

# Kuntoutuks

# 2022

3

Vastavuoroisuus mielenterveys- ja päihdekuntoutuksen kokemusasiantuntijatoiminnassa

Sosioekonomisen perhetaustan yhteys Kelan mielenterveysperusteiseen kuntoutukseen osallistumiseen toisen ja korkea-asteen opiskelijoilla

ICF ja käyttäytymisen muutosteoriat kuntoutuksessa

Osteopatia Suomessa

## SISÄLTÖ

---

### PÄÄKIRJOITUS

- MIKA PEKKONEN  
Keskeistä on osata ohjata kuntoutukseen 3

### TIETEELLISET ARTIKKELIT

- ✦ MARI KIVISTÖ, SANNA HAUTALA JA KARI SORONEN  
Vastavuoroisuus mielenterveys- ja päihdekuntoutuksen  
kokemusasiantuntijatoiminnassa 5

- ✦ MAARI PARKKINEN, HANNA RINNE, JOHANNA KORKEAMÄKI,  
MINNA PARKKILA, LIISA VAALASRANTA JA ERJA POUTIAINEN  
Sosioekonomisen perhetaustan yhteys Kelan mielenterveys-  
perusteiseen kuntoutukseen osallistumiseen toisen ja  
korkea-asteen opiskelijoilla 20

### KATSAUKSET JA ANALYYSIT

- ANU KIPPOLA-PÄÄKKÖNEN, AILA JÄRVIKOSKI JA  
KRISTIINA HÄRKÄPÄÄ  
ICF ja käyttäytymisen muutosteoriat kuntoutuksessa 38

### PUHEENVUOROT

- ELESSAR HOPEAPUU JA ANSSI ULVINEN  
Mitä osteopatia on? Osa 2: Osteopatia tienhaarassa 49

- HEIDI NIEMI  
Sosiaalisella kuntoutuksella on tärkeä paikka  
sosiaalipalvelujärjestelmässämme 54

- KUNTOUTUKSESSA TAPAHTUU 61

## KESKEISTÄ ON OSATA OHJATA KUNTOUTUKSEEN

---

Terveydenhuoltolain (L 1326/2010) perusteella julkinen terveydenhuolto (1.1.2023 alkaen hyvinvointialueet) järjestää potilaan sairaanhoitoon liittyvän lääkkinnällisen kuntoutuksen – nimenomaan järjestää. Kuntoutus voidaan järjestää omana palvelutuotantona tai ostopalveluina.

Kansaneläkelaitoksen (Kela) toimintaedellytykset kuntoutuspalvelujen järjestäjänä perustuvat Kelan kuntoutuslakiin (L 566/2005). Kelalla on esimerkiksi lakiin kirjattujen kriteerien täytyessä vaativan lääkkinnällisen kuntoutuksen järjestämisvelvollisuus. Lisäksi Kelan harkinnanvarainen kuntoutus täydentää tarkoituksenmukaisella tavalla julkisen terveydenhuollon kuntoutusta. Kela ei tuota kuntoutuspalveluja itse vaan hankkii ne kilpailutusmenettelyllä yksityissektorilta noudattaen hankintalakia.

Sote-alan ammattilaisten jatkuvan oppimisen tiekartta -hankkeessa (<https://sotetie.fi>) yhtenä keskeisenä osaamisalueena tunnistettiin ohjaus- ja neuvontaosaaminen. Tämä muodostuu palveluohjauksesta ja palvelujärjestelmän tuntemisesta sekä kyvystä tunnistaa ja arvioida kokonaisvaltaisesti asiakkaan palvelutarpeet. Asiakkaat tulee ohjata palveluihin oikea-aikaisesti.

Hyvinvointialueilla korostuu edellä kuvattu ohjaus- ja neuvontaosaaminen. Ohjauksen ja neuvonnan tulee toteutua yksilöllisten asiakastarpeiden mukaisesti. Keskeistä on toteuttaa tarkoituksenmukainen palvelujen kokonaisuus sovittamalla yhteen eri järjestäjien ja tuottajien palvelut parhaalla mahdollisella tavalla. Joulukuussa 2022 julkaistava, sosiaali- ja terveysministeriön toimeksiannosta toteutettu ”Lääkkinnällisen kuntoutuksen ohjautumisen perusteet -opas” tulee auttamaan hyvinvointialueilla työskenteleviä sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisia asiakkaiden ohjaamisessa palveluihin.

Kuntoutus-lehti on tärkeä kansallinen foorumi kuntoutukseen liittyvien tieteellisten tutkimustulosten julkaisuun sekä kuntoutusta koskevaan yleiseen keskusteluun. Käsillä olevassa lehdessä julkaistaan kaksi tieteellistä tutkimusta, yksi katsaus ja kaksi puheenvuoroa.

Ensimmäisen tutkimuksen tarkoituksena oli tehdä vastavuoroisuutta näkyväksi mielenterveys- ja päihdekuntoutuksen kokemusasiantuntijatoiminnassa. Kokemusasiantuntijat ovat keskeinen osa mielenterveys- ja päihdepalveluissa. Tulosten perusteella vastavuoroisuus mielenterveys- ja päihdekuntoutuksen kokemusasiantuntijatoiminnassa näyttäytyy toimijuutta vahvistavana. Toisessa tutkimuksessa tarkasteltiin opiskelijoiden sosioekonomisen perhetaustan yhteyttä Kelan mielenterveysperusteiseen kuntoutukseen osallistumiseen. Tärkeä havainto on, että vaikka valtaosa tässä tutkimuksessa ammatilliseen kuntoutukseen osallistuneista opiskelijoista oli matalammasta sosioekonomisesta asemasta, sosioekonomisen perhetaustan ja ammatilliseen kuntoutukseen osallistumisen välinen yhteys ei ole näin yksiselitteinen.

Katsauksessa kuvaillaan ICF-viitekehyksen käyttöä sekä keskeisiä käyttäytymisen muutosteorioita ja niiden hyödyntämistä kuntoutuksessa. Katsauksessa todetaan perustellen, että eri lähestymistapojen integrointi voi tarjota lisäymmärrystä kuntoutusinterventioiden toimeenpanoon ja toteutukseen sekä osaltaan edistää vaikuttavampaa kuntoutusta.

Ensimmäisessä puheenvuorossa tarkastellaan osteopatian nykytilannetta Suomessa ja tiettyjä osteopaattisia hoitoja tutkimusnäytön valossa. Puheenvuoron keskeinen viesti on, että osteopatian tulisi hylätä tutkimusnäyttöön pohjaamattomat hoitomuodot ja siirtyä osaksi nykyaikaista näyttöön perustuvaa terveydenhuoltoa. Toisessa puheenvuorossa pohditaan, mikä on sosiaalisen kuntoutuksen asema sosiaalipalvelujärjestelmässämme.

*Toivon jälleen, että lehden artikkelit saavat aikaan runsaasti keskustelua. Lopuksi haluan toivottaa kaikille aktiivista ja turvallista syksyä.*

Mika Pekkonen  
*päätoimittaja*  
*LKT, eMBA, lääketieteellinen johtaja, Verve*



# VASTAVUOROISUUS MIELENTERVEYS- JA PÄIHDEKUNTOUTUKSEN KOKEMUS- ASIANTUNTIJATOIMINNASSA

## Johdanto

Vastavuoroisissa suhteissa kaikki osapuolet kokevat sekä antavansa että saavansa. Toteutuessaan vastavuoroisuus kiinnittää ihmisiä yhteen hyvinvointia lisäten. (Becker 1986.) Vastavuoroisuuden merkityksen on todettu korostuvan mielenterveys- ja päihdekuntoutuksessa, koska se parhaimmillaan lisää luottamusta ja arvostusta autettavan ja auttajan välillä edistäen kuntoutumista ja kuntoutusosallisuutta (ks. Mattila-Aalto 2009). Koska mielenterveys- ja päihdeongelmiin liittyy usein kokemusta epäonnistumisesta, leimaantumista ja toiseudesta, myönteinen ja hyväksyvä vastavuoroisuus on kuntoutuksessa keskeistä.

Mielenterveys- ja päihdekuntoutujille stigman kokemus tuottaa usein häpeää ja vaikeutta olla suhteessa ihmisiin sekä sellaisiin osallisuuden areenoihin, jotka edustavat keskiarvoa ja ”normaalia” (Romakkaniemi & Väyrynen 2011, Mattila-Aalto 2018, Hautala & Kaarakka 2018). Sen sijaan vertaisuuteen pohjautuva kuntoutujan ja kokemusasiantuntijan välinen suhde, joka korostaa vuorovaikutusta ja jaettua kokemusmaailmaa, voi mahdollistaa turvallisen ja ymmärtävän tilan ja antaa toivoa muutokselle ja uudenlaisen minäkuvan rakentamiselle (Soronen 2020,

Kivistö ym. 2021, Martin ym. 2021). Tämän vertaisuuden keskiössä on luottamukselle perustuva vastavuoroisuus (Rissanen & Jurvansuu 2017, 5, Calcaterra & Raineri 2020, 352). On esitetty, ettei vastaavan kaltaista vastavuoroisuutta voida aikaansaada ammattilaisten ja asiakkaiden välisissä suhteissa (Munn-Giddings & Borkman 2018, 59, vrt. Kirjavainen & Hietala 2019, 230).

Sosiaali- ja terveysministeriö (2009) on mielenterveys- ja päihdesuunnitelmassa linjannut, että kokemusasiantuntijat on otettava mukaan myös julkisen sektorin mielenterveys- ja päihdepalvelujen toteutukseen. Kokemusasiantuntijatoiminnan merkitys mielenterveys- ja päihdeongelmista kuntoutumisessa onkin todettu useissa tutkimuksissa (esim. Rissanen 2015, Soronen 2020, Kivistö ym. 2021). Kokemusasiantuntijuus on keskiössä myös mielenterveys- ja päihde-työssä vahvistuneessa toipumisorientaatioissa, jossa korostetaan asiakaslähtöisiä sekä toimijuutta, osallisuutta ja voimaantumista vahvistavia palveluja (esim. Nordling 2018, Laitila 2019, Nordling & Rissanen 2020).

Tässä tutkimuksessa ymmärrämme kuntoutuksen – asiakaslähtöisen paradigman mukaisesti – ammattilaisten ja kokemusasiantuntijoiden yhdessä asiakkaiden kanssa toteuttamana työskentelyä, joka tukee

kuntoutujan toimijuutta, osallisuutta ja arkea (esim. Mattila-Aalto 2009, Järvikoski ym. 2011). Toimijuutta vahvistavat vuorovaikutussuhteet ovat kuntoutumisen merkittävä osa (ks. Romakkaniemi & Väyrynen 2011). Toimijuudella tarkoitamme kykyä ja mahdollisuuksia tehdä valintoja ja toimia niiden mukaisesti omia päämääriään tavoitellen. Toimijuus rakentuu vuorovaikutteisesti suhteissa ja realisoituu henkilökohtaisen toimijuuden rinnalla myös kollektiivisena ja jaetuna toimijuutena. (Bandura 2006.)

Mielenterveys- ja päihdekuntoutuksessa risteävät erilaiset tarpeet, menetelmät ja tuen muodot, kuten kokemusasiantuntijatoiminta. Kokemusasiantuntijalla tarkoitamme tässä yhteydessä henkilöä, jolla on omakohtaista kokemusta mielenterveys- ja päihdeongelmista ja niistä kuntoutumisesta (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2020), ja kokemusasiantuntijatoiminnalla viittaamme koulutukseen ja palkkioon perustuvaan organisoituun toimintaan (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009, ks. myös Hokkanen ym. 2016, Hirschovits-Gertz ym. 2019).

Huolimatta vastavuoroisuuden merkityksellisyydestä mielenterveys- ja päihdekuntoutuksessa sekä kokemusasiantuntijatoiminnassa, aihepiiriä on tutkittu vastavuoroisuuden käsitteen pohjalta varsin vähän. Tavoitteenamme tutkimuksessa on tehdä näkyväksi mielenterveys- ja päihdekuntoutuksen kokemusasiantuntijatoimintaan sisältyvää vastavuoroisuutta. Kysymme: *miten vastavuoroisuus ilmenee mielenterveys- ja päihdekuntoutujien sekä kokemusasiantuntijoiden välisissä suhteissa?*

## Vastavuoroisuus käsitteenä

Vastavuoroisuutta analysoimalla voidaan eritellä ihmisen ja ympäristön välistä suhdetta. Törrönen (2016, 39) korostaa vastavuoroisuuden käsitteen olevan sosiaalinen laajemmassa mittakaavassa kuin yksilöiden välisessä vuorovaikutuksessa. Vastavuoroisissa suhteissa on mahdollista voimaantua yksilönä, yhteisönä sekä suhteessa erilaisiin toimintaympäristöihin ja yhteiskuntaan (esim. Becker 1986, Hokkanen ym. 2016, Törrönen ym. 2018). Vastavuoroisuus

on nostettu esille muun muassa sosiaalisen pääoman vahvistajana, hyvinvoinnin tekijänä ja yksilökeskeisyyden vastapuheena (Becker 1986, Törrönen 2016, Törrönen ym. 2018).

Törrönen (2018, ks. myös Becker 1986) on tulkinnut vastavuoroisuuden liittyvän paitsi resursseihin ja sosiaalisiin suhteisiin, myös ihmisen kykyyn ja haluun tehdä moraalisesti hyväksytyjä valintoja. Myös Martela ja Ryan (2015) ovat nostaneet ”hyvän tekemisen” yhdeksi ihmisen perustarpeista. Vastavuoroisuus voidaan lisäksi nähdä edellytyksenä uusille toimintavaroille, jotka parhaimmillaan luovat perustan uudentulevalle toimijuudelle ja osallisuudelle sekä rakentavat luottamusta ja toiveikkautta tulevaan.

Vastavuoroisuus tulee näkyviin luottamukseen pohjautuvassa toiminnassa ja suhteissa (esim. Törrönen 2016). Vastavuoroisuus edellyttää luottamusta siihen, että saa tukea oman haavoittuvaisuutensa paljastessaan, ja sisältää ajatuksen, ettei sillä, kuka saa tai antaa eniten, ole väliä. Vastavuoroisissa suhteissa kaikilla on tasavertainen oikeus saada ja antaa. (Munn-Giddings & Borkman 2018, 62, 64.) Vertaisuuteen perustuvassa toiminnassa ymmärrys muutoksen mahdollisuudesta kumpuaa vastavuoroisesta auttamisesta samankaltaisia kokemuksia omaavien ihmisten välillä (Calcaterra & Raineri 2020, 352). Tarkastelemme tutkimuksessamme vastavuoroisuutta mielenterveys- ja päihdekuntoutuksen kokemusasiantuntijatoiminnassa erilaisina antamiseen ja saamiseen liittyvinä ulottuvuuksina, jotka ymmärrämme kokemuksellisinä, limittäisinä, toisiinsa kietoutuneina ja toisiaan täydentävinä.

## Vastavuoroisuus vertais- ja kokemusasiantuntijatoiminnassa

Vertaistoiminnassa vastavuoroisuus on tunnistettu sosiaalisen tuen keskeiseksi elementiksi (Kippola-Pääkkönen 2018, 184). Kolmannen sektorin vertaisryhmätoiminnoissa on nimetty kolme vastavuoroisuutta ilmentävää teemaa: prosessimainen ”jakamisen kehä”, jakamisen kehän organisoitu ylläpito sekä jakamisen kehän ympärille kehittyvä

suhdeverkosto. Vastavuoroisissa prosesseissa osallistujien ymmärrys omasta tilanteestaan lisääntyy, toimijuus vahvistuu, voimaantumista tapahtuu ja kokemus stigmatisoidusta identiteetistä vähenee. (Munn-Giddings & Borkman 2018, 59, 63.) Pitkäaikaissairaiden naisten välisessä vertaistuessa vastavuoroisuuden havaittiin saavan ilmiänsä tuen, lohdun ja ymmärryksen saamisena sekä näiden toisille antamisena. Samankaltaisia kokemuksia omaavien kohtaamisissa tuntemus epänormaaliudesta väistyy ja tilalle tulee tunne yhteenkuuluvuudesta. Monet toivovat voivansa tulevaisuudessa itse auttaa muita kokemuksiaan jakamalla. (Sallinen ym. 2011, e128–e129.) Vastavuoroisuus vertaistoinnassa ei kuitenkaan ole itsestään selvää. Henkilökohtaisten kokemusten jakamiseen sisältyy myös riski tulla väärinymmärretyksi, tilanteet voivat rakentua jännitteisiksi ja eskaloitua konflikteiksi. (Embudeniya ym. 2013, 9.)

Kokemusasiantuntijatoiminnassa vastavuoroisuus on nostettu esille erityisesti yhteisölliseen kokemusasiantuntijuuteen liittyvänä tekijänä (Hokkanen ym. 2016) sekä osana kokemusasiantuntijoiden ja asiakkaiden vuorovaikutusta ja yhteistyötä, joka tuottaa myös asiakkaalle kokemuksen itsestään aktiivisena osallistujana ja osallisena (Palukka ym. 2019, 29). Vastavuoroisuus on niin ikään nimetty kokemusasiantuntijoiden ja asiakkaiden yhteiskehittämisen edellytykseksi sekä sen tuotokseksi (Hietala & Rissanen 2017). Koulutettujen kokemusasiantuntijoiden keskinäisessä vertaistoinnassa vastavuoroisuuden keskeisiksi elementeiksi on tunnistettu tiedon jakaminen, keskusteleva prosessi, yksilöllinen ongelmanratkaisu, keskinäinen tuki sekä uusien ajattelu- ja toimintatapojen harjoittaminen. Vastavuoroista toimintaa on kuvattu pitkäkestoisena, yhteistä reflektiota edellyttävänä työskentelynä. (Calcaterra & Raineri 2020.) Kykyä vastavuoroiseen vuorovaikutukseen on korostettu kokemusasiantuntijatoiminnan kaikkien osapuolten osalta, mutta toisaalta on tunnistettu erityisesti kokemusasiantuntijoille latautuvan paljon odotuksia (Soronen 2021, 17).

## Tutkimuksen toteuttaminen

### *Aineisto*

Tutkimuksemme konteksti on spesifi, yksi sairaanhoitopiiri erityistason mielenterveys- ja päihdepalvelujen kentällä. Kyseisessä sairaanhoitopiirissä mielenterveys- ja päihdekuntoutuksen kokemusasiantuntijatoimintaa on toteutettu yli kymmenen vuoden ajan, ja sitä voi luonnehtia laajamittaiseksi ja vakiintuneeksi. Sairaanhoitopiiriin kokemusasiantuntijat työskentelevät muun muassa ryhmätoiminnoissa sekä vertaistukitoiminnassa.

Tutkimuksemme on osa laajempaa kokonaisuutta, jolle saatiin puoltava lausunto Lapin korkeakoulukonsernin eettiseltä toimikunnalta. Aineiston keruulupa haettiin tutkimuksen sairaanhoitopiiristä. Tutkimukseen osallistuneilta pyydettiin vapaaehtoisuuteen perustuva kirjallinen suostumus. Heitä informoitiin tutkimuksen lähtökohtiin ja aineiston käsittelyyn liittyvistä seikoista sekä ennakkoon että aineistonkeruun yhteydessä.

Tutkimuksessa hyödynnettävä aineisto muodostuu neljästä vuorovaikutteisesta fokusryhmäkeskustelusta (ks. Valtonen 2005). Fokusryhmiin kutsuttiin osallistujia sairaanhoitopiiriin yhteyshenkilön avustuksella. Ainoana osallistumiskriteerinä oli osallistuminen kokemusasiantuntijatoimintaan kuntoutujana tai toimiminen kokemusasiantuntijan tehtävissä viimeisen puolen vuoden aikana. Tämän artikkelin kirjoittajista Soronen toteutti kokemusasiantuntijoiden kaksi fokusryhmää kesällä 2020. Niihin osallistui kolmetoista (5 + 8) koulutettua kokemusasiantuntijaa, kolme miestä ja kymmenen naista. Kuntoutujien fokusryhmät, joihin osallistui yhdeksän kuntoutujaa (5 + 4), yksi mies ja kahdeksan naista, Kivistö toteutti syksyllä 2020.

Aineistot kerättiin koronapandemian aikana, mikä on voinut rajoittaa tutkimukseen osallistumista. Toisaalta kasvokkaisessa vuorovaikutuksessa toteutetut fokusryhmät tarjosivat niihin osallistuneille paikan kohtaamiseen ja kokemusten jakamiseen ajankohtana, jolloin monet palvelut, mukaan lukien kokemusasiantuntijatoiminnat, olivat

pandemian vuoksi tauolla (ks. Martin ym. 2021). Ajatteleme fokusryhmäkeskustelujen sopivan tutkimuksemme tiedonkeruumenetelmäksi myös siksi, että osa fokusryhmiin osallistuneista kokemusasiantuntijoista ja kuntoutujista tunsivat toisensa entuudestaan ja monella oli kokemusta ryhmämuotoisista kokemusasiantuntijatoiminnoista.

Fokusryhmissä keskusteltiin ennakkoon suunnitellun teemarungon pohjalta, jonka fokuksena oli kokemusasiantuntijatoiminnan merkitys toipumisen tukemisessa. Tutkijat ohjasivat keskustelua mahdollisimman vähän pitäen kuitenkin teemarungon keskustelun suuntaajana. Kunkin fokusryhmän äänitallenteen kesto oli noin 1,5–2 tuntia. Litteroitua aineistoa kertyi 144 sivua. Aineisto anonymisoitiin ennen analyysia.

### *Analyysitapa*

Vastavuoroisuus valikoitui analyysimme kehystäjäksi esiymmärryksemme pohjalta. Olimme perehtyneet aineistoihin jo aiempien tutkimustemme yhteydessä. Tässä tutkimuksessa fokuksimme analyysimme siihen osaan aineistoa, jossa kuvattiin kuntoutujien ja kokemusasiantuntijoiden välisiä suhteita. Kuntoutujat kuvasivat vastavuoroisuutta myös toisten kuntoutujien kanssa ja kokemusasiantuntijat ammattilaisten sekä toisten kokemusasiantuntijoiden kanssa, mutta nämä suhteet rajasimme analyysin ulkopuolelle. Analyysimme ei kohdistu kuntoutujien ja kokemusasiantuntijoiden suhteisiin itsessään vaan vastavuoroisuuden ilmenemiseen näissä (vuorovaikutus)suhteissa.

Analyysimetodina hyödynsimme aineistolähtöistä teemoittelua (ks. Braun & Clarke 2006, 83, Tuomi & Sarajärvi 2018). Pyrkimyksemme oli luoda aineistosta tutkimuskysymyksemme näkökulmasta merkityksellisiä teemoja, jotka yhdessä ilmentävät ja selittävät tutkimuskohdeamme mahdollisimman kattavasti (ks. Braun & Clarke 2006, 82). Nojaudumme refleksiiviseen teemoitteluun, jossa tutkijan subjektiviteetti tunnustetaan ja hänen aktiivinen roolinsa ymmärretään resurssina. Keskeistä on tehtyjen valintojen tiedostaminen. (Braun & Clarke 2021, 6.)

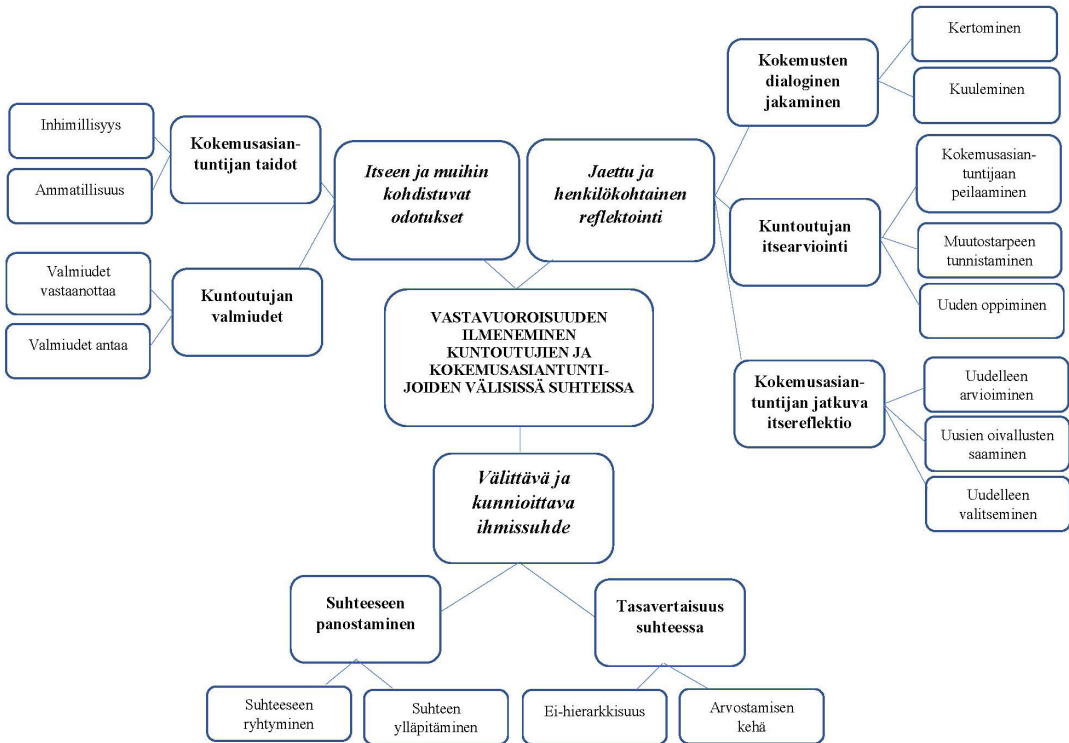
Päivastuullisia analyysin toteuttamisessa olivat kirjoittajat Kivistö ja Hautala. Myös Soronen tarkisti ja hyväksyi toteutetun analyysin sekä koko käsikirjoituksen. Aineistolähtöisyydestä huolimatta analyysissa näkyvät omat tutkijataustamme ja teoreettiset sitoumuksemme (ks. Braun & Clarke 2006, 83, Braun & Clarke 2021, 6–7). Ensin luettiin kuntoutujien tuottamaa aineistoa ja tunnistettiin siinä vastavuoroisuuden potentiaalisina elementteinä tunteet, taidot, itsensä kohtaaminen, kuuluminen ja voimaantuminen. Havainnoista keskustelemisen jälkeen aineistosta poimittiin ja ryhmiteltiin vastavuoroisuutta ilmentäviä aineisto-otteita potentiaaliset ulottuvuudet mielessä pitäen. Analyysin edetessä vastavuoroisuutta ilmentävät teemat ja niiden väliset suhteet tarkentuivat. Kokemusasiantuntijoiden tuottamaa aineistoa luettiin ja käsiteltiin vastaavalla tavalla. Havaittiin, että molemmissa aineistoissa keskeisinä näyttäytyivät samat pääteemat.

Analyysissa muodostettiin pääteemoja ja alateemoja, joiden alla tehtiin vielä yksityiskohtaisempaa koodausta. Ennen lopullisten teemojen nimeämistä aineistoon palattiin useaan kertaan. Teemoja järjesteltiin, päällekkäisyyksiä tarkistettiin ja teemoja yhdistettiin sekä nimettiin uudestaan tarpeen mukaan.

### **Tulokset**

Muodostimme aineistosta kolme pääteemaa, jotka ilmentävät kuntoutujien ja kokemusasiantuntijoiden välisten suhteiden vastavuoroisuutta mielenterveys- ja päihdekuntoutuksen kokemusasiantuntijatoiminnassa: *Itseen ja muihin kohdistuvat odotukset, Jaettu ja henkilökohtainen reflektointi* sekä *Välittävä ja kunnioittava ihmissuhde*. Itseen ja muihin kohdistuviin odotuksiin liitimme alateemoina *Kokemusasiantuntijan taidot* ja *Kuntoutujan valmiudet*. Jaettuun ja henkilökohtaiseen reflektointiin sisällytimme *Kokemusten dialogisen jakamisen*, *Kuntoutujan itsearvioinnin* ja *Kokemusasiantuntijan jatkuvan itsereflektion*. Välittävää ja kunnioittavaa ihmissuhdetta analyysissamme ilmentävät alateemat *Suhteeseen panostaminen* ja *Tasa-vertaisuus suhteessa*. (Kuvio 1.)





Kuvio 1. Vastavuoroisuus mielenterveys- ja päihdekuntoutuksen kokemusasiantuntijatoiminnassa: teemakartta.

Seuraavissa luvuissa avaaamme muodostamiamme teemoja sekä teemme näkyväksi pää- ja alateemojen sisällä tekemäämme analyysia (ks. Braun & Clarke 2006, Braun & Clarke 2021, 17–18). Esitämme tuloksemme pääosin kuntoutujien tai kokemusasiantuntijoiden yhteisesti konstruoimana ottaen näin huomioon fokusryhmämetodin luonteen kerronnan yhdenmukaistajana (ks. Valtonen 2005). Hyödynnämme tulosten tulkinnassa aiempaa tutkimusta ja aineisto-otteita<sup>1</sup>. Lopuksi pohdimme tuloksiamme myös toimijuuden näkökulmasta (ks. Bandura 2006).

### *Itseen ja muihin kohdistuvat odotukset*

**Kokemusasiantuntijan taidot.** Kokemusasiantuntijoiden ja kuntoutujien välisissä suh-

<sup>1</sup> Oteet koodattiin (kuntoutujien 1. fokusryhmä = K1H1–K1H5 ja 2. fokusryhmä K2H1–K2H4; kokemusasiantuntijoiden 1. fokusryhmä K1H1–K1H5 ja 2. fokusryhmä K2H1–K2H8). Oteista poistettiin joitakin turhia täytesanoja. Pidemmät poistot merkittiin kahdella viivalla ja lisätty teksti hakasulkeisiin.

teissa odotuksia latautui aineistossamme erityisesti kokemusasiantuntijoille. Kokemusasiantuntijana toimiminen onkin vaativaa ja edellyttää tasapainoilua erilaisten tilanteiden, odotusten ja vaatimusten risteymissä (myös Soronen 2021).

Kuntoutujat kaipasivat kokemusasiantuntijalta *inhimillisyyttä*, kuten empaattisuutta, avoimuutta, ”aitoa” läsnäoloa, ”itsensä likoon laittamista”, ”sydämellään mukana oloa” ja – kyseenalaistamattomuutta. Taustansa ja ongelmiansa vuoksi mielenterveys- ja päihdekuntoutujat kokevat usein, että heihin suhtaudutaan vähättelevästi esimerkiksi viranomaisten taholta. Sen vuoksi vastavuoroiset kohtaamiset, kuten hyväksytyksi tulemisen ja ymmärtämisen kokemukset kokemusasiantuntijoiden kanssa, koetaan voimaannuttavina (myös Sallinen ym. 2011, 129). Tilanteessa, jossa toinen ihminen tunnistaa, vahvistaa ja hyväksyy oman kokemuksen, on kyse ”tunnustamisesta” ja sen vastavuoroisuudesta (ks. Pirhonen 2015, Törrönen 2018). Vertaisten kesken

asioista voidaan puhua niiden oikeilla nimillä. Vastaavaa mahdollisuutta suoraan puheeseen, kokemusten jakamiseen ja ymmärretyksi tulemiseen ei mielenterveys- tai päihdekuntoutujalla aina ole ammattilaisten tai omien läheisten kanssa.

*“Esimerkiks mulla kun on traumatausta, niin lääkäri on suoraan sanonu, että se voi olla pelkkää mielikuvitusta, että sulle on tehty jotakin. Kokemusasiantuntija ei koskaan sitä kyseenalais- ta, koska hänellä on sama kokemus ja saa tukea siitä ittelte, että näin tosiaan voi olla. - - lähiomaiset ei esimerkiksi myönnä koskaan, että mitä on tapahtunut. Se on ollu mulle hirvittävän tärkeää, että mua uskotaan. - - Saa ainakin puhua asioista asioiden oikeilla nimillä. Tulee kuulluksi ja ymmärretyksi.” (K2H3)*

Toisaalta kokemusasiantuntijalta odotetaan *ammattillisuutta* (ks. myös Miettinen ym. 2017), kuten kykyä irrottautua omista kokemuksista. Ammatillisuuden merkitystä korostivat erityisesti kokemusasiantuntijat itse. Kerrottiin, miten kokemusasiantuntijan henkilökohtaiset traumat voivat kohtaamisissa nousta uudestaan pintaan, jolloin hän joutuu työskentelemään aktiivisesti tunteidensa hallitsemiseksi ja ottaakseen niihin etäisyyttä (myös Soronen 2020). Ammatillisuuden toteutumista ilmensivät myös kokemusasiantuntijoiden kuvaukset työtehtäviin valmistautumisesta, oman jaksamisensa tarkkailemisesta ja työtehtävien rajaamisesta tarvittaessa.

Myös tilanneherkkyyden ja joustavuuden liitimme kokemusasiantuntijan ammatillisuuteen. Kokemusasiantuntijat kertoivat, miten kuntoutujan tilannetta pitää kunnioittaa ja ymmärtää. Silloin, kun ihminen ei halua tai ei ole valmis sanalliseen vuorovaikutukseen, riittää tilanteessa läsnäolo. Tällainen läsnäoleva tilan antaminen näyttäytyy hiljaisena kohtaavana vastavuoroisuutena ja voi vastata myönteisellä tavalla kuntoutujan yksilöllisiin odotuksiin.

*“- - tilannetaju pitää olla tosi hyvä.*

*- - Pitää kunnioittaa sitäkin, että jos ei joku halua avautua, niin - - se pelkkä läsnäolokin on jo suuri asia.” (KA2H8)*

Ammatillisuuteen liitimme myös koulutetuilla kokemusasiantuntijoilla (ks. esim. Laitila 2019) usein olevan kyvyn sanoittaa kokemuksiaan, valintojaan ja ratkaisujaan. Sanallistamisella kokemusasiantuntijat voivat auttaa kuntoutujia ”lukkojen” aukaisemisessa ja kommunikointitaitojensa parantamisessa (myös Palukka ym. 2019, 25, Kivistö ym. 2021). Kuntoutujat kokivat merkityksellisenä myös kokemusasiantuntijoiden kannustavan palautteen. Voimaannuttavilla sanoilla voi olla suuri merkitys itseluottamuksen ja toiveikkuuden näkökulmasta.

*“Se [kokemusasiantuntija] kehu mua - - ku mä pystyin siihen. Siitä jäi hyvä mieli.” (K2H1)*

Toisaalta kokemusasiantuntijoiden fokusryhmissä kuvattiin, miten kokemusasiantuntijana toimiminen voi erityisesti alussa jännittää ja pelottaa (myös Soronen 2020), mutta työtehtävissä onnistuminen tuo kokemuksen selviytymisestä. Mahdollisuus auttaa toista ihmistä näyttäytyi kokemusasiantuntijoille erittäin merkityksellisenä.

**Kuntoutujan valmiudet.** Valitessaan kokemusasiantuntijatoiminnan oman kuntoutumisensa edistämiseksi kuntoutuja altistaa itsensä suhteeseen, joka edellyttää kykyä ja mahdollisuuksia tarjotun tuen vastaanottamiseen (ks. Sallinen ym. 2011, e128–e129). Aineiston kuntoutujilla oli odotuksia myös itseään kohtaan. Kuntoutujien avoimuuden ja rehellisyyden tilannettaan kohtaan nähtiin mahdollistavan myös epäonnistumisten ja vaikeiden kokemusten tiedostamisen. Avoin asenne auttoi tarkastelemaan omaa tilannetta sekä siihen liittyviä muutostarpeita lisäten *valmiuksia vastaanottaa* tukea.

