

Birgitta Bäckman, Minna Kotisara, Anni Mättö

# Alle kouluikäisten lasten toimintaterapiaan pääsyn kriteerit perusterveydenhuollossa

Selvitys neljässä kunnassa

Metropolia Ammattikorkeakoulu

Toimintaterapeutti

Toimintaterapian koulutusohjelma

Opinnäytetyö

16.1.2015

Tekijä(t) Otsikko  Sivumäärä Aika	Birgitta Bäckman, Minna Kotisara, Anni Mättö Alle kouluikäisten lasten toimintaterapiaan pääsyn kriteerit perusterveydenhuollossa - Selvitys neljässä kunnassa 57 sivua + 3 liitettä 16.1.2015
Tutkinto	Toimintaterapia AMK
Koulutusohjelma	Toimintaterapian koulutusohjelma
Suuntautumisvaihtoehto	Toimintaterapia
Ohjaaja(t)	Lehtori Anja Sario Yliopettaja Toini Harra
<p>Opinnäytetyön aiheena oli alle kouluikäisten lasten toimintaterapiaan pääsyn kriteerit perusterveydenhuollossa. Opinnäytetyö tehtiin selvityksenä neljässä kunnassa, jotka ovat Vantaa, Tampere, Turku ja Oulu. Opinnäytetyön työelämäyhteistyökumppani oli Vantaan kaupungin toimintaterapeuttien esimies Taina Kulmala. Opinnäytetyön tutkimuskysymykset ovat: 1. Millaisin kriteerein alle kouluikäiset lapset saavat toimintaterapiaa perusterveydenhuollossa? 2. Millaisia eroja lasten toimintaterapiaan pääsillä on eri kuntien välillä? 3. Minkälainen kriteeristö olisi tarpeellinen? Aihe rajattiin koskemaan alle kouluikäisiä lapsia perusterveydenhuollossa, sekä toimintaterapeutin tekemän arvioinnin jälkeen tapahtuvaa pohdintaa asiakkaan suosituksista ja jatkotoimenpiteistä.</p> <p>Teoreettiseksi taustaksi valittiin kanadalaisen toiminnallisuuden ja sitoutumisen malli (The Canadian Model of Occupational Performance and Engagement, CMOP-E). Tämä teoria valittiin opinnäytetyöhön, sillä se sopi aineiston analysoimiseen ilman, että asiakkaista tarvittiin yksityiskohtaista tietoa. Aineisto opinnäytetyöhön kerättiin käyttämällä kyselylomakkeita ja puolistrukturoituja yksilöhaastatteluja. Aineiston analysoinnin menetelminä käytettiin soveltaen teorialähtöistä sisällönanalyysia sekä aineistolähtöistä sisällönanalyysia.</p> <p>Tulosten perusteella organisaatio vaikuttaa paljon siihen, millä kriteereillä alle kouluikäisiä lapsia ohjataan toimintaterapiaan. Organisaatio vaikuttaa myös siihen, tuotetaanko toimintaterapia kunnan omana palveluna vai ostopalveluna. Kaikissa tässä opinnäytetyössä mukana olleissa kunnissa ei ollut kriteeristöä lasten toimintaterapialle. Kunnissa, joissa kriteeristö oli, kokivat toimintaterapeutit sen helpottavan ammatillista harkintaa ja päätöksen tekoa. Kuitenkin kaikissa mukana olleissa kunnissa tietyt toimintaterapiaan ohjaamisen syyt, kuten hieno- ja karkeamotoriikka sekä visuomotoriikka, toistuivat. Mikäli luotaisiin kansallinen kriteeristö ohjaamaan toimintaterapiaan pääsyä, tulisi kriteeristön olla pikemminkin suositus tai ohjeistus kuin yksityiskohtainen kriteeristö. Tämä suositus ottaisi kantaa esimerkiksi käytettävään arviointi välineistöön, toimintaterapian kestoon ja tavoitteiden aseteluun. Tulosten perusteella voidaan olettaa, että kansallinen kriteeristö helpottaisi toimintaterapeuttien ammatillista pohdintaa ja päätösten tekemistä sekä lisäisi asiakkaiden yhdenvertaisia mahdollisuuksia päästä toimintaterapiaan asuinpaikasta riippumatta.</p>	
Avainsanat	Lasten toimintaterapia, perusterveydenhuolto, kansallinen kriteeristö, kansallinen ohjeistus, ammatillinen harkinta, toimintaterapiaan pääsyn syyt, kunta, Vantaa, Tampere, Turku, Oulu,

Author(s) Title	Birgitta Bäckman, Minna Kotisara, Anni Mättö The Criteria of Receiving Occupational Therapy in Primary Healthcare for Children under School Age – A study in four municipalities
Number of Pages Date	57 pages + 3 appendices 16 January 2015
Degree	Bachelor of Health Care
Degree Programme	Occupational therapy
Specialisation option	Occupational therapy
Instructor(s)	Anja Sario, Senior Lecturer Toini Harra, Principal Lecturer
<p>The topic of this thesis is the criteria for receiving occupational therapy in primary healthcare for children under school age. The thesis was made as a study in four municipalities which were Vantaa, Tampere, Turku and Oulu. The working life partner for this thesis was Vantaa City superior of occupational therapy Taina Kulmala. The research questions for this thesis are 1. What is the criteria for receiving occupational therapy in primary health care for children under school age? 2. What kind of differences are there between municipalities for children to receive occupational therapy? 3. What kind of criteria would be useful? The topic was outlined to include children under school age in primary healthcare and the reasoning occupational therapist does after the evaluation on the recommendations given and measures taken.</p> <p>Theoretical background for the thesis is The Canadian Model of Occupational Performance and Engagement (CMOP-E). This theory was chosen for this thesis because it was convenient for analyzing data without having to collect information of the customers that is too detailed. The data for the thesis was collected by using questionnaire sheets and semi-structured individual interviews. The methods applied to analyze the data were theory based content analysis and data driven content analysis.</p> <p>The results imply that organization has a great effect on the criteria for how children receive occupational therapy. Organization also has an effect on whether the therapy interventions are conducted by the municipality or bought from the private sector. All of the municipalities in this thesis did not have their own criteria for pediatric occupational therapy. In the municipalities which had the criteria, occupational therapists found it to be helpful with professional reasoning and decision making. However, all four municipalities used the same recurring grounds for offering occupational therapy, such as gross and fine motor skills and visual-motor skills. If national criteria for pediatric occupational therapy was to be created, it should be more of a set of recommendations rather than specific criteria. These recommendations could take a stand on e.g. which evaluation methods and materials to use, how many therapy sessions to recommend or how to set goals. Based on the results of this thesis it can be assumed, that national criteria would make professional reasoning and decision making easier for occupational therapists and it would increase equal rights to receive occupational therapy for the customer regardless of their place of residence.</p>	
Keywords	pediatric occupational therapy, primary healthcare, national criteria, national recommendations, professional reasoning, reasons to receive occupational therapy, municipality, Vantaa, Tampere, Turku, Oulu

## Sisällys

1	Johdanto	1
2	Työn tausta	2
2.1	Opinnäytetyön tavoite	3
2.2	Työelämäyhteistyö	4
2.3	Aiheen ajankohtaisuus	4
2.4	Kanadalaisen toiminnallisuuden ja sitoutumisen malli	5
2.5	Ammatillinen harkinta ja ammattietiikka	7
3	Lasten toimintaterapia terveydenhuollossa	9
3.1	Lasten toimintaterapia perusterveydenhuollossa	10
3.2	Lasten toimintaterapia erikoissairaanhoidossa	13
3.3	Kela	14
3.4	Kunnat	16
3.4.1	Vantaa	16
3.4.2	Tampere	18
3.4.3	Turku	19
3.4.4	Oulu	21
4	Opinnäytetyön toteutus	24
4.1	Opinnäytetyön eettisyys	24
4.2	Informantit	25
4.3	Aineiston kerääminen	26
4.3.1	Kyselylomake	27
4.3.2	Puolistrukturoitu yksilöhaastattelu	28
4.4	Aineiston analysointi	29
4.4.1	Kyselylomakkeen analysointi	30
4.4.2	Haastattelun analysointi	31
5	Tulokset	32
5.1	Lasten toimintaterapiaan pääsy perusterveydenhuollossa	35
5.2	Toimintaterapiaan pääsyn eroavaisuudet ja yhteneväisyydet kunnissa	37
5.3	Millainen kriteeristö olisi tarpeellinen?	42

6	Tulosten tarkastelu ja johtopäätökset	44
6.1	Toimintaterapiaan pääsemisen syyt perusterveydenhuollossa	46
6.2	Toimintaterapiaan pääsy eri kunnissa	49
6.3	Kriteeristö vai ohjeistus?	52
6.4	Opinnäytetyön luotettavuus	53
6.5	Jatkotutkimusehdotukset	56
	Lähteet	58

#### Liitteet

Liite 1. Kyselylomake

Liite 2. Kyselylomakkeiden analysoinnissa käytetty taulukkopohja

Liite 3. Haastatteluiden analysoinnissa käytetty taulukkopohja

## 1 Johdanto

Lasten pääsy toimintaterapiaan perusterveydenhuollossa nousi teemana esiin keskustelussa työelämän kanssa. Ilmeni, ettei ole olemassa valtakunnallisesti yhtenäisiä käytäntöjä, millaisin kriteerein lapset lähetetään toimintaterapeutin arviointiin. Myös toimintaterapiaan pääsy arvioinnin jälkeen vaihtelee eri kunnissa. Alueellinen yhdenvertaisuus ei toteudu, jos asiakkaan pääsy toimintaterapiaan riippuu asuinkunnasta. Vireillä olevan sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakennemuutoksen (sote-uudistus) tavoitteena on lisätä alueellista yhdenvertaisuutta ja taata kaikille suomalaisille yhdenvertainen pääsy sosiaali- ja terveyspalveluihin asuinpaikasta riippumatta (Sosiaali- ja terveysministeriö 2014.) Tästäkin syystä on ajankohtaista kartoittaa olemassa olevia toimintaterapiaan pääsyn kriteerejä ja toimia käytäntöjen yhtenäistämisen eteen.

Ideointivaiheessa pohdittiin mahdollisuutta kartoittaa, millä kriteereillä lähettävä taho ohjaa lapsia toimintaterapeutin arviointiin. Opinnäytteen työelämäyhteistyökumppaniksi tuli Vantaan kaupungin terveyspalveluiden kuntoutustoiminnan toimintaterapiayksikkö. Ensimmäisissä keskusteluissa työelämäyhteistyökumppanin kanssa selvisi, että lapsia ohjautuu toimintaterapeutin arvioon useilta lähettäviltä tahoilta. Alusta asti opinnäytetyön tavoitteena oli kerätä aineistoa useammasta kuin yhdestä kunnasta ja tulosten avulla pohtia, olisiko mahdollisesti olemassa olevia kriteerejä syytä yhtenäistää valtakunnallisesti. Koska jo yhdessä kunnassa lähettäviä tahoja oli useita, useamman kunnan kaikkien toimintaterapia-arviointiin lähettävien tahojen selvittäminen ja aineiston kerääminen oli liian suuri työmäärään ja aikaresursseihin nähden. Aihe rajattiin uudelleen, niin että se ei koske kriteerejä, joilla alle kouluikäiset lapset lähetetään toimintaterapiaan arviointiin, vaan kriteerejä, joilla he saavat toimintaterapiaa.

Tämä opinnäytetyö on laadullinen selvitys määrällisin piirtein, alle kouluikäisten lasten toimintaterapiaan pääsyn kriteereistä. Opinnäytetyön aineistonkerääminen toteutettiin haastattelemalla perusterveydenhuollossa alle kouluikäisten toimintaterapia-arvioita tekeviä toimintaterapeutteja Vantaalla, Tampereella, Turussa sekä Oulussa. Aineiston keräämisen menetelminä olivat kyselylomake sekä puolistrukturoitu yksilohaastattelu.

Opinnäytetyötä ohjaavana teoriana käytettiin kanadalaista toiminnallisuuden ja sitoutumisen mallia (Canadian Model of Occupational Performance and Engagement), joka on keskeinen toimintaterapiaan teorian malli. Aineistoa analysoitaessa aiottiin käyttää tu-

kena myös Toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälistä luokitusta, joka tunnetaan myös nimellä ICF-luokitus (International Classification of Functioning, Disability and Health). Kun aineistoa analysoitiin, huomattiin, ettei opinnäytetyössä kerätty aineisto ollut niin yksityiskohtaista, että Toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälisen luokituksen käyttö olisi ollut tarkoituksenmukaista. Tästä syystä luokituksen käytöstä analysoinnissa luovuttiin. Opinnäytetyön aineiston analysoinnin menetelminä hyödynnettiin soveltaen teorialähtöistä sisällönanalyysia ja aineistolähtöistä sisällönanalyysia.

Työelämäyhteistyökumppani oli mukana idea- sekä suunnitteluvaiheessa. Työssä huomioitiin työelämäyhteistyökumppanin toiveita tutkimuksen eri vaiheissa. Opinnäytetyön työelämäyhteistyökumppani toivoi, että olemassa olevia terapiaan pääsyn kriteereitä tutkittaisiin niin sanottujen kuusikkokuntien välillä. Tämä toive toteutui siltä osin, että opinnäytetyössä oli mukana kuusikkokunnista eli kuudesta suurimmasta kunnasta neljä. Opinnäytetyön tavoitteena oli nimen mukaisesti selvittää alle kouluikäisten lasten toimintaterapiaan pääsyn kriteereitä perusterveydenhuollossa. Hyötyjä työelämälle ovat kriteerien tarpeellisuuden selvittäminen ja käytössä olevien kriteerien yhtenäistäminen. Työ on mahdollisesti ensi askel kohti kansallisia kriteereitä ja alueellista yhdenvertaisuutta.

## **2 Työn tausta**

Terttu Mäkinen osoittaa väitöskirjassaan (1993), että lapsen tuleva kehityskulku ja koulumenestys ovat vain osittain selitettävissä tilastollisesti lapsen aiempaan kehityskulkuun pohjautuvalla tiedolla. Yksilöllisen kehityskulun ennustamisen tekee haastavaksi se, että sitä ennustavat indikaattorit painottuvat elämän eri vaiheissa sosiaalisesti ja kehityspsykologisesti eritavoin. Pohjan kouluiän kehitykselle tuo koulua edeltävän ajan kehityskulku, mutta se ei määritä tulevaa kehitystä. Koska ennalta ei voida sanoa, kuka tarvitsee muita enemmän tukitoimia, on kaikille oltava tarjolla tukea ennaltaehkäisevästi. Myös tehostetun tuen oikeanlainen kohdennus on tärkeää. (Mäkinen 1993: 11.) Valtakunnallisen sosiaali- ja terveysalan eettisen neuvottelukunnan ETENEn (2013) mukaan tarvitaan tarkkaa tietoa vallitsevasta tilanteesta sekä tiedon hyödyntämistä suunnittelussa ja harkinnassa, jotta voidaan turvata palveluiden alueellinen yhdenvertaisuus (ETENE 2013: 23). Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on luoda tietoa perusterveydenhuollossa vallitsevista lasten toimintaterapiaan pääsyn kriteereistä ja siten edistää alueellista yhdenvertaisuutta ja eettisyyttä toimintaterapiapalveluissa.

## 2.1 Opinnäytetyön tavoite

Opinnäytetyön tavoitteena on kartoittaa sekä vertailla neljän eri kunnan; Vantaan, Turun, Tampereen ja Oulun kriteereitä, joita perusterveydenhuollon toimintaterapeutit käyttävät arvioidessaan lasten tarvetta toimintaterapialle. Hypoteesi on, että kansallisen kriteeristön puuttuessa, toimintaterapeutit joutuvat käyttämään ammatillista harkintaa pohtiessaan, kuka saa toimintaterapiaa. Hypoteesina on myös, että ilman yhtenäistä kriteeristöä kuntien välisissä käytänteissä toimintaterapiaan ohjaamisessa on eroja. Kolmantena hypoteesina on, että yksittäisen toimintaterapeutin työkokemus sekä mahdolliset lisäkoulutukset vaikuttavat siihen, miten he suosittelevat lapsille toimintaterapiaa. Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää, kokevatko toimintaterapeutit, että olisi tarvetta kansalliselle kriteeristölle, joka ohjaisi terapiaan pääsyä. Lisäksi halutaan selvittää, millainen kansallisen kriteeristön tulisi olla, jos sellainen luotaisiin.

Opinnäytetyö keskittyy perusterveydenhuoltoon, koska halutaan tutkia ilmiötä väestötasolla diagnoosikeskeisyyden sijaan. Työ rajattiin koskemaan alle kouluikäisiä lapsia, koska tällainen ikärajaus koettiin selkeäksi. Lisäksi ikävaihe koettiin merkitykselliseksi kehitysvaiheeksi, koska silloin rakentuvat taidot, joita lapset tarvitsevat koulupolullaan. Sosiaali- ja terveysministeriön (2005) mukaan keskeisimmät syyt erityisen tuen tarpeelle ovat kehityksen ja kielen vaikeudet, sekä sosiaaliset haasteet. Arjessa ilmenevät lapsen vaikeudet selviytyä, voivat johtaa toissijaisten ongelmien ilmenemiseen ja sitä kautta syrjäytymiseen. Kun tukitoimet aloitetaan oikea-aikaisesti, lapsen selviytyminen koulussa helpottuu. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2005: 36.) Koska tukitoimien oikea-aikaisuudella voidaan tukea lapsen koulunkäyntiä ja sitä kautta ehkäistä syrjäytymistä, oikea-aikainen ja oikein kohdennettu toimintaterapia voi auttaa lapsen koulutietä.

Tässä opinnäytetyössä on kolme tutkimuskysymystä. Opinnäytetyön pääkysymys on: 1. Millaisin kriteerein alle kouluikäiset lapset saavat toimintaterapiaa perusterveydenhuollossa? Alakysymykset ovat: 2. Millaisia eroja lasten toimintaterapiaan pääsillä on eri kuntien välillä? 3. Minkälainen kriteeristö olisi tarpeellinen? Hirsjärvi, Remes ja Sajavaara (2010) huomauttavat, että laadullinen tutkimus ei välttämättä etene järjestyksessä, jossa ensin muodostetaan tutkimuskysymys ja loogisesti edetään aiheen käsittelyyn. Laadullisessa tutkimuksessa on varauduttava siihen, että tutkimuskysymys voi muuttua tutkimuksen edetessä. (Hirsjärvi – Remes – Sajavaara 2010: 125–128.) Tämä tarkoittaa sitä, että aineisto voi vaikuttaa myös tutkimuskysymyksiin. Opinnäytetyössä



tämä otettiin huomioon ja siihen varauduttiin haastattelukysymysten luomisvaiheessa sekä aineiston analyysivaiheessa. Opinnäytetyön analyysivaiheessa alakysymys: ”Millaisia eroja kuntien välisissä käytänteissä on?” muutettiin muotoon: ”Millaisia eroja lasten toimintaterapiaan pääsyllä on eri kuntien välillä?” Näin aineistosta saatiin enemmän mielenkiintoista informaatiota esille.

## 2.2 Työelämäyhteistyö

Työelämänyhteistyökumppanina opinnäytetyössä on Vantaan kaupungin terveystalouden kuntoutustoiminnan toimintaterapiayksikkö ja yhteyshenkilönä toimintaterapian esimies Taina Kulmala. Työelämänyhteistyökumppani osallistui opinnäytetyön ideointiin ja suunnitteluun. Yhdessä keskusteltiin opinnäytetyön rajauksesta ja vertailuun otettavien kuntien valinnasta. Työelämänyhteistyökumppani on antanut tietoa siitä, millaisia mahdollisuuksia tutkimuksen käytännön toteuttamiseen on, mitkä tekijät saattavat muodostua haastaviksi sekä miten kannattaa edetä. Työelämänyhteistyökumppanin toiveet otettiin huomioon tutkimuskysymysten asettelussa. Opinnäytetyön tulokset raportoidaan ja opinnäytetyö esitetään työelämänyhteistyökumppanille järjestetyssä tilaisuudessa.

Opinnäytetyö saattaa nostaa keskusteluun kansallisten kriteerien tarpeen lasten toimintaterapiassa. Tämä työ tuo työelämälle näkyväksi mahdolliset erot ja yhteneväisyydet kuntien välisissä käytänteissä. Kunnat saavat myös ajankohtaista tilastotietoa asiakkaista sekä omista toimintatavoistaan. Opinnäytetyötä voi käyttää ensiaskeleena, mikäli työelämässä nähdään tarve kansallisten kriteerien luomiselle.

## 2.3 Aiheen ajankohtaisuus

Opinnäytetyön aihe on ajankohtainen, sillä toimintaterapian resurssien ollessa vähäiset oikea-aikainen kuntoutus on taloudellista. Ongelmat usein eskaloituvat vuosien kuluessa ja alle kouluikäiset lapset ovat ryhmä, jotka tarvitsevat huomioita. Kuntien sosiaali- ja terveydenhuolto on muutoksen partaalla sillä uusi sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakennemuutos eli sote-uudistus on työn alla. Hallitus antoi esityksensä uudesta sote-järjestelmälaista eduskunnalle 4.12.2014. Eduskunta päättää laista maaliskuussa 2015. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2014.) Sote-uudistuksen tarkoituksena on kehittää uusi palvelurakenne julkiselle sosiaali- ja terveydenhuollolle. Sote-uudistuksella halu-

taan turvata sosiaali- ja terveyspalveluiden yhdenvertaisuus, laadukkuus ja asiakaslähtöisyys koko maassa. Tavoitteena on vahvistaa peruspalveluita ja luoda toimivia palvelu- ja hoitoketjuja. Tällä hetkellä sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämistä vastuu on noin 200 erilaista kunnallista organisaatiota, jotka myös tuottavat nämä palvelut. Uudessa palvelurakenteessa sosiaali- ja terveyspalveluita järjestäviä sosiaali- ja terveysalueita on viisi. Palveluiden tuottamisesta vastaavat tuottamisvastuulliset kuntayhtymät, joita voi olla sosiaali- ja terveysalueilla enintään 19. Tuottamisvastuullisen pitää kyetä vastaamaan kaikista sosiaali- ja terveyspalveluista yhtenäisenä kokonaisuutena. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2014.)

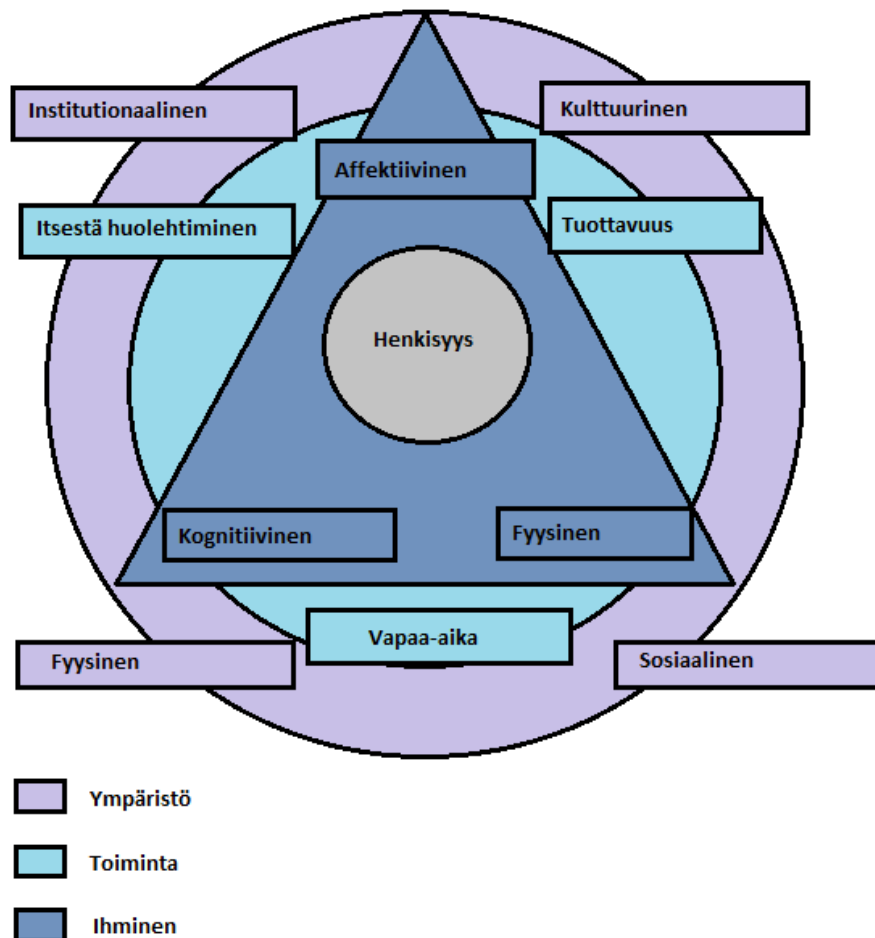
Nykyisellään kunnat määrittävät itse, kuinka paljon ne käyttävät rahaa sosiaali- ja terveyspalveluihin ja kuntien väliset erot ovat suuria. Sote-uudistuksen myötä kunnat maksavat sosiaali- ja terveysalueille maksun, joka perustuu asukasluukuun ja väestön palvelutarpeisiin. Sote-alueet maksavat tuottamisvastuullisille kuntayhtymille palveluiden tuottamisesta kertyvät kustannukset. Sote-alueilla pyritään luomaan vakautta sosiaali- ja terveydenhuoltomenojen budjetointiin. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2014.) Koska sote-uudistuksella pyritään luomaan yhdenvertaiset sosiaali- ja terveyspalvelut koko maahan, voisi olla ajankohtaista pohtia yhtenäisiä kansallisia kriteereitä lasten toimintaterapiaan pääsulle. Siksi oli tärkeää kerätä tietoa nykyisistä käytännöistä ja nostaa keskusteluun, minkälaiset suuntaviivat voisivat olla tukemassa asiakaslähtöisiä ja laadukkaita toimintaterapiapalveluita.

