen grupp vad gäller ålder och diagnos. Lapplands universitet och Stiftelsen för rehabilitering svarade för den externa utvärderingen av utvecklingsprojektet. Förutom att beskriva målgruppen för rehabiliteringen skulle utvärderingen undersöka vilka förändringar rehabiliteringsinterventionen medförde. Syftet var att ta reda på om barnen och föräldrarna upplevde att de hade fått stöd av rehabiliteringen. Undersökningen hade också som mål att utreda vilka faktorer som förutspådde positiva förändringar hos barnen eller vilket stöd föräldrarna och barnen hade fått av rehabiliteringen och vilka verksamhetsformer inom rehabilitering som visade sig vara nyttiga för familjerna. Dessa data insamlades i början och i slutet av rehabiliteringen med hjälp av enkäter som riktades till barnen, föräldrarna och familjerehabiliteringsprojekt. På basis av föräldrarnas svar minskade barnens symtom hos två av tre, förblev oförändrade hos en femtedel och ökade hos en knapp femtedel. Föräldrarnas omsorg för barnet, familjens koherens och rehabiliteringens längd hade ett positivt samband med minskade symtom hos barnet. Rehabiliteringens längd och verksamhetsform inverkade å sin sida på det stöd som föräldrarna och barnen upplevde att de fick av rehabiliteringen. Barnen upplevde att de hade nytta av individ- och familjeinriktad rehabilitering och föräldrarna upplevde att de hade nytta av rehabilitering inriktad på familjeterapi och gruppverksamhet.

Nyckelord: familjerehabilitering, mental hälsa hos barn och ungdomar, effekt, utvärdering

Abstract

Linnakangas R, Lehtoranta P, Järvikoski A, Suikkanen A. **Focus on family rehabilitation. Evaluation of the Finnish Social Insurance Institution's development programme for psychiatric family rehabilitation.** Helsinki: The Social Insurance Institution of Finland, Studies in Social Security and Health 109, 2010. 99 pp. ISBN 978-951-669-829-1 (print), ISBN 978-951-669-830-7 (pdf).

Psychiatric family rehabilitation for children, adolescents and their families was introduced by the Finnish Social Insurance Institution as a development effort in multidisciplinary rehabilitation. A total of 1,514 participants took part in this rehabilitation during 2005–2008. The children were a heterogeneous group in age and diagnosis. The University of Lapland and the Rehabilitation Foundation carried out an external evaluation of these rehabilitation projects. This evaluation was to describe the target group, to determine what sort of changes took place in the children's situations through the rehabilitation intervention, to see whether the children and their parents saw themselves as having gained support from rehabilitation, and to determine what factors predicted positive changes or a perception of having gained. Data were collected by questionnaires from the family rehabilitation projects and from the participating children and parents at the beginning and at the end of the rehabilitation. The parents reported that symptoms decreased in nearly two out of three children, remained the same among one in five and increased among fewer than one in five. The parents' concern over the wellbeing of their child, the family coherence, and the duration of rehabilitation predict this reduction in symptoms. The duration of rehabilitation and the specific form that it takes predict the perception of having gained support from rehabilitation among both parents and children. Children benefit the most from individual and family-oriented rehabilitation while parents derive the greatest advantage from rehabilitation focusing on family therapy and group activity. Parents' acquisition of resources is also predicted by the help received from family and acquaintances, and children's acquisition of help is predicted by, among other factors, the resources the parents receive from rehabilitation. – Summary pp. 56–58.

Key words: family rehabilitation, children's mental health, adolescents' mental health, effectiveness, evaluation

ALKUSANAT

Kela käynnisti vuonna 2000 harkinnanvaraisena kuntoutuksena lasten ja nuorten psykiatrisen perhekuntoutuksen kehittämishankkeen. Kehittämishankkeen arviointitutkimuksesta (2005–2009) vastasivat Lapin yliopisto ja Kuntoutussäätiö. Arvioinnin ensimmäinen raportti käsitteli kehittämishankkeen toteuttamista vuosina 2005–2006. Tämä on arvioinnin toisen vaiheen raportti ja jatkoa kyseiselle osaraportille.

Arvioinnin tukena toimi ohjausryhmä, jonka puheenjohtajana oli asiantuntijalääkäri Kirsi Vainiemi Kelasta ja jäseninä arviointiryhmän (Asko Suikkanen, Aila Järvikoski, Ritva Linnakangas ja Pirjo Lehtoranta) lisäksi arvioinnin toisen vaiheen aikana kehittämispäällikkö Tuula Ahlgren, terveystutkimuksen päällikkö Ilona Autti-Rämö, suunnittelija Marjatta Kallio, suunnittelija Hanna Pakkala, suunnittelija Piia Pekola, tutkimusprofessori Raimo Raitasalo, johtava tutkija Marketta Rajavaara ja johtava tutkija Anna-Liisa Salminen Kelasta sekä tutkimusjohtaja Ullamaija Seppälä Kuntoutussäätiöstä.

Arvioinnin tietolähteinä toimivat perhekuntoutusta toteuttaneet hankkeet, kuntoutukseen osallistuneet lapset ja heidän vanhempansa sekä perhekuntoutukseen lapsia lähettäneet tahot. Arvioinnin tuloksia käytiin läpi ohjausryhmän kanssa työn eri vaiheissa. Käsikirjoitukseen saatiin kommentteja ohjausryhmältä ja refereelausuntojen kirjoittajilta. Kelassa maaliskuussa 2010 järjestetyssä palveluntuottajien seminaarissa käydyt keskustelut tarjosivat tukea raportin viimeistelylle.

Arviointitutkimuksen rahoitti Kela. Raportti saatettiin julkaisukuntoon Kelan tutkimusosaston julkaisutoimituksessa.

Kiitämme arvioinnin toteuttamiseen saamastamme tuesta, kommenteista sekä vuoropuhelusta ja yhteistyöstä arvioinnin eri vaiheissa. Erityisesti kiitämme perhekuntoutukseen osallistuneita vanhempia ja lapsia, jotka vastasivat kyselylomakkeisiin arvioinnin eri vaiheissa, ja perhekuntoutushankkeita, jotka vastasivat lomakekyselyjen järjestelyistä kuntoutustyönsä ohessa.

Rovaniemellä, Helsingissä ja Tampereella huhtikuussa 2010

*Ritva Linnakangas, Pirjo Lehtoranta, Aila Järvikoski ja
Asko Suikkanen*

SISÄLTÖ

1 JOHDANTO	9
2 LASTEN JA NUORTEN MIELENTERVEYS	11
3 PERHEKUNTOUTUS JA VAIKUTTAVUUS	19
4 ARVIOINNIN TOTEUTUS	23
4.1 Arvioinnin tavoitteet	23
4.2 Aineistot ja menetelmät	24
5 TULOKSET	29
5.1 Perhekuntoutuksen kohderyhmä	29
5.2 Perheiden kuntoutusodotukset	33
5.3 Lapsen oireissa tapahtuneet muutokset ja niitä ennustavat tekijät	34
5.4 Vanhempien kuntoutuksesta saama tuki ja tuen saantia ennustavat tekijät	39
5.5 Lapsen kuntoutuksesta saama apu ja avun saantia ennustavat tekijät	42
5.6 Perheen kuntoutuminen ja sitä ennustavat tekijät	43
5.7 Perhekuntoutushankkeiden näkemys tulevaisuudesta	44
6 YHTEENVETO JA ARVIOINTI	48
6.1 Keskeiset tulokset	49
6.2 Pohdinta ja johtopäätökset	51
SUMMARY	56
KIRJALLISUUS	59
LIITTEET	67
LIITETAULUKOT	93

1 JOHDANTO

Mielenterveyden häiriöinä esiintyvät ongelmat ovat olleet esillä Kelan kuntoutuksessa kaikissa ikäryhmissä ja viime vuosina erityisesti lasten ja nuorten osalta. Valtio antoi Kelalle vuosina 2000–2003 erillismäärärahan, jolla voitiin järjestää 5–25-vuotiaille psykoterapiaa, vanhempien ohjaus- ja tukikäyntejä, lastenpsykiatrista toimintaterapiaa ja erilaisia monimuotoisen perhekuntoutuksen hankkeita.¹ Vuoden 2003 jälkeen Kela jatkoi lasten ja nuorten psykiatrisen kuntoutuksen hanketta harkinnanvaraisen kuntoutuksen kehittämistoimintaan myönnettyllä rahoituksella.

Lasten ja nuorten perhekuntoutuksen kehittämishankkeen tavoitteiksi Kela asetti lapsen ja nuoren toiminta- ja opiskelukyvyyn parantamisen ja turvaamisen. Osatavoitteina olivat lapsen sosiaalisen vuorovaikutuksen tukeminen ja perheen tukeminen lapsen kasvatuksessa. Tavoitteena oli myös tiivistää yhteistyötä paikallisten toimijoiden, mm. kuntien perheneuvoloiden sekä sairaanhoitopiirien, kanssa ja luoda toimivia palveluja eri tahojen kesken. Toiminnan tarkoituksena on ollut myös Kelan roolin täsmentyminen perhekuntoutuksen kentässä.

Kehittämishankkeen kohderyhmänä ovat olleet 5–15-vuotiaat lapset ja nuoret, jotka hoitavan organisaation arvion mukaan tarvitsevat perhekuntoutusta. Kuntoutukseen ohjatuilla lapsilla ja nuorilla on ollut lääkärin toteama psykiatrinen sairaus ja hoitosuhde ennen kuntoutusta. Poikkeustapauksissa kuntoutukseen ovat voineet osallistua 16–25-vuotiaat nuoret. Perhekuntoutuksen aikana hoidon järjestämisvastuu on säilynyt julkisella terveydenhuollolla. Perhekuntoutus on sisältänyt toiminnallista kuntoutusta, terapiota, vertaisryhmien käyttöä sekä työskentelyä lapsen läheisverkoston kanssa. Kuntoutuksesta vastanneet hankkeet ovat edustaneet kolmannen sektorin tai muita yksityisiä palveluntuottajia eri puolelta maata. Vuosina 2005–2008 kahteentoista perhekuntoutushankkeeseen osallistui 1 514 lasta ja nuorta perheineen. Kela sisällytti perhekuntoutuksen kehittämishankkeeseen arviointitutkimuksen vuonna 2005.

Kelan lasten ja nuorten psykiatrisen perhekuntoutuksen kehittämishankkeen arviointiraportti on jatkoa vuonna 2009 julkaistulle osaraportille². Arvioinnin piiriin kuuluvat vuosina 2005–2008 toteutuneet kuntoutusjaksot. Raportin 2. luvussa käsitellään lasten ja nuorten mielenterveysongelmia ja 3. luvussa perhekuntoutusta interventiona. Raportin 4. luvussa esitetään arvioinnin toisen vaiheen tehtävät, käytetyt aineistot ja menetelmät. Tuloksista kerrotaan luvussa 5. Siinä kuvataan perhekuntoutuksen kohderyhmä ja raportoidaan, tapahtuiko lasten oireilussa myönteisiä muutoksia kuntoutusinterventioiden myötä, kokivatko lapset ja vanhemmat saavansa tukea kuntoutuksesta ja mitkä tekijät tätä ennustivat, sekä esitetään perhekuntoutushankkeiden Swot-analyysin tuloksia. Raportin 6. luku on yhteenveto ja arviointi -luku,

1 Rissanen 2003.

2 Linnakangas ja Lehtoranta 2009.

jossa käydään läpi arvioinnin keskeiset tulokset sekä pohditaan perhekuntoutuksen tuloksellisuutta ja perhekuntoutuksen tehtävää lasten ja nuorten kuntoutuksessa.

Ikärajana lapsuuden ja nuoruuden välillä on suositeltu käytettäväksi karkeasti 12 vuotta, josta voidaan katsoa alkavan nuoruuden varhaisvaihe³. Tässä raportissa sanapari lapset ja nuoret korvataan monessa yhteydessä luettavuuden keventämiseksi sanalla lapsi, mutta tällöin tarkoitetaan myös nuorta kuntoutujaa.

3 Bloss 1966.

2 LASTEN JA NUORTEN MIELENTERVEYS

Lapsen tai nuoren mielenterveys voidaan määritellä kyvyksi rakastaa, leikkiä, pelata, oppia ja tehdä työtä. Perhe, leikkitoverit, kouluympäristö ja muu lähiyhteisö ovat tärkeä osa lasten ja nuorten elämää. Lapsuudessa luodaan pohja ihmisen elämälle ja tulevaisuudelle. Lasten ongelmat ovat kauaskantoisia ja vaikuttavat lapsen tulevaan kehitykseen, toverisuhteisiin ja koulussa selviytymiseen. Lasten mielenterveyden häiriöiden määrä ja ilmenemismuodot ovat viime vuosina puhututtaneet erityisesti terveydenhuollon, päivähoidon ja koulutoimen ammattilaisia. Nykyisen hoitojärjestelmän resurssit tarjota riittävästi hoitoa sitä tarvitseville ovat olleet hyvin rajalliset.⁴ Seuraavassa tarkastellaan lasten ja nuorten keskeisiä mielenterveysongelmia. Tätä aihetta sekä lasten ja nuorten mielenterveyspalvelujen käyttöä on käsitelty myös aiemmassa arviointiraportissamme.

Käytöshäiriöt. Lasten ja nuorten käytöshäiriöihin liittyy toistuvaa ja pitkäkestoista epäsosiaalista käyttäytymistä, jossa lapsi tai nuori rikkoor iänmukaisia sosiaalisia normeja. Se voi tarkoittaa esimerkiksi toistuvaa koulupinnausta tai näpistelyä tai vakavimmillaan väkivaltaista tai rikollista käyttäytymistä.⁵ ICD-10-luokituksen mukaan käytöshäiriön eri muotoja ovat perheensisäinen, epäsosiaalinen, sosiaalinen ja masennusoireinen käytöshäiriö, uhmakkuushäiriö sekä hyperkineettinen käytöshäiriö. Uhmakkuushäiriöitä pidetään käytöshäiriöiden lievempänä muotona, ja niiden on todettu esiintyvän tyypillisesti 9–10-vuotiailla ja mahdollisesti edeltävän muita käytöshäiriöitä.⁶

Kansainvälisten epidemiologisten tutkimusten mukaan käytöshäiriöitä on todettu esiintyvän 3–13 %:lla 10–13-vuotiaista ja 4–14 %:lla 14–16-vuotiaista pojista. Tyttöjen vastaavat osuudet ovat 1–5 % ja 3–8 %, eli tytöillä käytöshäiriöt ovat harvinaisempia kuin pojilla. Pojilla käytöshäiriö alkaa usein jo lapsuudessa, tytöillä monesti vasta nuoruudessa.⁷ Suomalaisten lasten ja nuorten käytöshäiriön esiintyvyydestä ei ole tehty laaja-alaista epidemiologista tutkimusta, mutta ikäryhmäkohtaista tutkimusta on olemassa. Andre Souranderin ym. tutkimuksen perusteella 8-vuotiaiden poikien käytöshäiriön esiintyvyys vuonna 1989 oli 10,2 % oirekyselyllä arvioituna. Vastaavasti Tuula Hurtigin ym. tutkimuksessa käytöshäiriön esiintyvyys 16-vuotiaiden nuorten keskuudessa oli 11,9 %.⁸

Lapsena alkavaan käytöshäiriöön liittyy usein aggressiivisuutta sekä neuropsykologisia ongelmia (esimerkiksi aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriö, lukihäiriö), jotka voivat olla perittyjä tai liittyä varhaiskehitykseen. Vanhemmuuteen liittyviä ongelmia,

4 Friis ym. 2004, 34–35.

5 Aalto-Setälä ja Marttunen 2007, 211.

6 Lehto-Salo ja Marttunen 2006, 100–101 ja 2008, 4429; Suvisaari ja Manninen 2009, 2459.

7 Aalto-Setälä ja Marttunen 2007, 209; Lehto-Salo ja Marttunen 2008, 4429, 4432; Suvisaari ja Manninen 2009, 2459.

8 Sourander ym. 2007, 1152; Hurtig ym. 2007, 365; Lehto-Salo ja Marttunen 2008, 4432.

kuten epäjohdonmukaista kasvatusta, perhesiteiden epävakautta ja vanhempien omia ongelmia, on Pirkko Lehto-Salon ja Mauri Marttusen⁹ mukaan pidetty merkittävänä ympäristön riskitekijöinä. Nuoruusiässä alkavaan käytöshäiriöön voi kuulua osin samanlaisia ympäristöön liittyviä riskitekijöitä kuin lapsuudessa alkavaan häiriöön, mutta neuropsykologinen kypsymättömyys ja aggressiivisuus ovat harvinaisempia. Osalla nuoruusiän käytöshäiriöistä on taipumus jatkua aikuisuuteen, jolloin ongelmat ilmenevät impulsiivisuutena, persoonallisuushäiriöinä, päihteiden käyttönä ja rikollisuutena. Häiriöihin liittyy usein myös ahdistuneisuutta ja masentuneisuutta.

Neuropsykiatriset oireyhtymät. Lasten ja nuorten tavallisimpia neuropsykiatrisia häiriöitä ovat hyperkineettisiin häiriöihin kuuluva aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriö (ADHD), Aspergerin oireyhtymä (AO) ja Touretten oireyhtymä. Lasten kehitykselliset neuropsykiatriset häiriöt jatkuvat usein nuoruusvaiheeseen. Jos nuo häiriöt ovat jääneet tunnistamatta lapsuudessa, nuoruusiän fyysisen ja psyykkisen kehityksen erityispiirteet vaikeuttavat edelleen niiden havaitsemista ja hoitoa.¹⁰ Neuropsykiatrisiksi kutsutuille diagnooseille on pidetty ominaisena kohtalaista epätasaisuutta sekä piirteiden ja löydösten päällekkäisyyttä.¹¹

Aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriö (ADHD) on käytöshäiriön ohella lasten- ja nuorisopsykiatrian yleisimpiä ennen kouluikää alkavia häiriöitä. Keskeiset oireet ovat keskittymisen vaikeudet, ylivilkkaus ja impulsiivisuus. ADHD:tä pidetään neurobiologisena kehityksellisenä häiriönä, jonka kehittymisessä perimän sekä biologisten ja psykososiaalisten tekijöiden yhteisvaikutus on merkittävä. ADHD:n diagnostiset kriteerit täyttyvät määrittelytavasta riippuen 4–10 %:lla (DSM-IV) tai 1,5–2,5 %:lla (ICH-10) lapsista. ADHD:n on väestöpohjaisten tutkimusten mukaan arvioitu olevan pojilla kolme kertaa yleisempää kuin tytöillä ja kliinisten aineistojen perusteella jopa yhdeksän kertaa yleisempää pojilla kuin tytöillä.¹² Pohjoissuomalaisen vuodelta 1986 olevan syntymäkohorttitutkimuksen mukaan ADHD heikentää koulumenestystä ja tulevaisuuden suunnittelua osalla nuorista. Näiden nuorten fyysinen ja psykososiaalinen terveys on huono, ja nuoret ovat tyytymättömiä elämäänsä. Lisäksi ongelmat tuntuvat kasaantuvan niille, joilla on runsaasti ADHD-oireita.¹³ Tuula Hurtigin mukaan ADHD:tä havaittiin enemmän niillä lapsilla ja nuorilla, joiden perheet olivat rikkonaisia ja pieniä jäsenmäärältään. Tämä päti erityisesti niissä tilanteissa, kun nuorella ADHD:n ohella esiintyi käytöshäiriöitä. ADHD:tä esiintyy nuoruudessa vähemmän kuin lapsuudessa, minkä on katsottu johtuvan mm. iän myötä tapahtuvasta oireiden muuttumisesta ja lievenemisestä. Kahdella kolmasosalla lapsista ADHD:n havaittiin jatkuvan lapsuudesta nuoruuteen silloin, kun lapsen ADHD:hen liittyi

9 Lehto-Salo ja Marttunen 2008, 4430.

10 Rintahaka 2007, 215.

11 Nieminen-von Wendt, 2005, 24; Nieminen-von Wendt ym. 2007, 15.

12 Voutilainen ym. 2004, 2675; Lasten ja nuorten ... 2007.

13 Taanila ym. 2009, 138.

tiettyjä tarkkaamattomuusoireita (esim. hajamielisyyttä), varhain (10–11-vuotiaana) alkanutta masennusta, uhmakkuushäiriöitä tai lapsen isällä oli ADHD-oireita.¹⁴

Usein ADHD:n yhteydessä esiintyy samanaikaisesti muitakin häiriöitä¹⁵. Nuorilla samanaikaiset neurologiset ja psykiatriset häiriöt ovat tavallisempia kuin lapsilla¹⁶. Pohjoissuomalaisen vuodelta 1986 olevan syntymäkohorttitutkimuksen mukaan jossakin lapsuuden tai nuoruuden vaiheessa ADHD:n kanssa esiintyy käytöshäiriöitä 43 %:lla, ahdistuneisuushäiriöitä 27 %:lla, masennusta 22 %:lla ja päihteiden käyttöä 16 %:lla. Erityiset oppimisvaikeudet sekä puheen ja kielen kehityksen häiriöt, motoriset tai äänelliset nykimisoireet ovat tavallisempia ADHD-diagnoosin saaneilla kuin muilla lapsilla. Myös sosiaalisen vuorovaikutuksen ongelmia esiintyy jopa 40 %:lla. Lisäksi joillakin lapsilla on todettu laaja-alainen kehityshäiriö, esimerkiksi Aspergerin oireyhtymä.¹⁷

Aspergerin oireyhtymää (AO) pidetään autismin kirjoon kuuluvana häiriönä, joka aiheuttaa ongelmia lähinnä sosiaalisessa vuorovaikutuksessa. Aspergerin oireyhtymään voi liittyä mm. ongelmallista käyttäytymistä, sisäänpäin kääntyneisyyttä, rajoittuneita, toistuvia ja kaavamaisia käyttäytymistapoja.¹⁸ Nykytiedon perusteella autismin kirjon häiriöiden etiologialle ei ole mahdollista esittää yleispätevää selitystä. Pidetään todennäköisenä, että taustalla olisi ainakin jokin neurobiologinen poikkeavuus ja perintötekijät. Oletettavasti tarvitaan joitakin muitakin, toistaiseksi tuntemattomia laukaisevia tekijöitä.¹⁹

Aspergerin oireyhtymän esiintyvyydetutkimuksia on tehty vähän. Suomessa sen esiintymistä on selvitetty epidemiologisessa tutkimuksessa Pohjois-Pohjanmaan keskussairaalan alueella, jolloin esiintyvyydeksi 8-vuotiaiden keskuudessa arvioitiin 2,5/1 000 lasta (DSM-IV) ja 2,9/1 000 lasta (ICD-10)²⁰. Kansainvälisissä tutkimuksissa AO:n prevalenssin on todettu olevan 7–16-vuotiailla 4–7/10 000. AO:n esiintyvyyden on havaittu lisääntyneen vuodesta 1966 vuoteen 1997. Ajanjaksolla 1966–1973 esiintyvyydeksi havaittiin 4,4/10 000 ja ajanjaksolla 1990–1997 jo 9,6/10 000. On viitteitä siitä, että kasvua olisi vielä 2000-luvulla. Kasvu voi olla kuitenkin näennäistä ja johtua esimerkiksi siitä, että diagnoosien saatavuus on parantunut ja kriteerit lieventyneet.²¹ Pojilla Aspergerin oireyhtymää on arvioitu esiintyvän 4–6 kertaa enemmän kuin

14 Hurtig ym. 2005, 471; Hurtig 2007, 39, 42, 48.

15 Ebeling ym. 2004, 36–37; Hurtig ym. 2007, 365.

16 Rintahaka 2007, 219.

17 Lasten ja nuorten ... 2007.

18 Rintahaka 2007, 217; Nieminen-von Wendt ym. 2007, 15.

19 Nieminen-von Wendt ym. 2007, 15.

20 Mattila ym. 2007, 643.

21 von Wendt ja Avellan 2007, 20.

tyttöillä. On pidetty mahdollisena, että tyttöjen kohdalla Aspergerin oireyhtymä on alidiagnosoitu.²²

Ahdistuneisuushäiriöt. Ahdistuneisuushäiriöt ovat nuorten yleisimpiä psyykkisiä häiriöitä, ja niiden määrän on havaittu kasvavan varsinaisesta nuoruusiästä lähtien. Ahdistuneisuushäiriöihin luetaan pelko-oireiset häiriöt, paniikkihäiriö, yleistynyt ahdistuneisuushäiriö, pakko-oireinen häiriö sekä traumaperäiset häiriöt. Erityisesti nuorten ahdistuneisuushäiriöiden on todettu olevan usein pitkäkestoisia ja toistuvia. Häiriöiden tunnistamista vaikeuttavat niihin liittyvät somaattiset oireet (vatsakivut, päänsäryt, lihassäryt). Lasten pelot ja huolet ovat konkreettisia ja tilannesidonnaisia, kun taas nuorten pelot ja ahdistuneisuus liittyvät enemmän nuoren omaan psyykkiseen ja fyysiseen erillisyyteen sekä sosiaalisen arvioinnin kohteena olemiseen. Sosiaalisten tilanteiden pelon ja pakko-oireisen häiriön esiintyvyys lisääntyy varhaisnuoruudesta alkaen. Niin ikään paniikkihäiriön on ennen puberteettia todettu olevan harvinainen mutta yleistyvän merkittävästi nuoruusiässä. Myös pakko-oireisen häiriön riski suurenee kymmenen ikävuoden jälkeen. Sen sijaan eroahdistushäiriötä ei tavata nuorilla siinä määrin kuin lapsilla.²³

Ahdistuneisuushäiriöiden syntyyn vaikuttavat monet tekijät. Pelokkailla ja ahdistuvilla lapsilla ja nuorilla on todettu esimerkiksi hermoston välittäjäaineiden, stressiin liittyvien hormonien ja tahdosta riippumattoman hermojärjestelmän säätelyn häiriintymistä. Ahdistuneisuuteen taipuvaisilla lapsilla ja nuorilla on havaittu varhaisvaiheessa esiintyneen passiivisuutta, ujoutta, pelokkuutta ja uusien tilanteiden välttämistä. Jos perheyhteys on hyvin tiivis, lapsen itsenäistyminen voi olla vaikeaa, minkä seurauksena lapsen emotionaalinen kypsyminen voi viivästyä. Ahdistuneisuushäiriöistä kärsivien vanhempien lasten riski kärsiä ahdistuneisuushäiriöistä on todettu noin viisinkertaiseksi niihin lapsiin verrattuna, joiden vanhemmat eivät kärsi ahdistuneisuudesta. Häiriön syntymekanismia ei tunneta, mutta todennäköisesti mukana on osin geneettisiä tekijöitä, osin ulkoisia tekijöitä, esim. ahdistuneisuutta ja pelkoja mallintavia käytäntöjä perheessä. Myös varhaisten stressi- ja traumakokemusten sekä turvattomuuden on todettu vaikuttavan ahdistuneisuushäiriöiden syntyyn lapsilla ja nuorilla.²⁴

Erilaisten ahdistuneisuushäiriöiden esiintyvyys on nuoruusikäisillä noin 6–10 %. Useimmat ahdistuneisuushäiriöt ovat tyttöillä poikia yleisempiä. Ahdistuneisuushäiriötä esiintyy usein rinnakkain siten, että nuori voi kärsiä samanaikaisesti kahdesta tai useammasta häiriöstä. Ahdistuneisuushäiriöiden kanssa on samanaikaisesti havaittu esiintyvän käytöshäiriöitä, masentuneisuutta sekä päihteiden ongelmakäyttöä. Ahdistuneisuushäiriöistä vain osa on ohimeneviä. Klaus Ranta (2006) sekä Terhi Aalto-Setälä ja Mauri Marttunen (2007) korostavat, että osa häiriöistä altistaa sekä

22 Nieminen-von Wendt ym. 2007, 17.

23 Ranta ym. 2001, 1227–1229; Ranta 2006, 66–67, 73–78; Aalto-Setälä ja Marttunen 2007, 210.

24 Moilanen 2004, 205–207; Ranta 2006, 67, 68.

myöhemmälle aikuisiän ahdistuneisuudelle että masentuneisuudelle, joten niiden tunnistaminen ja hoitaminen on tärkeää.²⁵

Masennus. Masennus muodostaa merkittävän osan nuorten psyykkisistä ongelmista. Eriasteiset masennusoireet ja -oireyhtymät lisääntyvät voimakkaasti nuoruusiässä. ICD-10-luokituksen mukaan masennuksen ydinoireita ovat mielialan lasku, mielenkiinnon tai mielihyvän menettäminen ja aloitekyvyn heikkeneminen. Muita oireita ovat keskittymisvaikeudet, itseluottamuksen tai omanarvontunnon väheneminen, muutokset ruokahalussa, unen häiriintyminen, avuttomuuden ja syyllisyyden tunteet sekä itsetuhoajatukset ja itsetuhoinen käyttäytyminen. Nuoren arkielämästä selviytyminen, esimerkiksi koulunkäynti, vaikeutuu selvästi.²⁶

Masennusta on todettu esiintyvän ennen puberteettia 0,5–2,5 %:lla lapsista. Nuoruusiässä masennukseen sairastuvien määrä lisääntyy olleen huipussaan 15–18-vuotiailla nuorilla.²⁷ Maassamme vuosina 2006–2007 toteutetussa koululaisten terveystutkimuksessa havaittiin, että peruskoulun 8. ja 9. luokan oppilaista 13 %:lla esiintyi keskivaikeaa tai vaikeaa masentuneisuutta. Lukion 1. ja 2. vuosikurssien oppilailla vastaava osuus oli 10 %. Terveystutkimuksen mukaan masentuneisuus oli tytöillä yleisempää kuin pojilla. Peruskoulun yläluokkien tytöistä 17 %:lla ja pojista 8 %:lla esiintyi masentuneisuutta. Lukiossa opiskelevilla tytöillä osuus oli 14 % ja pojilla 7 %.²⁸ Samantapaiseen tulokseen, joskin hieman vähäisempään masentuneisuuden esiintyvyyteen, päädyttiin tamperelaisille ja vantaalaisille 9-luokkalaisille tehdyssä tutkimuksessa²⁹ sekä valtakunnallisessa terveystutkimuksen väestörekisteripohjaiseen satunnaisotantaan ja nuorten strukturoituun haastatteluun perustuvassa tutkimuksessa (nuoret 15–24-vuotiaita)³⁰. Selvitettäessä helsinkiläisten ja jyvaskyläisten lukiolaisten masennusoireita todettiin lähes joka neljännellä lukiolaisista jokin mielenterveyden häiriö (masennustila, ahdistuneisuushäiriö, päihdeongelma) masennuksen ollessa näistä yleisin häiriö. Viiden vuoden seurantavaihe osoitti, että niillä, joilla lukiovaiheessa ilmeni pitkäaikaisia tai toistuvia masennusoireita, todettiin nuorina aikuisina muita useammin mielenterveyshäiriöitä.³¹