*“Ja ohan se tietysti siitä ryhmäläises-täki kiinni, että jos - - ei ota vastaan sitä mitä siellä puhutaan ja neuvotaan, niin eihän siitä mittään hyötyä sinäl-lään sitte oo vaikka ois kuinka hyvä*

*kokemusasiatuntija mukana. - - Et se pitää olla aika avoin sille ja myöntää sen, et mä oon nyt vähän epäonnistunu tai aika paljonki epäonnistunu tässä.” (K1H1)*

Kuntoutujat osoittivat myös *valmiuksia antaa* sitoutuessaan käyttämään aikaansa ja voimavarojaan kokemusasiatuntijatoimintaan osallistumiseen.

Kokemusasiatuntijoidenkin fokusryhmissä sivuttiin kuntoutujien valmiuksia ja niihin liittyviä odotuksia. Kokemusasiatuntijat esimerkiksi kaipasivat kuntoutujilta vastakaikua omalle puheelleen, toiminnalleen ja jakamilleen kokemuksille. Siinä missä kuntoutujat arvostivat ja tarvitsivat kannustavaa palautetta kokemusasiatuntijoilta, myös kokemusasiatuntijat tarvitsivat sanallista tai sanatonta palautetta toimintansa hyödyistä kuntoutujille.

*“Onhan se ollu mahtavaa, kun saa jostain palautetta [kuntoutujalta], että ilman sua mä en ois pystynyt raitistuu.” (KA1H1)*

Näihin vuorovaikutuksellisiin odotuksiin kiteytyy vastavuoroisuuden dynamiikka, jossa annetaan ja otetaan vastaan puolin ja toisin. Parhaimmillaan vastavuoroisten odotusten toteutuminen edistää sekä kuntoutujan että kokemusasiatuntijan toipumista, epäonnistuuksaan tulos voi olla päinvastainen. Vastavuoroisuuden näkökulmasta tunnustetuksi tulemisen ja oman merkityksellisyyden kokemus on tärkeää myös kokemusasiatuntijalle. Aineistomme perusteella esimerkiksi kuntoutujan mahdollinen reagoimattomuus voi heijastua kielteisesti kokemusasiatuntijan omaan toipumisprosessiin tai olla kokemusasiatuntijalle ammatillisesti haastavaa. Kokemusasiatuntijan on vaikeaa toimia tilanteen edellyttämällä tavalla, jos kuntoutuja ei viesti tarpeistaan mitään.

#### *Jaettu ja henkilökohtainen reflektointi*

**Kokemusten dialoginen jakaminen.** Onnistuneen vastavuoroisuuden voidaan tulkita olevan reflektiivistä ja dialogista (Karisto

2016, 29). Calcaterra ja Raineri (2020, 355) ovat kokemusasiatuntijoiden keskinäisen vertaistoiminnan yhteydessä puhuneet kokemusten jakamisesta oppimista ja muutosta mahdollistavana ”tiedon jakamisena” ja ”keskustelevana prosessina”. Vastaavalla tavalla Munn-Giddings ja Borkman (2018, 68) näkevät vertaisten välisen refleksiivisen prosessin, kokemusten jakamisen ja omaa tilannetta koskevan tietoisuuden lisääntymisen tarjoavan mahdollisuuden voimaannuttavaan oppimisprosessiin.

Kokemusten jakaminen, niiden reflektointi ja niistä oppiminen edellyttävät, että kokemuksia *kerrotaan*. Munn-Giddings ja Borkman (2018, 64) ovat kuvanneet, että vastavuoroisessa toiminnassa oman haavoittuvuuden paljastamisella on myönteinen merkitys niin auttamiselle kuin autetuksi tulemiselle (vrt. Embuldeniya ym. 2013, 9).

Kokemusten kertominen ei kuitenkaan ole itsestään selvää vaan edellyttää luottamusta ja rajojen tunnistamista. Tehtävänsä ja koulutuksensa myötä kokemusasiatuntija toimii kertomisessa aloitteellisena mutta kutsuu samalla kuntoutujia jakamaan omia kokemuksiaan.

*“Se kun [kokemusasiatuntija] jako, niin se varmaan sai myös meitä [kuntoutujia] auki jakamaan, et sehän vaikutti varmasti siihen, että sitten uskalsi itsekin sieltä jakaa - -.” (K1H4)*

Vastavuoroisuuden näkökulmasta pelkkä kokemusten kertominen ei riitä, vaan kokemuksia tulee *kuunnella*. Myös ”jakamisen kehä” toteutuu yksinkertaisimmillaan toisten kuuntelemisena (Munn-Giddings & Borkman 2018, 65) eli hiljaisena kohtaavana vastavuoroisuutena. Kokemusasiatuntijat olivat huomanneet kuuntelemisen ja läsnä olemisen olevan kohtaamisissa vähintään yhtä tärkeää kuin omien kokemustarinoiden kertominen.

*“Kun rupes tekemään kokemusasiatuntijatyötä, niin käytäntö kasvatettiin siihen, kuinka tärkeässä roolissa on kuitenkin se kuunteleminen ja läsnä oleminen, ehkä sitten jäänyt vähemmälle*

*painoarvolle oman tarinan kertomiset, vaikka se kulkee siellä rinnalla ja taustalla - -.” (KA2H1)*

Aineistossamme ilmennettiin myös, miten ryhmämuotoisessa kokemusasiantuntijatoiminnassa kokemusten jakaminen voi edetä ja moninkertaistua kokemusasiantuntijan tekemän aloitteen jälkeen jopa ”monen kokemusasiantuntijan” yhteisenä dialogina.

**Kuntoutujan itsearviointi.** Ihmisillä on luontainen taipumus sosiaaliseen vertailuun (Munn-Giddings & Borkman 2018, 64, myös Sallinen ym. 2011, e129). Kokemusasiantuntijatoimintaan sisältyvissä kohtaamisissa kokemusten jakaminen haastaa kuntoutujia arvioimaan itseään ja tilannettaan. Tutkimuksemme osallistuneet kuntoutujat mielsivät *kokemusasiantuntijan peilinä* itselleen ja elämälleen (myös Rissanen & Jurvansuu 2017, 11).

*“Ja monesti jos [kokemusasiantuntija] kerto jotaki ni sitte tuli sellanen et niinku peili ois tuotu tuohon eteen, että voi ei, mä oon tehny justiin näin ja miten mä nyt vasta huomasin tämän - -.” (K1H5)*

Samanaista peilauspintaa kuntoutujat eivät välttämättä koe avautuvan keskusteluisissa ammattilaisten kanssa (Munn-Giddings & Borkman 2018, 68).

Kokemusten jakaminen ja vertailu auttavat asettamaan oman tilanteen uusiin mitasuhteisiin. Kokemusasiantuntijan rankoista kokemuksista kuuleminen antaa kuntoutujalle välineitä suhteuttaa omaa tilannettaan toisen kokemaan. Johtopäätöksenä voi olla, etteivät omat ongelmat enää näyttäyty ylitsepääsemättöminä. Lohtua ja uskoa tulevaisuuteen tuovat erityisesti kohtaamiset, joissa kokemusasiantuntija tarinallaan ja toiminnallaan luo uskoa päihde- tai mielenterveysongelmista toipumiseen ja omannäköiseen hyvään elämään kiinni pääsemiseen. Tämä auttaa kuntoutujaa *muutostarpeen tunnistamisessa*. Vaikeuksista selvinnyt kokemusasiantuntija luo kuntoutujalle toivoa ja näkyvää uusista mahdollisuuksista (myös Kivistö

ym. 2021). Vastavuoroisuus toteutuu yksilöiden välillä mutta muokkaa myös suhdetta ympäristöön. Konkreettista peilauspintaa voi kuntoutujalle antaa jopa kokemusasiantuntijan ulkoinen olemus.

*“Kyllä ihan se esimerkki, että kun ihminen [kokemusasiantuntija] kertoo siitä, miten on esimerkiksi traumatisoitunut, sietänyt väkivaltaa ja ollu ihan niin pohjamudissa ku olla ja voi. Ja sitten näkee sen siellä pöydän toisella puolella puhuvan ja olevan terve, hyvännäkönen, niin onhan se mahtava, että hän pystyy sitten antamaan toisille. - - saa siitä sitten uskoa elämään.” (K2H3)*

Kokemusasiantuntijat toimivat kuntoutujille myös toiminnallisena peilauspintana. Kokemusasiantuntija voi esimerkiksi kertoa, miten hän on toiminut haastavissa tilanteissa, jolloin kuntoutujat voivat tunnistaa muutostarpeita omista vuorovaikutus- tai toimintatavoissaan. Vastavuoroiseen vertaisuuteen perustuvan toiminnan kautta ja kokemusten jakamisella voi *oppia uusia* ongelmanratkaisu- ja toimintatapoja (Sallinen ym. 2011, e129) sekä harjoitella niitä yhdessä (Calcaterra & Raineri 2020, 359).

Aineistomme perusteella kuntoutujan itsearviointiin sisältyy paitsi muutostarpeen tunnistamista myös tilanteen hyväksymistä. Vastavuoroinen luottamuksellinen suhde kokemusasiantuntijan kanssa toimii peilauspintana, joka voi tuottaa kuntoutujalle oivalluksen siitä, että toipuminen on pitkä, jopa elämänmittainen, prosessi. Mielenterveys- ja päihdekuntoutuksen kokemusasiantuntijatoiminnan yhteydessä tätä ei nähdä kielteisesti vaan kiinteänä osana omaa elämää ja asiana, joka vaatii jatkuvaa aktiivista tiedostamista ja työstämistä. Uuden oppimista voi olla sekin, että kuntoutuja ymmärtää kokemusasiantuntijan tarjoaman esimerkin kautta, miten taitoja joutuu jatkuvasti harjoittelemaan ja töitä tekemään niiden ylläpitämiseksi ja hyödyntämiseksi. Merkityksellisenä aineistossa näyttäytyi myös se, että kuntoutujat lähes poikkeuksetta kertoivat itsessään heränneen halun toimia

tulevaisuudessa itse kokemusasiantuntijana muita auttaen.

**Kokemusasiantuntijan jatkuva itsereflektio.** Vastavuoroisuuden ideaan sisältyy, että kaikki osapuolet antavat ja saavat (esim. Törrönen 2016, Törrönen ym. 2018). Myös kokemusasiantuntija saa itselleen kokemusasiantuntijatoimintaan sisältyvistä kohtaamisista (myös Rissanen & Jurvansuu 2017). Oman tilanteen sanoittaminen ja itsensä kohtaaminen ei ole itsestään selvää koulutetullekaan kokemusasiantuntijalle, ja kokemusten jakaminen tarjoaa myös hänelle tarpeellisen mahdollisuuden *uudelleen arviointiin*.

*“Että kun niitä omia piirteitään ja omaa itseään ei oo ihan kaikin puolin ittekään kohdannu, niin joskus sen sanottaminen ja... Niin auttaa kyllä itteä eteenpäin, mut sitten on myöskin toisaalta haasteellista [kokemusasiantuntijana toimiminen] - -” (KA1H2)*

Kokemusasiantuntijoiden oma toipuminen usein jatkuu vielä kokemusasiantuntijatoimijana toimimisen aikana (ks. Soronen 2020). Aineistomme ilmensi, miten kohtaamiset kuntoutujien kanssa voivat osoittaa kokemusasiantuntijoille itselleen yhä uudelleen, ettei mielenterveyden järkkäminen tai päihderiippuvuus katso yhteiskunnallista asemaa, vaan sairastua voi kuka vain.

*“On pappia tai psykologia... Joilleka minä oon ollu puhumassa ja he on itte sairastunu, niin ei se katto sitä yhteiskunnallista asemaa, niin se on antanu ittelle sitä perspektiiviä että en minäkään oo sitä sairastumista valinnu - - Se on kokemusasiantuntijatyön kautta tullut sillä lailla hyväksyttävämmäksi se sairastuminen taikka se, että sä et jaksa.” (KA2H5)*

Kokemusasiantuntijat kertoivat saavansa kohtaamisissa *uusia oivalluksia*, jolloin myös heille mahdollistuu uuden oppiminen. Vastavuoroiset kohtaamiset kuntoutujien kanssa ryhmissä tai vertaistukitapaamisissa

tarjosivat kokemusasiantuntijoille itselleen tärkeän mahdollisuuden reflektoida itseään ja elämäänsä yhä uudelleen. Kohtaamiset ja niiden yhteydessä tapahtuva reflektointi kannusti kokemusasiantuntijoita omien, elämää kannattelevien *valintojen uudelleen tekemiseen* ja valinnoissa pysymiseen mutta myös oman sekä muiden haavoittuvuuden tunnistamiseen ja hyväksymiseen.

### *Välittävä ja kunnioittava ihmissuhde*

**Suhteeseen panostaminen.** Vastavuoroisuuden ja yhteyden kautta kokemus ulkopuolisuudesta on mahdollista ylittää (Sallinen ym. 2011, e129). Vastavuoroisessa suhteessa kaikki osapuolet ovat valmiita panostamaan siihen. Lähtökohdiana on *suhteeseen ryhtyminen*. Kokemusasiantuntijatoiminnassa sekä kokemusasiantuntijat että kuntoutujat hakeutuvat yhteisiin kohtaamisiin ja pyrkivät vuorovaikutukseen toistensa kanssa, kukin omista lähtökohdistaan.

Suhteen käynnistyttyä tarvitaan *suhteen ylläpitämistä*. Aineistossamme suhteeseen panostaminen ilmeni muun muassa kokemusasiantuntijoiden aktiivisena ja säännöllisenä yhteydenpitona kuntoutujiin. Kokemusasiantuntijat viettivät aikaa kuntoutujien kanssa ja kannustivat heitä osallistumaan erilaisiin toimintoihin. Kokemusasiantuntijat panostivat vuorovaikutussuhteeseen, koska ymmärsivät kuntoutujien tarpeita omien kokemustensa kautta.

*“Olis [itse kuntoutujana] jonkun tarvinnu joka pitää kädestä kiinni taikka vie sinne Kelaan taikka hoitaa mun asioita - - kun ei ollu itellä voimavaroja - - ikinä ei halunnu [kokemusasiantuntijana] tuottaa potilaalle pettymystä että olis sanonu että en mä ehdi.” (KA1H3)*

Vastavuoroisessa välittävässä suhteessa pidetään yhteyttä, ollaan saatavilla ja kuljetaan rinnalla vaikeinakin aikoina. Toisaalta vastavuoroisuus merkitsee herkkyyttä sille, missä määrin yhteyttä pidetään. Rajojen tunnistamista pohtivat myös kuntoutujat ja kertoivat, ”etteivät halua olla liikaa taakaksi”

kokemusasiantuntijoille. Suhteeseen panostaminen tuli näkyväksi myös kokemusasiantuntijoiden tavoitettavuutena. Kuntoutujat olivat pystyneet ottamaan kokemusasiantuntijoihin yhteyttä matalallakin kynnyksellä ja sellaisina aikoina, jolloin ammattilaisia ei ollut mahdollista tavoittaa.

*“Sitten mä oon saanut joiltakin puhe-  
linteronkin. Mulla on ainakin neljä  
tuttua kokemusasiantuntijaa. - - Kun  
on ilta-aika, mä pystyn laittamaan  
viestiä niille, kun nämä normaalit aut-  
tavat tahot on jo kiinni. Sen mä oon  
kokenu kaikista tärkeimmäksi, etten oo  
jäänyt yksin ilta-aikaan.” (K2H1)*

Mahdollisuus jatkaa suhdetta kokemusasiantuntijan kanssa oli niin ikään merkityksellistä kuntoutujille. Yhden tapaamisen aikana asioihin ei aina saatu selvyttä, mutta kohtaamisten jatkuessa toipumisprosessi eteni ja suhde syventyi, toisinaan ajan kuluessa jopa ystävyudeksi.

Vastavuoroisuus ilmenee myös sitoutumisena toiseen ihmiseen. Kokemusasiantuntijatoimintaan sisältyvissä ihmissuhteissa kokemusasiantuntijalla on vastuullisempi ja usein aktiivisempi rooli, mutta myös kuntoutujalta toivotaan vähintään sitä, että hän on sovittuna aikana läsnä tai tavoitettavissa.

**Tasavertaisuus suhteessa.** Tasa-arvoon perustuva vastavuoroisuus luo tunteen kumppanuudesta (Törrönen 2018, 116). Kokemusasiantuntijatoiminnassa tasavertaisuus ilmenee *ei-hierarkkisina* suhteina niin kokemusten kuin toiminnan tasolla. Kuntoutujat kuvasivat kokemusasiantuntijoita siinä mielessä ”nöyrinä”, etteivät he yrittäneet asettaa kuntoutujia ylemmäs vaan korostivat, etteivät he ole ammattilaisia ja puhuvat ”vain” omista kokemuksistaan.

*“- - [kokemusasiantuntija] ei nostanu  
itteensä jalustalle - -.” (K1H1)*

Myös kokemusasiantuntijat korostivat hierarkkisen suhteen sijaan kuntoutujien rinnalla tasavertaisena kulkemista.

*“Se on kokemusasiantuntijan idea, et se  
on samalla viivalla, eikä ylhäältä tule-  
va auktoriteetti, joka sanelee, et miten  
homma menee - -.” (KA2H1)*

Merkityksellisenä näyttäytyi se, että kokemusasiantuntijat olivat oman tarinansa kertomisen lisäksi kiinnostuneita kuntoutujan kokemuksista. Tämä kuvastaa kokemusten tasavertaisuutta ja voidaan liittää vastavuoroiseen ”jakamisen kehään” (Munn-Giddings & Borkman 2018, 63). Kuntoutujat kertoivat myös, miten kokemusasiantuntija voi esimerkiksi ryhmässä toimia sen tasavertaisena jäsenenä tehden samat tehtävät kuin kuntoutujat sekä kertoen omalla vuorollaan tilanteestaan ja haasteistaan.

Vastavuoroisessa suhteessa asioita tarkastellaan eri näkökulmista ymmärtäen, ettei ongelmiin useinkaan ole olemassa yhtä ratkaisua (Calcaterra & Raineri 2020, 356). Tasavertaisuus ja ei-hierarkkisuus ilmenevät kokemusasiantuntijatoiminnassa ei-valmiina ratkaisuin, jolloin kokemusasiantuntijat eivät tarjoa tai sanele suoria ratkaisuja kuntoutujien ongelmiin. Vastavuoroisessa kohtaamisessa kokemusasiantuntija ei kerro, mitä kuntoutujan pitäisi tehdä, vaan mahdollisesti sen, mitä hän on tehnyt vastaavassa tilanteessa.

Aineistossamme kuvattiin, miten kuntoutujat arvostavat itsensä likoon laittavaa ja työtä omana itsenään tekevää kokemusasiantuntijaa. Kuntoutujilta saatu arvostus puolestaan lisää kokemusasiantuntijan itsearvostusta ja edistää hänen omaa toipumistaan. Kohtaamisissa kokemusasiantuntija välittää hyväksymistä kuntoutujille, mutta myös kokemusasiantuntijalle itselleen mahdollistuu kerta toisensa jälkeen kokemus siitä, että hän on arvokas ja voi olla, puhua ja toimia omana itsenään.

*“Mutta sitten kun pääsi alkua pidem-  
mälle tässä kokemusasiantuntijatyössä,  
niin se nousi sieltä pikkuhiljaa esille,  
että tää on oikeasti hiton tärkeää työtä  
mitä mä teen ja sitten kun mä tein  
sitä omana persoonana niin se persoonan  
peliin tuominen siinä asiakkaan  
kanssa, asiakasyhteydessä, niin se on*

*se mitä asiakkaat arvostaa. Mut siten rupes sitä ittekin arvostamaan, että hei, mä voin tehdä tätä työtä omalla itsenäni eikä tarvii mennä minkään muun asian taakse tai seisoa sen edessä - -. Sillä on oikeasti hirvittävän suuri merkitys itselle ja myös sille toipumisen polulle, mitä itte menee eteenpäin.” (KA1H5)*

Vastavuoroisuus toteutuikin kokemusasiantuntijatoiminnassa paitsi tasavertaisena ”jakamisen kehänä” (Munn-Giddings & Borkman 2018), myös tasavertaisuuteen ja toisen ihmisen kunnioittamiseen perustuvana *arvostamisen kehänä*.

### **Pohdinta**

Vastavuoroisuus on tunnistettu yhdeksi vertais- ja kokemusasiantuntijatoiminnan keskeiseksi elementiksi, mutta tutkimusten käsitteellisessä keskiössä se ei ole aiemmin juurikaan ollut (ks. kuitenkin Munn-Giddings & Borkman 2018). Kiteytimme tutkimuksessamme vastavuoroisuuden ilmenemistä mielenterveys- ja päihdekuntoutuksen kokemusasiantuntijatoiminnassa. Teimme kuntoutujien ja kokemusasiantuntijoiden välistä vastavuoroisuutta näkyväksi kolmena pääteemana: *Itseen ja muihin kohdistuvina odotuksina, Jaettuna ja henkilökohtaisena reflektointina* sekä *Välittävänä ja kunnioittavana ihmissuhteena*.

Tulostemme perusteella vastavuoroisuus kokemusasiantuntijatoiminnassa sekä edellyttää että ilmentää siihen osallistuvien henkilökohtaista toimijuutta (ks. Bandura 2006). Niin kuntoutujilla kuin kokemusasiantuntijoilla on odotuksia paitsi toisiaan, myös itseään kohtaan. Odotuksia suuntautuu erityisesti kokemusasiantuntijoihin, mutta myös kuntoutujat ovat tehneet kokemusasiantuntijatoimintaan osallistuessaan tietyn vallinnan ja ryhtyneet toimimaan sen pohjalta päämääräänsä tavoitellakseen (ks. Bandura 2006). Henkilökohtaista toimijuutta edellyttää ja ilmentää myös tuloksissamme näkyväksi tuleva kokemusasiantuntijatoimintaan sisältyvä reflektointi sekä ihmissuhteessa aktiivisena toimijana oleminen.

Toimijuus on suhteissa rakentuvaa ja siten myös henkilökohtaista toimijuutta laajempaa yhteisöllistä toimijuutta tai yhteistä, jaettua toimijuutta luotettavaksi koetun henkilön kanssa (ks. Bandura 2006, Romakkaniemi & Järvikoski 2012). Tulostemme perusteella omana itsenään tunnustetuksi tuleminen kuntoutujien ja kokemusasiantuntijoiden välisissä suhteissa vahvistaa sekä henkilökohtaista toimijuutta että tuottaa luottamukseen perustuvan kokemuksen kollektiivisesta, yhteisestä, jaetusta toimijuudesta (ks. Bandura 2006, myös Romakkaniemi & Väyrynen 2011, Hokkanen ym. 2016, Munn-Giddings & Borkman 2018, Törrönen 2018, Törrönen ym. 2018, 2.)

Aiemmassa tutkimuksessa on kuvattu, miten kokemusasiantuntijatoiminnassa on kyse vertaisten keskinäisistä tunnetason merkityksellisistä prosesseista (ks. Soronen 2020). Tulostemme perusteella vastavuoroisessa kokemusasiantuntijatoiminnassa herää tunne toivosta, joka on keskeinen muutosta edistävää elementti. Vastavuoroisuus positiivisena muutosvoimana voi heijastua elämään laajasti (ks. Calcaterra & Raineri 2020). Vastavuoroisuus mielenterveys- ja päihdekuntoutuksen kokemusasiantuntijatoiminnassa kannattelee paitsi kuntoutujien, myös kokemusasiantuntijoiden toipumista. Lisäksi monet tutkimukseemme osallistuneista kokemusasiantuntijoista halusivat kouluttautua ja kehittyä lisää – niin kokemusasiantuntijoina, ihmisinä kuin kansalaisinakin. Myös moni kuntoutujista halusi tulevaisuudessa itse toimia kokemusasiantuntijana muita vastavuoroisesti auttaen (myös Sallinen ym. 2011, ks. myös Martela & Ryan 2015).

Tuloksissamme korostuu vastavuoroisuuden myönteinen realisoituminen. Toisaalta vertaisuuteenkaan perustuva vastavuoroisuus ei ole itsestään selvää vaan pikemminkin eettisesti vaativaa (ks. Karisto 2016, 32). Kuntoutujat korostivat merkityksellisenä muun muassa sitä, että he itse ovat valmiita tilanteensa tarkasteluun ja tuen vastaanottamiseen, sekä sitä, että kokemusasiantuntijat ovat aidosti kiinnostuneita kuulemaan myös heidän kokemuksistaan. Kokemusasiantuntijat puolestaan kaipasivat kuntoutujilta vähintään läsnäoloa sovittuna aikana

mutta myös jonkinlaista, sanallista tai sanataonta, palautetta omalle toiminnalleen. Embuldeniya kollegoinea (2013) on kuvannut vertaistoiminnan yhteydessä, miten kokemusta vastavuoroisuudesta ei synny niille toimijoille, jotka kokevat olevansa vain antajan roolissa.

Tuloksemme palautuvat kokemusasiantuntijatoiminnan vertaistoiminnalliseen ytimeen huolimatta siitä, että tarkastelemamme toiminta organisoitui osana julkisen sektorin mielenterveys- ja päihdekuntoutusta. Aiemmassa tutkimuksessa onkin korostettu, että vertaistoiminta on organisoitunakin aina vastavuoroista (Hietala & Rissanen 2015, 34). Niin ikään aiempaa tutkimusta mukailien voidaan kokemusasiantuntijatoiminnan hallittu organisoituminen tulkitä myös omien tulostemme valossa yhdeksi vastavuoroisuuden realisoitumisen mahdollistajaksi (myös Calcaterra & Raineri 2020, 362). Kokemusasiantuntijatoiminnan organisoimiseen tulee kuitenkin sisällyttää refleктоiva ote, ettei vastavuoroisuutta kadoteta liiaksi ylhäältä käsin kanavoidulla hallinnalla tai byrokratialla. ”Aitoon” vastavuoroisuuteen ei sisälly ulkoapäin asetettuja, pakoksi koettuja velvoitteita (Becker 1986).

Aineistomme konteksti oli erityinen: yksi sairaanhoitopiiri, jossa pitkäkestoiseen kokemusasiantuntijakoulutukseen perustuvaa kokemusasiantuntijatoimintaa on toteutettu mielenterveys- ja päihdekuntoutuksessa yli kymmenen vuoden ajan. Kokemusasiantuntijatoiminnan vakiintunut asema sairaanhoitopiirissä saattaa osaltaan selittää vastavuoroisuuden korostunutta ilmenemistä tuloksissa. Tuloksia sovellettaessa on otettava huomioon myös, että fokusryhmiin ovat mahdollisesti osallistuneet kokemusasiantuntijatoimintaan erityisen myönteisesti suhtautuvat henkilöt.

Emme tavoitelleet tuloksillamme yleistävyyttä vaan vastavuoroisuuden näkyväksi tekemistä mielenterveys- ja päihdekuntoutuksen kokemusasiantuntijatoiminnassa. Pyrimme käsitteellistämään vastavuoroisuutta tavalla, jota on toivoaksemme mahdollista soveltaa myös oman empiriamme ulkopuolella. Toimijuutta vahvistavaa vastavuoroisuuden ideaa voidaan nähdäksemme

hyödyntää paitsi kokemusasiantuntijatoiminnassa ja sen levittämisessä ja juurruttamisessa, myös laajemmin kuntoutuspalveluissa ja koko sosiaali- ja terveydenhuollossa. On mahdollista, että vastavuoroisuuteen panostamalla yksilökeskeisiksi kritisoituja palveluja voidaan suunnata yhteisöllisempään suuntaan (ks. Törrönen ym. 2018), joka perustuu toimijoiden erottelun ja irrallisuuden sijaan läheisyyteen ja yhteenkuuluvuuteen (ks. Rissanen 2015, 193, Miettinen ym. 2017, 36).

**Tulosten merkitys:** Tutkimus tekee näkyväksi mielenterveys- ja päihdekuntoutuksen kokemusasiantuntijatoimintaan sisältyvää vastavuoroisuutta. Vastavuoroiset suhteet ja toiminta, joissa ihmiset tulevat tunnustetuiksi ja hyväksytyiksi ja joissa toivo herää, voimaannuttavat ja vahvistavat toimijuutta. Vastavuoroisuuden mahdollisuuksia kuntoutumista edistävänä ja ihmisiä kannattelevana tekijänä kannattaa tarkastella kokemusasiantuntijatoimintaa laajemminkin kuntoutuksessa ja sosiaali- ja terveyspalveluissa.

## Tiivistelmä

Vastavuoroisuus on merkityksellistä kuntoutumisessa. Vastavuoroisuus on myös tunnistettu vertaisuuteen perustuvan kokemusasiantuntijatoiminnan keskeiseksi elementiksi, mutta aihepiiriä koskevan tutkimuksen käsitteellisessä keskiössä se ei ole juurikaan ollut. Tässä tutkimuksessa tehdään vastavuoroisuutta näkyväksi mielenterveys- ja päihdekuntoutuksen kokemusasiantuntijatoiminnassa. Tutkimuksessa kysytään: miten vastavuoroisuus ilmenee mielenterveys- ja päihdekuntoutujien sekä kokemusasiantuntijoiden välisissä suhteissa? Aineistona toimivat kuntoutujien ja kokemusasiantuntijoiden fokusryhmäkeskustelut, joihin osallistui yhteensä 22 henkilöä. Aineistoa analysoitiin aineistolähtöisesti teemoittelemalla. Tuloksina esitetään, että vastavuoroisuus



mielenterveys- ja päihdekuntoutuksen kokemusasiantuntijatoiminnassa ilmenee *Itseen ja muihin kohdistuvina odotuksina, Jaettuna ja henkilökohtaisena reflektointina* sekä *Välittävänä ja kunnioittavana ihmissuhteena*. Tulosten perusteella vastavuoroisuus mielenterveys- ja päihdekuntoutuksen kokemusasiantuntijatoiminnassa näyttäytyy toteutuessaan toimijuutta vahvistavana ja sekä kuntoutujia että kokemusasiantuntijoita laajasti kannattelevana.

*Avainsanat:* vastavuoroisuus, mielenterveyskuntoutujat, päihdekuntoutujat, kokemusasiantuntijat, kuntoutus

## Abstract

*Reciprocity in experiential expertise-based action in mental health and substance abuse rehabilitation*

Reciprocity is meaningful in rehabilitation and has also been identified as an element of peer-based experiential expertise-based action. However, reciprocity has rarely been the conceptual focus of research in this field. This article makes reciprocity visible in experiential expertise-based action in mental health and substance abuse rehabilitation. The research question is: how does reciprocity manifest in the relationship between mental and substance abuse rehabilitators and experts by experience? The data consist focus group discussions of rehabilitators and experts by experience. A total of 22 people participated in the focus groups. The data were analysed by data-driven thematic analysis. The results show that reciprocity in experiential expertise-based action in mental health and substance abuse rehabilitation manifests as *Expectations for oneself and others*, as *Shared and personal reflection*, and as *Caring and respectful interpersonal relationship*. Based on these results, realized reciprocity in experiential expertise-based action in mental

health and substance abuse rehabilitation appears to strengthen agency and widely support the persons involved—both the rehabilitators and the experts by experience.

*Keywords:* reciprocity, mental health, substance abuse, experts by experience, rehabilitation

*Tutkimus on toteutettu Recovery-toiminta-orientaatio mielenterveyspalveluissa -hankkeessa Euroopan sosiaalirahaston tuella (Päätös S21275).*

**Mari Kivistö, YTT, yliopistonlehtori,  
Lapin yliopisto**

**Sanna Hautala, professori, Lapin yliopisto**

**Kari Soronen, YTM, KM, väitöskirjatutkija,  
Lapin yliopisto**

## Lähteet

- Bandura A (2006) Towards a psychology of Human Agency. *Perspectives of Psychological Science* 2, 1, 164–180. <https://doi.org/10.1111/j.1745-6916.2006.00011.x>
- Becker LC (1986) Reciprocity. The University of Chicago Press. Chicago & London.
- Braun V, Clarke V (2006) Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology* 3, 2, 77–101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp0630a>
- Braun V, Clarke V (2021) Conceptual and design thinking for thematic analysis. *Qualitative psychology*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1037/qp0000196>
- Calcaterra V, Raineri ML (2020) Helping each other: a peer supervision group with facilitators of mutual aid groups. *Social Work with Groups* 43, 4, 351–364. <https://doi.org/10.1080/01609513.2019.1642829>
- Embuldeniya G, Veinoth P, Bell E, Nyhof-Young J, Sale J, Britten N (2013) The experience and impact of chronic disease peer support interventions: A qualitative synthesis. *Patient Education and Counselling* 92, 3–12. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2013.02.002>
- Hautala S, Kaarakka O (2018) Vankilasta vapautuminen sosiaalisen kuntoutuksen haasteena. Teoksessa J Lindh, K Härkäpää, K Kostamo-Pääkkö (toim.) *Sosiaalinen kuntoutuksessa*. Lapland University Press, Rovaniemi, 318–344.