#### 2.4 Kanadalaisen toiminnallisuuden ja sitoutumisen malli

Teoreettisena lähtökohdasta opinnäytetyössä on kanadalainen toiminnallisuuden ja sitoutumisen malli (Canadian Model of Occupational Performance and Engagement CMOP-E). Kanadalainen toiminnallisuuden ja sitoutumisen malli on keskeinen toimintaterapian toimintatapoja ohjaava malli. Malli kuvaa ihmisen, toiminnan ja ympäristön välistä vuorovaikutusta. (Townsend – Polatajko 2007: 23.) Asiakaslähtöisyys ja terapisuhde ovat mallin kulmakiviä. Toimintaterapeutti pyrkii asiakaslähtöisesti mahdollistamaan asiakkaalle merkityksellisen toiminnan muuttamalla ympäristöä tai porrastamalla toimintaa asiakkaan toimintakykyä vastaamaan. (Townsend ym. 2007: 109–112.)

Mallin keskiössä on henkisyys eli ihmistä eteenpäin vievä sisäinen voima, tahto, motivaatio ja asenne. Henkisyys kuvaa ihmistä määrittäviä persoonallisia piirteitä. Mallin mukaan (Kuvio 1.) ihminen koostuu kolmesta tekijästä, fyysisestä, kognitiivisesta ja

affektiivisesta. Fyysisellä tarkoitetaan kehoa ja siihen liittyviä asioita, kuten esimerkiksi terveys tai fyysinen suoriutuminen. Sensoriset, motoriset ja sensomotoriset valmiudet kuuluvat myös fyysisyyteen. (Hautala – Hämäläinen – Mäkelä – Rusi-Pyykönen 2011: 211.) Kognitiivisella tarkoitetaan älyä, tiedostamista, keskittymistä sekä muistia koskevia valmiuksia ja affektiivisella tarkoitetaan tunteita ja emotionaalisia valmiuksia sekä sosiaalisuutta (Townsend ym. 2007: 40).



Kuvio 1. Townsendin ja Polatajkon (2007) mallin pohjalta mukailtu kanadalainen toiminnallisuuden ja sitoutumisen malli (CMOP-E) (Townsend ym. 2007: 23)

Ihmistä lähellä on toiminta, joka mallin mukaan jaotellaan tuottavuuteen, itsestä huolehtimiseen ja vapaa-aikaan (Townsend ym. 2007: 40–44). Monet ihmisen toimet koetaan subjektiivisesti, eikä yksiselitteistä määrittelyä voida tehdä. Ihminen saattaa nauttia työstään, opiskelusta tai esimerkiksi ruuan valmistamisesta niin paljon, että tekee niitä mielellään myös vapaa-ajalla ja harrastuksena, vaikka jollekin toiselle nämä toiminnot kuuluvat tuottavuuteen ja itsestä huolehtimiseen. Tuottavuuteen luetaan työn tekemi-

nen, opiskelu ja lapsen leikki. Vapaa-ajalla tarkoitetaan toimintaa, jossa ihminen rentoutuu ja kokee sen enemmän stressiä lieventäväksi kuin tuottavan toiminnan. Itsestä huolehtiminen käsittää päivittäiset toiminnot kuten ruokailu, pukeutuminen ja hygienian ylläpito.

Ihminen elää ympäristössä, joka käsittää fyysisen, sosiaalisen, kulttuurisen ja instituutionaalisen ympäristön. Fyysinen ympäristö on se ympäristö, jossa ihminen fyysisesti elää ja jonka hän tuntee ja näkee. Sosiaalinen ympäristö käsittää ihmissuhteet, verkoston ja kontaktit. Kulttuurinen ympäristö muodostuu ihmisryhmien luomista tavoista ja arvoista. Yhdistävä tekijä voi olla rotu, kansallisuus, aatteet tai vaikka koululuokka tai harrasteryhmä. Yhteiskunnalliset asiat, laitokset, instituutiot ja järjestelmät muodostavat institutionaalisen ympäristön. (Townsend ym. 2007: 48–53.)

Opinnäytetyössä tarkasteltiin, miten lasten toimintaterapiaan pääsyn syyt valituissa kunnissa jakautuivat kanadan toiminnallisuuden ja sitoutumisen mallin mukaan. Oliko kunnissa eroja siinä, millä elämän osa-alueella lapsilla oli vaikeuksia, ja oliko niihin saatu toimintaterapiaa yhtäläisesti asuinkunnasta riippumatta.

## 2.5 Ammatillinen harkinta ja ammattietiikka

Ammatillinen harkinta on tärkeä osa toimintaterapeutin työtä, jossa toimitaan ihmisten kanssa. Ihmistä on mahdollista luokitella, tai arvioida ymmärtämättä kokonaisuutta, ihmisen kokemustaustaa tai historiaa. Ammatillinen harkinta kehittyy kokemuksen myötä ammatissa sekä teoretiedon karttuessa. Ammatillisen harkinnan eri muotoja, jotka voivat auttaa toimintaterapeuttia päätöksenteossa, ovat Boyt-Schellin ja Schellin teorian mukaan narratiivinen ja vuorovaikutuksellinen harkinta sekä toisiaan muistuttavat proseduraalinen, diagnostinen ja tieteellinen harkinta. Näiden lisäksi on pragmaattinen harkinta, joka saattaa herättää eettistä pohdintaa, sekä eettinen harkinta ja konditionaalinen harkinta. (Boyt-Schell – Schell 2008. 5-8.)

Narratiivisessa harkinnassa kerätään tietoa lapsen toiminnallisesta historiasta haastatteleamalla lasta ja hänen perhettään. Minkälaisesta toiminnasta lapsi pitää vapaa-ajalla ja hoitopaikassa? Mitkä ovat hänen roolinsa perheessä tai hoitopaikassa? Minkälaisia tapoja ja rutiineja hänellä on? Rakentamalla asiakkaalle kertomuksen hänen elämästään, on helpompi myös ymmärtää miten lapsen vamma tai haitta vaikuttaa hänen ja hänen perheensä päivittäiseen toimintaan arjessa ja vapaa-ajalla. Tämä lähestymista-

pa on hyvin yksilöllinen ja tuo esille menneisyyden ja nykypäivän lisäksi myös tulevaisuuden toiveet. (Boyt-Schell ym. 2008. 7,158.)

Vuorovaikutuksellisessa harkinnassa toimintaterapeutti käyttää omaa itseään ja suhdetta lapseen ratkaistessaan lapsen ongelmia. Hän motivoi lasta rohkaisevin ja empaattisin sanoin ja elein osallistumaan ja muokkaa toimintoja lapselle sopiviksi ja mieleisiksi. Tämä harkinta pohjautuu toimintaterapeutin luomaan positiiviseen vuorovaikutukseen. (Boyt-Schell, ym 2008, 8,218.)

Proseduaalinen, diagnostinen ja tieteellinen harkinta lähtee asiakkaan diagnoosin lääketieteellisestä tuntemisesta ja siihen liittyvien ongelmien ymmärtämisestä. Tällainen lähestymistapa voi olla hyvin rutiinin omaista ja voi sisältää neuvontaa, standardisoitujen testien suorittamista tai esimerkiksi muutostöitä ympäristön esteettömyyden parantamiseksi. Lähestymistapa ei ole kovin henkilökohtainen, vaan diagnoosiin perustuva. Toimintaterapeutti toimii loogisesti, niin kuin tyypillisesti samankaltaisten tapausten tai asiakkaiden kanssa on tavaksi tullut ja havaittu toimivaksi, muistaen kuitenkin, että jokainen asiakas on yksilö. (Boyt-Schell, ym 2008, 7,117–118)

Pragmaattinen harkinta käsittää muut käytännön asiat ja realiteetit kuten aikataulut, resurssit, tai jos lapsen vanhemmat eivät pysty kuljettamaan lasta toimintaterapiaan. Nämä saattavat vaikuttaa toimintaterapeutin harkintaan esimerkiksi siitä, mikä on paras ajankohta terapialle, mikä olisi oikea terapiamuoto tai pystytäänkö samaan tulokseen päätyään vain ohjeistamalla vanhempia ja päivähoitopaikkaa. Usein realiteettien pohdinta johtaa eettiseen pohdintaan ja tämä yhdistääkin pragmaattisen harkinnan ja eettisen harkinnan. Kuitenkaan kaikki pragmaattinen harkinta ei ole eettistä harkintaa, joten näitä tarkastellaan erikseen. (Boyt-Schell, ym 2008, 7, 179–181)

Eettinen harkinta ei yleensä ole kovin yksiselitteistä ja eettisten pulmien analysointi voi olla monimutkaista. Moraalikäsitykset voivat olla erilaisia ja varsinkin eri kulttuurien kanssa toimiessa, voidaan törmätä eettisiin haasteisiin. Pyrkimys toimia aina asiakkaan parhaaksi, saattaa vaatia pohdintaa seurauksista, jos mahdollisuudet asian ratkomiin eivät ole optimaaliset. Kyseessä voi olla asiakkaan tilanne tai käytös, resurssit tai työpaikan linjaukset. Lait ja asetukset määrittävät ammattilaisten toimintaa. (Boyt-Schell, ym 2008, 7,204) Suomen toimintaterapeuttiliitto ry on julkaissut toimintaterapeuttien ammattieettiset ohjeet helpottamaan ammattieettistä pohdintaa. Ohjeissa tuodaan esille paitsi toimintaterapeutin ja asiakkaan väliset suhteet, myös suhteet työyh-

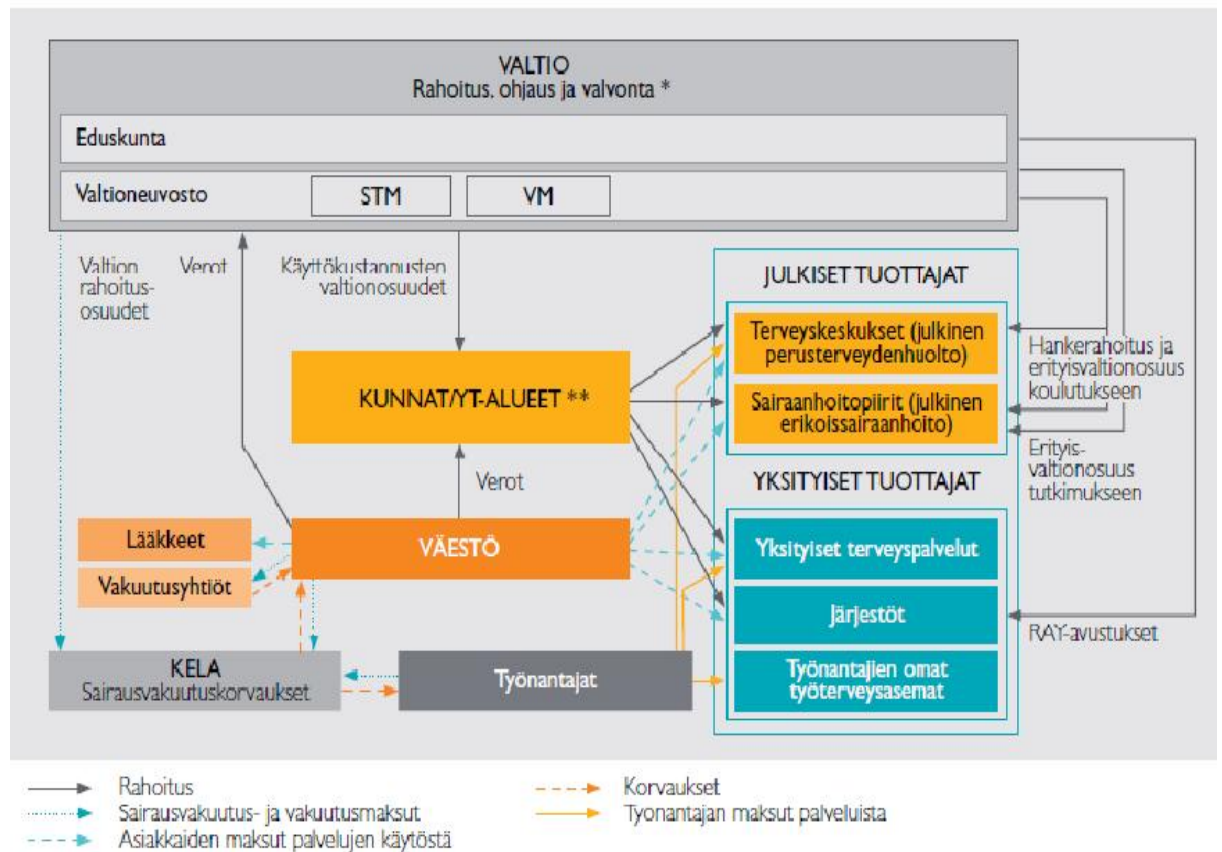
teisöön sekä yhteiskuntaan. Eettistä on myös pitää huoli oman osaamisen ylläpitämisestä ja kehittämisestä sekä työkyvystä. (Suomen toimintaterapeuttiliitto ry 16.4.2011)

Konditionaalinen harkinta on asiakkaan tilanteen uudelleen pohtimista monelta kannalta parhaan mahdollisen päämäärän saavuttamiseksi. Se sisältää kaikkia edellä mainittuja harkinnan muotoja soveltaen niitä tilanteiden muuttuessa. Tämä harkinta vaatii usein ammattitaitoa ja kokemusta useista terapiaprosesseista. Toimintaterapeutin tulisi pystyä kuvittelemaan ennalta useita skenaarioita ja mahdollisuuksia. (Boyt-Schell, ym 2008, 8,218.)

### **3 Lasten toimintaterapia terveydenhuollossa**

Suomen sosiaali- ja terveydenhuolto järjestelmä perustuu siihen, että kaikilla on sama oikeus tarvitsemaansa palveluun. Sosiaali- ja terveysministeriö valmistelee lait ja asetukset sekä ohjaa niiden toteutumista. Sosiaali- ja terveysministeriön alaiset valtion virastot ja laitokset, kuten esimerkiksi Terveiden ja hyvinvoinninlaitos ja Työterveyslaitos, vastaavat tutkimus-, kehittämis-, tilastointi-, seuranta- ja ohjaustehtävistä ja koko järjestelmää valvoo Valvira sekä aluehallintavirastot. Sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmä on jaettu julkiseen ja yksityiseen sektoriin. Noin neljännes palveluista on yksityisen palveluntuottajan tuottamia ja yleisimpinä aloina ovat kuntoutuspalvelut, eri alojen lääkärit sekä työterveyshuolto. Yksityiset palveluntuottajat voivat tarjota palveluitaan esimerkiksi kunnalle, Kansaneläkelaitokselle, yrityksille tai suoraan kuluttajalle. Kuviossa 2. näkyy suomalainen terveydenhuoltojärjestelmä, sen eri toimijat sekä mistä rahoitus tulee. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2013.)

Kuntien vastuulla on järjestää julkisen sektorin palvelut. Jokaisen kunnan, jossa on yli 20 000 asukasta, on järjestettävä perusterveydenhuolto, tai kuuluttava yhteistoimintalueeseen, jossa yhdessä toisen kunnan kanssa järjestetään perusterveydenhuollon palvelut. Kuntien on myös kuuluttava sairaanhoitopiiriin, jossa järjestetään erikoissairaanhoidon palvelut. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2013.)



\* Terveydenhuoltoa valvovat aluehallintovirastot, Valvira ja Fimea. Informaatio-ohjauksesta vastaavat asiantuntijalaitokset THL, TTL ja STUK.

\*\* Kunnat vastaavat väestönsä tarvitsemien terveispalvelujen järjestämisestä. Perusterveydenhuolto pitää järjestää vähintään noin 20 000 asukkaan kunnassa tai kuntien yhteistoiminta-alueella. Erikoissairaanhoidon järjestämisvastuun toteuttamiseksi kunnan tulee kuulua johonkin sairaanhoitopiiriin.

Kuvio 2. Terveydenhuoltojärjestelmä Suomessa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2013.)

### 3.1 Lasten toimintaterapia perusterveydenhuollossa

Lasten toimintaterapialla perusterveydenhuollossa pyritään tukemaan ja edistämään lapsen kehitystä. Näin pyritään helpottamaan perheiden arkea, kun lapsella on vaikeuksia fyysisellä, psyykkisellä tai sosiaalisella alueella. Opinnäytetyötä varten haastatellut toimintaterapeutit kertoivat, että lasten toimintaterapiassa pyritään aina ottamaan perhe sekä lapsen muu verkosto mukaan kuntoutumiseen ja joskus toimintaterapia voi kohdistua vanhempien ohjeistukseen ja tukemiseen.

Haastatellut toimintaterapeutit kertoivat, että toimintaterapiaan voidaan tulla useita eri väyliä. Useimmat tulevat lääkärin tai terveydenhoitajan läheteellä. Jotkut ohjautuvat toimintaterapiaan neuvolasta tai erityistyöntekijän aloitteesta. Eri kunnissa toimintate-

rapia on järjestetty eri tavoin ja toimintaterapiapalveluiden saatavuus vaihtelee kuntien välillä suuresti. Myös vastuualueet eri toimijoiden välillä vaikuttavat, esimerkkinä Oulu, jossa tunne-elämän ja sosiaalisen vuorovaikutuksen ongelmat ovat kohdistettu perheterapeuteille ja perhetyöntekijöille. Monissa kunnissa on päädytty järjestämään toimintaterapian arvioinnit omasta toimesta ja ostamaan osa, tai kaikki toimintaterapian interventiot yksityisiltä palveluntuottajilta.

Lene eli leikki-ikäisten lasten neurologisen kehityksen arviointi, jolla arvioidaan 2,5 – 6 -vuotiaiden lasten neurologista kehitystä on usein syynä läheteelle toimintaterapiaan. Terveystieteiden ja hyvinvoinninlaitos perustelee lasten Lene-testausta muun muassa näin:

- *Kehityksen ja oppimisen vaikeudet ovat usein pitkäkestoisia ja uhka lapsen kokonaiskehitykselle.*
- *Kielenkehityksen, motorikan, hahmotuksen ja tarkkaavaisuuden ongelmat laajenevat herkästi käyttäytymisen ja tunne-elämän alueille varsinkin, jos tuen tarvetta ei tunnisteta.*
  - *varhaisella tuella voidaan vaikuttaa myönteisesti kehitykseen ja ennaltaehkäistä vaikeuksien kasaantumista*
  - *Lenen tavoitteena on löytää mahdollisimman varhain sellaiset kehitykselliset ongelmat, jotka voivat ennakoita oppimisvaikeuksia kouluiässä (Valtonen 28.11.2014)*

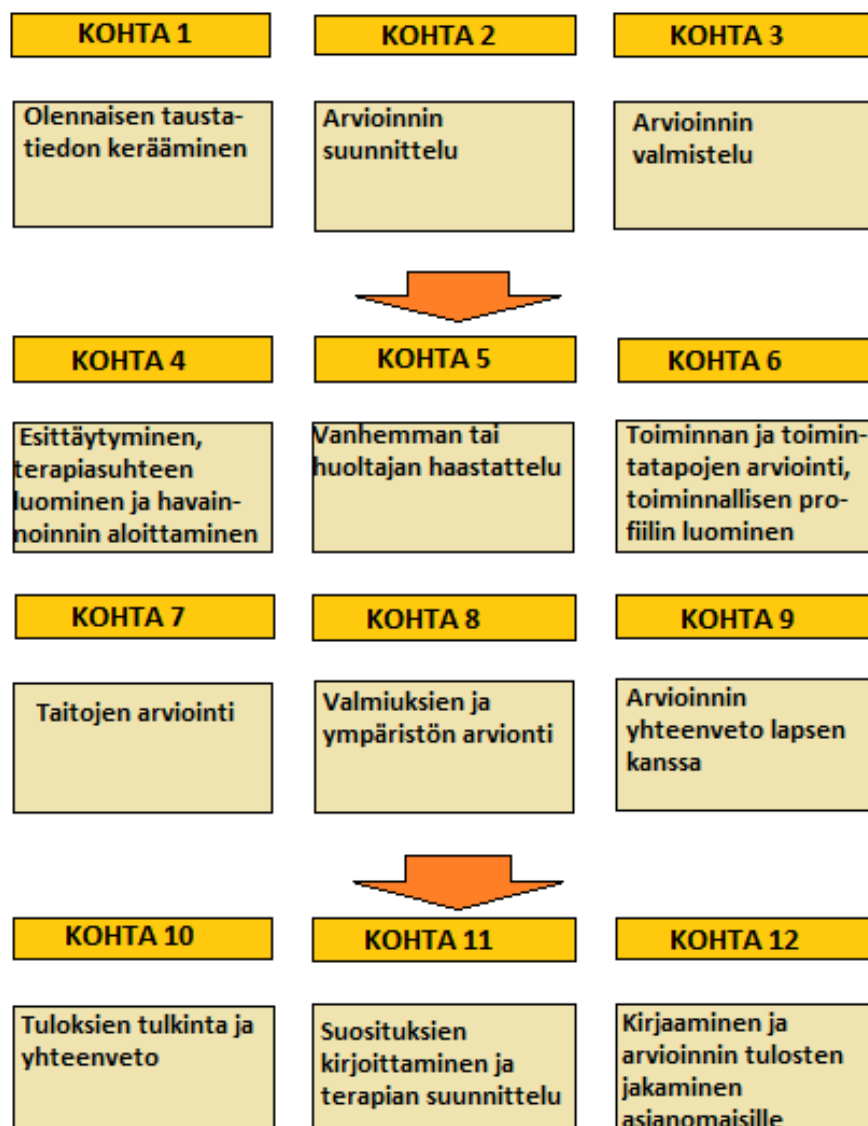
Lene-arvioinnin ensimmäinen arviointi-ikä on 2,5 – 3 vuotta. Seuraavat arvioinnit tehdään lapsen ollessa 4, 5 ja 6 -vuotias. Arvioinnin suorittaa usein terveydenhoitaja neuvola käynnillä ja tulosten tulkinnasta vastaa lääkäri. Lene-arviointimenetelmä on käytössä laajasti ja suositeltu käytettäväksi neuvoloissa (Duodecim 7.1.2010).

Useimmiten lapset tulevat ensin toimintaterapian arviointiin, jossa arvioidaan lapsen tarve toimintaterapialle. Toimintaterapeutti pyrkii kartoittamaan lapsen tilannetta eri keinoin haastatteluiden, havainnoinnin ja erilaisten testien avulla. Haastatellut toimintaterapeutit tuovat ilmi, että perusterveydenhuollon asiakkaiden yleisimmät toimintaterapiaan tulon syyt ovat erilaiset kehityksen viivästymät sekä emotionaaliset ja sosiaaliset ongelmat. Läheteestä käy ilmi, miksi lapsi on tulossa arviointiin ja joskus jo aiempien testien ja lähetteen perusteella voidaan lapselle tarjota toimintaterapiaa.

Toimintaterapeuttiliiton hyvät arviointikäytännöt -ohjeistuksen mukaan (Toimintaterapeuttiliitto 2010: 16) lapsen arvioinnin tulisi alkaa läheteeseen perehtymisellä ja saatavilla oleviin taustatietoihin tutustumisella. Joskus voidaan ottaa yhteyttä muihin lasta hoitaviin tahoihin, mutta tämä vaatii aina suostumuksen asiakkaalta, tai lapsen ollessa kyseessä, hänen vanhempiansa suostumuksen. Toimintaterapeutin tulee harkita, onko



hänellä tarvittava tieto, osaaminen ja mahdollisuudet arvioida asiakasta. Lapsen tai hänen vanhempiensa kanssa tulee keskustella arvioinnin tavoitteesta. Arvioinnin toteuttamisessa käytetään asiakkaan tarpeisiin nähden asianmukaisinta arviointimenetelmää tai niiden yhdistelmää. Näitä ovat havainnointi, asiakkaan ja hänen läheistensä haastattelu sekä erilaiset itsearviointimenetelmät ja standardoidut arviointimenetelmät. Shelley Mulligan (2014) pitää erittäin tärkeänä vanhempien mukaan ottamista arviointiin, sillä heillä on paras tieto lapsen kotielämästä, tavoista ja tarpeista. Heillä on kuitenkin suurempi vaikutus lapsen kehitykseen, kuin ammattilaisten järjestämällä lyhyillä interventioilla. (Mulligan 2014: 17.) Eri kunnissa arviointikäyntien määrä saattaa poiketa, mutta käytännössä arviointiprosessi on hyvin samanlainen (Kuvio 3.).



Kuvio 3. Lapsen arviointiprosessi toimintaterapiassa Shelley Mulliganin mallista vapaasti suomennettuna (Mulligan 2014: 46)

Arvioinnin päätteeksi tehdään lausunto. Lausunnosta tulee käydä ilmi arvioinnin tulos sekä jatkosuositukset. Tuloksista kerrotaan asiakkaalle ja hänen vanhemmilleen sekä ohjeistetaan vanhempia, kuinka lapsen kehitystä voidaan kotona parhaimman mukaan tukea ja edistää.

Suomessa kuntoutusta säätelee kansanterveyslaki, terveydenhuoltolaki sekä erikoissairaanhoidolaki. Kansanterveyslain (66/1972 § 5) perusteella kunnalla on velvollisuus järjestää itse tai sopia toisen kunnan kanssa kansanterveystyön järjestämisestä kuntayhtymänä. Laki 497/2003 kuntoutuksen asiakasyhteistyöstä määrittää kuntoutujan oikeuksia ja määrittää sosiaali- ja terveydenhuollon viranomaisten, työvoima- ja opeusviranomaisten sekä Kelan keskinäistä yhteistyötä paikallisella, alueellisella ja valtakunnallisella tasolla. (Kuntoutusportti 10.11.2014.)

### 3.2 Lasten toimintaterapia erikoissairaanhoidossa

Erikoissairaanhoidolla tarkoitetaan terveydenhuollon osaa, jonka johdossa ovat erikoislääkärit. Erikoissairaanhoidon tehtäviä ovat sairauksien hoitoon ja tutkimiseen liittyvien tehtävien lisäksi ennaltaehkäisevät ja kuntouttavat toiminnot. Porrastetussa terveydenhuoltojärjestelmässä erikoissairaanhoido on järjestelmän toinen kerros. Saadakseen hoitoa, asiakas tarvitsee lääkärinlähetteen. Kiireellisissä tapauksissa, hoitoa saa ilman lähetettä. (Teperi 2005.)

