



# Kelan monimuotoiseen perhekuntoutukseen ohjautuminen ja perheenjäsenten kuntoutustoiveet

Miika Vuori  
Annamari Tuulio-Henriksson  
Iris Sandelin  
Heidi Nissinen  
Ilona Autti-Rämö







Miika Vuori  
Annamari Tuulio-Henriksson  
Iris Sandelin  
Heidi Nissinen  
Ilona Autti-Rämö

**Kelan monimuotoiseen  
perhekuntoutukseen  
ohjautuminen  
ja perheenjäsenten  
kuntoutustoiveet**

## Kirjoittajat

Miika Vuori, VTT, sairaanhoitaja AMK, erikoistutkija  
Kelan tutkimus  
etunimi.sukunimi@kela.fi

Annamari Tuulio-Henriksson, FT, neuropsykologian dosentti, tutkimusprofessori  
Kelan tutkimus  
etunimi.sukunimi@kela.fi

Iris Sandelin, VTM, tutkimusassistentti  
Kelan tutkimus

Heidi Nissinen, KM, suunnittelija  
Kela  
etunimi.sukunimi@kela.fi

Ilona Autti-Rämö, LKT, lastenneurologian dosentti, johtava ylilääkäri, tutkimusprofessori  
Kela  
etunimi.sukunimi@kela.fi



© Kirjoittajat ja Kela

Graafinen suunnittelu Pekka Loiri  
ISBN 978-952-284-011-0 (nid.)  
ISBN 978-952-284-012-7 (pdf)

ISSN-L 2343-2780  
ISSN 2343-2780 (painettu)  
ISSN 2343-2799 (verkkojulkaisu)

Julkaisija: Kela, Helsinki

Juvenes Print  
Helsinki 2016



## Tiivistelmä

Vuori M, Tuulio-Henriksson A, Sandelin I, Nissinen H, Autti-Rämö I. **Kelan monimuotoiseen perhekuntoutukseen ohjautuminen ja perheenjäsenten kuntoutustoiveet**. Helsinki: Kela, Sosiaali- ja terveysturvan raportteja 2, 2016. 55 s. ISBN 978-952-284-011-0 (nid.), ISBN 978-952-284-012-7 (pdf).

Tutkimuksessa kuvataan monimuotoiseen perhekuntoutukseen ohjattujen lasten ja huoltajien taustatietoja sekä perheenjäsenten kuntoutukselle kohdistamia toiveita. Kelassa kehitetty perhekuntoutusohjelma (LAKU) on tarkoitettu perheille, joiden (5–12-vuotiaalla) lapsella on todettu neuropsykiatrinen häiriö ja mahdollisesti samanaikaisia tunne-elämän tai käyttäytymisen ongelmia. Tutkimusanalyysit perustuvat marraskuun 2013 ja syyskuun 2014 välisenä aikana tehtyihin seurantatutkimuksen aloituskyselyihin. Tutkimukseen osallistui 124 perhettä. Neljä perhettä ehti keskeyttää kuntoutuksen ennen aloituskyselyä, ja 26 kuntoutukseen osallistuvaa perhettä (16,8 %) kieltäytyi tutkimuksesta. Tutkimukseen osallistui perheenjäseniä seuraavasti: lapsia 121 (vastausprosentti oli 78,6), äitejä 117 (76,0 %) ja isiä 86 (55,8 %). Valtaosa perhekuntoutukseen ohjatuista lapsista oli poikia (83,9 %), ja 75,8 % lapsista oli 7–11 vuoden ikäisiä. Yleisimmät diagnoosiryhmät olivat lapsen ADHD (53,2 %) ja lapsen ADHD yhdistettynä käyttösireiluun (22,6 %). Vastaajien käsitykset perhekuntoutukseen ohjautumisesta samoin kuin kuntoutuksen aloitusvaiheesta olivat enimmäkseen myönteisiä. Vajaa kolmannes lapsista ei kaivannut suuremmin apua nykytilanteeseensa. Noin neljäsosa lapsista toivoi saavansa laaja-alaisesti tukea kasvunsa ja kehityksensä tueksi. Myös joidenkin huoltajien kuntoutustoiveet olivat tarkemmin rajattuja. Enemmistö huoltajista ilmaisi laaja-alaisesti lapsen kehitykseen, vanhemmuuteen ja perhe-elämään liittyviä kuntoutustoiveita. Erityisesti lapsen tunne-elämää ja haastavaa käyttäytymistä koskevat kuntoutustoiveet liittyivät samanaikaisesti vanhemmuuteen ja perhe-elämää koskeviin tuen tarpeisiin. Tutkimus tuottaa kuvailevaa tietoa perheterapiaan perustuvaan kuntoutukseen ohjatuista lapsista ja heidän huoltajistaan. Jatkoanalyysissä on tärkeää pyrkiä täsmentämään perhekuntoutuksen toteutuksen vaihtoehtoja ja haasteita kohderyhmän heterogeenisyyden takia.

**Asiasanat:** aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriö, autismikirjon häiriö, vanhempi-lapsisuhde, perhekuntoutus, perheterapia, kyselytutkimus

## Sammandrag

Vuori M, Tuulio-Henriksson A, Sandelin I, Nissinen H, Autti-Rämö I. **Hänvisning till FPA:s multidisciplinära familjerehabilitering och familjemedlemmarnas önskemål gällande rehabiliteringen.** Helsingfors: FPA, Social trygghet och hälsa: rapporter 2, 2016. 55 s. ISBN 978-952-284-011-0 (hft.), ISBN 978-952-284-012-7 (pdf).

I undersökningen presenteras bakgrundsinformation om barn och vårdnadshavare som hänvisats till multidisciplinär familjerehabilitering samt familjemedlemmarnas önskemål gällande rehabiliteringen. Rehabiliteringsprogrammet LAKU, som utvecklats vid FPA, är avsett för familjer vars barn (i åldern 5–12 år) har diagnostiserats med en neuropsykiatrisk störning och som eventuellt också har problem med känslolivet och beteendet. Undersökningsanalyserna baserar sig på inledande enkäter som genomfördes mellan november 2013 och september 2014 inom ramen för den här uppföljningsundersökningen. I undersökningen deltog 124 familjer. Fyra familjer avbröt rehabiliteringen innan enkäten genomfördes och 26 av de familjer som deltog i rehabiliteringen (16,8 %) ville inte delta i undersökningen. Av de familjemedlemmar som deltog i undersökningen var 121 barn (svarsprocent = 78,6), 117 mammor (76,0 %) och 86 pappor (55,8 %). Enligt resultatet var merparten av de barn som hänvisats till familjerehabilitering pojkar (83,9 %) och 75,8 % av barnen var 7–11 år gamla. De vanligaste diagnosgrupperna var ADHD hos barn (53,2 %) och ADHD hos barn i kombination med beteendemässiga symtom (22,6 %). I de flesta fall hade deltagarna en positiv uppfattning om att de blivit hänvisade till familjerehabilitering och om rehabiliteringens inledningsskede. Tredjedel av barnen upplevde att de inte behöver hjälp i någon större omfattning i sin nuvarande situation. Fjärdedel av barnen önskade omfattande stöd i sin uppväxt och utveckling. Också en del av vårdnadshavarna hade mera specifika rehabiliteringsönskemål. Majoriteten av vårdnadshavarna hade omfattande önskemål vad gäller barnets utveckling, föräldraskapet och familjelivet. Vårdnadshavare hade också stödbehov som gäller föräldraskap och familjeliv. Undersökningen ger information om barn och vårdnadshavare som hänvisats till rehabilitering. I fortsatta analyser preciseras styrkorna i familjerehabiliteringen och de utmaningar som finns på grund av målgruppens heterogenitet.

**Nyckelord:** hyperaktivitetssyndrom med uppmärksamhetsstörning, autismspektrumstörning, föräldrar-barn-förhållande, familjerehabilitering, familjeterapi, enkätundersökning

## Abstract

Vuori M, Tuulio-Henriksson A, Sandelin I, Nissinen H, Autti-Rämö I. **Enrollment in a multisystemic family-based intervention and family members' expectations.** Helsinki: Social Insurance Institution of Finland, Social security and health reports 2, 2016. 55 pp. ISBN 978-952-284-011-0 (print), ISBN 978-952-284-012-7 (pdf).

The present study examines the background of children and their parents enrolled in a multi-systemic family-based intervention, as well as the expectations family members have towards the intervention. The family intervention program (LAKU) for 5–12-year-old children with neuropsychiatric disorders and possible comorbid disruptive behavioral problems has been developed by the Health department of the Kela. The baseline measures were conducted between November 2013 and September 2014. Information was received from 124 individual families. Four families had already withdrawn from the intervention before the baseline survey and 26 families declined to participate in the baseline study. The respondents – and respective response rates – were 121 children (78.6%), 117 mothers (76.0%), and 86 fathers (55.8%). Most of the children referred to the intervention were boys (83.9%). In addition, 75.8% of the children were 7–11 years old. The most common principal diagnoses were ADHD (53.2%), and ADHD with comorbid behavioral disorder (22.6%). Family members had largely positive perceptions regarding the engagement phase. Approximately one third of the children did not express expectations towards the intervention when considering their present condition. However, one fourth of the children expressed pervasive expectations that related to their growth and development. Accordingly, some parents expressed more specific needs. The majority of parents, however, expressed pervasive child-, parenting- and family life-related expectations towards the intervention. Issues related to the child's emotional well-being and behavioral problems were particularly associated with parenting- and family life-related needs. The present study yields descriptive information about the children and their parents enrolled in family therapeutic services. Due to the heterogeneous target group, future analyses should scrutinize the strengths and challenges of the family-based intervention program more closely.

**Keywords:** attention-deficit/hyperactivity disorder, autism spectrum disorder, parent-child relationship, family rehabilitation, family therapy, survey research

## Alkusanat

Kela täydentää julkisen terveydenhuollon lapsiperhepalvelujen tarjontaa. Lasten tunne-elämän ja käyttäytymisen häiriöiden hoitoon ja kuntoutukseen Kela kehittää vuosina 2010–2018 monimuotoista perhekuntoutusta. LAKU-perhekuntoutus perustuu perheterapeuttiseen työskentelyyn, jossa huomioidaan laaja-alaisesti lapsen kasvuympäristöt. Vuoden 2018 loppuun kestävässä LAKU-perhekuntoutuksen seurantatutkimuksessa tarkastellaan tarkemmin intensiivisen erityistason perhepalvelun soveltuvuutta ja tuloksellisuutta Suomen olosuhteissa. Tämän raportin tarkoituksena on tuottaa kuvailevaa taustatietoa perhekuntoutukseen ohjatuista lapsista ja heidän huoltajistaan. Perhekuntoutus kohdistuu eri-ikäisille ja erilaisissa kehitysvaiheissa oleville lapsille. Myös perhemuotojen ja perheiden elämäntilanteiden moninaisuus vaatii huomioimista.

Lämmin kiitos lapsille ja heidän huoltajilleen, jotka ovat mahdollistaneet tutkimuksen osallistumalla kyselyyn. Kiitämme palveluntuottajien työntekijöitä, joiden rooli tutkittavien informoinnissa sekä tietoisien suostumuksen hankkimisessa ja tutkimusaineiston keruussa on ollut merkittävä. Lämmin kiitos myös Kelan tutkimusryhmän tutkimusassistentille Kristiina Dammertille. Kiitämme kahta vertaisarvioijaa ja professori Marketta Rajavaaraa heidän asiantuntemuksestaan ja käsikirjoitusta edistäneistä rakentavista kommentteista. Tutkimuksen kielenhuollosta ja julkaisukuntoon saattamisesta suuret kiitokset vastaavalle julkaisutoimittajalle Tarja Hyväriselle, julkaisutoimittaja Leena Rautjärvelle ja julkaisus sihteeri Jaana Ahlstedtille sekä kielenkääntäjä Jens Engbergille. Tutkimus on toteutettu Kelan KKRL-rahoituksella.

*Helsingissä elokuussa 2016*

*Kirjoittajat*



<b>Sisältö</b>	
<b>1 Tutkimuksen taustaa</b> .....	9
1.1 Lasten psyykinen oireilu .....	9
1.2 Lasten neuropsykiatriset häiriöt.....	10
1.3 Lasten tunne-elämän ja käyttäytymisen häiriöt.....	10
1.4 Psykiatrinen monihäiriöisyys ja oireilun yhteys kasvuympäristö- tekijöihin .....	11
1.5 Hoitoon ohjautuminen ja perhelähtöisyys lasten psyykkisen oireilun hoidossa.....	13
<b>2 Kelan rooli erityistason lapsiperhepalvelujen kehittämisessä</b> .....	16
2.1 Kelan rooli palvelujärjestelmässä.....	16
2.2 Kelan kehittämä monimuotoinen perhekuntoutus .....	16
<b>3 Tutkimuksen tavoite</b> .....	19
<b>4 Aineisto ja menetelmät</b> .....	20
4.1 Aineistonkeruu.....	20
4.2 Muuttajat.....	21
4.2.1 Sosiodemografiset taustamuuttajat.....	21
4.2.2 Lasten diagnoositiedot ja hoitohistoria .....	21
4.2.3 Perhekuntoutuksen hyväksyttävyyden ja käytännön soveltuvuus ...	22
4.3 Aineiston analyysi .....	23
4.4 Tutkimuseettiset erityishuomiot.....	23
<b>5 Tulokset</b> .....	24
5.1 Vastaaajien sosiodemografiset taustatiedot.....	24
5.2 Lasten diagnoositiedot .....	24
5.3 Lasten oire- ja hoitohistoria .....	25
5.3.1 Lapsen neuropsykiatristen tai psyykkisten oireiden ilmaantumisia.....	25
5.3.2 Lasten lääkehoito.....	26
5.3.3 Erikoissairaanhoidon osastohoitoon ja lastensuojelun perhetyöhön ohjautuminen .....	27
5.3.4 Aikaisempi yksilöterapia ja perhelähtöinen hoito .....	28
5.4 Perhekuntoutuksen hyväksyttävyyden ja käytännön soveltuvuus.....	29
5.4.1 Perhekuntoutukseen ohjautuminen .....	29
5.4.2 Lasten huoltajien osallistuminen perhekuntoutukseen .....	31
5.4.3 Huoltajien arvio perhekuntoutuksen aloitusvaiheesta .....	31
5.4.4 Ennakkokäsitykset monimuotoisen perhekuntoutuksen toteutustavoista.....	32
5.4.5 Lasten toiveet perhekuntoutukselle .....	34

5.4.6	Huoltajien toiveet perhekuntoutukselle .....	35
5.4.7	Huoltajien esittämien kuntoutustoiveiden korrelaatiotarkastelu.....	36
5.4.8	Lasten ja huoltajien kuntoutustoiveiden kumuloituminen.....	39
<b>6</b>	<b>Pohdinta.....</b>	<b>41</b>
<b>7</b>	<b>Johtopäätökset.....</b>	<b>45</b>
	<b>Lähteet.....</b>	<b>46</b>

## 1 Tutkimuksen taustaa

### 1.1 Lasten psyykkinen oireilu

Lasten tunne-elämän ja käyttäytymisen häiriöiden esiintyvyydestä ja tunnistamisesta on muodostunut huomattava terveystieteellinen kysymys Suomessa 2000-luvulla (Santalahti ja Sourander 2008; Santalahti ym. 2009; Paananen ym. 2012; Solantaus ja Santalahti 2013; Santalahti ja Marttunen 2014). Tämä on heijastunut myös lapsiperhepalvelujen kehittämistyöhön, joka on ollut yksi tärkeimmistä sosiaali- ja terveystieteiden kehittämisohjelmien painopistealueista. Tavoitteena on kehittää lapsiperheille muun muassa erityispalveluja, jotka vähentävät lastenpsykiatrisen osastohoidon tarvetta. Erityisen tuen palveluja on pyritty vahvistamaan lisäämällä intensiivisiä avoimuuden työmuotoja, joissa lapsen ja perheenjäsenten ohella huomioidaan myös muut lapsen kasvun ja kehityksen kannalta keskeiset toimijat ja toimintaympäristöt, esimerkiksi päiväkodin ja koulun ammattihenkilöt. (Eduskunnan tarkastusvaliokunta 2013; Hastrup ym. 2013; Ehrling 2014; Anttila ym. 2016.)

Epidemiologisella tutkimustiedolla on ollut merkittävä rooli lasten psyykkisen oireilun taustalla olevien riski- ja suojatekijöiden tunnistamisessa (Verhulst ja Tiemeier 2015). Etenkin uusiseelantilainen Dunedin-kohorttitutkimus (Poulton ym. 2015) ja englantilaiset Avon-kohorttitutkimus (Barker ym. 2010) sekä E-RISK-kaksostutkimus (Jaffee ym. 2013) sekä kotimaiset syntymäkohorttitutkimukset (Paananen ym. 2012; Taanila ym. 2014) ovat lisänneet ymmärrystä perimän, neurofysiologisten tekijöiden, persoonallisuuden piirteiden, ympäristötekijöiden ja elämäntapahtumien monimutkaisesta vuorovaikutuksesta lasten tunne-elämän ja käyttäytymisen häiriöiden taustalla. Lasten psyykkistä oireilua koskeva nykytieto nojaakin muun muassa käyttäytymisgenetiikkaan (ks. Latvala ja Silventoinen 2014), kliiniseen lastenpsykiatriaan (Thapar ym. 2013; Tarver ym. 2014) ja kliiniseen neuropsykiatriaan (Korkeila ym. 2011; Tani ym. 2011).

Käyttäytymisgenetiikassa tutkitaan lapsen biologisilta vanhemmiltaan perimiensä geenien sekä kasvuympäristötekijöiden itsenäistä omaa vaikutusta ja keskinäistä vuorovaikutusta lapsen psykologisten ominaisuuksien ja käyttäytymisen taustalla. Myös lastenpsykiatrian hoitomenetelmät ovat entistä vahvemmin sidoksissa käyttäytymisgeneettiseen tutkimustietoon, sillä lastenpsykiatriassa huomio on perinteisesti kohdistunut lapsen persoonallisuuden piirteiden ja sosiaalisten suhteiden merkitykseen osana lapsen kehitystä (Mäntymaa ym. 2003; Martel 2009; Tarver ym. 2015). Neuropsykiatria on lähestymistapa, joka painottaa neurobiologisia tekijöitä psykiatristen oireiden taustalla (Vataja 2011, 17). Kehityksellisessä neuropsykiatriassa huomio kohdistuu esimerkiksi lapsen oireikuvan taustalla oleviin hermostollisiin ja neurofysiologisiin perusteisiin sekä näiden seurauksena ilmeneviin ydinoireisiin, esimerkiksi kognitiivisten toimintojen ja käyttäytymisen pulmiin (Korkeila ym. 2011; Tani ym. 2011). Erilaiset yksilölliset ja sosiaaliseen ympäristöön liittyvät tekijät tulee huomioida myös hoidossa ja kuntoutuksessa (Kaminski ym. 2008; Virués-Ortega 2010).

## 1.2 Lasten neuropsykiatriset häiriöt

Esiintyvyydeltään yleisin neuropsykiatrisen oireyhtymä on lasten aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriö (ADHD). Lasten ADHD:n ydinoireita ovat heikentyneen tarkkaavuuden ja säätelykyvyn liitännäisvaikutuksina ilmenevät toiminnanohjauksen vaikeudet. (Penttilä ym. 2011; Frick ja Nigg 2012; Tarver ym. 2014.) Nykytiedon valossa lasten ADHD voidaan jakaa kolmeen alatyypin (Frick ja Nigg 2012): Tarkkaamattomuustyyppissä korostuvat lapsen tarkkaamattomuuden ja keskittymiskyvyn ongelmat (esim. häiriintymisherkkyys keskittymistä vaativissa tehtävissä ja muistamattomuus päivittäisissä toiminnoissa). Yliaktiivisuus-impulsiivisuuspainotteisessa tyyppissä korostuvat lapsen hyperaktiivinen (esim. motorinen levottomuus ja liiallinen äänekkyyys leikkiessä) ja impulsiivinen käyttäytyminen (esim. vaikeus odottaa omaa vuoroaan ja toisten keskeyttäminen). Yhdistynyt tyyppi tarkoittaa edellä mainittujen alatyypin yhdistelmää. (Martel ym. 2010 ja 2011; Frick ja Nigg 2012.)

Autismikirjon häiriö on yhteisnimike erilaisille oireyhtymille, joiden ydinoireita ovat sosioemotionaalisen kehityksen ja kommunikaation vaikeudet sekä taipumus kaa-vamaiseen käyttäytymiseen. Vaikeaan autismikirjon häiriöön liittyy kehitysvammaisuutta. (Fombonne 2009; Moilanen ym. 2012; Tantam 2013.) Aspergerin oireyhtymässä kehitysviivästymät ovat huomattavasti lievempiä<sup>1</sup>. Esimerkiksi lapsen puheen ja kielen oppiminen etenee usein normaalin kehityksen rajoissa (Moilanen ym. 2012; Tantam 2013). Sen sijaan kasvojen ilmeiden tunnistamisen, sosiaalisen kommunikoinnin ja moniselitteisten merkitysten ymmärtämisen vaikeudet ovat tyyppillisiä. Myös erityiset käyttäytymismaneerit ja korostunut yksityiskohtien havainnointi hankaloittavat lapsen sosiaalista kommunikointia. Toisaalta lapsilla, joilla on Aspergerin oireyhtymä, saatetaan havaita myös huomattavia erityislahjakkuuksia. Tarkkaavuuden ja kokonaisuuksien hahmottamisen vaikeudet ovat kuitenkin herkästi yhteydessä arjen toiminnanohjauksen pulmiin. Aikuisen huoli herää usein lapsen sosiaalisen yksinäisyyden myötä. (Moilanen ym. 2012; Tantam 2013.) Tarkemmin määrittämättömässä lapsuuden kehityshäiriöissä sosiaalisen kommunikoinnin ja moniselitteisten merkitysten ymmärtämisen vaikeudet ovat usein läsnä, mutta lapsilla ei havaita voimakkaita ajattelu- ja käyttäytymismaneereja. Tarkemmin määrittämättömät kehitysviivästymät saattavat tulla ilmi esimerkiksi sosiaalisten kasvuympäristöjen laajentuessa, jolloin myös ulkoiset sosiaaliset vaatimukset kasvavat (Fombonne 2009; Moilanen ym. 2012; Tantam 2013).