- Hietala O, Rissanen P (2015) Opas kokemusasiantuntijatoiminnasta. Kokemusasiantuntija – hoidon ja avun kohteesta omien kokemusten jakajaksi ja palveluiden kehittäjäksi. Kuntoutussäätiö ja Mielenterveyden keskusliitto, Helsinki.
- Hietala O, Rissanen P (2017) Yhteiskehittäminen uudenlaisen vastavuoroisuuden virittäjänä. Teoksessa A Pohjola, M Kairala, H Lyly, A Niskala (toim.) Asiakkaasta kehittäjäksi ja vaikuttajaksi. Asiakkaiden osallisuuden muutos sosiaali- ja terveyspalveluissa. Vastapaino, Tampere, 167–180.
- Hirschovits-Gertz T, Sihvo S, Karjalainen J, Nurmela A (2019) Kokemusasiantuntijuus Suomessa. Selvitys kokemusasiantuntijakoulutuksen ja -toiminnan käytännöistä. Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen työpapereita 17, Helsinki.
- Hokkanen L, Nikupeteri A, Laitinen M, Vasari P (2016) Individual, group and organised experiential expertise in recovery from intimate partner violence and mental health problems in Finland. *British Journal of Social Work* 47, 1147–1165. <https://doi.org/10.1093/bjsw/bcw074>
- Järvikoski A, Lindh J, Suikkanen A (2011) Johdanto. Teoksessa A Järvikoski, J Lindh, A Suikkanen (toim.) Kuntoutus muutoksessa. Lapin yliopistokustannus, Rovaniemi, 7–15.
- Karisto A (2016) Hyvinvointi ja vastavuoroisuus. Teoksessa M Törrönen, K Hänninen, P Jouttimäki, T Lehto-Lunden, P Salovaara, M Veistilä (toim.) Vastavuoroinen sosiaalityö. Gaudeamus, Helsinki, 25–38.
- Kippola-Pääkkönen A (2018) Vertaistuen hyödyt ja haasteet kuntoutuksessa. Teoksessa J Lindh, K Härkäpää, K Kostamo-Pääkkö (toim.) Sosiaalinen kuntoutuksessa. Lapland University Press, Rovaniemi, 174–191.
- Kirjavainen M, Hietala O (2019) Kokemusasiantuntijuus asiakkaiden osallisuuden vahvistajana yhteisvastaanotolla. Teoksessa A Pohjola, T Kemppainen, A Niskala, N Peronius (toim.) Yhteiskunnallisen asemansa ottava sosiaalityö. Vastapaino, Tampere, 227–256.
- Kivistö M, Martin M, Hautala S (2021) Ammattilaisten antamat merkitykset mielenterveys- ja päihdetyöhön integroidulle kokemusasiantuntija-toiminnalle toimimisen tukemisessa. *Tietopuu: tutkimussarja* 2, 1–18.
- Laitila M (2019) Kokemusasiantuntijakoulutuksen merkitys koulutukseen osallistuneiden arvioimana. *Kuntoutus* 43, 3, 18–31.
- Martela F, Ryan R (2015) The benefits of benevolence: basic psychological needs, beneficence, and the enhancement of well-being. *Journal of Personality* 84, 6, 750–764. <https://doi.org/10.1111/jopy.12215>
- Martin M, Laitila M, Kivistö M, Soronen K, Hautala S (2021) COVID-19-pandemian aiheuttaman poikkeustilanteen merkitys kokemusasiantuntijatoiminnalle mielenterveytyöissä. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 58, 3, 320–336. <https://doi.org/10.23990/sa.103228>
- Mattila-Aalto M (2009) Kuntoutusosallisuuden diagnoosi. Tutkimus entisten rappiokäyttäjien kuntoutumisen muodoista, mekanismeista ja mahdollisuuksista. *Kuntoutussäätiön tutkimuksia* 81, Helsinki.
- Mattila-Aalto M (2018) Kuntoutuskäytäntöjen laadullisen analyysin merkityksestä kuntoutuksen sosiaalisen ulottuvuuden ymmärtämisessä – tapausesimerkki huumeriippuvuuden hoidosta. Teoksessa J Lindh, K Härkäpää, K Kostamo-Pääkkö (toim.) Sosiaalinen kuntoutuksessa. Lapland University Press, Rovaniemi, 215–238.
- Miettinen R, Romakkaniemi M, Laitinen M (2017) Historialliset painolastit asiakkaan aseman haastajina. Teoksessa A Pohjola, M Kairala, H Lyly, A Niskala (toim.) Asiakkaasta kehittäjäksi ja vaikuttajaksi – Asiakkaiden osallisuuden muutos sosiaali- ja terveyspalveluissa. Vastapaino, Tampere, 15–37.
- Munn-Giddings C, Borkman T (2018) Reciprocity in peer-led mutual aid groups in the community. Implications for social policy and social work practices. Teoksessa M Törrönen, C Munn-Giddings, L Tarkiainen (eds.) Reciprocal relationships and well-being. Implications for social work and social policy. Routledge, New York, 59–76. <https://doi.org/10.4324/9781315628363-5>
- Nordling E (2018) Mitä toipumisorientaatio tarkoittaa mielenterveytyöissä? *Duodecim* 134, 15, 1476–1483.
- Nordling E, Rissanen P (2020) Mielenterveytyö uudistuu – toipumisorientaation teoreettiset lähtökohdat. *Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen työpapereita* 40, Helsinki.
- Palukka H, Tiilikka T, Auvinen P (2019) Kokemusasiantuntija sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmässä – osallisuuden mahdollistaja vai osallistamispolitiikan edustaja. *Janus* 27, 1, 21–37. <https://doi.org/10.30668/janus.66252>
- Pirhonen, J (2015) Tunnustaminen ja sen vastavuoroisuus vanhustyöissä. *Gerontologia* 29, 1, 25–34.
- Rissanen P (2015) Toivoton tapaus? Autoetnografia sairastumisesta ja kuntoutumisesta. *Kuntoutussäätiön tutkimuksia* 88, Helsinki.
- Rissanen P, Jurvansuu S (2017) Vertaistoiminnan muodot ja merkitys päihde- ja mielenterveysjärjestöissä. *Kuntoutus* 40, 1, 5–17.
- Romakkaniemi M, Järvikoski A (2012) Service users' perceptions on shared agency in mental health services. *European Journal of Psychotherapy and Counselling* 14, 4, 381–394. <https://doi.org/10.1080/13642537.2012.733556>
- Romakkaniemi M, Väyrynen S (2011) Päihde- ja mielenterveyskuntoutujien kokemuksia psykososiaalisesta kuntoutuksesta. Teoksessa A Järvikoski, J Lindh, A Suikkanen (toim.) Kuntoutus

- muutoksessa. Lapland University Press, Rovaniemi, 135–151.
- Sallinen M, Kukkurainen M-L, Peltokallio L (2011) Finally heard, believed and accepted – Peer support in the narratives of women with fibromyalgia. *Patient Education and Counseling* 85, e126–e130. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2011.02.011>
- Soronen K (2020) Tunnekokemukset osana kokemusasiantuntijaksi kehittymistä. *Janus* 28, 1, 60–76. <https://doi.org/10.30668/janus.70425>
- Soronen K (2021) Arvioivan katseen alla vai aitoa yhteistyötä? Kokemusasiantuntijoiden positioiden rakentuminen päihde- ja mielenterveystyössä. *Tietopuu tutkimussarja* 1/2021, 1–23.
- Sosiaali- ja terveysministeriö (2009) Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma. Mieli 2009 -työryhmän ehdotukset mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseksi vuoteen 2015. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2009:3. Verkkopublication osoitteessa: <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/70007/passthru.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (2020) Kokemusasiantuntijuus ja vertaistuki. Verkkosivusto osoitteessa: <https://thl.fi/fi/web/mielenterveys/mielenterveyspalvelut/kokemusasiantuntijuus-ja-vertaistuki> (Viitattu 5.12.2021)
- Tuomi J, Sarajärvi A (2018) Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Uudistettu laitos. Tammi, Helsinki.
- Törrönen M (2016) Johdatus vastavuoroiseen sosiaalityöhön. Teoksessa M Törrönen, K Hänninen, P Jouttimäki, T Lehto-Lunden, P Salovaara, M Veistilä (toim.) Vastavuoroinen sosiaalityö. *Gaudeamus*, Helsinki, 12–24.
- Törrönen M (2018) Hyvinvointia luova vastavuoroisuus. *Teologinen aikakauskirja* 2018, 2, 113–123.
- Törrönen M, Munn-Giddings C, Tarkiainen L (2018) Introduction. Teoksessa M Törrönen, C Munn-Giddings, L Tarkiainen (eds.) *Reciprocal relationships and well-being. Implications for social work and social policy*. Routledge, New York, 1–8. <https://doi.org/10.4324/9781315628363-1>
- Valtonen A (2005) Ryhmäkeskustelu – millainen metodi? Teoksessa J Ruusuvaori, L Tiittula (toim.) *Haastattelu. Tutkimus, tilanteet ja vuorovaikutus*. Vastapaino, Tampere, 223–241.



# SOSIOEKONOMISEN PERHETAUSTAN YHTEYS KELAN MIELENTERVEYSPERUSTEISEEN KUNTOUTUKSEEN OSALLISTUMISEEN TOISEN JA KORKEA-ASTEEN OPISKELIJOILLA

## Johdanto

Nuoruus on kehityksen ja yhteiskuntaan kiinnittymisen kannalta tärkeää aikaa. Väestötutkimuksissa on arvioitu, että noin kolme neljästä elinaikana ilmenevästä mielenterveyshäiriöstä alkaa 24 ikävuoteen mennessä (Kessler ym. 2005). Yleisimpiä mielenterveyshäiriöitä nuorilla ovat mieliala-, ahdistuneisuus- sekä päihde- ja käytöshäiriöt. Näistä mieliala- ja ahdistuneisuushäiriöt painottuvat naisiin, kun taas päihde- ja käytöshäiriöt ovat yleisempiä miehillä. (Kessler ym. 2005, Suvisaari ym. 2009, Marttunen & Kaltiala-Heino 2013.) Mielenterveyden häiriöiden on havaittu olevan yhteydessä heikkoon opinnoissa suoriutumiseen ja opintojen keskeyttämiseen (esim. Jonsson ym. 2010, Mikkonen ym. 2018, Brännlund & Edlund 2020), joista voi pahimmillaan seurata putoaminen koulutuksen ja työelämän ulkopuolelle (esim. Scott ym. 2013, Rikala 2018). Näistä syistä on erityisen tärkeää kohdistaa tukea ja mielenterveyspalveluita nuorille.

Kelan kuntoutuksen tavoitteena on tukea työ- ja opiskelukykyä. Vuonna 2019 mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöt olivat Kelan tukemaan kuntoutukseen hakeutumisen syynä 82 prosentilla 16–24-vuotiaista

kuntoutujista, kun vastaava osuus kaikenikäisillä kuntoutujilla oli 65 prosenttia (Kela 2020, 31). Yleisimmät 16–24-vuotiaiden saamat Kelan kuntoutusmuodot ovat koulutuksena toteutettu ammatillinen kuntoutus ja kuntoutuspsykoterapia (Kela 2020, 34). Koulutuksena toteutettavan ammatillisen kuntoutuksen tavoitteena on, että kuntoutuja voi koulutuksen avulla sijoittua työhön, jossa hänen sairautensa tai vammansa ei juuri aiheuta rajoituksia. Koulutukseen myönnetyn kuntoutuspäätöksen perusteella korvataan opiskelukustannuksia. Lisäksi opiskelujalle voi hakea kuntoutusrahaa tai nuoren kuntoutusrahaa. (Kela 2017a.) Kuntoutuspsykoterapiaa voidaan puolestaan myöntää lääketieteellisen arvion perusteella työ- tai opiskelukyvyn tukemiseksi 16–67-vuotiaalle henkilölle, jolla on diagnosoitu työ- tai opiskelukykyä uhkaava mielenterveyden häiriö (Kela 2017b). Kummankin kuntoutusmuodon saatavuutta on viimeisen vuosikymmenen aikana helpotettu (HE 68/2010, HE 128/2013).

Erilaiset yksilölliset ja yhteiskunnalliset tekijät vaikuttavat kuntoutuspalveluiden saatavuuteen ja käyttöön, kuten myös laajemmin erilaisiin terveyspalveluihin.

Yksilöihin liittyviin tekijöihin luetaan usein ikä, sukupuoli ja sosioekonomiset tekijät, aiemmat palvelukokemukset sekä terveyttä ja palveluita koskevat asenteet. Samoin ongelmien vakavuus ja koettu palvelutarve vaihtelevat. Yhteiskunnallisista tekijöistä on kiinnitetty huomiota esimerkiksi palvelun järjestämisen tapoihin, saatavuuteen ja kustannuksiin. (Andersen & Davidson 2007, Pensola ym. 2012, Cummings 2014, Karvonen ym. 2019.)

Nuorten kohdalla perhetaustalla voi olla vaikutusta kuntoutukseen osallistumiseen. Vanhempien sosioekonominen asema on yhteydessä paitsi nuoren mielenterveyden ongelmien ilmenemiseen (Reiss 2013, Torikka ym. 2014, Markkula & Suvisaari 2017) myös koulunkäyntiin liittyviin tekijöihin, kuten erityiseen tukeen (Rinne ym. 2020) tai opintojen keskeyttämiseen (Brännlund & Edlund 2020, Mikkonen ym. 2020). Vanhempien sosioekonomisella asemalla on havaittu olevan merkitystä myös palveluihin hakeutumisessa (Reiss 2013). Palveluihin hakeutumiseen vaikuttaa vanhempien kyky havaita nuoren psyykinen oireilu (Ford 2008) ja vanhempien näkemykset ja hoitohistoria (Zwaanswijk ym. 2003, Sayal 2006). Vanhemmilla on myös erilaiset resurssit tukea lastaan monimutkaisessa kuntoutusjärjestelmässä. Korkeasti koulutetuilla vanhemmilla voi olla muita paremmat kyvyt navigoida palvelujärjestelmässä (Roos & Mustard 1997). Matalatuloisilla palvelumaksut ja omavastuuosuudet voivat muodostua hoitoon hakeutumisen esteeksi (Packness ym. 2017), toisaalta hyvätuloiset voivat käyttää yksityisen sektorin palveluita.

Aiemmissa väestötutkimuksissa Kelan ammatillisen kuntoutuksen ja kuntoutuspsykoterapian on havaittu kohdistuvan osin eri sosioekonomisille ryhmille (Pensola ym. 2012, Ristikari ym. 2016). Pensolan ja kumppaneiden (2012) tarkastelussa vajaan kymmenen ammattilaiseen kuntoutukseen hakivat opiskeluaikaisista miehet, pienituloisemmista perheistä tulevat sekä ne, joiden äiti oli työtön tai ei kuulunut työvoimaan. Harkinnanvaraiseen kuntoutukseen, johon psykoterapia tuolloin sisältyi, hakivat opiskeluaikaisista naiset, ylimpään ja alimpaan

tuloviidennekseen kuuluvat sekä ne, joiden äidillä oli perus- tai korkeakoulutus. Naisten on myös muissa tutkimuksissa havaittu osallistuvan kuntoutuspsykoterapiaan miehiä useammin (Ristikari ym. 2016, 46, Tuulio-Henriksson ym. 2019). Lisäksi ammatillisen kuntoutuksen on havaittu olevan yleisintä peruskoulun varassa olevilla, kun taas kuntoutuspsykoterapiaa saivat useammin ylioppilastutkinnon suorittaneet (Ristikari ym. 2016).

Aiemmissa tutkimuksessa ei juuri ole tarkasteltu mielenterveysperusteiseen kuntoutukseen osallistumisen ja sosioekonomisen perhetaustan yhteyttä opiskelijoilla, vaikka opiskelijat ovat viime vuosina olleet toiseksi suurin ryhmä työelämässä olevista kuntoutujista (Kela 2020 ja 2021). Mielenterveyden häiriöt ovat yhteydessä opintojen keskeyttämiseen (Haapakorva ym. 2018, Mikkonen ym. 2018), minkä vuoksi opiskelijoiden kuntoutukseen osallistumista on tärkeä kartoittaa tarkemmin. Mahdollisia sosioekonomisia eroja kuntoutukseen osallistumisessa on tärkeää tarkastella kuntoutuksen yhdenvertaisen saatavuuden varmistamiseksi. Samalla on tarpeen syventää ymmärrystä siitä, miten perheeseen tai koulutukseen liittyvät tekijät voisivat selittää mahdollista yhteyttä.

Tässä tutkimuksessa selvitetään sosioekonomisen perhetaustan yhteyttä Kelan mielenterveysperusteisiin kuntoutusmuotoihin osallistumiseen vuosina 1989–1991 syntyneillä toisen ja korkea-asteen opiskelijoilla. Tutkimuksessa hyödynnetään Tilastokeskuksen, Opetushallituksen ja Kelan rekisteriaineistoja.

Tutkimuskysymykset ovat:

- Miten toisen ja korkea-asteen opiskelijoiden sosioekonominen perhetausta (perheen tulotaso, vanhempien koulutus ja pääasiallinen toiminta) on yhteydessä Kelan mielenterveysyryistä myönnettyyn, koulutuksena toteutettuun ammatilliseen kuntoutukseen ja kuntoutuspsykoterapiaan osallistumiseen?
- Millainen on perheen tulotason, vanhempien koulutuksen ja vanhempien pääasiallisen toiminnan yhteys tarkasteltaviin kuntoutusmuotoihin osallistumiseen, kun

muut sosioekonomiseen perhetaustaan liittyvät tekijät sekä lapsuuden perheeseen (syntyperä, perhemuoto) ja koulutukseen liittyvät tekijät (opintoihin saatu erityinen tuki, peruskoulun päättötodistuksen lukuaineiden keskiarvo, opintojen aloitusikä, oppilaitostyyppi) on otettu huomioon?

## Aineisto ja menetelmät

### *Tutkimusaineisto*

Yksilötasoinen rekisteriaineisto koostui Tilastokeskuksen väestö-, perhe-, työmarkkina- ja koulutusaineistoista, Opetushallituksen Yhteisvalintarekisteristä sekä Kelan kuntoutus- ja työkyvyttömyyseläketiedoista. Aineisto saatiin pseudonymisoituna ja sitä käytettiin Tilastokeskuksen etäkäyttäjärjestelmässä (käyttölupa TK-53-1032-19). Tutkimus sai Kuntoutussäätiön tutkimusettiseltä toimikunnalta puoltavan lausunnon 13.8.2019.

Aineisto sisälsi kaikki vuosina 1989–1991 syntyneet, jotka olivat Suomessa kirjoilla 15-vuotiaina (N = 198 196) (kuvio 1). Aineistosta poistettiin henkilöt, joiden opetus oli järjestetty toiminta-alueittain (esim. vaikeasti vammaiset opiskelijat, N = 325), sekä ne, joilta puuttui tieto yhteisvalinnasta kaikilta tarkasteluvuosilta (N = 3 213). Tutkimusväestöstä muodostettiin kaksi erillistä aineistoa, toisen asteen ja korkea-asteen opiskelijat. Tuloksia tarkasteltiin erikseen toisella ja korkea-asteella sekä miehillä ja naisilla. Koska aineisto oli kohorttiaineisto, lähes kaikki korkea-asteen opiskelijat sisältyivät myös toisen asteen aineistoon lukuun ottamatta joitakin poikkeuksia, kuten ulkomailla toisen asteen tutkinnon suorittaneita. Nämä opiskelijat sisältyvät siten molempia kohortteja koskeviin analyyseihin.

Tutkimusväestön mielenterveysperusteista osallistumista Kelan koulutuksena toteutettuun ammatilliseen kuntoutukseen ja kuntoutuspsykoterapiaan tarkasteltiin seuranta-aikana, joka aloitettiin opiskelijan kirjautuessa ensimmäistä kertaa toisen tai korkea-asteen opintoihin. Seuranta jatkettiin kolme vuotta tai vähemmän, mikäli

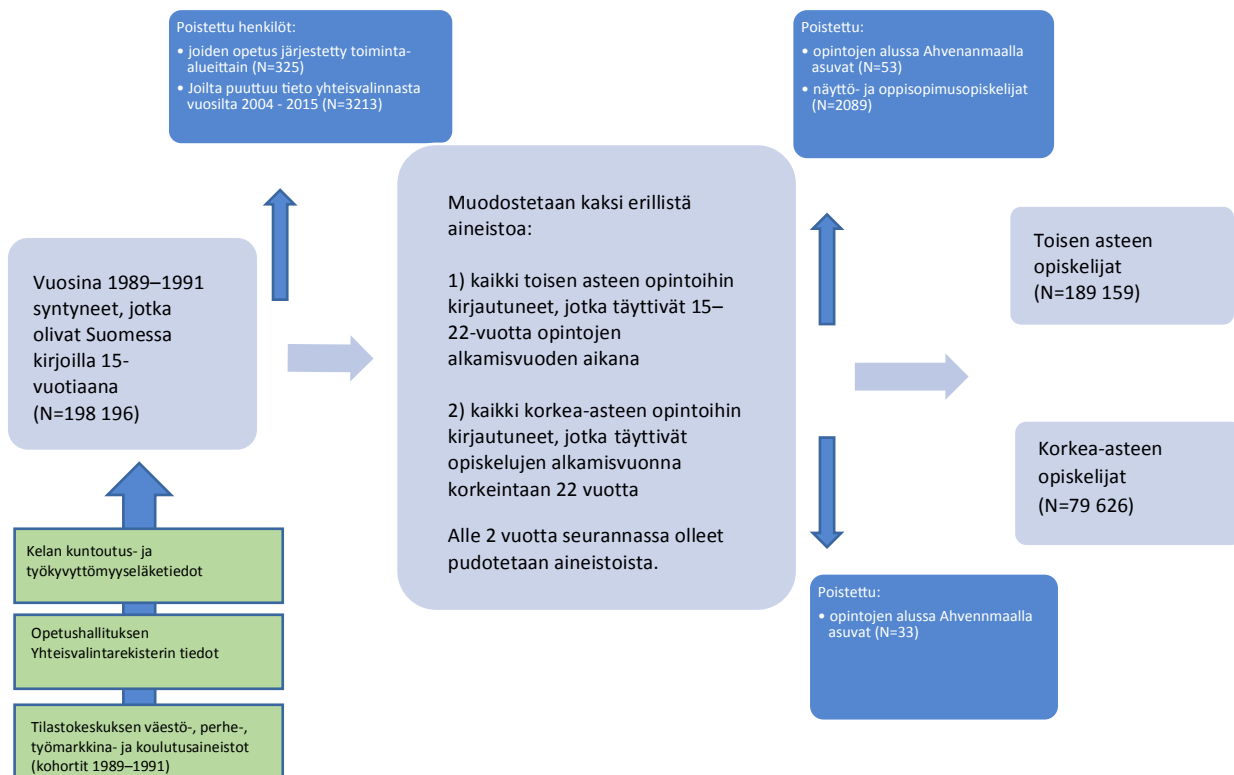
opiskelija valmistui, kuoli, muutti ulkomaille, jäi työkyvyttömyyseläkkeelle tai seuranta-aika loppui (31.12.2015), ennen kuin kolme vuotta oli kulunut. Logistisen regressioanalyysin toimivuuden varmistamiseksi aineistosta poistettiin opiskelijat, jotka eivät olleet seurannassa alle kaksi vuotta.

Toisen asteen opiskelijoiksi luettiin kaikki toisen asteen opintoihin kirjautuneet, jotka täyttivät 15–22 vuotta opintojen alkamisvuoden aikana. Näin nuorinkin kohortti, joka aloitti opinnot 22-vuotiaana, ehti olla seurannassa vaadittavat kaksi vuotta. Seuranta-aika sijoittui toisen asteen opiskelijoilla vuosille 2004–2015. Tutkimusaineistosta rajattiin pois opintojensa alussa Ahvenanmaalla asuneet (N = 53) sekä näyttö- ja oppisopimusopiskelijat (N = 2 089), joilla opiskelumuoto on usein työmoinainen. Toisen asteen opiskelijoita oli aineistossa yhteensä 189 159. Heistä 54 prosenttia aloitti opinnot lukiossa ja 46 prosenttia ammatillisessa oppilaitoksessa (ks. taulukko 1).

Korkea-asteen opiskelijoiksi katsottiin kaikki korkeakouluopintoihin kirjautuneet, jotka täyttivät opiskelujen alkamisvuonna korkeintaan 22 vuotta. Korkea-asteen opiskelijoiden seuranta-aika ajoittui välille 2006–2015. Myös heistä poistettiin Ahvenanmaalla asuneet (N = 33). Tarkasteluvuosina 79 626 aloitti korkea-asteen opinnot. Heistä 62 prosenttia aloitti opinnot ammattikorkeakoulussa ja 38 prosenttia yliopistossa (ks. taulukko 1).

### *Muuttajat*

Kelan kuntoutustiedoista tarkasteltiin diagnosoidun mielenterveyden tai käyttäytymisen häiriön (ICD-10 luokka F) perusteella myönnetyn, koulutuksena toteutetun ammatillisen kuntoutuksen ja kuntoutuspsykoterapian toteutuneita kuntoutusjaksoja. Kuntoutukseen osallistuneiksi määriteltiin kuntoutukseen seuranta-aikana osallistuneet opiskelijat. Eri vuosien erilaisten tilastointitapojen vuoksi kuntoutuksen katsottiin alkaneen seuranta-ajan sisällä, jos kuntoutus alkoi samana vuonna kuin opinnot. Kuntoutusmuotoja tarkasteltiin erikseen. Vuodesta 2013 eteenpäin kuntoutuspsykoterapiaa



Kuvio 1. Vuosina 1989–1991 syntyneiden toisen asteen ja korkea-asteen opiskelijoita koskevien aineistojen muodostuksen vaiheet.

saaneisiin on laskettu myös nuoren kuntoutuspsykoterapiaa saaneet. Osa kuntoutujista osallistui sekä ammatilliseen kuntoutukseen että kuntoutuspsykoterapiaan (toinen aste N = 86 ja korkea-aste N = 37). Jatkossa koulutuksena saatuun ammatilliseen kuntoutukseen viitataan myös termillä ”ammatillinen kuntoutus”, sillä artikkelissa ei käsitellä muita ammatillisen kuntoutuksen muotoja.

*Sosioekonomiseen perhetaustaan liittyvistä tekijöistä* tarkasteltiin perheen tulotasoa (asuntokunta) sekä vanhempien koulutusta ja pääasiallista toimintaa. Asuntokuntaan katsottiin kuuluvaksi kaikki samassa asuinhuoneistossa vakituisesti elävät henkilöt (Tilastokeskus 2021). Tiedot asuntokunnan tulotasosta ovat sen vuoden lopusta, jolloin tutkittava täytti 15 vuotta. Asuntokunnan tulotasoa tarkasteltiin tuloneljännesluokittain, jotka muodostettiin toisella asteella ja korkea-asteella erikseen. Tuloissa otettiin huomioon asuntokunnan kaikki veronalaiset tulot, jotka jaettiin

Tilastokeskuksen muodostamalla asuntokunnan jäsenmäärään ja jäsenten ikään perustuvilla kulutusyksiköillä. Osa tutkittavista ei kuulunut mihinkään asuntokuntaan kyseisen vuoden lopussa, eikä heillä siksi ollut tulotietoja (toinen aste 0,95 % ja N = 1 797, korkea-aste 0,29 % ja N = 230). He voivat olla esimerkiksi laitoksissa kirjoilla tai asunnottomia.

Tiedot vanhempien koulutuksesta ja pääasiallisesta toiminnasta ovat vuodelta, jolloin tutkittava täytti 16 vuotta. Vanhempien koulutusaste luokiteltiin kolmeen luokkaan: perusasteeseen, keskiasteeseen ja korkea-asteeseen. Mikäli vanhemmilla oli eri koulutusasteet, tehtiin luokitus korkeamman koulutusasteen mukaan.

Vanhempien pääasiallinen toiminta luokiteltiin kolmeen luokkaan: 1) molemmat vanhemmat tai ainut vanhempi työssä tai opiskelemissa, 2) toinen vanhempi työelämän ulkopuolella sekä 3) molemmat vanhemmat tai ainut vanhempi työelämän ulkopuolella.

Työelämän ulkopuolella oleviin luettiin työttömät (4–7 % kaikista vanhemmista), eläkeläiset (2–5 %), työttömyyseläkeläiset (0,02–2 %) sekä muut työvoiman ulkopuolella olevat (1,5–4 %). Nämä luokat yhdistettiin pienten havaintomäärien vuoksi.

*Muista perhetekijöistä* tarkasteltiin syntyperää ja perhemuotoa. Syntyperämuutujassa Suomessa syntyneet suomalaistaustaiset (vähintään toinen vanhempi syntynyt Suomessa) muodostivat yhden luokan. Ulkomailla syntyneet ja ulkomaalaistaustaiset (molemmat tai ainut tiedossa oleva vanhempi syntynyt ulkomailla) muodostivat toisen luokan. Perhemuotomuuttuja muodostettiin yhdistämällä tiedot tutkittavan perheasemasta ja perhetyyppistä siltä ajalta, kun tutkittavat olivat 15-vuotiaita. Perhemuotomuuttuja luokiteltiin uudelleen kolmeen luokkaan seuraavasti: 1) vanhempi tai vanhemmat liitossa, 2) yksinhuoltajanvanhemman perhe ja 3) ilman vanhempia asuneet.

*Koulutukseen liittyvistä tekijöistä* tarkasteltiin opintoihin saatua erityistä tukea, peruskoulun päättötodistuksen lukuaineiden keskiarvoa, opintojen aloitusikää sekä oppilaitostyyppiä. Opintoihin saatua erityistä tukea tarkasteltiin edeltävillä koulutusasteilla. Toisen asteen opiskelijoilla erityinen tuki tarkoitti peruskoulun oppimäärän suorittamista osittain tai pääosin/kokonaan yksilöllistetyksi. Yhteisvalintarekisteristä saatu tieto merkittiin puuttuvaksi, jos tieto puuttui tai oppivelvollisuuden suorittaminen oli kirjattu keskeytyneeksi ja tutkimusväestöön kuuluva ei ollut saanut päättötodistusta (toinen aste  $N = 265$  ja korkea-aste  $N = 24$ ). Toisen asteen logistisissa regressiomalleissa puuttuvien tietojen tapaukset yhdistettiin pienen tapausmäärän vuoksi niihin, joiden opintoja ei yksilöllistetty. Korkea-asteen opiskelijoiden joukossa erityistä tukea saaneiksi määriteltiin sekä peruskoulun oppimäärän osittain tai kokonaan yksilöllistetyksi suorittaneet että – tukea saaneiden vähäisen määrän vuoksi – toisella asteella tukea saaneet. Tieto tukijärjestelyistä ammatillisen ja lukio-koulutuksen ajalta saatiin Tilastokeskuksen rekistereistä (erityisopiskelija tai erityinen opetusjärjestely).

*Peruskoulun aikaista opintomenestystä* tarkasteltiin päättötodistuksen lukuaineiden keskiarvon avulla. Tieto saatiin yhteisvalintarekisteristä ja luokiteltiin seuraavasti: keskiarvo alle 7, keskiarvo 7 tai yli ja tieto puuttuu. *Opintojen aloitusikä* laskettiin opintojen alkamisvuoden mukaan. Logistisissa regressiomalleissa toisen asteen opiskelijoiden opintojen aloitusikä jaettiin seuraaviin luokkiin: 15–16-, 17–18- ja 19–22-vuotiaat (jakauma 88, 11 ja 1,2 %), sillä havainnot painottuivat nuorempiin ikäluokkiin. Korkeakouluopiskelijoilla ikäluokat jaettiin kahteen jokseenkin yhtä suureen luokkaan: 17–19- ja 20–22-vuotiaat (45 ja 55 %). *Oppilaitostyypit* olivat toisella asteella ammatillinen oppilaitos ja lukio, korkea-asteella ammattikorkeakoulu ja yliopisto. Analyysit toteutettiin *sukupuolen* mukaan erikseen miehille ja naisille.

*Kontrollimuuttujina* olivat asuinalue ja syntymävuosi. Tieto asuinalueesta oli opintojen aloitusvuodelta. Mikäli tietoa asuinalueesta ei löytynyt opintojen aloitusvuodelta, lisättiin tieto seuraavalta sellaiselta vuodelta, jolta tieto oli saatavissa, tai tarvittaessa lähimmältä opintojen alkua edeltävältä vuodelta. Asuinalueet luokiteltiin neljään suuralueeseen, jotka olivat Etelä-Suomi, Helsinki-Uusimaa, Länsi-Suomi sekä Pohjois- ja Itä-Suomi.

### *Tilastolliset menetelmät*

Aineistoa taustoitettiin analysoimalla perhe-taustaan ja koulutukseen liittyvien tekijöiden jakaumia kuntoutusmuotoihin osallistuneilla ja koko tutkimusväestöllä. Analyysit tehtiin yhdessä molemmille sukupuolille.

Kuntoutukseen osallistuneiden osuuk-sia sosioekonomiseen perhetaustatekijöiden mukaan tarkasteltiin ristiintaulukoimalla. Tilastollisia merkitsevyyksiä tarkasteltiin laskemalla osuuksille 95 prosentin luottamusvälit. Kuntoutukseen osallistuneet raportoitiin 10 000 opiskelijaa kohden. Analyysit tehtiin erikseen miehille ja naisille sekä eri koulutusasteille. Kuntoutukseen osallistuneiden jakaumat muiden perhe- ja koulutustekijöiden mukaan esitetään liitetaulukossa 1.



Sosioekonomiseen perhetaustaan liittyvien tekijöiden yhteyttä kuntoutukseen osallistumiseen tarkasteltiin askeltavalla logistisella regressioanalyysillä. Ensiksi on esitetty jokainen sosioekonominen perhetaustatekijä (perheen tulotaso, vanhempien koulutus, vanhempien pääasiallinen toiminta) erikseen (malli 1). Toiseen malliin lisättiin sosioekonomiset perhetaustatekijät yhdessä (malli 2). Sitten lisättiin muut perhetekijät (syntyperä, perhemuoto) (malli 3) ja tämän jälkeen vielä kaikki koulutukseen liittyvät tekijät (opintoihin saatu erityinen tuki, toisen asteen opiskelijoiden osalta peruskoulun päättötodistuksen lukuaineiden keskiarvo, opintojen aloitusikä, oppilaitostyyppi) (malli 4). Odds ratio -kertoimille laskettiin 95 prosentin luottamusvälit. Malleja verrattiin toisiinsa khiini neliö -testin tilastollisen merkitsevyyden (p-arvo) ja selitysasteen (McFaddenin R) avulla. Kaikissa malleissa vakioitiin kontrollimuuttujina asuinalue ja syntymävuosi.

Ammatilliseen kuntoutukseen osallistuneita oli korkeakouluopiskelijoissa hyvin vähän. Tästä syystä korkeakouluopiskelijoilla logistinen regressioanalyysi toteutettiin vain kuntoutuspsykoterapiaan osallistuneilla. Korkea-asteen opiskelijoiden malleissa ei vakioitu peruskoulun opintomenestystä, sillä alle seitsemän keskiarvon saaneita oli korkeakouluopiskelijoista alle viisi prosenttia. Miesten mallissa yhdistettiin lisäksi asuntokuntaan kuulumattomat matalimpaan tulo- luokkaan ja 15-vuotiaana ilman vanhempia asuneet yksinhuoltajaperheessä eläneisiin pienen tapausmäärän vuoksi. Aineisto analysoitiin Stata 16 -tilasto-ohjelmalla.

## Tulokset

### *Tutkimusaineiston kuvailu*

Toisella asteella enemmistö koulutuksena toteutettuun ammatilliseen kuntoutukseen osallistuneista oli miehiä (61 %) (taulukko 1). Kolmasosa oli matalimmasta tuloneljänneksestä (34 %), joka kahdeksannen vanhemmilla oli korkeintaan perusasteen koulutus (13 %) ja vajaalla puolella vähintään toinen vanhempi oli työelämän ulkopuolella (42 %).

Yli puolella oli yksilöllistetty oppimäärä peruskoulussa ja päättötodistuksen keskiarvo alle 7 tai ei tiedossa. Lähes kaikki opiskelivat ammatillisessa oppilaitoksessa. Sen sijaan korkea-asteella ammatilliseen kuntoutukseen osallistui hyvin harva.

Kuntoutuspsykoterapiaan osallistuneista suurimman osan vanhemmilla oli korkea-asteen koulutus (61 % toinen aste ja 76 % korkea-aste) ja kolmanneksella perhe kuului korkeimpaan tuloneljännekseen (31 % ja 29 %). Suurin osa kuntoutuspsykoterapiaan osallistuneista oli naisia ja opiskeli lukiossa tai yliopistossa.

Koko aineistoon verrattaessa molemmissa kuntoutusmuodoissa yliedustettuina olivat keskimääräistä vanhempana toisen asteen opintonsa aloittaneet, toisella asteella myös 15-vuotiaana ilman vanhempiaan asuneet ja asuntokuntaan kuulumattomat.

### *Sosioekonomiseen perhetaustaan liittyvien tekijöiden yhteys ammatilliseen kuntoutukseen osallistumiseen*

Mielenterveysperusteiseen ammatilliseen kuntoutukseen osallistuttiin erityisesti toisella asteella ja vain harvoin korkea-asteella (taulukko 2). Toisella asteella ammatilliseen kuntoutukseen osallistui 86 miestä ja 56 naista 10 000 opiskelijaa kohden (N = 1 348). Kuntoutujien osuus ammatillisessa oppilaitoksessa oli miehillä yli ja naisilla lähemmäs kymmenkertainen lukiossa opiskeleviin verrattuna (liitetaulukko 1).