Masennuksen taustalla voidaan nähdä sekä biologisia, psykologisia että sosiaalisia tekijöitä, ja masennukseen sairastuminen on yleensä seurausta useamman kuin yhden tekijän yhteisvaikutuksesta. Masennustilojen yhteydessä puhutaan usein ns. stressi-haavoittuvuusmallista, jolloin masennukseen sairastuminen ymmärretään yksilöllisen haavoittumisalttiuden ja erilaisten stressitekijöiden yhteisvaikutuksen

25 Ranta 2006, 67; Aalto-Setälä ja Marttunen 2007, 210.

26 Karlsson ym. 2005, 2879; Korhonen ja Marttunen, 2006, 79–80; Depressio 2009.

27 Karlsson ja Marttunen 2007, 6.

28 Luopa ym. 2008, 24–28.

29 Fröjd ym. 2004, 8–9.

30 Haarasilta 2003, 54.

31 Aalto-Setälä 2002, 58–60, 78–79, 96.

tulokseksi. Osalla nuorista on esimerkiksi perimään tai temperamenttiin liittyvien tekijöiden vaikutuksesta suurempi alttius sairastua depression stressitilanteessa kuin sellaisilla nuorilla, joilla on hyvät valmiudet sietää stressiä. Perimä ja ympäristötekijät ovat tiiviissä vuorovaikutuksessa siten, että elämäntapahtumat ja elinolot (esim. lapsena saatu hoiva tai sen puute) muokkaavat yksilöllistä haavoittuvuutta vaikuttamalla geenien toimintaan.³²

Lapsuusiässä tytöillä ja pojilla masennusoireita esiintyy suurin piirtein yhtä paljon, mutta nuoruusikäisillä tytöillä oireiden yleisyys on noin kaksinkertainen poikiin verrattuna. Eriasteisten masennusoireiden ja -oireyhtymien ilmaantuvuus ja esiintyvyys kasvavat voimakkaasti nuoruusiässä. Huomattava osa (40–90 %) masennuksesta kärsivistä nuorista toipuu noin vuoden kuluessa, mutta masennuksella on voimakas uusiutumistaipumus. Merkittävä osa (40–80 %) masentuneista nuorista kärsii myös jostakin muusta mielenterveyden häiriöstä, tavallisemmin ahdistuneisuushäiriöstä, tarkkaavuus- ja käytöshäiriöstä tai päihteiden väärinkäytöstä. Vaikuttaa siltä, että osalla depressiosta kärsivistä nuorista on vaikeuksia myös oppimisessa ja muistitoiminnoissa.³³

Lopuksi. Lähes viidesosalla kouluikäisistä lapsista esiintyy jonkinasteisia psyykkisiä ongelmia tai häiriöitä³⁴. Lapsuus- ja nuoruusiässä mielenterveyden ongelmia oletetaan esiintyvän jotakuinkin samassa määrin. Arviointia vaikeuttaa se, että pienten lasten mielenterveyshäiriöitä on tutkittu vähemmän kuin nuorten häiriöitä³⁵. On kuitenkin osoitettu, että psyykkiset ongelmat esiintyvät erilaisina lapsilla ja nuorilla sekä nuoruuden eri kehitysvaiheissa. Lapsilla esiintyy tavallisemmin tarkkaavuushäiriöitä, käytös- ja uhmakkuushäiriöitä sekä erilaisia ahdistuneisuushäiriöitä. Varhaisnuoruudessa (12–14-vuotiaat) yleisimpiä ovat käytös- ja tarkkaavuusongelmat, mutta varsinaisesta nuoruusiästä (15–17-vuotiaat) varhaiseen aikuisuuteen nuorten tavallisimpia ongelmia ovat ahdistuneisuus- ja mielialahäiriöt sekä päihdeongelmat.³⁶

Psyykkisten ongelmien syiksi ei ole mahdollista esittää yleispätevää selitystä³⁷. Todennäköisesti taustalla on monia tekijöitä. Perinnöllisellä alttiudella voi olla merkittävä vaikutus häiriöiden kehittymiseen. Myös biologisilla tekijöillä, mm. keskushermoston välittäjäaineenvaihdunnan säätelyllä, on havaittu olevan merkitystä. Ruumiilliseen sairastamiseen voi liittyä riski eritoten nuorten kohdalla, sillä nuorten kuva itsestä on hyvin herkkä ruumiissa tapahtuville muutoksille³⁸. Psykologisista tekijöistä keskeisenä pidetään liian varhaisia erokokemuksia tai menetyksiä. Lapsena koetut

32 Ingram ja Luxton 2005, 32–46; Karlsson ja Marttunen 2007, 8.

33 Korhonen ja Marttunen 2006, 81–82; Aalto-Setälä ja Marttunen 2007, 210; Karlsson ja Marttunen 2007, 7.

34 Almqvist ym. 1999; Kumpulainen 2004.

35 McDonnell ja Glod 2003, 142.

36 Almqvist ym. 1999; Haarasilta ym. 2000; Ranta ym. 2001; Aalto-Setälä ja Marttunen 2007.

37 Moilanen 2004, 205–206.

38 Ranta 2006, 67; Karlsson ja Marttunen 2007, 8; Suvisaari ja Manninen 2009, 2461.

traumaattiset elämäntapahtumat ja perhetilanteiden muutokset voivat olla yhteydessä yliaktiivisuuden ja tarkkaavuuden ongelmiin³⁹. Lasten voimakkaan ahdistuksen on todettu usein liittyvän huonosti toimiviin perhetilanteisiin. On havaittu, että usein kovin huolestuneiden ja ahdistuneiden vanhempien kasvattamat lapset myös ahdistuvat.⁴⁰ ADHD:tä potevien lasten perheissä ongelmien (rikkonaiset perheet) on havaittu olevan huomattavasti yleisempiä kuin väestössä keskimäärin⁴¹.

Lapsena koetut laiminlyönnit, vanhemman menetys tai vanhemman oma masennus, väkivalta ja hyväksikäyttö voivat altistaa lapsen esimerkiksi masennukselle. Rankaisevan ja välinpitämättömän kasvatuksen on havaittu olevan yhteydessä lasten aggressiivisuus-, depressiivisyys- ja ahdistusoireisiin sekä huonoon koulumenestykseen. Niin ikään riitainen, vihamielinen ja rakkaudeton aviosuhde voi liittyä lasten kehityksellisiin ongelmiin, jolloin tytöt kärsivät usein emotionaalisista ongelmista, kuten depressio- ja ahdistusoireista ja pojat taas käyttäytymishäiriöistä, kuten aggressiivisuudesta. Lapsi voi kokea erityisen haavoittavana häntä itseään koskevat riidat ja vanhempien kasvatuserimielisyydet, ja hän voi syyttää itseään vanhempien vaikeuksista. Toisaalta rakkautta ja rajoja tasapainoisesti sisältävä vanhemmuus (auktoritatiivinen) on havaintojen mukaan yhteydessä lapsen hyvään mielenterveyteen.⁴²

Hyvien ja turvallisten ihmissuhteiden on havaittu suojaavan masennukseen sairastumiselta ja voivan korjata varhaisten menetysten aiheuttamaa sairastumisalttiutta. Erilaisten menetysten käsittelyyn nuoren mielessä vaikuttavat mm. kehitysvaihe ja aikaisemmat elämäkokemukset. Nuoren oma kokemus menetyksen suuruudesta ja vaikutuksesta itsetuntoon, esimerkiksi lyhytaikaisen seurustelusuhteen päättyessä, voi olla hyvinkin erilainen kuin aikuisilla. Lisäksi persoonallisuuden piirteillä ja temperamentilla on yhteys masennukseen sairastumisen riskiin. Sosiaalinen tuki on suojaava tekijä monissa sairauksissa, kuten masennuksessa. Nuoruusiässä ikätoverien merkitys korostuu, ja tovereilla on nuoruuden kehitystehtävien kannalta oma erityisasema. Niinpä nuori, joka joutuu ikätovereidensa syrjimäksi, kiusaamaksi tai muuten ryhmän ulkopuolelle, on hyvin altis reagoimaan tilanteeseen psyykkisillä oireilla. Monenlaiset perheen psykososiaaliset kuormitustekijät, kuten pitkäaikaiset ristiriidat, vanhempien ero, sairaudet ja taloudelliset vaikeudet, vaikuttavat myös nuoreen sekä suoraan että vanhempien välityksellä.⁴³ Perheen merkityksen ohella laajemman sosiaalisen ympäristön, erityisesti päiväkodin ja koulun, merkitys on suuri. Päiväkodilla ja koululla on hyvät mahdollisuudet tunnistaa ja ohjata lapsia ja nuoria. On tärkeää, että esimerkiksi lapsen koulunkäynti saadaan sujuvaksi alusta

39 Voutilainen ym. 2004, 2676.

40 Moilanen 2004, 205–206.

41 Hurtig 2007, 39.

42 Solantaus ja Punamäki 2008, 192–193.

43 Karlsson ja Marttunen 2007, 8.

alkaen.⁴⁴ Tärkeää on myös tukea opettajia työssään ja jakaa heille tietoa mielenterveyden ongelmista.

Mielenterveyden häiriöiden tarkasteluissa tutkimusten vertailtavuus on vaikeaa. On korostettu, että tulokset ovat sidoksissa kulttuurisiin ja kansallisiin tekijöihin ja riippuvat myös käytetyistä tutkimusmenetelmistä, jotka vaihtelevat eri tutkimuksissa. Häiriöiden luokituksissa on tapahtunut muutoksia, ja eri aikoina on suosittu erilaisia luokituksia, erilaista tiedonkäsittelyä ja tulosten esittämiskäytäntöjä.⁴⁵ Tutkimusaineistojen koot ja aineiston käsittelyn menetelmät ovat olleet sellaisia, että harvinaisten sairauksien, kuten autismin, esiintyvyyden muutokset eivät ole voineetkaan tulla esille.⁴⁶ Usein myös lapsen tai nuoren käyttäytymisessä näkyvät ongelmat voivat olla laajoja ja tuentarve voi koskea koko perhettä ja lähiympäristöä⁴⁷. Lapsilla on usein voitu diagnosoida monia häiriöitä samanaikaisesti, jolloin voidaan katsoa olevan kyse vakava-asteisista ongelmista. Vakava-asteista psykopatologiaa ja vakavia ongelmia on eri tutkimuksissa havaittu 6–19 %:lla lapsista eri puolilla maailmaa. Jonkinasteisia psyykkisiä ongelmia ja häiriöitä on tutkimusten mukaan lähes joka viidennellä kouluikäisistä lapsista.⁴⁸

Nuoren tilanteen arviointi edellyttää kokonaisvaltaista tarkastelua. Häiriintyneen ja iänmukaisen kehityksen välinen ero voi olla vähäinen. Terhi Aalto-Setälä ja Mauri Marttunen painottavat, että nuorten psyykkisiä häiriöitä arvioitaessa olisi tärkeää määrittää sekä oireenmukainen psykiatrinen diagnoosi että nuoruusiän kehitysvaihe ja sen mahdolliset häiriöt. On tärkeää myös selvittää nuoren oireilun vaikutusta kehitykseen: onko kehitys pysähtynyt tai vaarassa pysähtyä vai eteneekö se oireista huolimatta.⁴⁹

Tiedetään, että suuri osa aikuisten psyykkisistä sairauksista on alkanut lapsuudessa tai nuoruudessa. Sen sijaan tutkimusta siitä, onko lasten ja nuorten psykiatristen oireiden esiintyvyydessä tapahtunut muutoksia eri aikakausina, on vähän, ja tulokset ovat ristiriitaisia. Tutkimukset eivät anna vastausta siihen, ovatko oireet muuttuneet lapsilla ja nuorilla erilaisiksi. Otaksuma oireiden lisääntymisestä voi liittyä myös siihen, että nykyisin ymmärretään suuren osan lapsia ja nuoria kärsivän mielenterveyden ongelmista.⁵⁰ Häiriöiden varhainen tunnistaminen ja hoito parantavat ennustetta ja ehkäisevät myös aikuisiän mielenterveyden häiriöitä⁵¹.

44 Moilanen 2004, 207.

45 Haarasilta ym. 2000, 2635.

46 Santalahti ja Sourander 2008, 1505.

47 Pönkkö ym. 2002, 7; Kumpulainen 2004, 132–133.

48 Almqvist ym. 1999, 7–8, 13.

49 Aalto-Setälä ja Marttunen 2007, 209, 212–213.

50 Santalahti ja Sourander 2008, 1505.

51 Aalto-Setälä ja Marttunen 2007, 213.

3 PERHEKUNTOUTUS JA VAIKUTTAVUUS

Kuntoutuksen, myös psykiatrisen kuntoutuksen⁵², vaikuttavuudesta on suhteellisen runsaasti tutkimusta ja tutkimustuloksia löytyy myös Suomesta⁵³. On julkaistu myös perhetyön avohuollon tukitoimien vaikutuksia koskevaa tutkimusta⁵⁴ sekä tutkimuksia, joissa pohditaan esimerkiksi lastensuojelutyön vaikutuksia⁵⁵. Sen sijaan perhekuntoutuksen vaikuttavuutta on tutkittu vähän. Seuraavassa esitellään muutama perheinterventiotutkimus, joiden tutkimustulokset ovat pääosin muualta kuin Suomesta, joten tuloksia ei voida suoraan yleistää suomalaiseen elämäntilanteeseen. Niiden kohderyhmät ovat myös hieman erilaiset kuin Kelan perhekuntoutuksessa. Suomalaisissa tutkimusesimerkeissä perhekuntoutus on suunnattu sosiaalitoimen palvelujen, esimerkiksi lastensuojelun, asiakkaina olleiden perheiden tukemiseen ja niissä myös perhekuntoutuksen vaikutuksia arvioidaan tästä näkökulmasta.

Riikka Westman ym. (2005) tekivät kokeellisiin tai kvasikokeellisiin tutkimuksiin pohjautuvan järjestelmällisen katsauksen sosiaalialan perheinterventioista. He pyrkivät selvittämään, millaista näyttöä oli sosiaalisista ongelmista kärsiville lapsiperheille suunnattujen interventioiden vaikuttavuudesta.⁵⁶ Westmanin ym. aineistona oli 30 kansainvälistä tutkimusartikkelia. Tutkimusten yhteenlaskettu otoksen määrä oli 13 350 henkilöä, joista lopullisessa analyysissä oli mukana 12 427 henkilöä. Katsauksen kohderyhmänä olleilla lapsiperheillä tarkoitettiin vähintään yhden aikuisen ja yhden lapsen (0–17-vuotias) perheitä. Perheillä oli jokin tai useampi seuraavista ongelmista: lapsen ongelma (esimerkiksi ongelmat päiväkodissa tai koulussa, käytösongelmat, vanhempien tai viranomaistahojen huoli), vanhempien ongelma (esimerkiksi kasvatusvaikeudet, sosiaaliset tai taloudelliset ongelmat, asumis-, alkoholi-, huume- tai mielenterveysongelmat) tai muita perheen ongelmia. Katsauksen tavoitteena oli arvioida, millaisiin lapsiperheiden ongelmiin perheinterventioilla oli vaikutusta sekä mitkä perheisiin kohdistuvat interventiot auttoivat lapsiperheitä heidän sosiaalisten ongelmiansa ratkaisemisessa ja mikä oli perheinterventioiden vaikuttavuus. Westman ym. ryhmittelivät tutkimukset kohderyhmittäin neljään luokkaan: lapsen tai nuoren käyttäytymisongelmat (15 artikkelia), nuoren monimutkainen tai vaikea riskitilanne (7 artikkelia), perheen riskitilanne (4 artikkelia) sekä perheen vähävaraisuus (4 artikkelia). Tässä tarkasteltiin lapsen ja nuoren käyttäytymisongelmiin sekä nuoren riskitilanteeseen liittyviä vaikuttavuustutkimuksia. Nuoren riskitilanteella ymmärrettiin päihdeongelmia, väkivaltaisuutta, rikollisuutta, nuoren aggressiivista ja vihamielistä käyttäytymistä tai sitä, että nuorella oli riski tulla sijoitetuksi.⁵⁷

52 Esim. Virkkunen 1995; Tuori ym. 1998; Salokangas ym. 2000; ks. Salminen 2002, 109.

53 Ks. Aalto ym. 2002.

54 Esim. Hurtig 2003; Heikkinen 2007.

55 Ks. Rousu 2007.

56 Westman ym. 2005, 3.

57 Westman ym. 2005, 3, 17, 23, 25, 37, 40–42.

Lasten ja nuorten käyttäytymisongelmia koskevista artikkeleista kuusi oli Australias-
ta, kuusi Yhdysvalloista ja kolme muualta. Interventioiden keskimääräinen kesto oli
12 viikkoa (vaihteluväli 6–25 viikkoa). Tutkimuksissa oli yhteensä 1 379 osallistujaa
ja valtaosa (12 tutkimusta) käsitteli 2–12-vuotiaiden lasten käyttäytymisongelmia.
Yhdeksässä tutkimuksessa perheintervention vaikuttavuutta oli arvioitu vähintään
neljä kuukautta kestäneen seuranta-ajan jälkeen (vaihteluväli 4–12 kk). Kuudessa
tutkimuksessa vaikuttavuuden arviointi oli tehty heti intervention päätyttyä. 12 tut-
kimuksessa kontrolliryhmät eivät saaneet mitään hoitoa. Kolmessa tutkimuksessa
interventiona oli jokin muu hoito tai tavanomaiset saatavilla olevat palvelut.⁵⁸

Yhdeksässä tutkimuksessa 15:stä oli käytetty ainakin yhtenä intervention muotona
hoitoa, kuntoutusta tai terapiaa ja kuudessa monimuotoista interventiota. Vain kah-
dessa tutkimuksessa oli käytetty yksinomaan kevyempitasoisia interventioita, kuten
koulutusta ja tiedottamista, ohjausta ja neuvontaa ja/tai ryhmätyötä ja vertaistukea.
Tämä osoitti Westmanin ym. mukaan sen, että lasten ja nuorten käyttäytymisongel-
mien ratkaisemisessa uskotaan tarvittavan joko ns. syvälliseen vuorovaikutukseen
perustuvaa (hoito, kuntoutus ja terapia) tai monimuotoista interventiota. Lasten ja
nuorten käyttäytymisongelmien hoidossa perheinterventiona näytti myös toimivan
monimuotoinen, monia interventioita yhdistävä hoito tai pelkkä hoito, kuntoutus tai
terapia. Interventiot olivat vähintään kohtalaisen vaikuttavia ja hyviä vaikuttavuus-
tuloksia saatiin myös pitkällä aikavälillä.⁵⁹

Nuorten monimutkaiseen tai vaikeaan riskitilanteeseen suunnattuihin perheinter-
ventiotutkimuksiin osallistui yhteensä 1 197 iältään 11–17-vuotiaita nuorta. Tutki-
muksista kuusi oli tehty Yhdysvalloissa ja yksi Isossa-Britanniassa. Yleensä tutki-
musten kontrolliryhmät olivat saaneet tavanomaisia saatavilla olevia palveluja. Vain
yhdessä tutkimuksessa kontrolliryhmän tiedettiin saaneen tavanomaisen palvelun
lisäksi jotain muuta hoitoa.⁶⁰ Toisin kuin lasten ja nuorten käyttäytymisongelmien
hoidossa nuorten riskitilanteiden ratkaisemisessa ei käytetty monimuotoisten palvelu-
jen interventioita. Yleensä (viidessä tutkimuksessa seitsemästä) interventiomuodoksi
oli valittu hoito ja/tai kuntoutus ja terapia. Nuorten vaikean riskitilanteen ratkaise-
misessä perheinterventiona saatiin aikaan melko hyviä tuloksia lukuun ottamatta
yhtä tutkimusta. Yhdessä nuoren kohtalaisen riskitilanteen tutkimuksessa loppu-
tulos oli hyvä, mutta yksittäisissä tavoitteissa interventio ei onnistunut. Kolmessa
kohderyhmän tutkimuksessa yksittäisen terapian vaikuttavuustulokset olivat melko
vaatimattomat. Katsauksen pohjalta vaikuttaa siltä, että vaikeassa riskitilanteessa
olevan nuoren ongelmiin ei onnistuttu vaikuttamaan kovinkaan helposti. Toisin kuin
lasten ja nuorten käyttäytymisongelmissa nuorten riskitilanteiden ratkaisemisessa
vaikuttavuustulokset olivat yleensä lähinnä kohtalaisia.⁶¹

58 Westman ym. 2005, 37–38.

59 Westman ym. 2005, 38–40.

60 Westman ym. 2005, 40.

61 Westman ym. 2005, 40–41.

Yhteenvetona Westman ym. arvioivat, että myönteisten muutosten saamiseksi tutkimusten kohteena olevat ryhmät tarvitsevat lähes aina joko syvälliseen vuorovaikutukseen perustuvia tai monimuotoisia interventioita. Yksittäisillä ja kevyehköillä interventioilla ei voida vaikuttaa pitkäaikaisiin ja vaikeisiin ongelmiin. Kevyehkö interventio toimii varhaisessa tukemisessa ja ongelmien ennaltaehkäisemisessä.⁶² Westman ym. eivät varsinaisesti pohdi kuntoutuksen keston merkitystä, mutta voidaan olettaa, että syvälliseen vuorovaikutukseen perustuvat ja monimuotoiset interventiot edellyttävät kuntoutuksen pidempää kestoja kuin kevyehköt interventiot.

Kirsi Kaikon⁶³ (2004) tutkimuksessa perhekuntoutuksen kohderyhmän muotoutumisessa lähtökohtana olivat vanhempien ongelmat. Kaikko tutki suomalaisten mielenterveys- ja päihdeongelmaisten lapsiperheiden perhekuntoutusta ja arvioi mm. kuntoutuksen sisällöllistä vaikuttavuutta. Hän pyrki kuvaamaan sitä, miten perheiden elämä muuttui perhekuntoutuksen aikana ja miten tämä muutos säilyi. Hän arvioi, miten perhekuntoutuksen toimintatavat vastasivat perheitä kuntoutukseen lähettäneiden kuntien toiveita ja käytäntöjä sekä miten eri auttamistahojen yhteistyö sujui. Aineistona olivat kuntoutukseen osallistuneiden perheiden ja heidän työntekijöidensä haastattelut.

Kunnat turvautuivat Kaikon mukaan perhekuntoutukseen yleensä silloin, kun niiden omat tukimuodot oli käytetty loppuun ja tarvittiin apua joko välittömästi tai pian esimerkiksi huostaanoton uhatessa. Tulokset olivat kokonaisuudessaan suhteellisen vaatimattomat, joskin kaikki perheet olivat työntekijöiden mukaan ainakin jossakin asiassa paremmassa tilanteessa kuntoutuksen jälkeen kuin ennen kuntoutusta, ja myös perheet itse kokivat tilanteensa muuttuneen paremmaksi. Kuntoutuksen aikana monessa perheessä tuli katkos äidin tai isän juomiseen, ja huostaanoton uhka tavallisesti väheni tai väistyi. Kuntoutuminen tarkoitti vanhemman mahdollisuutta olla lapsen ja kodin arjessa mukana, mikä merkitsi lapsen hyvinvoinnin kohenemistä huolenpidon, kannustuksen ja aikuisen läsnäolon muodossa. Kuntien edustajien mukaan perhekuntoutuksella oli selkeä paikka lapsiperheiden palveluverkostossa ja yhteistyö hankkeen kanssa toimi. Hyvää oli mm. se, että kuntoutuksessa panostettiin kuntoutusjakson lisäksi kuntoutuksen siirtovaiheeseen. Perhekuntoutuksen työntekijät kävivät sovitusti perheen luona viikkojen, jopa kuukausien ajan kuntoutusjakson jälkeen. Samanaikaisesti myös kunta tuki perhettä.⁶⁴

Perhekuntoutusta koskevassa seurantakatsauksessa Aila Puustinen-Korhonen (2005) kokosi tietoa Vantaalla sijaitsevan Kuuselan perhekuntoutuskeskuksen asiakkaina vuosina 2001–2004 olleiden perheiden (232 perheen, 354 lapsen) kuntoutustarpeista ja arvioi toteutunutta perhekuntoutusta. Lapsista 82 % oli sellaisia, joiden vanhemmilla oli vaikeuksia toimia vanhempina uupumuksen, muun mielenterveydellisen syyn,

62 Westman ym. 2005, 47.

63 Kaikko 2004, 73–76.

64 Kaikko 2004, 74–76.

parisuhderiitojen tai kasvatusotteen menettämisen vuoksi. Myös päihteidenkäyttöä ja perheväkivaltaa ilmeni. Katsaus perustui perhetukikeskuksen tietojärjestelmien tietoihin. Tulosten mukaan perhekuntoutuksessa mukana olleista lapsista 91 % jatkoi kuntoutuksen jälkeen elämäänsä omassa primaariperheessä.⁶⁵

Suomen Kasvatus- ja perheneuvontaliitto kokeili viiden vuoden ajan (1998–2002) Yhdysvalloista suomalaiseseen ympäristöön tuotua perheiden monimuotoista tukiohjelmää. Perhepyykki-perhekuntoutusmenetelmällä pyrittiin auttamaan perheitä, jotka olivat pitkään olleet erilaisten sosiaalitoimen palvelujen asiakkaina. Kuntoutus sisälsi perheen kotona tehtävää työtä, päivystystä (saatavilla olo), erikseen lapsille ja vanhemmille suunnattua vertaisryhmätoimintaa ja leirejä sekä perhettä tukevien yhteistyöverkostojen luomista ja yhteistyötä muiden perheen kanssa työskentelevien tahojen kanssa. Menetelmä havaittiin tulokselliseksi niin perheiden kuin viranomais-tenkin arvioimana. Tulosten mukaan Perhepyykki-kuntoutus toimi korjaavasti avo- huollollisena lastensuojelun tukitoimena niin, että lapset saivat hoivaa, huolenpitoa ja tukea kasvuunsa ja kehitykseensä.⁶⁶

Perhekuntoutuksen vaikutuksia koskeva tutkimus on vähäistä, ja se on varsin heterogeenista sekä tutkittavan intervention että tutkimusmenetelmän kannalta. Vaikuttavuutta on selvitetty erilaisista lähtökohdista esimerkiksi sen mukaan, ovatko perhekuntoutuksen taustalla lapsen vai vanhempien ongelmat. Toimintaympäristön merkitystä vaikutusten aikaansaamisessa on pohdittu vähän. Oman haasteensa muutoksen tarkasteluun tuo se, että lapsen kohdalla kyse on aina myös iänmukaisesta kehityksestä, joka väistämättä yhdistyy kuntoutuksen vaikutuksiin. Erilaisissa perheinterventioissa keskeinen kysymys kiteytyy Sirkka Rousun (2007) mukaan siihen, miten vaikuttavuus todetaan ja tehdään näkyväksi. Arviointi on osa tätä prosessia, eikä vaikuttavuutta tavallaan ole olemassa ilman arviointia.⁶⁷

Kuntoutuksella voidaan vaikuttaa lapsen ja hänen hyvinvointiinsa välittömästi, mutta myös välillisesti tukemalla lapsen perhettä⁶⁸. Lapsi on kiinteä osa perhettään, jolloin muutos on aina ehdollista ja yleensä yhteydessä myös lapsen arjen toimijoihin ja arjessa tehtäviin valintoihin. Kelan psykiatrisen perhekuntoutuksen kehittämishankkeen arvioinnin tavoitteena on selvittää, millaisia vaikutuksia Kelan lasten ja nuorten psykiatrisella perhekuntoutuksella oli kuntoutukseen osallistuviin lapsiin ja perheisiin eli tapahtuiko lapsen oireilussa muutosta ja millaista tukea perheet kuntoutuksesta saivat. Tarkastelussa hyödynnetään ennen–jälkeen-asetelmaa. Lapsen tilanteessa tapahtuneen muutoksen ja vanhempien ja lapsen saaman tuen perusteella pohditaan, millaiset asiat kuntoutuksessa osoittautuivat perheille hyödyllisiksi.

65 Puustinen-Korhonen 2005, 2–3; Rousu 2007, 174.

66 Johansson ym. 2003 sit. Rousu 2007, 172.

67 Rousu 2007, 143.

68 Martin ym. 2009, 268.

4 ARVIOINNIN TOTEUTUS

Arvioinnin ensimmäinen vaihe kohdistui perhekuntoutuksen toteuttamiseen vuosina 2005–2006, ja sitä koskeva osaraportti⁶⁹ käsitteli asiakkuuden muodostumista, kohderyhmää, kuntoutuksen toteuttamista, hankkeiden verkostoitumista ja perheiden kokemuksia kuntoutuksesta. Arvioinnin toinen vaihe kattoi kuntoutuksen toteuttamisen vuoden 2008 loppuun ja yksittäisissä, lapsimäärältään pienissä hankkeissa alkuvuoteen 2009.

Arvioinnin kohteena olivat seuraavien palveluntuottajien ja niiden sidosryhmien toteuttamat perhekuntoutusprosessit:

- Espoon Terapiapiste Ky (Lasten ja nuorten psykiatrinen perhekuntoutushanke)
- Huoltoliitto ry, Kunnonpaikka (Nuorten elämys- ja toimintapainotteinen tukiprojekti Netti)
- Kainuun koulutus- ja terapiapalvelu (Kainuun perhekuntoutushanke)
- Koulutusavain Oy (Lasten ja nuorten psykiatrinen moniammatillinen perhekuntoutus Kainuussa)
- Mannerheimin Lastensuojeluliiton Lasten ja Nuorten Kuntoutussäätiö, Kuntoutus- ja kehittämiskeskus Huvitus (Lasten ja nuorten ryhmämuotoinen perhekuntoutus Yläne, Kokkola, Tampere, Turku)
- NeuroMental Oy (Neuropsykiatrinen perhekuntoutus)
- Niilo Mäki Instituutti (Jyväskylän Perhekoulu)
- ODL Terveys Oy (Sosiaalisen vuorovaikutuksen ryhmäkuntoutus: lähimalli Oulu ja Rovaniemi, kaukomalli Rovaniemi)
- Osuuskunta Toivo (Lasten ja nuorten Voimala Helsinki, Kotka, Tampere, Oulu)
- Oulun Diakonissalaitoksen Säätiö (KuKa-projekti)
- Privatim Ay (Voima-projekti)
- yksityiset ammatinharjoittajat/psykoterapeutit Länsi-Pohjan sairaanhoitopiiri (Lasten ja nuorten perhekuntoutus).