Erikoissairaanhoidon järjestämisestä säättää erikoissairaanhoidolaki (1062/1989) ja terveydenhuoltolaissa (1326/2010) säädetään erikoissairaanhoidon palveluiden ja toiminnan sisällöstä. Terveydenhuoltolain 4 luvun 33§:sä säädetään erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon yhteistyöstä. Sairaanhoidopiirin kuntayhtymän tehtävänä on sovittaa erikoissairaanhoidon palvelut vastaamaan väestön ja perusterveydenhuollon tarvetta. Sairaanhoidopiirin kuntayhtymällä on velvollisuus suunnitella ja kehittää erikoissairaanhoidoa yhdessä perusterveydenhuollosta vastaavan kunnan kanssa siten, että perusterveydenhuollosta ja erikoissairaanhoidosta syntyy toiminnallinen kokonaisuus. Tässä kokonaisuudessa on otettava huomioon, että erikoissairaanhoidon palveluita tarjotaan tarkoituksenmukaisesti sekä perusterveydenhuollon yhteydessä että erikoissairaanhoidon yksiköissä. Sairaanhoidopiirin kuntayhtymän tehtävänä on tarjota alueena terveyskeskuksille sellaisia erikoissairaanhoidon palveluita, joiden tuottaminen perusterveydenhuollossa ei ole tarkoituksenmukaista. (1326/2010 § 33.)

Koska sairaanhoitopiirit sopivat yhdessä alueensa perusterveydenhuollon kanssa terveyspalveluiden organisoinnista, on alueellisia eroja siinä, kuinka nämä palvelut on päätetty toteuttaa. Esimerkiksi Turussa perusterveydenhuollon toimintaterapeutit osallistuvat myös erikoislääkärin johtaman lasten neurologisen yksikön toimintaan (Turku 2014; Turku 2014). Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri (HUS) on järjestänyt erikoissairaanhoidon toimintaterapian siten, että erikoissairaanhoidon toimintaterapeutti järjestää lapselle terapiapaikan suositustensa mukaisesti. Usein toimintaterapia toteutuu yksityisen palveluntarjoajan tuottamana ja maksusitoumus tulee erikoissairaanhoidolta, perusterveydenhuollolta tai Kansaneläkelaitokselta. (Helsingin ja Uudenmaansairaanhoitopiiri n.d..)

### 3.3 Kela

Tässä opinnäytetyössä käytetään Kansaneläkelaitoksesta myös yleisessä käytössä olevaa lyhennettä Kela. Kansaneläkelaitos perustettiin vuonna 1937 ja sen toiminta on laajentunut ja monipuolistunut vuosien varrella. Nykyään Kela hoitaa sosiaaliturvan asioita kaikille suomalaisille. (Kela 2013.) Kelan kuntoutumispalvelut pitävät sisällään myös toimintaterapian. Nämä kuntoutumispalvelut jaetaan neljään eri ryhmään:

*ammattillinen kuntoutus*  
*kuntoutuspsykoterapia*  
*vaikeavammaisten lääkinällinen kuntoutus*  
*harkinnanvarainen kuntoutus* (Kela 2014: 12)

Näistä ne, jotka koskevat alle kouluikäisiä lapsia, ovat kaksi alinta; vaikeavammaisten lääkinällinen kuntoutus ja harkinnanvarainen kuntoutus. Muut palvelut ovat suunnattu yli 16 -vuotiaille tai työikäisille. Tämän lisäksi Kela järjestää lapsille suunnattuja sopeutumismuunnos- ja perhekursseja. Lapsille on myös mahdollista saada yksilöllisiä kuntoutusjaksoja, sekä lasten perhekuntoutusta tai perhekuntoutuksen etämallia. (Kela 2014a.) Ainakin osassa kursseista ja kuntoutusjaksoilla on mukana toimintaterapeutti. Alla on taulukko 1. Kelan myöntämistä toimintaterapioista helmikuussa 2014 0–6 -vuotiaille lapsille kunnissa, jotka ovat mukana opinnäytetyössä.

Taulukko 1. Tilasto Kelasta kuntoutuksena toimintaterapiaa helmikuussa 2014 saaneet 0–6 -vuotiaat (Kela n.d.)

Kelasta kuntoutuksena toimintaterapiaa saaneet 0–6 -vuotiaat helmikuussa 2014	
Oulu	56
Tampere	22
Turku	46
Vantaa	54

Esimerkiksi kuntoutusta haetaan samalla tavoin kuten muitakin etuuksia, joita Kela tarjoaa. Hakemukset voidaan tehdä joko verkossa tai paperisella lomakkeella. Hakemukseen liitetään lääkärintodistus tai lausunto. Tämän jälkeen Kelassa työskentelevä lääkäri tekee hakemuksesta ja lausunnosta vakuutuslääketieteellisen arvioin. Lopullisen päätöksen tekee kuitenkin Kelan ratkaisuoikeuden saanut toimihenkilö, katsoen täytyvätkö etuuden myöntämisen edellytykset. Laki määrää millaisilla edellytyksillä etuuksia voidaan myöntää. (Kela 2014b; 2014c.)

Lakeja, jotka ohjaavat ja määräävät Kelan toimintaa ovat esimerkiksi kansaneläkelaki (568/2007), opintotukilaki (65/1994) ja laki kansaneläkelaitoksen kuntoutusetuuksista ja kuntoutusrahaetuksista (566/2005). Päästäkseen Kelan vaikeavammaisten lääkinnälliseen kuntoutukseen, täytyy olla vaikeavammaisen diagnoosi. Laissa kansaneläkelaitoksen kuntoutusetuuksista ja kuntoutusrahaetuksista (566/2005 § 9) määritellään vaikeavammaisuus näin:

*Lääkinnällistä kuntoutusta järjestettäessä vakuutettua pidetään vaikeavammaisena, jos:*

- 1) hänellä on sairaudesta, viasta tai vammasta aiheutuva yleinen lääketieteellinen ja toiminnallinen haitta, josta aiheutuu vähintään vuoden kestävä kuntoutustarve; sekä*
- 2) 1 kohdassa tarkoitettu haitta on niin suuri, että hänellä on sen vuoksi huomattavia vaikeuksia tai rasituksia selviytyä jokapäiväisistä toimistaan kotona, koulussa, työelämässä ja muissa elämäntilanteissa julkisen laitoshoidon ulkopuolella.*

### 3.4 Kunnat

Tässä opinnäytetyössä tarkastellaan alle kouluikäisten lasten toimintaterapia-arviointien toteuttamista neljässä eri kunnassa. Opinnäytetyöhön valikoidut kunnat kuuluvat Suomen suurimpiin kuntiin. Koska valitut kunnat kuuluvat samaan kokoluokkaan, on niistä saatujen tulosten arviointi mielekästä. Opinnäytetyöhön haluttiin maantieteellisesti laaja otos Suomen kunnista ja siksi mukaan valikoitui Vantaan lisäksi Tampere, Turku ja Oulu. Tässä luvussa esitellään opinnäytetyössä mukana olevien kuntien organisaatioita ja toimintaterapian sijoittumista niihin.

#### 3.4.1 Vantaa

Vantaan kaupunki toimii opinnäytetyön työelämäyhteistyökumppanina. Vantaalla on pitkä historia. Merkkejä asutuksesta on löytynyt noin 7000 vuoden takaa. Vuonna 2014 asukkaita Vantaalla oli 208 098. Vantaan hyvät joukkoliikenneyhteydet ja valmisteilla oleva Kehärata tekevät kaupungista kiinteän osan pääkaupunkiseutua. (Vantaa n.d.a.) Väestö on Vantaalla nuorta. Kuten Espoossa ja Oulussa, myös Vantaalla eläkeikäisiä asukkaita on vähemmän suhteessa väestön määrään kuin muissa isoissa kaupungeissa. (Lehto-Häggroth 2014: 2.) Kuviossa 4. on esitetty Vantaan organisaatiokaavio.

Toimintaterapialla on pitkä historia Vantaalla, jossa oli Suomen ensimmäinen terveyskeskusvirka toimintaterapeutille vuonna 1977. Tuolloin toimintaterapeutin työkenttänä oli koko väestö. Vuonna 2007 Vantaan terveydenhuollossa tehtiin organisaatiomuutos, jonka myötä kaupungin sisäisestä aluejaosta luovuttiin ja tilalle tuli linjaorganisaatio. Tällöin syntyi koko Vantaan aluetta palveleva kuntoutusyksikkö, jonka yhtenä osana on toimintaterapian yksikkö. Kuntoutusyksikköön kuuluvia osa-alueita ovat: lääkinnällisen kuntoutuksen toimisto, fysioterapia ja apuvälinehuolto, toimintaterapia, puheterapia, ravitsemusterapia sekä kuulontutkimus. Kuntoutustoiminnan tulosyksikön johtajana toimii johtava ylilääkäri. Toimintaterapian yksikön esimies on Taina Kulmala. Esimiehen virka Vantaalla on ollut vuodesta 2008 lähtien. (Kulmala 2011: 3-4.) Tähän opinnäytetyöhön osallistuivat kaikki Vantaan kolme toimintaterapeuttia, jotka olivat työskennelleet alle kouluikäisten lasten parissa ajanjaksolla tammikuu – maaliskuu 2014.



Kuvio 4. Vantaan kaupungin organisaatiokaavio. (Vantaa 2013)

Terveydenhuollon palveluiden menoihin oli budjetoitu vuonna 2014 määrärahaa 78 388 000 €, tuottoja oli arvioitu tulevan 3 944 000 €, joten toimintakate vuodelle 2014 oli -74 444 000 €. Terveydenhuollon palveluiden määrärahat jakaantuvat seitsemän tulosityksikön kesken. Nämä tulosityksiköt ovat: tulosalueen johto, Keski-Vantaan terveysasemapaalvelut, Pohjois-Vantaan terveysasemapaalvelut, Länsi-Vantaan terveysasemapaalvelut, kuntoutustoiminta, mielenterveyspalvelut ja ennaltaehkäisevä terveydenhuolto. (Vantaa 2014: 24.)

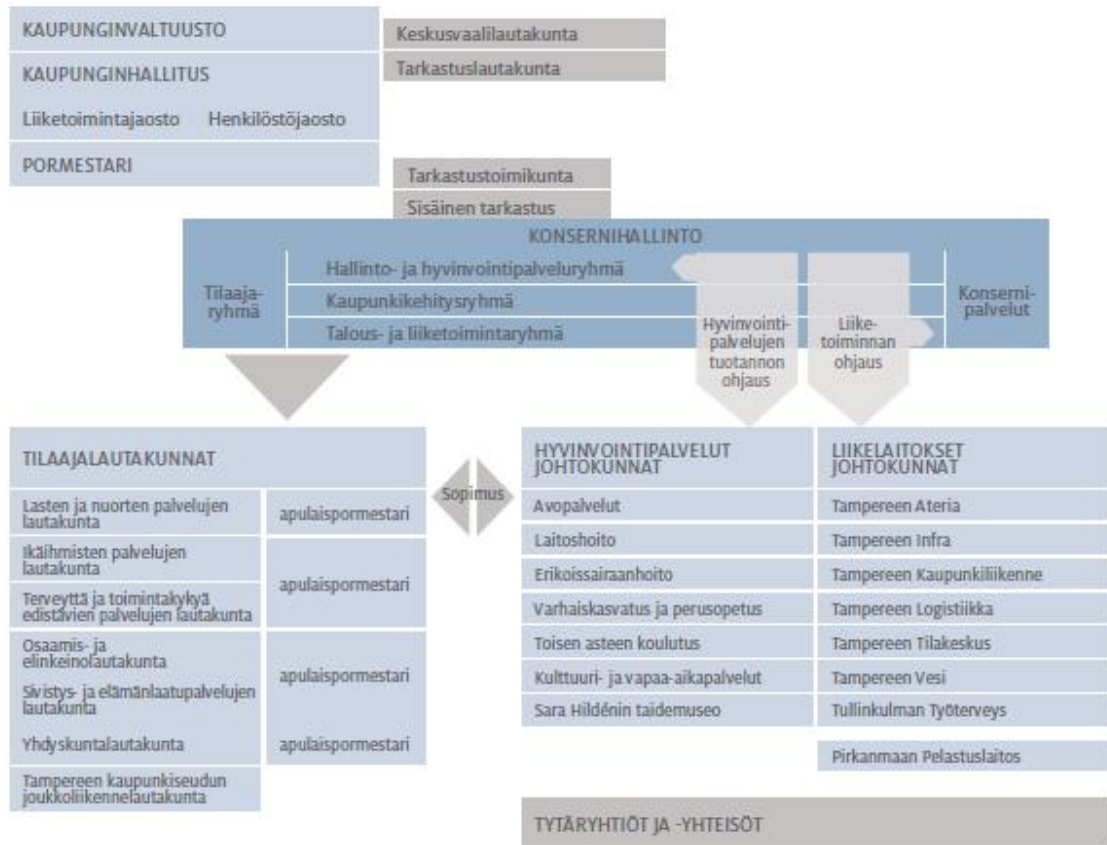
### 3.4.2 Tampere

Tampere on kooltaan Suomen kolmanneksi suurin kaupunki, sekä pohjoismaiden suurin sisämaakaupunki. Vuonna 2013 se sai 3025 uutta asukasta nostaen sen asukasluvun 220 446 asukkaaseen. Tampereella syntyvyys oli kuolleisuutta 623 henkilöä korkeampaa ja muuttovoittoa kaupunki sai 2366 henkilöä. Tampere on erittäin suosittu opiskelukaupunki ja ikäjakaumassa näkyekin 20–30 -vuotiaiden osuus selkeästi suurimpana. (Tampere 2014a.) Tampereella perusterveydenhuollon avopalveluiden vuotuinen budjetti vuonna 2014 on 72 812 000, ja tästä avokuntoutuksen osuus 4 189 000. (Tampere 2014b: 70)

Tampereella toimintaterapiapalvelut sijoittuvat avokuntoutuksen alle. Muita avokuntoutuksen palveluita ovat fysioterapia, apuvälineyksikkö sekä rintamaveteraanien kuntoutus. Toimintaterapeutteja työskentelee lasten parissa yhteensä neljä, kahdessa eri pisteessä, Tammelakeskuksen terveysasemalla ja Tipotien sosiaali- ja terveysasemalla. Heistä kaksi tekee pääasiassa alle kouluikäisten kanssa töitä. Toimintaterapeutit käyvät lisäksi tekemässä arviointeja erityiskouluilla, päivähoitopaikoissa sekä lasten kotona. Tampere tuottaa osan toimintaterapiasta omana palveluna joko ryhmä- tai yksilömuotoisena ja osa ostetaan yksityisiltä palvelun tuottajilta. (Tampere 24.11.2014.)

1.1.2013 Tampere ja Orivesi perustivat yhteistoiminta-alueen, jolloin Tampereen vastuulle tuli järjestää Oriveden sosiaalityön palvelut. Kehitysvammaisten avopalvelut, kasvatus- ja perheneuvontapalvelut, terveydenhuollon palvelut, vanhusten palvelut sekä ympäristöterveydenhuolto ja eläinlääkäripalvelut siirtyvät Tampereen vastuulle vuoden 2014 alussa (Orivesi n.d.). Tällöin Tampereen lasten toimintaterapeuttien vastuulle tulivat myös Oriveden kaupungin lasten toimintaterapian asiakkaat.

Tampereen kaupunki siirtyi pormestariin 1.1.2007. (Tampere 27.4.2009) Pormestarin lisäksi Tampereella on neljä apulaispormestaria, joilla jokaisella on johdettavanaan oma toimialansa. Kaupunginvaltuusto valitsee pormestarin sekä apulaispormestarin. Organisaatiokaaviossa avokuntoutus ja toimintaterapia ovat osa avopalveluita eli perusterveydenhuoltoa. (Kuvio 5.)



Kuvio 5. Tampereen kaupungin organisaatio 1.1.2014 (Tampere 2014c)

### 3.4.3 Turku

Turku on Suomen vanhin kaupunki, nykyään se tunnetaan korkeakoulukaupunkina ja vuonna 2011 se oli Euroopan kulttuuripääkaupunki yhdessä Tallinnan kanssa. (Turku 2011.) Turussa oli vuoden 2014 helmikuussa 182 301 asukasta (Väestörekisterikeskus 2014). Tämä tekee Turusta väestömäärältään Suomen kuudenneksi suurimman kunnan, opinnäytetyössä olevista kunnista Turku on pienin asukasmäärältään.

Kuviossa 6. näkyy Turun kaupungin organisaatio kaaviona. Toimintaterapia kuuluu hyvinvointitoimialaan, tarkemmin sanoen kuntoutumispalveluihin, jonka tarkempi organisaatio näkyy kuviossa 7. (Turku 2014a; Digert 2014.) Vuonna 2014 kuntoutumispalveluiden käyttöön oli budjetoitu noin 71 miljoonaa euroa. Tämä oli sosiaali- ja terveys-toimelle tarkoitetuista varoista 10,5 %. (Digert 2014.) Kuntoutumispalveluista toimintaterapia kuuluu lääkinnällisen kuntoutuksen osa-alueisiin.

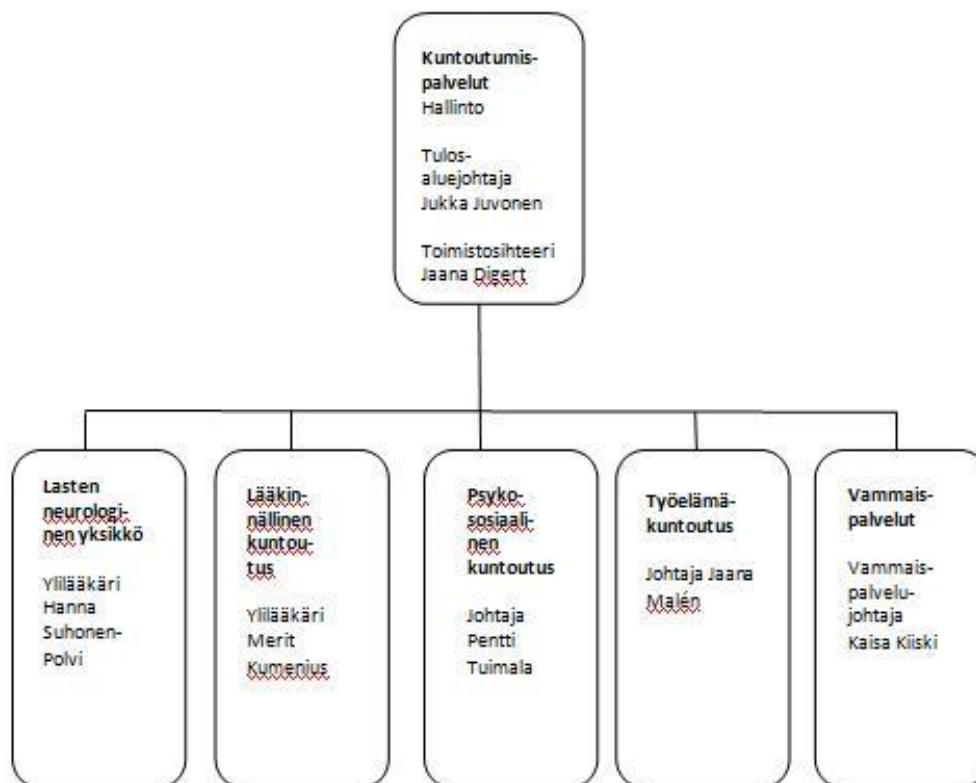


TURKU  Turun kaupungin organisaatio



Kuvio 6. Turun kaupungin organisaatio (Turku 2014b)

Lääkinnällisen kuntoutuksen palvelut on suunnattu kuntoutuvan asiakkaan eri tarpeisiin, kuten fyysistä tai sosiaalista toimintakykyä ja itsenäistä suoriutumista edistävään toimintaan. Lääkinnällisen kuntoutuksen palveluihin kuuluvat toimintaterapian lisäksi esimerkiksi fysioterapia, puheterapia ja apuvälinepalvelut. (Digert 2014.) Lasten toimintaterapiaan tulee asiakkaita myös lasten neurologisesta yksiköstä. Turun toimintaterapeutit kertoivat haastatteluissa, että jopa kaksi kolmasosaa lasten toimintaterapian asiakkaita tuli lasten neurologisen yksikön kautta. Lasten neurologinen yksikkö antaa erikoislääkäritasoisena tutkimuksia ja hoitopaikkoja 0-18 -vuotiaille turkulaisille. Yksikössä työskentelee esimerkiksi terveydenhoitajia, erikoislääkäreitä ja sosiaalityöntekijöitä. (Digert 2014.)



Kuvio 7. Turun kaupungin kuntoutumispalvelut (Digert 2014)

Turun perusterveydenhuollossa toimintaterapia toimii kuudessa eri toimipisteessä, joista alle kouluikäisten lasten toimintaterapia sijaitsee Uudenmaankadulla. (Turku 2014c.) Turun toimintaterapeuttien haastatteluissa tuli ilmi, että pisteessä työskentelee kaksi toimintaterapeuttia, jotka toimivat vakituisesti alle kouluikäisten lasten parissa. Lisäksi kolmas toimintaterapeutti eri pisteessä työskentelee alle kouluikäisten lasten kanssa, hänelle tämän ikäisiä tulee kuitenkin harvemmin. Tämän lisäksi Turun perusterveydenhuollossa ei työskentele muita, jotka tekevät alle kouluikäisten lasten arviointeja ja toimintaterapiaa. Opinnäytetyöhön saatiin siis kaikki Turun perusterveydenhuollossa alle kouluikäisten lasten kanssa työskentelevät toimintaterapeutit.

#### 3.4.4 Oulu

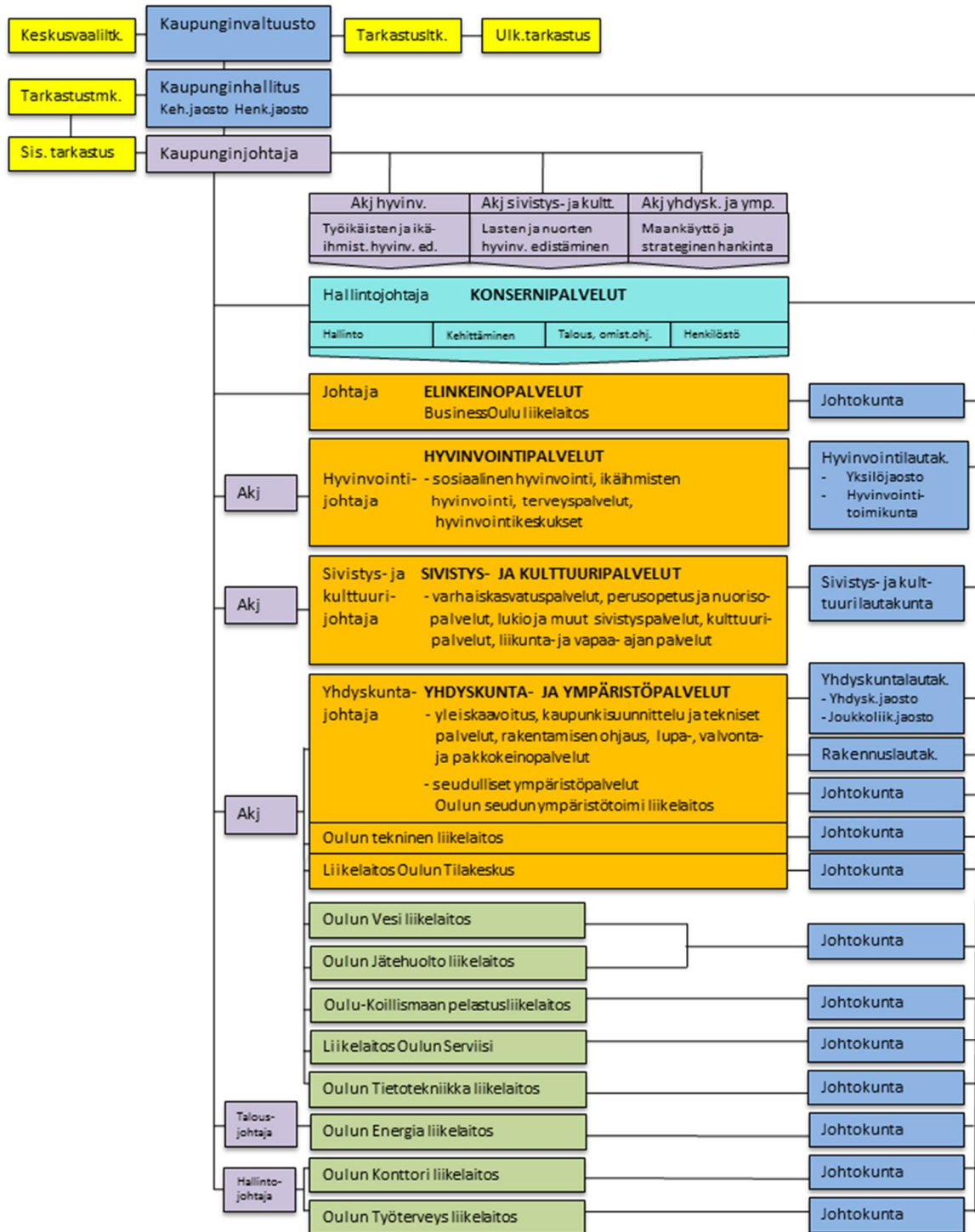
Oulun kaupunki on Oulujoen suistossa Pohjanlahden rannalla sijaitseva kaupunki. Oulun kaupunki perustettiin vuonna 1605 perustajanaan Kaarle IX. Nykyään kaupunki on pohjoisen Skandinavian suurin keskus. (Oulu n.d.a.) Tammikuun 2013 alusta alkaen Oulun kaupunkiin ovat liittyneet Haukiputaan, Oulunsalon, Kiimingin ja Yli-Iin kunnat.

Oulussa sijaitsee Suomen toiseksi suurin yliopisto. Opiskelijoiden suuri määrä, runsas syntyvyys ja alueelle tulevat työnhakijat pitävät kaupungin väestörakenteen nuorena. 1.1.2014 oululaisia oli 193 798 ja heidän keski-ikänsä oli 36,7 vuotta. (Oulu n.d.b.)