## 1.3 Lasten tunne-elämän ja käyttäytymisen häiriöt

Lasten tunne-elämän ja käyttäytymisen häiriöt ilmenevät ahdistuneisuutena ja mässennuksena (Rockhill ym. 2010; Tamminen 2010) sekä uhmakkuus- ja käytöshäi-

1 Aspergerin oireyhtymä (AS) sisällytettiin psykiatrisiin tautiluokituksiin 1990-luvulla. Tämä on lisännyt yleistä tietoisuutta lasten autismikirjon häiriöistä. AS-diagnoosi jätettiin kuitenkin pois Yhdysvaltojen psykiatriyhdistyksen tuoreimmasta tautiluokituksesta (DSM-5), jossa autismikirjon häiriöiden luokka kattaa edeltävän luokituksen (DSM-IV) lapsuusiän autismin ja laaja-alaisten kehityshäiriöiden – mukaan lukien Aspergerin oireyhtymän – kategoriat. (Leppämäki ja Niemelä 2014.)

riöinä (Suvisaari ja Manninen 2009). Lasten ahdistuneisuusoireilu voi olla esimerkiksi sosiaalisten paikkojen pelkoa ja läheisistä eroon joutumisen pelkoa eli eroahdistusta (Rockhill ym. 2010). Lapsen masennus ilmenee puolestaan ilottomana ja surullisena mielialana, eikä lapsen mielialassa ole havaittavissa muutosta edes erilaisten mukavina pidettyjen kokemusten ja tapahtumien yhteydessä. Lasten masennukseen voi liittyä myös itsetuhoisia ajatuksia. (Tamminen 2010.)

Lapsen uhmakkuus- ja käytöshäiriöissä oireilu kanavoituu tyypillisesti ympäristöön ja muihin ihmisiin. Uhmakkuushäiriötä kuvastaa muun muassa toistuva tottelemattomuus ja vihainen sekä ärtynyt mieliala, ja ristiriidat kotona ja kaveripiirissä ovat yleisiä. Toisaalta lapsen oirekuvassa saattavat painottua selkeämmin joko tunneilmaisun tai käyttäytymisen haasteet. (Nock ym. 2007; Frick ja Nigg 2012; Herzhoff ja Tackett 2016.) Negatiivinen emotionaalisuus ja riitely toisten kanssa ovat myös käytöshäiriön oireita, mutta lapsen käytöshäiriö viittaa ennen kaikkea sosiaalisten normien rikkomuksiin (esim. koulupinnaus ja varastelu). Käytöshäiriö voi ilmetä erityisen vakavissa tapauksissa jopa väkivaltaisena käyttäytymisenä. Lapsen väkivaltainen käytös voidaan erottaa kahteen alaryhmään: reaktiiviseen ja proaktiiviseen aggressioon. Edellinen viittaa lapsen impulsiiviseen käyttäytymiseen ja on yhteydessä esimerkiksi siihen, että lapsella ei ole keinoja hallita ristiriitatilanteiden aiheuttamaa tunnekuohua. Jälkimmäisellä tarkoitetaan sen sijaan laskelmoidumpaa käyttäytymistä, jossa lapsi esimerkiksi uhkailee ja satuttaa toista ilman provokaatiota. (Frick ja Morris 2004; Suvisaari ja Manninen 2009; Frick ja Nigg 2012; Laajasalo ym. 2014; Frick ym. 2014.)

#### 1.4 Psykiatrinen monihäiriöisyys ja oireilun yhteys kasvuympäristötekijöihin

Lasten oirekuvien tarkastelu selkeärajaisina itsenäisinä kategorioina on pulmallista, koska lapsen oireilun haitta-aste saattaa vaihdella sosiaalisista toimintaympäristöistä riippuen. Piirreteorioiden näkökulmasta tarkasteltuna lapsen mahdollista oireilua tulee tarkastella myös suhteessa lapsen luonteenpiirteisiin (Frick ja Morris 2004; Hudziak ym. 2007; Martel ym. 2010 ja 2011; Sonuga-Barke 2016). Lapset eroavat toisistaan esimerkiksi temperamentiltaan ja persoonallisuuden piirteiltään. Temperamentilla viitataan synnynnäisiin ja varhaislapsuudessa kypsyviin affektiivisiin piirteisiin eli lapsen tapaan reagoida ympäristön ärsykkeisiin. Jotkut lapset ovat kiinnostuneempia muista ihmisistä ja heidän seurastaan, mutta toisille lapsille tämän tyyppinen seurallisuus on puolestaan vähemmän tyypillinen piirre. Persoonallisuudella tarkoitetaan kehityksen myötä muodostuvia ajattelun ja tuntemisen tapoja sekä lapsuuden ja nuoruuden aikana vakiintuvia käyttäytymismalleja. Esimerkiksi sosiaalisilla taidoilla viitataan tyypillisesti lapsen kykyyn toimia lapsiryhmässä ja aikuisten kanssa. Sosiaaliset taidot ovat yhteydessä lapsen itsekontrollin, empatiakyvyn ja tunteiden säätelyn taitoihin, ja näiden taitojen kehittyminen on keskeisimpiä lapsuuteen kuuluvia kehitystehtäviä. Lapsen sosiaaliset taidot kehittyvät ennen kaikkea malliopimisen, sosiaalisen palautteen ja kasvatuksen myötä. (Keltikangas-Järvinen 2011 ja 2015; Moffitt ym. 2011.) Neuropsykiatristen oirekuvien kohdalla on syytä muistaa,

että lapsen käyttäytyminen todennäköisesti muuttaa ilmiänsä kasvun ja kehityksen myötä, mutta käyttäytymisen taustalla olevat tietyt yksilölliset piirteet ovat siinänsä melko pysyviä (ks. Latvala 2014, 131–135; Merjonen ym. 2014, 152, 155–156).

Lasten laaja-alaisissa ja haastavissa oirekuivissa on melko tyypillistä, että tiedollisen ja emotionaalisen kehityksen erityishaasteet esiintyvät samaan aikaan. (Barker ym. 2010; Martel ym. 2010; Frick ja Nigg 2012; Herzhoff ja Tackett 2016). Esimerkiksi lapsen ADHD saattaa olla yhteydessä negatiivisen tunneilmaisun ja käyttäytymisen pulmiin (Frick ja Nigg 2012; Moilanen ym. 2012). Myös lapsen mahdollisiin oppimisvaikeuksiin tulee kiinnittää erityishuomiota, sillä kognitiivisten kehitysviivästymien on havaittu olevan yhteydessä oirekuvan pysyvyyteen ja laaja-alaisuuteen (Biederman 2005; Nicolson ja Fawcett 2007; Nock ym. 2007; Suvisaari ja Manninen 2009; Barker ym. 2010; Moilanen ym. 2012). Nykykäsityksen mukaan eriaistiset uhmakkuus- ja käytösoireet yhdistyvät herkemmin lapsen hyperaktiivisuus-impulsiiviseen oireiluun. Tämä yhteys selittyy tutkimusten mukaan erityisesti negatiivisena emotionaalisuutena korostuvien persoonallisuuden piirteiden kautta. Erityiset oppimisvaikeudet näyttäisivät puolestaan olevan voimakkaammin yhteydessä lapsen tarkkaamattomuusoireisiin. (Nicolson ja Fawcett 2007; Nock ym. 2007; Hofvander ym. 2009; Martel 2009; Martel ym. 2010; Frick ja Nigg 2012; Schoemaker ym. 2012; Woltering ym. 2016.)

Tarkkaamattomuutta, kuten myös hyperaktiivisuus-impulsiivisuutta ja uhmakkuus- ja käytösoireita, saattaa esiintyä myös määrittämättömän kehityshäiriön ja Aspergerin oireyhtymän yhteydessä (Moilanen ym. 2012; Chiang ja Sur-Fen Gau 2016). Kognitiivisten kykyjen kehittyessä ja sosiaalisten kasvuympäristöjen laajentuessa lapsen minäkuva rakentuu entistä voimakkaammin sosiaaliselle vertailulle, joten lapsen ahdistuneisuuden ja jopa masennusoireilun mahdollisuus tulee myös ottaa huomioon (Tamminen 2010; Chiang ja Sur-Fen Gau 2016; Herzhoff ja Tackett 2016). Lisäksi neuropsykiatristen oirekuvien yhteydessä, ja varsinkin autismikirjon häiriöiden kohdalla, lapsilla havaitaan monesti myös erilaisia aistitoimintojen ali- ja yliherkkyyksiä (Moilanen ym. 2012; Tantam 2013) ja toistuvaa tahdosta riippumatonta motorista liikehdintää ja hallitsematonta vokaalista äännehdintää (Rintahaka 2011). Lapsilla saattaa esiintyä myös vaikeuksia suoriutua arkitoiminnoista pakonomaisen tavaroitten järjestelemisen tai keräilyn vuoksi (Puustjärvi ja Asikainen 2010).

Lapsen käyttäytymisen ja tunteiden säätelyn haasteet tulee suhteuttaa erityisesti erilaisiin kasvuympäristötekijöihin, kuten perheenjäsenten keskinäiseen vuorovaikutukseen ja kodin ulkopuolisiin ihmissuhteisiin (Mäntymaa ym. 2003; Deault 2010; Rasheed ym. 2011; Tarver ym. 2015). Lapsen psyykinen oireilu tyypillisesti kuormittaa lapsen huoltajia psyykkisesti ja heijastuu myös huoltajien tunneilmaisuuksiin ja vanhemmuustyyliin (Rutter ym. 2009; Barker ym. 2010; Karst ja Van Hecke 2012; Hayes ja Watson 2013; Theule ym. 2013). Lisäksi huoltajien psyykkisellä kuormittuneisuudella, tunneilmaisulla ja vanhemmuustyyliillä, kuten myös muiden ihmisten

toiminnalla, on merkittävä itsenäinen vaikutus lapsen minäkuvaan, kuten myös lapsen psyykkisen oireilun ydinpulmiin: tunneilmaisuuksiin ja käyttäytymiseen (Hay ym. 2004; Aunola ja Nurmi 2005; Modesto-Lowe ym. 2008; Rutter ym. 2009; Deault 2010; Storebo ym. 2013; Tarver ym. 2015).

### 1.5 Hoitoon ohjautuminen ja perhelähtöisyys lasten psyykkisen oireilun hoidossa

Psyykkisesti oireilevien lasten hoitoonohjauksessa korostuu poikien osuus. Yksi mahdollinen selitys on se, että poikien oireilu näkyy herkemmin avoimena uhmakkuutena ja aggressiivisuutena, joka yhdistettynä huoltajien kuormittuneisuuteen saa perheet hakeutumaan todennäköisemmin tuen piiriin (Abikoff ym. 2004; Hudziak ym. 2007; Eyberg ym. 2008; Santalahti ym. 2009; Frick ja Nigg 2012). Tytöt saattavat reagoida kehityksellisiin vaikeuksiin passiivisemmin, mitä ei ehkä niin herkästi tunnisteta (Hudziak ym. 2007; Martel ym. 2010; Waris ym. 2011). Tutkimukset ovat osoittaneet, että lapsuusiässä alkava psyykkinen oireilu on – sukupuolesta riippumatta – yhteydessä oireikuvan pysyvyyteen. Alakouluikässä alkava lapsen psyykkinen oireilu on huomattava riskitekijä, sillä se ennakoii huomattavia elämänhallinnan haasteita tärkeissä tulevaisuudessa kehitysvaiheissa, esimerkiksi varhaisnuoruudessa. (Suvisaari ja Manninen 2009; Barker ym. 2010; Moffitt ym. 2011.) Yksi palvelujärjestelmän keskeisimmistä haasteista on se, että psyykkisesti oireilevia lapsia ja heidän perheitään jää hoito- ja kuntoutusjärjestelmän ulkopuolelle (Santalahti ym. 2009).

Myös erityistason lapsiperhepalvelujen laatuun tulee kiinnittää huomiota. Tutkimustiedon perusteella perhelähtöisten hoito- ja kuntoutusohjelmien tulee pohjautua ennen kaikkea vanhempainohjaukseen. Strukturoidun vanhempainohjauksen menetelmistä on kertynyt melko vahvaa tutkimusnäyttöä lasten uhmakkuus- ja käytöshäiriöiden ja vaikea-asteisen ADHD:n hoidossa, sillä ne vahvistavat myönteisiä vanhemmuustyyliä ja vähentävät huoltajien kokemaa stressiä. (Chronis ym. 2004; Young ja Amarasinghe 2010; Menting ym. 2013; Sanders ym. 2014; Daley ym. 2014; Fabiano ym. 2015; Vuori ym. 2015a.) Lasten autismikirjon häiriöiden hoitoon ja kuntoutukseen on puolestaan kehitetty erityisiä intensiivisiä käyttäytymisanalyysiin perustuvia hoito-ohjelmia, jotka on suunnattu erityisesti alle kouluikäisille lapsille (Matson ym. 2009; Weisz ja Kazdin 2010; Patterson ym. 2012; Reichow 2012). Vaikea-asteisten uhmakkuus- ja käytöshäiriöiden hoitoon tarkoitettuja intensiivisiä perheterapeuttisia avohoito-ohjelmia on kehitetty 11–17-vuotiaille lapsille ja nuorille (Weisz ja Kazdin 2010; Lindberg ym. 2015; Vuori ym. 2015a), mutta myös vanhempainohjauksen menetelmistä on samankaltaisia perhesysteemiseen työskentelyyn pohjautuvia intensiivisiä versioita (Nowak ja Heinrichs 2008; Weisz ja Kazdin 2010; Burnham Riosa ym. 2011; Webster-Stratton ym. 2011; Fossum ym. 2014).

Strukturoidun vanhempainohjauksen ja perheterapeuttisten hoito-ohjelmien keskeisin erottava tekijä on se, että strukturoitu vanhempainohjaus toteutetaan yleensä lasten huoltajille suunnattuina ryhmämuotoisina interventioina. Intensiiviset perheterapeuttiset työmuodot pohjautuvat sen sijaan voimakkaammin psykoterapian viite-

kehykseen. Interventiot kohdistetaan yksittäisille perheille, sillä hoidon indikaationa on tyypillisesti lapsen tai nuoren erityisen haastava oirekuva ja perheen kuormittunut kokonaistilanne. Pyrkimyksenä on usein ehkäistä psykiatrisia osastohoitojaksoja ja huostaanottoja. (Sprenkle 2012; Lindblad-Goldberg ja Northey jr. 2013.) Intensiivisten perheterapeuttisten interventioiden yksi etu on mahdollisesti se, että niiden avulla voidaan tehokkaammin hyödyntää lapsen sosiaalisten taitojen ja huoltajien myönteisten vanhemmuustyylien vahvistamiseen tähtääviä menetelmiä (de Boo ja Prins 2007; Cook ym. 2008; Eyberg ym. 2008; Keltikangas-Järvinen 2011; Trentacosta ja Fine 2010; Cappadocia ja Weiss 2011; Moffitt ym. 2011; Lindhiem ym. 2014). Oireiden laaja-alaisuuden vuoksi myös lapsen varhaiskasvatuksesta ja opetuksesta vastaavien ammattihenkilöiden osallisuus intervention toteutuksessa on usein perusteltua (Chronis ym. 2004; Webster-Stratton ym. 2011; Sanders ym. 2014).

Perheinterventiotutkimuksissa on kiinnitetty huomiota myös hoito-ohjelmien hyväksyttävyyden arviointiin. Tällöin tutkimuksen kohteena ovat sekä osallistujien interventiota koskevat ennakkokäsitykset että heidän kokemuksensa interventioon osallistumisesta. Myönteiset asenteet ja kokemukset ovat yhteydessä tyytyväisyyteen ja hoito- ja kuntoutusohjelman läpivientiin. (Bowen ym. 2009; Sidani ja Braden 2011; Bickman ym. 2012; Haine-Schlagel ja Walsh 2015.) Perhelähtöisillä työmuodoilla on tukenaan vahva hyväksyttävyyden (ns. sosiaalinen validiteetti): huoltajien näkemykset perheinterventioista ovat myönteisiä, he ovat motivoituneita osallistumaan ja todennäköisesti valmiita saattamaan hoito-ohjelmat loppuun. Lapsen haastavampi oireilu osaltaan vahvistaa huoltajien halukkuutta osallistua psykososiaalisiin perheinterventioihin. (Dunst ym. 2007; Matson ym. 2009; Rasheed ym. 2011; Chenail ym. 2012; Heinrichs ym. 2014; Kolko ja Perrin 2014.) Psykoterapiatutkimukset ovat lisäksi osoittaneet, että hoitosuhteen laatu, perheenjäsenten yksilölliset elämäntilanteet ja terapeuttien myötäelämisen taidot ovat keskeisimpiä hoidon tuloksellisuuteen vaikuttavia yleisiä tekijöitä (Sprenkle ja Blow 2004; Karver ym. 2006; Bickman ym. 2012; Fife ym. 2012). Toisaalta tulee muistaa, että osa perheistä keskeyttää hoidon ja kuntoutuksen esimerkiksi yksilöllisten elämäntilanteiden ja elämänolosuhteiden muutosten vuoksi. Vaikeiden tunteiden ja kielteisten elämäntapahtumien käsittely saattaa myös lisätä perheenjäsenten keskinäisiä jännitteitä. (Chronis ym. 2004; Antshel ja Barkley 2008; Nowak ja Heinrichs 2008; Lambert 2011.)

Perheinterventioiden soveltavuuden arviointi kohdistuu ennen kaikkea keskeisten toimintasisältöjen käyttökelpoisuuteen. Hoidon yksilöllinen räätälöinti on välttämätöntä lasten oirekuvien vaikeusasteen vaihtelusta johtuen, kuten myös perhemuotojen ja perheiden yksilöllisten elämäntilanteiden vuoksi (Chronis ym. 2004). Soveltavuuden arvioinnilla pyritään tyypillisesti varmistamaan kuitenkin se, että hoito- ja kuntoutusohjelman keskeiset aktiivisesti vaikuttavat toimintasisällöt toteutuvat suunnitellusti. (Bowen ym. 2009; Sidani ja Braden 2011.) Taustalla on niin sanottu hoitomalli-näkökulma, joka korostaa perheinterventioiden sisällöllisten elementtien ja muutosteorioiden täsmentämistä. Lisäksi jotkin hoitomallit saattavat soveltua toisia



paremmin tarkoin määritellyn kohderyhmän hoitoon. Lasten tunne-elämän ja käyttäytymisen häiriöt ovat tästä hyvä esimerkki, sillä erilaisiin oirekuviin kehitettyjen hoito-ohjelmien toteutustavoissa on havaittavissa selkeitä eroavaisuuksia. (Sexton ym. 2004; Sprenkle ym. 2009; Weisz ja Kazdin 2010).

Uusia perhelähtöisiä hoito- ja kuntoutusohjelmia kehitettäessä on syytä kiinnittää huomiota ohjelmien hyväksyttävyyden ja käytännön soveltuvuuden arviointiin tutkimuksen eri vaiheissa. Perheenjäsenten käsitykset toimintasisällöistä jo intervention alkuvaiheessa kertovat todennäköisesti heidän kiinnostuksestaan osallistua tarjolla olevaan hoito-ohjelmaan. (Bowen ym. 2009; Fraser ja Galinsky 2010; Sidani ja Braden 2011.) Aikaisemmissa tutkimuksissa on kiinnitetty huomiota myös siihen, että lasten isät jäävät hoidon toteutuksen ja tutkimusanalyysien ulkopuolelle, vaikka perhelähtöiset toimintakäytännöt antavat mahdollisuuden suunnitella hoitoa ja kuntoutusta kaikkien perheenjäsenten tarpeet sekä toiveet huomioiden (Magill-Evans ym. 2006; Fabiano 2007; Fabiano ym. 2009; Barlow ym. 2012).

## 2 Kelan rooli erityistason lapsiperhepalvelujen kehittämisessä

### 2.1 Kelan rooli palvelujärjestelmässä

Lasten ja lapsiperheiden hyvinvoinnin edistämiseen tähtäviä uusia toimintakäytäntöjä on kehitetty Suomessa runsaasti (Santalahti ja Marttunen 2014; Anttila ym. 2016). Varhaiskasvatuksessa ja perusopetuksessa lasten mielenterveyden edistämiseksi käytettyjä menetelmiä ja toimintakäytäntöjä on kartoitettu Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen tuoreessa selvityksessä (Anttila ym. 2016). Tutkimustietoa on kertynyt myös kiusaamisen vastaisen toimenpideohjelman tuloksellisuudesta (Salmivalli ym. 2011), ja käynnissä on myös lasten tunne- ja vuorovaikutustaitojen vahvistamiseen tähtäävän kouluintervention tutkimus (Björklund ym. 2014). Perhelähtöisiä hoito- ja kuntoutusinterventioita koskeva järjestelmällinen kotimainen tutkimus on toistaiseksi melko vähäistä, mutta tältäkin osin tilanne on muuttumassa. Esimerkiksi on saatu tuloksia, että alle kouluikäisten lasten käyttäytymisen ongelmien tunnistamiseen ja heidän vanhempiensa ohjaukseen kehitetty kansainvälinen etähoitomalli soveltuu myös Suomen olosuhteisiin erittäin hyvin (Sourander ym. 2016).