4.1 Arvioinnin tavoitteet

Arvioinnin toisen vaiheen tehtävänä oli

1. kuvata perhekuntoutuksen kohderyhmä
2. selvittää, millaisia muutoksia lasten tilanteissa tapahtui kuntoutusintervention myötä, kokivatko vanhemmat ja lapset saaneensa kuntoutuksesta tukea ja mitkä tekijät ennustivat myönteisiä muutoksia tai saatua tukea

69 Linnakangas ja Lehtoranta 2009.

3. selvittää, millaiset kuntoutuksen toimintamuodot osoittautuivat perheille hyödyllisiksi
4. edesauttaa johtopäätösten tekoa Kelan perhekuntoutuksen käyttöönoton ja vakiinnuttamisen tarpeista.

4.2 Aineistot ja menetelmät

Arvioinnissa hyödynnettiin monitahoarviointia⁷⁰ niin, että arviointiin liitettiin tutkittavan ilmiön kannalta merkittävimmät toimijat. Tietoa perhekuntoutuksesta tuottivat sitä toteuttaneet hankkeet, kuntoutukseen osallistuneet lapset ja heidän vanhempansa sekä lapsia kuntoutukseen lähettäneet tahot. Tämän raportin aineistot perustuvat yhtäältä hankkeiden, toisaalta lasten ja heidän vanhempiensa antamiin tietoihin.

Hankkeilta kerätty aineisto. Kohderyhmäkyselyllä (liite 1) tiedusteltiin hankkeilta vuosina 2005–2008 perhekuntoutukseen osallistuneiden lasten sukupuolta, ikää, lähettäjätahoa sekä lähettäjätahojen lapsille asettamia diagnooseja. Tiedot saatiin 1 514 lapsesta. Arviointiaineistona oli myös hankkeiden toteuttama Swot-analyysi, jossa hankkeet arvioivat oman perhekuntoutusmallinsa (liite 2) vahvuuksia ja heikkouksia sekä sitä, miten käyttökelpoinen tai haavoittuva malli vaikutti olevan tulevaisuudessa.

Lapsilta ja vanhemmilta kerätty aineisto. Kuntoutukseen osallistuneilta perheiltä kerättiin palautetta alku- ja seurantakyselyin. Kyselyt kohdistettiin perheille, joiden lapsen kuntoutus alkoi syksyllä 2006 tai myöhemmin ja päättyi vuoden 2008 loppuun mennessä. Muutamassa lapsimäärältään pienessä hankkeessa arviointiin voitiin ottaa mukaan lapsia, joiden kuntoutus päättyi vasta vuoden 2009 aikana. Jos kuntoutusprosessit olivat erityisen pitkiä (esim. kolme vuotta), seurantavaiheen tiedonkeruu ajoitettiin kuntoutuksen loppuvaiheeseen, ei välttämättä kuntoutuksen päättymishetkeen.

Alku- ja seurantakyselyyn perustuva tiedonkeruu rajattiin 5–16-vuotiaisiin lapsiin. Vanhemmat täyttivät omat lomakkeensa (liitteet 3 ja 4) ja 11–16-vuotiaat lapset omansa (liitteet 5 ja 6). Yhteensä 308 lapsen vanhemmat vastasivat alku- ja seurantakyselyyn vastausprosentin ollessa 70. 11–16-vuotiaiden lasten vastauksia saatiin kaikkiaan 138. Sekä alku- että seurantakyselyyn sisältyi vahvuuksien ja vaikeuksien kysely (SDQ-Fin). Alkukysely sisälsi SDQ:n lisäksi kysymyksiä lapsen ja perheen taustasta, perheen tukiverkostosta, huolista ja perheen kuntoutukselle asettamista toiveista. Seurantakysely sisälsi SDQ:n lisäksi kysymyksiä kuntoutuksesta sekä lapsen ja vanhempien saamasta tuesta.

70 Vartiainen 1994 ja 2001.

SDQ-mittari. SDQ (The Strengths and Difficulties Questionnaire) on lapsen käyttäytymistä koskeva lyhyt kysely, joka on saatavana yli 60 kielellä. Kysely on kansainvälisesti tunnettu ja käytössä kaikissa Pohjoismaissa. Suomessa kyselylomaketta on käytetty vuodesta 1998 lähtien. Kysely koostuu 25 kuvailevasta väittämästä, jotka koskevat (1) tunne-elämän oireita, (2) käytöshäiriöitä, (3) yliaktiivisuuden/tarkkaavuuden ongelmia ja (4) kaverisuhteiden ongelmia sekä (5) prososiaalista käytöstä. Jokainen viidestä faktorista muodostuu viidestä eri väittämästä. Väittämät ovat lähes identtisiä eri vastaajilla (esim. vanhemmilla, lapsilla, opettajilla) ja ne esitetään sekä voimavara- että ongelmanmuodossa.⁷¹

SDQ:n on todettu erottelevan lastenpsykiatrisia ja normaaleja lapsia luotettavasti ja se on yksi eniten käytetyistä lastenpsykiatrisista menetelmistä maailmassa.⁷² SDQ:ta on käytetty myös muutosmittarina⁷³. Robert Goodman on arvioinut mittarin validisuutta ja reliabiliteettia vuodesta 1997 lähtien⁷⁴ ja tutkii sitä edelleen⁷⁵. Hän on tutkijaryhmineen⁷⁶ tullut mm. siihen johtopäätökseen, että SDQ ja laajempi oirekysely CBCL (Child Behavior Checklist) ovat yhtä hyviä erottelemaan mahdollisia lastenpsykiatrisia tapauksia normaaleista ja että SDQ on tilastollisesti merkitsevästi parempi löytämään tarkkaavuuden ongelmat ja ainakin yhtä hyvä kuin CBCL löytämään internalisoivat ja eksternalisoivat ongelmat. Saksassa tehdyssä mittareiden samanaikaisvaliditeettia koskevassa tutkimuksessa⁷⁷ SDQ ja CBCL korreloivat vahvasti; mittareiden erottelukyvyyssä oli eri diagnoosiluokkien suhteen vain vähäisiä eroja, paitsi tarkkaavuuden ongelmissa, joita SDQ löysi tilastollisesti merkitsevästi paremmin kuin CBCL. Myös tuoreessa saksalaisessa⁷⁸ samoin kuin norjalaisessa⁷⁹ ja ranskalaisessa⁸⁰ tutkimuksessa vanhempien SDQ-lomakkeen validiteetti ja reliabiliteetti on todettu hyväksi ja lomakkeen on katsottu soveltuvan epidemiologiseen tutkimukseen sekä kliiniseen käyttöön. Ruotsissa⁸¹ ja Kreikassa⁸² tehtyjen tutkimusten mukaan nuorten SDQ-lomake soveltuu psyykkisesti oireilevien nuorten seulontaan.

Suomessa Merja Koskelainen (2008) on väitöskirjassaan tutkinut SDQ-lomakkeen psykometrisia ominaisuuksia, reliabiliteettia ja validiteettia suomalaisella aineis-

71 Goodman 2001; Koskelainen ym. 2001; Goodman ym. 2004; Obel ym. 2004; Borg 2006; Koskelainen 2008 ja 2009.

72 Borg 2006; Koskelainen 2008.

73 Naylor ym. 2009; Janssens ym. 2009.

74 Koskelainen ym. 2001, 180.

75 Goodman ja Goodman 2009; Ford ym. 2009.

76 Goodman ja Scott 1999 sit. Koskelainen ym. 2001, 93; Koskelainen 2009.

77 Klasen ym. 2000, 274–275 sit. Koskelainen 2001, 93; Koskelainen 2009.

78 Rothenberger ym. 2008.

79 Sanne ym. 2009.

80 Shojaei ym. 2009, 740.

81 Lundh ym. 2008, 529–531.

82 Giannakopoulos ym. 2009.

tolla. Tulokset osoittavat, että kyselylomakkeen psykometriset ominaisuudet ovat suurelta osin hyvät ja SDQ-mittari on käyttökelpoinen menetelmä seulontaan, epidemiologiseen tutkimukseen ja kliiniseen käyttöön⁸³. Päivi Santalahden ja Andre Souranderin (2008) mukaan SDQ-oirekysely soveltuu erilaisten psykiatristen oireiden esiintyvyyden tutkimiseen lapsiväestössä. Heidän mukaansa kyselyn reliabiliteetti ja validiteetti ovat hyviä⁸⁴. Myös Koskelaisen, Souranderin ja Kaljosen varhaisemmassa (2000) tutkimuksessa SDQ osoittautui varsin validiksi menetelmäksi kartoittamaan lasten ja nuorten mielenterveyden riskejä⁸⁵. Käypä hoito -suositusten⁸⁶ mukaan SDQ soveltuu lasten psyykkisten häiriöiden kokonaisuorekuvan kartoittamiseen. Lennart von Wendtin ja Arja Voutilaisen⁸⁷ (2006) mukaan se soveltuu lasten hyvinvoinnin ja oppimisvaikeuksien seulontaan lastenneurologian kannalta.

SDQ:n soveltuvuutta koskevat tutkimustulokset ovat kokonaisuudessaan varsin myönteisiä, eikä kriittisiä näkemyksiä mittarin käytölle varsinaisesti löydy lukuun ottamatta yksittäisiä, pieniä havaintoja esim. lomakkeen epäselvyydestä⁸⁸. SDQ:ta pidetään soveltuvana menetelmänä lastenpsykiatriseen arviointiin ja interventioiden seurantaan, joskin lapsen varsinainen diagnosointi edellyttää perusteellisempaa tutkimusta ja lapsen haastattelua. SDQ valittiin tiedonkeruumenetelmäksi Kelan kehittämishankkeen arvioinnin käynnistyessä vuonna 2006, jolloin arvioitsijoilla oli tiedossa se, että Kela edellytti perhekuntoutukseen pääsyn kriteerinä sitä, että lapsella on psykiatrinen sairaus.

Perheen koherenssi. Perheen sisäistä toimivuutta kartoitettiin summamuuttujan avulla, jonka muodostivat neljä perheen kokemusta kuvaavaa väittämää. Väittämien laadinnassa sovellettiin Marjo-Riitta Mattuksen⁸⁹ kehittämään perhelähtöiseen haastattelumenetelmään (HMI) sisältyviä perheen toimintatyylisiä koskevia kysymyksiä. Väittämät olivat seuraavat: (1) Voitte luottaa siihen, että saatte tukea toisiltanne, jos jokin menee pieleen, (2) Ette löydä aikaa yhdessäoloon silloin, kun on kiirettä, (3) Osaatte yleensä ratkaista asiat perheenne ja lapsenne kannalta parhaalla mahdollisella tavalla ja (4) Teidän on vaikea jakaa huolianne ja tunteitanne rakentavalla tavalla (liite 3, kysymys 13). Väittämien perusteella muodostettiin perheen koherenssin astetta kuvaava summamuuttuja (vaihteluväli 4–20), jota käytettiin perhekuntoutuksen tuloksellisuuden analyysissä taustamuuttujana.

Lähipiirin apu. Lähipiirin apua kuvaava summamuuttuja muodostettiin perheenjäseniltä, isovanhemmilta, muilta sukulaisilta ja ystäviltä saadun avun määrää ilmaise-

83 Koskelainen 2008.

84 Santalahti ja Sourander 2008, 1499–1500.

85 Koskelainen ym. 2000, 283.

86 Lasten ja nuorten ... 2007.

87 von Wendt ja Voutilainen 2006, 11.

88 Esim. Van Roy ym. 2008.

89 Mattus 1999.

vista tiedoista (liite 3, kysymys 9). Myös tätä summamuuttujaa käytettiin perhekuntoutuksen tuloksellisuuden analyysissä taustamuuttujana.

Perhekuntoutuksen toimintamuodot. Kuntoutuksen arvioimiseksi tarvittiin tietoa, millaisista toiminnoista perhekuntoutus muodostui. Palveluntuottajia oli toistakymmentä ja erilaisia osahankkeita lähes 20, ja hankkeissa sovelletut perhekuntoutuksen menetelmät vaihtelivat sisällöltään ja toimintatavoiltaan. Arvioinnin ensimmäisessä vaiheessa laadittiin hankkeisiin tapahtuneiden tutustumiskäyntien pohjalta lomake (liite 7), johon oli luetteloitu erilaisia lapsen kuntoutukseen sisältyviä toimintoja. Lomakkeessa kysyttiin tietoja lapsen, vanhempien ja perheiden tapaamisista, ryhmätoiminnasta, terapioiden, kotikäynneistä, muusta yhteydenpidosta, tutkimuksista, havainnoinnista, neuvotteluista ja perheille suunnatusta yhteisestä toiminnasta. Jokainen hanke esitti aikajanaa käyttäen kuntoutuksen tyyppillisen sisällön 7–11-vuotiaalle, 12–15-vuotiaalle tai 16 vuotta täyttäneelle sen mukaan, minkä ikäisiä lapsia perhekuntoutukseen pääasiassa osallistui. Jokainen hanke valitsi kuvattavakseen yhden⁹⁰ tyyppillisen kuntoutusprosessin, vaikka osassa hankkeista lapsen ja perheen kuntoutusprosessit saattoivat vaihdella paljonkin sisällön ja keston mukaan. Arvioitsijat laativat vastausten perusteella hankekohtaiset kuvaukset, jotka hankkeet tarkistivat.

Arvioinnin toisessa vaiheessa hankkeet ryhmiteltiin perhekuntoutuksen toteuttamista kuvaavien kuntoutuspolkujen perusteella neljään luokkaan: (1) perheterapeuttisesti painottunut kuntoutus sisälsi merkittävältä osin perheterapiakäyntejä perheen kotiin tai perheterapiaa palveluntuottajan tiloissa, (2) muuhun perhepainotteiseen kuntoutukseen luokiteltiin kuntoutus, joka ensi sijassa suunnattiin perheelle, mutta joka ei ollut perheterapiaa, vaan ennemminkin perheen hyvinvointia tukevaa perhekeskeistä työtä, (3) ryhmäpainotteinen kuntoutus sisälsi etupäässä vertaistoimintaa ja (4) yksipainotteinen kuntoutus enimmäkseen lapsen yksilökäyntejä.

1. Perheterapeuttisesti painottunut kuntoutus (231 perhettä)
 - Espoon Terapiapisti; Kainuun perhekuntoutus; Kotkan Voimala; Länsi-Pohja
 - vanhempien alku- ja seurantakyselyvastauksia 54, lasten 39
2. Muu perhepainotteinen kuntoutus (408 perhettä)
 - Helsingin Voimala, lapset; Koulutusavain; ODL: Rovaniemi, kaukomalli; NeuroMental, lapset; Privatim; Tampereen Voimala
 - vanhempien alku- ja seurantakyselyvastauksia 83, lasten 26
3. Ryhmäpainotteinen kuntoutus (427 perhettä)
 - Jyväskylän Perhekoulu; KuKa-projekti; MLL; Netti-projekti; ODL: Oulu ja Rovaniemi, lähimalli
 - vanhempien alku- ja seurantakyselyvastauksia 99, lasten 14

90 Suuresta kuntoutujamäärästä johtuen Helsingin Voimala täytti lomakkeen kuntoutuskokonaisuudesta erikseen lapselle (7–11-v.) ja nuorelle (12–15-v.). ODL:n Rovaniemen hanke täytti lomakkeen erikseen lähimalliin ja kaukomalliin osallistuneiden osalta.

4. Yksilöpainotteinen kuntoutus (448 perhettä)

- Helsingin Voimala, nuoret; NeuroMental, nuoret; Oulun Voimala
- vanhempien alku- ja seurantakyselyvastauksia 72, lasten 59.

Kukin perhekuntoutushanke sijoitettiin yhteen kuntoutuksen toimintamuotoon lukuun ottamatta Helsingin Voimalaa ja NeuroMentalin hanketta, jotka sijoitettiin kahteen eri toimintamuotoon kuntoutujalapsen iän mukaan; lapset (5–11-vuotiaat), nuoret (12 vuotta täyttäneet). Näin toimittiin siksi, että lapsimääriltään suurissa ja kohdejoukoltaan heterogeenisissä hankkeissa lapsen ikä näytti määrittävän suhteellisen selvästi kuntoutuksessa sovellettua toimintamuotoa. ODL:n Rovaniemen hanke sijoitettiin puolestaan kahteen eri toimintamuotoon sen mukaan, oliko kyse kuntoutuksen lähi- vai kaukomallista.

Analyysit. Kohderyhmäkyselyn aineisto analysoitiin suorin jakaumin ja ristiintaulukoinnein. Alku- ja seurantakyselyjen aineiston analyysissä käytettiin suoria jakaumia, ristiintaulukointia sekä logistista regressioanalyysia. Perhekuntoutushankkeilta kerättiin Swot-analyysit käytössä olleiden toimintamallien arvioinnista ja ne analysoitiin käyttäen laadullista sisällönanalyysia.

5 TULOKSET

5.1 Perhekuntoutuksen kohderyhmä

Kohderyhmän kuvaus perustuu hankkeiden antamiin tietoihin kaikkiaan 1 514 lapsesta, jotka osallistuivat perhekuntoutushankkeisiin vuosina 2005–2008. Lapsimäärältään hankkeet olivat hyvin erikokoisia. Suurimmassa hankkeessa lapsia oli yli 800, seuraavaksi suurimmassa yli 200, parissa hankkeessa noin 80 ja muissa noin 20–50 lasta. Tieto lasten sukupuolesta, iästä ja lähettäjätahojen lapsille asettamista diagnooseista saatiin hankkeilta.

Lasten sukupuoli ja ikä. Perhekuntoutukseen osallistuneista tyttöjä oli 34 % ja poikia 66 %. Lapsille laskettiin ikä kuntoutusajankohtana ja heidät luokiteltiin neljään ryhmään: 5–6-vuotiaat (alle kouluikäiset), 7–11-vuotiaat (alakouluikäiset), 12–15-vuotiaat (yläkouluikäiset) ja 16-vuotiaat tai tätä vanhemmat.

Lapsista vajaa 5 % oli alle kouluikäisiä. Ala- ja yläkouluikäisiä oli molempia runsas kolmasosa ja tätä vanhempia vajaa viidennes lapsista. Poikia oli enemmän kuin tyttöjä alakouluikäisissä (7–11-vuotiaat) ja tyttöjä puolestaan 16 vuotta täyttäneissä. (Taulukko 1, s. 30.)

Kun tyttöjen ja poikien määriä tarkastellaan toimintamuodoittain, havaitaan, että erityisesti yksilöpainotteiseen kuntoutukseen osallistui tytöistä suurempi osa kuin pojista (taulukko 2, s. 30).

Kuntoutuksen eri toimintamuotoihin osallistui jossain määrin eri-ikäisiä lapsia ja nuoria. Ryhmäpainotteisen toimintamuodon lapset olivat nuorimpia ja yksilöpainotteisen toiminnan lapset vanhimpia. Tulosta selittävät hankkeiden erityispiirteet. Esimerkiksi yhden hankkeen koko toiminta perustui ryhmiin ja siinä kaikki lapset olivat alle kouluikäisiä. Nuoruusikäisten kohdalla taas on luonnollista, että heidän kanssaan käydään enemmän yksilöllisiä keskusteluja kuin aivan pienten lasten kanssa. Jokaisessa toimintamuodossa esiintyi kuitenkin suurta hajontaa lasten iässä. (Taulukko 3, s. 30.)

Perhekuntoutukseen lapsia ja nuoria lähettäneet tahot. Monet tahot lähettivät lapsia ja nuoria perhekuntoutukseen (taulukko 4, s. 31). Lähetteen kirjoittajana saattoi toimia lasten- tai nuorisopsykiatrian erikoislääkäri mutta myös muu kuin erikoislääkäri esimerkiksi koulujen tai terveyskeskusten ollessa lähettäjinä.

Runsas viidesosa lapsista ja nuorista ohjautui perhekuntoutukseen terveyskeskuksen ja yhtä suuri osa lastenpsykiatrian poliklinikan kautta. Koulusta, nuorisopsykiatrian poliklinikalta ja perheneuvolasta ohjautui kustakin noin kymmenesosa lapsista ja nuorista. Suurin osa koulussa toimineista lääkäreistä kuului hallinnollisesti terveyskeskukseen, mutta lähete oli kirjoitettu koulusta käsin ja se sisälsi myös esimerkiksi koulupsykologin kannanoton. Muutamissa tapauksissa koululääkäriin työtä hoiti

Taulukko 1. Tyttöjen ja poikien ikä.

Ikä	Tytöt		Pojat		Yhteensä	
	N	%	N	%	N	%
5–6-v.	14	2,7	51	5,1	65	4,3
7–11-v.	128	24,8	468	46,9	596	39,4
12–15-v.	206	39,9	375	37,6	581	38,4
Yli 16-v.	168	32,6	104	10,4	272	18,0
Yhteensä	516	100,0	998	100,0	1 514	100,0

Taulukko 2. Tyttöjen ja poikien osuudet kuntoutuksen toimintamuodoittain.

Toimintamuoto	Tytöt		Pojat	
	N	%	N	%
Perheterapia	98	19,0	133	13,3
Muu perhepainotteinen kuntoutus	110	21,3	298	29,9
Ryhmäpainotteinen kuntoutus	121	23,5	306	30,7
Yksilöpainotteinen kuntoutus	187	36,2	261	26,1
Yhteensä	516	100,0	998	100,0

Taulukko 3. Lasten iän keskiarvo ja keskihajonta kuntoutuksen toimintamuodoittain.

Toimintamuoto	Keskiarvo	Keskihajonta
Perheterapia	12,82	3,547
Muu perhepainotteinen kuntoutus	11,35	3,516
Ryhmäpainotteinen kuntoutus	10,91	4,232
Yksilöpainotteinen kuntoutus	14,75	3,507
Yhteensä	12,45	4,062

erikoislääkäri. Hankkeiden kesken oli huomattavia eroja lähettäjätahoissa. Yhteinen piirre liittyi kuitenkin siihen, ettei lasten lähettäminen perhekuntoutukseen tapahtunut kovin varhain, koska kuntoutukseen lapsi voitiin lähettää vasta diagnoosin varmistumisen myötä, ei pelkkien suuntaa-antavien oireiden perusteella.

Lasten mielenterveyden ongelmat. Mielenterveyden ongelmia tarkasteltiin hankkeiden ilmoittamien diagnoosien perusteella. Diagnoosit oli luokiteltu ICD-10-järjestel-

män⁹¹ mukaan. Suurimmalle osalle lapsista (64 %) oli asetettu yksi diagnoosi. Kaksi diagnoosia oli 25 %:lla ja kolme diagnoosia tai useampi 11 %:lla lapsista. Diagnoosimäärän jakautuminen oli suunnilleen sama tytöillä ja pojilla sekä eri ikäryhmissä. Taulukossa 5 esitetään poikien ja tyttöjen mielenterveyden ongelmat heille asetetun ensimmäisen diagnoosin mukaan. Samaan ICD-ryhmään kuuluvia diagnooseja on tarkastelussa yhdistelty⁹².

Taulukko 4. Lapsia perhekuntoutukseen lähettäneet tahot.

Lähettäjätaho	N	%
Perheneuvola	148	9,8
Lastenpsykiatrian poliklinikka	331	21,9
Lastenneurologian poliklinikka	99	6,5
Nuorisopsykiatrian poliklinikka	167	11,0
Terveyskeskus	338	22,3
Koulu	206	13,6
Yksityinen lääkäri	129	8,5
Muu	96	6,3
Yhteensä	1 514	100,0

Taulukko 5. Tyttöjen ja poikien mielenterveyden ongelmat.

Diagnoosi	Tytöt		Pojat		Yhteensä	
	N	%	N	%	N	%
Neuropsykiatriset oireyhtymät	71	13,8	322	32,3	393	26,0
Käyttäytymishäiriöt	68	13,2	267	26,8	335	22,1
Ahdistuneisuushäiriöt	155	30,0	161	16,1	316	20,9
Masennus	112	21,7	95	9,5	207	13,7
Sosioekonomiset ja psykososiaaliset ongelmat	24	4,7	45	4,5	69	4,6
Oppimisvaikeudet	12	2,3	51	5,1	63	4,2
Muut häiriöt/sairaudet	74	14,3	57	5,7	131	8,7
Yhteensä	516	100,0	998	100,0	1 514	100,0

91 International Statistical Classification ... 1992.

92 Neuropsykiatriset oireyhtymät = hyperkineettiset häiriöt (ADHD), Aspergerin ja Touretten oireyhtymä; Ahdistuneisuushäiriöt = ahdistus, pelko-, paniikki- ja pakko-oireet sekä sopeutumis- ja stressihäiriöt; Käyttäytymishäiriöt = käytös-, uhmakkuus-, samanaikaiset käytös- ja tunnehäiriöt, sosiaalisen vuorovaikutuksen häiriöt ym.

Noin neljäsosalla lapsista oli todettu neuropsykiatrisia oireyhtymiä (ADHD, Aspergerin oireyhtymä, Touretten oireyhtymä), jotka olivat pojilla suhteellisesti tarkasteltuna yleisempiä kuin tytöillä. Käyttäytymishäiriöitä ja ahdistuneisuushäiriöitä esiintyi noin viidesosalla ja masennusta lähes 14 %:lla. Ahdistuneisuutta ja masennusta ilmeni suhteellisesti enemmän tytöillä kuin pojilla ja pojilla puolestaan enemmän käyttäytymisen ongelmia kuin tytöillä. Sosioekonomisten ja psykososiaalisten ongelmien joukkoon kuuluivat erilaiset kouluun (koulukiusaaminen, poissaolot), perheeseen (hajoaminen, vanhemman kuolema) ja sosiaalisiin tilanteisiin liittyvät ongelmat. Oppimisvaikeuksiin kuuluivat erilaiset luki- ja hahmottamishäiriöt ja muut vastaavat ongelmat. Muut häiriöt/sairaudet -ryhmään luokiteltiin erilaiset elimelliset sairaudet (esim. diabetes, epilepsia ja liikalihavuus) sekä jotkin tässä aineistossa harvalukuiset sairaudet ja häiriöt (mm. syömishäiriö, kaksisuuntainen mielialahäiriö, kastelu, päihderiippuvuus). Sosioekonomisten ja psykososiaalisten ongelmien ja oppimisvaikeuksien osalta ei esiintynyt eroja tyttöjen ja poikien kesken, ja näiden ongelmien määrä jäi muutoinkin pieneksi. Muut häiriöt -ryhmään kuuluvia sairauksia oli tytöillä suhteellisesti hieman enemmän kuin pojilla.

Mielenterveyden ongelmia selviteltiin erikseen myös lapsilla (5–11-v.) ja nuorilla (12–25-v.). Tarkastelu osoitti, että neuropsykiatrisia oireyhtymiä ja käyttäytymisen häiriöitä esiintyi suhteellisesti enemmän lapsilla kuin nuorilla. Ahdistuneisuus ja masennus olivat puolestaan useammin nuorten kuin lasten ongelmia. (Liitetaulukko 1.)

Neuropsykiatrisesti oireilevista lapsista 53 % osallistui ryhmäpainotteiseen kuntoutukseen ja käyttäytymishäiriöisistä lapsista 42 % perhepainotteiseen kuntoutukseen. Ahdistuneisuushäiriöisistä lapsista 42 % ja masennusoireisista lapsista 45 % osallistui yksilöpainotteiseen kuntoutukseen. Perheterapeuttisesti painottuvissa hankkeissa oli keskimääräistä enemmän sellaisia lapsia, joiden ensimmäisenä diagnoosina olivat sosioekonomiset tai psykososiaaliset ongelmat tai jokin muu häiriö tai sairaus. (Taulukko 6.)

Taulukko 6. Lasten sijoittuminen kuntoutuksen eri toimintamuotoihin diagnoosien perusteella.

Kuntoutuksen toimintamuoto	Diagnoosi							Yhteensä	
	1	2	3	4	5	6	7	N	%
	Perheterapeuttinen	6,9	15,5	16,8	18,4	23,2	12,7	28,2	231
Muu perhepainotteinen	18,6	42,1	25,3	20,8	31,9	31,7	22,1	408	26,9
Ryhmäpainotteinen	52,9	20,6	16,1	15,5	20,3	30,2	26,0	427	28,2
Yksilöpainotteinen	21,6	21,8	41,8	45,4	24,6	25,4	23,7	448	29,6
Yhteensä	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	1 514	100,0

1 = Neuropsykiatriset oireyhtymät; 2 = Käyttäytymishäiriöt; 3 = Ahdistuneisuushäiriöt; 4 = Masennus; 5 = Sosioekonomiset ja psykososiaaliset ongelmat; 6 = Oppimisvaikeudet; 7 = Muut häiriöt / sairaudet

5.2 Perheiden kuntoutusodotukset

Vanhemmilta kysyttiin kuntoutuksen alussa, mihin asioihin he kaipasivat tukea perhekuntoutuksesta. Vanhemmat toivoivat saavansa sellaista tukea, että he osaisivat auttaa lasta kasvussa ja kehityksessä. He toivoivat myös tukea vanhemmuudessa toimimiseen. Liki jokaisen (84 %) lapsen vanhemmat toivoivat perhekuntoutuksesta tukea lapsen tunnetilojen käsittelyyn (taulukko 7). Noin 70 % vanhemmista koki tarvitsevansa tukea vanhempana toimimiseen ja yhtä suuri osa lapsen vahvuuksien tunnistamiseen. Noin 60 % vanhemmista kaipasi keinoja tukeakseen lastaan kaverisuhteiden ongelmissa. Useampi kuin joka toinen koki tarvitsevansa keinoja kontaktin saamiseksi lapseen ja yhtä suuri osa halusi tietoa lasten käyttäytymisestä ja kasvatuksesta.