Oulun toimintaterapeutteja haastatellessa selvisi, että toimintaterapia kuuluu hallinnollisessa organisaatiossa hyvinvointipalveluiden alaisuudessa oleviin terveystalouteihin ja siellä tarkemmin kuntoutuspalveluiden alaisuuteen. Hyvinvointipalveluiden tehtävänä on vastata lakien ja asetusten mukaisten sosiaali- ja terveystaloutteiden tuottamisesta oululaisille. Organisaatiossa on tehty muutoksia siten, että 1.3.2014 alkaen hyvinvointipalveluiden järjestäjien ja tuottajien tehtävät toteutetaan samassa organisaatiossa. Näin purettiin aiemmin käytössä ollut tilaaja-tuottaja -malli. Uudelleenjärjestelyjen myötä hyvinvointipalveluiden järjestäminen ja tuottaminen on ollut hyvinvointilautakunnan tehtävä. Tämän lautakunnan alaisuudessa toimii hyvinvointitoimikunta, joka korvasi lakkautetun hyvinvointipalveluiden johtokunnan. Hyvinvointijohtaja Kirsti Ylitalo-Katajisto toimii hyvinvointipalveluiden johtajana. Terveystaloutteita johtaa Sirkku Pikkujämsä. (Oulu n.d.c.) Haastatteluissa tuli ilmi, että kuntaliitoksen myötä organisaatio on edelleen muutoksessa. Toimintaterapiapalvelut ovat muuttaneet vuoden 2014 lopulla fyysisesti Kontinkankaan hyvinvointikeskukseen. Tämä hyvinvointikeskus on itsenäinen hallinnollinen yksikkönsä. Vaikka toimintaterapia jatkossa sijaitsee hyvinvointikeskuksessa, se säilyy hallinnollisesti osana kuntoutuspalveluita. Tähän opinnytetyöhön osallistui Oulusta kaikki neljä lasten parissa perusterveydenhuollossa työskentelevää toimintaterapeuttia.

Kuvio 8. osoittaa, minne kohtaan hyvinvointipalvelut ja hyvinvointilautakunta organisaatiossa sijoittuvat. Hyvinvointilautakunnan talousarviosta käy ilmi, että vuodelle 2014 hyvinvointilautakunnalle oli budjetoitu määrärahaa 566 250 000 €. Ilman erikoissairaanhoidon toimintamenoja on arvioitu 374 330 000 € suuruisiksi. Oulun kaupunki järjestää hyvinvointipalvelut pääosin kunnan omana tuotantona. Oma palvelutuotanto kattaa 37 % hyvinvointipalveluiden menoista. (Oulu 2013: 44-45.) Talousarviosta ei kuitenkaan käy ilmi tarkemmin budjetin ositusta, kuten minkä verran kuntoutuspalveluihin on varattu määrärahoja.

## Oulun kaupungin organisaatio 1.3.2014



v 3/22.9.2014 Riitta Tankola

Kuvio 8. Oulun kaupungin organisaatiokaavio (Oulu 22.9.2014)

## 4 Opinnäytetyön toteutus

Opinnäytetyön toteutus alkoi sillä, että otettiin yhteyttä kunnissa alle kouluikäisten lasten kanssa työskentelevien toimintaterapeuttien esimiehiin tai vastaaviin toimintaterapeutteihin. Kun heiltä oli saatu suostumus, otettiin yhteyttä itse toimintaterapeutteihin. Kun tiedettiin, että jokaisessa kunnassa oli toimintaterapeutteja, jotka olivat halukkaita osallistumaan opinnäytetyön tekemiseen, voitiin hakea tutkimuslupia. Tässä vaiheessa, kuten koko opinnäytetyön ajan, oli tärkeää keskustella työelämäyhteistyökumppanin kanssa ja varmistaa näin, että molemmat osapuolet ovat tietoisia projektin vaiheista ja kulkusuunnasta.

Opinnäytetyö toteutettiin laadullisena tutkimuksena, jossa on määrällisiä piirteitä. Kuten Alasuutari (1993) asian ilmaisee, määrällistä ja laadullista menetelmää voidaan käyttää samassa tutkimuksessa soveltaen niitä (Alasuutari 1993: 14–17). Hirsjärvi, Remes ja Sajavaara (2010) toteavat, että kvalitatiivista eli laadullista tutkimusta käytetään, kun etsitään merkityksiä. Sen sijaan kvantitatiivista eli määrällistä tutkimusta käytetään, kun käsitellään numeroita ja määriä. Yhdessä ne ovat toisiaan täydentäviä lähestymistapoja. (Hirsjärvi ym. 2010: 135–138.)

### 4.1 Opinnäytetyön eettisyys

Opinnäytetyöhön sisältyi riski siitä, että kuntien vertailu näkyisi negatiivisella tavalla. Tarkoitus ei ollut asettaa yhtään kuntaa huonompaan valoon kuin toista. Lisäksi täytyi ajatella toimintaterapeutteja, jotka osallistuivat haastatteluihin. Toimintaterapeutit saivat säilyttää anonymiteettinsä. Lisäksi aineiston keräämiseen tarkoitettut kysymykset suunniteltiin huolella. Opinnäytetyön tekijät keskustelivat tutkimuksen edetessä eettisistä näkökulmista. Näin mahdollistui jatkuva eettinen pohdinta koko tutkimuksen ajan, kaikissa sen vaiheissa.

Kun tutkimus kohdistuu ihmisiin, yleensä tärkeimpinä eettisinä periaatteina pidetään informointiin perustuvaa suostumusta, luottamuksellisuutta, seurauksia ja yksityisyyttä. (Hirsjärvi - Hurme 2009: 19–20). Jotta nämä eettiset periaatteet toteutuivat, kyselylomakkeen mukaan laitettiin saatekirje, jossa oli tieto siitä, että haastateltava voi milloin tahansa keskeyttää mukanaolonsa. Hyvä tieteellinen käytäntö tarkoittaa sitä, että tutkimuksessa käytetään tiedonhankinta- ja tutkimusmenetelmiä, jotka ovat eettisesti kes-

täviä ja tiedeyhteisön hyväksymiä (Vilkkä 2005: 29–32). Tekijät toimivat kaikissa tutkimuksen vaiheissa noudattaen tarkkuutta ja rehellisyyttä, sekä käyttivät menetelmiä, jotka ovat yleisesti hyväksytyjä. Toimintaterapian asiakkaiden kannalta opinnäytetyö toteutettiin eettisesti, sillä opinnäytetyön tekijät eivät päässeet lukemaan asiakastietoja, eivätkä saaneet tietoonsa asiakkaiden henkilötietoja. Opinnäytetyön tekijät olivat tietoisia, että heillä on eettinen vastuu tekemästään tutkimuksesta.

Hirsjärvi, Remes ja Sajavaara (2010) ovat määritelleet kuusi keskeistä huomioon otettavaa eettisiä periaatteita. Nämä ovat, että toisten tai omaa tekstiä ei saa plagioida, tuloksia ei yleistetä kritiikittömästi eli tuloksia ei luoda tyhjistä ja niitä ei kaunistella. Myöskään raportointi ei saa olla harhaanjohtavaa tai puutteellista, toisten tutkijoiden osuutta ei saa vähätellä ja tutkimukseen myönnettyjä määrärahoja ei käytetä väärin tarkoituksiin. (Hirsjärvi ym. 2010: 23–27.) Opinnäytetyöryhmälle oli kunniaakysymys, että se ei riko näitä periaatteita. Oli tärkeää, että tekijät eivät petä vaitiolovelvollisuuttaan, salassapitovelvollisuuttaan ja ettei tutkimus ollut haitaksi kunnille, tai niissä työskenteleville henkilöille. (Vilkkä 2005: 32–40). Opinnäytetyöryhmä varmisti eettisen työskenteilytavan tarkistamalla toistensa tekstejä ja tarkistamalla käytetyn kirjallisuuden oikeanlaisen viittaamisen.

## 4.2 Informantit

Opinnäytetyön informantteina, eli tietoa antavina henkilöinä olivat perusterveydenhuollossa Oulussa, Tampereella, Vantaalla ja Turussa työskentelevät toimintaterapeutit. Heidän työtehtäviinsä kuuluu tehdä alle kouluikäisten lasten arviointeja ja suosituksia toimintaterapiaan pääsystä perusterveydenhuollossa. Haastatellut toimintaterapeutit jäivät anonyymeiksi.

Kriteerit opinnäytetyöhön osallistuville toimintaterapeuteille olivat, että toimintaterapeutti tekee arviointeja ja että toimintaterapeutti on työskennellyt ajalla tammi-, helmi- ja maaliskuu 2014. Periaatteena oli, että selvitykseen otettiin jokaisen kunnan kaikki toimintaterapeutit, jotka sopivat kriteereihin ja olivat halukkaita osallistumaan. Selvitykseen tarvittiin juuri toimintaterapeuttien tekemiä päätöksiä terapiaan pääsystä, jotta saatu aineisto vastaisi tutkimuskysymyksiin.

Opinnäytetyön tekijät arvioivat osallistujamääräksi noin kahdeksan toimintaterapeuttia. Lisäksi oli mahdollisuus, että osa heistä ei olisi halunnut osallistua tutkimukseen

tai olisivat jättäneet vastaamatta kyselylomakkeeseen. Kuitenkin moni kunnissa työskentelevistä toimintaterapeuteista, joihin otettiin yhteyttä, osallistui opinnäytetyöhön. Vantaalta osallistui kolme toimintaterapeuttia. Heistä yksi oli työskennellyt vähemmän kuin tutkittavat kolme kuukautta, mutta opinnäytetyön tekijät päättivät silti ottaa hänet mukaan. Turusta osallistui kolme toimintaterapeuttia, joista kaksi työskentelee vakituisesti alle kouluikäisten lasten parissa ja yksi, joka työskentelee pääsääntöisesti vanhempien lasten parissa, mutta toimii välillä myös alle kouluikäisten kanssa. Tampereelta osallistui vain yksi toimintaterapeutti, sillä muita ei tavoitettu. Oulusta osallistui neljä toimintaterapeuttia, jotka työskentelevät lasten parissa. Yhteensä opinnäytetyöhön saatiin mukaan 11 toimintaterapeuttia.

#### 4.3 Aineiston kerääminen

Aineisto hankittiin opinnäytetyötä varten itse, menetelminä olivat kyselylomake ja haastattelu (Hirsjärvi ym. 2010: 173–176). Toinen vaihtoehto olisi ollut selata läpi asiakastietoja, mutta tutkimuslupien saaminen olisi ollut hankalaa ja aikaa vievää. Opinnäytetyötä varten ei tarvittu asiakkaiden henkilötietoja, koska tällä tavalla olisi tullut myös paljon epäolennaista tietoa, jota ei tarvittu.

Aineistoa kerättiin siitä, kuinka moni kolmen kuukauden aikana käyneistä uusista toimintaterapeuttien arvioimista asiakkaista oli päässyt toimintaterapiaan ja millä syillä. Uudet asiakkaat valittiin sen takia, jotta voitiin tarkastella, kuinka moni ensimmäistä kertaa toimintaterapeutin arviointiin tullut sai toimintaterapiaa. Asiakkaita ei tarvittu muuta henkilökohtaista tietoa kuin sukupuoli, ikä ja toimintaterapiaan pääsemisen syy. Lisäksi kerättiin vertailtavaa tietoa ja etsittiin oliko toimintaterapeuteilla eri kunnissa yhteisiä kriteerejä toimintaterapiaan pääsulle.

Aineistoa hankittiin ottamalla yhteyttä eri kunnissa työskenteleviin toimintaterapeutteihin ja heidän esimiehiinsä. Kun heihin oltiin oltu yhteydessä, haettiin jokaisesta kunnasta tutkimuslupa, jonka jälkeen sovittiin haastatteluajat toimintaterapeuttien kanssa. Kaikille opinnäytetyön osallistujille lähetettiin informaatiokirje opinnäytetyöstä, siihen osallistumisesta sekä siitä, että heillä on milloin tahansa oikeus lopettaa mukanaolonsa ilman erityistä syytä. Toimintaterapeuteille lähetettiin kyselylomake, jonka he täyttivät. Seuraavassa vaiheessa opiskelijat menivät tapaamaan toimintaterapeutteja. Opiskelija ja haastateltava kävivät lomakkeen yhdessä läpi ja tarkistivat, että molemmat osapuolet olivat ymmärtäneet sen oikein. Tämän jälkeen

toimintaterapeutteja haastateltiin, kysyen tarkentavia kysymyksiä. Haastattelun muotona oli yksilöhaastattelu. Haastattelutilanteen kesto oli noin 20 minuuttia. Toimintaterapeutteja haastateltiin anonymisti, eikä heiltä kerätty henkilötietoja. Haastattelut äänitettiin. Myöhemmin äänite litteroitiin tiedon säilyttämiseksi ja myöhemmän analysoinnin mahdollistamiseksi.

#### 4.3.1 Kyselylomake

Kyselylomake luotiin itse, jotta se vastaisi mahdollisimman tarkasti opinnäytetyön tutkimuskysymyksiin. Oman painonsa antoivat myös opinnäytetyötä ohjaavat teoriat. Nämä tekijät huomioitiin kyselylomaketta muotoillessa. (Vilkkä 2005: 81–88.) Tärkeänä pidettiin sitä, että lomake on helppo täyttää. Tämä oli olennaista, jotta informantit voisivat täyttää lomakkeen ilman, että se aiheuttaisi heille liikaa työtä.

Kyselylomake on opinnäytetyön liitteenä 1. Lomakkeen täyttämiseksi toimintaterapeutit katsoivat vuoden 2014 tammi-, helmi- ja maaliskuun ajalta kaikki uudet, alle kouluikäiset asiakkaat ja merkitsivät kyselylomakkeeseen olivatko he saaneet toimintaterapiaa vai eivät ja, jos saivat niin mistä syystä. Toimintaterapiaan pääsyn syy kirjattiin kohtaan: Ensisijainen syy lapsen terapiaan pääsulle. Tämä kohta muotoiltiin avoimeksi kysymykseksi, jotta toimintaterapeutit saivat omin sanoin kertoa, mikä oli ollut toimintaterapiaan pääsyn peruste. Asiakkaan ikä oli myös avoimena kysymyksenä. Avoin kysymys oli muotoiltu niin, että kysymyksen jälkeen oli tilaa vastata omin sanoin. Tämä antoi toimintaterapeuteille mahdollisuuden kirjoittaa lomakkeeseen heidän mielestään keskeisen syyn. Näin toimimalla eliminoitiin mahdollisuus siihen, että opinnäytetyön kirjoittajat olisivat ehdottaneet vastauksia kyselylomakkeen tekijöille. (Hirsjärvi ym. 2010: 191–210.)

Kyselylomakkeeseen muotoiltiin myös monivalintakysymyksiä, joilla saatiin tarkentavaa tietoa asiakkaasta ja toimintaterapiaan pääsystä. Monivalintakysymyksissä oli valmiit vastaukset, joista vastaaja valitsi sopivan vaihtoehdon. (Hirsjärvi ym. 2010: 191–210.) Nämä kysymykset olivat asiakkaan sukupuoli, saiko asiakas terapiaa vai ei ja tapahtuiko terapia ostopalveluna vai omana työnä. Suljettuja kysymyksiä, eli kysymyksiä joihin merkitään vain rasti, jos väittäminen on totta, oli vain yksi (Hirsjärvi ym. 2010: 191–210). Tämä oli kohta; useita syitä. Eli oliko asiakkaalla useita syitä terapiaan pääsulle vai vain yksi.



Kyselylomakkeen kysymykset muotoutuivat keskusteluissa yhteistyökumppanin kanssa ja tarpeesta saada vertailukelpoista tietoa. Opinnäytetyön tekijät totesivat, että vaikka kyselylomakkeessa on vähän avoimia kysymyksiä ja paljon monivalintakysymyksiä, ei jää riskiä aineiston vähyydestä. Tämä oli sen takia, että suppeakin vastaus riitti antamaan tarpeeksi tietoa toimintaterapiaan pääsyn syistä. Lisäksi muut tarvittavat tiedot kerättiin suljetulla kysymyksellä ja monivalintakysymyksillä. Opinnäytetyön tekijät haastattelivat vielä kaikki lomakkeeseen vastanneet toimintaterapeutit, jolloin saatiin tarkentavaa tietoa. Lomake lähetettiin postitse ja sähköisesti kunnissa työskenteleville toimintaterapeuteille. Jotta vastausprosentti ei olisi jäänyt pieneksi, sopivaksi lomakkeen palautustavaksi päätettiin se, että opinnäytetyön tekijät hakevat lomakkeet henkilökohtaisesti (Vilka. 2005: 100–114). Samalla mahdollistettiin toimintaterapeuttien haastattelu paikan päällä, eikä puhelimitse.

#### 4.3.2 Puolistrukturoitu yksilöhaastattelu

Puolistrukturoitu haastattelu tarkoittaa, että haastattelussa esitettävät kysymykset ovat kaikille osallistujille samat, mutta vastaajille ei anneta valmiita vastausvaihtoehtoja, vaan he saavat vastata juuri kuten itse haluavat (Eskola - Suoranta: 2001: 84–88). Lisäksi opinnäytetyön tekijät varasivat mahdollisuuden kysyä muitakin kysymyksiä haastattelussa, jos tarkennukselle oli tarvetta. Yksilöhaastatteluun päädyttiin, sillä se mahdollisti jokaisen haastateltavan henkilökohtaisen kuulemisen ja kohtaamisen. Ryhmähaastattelussa olisi ollut riski siitä, että kaikki eivät saa ääntään kuulumaan. Lisäksi äänitteiden litteroiminen on usein hankalampaa, kun kyseessä on ryhmähaastattelu. (Hirsjärvi ym. 2010: 204–212.) Tämä valittu toimintamalli haastatteluun mahdollisti sen, että opinnäytetyön kolme tekijää pystyivät suorittamaan haastatteluja itsenäisesti, toimien silti samalla tavalla ja saamaan näin luotettavia ja vertailtavia tuloksia.

Opinnäytetyön tekijät loivat haastattelun kysymykset yhdessä ja pääpaino oli täydentää lomakkeesta saatuja tietoja sekä lisätä ymmärrystä toimintaterapiaan pääsyyn vaikuttaviin tekijöihin. Haastattelussa ei kerätty tietoa asiakkaista, vaan toimintaterapeutin pohdinnasta, kokemuksista ja näkemyksistä. Kysymyksiä oli yhdeksän, näistä kaksi keskittyi lomakkeen täyttämiseen. Loput kysymykset keskittyivät opinnäytetyön kysymyksiin ja keskeisiin teemoihin vastaamiseen. Haastattelun kysymykset ovat näkyvissä opinnäytetyön liitteessä 3. Haastattelukysymyksiä muotoillessa kiinnitettiin huomioita siihen, että kysymyksiin vastataan laajasanaisesti, eri-

tyisesti vältettiin kysymyksiä, joihin voi vastata vain yhdellä sanalla. (Vilkkä 2005: 100–105)

Haastattelut suoritettiin kyselylomakkeen haun yhteydessä. Näin tehden lomakkeen tiedot oli henkilökohtaisesti tarkistettu. (Hirsjärvi ym. 2010: 195–204) Haastattelut tapahtuivat jokaisessa kunnassa, ennakkoon sovittuna päivänä. Jokaisessa kunnassa käytiin yhtenä päivänä, jonka aikana suoritettiin jokaisen osallistuneen toimintaterapeutin haastattelu. Ainoastaan Vantaalla haastattelut tapahtuivat useammassa pisteessä eri päivien aikana, koska opinnäytetyön tekijöillä oli siihen logistinen mahdollisuus. Haastattelut suoritettiin perusterveydenhuollon tiloissa ja yhden haastattelun kesto oli noin 20 minuuttia. Kaikki haastattelut äänitettiin.

#### 4.4 Aineiston analysointi

Analyysimenetelmät olivat tärkeitä opinnäytetyölle, sillä niitä käyttämällä kerätystä tiedosta saatiin vastauksia opinnäytetyön tutkimuskysymyksiin. Tärkeää oli myös, että aineistoa käsiteltiin luottamuksellisesti ja analysointi tehtiin hyvän tutkimusetiikan mukaisesti. (Vilkkä 2005: 29–32.) Analyysimenetelmä, jota käytettiin kyselylomakkeen tulkintaan, oli teorialähtöinen sisällönanalyysi. Tämä tarkoitti sitä, että kanadalaisen toiminnallisuuden ja sitoutumisen malli (Canadian Model of Occupational Performance and Engagement) oli alusta asti osana analyysia ja ohjasi käsitteiden määrittelyä. (Vilkkä 2005: 139–142) Analyysimenetelmää sovellettiin opinnäytetyöhön sopivaksi. Haastattelujen oikeaoppinen litterointi oli myös analyysimenetelmä ja tärkeä vaihe aineiston käsittelyssä. Litterointi tarkoittaa äänitetyn aineiston kirjoitusta puhtaaksi sana sanalta. (Hirsjärvi ym 2010: 221–224) Haastattelujen analysoimisessa käytettiin aineistolähtöistä sisällönanalyysia. Tämä analyysimenetelmä selitetään tarkemmin kohdassa haastattelun analysointi.

Koska aineistoa analysoi opinnäytetyön kolme tekijää, huomioitiin riski siihen, että aineiston tulkinnoista saattoi syntyä erimielisyyttä. Johtuen siitä, että jokainen tulkitsee tietoa omalla henkilökohtaisella tavallaan. (Hirsjärvi. ym. 2010: 221–230.) Kaikki opinnäytetyön tekijät osallistuivat silti analysointivaiheeseen, jotta varmistettiin, että kaikki näkökulmat huomioitiin. Ryhmän keskinäinen yhteistyö varmisti, että tulkinnot olivat yhtenäisiä ja että niistä oltiin samaa mieltä.

#### 4.4.1 Kyselylomakkeen analysointi

Kyselylomakkeiden analysoimiseksi luotiin Microsoft Excel -ohjelmalla taulukkopohja. Tässä huomioitiin teorialähtöinen sisällönanalyysimalli. Koska teoriana oli kanadalainen toiminnallisuuden ja sitoutumisen malli (Canadian Model of Occupational Performance and Engagement), täytyi teorian olla mukana koko analyysin ajan. (Tuomi - Sarajärvi 2013: 91–103) Taulukkoon johon analyysi tehtiin, luotiin kohta, johon kirjoitettiin syyt, joilla lapsi oli päässyt terapiaan. Nämä syyt laitettiin taulukkoon siinä muodossa, jossa vastanneet toimintaterapeutit olivat ne kirjoittaneet kyselylomakkeisiin. Syyn perään luotiin kohta, johon merkittiin tarvittaessa kappalemäärä. Tämä tehtiin sen varalta, että samoja syitä tulisi monta. Tästä pystyttiin myös suoraan näkemään, mitä syitä oli ilmennyt eniten.

Tämän jälkeen luotiin teorialle oma kohta. Otsikko oli yksinkertaisesti: Kanada. Tämän otsikon alle kerättiin jokaisen terapiaan pääsyn syyn kohdalle sitä vastaavat kanadalaisen toiminnallisuuden ja sitoutumisen mallin (CMOP-E) ihmisen, ympäristön ja toiminnan 11 osa-alueista (Henkisyys, affektiivinen, kognitiivinen, fyysinen (ihminen), tuottavuus, vapaa-aika, itsestä huolehtiminen, kulttuurinen, institutionaalinen, sosiaalinen ja fyysinen (ympäristö)).

Taulukossa 2. näkyy esimerkki syystä, jolla lapsi oli saanut terapiaa. Suurimmalla osalla lapsista ei ollut vain yhtä syytä, jolla hän oli saanut toimintaterapiaa. Vaan useilla lapsilla oli monia syitä toimintaterapiaan pääsulle. Syyt taulukoitiin kuitenkin yksittäin, jotta analysoiminen helpottui. Esimerkiksi taulukossa 2. lapsi oli saanut terapiaa ainakin sen takia, että keskittyminen oli haastavaa päiväkodissa. Tämä syy on laitettu teorian seuraaviin osa-alueisiin: kognitiivinen, affektiivinen, sosiaalinen, fyysinen, institutionaalinen ja tuottavuus. Nämä nousivat esille, sillä ne ovat osa-alueita, joihin kyseinen syy ainakin vaikuttaa. Keskittyminen esimerkiksi vaatii kognitiivisia taitoja, mutta koska se on hankalaa juuri päiväkodissa, myös affektiivinen puoli täytyy huomioida. Keskittymisen puute vaikuttaa myös tuottavuuteen. Kun syysä on tarkkaan määritelty, että keskittyminen on haastavaa päiväkodissa, täytyy huomioida fyysisen ja sosiaalisen ympäristön merkitys. Institutionaalinen kuuluu mukaan, koska lapsi on toimintaterapian asiakkaana ja ongelma ilmenee päiväkodissa. Sen sijaan esimerkiksi lapsen oma fyysinen puoli ei liity olennaisesti ongelmaan, eikä tuntematta lasta, voi arvailla johtuuko keskittymisen puute kulttuurisesta puolesta.

Taulukko 2. Esimerkki aineiston analyysistä

Syy jolla lapsi on saanut terapiaa:	Kanadalainen toiminnallisuuden ja sitoutumisen malli: (CMOP-E)
Keskittyminen haastavaa päiväkodissa	Kognitiivinen (Ihminen) Affektiivinen (Ihminen) Sosiaalinen (Ympäristö) Fyysinen (Ympäristö) Institutionaalinen (Ympäristö) Tuottavuus (Toiminta)

Taulukkopohjassa on lisäksi kahdeksan muuta kohtaa, joihin merkittiin lasten määrä yhteensä, tyttöjen ja poikien määrä, ikä, onko saanut toimintaterapiaa (terapia K) vai eikö ole saanut toimintaterapiaa (terapia Ei). Kohta mihin merkittiin, oliko lapsilla useita syitä ja kuinka moni toteutuneista toimintaterapioista toteutui ostopalveluna (ostop.) ja moniko omana työnä (oma). Kaikkiin näihin kohtiin merkittiin lisäksi kokonaismäärä (=) ja prosenttimäärä (%). Taulukkopohja on opinnäytetyön liitteenä 2. Taulukkopohja luotiin niin, että kyselylomakkeen jokainen kohta tulee analysoitua, näin saatiin mahdollisimman paljon vertailukelpoista tietoa.