Sosioekonomisen perhetaustan yhteys oli samansuuntainen molemmilla sukupuolilla. Alimmassa tulo- luokassa kuntoutukseen osallistuneita oli molemmilla yli kaksinkertaisesti ylipään tulo- luokkaan verrattuna. Ne mies- ja naisopiskelijat, joiden vanhemmilla oli korkeintaan perusasteen koulutus, osallistuivat useammin ammatilliseen kuntoutukseen kuin ne, joiden vanhemmilla oli korkea-asteen koulutus. Samoin ne, joiden vanhemmista vähintään toinen oli työelämän ulkopuolella, osallistuivat ammatilliseen kuntoutukseen useammin kuin ne, joiden vanhemmat olivat työssä tai opiskele- massa. (Taulukko 2.)

Korkea-asteella ammatilliseen kuntoutuk-

Taulukko 1. Perhetaustaan ja koulutukseen liittyvien tekijöiden prosenttijakaumat koulutuksena toteutettuun ammatilliseen kuntoutukseen ja kuntoutuspsykoterapiaan osallistuneilla opiskelijoilla sekä kaikilla toisen ja korkea-asteen opiskelijoilla.

	Prosenttijakauma (95 % luottamusväli)			Prosenttijakauma (95 % luottamusväli)		
	Toinen aste			Korkea-aste		
SOSIOEKONOMINEN PERHETAUSTA	Ammatillinen kuntoutusuntoutuspsykoterapi		Kaikki	Ammatillinen kuntoutusuntoutuspsykoterapi		Kaikki
<b>Asuntokunnan tulotaso (15-v.)</b>						
Alin neljännes	34 (31 - 37)	22 (20 - 24)	25 (25 - 25)	29 (21 - 37)	26 (24 - 28)	25 (25 - 25)
2. neljännes	24 (22 - 26)	20 (18 - 22)	25 (25 - 25)	24 (16 - 32)	21 (19 - 23)	25 (25 - 25)
3. neljännes	21 (19 - 23)	21 (19 - 23)	25 (25 - 25)	22 (14 - 30)	24 (22 - 26)	25 (25 - 25)
Korkein neljännes	16 (14 - 18)	31 (28 - 34)	25 (25 - 25)	*	29 (27 - 31)	25 (25 - 25)
Ei kuulu asuntokuntaan	5 (4 - 6)	6 (5 - 7)	1 (1 - 1)	N<5	0,6 (0,2 - 1)	0,3 (0,3 - 0,3)
<b>Vanhempien koulutus (16-v.)</b>						
Perusaste	13 (11 - 15)	7 (6 - 8)	7 (7 - 7)	6 (2 - 10)	3 (2 - 4)	3 (3 - 3)
Keskiaste	52 (49 - 55)	32 (29 - 35)	42 (42 - 42)	21 (14 - 28)	21 (19 - 23)	28 (28 - 28)
Korkea-aste	35 (32 - 38)	61 (58 - 64)	52 (52 - 52)	73 (65 - 81)	76 (74 - 78)	69 (69 - 69)
<b>Vanhempien pääasiallinen toiminta (16-v.)<sup>a</sup></b>						
Työssä tai opiskelemissa	58 (55 - 61)	71 (68 - 74)	76 (76 - 76)	72 (64 - 80)	79 (77 - 81)	83 (83 - 83)
Toinen työelämän ulkopuolella	28 (26 - 30)	20 (18 - 22)	19 (19 - 19)	22 (14 - 30)	16 (14 - 18)	15 (15 - 15)
Molemmat työelämän ulkopuolella	14 (12 - 16)	9 (7 - 11)	5 (5 - 5)	6 (2 - 10)	4 (3 - 5)	3 (3 - 3)
<b>MUUT TAUSTATEKIJÄT</b>						
<b>Sukupuoli</b>						
Mies	61 (58 - 64)	23 (21 - 25)	51 (51 - 51)	39 (30 - 48)	20 (18 - 22)	45 (45 - 45)
Nainen	39 (36 - 42)	77 (75 - 79)	49 (49 - 49)	61 (52 - 70)	80 (78 - 82)	55 (55 - 55)
<b>Syntyperä</b>						
Suomessa syntynyt suomalaistaustainen	96 (95 - 97)	97 (96 - 98)	97 (97 - 97)	*	98 (97 - 99)	98 (98 - 98)
Ulkomailla syntynyt/ulkomaalaistaustainen	4 (3 - 5)	3 (2 - 4)	3 (3 - 3)	N<5	2 (1 - 3)	2 (2 - 2)
<b>Perhemuoto (15-v.)</b>						
Vanhempi/vanhemmat liitossa	65 (62 - 68)	65 (62 - 68)	77 (77 - 77)	84 (77 - 91)	78 (76 - 80)	83 (83 - 83)
Yksinhuoltajavanhempi	28 (26 - 30)	28 (25 - 31)	21 (21 - 21)	13 (7 - 19)	21 (19 - 23)	16 (16 - 16)
Asuu ilman vanhempia	7 (6 - 8)	7 (6 - 8)	2 (2 - 2)	3 (0 - 6)	1 (0 - 2)	0,6 (0,5 - 0,7)
<b>KOULUTUSTEKIJÄT</b>						
<b>Erityinen tuki peruskoulussa<sup>b</sup></b>						
Ei yksilöllistettyä oppimäärää	42 (39 - 45)	94 (93 - 95)	95 (95 - 95)			
Osittain yksilöllistetty oppimäärä	13 (11 - 15)	2 (1 - 3)	3 (3 - 3)			
Pääosin/kokonaan yksilöllistetty oppimäärä	43 (40 - 46)	3 (2 - 4)	2 (2 - 2)			
Ei päättötodistusta / tieto puuttuu	2 (1 - 3)	0,5 (0,1 - 0,9)	0,1 (0,1 - 0,1)			
<b>Erityinen tuki peruskoulussa tai toisella asteella<sup>c</sup></b>						
Ei erityistä tukea				78 (70 - 86)	97 (96 - 98)	99 (99 - 99)
Erityinen tuki opintoihin				22 (14 - 30)	3 (2 - 4)	1 (1 - 1)
Tieto puuttuu						0,03 (0,02 - 0,04)
<b>Peruskoulun päättötodistuksen lukuaineiden ka</b>						
Alle 7	41 (38 - 44)	22 (20 - 24)	29 (29 - 29)	N<5	3 (2 - 4)	4 (4 - 4)
7 tai yli	48 (45 - 51)	77 (75 - 79)	70 (70 - 70)	94 (90 - 98)	96 (95 - 97)	95 (95 - 95)
Tieto puuttuu	11 (9 - 13)	1 (0 - 2)	1 (1 - 1)	N<5	1 (0 - 2)	0,5 (0,5 - 0,5)
<b>Opintojen aloitusikä</b>						
15-16	34 (31 - 37)	79 (77 - 81)	88 (88 - 88)			
17-18	52 (49 - 55)	19 (17 - 21)	11 (11 - 11)		1 (0 - 2)	1 (1 - 1)
19-20	11 (9 - 13)	1 (0 - 2)	1 (1 - 1)	47 (38 - 56)	63 (61 - 65)	72 (72 - 72)
21-22	3 (2 - 4)	1 (0 - 2)	0,2 (0,2 - 0,2)	53 (44 - 62)	36 (34 - 38)	27 (27 - 27)
<b>Oppilaitostyyppi</b>						
Lukio	11 (9 - 13)	65 (62 - 68)	54 (54 - 54)			
Ammattikoulu	89 (87 - 91)	35 (32 - 38)	46 (46 - 46)			
Ammattikorkeakoulu				60 (51 - 69)	45 (42 - 48)	62 (62 - 62)
Yliopisto				40 (31 - 49)	55 (52 - 58)	38 (38 - 38)
<b>Yhteensä (N)</b>	<b>1348</b>	<b>1224</b>	<b>189159</b>	<b>116</b>	<b>1446</b>	<b>79626</b>

Kaikki = kaikki toisen asteen opintoihin kirjautuneet, jotka täyttivät 15-22-vuotta opintojen alkamisvuoden aikana sekä kaikki kaikki korkeakouluopintoihin kirjautuneet, jotka täyttivät opiskelujen alkamisvuonna korkeintaan 22 vuotta. Poislukien Ahvenanmaalla asuneet ja näyttö- tai oppisopimusopiskelijat

a Työelämän ulkopuolella olevat = työttömät, eläkeläiset, työttömyyseläkeläiset, muut työvoiman ulkopuolella olevat.

b Sisältää tiedon oppimäärän yksilöllistämistä, mutta ei muita erityisen tuen muotoja.

c Peruskoulun osalta katso edellinen muuttuja. Toisella asteella saatu tuki käsittää ammatillisessa koulutuksessa saadun erityisen tuen ja lukiossa saadut erityiset opetusjärjestelyt.

\* Solun arvo peitetty, jotta sen perusteella ei voida päätellä toisen, alle viisi frekvenssiä sisältävän solun saamaa arvoa.

Taulukko 2. Koulutuksena toteutettuun ammatilliseen kuntoutukseen ja kuntoutuspsykoterapiaan osallistuneet 10 000 toisen ja korkea-asteen opiskelijaa kohden sosioekonomista perhetausta kuvaavien tekijöiden mukaan, miehet ja naiset, suluissa 95 prosentin luottamusväli.

	Ammatillinen kuntoutus				Kuntoutuspsykoterapia			
	Kuntoutukseen osallistuneet 10 000 opiskelijaa kohden (95 % luottamusväli)				Kuntoutukseen osallistuneet 10 000 opiskelijaa kohden (95 % luottamusväli)			
	Toinen aste		Korkea-aste		Toinen aste		Korkea-aste	
	Miehet	Naiset	Miehet	Naiset	Miehet	Naiset	Miehet	Naiset
Kuntoutukseen osallistuneet	86 (80-92)	56 (51-61)	13 (9-16)	16 (12-20)	29 (25-32)	102 (95-108)	81 (72-90)	264 (249-279)
<b>SOSIOEKONOMINEN PERHETAUSTA</b>								
<b>Asuntokunnan tulotaso (15-v.)</b>								
Alin neljännes	118 (104-131)	77 (66-89)	13 (5-20)	21 (12-29)	20 (15-26)	95 (83-108)	68 (51-86)	276 (246-307)
2. neljännes	89 (77-101)	48 (39-57)	17 (8-26)	12 (5-18)	23 (17-29)	85 (73-97)	73 (55-91)	215 (188-242)
3. neljännes	68 (58-79)	51 (42-60)	98 (2-14)	17 (9-24)	26 (20-32)	86 (74-97)	71 (54-88)	259 (229-289)
Ylin neljännes	54 (44-63)	37 (30-45)	12 (5-19)	15 (8-23)	38 (30-46)	125 (111-139)	109 (88-130)	305 (272-338)
Ei kuulu asuntokuntaan	476 (339-614)	344 (223-465)	N<5	N<5	216 (123-310)	550 (399-701)	N<5	484 (105-863)
<b>Vanhempien koulutus (16-v.)</b>								
Perusaste	179 (146-211)	89 (66-113)	N<5	N<5	39 (23-54)	102 (77-128)	83 (22-144)	311 (216-406)
Keskiaste	106 (96-116)	72 (64-81)	8 (2-13)	13 (7-19)	20 (16-24)	79 (70-88)	53 (38-67)	199 (175-223)
Korkea-aste	58 (51-64)	39 (33-45)	14 (9-18)	17 (12-22)	34 (29-40)	120 (111-130)	91 (80-103)	290 (271-310)
<b>Vanhempien pääasiallinen toiminta (16-v.)<sup>a</sup></b>								
Työssä tai opiskelemassa	65 (59-71)	43 (38-48)	10 (7-14)	14 (10-18)	26 (22-30)	96 (88-103)	77 (67-87)	253 (237-269)
Toinen työelämän ulkopuolella	131 (115-148)	79 (66-93)	20 (7-32)	25 (13-37)	35 (27-44)	104 (88-119)	96 (69-122)	292 (251-333)
Molemmat työelämän ulkopuolella	223 (183-264)	162 (127-198)	N<5	N<5	46 (27-65)	187 (149-225)	142 (65-218)	464 (340-588)
Kuntoutukseen osallistuneet (N)	825	523	45	71	276	948	291	1155
Kaikki (N)	96084	93075	35883	43743	96084	93075	35883	43743

<sup>a</sup>Työelämän ulkopuolella olevat = työttömät, eläkeläiset, työttömyyseläkeläiset, muut työvoiman ulkopuolella olevat.

seen osallistui 13 miestä ja 16 naista 10 000 opiskelijaa kohden (N = 116). Sosioekonomiseen perhetaustaan liittyvät tekijät eivät olleet yhteydessä ammatilliseen kuntoutukseen osallistumiseen miehillä tai naisilla. (Taulukko 2.)

### *Sosioekonomiseen perhetaustaan liittyvien tekijöiden yhteys kuntoutuspsykoterapiaan osallistumiseen*

Toisella asteella kuntoutuspsykoterapiaan osallistui 29 miestä ja 102 naista 10 000 opiskelijaa kohden (N = 1 224) (taulukko 2). Sekä mies- että naisopiskelijat osallistuivat kuntoutuspsykoterapiaan lukioissa useammin kuin ammatillisissa oppilaitoksissa (liitetäulukko 1). Ylimpään tuloluokkaan kuuluvat osallistuivat kuntoutuspsykoterapiaan useammin kuin naisilla kahteen ja miehillä kaikkiin kolmeen matalimpaan tuloluokkaan kuuluvat. Molemmilla sukupuolilla kuntoutukseen osallistuivat hieman useammin ne, joiden vanhemmilla oli korkea-asteen koulutus, kuin ne, joiden vanhemmilla oli keskiasteen koulutus, mutta eivät sen useammin

kuin ne, joiden vanhemmilla oli perusasteen koulutus. Naisopiskelijat, joiden molemmat vanhemmat olivat tai ainut vanhempi oli työelämän ulkopuolella, osallistuivat kuntoutuspsykoterapiaan hieman useammin kuin ne, joilla vähintään toinen vanhempi oli työssä tai opiskelemassa. (Taulukko 2.)

Korkea-asteella kuntoutuspsykoterapiaan osallistui selvästi useampi kuin toisella asteella. Osallistuneita oli 81 miestä ja 264 naista 10 000 opiskelijaa kohden (N = 1 446) (taulukko 2). Korkea-asteella yliopistossa opiskelevista miehistä ja naisista kuntoutuspsykoterapiaan osallistui kaksinkertainen osuus ammattikorkeakoulussa opiskeleviin verrattuna (liitetäulukko 1). Sekä mies- että naisopiskelijoilla perhetaustaan liittyvien tekijöiden yhteys kuntoutuspsykoterapiaan osallistumiseen oli korkea-asteella samankaltainen kuin toisella asteella, mutta erot olivat osin maltillisemmat. Korkeatuloisimpaan neljännekseen kuuluneet miesopiskelijat osallistuivat matalimpaan tuloluokkaan kuuluvia useammin kuntoutuspsykoterapiaan, naisilla ero oli merkitsevä korkeimman ja toiseksi matalimman tuloluokan välillä.

Taulukko 3. Sosioekonomiseen perhetaustaan liittyvien tekijöiden yhteys koulutuksena toteutettuun ammatilliseen kuntoutukseen ja kuntoutuspsykoterapiaan osallistumiseen toisen asteen opiskelijoilla, miehet ja naiset, odds ratio (OR) ja 95 prosentin luottamusvälit (LV).

	Miehet								Naiset							
	Malli 1		Malli 2		Malli 3		Malli 4		Malli 1		Malli 2		Malli 3		Malli 4	
	OR	95% LV	OR	95% LV	OR	95% LV	OR	95% LV	OR	95% LV	OR	95% LV	OR	95% LV	OR	95% LV
<b>AMMATILLINEN KUNTOUTUS</b>																
<b>Asuntokunnan tulotasot (15-v.)</b>																
Alin neljännes	1,00		1,00		1,00		1,00		1,00		1		1,00		1,00	
2. neljännes	0,76*	0,63–0,90	0,94	0,78–1,14	0,98	0,81–1,19	1,10	0,89–1,34	0,62*	0,49–0,79	0,78000	0,61–1,00	0,80	0,62–1,03	0,99	0,76–1,29
3. neljännes	0,58*	0,48–0,71	0,83	0,68–1,02	0,90	0,73–1,12	1,26*	1,01–1,59	0,68*	0,54–0,86	0,96	0,75–1,23	1,00	0,77–1,30	1,50*	1,14–1,98
Ylin neljännes	0,48*	0,39–0,60	0,76*	0,61–0,96	0,84	0,66–1,07	1,38*	1,07–1,78	0,54*	0,42–0,70	0,84	0,63–1,11	0,88	0,66–1,18	1,44*	1,05–1,97
Ei kuulu asuntokuntaan	4,39*	3,17–6,08	3,06*	2,18–4,30	1,46	0,84–2,56	1,04	0,55–1,95	4,96*	3,35–7,36	3,49*	2,31–5,26	3,12*	1,35–7,20	1,58	0,63–3,94
<b>Vanhempien koulutus (16-v.)</b>																
Perusaste	1,00		1,00		1,00		1,00		1,00		1		1,00		1,00	
Keskiaste	0,55*	0,44–0,67	0,73*	0,58–0,90	0,73*	0,58–0,91	0,92	0,73–1,17	0,74*	0,55–0,99	1,07	0,79–1,45	1,08	0,79–1,47	1,42*	1,02–1,96
Korkea-aste	0,31*	0,25–0,38	0,49*	0,39–0,62	0,50*	0,39–0,63	1,31*	1,01–1,71	0,42*	0,31–0,56	0,71*	0,51–0,99	0,71	0,51–1,00	1,81*	1,26–2,59
<b>Vanhempien pääasiallinen toiminta (16-v.)<sup>a</sup></b>																
Työssä tai opiskelemissa	1,00		1,00		1,00		1,00		1,00		1		1,00		1,00	
Toinen työelämän ulkopuolella	2,02*	1,73–2,37	1,71*	1,45–2,02	1,69*	1,43–1,99	1,34*	1,12–1,60	1,81*	1,48–2,21	1,60*	1,29–1,98	1,59*	1,29–1,97	1,24	0,99–1,56
Molemmat työelämän ulkopuolella	3,52*	2,86–4,34	2,10*	1,65–2,69	1,95*	1,52–2,50	1,16	0,89–1,52	3,81*	2,97–4,90	2,58*	1,92–3,46	2,51*	1,86–3,39	1,55*	1,13–2,13
Mallin p-arvo			<0,001		<0,001		<0,001				<0,001		<0,001		<0,001	
Chi <sup>2</sup> -testisuure			314,69		349,13		2877,89				218,97		221,06		1673,62	
McFadden R			0,0331		0,0368		0,3032				0,0339		0,0342		0,2590	
<b>KUNTOUTUSPSYKOTERAPIA</b>																
<b>Asuntokunnan tulotasot (15-v.)</b>																
Alin neljännes	1,00		1		1,00		1,00		1,00		1		1,00		1,00	
2. neljännes	1,14	0,77–1,67	1,21	0,81–1,80	1,28	0,86–1,90	1,34	0,89–1,99	0,88	0,73–1,07	0,91	0,75–1,11	1,00	0,82–1,22	1,02	0,83–1,25
3. neljännes	1,26	0,87–1,84	1,33	0,89–1,98	1,51*	1,00–2,27	1,58*	1,05–2,38	0,87	0,72–1,06	0,87	0,71–1,07	1,04	0,85–1,29	1,06	0,86–1,32
Ylin neljännes	1,77*	1,24–2,52	1,74*	1,18–2,56	2,04*	1,26–3,06	2,07*	1,37–3,13	1,22*	1,02–1,46	1,13	0,93–1,38	1,41*	1,14–1,73	1,41*	1,15–1,74
Ei kuulu asuntokuntaan	10,45*	6,17–17,71	9,58*	5,46–16,81	7,62*	2,14–27,14	6,47*	1,80–23,28	5,77*	4,19–7,95	5,17*	3,69–7,24	1,81*	1,07–3,07	1,74*	1,02–2,95
<b>Vanhempien koulutus (16-v.)</b>																
Perusaste	1,00		1		1,00		1,00		1,00		1		1,00		1,00	
Keskiaste	0,55*	0,35–0,86	0,73	0,45–1,17	0,71	0,44–1,15	0,74	0,46–1,20	0,81	0,62–1,07	1,12	0,84–1,50	1,18	0,88–1,58	1,21	0,90–1,62
Korkea-aste	0,92	0,60–1,40	1,22	0,76–1,97	1,20	0,75–1,94	1,16	0,71–1,90	1,20	0,93–1,56	1,77*	1,33–2,36	1,87*	1,39–2,50	1,87*	1,39–2,51
<b>Vanhempien pääasiallinen toiminta (16-v.)<sup>a</sup></b>																
Työssä tai opiskelemissa	1,00		1		1,00		1,00		1,00		1		1,00		1,00	
Toinen työelämän ulkopuolella	1,41*	1,06–1,87	1,60*	1,18–2,16	1,57*	1,17–2,12	1,53	1,13–2,07	1,11	0,94–1,31	1,18	0,99–1,40	1,15	0,97–1,37	1,14	0,96–1,35
Molemmat työelämän ulkopuolella	1,81*	1,17–2,79	1,53	0,90–2,59	1,50	0,88–2,55	1,36	0,80–2,33	2,01*	1,61–2,51	1,89*	1,46–2,46	1,66*	1,27–2,16	1,59*	1,22–2,08
Mallin p-arvo			<0,001		<0,001		<0,001				<0,001		<0,001		<0,001	
Chi <sup>2</sup> -testisuure			95,75		111,31		195,11				194,07		261,77		330,14	
McFadden R			0,0253		0,0294		0,0516				0,0183		0,0247		0,0312	

\*p<0,05

Malli 1: kyseinen sosioekonominen perhetekijä + alue ja syntymävuosi

Malli 2: kaikki sosioekonomiset perhetekijät + alue ja syntymävuosi

Malli 3: malli 2 + muut perhetekijät (syntyperä ja perhemuoto)

Malli 4: malli 3 + koulutustekijät (saanut erityistä tukea, peruskoulun päättötodistuksen lukuaineiden keskiarvo, opintojen aloitusikä ja oppilaitostyyppi)

<sup>a</sup>Työelämän ulkopuolella olevat = työttömät, eläkeläiset, työttömyyseläkeläiset, muut työvoiman ulkopuolella olevat.

Kuten toisella asteella, kuntoutuspsykoterapiaan osallistuivat useammin mies- ja naisopiskelijat, joiden vanhemmilla oli korkea-asteen koulutus, kuin opiskelijat, joiden vanhemmilla oli korkeintaan keskiasteen koulutus. Samoin kuntoutuspsykoterapiaan osallistuivat useimmin naisopiskelijat, joiden molemmat vanhemmat olivat työelämän ulkopuolella. (Taulukko 2.)

### Sosioekonomiseen perhetaustaan ja ammatilliseen kuntoutukseen osallistumisen yhteyttä selittävät tekijät

Sosioekonomista perhetaustan ja kuntoutusmuotoihin osallistumisen yhteyttä tarkasteltiin vakioimalla sosioekonomista perhetaustaa kuvaavat tekijät (asuntokunnan tulotasot, vanhempien koulutus, vanhempien

pääasiallinen toiminta), muut perhetekijät (syntyperä, perhemuoto) ja koulutukseen liittyvät tekijät (opintoihin saatu erityinen tuki, toisen asteen opiskelijoiden osalta peruskoulun päättötodistuksen lukuaineiden keskiarvo, opintojen aloitusikä, oppilaitostyyppi). Kun kaikki perheeseen ja koulutukseen liittyvät tekijät otettiin huomioon, toisen asteen mies- ja naisopiskelijoiden osallistuminen ammatilliseen kuntoutukseen oli todennäköisempää kahteen korkeimpaan tulo- luokkaan kuuluvilla. Samoin osallistuminen oli todennäköisempää miehillä, joiden vanhemmilla oli korkea-asteen koulutus, ja naisilla, joiden vanhemmilla oli vähintään keskiasteen koulutus, kuin niillä, joiden vanhemmilla oli perusasteen koulutus. Vakiointien jälkeenkin osallistuminen oli todennäköisempää miesopiskelijoilla, joiden

Taulukko 4. Sosioekonomiseen perhetaustaan liittyvien tekijöiden yhteys kuntoutuspsykoterapiaan osallistumiseen korkea-asteen opiskelijoilla, miehet ja naiset, odds ratio (OR) ja 95 prosentin luottamusvälit (LV).

	Miehet					Naiset										
	Malli 1 OR	Malli 2 OR	Malli 3 OR	Malli 4 OR	95% LV	Malli 1 OR	Malli 2 OR	Malli 3 OR	Malli 4 OR	95% LV						
KUNTOUTUSPSYKOTERAPIA																
Asuntokunnan tulotaso (15-v.)																
Alin neljännes	1,00	1	1,00	1,00		1,00	1	1,00	1,00	1,00						
2. neljännes	1,04	0,73-1,49	1,12	0,78-1,61	1,20	0,83-1,73	1,20	0,83-1,74	0,77*	0,65-0,92	0,80*	0,67-0,95	0,84	0,70-1,01	0,85	0,71-1,02
3. neljännes	1,00	0,70-1,42	1,04	0,72-1,51	1,16	0,79-1,69	1,15	0,79-1,70	0,92	0,78-1,09	0,93	0,78-1,10	1,00	0,84-1,20	0,98	0,82-1,17
Ylin neljännes	1,48*	1,07-2,05	1,50*	1,05-2,11	1,68*	1,17-2,43	1,56*	1,08-2,26	1,06	0,90-1,24	1,03	0,87-1,22	1,12	0,94-1,34	1,04	0,86-1,24
Ei kuulu asuntokuntaan									1,77	0,77-4,06	1,37	0,59-3,19	0,85	0,29-2,45	0,9	0,31-2,63
Vanhempien koulutus (16-v.)																
Perusaste	1,00	1	1,00	1,00		1,00	1	1,00	1,00		1,00	1	1,00	1,00		1,00
Keskiaste	0,66	0,30-1,47	0,80	0,36-1,82	0,80	0,35-1,82	0,84	0,37-1,92	0,65*	0,46-0,91	0,75	0,53-1,06	0,76	0,54-1,08	0,76	0,53-1,20
Korkea-aste	1,12	0,52-2,37	1,33	0,61-2,93	1,32	0,60-2,92	1,23	0,55-2,74	0,93	0,67-1,28	1,11	0,79-1,55	1,11	0,79-1,56	1,02	0,72-1,43
Vanhempien pääasiallinen toiminta (16-v.)*																
Työssä tai opiskelemissa	1,00	1	1,00	1,00		1,00	1	1,00	1,00		1,00	1	1,00	1,00		1,00
Toinen työelämän ulkopuolella	1,26	0,93-1,72	1,43*	1,04-1,97	1,41*	1,03-1,95	1,39*	1,01-1,92	1,17*	1,00-1,38	1,21*	1,03-1,43	1,20*	1,02-1,42	1,20*	1,02-1,42
Molemmat työelämän ulkopuolella	1,88*	1,07-3,31	2,50*	1,35-4,50	2,35*	1,28-4,33	2,39*	1,30-4,40	1,90*	1,42-2,54	1,96*	1,44-2,68	1,85*	1,35-2,55	1,84*	1,34-2,52
Mallin p-arvo		p<0,001		p<0,001		p<0,001				p<0,001		p<0,001		p<0,001		p<0,001
Chi <sup>2</sup> -testisuure		38,27		46,14		118,2				81,13		96,41		339,39		339,39
McFadden R		0,0113		0,0136		0,35				0,0076		0,009		0,0318		0,0318

Malli 1: kyseinen sosioekonominen perhetekijä + alue ja syntymävuosi

Malli 2: kaikki sosioekonomiset perhetaustatekijät + alue ja syntymävuosi

Malli 3: malli 2 + muut perhetekijät (syntyperä ja perhemuoto)

Malli 4: malli 3 + koulutustekijät (saanut erityistä tukea, peruskoulun päättötodistuksen lukuaineiden keskiarvo, opintojen aloitusikä ja oppilaitostyyppi)

\*Työelämän ulkopuolella olevat = työttömät, eläkeläiset, työttömyyseläkeläiset, muut työvoiman ulkopuolella olevat.

toinen vanhempi oli työelämän ulkopuolella, ja naisopiskelijoilla, joiden molemmat vanhemmat olivat työelämän ulkopuolella (taulukko 3).

Sosioekonomiseen perhetaustaan liittyvien tekijöiden vakioimisen myötä pienituloisesta perhetaustasta tulevien ero muihin tuloluokkiin kapeni miehillä ja naisilla (mallit 2, taulukko 3), ja muiden perhetekijöiden huomioon ottamisen myötä tuloluokkien välillä ei enää ollut eroja kummallakaan sukupuolella lukuun ottamatta asuntokuntaan kuulumattomien naisopiskelijoiden eroa pienituloisimpiin (mallit 3, taulukko 3). Sosioekonomisten perhetaustatekijöiden huomioon ottaminen kavensi eroja myös vanhempien koulutustason ja pääasiallisen toiminnan osalta sekä miehillä että naisilla. (Taulukko 3.)

Koulutustekijöiden, erityisesti opintojen aloitusiän ja peruskoulussa saadun erityisen tuen, huomioon ottamisen myötä ammatilliseen kuntoutukseen osallistuminen oli molemmilla sukupuolilla yleisempää opiskelijoilla, jotka tulivat korkeatuloisesta perhetaustasta tai joiden vanhemmilla oli korkea-asteen koulutus (malli 4, taulukko 3).

### *Sosioekonomisen perhetaustan ja kuntoutuspsykoterapiaan osallistumisen yhteyttä selittävät tekijät*

Toisen asteen opiskelijoiden osallistuminen kuntoutuspsykoterapiaan oli edelleen yleisempää korkeatuloisesta taustasta tulevilla mies- ja naisopiskelijoilla, kun kaikki perheeseen ja koulutukseen liittyvät tekijät otettiin huomioon (taulukko 3). Molemmilla sukupuolilla pienituloisten eroja muihin tuloluokkiin kasvatti muiden perhetekijöiden huomioon ottaminen (mallit 3, taulukko 3). Vakiointien jälkeen kuntoutuspsykoterapiaan osallistuivat edelleen miehistä ne, joiden toinen vanhempi oli, ja naisista ne, joiden molemmat vanhemmat olivat työelämän ulkopuolella.

Naisilla vanhempien korkeakoulutus oli yhteydessä kuntoutuspsykoterapiaan osallistumiseen vakiointien jälkeen (taulukko 3). Miehillä vanhempien koulutuksen ja kuntoutuspsykoterapiaan osallistumisen välillä ei ollut yhteyttä, kun muut sosioekonomiset perhetaustatekijät otettiin huomioon.

Korkeakouluopiskelijoilla kuntoutuspsykoterapiaan osallistuminen oli yleisempää vakiointien jälkeenkin niillä, joiden

vanhemmista vähintään toinen oli työelämän ulkopuolella, sekä korkeimpaan tuloeljänneeseen kuuluvilla miesopiskelijoilla. Naisilla vanhempien koulutustausta ei ollut enää yhteydessä kuntoutuspsykoterapiaan osallistumiseen, kun muut sosioekonomiseen perhetaustaan liittyvät tekijät otettiin huomioon (mallit 1–2, taulukko 4). Miehillä vanhempien koulutus ei ollut missään mallissa yhteydessä kuntoutuspsykoterapiaan osallistumiseen (mallit 1–4, taulukko 4).

## Pohdinta

Sosioekonomiseen perhetaustaan liittyvät tekijät olivat yhteydessä Kelan mielenterveysperusteiseen koulutuksena toteutettuun ammatilliseen kuntoutukseen sekä kuntoutuspsykoterapiaan osallistumiseen opiskelijoilla. Ammatillinen kuntoutus oli toisella asteella yleisempi matalatuloisesta perhetaustasta tulevilla, niillä, joiden vanhemmillä oli korkeintaan perusasteen koulutus ja niillä, joilla vähintään toinen vanhemmista oli työelämän ulkopuolella. Kuitenkin koulutustekijöiden, erityisesti opintojen aloitusajan ja peruskoulussa saadun erityisen tuen, huomioon ottamisen myötä kuntoutusmuoto oli yleisempi korkeatuloisesta taustasta tulevilla ja niillä, joiden vanhemmillä oli korkeakoulutus. Korkea-asteella ammatillinen kuntoutus oli mielenterveysperusteisena kuntoutusmuotona harvinainen.

Kuntoutuspsykoterapiaan osallistuminen oli yhteydessä lapsuudenperheen korkeampaan tulotasoon, naisopiskelijoilla myös vanhempien olemiseen työelämän ulkopuolella. Opiskelijat, joiden vanhemmillä oli korkea-asteen koulutus, osallistuivat kuntoutuspsykoterapiaan useammin kuin ne, joiden vanhemmillä oli keskiasteen koulutus. Kun muut sosioekonomiset perhetaustatekijät otettiin huomioon, vanhempien korkea koulutus oli yhteydessä kuntoutuspsykoterapiaan osallistumiseen vain toisen asteen naisopiskelijoilla. Korkea-asteen naisopiskelijoilla vanhempien korkea tulotaso ei vakiointien jälkeen ollut yhteydessä kuntoutuspsykoterapiaan osallistumiseen.

Sukupuolierot kuntoutusmuotoihin osallistumisessa vahvistavat aiempia tutkimuk-

sia, joiden mukaan kuntoutuspsykoterapiaa käyttivät ensisijaisesti naiset, kun taas ammatilliseen kuntoutukseen osallistuivat useammin miehet (Pensola ym. 2012, Ristikari ym. 2016). Kuntoutuspalveluihin liittyviä sukupuolieroja on aiemmin selitty eroilla kuntoutukseen hakeutumisen sairausperusteisessa (Pensola ym. 2012, ks. myös Kessler ym. 2005). Naisten on havaittu hakevan kuntoutusta mielialahäiriöiden tai neuroosin perusteella, miesten taas muun mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriön perusteella (Pensola ym. 2012). Naiset myös käyttävät miehiä enemmän mielenterveyspalveluita (Kovess-Masfety ym. 2014, Epping ym. 2017, Viertiö ym. 2017).

Sosioekonomiset erot opiskelijoiden kuntoutukseen osallistumisessa vastaavat aiemmissa väestötutkimuksissa tehtyjä havaintoja kuntoutukseen hakeutumisessa (Pensola ym. 2012, Ristikari ym. 2016). Esimerkiksi opiskeluikäisiä koskevassa tarkastelussa vajaan kymmenen ammattiliseen kuntoutukseen hakivat pienituloisemmista perheistä tulevat sekä ne, joiden äiti oli työttömän tai työvoimaan kuulumaton (Pensola ym. 2012). Harkinnanvaraiseen kuntoutukseen, johon psykoterapia tuolloin sisältyi, hakivat taas ylimpään ja alimpaan tuloviidennekseen kuuluvat sekä ne, joiden äidillä oli perus- tai korkeakoulututkinto (Pensola ym. 2012, ks. myös Ristikari ym. 2016, Tuulio-Henriksson ym. 2019). Sosioekonomiset erot vaikuttaisivat siis koskevan sekä kuntoutukseen hakeutumista että kuntoutukseen osallistumista.