Kelan tehtävänä on täydentää kotimaista sosiaali- ja terveydenhuollon julkista palvelujärjestelmää. Kela on kehittänyt vuodesta 2010 alkaen monimuotoista perhekuntoutusta (LAKU-kuntoutus<sup>2</sup>) 5–12-vuotiaille lapsille, joilla on diagnosoitu neuropsykiatrisen häiriön ja mahdollisesti samanaikaisia lapsen sosiaalista elämää kotona, koulussa ja kaverisuhteissa vaikeuttavia tunne-elämän ja käyttäytymisen ongelmia. Perheet ohjaa kuntoutukseen ensisijaisesti erikoissairaanhoidon lastenpsykiatri, lastenneurologi tai muu erikoislääkäri (esim. perheneuvolan lääkäri). Kehittämishankkeissa kuntoutusohjelman poissulkukriteerejä ovat lapsen oireilusta johtuva akuuttihoitoon tarve, lapsen huoltajien akuutti päihdeongelma tai kodin ulkopuolelle sijoituksen valmistelu.

### 2.2 Kelan kehittämä monimuotoinen perhekuntoutus

Perhekuntoutusohjelma on kehitetty Kelassa. Sisällön suunnittelussa on hyödynnetty aikaisemman kehittämistyön tuloksia (Linnakangas ym. 2010) ja ulkopuolista asiantuntijaryhmää. Perhekuntoutusohjelma kestää 12 kuukautta. Kuntoutusta on kuitenkin mahdollista jatkaa lisäkäynneillä, jolloin perhekuntoutusohjelman pituudeksi muodostuu noin 24 kuukautta. Perhekuntoutuksen toteutus perustuu *multisysteemiseen lähestymistapaan* (Rasheed ym. 2011). Ydinajatuksena on se, että perheterapeuttisiin menetelmiin perustuva työskentely lapsen ja hänen huoltajiensa (ml. muut perheenjäsenet) kanssa toteutetaan perheiden yksilöllisten tarpeiden mukaisesti. Perheterapeuttinen työskentely voi tapahtua esimerkiksi palveluntuottajan toimipisteessä, mutta osa tapaamisista on tarkoitettu järjestettäväksi myös perheen kotona. Tämän lisäksi perhekuntoutuksessa huomioidaan myös lapsen kasvun ja kehityksen

2 Kelassa on käynnissä samanaikaisesti myös monimuotoisen perhekuntoutuksen kehittämistyö, jossa vastaavaa interventiota toteutetaan Lapin ja Kainuun haja-asutusalueilla (Etä-LAKU). Kyseinen interventio jää kuitenkin tämän raportin tarkastelun ulkopuolelle (ks. Vuori ym. 2015b).

kannalta keskeiset ammattihenkilöt sekä lähettävä hoitotaho. *Monimuotoisuus* tarkoittaa puolestaan sitä, että perhekuntoutusohjelma sisältää erillisiä lapsi- ja huoltajakohtaisia toteutustapoja. Työskentelyssä tavallaan yhdistyy yksilö-, pari- ja perheterapeuttinen työote (Sprenkle 2012). Tämän lisäksi huoltajilla on mahdollisuus osallistua ensimmäisen kuntoutusvuoden aikana vanhempainryhmään ja yhteisiin perheviikonloppuihin.

Perhekuntoutusohjelma alkaa 1–2 kuukauden aloitusvaiheella, jonka aikana tavataan perheenjäsenet ja järjestetään yhteispalaverit lähettävän tahon sekä päiväkodin tai koulun edustajien kanssa. Aloitusvaiheessa voidaan myös sopia yhteistyön vastuista. Aloitusvaihe toimii samalla perheelle eräänlaisena orientaationa ennen varsinaiseen kuntoutusprosessiin siirtymistä, joten tässä vaiheessa on vielä mahdollista kartoittaa perheen motivaatiota osallistua pitkäkestoiseen kuntoutusprosessiin. Varsinainen vuoden mittainen perhekuntoutusohjelma voi sisältää yhteensä 29 käyntikertaa. Ne koostuvat lapsen yksilötapaamisista (8–12) ja perheen käyntikerroista (12–16), joiden lisäksi yhteispalavereja lähettävän tahon ja päiväkodin tai koulun edustajien kanssa tulisi olla yhteensä 5. Vuoden mittaiseen perhekuntoutusohjelmaan sisältyviä vanhempainryhmätapaamisia on yhteensä 10 ja kuntoutusviikonloppuja 2. Kahden vuoden mittainen kuntoutusohjelma sisältää enintään 15 lisäkäyntiä. Lapsen (5–7) ja perheen (8–10) käyntien lisäksi yhden käynneistä tulee tällöin olla yhteispalaveri. Lisäksi perheen on määrä osallistua yksittäiselle seurantakäynnille puoli vuotta kuntoutusohjelman päättymisen jälkeen.

Kelan perhekuntoutusohjelma nojaa yleisiltä toimintaperiaatteiltaan ja työntekijöiden koulutusvaatimuksiltaan pari- ja perheterapiaviitekehukseen. Varsinaista perheterapiasuuntausta ei ole kuitenkaan määritelty tarkemmin. (Rasheed ym. 2011; Sprenkle 2012.) Kyseessä ei myöskään ole empiirisesti tuettujen työmuotojen kaltainen manuaaliin perustuva hoito-ohjelma, joten toimintasisällöt ja perheterapeuttinen työskentely toteutuvat oletettavasti melko vaihtelevasti myös yksittäisten työntekijöiden henkilökohtaisten mieltymysten mukaisesti (ks. Sexton ym. 2004; Weisz ja Kazdin 2010; Ehrling 2014). Keskeisin ero empiirisesti tuettuihin perheterapeuttisiin hoito-ohjelmiin syntyy myös siitä, että Kelan perhekuntoutusohjelmassa käyntikertamäärät on määritelty melko tarkkaan jo etukäteen. Noin kuuden kuukauden mittaisissa erityisissä perheterapeuttisissa hoito-ohjelmissa perheenjäseniä tavataan tyypillisesti tarpeen mukaan, mikä tuo niiden toteutukseen huomattavaa joustavuutta. Toinen olennainen ero on intervention kesto. Kelan perhekuntoutusohjelman kesto on selvästi pidempi empiirisesti tuettuihin hoito-ohjelmiin verrattuna. Kolmas ero syntyy siitä, että erilaisissa perheterapeuttisissa työmuodoissa perheelle tyypillisesti nimetään oma työntekijä. Kelan perhekuntoutusohjelmassa lapsen yksilökäynneistä vastaava ammattihenkilö voi olla eri työntekijä kuin perheterapeuttisesta hoitoprosessista vastaava työntekijä. Erityisissä perheterapeuttisissa hoitomalleissa noudatetaan sen sijaan tarkkaan sitä periaatetta, että yksi työntekijä vastaa koko terapiaprosessista. Toisaalta yhtymäkohtia on siinä, että työntekijöillä on taustalla moniammatillisen

työryhmän tuki ja ohjaus. (Weisz ja Kazdin 2010; Baldwin ym. 2012; Ehrling 2014.) Kelan kuntoutusohjelma sisältää myös ryhmämuotoisen vanhempainohjauksen elementtejä (Menting ym. 2013; Sanders ym. 2014). Perheviikonloppujen yhteydessä on lisäksi mahdollista hyödyntää erilaisia leikkiterapeuttisia (Lin ja Bratton 2015) ja liikunnallisia (Pelham Jr. ym. 2000) toteutustapoja, jotka ovat erittäin tärkeitä lasten ja lapsiperheiden hoitokontekstissa. Monimuotoisuuden takia perhekuntoutusohjelman täsmällinen määrittäminen on jokseenkin vaikeaa. Käytännössä kyseessä on lukuisia osioita ja erilaisia työmuotoja yhdistelevä kompleksinen erityistason perheinterventio (Rautava ym. 2009, 8).

### 3 Tutkimuksen tavoite

Tämä tutkimus on osa käynnissä olevaa monimuotoisen perhekuntoutuksen seurantatutkimusta, jonka toteutus on kuvattu tarkemmin protokolla-artikkelissa (Vuori ym. 2015b). LAKU-perhekuntoutusta toteutetaan kehittämishankkeen aikana neljän palveluntuottajan toimipisteissä Helsingissä, Kotkassa, Tampereella ja Oulussa. Vuonna 2013 käynnistetyn seurantatutkimuksen tarkoituksena on tuottaa tietoa Kelassa kehitteillä olevan perhekuntoutusohjelman tuloksellisuudesta ja tarjota samalla lisätietoa erityistason perheinterventioon ohjatuista lapsiperheistä Suomen olosuhteissa.

Tämän osatutkimuksen tarkoituksena on tarkastella monimuotoiseen perhekuntoutusohjelmaan (LAKU-kuntoutus) ohjattujen lapsiperheiden taustatietoja sekä perheenjäsenten kuntoutusta koskevia käsityksiä ja toiveita perheinterventio alkaessa. Kyseessä on ennen kaikkea poikkileikkausasetelmaan perustuva kuvaileva tutkimus. Keskeisten tulomuuttujien sijasta tutkimusaineiston analyyseissa huomio kohdistuu erityisesti lasten ja heidän huoltajiensa taustatietojen, lasten diagnoosiryhmien ja aikaisemman hoitohistorian tarkasteluun. Tämän lisäksi tutkimuksessa tarkastellaan perhekuntoutuksen hyväksyttävyyttä ja käytännön soveltuvuutta yhtäältä siitä näkökulmasta, millaisia käsityksiä perheenjäsenillä on kuntoutukseen ohjautumisesta ja sen toteutustavoista, ja toisaalta siitä näkökulmasta, millaisia lapsi- ja perhekohtaisia toiveita he esittävät kuntoutukselle.

Tutkimuskysymykset ovat seuraavat:

- Mitkä ovat perhekuntoutukseen ohjattujen lasten keskeisimmät diagnoosiryhmät?
- Onko perhekuntoutukseen ohjatuilla lapsilla ja perheillä aikaisempaa hoito- ja kuntoutushistoriaa (ml. lääkehoito)?
- Mitä perhekuntoutukseen ohjatut lapset ja heidän huoltajansa ajattelevat perhekuntoutuksen keskeisistä toteutustavoista?
- Mitä toiveita lapsilla ja heidän huoltajillaan on perhekuntoutukselle?

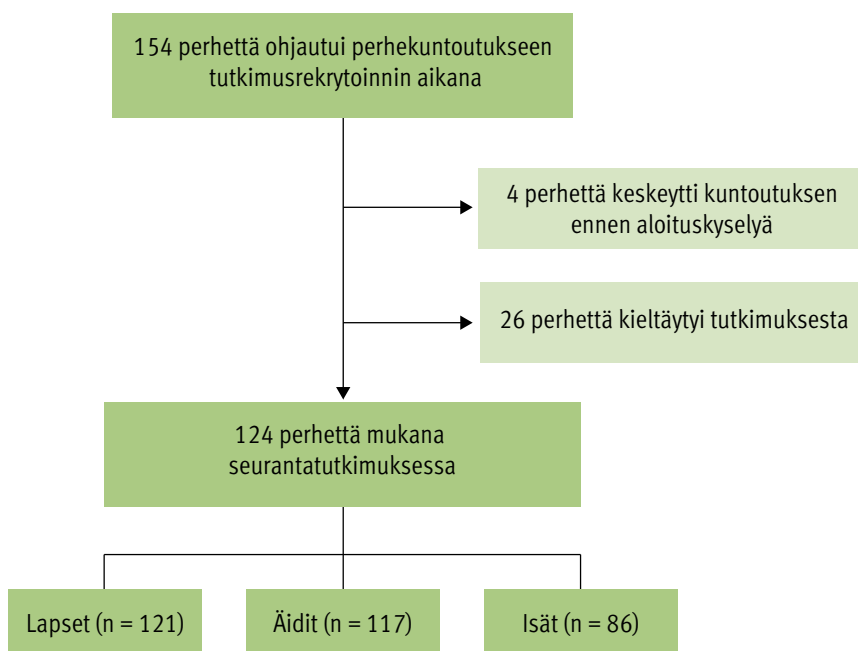
## 4 Aineisto ja menetelmät

### 4.1 Aineistonkeruu

Tutkimusaineisto kerättiin marraskuun 2013 ja syyskuun 2014 välisenä aikana perhekuntoutukseen ohjatuilta perheiltä lomakekyselyin. Aloituskyselyt tehtiin perhekuntoutusohjelman aloitusvaiheen lopussa eli perheiden varsinaisen kuntoutusprosessin alkaessa. Tällä haluttiin varmistaa se, että tutkimuksen toteutus tutkimustiedotteineen ja tietoisien suostumuksen hankintaprosesseineen ei vie huomiota itse kuntoutukseen orientoitumiselta. Perhekuntoutusohjelman aloitusvaihe on tiivis ja sisältää esimerkiksi yhteistyöpalavereja lähettävän tahon ja koulun kanssa. Lisäksi tutkijoilla oli tiedossa, että perheillä on taustalla joitakin kuukausia kestänyt hakuprosessi.

Tutkimusaineiston muodostuminen on havainnollistettu kuviossa. Yhteensä 154 perhettä ohjattiin edellä mainittuna ajanjaksona perhekuntoutukseen. Neljä perhettä ehti kuitenkin keskeyttää kuntoutuksen ennen varsinaisen perhekuntoutusprosessin alkamista. Lisäksi yhteensä 26 kuntoutukseen osallistuvaa perhettä (16,8 %) kieltäytyi kokonaan tutkimuksesta. Alkukyselyn tieto koskee 124:ää lasta ja perhettä. Tutkimukseen osallistui perheenjäseniä seuraavasti: lapsia 121 (78,6 %), äitejä 117 (76,0 %) ja isiä 86 (55,8 %). Lisäksi kuntoutukseen osallistuville perheille suunniteltiin erillinen lyhyt kyselylomake ennen varsinaisen aloituskyselyn keruuta. Perheenjäsenet täyttivät tämän erillisen kyselyn samalla, kun he täyttivät palveluntuottajien

**Kuvio.** Tutkimusaineisto.



omaan käyttöönsä keräämät perheiden taustatietolomakkeet. Nämä erilliset kyselylomakkeet liitettiin osaksi tutkimusaineistoa niiden perheiden osalta, jotka antoivat lopulta tietoisuuden suostumuksen tutkimukseen osallistumisesta ja luvan kyselyn käytölle (n = 120). Tietoa ei ole saatavilla erikseen lasten äideiltä ja isiltä.

## 4.2 Muuttajat

### 4.2.1 Sosiodemografiset taustamuuttajat

Tutkimukseen osallistuvien henkilöiden sosiodemografisia taustamuuttujia ovat lasten ja heidän huoltajiensa *sukupuoli* ja *ikä*.<sup>3</sup> Otoskeskiarvon ja -keskihajonnan ohella lasten (1 = alle 7 vuotta; 2 = 7–9 vuotta; 3 = 10–11 vuotta; 4 = 12 vuotta täyttäneet) ja huoltajien (1 = alle 35 vuotta; 2 = 35–44 vuotta; 3 = 45 vuotta täyttäneet) ikäjakaumat esitellään luokiteltuina muuttujina. *Perhemuodon* kartoittamiseksi lasten huoltajilta tiedusteltiin, keitä heidän nykyiseen perheeseensä kuuluu. Perhemuodot on luokiteltu seuraavasti: 1 = ydinperhe; 2 = uusperhe; 3 = yksinhuoltaja. Ydinperheeseen on luokiteltu kuuluvaksi ne lapset, joiden huoltajat ovat ilmoittaneet olevansa avio- tai avoliitossa ja joilla on parisuhteesta yhteisiä lapsia. Uusperheeseen on puolestaan luokiteltu kuuluvaksi ne lapset, joiden perheessä on lapsen huoltajan ilmoittamia alaikäisiä perheenjäseniä myös jommankumman puolison edellisestä liitosta. *Lasten lukumäärä* sisältää sekä nykyisestä että mahdollisesta aikaisemmasta liitosta olevat lapset.

### 4.2.2 Lasten diagnoositiedot ja hoitohistoria

Lasten diagnoositiedot on saatu lääkärinlausunto B:stä, joka edellytetään liitettäväksi kuntoutushakemuslomakkeeseen. Kahdeksan huoltajaa ei antanut suostumusta lääkärinlausuntojen käyttöön, mutta he olivat ilmoittaneet lapsen ensisijaisen diagnoosin kyselylomakkeessa. Diagnoositiedot saatiin siten joko B-lausuntoon tai vanhempien antamaan tietoon perustuen kaikilta tutkimusaineiston lapsilta. Aineiston tiivistämiseksi *lasten oirekuvat* on luokiteltu neljään ryhmään ICD-10-diagnoosiluokittelun perusteella (Tautiluokitus ICD-10). Ryhmien muodostamisessa on pyritty huomioimaan esitutkimuksessa käytettyä luokittelua. Ensimmäiseen ryhmään on sisällytetty ne lapset, joille on asetettu ADHD-diagnoosi (F90.0). Tähän ryhmään (1 = ADHD) on lisäksi sisällytetty ne lapset, joiden ensisijainen diagnoosi viittaa pääasiassa tarkkaamattomuustyyppiin (F98.8) tai yliaktiivisuus- ja impulsiivisuustyyppiin (F90.8) (Käypä hoito -suositus 2013). Toiseen ryhmään (2 = ADHD ja käytöshäiriö) on luokiteltu ne lapset, joille on asetettu joko ADHD-diagnoosin lisäksi tai ensisijaiseksi diagnoosiksi hyperkineettinen käytöshäiriö (F90.1), käytöshäiriö (F91) tai samanaikainen käytös- ja tunnehäiriö (F92) (ks. Mordre ym. 2011; Frick ja Nigg 2012). Kolmanteen ryhmään on luokiteltu ne lapset, joiden ensisijainen diagnoosi kuuluu laaja-alaisten kehityshäiriöiden (F84) luokkaan (3 = laaja-alaiset kehitys-

3 Huoltajien koulutustaustaa ja työmarkkina-asemaa koskevat kysymykset lisättiin seurantakyselyyn eivätkä vastaukset olleet kokonaisuudessaan saatavilla tätä raporttia kirjoitettaessa.

häiriöt). Neljännen ryhmän (4 = muut häiriöt) muodostavat ne lapset, joille asetetut diagnoosit eivät kuulu edellä mainittuihin ryhmiin.

Oirehistorian selvittämiseksi lapsen huoltajilta tiedusteltiin kyselylomakkeessa, ”minkä ikäinen perhekuntoutukseen osallistuva lapsi oli, kun hänen neuropsykiatriset ja/tai psykiatriset oireensa johtivat tarkempiin selvittelyihin ja tutkimuksiin”. Vaikka kysymys ei tavoita täsmällistä oireiden alkamisajankohtaa, sillä pyritään havainnollistamaan lapsen *oireiden ilmaantumisiän* vaihtelua aineistossa: 1 = enintään 7-vuotias; 2 = vähintään 8 vuoden ikäinen (ks. Barker ym. 2010; Frick ja Nigg 2012). Lapsen mahdollisen *lääkehoidon* (1 = ei lääkettä; 2 = lääkehoito) luokittelussa on huomioitu huoltajien ilmoittamat seuraavat vaikuttavat lääkeaineet: metyyliifenidaattihydrokloridi, atomoksetiini ja risperidoni (ks. Ipser ja Stein 2007; Politte ym. 2014).

Aikaisemmassa *hoitohistoriassa* kiinnostus kohdistui perheiden saamiin erityistason palveluihin. Huoltajilta tiedusteltiin ensinnäkin, oliko lapsella ja perheellä aikaisempaa kokemusta mahdollisista erikoissairaanhoidon osastohoitojaksoista ja lastensuojelun perhetyön asiakkuuksista. Tämän lisäksi lasten huoltajilta tiedusteltiin, oliko lapsella ja perheellä kokemusta aikaisemmasta *lapsen yksilö- tai ryhmämuotoisesta terapiasta* (ml. toimintaterapia) tai *perhelähtöisestä hoidosta ja kuntoutuksesta*.

#### 4.2.3 Perhekuntoutuksen hyväksyttävyyys ja käytännön soveltuvuus

Perhekuntoutuksen hyväksyttävyyttä ja käytännön soveltuvuutta koskevat mielipiteet ja käsitykset kerättiin perhekuntoutuksen aloitusvaiheen aikana toteutetuista erillisistä kyselylomakkeista (ks. myös luku 4.1). Saamamme tiedon mukaan vastaaja oli useimmiten lapsen äiti (n = 86). Seitsemässätoista perheessä vanhemmat olivat täyttäneet kyselyn yhdessä ja yhtä monessa perheessä täyttäjänä oli ollut kuntoutuksen osallistuvan lapsen isä.

Erillisessä lomakkeessa tiedusteltiin *kuntoutukseen ohjautumista* kysymällä perheiltä, ”kuinka pitkä aika kului kuntoutukseen hakeutumisesta siihen, että perhe pääsi aloittamaan LAKU-perhekuntoutuksen”. Aikayksikkönä oli kuukausi. Lisäksi perheiltä tiedusteltiin seitsemän erilaisen asenneväittämän avulla, missä määrin kyseiset väittämät ”kuvaavat heidän *perhekuntoutuksen ohjautumisen kokemuksia*”. Yksittäiset väittämät on esitetty tulososion taulukossa 7 (s. 30). Suhtautumista monimuotoisen perhekuntoutuksen toteutustapoihin eli perhekuntoutuksen käytännön *soveltuvuutta* (taulukko 11, s. 33) koskevia ennakkokäsityksiä selvitettiin tiedustelemalla, ”missä määrin perheet ajattelivat, että perhekuntoutuksen toteutustavoista tulee olemaan apua heidän lapsensa ja perheensä tilanteeseen” (1 = erittäin paljon; 2 = paljon; 3 = jonkin verran; 4 = vähän; 5 = ei lainkaan / ei tarvetta).