Kyselylomakkeet analysoitiin tarkasti niin, että ensin analysoitiin jokainen kuukausi (tammi-, helmi- ja maaliskuu) ja sen jälkeen jokainen lomake analysoitiin kokonaisuutena. Tämän jälkeen analysoitiin jokaisen kunnan kaikki lomakkeet yhdessä, jotta saataisiin kokonaiskuva tuloksista. Saadut tiedot laitettiin taulukkoihin vertailun helpottamiseksi ja mahdollistamiseksi. Tiedon käytettävyyden helpottamiseksi tulosten visuaalinen ilme on selkeä ja yhtenäinen.

#### 4.4.2 Haastattelun analysointi

Haastattelujen analysointi aloitettiin litteroinnista. Jokainen haastattelu litteroitiin tarkkaan ja tarkistettiin luotettavuuden varmentamiseksi. Tämän jälkeen aloitettiin analysointi. Aineistolähtöinen sisällönanalyysi oli sopivin valinta, jotta haastatteluista saatiin tärkein tieto talteen. Aineistolähtöinen sisällönanalyysi tarkoittaa analyysitapaa, jossa pyritään löytämään tutkimusaineistosta yhtenäistä logiikkaa tai aihetta. (Vilkkä 2005: 139–142.)

Tuomi ja Sarajärvi (2013) esittävät aineistolähtöisen sisällönanalyysin kirjassaan kahdeksan vaiheisena prosessina, joista esitellään ensimmäiset viisi. Loput vaiheet jätetään esittelemättä, koska niitä ei käytetty opinnäytetyön teossa. Muita vaiheita ei tarvittu, joten kirjan mallia sovellettiin opinnäytetyöhön sopivaksi. Ensin haastattelut kuunnellaan ja litteroidaan, tämän jälkeen ne luetaan ja perehdytään sisältöön, Seuraava vaihe on etsiä pelkistettyjä ilmauksia ja sitten listata ne. Tämän jälkeen etsitään samankaltaisuuksia ja erilaisuuksia näistä ilmauksista. (Tuomi - Sarajärvi 2013: 108–120.) Tässä järjestyksessä edettiin haastattelujen analysoimisen kanssa. Vilka (2005) huomauttaa, että aineiston pelkistämässä poistetaan epäolennaista tietoa, kuitenkin hävittämättä mitään olennaista. Vilka 2005: 139–142)

Haastattelun analysoimiseen luotiin oma analysointipohja. (ks. liite 3) Liitteeseen 3 on luotu esimerkki tavasta, jolla haastatteluja tarkasteltiin. Liitteessä ei ole yhdenkään osallistuneen toimintaterapeutin oikeita vastauksia. Analyysia varten luotuun pohjaan tehtiin yksinkertainen taulukko, johon merkittiin haastattelussa kysytyt kysymykset. Tämän jälkeen luotiin kohta, johon kirjattiin pelkistetty vastaus haastattelukysymykseen. Tähän pohjaan pystyttiin merkitsemään jokaisen kunnan kaikkien haastateltujen toimintaterapeuttien pelkistetyt vastaukset. Toimintaterapeutit erotettiin taulukon yläreunassa olevalla tekstillä, esimerkiksi Vantaa1. Tämä tarkoitti opinnäytetyössä Vantaalla työskennellyttä toimintaterapeuttia, jonka oman nimen sijasta taulukkoon merkittiin ainoastaan koodinimi, jonka kyseinen henkilö oli saanut. Toimintaterapeutit eivät tiedä omia koodinimiään. Taulukon oikeassa reunassa on kaksi laatikkoa, joista toiseen merkitään samanlaiset mielipiteet ja vastaukset. Toiseen puolestaan vastaukset ja mielipiteet, jotka ovat erilaiset muista vastauksista. Taulukon lopussa on tyhjää tilaa, siltä varalta, että haastattelussa kysyttiin muita kysymyksiä, tai jos opinnäytetyön tekijät ovat halunneet tehdä omia muistiinpanoja. Viimeinen vaihe oli tarkastella saatuja tuloksia opinnäytetyön kysymysten kautta, jotta näihin kysymyksiin saatiin vastaukset.

## **5 Tulokset**

Tässä luvussa esitellään opinnäytetyön tulokset. Jokainen opinnäytetyön tutkimuskysymys on saanut oman alaotsikon, jonka alta löytyvät kysymykseen vastaavat tulokset. Tässä pääluvussa ovat myös tulokset, jotka eivät suoranaisesti vastaa opinnäytetyön tutkimuskysymykseen. Ne olivat silti olennaisia opinnäytetyön kannalta, sillä ne nostivat esiin mielenkiintoisia ilmiöitä aineistosta.

Kun toimintaterapeutteja käytiin haastattelemassa, kysyttiin aluksi kysymyksiä, jotka liittyivät heidän aiemmin täyttämäänsä kyselylomakkeeseen. Nämä kysymykset eivät varsinaisesti vastaa opinnäytetyön kysymyksiin, mutta niillä varmistettiin kerätyn aineiston luotettavuus. Ensin kysyttiin, oliko kyselylomake ollut hankala täyttää, ja oliko jokin kohta tuottanut ongelmia. Pääosin toimintaterapeutit kokivat, että kyselylomake oli ollut helppo täyttää. Oulussa informantit eivät olleet täyttäneet kyselylomakkeita itse, vaan se oli annettu kuntoutusohjaajan tehtäväksi. Haasteiksi kyselylomaketta täyttäessä mainittiin muun muassa, että oli ollut vaikea vastata kohtaan: ”Ensisijainen syy lapsen terapiaan pääsyyn”, koska liki aina syytä toimintaterapiaan ohjaamiselle oli useita. Turussa toimintaterapeutit ratkaisivat asian niin, että laittoivat tähän kohtaan lapsen diagnoosin niissä tapauksissa, joissa lapsi oli saapunut toimintaterapian arviointiin lastenneurologisesta yksiköstä.

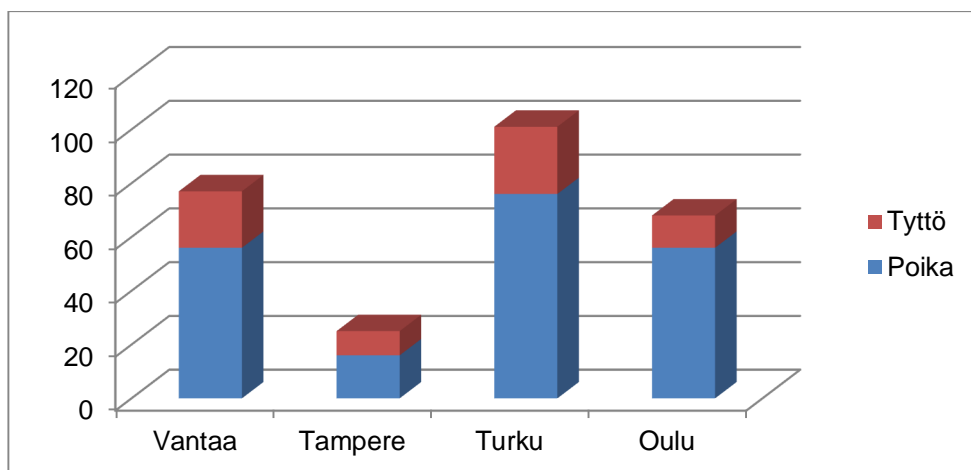
Haastatteluissa kysyttiin, kokivatko toimintaterapeutit, että jotain olennaista informaatiota jäi puuttumaan lomakkeesta. Monet vastasivat, että toimintaterapeuttien kannalta olisi ollut kiinnostavampaa, jos opinnäytetyössä olisi tarkasteltu sitä, millä syillä asiakkaat ovat tulleet toimintaterapeutin arvioon. Lisäksi olisi haluttu saada tietoa siitä, poikkeavatko lähettävän tahon ja toimintaterapeuttien ajatukset lapsen toimintaterapian tarpeesta. Lisäksi eräs toimintaterapeutti nosti esiin, että olisi ollut mielenkiintoista tietää, kuinka monta arviointitapaamista yleensä pidetään eri paikkakunnilla. Eräs toimintaterapeutti kertoi kaivanneensa kyselylomakkeeseen enemmän vaihtoehtoja, kohtaan jossa kysyttiin, saiko lapsi toimintaterapiaa. Nyt vastausvaihtoehdot olivat kyllä tai ei, mutta toimintaterapeutti painotti, että monia asiakkaita on myös seurannassa. Tällöin asiakas ei saa heti toimintaterapiaa, vaan toimintaterapeutti antaa esimerkiksi kotiohjeita ja seurannan aikana tarkkaillaan, lieventyvätkö ongelmat itsestään kehityksen myötä, vai tarvitaanko myöhemmin myös toimintaterapiaa kehityksen tueksi.

Ajanjakso, jolta aineistoa kerättiin, oli tammikuusta maaliskuuhun 2014. Toimintaterapeuttien haastatteluissa kysyttiin, kokivatko he kyselylomakkeessa olleen ajanjakson vastaavan normaalia samaan ajankohtaan sijoittuvaa jaksoa. Toimintaterapeutit kokivat pääsääntöisesti jakson kuvanneen melko hyvin vastaavaa normaalia ajanjaksoa. Vantaan, Oulun ja Turun toimintaterapeutit kertoivat vuodenajan vaikuttavan asiakasmääriin. Mielenkiintoista oli huomata, että ruuhkahuiput tuntuivat osuvan eri kunnissa hie-man eri kohtiin. Vantaalla toimintaterapeutit kuvailivat alkuvuodesta olevan paljon uusia asiakkaita, kun taas Turussa toimintaterapeutit kertoivat alkuvuoden olevan asiakasmääriltään hiljaisempia. Turun toimintaterapeutit kertoivat myös, että toinen hiljaisempi

vaihe sijoittuu alkusyksyyn. Oulussa toimintaterapeutit kertoivat kiireisen vaiheen alkavan marraskuulta ja jatkuvan sitä kiireisempänä mitä pidemmälle kevättä edetään. Oulun toimintaterapeuttien mukaan muuhun vuoteen nähden hiljaisempi vaihe ajoittuu alkusyksyyn.

Organisaatiossa tapahtuneet muutokset vaikuttivat kuitenkin Oulun ja Tampereen tilanteeseen siten, ettei ajanjaksoa voi täysin rinnastaa normaaliin vastaavaan ajanjaksoon. Oulussa organisaatiomuutoksen myötä toimintaterapeuttien toiminta-alueet olivat muuttuneet kyselylomakkeessa kartoitetun ajanjakson jälkeen. Tämän vuoksi, kuvatus ajanjakson ei voi ajatella täysin vastaavan nykytilannetta. Tampereella tarkasteltuun ajanjaksoon oli kertynyt tavallista enemmän toimintaterapian asiakkaita. Tämä johtui siitä, että työntekijöitä oli syksyllä 2013 vähemmän kuin yleensä, joten jonot arviointiin pyrittiin pitämään lyhyinä, jolloin toimintaterapiat ajoittuivat keväälle 2014.

Kuvio 9. kuvaa opinnäytetyöhön osallistuneiden kuntien asiakkaiden sukupuolijakaumaa. Kuvio on tehty laskemalla jokaisessa kunnassa käyneet asiakkaat ja katsomalla toimintaterapeuttien täyttämistä kyselylomakkeista, kuinka moni heistä oli tyttöjä ja kuinka moni poikia. Kuten kuvio 9. osoittaa, pojat olivat toimintaterapia-arvioinneissa reiluna enemmistönä. Vantaalla poikien osuus oli 74 % ja Turussa 75 %. Eniten poikia toimintaterapia-arviointien uusina asiakkaina Oulussa, jossa poikien osuus asiakkaista oli 82 %. Tampereella sukupuolijakautuneisuus oli tasaisin, mutta poikia oli silti selvä enemmistö eli 64 % asiakkaista.



Kuvio 9. Opinnäytetyöhön osallistuneiden kuntien uusien toimintaterapeuttien arvioitujen asiakkaiden sukupuolijakauma

## 5.1 Lasten toimintaterapiaan pääsy perusterveydenhuollossa

Tässä luvussa esitellään opinnäytetyön pääkysymykseen: Millaisin kriteerein alle kouluikäiset lapset saavat toimintaterapiaa perusterveydenhuollossa? - liittyvät tulokset. Jotkin tulokset vastaavat useampaan, kuin yhteen opinnäytetyön tutkimuskysymykseen. Selkeyden kannalta ja toiston välttämiseksi on tehty jako, jossa tulokset esitetään kysymyksen kohdalla, johon ne parhaiten liittyvät.

Opinnäytetyössä haluttiin selvittää, miten toimintaterapeuttien lisäkoulutukset vaikuttavat siihen, miten he suosittelevat toimintaterapiaa lapsille. Haastatteluissa toimintaterapeuteilta kysyttiin, ovatko he suorittaneet lisäkoulutuksia, ja jos olivat, niin mitä nämä koulutukset olivat. Näitä vastauksia oli tarkoitus verrata syihin, joilla toimintaterapeutit olivat ohjanneet asiakkaat toimintaterapian palveluiden piiriin. Aineistoa analysoitaessa kuitenkin huomattiin, ettei kerätty aineisto ollut asiakkaiden toimintaterapiaan pääsyn syiden osalta niin yksityiskohtaista, että olisi voitu luotettavasti osoittaa toimintaterapeuttien lisäkoulutuksen vaikutus asiakkaiden toimintaterapiaan ohjaamiseen.

Jotta pystyttäisiin vertailemaan kunnissa toimintaterapeuttien arvioinnissa uusina asiakkaina käyneitä alle kouluikäisiä lapsia tutkittuna ajanjaksona, luotiin taulukko, josta näkyvät asiakasmäärät. (taulukko 3.) Taulukkoa tarkkaillessa täytyy huomauttaa, että Tampereelta tutkimukseen osallistui vain yksi toimintaterapeutti, tämän takia Tampereen asiakasmäärät olivat muita kuntia alhaisemmat. Opinnäytetyöhön osallistui yhteensä 11 toimintaterapeuttia, heistä kolme oli Vantaalta, kolme Turusta, yksi Tampereelta ja neljä Oulusta.



Taulukko 3. Opinnäytetyöhön osallistuneiden toimintaterapeutin arvioinnissa uusina asiakkaina, tammi-, helmi- ja maaliskuussa 2014 käyneet alle kouluikäiset lapset

Opinnäytetyöhön osallistuneiden toimintaterapeutin arvioinnissa uusina asiakkaina, tammi-, helmi- ja maaliskuussa 2014 käyneet alle kouluikäiset lapset				
	Vantaa	Tampere	Turku	Oulu
Toimintaterapeutin arvioinnissa käyneet uudet asiakkaat yhteensä	77	25	101	68
Toimintaterapiaa saaneet asiakkaat	25	12	35	15
Kuinka monella asiakkaalla oli enemmän kuin yksi syy toimintaterapiaan pääsulle	20	8	31	13
Toimintaterapia suoritettiin omana työnä	21	10	13	1
Toimintaterapia suoritettiin ostopalveluna	4	2	22	14

Työelämäyhteistyökumppanin mielenkiinnon kohteena oli selvittää, minkä verran toimintaterapiaa tuotetaan kunnissa omana palveluna ja minkä verran ostopalveluna. Opinnäytetyössä tarkasteltuna ajanjaksona Vantaalla ja Tampereella suurin osa toimintaterapiasta tuotettiin omana palveluna, kun taas Oulussa ja Turussa suurin osa tuotettiin ostopalveluna. Vantaalla omana palveluna tuotettiin 87 % toimintaterapiasta ja Tampereella 83 %. Sen sijaan Turussa tuotettiin omana palveluna 36 % toimintaterapiasta ja Oulussa 7 %.

Aineistoa analysoitaessa havaittiin eroja uusien asiakkaiden määrissä eri kunnissa. Vähiten uusia arviointi-asiakkaita, noin 17 toimintaterapeuttia kohti, oli Oulussa ja eniten Turussa, missä uusia arviointi-asiakkaita oli noin 34 toimintaterapeuttia kohti. Kunnan koon ei havaittu vaikuttavan siihen, minkä verran arviointiin tulleista asiakkaista lopulta sai toimintaterapiaa. Kuntien välillä oli kuitenkin eroja siinä kuinka suuri osa toimintaterapia-arviointiin tulleista lapsista lopulta sai terapiaa. Tampereella arviointiin tulleista lapsista toimintaterapiaa sai 48 % ja Turussa 34,65 %. Vantaalla toimintaterapia-arvioinnissa olleista lapsista 32,47 % sai toimintaterapiaa ja Oulussa 22,06 %.

Noin kahdella kolmesta lapsesta oli useampi kuin yksi syy toimintaterapiaan pääsulle. Toimintaterapiat suoritettiin joko ostopalveluna tai omana työnä, näihin vaikuttivat oletettavasti lasten haasteiden vakavuus ja diagnoosit. Täytyi myös huomioida mistä lap-

set lähetettiin toimintaterapiaan, kuten esimerkiksi Turussa lasten toimintaterapiaan tuli paljon asiakkaita lasten neurologiselta yksiköltä.

Ammatillisen harkinnan osalta korostui sen vaativuus. Vaikka jokaisella haastatellulla toimintaterapeutilla oli vuosien työkokemus, kertoivat he edelleen kehittyvänsä ammatillisen harkinnan osalta. Kaikki haastatellut toimintaterapeutit tunnistivat ammatillisen harkinnan merkityksen työssään ja lähes yksimielisesti olivat sitä mieltä, että sen osuus on erittäin suuri. Kunnissa, joilla oli omat kriteerit/linjaukset käytössä, ammatillisen harkinnan merkitys oli hieman pienempi. Tämä kävi ilmi haastatteluissa, joissa toimintaterapeutit mainitsivat niiden tuovan suuntaa suosituksien antamiseen. Edelleen toimintaterapeutit kertoivat ammatillisen harkinnan tärkeydestä ja suuresta merkityksestä kriteereistä huolimatta. Osa toimintaterapeuteista koki ammatillisen harkinnan haastavana ja vastuullisena. Osalle se nosti mieleen eettisiä kysymyksiä, kuten: Kuka saa toimintaterapiaa kun resurssit ovat määrättyt? Olenko tasapuolinen ja kuinka voin varmistaa, etteivät omat tunteeni vaikuta päätöksen tekoon? Ammatillinen harkinta koettiin tiedon, taidon ja tunteen yhdistelmäksi, joka syntyy, kun lapsen koko tilannetta tarkistellaan.

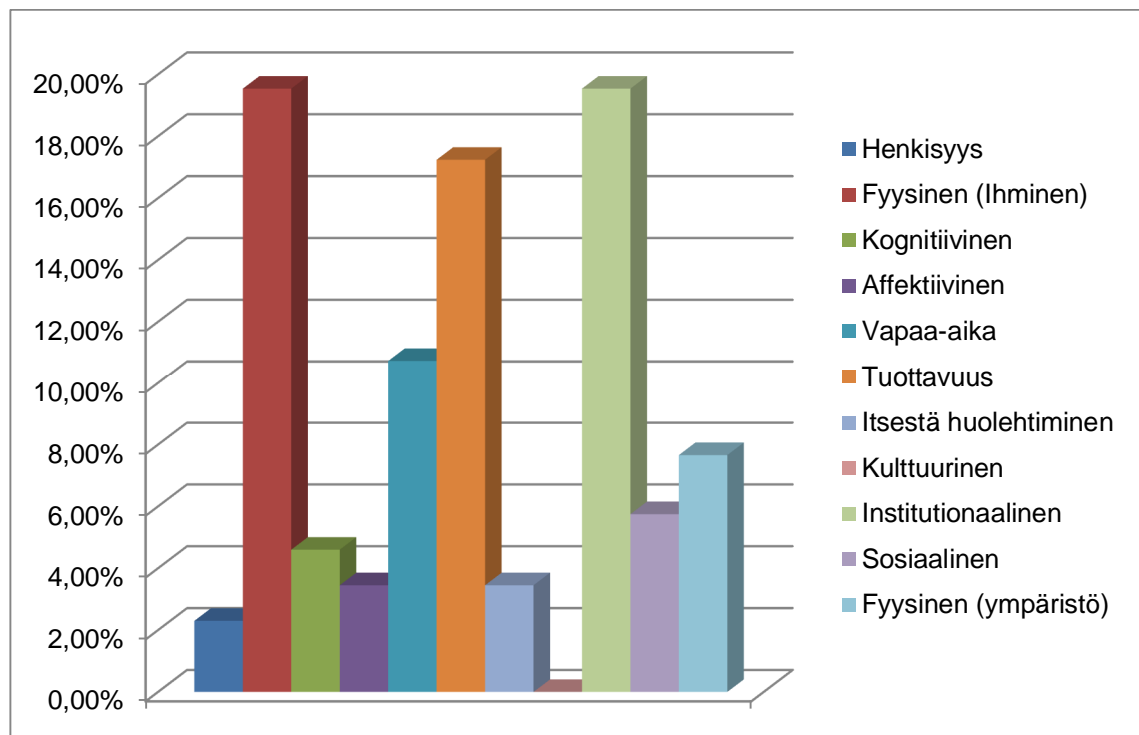
## 5.2 Toimintaterapiaan pääsyn eroavaisuudet ja yhteneväisyydet kunnissa

Millaisia eroja lasten toimintaterapiaan pääsillä on eri kuntien välillä - on opinnäytetyön toinen tutkimuskysymys, johon tässä luvussa esitellyt tulokset liittyvät. Vaikka tutkimuskysymys määrittää, että kuntien väliltä etsitään vain eroavaisuuksia, opinnäytetyön tekijät kokivat tärkeäksi tuoda esiin myös kuntien välisiä yhteneväisyyksiä. Näin saatiin parempi kokonaiskuva siitä, millaisia näiden kuntien käytänteet olivat. Tämä mahdollisti sen, että tutkimuskysymykseen pystyttiin vastaamaan monipuolisesti.

Kuvioissa 10.–13. ovat pylväsdiagrammit kanadalaisen toiminnallisuuden ja sitoutumisen mallin (CMOP-E) osa-alueiden ilmenemisestä kaikissa tutkituissa kunnissa. Institutionaalinen osa-alue on yksi yleisimmistä jokaisessa kunnassa. Toimintaterapian asiakkuus tuo institutionaalisen ympäristön jokaiselle asiakkaalle. Kulttuurista osa-aluetta ei voitu yhdistää mihinkään syihin, joilla asiakas oli saanut toimintaterapiaa, koska asiakkaita ei tunnettu. Näin ollen ei arvailtu mihin se ehkä vaikuttaisi, vaan päätettiin jättää se pois luokittelun haastavuuden takia. Diagrammit on tehty laskemalla ensin yhteen jokaisen yksittäisen kunnan kaikki kanadalaisen toiminnallisuuden ja sitoutumisen mal-

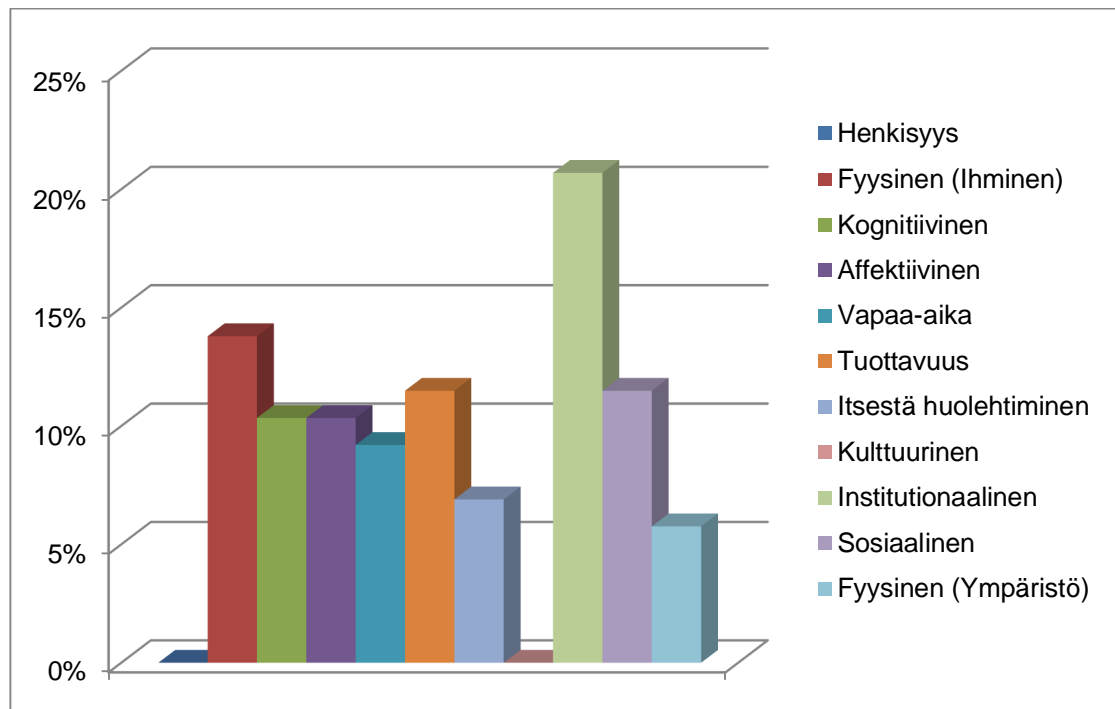
lin (CMOP-E) osa-alueet ja sen jälkeen määritetty jokaisen osa-alueen prosenttiosuus tästä kokonaisuudesta.

Vantaan diagrammissa (kuvio 10.) näkyy, että kanadalaisen toiminnallisuuden ja sitoutumisen mallin (CMOP-E) ihmisen osa-alueista eniten oli ollut fyysistä. Vantaalla on suurin jakauma ihmisen osa-alueista, muihin kuntiin verrattuna. Muissa kunnissa ihmisen osa-alueet ovat jakautuneet hieman tasaisemmin fyysisen, kognitiivisen ja affektiivisen välille. Henkisyuden prosenttiosuus on jokaisessa kunnassa alhainen. Tämä johtuu siitä, että, koska asiakkaista ei tiedetty tarpeeksi, jotta olisi voitu päätellä vaikuttiko toimintaterapiaan tulemisen syy myös hänen henkisyteensä. Toiminnan osa-alueista tuottavuus ilmeni eniten, vapaa-aika toiseksi eniten ja itsestä huolehtiminen vähiten. Samanlainen jakautuminen on nähtävissä lähes kaikissa muissa kunnissa. Ympäristön osa-alueet ovat jakautuneet hieman eri tavoin Vantaalla, kuin muissa kunnissa. Erona muihin kuntiin Vantaalla fyysinen ympäristö on ilmennyt enemmän kuin sosiaalinen ympäristö. Institutionaalinen ympäristö on ilmennyt usein, tämä sen takia, että asiakkaat ovat toimintaterapeutin arvioinnissa ja näin kuuluvat tähän osa-alueeseen. Kulttuurista ei ole yhtään, tämä johtuu siitä, että asiakkaita ei tunnettu henkilökohtaisesti.