Tässä tutkimuksessa vanhempien työelämän ulkopuolella oleminen oli yhteydessä molempiin kuntoutusmuotoihin osallistumiseen, mikä tukee aiempia tutkimuksia, joissa on havaittu vanhempien työelämän ulkopuolella olemisen lisäävän lasten mielenterveyden häiriöiden riskiä (Torikka ym. 2014, Kangas ym. 2017). Muilta osin kuntoutusmuodot vaikuttivat kohdentuvan kuitenkin eri sosioekonomisille ryhmille. Vanhempien pääasiallinen toiminta on kuitenkin monitulkintainen muuttuja, ja siitä johdettuihin tulkitointeihin on suhtauduttava varoen. Työelämän ulkopuolella oleviin luettiin työttömät, eläkeläiset, työttömyyseläkeläiset sekä muista syistä työvoiman ulkopuolella

olevat. Vanhemmista toinen on voinut siten kuulua tähän ryhmään esimerkiksi työttömyyden, sairauden, ammattiin liittyvän eläköitymisiin, perhetilanteen kuin perheen korkean tulotasonkin vuoksi. Vanhemman työttömyyden ohella esimerkiksi vanhemman sairauksien on havaittu lisäävän lasten psyykkisiä ongelmia (Paananen ym. 2012).

Tämän tutkimuksen perusteella voidaan todeta, että vaikka valtaosalla ammatilliseen kuntoutukseen osallistuneista oli matala sosioekonominen asema, sosioekonomisen perhetaustan ja ammatilliseen kuntoutukseen osallistumisen välinen yhteys ei ole näin yksiselitteinen. Mielenterveyden haasteet voisivat näkyä toisen asteen opintojen aloituksen viivästyminenä ja tuen tarpeena. Toisella asteella ammatilliseen kuntoutukseen osallistuneista selvästi yli puolet oli suorittanut peruskoulussa yksilöllistetyn oppimäärän tai aloittanut toisen asteen opinnot 17-vuotiaana tai vanhempana. Kun sosioekonomisen perheaseman ja ammatilliseen kuntoutukseen osallistumisen yhteyttä tarkasteltaessa otettiin nämä tekijät huomioon, saatujen tulosten mukaan ammatilliseen kuntoutukseen osallistuminen oli yleisempää korkeatuloisesta perhetaustasta tulevilla ja niillä, joiden vanhemmilla oli korkeakoulutus. Tulovaisuudessa olisi mielenkiintoista selvittää tarkemmin sitä, miksi näiden tekijöiden huomioon ottaminen muutti sosioekonomisen perheaseman ja ammatilliseen kuntoutukseen osallistumisen välillä havaittua yhteyttä. Opintojen yksilöllistämisen on havaittu kohdentuvan erityisesti poikiin sekä matalasti koulutettujen ja alempiin tuloiluokkiin kuuluvien vanhempien lapsiin (Rinne ym. 2020). Yksilöllistetyn oppimäärän taas on havaittu olevan yhteydessä koulutukseen pääsyn ja tutkinnon suorittamisen sekä myöhemmin työllistymisen ongelmiin (VTV 2013, Rinne ym. 2020). Erityistä tukea tarvitsevia opiskelijoita ohjataan ammatillisiin opintoihin usein erilaisten valmentavien koulutusten kautta (Niemi & Kurki 2014), jolloin osalla opiskelijoista mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöt, niihin saatu tuki ja ohjautuminen ammatilliseen kuntoutuksen piiriin sekä opintojen aloituksen viivästyminen limittyvät toisiinsa.

Aiempien tutkimusten mukaisesti (Pen-sola ym. 2012, Ristikari ym. 2016) myös tässä tarkastelussa kuntoutuspsykoterapia kohdentui useammin korkeatuloisesta perhetaustasta tuleville, korkeasti koulutettujen vanhempien lapsille sekä korkeakouluopiskelijoille. Korkeatuloisen perhetaustan ja kuntoutuspsykoterapiaan osallistumisen välinen yhteys myös säilyi eri ryhmissä korkeasteen naisopiskelijoita lukuunottamatta, vaikka perheeseen ja koulutukseen liittyvät tekijät otettiin huomioon. Sen sijaan vanhempien korkeakoulutuksen ja kuntoutukseen osallistumisen yhteys näkyi vakiointien jälkeen vain toisen asteen naisopiskelijoilla. Kuntoutuspsykoterapian käyttöön liittyviä sosioekonomisia eroja on selitetty muun muassa omavastuuosuuden aiheuttamilla taloudellisilla rasitteilla sekä terapeutin löytymisen edellyttämällä aktiivisuudella, joilla voi olla vaikutusta kuntoutuspsykoterapiaan osallistumiseen (Ristikari ym. 2016). Erityisesti omavastuuosuuden on nähty rajoittavan pienituloisten osallistumista (Packness ym. 2017). Maksullisuuden ohella psykoterapiaan hakeutumiseen vaikuttaviksi tekijöiksi on arveltu myös suhtautumista mielenterveyteen liittyvään stigmaan, omien oireiden tunnistamiskykyä sekä kielellisiä kykyjä, joita psykoterapiaan osallistuminen edellyttää (Epping ym. 2017). Etenkin korkeasti koulutetuilla naisilla mielenterveyden lukutaito on hyvä ja kokemus stigmasta muita vähäisempi (Holman 2015).

Sosioekonomisen taustan yhteys kuntoutuspsykoterapiaan osallistumiseen ei ollut yhtä vahva korkea-asteella kuin toisella asteella, mikä voi selittyä tässäkin tutkimuksessa näkyneellä sosioekonomisen taustan homogeenisuudella korkea-asteella opiskelevilla. Tausta-analyysien perusteella korkeaasteen opiskelijoilla oli useammin korkea sosioekonominen tausta ja he olivat pärjänneet peruskoulun lukuaineissa paremmin kuin toisen asteen opiskelijat. Kuntoutuspsykoterapiaan osallistuttiin useammin lukioissa kuin ammatillisissa oppilaitoksissa ja useammin yliopistoissa kuin ammattikorkeakouluissa. Opiskelijoille suunnatuissa terveydenhuoltopalveluissa ja psykiatrin arvioon pääsyssä on alueellisia ja koulutussektoreiden välisiä

eroja (esim. Kanste ym. 2016, Kunttu ym. 2016), mikä voi heijastua myös kuntoutuspalveluihin pääsyyn.

### *Tutkimuksen vahvuudet ja rajoitteet*

Tutkimuksen vahvuutena oli laaja, vuosien 1989–1991 syntymäkohortit kattava rekisteriaineisto, jossa oli mukana tietoja tutkimusväestön perhetaustaan ja koulutukseen liittyvistä tekijöistä sekä kuntoutukseen osallistumisesta. Yhteisvalintarekisteristä aineistoon yhdistetyt tiedot valottivat peruskoulun aikaista opintomenestystä sekä opintoihin saatua tukea. Logistisella regressioanalyysillä voitiin tarkastella muuttujien mahdollisia keskinäisvaikutuksia, mikä toi lisätietoa sosioekonomisen perhetaustan ja kuntoutuksen välisestä yhteydestä.

Tuloksia tulkittaessa on hyvä muistaa, että tutkimuksessa tarkastellaan sosioekonomisen perhetaustan yhteyttä kahteen keskenään erilaiseen kuntoutusmuotoon. Koulutuksena toteutettu ammatillinen kuntoutus tukee kuntoutumista soveltuvan koulutuksen ja siihen saatavan taloudellisen tuen turvin, kun taas kuntoutuspsykoterapia tarjoaa mielenterveysammattilaisen toteuttamaa yksilöllistä tukea. Tämän vuoksi on syytä välttää kuntoutusmuotoja koskevien tulosten keskinäistä vertailua. Lisäksi tarkasteluun on otettu kaikki mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöiden diagnoosit, ICD-10-tautiluokituksen luokka F, erittelemättä niitä tarkemmin (THL 2011).

Vanhempien taustatietoja tarkasteltiin poikkileikkaustietoina. Tämän ansiosta muuttujat olivat yksiselitteisiä, mutta samalla tarkastelutapa sulki pois mahdollisuuden hahmottaa ajallista kestoa sekä muutoksia ja niiden ajoittumista nuoruudessa.

Peruskouluajasta erityisestä tuesta oli käytettävissä vain oppimäärän yksilöllistämistä koskeva tieto. Muuta yksilötason tietoa peruskoulun erityisestä tuesta ei ole toistaiseksi saatavilla, mitä on pidetty ongelmallisena erityistä tukea tarvitsevia opiskelijoita koskevassa seurantatutkimuksessa (esim. Jahnukainen ym. 2018).

### *Johtopäätökset*

Tulosten perusteella koulutuksena toteutettu ammatillinen kuntoutus ja kuntoutuspsykoterapia kohdentuvat sosioekonomisen taustan, sukupuolen ja koulutusasteen suhteen erilaisille nuorille eri tavoin. Ammatillisen kuntoutuksen osalta koulutustekijät näyttivät liittyvän sosioekonomisen perhetaustan ja kuntoutukseen osallistumisen väliseen yhteyteen. Kuntoutuspsykoterapian osalta vanhempien koulutustaustan ja kuntoutuspsykoterapiaan osallistumisen välillä ei ollut yhteyttä muilla paitsi toisen asteen naisopiskelijoilla, kun vanhempien tulotaso ja pääasiallinen toiminta otettiin huomioon.

Vaikka erityyppisten kuntoutusmuotojen kohdentaminen eri tarpeita omaaville opiskelijaryhmille voi olla perusteltua, ammatillisen kuntoutuksen ja kuntoutuspsykoterapian tulisi olla yhtä lailla kaikkien saavutettavissa. Jatkossa olisi tärkeää tutkia, tavoitetaanko nykyisten kuntoutukseen ohjaamisen keinoin riittävästi eri tilanteissa olevia nuoria, jotka voisivat hyötyä tässä tutkimuksessa tarkastelluista kuntoutusmuodoista. Olisi myös tärkeää selvittää tarkemmin havaittuja eroja selittäviä yksilöllisiä tekijöitä sekä järjestelmätasoon, kuten kuntoutukseen ohjautumiseen ja opiskelijoiden terveyspalveluihin, liittyviä tekijöitä sekä tunnistaa keinoja puuttua tutkimuksessa havaittuihin sosioekonomisiin eroihin.

**Tulosten merkitys:** Mielenterveyden häiriöt ovat opiskelijoilla yleisiä. Tämä tutkimus tuo aikaisempaa laajemmin tietoa toisen ja korkea-asteen opiskelijoiden sosioekonomisen perhetaustan ja Kelan mielenterveysperusteiseen kuntoutukseen osallistumisen yhteydestä.

### **Tiivistelmä**

Tutkimuksessa tarkasteltiin toisen ja korkea-asteen opiskelijoiden sosioekonomisen perhetaustan (vanhempien koulutustaustan ja pääasiallisen toiminnan sekä lapsuudenperheen tulotason)



yhteyttä opiskeluaikaiseen Kelan mielen-terveysystistä myönnettyyn kuntoutuspsykoterapiaan ja koulutuksena järjestettyyn ammatilliseen kuntoutukseen osallistumiseen. Lisäksi tarkasteltiin, millainen sosioekonomisen perhetaustan ja kuntoutukseen osallistumisen välinen yhteys on, kun perheeseen ja koulutukseen liittyvät tekijät on otettu huomioon.

Tutkimusväestö sisälsi vuosina 1989–1991 syntyneet toisen ja korkea-asteen opiskelijat. Aineisto koostettiin Tilastokeskuksen, Opetushallituksen sekä Kelan rekisteritiedoista. Menetelminä käytettiin ristiintaulukointia ja logistista regressioanalyysiä. Tilastollisia merkitsevyyksiä tarkasteltiin laskemalla tuloksille 95 prosentin luottamusvälit.

Kuntoutusmuodot kytkettyivät selvästi sosioekonomiseen perhetaustaan. Toisella asteella koulutuksena toteutettuun ammatilliseen kuntoutukseen osallistuvista valtaosa oli miehiä ja tuli matalammas-ta sosioekonomisesta perhetaustasta. Kun sosioekonomisen perhetaustan yhteyttä kyseiseen kuntoutukseen osallistumiseen tarkasteltiin ottaen huomioon perheeseen ja koulutukseen liittyvät tekijät, havaittiin, että osallistuminen oli yleisempää korkeatuloisesta taustasta tulevilla, niillä, joiden vanhemmilla oli korkeakoulutus sekä niillä, joiden vanhemmat olivat työvoiman ulkopuolella. Korkea-asteella osallistuminen ammatilliseen kuntoutukseen oli harvinaista.

Kuntoutuspsykoterapiaan osallistuvat korkeasta sosioekonomisesta taustasta tulevat. Suurin osa kuntoutuspsykoterapiaan osallistuneista oli naisia, ja tämä kuntoutusmuoto oli yleisempi korkea-asteella. Kuntoutuspsykoterapiaan osallistuminen oli yhteydessä lapsuudenperheen korkeampaan tulotasoon, naisopiskelijoilla myös vanhempien olemiseen työelämän ulkopuolella. Opiskelijat, joiden vanhemmilla oli korkea-asteen koulutus, osallistuivat kuntoutuspsykoterapiaan useammin kuin ne, joiden vanhemmilla oli keskiasteen koulutus. Kun muut

sosioekonomiset perhetaustatekijät vakioitiin, vanhempien korkea koulutus oli yhteydessä kuntoutuspsykoterapiaan osallistumiseen vain toisen asteen naisopiskelijoilla. Lisäksi lapsuudenperheen korkea tulotaso ei enää ollut yhteydessä kuntoutusterapiaan osallistumiseen korkea-asteen naisopiskelijoilla.

Tulosten perusteella koulutuksena toteutettu ammatillinen kuntoutus ja kuntoutuspsykoterapia kohdentuvat sosioekonomisen taustansa suhteen erilaisille nuorille. Tulevaisuudessa olisi tärkeää selvittää tarkemmin havaittuja eroja selittäviä yksilöllisiä sekä järjestelmätason kuten kuntoutukseen ohjaamiseen liittyviä tekijöitä sekä tunnistaa keinoja puuttua tutkimuksessa havaittuihin sosioekonomisiin eroihin.

*Avainsanat:* mielenterveys, opiskelijat, nuoret aikuiset, toisen asteen koulutus, korkeakoulutus, kuntoutuspsykoterapia, ammatillinen kuntoutus, sosioekonomisen asema, perhetausta

## Abstract

*Socioeconomic background and use of Kela's rehabilitative mental health services among secondary and tertiary education students*

We studied how socioeconomic background (parents' educational level, employment situation and childhood family's income class) is related to use of mental health related rehabilitative psychotherapy and vocational rehabilitation arranged as education, provided by Finland's Social Insurance Institution (Kela) during studies. In addition, we explored these relationships when familial background and educational factors were standardized.

Research population included students in secondary and tertiary education born between 1989 and 1991. Data on population, education, rehabilitation and disability retirement was extracted from the

Statistics Finland, the Finnish National Agency for Education and Kela. Methods included crosstabulation and logistic regression. Statistical significances were observed by calculating 95 percent confidence intervals.

Participation in vocational rehabilitation arranged as education and rehabilitative psychotherapy was strongly associated with students' socioeconomic background. Vocational rehabilitation was more commonly used by male students in secondary education, the majority coming from lower socioeconomic background. When the relationship between socioeconomic background and rehabilitation, standardized by familial background and educational factors, was examined, participation in rehabilitation was more common among students coming from high-income backgrounds, having higher educated parents or whose parents were outside the workforce. Vocational rehabilitation was rarely used in tertiary education.

Use of rehabilitative psychotherapy was more common among students from higher socioeconomic background, the majority of participants being female and students in tertiary education. Use of rehabilitative psychotherapy was higher among students whose family belonged to the highest income quartile and female students whose parents were outside the workforce. Students whose parents had a degree from tertiary education were more likely to participate in psychotherapy than students whose parents had secondary degree. When other socioeconomic factors were taken into account, parents' higher education was associated with participation in rehabilitation psychotherapy only among female secondary school students. In addition, family's high income-level was no more associated with participation in rehabilitation psychotherapy among female students in tertiary education.

The results show that use of vocational rehabilitation and rehabilitative

psychotherapy are associated with students' socioeconomic background. In future, it is important to study in more detail the individual and systemic factors explaining the differences observed, as well as to identify ways to address the socio-economic differences shown in the study.

*Keywords:* mental health, students, young adults, secondary education, higher education, rehabilitative psychotherapy, vocational rehabilitation, socioeconomic background, familial background

**Parkkinen Maari, VTM, tutkija, Kuntoutussäätiö (31.12.2021 asti)**

**Rinne Hanna, VTM, tutkija, Kuntoutussäätiö**

**Korkeamäki Johanna, VTM, tutkija, Kuntoutussäätiö**

**Parkkila Minna, PsM, psykologitutkija, Kuntoutussäätiö**

**Vaalaranta Liisa, PsM, tutkija, Kuntoutussäätiö (31.10.2020 asti)**

**Poutiainen Erja, FT, dosentti, johtava tutkija, Kuntoutussäätiö**

## Lähteet

- Andersen R, Davidson P (2007) Improving access to care in America. Changing the US health care system. Key issues in health services policy and management. Jossey-Bass, San Francisco, 3–31.
- Brännlund A, Edlund J (2020) Educational achievement and poor mental health in Sweden. The role of family socioeconomic resources. *Education Inquiry* 11, 1, 69–87. <https://doi.org/10.1080/2004508.2019.1687079>
- Cummings J (2014) Contextual socioeconomic status and mental health counseling use among US adolescents with depression. *Journal of youth and adolescence* 43, 7, 1151–1162. <https://doi.org/10.1007/s10964-013-0021-7>
- Epping J, Muschik D, Geyer S (2017) Social inequalities in the utilization of outpatient psychotherapy. Analyses of registry data from German statutory health insurance. *International Journal of Equity in Health* 16, 1, 1–8. <https://doi.org/10.1186/s12939-017-0644-5>
- Ford T (2008). Practitioner review: How can

- epidemiology help us plan and deliver effective child and adolescent mental health services? *J Child Psychol Psychiatry* 49, 9, 900–914. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2008.01927.x>
- Haapakorva P, Ristikari T, Kiilakoski T (2018) Toisen asteen opintojen keskeyttämisen taustatekijöitä. Teoksessa E Pekkarinen, S Myllyniemi (toim.) *Opin polut ja pientareet. Nuorisobarometri 2017*. Nuorisotutkimusseura, Helsinki.
- HE 68/2010. Hallituksen esitys Eduskunnalle laeiksi Kansaneläkelaitoksen kuntoutusetuuksista ja kuntoutusrahaetuksista annetun lain sekä sairausvakuutuslain 2 luvun 3 §:n muuttamisesta. <https://www.finlex.fi/fi/esitykset/he/2010/20100068>
- HE 128/2013. Hallituksen esitys eduskunnalle laeiksi sairausvakuutuslain sekä Kansaneläkelaitoksen kuntoutusetuuksista ja kuntoutusrahaetuksista annetun lain 6 ja 7 §:n muuttamisesta. <https://www.finlex.fi/fi/esitykset/he/2013/20130128>
- Holman D (2015) Exploring the relationship between social class, mental illness stigma and mental health literacy using British national survey data. *Health* 19, 4, 413–429.
- Jahnukainen M, Vainikainen M-P, Lintuvuori M, Asikainen M, Keskinen H-L, Hotulainen R (2018) Tehostettua ja erityistä tukea saavien oppilaiden sijoittuminen toisen asteen opintoihin. Teoksessa M-P Vainikainen, M Lintuvuori, M Paananen ym. (toim.) *Oppimisen tuki varhaislapsuudesta toisen asteen siirtymään: tasa-arvon toteutuminen ja kehittämistarpeet*. Valtioneuvoston kanslia, Helsinki.
- Jonsson U, Bohman H, Hjern A, von Knorring L, Olsson G, von Knorring AL (2010) Subsequent higher education after adolescent depression: a 15-year follow-up register study. *European psychiatry*, 25, 7, 396–401. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2010.01.016>
- Kangas E, Tynjälä J, Välimaa R, Kivimäki H (2017) Lukioalaisten masentuneisuus ja vanhempien työllisyystilanne: Uudenmaan ja Pohjanmaan maakuntien suomen- ja ruotsinkielisten lukioiden opiskelijoiden vertailua. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 54, 2. <https://doi.org/10.23990/sa.63651>
- Kanste O, Haravuori H, Kolimaa M, Vormaa H, Fagerlund-Jalokinos S, Suvisaari J, Muinonen E, Marttunen M (2016) Mielenterveys- ja päihde työ opiskeluterveydenhuollossa. Palvelut, menetelmät ja yhteistyö. Työpäpaperi 19, THL, Helsinki.
- Karvonen S, Kestilä L, Kauppinen T (2019) Nuorten kokemukset sosiaali- ja terveystalvasta. Teoksessa L Kestilä, S Karvonen (toim.) *Suomalainen hyvinvointi 2018*. THL, Helsinki, 228–245.
- Kela (2017a) Koulutus. Kela, julkaistu 24.5.2017. Luettu 22.6.2020. <http://www.kela.fi/koulutus-kuntoutuksena>.
- Kela (2017b) Kuntoutuspsykoterapia. Kela, julkaistu 24.5.2017. Luettu 24.01.2022. <https://www.kela.fi/kuntoutuspsykoterapia>
- Kela (2020) Kelan kuntoutustilasto 2019. Suomen virallinen tilasto. Kela, Helsinki.
- Kela (2021) Kelan kuntoutustilasto 2020. Suomen virallinen tilasto. Kela, Helsinki.
- Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Merikangas KR, Walters EE (2005) Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry* 62, 6, 593–602. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.62.6.593>
- Kovess-Masfety V, Boyd A, Van de Velde S, De Graaf R, Vilagut G, Haro Josep M, Florescu S, O'Neill S, Weinberg L, Alonso, EU-WMH investigators (2014) Are there gender differences in service use for mental disorders across countries in the European Union? Results from the EU-World Mental Health survey. *Journal of Epidemiology, Community Health* 68, 7, 649–656.
- Kunttu K, Pesonen T, Saari J (2016) Korkeakouluopiskelijoiden terveystutkimus. *Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiön tutkimuksia* 48, Helsinki.
- Markkula N, Suvisaari J (2017) Masennushäiriöiden esiintyvyys, riskitekijät ja ennuste. *Duodecim* 133, 3, 275–282.
- Marttunen M, Kaltiala-Heino R (2013) Nuorisopsykiatria. Teoksessa J Lönnqvist, M Henriksson, M Marttunen, T Partonen (toim.) *Psykiatria* (9. uus. painos). Duodecim, Helsinki.
- Mikkonen J, Moustgaard H, Remes H, Martikainen P (2018) The population impact of childhood health conditions on dropout from upper-secondary education. *The Journal of Pediatrics* 196, 283–290. <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2018.01.034>
- Mikkonen J, Remes H, Moustgaard H, Martikainen P (2020) Evaluating the Role of Parental Education and Adolescent Health Problems in Educational Attainment. *Demography*, 57, 6, 2245–2267. <https://doi.org/10.1007/s13524-020-00919-y>
- Niemi AM, Kurki T (2014) Getting on the right track? Educational choice-making of students with special educational needs in pre-vocational education and training. *Disability & Society* 29, 10, 1631–1644. <https://doi.org/10.1080/09687599.2014.966188>
- Paananen R, Ristikari T, Merikukka M, Rämö A, Gissler M (2012) Lasten ja nuorten hyvinvointi Kansallinen syntymäkohortti 1987 -tutkimusaineiston valossa. Raportti 52. THL, Helsinki.
- Packness A, Waldorff FB, Christensen RD, Hastrup LH, Simonsen E, Vestergaard M, Halling A (2017) Impact of socioeconomic position and distance on mental health care utilization. A nationwide Danish follow-up study. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 52, 11, 1405–1413. <https://doi.org/10.1007/s00127-017-1437-2>
- Pensola T, Kesseli K, Shemeikka R, Rinne H, Notkola V (2012) Kuntoutukseen? Sosioekonomiset tekijät Kelan kuntoutukseen hakemisessa ja myönnöissä. *Kuntoutussäätiön tutkimuksia* 86, Helsinki.
- Reiss F (2013) Socioeconomic inequalities and

- mental health problems in children and adolescents: a systematic review. *Social Science & Medicine* 90, 24–31. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2013.04.026>
- Rikala S (2018) Masennus, työkyvyttömyys ja sosiaalinen eriarvoisuus nuorten aikuisten elämäntilanteissa. *Yhteiskuntapolitiikka* 83, 2, 159–170.
- Rinne H, Korkeamäki J, Naamanka E, Villa T (2020) Erityisopetukseen osallistuminen ja opintojen jatkaminen toisella asteella. Perhetaustan ja terveyden yhteys. *Yhteiskuntapolitiikka* 85, 4, 382–394.
- Ristikari T, Törmäkangas L, Lappi A, Haapakorva P, Kiilakoski T, Merikukka M, Hautakoski A, Pekkarinen E, Gissler M (2016) Suomi nuorten kasvuympäristönä. 25 vuoden seuranta vuonna 1987 Suomessa syntyneistä nuorista aikuisista. Raportti 9. Nuorisotutkimusverkosto/Nuorisotutkimusseura ja Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki.
- Roos NP, Mustard CA (1997) Variation in health and health care use by socioeconomic status in Winnipeg, Canada: does the system work well? Yes and no. *The Milbank Quarterly*, 75, 1, 89–111. <https://doi.org/10.1111/1468-0009.00045>
- Sayal K (2006) Annotation: Pathways to care for children with mental health problems. *J Child Psychology and Psychiatry* 47, 7, 649–659. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2005.01543.x>
- Scott J, Flower D, McGorry P, Birchwood M, Killackey E, Christensen H, Glozier N, Yung A, Power P, Nordentoft M, Singh S, Brietzke E, Davidson S, Conus P, Bellivier F, Delorme R, Macmillan I, Buchanan J, Colom F, Vieta E, Bauer M, McGuire P, Merikangas K, Hickie I (2013) Adolescents and young adults who are not in employment, education, or training. *British Medical Journal* 347, 5270. <https://doi.org/10.1136/bmj.f5270>
- Suvisaari J, Aalto-Setälä T, Tuulio-Henriksson A, Härkänen T, Saarni S, Perälä J, Schreck M, Castaneda A, Hintikka J, Kestila L, Lähteenmäki S, Latvala A, Koskinen S, Marttunen M, Aro H, Lönnqvist J (2009) Mental disorders in young adulthood. *Psychological Medicine* 39, 2, 287–299. <https://doi.org/10.1017/S0033291708003632>
- THL (2011) ICD-10 Tautiluokitus. Luokitukset, termistöt ja tilasto-ohjeet. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2011. StMichel Print, Mikkeli. Verkkojulkaisu. <http://www.julkari.fi/handle/10024/80324>
- Tilastokeskus (2021) Käsitteet: Asuntokunta. Verkkosivut osoitteessa: <https://www.stat.fi/meta/kas/asuntokunta.html> Katsottu 29.12.2021.
- Torikka A, Kaltiala-Heino R, Rimpelä A, Marttunen M, Luukkaala T, Rimpelä M (2014) Self-reported depression is increasing among socio-economically disadvantaged adolescents. Repeated cross-sectional surveys from Finland from 2000 to 2011. *BMC Public Health* 14, 408, 1–10. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-14-408>
- Tuulio-Henriksson A, Toikka T, Heino P, Laukkala T (2019) Kuntoutuspsykoterapia tukee työssä pysymistä. *Lääkärelehti*, 74, 816–819.
- VTV (2013) Tuloksellisuustarkastuskertomus: Eri-tisopetus perusopetuksessa. Valtiontalouden tarkastusviraston tarkastuskertomus 8. Helsinki.
- Viertiö S, Partanen A, Kaikkonen R, Härkänen T, Marttunen M, Suvisaari J (2017) Palvelujen käyttö mielenterveyteen tai päihteiden käyttöön liittyvien ongelmien vuoksi Suomessa vuosina 2012–2015. *Duodecim* 133, 3, 292–300.
- Zwaanswijk M, Verhaak PFM, Bensing JM, En-de J, Verhulst FC (2003) Help seeking for emotional and behavioural problems in children and adolescents. *European Child Adolescent Psychiatry* 12, 153–161. <https://doi.org/10.1007/s00787-003-0322-6>

Liitetaulukko 1. Koulutuksena toteutettuun ammatilliseen kuntoutukseen ja kuntoutuspsykoterapiaan osallistuneet 10 000 toisen ja korkea-asteen opiskelijaa kohden perhe- ja koulutustekijöiden mukaan, miehet ja naiset, 95 prosentin luottamusväli.

	Ammatillinen kuntoutus				Kuntoutuspsykoterapia			
	Kuntoutukseen osallistuneet 10 000 opiskelijaa kohden (95 % luottamusväli)				Kuntoutukseen osallistuneet 10 000 opiskelijaa kohden (95 % luottamusväli)			
	Toinen aste		Korkea-aste		Toinen aste		Korkea-aste	
	Miehet	Naiset	Miehet	Naiset	Miehet	Naiset	Miehet	Naiset
Kuntoutukseen osallistuneet	86 (80-92)	56 (51-61)	13 (9-16)	16 (12-20)	29 (25-32)	102 (95-108)	81 (72-90)	264 (249-279)
<b>MUUT PERHETEKIJÄT</b>								
<b>Syntyperä</b>								
Suomessa syntynyt suomalaistaustainen	86 (80-92)	56 (51-61)	13 (9-16)	17 (13-20)	29 (26-33)	102 (95-108)	82 (72-91)	264 (249-279)
Ulkomailla syntynyt/ulkomaalaistaustainen	83 (52-114)	70 (41-99)	N < 5	N < 5	15 (2-29)	102 (67-137)	62 (8-117)	274 (170-378)
<b>Perhemuoto (15-v.)</b>								
Vanhempi/vanhemmat liitossa	70 (64-76)	50 (44-55)	13 (9-17)	16 (12-20)	25 (21-28)	85 (78-92)	76 (66-86)	249 (233-265)
Yksinhuoltajavanhempi	120 (105-135)	66 (55-77)	9 (1-17)	14 (5-23)	35 (27-44)	136 (120-152)	108 (81-135)	333 (291-374)
Asuu ilman vanhempia	408 (309-508)	241 (163-319)	N < 5	N < 5	145 (85-205)	462 (356-569)	N < 5	523 (265-781)
<b>KOULUTUSTEKIJÄT</b>								
<b>Erityinen tuki peruskoulussa<sup>a</sup></b>								
Ei yksilöllistettyä oppimäärää	33 (30-37)	30 (27-34)			28 (24-31)	101 (95-108)		
Osittain yksilöllistetty oppimäärä	329 (272-386)	233 (170-297)			32 (14-51)	78 (41-115)		
Pääosin/kokonaan yksilöllistetty oppimäärä	1409 (1278-1539)	1449 (1261-1636)			55 (27-82)	140 (78-203)		
Ei päättötodistusta / tieto puuttuu	1284 (743-1825)	N < 5			N<5	427 (59-795)		
<b>Erityinen tuki peruskoulussa tai toisella asteella<sup>b</sup></b>								
Ei erityistä tukea			10 (7-13)	13 (9-16)			79 (70-88)	260 (245-275)
Erityinen tuki opintoihin			290 (112-468)	464 (242-686)			320 (134-506)	783 (499-1066)
Tieto puuttuu			N < 5	N < 5			N < 5	N < 5
<b>Peruskoulun päättötodistuksen lukuaineiden ka</b>								
Alle 7 tai yli	100 (90-111)	100 (86-114)	N<5	N<5	22 (17-27)	97 (83-111)	65 (32-97)	183 (107-259)
Tieto puuttuu	58 (52-65)	40 (36-45)	18 (12-25)	13 (9-16)	32 (27-37)	102 (95-110)	81 (72-91)	265 (250-280)
1528 (1272-1784)	601 (416-787)	N < 5	N < 5		79 (16-142)	174 (72-276)	N < 5	537 (227-846)
<b>Opintojen aloitusikä</b>								
15-16	32 (28-36)	23 (20-26)			23 (20-26)	93 (86-99)		
17-18	374 (340-408)	294 (258-329)	N < 5	N < 5	65 (50-79)	178 (150-206)	N < 5	243 (107-379)
19-20	1745 (1408-2083)	1091 (833-1350)	9 (5-13)	10 (7-13)	123 (25-221)	179 (69-289)	71 (61-82)	225 (209-241)
21-22	1429 (874-1983)	778 (385-1170)	21 (13-30)	37 (25-48)	N<5	389 (106-672)	105 (86-124)	388 (351-425)
<b>Oppilaitostyyppi</b>								
Lukio	12 (9-15)	16 (13-19)			36 (30-41)	109 (101-118)		
Ammattikoulu	147 (137-158)	124 (112-135)			23 (19-27)	89 (79-99)		
Ammattikorkeakoulu			13 (8-18)	15 (10-19)			56 (46-66)	194 (178-210)
Yliopisto			12 (6-17)	18 (12-25)			122 (104-140)	382 (353-412)
<b>KONTROLLIMUUTTUJAT</b>								
<b>Syntymävuosi</b>								
1989	75 (66-85)	56 (47-64)	8 (3-13)	14 (8-20)	29 (23-34)	97 (86-108)	95 (78-112)	242 (217-266)
1990	85 (75-95)	56 (48-65)	12 (6-18)	14 (8-20)	28 (22-33)	103 (92-114)	71 (56-85)	270 (244-297)
1991	97 (86-107)	57 (48-65)	18 (10-26)	22 (14-29)	30 (24-36)	105 (94-116)	78 (62-94)	281 (254-308)
<b>Asuinalue</b>								
Etelä-Suomi	88 (75-100)	45 (36-54)	10 (3-17)	16 (7-24)	29 (22-37)	101 (87-115)	76 (56-96)	261 (227-295)
Helsinki-Uusimaa	56 (47-127)	32 (25-39)	5 (1-10)	10 (5-16)	39 (31-46)	133 (119-148)	100 (80-120)	308 (279-338)
Länsi-Suomi	114 (100-127)	80 (69-92)	14 (7-29)	17 (10-25)	21 (15-26)	87 (75-98)	75 (58-89)	232 (205-260)
Pohjois- ja Itä-Suomi	87 (76-98)	65 (56-75)	20 (11-29)	23 (14-32)	26 (20-32)	86 (75-97)	72 (55-89)	248 (219-277)
Kuntoutukseen osallistuneet (N)	825	523	45	71	276	948	291	1155
Kaikki (N)	96084	93075	35883	43743	96084	93075	35883	43743

<sup>a</sup> Sisältää tiedon oppimäärän yksilöllistämisestä, mutta ei muita erityisen tuen muotoja.

<sup>b</sup>Peruskoulun osalta katso edellinen muuttuja. Toisella asteella saatu tuki käsittää ammatillisessa koulutuksessa saadun erityisen tuen ja lukiossa saadut erityiset opetusjärjestelyt.



sairauskohtaiset ydinlistat (*core sets*), arviointilomake tarpeen arviointiin, eKuvauslomake toimintakykyprofiilin tekemiseen ja ICF-interventiotaulukko (Paltamaa & Musikka-Siirtola 2016, ICF Case Studies 2018, THL 2021). Vaikka Suomessa muun muassa Kela suosittaa ICF:n käyttöä kuntoutuksen suunnittelussa ja vaikuttavuuden arvioinnissa, sen käyttö eri organisaatioissa on jäänyt melko vähäiseksi. ICF-perustaisen toimintamallin juurruttaminen käytännön kuntoutustyöhön edellyttää kaikille ammattihenkilöille suunnattua koulutusta sekä yhteisöllistä oppimista eri organisaatioissa. (Paltamaa & Perttinen 2015.)