Varsinaisessa aloituskyselyssä lapsilta tiedusteltiin, mitä he ajattelevat siitä, että työntekijät tulevat kotiin tai kouluun (1 = hyvä asia; 2 = melko hyvä asia; 3 = en ole ihan varma; 4 = haittaa minua vähän; 5 = haittaa minua paljon). Vastausvaihtoehtojen



apuna lapsilla oli asenneväittämiä kuvastava ns. hymynaama-asteikko. Lasten huoltajilta tiedusteltiin seitsemän osion avulla, millaisia olivat heidän kokemuksensa perhekuntoutuksen aloitusvaiheesta (ks. taulukko 9, s. 32). Tutkimukseen osallistuneiden *lasten kuntoutukselle kohdistamia toiveita* tiedusteltiin kuuden osion avulla (ks. taulukko 12 (s. 34). *Huoltajien kuntoutustoiveita* tiedusteltiin laatimalla sekä lasta (6 osiota) että vanhemmuutta ja perhe-elämää (8 osiota) koskevat erilliset osiot (ks. taulukot 13, s. 35 ja 14, s. 36).

### 4.3 Aineiston analyysi

Kyselytutkimusaineisto analysoitiin SPSS-tilasto-ohjelmalla (versio 22.0). Tutkimusaineiston kuvaamisessa hyödynnetään ensisijaisesti prosenttiarvoja ja havaintomääriä (frekvenssit). Tietyille tutkimusaineistosta lasketuille suhteellisille prosenttiosuuksille on lisäksi laskettu 95 %:n luottamusvälit (esim. lapsen sukupuoli ja diagnoosiryhmät). Jakauman sijaintia ja hajontaa kuvaavien tunnuslukujen osalta tutkimuksessa hyödynnetään keskiarvoa ja keskihajontaa sekä ala- ja yläkvartiilia. Kaksiulotteisissa jakaumatarkasteluissa (ristiintaulukointi) on hyödynnetty khiin neliö -testiä ( $\chi^2$ ) tilastollisen merkitsevyyden testaamiseksi. Solujen pienet odotetut havaintomäärät asettivat aika ajoin haasteita tilastolliselle testaukselle (pieni aineisto). Muuttujien keskinäisten riippuvuuksien korrelaatiotarkastelut perustuivat Spearmanin järjestyskorrelaatioon ( $r_s$ ) ja Pearsonin tulomomenttikorrelaatioon ( $r$ ). Tässä tutkimuksessa muuttujien keskinäisen riippuvuuden voimakkuuden tärkeimmäksi raja-arvoksi valittiin  $r \geq \pm 0,30$ . Tällöin muuttujien yhteisvaihtelun voidaan ajatella olevan voimakkuudeltaan kohtalaista ja käytännön näkökulmasta merkityksellistä. Toisaalta aineiston pienehkön koon vuoksi myös pienemmät tilastollisesti merkitsevät korrelaatiot ( $r \approx 0,20-0,29$ ) ovat kuvailevan tutkimusasetelman näkökulmasta katsottuna tärkeitä havaintoja. (Meyers ym. 2006.) Keskiarvovertailussa on hyödynnetty Fisherin  $F$ -testiä. Tekstin ulkoasun selkiyttämiseksi ja luettavuuden sujuvoittamiseksi testisuureiden arvoja ( $\chi^2$  ja  $F$ ) ei ole laitettu näkyviin. Tilastollisen merkitsevyyden osalta tekstissä mainitaan  $p$ -arvot. Hyödynnämme yleisesti käytössä olevia havaittuja 5 %:n ( $p \leq 0,05$ ), 1 %:n ( $p \leq 0,01$ ) ja 0,1 %:n ( $p \leq 0,001$ ) riskitasoja.

### 4.4 Tutkimuseettiset erityishuomiot

Käynnissä olevalla seurantatutkimuksella on Kelan tutkimuseettisen toimikunnan puoltava lausunto (dnro 6/2013). Tutkimuseettinen arviointiprosessi kattoi myös tutkimustiedotteiden ja kyselylomakkeiden arvioinnin. Tutkimuksen toteutuksessa pyritään kiinnittämään erityistä huomiota lapsen oikeuteen ilmaista mielipiteensä (Bailey ym. 2015). Tutkimuksesta tiedottaminen ja kyselyyn vastaaminen järjestettiin siten, että lapsen työntekijällä oli mahdollisuus opastaa ja auttaa lasta. Myös lapsen huoltajien osalta on kiinnitetty huomiota siihen, että perheen työntekijällä on mahdollisuus tarvittaessa vastata huoltajien esittämiin kyselylomakkeen täyttöä koskeviin kysymyksiin. Tutkijat eivät käsittele henkilötunneista tietoa.

## 5 Tulokset

### 5.1 Vastaaajien sosiodemografiset taustatiedot

Tutkimusaineiston lapsista 16,1 % (95 %:n LV = 9,6–22,7 %) oli tyttöjä ja 83,9 % (95 %:n LV = 77,4–90,5 %) oli poikia. Lasten keski-ikä oli 9,3 vuotta (keskihajonta (kh) = 1,95). Tyttöjen ja poikien keski-ikä ei eronnut tilastollisesti merkitsevästi toisistaan. Tarkemmat ikäluokittaiset jakaumatarkastelut osoittivat, että alle kouluikäisten lasten osuus (alle 7 vuotta) oli pienin (9,7 %). Suurimman ryhmän muodostivat 7–9-vuotiaat (45,2 %) ja 10–11-vuotiaat (30,6 %) lapset, mikä on kolme neljäsosaa (75,8 %) koko tutkimusaineistosta. 12 vuotta täyttäneiden lasten osuus oli 14,5 %.

Tutkimukseen osallistuneiden äitien keski-ikä (39,1 vuotta, kh = 5,97) osoittautui tilastollisesti merkitsevästi alhaisemmaksi ( $p = 0,014$ ) kuin isien tai isäpuolten keski-ikä (41,2 vuotta, kh = 6,32). Aloituskyselyssä mukana olleiden lasten *perhemuotojen* tarkastelu puolestaan osoitti, että lapsen biologisten huoltajien muodostama ydinperhe (52,4 %) oli yleisin perhemuoto. Uusperheessä eli noin neljäsosa (25,8 %) tutkimusaineiston lapsista ja viidesosa (21,8 %) eli yksinhuoltajaperheessä. Kaikki tutkimukseen osallistuneet äidit olivat lastensa biologisia vanhempia. Myös enemmistö tutkimukseen osallistuneista isistä osoittautui kuntoutukseen osallistuvan lapsen biologiseksi vanhemmaksi (90,7 %). Muissa tapauksissa miespuolinen aikuinen oli lapsen isäpuoli. Tutkimukseen osallistuneiden henkilöiden perhemuotojen kuvaamista hankaloittaa osaltaan se, että joissakin tapauksissa molemmat seurantatutkimukseen osallistuvat huoltajat olivat ilmoittaneet olevansa yksinhuoltajia (yhteishuoltajuus). Toisaalta joissakin tapauksissa toinen lapsen biologisista vanhemmista oli perustanut uusperheen, mutta kuntoutuksessa mukana oleva toinen biologinen vanhempi ilmoitti olevansa yksinhuoltaja. Huoltajien ilmoittamassa *kotitalouksien lasten lukumäärässä* oli havaittavissa huomattavaa vaihtelua (vaihteluväli = 1–17), mutta tyypillisimmät lasten lukumäärät olivat 2 (45,3 %) tai 3 (23,9 %) lasta kotitaloudessa.

### 5.2 Lasten diagnoositiedot

Terveystieteiden ammattihenkilöiden asettamat F-koodien mukaiset lasten päädiagnoosit on esitetty taulukossa 1 (s. 25). Suurimman ryhmän muodostivat lapset, joilla oli diagnosoitu ADHD. Näitä lapsia oli 53,2 % tutkimusaineistosta (95 %:n LV = 44,4–62,0 %). Toiseksi suurimman ryhmän (22,6 %) muodostivat lapset, joilla oli ADHD:n lisäksi diagnosoitu myös käytöshäiriö (95 %:n LV = 15,2–30,0 %). B-lausuntojen perusteella 12,9 %:lla lapsista (95 %:n LV = 7,0–18,8 %) oli puolestaan diagnosoitu laaja-alainen kehityshäiriö. Näistä tyypillisin oli Aspergerin oireyhtymä ( $n = 9$ ), ja kahdelle oli lisäksi asetettu ADHD-diagnoosi. Näin ollen 11,3 %:lle (95 %:n LV = 5,7–16,9 %) lapsista oli asetettu jokin muu kuin edellä lueteltu päädiagnoosi. Tähän ryhmään kuuluvilla lapsilla oli diagnosoitu muun muassa lapsuudessa alkavia tunne-elämän häiriöitä ja lapsuudessa tai nuoruudessa alkavia sosiaalisen vuorovaikutuksen häiriöitä. Poikien osuudet diagnoosiryhmissä olivat seuraavanlaiset:

ADHD-oireet (84,8 %); ADHD ja käytöshäiriö (82,1 %); laaja-alainen kehityshäiriö (93,8 %); muut häiriöt (83,9 %). Jatkoanalyysien perusteella 45,2 %:lla (n = 56) tutkimusaineiston lapsista oli vähintään kaksi F-koodin diagnoosia (esim. oppimiskyvyn häiriön diagnoosi oli asetettu 10 lapselle).

**Taulukko 1.** Lasten diagnoosiryhmät koko aineiston ja palveluntuottajan toimipisteiden (A–D) mukaan luokiteltuina.

DG-ryhmä (ICD-10)	Koko aineisto	A	B	C	D
	n (%)				
ADHD	66 (53,2)	16 (43,2)	12 (57,1)	12 (42,9)	26 (68,4)
ADHD ja käytöshäiriö	28 (22,6)	11 (29,7)	4 (19,0)	7 (25,0)	6 (15,8)
Laaja-alainen kehityshäiriö	16 (12,9)	3 (8,1)	2 (9,5)	8 (28,6)	3 (7,9)
Muut häiriöt	14 (11,3)	7 (18,9)	3 (14,3)	1 (3,6)	3 (7,9)
Yhteensä	124 (100)	37 (100)	21 (100)	28 (100)	38 (100)

Tulkintaohjeet: Ryhmässä ”ADHD” lapsille oli asetettu päädiagnoosiksi F90.0 = Aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriö tai F98.8 = Tarkkaavuushäiriö ilman ylivilkkautta.

Ryhmässä ”ADHD ja käytöshäiriö” lapsille oli asetettu ADHD-diagnoosin lisäksi – tai ensisijaiseksi diagnoosiksi – hyperkineettinen käytöshäiriö (F90.1), käytöshäiriö (F91) tai samanaikainen käytös- ja tunnehäiriö (F92).

Ryhmässä ”Laaja-alainen kehityshäiriö” lapsille oli asetettu päädiagnoosiksi F84 = Laaja-alainen kehityshäiriö.

Ryhmässä ”Muut häiriöt” lapsille asetetut päädiagnoosit jakautuivat seuraavasti: F83 = monimuotoiset kehityshäiriöt (n = 1); F93 = lapsuudessa alkavat tunne-elämän häiriöt (n = 5); F94 = lapsuudessa tai nuoruudessa alkavat sosiaalisen vuorovaikutuksen häiriöt (n = 4); F95 = nykimishäiriöt (n = 2); F98 = muut tavallisesti lapsuudessa tai nuoruudessa alkavat toiminto- ja tunnehäiriöt (n = 2).

## 5.3 Lasten oire- ja hoitohistoria

### 5.3.1 Lapsen neuropsykiatristen tai psyykkisten oireiden ilmaantumisia

Lasten oireiden ilmaantumisia koskeva tieto saatiin 122 lapsen huoltajalta. Tämän perusteella 69,7 % (n = 85) tutkimusaineistomme lapsista oli ollut enintään 7 vuoden ikäinen, kun lapsen kasvun ja kehityksen haasteet olivat johtaneet tarkempiin lastenpsykiatriin tai neurologisiin selvityksiin ja tutkimuksiin. Taulukossa 2 (s. 26) on havainnollistettu kaksiolotteisen jakaumatarkastelun avulla huoltajan ilmoittaman oireiden ilmaantumisiän yhteyttä aiemmin tarkemmin esiteltyihin diagnoosiryhmiin. Erot eivät muodostuneet tilastollisesti merkitseviksi.

Tarkemmat analyysit osoittivat, että lapset, joille oli asetettu ADHD-diagnoosi, olivat huoltajien mukaan keskimäärin 6,5-vuotiaita (vaihteluväli = 2–12 vuotta), ja kolme neljäsosaa lapsista oli enintään 8 vuoden ikäinen (alakvartiili [Q1] = 5 vuotta; yläkvartiili [Q3] = 8 vuotta), kun lapsi oli ohjattu tarkempiin tutkimuksiin ja selvittelyihin oireilunsa vuoksi. ADHD ja käytöshäiriö -ryhmässä lasten keski-ikä oli

**Taulukko 2.** Huoltajan ilmoittaman oireiden ilmaantumisiin yhteys diagnoosiryhmään.

	Lasten diagnoosiryhmät			
	ADHD	ADHD ja käyttäjähäiriö	Laaja-alaiset kehityshäiriöt	Muut
Oireiden ilmaantumisia	n (%)			
Lapsi enintään 7-vuotias	43 (66,2)	21 (77,8)	12 (75,0)	9 (64,3)
Lapsi 8-vuotias tai vanhempi	22 (33,8)	6 (22,2)	4 (25,0)	5 (35,7)
Yhteensä	65 (100)	27 (100)	16 (100)	14 (100)

Tulkintaohje: Oireiden ilmaantumisia selvitettiin kysymällä huoltajilta, ”minkä ikäinen perhekuntoutukseen osallistuva lapsi oli, kun hänen neuropsykiatriset tai psykiatriset oireensa johtivat tarkempiin tutkimuksiin?”

puolestaan 6,4 vuotta (vaihteluväli = 3–11 vuotta; Q1 = 5 vuotta; Q3 = 8 vuotta). Laaja-alaisen kehityshäiriöiden ryhmän lapset oli ohjattu keskimäärin 6-vuotiaana tarkempiin klinisiin tutkimuksiin (vaihteluväli = 2–10 vuotta; Q1 = 5 vuotta; Q3 = 7,75 vuotta). Ryhmään muut kuuluvien lasten keski-ikä oli 6,5 vuotta; vaihteluväli 2–12; Q1 = 4,15 vuotta; Q3 = 9,25 vuotta. Sukupuoliryhmittäiset tarkastelut osoittivat, että tytöistä 80,0 % (n = 16) ja pojista 67,6 % (n = 70) oli ollut huoltajan mukaan enintään 7 vuoden ikäinen, kun heidät ohjattiin tarkempiin klinisiin selvityksiin.

### 5.3.2 Lasten lääkehoito

Huoltajilta saadun tiedon perusteella 47,6 %:lla (n = 59) lapsista oli säännöllinen lääkehoito kuntoutuksen alkaessa. Kyseessä oli tavallisesti metyyylifenidaattihydrokloridi. Risperidoni oli huoltajilta saadun tiedon mukaan käytössä neljällä lapsella. Taulukossa 3 (s. 27) on havainnollistettu tarkemmin lasten diagnoosiryhmien, lasten iän ja oireiden ilmaantumisiin yhteys huoltajan ilmoittamaan lääkehoitoon. Tulokset osoittavat, että 59,1 %:lla ADHD-ryhmään kuuluvista lapsista (n = 59) sekä 53,6 %:lla (n = 15) ADHD ja käyttäytymisen häiriö -diagnoosiryhmän lapsista oli säännöllinen lääkehoito. Diagnoosiryhmien väliset erot muodostuivat tilastollisesti merkitseväksi (p < 0,001).

Lääkehoito vaihteli myös lasten iän mukaan. Alle kouluikäisistä lapsista ainoastaan yhdellä oli huoltajan mukaan säännöllinen lääkehoito, mutta 7–9-vuotiaiden (52,6 %, n = 30) ja 10–11-vuotiaiden (56,8 %, n = 21) lasten ryhmissä lääkehoito oli melko yleistä, ja ikäryhmien väliset erot lääkehoidon osalta muodostuivatkin tilastollisesti merkitseviksi (p = 0,020). Huoltajan ilmoittama lapsen oireiden ilmaantumisia ei sen sijaan ollut yhteydessä lasten lääkehoitoon. Lisäksi sukupuoliryhmittäisten tarkastelujen perusteella voidaan sanoa hyvin varovaisesti, että lääkehoito olisi hieman yleisempää tutkimusaineiston pojilla (51,0 %, n = 53) kuin tytöillä (30,0 %, n = 6), vaikka ero ei muodostunut tilastollisesti merkitseväksi (p = 0,094).

**Taulukko 3.** Tutkimusaineiston lasten lääkehoito.

Diagnoosiryhmä (ICD-10)	Säännöllinen lääkehoito	Ei säännöllistä lääkehoitoa	Yhteensä n (%)
	n (%)		
ADHD	39 (59,1)	27 (40,9)	66 (100)
ADHD ja käytöshäiriö	15 (53,6)	13 (46,4)	28 (100)
Laaja-alainen kehityshäiriö	3 (18,8)	13 (81,3)	16 (100)
Muut häiriöt	2 (14,3)	12 (85,7)	14 (100)
<b>Lapsen ikä</b>			
Alle 7 vuotta	1 (8,3)	11 (91,7)	12 (100)
7–9 vuotta	30 (52,6)	27 (47,4)	57 (100)
10–11 vuotta	21 (56,8)	16 (43,2)	37 (100)
≥ 12 vuotta	7 (38,9)	11 (61,1)	18 (100)
<b>Oireiden alkamisikä</b>			
Lapsi enintään 7-vuotias	43 (50,6)	42 (49,4)	85 (100)
Lapsi 8-vuotias tai vanhempi	15 (40,5)	22 (59,5)	37 (100)

Tulkintaohje: Lääkehoidon osalta huomioitu seuraavat vaikuttavat lääkeaineet: metyyliifenidaattihydrokloridi, atomoksetiini ja risperidoni.

### 5.3.3 Erikoissairaanhoidon osastohoitoon ja lastensuojelun perhetyöhön ohjautuminen

Yhteensä 11,0 % (n = 13) tutkimusaineiston lapsista oli ohjattu aikaisemmin osastohoitoa vaativaan lastenpsykiatrian erikoissairaanhoidon (esim. tutkimus- tai osastohoitojakso). Tietoa mahdollisesta osastohoidosta ei ollut saatavilla kuuden lapsen osalta. Huoltajien mukaan lastensuojelun perhetyön piirissä oli ollut yhteensä 19,8 % (n = 24) tutkimusaineiston lapsista ja perheistä. Tältä osin tieto puuttui kolmesta lapsesta. Taulukossa 4 (s. 28) tarkastellaan lasten aikaisemman erityistason hoitopalveluihin ohjautumisen yhteyttä lasten diagnoosiryhmiin. Aineiston koon vuoksi joko osastohoitoon tai lastensuojelun perhetyön piiriin ohjatut lapset on luokiteltu samaan ryhmään. Tulokset osoittivat, että 26,5 % lapsista ja perheistä (n = 31) oli ohjattu aikaisemmin joko erikoissairaanhoidon osastohoitojaksolle tai lastensuojelun perhetyön asiakkaaksi.

Lasten diagnoosiryhmillä ei havaittu olevan yhteyttä aikaisempaan erikoissairaanhoidon tai lastensuojelun perhetyöhön ohjaukseen. Lapsen sukupuoli, ikä tai huoltajan ilmoittama oireiden ilmaantumisasiä eivät myöskään olleet yhteydessä erikoissairaanhoidon osastohoitoon tai lastensuojelun perhetyöhön ohjautumiseen.

**Taulukko 4.** Erikoissairaanhoidon osastohoitoon tai lastensuojelun perhetyöhön ohjautuminen.

Diagnoosiryhmä (ICD-10)	Osastohoitojakso tai lastensuojelun asiakkuus	Ei osastohoitojaksoa tai lastensuojelun asiakkuutta	Yhteensä n (%)
	n (%)		
ADHD	15 (25,0)	45 (75,0)	60 (100)
ADHD ja käytöshäiriö	10 (35,7)	18 (64,3)	28 (100)
Laaja-alainen kehityshäiriö	3 (20,0)	12 (80,0)	15 (100)
Muut häiriöt	3 (21,4)	11 (78,6)	14 (100)

#### 5.3.4 Aikaisempi yksilöterapia ja perhelähtöinen hoito

Tulosten mukaan lapset oli ohjattu todennäköisemmin yksilöterapiaan ( $n = 56$ ) kuin perhelähtöiseen hoitoon ja kuntoutukseen ( $n = 33$ ). Huoltajilta saadun tiedon perusteella lasten yksilöterapiajaksojen sisällöt vaihtelivat puhe- ja toimintaterapiasta rästusterapiaan ja ryhmämuotoiseen kuntoutukseen. Perhelähtöisten hoitomuotojen osalta lapsia ja heidän huoltajiaan oli ohjattu aikaisemmin muun muassa perheterapiaan ja vanhempainohjaukseen (esim. perhekoulu). Kolme perhettä oli osallistunut myös Kelan järjestämille sopeutumisvalmennuskursseille. Lisäksi viidellä perheellä oli aikaisempaa kokemusta nyt tutkimuksen kohteena olevasta monimuotoisesta perhekuntoutuksesta.