Kuvio 10. Vantaa

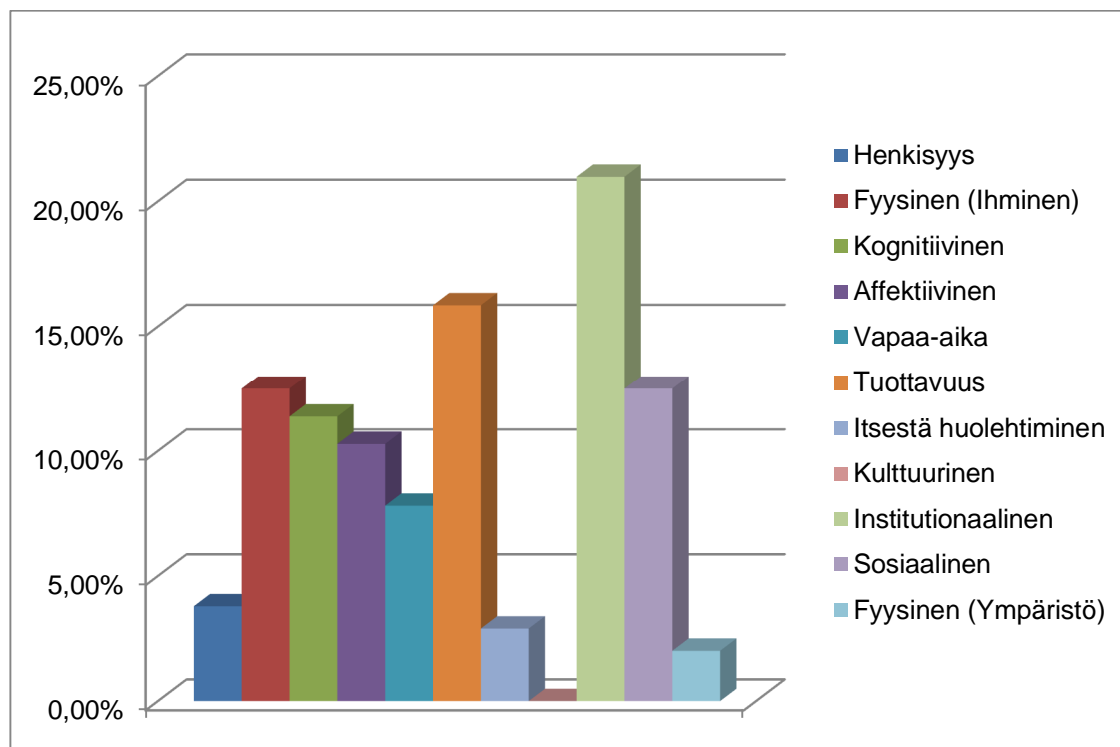
Tampereen diagrammista (kuvio 11.) pystytään huomaamaan, että lähes kaikki osa-alueet ovat jakautuneet tasaisemmin kuin muissa kunnissa. Ihmisen osa-alueista fyysinen on ilmennyt eniten, kuten muissakin kunnissa. Toisin kuin muissa kunnissa, Tampereen diagrammissa on selvästi nähtävissä, että kognitiivinen ja affektiivinen esiintyvät yhtä usein. Tampere on ainut kaupunki, missä nämä kaksi ihmisen osa-alueita ovat tasoissa. Tampereen diagrammissa henkisyys ei esiintynyt kertaakaan, tähän vaikutti luultavasti se, että Tampereelta osallistui vain yksi toimintaterapeutti opinnäytetyöhön, jonka täyttämän kyselylomakkeen perusteella diagrammi tehtiin. Pienemmästä aineistomäärästä ei löytynyt yhtään syytä, joka olisi varmuudella vaikuttanut asiakkaan henkisyteen. Toiminnan osa-alueista tuottavuus on ilmennyt eniten ja sitä seuraavat vapaa-aika sekä itsestä huolehtiminen. Samanlainen jakautuminen on nähtävissä melkein kaikissa kunnissa. Ympäristön osa-alueista institutionaalisen ympäristön jälkeen eniten esiintynyt osa-alue on sosiaalinen. Fyysinen ympäristö on esiintynyt vähiten kaikista osa-alueista, jos mukaan ei lasketa henkisyttä ja kulttuurista ympäristöä.



Kuvio 11. Tampere

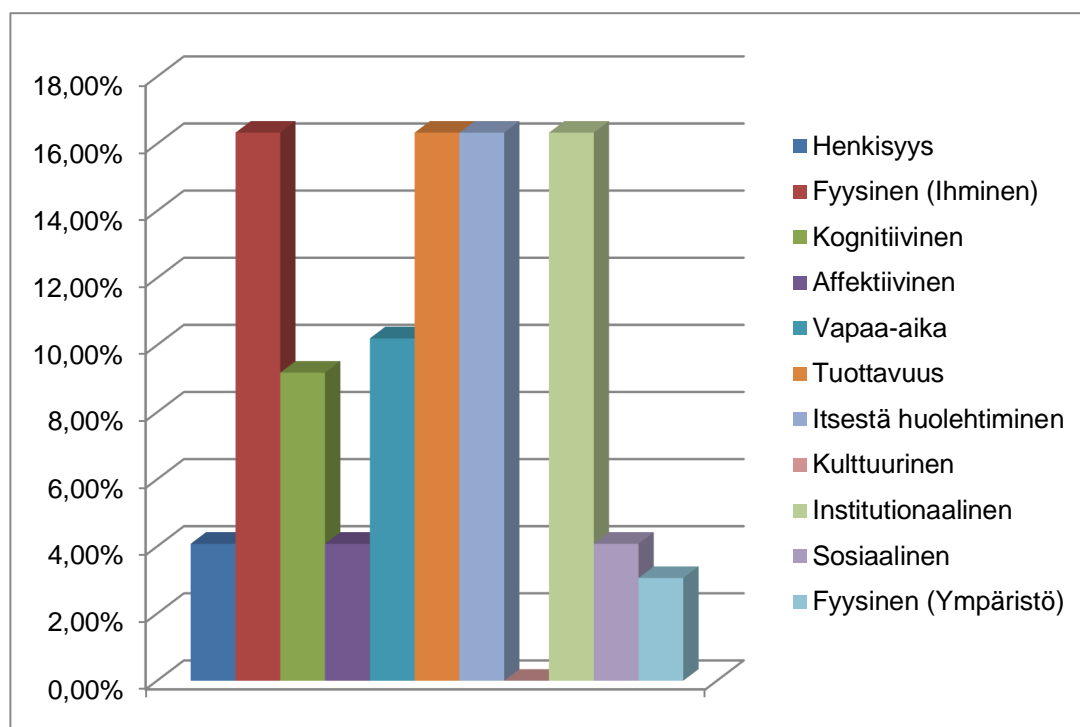
Turun diagrammissa (kuvio 12.) ihmisen osa-alueet ovat jakautuneet kaikista tasaisimmin. Vaikka fyysistä osa-alueita on esiintynyt eniten, niin silti fyysinen, kognitiivinen ja affektiivinen ovat esiintyneet hyvin tasaväkisesti. Diagrammissa henkisyys on ilmennyt hyvin samalla tavalla kuin Oulussa ja Vantaalla. Myös Turun diagrammissa näkyy, että tuottavuus on esiintynyt eniten toiminnan osa-alueista. Itsestä huolehtimisen osa-

alue on ilmennyt vähemmän kuin vapaa-ajan osa-alue. Tämä sama on huomattavissa Tampereen ja Vantaan diagrammissa. Turun diagrammissa sosiaalisen ja fyysisen ympäristön ero on suurin vertailtavista kunnista. Institutionaalinen osa-alue on ilmennyt eniten kaikista osa-alueista ja kulttuurinen osa-alue on samanlainen kuin jokaisessa muussakin kunnassa.



Kuvio 12. Turku

Oulun diagrammissa (kuvio 13.) ihmisen fyysisuus, toiminnan osa-alueista tuottavuus ja itsestä huolehtiminen, sekä institutionaalisen ympäristön osa-alueet ovat esiintyneet yhtä usein. Myös henkisyys, sekä ihmisen osa-alueista affektiivisuus ja sosiaalinen ympäristö ovat esiintyneet yhtä monta kertaa. Ihmisen osa-alueista fyysisuus on esiintynyt eniten, sen jälkeen kognitiivinen ja sitten vasta affektiivinen ja henkisyys. Toiminnan osa-alueista tuottavuutta ei ole esiintynyt eniten, kuten muissa kunnissa, vaan se on tasoissa itsestä huolehtimisen kanssa. Itsestä huolehtiminen on ilmennyt Oulussa useammin kuin muissa kunnissa. Ympäristön osa-alueista institutionaalinen on esiintynyt eniten, toiseksi eniten sosiaalinen ja fyysinen vähiten. Kulttuurista osa-aluetta ei esiinny yhtään.



Kuvio 13. Oulu

Alla on taulukko (taulukko 4.) kolmesta yleisimmistä syystä, joilla uudet, alle kouluikäiset asiakkaat pääsivät toimintaterapiaan Vantaalla, Tampereella, Turussa ja Oulussa tammi-, helmi- ja maaliskuussa 2014. Kohdissa Tampere ja Vantaa kolmatta syytä ei ole, koska paikka on jaettu sija toisen syyn kanssa. Tämän takia nämä useat syyt näkyvät kohdassa 2. Oulun kohdalla oli vain kaksi syytä, jotka ovat esiintyneet useammin kuin kerran. Sen takia Oulun kolmas kohta on tyhjänä.

Taulukko 4. Kolme yleisintä syytä uusilla asiakkailla toimintaterapiaan pääsemiselle, alle kouluikäisillä lapsilla Vantaalla, Tampereella, Turussa ja Oulussa tammi-, helmi- ja maaliskuussa 2014

	Vantaa	Tampere	Turku	Oulu
1.	Visuomotoriikka	Motoriset taidot	Toiminnan ohjaus	Motoriikan kehityshäiriö
2.	Hienomotoriikka, Kehonhallinta	Keskittyminen, Sensorinen integraatio, Yleinen kehitysviive	Visuomotoriikka	Visuomotoriikka
3.			Leikkitaitojen kehittyminen	

Alla on taulukko (taulukko 5.) kymmenestä yleisimmästä syystä, joilla alle kouluikäiset lapset tutkituissa kunnissa olivat päässeet toimintaterapiaan aikana tammi-, helmi- ja maaliskuu 2014. Kymmenes sija on jaettu, sillä tällä sijalla olleet syyt ilmenivät yhtä

usein toimintaterapeuttien vastauksissa. Yleisimmät syyt laskettiin toimintaterapeuttien vastauksista ja ne järjestettiin useimmiten ilmenneistä vähiten ilmenneisiin syihin. Näiden kymmenen yleisimmän syyn lisäksi toimintaterapeuttien vastauksissa näkyi myös muitakin syitä, mutta näiden kaikkien listaaminen ei olisi ollut mielekäästä tai informatiivista.

Taulukko 5. Kymmenen yleisintä syytä toimintaterapiaan pääsemiselle alle kouluikäisillä lapsilla Vantaalla, Tampereella, Turussa ja Oulussa tammi-, helmi- ja maaliskuussa 2014

10 yleisintä syytä toimintaterapiaan pääsemiselle alle kouluikäisillä lapsilla Vantaalla, Tampereella, Turussa ja Oulussa tammi-, helmi- ja maaliskuussa 2014	
1.	Visuomotoriikka
2	Motoriset taidot
3.	Hienomotoriset taidot
4.	Toiminnan ohjaus
5.	Kehonhallinta
6.	Keskittyminen
7.	Sosiaaliset tilanteet
8.	Sensorinen integraatio
9.	Leikkitaidot
10.	Tunteiden ilmaisu
10.	Siirtymätilanteet haastavia

### 5.3 Millainen kriteeristö olisi tarpeellinen?

Tässä luvussa esitellään tulokset, jotka liittyvät opinnäytetyön kolmanteen tutkimuskysymykseen: Minkälainen kriteeristö olisi tarpeellinen? Kysymyksen muotoilu mahdollisti, että samalla saatiin vastaus, sekä siihen onko kriteeristö tarpeellinen, että minkälainen se voisi olla. Oli tärkeää saada toimintaterapeuttien omia näkemyksiä, sillä mahdollinen kriteeristö tulisi olemaan heidän työkalunsa.

Haastatelluilta toimintaterapeuteilta kysyttiin, olisiko heidän mielestään syytä luoda kansallinen kriteeristö ohjaamaan lasten toimintaterapiaan pääsyä. Suurin osa vastaajista oli sitä mieltä, että yhtenäinen kansallinen kriteeristö olisi tarpeen luoda. Kriteeristön kannattajat kuitenkin painottivat, että jokainen asiakastilanne on yksilöllinen ja toimintaterapian tarvetta on aina ajateltava tapauskohtaisesti. Tästä syystä toimintaterapeutit kokivat, että olisi erittäin vaikeaa luoda yksityiskohtaista ja tarkkaa kriteeristöä, jonka avulla voisi määrittää kuka tarvitsee toimintaterapiaa ja kuka ei. Toimintatera-

peutit painottivat, että kriteeristön tulisikin olla enemmän suositus, jossa olisi suuntaviivat toimintaterapiaan ohjaamiselle, kuin tarkka listaus siitä, mitkä tekijät täytyy täytyä ennen kuin lapsi ohjataan toimintaterapiaan.

Toimintaterapeutit korostivat haastatteluissa, että kriteeristö yhtenäistäisi käytäntöjä kansallisesti ja siten lisäisi asiakkaiden tasa-arvoa. Toiveena oli, että kriteeristö voisi yhtenäistää toimintaterapeuttien työkäytäntöjä luoden puitteet arvioinnille. Eräs haastatelluista toimintaterapeuteista toi esille, että kriteeristön avulla voitaisiin yhtenäistää arviointivälineistöä niin, että niiden avulla saataisiin vertailukelpoisia tuloksia koko Suomen alueelta. Näin ollen, arviointitulosten tulkinta voisi tulla myös yhtenäisemmäksi, kun kaikkialla olisi käytössä samat arviointimenetelmät. Yksi haastatelluista toi esille, että toivoisi mahdollisen ohjeistuksen tuovan raameja toimintaterapian keston, terapiakertojen määriin, oikea-aikaisuuteen ja tavoitteiden asetteluun. Hän mietti, että jos kriteeristö luotaisiin, se perustuisi diagnoosiryhmiin. Eräs haastatelluista pohti, voisiko kriteeristön avulla perustella toimintaterapeuttien palkkaamisen tarvetta.

Haastateltavat kokivat, että yhtenäisten, valtakunnallisten kriteerien luominen olisi hyvin haastavaa. Haasteina nähtiin muun muassa tällä hetkellä vallitsevien käytäntöjen kirjavuus. Eräs haastatelluista nosti esiin, että olisi vaikeaa luoda toimintaterapiaan pääsyle valtakunnallisia kriteerejä, kun arviointiinkaan ei pääse joka kunnassa samoin perustein. Toimintaterapeutit kokivat kuntien resurssien olevan haaste yhtenäisen kriteeristön luomiselle. Toimintaterapeutit toivat esille, että kuntien ollessa hyvin erilaisia, niin asukasmääriltään, kuin kuntoutukseen käytettäviltä määrärahoiltaan, olisi vaikeaa luoda valtakunnallisesti yhtenevää kriteeristöä toimintaterapiaan pääsyle.

Valtakunnallisesti yhtenäisten kriteerien luomisessa toimintaterapeutit näkivät etuja sekä haittoja. Kriteeristön hyvinä puolina toimintaterapeutit pitivät sitä, että se helpottaisi erityisesti vastavalmistuneiden ja uuden asiakasryhmän kanssa toimivien työtä. Lisäksi ajateltiin, että kriteeristö helpottaisi päätöksen tekoa. Eduksi koettiin, että se toimisi keskustelujen tukena esimerkiksi kollegoiden ja muiden tahojen välillä. Kriteeristön hyvänä puolena pidettiin myös sitä, että se takaisi kaikille lapsille yhtäläiset mahdollisuudet saada tukitoimia. Riskinä nähtiin, että kriteeristö määrittäisi liian voimakkaasti toimintaterapiaan pääsyle, eikä kokonaistilannetta otettaisi huomioon päätöksen teossa. Eräs toimintaterapeutti nostikin esille, että inhimillisyyttä kärsii, jos toimintaterapian suositelussa tarkastellaan vain pisteytyksiä. Lisäksi pohdittiin mihin kriteeristö perustuisi,



kun arvioinnitkin tehdään eri välineillä ja näin ollen arviointien tulokset eivät ole suoraan vertailtavissa keskenään.

## 6 Tulosten tarkastelu ja johtopäätökset

Opinnäytetyötä ohjaavana teoriana oli kanadalainen toiminnallisuuden ja sitoutumisen malli (CMOP-E) ja sitä käytettiin aineiston analysoimisessa. Menetelmä aineiston analysoimisessa oli teorialähtöinen sisällönanalyysi, jota käytettiin kyselylomakkeen analysoimisessa. Haastattelujen analysoimiseen käytettiin aineistolähtöistä sisällönanalyysia.

Opinnäytetyötä ohjaavaksi teoriaksi valikoitui kanadalainen toiminnallisuuden ja sitoutumisen malli, sillä se mahdollisti toimintaterapiaan tulleiden asiakkaiden syiden tarkastelun monipuolisesti sekä ilman, että asiakkaita oli tavattu henkilökohtaisesti. Aineisto päädyttiin keräämään sekä kyselylomakkeella, että puolistrukturoidulla yksilöhaastattelulla, koska kaksi keräämistä tapaa varmisti aineiston monipuolisuuden ja laajuuden. Tällä tavalla mahdollistui myös kyselylomakkeiden palautus suoraan opinnäytetyön tekijöille, sekä haastatteluissa pystyttiin tarkistamaan ja lisäämään lomakkeella kerättyjä tietoja. Molemmat sisällönanalyysit tulivat analysointimenetelmiksi, johtuen kahdesta erilaisesta aineiston keräämistä menetelmästä. Näillä molemmilla analysointimenetelmillä saatiin kerätystä aineistosta kaikki olennainen tieto hyödynnettyä. Aineiston keräämistä jälkeen, aloitettiin sen analysoiminen, sekä tulosten tarkasteleminen ja niiden tulkinta.

Aineistosta nousi esiin muitakin mielenkiintoisia tuloksia, kuin opinnäytetyön tutkimuskysymyksiin vastaavat tulokset. Nämä tulokset haluttiin myös tulkita ja esittää. Ja niiden tulkinnat esitellään tässä luvussa. Tuloksien tulkinnan yhteydessä tarkasteltiin opinnäytetyössä määriteltyjen hypoteesien toteutumista. Opinnäytetyön tekijät pohtivat tässä luvussa opinnäytetyöprosessin kulkua ja toteutusta. Opinnäytetyön tuloksia tarkastellessa on syytä muistaa kuinka kapea-alaiselle sektorille opinnäytetyö sijoittuu. Opinnäytetyö kuvaa perusterveydenhuollossa olevien toimintaterapeuttien työnkuvasta vain pienen osan, alle kouluikäisten arvioinnit. Tämän lisäksi lasten parissa perusterveydenhuollossa toimivat toimintaterapeutit toteuttavat toimintaterapiaa, ja työskentelevät myös kouluikäisten lasten kanssa.

Opinnäytetyössä valittu tapa, ottaa yhteys ensisijaisesti esimiehiin opinnäytetyön suunnitelmavaiheessa, tuntui toimineen hyvin. Esimiehet innostuivat opinnäytetyön aiheesta ja toimintaterapeuteille mahdollistettiin opinnäytetyöhön osallistuminen omalla työajallaan. Luultavasti tämä vaikutti siihen, että opinnäytetyöhön osallistui Tamperetta lukuun ottamatta kaikki perusterveydenhuollossa alle kouluikäisten lasten kanssa tammi – maaliskuussa 2014 työskennelleet toimintaterapeutit. Jälkeenpäin ajateltuna opinnäytetyön tekijöiden käsitteiden määrittely olisi voinut olla perusteellisempaa. Alussa, opinnäytetyön tekijät ymmärsivät käsitteiden kriteeri ja syy olevan synonyymeja, vaikka näin ei ole. Lisäksi käsite kriteeristö voidaan ymmärtää eri tavoilla. Kriteeristö voidaan ymmärtää hyvinkin tiukaksi mittapuuksi tai vapaammaksi ohjenuoraksi. Ohjeistus on kuitenkin oikeampi termi, kun puhutaan tällaisesta vapaammasta ohjenuorasta. Opinnäytetyön edetessä opinnäytetyön tekijät oivalsivat, että kriteereillä voidaan tarkoittaa enemmänkin niitä ehtoja, joiden on toteuduttava, jotta asiakas ohjataan toimintaterapiaan. Näissä ehdoissa voi olla mukana toimintaterapiaan ohjaamisen syitä, mutta ohjaamisen syyt eivät itsessään muodosta kriteeriä terapiaan ohjaamiselle. Myös opinnäytetyön aikataulun intensiivisyys toi opinnäytetyön toteutukseen omat haasteensa. Jälkeenpäin ajateltuna, tarkemmin asetetut väliaikatavoitteet olisivat palvelleet opinnäytetyön toteutusta.

Toimintaterapeuttien tapaaminen haastatteluiden merkeissä heidän työpaikoillaan oli itsessään mielenkiintoinen, opettavainen ja positiivinen kokemus opiskelijoille. Tavatut toimintaterapeutit olivat lähes kaikki tehneet vuosia, jopa kymmeniä vuosia, töitä lasten parissa perusterveydenhuollossa. Toimintaterapeuttien haastatteluissa moni totesi viihtyvänsä työssään ja työpaikassaan. Aito kiinnostus alaa ja sen kehittämistä kohtaan tuli esille jo opinnäytetyöhön osallistuneiden toimintaterapeuttien määrässä, haastattelukysymyksissä sekä vapaassa keskustelussa haastatteluiden jälkeen.

Opinnäytetyön eettiset periaatteet esiteltiin luvussa 4.1, niiden noudattaminen opinnäytetyöprosessin ajan on käynyt luontevasti ja ilman ongelmia. Eettiset arvot ovat seuranneet opinnäytetyön kaikkia vaiheita ja niitä on pohdittu opinnäytetyön tekijöiden kesken. Aina, kun jokin tulos tai käsite arvelutti, sitä pohdittiin myös eettiseltä kannalta. Näin mahdollistettiin läpi koko opinnäytetyön jatkuva eettinen keskustelu. Opinnäytetyön tekijät olivat koko prosessin ajan tietoisia omasta vastuustaan eettisyyden suhteen. Opinnäytetyön tekijöillä oli halu tuottaa eettisesti laadukas työ. Kokonaisuudessaan eettisten arvojen huomioon ottaminen ja esiintuominen ovat onnistuneet opinnäytetyön

tetyössä. Opinnäytetyön tekijät myös varmistivat tekstien laadun, luotettavuuden ja tulkintojen paikkansa pitävyyden moneen kertaan.

Opinnäytetyön tuloksista kävi ilmi, että uusien asiakkaiden sukupuolijakauma oli kaikissa opinnäytetyössä mukana olleissa kunnissa poikavoittainen. Se, että sukupuolijakauma on epäsuhtainen erityistä tukea tarvitsevien lapsien osalta, on ilmennyt myös aikaisemmissa tutkimuksissa. Esimerkiksi Terttu Mäkisen vuonna 1993 julkaistussa väitöskirjassa: Yksilön varhaiskehitys koulunkäynnin perustana, ilmenee, että erityisvaikeuksia ja erityisen tuen tarvetta esiintyi enemmän pojilla kuin tytöillä. Sukupuolijakauman syy ei kuitenkaan tästäkään väitöksestä selviä. (Mäkinen 1993: 187.) Aiemmissakaan tutkimuksissa ei analysoida mistä tällainen sukupuolijakauma voisi johtua. Tiedon riittämättömyyden takia, opinnäytetyön tekijöillä ei ollut mahdollisuutta tulkita tarkemmin saatua tulosta.

### 6.1 Toimintaterapiaan pääsemisen syyt perusterveydenhuollossa

Tämän luvun tulosten tulkinnat vastaavat opinnäytetyön tutkimuskysymykseen: Millaisin kriteerein alle kouluikäiset lapset saavat toimintaterapiaa perusterveydenhuollossa? Tulosten perusteella voidaan todeta, että kuntien käytänteissä toimintaterapiaan ohjaamisessa oli eroja. Kuntoutuspalveluiden järjestäminen kunnan sisällä vaikutti siihen, millainen työnjako eri kuntoutuspalveluiden tuottajien välillä oli. Esimerkiksi Oulussa toimintaterapiaan ohjaamiseen vaikutti se, että mikäli asiakkaan haasteet painoutuivat tunnepuolelle, vastasi asiakkaan kuntoutuksesta joko perheneuvola tai lasten- ja nuorisopsykiatrinen tiimi. Muissa kunnissa myös tunnepuolen haasteita kuntoutettiin toimintaterapian avulla.

Uusien asiakkaiden määrässä oli kuntien välillä eroja. Lukumäärään tutkittuna ajankohdana vaikutti oletettavasti paljon lähettävä taho. Eri kunnissa työskentelevät, terveydenhoitajat, lastentarhanhoitajat ja -opettajat lähettävät oletettavasti toimintaterapeutin arviointiin eri syistä. Myös asiakaskohtaisten arviointikertojen määrän voidaan olettaa vaikuttavan uusien asiakkaiden määrään. Oletettavasti, jos paikkakunnalla käytetään asiakkaan arviointiin kaksi käyntikertaa, voidaan uusia asiakkaita ottaa enemmän kuin paikkakunnalla, jossa asiakkaan arviointiin käytetään kolme käyntikertaa. Lisäksi on huomioitava, että toimintaterapeuttien keskinäinen työnjako vaikuttaa uusien asiakkaiden määriin. Osa tässä opinnäytetyössä informanteina olleista toimintaterapeuteista työskenteli myös kouluikäisten lasten kanssa. Tästä syystä heillä kävi ajanjaksolla

tammi – maaliskuu vähemmän uusia alle kouluikäisiä lapsia toimintaterapia-arvioinnissa kuin heidän kollegoillaan. Uusien asiakkaiden määrään tutkittuna ajankohdana vaikuttaa myös se, kuinka paljon informantteina toimineet toimintaterapeutit olivat toteuttaneet toimintaterapiaa kyseisenä ajanjaksona.