ICF tarjoaa kuntoutukselle yleisen käsitteellisen viitekehyksen ja siihen perustuvan luokitusjärjestelmän. Luokitusjärjestelmää voidaan hyödyntää toimintakykyä koskevassa tiedonkeruussa ja toimintakyvyn kuvaamisessa niin, että erilaiset kehon toimintaan, suoriin ja osallistumiseen sekä yksilö ja ympäristötekijöihin liittyvät alueet tulevat huomioituiksi. Se on kuitenkin ensi sijassa luokitusjärjestelmä, joka sisältää vain itu- ja kuntoutuksen teorialle (vrt. Whyte 2008). Silloin kun kuntoutuksella pyritään saamaan aikaan muutoksia ihmisen toimintakyvyssä, tarvitaan myös muutosta koskevia teorioita. Whyte ym. (2014) katsovat kuntoutuksen tarvitsevan kahdenlaisia muutosteorioita. Interventioteorioilla (*treatment theories*) pyritään selittämään, kuinka ja millaisin keinoin saadaan aikaan muutosta jossakin halutussa kohteessa (esim. lihasvoimassa). Mahdollistavat teoriat (*enablement theories*) kuvaavat puolestaan niitä yksilön ja ympäristön välittämiä mekanismeja, joiden kautta kohteessa tapahtunut muutos johtaa päätetavoitteeseen: laajempiin elämänmuutoksiin ja esimerkiksi osallisuuden vahvistumiseen. McPherson ym. (2015) korostavat kuntoutuksen monialaisuutta ja katsovat kuntoutuksessa tarvittavan sekä mikro-, meso- että makrotasoisia teorioita ja pluralistisia lähestymistapoja. Interventio- ja mahdollistavat teoriat kuuluvat heidän luokituksessaan mikro- ja mesotasoihin teorioihin, kun taas mesotasoisia teorioita ovat muun muassa erilaiset oppimisteoriat, käyttäytymisen muutosteoriat ja monet muut sosiaalipsykologiset teoriat.

## Käyttäytymisen muutosteoriat kuntoutuksessa

Keskeinen asema terveyden edistämässä ja pitkäaikaissairauksien ehkäisyssä on haitallisena pidettävien elintapojen, esimerkiksi vähäisen liikunnan, tupakoinnin ja epäterveellisten ruokailutottumusten muutoksilla (esim. Helldán & Helakorpi 2015). Käyttäytymisen muutosteorioilla on pyritty vastaamaan kysymykseen, mitkä tekijät helpottavat elintapamuutoksen toteutusta ja mitkä vaikeuttavat sitä. Muutosteoriat ovat olleet ensi vaiheessa terveyden edistämisen välineitä. Myös kuntoutuksessa niiden käyttö on yleistynyt – ihmisen oma toimintahan on keskeistä kuntoutustulosten saavuttamisessa, tavoiteltaessa toimintakyvyn ja osallisuuden vahvistumista. Tärkeitä kysymyksiä ovat, millaiset strategiat ovat vaikuttavia pyrittäessä käyttäytymisen tai toiminnan muutokseen, ketkä eri strategioista hyötyvät ja millaisia olosuhteita muutoksen saavuttaminen edellyttää (esim. Sheeran ym. 2017).

Käyttäytymisen muutosteorioita on monenlaisia, mutta ne sisältävät usein keskenään samanlaisia osatekijöitä. Esimerkiksi Davis ym. (2015) kävivät läpi eri tieteenalojen tutkimuksia ja löysivät kaikkiaan 82 erilaista teoriaa. Niistä neljä yleisintä olivat transteoreettinen muutosmalli (esim. Prochaska & Velicer 1997), suunnitellun käyttäytymisen teoria (Ajzen 2005), sosiokognitiivinen teoria (Bandura 1999) sekä niin sanottu IMB-malli (*information-motivation-behavioural skills model*; ks. Fisher ym. 2003). Näitä neljää teoriaa on käytetty myös perustana suunniteltaessa ja tutkittaessa kuntoutusinterventioita, ja niitä tarkastellaan seuraavaksi. Viidenneksi esitellään niin sanottu käyttäytymisen muutospyörä, jossa on pyritty aikaisemman tutkimuksen pohjalta laatimaan yleinen viitekehys käyttäytymismuutosten tarkasteluun (Michie ym. 2011).

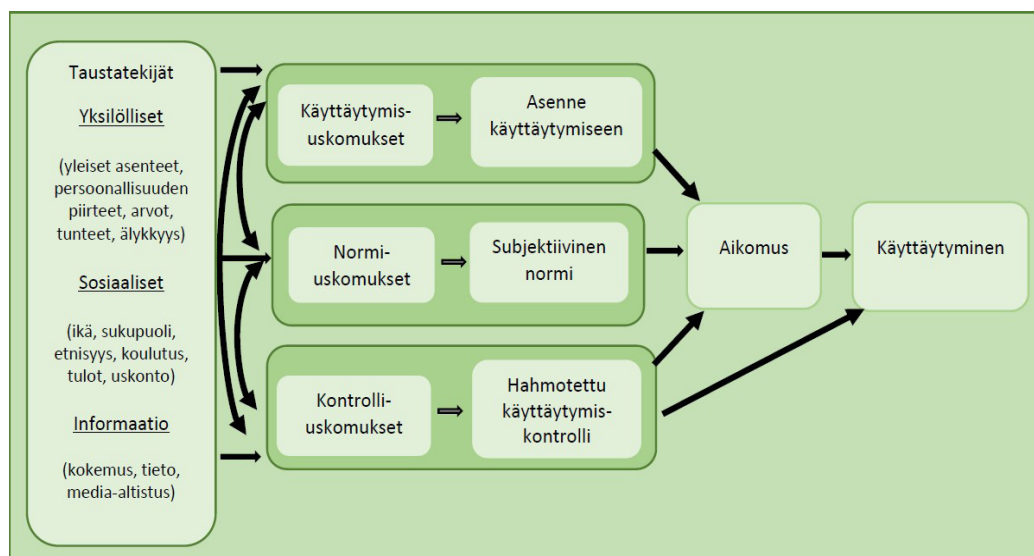
**Transteoreettinen muutosmalli** on vaihemalli, joka on kehitetty selittämään erilaisen elämäntapamuutosten etenemistä. Mallin mukaan muutosprosessi käsittää kuusi peräkkäistä vaihetta: esiharkinta, harkinta, valmistelu, toiminta, ylläpito ja lopettaminen. Eteneminen vaiheesta toiseen ei ole

aina suoraviivaista, vaan repsahdusten myötä voidaan joutua palaamaan johonkin aikaisempaan vaiheeseen. Esiharkintavaiheessa henkilö ei ole tietoinen muutostarpeesta tai ei pidä sitä olennaisena tai itselle mahdollisena. Harkintavaiheessa hän tunnistaa muutoksen tarpeellisuuden, pohtii muutokseen liittyviä etuja ja haittoja ja mahdollisuuksia sen toteuttamiseen. Valmisteluvaiheessa hän on päättänyt pyrkiä muutokseen ja valmistelee suunnitelmaa muutoksen toteuttamiseksi. Toimintavaiheessa hän toteuttaa suunnitelmaa, ottaa käyttöön uusia toimintatapoja ja tekee harjoitteita. Ylläpitovaiheessa hän on sitoutunut elämänmuutokseen ja jatkaa uusien toimintatapojen toteuttamista. Hän on jo vähemmän altis muutosta häiritseville houkutuksille ja mahdollisille repsahduksille kuin prosessin alkuvaiheissa. Päättövaiheessa usko omaan pystyvyyteen on jo vahvistunut, ja oletuksena on, että omat tunnetilat tai ulkopuoliset houkutukset eivät saa häntä enää palamaan vanhaan käyttäytymis- tai toimintamalliin. (Prochaska & Velicer 1997.)

Muutosmallia on hyödynnetty monien asiakasryhmien kuntoutuksessa (esim. Hasler ym. 2004, Kirk ym. 2010, Pinto ym. 2011), myös ammatillisessa kuntoutuksessa (Franche & Krause 2002). Prosessin eteneminen edellyttää, että kuntoutujaa tuetaan

eri tavoin eri vaiheissa. Esiharkinta- ja harkintavaiheissa on tärkeä antaa kuntoutujalle tietoa muutokseen liittyvistä eduista ja haittoista ja lisätä tietoon pohjautuvien valintojen mahdollisuutta. Valmisteluvaiheessa kuntoutujaa voidaan auttaa konkreettisten tavoitteiden ja suunnitelman laatimisessa. Toiminta- ja ylläpitovaiheessa kuntoutujaa kannustetaan ja tuetaan uuteen käyttäytymis- tai toimintamalliin sitoutumisessa ja etsitään keinoja, miten vältetään palaamasta vanhoihin käyttäytymismalleihin.

**Suunnitellun käyttäytymisen teorian** mukaan keskeinen ihmisen toiminnan käynnistävä tekijä on käyttäytymisaikomus eli ihmisen valmius ryhtyä kyseiseen toimintaan. (Kuvio 1.) Käyttäytymisaikomuksiin vaikuttaa kolme tekijää: asenne, normi ja käyttäytymiskontrolli. Asenne kyseistä käyttäytymistä kohtaan viittaa suhtautumisen myönteisyyteen tai kielteisyyteen, ja siihen vaikuttavat erilaiset tähän käyttäytymiseen liittyvät odotukset ja uskomukset (muun muassa toiminnan tuloksia koskevat odotukset). Subjektiiivisella normilla viitataan yksilön kokemaan paineeseen toimia tietyllä tavalla tietyssä tilanteessa; se on riippuvainen hänen käsityksistään muiden ihmisten suhtautumisesta. Koetulla käyttäytymiskontrollilla, jota voidaan kutsua myös pystyvyyden



Kuvio 1. Suunnitellun käyttäytymisen teoriaan pohjautuva malli (Ajzen 2005, 135).



tunteeksi, viitataan henkilön käsitykseen siitä, kuinka hän voi itse vaikuttaa toimintaansa ja sen lopputuloksiin. Asenteet ja normit vaikuttavat käyttäytymiseen vain käyttäytymisaikomuksen välityksellä, kun taas käyttäytymiskontrollilla on mallin mukaan myös suora yhteys ulkoiseen käyttäytymiseen. Asennetta, normia ja käyttäytymiskontrollia koskeviin uskomuksiin vaikuttavat sekä yksilölliset että sosiaaliset taustatekijät ja saatavilla oleva informaatio. (Ajzen 1991, 2005, 117–136.)

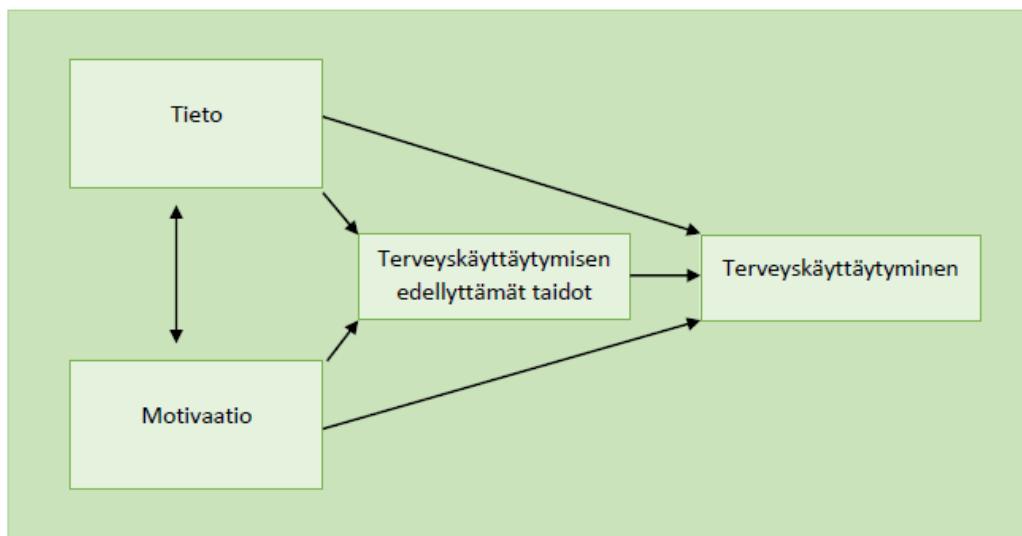
Ajzenin (2005, 136–137) mukaan interventioiden tulisi olla kaksivaiheisia. Ensimmäisessä vaiheessa pyritään vaikuttamaan käyttäytymisaikomuksiin motivoimalla kuntoutujaa sitoutumaan hyödyllisiin käyttäytymis- ja toimintatapoihin. Toisessa vaiheessa pyritään vahvistamaan aikomusten siirtymistä käyttäytymiseen: uusien toimintatapojen muotoutumista ja niiden säilymistä. Samalla pyritään minimoimaan niitä asioita, jotka voivat heikentää käyttäytymisen kontrollia. Teoriaa on testattu ja sovellettu erilaisissa elämäntapainterventioissa sekä terveyden edistämisessä että kuntoutuksessa. Kuntoutuksen piirissä teoriaa on käytetty muun muassa sydänkuntoutuksessa (Blanchard ym. 2003), aivovaurion jälkeisessä kuntoutuksessa (Bains ym. 2007) sekä syömishäiriöiden hoidossa (Dawson ym. 2015).

**Sosiokognitiivisessa teoriassa** ihminen nähdään aktiivisena toimijana omassa elämäntilassaan, ei vain ympäristön vaikutusten ja sisäisten mekanismien passiivisena seuraajana. Kyse on dynaamisista vuorovaikutussuhteista, joissa yksilölliset tekijät, toiminta ja ympäristön tapahtumat vaikuttavat toisiinsa. Koetulla pystyvyydellä (*self-efficacy*) eli uskolla omaan kykyihin on teorian mukaan suuri merkitys käyttäytymisen kannalta. Koettu pystyvyys vaikuttaa ihmisen toimintaan kognitiivisten, tunneperäisten sekä motivaation ja päätöksentekoon liittyvien prosessien kautta. Pystyvyyden tunne heijastuu näin henkilön ajatuksiin, tunteisiin, odotuksiin, tavoitteiden asettamiseen ja toimimiseen. Henkilö, joka uskoo selviytävänsä käsillä olevasta tehtävästä, sitoutuu siihen sinnikkäästi, mutta jos usko

omaan pystyvyyteen on heikko, vastoinkäymiset johtavat helpommin luovuttamiseen. Pystyvyyksiasitus vaikuttaa toimintaan sekä suoraan että välillisten tekijöiden, kuten tulosodotusten, tavoitteiden asettamisen ja erilaisten sosiokulttuuristen tekijöiden kautta. Toisaalta erilaiset sosiokulttuuriset tekijät ja toiminta vaikuttavat osaltaan pystyvyyksiasituksen muovautumiseen. (Bandura 1999, 2004 ja 2012.)

Kuntoutujan koettua pystyvyyttä pyritään kuntoutusprosessissa yleensä vahvistamaan. Kuntoutusprosessi voidaan suunnitella niin, että kuntoutuja saa sen aikana hallintakokemuksia. Voidaan myös käyttää hyväksi mallioppimista. Se voi tarkoittaa esimerkiksi vertaiskuntoutujan onnistumisen seuraamista, jolloin kuntoutuja havaitsee konkreettisesti, että tavoitteita on mahdollista saavuttaa sairaudesta tai toimintakyvyn rajoitteesta huolimatta. Kuntoutujaa voidaan myös rohkaista tavoitteiden mukaiseen toimintaan ja kannustaa häntä arvioimaan suoriutumistaan ja edistymistään. Joskus ammattilainen voi myös auttaa kuntoutujaa fysiologisten ja tunnereaktioiden tunnistamisessa. (Vrt. Bandura 2012.) Ashfordin ja kumppaneiden (2010) systemaattisen katsauksen mukaan erityisesti hyvä palaute ja mallioppiminen vaikuttivat pystyvyyksiasituksen vahvistumiseen elämäntapamuutoksiin pyrittäessä. Sosiokognitiivista teoriaa on käytetty monenlaisissa kuntoutujaryhmissä toteutettujen kuntoutusinterventioiden pohjana. Systemaattisia katsauksia on tehty sen sovelluksista esimerkiksi sydän- ja verenkiertoelinten sairauksista (esim. Woodgate & Brawley 2008), tuki- ja liikuntaelinsairauksista (esim. Ghazi ym. 2018) ja syövästä (Stacey ym. 2015) kuntoutumisessa.

**IMB-mallissa** (Fisher ym. 2003) on myös pyritty mallintamaan terveyttä edistävään käyttäytymiseen vaikuttavia tekijöitä (kuvio 2). Keskeiset tekijät ovat tieto ja motivaatio, jotka molemmat vaikuttavat siihen, onko henkilöllä riittävästi elämäntapamuutoksen edellyttämiä taitoja. Tieto, motivaatio ja taidot ovat toteutuvan toiminnan edellytyksiä. Tieto ja motivaatio vaikuttavat toisiinsa mutta ovat kuitenkin itsenäisiä osatekijöitä.



Kuvio 2. IMB-malli (Fisher ym. 2003).

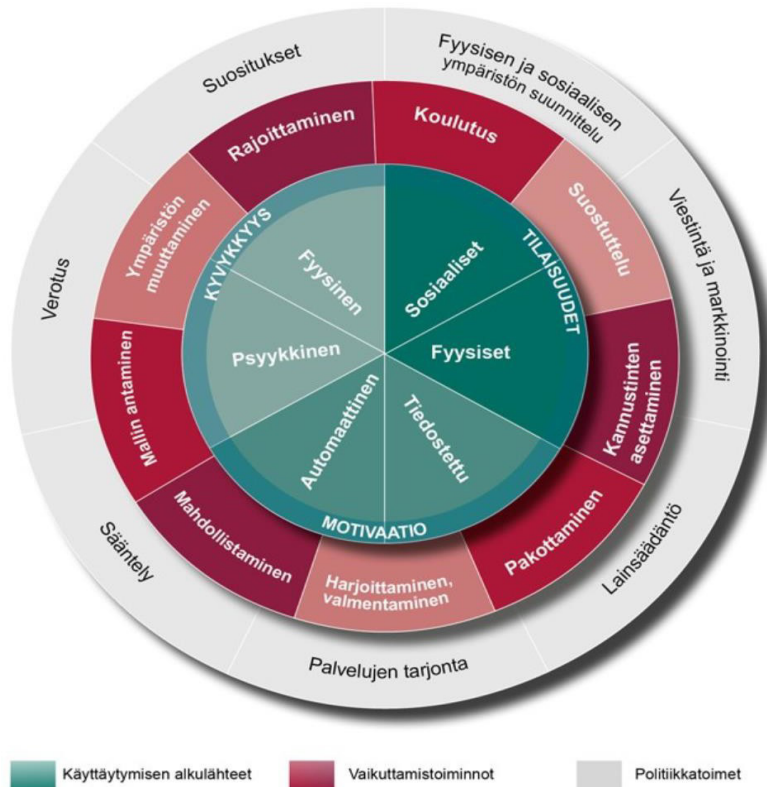
Hyvin informoitu henkilö ei aina motivoitu toteuttamaan tavoiteltavaa terveystyttäytymistä eikä hyvin motivoituneella henkilöllä ole aina riittävää tietoa terveyden edistämisen käytännöistä ja mahdollisuuksista. Interventiossa on tärkeää ottaa huomioon sekä tiedon antamiseen, motivaatioon että tarvittaviin taitoihin liittyviä tekijöitä. (Fisher ym. 2003.)

IMB-mallia on sovellettu erityisesti somaattisten pitkäaikaissairauksien itsehoitoon ja riskikäyttäytymisen ehkäisyyn liittyvissä interventioissa. Tietoa annettaessa on pyritty ottamaan huomioon kunkin ryhmän erityistarpeet käyttäen tilanteeseen sopivia menetelmiä (esimerkiksi materiaaleja, vuorovaikutteisia keskusteluja, vertaisopetusta). Motivaatiota on pyritty virittelemään muun muassa motivoivan haastattelun ja ryhmäkeskustelujen avulla. Taitojen harjoittelussa on käytetty apuna psykoedukaation menetelmiä ja roolipelejä. Samalla on kiinnitetty huomiota pystyvyyden tunteen vahvistamiseen. (Chang ym. 2014.)

Michie ym. (2011) kiinnittävät huomiota siihen, että interventioita suunniteltaessa ei useinkaan ole käytetty hyväksi aikaisempia teorioita eikä myöskään riittävästi analysoitu, miksi jotkut interventiot ovat olleet tuloksekkaita ja toiset eivät. He esittelevät aikaisempiin tutkimuksiin perustuvan

COM-B-mallin (*capability-opportunity-motivation-behaviour*), jonka he katsovat soveltuvan monenlaisiin elämäntapamuutoksiin. Mallin mukaan tavoitellun käyttäytymisen toteutuminen edellyttää, että yksilöllä on riittävä kyvykkyys (sekä fyysinen että psyykinen), tilaisuus toimintaan (fyysisen ja sosiaalisen ympäristön mahdollistama) sekä riittävä motivaatio (joko reflektioon ja suunnitteluun perustuva tai automaattinen, tunteiden ja impulssien pohjalta syntyvä). Mallissa kyvykkyys ja tilaisuudet vaikuttavat motivaatioon, ja kaikkien kolmen tekijän yhteydet käyttäytymiseen ovat vastavuoroiset. Tämän muutosmallin rinnalla tutkijat analysoivat käyttäytymisen muutokseen tähtääviä interventioita. He määrittelevät lopulta yhdeksän erilaista interventiota (*intervention functions*) ja seitsemän erilaista politiikkaa (*policy categories*).

Keskeiset tulokset tutkijat esittävät käyttäytymisen muutospyörän (kuvio 3) avulla. Muutospyörän sisäkehä kuvaa COM-B mallia. Keskimmaisella kehällä ovat interventio-toiminnot, joilla pyritään vaikuttamaan toiminnan muutokseen. Ympyrän uloin kehä kuvaa niitä politiikkatoimia, joiden avulla voidaan ohjata yksilöön tai ryhmään kohdistuvia interventioita. Muutospyörään sisältyy niin yhteiskuntaan kuin yksilöön liittyviä tekijöitä. Tutkijat analysoivat myös, millaisia



Kuvio 3. Käyttäytymisen muutospyörän (*Behaviour change wheel*) ulottuvuudet (Michie ym. 2011, suomennos Aittasalo ym. 2017).

yhteyksiä on COM-B-mallin osatekijöiden ja interventiotyyppien välillä sekä millaisia yhteyksiä on politiikkatoimien ja interventioiden välillä. Muutospyörän tarkoituksena on edistää käyttäytymisen muutokseen tähtäävien interventioiden suunnittelua ja vaikuttavuutta. Tutkijat toteavat kuitenkin, että asetetun tehtävän voi toteuttaa eri tavoin ja vasta soveltamisen myötä nähdään, miten toimiva kyseinen malli on. (Michie ym. 2011.) Käyttäytymisen muutospyörää on sovellettu muun muassa aivoverenkiertohäiriöihin liittyvässä kuntoutuksessa (Connell ym. 2015, Ross ym. 2015, Johnson ym. 2017, Stewart ym. 2019).

### ICF:n ja käyttäytymisen muutosteorioiden integrointi

ICF tarjoaa yleiskehikon toimintakyvyn tarkasteluun. Viime aikoina on pyritty yhtenäistämään niitä menetelmiä, joilla toimintakykyä ja sen muutosta arvioidaan. Esimerkiksi Stucki ym. (2019) painottavat tässä työssä

ICF-ydinlistojen ja niitä operationalisoivien mittareiden kehittämistä eri asiakasryhmiä ja tilanteita varten sekä niiden nykyistä systemaattisempaa soveltamista kuntoutuksen vaikuttavuustutkimuksissa. ICF sisältää myös oletuksen siitä, että erilaiset kontekstitekijät – sekä yksilöön että ympäristöön liittyvät – vaikuttavat toimintakyvyn muotoutumiseen. Kattavaan ympäristötekijöiden luokitukseen sisältyy monia yksilöllisen kuntoutusprosessin kannalta tärkeitä tekijöitä (sosiaalinen tuki, yhteisön asenteet jne.). Esimerkiksi Heerkens ym. (2018) toteavat kuitenkin, että luettelosta puuttuu monia teoreettisesti tärkeitä, esimerkiksi työkykyä ylläpitävän toiminnan ja työhön paluun kannalta olennaisia, elementtejä. ICF ei spesifioi lainkaan yksilötekijöitä. Yksilötekijät linkittyvät muun muassa käyttäytymisen malleihin ja henkilökohtaisiin kokemuksiin ajatuksista ja uskomuksista. Yksilötekijöiden huomioon ottaminen vahvistaa asiakaslähteiseen kuntoutukseen sitoutumista. (Karhula ym. 2021a,b)

Pyrittäessä kehittämään kuntoutusinterventioita tarvitaan ICF:n rakenteen lisäksi teoriaan perustuvia oletuksia muutoksen mekanismeista: siitä, millaiset yksilö- ja ympäristötekijät ovat merkityksellisiä suoriutumisen ja osallistumisen kannalta tai mitkä tekijät välittävät kehon rakenteiden ja toimintojen suhdetta kokonaisvaltaisempiin suoriutumisen ja osallistumisen ongelmiin. Brittiläiset tutkijat (esim. Dixon ym. 2012, Johnston & Dixon 2014) integroivat ICF-viitekehukseen kaksi käyttäytymisen muutosmallia: suunnitellun käyttäytymisen teorian ja sosiokognitiivisen teorian. Nämä teorat sisältävät oletuksia tekijöistä, jotka vaikuttavat ihmisen toimintaan ja osallistumiseen ICF-viitekehysten kehollisten toimintojen ja rajoitusten lisäksi: yksilön asenteet ja uskomukset, koettu pystyvyys ja yhteisön normit. Integroidut mallit selittivät suoriutumista ja osallistumista paremmin kuin ICF tai käyttäytymisen mallit yksinään. (Johnston & Dixon 2014.) Geidl ym. (2014) puolestaan yhdistivät kolmen muutosteorian käsitteitä ICF-viitekehukseen analysoidessaan harjoitusterapiaohjelman tekniikoita.

Kuntoutuksen muutos- ja interventioteoriat kuvaavat oletuksia, millaisilla kuntoutuksen keinoilla saadaan aikaan tavoiteltuja vaikutuksia, millaisia muutosmekanismeja prosesseihin liittyy ja mitkä yksilö- ja ympäristötekijät mahdollistavat tai estävät toivottujen vaikutusten syntymistä (esim. Järvikoski ym. 2015, Salminen ym. 2016). Interventioita kehitettäessä tarvitaan oletuksia tai mieluiten näyttöön perustuvaa tietoa siitä, millaiset interventiot tuottavat millaisia vaikutuksia, millaisten henkilöiden kohdalla ja millaisissa olosuhteissa.

Käyttäytymisen muutosteorioita kehittäneet toimijat ovat viime aikoina pyrkineet myös selvittämään eri interventioiden sisältöä: sitä, millaisia muutokseen pyrkivät interventiot ovat, millainen kuvattu tai implisiittinen teoriaperusta niillä on ja millaisia potentiaalisesti vaikuttavia osia ne sisältävät (esim. Michie ym. 2018). Jonkinlaisen lähtökohdan tälle työlle on antanut käyttäytymisen muutospyörän interventiotyypittely (Michie ym. 2011, kuvio 3). Tällaisiin kysymyksiin ICF-viitekehys tarjoaa melko vähän

vastauksia; siinä kuntoutusinterventiot sijoittuvat ympäristötekijöihin ja määritellään vain yleisellä tasolla.

Ihmisten terveyteen ja hyvinvointiin vaikuttavat olennaisella tavalla heidän elinolosuhteidensa ja toimintatapojensa kokonaisuus. Ihmisen toimintaa motivoivat vahvasti erilaiset kollektiiviset arvot sekä pyrkimys kokea yhteenkuuluvuutta samat arvot jakaaviin ryhmiin ja yhteisöihin (vrt. Maunu ym. 2016). Vaikka käyttäytymisen muutosteorioissa yhteisön asenteet, fyysinen ja sosiaalinen ympäristö ja erilaiset politiikat otetaan joiltakin osin huomioon, päähuomio on yleensä yksilössä ja hänen kokemuksissaan. Vaikka ICF-viitekehysten mukaan sekä yksilö- että ympäristötekijöillä on merkitystä suoritusten ja osallistumisen kannalta, se ei tarjoa vihjeitä vaikutusmekanismien tarkasteluun.

Eri lähestymistapojen integroinnilla voidaan lisätä ymmärrystä arkisiin kuntoutusasioihin liittyvissä kysymyksissä, kuten miten vahvistetaan itsenäistymässä olevan nuoren omaa arjen suunnittelua tai mitä tekijöitä tulee ottaa huomioon, kun halutaan lisätä palvelutalossa asuvien asiakkaiden fyysistä aktiivisuutta. ICF on käsitteellinen viitekehys, mutta yhdistämällä siihen käyttäytymisen muutosta koskevia teorioita voidaan kehittää prosessimalleja, jotka selittävät paremmin suoriutumista, osallistumista ja osallistumisen rajoituksia (vrt. Ravesloot ym. 2011, Johnston & Dixon 2014).

Käyttäytymisen muutosmalleja voidaan hyödyntää myös ICF-perustaisten toimintamallien juurruttamisessa. van Leeuwen ym. (2018) ovat soveltaneet COM-B-mallia ja käyttäytymisen muutospyörää analysoidessaan ICF-pohjaisen työkalun käyttöön liittyviä esteitä ja mahdollisuuksia kliinisessä työssä niin asiakkaiden kuin ammattihenkilöiden arvioimina. Käyttäytymisen muutosmallit voivat tarjota ymmärrystä kuntoutumisen muutosprosesseihin ja -mekanismeihin. Niillä on myös arvoa kuntoutustyöntekijöiden kliinisen työn toimintamallien arvioinnissa ja vaikuttavaksi todettujen menetelmien implementointityössä.

**Tulosten merkitys:** ICF on käsitteellinen viitekehys ja luokitusjärjestelmä toimintakyvyn kuvaamiseen. Kuntoutusinterventioiden kehittämisessä ja toimeenpanoisessa tarvitaan kuitenkin tietoa myös siitä, millaisilla mekanismeilla myönteistä toimintakyvyn muutosta voidaan tavoitella. ICF:n ja käyttäytymisen muutosteorioiden yhdistäminen tarjoaa kuntoutusalan toimijoille ymmärrystä kuntoutumisen muutosprosesseihin, kliinisen työn toimintamallien arviointiin ja vaikuttavien menetelmien implementointityöhön.

### Tiivistelmä

Toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälinen luokitus (International Classification of Functioning, Disability and Health, ICF) tarjoaa eri ammattiryhmien käyttöön soveltuvan biopsykososiaalisen viitekehysten ja luokitusjärjestelmän toimintakyvyn arviointiin ja kuvaamiseen. Kuntoutuksessa ja kuntoutumisprosessissa tavoitellaan usein myönteistä muutosta ihmisen toimintakyvyn ja selviytymiseen. Muutosteorioilla pyritään selittämään sitä, kuinka ja millaisin keinoin muutosta saadaan aikaan ja millaisia yksilöön ja ympäristöön liittyviä mekanismeja muutosten taustalla on vaikuttamassa. Tässä katsauksessa kuvataan ICF-viitekehysten ja luokitusjärjestelmän käyttöä sekä keskeisiä käyttäytymisen muutusteorioita ja niiden hyödyntämistä kuntoutuksessa. Eri lähestymistapojen integrointi voi tarjota lisäymmärrystä arkisten kuntoutusinterventioiden toimeenpanoon ja toteutukseen sekä osaltaan edistää vaikuttavampaa kuntoutusta.