Osa kuntoutukseen liittyvistä odotuksista liittyi perheen tarpeeseen muuttaa tilannettaan tai vaikuttaa ympäristöönsä⁹³. Odotukset liittyivät esimerkiksi lapsen hoidon järjestymiseen sekä taloudellisiin ja sosiaalisiin asioihin. Noin 60 % vanhemmista koki tarvitsevansa opastusta lapsen tulevaisuuden suunnitteluun (esim. kouluasioissa). Yhtä suuri osa kaipasi mahdollisuutta tavata ihmisiä, jotka osaavat kuunnella ja ohjata. Lähes 42 % ilmoitti tarvitsevansa tietoa sellaisesta hoito- tai viranomaistahosta, jolta tarvittaessa voi saada apua, ja 23 % odotti apua taloudellisten vaikeuksien selvittämiseksi. Vanhempien kuntoutusodotukset muodostuivat varsin suuriksi ainakin silloin, kun kuntoutukseen hakeutumisen taustalla oli useita syitä ja kuntoutusodotukset kohdistuivat eri toimijoihin. Suuret kuntoutusodotukset kertovat osassa tapauksista tilanteiden vaativuudesta ja kuormittuneisuudesta sekä siitä, että perheiden tuen tarpeet olivat moniaineksisia.

Taulukko 7. Osa-alueet, joissa vanhemmat toivoivat tukea perhekuntoutuksesta.

Osa-alue	Yhteensä	
	Perheitä	%
Tukea lapsen tunnetilojen käsittelyyn	259	84,1
Tukea vanhemmuudessa toimimiseen	217	70,5
Tukea lapsen vahvuuksien tunnistamiseen	215	69,8
Keinoja tukea lasta kaverisuhteiden ongelmissa	190	61,7
Opastusta lapsen tulevaisuuden suunnitteluun	190	61,7
Kuulluksi tulemista ja ohjausta	183	59,4
Keinoja kontaktin saamiseksi lapseen	172	55,8
Tietoa lasten käyttäytymisestä ja kasvatuksesta	167	54,2
Tietoa hoito- tai viranomaistahosta	128	41,6
Apua taloudellisten vaikeuksien selvittämiseksi	70	22,7

93 Vrt. Koskisuus 2004, 149.

Vanhemmilta kysyttiin myös, millaiset seikat perheessä tukivat lapsen kuntoutumista. Usein perheet ilmaisivat asioita, jotka olivat hyvin ja joiden varassa perhe jaksoi eteenpäin: ”äiti paljon kotona”, ”yhteinen aika ja kiireetön yhdessäolo”, ”vakaat olot, rakastava, vahva vanhempien liitto”, ”isovanhemmat ja kummi läheisiä ja lähellä”. Aina näin ei kuitenkaan ollut, vaan kysymykseen oli saatettu vastata esim. ”en tiedä” tai ”vaikea kysymys”. Osa vanhemmista jätti vastaamatta koko kysymykseen, mikä ei välttämättä tarkoita sitä, etteivät nämä perheet olisi saaneet tukea. Perheenjäsenen saattoi olla vaikea tunnistaa lapsen kuntoutumista tukevia tekijöitä tai uskoa niiden olemassaoloon.

Perhekuntoutuksen kohderyhmän ja perheiden kuntoutusodotusten moninaisuus kertovat siitä, että kuntoutukseen osallistuvat lapset ja perheet olivat varsin epäyhtenäinen ryhmä. Näin ollen myös kuntoutuksen vaikutusten arviointi on haasteellista. Haasteellisuutta lisää se, että vain osa kuntoutuksen vaikutuksista ilmenee nopeasti, osa taas tulee esille vasta pitkän ajan vaikutuksina, joita lyhytaikainen seuranta ei voi tavoittaa. Kuntoutuksella saatuja tuloksia voidaan tarkastella lapsen, vanhempien tai molempien näkökulmasta, ja ne voidaan ymmärtää välittöminä tai välillisinä⁹⁴. Lapsen tilanteessa tapahtunut muutos ja avunsaanti ovat välittömiä vaikutuksia, mutta kuntoutuksella voidaan pyrkiä vaikuttamaan lapseen ja hänen hyvinvointiinsa myös välillisesti perheen tukemisen kautta.⁹⁵ Lapsen oma kokemus saamastaan avusta on edelleenkin varsin vähän tutkittu asia.

5.3 Lapsen oireissa tapahtuneet muutokset ja niitä ennustavat tekijät

Perhekuntoutuksen myötä lapsissa tapahtuneita muutoksia tarkasteltiin SDQ-kyselelystä saatujen vastausten avulla. Vanhemmat arvioivat lapsensa tilannetta sekä alku- että seurantakyselelyssä mittarilla, jolla selvitettiin väittämin (ei päde, pätee jonkin verran, pätee varmasti) lapsen tunne-elämän oireita, käytöshäiriöitä, yliaktiivisuuden/tarkkaavuuden ongelmia, kaverisuhteiden ongelmia ja prososiaalista käyttäytymistä. Kuntoutukseen osallistuneet 11–16-vuotiaat lapset arvioivat käytöstään ja oireiluaan itse. Kahdeksan vanhemman vastauksissa oli mittarin toimivuuden kannalta sallittua enemmän puuttuvia tietoja, joten heidän vastauksiaan ei voitu ottaa analyysiin mukaan. Lasten vastauksissa ei ollut vastaavaa ongelmaa. Vanhempien SDQ-vastausten määräksi muodostui 300 ja lasten 138.

SDQ ja kokonaisongelmien pisteet. SDQ:n tulosten tulkinnassa käytetään lasten kokonaisongelmien pistemäärää⁹⁶, joka kuvaa lapsen tilanteen luokittumista oirei-

94 Martin ym. 2009, 268.

95 Koskisu 2004, 138.

96 Kukin väittäjä pisteytettiin 0, 1, 2 ja kukin viisi väittämää sisältävä osa-alue 0–10. Kokonaisongelmien pistemäärä 0–40 saatiin, kun neljä ongelmaskaalaa (prososiaalisen käyttäytymisen skaalaa lukuun ottamatta) laskettiin yhteen. Kokonaisongelmien pisteet 0–13 on SDQ:n soveltuvuutta (SDQ Information for ... 2009) koskeissa arvioissa todettu normaaleiksi tilanteiksi, pisteet 14–16 rajatapauksiksi ja 17–40 kliiniseksi tapauksiksi.

den perusteella normaaliksi (ei merkittävää oireilua), rajatapaukseksi (jonkin verran oireilua) tai kliiniseksi (kliinisesti merkittävää oireilua). Alku- ja seurantakyselyssä saatu lasten kokonaisongelmien pistemäärä esitetään taulukossa 8.

Useammalla kuin joka toisella lapsista oli kuntoutuksen alussa vanhempien arvion mukaan kliinisesti merkittävää oireilua eli lapset olivat ”vakavia” tapauksia. Jonkin verran oireilua oli runsaalla kymmenesosalla lapsista. Noin kolmasosalla lapsista ei vanhempien arvion mukaan ollut merkittävää oireilua kuntoutuksen alussa. Lähempi tarkastelu kertoo, että lapset, joilla ei ollut merkittävää oireilua, tulivat perhekuntoutushankkeista, joissa yhtä hanketta lukuun ottamatta lapsilla oli keskimääräistä useammin ensimmäisenä diagnoosina esimerkiksi perheeseen tai sosiaalisiin tilanteisiin liittyvä ongelma (sosioekonominen tai psykososiaalinen) tai nimeämämme muu häiriö/sairaus. Voidaan olettaa, että näissä tapauksissa perheen muut ongelmat tai elintavat olivat näkyvämmiin esillä kuin lapsen käytöksessä ilmenevä oireilu. Kysymys saattoi olla myös siitä, etteivät kaikki vanhemmat olleet halukkaita kertomaan lapsensa oireilusta.

Mitä nuoremmissa kuntoutujista oli kysymys, sitä enemmän perhekuntoutuksessa oli kokonaisongelmapisteiltään kliinisiä tapauksia (liitetaulukko 2). Alle 12-vuotiaista lapsista 66–67 %:lla oli vanhempien arvion mukaan kliinisesti merkittävää oireilua, kun 12 vuotta täyttäneillä osuus oli 41 %. Pojista 74 % sijoittui kliininen-luokkaan tai rajatapaukseksi, kun tytöistä 41 %:lla ei ollut merkittävää oireilua (liitetaulukko 3).

Kuntoutuksen loppuvaiheessa tai loputtua runsaalla puolella (54 %) lapsista ei vanhempien arvion mukaan ollut merkittävää oireilua. Kliinisesti tai jonkin verran oireilevien lasten osuus väheni kuntoutuksen myötä selvästi (taulukko 9, s. 36). Ennen kuntoutuksen alkamista 69 % lasten tilanteista sijoittui kokonaisongelmapisteiltään (faktorit 1–4) luokkiin rajatapaus tai kliininen mutta kuntoutuksen loppuvaiheessa 46 %.

Taulukko 8. 5–16-vuotiaiden lasten kokonaisongelmien (SDQ) pistemäärä ennen kuntoutusta ja kuntoutuksen jälkeen vanhempien arvioimana.

Kokonaisongelmien (SDQ) pisteet	Alkukysely		Seurantakysely	
	Lapsia	%	Lapsia	%
Ei merkittävää oireilua (0–13)	93	31,0	161	53,7
Jonkin verran oireilua (14–16)	42	14,0	38	12,7
Kliinisesti merkittävää oireilua (17–40)	165	55,0	101	33,7
Yhteensä	300	100,0	300	100,0

Perhekuntoutuksella onnistuttiin tarttumaan parhaiten tunne-elämän oireista, käyttäjäriidistä ja yliaktiivisuuden/tarkkaavuuden ongelmista kärsivien lasten tilanteisiin (taulukko 9). Vanhempien kuntoutukselle asettamat odotukset täyttyivät erityisesti lapsen tunne-elämän ongelmiin tarttumisen osalta. Kaverisuhteissa ilmeneviin ongelmiin, joihin vanhemmat olivat myös toivoneet kuntoutuksesta keinoja, ei onnistuttu vaikuttamaan yhtä hyvin, kuten ei myöskään prososiaaliseen käyttäytymiseen.

Kriteeri muutokselle. Lasten oireiluissa tapahtuneita muutoksia tutkittiin kuntoutuksen alku- ja seurantalanteissa vanhempien arvioimien (kokonaisongelmien) SDQ-pistemäärien avulla. Muutokseksi määriteltiin pistemäärän pieneneminen tai suureneminen vähintään kahdella pisteellä (taulukko 10). Myös normaali-luokkaan sijoittuvan lapsen kohdalla kahden pisteen ero suuntaan tai toiseen tulkittiin muutokseksi.

Taulukko 9. 5–16-vuotiaiden lasten sijoittuminen “rajatapaus tai kliinisesti merkittävä oireilu” -luokkaan SDQ:n eri faktoreilla ennen kuntoutusta ja sen jälkeen (vanhempien arvioihin perustuvat tiedot).

SDQ osa-alue: faktori(t)	Alkukysely		Seurantakysely	
	Lapsia	%	Lapsia	%
Faktorit 1–4 yhteensä	207	69,0	139	46,4
(1) Tunne-elämä	163	54,3	96	33,8
(2) Käytös	204	68,0	150	51,3
(3) Tarkkaavaisuus	145	48,3	93	32,8
(4) Kaverisuhteet	201	67,0	180	61,0
(5) Prososiaalinen käyttäytyminen	142	47,3	119	41,2

Taulukko 10. Lapsen oireilussa tapahtuneet muutokset vanhempien arvioiden perusteella.

Alkukysely → Seurantakysely	Yhteensä	
	N	%
Oireet vähenivät SDQ-pistemäärä > SDQ-pistemäärä + 1	188	62,7
Tilanne pysyi ennallaan SDQ-pistemäärä = SDQ-pistemäärä +/- 1	58	19,3
Oireet lisääntyivät SDQ-pistemäärä < SDQ-pistemäärä + 1	54	18,0
Yhteensä	300	100,0

Lapsista 63 %:lla SDQ-pistemäärä väheni vähintään kahdella pisteellä eli vanhempien arvion mukaan lapsen tilanne parani kuntoutuksen aikana. 19 %:lla lapsista SDQ-pistemäärä pysyi samana tai muutosta oli suuntaan tai toiseen yhden pisteen (satunnaisvaihtelun) verran. Lähes yhtä suurella osalla (18 %:lla) kokonaisongelmien pistemäärä kasvoi vähintään kahdella pisteellä eli vanhempien arvion mukaan lapsen oireet lisääntyivät kuntoutuksen aikana. Lasten itsensä suorittamien arvioiden mukaan oireiden vähenemistä tapahtui käytetyn kriteerin mukaan hieman harvemmin (56 %:lla) kuin vanhempien arvioimana (liitetaulukko 4). Vanhempien lapsia optimisemmät arviot muutoksesta saattavat kertoa siitä, että vanhemmat pystyivät lapsia realistisemmin arvioimaan lapsen alkutilanteen oireet, jolloin muutoskin näyttäytyi selvempänä kuin lasten arvioissa.

Lasten oireilussa tapahtunutta muutosta voidaan tarkastella tiukemminkin, esimerkiksi normaali-, rajatapaus- tai kliininen-luokkaan sijoittumisessa tapahtuvana siirtymänä. Se on kuitenkin suhteellisen tiukka muutosmääritelmä. Kyseisellä menetelmällä (liitetaulukko 5) lapsista runsaalla 34 %:lla tapahtui muutos positiiviseen ja noin 5 %:lla muutos negatiiviseen suuntaan. Lopuilla muutosta ei tapahtunut lainkaan tai lapsella ei ollut merkittävää oireilua alku- eikä seurantakyselyssä.

Muutosta ennustavat tekijät. Logistista regressioanalyysia käyttäen tarkasteltiin, mitkä tekijät mahdollisesti vaikuttivat siihen, vähenikö lapsen oireilu kuntoutuksen myötä vai ei. Oireilun vähenemisen kriteeriksi ($n = 186$) asetettiin lapsen kokonaisongelmien pistemäärän pieneneminen vähintään kahdella pisteellä. Tilanteeksi, jossa lapsen oireet eivät vähentyneet ($n = 110$), tulkittiin taulukon 10 luokat ”tilanne pysyi ennallaan” ja ”oireet lisääntyivät”. Analyysissa oli mukana muuttujia, jotka kertoivat lapsen sukupuolen, iän (vuoden tarkkuudella), lapsen oireilun vaikeusasteen kuntoutuksen alussa, vanhempien ilmaiseman huolen lapsesta, perheen koherenssin, lähipiiristä tulevan avun, kuntoutuksen keston (kuukauden tarkkuudella) ja kuntoutuksen pääasiallisen toimintamuodon.

Perheen koherenssia ilmaiseva summamuuttuja muodostettiin neljään perheen kokemuksesta kuvaavaan väittämään⁹⁷ saaduista vastauksista. Mitä suurempi oli summamuuttujan arvo, sitä suurempi oli perheen koherenssi. Lähipiirin apua kuvaava summamuuttuja muodostettiin perheenjäseniltä, isovanhemmilta, muilta sukulaisilta ja ystäviltä saadun avun määrää ilmaisevista tiedoista. Myös siinä summamuuttujan arvo kasvoi sitä enemmän, mitä enemmän vanhemmat ilmaisivat saaneensa apua eri henkilöiltä. Kuntoutus luokiteltiin neljään luokkaan: perheterapeuttiseen, muuhun perhepainotteiseen, ryhmä- ja yksilöpainotteiseen kuntoutukseen kuntoutuksen ensisijaisen toimintamuodon perusteella. Selittävästä muuttujista ikää, lapsen oireilun vaikeusastetta, perheen koherenssia, lähipiirin apua ja kuntoutuksen kestoa käsiteltiin jatkuvina muuttujina, sitä vastoin perhekuntoutuksen muoto, vanhempien ilmaisema

97 Väittämät: (1) Voitte luottaa siihen, että saatte tukea toisiltanne, jos jokin menee pieleen, (2) Ette löydä aikaa yhdessäoloon silloin, kun on kiirettä, (3) Osaatte yleensä ratkaista asiat perheenne ja lapsenne kannalta parhaalla mahdollisella tavalla, (4) Teidän on vaikea jakaa huolianne ja tunteitanne rakentavalla tavalla.

huoli lapsesta ja sukupuoli olivat luokitteluasteikon muuttujia ja kaksi jälkimmäistä näistä kaksiluokkaisia.

Kun muuttujien vaikutuksia lapsen oireilun vähenemiseen tarkasteltiin yksittäin (malli A), lapsen oireilun vaikeusaste ja vanhempien ilmaisema huoli lapsesta olivat yhteydessä lapsen tilanteessa tapahtuneeseen myönteiseen muutokseen (taulukko 11). Kokonaisongelmien suuri pistemäärä kuntoutuksen alussa ja vanhempien huoli lapsesta ennustivat lapsen oireilun vähenemistä. Kuntoutuksen pidempi kesto ennusti lapsen oireiden vähenemistä selvemmin kuin lyhytaikainen kuntoutus. Tulos vahvistaa Westmanin ym. (2005) sitä johtopäätöstä, että myönteisen muutoksen saamiseksi eivät kohderyhmän osalta kevyehköt interventiot riitä⁹⁸.

Muuttujien vaikutuksia samanaikaisesti tarkasteltaessa (malli B) tilastollisesti merkitseväksi lapsen oireilun vähenemisen ennustajaksi nousi myös perheen koherenssi. Mitä enemmän perheenjäsenillä oli aikaa yhdessäoloon, perheenjäsenet pystyivät keskenään jakamaan huolia ja tunteita rakentavalla tavalla ja luottamaan siihen, että he saavat toisiltaan tukea, ja mitä useammin perheenjäsenet kokivat pystyvänsä

Taulukko 11. Lapsen oireilun vähenemistä (vanhempien arvio) selittävät tekijät, logistisen regressioanalyysin riskisuhde (OR, odds ratio) ja 95 %:n luottamusväli (n = 296).

Muuttujat	Muuttujien vaikutukset yksittäin (Malli A)		Muuttujien vaikutukset samanaikaisesti (Malli B)	
	OR	95 %:n luottamusväli	OR	95 %:n luottamusväli
Sukupuoli	#		#	
Ikä (vuosi)	#		#	
Lapsen oireilun vaikeusaste (kokonaisongelmien pisteet 0–40)	1,058	1,018–1,099	1,063	1,014–1,114
Vanhempien huoli lapsesta				
– huolta ei ole	1		1	
– huolta on	2,308	1,280–4,162	2,065	1,038–4,108
Perheen koherenssi (arvot 0–16) ^a	#		1,086	1,007–1,172
Lähipiiriin apu (arvot 0–12) ^b	#		#	
Kuntoutuksen kesto (kk)	1,048	1,000–1,097	1,059	1,006–1,114
Kuntoutuksen toimintamuoto	#		#	

^a Perheen koherenssi sisälsi muuttujia, jotka kuvasivat, miten hyvin perheenjäsenet tulivat toimeen keskenään ja saivat tukea toisiltaan.

^b Lähipiiriin kuuluivat perheenjäsenet, isovanhemmat, muut sukulaiset ja ystävät. Tilastollisesti ei-merkitsevät yhteydet on merkitty #.

ratkaisemaan asiat perheen ja lapsen kannalta parhaalla mahdollisella tavalla, sitä todennäköisemmin lapsen kuntoutumisessa tapahtui edistymistä. Kuntoutuksen toimintamuoto ei ollut tilastollisesti merkitsevä muuttuja kummassakaan mallissa. Erilaisilla toimintatavoilla oli mahdollista saada aikaan muutosta lapsen oireilussa, ja samankin kuntoutuksen toimintamuodon vaikutukset saattoivat näyttäytyä erilaisina erilaisissa toimintaympäristöissä. Tärkeäksi osoittautui se, että valittu toimintatapa oli perheen yksilölliseen tilanteeseen sopiva.

Tarkasteltaessa, mitkä tekijät ennustivat lapsen itse arvioimaa oireiden vähenemistä⁹⁹, tilastollisesti merkitseviksi tekijöiksi nousivat ainoastaan perheen koherenssi ja oireilun vaikeusaste (liitetaulukko 6). Kun lapsen oireilussa tapahtuneeksi myönteiseksi muutokseksi tulkittiin joko vanhempien arvio lapsen oireiden vähenemisestä tai lapsen itsensä kokema oireiden väheneminen, tulokset vahvistivat taulukossa 11 saatuja tuloksia (liitetaulukko 7). Kuntoutuksen kesto, vanhempien ilmaisema huoli lapsesta ja perheen vahva koherenssi ennustivat lapsen oireiden vähenemistä, kun muuttujien vaikutuksia tarkasteltiin samanaikaisesti. Tarkasteltaessa muuttujien vaikutuksia yksittäin myös lapsen oireilun vaikeusaste sekä lapsen ikä olivat yhteydessä lapsen tilanteessa tapahtuneeseen muutokseen. Kuntoutuksen toimintamuoto ei erottunut tilastollisesti merkitsevänä tekijänä.

5.4 Vanhempien kuntoutuksesta saama tuki ja tuen saantia ennustavat tekijät

Vanhempien kuntoutuksesta saama tuki voidaan myös katsoa perhekuntoutuksen vaikutukseksi. Vanhemmista merkittävä osa koki saaneensa perhekuntoutuksesta paljon tai jonkin verran tukea lapsen vahvuuksien tunnistamiseen ja tunnetilojen käsittelyyn, tukea vanhemmuuteensa, tietoa lasten käyttäytymisestä ja kasvatuksesta sekä keinoja kontaktin saamiseksi lapseen (taulukko 12, s. 40).

Logistisen regressioanalyysin avulla selvitettiin, mitkä tekijät ennustivat sitä, että vanhemmat saivat tukea. Tuen saamiseksi tulkittiin tilanne, jossa vanhemmat olivat saaneet paljon tukea ainakin yhteen taulukossa 12 esitetyistä asioista ($n = 225$). Tukea vaille jäämiseksi katsottiin tilanteet, joissa vanhemmat eivät saaneet yhteenkään asiaan paljon tukea ($n = 83$).

Kuntoutuksen kesto, perhekuntoutuksen muodoista erityisesti perheterapeutin toimintatapa sekä perheen koherenssi ennustivat sitä, että vanhemmat saivat vähintään yhteen asiaan paljon tukea (taulukko 13, s. 40).

Vanhemmilta tiedusteltiin myös erillisellä kysymyksellä, antoiko perhekuntoutus heille voimavaroja, jotka auttoivat heitä tukemaan lastaan. Vanhemmista hieman vajaa

⁹⁹ Oireilun vähenemiseksi katsottiin kokonaisuongelmien pistemäärän pieneneminen vähintään kahdella pisteellä lapsen itsensä arvioimana. Tilanteeksi, jossa oireet eivät vähentyneet, tulkittiin liitetaulukon 4 luokat ”tilanne pysyi ennallaan” ja ”oireet lisääntyivät”.

puolet (47 %) ilmoitti saaneensa perhekuntoutuksesta paljon voimavaroja lapsen tukemiseen. 40 % vanhemmista koki saaneensa jonkin verran tukea, noin 8 % vähän tukea ja 5 % koki, ettei saanut tukea lainkaan. Logistisessa regressioanalyysissä tuen saamiseksi katsottiin tilanteet, joissa vanhemmat saivat voimavaroja ”paljon” tai ”jonkin

Taulukko 12. Osa-alueet, joihin vanhemmat toivoivat ja saivat tukea perhekuntoutuksesta.

Osa-alue	Vanhemmista (%)	
	toivoi tukea	sai tukea paljon tai jonkin verran
Tukea lapsen tunnetilojen käsittelyyn	84,1	83,8
Tukea vanhemmuudessa toimimiseen	70,5	81,8
Tukea lapsen vahvuuksien tunnistamiseen	69,8	85,1
Keinoja tukea lasta kaverisuhteiden ongelmissa	61,7	63,0
Opastusta lapsen tulevaisuuden suunnitteluun	61,7	38,7
Kuulluksi tulemistä ja ohjausta	59,4	55,2
Keinoja kontaktin saamiseksi lapseen	55,8	71,1
Tietoa lasten käyttäytymisestä ja kasvatuksesta	54,2	73,4
Tietoa hoito- tai viranomaistahosta	41,6	49,0
Apua taloudellisten vaikeuksien selvittämiseksi	22,7	10,3

Taulukko 13. Vanhempien perhekuntoutuksesta saamaa tukea selittävät tekijät, logistisen regressioanalyysin riskisuhde (OR, odds ratio) ja 95 %:n luottamusväli (n = 308).

Muuttujat	Muuttujien vaikutukset yksittäin (Malli A)		Muuttujien vaikutukset samanaikaisesti (Malli B)	
	OR	95 %:n luottamusväli	OR	95 %:n luottamusväli
Kuntoutuksen kesto (kk)	1,068	1,013–1,126	1,067	1,008–1,129
Perheen koherenssi (arvot 0–16) ^a	1,084	1,009–1,165	1,095	1,015–1,180
Lähipiiriin apu (arvot 0–12) ^b	#		#	
Kuntoutuksen toimintamuoto				
– perheterapeuttinen	4,865	2,013–11,758	4,914	1,985–12,161
– muu perhepainotteinen	2,665	1,345–5,283	2,451	1,209–4,967
– ryhmäpainotteinen	2,962	1,526–5,746	3,387	1,705–6,727
– yksilöpainotteinen	1		1	

^a Perheen koherenssi sisälsi muuttujia, jotka kuvasivat, miten hyvin perheenjäsenet tulivat toimeen keskenään ja saivat tukea toisiltaan.

^b Lähipiiriin kuuluivat perheenjäsenet, isovanhemmat, muut sukulaiset ja ystävät. Tilastollisesti ei-merkitsevät yhteydet on merkitty #.

verran” (n = 266). Tilanteeksi, jossa vanhemmat eivät saaneet kuntoutuksesta tukea, tulkittiin vanhempien vastaukset ”vähän” ja ”ei lainkaan” (n = 38).

Voimavarojen saamista ennustavia tekijöitä oli useita (taulukko 14). Lähipiiristä (perheenjäseniltä, isovanhemmilta, muilta sukulaisilta, ystäviltä) saatu apu ja erityisesti hankkeen perheterapeuttinen toimintatapa olivat yhteydessä siihen, että vanhemmat saivat perhekuntoutuksesta voimavaroja tukea lasta. Näiden lisäksi riittävän pitkään kestävä kuntoutus ennusti voimavarojen kertymistä vanhemmille. Tulokset olivat näiltä osin samansuuntaisia tarkasteltiinpa muuttujien vaikutuksia samanaikaisesti tai yksittäin. Ryhmäpainotteinen kuntoutus oli yhteydessä vanhempien saamiin voimavaroihin mallissa B ja muu perhepainotteinen kuntoutus mallissa A, joskaan ei yhtä selvästi kuin perheterapeuttinen toimintatapa. Perheen koherenssia kuvaava muuttuja ei ollut tilastollisesti merkitsevä kummassakaan mallissa.

Vanhempien kuntoutuksesta saaman tuen merkitys on kuntoutuksen vaikutusten arvioinnin kannalta keskeinen. Kun vanhemmat saavat tukea esimerkiksi vanhemmuuteensa ja jaksavat paremmin, välittyy tämä yleensä myös lapsen hyvinvointiin. Lapsi ei välttämättä kuitenkaan tule autetuksi auttamalla ainoastaan vanhempia, vaan lapsi tarvitsee myös kehitystään korjaavaa tukea¹⁰⁰. Kuntoutuksessa tulisi tukea sekä perheenjäseniä että koko perhettä.

Taulukko 14. Vanhempien perhekuntoutuksesta saamia voimavaroja selittävät tekijät, logistisen regressioanalyysin riskisuhte (OR, odds ratio) ja 95 %:n luottamusväli (n = 304).

Muuttujat	Muuttujien vaikutukset yksittäin (Malli A)		Muuttujien vaikutukset samanaikaisesti (Malli B)	
	OR	95 %:n luottamusväli	OR	95 %:n luottamusväli
Kuntoutuksen kesto (kk)	1,111	1,027–1,202	1,125	1,028–1,232
Perheen koherenssi (arvot 0–16) ^a	#		#	
Lähipiirin apu (arvot 0–12) ^b	1,291	1,074–1,551	1,312	1,084–1,587
Kuntoutuksen toimintamuoto				
– perheterapeuttinen	7,849	1,719–35,850	6,440	1,383–29,994
– muu perhepainotteinen	2,830	1,129–7,092	#	
– ryhmäpainotteinen	#		2,544	1,061–6,102
– yksilöpainotteinen	1		1	

^a Perheen koherenssi sisälsi muuttujia, jotka kuvasivat, miten hyvin perheenjäsenet tulivat toimeen keskenään ja saivat tukea toisiltaan.

^b Lähipiiriin kuuluivat perheenjäsenet, isovanhemmat, muut sukulaiset ja ystävät. Tilastollisesti ei-merkitsevät yhteydet on merkitty #.

5.5 Lapsen kuntoutuksesta saama apu ja avun saantia ennustavat tekijät

Lapsilta kysyttiin, saivatko he perhekuntoutuksesta apua ja minkä verran. 11–16-vuotiaista kyselyyn vastanneista joka toinen (51 %) ilmoitti saaneensa kuntoutuksesta paljon apua, joka kolmas (34 %) vähän apua ja 15 % ei kokenut saaneensa apua lainkaan. Logistisessa regressioanalyysissä vastaus ”paljon” (n = 69) luokiteltiin sellaiseksi tilanteeksi, jossa lapsi sai apua, ja vastaukset ”vähän” tai ”ei lainkaan” (n yhteensä = 65) tilanteeksi, jossa lapsi ei kokenut saaneensa apua.

Kuntoutuksen pitkä kesto ennusti lapsilla samoin kuin vanhemmilla sekä yksittäisten että samanaikaisten muuttujien tarkastelussa sitä, että lapsi koki saaneensa kuntoutuksesta paljon apua (taulukko 15). Tarkasteltaessa muuttujien vaikutuksia samanaikaisesti lapsen saamaa apua ennusti myös se, saivatko vanhemmat tukea vanhemmuuteensa. Tämän suuntaisia tuloksia on saatu myös muualla¹⁰¹. Myös lapsen sukupuoli oli yhteydessä lapsen kokemaan avun saantiin niin, että tytöt kokivat poikia todennäköisemmin tulleen autetuiksi.