Vantaalla ja Tampereella toimintaterapian palvelut tuotettiin pääosin omana palveluna. Tämä vaikuttanee siihen, minkä verran uusia asiakkaita tutkittuna ajanjaksona on voitu ottaa toimintaterapia-arvioon. Eniten uusia alle kouluikäisiä lapsia kävi toimintaterapia-arviossa tutkittuna ajanjaksona Turussa, keskimäärin 34 uutta asiakasta toimintaterapeuttia kohti. Turussa toimintaterapiapalvelut kuitenkin tuotetaan pääosin ostopalveluna, joka on varmasti osaltaan mahdollistanut arviointiasiakkaiden suuren määrän. Oulussa tilanne oli muihin kuntiin nähden siinä mielessä poikkeava, että uusia toimintaterapia-arvioon tulleita asiakkaita oli tutkitulla ajanjaksolla vähiten toimintaterapeutteja kohti, mutta Oulussa liki kaikki toimintaterapia tuotetaan ostopalveluna. Ostopalvelun suureen määrään vaikuttanee, että osa palveluista ostetaan kunnan sisällä toisesta kuntoutusyksiköstä.

Tässä opinnäytetyössä hypoteesina oli, että työkokemus perusterveydenhuollossa sekä lisäkoulutukset saattavat vaikuttaa ammatilliseen harkintaan ja näin ollen toimintaterapeutin antamiin suosituksiin jatkoterapiasta. Tätä ei pystytä opinnäytetyön otoksella todentamaan laskennallisesti, sillä opinnäytetyöhön osallistuneet toimintaterapeutit olivat työskennelleet kunnalle keskimäärin 13 vuotta ja 3 kuukautta. Alle kymmenen vuotta samassa paikassa työskennelleitä oli vain kaksi, joten vertailuryhmää ei ollut. Haastatteluissa kuitenkin toimintaterapeutit toivat esille muun muassa, että ammatillinen harkinta kehittyy jatkuvasti ja työskentely on nykyään erilaista kuin vastavalmistuneena.

Tulosten perusteella kunnan ja organisaation vaikutus toimintaterapiaan ohjaamisessa näkyi eniten kunnissa, joissa oli luotu organisaation sisäinen ohjeistus tai kriteeristö ohjaamaan toimintaterapiaan pääsyä. Kunnan sisäisestä kriteeristöstä huolimatta toimintaterapeutit painottivat, että ammatillisen harkinnan merkitys ei vähene kriteeristön myötä, mutta kriteeristö voi helpottaa toimintaterapeutin työtä. Näin ollen voidaan olettaa, että vaikka kansallinen kriteeristö toimintaterapiaan ohjaamisesta päätettäisiin luoda, olisi ammatillisen harkinta edelleen merkittävä osa toimintaterapeutin työtä.

Toimintaterapian koulutusohjelmassa ammatillisen harkinnan opetus voi olla haastavaa, kun jokaisella asiakasryhmällä omissa konteksteissaan on niin paljon kokonaisuudessaan huomioitavia seikkoja, jotka vaikuttavat siihen miten toimintaterapeutti voi esimerkiksi suositella toimintaterapiaa. Opiskelijan voi olla vaikea ymmärtää esimerkiksi pragmaattisen tai eettisen harkinnan puolia harjoittelussa, jossa terapiasuhte jää kohtuullisen lyhyeksi ja osa terapiaprosessista saattaa opiskelijalta jäädä väliin kokonaan. Opiskelijalla ei myöskään ole kokemuksen tuomaa tunnetta, jota toimintaterapeutit haastatteluissa kuvasivat. Kuten toimintaterapeutit haastatteluissa toivat esille, saattaisivat kansalliset kriteerit helpottaa myös vastavalmistuneiden uusien toimintaterapeuttien ammatillista harkintaa sekä päätöksen tekoa.

Hypoteesiin: toimintaterapeutin työkokemuksen ja mahdollisten lisäkoulutusten vaikutuksesta asiakkaiden toimintaterapiaan ohjaamiseen, ei pystytty aineiston avulla todentamaan luotettavasti. Tämä johtui siitä, etteivät opinnäytetyön tekijät tietäneet asiakkaista muuta kuin toimintaterapiaan ohjaamisen syyn. Nämä syyt eivät kuitenkaan itessään kertoneet riittävästi siitä, mistä toimintaterapiaan ohjaamisen syy johtui. Esimerkiksi, jos toimintaterapiaan ohjaamisen syynä olivat sosiaalisten tilanteiden haasteet, ei voitu taustoja tuntematta arvioida, johtuivatko sosiaalisen tilanteiden haasteet tunnepuolen tekijöistä vai olivatko ne kenties seurausta sensorisen integraation ongelmista.

Tuloksissa olevassa taulukossa 3. on kohta: toimintaterapiaa saaneet asiakkaat, joka oli pienempi kuin arviointiin tulleiden asiakkaiden kohta. Tämä voi tarkoittaa, että lapsia lähetetään toimintaterapian arviointiin herkästi, mikä on hyvä. Sillä arvioinnin jälkeen voidaan todeta, että asiakas ei tarvitse toimintaterapiaa. Se voi myös merkitä, että kunnilta ei ole tarpeeksi resursseja toimintaterapian tarjoamiseksi kaikille tarvitseville. On kuitenkin huomautettava, että tutkimuksessa ei ole otettu huomioon esimerkiksi tarkkailujaksolle jääneitä lapsia, jotka ovat saaneet ohjeistusta kotiin ja päiväkotiin, mutta eivät toimintaterapiaa. Näistä lapsista osa on myös uudelleen arvioinnin myötä voinut saada toimintaterapiaa. Koska kaikkien kuntien talousarvioista ei ilmennyt tarkkoja kuntoutukselle budjetoituja määrärahoja, on todella vaikeaa arvioida, miten kuntien budjetti on vaikuttanut toimintaterapian määriin.

Jotta voitaisiin vastata kysymykseen: Millaisin kriteerein alle kouluikäiset lapset saavat toimintaterapiaa perusterveydenhuollossa? -kysymys pitäisi muotoilla toisin. Tämä on siksi, että opinnäytetyön tekijät ymmärsivät käsitteiden kriteeri ja syy olevan synonyy-

meja, vaikka ne eivät ole. Näin ollen kysymyksestä: Millaisin kriteerein alle kouluikäiset lapset saavat toimintaterapiaa perusterveydenhuollossa? - olisi pitänyt tulla vastaus toimintaterapian pääsyn syihin ja kysymyksestä: Millaisia eroja lasten toimintaterapiaan pääsyllä on eri kuntien välillä? - piti tulla ilmi kuntien välisiä eroja tässä asiassa. Kuitenkin, jälkimmäinen kysymys vastasi osaltaan molempiin kysymyksiin ja ensimmäinen kysymys vastasi perusterveydenhuoltoa koskettaviin, vaikuttaviin tekijöihin toimintaterapiaan pääsyssä. Tämä ei kuitenkaan ollut ongelma, sillä epäolennaista tietoa ei loppujen lopuksi saatu. Kerätty aineisto oli vain erilaista, kuin aluksi oltiin kuviteltu.

## 6.2 Toimintaterapiaan pääsy eri kunnissa

Tässä luvussa vastataan opinnäytetyön tutkimuskysymykseen: Millaisia eroja lasten toimintaterapiaan pääsyllä on eri kuntien välillä? Kunnan ja organisaation vaikutus toimintaterapiaan ohjaamisessa näkyi selkeimmin kunnissa, joissa oli luotu organisaation sisäinen kriteeristö ohjaamaan toimintaterapiaan pääsyä. Vantaalla ja Oulussa oli käytössä organisaation sisäinen kriteeristö, ja Tampereelle sellaista oltiin luomassa aineiston keräämisen aikaan. Oulussa asiakkaat, joiden haasteet painoutuivat emotionaaliseen puoleen, kuten sosiaaliseen vuorovaikutukseen, ohjataan joko perheneuvolan tai lasten- ja nuorisopsykiatrisen palveluihin. Muissa aineistossa mukana olleissa kunnissa emotionaalisetkin haasteet kuuluivat toimintaterapian palveluihin. Vantaalla haastatellut korostivat, että asiakkaan pulmien tulee näkyä usealla osa-alueella, ja niiden täytyy vaikeuttaa arjessa suoriutumista, jotta asiakas ohjataan toimintaterapiaan.

Kanadalaisen toiminnallisuuden ja sitoutumisen mallia (CMOP-E) käytettiin ohjaavana teoriana, kun analysoitiin kyselylomakkeilla kerättyjä toimintaterapiaan pääsyn syitä. Kun jokaiselle syyllä oli määriteltä teorimallista siihen sopivat osa-alueet, osa-alueista tehtiin diagrammeja. Jokainen kunta sai oman diagrammin, mistä ilmeni kuinka monta prosenttia eri osa-alueet esiintyivät sen kunnan toimintaterapeuttien arvioimien uusien asiakkaiden syissä.

Kun diagrammeja vertaillaan, voidaan huomata kolme osa-alueetta, jotka ovat joka kunnassa esiintyneet usein. Nämä ovat ihmisen fyysinen osa-alue, toiminnan osa-alueista tuottavuus sekä institutionaalisen ympäristön osa-alue. Tässä tulee muistaa, että opinnäytetyön tekijät määrittelivät, että toimintaterapian asiakkuus tarkoittaa, että asiakkaiden syyt kuuluvat institutionaaliseen osa-alueeseen. Sen sijaan fyysinen (ihminen) osa-alue ja tuottavuuden osa-alue ovat nousseet esiin aineistosta. Tämän tuloksen perus-

teella vaikuttaisi siltä, että alle kouluikäisten lasten fyysiset ongelmat ja tuottavuutta hankaloittavat tekijät ovat yleisimpiä toimintaterapiaan pääsyn syitä uusilla arvioinnissa olleilla alle kouluikäisillä lapsilla kunnissa, jotka olivat mukana opinnäytetyössä. Tätä tulosta pohditaan vielä myöhemmin lisää muun aineiston valossa.

Ihmisen osa-alueissa on selvästi nähtävissä, että jokaisessa kunnassa fyysisen osa-alueen jälkeen seuraavaksi eniten on esiintynyt kognitiivista osa-aluetta. Ainoastaan Tampereella oli yhtä paljon kognitiivista ja affektiivista osa-aluetta. Tähän voi osaltaan vaikuttaa se, että Tampereelta osallistui vain yksi toimintaterapeutti. Koska otos on sen takia pienempi kuin muiden kuntien, ei eroavaisuuksia välttämättä näy. Se minkä takia ihmisen osa-alueet ovat jakautuneet kaikissa kunnissa aikaisemmin mainitulla tavalla, voi osaltaan johtua asiakkaiden iästä. Koska opinnäytetyön kohteena olivat alle kouluikäiset lapset, heillä voi herkemmin löytyä haastavuutta fyysisistä osa-alueista. Vaikuttavana tekijänä on myös opinnäytetyön kohdentuminen perusterveydenhuoltoon. Kognitiiviset ja affektiiviset ongelmat saatetaan ohjata useammin erikoissairaanhoidon piiriin. Henkisyiden osa-alue oli jokaisessa kunnassa pieni, tämä johtuu suurelta osalta siitä, että asiakkaita tuntematta ei voitu sanoa mikä syy vaikuttaa hänen henkisyiteensä. Henkisyys olisi todennäköisesti esiintynyt tuloksissa enemmän, jos aineistoa olisi kerätty tavalla, jossa asiakkaita olisi tavattu henkilökohtaisesti.

Toiminnan osa-alueista tuottavuuden jälkeen seuraavaksi esiintynein oli vapaa-ajan osa-alue. Ainoastaan Oulussa itsestä huolehtimisen osa-alue oli esiintynyt useammin kuin vapaa-aika. Itsestä huolehtimisen osa-alue on esiintynyt harvemmin melkein kaikissa kunnissa luultavasti sen takia, että kyseessä on alle kouluikäisten lasten ikäluokka. Tämän ikäisillä lapsilla itsestä huolehtiminen ei ole yhtä olennaista kuin se, että pystyy vapaa-ajalla toimimaan ongelmitta. Vanhemmat pitävät vielä huolen lapsen huolehtimisesta, lapsen itsensä ei tarvitse vielä kyetä kaikkiin itsestä huolehtimisen toimenpiteisiin. Tuottavuus on esiintynyt eniten, tämä voi johtua siitä, että tuottavuuden hankaluudet huomataan helposti. Ne vaikeuttavat toimintaa ja voivat estää esimerkiksi päiväkodissa osallistumisen.

Ympäristön osa-alueista institutionaalinen on esiintynyt eniten. Tämän jälkeen eniten on esiintynyt sosiaalisen ympäristön osa-alue. Vantaa oli ainut kunta, jossa fyysisen ympäristön osa-alue oli ilmennyt enemmän, kuin sosiaalisen ympäristön osa-alue. Syytä tähän on vaikea arvioida. Sosiaalinen osa-alue on esiintynyt enemmän luultavasti sen takia, että alle kouluikäisen lapsen sosiaalinen ympäristö on tärkeä. Jos lapsella on

ongelmia tulla esimerkiksi esikoulussa toimeen muiden lasten kanssa, se on syy johon kannattaa puuttua. Fyysinen ympäristö nousi esille harvemmin, osaksi myös sen takia, että opinnäytetyön tekijät eivät pystyneet todentamaan sen vaikutusta varmasti. Kulttuurinen ympäristö oli osa-alue, jota ei voitu liittää mihinkään syyhyn tapaamatta lasta henkilökohtaisesti. Kaikki lapset kuuluvat johonkin kulttuuriin ja kulttuuriset arvot vaikuttavat heihin, mutta tuntematta lapsia tämä osa-alue oli mahdotonta sijoittaa mihinkään yksittäiseen toimintaterapiaan pääsyn syyhyn.

Kuntien diagrammeista löytyi yhtenäisyyksiä ja eroavaisuuksia. Kuitenkaan ei voitu todentaa, että Vantaan ja Oulun diagrammeissa olisi ollut yhtäläisyyksiä, vaikka molemmissa kunnissa oli käytössä toimintaterapiaan pääsyä ohjaava kriteeristö. Tämä johtuu luultavasti siitä, että molemmat kunnat ovat luoneet itse kriteeristönsä ja yhtäläisyyksiä ei eri kriteeristöjen takia ole nähtävissä.

Opinnäytetyön tuloksissa on nähtävissä myös taulukko, jossa on esitetty jokaisesta kunnasta toimintaterapiaan pääsyn kolme yleisintä syytä tutkittuna ajanjaksona. Kaikissa kunnissa ensimmäinen, eli eniten esiintynyt syy on erilainen. Toinen ja kolmas syy sen sijaan ovat Turussa ja Oulussa lähes samat. Kuitenkin on selvästi huomattavissa, että syyt vaihtelevat kuntien välillä. Yhtäläisyyksiäkin on havaittavissa, sillä esimerkiksi visuomotoriikka on esiintynyt kolmella kunnalla taulukossa. Vaihtelevuus selittyy sillä, että eri toimintaterapeutit suosittelivat alle kouluikäisiä lapsia toimintaterapiaan eri syillä. Jokainen toimintaterapeutti tekee itse päätöksen siitä, tarvitseeko arvioitu lapsi terapiaa. Tulokseen voi vaikuttaa myös se, minkälaisin syin toimintaterapiaan lähetetään asiakkaita. Tämä saattaa riippua siis osaltaan myös lähettävästä tahosta sekä lähettävän tahon näkemyksestä toimintaterapiasta ja alle kouluikäisen lapsen tarpeesta siihen.

Kun oli tarkasteltu jokaisessa kunnassa ilmenneitä kolmea yleisintä syytä, luotiin taulukko, josta näkyy kymmenen yleisintä syytä toimintaterapiaan pääsemiselle uusilla toimintaterapeutin arvioituilla alle kouluikäisillä lapsilla Vantaalla, Tampereella, Turussa ja Oulussa tammi- maaliskuun välisenä aikana 2014. Näin voitiin tarkastella kuntien yleisimpiä syitä kokonaisuutena. Kun kymmentä yleisintä syytä verrataan kolmeen yleisimpään syyhyn, voidaan huomata yhteys syiden välillä. Monet syyt, jotka ovat mainittu kolmena yleisimpinä esiintyvät myös kymmenen yleisimmän taulukossa.



Tässä vaiheessa voidaan tarkastella kanadalaisen toiminnallisuuden ja sitoutumisen mallin (CMOP-E) osa-alueista tehtyjä diagrammeja sekä kymmentä yleisintä syytä rinnakkain. Aikaisemmin todettiin, että ihmisen fyysinen osa-alue ja tuottavuuden osa-alue ovat esiintyneet usein diagrammeissa. Tämän tuloksen perusteella vaikuttaisi siltä, että alle kouluikäisten lasten fyysiset ongelmat ja tuottavuutta hankaloittavat tekijät ovat yleisimpiä toimintaterapiaan pääsyn syitä tutkituissa kunnissa uusilla asiakkailla tammi- maaliskuun aikana. Kun tätä tulosta verrataan kymmeneen yleisimpään toimintaterapiaan pääsyn syihin, voidaan huomata, että eniten esiintyneet syyt liittyvät alle kouluikäisen lapsen fyysisiin toimintoihin. Lisäksi voidaan huomata, että kymmenen yleisimmän toimintaterapiaan pääsemisen syyn taulukossa on syitä, jotka todennäköisesti vaikuttavat alle kouluikäisen lapsen tuottavuuteen. Näin ollen molemmat tulokset tukevat toisiaan, tämä lisää niiden luotettavuutta.

Tarkasteltaessa toimintaterapiaan pääsyn eroja tutkituissa kunnissa voidaan sanoa, että kuntien välillä oli sekä eroavaisuuksia, että samankaltaisuuksia. Toimintaterapiaan pääsyyn vaikuttavat kanadalaisen toiminnallisuuden ja sitoutumisen mallin, sekä kymmenen yleisimmän syyn mukaan eniten alle kouluikäisen lapsen fyysiset ja tuottavuuden ongelmat. Tämä oli yhteistä kaikissa kunnissa. Siltikin, yleisin toimintaterapiaan pääsemisen syy oli joka kunnassa eri. Toisaalta, kolmessa yleisimmässä syyssä, joilla arvioidut alle kouluikäiset lapset pääsivät toimintaterapiaan, oli havaittavissa myös samankaltaisuuksia. Tämä viittaisi siihen, että toimintaterapeutin arvioinnissa olleista, alle kouluikäisten lapsien yksittäiset syyt vaihtelevat kunnissa, mutta suuremmat osa-alueet ovat suurin piirtein samankaltaiset eri kunnissa. Organisaatiot liittyvät myös toimintaterapian pääsyn eroihin eri kunnissa, mutta ne vaikuttavat enemmän toimintaterapeutin tekemään pohdintaan ja toimintamalleihin. Esimerkiksi organisaation sisäinen kriteeristö helpottaa toimintaterapeutin pohdintaa, kenelle toimintaterapiaa tulisi suositella.

### 6.3 Kriteeristö vai ohjeistus?

Tämä luku vastaa opinnäytetyön tutkimuskysymykseen: Millainen kriteeristö olisi tarpeellinen? Haastatellut toimintaterapeutit toivat esille, että kuntien olemassa olevien resurssien ja tämän hetkisten käytäntöjen kirjavuus tekevät yhtenäisen ja yksityiskohittaisen kriteeristön luomisesta vaikeaa. Mäkisen (1993) mukaan yksilön koulu-uran enustaminen tarkasti on mahdotonta, vaikka tiedossa on monia varhaisiän psyykkissosiaalisia kehystekijöitä, jotka ovat yhteydessä koulumenestykseen. Ihmisen kehitys muodostuu monenlaisten suotuisien ja epäsuotuisien tekijöiden monimutkaisessa yksi-

löllisessä vuorovaikutuksessa. Kun tarkastellaan yksittäisen kehityksellisen ilmiön taustaa, kehityskulkua ja ilmenemistä, voidaan samanlaiseltakin näyttävän ilmiön olettaa olevan yksilöllisesti monimääreinen. Kehitys etenee ennemminkin epäjatkovana ja prosessinomaisena kuin suoraviivaisena. (Mäkinen 1993: 182.) Mäkisen esille nostamat tekijät osaltaan puoltavat sitä, että pohdittaessa alle kouluikäisen lapsen terapiatarvetta huomioidaan tarkasti asiakkaan yksilöllisten tekijöiden lisäksi lapsen sen hetkinen kokonaistilanne. Tästä syystä onkin pohdittava, toisiko yhtenäinen kriteeristö lisäarvoa toimintaterapialle?

Toimintaterapeutit nostivat esille, että yhtenäiset käytännöt loisivat yhdenvertaisuutta ja toivoivat jonkinlaisia yhtenäisiä suuntaviivoja tukemaan omaa ammatillista harkintaa. Haastattelujen perusteella voidaankin arvioida, että yhtenäiset suuntaviivat, joissa ohjeistettaisiin esimerkiksi toimintaterapian oikea-aikaisuuteen, käytettävään arviointivälineistöön ja tavoitteiden asetteluun liittyvissä seikoissa, voisi auttaa toimintaterapeutteja työssään. Suomen Toimintaterapeuttiliitto ry on julkaissut vuonna 2010 suosituksen toimintaterapian arviointikäytännöistä. Tämän suosituksen tarkoituksena on muun muassa yhtenäistää käytäntöjä suomalaisessa toimintaterapiassa. (Suomen toimintaterapeuttiliitto ry 2010.) Koska Toimintaterapeuttiliitto on aiemmin julkaissut arviointikäytäntöihin liittyvät suositukset, voisi ajatella, että liitto voisi olla mukana suunnittelemassa myös kansallista ohjeistusta toimintaterapiaan pääsulle. Eräs haastatelluista toimintaterapeuteista toi esille, että mikäli Toimintaterapeuttiliitto olisi mukana ohjeistuksen luomisessa, voitaisiin ohjeistuksen ylläpitämiseen ja päivittämiseen valita työryhmä, joka varmistaisi ohjeistuksen kansallisen toimivuuden.

Kuten opinnäytetyöntekijätkin huomasivat, voidaan käsite kriteeristö ymmärtää jo lähtökohtaisesti eritavoin. Haastatellut toimintaterapeutit suhtautuivat myöskin yksityiskohdallisen kriteeristön luomiseen skeptisesti. Tästä syystä toimintaterapia ei oletettavasti kaipaa tiukkarajaista kansallista kriteeristöä, vaan olisi tarkoituksenmukaisempaa luoda väljempi, suuntaviivoja antava ohjeistus toimintaterapiaan pääsulle.

#### 6.4 Opinnäytetyön luotettavuus

Tämä opinnäytetyö tehtiin laadullisena tutkimuksena, jossa on määrällisiä piirteitä. Koska opinnäytetyössä on piirteitä molemmista tutkimustyypeistä, avataan sekä määrällisen, että laadullisen tutkimuksen arviointiin käytetyt menetelmät. Ongelmaksi tässä muotoutui juuri se, että näitä kahta tutkimustyyppiä arvioidaan eri tavoilla. Sen takia

opinnäytetyön arviointi oli haastavampaa, kuin vain yhden tutkimustyyppin opinnäytetyön.

Määrällisenä tutkimuksena tuotettua opinnäytetyötä arvioidaan yleensä tutkimuksen reliabeliuksen ja validiuksen kautta. Reliaabelius eli reliabiliteetti tarkoittaa luotettavuutta ja sitä, että mittaustulokset ovat toistettavissa, sekä opinnäytetyön kykyä tuottaa ei-sattumanvaraisia tuloksia. (Hirsjärvi ym. 2010: 231–233.) Ei-sattumanvaraisien tulosten arvioiminen opinnäytetyössä oli mahdollista, sillä opinnäytetyöhön osallistui neljä eri kuntaa, joiden vastauksia verrattiin toisiinsa. Näin tehden pystyttiin huomaamaan, jos tuloksissa olisi näkynyt runsaasti sattumanvaraisuutta. Mittaustulosten toistettavuutta on hankalampi todentaa ilman jatkotutkimuksia, sillä riski siihen, että eri tutkija saisi eri tuloksia, on aina olemassa. Toisaalta se, että opinnäytetyön kolme tekijää ovat analysoineet tuloksia myös itsenäisesti ja saaneet samoja tuloksia, viittaisi siihen, että opinnäytetyön tulokset ovat ainakin suuntaa-antavia.

Validius eli validiteetti tarkoittaa pätevyyttä, eli opinnäytetyön kykyä mitata ja tutkia juuri sitä, mitä sen on tarkoituskin (Hirsjärvi ym. 2010: 231–233). Tähän vaikuttavat opinnäytetyön aineistonkeräämisen menetelmät. Opinnäytetyön kyselylomake ja haastattelut suunniteltiin tarkasti. Kysymyksistä tehtiin selkeitä, jotta niihin vastanneet toimintaterapeutit ymmärsivät ne helposti väärinkäsitysten ehkäisemiseksi.

Laadullista tutkimusta voidaan arvioida eri tavoilla, mutta tämä opinnäytetyö arvioitiin käyttäen neljää luotettavuuskriteeriä. Nämä kriteerit olivat uskottavuus, siirrettävyys, vahvistuvuus ja varmuus. Laadullista opinnäytetyötä arvioitaessa uskottavuus tarkoittaa, että tutkijat ja tutkimukseen osallistuneet ovat ymmärtäneet samalla tavalla käsitteellisyydet ja tulkinnat. (Eskola – Suoranta 2001: 208–214.) Opinnäytetyössä nämä asiat on huomioitu informoimalla osallistuneita toimintaterapeutteja prosessista, sekä keskustelemalla heidän kanssaan haastattelujen jälkeen. Lisäksi heitä kannustettiin kysymään kysymyksiä koko prosessin ajan. Näillä tavoilla varmistettiin, että osallistuneiden toimintaterapeuttien käsitykset vastasivat opinnäytetyön tekijöiden käsityksiä. Uskottavuutta lisäävä tekijänä oli myös tarkkuus, jota käytettiin lähteisiin viittaamisessa, sekä useamman kuin yhden aineistonkeräämisen menetelmän käyttäminen.