Taulukossa 5 (s. 29) on havainnollistettu tarkemmin lasten diagnoosiryhmien, iän ja oireiden ilmaantumisiän yhteyttä aikaisempaan hoitoonohjaukseen. Lasten diagnoosiryhmällä ei havaittu olevan yhteyttä lapsen aikaisempaan yksilöterapiaan ohjaukseen. Lapsen ikä sen sijaan vaikutti olevan yhteydessä yksilöterapiaan ohjautumiseen, tosin tulos ei osoittautunut aivan tilastollisesti merkitseväksi ( $p = 0,062$ ). Tuloksista käy ilmi, että 12 vuotta täyttäneiden lasten ryhmässä 61,1 %:lla tutkimusaineiston lapsista oli aikaisempaa kokemusta yksilöterapiasta, ja alle 7 vuoden ikäisistä lapsista ainoastaan 16,7 % oli ohjattu yksilöterapiaan ennen perhekuntoutukseen ohjausta. Iän yhteys selittyy osaltaan lapsen oireiden ilmaantumisiällä: 54,1 % lapsista, joiden oireet olivat johtaneet tarkempiin selvityksiin viimeistään 7 vuoden iässä, oli ohjattu yksilöterapiaan jossain vaiheessa elämäänsä. Vastaavasti niistä lapsista, joilla oireilu oli alkanut aikaisintaan kahdeksan vuoden iässä, reilulla neljäsosalla (27 %) oli aikaisempaa kokemusta yksilöterapeuttisista hoitomuodoista. Tältä osin tulos osoittautui tilastollisesti merkitseväksi ( $p = 0,006$ ). Sukupuolittaiset erot eivät sen sijaan muodostuneet tilastollisesti merkitseviksi. Tytöistä 60,0 % ( $n = 12$ ) ja pojista 42,3 % ( $n = 44$ ) oli ohjattu aikaisemmin yksilöterapiaan. Yksikään edellä luetelluista tekijöistä ei ollut tilastollisesti merkitsevästi yhteydessä aikaisempaan perhelähtöiseen hoitoon ohjautumiseen.

**Taulukko 5.** Aikaisempi yksilöterapiaan tai perhelähtöiseen hoitoon ohjautuminen.

	Yksilöterapia		Perhelähtöinen hoito tai kuntoutus	
	Kyllä	Ei	Kyllä	Ei
<b>Diagnoosiryhmä (ICD-10)</b>	n (%)		n (%)	
ADHD	27 (40,9)	39 (59,1)	19 (28,8)	47 (71,2)
ADHD ja käytöshäiriö	14 (50,0)	14 (50,0)	6 (21,4)	22 (78,6)
Laaja-alainen kehityshäiriö	9 (56,3)	7 (43,8)	5 (31,3)	11 (68,8)
Muut häiriöt	6 (42,9)	8 (57,1)	3 (21,4)	11 (78,6)
<b>Lapsen ikä</b>				
Alle 7 vuotta	2 (16,7)	10 (83,3)	2 (16,7)	10 (83,3)
7–9 vuotta	29 (50,9)	28 (49,1)	13 (22,8)	44 (77,2)
10–11 vuotta	14 (37,8)	23 (62,2)	11 (29,7)	26 (70,3)
≥ 12 vuotta	11 (61,1)	7 (38,9)	7 (38,9)	11 (61,1)
<b>Oireiden alkamisikä</b>				
Lapsi enintään 7-vuotias	46 (54,1)	39 (45,9)	22 (25,9)	63 (74,1)
Lapsi 8-vuotias tai vanhempi	10 (27,0)	27 (73,0)	10 (27,0)	27 (73,0)

## 5.4 Perhekuntoutuksen hyväksyttävyyys ja käytännön soveltuvuus

### 5.4.1 Perhekuntoutuksen ohjautuminen

Lasten huoltajilta saadun tiedon mukaan perhekuntoutukseen lähettävä taho oli useimmiten joko perusterveydenhuolto (41,0 %) tai erikoissairaanhoidon lastenpsykiatrian toimiala (40,2 %). Lastenneurologian toimiala oli lähettävänä tahona noin joka viidennellä lapsella (18,9 %). Lähettävällä taholla ei havaittu olevan tilastollisesti merkitsevää yhteyttä lasten oirediagnoosien vaihteluun.

Seuraavaksi tarkastelun kohteena oli huoltajan ilmoittaman oireiden ilmaantumisiän yhteys lapsen ikään kuntoutuksen alkaessa (taulukko 6). Erot osoittautuivat tilastollisesti merkitseviksi ( $p < 0,001$ ). Yleisenä havaintona voidaan todeta, että aikajänne tarkempaan kliinisiin tutkimuksiin ohjautumisen ja perhekuntoutuksessa aloittamisen välillä on todennäköisesti lyhyempi alle kouluikäisillä lapsilla ja niillä, joilla oireilu

**Taulukko 6.** Lapsen oireiden ilmaantumisiän yhteys lapsen ikään perhekuntoutuksen alkaessa.

	Lapsen ikä perhekuntoutuksen alkaessa			
	Alle 7 vuotta	7–9 vuotta	10–11 vuotta	≥ 12 vuotta
<b>Oireiden alkamisikä</b>	n (%)			
Lapsi enintään 7-vuotias	12 (14,1)	48 (56,4)	19 (22,4)	6 (7,1)
Lapsi 8-vuotias tai vanhempi	-	9 (24,4)	17 (45,9)	11 (29,7)

on alkanut aikaisintaan kahdeksan vuoden iässä. Toisaalta tulokset viittaavat myös siihen, että osa tutkimusaineiston lapsista oli aloittanut perhekuntoutuksen aikaisintaan 10-vuotiaana (20,2 % koko aineistosta,  $n = 25$ ), mutta kyseisten lasten oireilun selvittämiseksi käynnistetyistä kliinisistä tutkimuksista oli kulunut jo useampi vuosi.

Huoltajilta saadun tiedon mukaan perhekuntoutus pääsi alkamaan keskimäärin kolme kuukautta kuntoutukseen hakeutumisesta. Kolme neljäsosaa perheistä oli ilmoituksensa mukaan päässyt aloittamaan perhekuntoutuksen 3,5 kuukauden sisällä kuntoutukseen hakeutumisesta. Viiden perheen osalta aikajänne kuntoutukseen hakeutumisen ja kuntoutuksen aloituksen välillä oli venynyt yli puolen vuoden mittaiseksi, mutta syy tähän jäi avoimeksi. Perhekuntoutukseen ohjautumista koskevia käsityksiä on havainnollistettu tarkemmin taulukossa 7. Vaikka reilu neljäsosa perheistä (28,5 %) olisi kenties kaivannut helpommin saatavilla olevaa tietoa kuntoutuksesta, enemmistön mielestä itse kuntoutukseen hakeutuminen vaikutti olevan melko vaivatonta (88,3 %). Lisäksi perheet kokivat saaneensa tarvittaessa tietoa kuntoutuksesta ennen kaikkea palveluntuottajilta ja lähettävältä taholta. Toisaalta noin joka kymmenes perhe ilmoitti, että kuntoutuspäätös, kuten myös kuntoutuksen aloitus, eivät olleet toteutuneet heidän perheensä kannalta aivan optimaalisesti.

**Taulukko 7.** Perheiden kokemukset kuntoutukseen ohjautumisesta<sup>a</sup>.

	Täysin samaa mieltä	Jokseenkin samaa mieltä	Jokseenkin eri mieltä	Täysin eri mieltä
	n (%)			
Tietoa kuntoutuksesta helposti saatavilla	21 (17,6)	64 (53,8)	28 (23,5)	6 (5,0)
Kuntoutukseen hakeutuminen riittävän vaivatonta	55 (45,8)	51 (42,5)	12 (10,0)	2 (1,7)
Lisätietoa saatavilla tarvittaessa lähettävältä taholta	51 (42,9)	56 (47,1)	12 (10,1)	-
Lisätietoa saatavilla tarvittaessa palveluntuottajalta	82 (68,9)	33 (27,7)	3 (2,5)	1 (0,8)
Lisätietoa saatavilla tarvittaessa Kelan edustajilta	13 (11,3)	38 (33,0)	40 (34,8)	24 (20,9)
Päätös kuntoutukseen pääsemisestä on tullut riittävän nopeasti	71 (59,2)	36 (30,0)	9 (7,5)	4 (3,3)
Kuntoutus on alkanut perheemme kannalta riittävän nopeasti	72 (60,5)	35 (29,4)	9 (7,6)	3 (2,5)

<sup>a</sup>Tieto kerättiin ennen varsinaista aloituskyselyä, joten tietoa ei ole saatavilla erikseen lasten äideiltä ja isiltä.

Tulkintaohje: ”Missä määrin seuraavat perhekuntoutuksen ohjautumista koskevat väittämät kuvaavat sinun kokemuksiasi?”.



### 5.4.2 Lasten huoltajien osallistuminen perhekuntoutukseen

Seuraavaksi tarkastelimme lasten perhemuodon ja erityisesti isien osallistumisen yhteyttä lasten diagnoosiryhmiin ristiintaulukoinnin avulla. Vaikka tulokset eivät tältä osin muodostuneet tilastollisesti merkitseviksi, taulukossa 8 esitetyt tutkimushavainnot kuitenkin osoittavat, että uusperheiden, kuten myös lapsen biologisen isän poisolon, suhteelliset osuudet muodostuivat suurimmiksi niillä lapsilla, joille oli asetettu ADHD- ja käytöshäiriödiagnoosi. Jatkoanalyysit antoivat lisäksi viitteitä siitä, että isien osallisuus oli yhteydessä ennen kaikkea kuntoutukseen osallistuvan lapsen perhemuotoon ( $p < 0,001$ ). Esimerkiksi ydinperheissä isän osallistuminen tutkimukseen oli ilmeinen (90,8 %), mutta uusperheiden (56,3 %) ja yksinhuoltajaperheiden (55,6 %) kohdalla isien ja isäpuolten osallistuminen tutkimukseen oli selvästi vähäisempää (ei näy taulukosta). Toisaalta on syytä muistaa, että tutkimusaineistomme ei tavoita isien perhekuntoutukseen osallistumista aivan täydellisesti. On mahdollista, että esimerkiksi etähuoltajat osallistuvat tapaamisiin satunnaisesti jossain kuntoutuksen vaiheessa ja jäävät täten tarkastelun ulkopuolelle.

**Taulukko 8.** Perhemuotojen ja isien osallistumisen yhteys lasten diagnoosiryhmiin.

	Lasten diagnoosiryhmät			
	ADHD	ADHD ja käytöshäiriö	Laaja-alaiset kehityshäiriöt	Muut häiriöt
<b>Perhemuoto</b>	<b>n (%)</b>			
Ydinperhe	36 (54,6)	11 (39,3)	10 (62,4)	8 (57,2)
Uusperhe	15 (22,7)	11 (39,3)	3 (18,8)	3 (21,4)
Yksinhuoltaja	15 (22,7)	6 (21,4)	3 (18,8)	3 (21,4)
Yhteensä	66 (100,0)	28 (100,0)	16 (100,0)	14 (100,0)
<b>Biologinen isä tai isäpuoli mukana</b>				
Kyllä	51 (77,3)	16 (57,1)	13 (81,3)	12 (85,7)
Ei	15 (22,7)	12 (42,9)	3 (18,8)	2 (14,3)
Yhteensä	66 (100,0)	28 (100,0)	16 (100,0)	14 (100,0)
<b>Biologinen isä mukana</b>				
Kyllä	44 (66,7)	15 (53,6)	12 (75,0)	12 (85,7)
Ei	22 (33,3)	13 (46,4)	4 (25,0)	2 (14,3)
Yhteensä	66 (100,0)	28 (100,0)	16 (100,0)	14 (100,0)

### 5.4.3 Huoltajien arvio perhekuntoutuksen aloitusvaiheesta

Seuraavaksi analysoimme seurantatutkimuksen aloituskyselyyn osallistuneiden huoltajien käsityksiä monimuotoisen perhekuntoutusprosessin aloitusvaiheesta (taulukko 9, s. 32). Äitien ja isien vastausten prosenttijakaumat on esitetty erikseen. Tulosten perusteella voidaan todeta, että huoltajien käsitykset perhekuntoutuksen aloi-

tusjaksosta olivat kokonaisuudessaan myönteisiä. Sekä äidit että isät olivat pääosin sitä mieltä, että heidän toivensa ja näkemyksensä olivat tulleet kuulluksi. Enemmistö äideistä ja isistä oli myös sitä mieltä, että kuntoutusyhdistyksen eri osapuolilla oli yhteinen näkemys lapsen vahvuuksista ja keskeisistä haasteista ja että kuntoutukselle asetetut tavoitteet olivat selkeitä ja liittyvät perheen arkeen. Toisaalta tulokset myös osoittivat, että lapsen huoltajat olisivat kenties kaivanneet vielä enemmän tietoa etenkin alkavan perhekuntoutusprosessin sisällöstä ja kenties enemmän mahdollisuuksia vaikuttaa toteutusaikatauluihin. Tosin tutkimusaineiston äitien ja isien käsitykset olivat näiltäkin osin varsin myönteisiä.

**Taulukko 9.** Huoltajien käsitykset LAKU-kuntoutusohjelman aloitusvaiheesta (%).

	Täysin samaa mieltä	Jokseenkin samaa mieltä	Jokseenkin eri mieltä	Täysin erimieltä
	Äidit % (Isät %)			
Olen saanut riittävästi tietoa kuntoutusohjelman sisällöstä	53,0 (42,7)	43,6 (48,8)	3,4 (6,1)	- (2,4)
Olen saanut mahdollisuuden vaikuttaa toteutusaikatauluihin	61,5 (47,6)	35,9 (47,6)	1,7 (2,4)	0,9 (2,4)
Perheemme toiveet ja näkemykset ovat tulleet kuulluksi	82,1 (66,7)	17,1 (32,1)	0,9 (-)	- (1,2)
Kuntoutusyhdistyksen eri osapuolilla yhteinen näkemys lapsen keskeisistä haasteista	72,2 (60,5)	26,1 (35,8)	0,9 (1,2)	0,9 (2,5)
Kuntoutusyhdistyksen eri osapuolilla yhteinen näkemys lapsen vahvuuksista	67,8 (55,0)	29,6 (43,8)	1,7 (-)	0,9 (1,3)
Kuntoutusyhdistyksen eri osapuolilla yhteinen näkemys tavoitteista	67,8 (50,6)	29,6 (46,9)	2,6 (1,2)	- (1,2)
Kuntoutukselle asetetut tavoitteet ovat selkeitä, lapsen ja perheen arkeen liittyviä	66,7 (55,6)	29,8 (40,7)	3,5 (2,5)	- (1,2)

Tulkintaohje: ”Missä määrin seuraavat perhekuntoutuksen aloitusjaksoa koskevat väittämät kuvaavat sinun kokemuksiasi?”.

#### 5.4.4 Ennakkokäsitykset monimuotoisen perhekuntoutuksen toteutustavoista

Enemmistö lapsista oli sitä mieltä, että heidän toivensa oli huomioitu hyvin tai erittäin hyvin (79,6 %) kuntoutukseen ohjautumisessa ja kuntoutusta suunniteltaessa. Pieni osa lapsista (3,9 %) kuitenkin koki, ettei heidän toiveitaan kuunneltu. Taulukossa 10 (s. 33) on tarkasteltu tarkemmin lasten ennakkokäsityksiä perhekuntoutusohjelman keskeisistä toteutustavoista eli lasten suhtautumista kotona ja koulussa tapahtuvaan kuntoutukseen. Enemmistö lapsista ajatteli, että työntekijöiden jalkautuminen kodin ja päiväkodin tai koulun arkeen on hyvä tai melko hyvä asia. Toisaalta reilu viidesosa oli hieman epäilevällä kannalla kuntoutuksen keskeisiä toteutustapoja kohtaan. Tämän lisäksi 10,9 % ajatteli kotiin jalkautumisesta olevan ainakin pientä haittaa. 15,5 % prosenttia vastanneista lapsista puolestaan ilmaisi suhtautuvansa kiel-

teisesti siihen, että työntekijät tulevat päiväkotiin tai kouluun. Lasten sukupuolella ei havaittu olevan yhteyttä heidän kuntoutuksen toteutusta koskeviin ennakkokäsityksiinsä, mutta lasten ikä korreloi sen kanssa, miten he suhtautuvat päiväkodin tai koulun arkeen jalkautumiseen. Toisin sanoen vanhemmat lapset ( $r = 0,21$ ,  $p = 0,026$ ) suhtautuivat kielteisemmin siihen, että työntekijät tulevat myös kouluun.

**Taulukko 10.** Lasten ennakkokäsitykset kuntoutuksen toteutuksesta.

	Hyvä asia	Melko hyvä asia	En ole ihan varma	Haittaa vähän	Haittaa paljon
	n (%)				
Kotikäynnit	43 (39,1)	29 (26,4)	26 (23,6)	5 (4,5)	7 (6,4)
Käynnit päiväkodissa/ koulussa	35 (31,8)	33 (30,0)	25 (22,7)	10 (9,1)	7 (6,4)

Tulkintaohje: ”Mitä ajattelet siitä, että työntekijät tulevat käymään kotona ja päiväkodissa/koulussa?”

Seuraavaksi tarkastelimme (taulukko 11) lasten huoltajien suhtautumista LAKU-perhekuntoutuksen toteutustapoihin (tietoa ei saatavilla erikseen isiltä ja äideiltä). Tulosten perusteella huoltajat ajattelivat lapsen yksilötapaamisista olevan odotettavissa huomattavaa apua kuntoutukseen osallistuvalla lapsella ja perheelle (93,3 %). Myös ennakkokäsitykset vanhempaintapaamisista kohtaan olivat varsin myönteisiä, vaikka noin viidesosa suhtautui kenties hieman epäillen niistä saatavaan apuun ainakin ennen varsinaisten käyntikertojen alkamista. Perhetapaamisiin kohdistetut ennakkokä-

**Taulukko 11.** Huoltajien ennakkokäsitykset<sup>a</sup> perhekuntoutuksen toteutustavoista.

	Erittäin paljon	Paljon	Jonkin verran	Vähän	Ei lainkaan
	n (%)				
Lapsen yksilötapaamiset	60 (50,0)	52 (43,3)	8 (6,7)	-	-
Vanhempaintapaamiset	42 (35,0)	52 (43,3)	25 (20,8)	1(0,8)	-
Perhetapaamiset palveluntuottajan tiloissa	34 (28,6)	59 (49,6)	26 (21,8)	-	-
Perhetapaamiset kodin arjessa	39 (33,1)	51 (43,2)	23 (19,5)	5 (4,2)	-
Tapaamiset päiväkodin ja koulun arjessa	53 (44,2)	41 (34,2)	23 (19,2)	3 (2,5)	
Vanhempainryhmät ja vertaistuki	27 (23,1)	29 (24,8)	41 (35,0)	15 (12,8)	5 (4,3)
Kuntoutusviikonloput	35,9 (42)	30,8 (36)	22,2 (26)	7,7 (9)	3,4 (4)

<sup>a</sup> Tieto kerättiin ennen varsinaista aloituskyselyä, eikä tietoa ole saatavilla erikseen lasten äideiltä ja isiltä.

Tulkintaohje: ”Missä määrin uskot [taulukossa nimetyistä] perhekuntoutuksen toteutustavoista olevan apua kuntoutukseen osallistuvan lapsen ja perheesi tilanteeseen?”

sitykset olivat hyvin samansuuntaisia kuin suhtautuminen vanhempaintapaamisiin. Valtaosa ajatteli, että palveluntuottajan toimitiloissa ja kotona tapahtuvista perhetapaamisista on odotettavissa vähintäänkin paljon apua heidän lapsensa ja perheensä tilanteeseen, mutta noin viidesosa suhtautui tämän tyyppisten tapaamismuotojen soveltuvuuteen hieman neutraalimmin. Lisäksi pieni osa perheistä ilmaisi, että perhetapaamisista tulee todennäköisesti olemaan vain vähän apua heidän perheensä tilanteeseen.

Vanhempainryhmiin ja perheviikonloppuihin suhtautuminen tuotti suurimman vaihtelun tutkimusaineistossamme. Yhtäältä 47,9 % perheistä ajatteli, että vanhempainryhmistä on odotettavissa apua heidän perheensä tilanteeseen. Toisaalta noin kuudesosa (17,1 %) ajatteli ennakkoon, että vanhempainryhmien soveltuvuus heidän perheensä tilanteeseen on vähäistä tai että niistä ei ole lainkaan apua. Kuntoutusviikonloppujen soveltuvuuteen suhtautuminen oli myönteisempää kuin vanhempainryhmiin suhtautuminen, sillä 66,7 % perheistä ajatteli niistä tulevan olemaan paljon tai erittäin paljon apua. Vastaavasti noin joka kymmenes vastaaja (11,1 %) suhtautui varauksella kuntoutusviikonloppujen soveltuvuuteen heidän tilanteeseensa.

#### 5.4.5 Lasten toiveet perhekuntoutukselle

Lasten kuntoutusta koskevien toiveiden jakaumissa ei ollut havaittavissa suuria eroavaisuuksia. Lapset toivoivat ensinnäkin (52,3 %) saavansa apua keskittymiskykynsä vahvistamiseksi, ja 41,2 % vastanneista lapsista toivoi saavansa vähintään melko paljon apua oppimisen tueksi. Vastaavasti 45,5 % lapsista toivoi apua minäkuvaan (itseluottamuksen vahvistamiseen) liittyvissä kysymyksissä. Myös toiminnanohjauksen haasteet tulivat esille lasten esittämässä kuntoutustoiveissa, sillä 47,2 % lapsista toivoi

**Taulukko 12.** Lasten toiveet kuntoutukselle.

Toivon, että perhekuntoutuksen myötä...	Erittäin paljon n (%)	Melko paljon	Vähän	Ei lainkaan / Ei tarvetta
...opin asioita paremmin päiväkodissa/ koulussa	20 (18,3)	25 (22,9)	34 (31,2)	30 (27,5)
...opin keskittymään paremmin	27 (24,8)	30 (27,5)	33 (30,3)	19 (17,4)
...opin luottamaan itseeni	22 (20,0)	28 (25,4)	30 (27,3)	30 (27,3)
...opin toimimaan paremmin erilaisissa arkitilanteissa	20 (18,5)	31 (28,7)	35 (32,4)	22 (20,4)
...saan kavereita	24 (22,2)	15 (13,9)	28 (25,9)	41 (38,0)
...suhteeni perheenjäseniini muuttuu paremmaksi	24 (22,2)	21 (19,3)	33 (30,3)	31 (28,4)

Tulkintaohje: ”Millaisia toiveita sinulla on perhekuntoutuksen suhteen?”.

apua erilaisissa arkitilanteissa toimimiseen. Ihmissuhteita koskevien osioiden osalta 36,1 % lapsista toivoi vähintään melko paljon apua kaverisuhteiden luomisessa ja 41,3 % toivoi puolestaan apua kodin ihmissuhteiden vahvistamisessa.