Taulukko 15. Lasten perhekuntoutuksesta saamaa apua selittävät tekijät, logistisen regressioanalyysin riskisuhte (OR, odds ratio) ja 95 %:n luottamusväli (n = 134).

Muuttujat	Muuttujien vaikutukset yksittäin (Malli A)		Muuttujien vaikutukset samanaikaisesti (Malli B)	
	OR	95 %:n luottamusväli	OR	95 %:n luottamusväli
Sukupuoli – poika – tyttö	#		1 2,307	1,013–5,250
Ikä (vuosi)	#		#	
Vanhempien saamat voimavarat – ei voimavaroja tai vain vähän – jossain määrin tai paljon voimavaroja	#		1 4,029	1,141–14,234
Kuntoutuksen kesto (kk)	1,110	1,031–1,195	1,119	1,027–1,220
Kuntoutuksen toimintamuoto – perheterapeuttinen – muu perhepainotteinen – ryhmäpainotteinen – yksilöpainotteinen	#		1 3,824 # 5,227	1,037–14,101 1,928–14,170

Tilastollisesti ei-merkittävät yhteydet on merkitty #.

101 Esim. Graves ja Shelton 2007.

Yksilöpainotteinen kuntoutus eli kahdenkeskinen työskentely lapsen kanssa sekä muu perhepainotteinen kuntoutus ennustivat lapsen kuntoutuksesta saamaa apua silloin, kun muuttujien vaikutuksia tarkasteltiin samanaikaisesti. Kun tulosta verrataan vanhempien saamaan apuun, havaitaan, että lapsen kohdalla tuen saamista ennustivat erilaiset kuntoutuksen toimintamuodot kuin vanhempien kohdalla.

5.6 Perheen kuntoutuminen ja sitä ennustavat tekijät

Lapsen oireilun vähenemistä ja vanhempien kuntoutuksesta saamaa tukea tarkasteltiin myös samanaikaisesti seikkaperäisemmän kuvan saamiseksi perhekuntoutuksen tuloksellisuudesta. Selvitettiin sitä, mitkä tekijät olivat yhteydessä sekä lapsen oireiden vähenemiseen että vanhempien kuntoutuksesta saamaan yksilöityyn tukeen. Näitä perheitä (n = 135) verrattiin logistisessa analyysissä perheisiin (n = 161), joiden kohdalla molemmat ehdot eivät toteutuneet samanaikaisesti.

Lapsen ja vanhempien samanaikaista avun saantia ennustaviksi tekijöiksi nousi sekä perheeseen että kuntoutuksen toteuttamiseen liittyviä asioita. Vanhempien huolella lapsesta ja perheen vahvalla koherenssilla oli yhteys perheen kuntoutuksesta saamaan apuun tarkasteltaessa muuttujien yhteisvaikutuksia (taulukko 16, s. 44). Niin ikään kuntoutuksen kesto ennusti perheen saamaa apua. Muita toimintatapoja selvemmin perheterapeuttinen ja muu perhepainotteinen kuntoutus ennustivat samanaikaista lapsen oireiden vähenemistä ja vanhempien kuntoutuksesta saamaa tukea. Tarkasteltaessa muuttujien yksittäisiä vaikutuksia havaittiin lapsen oireilun vaikeusasteen yhteys perheen saamaan tukeen.

Lapsen sukupuoli, ikä ja lähipiiriltä saatu tuki eivät olleet yhteydessä perheen (lapsen ja vanhempien samanaikaisesti) kuntoutuksesta saamaan apuun. Kuntoutuksen keinoin onnistuttiin lähes joka toisen lapsen kohdalla (n = 135) auttamaan koko perhettä. Se, että useammassa kuin joka toisessa perheessä (n = 161) perhe kokonaisuutena (sekä lapsi että vanhemmat) ei vanhempien palautteen mukaan saanut kuntoutuksesta apua, on merkittävä haaste suunniteltaessa perhekuntoutukselle jatkoa. Vastedes tulisi pyrkiä kiinnittämään enemmän huomiota eri perheenjäsenten avun tarpeisiin. Muita selvemmin tämä asia nousi esille hankkeissa, joissa kuntoutus oli yksilöpainotteista.

Taulukko 16. Perheen kuntoutumista selittävät tekijät, logistisen regressioanalyysin riskisuhte (OR, odds ratio) ja 95 %:n luottamusväli (n = 296).

Muuttujat	Muuttujien vaikutukset yksittäin (Malli A)		Muuttujien vaikutukset samanaikaisesti (Malli B)	
	OR	95 %:n luottamusväli	OR	95 %:n luottamusväli
Sukupuoli	#		#	
Ikä (vuosi)	#		#	
Lapsen oireilun vaikeusaste (kokonaisongelmien pisteet 0–40)	1,042	1,005–1,081	#	
Vanhempien huoli lapsesta				
– huolta ei ole	1		1	
– huolta on	2,008	1,085–3,715	2,084	1,010–4,301
Perheen koherenssi (arvot 0–16) ^a	#		1,108	1,026–1,198
Lähipiiriin apu (arvot 0–12) ^b	#		#	
Kuntoutuksen kesto (kk)	1,062	1,016–1,110	1,063	1,013–1,115
Kuntoutuksen toimintamuoto				
– perheterapeuttinen	3,052	1,437–6,482	3,705	1,644–8,347
– muu perhepainotteinen	2,468	1,259–4,835	2,328	1,094–4,952
– ryhmäpainotteinen	#		#	
– yksilöpainotteinen	1		1	

^a Perheen koherenssi sisälsi muuttujia, jotka kuvasivat, miten hyvin perheenjäsenet tulivat toimeen keskenään ja saivat tukea toisiltaan.

^b Lähipiiriin kuuluivat perheenjäsenet, isovanhemmat, muut sukulaiset ja ystävät.

Tilastollisesti ei-merkittävät yhteydet on merkitty #.

5.7 Perhekuntoutushankkeiden näkemys tulevaisuudesta

Jokaista perhekuntoutushanketta¹⁰² pyydettiin syksyllä 2009 tekemään Swot-analyysi oman toimintamallinsa tilasta (mallin vahvuuksista ja heikkouksista) sekä tulevaisuudennäkymistä (mahdollisuuksista ja uhista). Analyysin tuloksia tarkastellaan hankkeiden esiin tuomien kehittämistarpeiden sekä uhkatekijöiden ja niiden torjumisen kautta. Hankkeiden esille nostamat kehittämistarpeet liittyivät lasten kuntoutukseen lähettämiseen ja valintaprosessiin, kuntoutuksen toteuttamiseen, keston ja seurannan järjestämiseen sekä yhteistyöhön verkostojen kanssa. Toiminnan uhkatekijät liittyivät mm. kiristyvään taloudelliseen tilanteeseen, työntekijöiden jaksamiseen ja tietotaidon riittävyteen sekä kuntoutuspalvelun riittävään ja tasapuoliseen saamiseen.

102 Lukuun ottamatta Netti-projektia, jonka toiminta päättyi muita hankkeita aiemmin keväällä 2008.

Lasten kuntoutukseen lähettäminen ja valinta. Hankkeet pitivät tärkeänä, että kuntoutukseen voisi ohjautua myös perustason (esim. lastenneuvolat, kouluterveydenhuolto, terveyskeskus, perheneuvolat) lähettämänä. Erityissairaanhoidon jonot saattoivat olla pitkät, jolloin lähettämisprosessi venyi. Kuntien heikkojen peruspalvelujen vuoksi diagnosoimattomia lapsia ja nuoria on paljon. Ongelmaksi nähtiin tilanne, jossa lähettävä taho lähetti lapsen arvioon ja tutkimuksiin, vaikka tarkoituksena piti olla kuntoutus. Joissakin hankkeissa ongelmaksi nähtiin se, ettei perheitä saada kuntoutukseen. Heräsi myös kysymys, onko osa perhekuntoutukseen ohjautuvista lapsista liian ”sairaita”. Myös perhekohtaisten tavoitteiden ja lähettävän tahon tavoitteiden saaminen yhteiseksi koettiin haastavaksi. Swot-analyysi toi esiin, että kuntoutuksen oikea-aikaisuus ei aina toteudu.

Kuntoutuksen toteuttaminen. Eniten hankkeiden esittämiä kehittämistarpeita kohdistui kuntoutuksen toteuttamiseen. Kehittämistarpeet koskivat monenlaisia asioita kuntoutuksen sisällöistä kuntoutuksen puitteisiin. Lasten vertaistuki koettiin tärkeäksi, mutta sen toteuttaminen tuntui toisinaan haasteelliselta pitkien välimatkojen, lapsijoukon heterogeenisuuden tai pienen määrän vuoksi. Vastaavat asiat nousivat esille myös vanhempien vertaistuen järjestämisessä. Samanlaisessa elämäntilanteessa ja kuntoutusprosessiltaan samassa vaiheessa olevien vanhempien vertaistuesta oli eniten hyötyä.

Tärkeänä pidettiin perheiden motivoitua, lasten mielipiteiden ja tavoitteiden entistä parempaa kuulemistä sekä erityisesti mahdollisuutta kuntoutuksen toimintamuotojen joustavuuteen. Ryhmäpainotteisessa kuntoutuksessa esille tuotiin se, että perhekohtaista aikaa tulee varata riittävästi. Sen tarve vaihteli perheittäin ja oli ennalta vaikeasti arvioitavissa. Eroperheiden kohdalla toivottiin joustoa resursseissa niin, että lapsen molemmat vanhemmat voisivat osallistua kuntoutukseen. Myös kotiin suuntautuvan kuntoutuksen tarve vaihteli perheittäin. Kelan ohjeistusta toivottiin tilanteisiin, joissa täysi-ikäinen nuori ei anna lupaa hankkeen toimia yhteistyössä perheen kanssa.

Toisinaan kehittämistarpeet liittyivät kuntoutusta toteuttavan työryhmän työkäytäntöihin. Hankkeiden mukaan uusien toimintamallien omaksuminen edellyttää aikaa ja sitoutumista. Työryhmän jäsenten vaihtuvuus tai löytyminen ylipäätään voi muodostua toiminnan esteeksi. Huomiota tulee kiinnittää asioiden huolelliseen dokumentointiin, ajantasaiseen kirjaamiseen sekä ns. hiljaisen tiedon ja toimintakäytäntöjen tallentamiseen. Haasteelliseksi koettiin toiminnan kautta opitun tiedon mahdollisimman hyvä hyödyntäminen.

Esille nostettiin myös hankkeen toimintaympäristöön (työtilat, työvälineet jne.) ja Kelan käytäntöihin liittyviä kehittämistarpeita. Jos esimerkiksi hankkeen jatkumispäätös ja tieto perhekiintiöistä tulee myöhään, viivästyttää se työskentelyä perheen kanssa ja usein vaikeuttaakin sitä. Kehittämishankkeen jatkumisen epävarmuus oli johtanut käytännössä siihen, että toimintaa ei ollut mahdollista mainostaa.

Kuntoutuksen kesto ja seuranta. Kuntoutuksen keston koettiin tarvittavan joustoa, jotta kuntoutusprosessit eivät jäisi kesken. Esimerkiksi silloin, kun lapsen ongelmat ovat neuropsykiatrisia, jää vanhempien ohjauksen osuus helposti liian vähäiseksi. Vaikeissa ja erittäin haastavissa tilanteissa pitäisi olla mahdollisuus pidempiaikaiseen lapsen tai nuoren ”valmentamiseen”. Ennalta suunnitellut käyntimäärät eivät riitä, jos syntyy yllättäviä kriisitilanteita. Hankkeiden mukaan muutosten pysyvyyden varmistamiseen tulee kiinnittää enemmän huomiota tulevaisuudessa. Tätä tukisi seurantakäyntien järjestäminen varsinaisen kuntoutusprosessin jälkeen.

Yhteistyö verkostoissa. Verkostokeskeisen työtavan lisääminen ja kehittäminen nähtiin tärkeäksi. Kuntoutuksessa tarvitaan perheen arkea helpottamaan verkoston tukea, mikä tarkoittaa yhteistyötä lähettävän tahon ja lapsen arkiympäristön (päivähoito/koulu) toimijoiden kesken. Systemaattisen verkostotyön varmistaminen kuntoutusprosessin aikana koettiin haasteelliseksi. Jokaiselle perheelle tulisi pystyä turvaamaan riittävä verkoston mukanaolo. Tiedottamiseen ja yhteistyöhön eri toimijoiden kanssa jäi liian vähän aikaa ja resursseja.

Koetut uhat ja niiden torjunta. Kuntien kiristyvän taloudellisen tilanteen nähtiin uhkaavan perhekuntoutuksen kehittämistä eri toimijoiden ja hallintokuntien kesken. Vaikuttaa epävarmalta, löytyykö tämän muotoiselle perhekuntoutukselle maksajia tulevaisuudessa. Päätösten katsottiin olevan riippuvaisia poliittisista suhdanteista, jolloin palvelun käyttäjän tarpeet eivät aina ole etusijalla. Hankkeiden kilpailutuksenkin arveltiin jo uhkaavan toiminnan jatkuvuutta, kehittämistä ja eri tahojen yhteistyötä. Hankkeiden mukaan tarvittaisiin laajaa keskustelua lasten kuntoutuksen tarpeellisuudesta ja sen ennalta ehkäisevästä vaikutuksesta syrjäytymiseen ja tulevien menojen säästöön. Kuntoutuksesta tulisi tiedottaa ja markkinoida sitä kuntien päättävälle tahoille. Tärkeätä olisi myös ennakoita ja vastata muuttuviin haasteisiin.

Esille tuli myös se, että lasten ja perheen tarpeita ei kuunnella. Kuntoutukseen olisi tulossa enemmän asiakkaita kuin voidaan ottaa. Jonot ovat pidentyneet ja resursseja on liian vähän. Olennaiseksi nouseekin kysymys siitä, ketkä saavat kuntoutusta. Tästä seuraa se, että kuntoutukseen pääsyn kriteerit ovat kiristyneet. Hankkeiden näemyksen mukaan perhekuntoutuksen tuottaja voi joutua ottamaan sille kuulumatonta vastuuta. Perheet voivat jäädä hankkeen päätyttyä jatkotukea vaille. Kuntoutuksessa tuotetut ja annetut suositukset eivät myöskään toteudu kuntien alimitoitettujen resurssien vuoksi. Pelättiin myös pitkien etäisyyksien päässä olevien lasten perheiden jäävän kuntoutuksen ulkopuolelle ja psykiatrisia häiriöitä sairastavien lasten jäävän neurologisia häiriöitä sairastavien lasten varjoon. Tärkeäksi nähtiin hankkeiden parempi ja tiiviimpi integroituminen olemassa oleviin kuntoutustahoihin. Samoin kuntoutuksen laadusta ja imagosta tulisi huolehtia. Perheelle esitettiin myös omavastuuosuutta kuntoutuksesta. Sen toivottiin vähentävän peruuntumisia.

Hankkeet olivat huolestuneita osaavien ja sitoutuneiden työntekijöiden saatavuudesta. Tarvetta on mm. ryhmätyöntekijöistä ja työntekijöistä, jotka kykenevät neuvottelemaan eri tahojen kanssa. Kelan standardien mukaisten osaajien saaminen joka

puolelle Suomea askarrutti. Oltiin myös huolestuneita työntekijöiden uupumisesta ja kyynistymisestä. Työntekijöihin sekä kannustavan ja innostavan työilmapiiriin luomiseen tulisi hankkeiden mukaan panostaa. Tarvitaan myös työntekijöiden koulutusta asiakkaiden motivointiin ja aktivointiin.

Ongelmalliseksi koettiin se, että hyväksi havaitun perhekuntoutusmallin jatkuvuus on usein epävarmaa. Epävarmuus tuotti monenlaisia vaikeuksia, se hankaloitti mm. hankkeiden henkilöstövahvuuden ylläpitämistä. Jatkuvuuden turvaamiseksi esitettiin mm. kiinteitä kuntoutujakohtaisia korvauksia nykyisen kuntoutustapahtumaan perustuvan laskutuksen sijaan. Rahoitusta tarvittaisiin kuntoutuksen toteutuksen lisäksi sen suunnitteluun ja toiminnan ylläpitämiseen.

Lopuksi. Hankkeiden esille nostamat perhekuntoutuksen haasteet ja uhat kertovat siitä, etteivät nykyiset toimintatavat vielä edusta vakiintuneita hyviä käytäntöjä, vaan perhekuntoutus on muotoutumis- ja kehittymisvaiheessa ja parhaiden käytäntöjen löytämiseksi tarvitaan edelleen kehittämistoimia. Erityisesti varhaiseen reagoimiseen on kiinnitettävä enemmän huomiota. Tavoitetta reagoida ongelmiin ajoissa voi olla vaikea saavuttaa perhekuntoutuksessa, koska Kelan kuntoutus edellyttää diagnoosin asettamista lapselle. Tämä helposti viivästyttää kuntoutuksen käynnistymistä ja vaarana on, että lapsen ja perheen ongelmat ovat saattaneet kärjistyä siinä määrin, että kuntoutus ei johda toivottuihin tuloksiin. Muita erityisiä haasteita perhekuntoutuksessa ovat verkostomaisen työtavan kehittäminen ja vakiinnuttaminen sekä lasten ja vanhempien kuuleminen ja osallisuuden muotojen kehittäminen. Lasten ja vanhempien erilaisten tarpeiden huomioimiseksi tarvitaan monipuolisia kuntoutuksen toteutusmuotoja sekä riittävän pitkäkestoisia ja joustavia kuntoutusprosesseja. Kuntoutustyötä tekevien ammattilaisten jaksamisen tukemista ja ammattitaidon ylläpitämistä ei tule myöskään unohtaa.

6 YHTEENVETO JA ARVIOINTI

Kelan lasten ja nuorten perhekuntoutuksen kehittämishankkeen tavoitteena oli lapsen ja nuoren toiminta- ja opiskelukyvyn parantaminen ja turvaaminen sekä yhteistyön tiivistäminen paikallisten tahojen kanssa. Kohderyhmänä olivat 5–25-vuotiaat lapset ja nuoret, jotka hoitavan tahon arvion mukaan tarvitsivat perhekuntoutusta. Vuosina 2005–2008 kahteentoista perhekuntoutushankkeeseen osallistui 1 514 lasta ja nuorta perheineen. Kuntoutus muodostui toiminnallisesta kuntoutuksesta, terapioista, vertaisryhmistä sekä työskentelystä lapsen läheisverkoston kanssa.

Kehittämishankkeeseen liitettiin arviointi vuonna 2005, ja sen ensimmäisen vaiheen raportti julkaistiin vuonna 2009. Arvioinnin ensimmäisen vaiheen raportissa selvitettiin mm. perhekuntoutuksen asiakkuuden muodostumista, sen toteuttamista ja hyviä käytäntöjä sekä alustavasti perhekuntoutuksen kohderyhmää. Arvioinnin toisen vaiheen tehtävänä oli (1) saada perhekuntoutuksen kohderyhmästä tarkempaa tietoa, (2) selvittää, tapahtuiko lapsissa myönteisiä muutoksia kuntoutusintervention myötä, saivatko vanhemmat ja lapset kuntoutuksesta tukea ja mitkä tekijät näitä ennustivat, (3) selvittää, millaiset kuntoutuksen toimintamuodot osoittautuivat perheille hyödyllisiksi sekä (4) edistää johtopäätösten tekoa Kelan perhekuntoutuksen käyttöönoton ja vakiinnuttamisen tarpeista. Arvioinnin toisen vaiheen tehtävä liittyi siis erityisesti perhekuntoutuksen tuloksellisuuden arviointiin ja Kelan perhekuntoutuksen kehittämistoiminnan tukemiseen.

Yleiskuva kuntoutuksen merkityksestä ja vaikutuksista on selkeämpi yksilökohtaisen kuntoutuksen kuin perhekuntoutuksen kohdalla¹⁰³. Perhekuntoutuksessa vaikutukset eivät ole samalla tavalla havaittavissa kuin monien muiden kuntoutusmuotojen yhteydessä. Tähän on monia syitä. Lapsen kohdalla kyseessä ei yleensä ole menetettyjen taitojen palauttaminen tai toimintakykyisyyden säilyttäminen, vaan optimaalisen kehityksen aikaansaaminen tilanteessa, jossa jokin vamma tai häiriö muodostuu normaalin kehityksen esteeksi. Kehittyvällä ja kasvavalla lapsella on vaihtelevasti normaalia iänmukaista kehityspotentiaalia.¹⁰⁴ Lapsen kuntoutumista ei voida tarkastella erillään hänen toimintaympäristössään tapahtuvista muutoksista, sillä lapsi on kiinteä osa perhettään. Perhe monitoimijaisena sosiaalisena yksikkönä monimutkaistaa niin kuntoutuksen toimintaympäristön samoin kuin vaikuttavien mekanismien osuuden erottamista ja problematisointia.

Perheen ja sen jäsenten toimintaympäristöjä on monia, samoin vaikuttavuuden toimintamekanismeja, mikä kuntoutuksen ja kuntoutussuunnittelun kannalta muokkaa tavoitteiden asettelua ja käytettävien keinojen ja käytäntöjen hyödyntämistä. Perhekuntoutusta toteuttavien palveluntuottajien on mahdollista huomioida vain osa tavoitteista ja hallita vain osa keinoista niiden saavuttamiseksi. Lasten ja nuorten perhekuntoutuksessa perheiden ilmaisemia tuen tarpeita oli paljon ja ne olivat kirjavia.

103 Esim. Aalto ym. 2002.

104 von Wendt 2001, 399.

Jos tavoitteita on monia, kuntoutuksen vaikuttavuuden saavuttaminen ja osoittaminen vaikeutuu ja monimutkaistuu. Arvioinnin kannalta vaikein määriteltävä kysymys on, mitä muutosta tavoitellaan ja mitä sillä tarkoitetaan perhekuntoutuksessa. Hyödynsimme tässä vanhempien ja lapsen kokemuksia niistä muutoksista, joita oli ilmennyt lapsen tilanteessa ja arjessa selviytymisessä. Muunlaiset muutokset olisivat edellyttäneet huomattavasti pidempää seuranta-aikoja (esimerkiksi muutokset lasten koulussa selviytymisessä, terveydentilan muutokset yms.).

Arvioinnissa käytettiin laadullisten aineistojen ohella määrällisiä aineistoja, joihin käsillä oleva raportti suureksi osaksi perustuu. Arviointiaineisto kerättiin kyselyin hankkeilta, vanhemmilta, lapsilta ja lähettäjätahoilta. Lasten tilanteissa tapahtuneita muutoksia tarkasteltiin SDQ-kyselyn avulla. Perhekuntoutuksen tuloksellisuutta mitattiin myös alku- ja seurantakyselyihin liitetyillä kysymyksillä, jotka koskivat vanhempien ja lapsen kokemusta tuen saamisesta. Tämä osoittautui tärkeäksi, koska kuntoutukseen ohjautui ensimmäiseltä diagnoosiltaan hyvin erilaisia lapsia, joilla esiintyi koulunkäyntiin, perheeseen ja sosiaaliin tilanteisiin liittyviä ongelmia. Myös perheiden tuen tarpeet olivat moninaisia.

6.1 Keskeiset tulokset

Perhekuntoutuksen kohderyhmä. Kehittämishankkeen lapsijoukko oli iältään ja diagnooseiltaan heterogeeninen. Tyttöjen osuus oli 34 % ja poikien 66 %. Runsaat 4 % lapsista oli alle kouluikäisiä. Alakouluikäisiä oli 39 %, yläkouluikäisiä 38 % ja tätä vanhempia 18 % lapsista. Kuntoutukseen lähettäjinä toimivat useimmiten terveyskeskus, lastenpsykiatrian poliklinikka ja koulu. Lapsista 26 %:lla oli todettu neuropsykiatrisia oireyhtymiä. Käyttäytymishäiriöitä esiintyi 22 %:lla, ahdistuneisuushäiriöitä 21 %:lla ja masennusta lähes 14 %:lla. Ahdistuneisuutta ja masennusta ilmeni suhteellisesti enemmän tytöillä kuin pojilla, pojilla puolestaan oli enemmän käyttäytymisen ongelmia kuin tytöillä. Osalla lapsista ensimmäinen diagnoosi ei ollut varsinainen psykiatrinen sairaus, vaan kyseessä olivat sosioekonomiset ja psykososiaaliset ongelmat lähes 5 %:lla tai oppimisvaikeudet noin 4 %:lla. Muut häiriöt/sairaudet -ryhmään luokiteltuja erilaisia elimellisiä sairauksia sekä eräitä harvalukuisia psykiatrisia sairauksia oli ensimmäisenä diagnoosina noin 9 %:lla lapsista.

Perhekuntoutukseen osallistuvat lapset tulivat erilaisista kasvuympäristöistä, mikä diagnoosien ohella lisäsi kohderyhmän heterogeenisuutta. Alku- ja seurantakyselyyn vastanneista vanhemmista 20 % ilmoitti, että perheellä oli paljon huolta taloudellisesta toimeentulosta, jommankumman vanhemman työttömyydestä, työttömyyden uhasta, työssä selviytymisestä tai työpaineista. 19 %:lla perheistä oli paljon huolta vanhempien ristiriidoista tai ajan riittämättömyydestä yhdessäoloon. Melko paljon huolta ainakin yhdestä edellä mainitusta asiasta koki jopa 66 % perheistä.

Perheiden kuntoutusodotukset ja niihin vastaaminen. Vanhemmat odottivat kuntoutuksesta apua lapsen kasvun ja kehityksen tukemiseen sekä toivoivat saavansa

taitoja toimia vanhempina. Osa vanhempien kuntoutusodotuksista liittyi tarpeeseen muuttaa olosuhteita tai vaikuttaa ympäristöön. Merkittävä osa vanhemmista sai ainakin jonkin verran tukea lapsen vahvuuksien tunnistamiseen ja tunnetilojen käsittelyyn, tukea vanhemmuuteensa, tietoa lasten käyttäytymisestä ja kasvatuksesta sekä keinoja kontaktin saamiseksi lapseen. Vanhemmat kokivat saaneensa kuntoutuksen aikana myös tietoa hoito- tai viranomaisesta, jolta tarvittaessa on mahdollista saada apua. Vanhemmista selvästi useampi olisi tarvinnut opastusta lapsen tulevaisuuden suunnitteluun kuin mitä kuntoutus pystyi tarjoamaan. Lapsen ja perheen kuntoutuksen jälkeinen tuki on yksi perhekuntoutuksen haasteista tulevaisuudessa.

Vanhempien ja lasten kuntoutuksesta saama apu. Vanhemmista 47 % koki saaneensa kuntoutuksesta voimavaroja paljon ja 40 % jonkin verran. Vanhemmista 13 % ei saanut kuntoutuksesta lainkaan voimavaroja tukea lastaan tai sai tukea vähän. Vanhempien saamia voimavaroja tukea lastaan ennustivat lähipiiristä saatu apu, kuntoutuksen kesto ja kuntoutuksen toimintamuoto. Lapsista 51 % ilmoitti saaneensa kuntoutuksesta paljon apua, 34 % vähän apua ja 15 % ei kokenut saaneensa apua lainkaan. Lasten kokemaa apua ennustivat sukupuoli, vanhempien kuntoutuksesta saamat voimavarat, kuntoutuksen kesto ja kuntoutuksen toimintamuoto.

Lapsissa tapahtuneet muutokset. Kuntoutuksen myötä lasten oireilussa tapahtui vähenemistä. Lapsista 63 %:lla oireet vähenivät kuntoutuksen aikana. 19 %:lla lapsista oireiden määrä pysyi samana ja 18 %:lla niiden määrä lisääntyi. Oireiden lisääntymistä esiintyi suhteellisesti enemmän nuorilla kuin lapsilla, mikä korostaa varhaisen kuntoutuksen merkitystä. Lapsen oireilun vähenemistä ennustivat perheen koherenssi, kuntoutuksen kesto, lapsen oireiden vaikeusaste sekä vanhempien huoli lapsesta. Voidaan olettaa, että vaikeasti oirehtivien lasten vanhemmat ilmaisivat huolensa muita helpommin, mutta vanhempien huoli saattaa kertoa myös motivaatiosta hakea lapselle apua ja olla kuntoutuksessa mukana. Kuntoutuksen kannalta kysymys on samasta asiasta: vanhempien ja lapsen lähipiirin mukaanotosta, luottamuksen ja kumppanuuden rakentamisesta lapsen tilanteen hoidossa. Lähipiirin mukaan ottaminen kuntoutukseen on keskeistä mm. sikäli, että tutkimuksissa¹⁰⁵ perheen ulkopuolisen tuen on havaittu tukevan toimivaa vanhemmuutta.

Lapsen ikä ei ennustanut lapsen oireilussa tapahtuneita muutoksia, vaan oireiden vähenemistä tapahtui eri ikäryhmissä. On ilmeistä, että lasten ja varhaisnuorten kohdalla lapsen kasvun ja kehityksen sekä sosiaalisen integraation tukeminen korostuivat. Aikuistuvan nuoren kuntoutuksessa oli huomioitava myös ammattiin suuntautuminen ja nuoren itsenäistymis- ja aikuistumiskehityksen tukeminen. Nyt arvioinnin kohteena olleessa Kelan lasten ja nuorten perhekuntoutuksen kehittämishankkeessa ikäskala oli laaja: 5–25-vuotiaat lapset ja nuoret. Tulevassa LAKU-kehittämishankkeessa Kela on rajannut perhekuntoutuksen kohdejoukkoa selvästi suppeampaan ikäryhmään (leikki-ikäiset 4–6-vuotiaat ja koululaiset 7–12-vuotiaat).

Tarkoitus on myöhemmin suunnitella nuorille oma perhekuntoutuskokonaisuus (NUKU-kehittämishanke).

Kuntoutuksen toimintamuodot ja tuloksellisuus. Perhekuntoutuksen sisällöt olivat moniaineeksisiä ja tarjosivat monimuotoisia palveluja erilaisissa tilanteissa eläville perheille. Palveluntuottajien erilainen osaaminen ja aiempi kokemus perheiden kanssa tehdystä kuntoutustyöstä vaikuttivat osaltaan erilaisten kuntoutusmallien runsauteen. Osassa hankkeista kuntoutuksen pääasiallinen toimintamuoto oli perheterapia. Muuhun perhepainotteiseen kuntoutukseen luokiteltiin kuntoutus, joka ei ollut perheterapiaa mutta joka tuki lapsen hyvinvointia perhetyön muodossa ja suunnattiin koko perheelle. Ryhmäpainotteiseen kuntoutukseen sijoitettiin etupäässä vertaisryhmätoimintaan ja yksilöpainotteiseen, enimmäkseen lapsen yksilökäynteihin perustuva kuntoutus.