*Asiasanat:* ICF, toimintakyky, käyttäytymisen muutusteoriat, kuntoutuminen, implementointi

**Anu Kippola-Pääkkönen, YTT, erityisasiantuntija, Lapin ammattikorkeakoulu**

**Aila Järvikoski, YTT, professori emerita, Lapin yliopisto**

**Kristiina Härkäpää, FT, professori emerita, Lapin yliopisto**

### Lähteet

- Aittasalo M, Hankonen N, Nupponen R, Seppälä T (2017) Käyttäytymisen muutospyörä. Työkalu käyttäytymisen muutokseen tähtäävän toiminnan suunnitteluun. UKK-instituutti. Verkko sivusto osoitteessa: <https://ukkinstituutti.fi/elintapaohjaus/edistamismallit/kayttaytymisenmuutospyora/>
- Ajzen I (1991) The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes* 50, 179–211. [https://doi.org/10.1016/0749-5978\(91\)90020-T](https://doi.org/10.1016/0749-5978(91)90020-T)
- Ajzen I (2005) *Attitudes, Personality and Behavior*. Maidenhead, Open University Press.
- Ashford S, Edmunds J, French DP (2010) What is the best way to change self-efficacy to promote lifestyle and recreational physical activity? A systematic review with meta-analysis. *British Journal of Health Psychology*, 15, 2, 265–288. <http://dx.doi.org/10.1348/135910709X461752>
- Bains B, Powell T, Lorenc L (2007) An exploratory study of mental representations for rehabilitation based upon the Theory of Planned Behaviour. *Neuropsychological Rehabilitation* 18, 2, 174–191. <https://doi.org/10.1080/09602010600562468>
- Bandura A (1999) A social cognitive theory of personality. Teoksessa: L Pervin, O John (toim.), *Handbook of personality* (2nd ed., pp. 154–196). Guilford Publications, New York.
- Bandura A (2004) Health promotion by social cognitive means. *Health Education & Behavior* 31, 2, 143–164. <https://doi.org/10.1177/1090198104263660>
- Bandura A (2012) On the functional properties of perceived self-efficacy revisited. *Journal of management* 38, 1, 9–44. <https://doi.org/10.1177/0149206311410606>
- Blanchard CM, Courneya KS, Rodgers WM, Fraser SN, Murray TC, Daub B, Black B (2003) Is the theory of planned behavior a useful framework for understanding exercise adherence during phase II cardiac rehabilitation? *Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation* 23, 1, 29–39.
- Chang SJ, Choi S, Kim SA, Song M (2014) Intervention strategies based on information-motivation-behavioral skills model for health behavior change: a systematic review. *Asian Nursing Research* 8, 3, 172–181. <https://doi.org/10.1016/j.anr.2014.08.002>

- Connell LA, McMahon NE, Redfern J, Watkins CL, Eng JJ (2015) Development of a behaviour change intervention to increase upper limb exercise in stroke rehabilitation. *Implementation Science* 10, 34. <https://doi.org/10.1186/s13012-015-0223-3>
- Davis R, Campbell R, Hildon Z, Hobbs L, Michie S (2015) Theories of behaviour and behaviour change across the social and behavioural sciences: a scoping review. *Health Psychology Review* 9, 3, 323–344. <https://doi.org/10.1080/1743719.9.2014.941722>
- Dawson L, Mullan B, Sainsbury K (2015) Using the theory of planned behavior to measure motivation for recovery in anorexia nervosa. *Appetite* 84, 309–315. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2014.10.028>
- Dixon D, Johnston M, Elliott A, Hannaford P (2012) Testing integrated behavioural and biomedical models of activity and activity limitations in a population-based sample. *Disability and Rehabilitation* 34, 14, 1157–1166. <https://doi.org/10.3109/09638288.2011.635749>
- Fisher WA, Fisher JD, Harman J (2003) The information-motivation-behavioral skills model: A general social psychological approach to understanding and promoting health behavior. Teoksessa: J Suls, KA Wallston (toim.) *Social psychological foundations of health and illness*. Blackwell, Oxford, United Kingdom, 82–106.
- Franché R-L, Krause N (2002) Readiness for return to work following injury of illness: conceptualizing the interpersonal impact of health care, workplace, and insurance factors. *Journal of Occupational Rehabilitation* 12, 4, 233–256. <https://doi.org/10.1023/A:1020270407044>
- Geidl W, Samrau J, Pfeifer K (2014) Health behavior change theories: contributions to an ICF-based behavioural exercise therapy for individuals with chronic diseases. *Disability and Rehabilitation* 36, 24, 2091–2100. <https://doi.org/10.3109/09638288.2014.891056>
- Ghazi C, Nyland J, Whaley R, Rogers T, Wera J, Henzman C (2018) Social cognitive or learning theory use to improve self-efficacy in musculoskeletal rehabilitation: a systematic review and meta-analysis. *Physiotherapy Theory and Practice* 34, 7, 495–504. <https://doi.org/10.1080/09593985.2017.1422204>
- Hasler G, Delsignore A, Milos G, Buddeberg C, Schnyder U (2004) Application of Prochaska's transtheoretical model of change to patients with eating disorders. *Journal of Psychosomatic Research* 57, 67–72. [https://doi.org/10.1016/S0022-3999\(03\)00562-2](https://doi.org/10.1016/S0022-3999(03)00562-2)
- Heerkens YV, de Weerd M, Huber M, de Brouwer CPM, van der Veen S, Perenboom RJM, van Gool CH, Napel HT, van Bon-Martens M, Stalliga HA, van Meeteren NLU (2018) Reconsideration of the scheme of the international classification of functioning, disability and health: incentives from the Netherlands for a global debate. *Disability and Rehabilitation* 40, 5, 603–611. <https://doi.org/10.1080/09638288.2016.1277404>
- Helldán A, Helakorpi S (2015) Suomalaisen aikuisväestön terveyskäyttäytyminen ja terveys, kevät 2014. Raportti 6, *Terveyden ja hyvinvoinnin laitos*, Helsinki. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-447-2>
- ICF Case Studies (2018) Verkkosivusto osoitteessa: <https://www.icf-casestudies.org/>
- Imenda S (2014) Is there a conceptual difference between theoretical and conceptual frameworks? *Journal of Social Sciences* 38, 2, 185–195. <https://doi.org/10.1080/09718923.2014.11893249>
- Johnson FM, Best W, Beckley FC, Maxim J, Beeke S (2017) Identifying mechanism of change in a conversation therapy for aphasia using behaviour change theory and qualitative methods. *International Journal of Language & Communication Disorders* 52, 3, 374–387. <https://doi.org/10.1111/1460-6984.12279>
- Johnston M, Dixon D (2014) Developing an integrated biomedical and behavioural theory of functioning and disability; adding models of behaviour to the ICF framework. *Health Psychology Review* 8, 4, 381–403. <https://doi.org/10.1080/17437199.2013.855592>
- Järvikoski A, Härkäpää K, Salminen A-L (2015) Kuntoutuksen teorioista ja ICF-mallista. *Kuntoutus* 38, 2, 18–32.
- Karhula M, Saukkonen S, Kinnunen A, Heiskanen T, Xiong E, Anttila H (2021a) ICF-luokituksen yksilötekijöiden kuvaus on osa toimintakyvyn laaja-alaista arviointia. *Kuntoutus* 44, 2, 9–24.
- Karhula M, Saukkonen S, Xiong E, Kinnunen A, Heiskanen T, Anttila H (2021b) ICF personal factors strengthen commitment to person-centered rehabilitation: a scoping review. *Frontiers in Rehabilitation Sciences* 2:709682. <https://doi.org/10.3389/fresc.2021.709682>
- Kirk A, MacMillan F, Webster N (2010) Application of the Transtheoretical model to physical activity in older adults with Type 2 diabetes and/or cardiovascular disease. *Psychology of Sport and Exercise* 11, 320–324. <https://doi.org/10.1016/j.psychsport.2010.03.001>
- Luodonpää-Manni M (2013) Kyselytutkimus kielen-tutkijoiden yleistieteellisille termeille antamista merkityksistä. *Virittäjä* 2, 242–264. <https://journal.fi/virittaja/article/view/8314>
- Maunu A, Katainen A, Perälä R, Ojajarvi A (2016) Terveys ja sosiaaliset erot: mitä on tutkittu ja mitä tarvitsee vielä tutkia? *Sosiaalilääketieteellinen Aikauslehti* 53, 3, 189–201. <https://journal.fi/sla/article/view/59163>
- McPherson K, Gibson BE, Leplège A (2015) Rethinking rehabilitation: Theory, practice, history – and the future. Teoksessa: K McPherson, BE Gibson, A Leplège (toim.) *Rethinking rehabilitation: Theory and practice*. Taylor & Francis, 3–20.

- Michie S, Carey RN, Johnston M, Rothman AJ, de Bruin M, Kelly MP, Connell LE (2018) From theory-inspired to theory-based interventions: A protocol for developing and testing a methodology for linking behavior change techniques to theoretical mechanisms of action. *Annals of Behavioral Medicine* 52, 6, 501–512. <https://doi.org/10.1007/s12160-016-9816-6>
- Michie S, Johnston M, Abraham C, Lawton R, Parker D, Walker A (2005) Making psychological theory useful for implementing evidence based practice: a consensus approach. *Quality and Safety in Health Care* 14,1, 26–33. <https://doi.org/10.1136/qshc.2004.011155>
- Michie S, van Stralen MM, West R (2011) The behaviour change wheel: A new method for characterising and designing behaviour change interventions. *Implementation Science* 6:42. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-6-42>
- Paltamaa J, Musikka-Siirtola M (2016) ICF-luokitus. Teoksessa: I Autti-Rämö, A-L Salminen, M Rajavaara, A Ylinen (toim.) Kuntoutuminen. Kustannus Oy Duodecim, Helsinki, 20–36.
- Paltamaa J, Perttilä P (toim.) (2015) Toimintakyvyn arviointi. ICF teoriasta käytäntöön. Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 137. Kelan tutkimusosasto, Helsinki. Verkkosivusto osoitteessa: <https://www.kela.fi/documents/10180/751941/Tutkimuksia137.pdf>
- Pinto BM, Goldstein MG, Papandonatos GD, Farrell N, Tilkemeier P, Marcus BH, Todaro JF (2011) Maintenance of exercise after Phase II Cardiac Rehabilitation: a randomized controlled trial. *American Journal of Preventive Medicine* 41, 3, 274–283. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2011.04.015>
- Prochaska JO, Velicer WF (1997) The transtheoretical model of health behavior change. *American Journal of Health Promotion* 12, 1, 38–48. <https://doi.org/10.4278%2F0890-1171-12.1.38>
- Ravesloot C, Ruggiero C, Ipsen C, Traci M, Seekins T, Boehm T, Ware-Backs D, Rigles B (2011) Disability and health behavior change. *Disability and Health Journal* 4, 1, 19–23. <https://doi.org/10.1016/j.dhjo.2010.05.006>
- Ross AJ, Reedy GB, Roots A, Jaye P, Birns J (2015) Evaluating multisite multiprofessional simulation training for a hyperacute stroke service using the Behaviour Change Wheel. *BMC Medical Education* 15:143. <https://doi.org/10.1186/s12909-015-0423-1>
- Salminen A-L, Järvikoski A, Härkäpää K (2016) Teoriat, viitekehykset ja mallit kuntoutusta ohjaamassa. Teoksessa: I Autti-Rämö, A-L Salminen, M Rajavaara, A Ylinen (toim.) Kuntoutuminen. Kustannus Oy Duodecim, Helsinki, 20–36.
- Sheeran P, Klein WMP, Rothman AJ (2017) Health behavior change: moving from observation to intervention. *Annual Review of Psychology* 68, 573–600. <https://doi.org/10.1146/annurevpsych-010416-044007>
- Stacey FG, James EL, Chapman K, Courneya KS, Lubans DR (2015) A systematic review and meta-analysis of social cognitive theory-based physical activity and/or nutrition behavior change interventions for cancer survivors. *Journal of Cancer Survivorship: research and practice* 9, 305–338. <https://doi.org/10.1007/s11764-014-0413-z>
- Stewart C, Power E, McCluskey A, Kuys S (2019) Development of participatory, tailored behaviour change intervention to increase active practice during inpatient stroke rehabilitation. *Disability and Rehabilitation* 14, 1–19. <https://doi.org/10.1080/09638288.2019.1597178>
- Stucki G, Cieza A, Melvin J (2007) The international classification of functional, disability and health: a unifying model for the conceptual description of the rehabilitation strategy. *Journal of Rehabilitation Medicine* 39, 279–285. <https://doi.org/10.2340/16501977-0044>
- Stucki G, Pollock A, Engkassen JP, Selb M (2019) How to use the International Classification of Functioning, Disability and Health as a reference system for comparative evaluation and standardized reporting of rehabilitation interventions. *European Journal of Physical and Rehabilitation Medicine* 55, 3, 384–394. <https://doi.org/10.23736/s1973-9087.19.05808-8>
- Stucki G, Zampolini M, Juocevicius A, Negrini S, Christodoulous N (2017) Practice, science and governance in interaction: European effort for the system-wide implementation of the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) in Physical and Rehabilitation Medicine. *European Journal of Physical and Rehabilitation Medicine* 53, 299–307. <https://doi.org/10.23736/S1973-9087.16.04436-1>
- THL (2018) ICF toimintakykäsitteiden luokitus (vuonna 2018 päivitetty versio). Verkkosivusto osoitteessa: <https://thl.fi/fi/web/toimintakyky/icf-luokitus>
- THL (2021) Näin käytät ICF-työkaluja. Verkkosivusto osoitteessa: <https://thl.fi/fi/web/toimintakyky/icf-luokitus/icf-luokituksen-kaytto/nain-kaytat-icf-tyokaluja>
- van Leeuwen, Pronk M, Merkus P, Goverts ST, Anema JR, Kramer SE (2018) Barriers to and enablers of the implementation of an ICF-based intake tool in clinical otology and audiology practice. A qualitative pre-implementation study. *PLoS one* 13,12, e0208797. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0208797>
- WHO (2001) ICF, International Classification of Functioning, Disability and Health. World Health Organization. Geneva, Switzerland.
- Whyte J (2008) A grand unified theory of rehabilitation (We wish!). The 57th John Stanley Coulter memorial lecture. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation* 89, 2, 203–209. <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2007.11.026>

- Whyte J (2014) Contributions of treatment theory and enablement theory to rehabilitation research and practice. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation* 95, 1, 17–23. <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2013.02.029>
- Woodgate J, Brawley LR (2008) Self-efficacy for exercise in cardiac rehabilitation: review and recommendations. *Journal of Health Psychology* 13, 3, 366–387. <https://doi.org/10.1177/02F1359105307088141>



## MITÄ OSTEOPATIA ON? OSA 2: OSTEOPATIA TIENHAARASSA

---

Osteopatia on tuki- ja liikuntaelinvaivojen hoitoon erikoistunut terveydenhuollon ala. Ala on kuitenkin jakautunut sisäisesti kahtia. Osa ammattilaisista perustaa toimintansa tutkittuun tietoon, mutta moni pohjaa hoitonsa kokemuksen tuomaan osaamiseen. Tämä ero näkyy myös eurooppalaisessa osteopatian standardissa, jossa toisaalta korostetaan tutkimusnäytön tärkeyttä, mutta samanaikaisesti edellytetään osteopatian peruskoulutukselta kokemuseräisten hoitojen opettamista. Kraniaali- ja viskeraaliosteopatia ovat näistä merkittävimpiä. Osteopatian tulisi hylätä tutkimusnäyttöön pohjaamattomat hoitomuodot, ja siirtyä osaksi nykyaikaista näyttöön perustuvaa terveydenhuoltoa. Muutoin riskinä on alan ammattikunnan merkityksen ja uskottavuuden vähentyminen.

### Johdanto

Kirjoitimme aiemmin Kuntoutus-lehden katsaukset ja analyysit -osastossa osteopatian historiasta Suomessa (Hopeapuu & Ulvinen 2022a). Tarkastelemme tässä puheenvuorossa osteopatian nykytilannetta ja tiettyjä osteopaattisia hoitoja tutkimusnäytön valossa. Lisäksi esitämme näkemyksemme siitä, mihin suuntaan suomalainen osteopatia voisi kehittyä.

Osteopatiakoulutuksessa ero tutkitun tiedon ja opettettujen asioiden välillä on viime vuosina kasvanut (Esteves ym. 2020). Vuonna 2015 European Federation of Osteopaths julkaisi kannanoton, jossa todettiin osteopatian kärsivän luotettavan tutkimusnäytön

puutteesta (EFO 2015). Toistaiseksi tilanne ei ole parantunut. Suomessa ei ole tietääksemme tehty yhtään kliinistä osteopatian tutkimusta alan yli 30-vuotisen historian aikana. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus biodynaamisesta osteopatiasta on vertaisarvioitavana (Hopeapuu & Ulvinen 2022b). Tutkimusnäytön puutteen takia osteopaatit ovat ottaneet käyttöön termin *evidence-informed practice*. Tällöin hoidon ei väitetä perustuvan tutkimusnäyttöön, mutta se huomioidaan toiminnassa silloin, mikäli julkaistut tutkimukset puoltavat jo olemassa olevien hoitojen käyttöä. (Hamonet 2003, Tyreman 2013, Vogel 2015, Bordoni 2019, EFFE 2021a).

## Osteopatian standardi

Osteopatiassa ero suhtautumisessa tutkimusnäyttöön tulee esille eurooppalaisessa osteopatian standardissa, jonka tarkoituksena oli määrittää viitekehykset osteopatian koulutuksille. Standardi painottaa tutkimustiedon käyttöä ja anatomian, fysiologian sekä biokemian opiskelua. Se edellyttää myös kiistanalaisten, tutkimustietoon pohjaamattomien, hoitomuotojen opettamista. Näitä hoitomuotoja ovat kraniaali- ja viskeraaliosteopatia. Lisäksi standardin suomenkielisessä versiossa on lukuisia käännösvirheitä, jotka muuttavat alkuperäisen merkityksen toiseksi. (CEN-standardi 2016.) Nämä tekijät lienevätkin syynä siihen, että vain pieni osa kaikista eurooppalaisista osteopatian koulutusohjelmista on ottanut käyttöön standardin opetuksessaan (OsEAN 2022, Hopeapuu & Ulvinen 2022a).

Osteopatian standardi perustuu filosofiaan, jossa ihminen koostuu kehosta, mielestä ja hengestä (WHO 2010, CEN-standardi 2016). Henkisyuden korostaminen pohjautuu alan perustajan Andrew Stillin hartautseen uskonnollisuuteen. Still ajatteli ihmisen olevan jumalan luoma täydellinen kone, jossa henki asui. Jumala oli antanut ihmiselle sisäisen kyvyn parantua kaikista taudeista ilman lääkkeitä tai leikkauksia. Osteopatin tehtäväksi jäi kaivaa tämä piilevä terveys esille. (Still 1897, 99–100, Gevitz 2004, Hamonet 2003, Evans 2013.)

Standardin toimintamallit pohjautuvat ajatukselle, että osteopaattisella manuaalisella terapialla voidaan vaikuttaa lähes kaikkiin kehon rakenteisiin ja toimintoihin, kuten hapen kulkuun, immuniteettiin, hermosolujen toimintaan ja energiankulutukseen (CEN-standardi 2016). Tutkimusnäyttö useimmista esitetyistä vaikutusmekanismeista kuitenkin uupuu.

Standardin vahvuuksina on nähty vaatimukset sisällöltään samankaltaisesta peruskoulutuksesta, potilasturvallisuuden huomioon ottamisesta ja yhteisestä osteopaattisesta viitekehystä. On ajateltu, että yhteinen eurooppalainen malli mahdollistaa osteopatian arvostuksen nousun mantereella sekä edistää Suomessa osteopaattien laillisuutta. (EFFO 2021b).

## Kraniaaliosteopatia

Kraniaaliosteopatia on yksi osteopaattien yleisimmistä hoitomuodoista. Siitä on kehitetty ”avoin” hoitomuoto, kraniosakraaliterapia, jota voivat opiskella kaikki aiemasta koulutustaustasta riippumatta. Teoria molemmissa on pääosin sama. (Hartman & Norton 2002, Vautravers ym. 2010). CEN-standardin suomenkielisessä käännöksessä osteopaattinen kraniaalihoito onkin nimellä kraniosakraaliterapia (CEN-standardi 2016).

Kraniaaliosteopatia perustuu 1800-luvun lopun havaintoon, että dissekoidun ohimoluun reunat näyttävät kalan kiduksilta. Kraniaaliosteopatian perustaja ajatteli, että aivot tai aivokammiot supistuvat säännöllisesti ja se aiheuttaisi selkäydinnesteiden liikkeen. Selkäydinnesteet tuottaisivat liikettä kova-kehoon (engl. dura mater), ja sitä kautta koko kehoon. Tämä loisi kraniaalirytmien, joka olisi suhteellisen vakio asennosta tai toiminnasta riippumatta. (Hartman & Norton 2002, Rasmussen & Meulengracht 2021.) Teorian mukaan kallon luut oskilloivat noin 6–14 kertaa minuutissa ja aivot sekä selkäydinnesteet 2,5 kertaa minuutissa. (Wirth-Pattullo & Hayes 1994, Sutherland 2000, Liem ym. 2004, 3–6, 17–20, Bordoni ym. 2020a, 2020b.)

Kraniaalihoidon oletettu vaikutus perustuu selkäydinnesteiden virtauksen normalisoimiseen aivokammioihin epäsuorasti vaikuttamalla. Hoito toteutetaan pääsääntöisesti kevyesti päätä käsittelemällä. (Wirth-Pattullo & Hayes 1994, Moran & Gibbons 2001, Hartman 2006.) Näillä tekniikoilla voidaan hoitaa koko kehossa esiintyviä erilaisia kiputiloja ja vaivoja. (Sutherland 2000, Bordoni ym. 2020a.)

Kraniaaliosteopatin tekemä diagnoosi ja hoito perustuvat ajatukseen, että kraniaalirytmien on terapeuttisesti aistittavissa ja tarvittaessa korjattavissa niin päästä, lantiolta kuin jalkapohjista. Mitään hyväksytyä mittaria tai laitetta rytmien mittaamiseen ei toistaiseksi kuitenkaan ole käytössä (Rasmussen & Meulengracht 2021). Tutkimukset ovat siksi pyrkineet selvittämään arvioitsijoiden välistä reliabiliteettia (engl. inter-rater reliability). Kaksi tai useampi kraniaalitekniikkaan

perehtynyt ammattilainen on joko aistunut samaan aikaan tai peräkkäin eri henkilöiden kraniaalirytmiejä. Tutkimusten mukaan kraniaalahoitoja päivittäinkään antavat terapeutit eivät mittaa samoja kraniaalirytmien arvoja toisen ammattilaisen kanssa. Korrelaatio on ollut heikko, olematon tai negatiivinen. (Wirth-Pattullo & Hayes 1994, Moran & Gibbons 2001, Hartman & Norton 2002.) Tuorein systemaattinen kirjallisuuskatsaus terapeuttien välisestä reliabiliteetista tuli johtopäätökseen, että näyttöä palpaation luotettavuudesta diagnostiikassa ei ole (Guillaud ym. 2016).

Kraniaaliosteopatialla on todettu pieni positiivinen hoitovaste muutamissa tutkimuksissa ja katsausartikkeleissa (Castejón-Castejón ym. 2019, Haller ym. 2020). Tämä voi selittyä plasebo- tai julkaisuharhalla. Tutkimusten laatu on myös ollut hyvin huono, ja positiivinen vaikutus voi selittyä manuaaliterapian ja kosketuksen yleisillä epäspesifeillä hyödyillä (Hartman 2009, Jarry 2020).

Systemaattisissa katsauksissa kraniaalihoidon toimivuus ja tutkimusnäyttö on kyseenalaistettu. Tutkimusten laatua painottavat katsausartikkelit ovat tulleet pääsääntöisesti johtopäätökseen, ettei kraniaalisen hoidon tehosta ole näyttöä (Green ym. 1999, Ernst 2012, Guillaud ym. 2016). On esitetty, että kraniaalinen diagnostiikka ja hoito perustuu virheellisille tulkinnoille kehon toiminnoista ja sen opettaminen osteopaattien koulutuksessa tulisi lopettaa (Hartman 2006, Ernst 2012).

## Viskeraaliosteopatia

Viskeraaliosteopatia on Ranskassa 1980-luvun alussa kehitetty hoitomuoto. Se perustuu nimensä mukaisesti sisäelinten eli viskeran hoitoon (Hebgen 2011, Guillaud ym. 2018). Viskeraaliosteopatian vaikutusmekanismeista on erilaisia teorioita, mutta tässä esittelemme pääosin kuuluisimman alan kouluttajan, Jean-Pierre Barralin, ajatuksia.

Sisäelinten ympärillä olevien kalvojen, kuten peritoneumin, pleuran tai endokardiumin ajatellaan toimivan nivelten lailla. Niiden tulee liikkua ja liukua toistensa kanssa ligamenttien ja muiden rakenteiden

säätelyinä. Kuten mahdollisesti hypomobiiliiä niveltä, myös sisäelinten välisiä liikeitä tutkitaan ja tarvittaessa mobilisoidaan. (Horton 2015.)

Sisäelimillä on väitetyksi myös sisäistä rytmistä liikettä muistona alkio- ja sikiökehityksen ajoilta. Elimen ajatellaan ”muistavan” myöhemminkin tämän liikkeensä ja toistavan samankaltaista liikemallia ihmisen koko iän. Hypoteesin mukaan häiriintynyt liike aiheuttaa ensin paikallisia patologioita ja myöhemmin oireita lokaalisti tai globaalisti. Verisuonirakenteet, hermot ja faskiat välittävät näitä paikallisia viskeran kipuheijasteita muualle kehoon. (Hebgen 2011, 3–8.)

Sisäelinten ympärillä sijaitsevat nosiseptorit voivat heijastaa kipua muihin kudoksiin. Koska sisäelinkeräinen kipu paikallistetaan aivoissa usein virheellisesti, kipu voi esimerkiksi alaselässä johtua viskeran nosiseptoreista. Jatkuva nosiseptoreiden aktivaatio voi myös johtaa keskushermoston herkistymiseen. On ajateltu, että käsittelemällä manuaalisesti vatsan aluetta aktivoidaan muun muassa syviä vatsan faskioita. Pehmytkudosten käsittelystä seurannut mekanoreseptorien lisääntynyt aktiivisuus vähentäisi näin ollen kipua selkäydintasolla. (Panagopoulos ym. 2015).

Viskeraaliosteopatialla hoidetaan lukuisia vaivoja. Ihon kuivumisen ja ientulehdusten taustalla voi väitetyksi olla munuaisten epänormaali liike. Kuukautiskierron häiriöt, virtsarakon tulehdus ja vaihdevuosisoireet ovat indikaatioina urogenitaalielimien hoidolle. Maksan vähentynyt metabolia ja kehon vitaliteetin lasku on puolestaan osteopaattisen hoidon peruste maksan käsittelylle. Vitaliteetti on eräänlainen metafyyssinen elämänenergia, jonka määrä vaikuttaa ihmisen terveyteen ja sairastumiseen. (Pellas 1997, 29–31, Hebgen 2011, 39–41, 141–143, 169–170.) Hoito kohdistetaan tyypillisesti vatsan ja rintakehän alueelle, erityisesti kylkiluihin ja palleaan. Urogenitaalielinten ongelmassa käsitellään virtsarakkoa, munanjohtimia ja kohtua vatsan päältä. (Hebgen 2011.)

Tutkimusnäyttö viskeraaliosteopatiasta ei tue esitettyjä väitteitä. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus analysoi viskeraaliosteopaattien välistä reliabiliteettia sisäelinten

liikkeiden arvioinnissa sekä hoidon vaikuttavuutta. Katsaus osoitti, ettei sisäelinten liikettä voida luotettavasti palpoimalla arvioida, eikä tämän pohjalta voida tehdä minkäänlaisia diagnostisia johtopäätöksiä. Hoidolla ei laadukkaimmissa kliinisissä tutkimuksissa ollut tehoa tai vaikuttavuutta päätetapahtumiin. (Guillaud ym. 2018.) Aika sairaalasta kotiutumiseen oli viskeraalihuuttoa saaneilla pienikokoisilla vauvoilla jopa merkittävästi pidempi kuin ilman hoitoa jääneillä (Haiden ym. 2015).

## Pohdinta

Osteopatia on tällä hetkellä tienhaarassa. Osa osteopaateista haluaisi jatkaa nykyisellä vaihtoehtohoitoa ja terveydenhoitoa yhdistävällä linjalla. Toisaalta moni osteopaatti haluaisi hylätä vanhat ajatusmallit, jotka eivät kestä kriittistä tarkastelua. (Licciardone 2007, Esteves ym. 2020.) Nykyaikainen suomalainen terveydenhuollon koulutus ei voi perustua pelkkiin kokemusperäisiin väitteisiin hoidon tehosta eikä pseudotieteellisiin oletuksiin hoidon vaikutuksista.

Osteopatian koulutuksen ja käytännön toiminnan tulisi siirtyä 2020-luvulle tutkitun tiedon soveltamisessa. Suomen osteopatiayhdistysten tulisi tehdä selvitys, mikä on tehokasta ja vaikuttavaa osteopatiaa. Tässä tulisi käyttää riippumattomia asiantuntijoita, mielellään osteopatiakentän ulkopuolelta. Tämä tarkoittaisi mitä luultavimmin joidenkin osteopaattisten hoitomuotojen opettamisen lopettamista tai ainakin merkittävää rajoittamista. Samalla kaikkien koulutusohjelmien olisi muututtava kohti modernia, nykyaikaista manuaaliterapiaa ja kuntoutusta.

Mikäli osteopatia jatkaa nykyisellä, uskumushoitoja ja terveystietoa yhdistävällä tiellä, riskinä on viranomaistahojen nykyistä kriittisempi suhtautuminen alaan. Tällainen tilanne voisi pahimmillaan johtaa osteopatiien putoamiseen kokonaan terveydenhuollon piiristä.

**Elessar Hopeapuu, terveystieteiden maisteri, fysioterapeutti, osteopaatti, koulutettu hieroja, Tarton yliopisto, Viro; tutkintovastaava, Ortopedisen osteopatian koulutuskeskus**

**Anssi Ulvinen, jalkaterapeutti, osteopaatti, opintosuunnittelija, Ortopedisen osteopatian koulutuskeskus**

## Lähteet

- Bordoni B (2019) The Benefits and Limitations of Evidence-based Practice in Osteopathy. *Cureus* 11, 11, e6093. <https://doi.org/10.7759/cureus.6093>.
- Bordoni B, Walkowski S, Ducoux B, Tobbi F (2020a) The Cranial Bowl in the New Millennium and Sutherland's Legacy for Osteopathic Medicine: Part 1. *Cureus* 12, 9, e10410. <https://doi.org/10.7759/cureus.10410>.
- Bordoni B, Walkowski S, Ducoux B, Tobbi F (2020b) The Cranial Bowl in the New Millennium and Sutherland's Legacy for Osteopathic Medicine: Part 2. *Cureus* 12, 9, e10435. <https://doi.org/10.7759/cureus.10435>.
- Castejón-Castejón M, Murcia-González M A, Martínez Gil J L, Todri J, Suárez Rancel M, Lena O, Chillón-Martínez R (2019) Effectiveness of craniosacral therapy in the treatment of infantile colic. A randomized controlled trial. *Complement Ther Med* 47, 102164. <https://doi.org/10.1016/j.ctim.2019.07.023>
- CEN-standardi (2016) Osteopatiapalvelut - Osteopathic healthcare provision. EN 16686:2015.
- EFFO – European Federation & Forum for Osteopathy (2021a) Description of Osteopathy. <https://www.effo.eu/description-of-osteopathy/>. Viitattu 1.2.2022.
- EFFO – European Federation & Forum for Osteopathy (2021b) Regulation of Osteopathy in Europe. <https://www.effo.eu/regulation-in-europe/>. Viitattu 1.2.2022.
- EFO – European Federation of Osteopaths (2015) Formalising standards across Europe. The CEN process and a case study of Osteopathy. <https://oialliance.org/wp-content/uploads/2013/07/EFO-CEN-presentation-for-Montreal-2015-EDIT.pdf>.
- Ernst E (2012) Craniosacral therapy: a systematic review of the clinical evidence. Focus on Alternative and Complementary Therapies 17, 4, 197–201. <https://doi.org/10.1111/j.2042-7166.2012.01174.x>.
- Esteves J E, Zegarra-Parodi R, van Dun, P, Cerretti F, Vaucher P (2020) Models and theoretical frameworks for osteopathic care – A critical view and call for updates and research. *Int J Osteopath Med* 35, 1–4. <https://doi.org/10.1016/j.ijosm.2020.01.003>.
- Evans D W (2013) Osteopathic principles: More harm than good? *Int J Osteopath Med* 16, 1, 46–53. <https://doi.org/10.1016/j.ijosm.2012.08.006>.

- Gevitz N (2004) *The DOs: Osteopathic Medicine in America*. 2nd edition. The Johns Hopkins University Press, Baltimore, Md., U.S.A.
- Green C, Martin C W, Bassett K, Kazanjian A (1999) A systematic review of craniosacral therapy: biological plausibility, assessment reliability and clinical effectiveness. *Complement Ther Med* 7, 4, 201-207. [https://doi.org/10.1016/s0965-2299\(99\)80002-8](https://doi.org/10.1016/s0965-2299(99)80002-8).
- Guillaud A, Darbois N, Monvoisin R, Pinsault N (2016) Reliability of Diagnosis and Clinical Efficacy of Cranial Osteopathy: A Systematic Review. *PLoS One* 11 (12), e0167823. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0167823>
- Guillaud A, Darbois N, Monvoisin R, Pinsault N (2018) Reliability of diagnosis and clinical efficacy of visceral osteopathy: a systematic review. *BMC Complement Altern Med* 18, 1, 65. <https://doi.org/10.1186/s12906-018-2098-8>.
- Haiden N, Pimpel B, Kreissl A, Jilma B, Berger A (2015) *PLOS One*. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0123530>.
- Haller H, Lauche R, Sundberg T, Dobos G, Cramer H (2020) Craniosacral therapy for chronic pain: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *BMC Musculoskelet Disord* 21, 1. <https://doi.org/10.1186/s12891-019-3017-y>.
- Hamonet C (2003) Andrew Taylor Still and the birth of osteopathy (Baldwin, Kansas, USA, 1855). *Joint Bone Spine* 70, 1, 80-84. [https://doi.org/10.1016/s1297-319x\(02\)00019-2](https://doi.org/10.1016/s1297-319x(02)00019-2).
- Hartman S E (2006) Cranial osteopathy: its fate seems clear. *Chiropr Osteopat* 14, 10. <https://doi.org/10.1186/1746-1340-14-10>
- Hartman S E (2009) Why do ineffective treatments seem helpful? A brief review. *Chiropractic & Osteopathy* 17, 10. <https://doi.org/10.1186/1746-1340-17-10>.
- Hartman S E, Norton J M (2002) Interexaminer reliability and cranial osteopathy. *Sci Rev Altern Med* 6, 1.
- Hebgen E U (2011) *Visceral Manipulation in Osteopathy*. Thieme. Stuttgart.
- Hopeapuu E, Ulvinen A (2022a) Mitä osteopatia on? Osa 1. *Osteopatia Suomessa*. Kuntoutus 54, 2, 39-46. <https://doi.org/10.37451/kuntoutus.120025>.
- Hopeapuu E, Ulvinen A (2022b) Systemaattinen kirjallisuuskatsaus biodynaamisen osteopatian vaikuttavuudesta. Lähetetty vertaisarvioitavaksi.
- Horton R C (2015) The anatomy, biological plausibility and efficacy of visceral mobilization in the treatment of pelvic floor dysfunction. *J Pelv Obst Gyn Physiotherapy* 117, 5-18.
- Jarry J (2020) *ven the Best Scientific Studies Can Lie: The Case of Craniosacral Therapy*. <https://www.mcgill.ca/oss/article/pseudoscience/even-best-scientific-studies-can-lie-case-craniosacral-therapy>. Viitattu 31.1.2022.
- Licciardone J C (2007) Osteopathic research: elephants, enigmas, and evidence. *Osteopath Med Prim Care* 1, 7. <https://doi.org/10.1186/1750-4732-1-7>.
- Liem T, McPartland J, Skinner E (2004) *Cranial Osteopathy. Principles and Practise*. Elsevier Limited, United Kingdom.
- Moran RW, Gibbons P (2001) Intraexaminer and interexaminer reliability for palpation of the cranial rhythmic impulse at the head and sacrum. *J Manipulative Physiol Ther* 24, 3, 183-190. [https://doi.org/10.1016/S0161-4754\(01\)62711-8](https://doi.org/10.1016/S0161-4754(01)62711-8).
- OsEAN - Osteopathic European Academic Network (2022) *OsEAN Member Schools*. <https://www.os-ean.com/home/member-schools?task=civicrm/profile&gid=35&force=1&search=0&reset=1>. Viitattu 12.1.2022.
- Panagopoulos J, Hancock M J, Ferreira P, Hush J, Petocz P (2015) Does the addition of visceral manipulation alter outcomes for patients with low back pain? A randomized placebo controlled trial. *Eur J Pain*, 19, 7, 899-907. <https://doi.org/10.1002/ejp.614>.
- Pellas C (1997) *Klassisen osteopatian perusteet*. Natura Medicina, Espoo.
- Rasmussen T R, Meulengracht K C (2021) Direct measurement of the rhythmic motions of the human head identifies a third rhythm. *J Bodyw Mov Ther* 26, 24-29. <https://doi.org/10.1016/j.jbmt.2020.08.018>.
- Still A T (1897) *Autobiography of A. T. Still*. Kirksville.
- Sutherland W G (2000) "The cranial bowl. 1944" *J Am Osteopath Assoc* 100, 9, 568-573. <https://doi.org/10.7556/jaoa.2000.100.9.568>.
- Tyreman S (2013) Re-evaluating "osteopathic principles." *Int J Osteopath Med* 16, 1, 38-45. <https://doi.org/10.1016/j.ijosm.2012.08.005>.
- Vautravers P, Isner M E, Blaes C (2010) Manual medicine - osteopathy in France organization - education - fields of expertise. *Ann Phys Rehabil Med* 53, 5, 342-351. <https://doi.org/10.1016/j.rehab.2010.05.001>.
- Vogel S (2015) Evidence, theory and variability in osteopathic practice. *Int J Osteopath Med* 18, 1, 1-4.
- WHO - World Health Organization (2010) *Benchmarks for Training in Osteopathy*. Benchmarks for training in traditional / complementary and alternative medicine.
- Wirth-Pattullo V, Hayes K W (1994) Interrater Reliability of Craniosacral Rate Measurements and Their Relationship With Subjects' and Examiners' Heart and Respiratory Rate Measurements. *Physical Therapy* 74, 10, 908.