#### 5.4.6 Huoltajien toiveet perhekuntoutukselle

Huoltajien lapsikohtaisten toiveiden tarkastelut osoittivat, että äidit ja isät kaipaivat apua eritoten lapsen haastavan käyttäytymisen ohjaamisessa sekä myös lapsen keskittymiskykyyn liittyvissä kysymyksissä (taulukko 13). Lapsen haastavan käyttäytymisen aiheuttamien pulmatilanteiden ratkaisemisen lisäksi äidit toivoivat korostuneemmin apua myös lapsen itsetuntoon ja tunne-elämään liittyvissä kysymyksissä. Näiltä osin erot äitien ja isien kesken olivat tilastollisesti merkitseviä ( $p < 0,01$ ). Muiden osioiden osalta ei havaittu tilastollisesti merkitseviä eroja.

**Taulukko 13.** Huoltajien esittämät lapsen kasvua ja kehitystä koskevat toiveet.

Toivon, että perhekuntoutuksen myötä...	Erittäin paljon	Melko paljon	Vähän	Ei lainkaan / Ei tarvetta
	Äidit % (Isät %)			
...lapsen oppimiskyky vahvistuu	23,3 (22,6)	25,9 (31,0)	31,9 (33,3)	19,0 (13,1)
...lapsen keskittymiskyky vahvistuu	44,2 (42,6)	37,2 (33,3)	14,0 (18,5)	4,7 (5,6)
...lapsen itsetunto vahvistuu	55,7 (29,4)	31,3 (42,4)	9,6 (23,5)	3,5 (4,7)
...lapsen kaverisuhteet vahvistuvat	43,9 (18,8)	26,3 (40,0)	18,4 (28,2)	11,4 (12,9)
...lapsen tunne-elämän (esim. alakuloisuus) haasteet vähenevät	40,4 (22,4)	34,2 (29,4)	14,9 (32,9)	10,5 (15,3)
...lapsen haastava ja vaikeasti hallittava käyttäytyminen vähenee	60,0 (35,3)	20,9 (36,5)	17,4 (23,5)	1,7 (4,7)

Tulkintaohje: ”Millaisia toiveita ja odotuksia sinulla on perhekuntoutuksen suhteen lapsen kasvua ja kehitystä koskien?”.

Vanhemmuutta ja perhe-elämää koskevien toiveiden osalta äidit (86,2 %) ja isät (79,5 %) toivoivat ennen kaikkea tukea lapsen vahvuuksien tunnistamisessa (taulukko 14, s. 36). Toisaalta äidit ilmaisivat korostuneemmin tuen tarvetta omaan jaksamiensa liittyvissä kysymyksissä sekä toivoivat saavansa tukea perheensisäisen kommunikaation ja omien tunteiden säätelyn vahvistamiseksi. Äidit näyttivät kaipaavan myös isää enemmän tukea kodin ja päiväkodin tai koulun väliseen yhteistyöhön. Tulokset osoittivat myös, että tiedollista tukea, rajojen asettamista, yhdessäolon tapoja ja koulu-yhteistyötä koskevat toiveet jakoivat tutkimusaineiston karkeasti ottaen kahtia. Noin puolet aineiston huoltajista, sukupuoleen katsomatta, toivoi vähintäänkin melko paljon tukea vanhemmuuteen ja perhe-elämään liittyviin kysymyksiin. Vastaavasti noin puolet huoltajista ei näyttänyt kaipaavan ainakaan suuremmin apua nykytilanteeseensa näiltä osin.

**Taulukko 14.** Vanhemmuutta ja perhe-elämää koskevat toiveet.

Toivon, että perhekuntoutus...	Erittäin paljon	Melko paljon	Vähän	Ei lainkaan / Ei tarvetta
	Äidit % (Isät %)			
...antaa lisätietoa lapsen kasvun ja kehityksen haasteista	20,0 (13,3)	36,5 (39,8)	35,7 (44,6)	7,8 (2,4)
...auttaa tunnistamaan lapsen vahvuuksia ja voimavaroja	44,0 (26,5)	42,2 (53,0)	12,1 (19,3)	1,7 (1,2)
...vahvistaa jaksamistani lapsen vanhempana	34,5 (19,3)	40,5 (31,3)	22,4 (39,8)	2,6 (9,6)
...vahvistaa keinojani asettaa lapselle johdonmukaiset rajat	22,6 (13,3)	31,3 (31,3)	33,0 (38,6)	13,0 (16,9)
...vahvistaa kykyjäni säädellä omia tunteitani toimiessani lapsen kanssa	29,2 (14,5)	33,6 (26,5)	30,1 (50,6)	7,1 (8,4)
...vahvistaa perheenjäsenten keskinäistä kommunikointia	44,8 (20,5)	28,4 (32,5)	22,4 (39,8)	4,3 (7,2)
...auttaa perhettämme löytämään yhdessä-olon tapoja	24,6 (23,2)	33,3 (25,6)	30,7 (37,8)	11,4 (13,4)
...vahvistaa kodin ja p-kodin/koulun välistä yhteistyötä	15,5 (8,4)	29,3 (21,7)	34,5 (54,2)	20,7 (15,7)

Tulkintaohje: ”Millaisia toiveita ja odotuksia sinulla on perhekuntoutuksen suhteen vanhemmuuteen ja perhe-elämään liittyen?”.

#### 5.4.7 Huoltajien esittämien kuntoutustoiveiden korrelaatiotarkastelu

Taulukossa 15 (s. 37) on havainnollistettu tutkimukseen osallistuneiden äitien ja isien esittämien kuntoutustoiveiden (ks. taulukot 13–14, s. 35–36) korrelaatiomatriisi. Äitien tulokset on esitetty diagonaalin alapuolella ja isien tulokset on vastaavasti esitetty diagonaalin yläpuolella. Lisäksi kahden muuttujan vähintään kohtalainen yhteisvaihtelu ( $r_s \geq 0,30$ ) on esitetty lihavoituna. Ajatusviiva tarkoittaa puolestaan sitä, että kahden muuttujan keskinäinen riippuvuus osoittautui tilastollisesti ei-merkitseväksi.

Äitien lapsikohtaisten kuntoutustoiveiden korrelaatiotarkastelut osoittivat, että ne äidit, jotka toivoivat saavansa apua lapsen oppimisvaikeuksiin, toivoivat saavansa apua myös lapsen keskittymiskyvyn haasteisiin ( $r_s = 0,49$ ,  $p < 0,001$ ). Äitien esittämät lapsen oppimis- ja keskittymiskykyä koskevat toiveet olivat lisäksi yhteydessä lapsen minäkuvan ( $r_s = 0,30$ – $0,33$ ,  $p < 0,001$ ) vahvistamista koskeviin tuen tarpeisiin. Toisaalta äitien ilmaiset lapsen oppimista ja keskittymiskykyä koskevat kuntoutustoiveet eivät olleet yhteydessä lapsen kaverisuhteiden tai tunne-elämän ja käyttäytymisen haasteisiin. Sen sijaan äitien toive lapsen tunne-elämän haasteiden (esim. alakuloisuuden) helpottamiseksi ennakoivat avun tarvetta myös lapsen kaverisuhteiden

Taulukko 15. Huoltajien kuntoutustoiveiden korrelaatiomatriisi.

	L1	L2	L3	L4	L5	L6	V1	V2	V3	V4	V5	V6	V7	V8
<b>Lapsikohtaiset toiveet</b>														
Oppiminen (L1)		<b>0,60***</b>	<b>0,41***</b>	–	–	0,24*	<b>0,47***</b>	<b>0,33**</b>	0,27*	0,24*	0,24*	–	–	–
Keskitymiskyky (L2)	<b>0,49***</b>		0,22*	–	–	0,33**	<b>0,43***</b>	<b>0,32**</b>	<b>0,36***</b>	0,25*	0,22*	–	–	<b>0,31**</b>
Itsetunto (L3)	<b>0,30**</b>	<b>0,33***</b>		<b>0,37***</b>	<b>0,48***</b>	0,22*	0,28*	<b>0,38**</b>	0,24*	<b>0,40***</b>	0,23*	–	<b>0,31**</b>	<b>0,30**</b>
Kaverisuhteet (L4)	–	–	<b>0,34***</b>		<b>0,41***</b>	–	–	–	–	0,26*	0,28*	–	0,26*	<b>0,31**</b>
Tunne-elämä (L5)	–	–	<b>0,47***</b>	<b>0,30***</b>		<b>0,37***</b>	0,25*	<b>0,39***</b>	<b>0,43***</b>	<b>0,34**</b>	0,27*	<b>0,43***</b>	<b>0,54***</b>	<b>0,36***</b>
Käyttäytyminen (L6)	–	–	–	–	0,26**		0,23*	<b>0,39***</b>	<b>0,46***</b>	0,22*	0,27*	<b>0,39***</b>	<b>0,31**</b>	0,23*
<b>Vanhemmuus ja perhe-elämä</b>														
Tietoa lapsen kehityksestä (V1)	<b>0,34***</b>	<b>0,31***</b>	–	–	0,25**	0,27**		<b>0,58***</b>	<b>0,60***</b>	<b>0,40***</b>	<b>0,37***</b>	<b>0,31**</b>	<b>0,47***</b>	0,25*
Tunnistaa lapsen vahvuuksia (V2)	0,27**	0,22*	<b>0,30***</b>	<b>0,32***</b>	<b>0,38***</b>	0,19*	<b>0,45***</b>		<b>0,65***</b>	<b>0,52***</b>	<b>0,51***</b>	<b>0,43***</b>	<b>0,51***</b>	–
Oma jaksaminen (V3)	0,28**	0,20*	<b>0,35***</b>	0,22*	<b>0,43***</b>	<b>0,35***</b>	<b>0,34***</b>	<b>0,65***</b>		<b>0,52***</b>	<b>0,62***</b>	<b>0,55***</b>	<b>0,62***</b>	0,25*
Rajojen asettaminen (V4)	–	–	0,21*	–	<b>0,33***</b>	<b>0,34***</b>	<b>0,42***</b>	<b>0,51***</b>	<b>0,53***</b>		<b>0,44***</b>	<b>0,41***</b>	<b>0,57***</b>	–
Omien tunteiden säätely (V5)	0,21*	0,22*	0,29**	–	0,28**	<b>0,41***</b>	<b>0,36***</b>	<b>0,49***</b>	<b>0,61***</b>	<b>0,51***</b>		<b>0,43***</b>	<b>0,49***</b>	0,27*
Kommunikointi perheessä (V6)	–	–	0,20*	–	<b>0,44***</b>	<b>0,33***</b>	0,23*	<b>0,40***</b>	<b>0,50***</b>	<b>0,48***</b>	<b>0,38***</b>		<b>0,66***</b>	0,26*
Yhdessäolon tavat (V7)	–	–	–	–	<b>0,33***</b>	0,26**	–	<b>0,36***</b>	<b>0,41***</b>	<b>0,48***</b>	<b>0,41***</b>	<b>0,59***</b>		<b>0,36***</b>
Yhteistyö päiväkotiki / koulu (V8)	–	–	–	–	–	0,21*	–	0,23*	0,25**	0,26**	0,27**	0,21*	0,19*	

Spearmanin järjestyskorrelaatiokerroin ( $r_s$ ): äitien kuntoutustoiveiden korrelaatiot diagonaalin alapuolella, isien kuntoutustoiveiden korrelaatiot diagonaalin yläpuolella. Tulkintaohje: \* $p \leq 0,05$ , \*\* $p \leq 0,01$ , \*\*\* $p \leq 0,001$ . Muuttujien keskinäiset vähintään kohtalaiset riippuvuudet ( $r_s \geq 0,30$ ) on lihavoitu.

ja itsetunnon tukemisessa ( $r_s = 0,30-0,47$ ,  $p < 0,001$ ). Myös lapsen tunne-elämän ja käyttäytymisen haasteiden tuen tarpeiden keskinäinen yhteys osoittautui tilastollisesti merkitseväksi äitien aineistossa ( $r_s = 0,26$ ,  $p = 0,005$ ).

Lapsen oppimisen ja kehittymiskyvyn vaikeuksiin liittyvä avuntarve ennakoivat äideillä ennen kaikkea lapsen kasvua ja kehitystä koskevia tiedollisia tarpeita ( $r_s = 0,30-0,34$ ,  $p < 0,001$ ). Lapsen tunne-elämän ja käyttäytymisen haasteet olivat sen sijaan selvästi laaja-alaisemmin yhteydessä vanhemmuutta ja perhe-elämää koskeviin tekijöihin. Tulosten perusteella lapsen tunne-elämän haasteet (esim. alakuloisuus) ennakoivat erityisesti äitien esittämiä tuen tarpeita lapsen vahvuuksien tunnistamisessa ( $r_s = 0,38$ ,  $p < 0,001$ ), oman jaksamisen tukemisessa ( $r_s = 0,43$ ,  $p < 0,001$ ) ja perheenjäsenten keskinäisen kommunikoinnin sekä yhdessäolon vahvistamisessa ( $r_s = 0,30-0,47$ ,  $p < 0,001$ ). Lapsen käyttäytymisen pulmat puolestaan ennakoivat äitien tuen tarvetta oman jaksamisen ja omien tunteiden säätelyn tukemisessa ( $r_s = 0,35-0,41$ ,  $p < 0,001$ ), samoin kuin rajojen asettamisessa lapselle ( $r_s = 0,34$ ,  $p < 0,001$ ). Käyttösoireiden merkitys korostui myös siinä, että äitien toive lasten itsekontrollin vahvistamiseksi oli yhteydessä toiveeseen, että perhekuntoutus vahvistaisi kodin ja lapsen päiväkodin tai koulun keskinäistä yhteistyötä ( $r_s = 0,21$ ,  $p = 0,026$ ). Tulosten perusteella erityisen huomionarvoista on se, että äitien esittämien vanhemmuutta ja perhe-elämää koskevien kuntoutustoiveiden yhteisvaihtelu oli muutamaa poikkeusta lukuun ottamatta laaja-alaista.

Isien esittämien lapsikohtaisten kuntoutustoiveiden korrelaatiotarkastelut osoittivat, että isät, jotka toivoivat saavansa apua lapsen oppimisvaikeuksiin, toivoivat hekin saavansa apua erityisesti lapsen keskittymiskyvyn haasteisiin ( $r_s = 0,60$ ,  $p < 0,001$ ). Ja kuten äideillä, myöskään isien ilmaisemat lapsen oppimista ja keskittymiskykyä koskevat kuntoutustoiveet eivät olleet yhteydessä lapsen kaverisuhteiden tai tunne-elämän haasteisiin. Edelleen, isien esittämät toiveet lapsen tunne-elämän haasteiden (esim. alakuloisuus) helpottamiseksi ennakoivat tuen tarvetta myös lapsen kaverisuhteiden ja itsetunnon vahvistamisessa ( $r_s = 0,37-0,48$ ,  $p < 0,001$ ). Keskeisin ero huoltajien välillä oli siinä, että isien esittämä toive lapsen haastavan käyttäytymisen tukemiseksi ennakoivat tulosten perusteella myös lapsen oppimis- ja keskittymiskykyyn sekä itsetuntoon liittyvää kuntoutustarvetta.

Toinen keskeinen ero huoltajien välillä oli siinä, että isien esittämät lapsikohtaiset kuntoutustoiveet ennakoivat todennäköisemmin tarvetta kodin ja lapsen päiväkodin tai koulun välisen yhteistyön vahvistamiseksi. Muilta osin isien tulokset olivat kuitenkin hyvin samankaltaisia kuin äideillä. Lapsen oppimisen ja kehittymiskyvyn vaikeuksiin liittyvä avuntarve ennakoivat isillä etenkin lapsen kasvua ja kehitystä koskevia tiedollisia tarpeita ( $r_s = 0,30-0,34$ ,  $p < 0,001$ ). Lapsen tunne-elämää ja käyttäytymistä koskevat tuen tarpeet olivat puolestaan laaja-alaisesti yhteydessä vanhemmuutta ja perhe-elämää koskeviin tuen tarpeisiin. Lisäksi erilaisten vanhemmuutta



ja perhe-elämää koskevien kuntoutustoiveiden yhteisvaihtelu oli laaja-alaista, kuten havaittiin myös äideillä.

#### 5.4.8 Lasten ja huoltajien kuntoutustoiveiden kumuloituminen

Lopuksi huoltajien esittämistä kuntoutustoiveista laadittiin summamuuttajat, joiden tarkoituksena oli havainnollistaa lasten (taulukko 12, s. 34) ja heidän huoltajiensa (taulukot 13–14) esittämien kuntoutustoiveiden kumuloitumisen vaihtelua tutkimusaineistossamme. Summamuuttajat muodostettiin siten, että lasten kohdalla vaihtoehdoille ”vähän” tai ”ei lainkaan” annettiin arvo 0, ja vaihtoehdot ”melko paljon” ja ”erittäin paljon” saivat vastaavasti arvon 1. Täten lasten kuntoutustoiveiden kumuloitumista kuvaavan summamuuttujan arvot vaihtelivat välillä 0–6.

Tulosten perusteella – ei esitetty taulukossa – hieman vajaa kolmannes lapsista (29,2 %) ilmoitti, etteivät he kaivanneet käytössä olleiden kysymyksenasettelujen välisessä apua nykytilanteeseensa. Reilu viidesosa lapsista (21,7 %) kaipasi vähintäänkin melko paljon apua yhteen tai kahteen nimettyyn osa-alueeseen, ja täsmälleen samansuuruinen osa lapsista (21,7 %) toivoi saavansa apua kolmeen tai neljään taulukossa 12 (s. 34) nimettyyn osa-alueeseen. Reilu neljäsosa (27,3 %) tutkimusaineiston lapsista sen sijaan toivoi vähintään melko paljon apua viiteen tai kuuteen nimettyyn osa-alueeseen.

Huoltajien toiveista muodostettiin samalla tavoin summamuuttuja kuin lapsen toiveista (”ei lainkaan tarvetta – vähän” = 0; ”melko paljon – erittäin paljon” = 1). Täten lapsikohtaisten toiveiden kumuloituminen vaihteli välillä 0–6, ja vanhemmuutta ja perhe-elämää koskevat toiveet vastaavasti välillä 0–8. Lapsi- ja perhekohtaiset toiveet huomioon ottava summamuuttuja vaihteli täten välillä 0–14.

Tulosten perusteella äidit ilmaisivat voimakkaammin lapseen, vanhemmuuteen ja perhe-elämään kohdistuvia toiveita ja odotuksia kuin isät ( $p < 0,05$ ) (taulukko 16, s. 40). Valtaosalla kuntoutukseen osallistuvien lasten äideistä (92,7 %), kuten myös enemmistöllä isistä (78,4 %), oli melko laaja-alaisesti lapsen kasvuun ja kehitykseen kohdistuvia odotuksia ja toiveita. Vanhemmuutta ja perhe-elämää koskevien kuntoutusodotusten osalta jokseenkin vastaavien ryhmien (4–8 toivetta) suhteelliset osuudet muodostuivat äitien (76,6 %) ja isien (52,5 %) osalta hieman pienemmiksi. Tulokset osoittivat myös, että runsaasti vanhemmuuteen ja perhe-elämään liittyviä odotuksia ilmaisseiden äitien (30,7 %) ja isien (26,9 %) alaryhmien koot eivät kuitenkaan eronneet merkittävästi toisistaan. Tarkasteltaessa lähemmin sekä lapsiin että perhe-elämään liittyvien kuntoutustoiveiden kumuloitumista havaittiin, että lähes puolet äideistä (44,3 %) ja vajaa kolmasosa isistä (30,1 %) ilmaisi laaja-alaisesti lapseen, vanhemmuuteen ja perhe-elämään kohdistuvia kuntoutustoiveita.

**Taulukko 16.** Huoltajien kuntoutustoiveiden kumuloituminen.

	Äidit (n = 106–111)	Isät (n = 80–83)
	n (%)	
<b>Lapsikohtaiset toiveet</b>		
Ei toiveita	-	3 (3,6)
1–2 toivetta	8 (7,3)	15 (18,0)
3–4 toivetta	47 (42,7)	33 (39,8)
5–6 toivetta	55 (50,0)	32 (38,6)
<b>Vanhemmuutta ja perhe-elämää koskevat toiveet</b>		
Ei toiveita	3 (2,7)	7 (8,5)
1–3 toivetta	23 (20,7)	32 (39,0)
4–6 toivetta	51 (45,9)	21 (25,6)
7–8 toivetta	34 (30,7)	22 (26,9)
<b>Kaikki toiveet yhteensä</b>		
Ei toiveita	-	2 (2,4)
1–4 toivetta	7 (6,5)	8 (10,1)
5–7 toivetta	22 (20,8)	31 (38,7)
8–10 toivetta	30 (28,4)	15 (18,8)
11–14 toivetta	47 (44,3)	24 (30,1)

Tulkintaohje: Summamuuttuja on muodostettu taulukoissa 13 ja 14 esitetyistä muuttujista.