Kuntoutuskäytäntöjen tuloksellisuudesta saatiin erilaisia tuloksia sen mukaan, mistä näkökulmasta ja kenen kokemana perhekuntoutusta tarkasteltiin. Lapset hyötyivät kahdenkeskisestä työskentelystä ja perhepainotteisesta kuntoutuksesta. Vanhemmat kokivat saaneensa apua erityisesti perheterapeuttisesti painottuneesta kuntoutuksesta mutta myös vertaistuesta, jota varsinkin ryhmäpainotteinen kuntoutus tarjosi.

6.2 Pohdinta ja johtopäätökset

Käynnissä olevat yhteiskunnalliset muutokset asettavat haasteita perheiden roolille ja toimintakyvylle, mikä tuli esiin kuntoutukseen osallistuneiden perheiden erilaisina tuen tarpeina. Muutosten vaikutukset perheisiin ovat monisuuntaisia. Yhtäältä perheiden mahdollisuudet toimia toiminnallisena yksikkönä ovat vähentyneet. Eri tilojen ja paikkojen merkitys lapsen elämässä on muuttunut, sillä lapsi on päivästä suuren osan muualla kuin kotona – päivähoitossa, koulussa tai erilaisissa harrastuksissa. Näin vanhempien ja kodin rooli lapsen päivässä on ajallisesti mitattuna vähentynyt. Toisaalta perheisiin kohdistuvat vaatimukset ymmärtää nopeita muutoksia ja reagoida niiden mukaisesti ovat kasvaneet. Muutokset koskevat keskeisesti perheiden toiminnallista asemaa, ei niinkään roolia ja tehtäviä. Vaikka vanhemmat ovat kasvatustehtävässään saaneet rinnalleen monia eri toimijoita (esim. media, harrastukset, ammatillinen hoiva) ja aikuisten yhteiskunnallinen asema vanhempina on sen myötä ohentunut, vanhempien rooli ja tehtävä lapsen ensisijaisena kasvattajana on säilynyt, ellei jopa korostunut. Vaikuttaa siltä, että perheisiin kohdistuvien moninaisten vaatimusten ja perheiden vaikuttamismahdollisuuksien ristiriita on yhä suurempi.

Toimintaympäristön muutos asettaa perhekuntoutukselle monia haasteita, varsinkin kun tulosten mukaan suomalainen perhekuntoutus on vasta muotoutumisvaiheessa eikä ole vielä saavuttanut vakiintuneita hyviä toimintakäytäntöjä. Yhteiskunnallisen muutoksen yksi keskeinen ulottuvuus on yksilöitymiskehitys¹⁰⁶. Se tarkoittaa tässä

yhteydessä perheiden erilaisuuden kasvua suhteessa työmarkkinoihin, koulutukseen, toimeentuloon ja vapaa-aikaan. Perhekuntoutus kohtaa yksilöllistyvät perheet, joiden kuntoutuksen tarpeet eriytyvät. Tarjontapainotteisen, kiinteämuotoisen perhekuntoutuksen on entistä vaikeampi ratkaista perheiden ongelmia. Perheiden tarvelähtöisen ja yksilölliseen toimintalogiikkaan perustuvan kuntoutuksen tarve on selvästi lisääntymässä. Suuri kysymys on, miten perhekuntoutus kykenee muodostamaan relevantin suhteen käynnissä olevaan yhteiskunnalliseen muutokseen. Arvioidut hankkeet pitivät perhekuntoutuksen kehittämistarpeita suurina ja uusien toimintamallien omaksumista haasteellisena. Samoin joustavien (yksilöllisten) toimintamuotojen kehittämistä painotettiin.

Arvioinnin ensimmäinen vaihe (vuodet 2005–2006) osoitti, että perhekuntoutuksessa tulisi kiinnittää erityistä huomiota kuntoutuksen käynnistysvaiheeseen sekä perheen, palveluntuottajan ja lähettäjätahon yhteistyöhön kuntoutussuunnittelussa. Lapsi ja perhe tarvitsevat yksilöllisen suunnitelman, jossa kuntoutus ja muut tukitoimet on sovitettu perheen arkeen ja lapsen toimintaympäristöön ja jonka puitteissa työntekijät osaavat toimia¹⁰⁷. Kaikki keskeiset lapsen kasvuun ja kehitykseen vaikuttavat toimijat (perheen lisäksi esim. päivähoito, koulu) on tärkeää saada kuntoutukseen mukaan yhteisten käytäntöjen luomiseksi. Siirtovaihe eli palautuminen hoitotaholle ja arkeen vaatii hankkeen, lähettävän tahon ja verkoston huolellista yhteistyötä, jotta voidaan sopia seurannasta ja verkostotuen jatkosta kuntoutuksen jälkeen. Näitä tuloksia Kela onkin jo hyödyntänyt vuonna 2010 käynnistyvän Lasten perhekuntoutuksen (LAKU) kehittämishankkeen suunnittelussa.

Arvioinnin toisen vaiheen keskeinen tulos oli, että kuntoutuksen toimintamuodot ennustivat eri tavalla vanhempien kuin lasten saamaa apua ja että vanhempien kuntoutuksesta saamat voimavarat olivat yhteydessä lapsen saamaan apuun. Perhekuntoutuksen toteuttamisessa tarvitaan tämän vuoksi erilaisia työtapoja, perheen kohtaamista yksikkönä, vertaisryhmiä sekä työskentelyä erilaisissa kokoonpanoissa (lapsi, vanhemmat, perhe, verkosto). Monenlaisten toimintatapojen hyödyntäminen korostuu erityisesti silloin, kun kuntoutuksen kohdejoukko on heterogeeninen. Tarvitaan vaihtoehtoisia kuntoutuksen palvelumuotoja, jotta perheelle voidaan koota sen tarpeita vastaava kuntoutuskokonaisuus.

Perheiden kuntoutustarpeet olivat moninaisia, mikä edellyttää sekä lapsen että vanhempien tuen tarpeen laaja-alaista selvittämistä ja erityisen huomion kiinnittämistä kuntoutussuunnitteluun. Huolellinen tavoitteenasettelu on välttämätöntä. Perheiden tilanteen huomioon ottava, vaihteittain etenevä ja monitasoinen tavoitteiden asettaminen on tarpeellista. Perheiden hyvä tunteminen on tärkeää myös siksi, että perheen lähiverkostoa voidaan kytkeä perheen kuntoutuksen tueksi.

Riittävän pitkäkestoinen kuntoutus ennusti niin lapsen tilanteessa tapahtuvaa suotuisaa muutosta kuin vanhempien ja lapsen saamaa tukeakin. Vanhempien tyytyväi-

107 Koivikko ja Sipari 2006.

syys perhekuntoutukseen kasvoi kuntoutuksen keston mukaan lähes lineaarisesti. Viime kädessä kuntoutuksen sopiva kesto määräytyi kuitenkin yksilöllisesti. Alle vuoden kestävä kuntoutus on lyhyt, ellei kysymyksessä ole tiivis, pitkälle kehitetty ja rajatulle kohderyhmälle suunniteltu toimintamalli (esim. perhekoulu).

Useat perhekuntoutukseen osallistuneet perheet olivat monin tavoin kuormittuneita. Perheiden moniongelmaiset tilanteet on syytä tiedostaa, jotta perheitä voidaan kuntoutuksen keinoin auttaa kokonaisvaltaisesti, esim. ohjata myös muiden palvelujen piiriin. Lapset ja perheet pärjäävät tutkimusten¹⁰⁸ mukaan vakavienkin yksittäisten riski- ja stressitekijöiden kanssa mutta ovat haavoittuvia, kun riskien määrä kasvaa. Esimerkiksi perheen taloudellinen epävarmuus tai vanhempien huoli työpaikasta voi vaikuttaa lapsen vanhemman muuttuneen käytöksen vuoksi. Vanhempien väliset ristiriidat voivat haavoittaa lasta erityisesti, jos ne heijastuvat vanhemmuuteen ja lasten ja vanhempien väliseen suhteeseen.¹⁰⁹ Tutkimusten¹¹⁰ mukaan parisuhteen toimimattomuus, vanhempien epäsope ja konfliktit näkyvät lapsissa mm. tunne-elämän ongelmina, käyttäytymisongelmina, ongelmallisina kaverisuhteina ja kognitiivisen suoritustason laskuna. Perheen taloudellisen kuormituksen on havaittu olevan yhteydessä lasten psyykkiseen hyvinvointiin¹¹¹.

Vanhemmilla on lapsen kuntoutuksen kaikissa vaiheissa keskeinen rooli. Vanhempien tulisi osallistua kuntoutuksen suunnitteluun ja toteutukseen. Mitä enemmän vanhemmat ovat mukana lapsen ja nuoren kuntoutuksessa, sitä paremmin perhe voi vaikuttaa lapsen hyvinvointiin¹¹². Perheenjäseniä on tärkeää kannustaa toimimaan yhdessä, mikä edesauttaa heitä kasvamaan perheenä.¹¹³ Kuntoutuksessa tämä tarkoittaa perheenjäsenen vuorovaikutuksen tukemista sekä mahdollisuuksien tarjoamista ja kannustamista yhdessä toimimiseen. Vanhemmat hyötyvät samassa elämäntilanteessa olevien ihmisten antamasta tuesta. Perhekuntoutuksen tuloksellisuus voi syntyä esimerkiksi kokemuksesta, että oman perheen tilanne ei ole ainutlaatuinen, vaan muissakin perheissä on samansuuntaisia ongelmia¹¹⁴.

Vanhempien heikon koherenssin tunteen on tutkimuksissa¹¹⁵ todettu liittyvän mm. lapsen psykosomaattisiin oireisiin¹¹⁶ ja nuorten mielenterveyden häiriöihin¹¹⁷. Myös

108 Solantaus ja Punamäki 2008.

109 Solantaus ja Punamäki 2008, 185–189.

110 Esim. Piha 1999, 15; Salo 2006, 22.

111 Leinonen 2004; Fröjd ym. 2007, 1253.

112 Vrt. Friis ym. 2004, 153.

113 Myös Koskisu ja Kulola 2005, 201.

114 Myös Koskisu 2004, 187.

115 Groholt ym. 2003, 201.

116 Honkinen 2009, 30.

117 Fröjd ym. 2007, 1251.

arvioinnin tulosten mukaan se, että perheenjäsenet saivat tukea toisiltaan ja tulivat hyvin toimeen keskenään, tuki lapsen kuntoutumista. Kuntoutuksen toimintakäytännöissä on tärkeää kiinnittää huomiota perheen vahvuuksiin ja tukea niiden positiivista kehitystä. Keskeiseksi muodostuu perheen toimivuuteen ja eheyteen panostava toiminta- ja kuntoutustapa sekä ongelma- ja voimavaralähtöisen toimintatavan yhdistäminen. Perheelle annettu suora tuki, mutta myös yhteiskunnallinen ja terveystoimintainen päätöksenteko ja tukitoiminta voivat vahvistaa perheen koherenssin tunnetta¹¹⁸.

Arvioinnin mukaan perheiden osallistuminen kuntoutukseen ei ollut riittävää yksittäisiä hankkeita lukuun ottamatta. Lasten ja vanhempien osallisuutta kuntoutukseen tulisi vahvistaa, koska lapsista 49 % koki saaneensa kuntoutuksesta apua vähän tai ei lainkaan ja 53 % vanhemmista enintään jonkin verran voimavaroja. Alku- ja seurantakyselyyn vastanneiden 11–16-vuotiaiden lasten perheistä vain 28 % oli sellaisia, joissa sekä lapsi että vanhemmat kokivat saaneensa kuntoutuksesta paljon apua ja voimavaroja. Tulos on merkittävä perhekuntoutuksen käytäntöjen kehittämisen kannalta, koska usein vasta tuen saannin kautta on mahdollista edetä myönteiseen muutokseen ja saavuttaa kuntoutuksessa asetettuja tavoitteita. Lapsilähtöisyys merkitsee työskentelyä lapsen kanssa lapsen kokemuksiin, ajatuksiin, toiveisiin ja tarpeisiin kuunnellen, mutta samalla lapsen asiat liittyvät aina myös perhekokonaisuuteen¹¹⁹. Perhekuntoutuksessa asiakkaana ovat lapsen lisäksi hänen vanhempansa, usein koko perhe ja toisinaan myös muut läheiset.

Perheen luonnollisten verkostojen ja niiden resurssien hyödyntäminen kuntoutuksessa on keskeistä. Lähipiiristä (perheenjäseniltä, isovanhemmilta, muilta sukulaisilta, ystäviltä) saatu apu antoi vanhemmille voimavaroja tukea lasta edesauttaen heidän omaa jaksamistaan. Osassa hankkeista perheen lähipiiri pyrittiin saamaan mukaan kuntoutukseen perheen tueksi. Tämä toimintatapa ei ollut kuitenkaan koko kehittämishankkeessa kovin laajaa. Perheen ulkoisen dynamiikan toimivuuden tukeminen perheenjäsenien sisäisen vuorovaikutuksen (esim. koherenssi) ohella on keskeinen asia perhekuntoutuksessa. Sama pätee lapsen arjen ympäristöihin, päivähoitoon ja kouluun. Jos kuntoutuksella onnistutaan tukemaan yhteisten käytäntöjen syntymistä vanhempien ja lapsen muiden lähiaikuisten kanssa, voivat päivähoito ja koulu parhaimmillaan toimia lapsen mielenterveyttä tukevinä yhteisinä. Mielenterveys voitaisiin sisällyttää koulun oppiaineisiin, ja voitaisiin myös tarjota opettajille tukea lasten mielenterveyteen liittyvissä ongelmissa¹²⁰. Onhan koululla – varsinkin alimilla luokka-asteilla – lapsen kasvamista tukevinä yhteisinä paljon samoja haasteita kuin perheellä¹²¹.

118 Honkinen 2009, 70.

119 Esim. Heino 1997; Hurtig 2003 ja 2006; Melamies ym. 2004; Rousu 2007.

120 Friis ym. 2004, 197–199.

121 Rimpelä 2002, 87.

Perhekuntoutuksen yksi keskeinen tehtävä voisi olla uuden näkökulman tuominen kuntoutusyhteistyöhön. Kuntoutusta tarvitsevan lapsen ympärillä on yleensä monia tahoja, joiden antama tuki ja ohjaus on lapsen kuntoutumisen kannalta oleellista. Perhekuntoutushanke kokoaisi kuntoutukseen osallistuvan perheen ja keskeiset toimijat (lapsen lähettäjätaho, verkosto) yhteistyöhön. Hanke huolehtisi yhteistyön koordinoinnista, jotta olemassa olevia voimavaroja hyödynnettäisiin mahdollisimman tarkoituksenmukaisesti. Perhekuntoutusprosessi laajenisi kuntoutuksen yhteisestä suunnittelusta ja valmistelusta lapsen tai perheen siirtovaiheeseen lapsen hoidosta vastaavalle taholle eikä päättyisi perhekuntoutuskäynteihin ja -tapaamisiin. Tärkeä tehtävä olisi herättää yhteistoiminnallisuutta lapsen ja perheen tukemiseksi hajallaan olevassa kuntoutustyössä.

Perhekuntoutus perustuu erilaisten toimijoiden (Kela, kolmannen sektorin organisaatiot, kunnat) työnjakoon ja yhteistyöhön. Yhtenäisenä toimijaverkkona toimiminen ei nykyisellään toteudu riittävän hyvin. Tämä koskee niin tavoitteenasettelua kuin keinojen yhteistä koordinointiakin. Perhekuntoutuksen tuloksellisuus riippuu keskeisesti toimijaverkon kehitystasesta. Jos eri osapuolet toimivat keskenään erilaisten tavoitteiden ja periaatteiden mukaan, ei pystytä riittävästi hyödyntämään perhekuntoutuksen toimijaverkon mahdollisuuksia.

Perhekuntoutuksen alkamisajankohta, resurssit ja kesto ovat tulosten mukaan myös olennaisia kysymyksiä toiminnan onnistumiseksi. Nykyinen perhekuntoutus alkaa useimmiten liian myöhään. Perheiden ongelmiin kosketuksissa olevat tahot (esimerkiksi koulut) eivät ole virittyneet havainnoimaan ongelmia ja reagoimaan niihin. Varhaisempien reagointimuotojen kehittäminen on tärkeää. Tulosten mukaan intensiivinen ja pitkäkestoinen perhekuntoutus on hyvän vaikuttavuuden yksi tae. Toimijoiden kilpailuttaminen, standardointi ja vaatimukset toimia yhteneväisesti voivat olla ristiriitaisia perhekuntoutuksen paremman vaikuttavuuden kehittämiseksi. Nykyisten perhekuntoutusmuotojen integrointi ja yhteinen kehittäminen perheiden sosiaalityön, yksilökuntoutuksen ja perhepolitiikan kanssa on välttämätöntä.

SUMMARY

Linnakangas R, Lehtoranta P, Järvikoski A, Suikkanen A. **Focus on family rehabilitation. Evaluation of the Finnish Social Insurance Institution's development programme for psychiatric family rehabilitation.** Helsinki: The Social Insurance Institution of Finland, Studies in Social Security and Health 109, 2010. 99 pp. ISBN 978-951-669-829-1 (print), ISBN 978-951-669-830-7 (pdf).

About one-fifth of Finnish children and adolescents suffer from some degree of mental disorder or disturbance. Problems among children and adolescents are wide-ranging and affect their future development. Use of mental health services for children and adolescents has increased in Finland, but some children and adolescents still remain untreated. Seeking to do its part in responding to this challenge, the Social Insurance Institution of Finland introduced psychiatric family rehabilitation for children and adolescents in 2000.

The aims of this multiprofessional rehabilitation approach were to improve and secure the functioning and studying ability of children and adolescents and to deepen cooperation with local bodies, including day care centres, schools, family counselling centres and health districts. The participants had been diagnosed with a psychiatric disorder by a doctor and had entered a treatment relationship before the family rehabilitation began. Psychiatric family rehabilitation comprised outpatient and inpatient therapeutic periods and meetings. It was multimodal in content, involving functional rehabilitation, therapies, peer groups and working with local networks. The rehabilitation was directed at the child or adolescent, a group of children or parents, or the whole family.

The University of Lapland and the Rehabilitation Foundation carried out an external evaluation of this psychiatric family rehabilitation. A publication on the first phase of the assessment was released in spring 2009 (Linnakangas & Lehtoranta: Children and adolescents in rehabilitation. Preliminary evaluation report of a development programme implemented by the Social Insurance Institution for psychiatric family rehabilitation).

During the first phase of the evaluation (in the years 2005–2006), it was observed that special attention should be paid to cooperation between the family, the project providing the rehabilitation and the referring organisation. In addition to the family, it is important to secure participation of the school and the day care provider in the child's rehabilitation, as they influence the child's growth and development. In particular, returning the child to the care organisation and everyday life requires much cooperation between the project, the referring organisation and the network.

The task in the second phase of the evaluation was to describe the target group of the family rehabilitation, to determine what sort of changes took place in the children's situations through the rehabilitation intervention, to see whether the children and their parents saw themselves as having gained support from the rehabilitation, and

to determine what factors predicted positive changes or perception of having gained. The aim was also to determine what form of rehabilitation activity proved beneficial to the families. Data were collected by questionnaires from the family rehabilitation projects and from the participating children and parents at the beginning and at the end of their rehabilitation.

A total of 1,514 children and adolescents between 5 and 25 years of age took part in 12 different family rehabilitation projects during 2005–2008. The children were a very heterogeneous group in age and diagnosis. The most common diagnoses were neuropsychiatric symptoms, behavioural disorders, anxiety disorders and depression. The referrals for rehabilitation came most often from health centres, child psychiatric clinics and schools.

The changes that occurred in the children were explored by means of the SDQ questionnaire based on children's behaviour. The parents reported that symptoms decreased in nearly two out of three children, remained the same among one in five and increased among fewer than one in five. Slightly fewer than half of the parents and half of the children benefited from the rehabilitation. When examined with logistic regression analysis, the parents' concern over the wellbeing of their child, the family coherence, and the duration of rehabilitation predict this reduction in symptoms. The duration of rehabilitation and the specific form that it takes predict the perception of having benefited from the rehabilitation among both parents and children. Children benefit the most from individual and family-oriented rehabilitation while parents derive the greatest advantage from rehabilitation focusing on family therapy and group activity. Parents' acquisition of resources is also predicted by the help received from family and acquaintances, and children's acquisition of help is predicted by, among other factors, the resources the parents receive from rehabilitation.

Assistance from family members, grandparents and other relatives and friends gives the parents resources to support the child. This strengthens their own ability to cope. Family coherence, too, helps parents cope and is associated with the degree of benefit gained from rehabilitation. Creating common practices with parents and the child's other close adults as well as with school and day care staff supports the child's wellbeing.

One central task of family rehabilitation can be to introduce a new perspective to rehabilitation cooperation. The family rehabilitation project brings the family and the child participating in the rehabilitation into cooperation with the referring organisation, day care and school. The project coordinates this cooperation, allowing the resources of all of involved parties to be utilised effectively.

The effectiveness of family rehabilitation depends on the principles that the actors participating in the rehabilitation follow in their activities. The possibilities of the network cannot be used to sufficient advantage if the various parties working together pursue different goals and principles. The Social Insurance Institution, the third sector

and the municipalities each have their own role in rehabilitation; this fact influences both the division of labour and the possibilities available for cooperation. The parties involved do not at present fully realise their potential for operating as an integrated network. This pertains both to goal-setting and to the joint coordination of means.

According to this evaluation, timing of the beginning of family rehabilitation, its duration, the types of activity of which it consists, and the resources assigned to rehabilitation are considerations essential to the success of rehabilitation. Family rehabilitation is often started too late. It is important to develop forms of early reaction. The participation of children and parents in rehabilitation should also be strengthened.

The results indicate that intensive and long-term family rehabilitation is one guarantee of a high level of effectiveness. Subjecting actors to competitive tendering, standardisation and mandated compliance with uniform practices can conflict with attempts to improve the effectiveness of family rehabilitation.

In view of the project participants, family rehabilitation should seek to enhance families' motivation and to pay closer attention to their expressed objectives. The network-oriented approach should be developed and strengthened. The tightening economic situation of municipalities was seen as posing a threat to the development of family services among different actors and administrative bodies. Broad-based discussion is required about the need for children's rehabilitation and its effect on advance prevention of marginalization and on potential future cost savings.

KIRJALLISUUS

Aalto A-M, Hurri H, Järvikoski A, ym., toim. Kannattaako kuntoutus? Asiantuntijakatsaus eräiden kuntoutusmuotojen vaikuttavuudesta. Helsinki: Stakes, Raportteja 267, 2002.

Aalto-Setälä T. Depressive disorders among young adults. Helsinki: National Public Health Institute, Publications of the National Public Health Institute A 22, 2002. Saatavissa: <http://www.ktl.fi/attachments/suomi/julkaisut/julkaisusarja_a/2002a22.pdf>. Viitattu 3.11.2009.

Aalto-Setälä T, Marttunen M. Nuoren psyykinen oireilu – häiriö vai normaalia kehitystä? *Duodecim* 2007; 123: 207–213.

Almqvist F, Kumpulainen K, Ikaheimo K, toim. Behavioural and emotional symptoms in 8–9-year-old children. *European Child and Adolescent Psychiatry* 1999; 8 (4): 7–16.

Beck U. *The brave new world of work*. Cambridge: Polity Press, 2000.

Blos P. *On adolescence. A psychoanalytic interpretation*. New York, NY: The Free Press, 1966.

Borg A-M. Esitys keskeisistä lapsen psykososiaalista kehitystä ja terveyttä kuvaavista tilastoitavista tietosisällöistä lastenneuvolatyössä. Stakesin ja Opetushallituksen asiantuntijaseminaari ”Lasten hyvinvoinnin ja oppimisvalmiuksien toteaminen 3–7 vuoden iässä” 19.4.2006. Saatavilla: <http://info.stakes.fi/NR/rdonlyres/E34B0D13-73CB-42BE-864B-11B926112810/0/Mt_seulontaesitys080206_4_.pdf>. Viitattu 14.5.2009.

Depressio. Käypä hoito 4.7.2009. Suomalaisen lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2009. Saatavissa: <www.kaypahoito.fi/kh/kaypahoito?suositus=hoi50023>. Viitattu 11.3.2010.

Ebeling H, Hokkanen T, Tuominen T, Kataja H, Henttonen A, Marttunen M. Nuorten käytöshäiriöiden arviointi ja hoito. *Duodecim* 2004; 120: 33–42.

Ford T, Hutchings J, Bywater T, Goodman A, Goodman R. Strengths and Difficulties Questionnaire Added Value Scores. Evaluating effectiveness in child mental health interventions. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science* 2009; 194: 552–558.

Friis L, Eirola R, Mannonen M. *Lasten ja nuorten mielenterveystyö*. Helsinki: WSOY, 2004.

Fröjd S, Charpentier P, Luukkala T, ym. 9-luokkalaisten mielenterveys Tampereella ja Vantaalla. Peruseräraportti. Tampere: Pirkanmaan sairaanhoitopiiri, Julkaisuja 7, 2004.

Fröjd S, Marttunen M, Kaltiala-Heino R. Perhe ja nuorten mielenterveyden häiriöt. *Suomen Lääkärilehti* 2007; 62: 1249–1254.

Giannakopoulos G, Tzavara C, Dimitrakaki C, Kolaitis G, Rotsika V, Tountas Y. The factor structure of the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) in Greek adolescents. *Annals of General Psychiatry* 2009; 20 (8).

Goodman R. Psychometric properties of the Strengths and Difficulties Questionnaire. *Journal of the American Academy of the Child and Adolescent Psychiatry* 2001; 40: 1337–1345.

Goodman R, Scott S. Comparing the Strengths and Difficulties Questionnaire and the Child Behavior Checklist. Is small beautiful? *Journal of Abnormal Child Psychology* 1999; 27 (7): 17–24.

Goodman A, Goodman R. Strengths and Difficulties Questionnaire as a dimensional measure of child mental health. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 2009; 48: 400–403.

Goodman R, Ford T, Corbin T, Meltzer H. Using the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) multi-informant algorithm to screen looked-after children for psychiatric disorders. *European Child and Adolescent Psychiatry* 2004; 13 (2): 25–31.

Graves KN, Shelton TL. Family empowerment as a mediator between family-centered systems of care and changes in child functioning. Identifying an important mechanism of change. *Journal of Child and Family Studies* 2007; 16: 556–566.

Groholt E-K, Stigum H, Nordhagen R, Köhler L. Is parental sense of coherence associated with child health? *European Journal of Public Health* 2003; 13 (3): 195–201.

Haarasilta L. Major depressive episode in adolescents and young adults. A nationwide epidemiological survey among 15–24-year-olds. Helsinki: National Public Health Institute, Publications of the National Public Health Institute A 14, 2003. Saatavissa: <http://www.ktl.fi/attachments/suomi/julkaisut/julkaisusarja_a/2003a14.pdf>. Viitattu 3.11.2009.

Haarasilta L, Aalto-Setälä T, Pelkonen M, Marttunen M. Nuorten masennus: esiintyvyys, muut mielenterveyden häiriöt ja terveystalvelujen käyttö. *Suomen Lääkärilehti* 2000; 55: 2635–2642.

Heikkinen A. Nuoret lastensuojelun avohuollossa – palvelujen ja menetelmien tarkastelu. Sosiaali- ja terveystalvelministeriön Sosiaalialan kehittämishankkeen lastensuojelun kehittämishankelman raportti. Helsinki: Helsingin kaupungin sosiaalitalvelirasto, Selvityksiä 1, 2007. Saatavissa: <<http://www.sosiaalitalvelportti.fi/File/712507ed-8b61-405c-b194-812c81f5186a/Nuorten%20avohuolto-selvitys.pdf>>. Viitattu 11.11.2009.

Heino T. Asiakkuuden hämäryys lastensuojelussa. Sosiaalityöntekijän tuottama määräty lastensuojelun asiakkaaksi. Helsinki: Stakes, Tutkimuksia 77, 1997.

Honkinen P-L. Nuorten koherenssin tunne: mittaaminen, ennustavat tekijät, seuraukset. Turku: Turun yliopisto, Julkaisuja C 282, 2009.

Hurtig J. Lasta suojelemassa. Etnografia lasten paikan rakentumisesta lastensuojelun perhetyön käytännöissä. Rovaniemi: Lapin yliopisto, Acta Universitatis Lapponiensis 60, 2003.

Hurtig J. Lasten tieto sosiaalityön haasteena. Julkaisussa: Forsberg H, Ritala-Koskinen A, Törrönen M, toim. Lapset ja sosiaalityö. Kohtaamisia, menetelmiä ja tiedon uudelleenarviointia. Jyväskylä: PS-kustannus, 2006, 167–193.

Hurtig T. Adolescent ADHD and family environment – an epidemiological and clinical study of ADHD in the Northern Finland 1986 birth cohort. Oulu: Oulun yliopisto, Acta Universitatis Ouluensis D Medica 919, 2007. Saatavissa: <<http://herkules oulu.fi/isbn9789514284229/isbn9789514284229.pdf>>. Viitattu 18.1.2010.

Hurtig T, Taanila A, Ebeling H, Miettunen J, Moilanen I. Attention and behavioural problems of Finnish adolescents may be related to the family environment. *European Child and Adolescent Psychiatry* 2005; 14: 471–478.

Hurtig T, Ebeling H, Taanila A, ym. ADHD and comorbid disorders in relation to family environment and symptom severity. *European Child and Adolescent Psychiatry* 2007; 16: 362–369.

Ingram RE, Luxton DD. Vulnerability-stress models. Julkaisussa: Hankin BL, Abela JRZ, toim. Development of psychopathology. A vulnerability-stress perspective. Thousand Oaks, CA: Sage, 2005: 32–46. Saatavilla: <http://atgstag01.sagepub.com/upm-data/5348_Hankin_Final_pdf_Chapter_2.pdf>. Viitattu 17.11.2009.

International statistical classification of diseases and related health problems. Vol 1. Geneva: WHO, 1992.