Siirrettävyys tarkoittaa yksinkertaisuudessaan tulosten siirrettävyyttä eri konsepteihin (Eskola – Suoranta 2001: 208–214). Tässä opinnäytetyössä, se tarkoittaa esimerkiksi tutkittujen neljän kunnan tulosten siirtämistä muihin kuntiin. Suurin osa tuloksista on

suuntaa-antavia ja jotta ne olisivat suoraan siirrettäviä toisiin kuntiin tai valtakunnalliseksi, tarvittaisiin lisätutkimuksia.

Vahvistuvuus tarkoittaa, että kun tuloksien tulkintoja verrataan muihin samaa aihetta tarkasteleviin tutkimuksiin, ne saavat tukea toisistaan (Eskola – Suoranta 2001: 208–214). Opinnäytetyössä tämä on hankala todentaa, sillä aiheesta ei ole tehty muita tutkimuksia aikaisemmin. Varmuudella tarkoitetaan sitä, että tutkija on ottanut huomioon omat ennakko-oletuksensa (Eskola – Suoranta 2001: 208–214). Opinnäytetyössä ennakko-oletukset kerrottiin hypoteeseina, joita tarkasteltiin tulosten valossa, katsoen toteutuivatko ne. Tehden näin, ennakko-oletukset pystyttiin huomaamaan ja näin varmistamaan, että ne eivät vaikuttaneet tulosten tulkintoihin.

Eskola ja Suoranta (2001) toteavat, että laadullisessa tutkimuksessa tärkein luotettavuuden kriteeri on tutkija itse. Tämän takia arvioidessa luotettavuutta, täytyy katsoa koko tutkimusprosessia. (Eskola – Suoranta 2001: 210–212.) Mietittäessä luotettavuutta koko opinnäytetyöprosessin aikana, täytyy huomioida tekijät, jotka ovat voineet vaikuttaa tuloksiin. Näitä ovat esimerkiksi haastattelutilanteet, joissa haastattelijat tai haastateltavat ovat voineet jännittämisen takia vastata eri tavalla, kuin muissa olosuhteissa. Lisäksi hieman normaalia tiukempi aikataulu olisi saattanut saada opinnäytetyön tekijät tekemään virheitä tuloksien tulkinnassa. Näiden tekijöiden vähentämiseksi opinnäytetyön tekijät olivat harjoitelleet haastatteluja etukäteen. Tekijät myös juttelivat ennen haastatteluja toimintaterapeuttien kanssa, jotta tilanne ei olisi niin jännittävä. Tämän lisäksi kaikki kolme opinnäytetyön tekijää lukivat kirjoitetut tekstit, käsitteet, tulokset ja niiden tulkinnat. Näin varmistettiin, että virheitä ei ole päässyt käymään ja kaikilla oli yhtenäinen näkemys koko opinnäytetyöstä.

Alasuutari (1993) huomauttaa, että yleistämisessä on tärkeää, että tutkijat määrittelevät itse millä tavalla tai minkälaisissa suhteissa saatuja tuloksia voidaan yleistää (Alasuutari 1993: 202–206). Opinnäytetyön tulosten tulkinnan yleistäminen määritellään seuraavanlaisesti. Opinnäytetyön tulokset ovat suuntaa-antavia ja niitä ei ilman jatkotutkimuksia suositella yleistettäväksi koko Suomen kattaviksi. Niitä voi kuitenkin käyttää pohjana jatkotutkimuksia varten ja niistä saa suuntaa-antavan kuvan alle kouluikäisten lasten toimintaterapiaan pääsyn syistä, ammatillisen harkinnan merkityksestä toimintaterapeutin työssä, sekä kansallisen toimintaterapiaan pääsyn ohjeistuksen tarpeesta.

## 6.5 Jatkotutkimusehdotukset

Jatkotutkimusehdotuksia tuli sekä opinnäytetyöhön osallistuneilta toimintaterapeuteilta, että opinnäytetyön tekijöiltä. Ehdotuksia oli lopulta koossa niin monta, että ne päätettiin esitellä listan muodossa. Näin ne ovat helpoin sisäistä. Ehdotuksia on avattu hieman, jotta eri aiheiden ymmärtäminen olisi yksinkertaisempaa.

Ensimmäisenä aiheena on opinnäytetyön tekijöitä kiinnostava, kouluikäisten lapsien toimintaterapiaan pääsyn syyt. Olisi loogista siirtyä alle kouluikäisistä lapsista tutki- maan seuraavaksi kouluikäisiä lapsia ja heidän toimintaterapiaan tulemisen syitä. Tä- mä jatkotutkimus voisi myös auttaa mahdollistamaan kansallisen ohjeistuksen luomi- sen. Myös muiden ikäryhmien tutkiminen olisi mahdollista ja hyödyllistä.

Kiinnostusta herätti myös se, mitä kautta lapset lähetetään toimintaterapiaan ja mitkä ovat lähettämisen syyt. Tämä oli opinnäytetyön alkuperäinen idea ja tutkimusaihe. Se kuitenkin vaihtui, sillä haluttiin keskittyä toimintaterapeutin tekemään harkintaan. Aihe kiinnosti silti toimintaterapeuttejakin. Tämä voisi sopia sekä terveydenhoitotyön tutkin- to-ohjelmassa opiskeleville, että toimintaterapiaa opiskeleville. Aihe sopisi hyvin kah- den eri koulutusohjelman yhteistyöprojektiksi.

Seuraavan aiheen nostivat esille useat opinnäytetyöhön osallistuneet toimintaterapeutit eri kunnista. Aihe on: millä syillä lapset lähetetään toimintaterapian arviointiin ja mitkä ovat toimintaterapeutin havaitsemat asiat? Monia toimintaterapeutteja kiinnosti nähdä ero siihen, millä syillä lapset tulevat toimintaterapian arviointiin ja mitä toimintaterapeut- ti itse asiassa havaitsee heistä. Toimintaterapeuttien mukaan nämä syyt voivat vaihdel- la välillä hyvinkin suuresti. Se ei olekaan erikoista, koska eri alojen ammattilaiset kat- sovat lapsia ja heidän haasteitaan eri tavoilla. Näiden erojen näkeminen oli kuitenkin aihe joka herätti uteliaisuutta.

Jatkotutkimusehdotuksiksi esitetään myös kahta aihetta liittyen toimintaterapeuttien koulutuksiin. Toinen liittyy toimintaterapeuttien aikaisempiin koulutuksiin ja lisäkoulu- tuksiin. Sillä monilla toimintaterapeuteilla ei ole vain yhtä koulutusta ja toimintaterapian koulutus ei usein ole heille ensimmäinen. Olisi mielenkiintoista nähdä miltä aloilta ihm- set siirtyvät toimintaterapeuteiksi ja mitkä ovat yleisimmät lisäkoulutukset, joita toimin- taterapeutit käyvät. Toinen ehdotus kiinnittää huomioita siihen, miten toimintaterapeutin työvuodet ja lisäkoulutukset vaikuttavat toimintaterapiaan ohjaamiseen. Oma aineis-

tomme ei pystynyt vastaamaan tähän kysymykseen, joten tämä olisi hyvä jatkotutkimuskohde.

Opinnäytetyön tuloksista nousi seuraava ehdotus. Tutkimuskohteena tämä voi olla haastavampi, mutta äärimmäisen mielenkiintoinen. Mistä johtuu sukupuolijakauman epäsuhtaisuus, miksi poikia oli joka kunnassa enemmän toimintaterapian asiakkaina, kuin tyttöjä? Lisäksi olisi mielenkiintoista nähdä, jatkuuko sukupuolijakauma samanlaisena, jos kyse on vanhemmista lapsista. Aihe on laaja ja sen rajaaminen täytyisi tehdä hyvin.

Opinnäytetyön tekijöitä mietitytti kuinka monella arviointikerralla toimintaterapeutit arvioivat lapsia eri kunnissa. Yksi haastateltavista kertoi, että lapsia arvioidaan noin kolme kertaa sekä sen, että eri kunnissa arviointiin käytetyt kerrat voivat vaihdella. Olisi mielenkiintoista nähdä, kuinka paljon vaihtelua on vai onko sitä. Lisäksi voisi pohtia, vaikuttaako arviointikertoihin käytetty aika siihen aikaan, jota toimintaterapeuteilla on toimintaterapian toteuttamiseen.

## Lähteet

Aadland, Einar 1993. Sosiaali- ja terveydenhoitoalan etiikka. Ruoppila-Martinsen, Mar-ketta (suom.). Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Otava.

Ahonen, Timo 7.1.2010. Seulonta ja kielellisten erityisvaikeuksien varhainen toteami-nen. Verkkodokumentti.  
<<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=nix01469>>. Luettu: 18.12.2014.

Alasuutari, Pertti 1993. Laadullinen tutkimus. Tampere: Vastapaino.

Boyt Schell, Barbara A. - Schell, John W 2008. Philadelphia: Lippincott Williams & Wil-kins, a Wolters Kluwer business

Digert, Jaana 2014. Turun kaupungin kuntoutumispalvelut. Kuntoutumispalveluiden esite. Verkkodokumentti.  
<<http://www.turku.fi/Public/default.aspx?nodeid=14784&culture=fi-FI&contentlan=1>>. Luettu 1.12.2014.

Eskola, Jari – Suoranta, Juha 2001. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Jyväskylä: Vastapaino.

ETENE 2013. Alueellisen yhdenvertaisuuden eettisiä kysymyksiä. ETENE-julkaisuja 43. Helsinki: Valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta. Sosiaa-li- ja terveysministeriö. Verkkodokumentti.  
<[http://www.etene.fi/c/document\\_library/get\\_file?folderId=638150&name=DLFE-6304.pdf](http://www.etene.fi/c/document_library/get_file?folderId=638150&name=DLFE-6304.pdf)> 23-29. Luettu 7.9.2014

Hautala, Tiina – Hämäläinen, Tuula – Mäkelä, Leila – Rusi-Pyykönen, Mari 2011. Toi-minnan voimaa. Toimintaterapia käytännössä. Helsinki: Edita.

Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri. Toimintaterapia lastenneurologiassa. Verk-kodokumentti. <<http://www.hus.fi/sairaanhoito/lasten-sairaanhoito/lastenneurologia/toimintaterapia/Sivut/default.aspx>>. Luettu: 27.12.2014.

Hirsjärvi, Sirkka – Hurme, Helena 2009. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teo-ria ja käytäntö. Helsinki: Yliopistopaino.

Hirsjärvi, Sirkka – Remes, Pirkko – Sajavaara, Paula 2010. Tutki ja kirjoita. Hämeenlin-na: Kustannusosakeyhtiö Tammi. Kariston kirjapaino Oy.

Kansaneläkelaki 568/2007. Annettu Helsingissä 11.5.2007.

Kansanterveyslaki 66/1972. Annettu Helsingissä 28.1.1972.

Kela 18.11.2014. Etuuksien hakutavat. Verkkodokumentti.  
<<http://www.kela.fi/etuuksien-hakutavat>>. Luettu 19.12.2014.

Kela 15.3.2013. Historia. Verkkodokumentti. <<http://www.kela.fi/historia>>. Luettu 3.12.2014.

Kela n.d. Kelan kuntoutuspalvelujen saajat ja kustannukset. Verkkodokumentti. <[http://raportit.kela.fi/ibi\\_apps/WFServlet?IBIF\\_ex=NIT099AL](http://raportit.kela.fi/ibi_apps/WFServlet?IBIF_ex=NIT099AL)>. Luettu 28.12.2014.

Kela 13.12.2014. Lapsille ja nuorille. Verkkodokumentti. <<http://www.kela.fi/lapsille-ja-nuorille>>. Luettu 15.12.2014.

Kela 19.10.2012. Lääkärin rooli Kelan ratkaisussa. Verkkodokumentti. <[http://www.kela.fi/hakemuksesta-paatokseen\\_laakarin-roorli?redirect=http%3A%2F%2Fwww.kela.fi%2Fhenkiloasiakkaat%3Fp\\_p\\_id%3D3%26p\\_p\\_lifecycle%3D0%26p\\_p\\_state%3Dmaximized%26p\\_p\\_mode%3Dview%26\\_3\\_groupId%3D10180%26\\_3\\_keyworke%3Dalle%2Bkouluik%25C3%25A4isen%2Btoimintate rapBt%26\\_3\\_struts\\_action%3D%252Fsearch%252Fsearch%26\\_3\\_redirect%3D%252F](http://www.kela.fi/hakemuksesta-paatokseen_laakarin-roorli?redirect=http%3A%2F%2Fwww.kela.fi%2Fhenkiloasiakkaat%3Fp_p_id%3D3%26p_p_lifecycle%3D0%26p_p_state%3Dmaximized%26p_p_mode%3Dview%26_3_groupId%3D10180%26_3_keyworke%3Dalle%2Bkouluik%25C3%25A4isen%2Btoimintate rapBt%26_3_struts_action%3D%252Fsearch%252Fsearch%26_3_redirect%3D%252F)>. Luettu 13.12.2014.

Kela 2014. Terveys ja kuntoutus. Sairauteen liittyvät korvaukset ja päivärahat sekä kuntoutus- ja vammaisetuudet. Lyhyesti ja selkeästi. PunaMusta Oy. Verkkodokumentti. <[http://www.kela.fi/documents/10180/1454076/Esite\\_Terveys\\_ ja\\_kuntoutus\\_Kela.pdf/d74b8455-df42-4797-9182-7d381737160d](http://www.kela.fi/documents/10180/1454076/Esite_Terveys_ ja_kuntoutus_Kela.pdf/d74b8455-df42-4797-9182-7d381737160d)>. Luettu 18.12.2014.

Kulmala, Taina 2011. Kehittämisen palapeli. Toimintaterapian tuotteiden kehittäminen pala palalta. Erikoistumisopintojen opinnäytetyö. Metropolia ammattikorkeakoulu.

Kuntoutusportti 10.11. 2014. Kuntoutusta säätelevä lainsäädäntö Suomessa. Verkkodokumentti. <<http://www.kuntoutusportti.fi/portal/fi/kuntoutus/lainsaadanto/>>. Luettu: 2.1.2015.

Laki Kansaneläkelaitoksen kuntoutusetuuksista ja kuntoutusrahaetuksista 566/2005. Annettu Naantalissa 15.2.2005.

Lehto-Häggroth 2014. Vantaan hyvinvointikatsaus 2014. Verkkodokumentti. <[http://www.vantaa.fi/instancedata/prime\\_product\\_julkaisu/vantaa/embeds/vantaawww.vantaawww/103781\\_Vantaan\\_hyvinvointikatsaus\\_2014.pdf](http://www.vantaa.fi/instancedata/prime_product_julkaisu/vantaa/embeds/vantaawww.vantaawww/103781_Vantaan_hyvinvointikatsaus_2014.pdf)>. Luettu: 22.12.2014.

Mulligan Shelley 2014. Occupational therapy evaluation for children. 2<sup>nd</sup> edition. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, a Wolters Kluwer business.

Opintotukilaki 65/1994. Annettu Helsingissä 21.1.1994.

Orivesi n.d. Sosiaali- ja terveystalvet. Verkkodokumentti. <<http://www.orivesi.fi/?pid=5>>. Luettu 22.12.2014.

Oulu n.d.a. Oulu tietoa. Verkkodokumentti. <<http://www.ouka.fi/oulu/oulu-tietoa>>. Luettu: 15.12.2014.

Oulu n.d.b. Tietoa Oulusta. Verkkodokumentti. <[http://www.ouka.fi/c/document\\_library/get\\_file?uuid=4344c78b-2d53-4495-bfb2-f1eb7a61a845&groupId=50085](http://www.ouka.fi/c/document_library/get_file?uuid=4344c78b-2d53-4495-bfb2-f1eb7a61a845&groupId=50085)>. Luettu: 15.12.2014.

Oulu n.d.c. Päätöksenteko ja hallinto. Hyvinvointipalvelut. Verkkodokumentti. <<http://www.ouka.fi/oulu/paatoksenteko-ja-hallinto/hyvinvointipalvelut>>. Luettu: 15.12.2014.



Oulu 2014. Oulun talousarvio ja taloussuunnitelma 2015-2016. Verkkodokumentti.  
<[http://www.ouka.fi/c/document\\_library/get\\_file?uuid=29bf3730-8a6c-4268-a2a9-3dcb83a0db82&groupId=52058](http://www.ouka.fi/c/document_library/get_file?uuid=29bf3730-8a6c-4268-a2a9-3dcb83a0db82&groupId=52058)>. Luettu: 15.12.2014.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2005. Lapsille sopiva Suomi. YK:n yleiskokouksen lasten erityisistunnon edellyttämä Suomen kansallinen toimintasuunnitelma. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2005:5. Helsinki: Yliopistopaino. Saatavilla myös sähköisesti osoitteessa:

<[http://www.stm.fi/c/document\\_library/get\\_file?folderId=28707&name=DLFE-3795.pdf&title=Lapsille\\_sopiva\\_Suomi\\_\\_YK\\_n\\_yleiskokouksen\\_lasten\\_erityisistunnon\\_edellyttama\\_Suomen\\_kansallinen\\_toimintasuunnitelma\\_fi.pdf](http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=28707&name=DLFE-3795.pdf&title=Lapsille_sopiva_Suomi__YK_n_yleiskokouksen_lasten_erityisistunnon_edellyttama_Suomen_kansallinen_toimintasuunnitelma_fi.pdf)>. Luettu 12.9.2014.

Sosiaali- ja terveysministeriö 19.12.2014. Sote-uudistus. Verkkodokumentti.  
<[http://www.stm.fi/vireilla/kehittamisohjelmat\\_ja\\_hankkeet/palvelurakenneuudistus](http://www.stm.fi/vireilla/kehittamisohjelmat_ja_hankkeet/palvelurakenneuudistus)>. Luettu 28.12.2014.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2013. Terveystuho Suomessa. Sosiaali- ja terveysministeriön esitteitä 2. Tampere: Juvenes Print - Suomen Yliopistopaino Oy. Saatavilla myös sähköisesti osoitteessa:  
<[http://www.stm.fi/c/document\\_library/get\\_file?folderId=6511570&name=DLFE-26716.pdf](http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=6511570&name=DLFE-26716.pdf)>. Luettu 9.1.2015.

Suomen Toimintaterapeuttiliitto ry 2010. Hyvät arviointikäytännöt suomalaisessa toimintaterapiassa. Arvioinnin lähtökohdat ja suositukset. Verkkodokumentti.  
<<http://www.toimintaterapeuttiliitto.fi/images/arviointijulkaisu.pdf>>. Luettu 4.1.2015

Suomen Toimintaterapeuttiliitto ry 7.12.2010. Suositus toimintaterapian arviointikäytännöistä. Verkkodokumentti.  
<<http://www.toimintaterapeuttiliitto.fi/materiaalipankki/uutiset/175-suositus-toimintaterapian-arviointikaeytaennoeistaa.html>>. Luettu: 2.2.2015.

Suomen Toimintaterapeuttiliitto ry 16.4.2011. Toimintaterapeuttien ammattieettiset ohjeet. Verkkodokumentti.  
<<http://www.toimintaterapeuttiliitto.fi/images/stories/ammattieettisetohjeet2011.pdf>>. Luettu 9.1.2015.

Tampere 2014 a. Tampere-info 2014. Verkkodokumentti.  
<[http://www.tampere.fi/material/attachments/t/3QASp8B8O/TRE\\_Infokortti\\_2014\\_FI\\_nett.pdf](http://www.tampere.fi/material/attachments/t/3QASp8B8O/TRE_Infokortti_2014_FI_nett.pdf)>. Luettu: 28.12.2014.

Tampere 18.11.2014 b. Talousarvio 2014. Taloussuunnitelma 2014-2017. Tampereen konsernihallinnon talous- ja liiketoimintaryhmä. Verkkodokumentti.  
<[http://www.tampere.fi/material/attachments/t/6LSjE6v3e/Taloussuunnitelma\\_2014-2017.pdf](http://www.tampere.fi/material/attachments/t/6LSjE6v3e/Taloussuunnitelma_2014-2017.pdf)>. Luettu 22.12.2014.

Tampere 24.11.2014. Lasten toimintaterapia. Verkkodokumentti.  
<<http://www.tampere.fi/terveyspalvelut/kuntoutus/lastentoimintaterapia.html>>. Luettu: 28.12.2014.

Tampere 27.4.2009. Pormestarimalli.  
<<http://www.tampere.fi/hallintojatalous/toimintamallinuudistus/pormestarimalli.html>>. Luettu: 28.12.2014.

Teperi, Juha 18.7.2005. Erikoissairaanhoito. Verkkodokumentti.  
<[http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=suo00053](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=suo00053)>. Luettu: 28.12.2014.

Terveydenhuoltolaki 1326/2010. Annettu Helsingissä 30.12.2010.

Townsend, Elizabeth A. – Polatajko, Helene J. 2007. Enabling Occupation II: Advancing an Occupational Therapy Vision for Health, Well-being, & Justice through Occupation. Ottawa: CAOT Publications ACE.

Tuomi, Jouni – Sarajärvi, Anneli 2013. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Turku 15.10.2014. Hyvinvointitoimiala. Turun kaupungin organisaatio. Verkkodokumentti. <<http://www.turku.fi/Public/default.aspx?nodeid=14713&culture=fi-FI&contentlan=1>>. Luettu 1.12.2014

Turku 30.12.2014. Toimintaterapia. Verkkodokumentti.  
<<http://www.turku.fi/Public/default.aspx?contentid=107208>>. Luettu 31.12.2014.

Turku 13.10.2011. Turku info. Turun kaupungin yleisesitys. Verkkodokumentti.  
<<http://www.turku.fi/Public/default.aspx?contentid=298920&nodeid=4904>>. Luettu 21.12.2014.

Turku 17.12.2014. Yhteystiedot ja toimialat. Verkkodokumentti.  
<<http://www.turku.fi/Public/default.aspx?nodeid=50&culture=fi-FI&contentlan=1>>. Luettu 13.12.2014.

Valtonen, Riitta 28.11.2014. Leikki-ikäisen neurologinen kehitys (Lene). Verkkodokumentti. <<http://www.thl.fi/fi/web/lastenneuvolakasikirja/ohjeet-ja-tukimateriaali/menetelmat/neurologis-kognitiivinen-kehitys/lene>>. Luettu: 18.12.2014.

Vantaa 2014. Sosiaali- ja terveydenhuollon toimialan käyttösuunnitelma 2014. Verkkodokumentti.  
<[http://www.vantaa.fi/instancedata/prime\\_product\\_julkaisu/vantaa/embeds/vantaawww.vantaawww/96083\\_ka\\_ytto\\_suunnitelma\\_2014\\_net.pdf](http://www.vantaa.fi/instancedata/prime_product_julkaisu/vantaa/embeds/vantaawww.vantaawww/96083_ka_ytto_suunnitelma_2014_net.pdf)>. Luettu: 2.2.2015.

Vantaa n.d.a. Tietoa Vantaasta. Verkkodokumentti.  
<[http://www.vantaa.fi/tietoa\\_vantaasta](http://www.vantaa.fi/tietoa_vantaasta)>. Luettu: 22.12.2014.

Vantaa 1.1.2013. Vantaan kaupungin organisaatio. Verkkodokumentti.  
<[http://www.vantaa.fi/fi/hallinto\\_ja\\_talous/organisaatio](http://www.vantaa.fi/fi/hallinto_ja_talous/organisaatio)>. Luettu: 22.12.2014.

Väestörekisterikeskus 28.2.2014. Väestötietojärjestelmä. Kuntien asukasluvut suuruusjärjestyksessä. Verkkodokumentti.  
<<http://vrk.fi/default.aspx?docid=8473&site=3&id=0>>. Luettu 12.12.2014.

# Kyselylomake

	Sukupuoli	Ikä	Saiko lapsi terapiaa?	Ensisijainen syy lapsen terapiaan pääsylle.	Useita syitä	Ostop.	Oma
	F M		Kyllä Ei				
1.				Keskittymisen haastavaa päiväkodissa			X
2.			X				
3.							
4.							
5.							
6.							
7.							
8.							
9.							
10.							
11.							

**Kohtaan 1. on täytetty esimerkki tavasta jolla toimintaterapeutit täyttivät kyselylomaketta.**  
**Esimerkki ei ole oikea asiakas vaan keksitty. Lapsi oli kolme vuotias poika ja hän sai terapiaa. Syy tähän oli keskittymisen haastavuus päiväkodissa. Toimintaterapia tehtiin omana työnä.**



### Haastatteluiden analysoinnissa käytetty taulukkopohja

	Vantaa1	Vantaa2	Vantaa3		
Kysymys	Pelkistetty vastaus	Pelkistetty vastaus	Pelkistetty vastaus	Samat mielipiteet/vastaukset	Eri mielipiteet/vastaukset
Oliko kyselylomake hankala täyttää? Tuottiko jokin kohta ongelmia?	Ei, ei oikeastaan	Aluksi tuntui vähän sekavalta, mutta sehän oli yllättävän helppo	Ei ollut, piti vähän miettiä miten muotoilee syyt, muuten ei ollut ongelmia	Ei ollut hankala täyttää	Aluksi tuntui hieman sekavalta, kuitenkin helppoa  Piti miettiä miten muotoilla syyt, ei ongelmia kuitenkaan
Jäikö mielestäsi jotain olennaista informaatiota puuttumaan lomakkeesta?					
Kuinka kauan olet työskennellyt toimintaterapeutina k.o. kaupungissa? Entä yleisesti toimintaterapeutina?					
Onko sinulla mitään lisäkoulutuksia (esim. SI-terapia tms.) ja mitä ne ovat?					
Kuvaako lomakkeeseen täytetty ajanjakso mielestäsi hyvin normaalia vastaavaa ajanjaksoa? (Jos ei niin, miksi)					
Miten kuvailisit ammatillisen harkinnan merkitystä työssäsi?					