## 6 Pohdinta

Tutkimuksen tavoitteena oli tuottaa kuvailevaa tietoa Kelassa kehitteillä olevaan monimuotoiseen perhekuntoutusohjelmaan (LAKU) ohjatuista ja seurantatutkimuksen aloituskyselyyn osallistuneista lapsista ja perheistä sekä perheenjäsenten kuntoutukseen kohdistamista toiveista. LAKU-perhekuntoutus on tarkoitettu perheille, joissa 5–12-vuotiaalla lapsella on todettu neuropsykiatrista oireilua ja mahdollisesti muita samanaikaisia tunne-elämän ja käyttäytymisen haasteita. Perhekuntoutusta toteutetaan neljällä paikkakunnalla, joten tutkimuksen tarkoituksena oli lisäksi tuottaa tietoa psykososiaaliseen perheinterventioon ohjatuista lapsiperheistä Suomessa.

Tulokset osoittivat, että enemmistö tutkimusaineiston lapsista oli poikia, ja ikävaihtelusta huolimatta valtaosa perhekuntoutukseen ohjatuista lapsista oli 7–11 vuoden ikäisiä. Noin kolmelle neljäsosalle tutkimusaineiston lapsista oli asetettu joko ADHD-diagnoosi tai ADHD-diagnoosi yhdistettynä käytösoireiluun. Nämä havainnot ovat yhteneväisiä aikaisemman tutkimustiedon kanssa: erityistason perheinterventioihin ohjaamisessa korostuvat tyypillisesti lapsen vaikea-asteinen ADHD ja käytösoireilu, minkä lisäksi hoitoon ohjatut lapset ovat todennäköisemmin poikia (Abikoff ym. 2002; Suvisaari ja Manninen ym. 2009; Santalahti ym. 2009; Schoemaker ym. 2012). On myös mahdollista, että lasten negatiivinen emotionaalisuus ja haastava käyttäytyminen saavat perheet hakemaan apua tilanteeseensa (Frick ja Nigg 2012, 97). Lisäksi tutkimuksemme tulokset osoittivat myös, että ADHD-diagnoosin saaneilla lapsilla oli todennäköisemmin lääkehoito kuin lapsilla muissa diagnoosiryhmissä. Lapsilla ja perheillä saattoi olla myös aikaisempaa hoitohistoriaa erikoissairaanhoidon osastohoidosta tai lastensuojelun perhetyöstä, ja osalla lapsista oireilu oli alkanut jo ennen kouluikää. Nämä havainnot kertonevat siitä, että perhekuntoutukseen ohjattujen lasten oireilun haitta-asteessa on huomattavaa vaihtelua. Tämä on melko tyypillinen havainto myös kansainvälisissä perheinterventiotutkimuksissa (Menting ym. 2013; Heinrichs ym. 2014; Tarver ym. 2014).

Edelliseen kappaleeseen viitaten osalle lapsista monimuotoinen perhekuntoutusohjelma toteutuu niin sanottuna multimodaalihoitona eli psykososiaalisen tuen ja lääkehoidon yhdistelmänä (Van der Oord ym. 2008; Fabiano ym. 2015). Toisaalta joillekin perheille perhekuntoutusohjelma on eräänlainen varhainen ja ennalta ehkäisevä interventio (esim. alle kouluikäisten lasten perheille), kun taas osalla vanhemmista lapsista ja perheistä on kokemusta erilaisista erityistason palveluista. Muun muassa huoltajien ilmoittama lapsen oireiden varhaisempi ilmaantumisikä oli tulosten perusteella yhteydessä aikaisempaan hoitoonohjaukseen. Tutkimusaineistomme perheille tarjotuissa hoito- ja kuntoutusvalikoimissa korostuivat lapsen yksilöterapeuttiset menetelmät. Aikaisemmat kokemukset perhelähtöisistä hoitomuodoista, erityisesti vanhempainohjauksesta, olivat sen sijaan suhteellisen vähäisiä, vaikka tässä kohderyhmässä psykososiaalisen tuen tulisi perustua ensisijaisesti strukturoituun vanhempainohjaukseen (Chronis ym. 2004; Eyberg ym. 2008; Lee ym. 2012; Menting ym. 2013; Daley ym. 2014; Fabiano ym. 2015 ym.). Tosin palvelujärjestelmää koske-

via tulkintoja tulee tehdä erittäin varovasti, koska kyseessä on ensisijaisesti kuvaileva tutkimus Kelassa kehitteillä olevaan monimuotoiseen perhekuntoutukseen ohjautuista lapsista ja heidän perheistään. Tutkimuksessa mukana olevien palveluntuottajien toimipisteistä kolme sijaitsee kuitenkin yliopistosairaalakaupungeissa, joten tulokset antanevat ainakin heikkoja signaaleja siitä, että hyviksi havaittujen hoitomallien saatavuuteen tulisi kiinnittää huomiota. Lasten- ja nuorisopsykiatrian asiantuntijoiden mukaan kansallinen kokonaiskuva perhelähtöisten työmuotojen käytöstä on epäselvä, mikä asettaa lapsiperheitä epätasa-arvoiseen asemaan palvelujen saatavuuden suhteen. Asiantuntijoiden mukaan Suomessa tarvittaisiin selkeitä kansallisia linjauksia perhelähtöisten hoitomenetelmien käytöstä ja koordinoinnista. (Santalahti ja Marttunen 2014.)

Perhelähtöisen työskentelyn kannalta yksi mielenkiintoinen havainto oli se, että äitien osallistumisprosentti osoittautui tutkimusaineistossamme suuremmaksi kuin isien. Tulos on yhteneväinen kansainvälisten tutkimustulosten kanssa (Magill-Evans ym. 2006; Fabiano ym. 2009). Tutkijat ovat esittäneet, että isät saattavat vältellä etenkin ”vanhempainohjaukseksi” nimettyjä perheinterventioita. On myös esitetty, että isät saattavat nähdä äitejä voimakkaammin lapsen oireilun vuorovaikutuksesta ja vanhemmuustyyleistä irrallisena lapsen intrapsyykkisenä ilmiönä, mikä osaltaan vaikuttaa heidän osallistumiseensa. Isien osallistumista on puolestaan onnistuttu vahvistamaan erilaisilla liikunnallisilla ja toiminnallisilla sisältöelementeillä. (Fabiano 2007.) Toisaalta tulostemme perusteella isien poissaolo oli myös yhteydessä perhemuotojen eroihin (yksinhuoltaja- ja uusperheet), ja isien poissaolo vaikutti olevan yleisempää niiden lasten kohdalla, joille oli asetettu ADHD- ja käytöshäiriödiagnoosi. Perhemuotojen moninaisuus asettaakin omat erityishaasteensa kuntoutusohjelman toteutukselle.

Tutkimukseen osallistuneiden lasten ja heidän huoltajiensa käsitykset ja kokemukset perhekuntoutukseen ohjautumisesta sekä myös kuntoutuksen aloitusvaiheesta olivat pääosin myönteisiä. Yhdessä aikaisemman tutkimustiedon kanssa tulokset vahvistavat näkemystä perhelähtöisten hoito- ja kuntoutusohjelmien hyväksyttävyydestä (Dunst ym. 2007; Matson ym. 2009; Burnham Riosa ym. 2011; Chenail ym. 2012; Heinrichs ym. 2014). Monimuotoisen perhekuntoutusohjelman toteutustapoihin (esim. lapsen yksilötapaamiset, vanhempaintapaamiset, vanhempainryhmät ja kotiin tai kouluun jalkautuminen) suhtautumisen lähempi tarkastelu kuitenkin osoitti, että varhaisnuoruusikää lähestyvät lapset asennoituivat ainakin ennakkoon kielteisemmin siihen, että työntekijät jalkautuvat koulun arkeen. Luokkatovereiden suhtautumistavoilla on todennäköisesti entistä korostuneempi merkitys varhaisnuoruusikäisten minäkuvalle, ja työntekijöiden kouluun jalkautumiseen saattaa yhdistyä esimerkiksi huoli luokkakavereiden reaktioista ja leimautumisesta. Huoltajien osalta tulokset puolestaan viittasivat siihen, että vertaistukeen perustuvien toteutustapojen soveltuvuuteen suhtauduttiin varautuneemmin kuin esimerkiksi lapsen yksilötapaamisiin ja perheterapeuttiseen työskentelyyn. Aikaisempien tutkimusten perusteella

tiedetään, että erilaiset käytännön pulmat, kuten haastavat kulkuyhteydet ja lastenhoidon järjestämisen vaikeudet, hankaloittavat huoltajien osallistumista ryhmämuotoisiin interventioihin. Lapsen haastavamman oirekuvan on puolestaan havaittu lisäävän huoltajien motivaatiota osallistua esimerkiksi ryhmämuotoisiin interventioidiin. (Nowak ja Heinrichs 2008; Heinrichs ym. 2014; Sanders ym. 2014.)

Tulosten perusteella hieman vajaa kolmannes tutkimusaineistomme lapsista ei näyttänyt kaipaavan suuremmin apua nykytilanteeseensa, mutta osa lapsista toivoi saavansa melko laaja-alaisesti tukea kasvunsa ja kehityksensä haasteisiin. Myös pienellä osalla huoltajista kuntoutustoiveet vaikuttivat olevan tarkemmin rajattuja ja liittyivät lapsen tiettyihin kehityksellisiin ydinpulmiin. Kuitenkin enemmistöllä lasten huoltajista oli useita samanaikaisia lapsen kehitykseen sekä vanhemmuuteen ja perhe-elämään liittyviä toiveita. Tältäkin osin tuloksemme ovat yhteneviä aikaisempien tutkimusten kanssa. Esimerkiksi lapsen tunne-elämän ja käyttäytymisen haasteet ovat tyypillisesti yhteydessä huoltajien kuormittuneisuuteen sekä edelleen lapsen ja huoltajan keskinäisen vuorovaikutuksen haasteisiin. Huoltajien psyykinen kuormittuneisuus ja kielteiset vanhemmuustyylit puolestaan ylläpitävät lapsen oireilua. (Karst ja Van Hecke 2012; Theule ym. 2013; Hayes ja Watson 2013.) Aikaisempien tutkimusten perusteella erityistason perheinterventioissa tuleekin kiinnittää erityishuomiota sekä lapsen sosiaalisten taitojen ja itsekontrollin että huoltajien pystyvyyden tunteen ja myönteisten vuorovaikutuskeinojen vahvistamiseen (de Boo ja Prins 2007; Moffitt ym. 2011; Daley ym. 2014; Vuori ym. 2015a). Yksilö- ja perheterapeuttisten hoitomuotojen yhdistelmät saattavat soveltua tämän tyyppisiin tilanteisiin paremmin kuin ryhmämuotoiset hoito-ohjelmat (Sprenkle 2012; Sanders ym. 2014). Kelan monimuotoisen perhekuntoutuksen ja empiirisesti tuettujen hoitomallien toteutustapojen välillä on se ero, että ryhmämuotoisen ja yksittäiselle perheelle kohdennetun yksilöllisen hoito- ja kuntoutusprosessin samanaikainen yhdistelmä on kansainvälisen tutkimuskirjallisuuden perusteella vähemmän tyypillinen menettelytapa (Fossum ym. 2014; Sanders ym. 2014). Strukturoidut ryhmämuotoiset vanhempainohjauksen menetelmät ovat jo itsessään runsaasti tutkittuja interventioita lasten ADHD:n ja käytösongelmien hoidossa (Nowak ja Heinrichs 2008; Zwi ym. 2011; Menting ym. 2013; Daley ym. 2014). Kelan kehittämä monimuotoinen perhekuntoutusohjelma saattaa lisäksi toteutua hyvin eri tavoin muun muassa perheiden ja työntekijöiden erilaisten mieltymysten vuoksi.

Tämän tutkimuksen tulokset tuottivat tärkeää kuvailevaa tietoa multisysteemiseen ja monimuotoiseen perhekuntoutusohjelmaan ohjatuista lapsista ja perheistä Suomessa. Tulosten yleistettävyyttä rajoittaa se, että tutkimusrekrytointi kattaa vain noin 10–15 % kaikista kehittämishankkeen aikana perhekuntoutukseen ohjatuista lapsiperheistä. Esimerkiksi paikallisista käytännöistä ja lähettävän tahon henkilöstömuutoksista johtuen perhekuntoutukseen on saatettu ohjata perheitä hieman eri kriteerein eri aikoina. Toisaalta on melko todennäköistä, että lasten laaja-alaiset ADHD-oireet yhdistettynä uhmakkuus- ja käytösoireiluun sekä huoltajien psyyk-

kiseen kuormittuneisuuteen ovat säännönmukainen perheterapeuttiseen työskentelyyn pohjautuviin hoito-ohjelmiin ohjautumista selittävä tekijä (Sprenkle 2012; Lindblad-Goldberg ja Northey jr. 2013). Otantavirheen ohella kuvailevaan tutkimusotteeseen sisältyvien mittausvirheiden todennäköisyys on myös syytä pitää mielessä. Lisäksi havaintoyksikköjen määrä asettaa omat haasteensa tilastolliselle testaukselle. Esimerkiksi tiettyjen diagnoosiryhmien koko jäi aineistossamme melko pieneksi ja rajoitti samalla erilaisten alaryhmien tarkempaa analysointia. Toisaalta tulevia tutkimusanalyyssejä helpottaa se, että perhekuntoutuksen niin sanottua etämallia koskeva tutkimusaineisto on mahdollista yhdistää osaksi tässä artikkelissa kuvattua aineistoa (ks. Vuori ym. 2015b). Muun muassa tässä tutkimuksessa havaituilla lapsi- ja perhekohtaisilla eroilla on tyypillisesti yhteys perheinterventioiden tuloksellisuuteen (Lejten ym. 2013; Menting ym. 2013). Näiden tekijöiden kontrollointia jatkossa edistää suurempi data. Tässä tutkimuksessa ei myöskään tarkasteltu lasten opettajilta kerättyä informaatiota. Esimerkiksi lasten mahdollinen tehostettu tai erityinen tuki päiväkodin ja koulun arjessa, samoin kuin lapsiryhmän koko, ovat lapsen ja perheen saaman hoidon kannalta merkittäviä osatekijöitä, ja niitä tullaan tarkastelemaan seuranta tutkimuksen myöhemmissä vaiheissa.

## 7 Johtopäätökset

Tämä tutkimus osoittaa, että Kelassa kehitteillä olevaan monimuotoiseen perhekuntoutukseen (LAKU) ohjattiin erityisesti alakouluikäisiä (7–11-vuotiaita) poikia. Enemmistölle lapsista oli asetettu ADHD-diagnoosi tai ADHD yhdistyneenä käytösoireisiin. Lisäksi samanaikainen lääkehoito oli yleisempää lapsilla, joille oli asetettu ADHD-diagnoosi. Huoltajien ilmoittama lapsen oireiden varhaisempi ilmaantumisikä oli yhteydessä aikaisempiin hoitoonohjauksiin ja lapsilla oli aiempaa kokemusta ennen kaikkea erilaisista yksilöterapeuttisista hoitomuodoista. Perheenjäsenten käsitykset kuntoutukseen ohjautumisesta olivat enimmäkseen myönteisiä. Aloituskyselyn tulokset vahvistivat osaltaan käsitystä siitä, että perhelähtöisillä hoito- ja kuntoutusmuodoilla on mahdollista saavuttaa vahva sosiaalinen validiteetti. Jatkossa on syytä pyrkiä täsmentämään erilaisten toteutustapojen (esim. kouluun jalkautuminen ja ryhmämuotoinen kuntoutus) käytännön soveltuvuutta melko heterogeenisessä kohderyhmässä.

Tutkimukseen osallistuneet perheenjäsenet ilmaisivat vaihtelevia ja jopa hyvin laaja-alaisia, lapsen käyttäytymiseen ja perhe-elämään liittyviä toiveita. Erityisesti huoltajien esille tuomat ja lapsen tunne-elämän haasteiden tukemiseen ja itsekontrollin vahvistamiseen liittyvät kuntoutustoiveet olivat selkeimmin yhteydessä siihen, että huoltajat toivat esille myös useita samanaikaisia vanhemmuuteen ja perhe-elämään liittyviä kuntoutustoiveita. Perhekuntoutuksen tuloksellisuutta, käytännön soveltuvuutta ja hyväksyttävyyttä tarkasteleva seurantatutkimus jatkuu vuoden 2018 loppuun. Tulevissa analyyseissa tarkastellaan kuntoutusohjelman hyväksyttävyyden ja soveltuvuuden ohella myös lasten ja perheiden hyvinvoinnissa mahdollisesti tapahtuvia muutoksia.

## Lähteet

- Abikoff H, Hechtman L, Klein R ym. Symptomatic improvement in children with ADHD treated with long-term methylphenidate and multimodal psychosocial treatment. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 2004; 43: 802–811.
- Anttila N, Huurre T, Malin M, Santalahti P. Mielenterveyden edistäminen varhaiskasvatuksesta toiseen asteen koulutukseen. Katsaus menetelmiin ja kirjallisuuteen Suomessa. Helsinki: THL, Työpapereita 3, 2016. Saatavissa: <<http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-613-1>>. Viitattu 16.5.2016.
- Aunola K, Nurmi JE. The role of parenting styles in children's problem behavior. *Child Development* 2005; 76: 1144–1159.
- Antshel KM, Barkley R. Psychosocial interventions in attention deficit hyperactivity disorder. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America* 2008; 17: 412–437.
- Bailey S, Boddy K, Briscoe S, Morris C. Involving disabled children and young people as partners in research. A systematic review. *Child: Care, health and development* 2015; 41: 505–514.
- Baldwin SA, Christian S, Berkeljon A, Shadish WR, Bean R. The effects of family therapies for adolescent delinquency and substance abuse. A meta-analysis. *Journal of Marital and Family Therapy* 2012; 38: 281–304.
- Barker ED, Oliver BR, Maughan B. Co-occurring problems of early onset persistent, childhood limited, and adolescent onset conduct problem youth. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 2010; 51: 1217–1226.
- Barlow J, Smailagic N, Huband N ym. Group-based parent training programmes for improving parental psychosocial health. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012; 6: CD002020.
- Bickman L, Vides de Andrade AR, Athay MM ym. The relationship between change in therapeutic alliance ratings and improvement in youth symptom severity. Whose ratings matter the most? *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research* 2012; 39: 78–89.
- Biederman J. Attention-deficit/hyperactivity disorder. A selective overview. *Biological Psychiatry* 2005; 57: 1215–1220.
- Björklund K, Liski A, Samposalo H ym. "Together at school" – a school-based intervention program to promote socio-emotional skills and mental health in children. Study protocol for a cluster randomized controlled trial. *BMC Public Health* 2014; 14: 1042.
- Bowen DJ, Kreuter M, Spring B ym. How we design feasibility studies. *American Journal of Preventive Medicine* 2009; 36: 452–457.



Burnham Riosa P, McArthur BA, Preyde M. Effectiveness of psychosocial intervention for children and adolescents with comorbid problems. A systematic review. *Child and Adolescent Mental Health* 2011; 16: 177–185.

Cappadocia MC, Weiss JA. Review of social skills training groups for youth with Asperger Syndrome and High Functioning Autism. *Research in Autism Spectrum Disorders* 2011; 5: 70–78.

Chenail RJ, St. George S, Wulff D ym. Clients' relational conceptions of conjoint couple and family therapy quality. A grounded formal theory. *Journal of Marital & Family Therapy* 2012; 38: 241–264.

Chiang H-L, Shur-Fen Gau S. Comorbid psychiatric conditions as mediators to predict later social adjustment in youth with autism-spectrum disorders. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 2016; 57: 103–111.

Chronis AM, Chacko A, Fabiano GA, Wymbs BT, Pelham Jr. WE. Enhancements to the behavioral parent training paradigm for families of children with ADHD. Review and future directions. *Clinical Child and Family Psychology Review* 2004; 7: 1–27.

Cook CR, Gresham FM, Kern L ym. Social skills training for secondary students with emotional and/or behavioral disorders. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders* 2008; 16: 131–144.

Daley D, van der Oord S, Ferrin M ym. Behavioral interventions in Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. A meta-analysis of randomized controlled trials across multiple outcome domains. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 2014; 53: 835–847.

Deault LC. A systematic review of parenting in relation to the development of comorbidities and functional impairments in children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Child Psychiatry & Human Development* 2010; 41: 168–192.

de Boo GM, Prins PJM. Social incompetence in children with ADHD. Possible moderators and mediators in social-skills training. *Clinical Psychology Review* 2007; 27: 78–97.

Dunst CJ, Trivette CM, Hamby DW. Meta-analysis of family-centered helpgiving practices research. *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews* 2007; 13: 370–378.

Eduskunnan tarkastusvaliokunta. Nuorten syrjäytyminen. Tietoa, toimintaa ja tuloksia? Helsinki: Eduskunnan tarkastusvaliokunta, Eduskunnan tarkastusvaliokunnan julkaisu 1, 2013. Saatavissa: <[https://www.eduskunta.fi/FI/tietoaeduskunnasta/julkaisut/Documents/trvj\\_1+2013.pdf](https://www.eduskunta.fi/FI/tietoaeduskunnasta/julkaisut/Documents/trvj_1+2013.pdf)>. Viitattu 6.6.2015.

Ehrling L. Multidimensional Family Therapy. Uusi työtapa nuorten monimuotoisiin ongelmiin. Kokemuksia MFFT:n mahdollisuuksista. Helsinki: Suomen Mielenterveysseura, 2014. Saatavissa: <[http://www.mielenterveysseura.fi/sites/default/files/materials\\_files/mdft\\_net.pdf](http://www.mielenterveysseura.fi/sites/default/files/materials_files/mdft_net.pdf)>. Viitattu 14.10.2015.

Eyberg SM, Nelson MM, Boggs SR. Evidence-based psychosocial treatments for children and adolescents with disruptive behavior. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology* 2008; 37: 215–237.

Fabiano GA. Father participation in behavioral parent training for ADHD. Review and recommendations for increasing inclusion and engagement. *Journal of Family Psychology* 2007; 21: 683–693.

Fabiano GA, Pelham WE Jr, Coles EK ym. A meta-analysis of behavioral treatments for attention-deficit/hyperactivity disorder. *Clinical Psychology Review* 2009; 29: 129–140.