Janssens L, Gorter JW, Ketelaar M, Kramer WLM, Holtslag HR. Long-term health condition in major pediatric trauma. A pilot study. *Journal of Pediatric Surgery* 2009; 44: 1591–1600.

Johansson J, Hansen M, Pennola T, Havukainen E, Orakoski P. Perhepsykytti – sinnittelystä elämäntilanteeseen. Helsinki: Suomen Kasvatus- ja perheneuvontaliitto, 2003.

Kaikko K. Psykkisen ja sosiaalisen yhdistäminen perhekuntoutuksessa. Mielenterveys- ja päihdeongelmaisten lapsiperheiden perhekuntoutushanke Moppi. Loppuraportti. Oulu: Nuorten Ystävät, Raportteja 6, 2004. Saatavissa: <http://www.nuorten-ystavet.fi/nuorten_ystavat_ry/julkaisutoiminta/projektien_loppuraportit/psykkisen_ja_sosiaalisen_yhdistaminen_perhekuntoutuksessa>. Viitattu 29.7.2009.

Kalland M. Vauvan ja lapsen kehityksellisten tarpeiden huomioiminen lastensuojelussa. Julkaisussa: Puonti A, Saarnio T, Hujala A, toim. Lastensuojelu tänään. Helsinki: Tammi, 2004: 119–140.

Karlsson L, Marttunen M. Nuorten depressio. Tietoa nuorten kanssa työskenteleville aikuisille. Helsinki: KTL, Julkaisuja B10, 2007. Saatavissa: <<http://www.ktl.fi/portal/2920>>. Viitattu 3.11.2009.

Karlsson L, Pelkonen M, Aalto-Setälä T, Marttunen M. Nuorten masennus – vakava sairaus, jonka hoitoa tutkittu vähän. Suomen Lääkärilehti 2005; 60: 2879–2883.

Klasen H, Woerner W, Wolke D, ym. Comparing the German versions of the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ-Deu) and the Child Behavior Checklist. European Child and Adolescent Psychiatry 2000; 9 (4): 271–276.

Koivikko M, Sipari S. Lapsen ja nuoren hyvä kuntoutus. Helsinki: Vajaaliikkeisten Kunto ry, 2006.

Korhonen V, Marttunen M. Mielialan vaihtelut ja mielialahäiriöt. Julkaisussa: Laukkanen E, Marttunen M, Miettinen S, Pietikäinen M, toim. Nuoren psyykkisten ongelmien kohtaaminen. Helsinki: Duodecim, 2006: 79–89.

Koskelainen M. The Strengths and Difficulties Questionnaire among Finnish school-aged children and adolescents. Turku: Turun yliopisto, Annales Universitatis Turkuensis D 809, 2008.

Koskelainen M. Child Behaviour Checklist vs. Strengths and Difficulties Questionnaire. PowerPointesitys. Helsinki 21.4.2009. Saatavissa: <http://www.lpsy.org/bin/A456KOSKELAINEN_HO.pdf>. Viitattu 14.5.2009.

Koskelainen M, Sourander A, Kaljonen A. The Strengths and Difficulties Questionnaire among Finnish school-aged children and adolescents. European Child and Adolescent Psychiatry 2000; 9: 277–284.

Koskelainen M, Sourander A, Vauras M. Self-reported strengths and difficulties in a community sample of Finnish adolescents. European Child and Adolescent Psychiatry 2001; 10: 180–185.

Koskisuu J. Eri teitä perille. Mitä mielenterveyskuntoutus on? Helsinki: Edita, 2004.

Koskisuu J, Kulola T. Yhdessä yksin? Mielenterveysongelma parisuhteessa ja perheessä. Helsinki: Edita, 2005.

Kumpulainen K. Epidemiologia ja häiriöiden jatkuvuus. Julkaisussa: Moilanen I, Räsänen E, Tamminen T, Almqvist F, Piha J, Kumpulainen K, toim. Lasten- ja nuorisopsykiatria. Helsinki: Duodecim, 2004: 130–141.

Lasten ja nuorten aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriön (ADHD) hoito. Käypä hoito 4.11.2007. Suomalaisen lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Neurologinen Yhdistys Ry:n ja Suomen Lastenpsykiatriyhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2007. Saatavissa: <www.kaypahoito.fi/kh/kaypahoito?suositus=hoi50061>. Viitattu 11.3.2010.

Lehto-Salo P, Marttunen M. Käytöshäiriöt ja niiden hoito. Julkaisussa: Laukkanen E; Marttunen M; Miettinen S; Pietikäinen M, toim. Nuoren psyykkisten ongelmien kohtaaminen. Helsinki: Duodecim, 2006, 99–111.

Lehto-Salo P, Marttunen M. Tyttöjen käytöshäiriön erityispiirteitä. Suomen Lääkärilehti 2008; 63: 4429–4435.

Leinonen J. Families in struggle. Child mental health and family well-being in Finland during the economic recession of the 1990s. The importance of parenting. Helsinki: Stakes, Research Report 143, 2004.

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

Lundh L-G, Wångby-Lundh M, Bjärehed J. Self-reported emotional and behavioral problems in Swedish 14 to 15-year-old adolescents. A study with the self-report version of the Strengths and Difficulties Questionnaire. Scandinavian Journal of Psychology 2008; 49: 523–532.

Luopa P, Pietikäinen M, Jokela J. Kouluterveyskysely 1998–2007. Nuorten hyvinvoinnin kehitys ja alueelliset erot. Helsinki: Stakes, Raportteja 23, 2008.

Martin M, Notko T, Järvikoski A. Kuntoutuksen toteutus, hyödyt ja vaikutukset. Julkaisussa: Järvikoski A, Hokkanen L, Härkäpää K, toim. Asiakkaan äänellä. Odotuksia ja arvioita vaikeavammaisten lääkinnällisestä kuntoutuksesta. Helsinki: Kuntoutussäätiö, Tutkimuksia 80, 2009: 258–279.

Mattila M-L, Kielinen M, Jussila K, ym. An epidemiological and diagnostic study of Asperger syndrome according to four sets of diagnostic criteria. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 2007; 46: 636–646.

Mattus M-R. Perhelähtöinen arviointi: Haastattelumenetelmä interventiona HMI. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto, Erityispedagogiikan laitos, Opetusmateriaali 11, 1999.

McDonnell M, Glod C. Prevalence of psychopathology in preschool-age children. Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing, 2003; 16: 141–152.

Melamies N, Pärnä K, Heino L, Miller H. Lapsi kuntoutujana – haaste aikuiselle. Julkaisussa: Karjalainen V, Viikkumaa I, toim. Kuntoutus kanssamme. Ihmisen toimijuuden tukeminen. Helsinki: Stakes, 2004, 102–121.

Moilanen I. Tunne-elämän häiriöt. Julkaisussa: Moilanen I, Räsänen E, Tamminen T, Almqvist F, Piha J, Kumpulainen K, toim. Lasten- ja nuorisopsykiatria. Helsinki: Duodecim, 2004: 205–207.

Naylor PB, Cowie HA, Walters SJ, Talamelli L, Dawkins J. Impact of a mental health teaching programme on adolescents. The British Journal of Psychiatry 2009; 194: 365–370.

Nieminen-von Wendt T. Tarkkaavaisuus- ja keskittymishäiriö eli ADHD. Kunnallislääkäri 2005; 20 (5): 24–29.

Nieminen-von Wendt T, Wendt L von, Avellan A, Tani P. Aspergerin oireyhtymä. Kliininen kuva, diagnostiikka ja kuntoutus (osa 1). Yleislääkäri 2007; 22 (3): 15–19.

- Obel C, Heiervang E, Rodriguez A, ym. The Strengths and Difficulties Questionnaire in the Nordic countries. *European Child and Adolescent Psychiatry* 2004; 13 (2): 32–39.
- Piha, J. Lapsikeskeinen perheterapia. Julkaisussa: Aaltonen J, Rinne R, toim. Perhe terapiassa. Vuoropuhelua vuosituhannen vaihtuessa. Jyväskylä: Gummerus, 1999, 14–20.
- Puustinen-Korhonen A. Katsaus perhekuntoutuksen tarpeeseen ja toteutuneeseen perhekuntoutukseen. Kuuselan perhekuntoutuskeskus 2001–2004. Vantaan kaupunki. Julkaisematon työraportti, 2005.
- Pönnkö M-L, Ebeling H, Taanila A, Linna S-L, Moilanen I. Psychiatric disorders of children and adolescents – a growing problem at school. *International Journal of Circumpolar Health* 2002; 61: 6–16.
- Ranta K. Ahdistuneisuus ja ahdistuneisuushäiriöt. Julkaisussa: Laukkanen E, ym., toim. Nuoren psyykkisten ongelmien kohtaaminen. Helsinki: Duodecim, 2006: 66–78.
- Ranta K, Kaltiala-Heino R, Rantanen P, Pekonen M, Marttunen M. Nuorten ahdistuneisuushäiriöt. *Duodecim* 2001; 117: 1225–1232.
- Rimpelä M. Terveyttä edistävä kouluyhteisö. Julkaisussa: Terho P, Ala-Laurila E-L, Laakso J, Krogius H, Pietikäinen M, toim. Kouluterveydenhuolto. Helsinki: Duodecim, 2002, 86–93.
- Rintahaka P. Nuorten neuropsykiatriset häiriöt – ADHD, Aspergerin oireyhtymä ja unihäiriöt. *Duodecim* 2007; 123: 215–222.
- Rissanen P. Sosiaalinen työkyvyttömyys. Peruspalvelujen suursyömäri ja inhimillinen tragedia – pelastaako Kela? Esitelmä, Työllisyysforum, Mauno Koivisto -keskus, Turku 13.10.2003. Saatavissa: <<http://www.aedu.sakky.fi/tyopolku/verkosto/turkuforum03/Rissanen-Kela.pdf>>. Viitattu 10.11.2009.
- Rothenberger A, Becker A, Erhart M, Wille N, Ravens-Sieberer U, the BELLA study group. Psychometric properties of the Parent Strengths and Difficulties Questionnaire in the general population of German children and adolescents. Results of the BELLA study. *European Child and Adolescent Psychiatry* 2008; 17 (Suppl 1): 99–105.
- Rousu S. Lastensuojelun tuloksellisuuden arviointi organisaatioissa. Näkymätön tuloksellisuus näkyväksi. Helsinki: Suomen Kuntaliitto, Tampereen yliopisto, Acta Electronica Universitatis Tampereensis 682, 2007. Saatavissa: <<http://acta.uta.fi/pdf/978-951-44-7174-2.pdf>>. Viitattu 11.11.2009.
- Salminen JK. Psykiatrisen kuntoutuksen vaikuttavuus. Julkaisussa: Aalto A-M, Hurri H, Järvikoski A, ym. Kannattaako kuntoutus? Asiantuntijakatsaus eräiden kuntoutusmuotojen vaikuttavuudesta. Helsinki: Stakes, Raportteja 267, 2002, 109–124.
- Salo S. Vanhempien parisuhdeongelmien yhteys lasten käyttäytymisongelmiin ja psyykkiseen oireiluun. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto, 2006. Saatavissa: <<http://www.satuote.com/forum/files/200701300049160.SirpaSalolisansiaattityo.pdf>>. Viitattu 24.9.2009.

Salokangas RKR, Stengård E, Honkonen T, Koivisto A-M, Saarinen S. Sairaalasta yhteiskuntaan. Seurantatutkimus sairaalasta kotiuttamisen vaikutuksista skitsofreniapotilaan elämään ja hoitotilanteeseen. Helsinki: Stakes, Raportteja 248, 2000.

Sanne B, Torsheim T, Heiervang E, Stormark KM. The Strengths and Difficulties Questionnaire in the Bergen Child Study. A conceptuality and methodically motivated structural analysis. *Psychological Assessment* 2009; 21: 352–364.

Santalahti P, Sourander A. Onko lasten psykiatrisen sairastavuus lisääntynyt? *Duodecim* 2008; 124: 1499–1506.

SDQ Information for researchers and professionals about the Strengths and Difficulties Questionnaires. Saatavilla: <<http://www.sdqinfo.com/>>. Viitattu 18.5.2009.

Shojaei T, Wazana A, Pitrou I, Kovess V. The Strengths and Difficulties Questionnaire. validation study in French school-aged children and cross-cultural comparisons. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 2009; 44: 740–747.

Solantaus T, Punamäki R-L. Maailma, lapsi ja lapsen kehityksen tutkimus. Globaalin talouden polku lapsen kehitykseen ja mielenterveyteen. Julkaisussa: Lahikainen AR, Punamäki R-L, Tamminen T, toim. Kulttuuri lapsen kasvattajana. Helsinki: WSOY, 2008, 183–203.

Sourander A, Jensen P, Davies M, Niemelä S, Elonheimo H, Ristkari T, ym. Who is at greatest risk of adverse long-term outcomes? The Finnish from a boy to a man study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 2007; 46: 1148–1161.

Suvisaari J, Manninen M. Käytöshäiriön ennusteeseen vaikutetaan parhaiten puuttumalla ongelmiin varhain. *Suomen Lääkärilehti* 2009; 64: 2459–2464.

Taanila AM, Hurtig TM, Miettunen J, Ebeling H, Moilanen IK. Association between ADHD symptoms and adolescents' psychosocial well-being. A study of the northern Finland birth cohort 1986. *International Journal of Circumpolar Health* 2009; 68:133–144.

Tuori T, Lehtinen V, Hakkarainen A, ym. The Finnish National Schizophrenia Project 1981–1987. 10-year evaluation of its results. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1998; 97: 10–17.

Van Roy B, Veenstra M, Clench-Aas J. Construct validity of the five-factor Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) in pre-, early, and late adolescence. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry* 2008; 49: 1304–1312.

Vartiainen P. Palveluorganisaatioiden tuloksellisuusarviointi, teoriat ja käytäntö. Päivähoitoon, erityisesti päiväkoteihin kohdistuva monitahoarviointi. Vaasa: Vaasan yliopisto, Acta Wasaensia 40, 1994.

Vartiainen P. Intressiryhmät evaluointiprosessissa. Metodologista pohdintaa monitahoarvioinnin avulla. *Hallinnon Tutkimus* 2001; 20 (1): 30–40.

Virkkunen M. Kognitiiviset ja interpersoonalliset terapiat ja niiden tuloksellisuus. Julkaisussa: Depressio. Tunnistaminen ja hoito. Helsinki: Suomen Akatemia ja Duodecim, Suomen Akatemian julkaisuja 1, 1995, 180–192.

Voutilainen A, Sourander A, Lundström B. Lasten tarkkaavuus- ja yliaktiivisuushäiriö neuropsykiatrisena ongelmana. Duodecim 2004; 120: 2672–2679.

Wendt L von. Lastenneurologinen kuntoutus. Julkaisussa: Kallanranta T, Rissanen P, Vilkkumaa I, toim. Kuntoutus. Helsinki: Duodecim, 2001: 398–411.

Wendt L von, Voutilainen A. Lasten hyvinvoinnin ja oppimisvaikeuksien arviointi 3–7 vuoden iässä. Diagnostiikka ja seulonta lastenneurologian kannalta. Stakesin ja Opetushallituksen asiantuntijaseminaari ”Lasten hyvinvoinnin ja oppimisvalmiuksien toteaminen 3–7 vuoden iässä” 19.4.2006. Saatavissa: <<http://info.stakes.fi/NR/rdonlyres/A19DE030-B039-4A69-97AC-B521B0D059ED/0/Lennartvonwendt.pdf>>. Viitattu 24.9.2009.

Wendt L von, Avellan A. Autismin kirjon kymmenen vuoden kirkastumisen kausi. Autismi 2007; (4): 18–22.

Westman R, Haverinen R, Ristikartano V, Koivisto J, Malmivaara A. Perheinterventioiden vaikuttavuus. Helsinki: Stakes, FinSoc Arviointiraportteja 5, 2005.

LIITTEET

Liite 1. Kohderyhmäkysely.

Tämä kysely koskee kaikkia niitä lapsia/nuoria, jotka ovat aloittaneet perhekuntoutuksen hankkeessanne vuonna 2005 tai sen jälkeen (lapsen iästä ja kuntoutuksen päättymisajankohdasta riippumatta). Pyydämme sinua täyttämään kustakin lapsesta/nuoresta oman lomakkeen rastittamalla tai kirjoittamalla seuraavat tiedot

1. Lapsen sukupuoli.

tyttö	
poika	

2. Lapsen syntymävuosi _____

3. Lapsen hankkeeseen lähettänyt taho. (Rastita taho tai lisää taho listaan, jos sitä ei löydy listasta. Voit tarkentaa lähettävää tahoja esim. koulu/lääkäri tai koulu/psykologi.)

perheneuvola	
lastenpsykiatrian poliklinikka tai osasto	
lastenneurologian poliklinikka tai osasto	
nuorisopsykiatrian poliklinikka tai osasto	
terveyskeskus	
yksityislääkäri	
sosiaalitoimi	
lastensuojelu	
koulu	

4. Diagnoosit

Laita taulukkoon diagnoosin/diagnoosien koodit sekä sanalliset selitykset. Koodi ehdoton. Esim. F 93.2 Lapsuusiän sosiaalinen ahdistushäiriö tai F 92.0 Masennusoireinen käytöshäiriö.

Koodi	Sanallinen selitys

Hankkeen nimi: _____

Lomakkeen täyttäjä ja päiväys: _____

Liite 2. Loppukysely hankkeille.

Swot-analyysi (**S**trengths, **W**eaknesses, **O**pportunities, **T**hreats) on menetelmä, jota käytetään mm. toimintamallien arviointiin ja kehittämiseen. Pyydämme täyttämään alla olevan nelikentän pohtien omaa perhekuntoutuksenne toimintamallia sekä vastaamaan nelikentän alla oleviin kysymyksiin. Nelikentän yläpuolisko kuvaa toimintamallinne nykytilaa ja sisäisiä asioita, alapuolisko tulevaisuutta ja ulkoisia asioita. Vasemmalla ovat myönteiset asiat ja oikealla kielteiset asiat. Täyttäkää nelikenttä seuraavien apukysymysten avulla:

- (A) Mitkä asiat perhekuntoutusmallissanne ovat lapsen ja perheen kuntoutumisen kannalta toimivia/vaikuttavia?
- (B) Missä asioissa olisi parantamisen varaa?
- (C) Miten käyttökelpoisena pidätte perhekuntoutusmallianne tulevaisuudessa?
- (D) Mitä uhkia näette liittyvän perhekuntoutusmallinne toteuttamiseen tulevaisuudessa?

Vahvuudet (A) - - -	Heikkoudet (B) - - -
Mahdollisuudet (C) - - -	Uhat (D) - - -

JATKOKYSYMYKSET:

Miten mainitsemianne vahvuuksia voidaan kehittää edelleen?

Miten mainitsemianne heikkouksia voidaan poistaa?

Miten mainitsemianne mahdollisuuksia voidaan hyödyntää?

Miten mainitsemianne uhkia voidaan torjua?

Liite 3. Alkukysely (5–16-vuotiaiden lasten) vanhemmille.

Hyvät perhekuntoutukseen osallistuvan lapsen vanhemmat

Eri puolilla Suomea on meneillään yksitoista perhekuntoutushanketta. Niiden tavoitteena on tukea vanhempia kasvatustehtävässä ja lapsen kuntoutumisessa. Tarkoituksena on etsiä hyviä käytäntöjä, joiden avulla perheiden jaksamista voidaan edistää ja estää lasten vaikeuksien kärjistyminen. Tavoitteena on, että perheet voisivat saada tukea lähiverkostoista.

Tällä kyselyllä kerätään tietoja lapsen ja perheen tilanteesta ja odotuksista perhekuntoutuksen alkuvaiheessa. Myöhemmin toteutetaan seurantakysely. Tietoja käytetään perhekuntoutuksen toteutuksen ja vaikutusten arviointiin ja tutkimukseen. Alkukyselyn vastaukset menevät myös perhekuntoutusta toteuttavan hankkeen tietoon.

Pyydämme Teitä vastaamaan lomakkeen kysymyksiin. Tietoja käsitellään luottamuksellisesti. Kyselyyn vastaaminen on vapaaehtoista. Vastaamattomuus ei vaikuta kuntoutukseen, mutta jokainen vastaus on todella tärkeä suunniteltaessa toimia, joiden avulla perheitä voidaan tukea mahdollisimman hyvin.

Mikäli Teillä on kysyttävää, voitte ottaa yhteyttä tutkija Ritva Linnakankaaseen (puh. 016-341 2626 Lapin yliopisto) tai tutkija Pirjo Lehtorantaan (puh. 09-5304 264 Kuntoutussäätiö).

Vastaattehan ____ . ____ . _____ **mennessä.**

KIITOS ETUKÄTEEN VASTAUKSISTANNE!

Perhekuntoutuksen arvioinnin tutkijaryhmä:
Asko Suikkanen, professori, Lapin yliopisto
Aila Järvikoski, professori, Lapin yliopisto
Ritva Linnakangas, tutkija, YTT, Lapin yliopisto
Pirjo Lehtoranta, tutkija, PsL, Kuntoutussäätiö

ALKUKYSELY**5–16-vuotiaiden vanhemmat****Projektin nimi****Tunniste****1. Milloin perhekuntoutus alkoi (päivämäärä)?** _____**2. Pääasiallinen syy, miksi osallistutte perhekuntoutukseen:** _____

3. Mitä toivotte perhekuntoutukselta? _____

4. Perhekuntoutukseen osallistuvan lapsenne syntymäaika: _____**5. Lapsenne sukupuoli:** 1 tyttö
2 poika**6. Lapsellenne asetettu diagnoosi (jos on tiedossa):** _____**7. Miten lapsellanne menee tällä hetkellä kotona tai kavereiden seurassa? Arvioikaa tilannetta asteikolla 4–10, jossa 4 tarkoittaa huonosti ja 10 erinomaisesti.** Merkitkää rasti ruutuun (ei ole), mikäli lapsellanne ei ole äitiä, isää, sisarusia tai kavereita seurana.

	4	5	6	7	8	9	10	Ei ole
Äidin kanssa								<input type="checkbox"/>
Isän kanssa								<input type="checkbox"/>
Sisarusten kanssa								<input type="checkbox"/>
Kavereiden kanssa								<input type="checkbox"/>

8. Mikä on arvionne lapsenne oppimisesta?

	Huono							Erinomainen
Arvio kouluoppimisesta: (jos lapsi kouluikäinen)	4	5	6	7	8	9	10	
Arvio uusien asioiden omaksumisesta yleensä:	4	5	6	7	8	9	10	

9. Kuinka suureksi avuksi lapsenne hoidossa ja kasvatuksessa seuraavat henkilöt ovat olleet kuluneen puolen vuoden aikana?

	Ei ole olemassa	Ei ole avuksi	On joskus avuksi	On yleensä avuksi	On jatkuvasti avuksi
Perheenne toiset lapset (lapsenne sisarukset)	EO	1	2	3	4
Isovanhemmat	EO	1	2	3	4
Muut sukulaiset	EO	1	2	3	4
Ystävät	EO	1	2	3	4
Päivähoidon henkilöstö	EO	1	2	3	4
Opettajat	EO	1	2	3	4
Muut ammattilaiset	EO	1	2	3	4

10. Kertokaa tarkemmin lapsenne tilanteesta ja voinnista tällä hetkellä.

11. Muistella lapsenne käyttäytymistä kuluneen puolen vuoden aikana ja merkitkää rasti yhteen kolmesta vaihtoehdosta. On hyvin tärkeää, että vastaatte jokaiseen kohtaan parhaan kykynne mukaan siitäkin huolimatta, että aina ette tunne olevanne asiasta täysin varma.

	Ei päde	Pätee jonkin verran	Pätee varmasti
Ottaa muiden tunteet huomioon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Levoton, yliaktiivinen, ei pysty olemaan kauan hiljaa paikoillaan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Valittaa usein päänsärkyä, vatsakipua tai pahoinvointia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jakaa auliisti tavaroitaan (karkkeja, leluja, värikyniä jne.) muiden lasten kanssa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hänellä on usein kiukunpuuskia, tai hän kiivastuu helposti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ei näytä kaipaavan seuraa, leikkii usein itsekseen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
On yleensä tottelevainen, tavallisesti tekee niin kuin aikuinen käskee	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hänellä on monia huolia, näyttää usein huolestuneelta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
On auttavainen, jos joku on loukkaantunut, pahoilla mielin tai huonovointinen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jatkuvasti hypistelemässä jotakin tai kiemurtelee paikoillaan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hänellä on ainakin yksi hyvä ystävä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Ei päde	Pätee jonkin verran	Pätee varmasti
Usein tappelee toisten lasten kanssa tai kiusaa muita	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Usein onneton, mieli maassa tai itkuinen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Yleensä muiden lasten suosiossa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Helposti häiriintyvä, mielenkiinto harhailee	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uusissa tilanteissa pelokas tai aikuiseen takertuva, vailla itseluottamusta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kiltti nuorempiaan kohtaan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Valehtelee tai petkuttaa usein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Muiden lasten silmätikku tai kiusaamisen kohde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tarjoutuu usein auttamaan muita (vanhempiaan, opettajia, muita lapsia)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Harkitsee tilanteen ennen kuin toimii	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Varastaa kotoa, koulusta tai muualta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tulee paremmin toimeen aikuisten kuin toisten lasten kanssa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kärsii monista peloista, usein peloissaan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Saattaa tehtävät loppuun, hyvin pitkäjänteinen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SDQ

12. Kuinka toivoisitte lapsenne tilanteen muuttuvan? _____

13. Missä määrin seuraavat lausumat kuvaavat perheenne viimeaikaista kokemusta?

	Ei kuvaa lainkaan viimeaikaista kokemustanne	Kuvaa heikosti kokemustanne	Kuvaa jossain määrin kokemustanne	Kuvaa melko hyvin kokemustanne	Kuvaa täysin kokemustanne
Voitte luottaa siihen, että saatte tukea toisiltanne, jos jokin menee pieleen	1	2	3	4	5
Ette löydä aikaa yhdessäoloon silloin, kun on kiirettä	1	2	3	4	5
Osaatte yleensä ratkaista asiat perheenne ja lapsenne kannalta parhaalla mahdollisella tavalla	1	2	3	4	5
Teidän on vaikea jakaa huoliinne ja tunteitanne rakentavalla tavalla	1	2	3	4	5

14. Millaiset seikat perheessänne tukevat lapsenne kuntoutumista?

15. Oletteko lapsenne tilanteen vuoksi tällä hetkellä asiakkaana perhekuntoutuksen lisäksi jonkun muun hoito- tai viranomaistahon piirissä (esim. perheneuvola, lasten/ nuorisopsykiatria jne.)? Missä? _____

16. Jos vastasitte ”Kyllä” edelliseen kysymykseen, kertokaa tarkemmin, millaista tukea, hoitoa tai apua ko. taholta saatte. _____

17. Aiheuttavatko seuraavat asiat perheessänne tällä hetkellä huolta ja minkä verran?

	Aiheuttaa paljon huolta	Aiheuttaa melko paljon huolta	Ei aiheuta juurikaan huolta	Ei aiheuta huolta/ Ei päde Teihin
Perhekuntoutukseen osallistuvan lapsenne selviytyminen elämässä	3	2	1	EP
Tunne siitä, että olette menettämässä otteen lapsenne	3	2	1	EP
Perheenne toisten lasten selviytyminen	3	2	1	EP
Perheenne taloudellinen toimeentulo	3	2	1	EP
Ajan riittämättömyys puolisoiden keskinäiseen yhdessäoloon ja keskusteluun	3	2	1	EP
Jaksaminen, rasittuminen vanhempina	3	2	1	EP
Ristiriidat vanhempien välillä	3	2	1	EP
Työttömyys tai sen uhka	3	2	1	EP
Työpaineet, selviytyminen työssä	3	2	1	EP
Vanhempien sairaudet	3	2	1	EP
Muu asia	3	2	1	EP

Mikä? _____

18. Koetteko vanhempina tarvitsevanne tukea, ohjausta tai lisätietoa seuraavissa asioissa?

	Erittäin paljon	Melko paljon	Jonkin verran	Ehkä hiukan	Ei ajankohtaista
Tukea lapsenne tunnetilojen käsittelyssä	4	3	2	1	EA
Tukea lapsenne vahvuuksien tunnistamiseen	4	3	2	1	EA
Keinoja kontaktin saamiseksi lapseenne	4	3	2	1	EA
Tietoa lasten käyttäytymisestä ja lapsen kasvatuksesta	4	3	2	1	EA
Keinoja tukea lastanne kaverisuhteiden ongelmissa	4	3	2	1	EA
Opastusta lapsenne tulevaisuuden (esim. koulutusmahdollisuuksien) suunnitteluun	4	3	2	1	EA
Tietoa lähimmästä hoito- tai viranomais- tahosta, josta saatte tarvittaessa apua	4	3	2	1	EA
Tukea, joka auttaisi Teitä vanhempina jaksamaan paremmin	4	3	2	1	EA
Apua perheenne taloudellisten vaikeuksien selvittämiseksi	4	3	2	1	EA
Mahdollisuutta päästä kosketuksiin sellaisten ihmisten kanssa, jotka osaavat kuunnella ja ohjata	4	3	2	1	EA
Muu toive	4	3	2	1	EA

Mikä? _____

19. Keitä perheeseen kuuluu? Valitkaa seuraavista:

Äiti, isä ja ___ lasta

Äiti ja ___ lasta

Isä ja ___ lasta

Jonkin muunlainen, millainen? _____

20. a) Onko äiti työelämässä? Kyllä Ei

b) Mikäli ei työelämässä, mikä tilanne? _____

c) Äidin ammatti? _____

d) Äidin koulutus? _____

21. a) Onko isä työelämässä? Kyllä Ei

b) Mikäli ei työelämässä, mikä tilanne? _____

c) Isän ammatti? _____

d) Isän koulutus? _____

Lomakkeen täyttäjät: Äiti Isä Joku muu, kuka? _____

Päivämäärä _____

Parhaat kiitokset avustanne!

Liite 4. Seurantakysely (5–16-vuotiaiden lasten) vanhemmille.

Hyvät perhekuntoutukseen osallistuneen lapsen vanhemmat

Tämä kysely liittyy perhekuntoutuksen arviointiin. Kyselyllä kerätään tietoja lapsen ja perheen tilanteesta ja perhekuntoutuksesta saaduista kokemuksista kuntoutuksen loppuvaiheessa tai päätyttyä.