Fabiano GA, Schatz NK, Aloe AM ym. A systematic review of meta-analyses of psychosocial treatment for Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Clinical Child and Family Psychology Review* 2015; 18: 77–97.

Fife ST, Whiting JB, Bradford K, Davis S. The therapeutic pyramid. A common factors synthesis of techniques, alliance, and way of being. *Journal of Marital & Family Therapy* 2012; 40: 20–33.

Fombonne P. Epidemiology of pervasive developmental disorders. *Pediatric Research* 2009; 65: 591–598.

Fossum S, Kjobli J, Drugli MB ym. Comparing two evidence-based parent training interventions for aggressive children. *Journal of Children Services* 2014; 9: 319–329.

Fraser MW, Galinsky MJ. Steps in intervention research. Designing and developing social programs. *Research on Social Work Practice* 2010; 20: 459–466.

Frick PJ, Morris AS. Temperament and developmental pathways to conduct problems. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology* 2004; 33: 54–68.

Frick PJ, Nigg JT. Current issues in the diagnosis of attention deficit hyperactivity disorder, oppositional defiant disorder, and conduct disorder. *Annual Review of Clinical Psychology* 2012; 8: 77–107.

Frick PJ, Ray JV, Thornton LC, Kahn RE. Can callous-unemotional traits enhance the understanding, diagnosis and treatment of serious conduct problems in children and adolescents? A comprehensive review. *Psychological Bulletin* 2014; 140: 1–57.

Haine-Schlagel R, Walsh NE. A review of parent participation engagement in child and family mental health treatment. *Clinical Child and Family Psychology Review* 2015; 18: 133–150.

Hastrup A, Hietanen-Peltola M, Jahnukainen J, Pelkonen M. Lasten, nuorten ja lapsiperheiden palvelujen uudistaminen. Lasten Kaste -kehittämistyöstä pysyväksi toiminnaksi. Helsinki: THL, Raportti 3, 2013. Saatavissa: <<http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-245-831-5>>. Viitattu 6.4.2016.

Hay DF, Payne A, Chadwick A. Peer relations in childhood. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 2004; 45: 84–108.

Hayes SA, Watson SL. The impact of parenting stress. A meta-analysis of studies comparing the experience of parenting stress in parents of children with and without autism spectrum disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders* 2013; 43: 629–642.

Heinrichs N, Kliem S, Hahlweg K. Four-year follow-up of a randomized controlled trial of triple p group for parent and child outcomes. *Prevention Science* 2014; 15: 233–245.

Herzhoff K, Tackett JL. Subfactors of oppositional defiant disorder. Converging evidence from structural and latent class analyses. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 2016; 57: 18–29.

Hofvander B, Ossowski D, Lundström S, Anckarsäter H. Continuity of aggressive behavior from childhood to adulthood. The question of phenotype definition. *International Journal of Law and Psychiatry* 2009; 32: 224–234.

Hudziak JJ, Achenbach TM, Althoff RR, Pine DS. A dimensional approach to developmental psychology. *International Journal of Methods in Psychiatric Research* 2007; 16(S1): 16–23.

Ipser J, Stein DJ. Systematic review of pharmacotherapy of disruptive behavior disorders in children and adolescents. *Psychopharmacology* 2007; 191: 127–140.

Jaffee SR, Bowes L, Ouellet-Morin I ym. Safe, stable, nurturing relationships break the intergenerational cycle of abuse. A prospective nationally representative cohort of children in the United Kingdom. *Journal of Adolescent Health* 2013; 53: 4–10.

Karst JS, Van Hecke AV. Parent and family impact of autism spectrum disorders. A review and proposed model for intervention evaluation. *Clinical Child and Family Psychology Review* 2012; 15: 247–277.

Kaminski JW, Valle LA, Filene JH, Boyle CL. A meta-analytic review of components associated with parent training program effectiveness. *Journal of Abnormal Child Psychology* 2008; 36: 567–589.

Karver MS, Handelsman JB, Fields S, Bickman L. Meta-analysis of therapeutic relationship variables in youth and family therapy. The evidence for different relationship variables in the child and adolescent treatment outcome literature. *Clinical Psychology Review* 2006; 26: 50–65.

Keltikangas-Järvinen L. Sosiaalisuus ja sosiaaliset taidot. Helsinki: WSOY, 2011.

Keltikangas-Järvinen L. Temperamentti – ihmisen yksilöllisyys. Helsinki: WSOY, 2015.

Kolko DJ, Perrin E. The integration of behavioral health interventions in children's health care. Services, science, and suggestions. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology* 2014; 43: 216–228.

Korkeila J, Leppämäki S, Niemelä A, Virta M. Aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriö (ADHD). Julkaisussa: Juva K, Hublin C, Kalska H ym., toim. Kliininen neuropsykiatria. Helsinki: Duodecim, 2011: 206–215.

Käypä hoito -suositus. ADHD (aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriö, lapset ja nuoret). Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Lastenneurologinen yhdistys ry:n, Suomen Nuorisopsykiatrisen yhdistyksen ja Suomen Lastenpsykiatriyhdistyksen asettama työryhmä 2013. Saatavissa: <<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituks/suositus?id=hoi50061>>. Viitattu 10.10.2015.

Laajasalo T, Saukkonen S, Aronen E. Kylmä ja tunteeton. Onko lapsilla psykopatiapiirteitä? *Duodecim* 2014; 130: 1165–1172.

Lambert MJ. What have we learned about treatment failure in empirically supported treatments? Some suggestions for practice. *Cognitive and Behavioral Practice* 2011; 18: 413–420.

Latvala A. Kognitiiviset kyvyt. Julkaisussa: Latvala A, Silventoinen K, toim. Käyttäytymisgenetiikka. Geeneistä yhteiskuntaan. Helsinki: Gaudeamus, 2014: 127–149.

Latvala A, Silventoinen K. Käyttäytymisgenetiikka. Geeneistä yhteiskuntaan. Helsinki: Gaudeamus, 2014.

Lee P-C, Niew W-I, Yang H-J ym. A meta-analysis of behavioral parent training for children with attention deficit hyperactivity disorder. *Research in Developmental Disabilities* 2012; 33: 2040–2049.

Lejten P, Raaijmakers MA, de Castro BO, Matthys W. Does socioeconomic status matter? A meta-analysis on parent training effectiveness for disruptive child behavior. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology* 2013; 42: 384–392.

Leppämäki S, Niemelä A. Minne Aspergerin oireyhtymä katosi? *Duodecim* 2014; 130: 865–866.

Lin Y-W, Bratton SC. A meta-analytic review of child-centered play-therapy approaches. *Journal of Counseling & Development* 2015; 93: 45–58.

Lindblad-Goldberg M, Northey jr. WF. Ecosystemic structural family therapy. Theoretical and clinical foundations. *Contemporary Family Therapy* 2013; 35: 147–160.

Lindberg N, Ranta K, Gergov V ym. Nuorten käytöshäiriön ja antisosiaalisen käyttäytymisen psykososiaaliset hoitomuodot. Systemaattiseen hakuun perustuva kirjallisuuskatsaus. *Suomen Lääkärilehti* 2015; 26–32: 1913–1918.

Lindhiem O, Higa J, Trentacosta CJ, Herschell AD, Kolko DJ. Skill acquisition and utilization during evidence-based psychosocial treatments for childhood disruptive behavior problems. A review and meta-analysis. *Clinical Child and Family Psychology Review* 2014; 17: 41–66.

Linnakangas R, Lehtoranta P, Järvikoski A, Suikkanen A. Perhekuntoutus puntarissa. Kelan psykiatrisen perhekuntoutuksen kehittämishankkeen arviointi. Kela: Helsinki, Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 109. Saatavissa: <<http://hdl.handle.net/10138/17451>>. Viitattu 10.2.2016.

Magill-Evans J, Harrison MJ, Rempel G, Slater L. Interventions with fathers of young children. Systematic literature review. *Journal of Advanced Nursing* 2006; 55: 248–264.

Martel MM. Research review. A new perspective on attention-deficit/hyperactivity disorder. Emotion dysregulation and trait models. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 2009; 50: 1042–51.

Martel MM, von Eye A, Nigg JT. Revisiting the latent structure of ADHD. Is there a ‘g’ factor? *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 2010; 51: 905–914.

Martel MM, Roberts B, Gremillion M ym. External validation of bifactor model of ADHD. Explaining heterogeneity in psychiatric comorbidity, cognitive control, and personality trait profiles within DSM-IV ADHD. *Journal of Abnormal Child Psychology* 2011; 39: 1111–1123.

Matson ML, Mahan S, Matson JL. Parent training. A review of methods for children with autism spectrum disorders. *Research in Autism Spectrum Disorders* 2009; 3: 868–875.

Menting ATA, Orobio de Castro B, Maathys W. Effectiveness of the Incredible Years parent training to modify disruptive and prosocial child behavior. A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review* 2013; 33: 901–913.

Merjonen P, Josefsson K, Hakulinen C. Temperamentti ja persoonallisuus. Julkaisussa: Latvala A, Silventoinen K, toim. Käyttäytymisgenetiikka. Geeneistä yhteiskuntaan. Helsinki: Gaudeamus, 2014: 150–168.

Modesto-Lowe V, Danforth JS, Brooks D. ADHD. Does parenting style matter? *Clinical Pediatrics* 2008; 47: 865–872.

Moffitt TE, Arseneault L, Belsky D ym. A gradient of childhood self-control predicts health, wealth, and public safety. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America* 2011; 108: 2693–2698.

Moilanen I, Mattila M-L, Loukusa S, Kielinen M. Autismikirjon häiriöt lapsilla ja nuorilla. *Duodecim* 2012; 128: 1453–1462.

Mordre M, Groholt B, Kjelberg E ym. The impact of ADHD and conduct disorder in childhood on adult delinquency. A 30 years follow-up study using official crime records. *BMC Psychiatry* 2011; 57.

Mäntymaa M, Luoma I, Puura K, Tamminen T. Tunteet, varhainen vuorovaikutus ja aivojen toiminnallinen kehitys. *Duodecim* 2003; 119: 459–465.

Nicolson RI, Fawcett AJ. Procedural learning difficulties. Reuniting the developmental disorders? *Trends in Neurosciences* 2007; 30: 135–141.

Nock MK, Kazdin AE, Hiripi E, Kessler RC. Lifetime prevalence, correlates, and persistence of oppositional defiant disorder. Results from the national comorbidity survey replication. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 2007; 48: 703–713.

Nowak C, Heinrichs N. A comprehensive meta-analysis of triple P-positive parenting program using hierarchical linear modeling. Effectiveness and moderating variables. *Clinical Child and Family Psychology Review* 2008; 11: 114–144.

Paananen R, Ristikari T, Merikukka M, Rämö A, Gissler M. Lasten ja nuorten hyvinvointi Kansallinen syntymäkohortti 1987 -tutkimusaineiston valossa. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Raportti 52, 2012. Saatavissa: <<http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-245-696-0>>. Viitattu 30.11.2015

Patterson SY, Smith V, Mirenda P. A systematic review of training programs for parents of children with autism spectrum disorders. Single subject contributions. *Autism* 2012; 16: 498–522.

Pelham Jr. WE, Gnagy EM, Greiner AR ym. Behavioral versus behavioral and pharmacological treatment in ADHD children attending a summer treatment program. *Journal of Abnormal Child Psychology* 2000; 28: 507–525.

Penttilä J, Rintahaka P, Kaltiala-Heino R. Aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriön merkitys lapsen ja nuoren tulevaisuudelle. *Duodecim* 2011; 127: 1433–1439.

Politte LC, Henry CA, McDougle CJ. Psychopharmacological interventions in autism spectrum disorder. *Harvard Review of Psychiatry* 2014; 22: 76–92.

Poulton R, Moffitt TE, Silva PA. The Dunedin multidisciplinary health and development study. Overview of the first 40 years, with an eye to the future. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 2015; 50: 679–693.

Puustjärvi A, Asikainen M. Pakko-oireinen häiriö lapsuudessa. *Duodecim* 2010; 126: 2855–2863.

Rasheed JM, Rasheed MN, Marley JA. Family therapy. Models and techniques. London: SAGE, 2011.

Rautava P, Salanterä S, Helenius H, Tofferi H. Vaikuttavuuden mittaaminen ja palvelujärjestelmätutkimus. Turku: Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri, 2009. Saatavissa: <[http://www.turkucrc.fi/files/163/vaikuttavuus\\_20090810.pdf](http://www.turkucrc.fi/files/163/vaikuttavuus_20090810.pdf)>. Viitattu 3.3.2016.

Reichow B. Overview of meta-analyses on early intensive behavioral intervention for young children with autism spectrum disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders* 2012; 42: 512–520.

Rintahaka P. Touretten oireyhtymä. Julkaisussa: Juva K, Hublin C, Kalska H ym., toim. Kliininen neuropsykiatria. Helsinki: Duodecim, 2011: 227–230.

Rockhill C, Kodish I, DiBattisto C ym. Anxiety disorders in children and adolescents. *Current Problems in Pediatric and Adolescent Health Care* 2010; 40: 66–99.

Rutter M, Kreppner J, Sonuga-Barke E. Emanuel Miller Lecture: Attachment insecurity, disinhibited attachment, and attachment disorders. Where do research findings leave the concepts? *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 2009; 50: 529–543.

Salmivalli C, Kärnä A, Poskiparta E. Counteracting bullying in Finland. The KiVa program and its effects on different forms of being bullied. *International Journal of Behavioral Development* 2011; 35: 405–411.

Sanders MR, Kirby JN, Tellegen CL ym. The triple P-positive parenting program. A systematic review and meta-analysis of a multi-level system of parenting support. *Clinical Psychology Review* 2014; 34: 337–357.

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

Santalahti P, Sourander A, Piha J. Lasten mielenterveyspalveluiden käyttö. *Duodecim* 2009; 125: 959–964.

Santalahti P, Marttunen M. Lasten ja heidän vanhempiansa mielenterveys. Julkaisussa: Lammi-Taskula J, Karvonen S, toim. *Lapsiperheiden hyvinvointi 2014*. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2014: 184–195.

Schoemaker K, Bunte T, Wiebe SA ym. Executive function deficits in preschool children with ADHD and DBD. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 2012; 53: 111–119.

Sexton TL, Ridley CR, Kleiner AJ. Beyond common factors. Multilevel-process models of therapeutic change in marriage and family therapy. *Journal of Marital and Family Therapy* 2004; 30: 131–149.

Sidani S, Braden CJ. Design, evaluation, and translation of nursing interventions. Chichester: Wiley-Blackwell, 2011.

Solantaus T, Santalahti P. Lasten ja nuorten mielenterveyspalvelut. Julkaisussa: Sihto M, Palosuo H, Topo P, Vuorenkoski L, Leppo K, toim. *Terveyspolitiikan perusta ja käytännöt*. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Teema 17, 2013: 309–313. Saatavissa: <<http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-245-814-8>>. Viitattu 3.10.2015

Sonuga-Barke EJS. Editorial: Distinguishing between the challenges posed by surface and deep forms of heterogeneity to diagnostic systems. Do we need a new approach to subtyping of child and adolescent psychiatric disorders. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 2016; 57: 1–3.

Sourander A, McGrath PJ, Ristkari T ym. Internet-assisted parent training intervention for disruptive behavior in 4-year-old children. A randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry* 2016; 73: 378–387.

Sprenkle DH. Intervention research in couple and family therapy. A methodological and substantive review and an introduction to the special issue. *Journal of Marital and Family Therapy* 2012; 38: 3–29.

Sprenkle DH, Blow AJ. Common factors and our sacred models. *Journal of Marital and Family Therapy* 2004; 30: 113–129.

Storebo OJ, Rasmussen PD, Simonsen E. Association between insecure attachment and ADHD. *Environmental Mediating Factors* 2013; DOI: 10.1177/1087054713501079.

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

Taanila A, Ebeling H, Tiihala M ym. Association between childhood specific learning difficulties and school performance in adolescents with and without ADHD symptoms. A 16-year follow-up. *Journal of Attention Disorders* 2014; 18: 61–72.

Tamminen T. Lapsen masennus. *Duodecim* 2010; 126: 627–633.

Tani P, Grönfors S, Timonen T. Aspergerin oireyhtymä ja autismin kirjo. Julkaisussa: Juva K, Hublin C, Kalska H ym., toim. *Kliininen neuropsykiatria*. Helsinki: Duodecim, 2011: 216–224.

Tantam D. *Autism spectrum disorders through the life span*. London: Kingsley, 2013.

Tarver J, Daley D, Sayal K. Attention-Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD). An updated review of the essential facts. *Child: Care, Health and Development* 2014; 40: 762–774.

Tarver J, Daley D, Sayal K. Beyond symptom control for Attention-Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD). What can parents do to improve outcomes? *Child: Care, Health and Development* 2015; 41: 1–14.

Thapar A, Cooper M, Eyre O, Langley K. Practitioner review. What have we learnt about the causes of ADHD? *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 2013; 54: 3–16.

Theule J, Wiener J, Tannock R, Jenkins JM. Parenting stress in families of children with ADHD. A meta-analysis. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders* 2013; 21: 3–17.

Trentacosta CJ, Fine SE. Emotion knowledge, social competence, and behavior problems in childhood and adolescence. A meta-analytic review. *Social Development* 2010; 19: 1–29.

Van der Oord S, Prins PJM, Oosterlaan J, Emmelkamp PMG. Efficacy of methylphenidate, psychosocial treatments and their combination in school-aged children with ADHD. A meta-analysis. *Clinical Psychology Review* 2008; 28: 783–800.

Vataja R. Mitä neuropsykiatria on? Julkaisussa: Juva K, Hublin C, Kalska H ym., toim. *Kliininen neuropsykiatria*. Helsinki: Duodecim, 2011: 16–19.



Verhulst FC, Tiemeier H. Epidemiology of child psychopathology. Major milestones. *European Child & Adolescent Psychiatry* 2015; 24 (6): 607–617.

Virúés-Ortega J. Applied behavior analytic intervention for autism in early childhood. Meta-analysis, meta-regression and dose-response meta-analysis of multiple outcomes. *Clinical Psychology Review* 2010; 30: 387–399.

Vuori M, Tuulio-Henriksson A, Nissinen H, Autti-Rämö I. Psykososiaaliset perheinterventiot lapsen aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriön sekä uhmakkuus- ja käytöshäiriön hoidossa. *Duodecim* 2015a; 131: 1561–1568.

Vuori M, Tuulio-Henriksson A, Autti-Rämö I. Monimuotoisen neuropsykiatrisen perhekuntoutuksen seurantatutkimus. Tutkimusprotokolla. Helsinki: Kela, Työpapereita 82, 2015b. Saatavissa: <<http://hdl.handle.net/10138/158291>>. Viitattu 15.2.2016.

Waris P, Kulomäki T, Tani P. Aspergerin oireyhtymä tytöillä ja naisilla. *Duodecim* 2011; 127: 1571–1577.

Webster-Stratton CH, Reid MJ, Beauchaine T. Combining parent and child training for young children with ADHD. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology* 2011; 40: 191–203.

Weisz JR, Kazdin AE. Evidence-based psychotherapies for children and adolescents. London: Guilford, 2010.

Woltering S, Lishak V, Hodgson N, Granic I, Zelazo PD. Executive function in children with externalizing and comorbid internalizing behavior problems. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 2016; 57: 30–38.

Young S, Amarasinghe JM. Practitioner review. Non-pharmacological treatments for ADHD. A lifespan approach. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 2010; 51: 116–133.

Zwi M, Jones H, Thorgaard C, York A ym. Parent training interventions for Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) in children aged 5 to 18 years. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2011; (12): CD003018. DOI: 10.1002/14651858.CD003018.pub3.

## KELAN SOSIAALI- JA TERVEYSTURVAN RAPORTEJA

- 1 Turunen E, Tillman P, Maunula N.** Yöpyminen sairaanhoidon matkalla. Sairausrakuutuksen yöpymiskorvaukset ja potilashotellitoiminta Suomessa sekä katsaus potilashotellitoimintaan ja tutkimuskirjallisuuteen muissa Pohjoismaissa. 2016. 62 s. ISBN 978-952-284-001-1 (nid.), ISBN 978-952-284-002-8 (pdf).



# Kelan monimuotoiseen perhekuntoutukseen ohjautuminen ja perheenjäsenten kuntoutustoiveet

Miika Vuori,  
Annamari Tuulio-Henriksson, Iris Sandelin,  
Heidi Nissinen ja Ilona Autti-Rämö



Mitä on Kelan kehittämä monimuotoinen perhekuntoutus? Millä tavoin monimuotoinen, perheterapeuttiseen työskentelyyn perustuva perhekuntoutus voi auttaa neuropsykiatrisesti oireilevia lapsia ja heidän perheenjäseniään?

Perhelähtöisten palvelujen soveltuvuutta lasten tunne-elämän ja käyttäytymisen häiriöiden hoidossa on tutkittu kansainvälisesti paljon, mutta tutkimustieto Suomesta on vielä vähäistä. Tässä raportissa tarkastellaan lähemmin Kelan kehittämään monimuotoiseen perhekuntoutukseen osallistuvien lasten ja heidän huoltajiensa taustatietoja ja esitellään lasten ja heidän huoltajiensa kuntoutustoiveita.



## KELAN TUTKIMUS

Puh. 020 634 11  
julkaisut@kela.fi

[www.kela.fi/tutkimus](http://www.kela.fi/tutkimus)  
[www.fpa.fi/forskning](http://www.fpa.fi/forskning)  
[www.kela.fi/research](http://www.kela.fi/research)

ISBN 978-952-284-011-0 (nid.)  
ISBN 978-952-284-012-7 (pdf)

ISSN-L 2343-2780  
ISSN 2343-2780 (painettu)  
ISSN 2343-2799 (verkkójulkaisu)