Pyydämme Teitä vastaamaan lomakkeen kysymyksiin. Tietoja käsitellään luottamuksellisesti ja käytetään perhekuntoutuksen toteutuksen ja vaikutusten arviointiin ja tutkimukseen. Kyselyyn vastaaminen on vapaaehtoista, mutta jokainen vastaus on todella tärkeä. Vastaukset auttavat suunnittelemaan toimia, joiden avulla perheitä voidaan tukea mahdollisimman hyvin.

Mikäli Teillä on kysyttävää, voitte ottaa yhteyttä tutkija Ritva Linnakankaaseen (puh. 016-341 2626 Lapin yliopisto) tai tutkija Pirjo Lehtorantaan (puh. 09-5304 264 Kuntoutussäätiö).

Vastaattehan _____._____ mennessä.

KIITOS ETUKÄTEEN VASTAUKSISTANNE!

Perhekuntoutuksen arvioinnin tutkijaryhmä:
Asko Suikkanen, professori, Lapin yliopisto
Aila Järvikoski, professori, Lapin yliopisto
Ritva Linnakangas, tutkija, YTT, Lapin yliopisto
Pirjo Lehtoranta, tutkija, PsL, Kuntoutussäätiö

SEURANTAKYSELY**5–16-vuotiaiden vanhemmat****Projektin nimi****Tunniste**

Olette osallistuneet Kelan perhekuntoutusprojektiin. Tällä kyselyllä kerätään tietoa Teidän mielipiteestänne perhekuntoutuksesta ja arviotanne sen onnistumisesta.

1. Milloin perhekuntoutus päättyi tai päättyy (päivämäärä)? _____

2. Mikä perhekuntoutuksessa auttoi LASTANNE? Perustelkaa, miksi jokin toiminta oli hyvää. _____

3. Mikä perhekuntoutuksessa auttoi jaksamistanne VANHEMPINA ja tuntui hyvältä? Perustelkaa, miksi jokin toiminta oli hyvää. _____

4. Sisälsikö perhekuntoutus seuraavia asioita ja oliko niitä riittävästi?

	Sisälsi liikaa	Sisälsi sopivasti	Sisälsi liian vähän	Ei sisältänyt, olisi toivottu	Ei sisältänyt, ei tarvetta
Perheenne yhteisten asioiden käsittelyä kotikäyntien tai vastaavien yhteydessä	4	3	2	1	ET
Keskustelua ja kokemusten vaihtoa muiden perheiden kanssa	4	3	2	1	ET
Työskentelyä muun viranomaisverkoston kanssa (esim. päivähoito, koulu, sosiaalitoimi, terveydenhuolto)	4	3	2	1	ET

5. Mitä olisitte perhekuntoutukselta toivonut, mutta se ei toteutunut? _____

6. Saitteko vanhempina tukea, ohjausta tai lisätietoa seuraavissa asioissa perhekuntoutuksesta?

	Erittäin paljon	Melko paljon	Jonkin verran	Ehkä hiukan	Ei ajan-kohtaista
Tukea lapsenne tunnetilojen käsittelyssä	4	3	2	1	EA
Tukea lapsenne vahvuuksien tunnistamiseen	4	3	2	1	EA
Keinoja kontaktin saamiseksi lapseenne	4	3	2	1	EA
Tietoa lasten käyttäytymisestä ja lapsen kasvatuksesta	4	3	2	1	EA
Keinoja tukea lastanne kaverisuhteiden ongelmissa	4	3	2	1	EA
Opastusta lapsenne tulevaisuuden (esim. koulutusmahdollisuuksien) suunnitteluun	4	3	2	1	EA
Tietoa lähimmästä hoito- tai viranomais-tahosta, josta saatte tarvittaessa apua	4	3	2	1	EA
Tukea, joka auttaisi Teitä vanhempina jaksamaan paremmin	4	3	2	1	EA
Apua perheenne taloudellisten vaikeuksien selvittämiseksi	4	3	2	1	EA
Mahdollisuutta päästä kosketuksiin sellaisten ihmisten kanssa, jotka osaavat kuunnella ja ohjata	4	3	2	1	EA

7. Antoiko perhekuntoutus Teille vanhempina voimavaroja tukea lastanne?

Kyllä, paljon Jonkin verran Vähän Ei lainkaan

8. Kertokaa asiasta tarkemmin: _____

11. Mikä on arvionne lapsenne oppimisesta?

	Huono						Erinomainen
Arvio kouluoppimisesta: (jos lapsi kouluikäinen)	4	5	6	7	8	9	10
Arvio uusien asioiden omaksumisesta yleensä:	4	5	6	7	8	9	10

12. Onko lapsenne mielialassa, keskittymisessä, käyttäytymisessä, koulunkäynnissä, toisten kanssa toimeen tulemisessa tapahtunut perhekuntoutuksen myötä muutoksia? Mitä muutoksia? Kertokaa myös, mikäli muutoksia ei ole ollut. _____

13. Missä määrin seuraavat lausumat kuvaavat perheenne viimeaikaista kokemusta?

	Ei kuvaa lainkaan viimeaikaista kokemustanne	Kuvaa heikosti kokemustanne	Kuvaa jossain määrin kokemustanne	Kuvaa melko hyvin kokemustanne	Kuvaa täysin kokemustanne
Voitte luottaa siihen, että saatte tukea toisiltanne, jos jokin menee pieleen	1	2	3	4	5
Ette löydä aikaa yhdessäoloon silloin, kun on kiirettä	1	2	3	4	5
Osaatte yleensä ratkaista asiat perheenne ja lapsenne kannalta parhaalla mahdollisella tavalla	1	2	3	4	5
Teidän on vaikea jakaa huolianne ja tunteitanne rakentavalla tavalla	1	2	3	4	5

14. Mikä on perhekuntoutukselta saamanne hyöty tai apu? _____

Lomakkeen täyttäjät: Äiti Isä Joku muu, kuka? _____

Päivämäärä _____

Parhaat kiitokset avustanne!

Liite 5. Alkukysely (11–16-vuotiaille) nuorille.

ALKUKYSELY**11–16-vuotiaat nuoret**

Tämän laatikon kysymykset täyttää projekti.

Projektin nimi:

Päivämäärä:

Kuntoutuksen alkamispäivä:

Tunniste:

VASTAA SEURAAVIIN KYSYMYKSIIN

1. Syntymäaika _____ **2. Sukupuoli** 1 tyttö 2 poika

3. Miten olet pärjännyt koulussa? Ympyröi arvosana.

	Huono						Erinomainen
Arvio koulutyön sujumisesta:	4	5	6	7	8	9	10

4. Oletko saanut koulussa tukea oppimiseen esim. omalta opettajalta, erityisopettajalta, koulukuraattorilta tai psykologilta? Merkitse rasti.

En ollenkaan	Vain vähän	Aika paljon	Hyvin paljon
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Miten sinulla menee toisten ihmisten kanssa? Ympyröi arvosana.

Merkitse rasti ruutuun (ei ole), mikäli sinulla ei ole äitiä, isää, sisaruksia tai kavereita.

	Huonosti						Erinomaisesti	Ei ole
Äidin kanssa	4	5	6	7	8	9	10	<input type="checkbox"/>
Isän kanssa	4	5	6	7	8	9	10	<input type="checkbox"/>
Sisarusten kanssa	4	5	6	7	8	9	10	<input type="checkbox"/>
Kavereiden kanssa	4	5	6	7	8	9	10	<input type="checkbox"/>

Jatka kysymyksiin vastaamista seuraavilla sivuilla!

6. Muistele, miten asiat ovat omalla kohdallasi olleet kuluneen puolen vuoden aikana. Merkitse rasti yhteen kolmesta vaihtoehdosta. Vastaa jokaiseen kohtaan, vaikka et olisi asiasta täysin varma.

	Ei pidä paikkansa	Pitää paikkansa jonkin verran	Pitää paikkansa varmasti
Pyrin olemaan ystävällinen muita ihmisiä kohtaan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otan muiden tunteet huomioon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Olen levoton, en pysty olemaan kauan hiljaa paikoillani	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kärsin usein päänsärystä, vatsakivusta tai pahoinvoinnista	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jaan mielelläni tavaroitani (ruokaa, pelejä, kyniä jne.) toisten kanssa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Saatan vihastua kovasti ja menetän usein malttini	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Olen enimmäkseen yksinäni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Yleensä leikin yksin tai pitäydyn oman itseni seurassa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Yleensä teen niin kuin minua käsketään	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Murehdin monia asioita	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Olen auttavainen, jos joku on loukkaantunut, pahoilla mielin tai huonovointinen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Olen jatkuvasti hypistelemässä jotain tai kiemurtelen paikoillani	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Minulla on yksi tai useampia hyviä ystäviä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tappelen usein. Saan muut tekemään mitä haluan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Olen usein onneton, mieli maassa tai itkuinen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ikäiseni ylipäänsä pitävät minusta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Häiriinnyn helposti. Minun on vaikea keskittyä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jännitän uusia tilanteita. Kadotan helposti itseluottamukseni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Olen kiltti pienempiäni kohtaan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Minua syytetään usein valehtelemisestä tai petkuttamisesta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Olen muiden lasten tai nuorten silmätikku tai kiusaamisen kohde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tarjoudun usein auttamaan muita (vanhempiani, opettajia, muita lapsia)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Harkitsen tilanteen ennen kuin toimin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otan tavaroita, jotka eivät kuulu minulle, joko kotoa, koulusta tai muualta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tulen paremmin toimeen aikuisten kuin ikäisten kanssa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kärsin monista peloista, olen helposti pelästynyt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Saatan tehtävät loppuun. Olen hyvin pitkäjänteinen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. Onko sinulla vaikeuksia seuraavilla alueilla?

	Ei	Kyllä – vähäisiä vaikeuksia	Kyllä – selviä vaikeuksia	Kyllä huomattavia vaikeuksia
Erilaisten tunteiden hallinnassa (esim. jännittämistä, pelkoja, asioiden ylenmääräistä murehtimista)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Keskittymisessä tai pitkäjänteisyydessä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Käyttäytymisessä (esim. maltin menettämistä, vihastumista, narraamista)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Muiden kanssa toimeen tulemisessa (esim. kaverit, perheenjäsenet, opettajat ym.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oppimisessa (yleensä tai koulussa)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. Oletko keksinyt keinoja selviytyä vaikeuksista? Jos olet, millaisia keinoja olet keksinyt?

9. Miten sinulla menee tällä hetkellä? Mitä sinulle kuuluu?

10. Miksi omasta mielestäsi olet perhekuntoutuksessa?

11. Mitä toivot perhekuntoutukselta?

Parhaat kiitokset avustasi!

Liite 6. Seurantakysely (11–16-vuotiaille) nuorille.

SEURANTAKYSELY**11–16-vuotiaat nuoret****Tämän laatikon kysymykset täyttää projekti.**

Projektin nimi:

Päivämäärä:

Kuntoutuksen päättymispäivä:

Tunniste:

VASTAA SEURAAVIIN KYSYMYKSIIN**1. Syntymäaika** _____ **2. Sukupuoli** 1 tyttö 2 poika**3. Miten olet pärjännyt koulussa? Ympyröi arvosana.**

	Huono					Erinomainen		
	4	5	6	7	8	9	10	
Arvio koulutyön sujumisesta:								

4. Miten sinulla menee toisten ihmisten kanssa? Ympyröi arvosana.

Merkitse rasti ruutuun (ei ole), mikäli sinulla ei ole äitiä, isää, sisaruksia tai kavereita.

	Huonosti							Erinomaisesti	Ei ole
	4	5	6	7	8	9	10	<input type="checkbox"/>	
Äidin kanssa								<input type="checkbox"/>	
Isän kanssa								<input type="checkbox"/>	
Sisarusten kanssa								<input type="checkbox"/>	
Kavereiden kanssa								<input type="checkbox"/>	

Jatka kysymyksiin vastaamista seuraavilla sivuilla!

5. Muistele, miten asiat ovat omalla kohdallasi olleet kuluneen puolen vuoden aikana. Merkitse rasti yhteen kolmesta vaihtoehdosta. Vastaa jokaiseen kohtaan, vaikka et olisi asiasta täysin varma.

	Ei pidä paikkansa	Pitää paikkansa jonkin verran	Pitää paikkansa varmasti
Pyrin olemaan ystävällinen muita ihmisiä kohtaan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otan muiden tunteet huomioon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Olen levoton, en pysty olemaan kauan hiljaa paikoillani	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kärsin usein päänsärystä, vatsakivusta tai pahoinvoinnista	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jaan mielelläni tavaroitani (ruokaa, pelejä, kyniä jne.) toisten kanssa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Saatan vihastua kovasti ja menetän usein malttini	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Olen enimmäkseen yksinäni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Yleensä leikin yksin tai pitäydyn oman itseni seurassa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Yleensä teen niin kuin minua käsketään	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Murehdin monia asioita	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Olen auttavainen, jos joku on loukkaantunut, pahoilla mielin tai huonovointinen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Olen jatkuvasti hypistelemässä jotain tai kiemurtelen paikoillani	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Minulla on yksi tai useampia hyviä ystäviä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tappelen usein. Saan muut tekemään mitä haluan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Olen usein onneton, mieli maassa tai itkuinen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ikäiseni ylipäänsä pitävät minusta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Häiriinnyn helposti. Minun on vaikea keskittyä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jännitän uusia tilanteita. Kadotan helposti itseluottamukseni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Olen kiltti pienempiäni kohtaan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Minua syytetään usein valehtelemisestä tai petkuttamisesta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Olen muiden lasten tai nuorten silmätikku tai kiusaamisen kohde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tarjoudun usein auttamaan muita (vanhempiani, opettajia, muita lapsia)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Harkitsen tilanteen ennen kuin toimin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otan tavaroita, jotka eivät kuulu minulle, joko kotoa, koulusta tai muualta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tulen paremmin toimeen aikuisten kuin ikäisten kanssa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kärsin monista peloista, olen helposti pelästynyt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Saatan tehtävät loppuun. Olen hyvin pitkäjänteinen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SDQ

6. Minkä arvosanan annat perhekuntoutukselle? Ympyröi arvosana.

	Huono						Erinomainen
Arvio perhekuntoutuksesta:	4	5	6	7	8	9	10

7. Mitä sinulle tärkeitä asioita perhekuntoutuksessa käsiteltiin?

8. Oliko perhekuntoutuksesta apua sinulle? Merkitse rasti.

Ei lainkaan

Kyllä, vähän

Kyllä, paljon

Kyllä, hyvin paljon

9. Jos vastasit ”Kyllä” edelliseen kysymykseen, kerro tarkemmin, millaista apua sait.

10. Mistä et pitänyt?

11. Ympyröi perhekuntoutusta parhaiten kuvaavat sanat (2–3 sanaa).

AHDISTAVA

HELPOTTAVA

HYVÄ

HUONO

TARPEELLINEN

TYLSÄ

KIVA

VÄSYTTÄVÄ

PELOTTAVA

MAHTAVA

12. Miten sinulla menee tällä hetkellä? Mitä sinulle kuuluu?

Parhaat kiitokset avustasi!

Liite 7. Kuntoutuksen sisältöä ja toteuttamista koskeva kaavake.

Keräämme lomakkeella tietoa lapsen/nuoren tyypillisestä kuntoutuspolusta. Pyydämme, että hankkeessanne käytännön kuntoutustyötä tekevät täyttävät lomakkeen tyypillisen kuntoutujatapauksen osalta. Tarkoitus on, että lomakkeen täyttö pohjautuu keskimääräiseen lapsen/nuoren tilanteeseen hankkeessanne. Aikajana ulottuu lomakkeessa 24 kk:een. Merkitkää kuntoutuksen kesto lomakkeeseen kuitenkin sen mukaan, mikä kesto tyypillisimmillään hankkeessanne on.

Olemme saaneet jokaisesta hankkeesta tietoja lapsista/nuorista erillisellä lomakkeella. Niistä saamamme tiedon perusteella pyydämme, että kukin hanke täyttää lomakkeeseen tyypillisen kuntoutuspolun tietynikäisestä lapsesta/nuoresta (lista alla):

Jyväskylän Perhekoulu	5–6 v.
Netti-projekti	12–15 v.
Voimala, Helsinki	7–11 v. ja 12–15 v.
Voimala, Tampere	12–15 v.
Voimala, Oulu	12–15 tai yli 15-vuotias nuori
Voimala, Kotka	7–11 v.
Koulutusavain	7–11 v.
Länsi-Pohja	7–11 v. tai 12–15 v.
Privatim	12–15 v.
KuKa-projekti	yli 15-vuotias nuori
Kainuun perhekuntoutus	yli 15-vuotias nuori
MLL	7–11 v.
ODL: Oulu	7–11 v.
ODL: Rovaniemi	lähimalli 7–11 v. ja kaukomalli 7–11 v.
NeuroMental	yli 15-vuotias nuori.

Mikä on perheenjäsenen laitoskuntoutuksen määrä vuorokausina (Ihavoit)?

Ohje: vanhempien, läheisten ja sisarusten vuorokausimääriä ei lasketa yhteen (perheenjäsenen vuorokausimäärä on sama riippumatta siitä, osallistuuko laitoskuntoutukseen samasta perheestä yksi perheenjäsen tai esim. viisi perheenjäsentä)

0	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----

Merkitse laitospuorokausien sijoittuminen ja määrä aikajanalle.

AIKAJANA: 1.kk								6.kk											18.kk						24.kk
Vuorokausia																									

Lomakkeen selitteet:

Tutkimukset

AH = alku-, soveltuvuushaastattelu

LT = lääkärin tutkimus, kuntoutukseen sisältyvä ja hankkeen maksama (ei ulkopuoliset poliklinikakäynnit tmv.)

PT = psykologin tutkimus, kuntoutukseen sisältyvä ja hankkeen maksama

FT = fysioterapeutin tutkimus, kuten edellä

TA = toimintakyvyn/työkyvyn arviointi, kuten edellä

MT = muun asiantuntijan tekemä tutkimus/selvittely (esim. sosiaalityöntekijä), kuten edellä

Konsultaatiot (edellyttää tapaamista)

KL = lääkärin konsultaatio

KM = muun asiantuntijan konsultaatio (esim. psykologi)

Neuvottelut

LN = neuvottelu/palaveri lähetettävän tahon kanssa

VN = muu verkostoneuvottelu, -tapaaminen (esim. päiväkotit, koulu, sosiaalitoimi, terveysviranomaiset), saman pöydän ääressä

PN = puhelimitse tapahtuva neuvottelu, -konsultaatio

Havainnoinnit (esim. koululuokassa, päiväkotiryhmässä)

KO = koulukäynti

PÄ = päiväkotikäynti

Tapaamiset

LY = lapsen/nuoren yksilökäynti (esim. vastaanotolla, hankkeen tiloissa)

VT = vanhempien/vanhemman tapaaminen (esim. vastaanotolla, hankkeen tiloissa)

LV = lapsen ja vanhempien/vanhemman yhteiskäynti (esim. vastaanotolla, hankkeen tiloissa)

LVS = lapsen, vanhempien/vanhemman ja sisarusten yhteiskäynti (esim. vastaanotolla, hankkeen tiloissa)
K = kotikäynti

Ryhmät – muu yhteistoiminta

LR = lasten/nuorten ryhmä
VR = vanhempainryhmä
SR = sisarustenryhmä
MR = muu ryhmä, esim. opettajat, kouluavustajat, päiväkodin henkilöstö jne.
YT = yhteinen toiminta lapsille ja vanhemmille/läheisille aikuisille (tutustuminen, perhepäivä, kokemusten vaihto tmv.)
YTS = yhteinen toiminta lapsille, vanhemmille ja sisaruksille (tutustuminen, perhepäivä, kokemusten vaihto tmv.)

Terapiat

LPS = lapsen/nuoren psykoterapia, hankkeen henkilöstön antama
PT = perheterapia esim. vastaanotolla, hankkeen tiloissa, hankkeen henkilöstön antama
PTK = perheterapia kotona, hankkeen henkilöstön antama
RT = ryhmäterapia, hankkeen henkilöstön antama
MT = muu terapia, hankkeen henkilöstön antama

Yhteydenpito

LYP = lapsen/nuoren kanssa puhelinkeskustelu
VYP = vanhemman/huoltajan kanssa puhelinkeskustel

LIITETAULUKOT

Liitetaulukko 1. Lasten (5–11-v.) ja nuorten (12–25-v.) mielenterveyden ongelmat.

Mielenterveysongelma	5–11-v.	12–25-v.	Yhteensä
	%	%	%
Neuropsykiatriset oireyhtymät	36,7	17,7	26,0
Käyttäytymishäiriöt	27,7	17,9	22,1
Ahdistuneisuushäiriöt	14,8	25,6	20,9
Masennus	4,6	20,7	13,7
Sosioekonomiset ja psykososiaaliset ongelmat	4,9	4,3	4,6
Oppimisvaikeudet	5,5	3,2	4,2
Muut häiriöt/sairaudet	5,9	10,7	8,7
Yhteensä	100,0	100,0	100,0

Liitetaulukko 2. 5–16-vuotiaiden lasten kokonaisongelmien (SDQ) pistemäärä ennen kuntoutusta vanhempien arvioiden perusteella ikäryhmittäin.

Ikäryhmä	Kokonaisongelmien pisteet						Yhteensä	
	Ei merkittävää oireilua 0–13		Jonkin verran oireilua 14–16		Kliinisesti merkittävää oireilua 17–40			
	Lapsia	%	Lapsia	%	Lapsia	%	Lapsia	%
5–6-v.	8	29,6	1	3,7	18	66,7	27	100,0
7–11-v.	27	19,4	20	14,4	92	66,2	139	100,0
12–16-v.	58	43,3	21	15,7	55	41,0	134	100,0
Yhteensä	93	31,0	42	14,0	165	55,0	300	100,0

Liitetaulukko 3. 5–16-vuotiaiden lasten kokonaisongelmien (SDQ) pistemäärä ennen kuntoutusta vanhempien arvioiden perusteella sukupuolen mukaan.

Sukupuoli	Kokonaisongelmien pisteet						Yhteensä	
	Ei merkittävää oireilua 0–13		Jonkin verran oireilua 14–16		Kliinisesti merkittävää oireilua 17–40			
	Lapsia	%	Lapsia	%	Lapsia	%	Lapsia	%
Tyttö	39	41,1	10	10,5	46	48,4	95	100,0
Poika	54	26,3	32	15,6	119	58,0	205	100,0
Yhteensä	93	31,0	42	14,0	165	55,0	300	100,0

Liitetaulukko 4. Lapsen oireilussa tapahtuneet muutokset lapsen oman arvion perusteella.

Alkukysely → Seurantakysely	Yhteensä	
	N	%
Oireet vähenivät SDQ-pistemäärä > SDQ-pistemäärä + 1	77	55,8
Tilanne pysyi ennallaan SDQ-pistemäärä = SDQ-pistemäärä +/- 1	31	22,5
Oireet lisääntyivät SDQ-pistemäärä < SDQ-pistemäärä + 1	30	21,7
Yhteensä	138	100,0

Liitetaulukko 5. Lapsen oireilussa tapahtuneet muutokset vanhempien arvioiden perusteella (tiukka kriteeri).

Alkukysely → Seurantakysely	Yhteensä	
	N	%
Muutos positiiviseen	103	34,3
Rajatapaus → normaali	30	10,0
Kliininen → normaali	46	15,3
Kliininen → rajatapaus	27	9,0
Oireita/ongelmia, ei muutosta	98	32,7
Rajatapaus → rajatapaus	6	2,0
Kliininen → kliininen	92	30,7
Muutos negatiiviseen	14	4,7
Normaali → rajatapaus	5	1,7
Normaali → kliininen	3	1,0
Rajatapaus → kliininen	6	2,0
Oireeton, ongelmaton tilanne	85	28,3
Normaali → normaali	85	28,3
Yhteensä	300	100,0

Muutokseksi on määritelty normaali-, rajatapaus- tai kliininen-luokkaan sijoittumisessa tapahtunut siirtymä. Muutos positiiviseen tarkoittaa lapsen siirtymää rajatapauksesta luokkaan normaali sekä siirtymää luokasta kliininen luokkaan rajatapaus tai normaali. Lapsen oireellinen tilanne ilman muutosta tarkoittaa rajatapauksen tai kliinisen tilanteen pysymistä ennallaan. Muutos negatiiviseen tarkoittaa lapsen siirtymää rajatapauksesta luokkaan kliininen sekä siirtymää luokasta normaali luokkaan rajatapaus tai kliininen. Oireeton tilanne tarkoittaa sijoittumista luokkaan normaali molempina tarkasteluajankohtina.

Liitetaulukko 6. Oireilun vähenemistä (lapsen arvio) selittävät tekijät, logistisen regressioanalyysin riskisuhde (OR, odds ratio) ja 95 %:n luottamusväli ($n = 136$).

Muuttujat	Muuttujien vaikutukset yksittäin (Malli A)		Muuttujien vaikutukset samanaikaisesti (Malli B)	
	OR	95 %:n luottamusväli	OR	95 %:n luottamusväli
Sukupuoli	#		#	
Ikä (vuosi)	#		#	
Oireilun vaikeusaste (lapsen arvio) (kokonaisongelmien pisteet 0–40)	1,126	1,053–1,205	1,140	1,058–1,228
Vanhempien huoli lapsesta	#		#	
Perheen koherenssi (arvot 0–16) ^a	#		1,146	1,015–1,293
Lähipiirin apu (arvot 0–12) ^b	#		#	
Kuntoutuksen kesto (kk)	#		#	
Kuntoutuksen toimintamuoto	#		#	

^a Perheen koherenssi sisälsi muuttujia, jotka kuvasivat, miten hyvin perheenjäsenet tulivat toimeen keskenään ja saivat tukea toisiltaan.

^b Lähipiiriin kuuluivat perheenjäsenet, isovanhemmat, muut sukulaiset ja ystävät.

Tilastollisesti ei-merkitsevät yhteydet on merkitty #.

Liitetaulukko 7. Oireilun vähenemistä (joko vanhemman tai lapsen arvion mukaan) selittävät tekijät, logistisen regressioanalyysin riskisuhde (OR, odds ratio) ja 95 %:n luottamusväli (n = 296).

Muuttujat	Muuttujien vaikutukset yksittäin (Malli A)		Muuttujien vaikutukset samanaikaisesti (Malli B)	
	OR	95 %:n luottamusväli	OR	95 %:n luottamusväli
Sukupuoli	#		#	
Ikä (vuosi)	1,092	1,003–1,188	#	
Oireilun vaikeusaste (vanhempien arvio) (kokonaisongelmien pisteet 0–40)	1,047	1,007–1,089	#	
Oireilun vaikeusaste (lapsen arvio) (kokonaisongelmien pisteet 0–40)	1,050	1,014–1,087	#	
Vanhempien huoli lapsesta	2,238	1,233–4,062	2,189	1,068–4,487
Perheen koherenssi (arvot 0–16) ^a	#		1,102	1,018–1,194
Lähipiiriin apu (arvot 0–12) ^b	#		#	
Kuntoutuksen kesto (kk)	1,059	1,008–1,112	1,062	1,006–1,122
Kuntoutuksen toimintamuoto	#		#	

^a Perheen koherenssi sisälsi muuttujia, jotka kuvasivat, miten hyvin perheenjäsenet tulivat toimeen keskenään ja saivat tukea toisiltaan.

^b Lähipiiriin kuuluivat perheenjäsenet, isovanhemmat, muut sukulaiset ja ystävät. Tilastollisesti ei-merkitsevät yhteydet on merkitty #.

VIIMEISIMMÄT KELAN SOSIAALI- JA TERVEYSTURVAN TUTKIMUKSET

- 108 Kallio J.** Hyvinvointipalvelujärjestelmän muutos ja suomalaisten mielipiteet 1996–2006. 2010. ISBN 978-951-669-821-5 (nid.), 978-951-669-822-2 (pdf).
- 107 Haavio-Mannila E, Majamaa K, Tanskanen A, Hämäläinen A, Karisto A, Rotkirch A, Roos JP.** Sukupolvien ketju. Suuret ikäluokat ja sukupolvien välinen vuorovaikutus. 2009. ISBN 978-951-669-818-5 (nid.), 978-951-669-819-2 (pdf).
- 106 Heinonen H-M.** Byrokraatti vai asiakaspalvelija? Kelan virkailijan toimintatavat ja roolit Yhteyskeskuksessa palvelukulttuurin muutosten keskellä. 2009. ISBN 978-951-669-816-1 (nid.), 978-951-669-817-8 (pdf).
- 105 Lind J, Aaltonen T, Autti-Rämö I, Halonen J-P.** Kelan kuntoutuksen vuonna 2003 päättäneet. Kuntoutujien rekisteriseuranta vuosina 2003–2006. 2009. ISBN 978-951-669-813-0 (nid.), 978-951-669-814-7 (pdf).
- 104 Niemelä H, Salminen K.** Kansallisten eläkestrategioiden muotoutuminen ja Euroopan unionin avoin koordinaatiomenetelmä. 2009. ISBN 978-951-669-811-6 (nid.), 978-951-669-812-3 (pdf).
- 103 Wallin M.** Community-dwelling older people in inpatient rehabilitation. Physiotherapists' and clients' accounts of treatments, and observed interaction during group sessions. 2009. ISBN 978-951-669-795-9 (print), 978-951-669-796-6 (pdf).
- 102 Niemelä M.** Julkisen sektorin reformin pitkä kaari Valtava-uudistuksesta Paras-hankkeeseen. 2008. ISBN 978-951-669-790-4 (nid.), 978-951-669-791-1 (pdf).
- 101 Miettunen L.** Lasten kotihoidon tuen kuntalisät osana suomalaista päivähoitojärjestelmää. 2008. ISBN 978-951-669-788-1 (nid.), 978-951-669-789-8 (pdf).
- 100 van Gerven M.** The broad tracks of path dependent benefit reforms. A longitudinal study of social benefit reforms in three European countries, 1980–2006. 2008. ISBN 978-951-669-784-3 (print), 978-951-669-785-0 (pdf).
- 99 Paltta P.** Kenelle korvataan? Sairauden vuoksi tehtyjen matkojen korvaaminen Suomessa ja eräissä muissa maissa. 2008. ISBN 978-951-669-782-9 (nid.), 978-951-669-783-6 (pdf).