# SOSIAALISELLA KUNTOUTUKSELLE ON TÄRKEÄ PAIKKA SOSIAALIPALVELUJÄRJESTELMÄSSÄMME

---

## Johdanto

Tässä kirjoituksessa pohdin pro gradu -tutkielmani (Niemi 2021) tulosten pohjalta, mikä on sosiaalisen kuntoutuksen asema sosiaalipalvelujärjestelmässämme. Sosiaalisen kuntoutuksen yhteiskunnallinen merkitys on korostunut nyt, kun sekä kuntoutusjärjestelmä että sosiaaliala ja sosiaalityökin ovat murroksessa ja erilaisten sisällöllisten ja rakenteellisten muutosten äärellä (Lindh ym. 2018, 8). Lisäksi sosiaalinen kuntoutus tulee olemaan tärkeä palvelu kuntien ja hyvinvointialueiden yhdyspinnalla työskennellessä pitkään työttöminä olleiden parissa.

Viimeisten parin vuosikymmenen aikana sosiaalinen-käsitteen merkitys on korostunut kuntoutuksessa (Lindh ym. 2018, 7). Suomessa harjoitetaan aktiivista sosiaalipolitiikkaa, jossa sosiaalinen nähdään ihmisen yhteiskunnallisen ja yhteisöllisen toimijuuden kaikinpuolisena tukemisena ja vahvistamisena (Karjalainen 2011, 228). Sosiaalisen kuntoutuksen yleisinä tavoitteina on vahvistaa ihmisen sosiaalista toimintakykyä, edistää osallisuutta sekä torjua syrjäytymistä (Suositus työikäisten... 2018, 4). Sosiaalinen kuntoutus sai vahvistetun aseman yhtenä sosiaalipalveluistamme vuonna 2014 säädetyssä

sosiaalihuoltolaissa (1301/2014). Sosiaalihuoltolain 17.1 §:n mukaisesti ”Sosiaalisella kuntoutuksella tarkoitetaan sosiaalityön ja sosiaaliohjauksen keinoin annettavaa tehostettua tukea sosiaalisen toimintakyvyn vahvistamiseksi, syrjäytymisen torjumiseksi ja osallisuuden edistämiseksi”. Sosiaalinen kuntouttaminen on usein vasta lähtökohtana sille, että muita toimenpiteitä voitaisiin edes suunnitella, tai että vaikutukset olisivat kestäviä (Karjalainen 2017, 247).

Terveysten ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) vuonna 2016 toteuttama kuntakysely sosiaalisesta kuntoutuksesta osoitti, että sosiaalisen kuntoutuksen kaltaista toimintaa oli harjoitettu kunnissa jo pitkään. Kyselyyn vastanneista 177 kunnasta suurin osa piti sosiaalista kuntoutusta suurilta linjoiltaan selkeänä tavoitteineen ja sisältöineen. Se tuli nähdä kokonaisvaltaisena arjen ja elämäntilanteen hallinnan kuntoutuksena, joka tapahtuu yhdessä muiden kanssa. Käytäntö oli se, että siihen katsottiin kuuluvan monipuolisesti sosiaali-, terveys-, päihde-, mielenterveys- ja työllisyyspalveluita. (Puromäki ym. 2017, 5.) Toisaalta sosiaalisen kuntoutuksen pitäisi tuoda jotakin uutta, ja esimerkiksi kuntouttavalla työtoiminnalla ja sosiaalisella kuntoutuksella ei ollut toisille kunnille juurikaan

eroa, toisille ero taas oli selvä (Puromäki ym. 2017, 23–24).

Sosiaalisesta kuntoutuksesta voidaan erottaa nuorten sosiaalinen kuntoutus, joka on otettu erikseen huomioon sosiaalihuoltolain 17 §:n 2 momentissa. Lainkohdan mukaan sillä ”tuetaan nuorten sijoittumista työ-, työkokeilu-, opiskelu-, työpaja- tai kuntoutuspaikkaan sekä ehkäistä näiden keskeyttämistä”. Nuorten osalta korostuu-kin polku koulutukseen ja työllistymiseen. Tämän lisäksi sosiaalisella kuntoutuksella voidaan vahvistaa nuorten yleistä elämänhallintaa, kohentaa itsetuntoa ja edistää osallisuutta (Ala-Kauhaluoma & Tuusa 2015, 39–40).

### **Sosiaalinen kuntoutus Äänekosken kaupungissa**

Sosiaalihuoltolain sosiaalista kuntoutusta koskeva lainkohta on tulkinnanvarainen ja jättää kunnille (sote-uudistuksen jälkeen hyvinvointialueille) monenlaisia mahdollisuuksia sosiaalisen kuntoutuksen järjestämiseksi. Äänekosken kaupungissa sosiaalinen kuntoutus käsitettiin omana, sosiaalihuoltolain 17 §:n mukaisena sosiaalipalveluna, josta tehtiin järjestelmään viranomaispäätös. Kaupungissa tehtiin sosiaalisen kuntoutuksen kehittämistyön yhteydessä sosiaalisen kuntoutuksen asiakaskysely. Osallistuin tähän vs. sosiaalityöntekijänä yhtä työtehtävääni tehdessäni.

Sosiaalinen kuntoutus toteutettiin Äänekoskella useimmiten työ- ja päivätoiminnassa Dynamossa. Muita toimintapaikkoja olivat esimerkiksi kaupungin muut yksiköt, kuten työpaja tai kiinteistöhuolto, työttömien yhdistys tai muu kolmannen sektorin toimija ja seurakunta. Sosiaaliseen kuntoutukseen oli vähimmillään mahdollista osallistua kerran viikossa neljä tuntia kerrallaan. Useimmiten osallistuttiin kuitenkin muutamana päivänä viikossa. Dynamossa toimittiin suunnitellun viikkoaikataulun mukaan, ja tekeminen saattoi olla ruoanlaittoa, ulkoilua, pelamista (esimerkiksi tietokonepelit, biljardi tai mölkky), retkiä, toiminnan suunnittelua sekä keskusteluita ryhmässä ja ohjaajien kanssa. Muissa toimintapaikoissa tekeminen liittyi

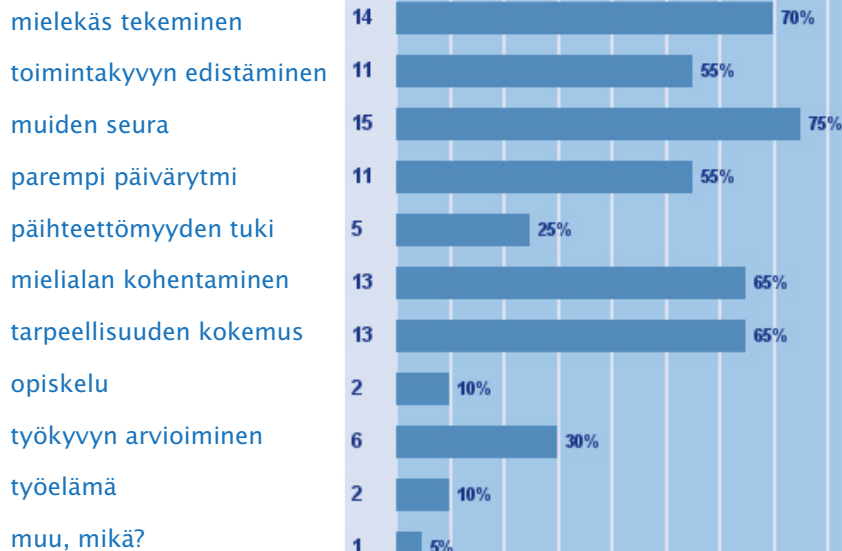
enemmän toimipaikan luonteeseen, kuten kiinteistöhuollon tai työpajan puu- tai metallipuolen pienimuotoisiin tehtäviin. (Niemi 2021, 27–28).

Kyselytutkimusta varten pyrittiin tavoittamaan jokainen vuoden 2019 alusta lähtien 11.11.2019 mennessä sosiaaliseen kuntoutukseen Äänekoskella osallistunut. Sosiaalisen kuntoutuksen viranomaispäätöksiä oli tuona aikana yhteensä 30 kappaletta. Asiakkaita tavoiteltiin silloisen postilakon takia puhelimitse soittamalla tai tekstiviestillä. Tavoitetuille 21 asiakkaalle perusturvan toimialan työntekijät toimittivat eri toimipisteisiin, kuten sosiaalitoimistoon tai Dynamoon, täytettäväksi paperisen kyselylomakkeen. Työntekijät myös saattoivat olla asiakkaan tukena näiden täyttäessä lomaketta. Vastattavana oli yksitoista tausta- ja monivalintakysymystä, ja vastausprosentti oli 70 (N = 21). Kaikki eivät kuitenkaan vastanneet jokaiseen kysymykseen, vaan vastaajien määrä vaihteli kysymyksittäin 17:stä 21:een. Tausta- ja monivalintakysymysten lisäksi kyselylomakkeessa oli kahdeksan avointa, tarkempia perusteluja kartoittanutta jatkokysymystä, joihin asiakkaat kirjoittivat vastauksia vaihtelevassa määrin. (Niemi 2021, 28–29.) Kyselylomakkeessa käytettiin siten pääosin vastausten valmiina annettua luokittelua, jonka käyttötarkoitus on aineiston systemaattinen jaottelu yleensä ennalta määrättyihin ilmiöluokkiin (ks. Kuusisto-Niemi & Lehmuskoski 2010, 67). Aineistonkeruun jälkeen vastaukset syötettiin kunnan käyttämään ZEF-järjestelmään tarkempaa taulukointia ja yhteenvedoa varten (Niemi 2021, 30).

### **Osallistuneiden ikä ja tavoitteet**

Äänekosken kaupungista sosiaalisen kuntoutuksen asiakkailta kerätty aineisto osoittaa samoin kuin THL:n vuoden 2016 kuntakysely (Puromäki ym. 2017), että sosiaalisen kuntoutuksen asiakkaat ovat yleensä työikäisiä. Äänekosken kyselyssä ikäryhmäkysymykseen vastanneista 21 asiakkaasta 65 prosenttia oli varsin nuoria, 16–40-vuotiaita. Yli 40-vuotiaita oli 35 prosenttia. (Niemi 2021, 30–31.) Asiakkaiden tavoitteita sosiaalisessa kuntoutuksessa kartoitettiin valmiiksi

### Mikä on tavoitteesi sosiaalisessa kuntoutuksessa



Kuvio 1. Vastausten jakauma kysymykseen ”Mikä on tavoitteesi sosiaalisessa kuntoutuksessa?”. Vastaaja saattoi valita useita kohtia (n = 20).

annetuilla yhdellätoista vaihtoehdolla, joista sai ympäröidä yhden tai useamman.

Vastauksista ilmenee, miten sosiaalisen kuntoutuksen asiakkaiden tavoitteet liittyivät pääosin elämänhallinnallisiin ja -laadullisiin tekijöihin, kuten toimintakyvyn edistämiseen, ryhmässä olemiseen ja mielekkääseen tekemiseen. (Niemi 2021, 41–42, kuvio 1.) Moni sosiaalisen kuntoutuksen asiakkaista aloittaakin arjenhallinnan perusasioiden, kuten päivärhythmistä, ruokailusta ja hygieniasta huolehtimisen, harjoittelulla. Toisilla taas tavoitteena voi olla opiskelupaikka tai työllistyminen. (Puromäki ym. 2017, 26.) Äänekosken aineistossa työelämä tai opiskelu olivat tavoitteena kumpikin kymmenellä prosentilla vastaajista. Lähes kolmannes (30 %) tavoitteli työkyvyn arvioimista. (Niemi 2021, 42.)

Sosiaaliseen kuntoutukseen osallistuvien kirjo voi siten olla laaja. Niemistä (2018, 12) lainatakseni nuorten lisäksi aikuisten kohdalla olisi hyvä pitää mielessä työllistymisen mahdollisuus. Vaikka Äänekoskelta kerätty

aineisto osoittaa työelämän osin kaukaiseksi tavoitteeksi, sosiaaliseen kuntoutukseen osallistuneiden enemmistö oli kuitenkin verrattain nuoria. Kerätär (2016, 77) osoitti väitöskirjassaan, miten hyvä sosiaalinen toimintakyky oli yhteydessä työkykyisyyteen (työkykyiset ja tukitoimien jälkeen työkykyiset yhteensä) 86 prosentilla tutkituista. Sosiaalisen toimintakyvyn ongelmat olivat taas yhteydessä työkyvyttömyyteen. Sosiaalinen kuntoutus saattaa onnistuneena palveluna olla ensimmäinen askel kohti säännöllistä osallisuutta yhteiskunnan toiminnassa, mikä voi vaikuttaa positiivisesti ihmisen sosiaaliseen toimintakykyyn ja siten koko hyvinvointiin. Muutoksille on hyvä antaa aikaa, ja joillekin muutos voi tarkoittaa myöhemmin askelta kohti opintoja ja työelämää.

### Sosiaalisen kuntoutuksen sisällöstä

Vastaajille esitettiin sosiaaliseen kuntoutukseen osallistumisesta ja toiminnan sisällöstä kahdeksan väittämää, joihin pyydettiin



ottamaan kantaa asteikolla 1–4 (täysin samaa mieltä - täysin eri mieltä). Vastausten mukaan sosiaaliseen kuntoutukseen osallistuttiin mielellään ja ilmapiiri koettiin kannustavaksi. Toimintapäivien määrään oltiin varsin tyytyväisiä, eikä sosiaalista kuntoutusta haluttu yleensä keskeyttää. Tässä on otettava huomioon suurin hajonta, eli keskeyttäminen oli joidenkin mielessä. Jonkin verran parantamisen varaa jäi ohjauksen riittävyteen ja mahdollisuuden henkilökohtaiseen keskusteluun ohjaajan kanssa. (Niemi 2021, 46.) Kuntoutuksen voikin nähdä aina toteutuvan sosiaalisissa vuorovaikutussuhteissa (Tuusa ym. 2018, 125). Grönlund (2010, 102) toteaa, miten työntekijän pitää omassa kuntoutustyössä rakentaa omista ja tiimissä saadusta tiedoista itselleen työsuunnitelma, joka lähtee kuntoutujan elämäntilanteesta. Lisäksi sosiaalisen kuntoutuksen asiakkaalla tulee olla sosiaalihuollon asiakassuunnitelma, jossa otetaan huomioon asiakasta auttava monialainen- ja toimijainen verkosto.

Asiakkaalle on tärkeää, että hän kokee voivansa vaikuttaa sosiaalisen kuntoutuksen sisältöihin, kuten siihen, mitä eri päivinä tehdään (Tuusa ym. 2018, 125). Äänekosken aineistossa ilmeni tyytymättömyyttä niin toiminnan sisältöön kuin erityisesti sisältöön vaikuttamisen mahdollisuuksiin. Vaikuttamista koskevien vastausten (n = 18) keskiarvo (2,61) kallistui asteikon vaihtoehtoon 3, joka tarkoitti jokseenkin eri mieltä. Toiseksi suurin tyytymättömyyden kohde oli toiminnan sisällön monipuolisuus, johon oltiin vastauksissa (n = 18) vain hivenen tyytyväisempiä. Yksitoista vastaajaa kirjoitti tarkempia perusteluja. Yksi kyselyyn vastanneista koki yrittäneensä osallistua, mutta hänen toiveitaan ei ollut kuunneltu. Toisen vastaajan kokemus oli, ettei henkilön yksittäistä tilannetta otettu riittävästi huomioon, sillä jokainen sosiaalisen kuntoutuksen asiakas tarvitsi tukemista aivan eri asioissa. Ehkä merkittävin havainto perusteluista oli se, että asiakkaiden kokemukset saattoivat olla täysin päinvastaisia. Yhden mukaan ”*mielipiteitä kysytään ja [on] vuosittaiset palaverit toiminnan kehittämiseksi*”. Myönteisiä kokemuksia oli lisäksi, että voi ottaa kantaa eri asioihin, ehdottaa jotain ja vaikuttaa sitä kautta. (Niemi

2021, 46–48.) Yhteenvetona voisi todeta, että työntekijöiden tulee osata ottaa huomioon jokainen asiakas hänen omasta tilanteestaan käsin. Asiakkaalle on tärkeää, että hän kokee tulleensa kuulluksi, voi vaikuttaa ja pystyy siten olemaan osallisena omassa kuntoutusprosessissaan.

Huomiotta ei voi jättää asiakkaan itsensä roolia, hänenkin tulisi yrittää ja panostaa omaan kuntoutumiseensa. Kuntoutujan voidaan katsoa olevan oman kuntoutumisensa paras asiantuntija (Grönlund 2010, 92). Myös Juhila (2008, 55) painottaa tätä; hyvä asiakas on asiassaan aktiivinen oikealla tavalla. Yksi kyselyymme osallistuneista totesi, ettei ollut kovin aktiivinen osallistumisasiassa (Niemi 2021, 48).

Viimeiseen kysymykseen siitä, missä asiakas näki itsensä kolmen vuoden kuluttua, vastasi 17 asiakasta. Merkittävää on, että 71 prosenttia (12 henkilöä) näki itsensä kolmen vuoden päästä eläkkeellä. Kuitenkin vastaajista yhtä suuri osuus oli korkeintaan 50-vuotiaita. Kokoaikatyössä ei nähnyt itseään kukaan, osa-aikatyössäkin vain kaksi henkilöä ja kuntouttavassa työtoiminnassa kolme. Yksi näki itsensä opiskelemassa ja kolmen vastauksen mukaan heidän tilanteensa ei ollut muuttunut. (Niemi 2021, 52.) Tämän voi tulkita sosiaalityötä tekevän ja sosiaalista kuntoutusta myöntävän sosiaalityöntekijän omien havaintojenkin valossa niin, että sosiaalinen kuntoutus oli joillekin sopiva palvelu. He eivät sillä hetkellä tavoitelleet muuta. Olisikin oltava realistinen työskentellessä pitkään työelämän ulkopuolella olleiden moniongelmaisten asiakkaiden kanssa, kuten Tuusa (2005) totesi. Julkisessa keskustelussa korostuu kuitenkin avoimille työmarkkinoille työllistyminen (emt., 87). Äänekoskella moni sosiaalisen kuntoutuksen asiakas oli ainakin ajoittain työttömän työnhakijan statuksella, vaikka oli tosiasiallisesti työkyvytön. Jotta sosiaalisen kuntoutuksen asiakkaan kuntoutustavoitteisiin ylipäättään päästäisiin, kuntoutustoimenpiteiden tulee olla oikea-aikaisia, niitä on oltava saatavilla ja niihin on osattava hakeutua. Kuntoutuksen ulkopuolelle jääminen voi olla kohdalokasta yksilön terveydelle, toiminta- ja työkyvyille sekä sosiaaliselle osallisuudelle,

koko hyvinvoinnille. (Pensola ym. 2012, 7 ja 12.)

## **Pohdintoja palvelun kehittämisestä**

Vuosi 2015 toi uuden sosiaalihuoltolain käyttöönnoton myötä sosiaalisen kuntoutuksen lakisääteiseksi sosiaalipalveluksi. Lainvalmisteluaineiston mukaan sosiaalisen kuntoutuksen tavoite määrittelee sen, missä, miten ja kuka sosiaalisen kuntoutuksen toiminnallista osuutta toteuttaa. Sosiaalisessa kuntoutuksessa yksilöllinen tuki yhdistyy toiminnallisuuteen, ja se perustuu aina asiakkaan toimintakyvyn ja kuntoutustarpeen kokonaisvaltaiseen selvittämiseen. (HE 164/2014, 111.)

Käytännön tasolla sosiaalinen kuntoutus voi näyttäytyä laaja-alaisena. Osallistumisesta sosiaaliseseen kuntoutukseen voidaan tehdä sosiaalihuoltolain 17 §:n mukainen viranomaispäätös, toisaalta sosiaalisen kuntoutuksen voidaan nähdä toteutuvan asiakkaalla niin, että se käsittää esimerkiksi lastensuojelun ja perhetyön. Puromäen ja kumppaneiden (2017, 4) mukaan laajuutta osoittaa käytännössä se, että sosiaalisen kuntoutuksen palveluja voidaan antaa sosiaalitoimistossa tai ne voivat olla asiakkaan kotiin annettavia palveluita tai vaikkapa apua muussa asiointissa. Edellä mainittu saattaa hämmentää niin työntekijää kuin asiakastakin. Tulisiko sosiaalinen kuntoutus nähdä selkeämmin sosiaalihuoltolain 17 §:n mukaisena sosiaalipalveluna, jolle on oma kohderyhmänsä? Äänekoskella sosiaalisen kuntoutuksen asemaa selvensi se, että siitä tehtiin viranomaispäätös, aivan kuten kuntouttavasta työtoiminnasta tehdään sosiaalihuoltolain (14 §) mukainen päätös.

Myös työikäisten sosiaalisen kuntoutuksen laatuksereississä viidennen kohdan mukaan ”sosiaalisen kuntoutuksen toteuttamisesta on sovittu osana sosiaalihuollon asiakassuunnitelmaa ja itse sosiaalisesta kuntoutuksesta on tehty viranomaispäätös” (Suositus työikäisten... 2018, 18.). Näiden avulla tulevat selkeästi määritellyiksi sosiaalisen kuntoutuksen sisältö, tavoitteet ja niiden seuranta sekä omatyöntekijä. Myös sosiaalisen kuntoutuksen suhdetta muihin

palveluihin sekä määräaikaaisuutta pysähdytään tällöin pohtimaan. Saattaa olla, että sosiaalisen kuntoutuksen asiakaskohderyhmälle ei ole muuta sosiaalisesti osallistavaa palvelua tarjolla. Sosiaalisen kuntoutumisen prosessissa voidaan joutua lähtemään pienistä askelista, kuten siitä, että tyhjään sosiaalisen kuntoutuksen toimipaikkaan mennään ensin tutustumaan arjen tukihenkilön kanssa. Uusi toimintaympäristö, uudet ihmiset, ryhmään meneminen, ehkä jo kotoa poistuminen ovat aiemmin voineet osoittautua ylivoimaisiksi oltaessa yksin lähdön tilanteessa. Osallistuminen säännölliseen ryhmätoimintaan kerran viikossa neljä tuntia kerrallaan voi olla hyvä ensimmäinen tavoite.

Osalle sosiaalisen kuntoutuksen asiakkaisista, viranomaispäätöksen tekijätahon mukaan vaihdellen, maksettiin Äänekoskella sama yhdeksän euron päiväkohtainen korvaus kuin lain mukaan maksetaan kaikille kuntouttavaan työtoimintaan osallistumisesta. Sosiaalisen kuntoutuksen korvaus poistettiin Äänekoskella syksyllä 2019, kun sosiaalisen kuntoutuksen käytäntöjä haluttiin kunnassa yhtenäistää. Rahallinen hyöty oli kuitenkin selkeä kannuste osallistumiseen, mikä olisi hyvä ottaa huomioon sosiaaliturvaa uudistettaessa. (Niemi 2021, 53.) Sopsisiko esimerkiksi toimintapäivistä maksettava osallisuustulo sosiaalisen kuntoutuksen yhteyteen? Toisaalta kannuste voi olla esimerkiksi ryhmätoiminnassa yhdessä valmistettu ja syöty terveellinen ateria sekä kausikortti kuntosalille, uimahalliin, urheilutapahtumiin tai kulttuuriin. Sosiaalinen kuntoutus kannattaisi silti pitää erillään kuntouttavasta työtoiminnasta myös korvauksen osalta niin, että järjestelmä on taloudellisesti kannustava. Jatkaminen sosiaalisesta kuntoutuksesta kuntouttavaan työtoimintaan antaisi hieman enemmän tuloa samalla, kun se on askel kohti vahvempaa osallistumista ja avoimia työmarkkinoita.

## **Sosiaalisen kuntoutuksen ja kuntouttavan työtoiminnan erilaisuudesta**

Vuonna 2016 Saikku kirjoitti Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) selvityksessä, ettei kuntouttavan työtoiminnan ja

sosiaalisen kuntoutuksen välinen raja ole välttämättä selkeä. Sosiaalinen kuntoutus voidaan nähdä matalan kynnyksen kuntouttavana työtoimintana, kuntouttavaa työtoimintaa edeltävänä palveluna tai suurempana kokonaisuutena. (Emt., 86, 92.) THL:n kuntakyselyn tulokset vuodelta 2016 osoittivat, että kuntienkin kesken näkemykset vaihtelivat erityisesti sosiaalisen kuntoutuksen suhteesta kuntouttavaan työtoimintaan (Puromäki ym. 2017, 4). Äänekosken kaupungin kysely kaksi vuotta myöhemmin osoitti saman, sosiaalisen kuntoutuksen suhde kuntouttavaan työtoimintaan oli osin epäselvä.

Sosiaalista kuntoutusta oli kuitenkin toteutettu kunnissa jo vuosia ennen kuin siitä säädettiin sosiaalihuoltolaissa. Voisi verrata, että kuntouttavaa työtoimintaakin oli kunnissa toteutettu eri muodoissaan pitkään ennen kuin siitä säädettiin omalainsa (189/2001) vuonna 2001 (Niemi 2018, 186–187). Lakisääteistämällä on mahdollista selkeyttää ja yhdenmukaistaa palvelujärjestelmää, ja nykyään kuntouttava työtoiminta on yksi tärkeistä sosiaalipalveluista, jolla on oma paikkansa ja kohderyhmänsä sosiaalipalvelujärjestelmässämme. Rakenteisiin vaikuttamalla hyvä tavoite on, että sosiaalisen kuntoutuksen palvelua olisi saatavilla valtakunnallisesti tasa-arvoisesti ja yhdenmukaisesti. (Ks. Suositus työikäisten... 2018, 10.) Lisäksi on keskeistä tunnistaa tilanteet, joissa sosiaalista kuntoutusta tarvitaan kuntouttavan työtoiminnan sijaan (Karjalainen ym. 2019, 54). Tämä on lopulta niin yksilön kuin yhteiskunnankin etu.

Kuntouttava työtoiminta on työllistymistä edistävä palvelu, ja kunta on voinut vaikuttaa vähentävästi työmarkkinatukimaksuihin sijoittamalla työttömän henkilön kuntouttavaan työtoimintaan arvioidessaan asiakkaan sitä tarvitsevan. Kunnan lisäksi taloudellista näkökulmaa voidaan tarkastella asiakkaan kannalta. Se, että sosiaalista kuntoutusta ei ole määritelty työllistymistä edistäväksi palveluksi toisin kuin kuntouttavaa työtoimintaa, voi madaltaa palveluun osallistumisen kynnyksiä. Mikäli palveluun osallistuminen keskeytyy, se ei vaikuta vastaavasti asiakkaan mahdollisesti saamaan työttömyysetuuteen. Esimerkiksi nuorten

osalta sosiaalista kuntoutusta tulee käyttää tarvittaessa työpajajakson mahdollistamiseen (Karjalainen ym. 2019, 54). Edellä mainitusta oli hyviä kokemuksia Äänekoskella. Voisiko sosiaalista kuntoutusta ajatella matalan kynnyksen toimintana, joka osallistaa yhteiskunnan toimintaan siinä missä kuntouttava työtoiminta osallistaa työelämän rajapintaan?

## Loppusanat

Sosiaalinen kuntoutus sosiaalipalveluna kannattaisi hyödyntää kunnissa ja tulevilla hyvinvointialueilla mahdollisimman tehokkaasti. Samalla sosiaalisen kuntoutuksen menetelmäosaamista ja resursointia tulisi lisätä (Karjalainen ym. 2019, 54). Asiakastasolla sosiaalisen kuntoutuksen tavoitteet liittyvät sosiaalisen toimintakyvyn vahvistumiseen sekä osallisuuden lisääntymiseen. Yhteisö- ja yhteiskuntatason tavoitteena on syrjäytymisen ehkäiseminen. (Suositus työikäisten... 2018, 6.) Kuten Äänekosken kyselyaineisto osoitti, nämä olivat myös asiakkaiden itsensä tavoitteita.

Sosiaalityön tulevaisuusselvityksessä todetaan, että mitä korkeampi työllisyystavoite yhteiskunnalla on, sitä merkittävämpi rooli on sosiaalityöllä ja toimintakyvyn tukemisella (Karjalainen ym. 2019, 10). Tässä sosiaalisella kuntoutuksella on tärkeä rooli. Kokemus osallisuudesta yhteiskunnassa ja mielekäs toiminta saavat ihmisen tuntemaan itsensä tarpeelliseksi ja lisäävät hyvinvointia. THL:n kuntakyselyssä myös kunnat olivat sitä mieltä, että sosiaalisen toimintakyvyn parantaminen ja osallisuuden lisääminen ovat sosiaalisen kuntoutuksen keskeisempi tavoite kuin työkyvyn ja työmarkkinavalmiuksien parantaminen (Puromäki ym. 2017, 26.) Covid 19 -viruksen aiheuttamat poikkeusolot ovat osoittaneet, että sosiaalisen kestävyysmerkitys voi nousta hyvinvointivaltiossamme taloudellisen kestävyys yläpuolelle (Niemi 2021, 60). Oikeus hyvään elämään ja terveyteen nousevat kaikkein tärkeimmiksi arvoiksi.

**Heidi Niemi, HT, YtM, sosiaalityön yliopistonlehtori, Tampereen yliopisto/Seinäjoen yksikkö**

## Lähteet

- Ala-Kauhahuoma M, Tuusa M (2015) Sosiaalinen kuntoutus nuorten osallisuuden vahvistajana. *Kuntoutus* 38, 1, 35–41.
- Grönlund R (2010) Pitkään kotona -kuntoutuksen avullako? Tutkimus ryhmämuotoisesta vanhus-kuntoutuksesta. Akateeminen väitöskirja. Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 111. Kelan tutkimusosasto, Helsinki.
- HE 164/2014 vp. Hallituksen esitys Eduskunnalle sosiaalihuoltolaiksi ja eräksi siihen liittyviksi laeiksi.
- Juhila K (2008) Aikuisten parissa tehtävän sosiaalityön yhteiskunnallinen paikka. Teoksessa A Jokinen, K Juhila (toim.) Sosiaalityö aikuisten parissa. Vastapaino, Tampere, 48–81.
- Karjalainen P (2017) Aikuissosiaalityö. Teoksessa A Kanaoja, M Lähteinen, P Marjamäki (toim.) Sosiaalityön käsikirja. 4. uudistettu laitos. Tietosano-ma, Tallinna, 247–254.
- Karjalainen P, Metteri A, Strömberg-Jakka, M (2019) Tiekartta 2030. Aikuisten parissa tehtävän sosiaalityön tulevaisuus selvitys. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 41. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki.
- Karjalainen V (2011) Aktiivisen sosiaalipolitiikan ristiriitainen tehtävä. Teoksessa E Palola, V Karjalainen (toim.) Sosiaalipolitiikka, Hukassa vai uuden jäljillä? Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki, 227–248.
- Kerätär R (2016) Kun katso kauempaa, näkee enemmän. Monialainen työkyvyn ja kuntoutustarpeen arviointi pitkäaikaistyöttömillä. *Acta Universitatis Ouluensis D Medica* 1340. Oulun yliopisto, Oulu.
- Kuusisto-Niemi S, Lehmuskoski A (2010) Asiakastiedon kuvausmenetelmät sosiaalityössä. Teoksessa A Pohjola, A Kääriäinen, S Kuusisto-Niemi (toim.) Sosiaalityö, tieto ja teknologia. PS-kustannus, Jyväskylä, 47–77.
- Laki kuntouttavasta työtoiminnasta 189/2001. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2001/20010189>
- Lindh J, Härkäpää K, Kostamo-Pääkkö K (2018) Sosiaalinen kuntoutuksessa. Lapland University Press, Turenki.
- Niemi H (2018) Kunta työllisyysdenhoitajana. Työpä-kosta kokeiluihin. *Acta Universitatis Tampereensis* 2406. Tampere University Press, Tampere.
- Niemi H (2021) Sosiaalityön ja työllisyysdenhoidon rajapinnalla. Sosiaalityön pro gradu -tutkielma. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Tampereen yliopisto.
- Nieminen A (2018) Sosiaalisen kuntoutuksen määritelmät, kentät ja mahdollisuudet. Teoksessa H Kostilainen, A Nieminen (toim.) Sosiaalisen kuntoutuksen näkökulmia ja mahdollisuuksia. Työ-elämä 13, DIAK. Juvenes Print Oy, Tampere, 10–24.
- Pensola T, Kesseli K, Shemeikka R, Rinne H, Notkola V (2012) Kuntoutukseen? Sosioekonomiset tekijät Kelan kuntoutukseen hakemisessa ja myön-nöissä. Kuntoutussäätiön tutkimuksia 86. Kuntoutussäätiö, Helsinki.
- Puromäki H, Kuusio H, Tuusa M, Karjalainen J (2017) Sosiaalihuoltolaki ja sosiaalinen kuntoutus. Kuntakyselyn tulokset. Työpäpaperi 47/2016, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Suomen Yliopistopaino Oy, Helsinki.
- Saikku P (2016) Vaikeasti työllistyvien palvelurakenteet kunnissa: aktivoiminnan ja sosiaalityön yhteydet muuttuvassa tilanteessa. Teoksessa S Blomgren, J Karjalainen, P Karjalainen, M Kivipelto, P Saikkonen, P Saikku (toim.) Sosiaalityö, palvelut ja etuudet murroksessa. Raportti 4/2016, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki, 74–97.
- Sosiaalihuoltolaki 1301/2014. <https://finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2014/20141301>
- Suositus työikäisten sosiaalisen kuntoutuksen järjestämisen laatuksiteereiksi (2018). Sosiaalisen kuntoutuksen valtakunnallinen kehittämishanke (SOSKU) ja Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. PunaMusta Oy, Helsinki.
- Tuusa M (2005) Sosiaalityö ja työllistäminen. Kuntouttavan sosiaalityön ammattikäytännöt kuntien aktivointi- ja työllistämispalveluissa. Etelä-Suomen sosiaalialan osaamiskeskus, Helsinki.
- Tuusa M, Seppänen-Järvelä R, Henriksson M, Juvenen-Posti P, Pesonen S, Syrjä V, Savinainen M (2018) Yhteistoiminta ja toimijuus kuntoutumis-ta edistävinä 65 vaikutusmekanismeina. Teoksessa J Lindh, K Härkäpää, K Kostamo-Pääkkö (toim.) Sosiaalinen kuntoutuksessa. Lapland University Press, Rovaniemi, 98–124.

## JÄRJESTÖJEN KURSSIKALENTERI KOKOAA YHTEEN HYVINVOINTIA JA TOIMINTAKYKYÄ TUKEVIA KURSSEJA

---

*Sosiaali- ja terveysterveystoimet voivat lisätä Järjestöjen kurssikalenteriin hyvinvointia ja toimintakykyä tukevia kursseja, joita STEA tukee. Kurssikalenterin avulla kurssit saavat lisänäkyvyyttä ja kohderyhmien tavoittaminen paranee.*

Järjestöjen kurssikalenteri kokoaa yhteen hyvinvointia ja toimintakykyä tukevia kursseja, joita sosiaali- ja terveysterveystoimet toteuttavat STEA:n tuella. Kursseilta osallistujat voivat saada tukea ja tietoa esimerkiksi sairauden kohdatessa tai elämän muissa muutostilanteissa. Kurssikalenterin kurssit ovat osallistujille lähtökohtaisesti maksuttomia, osaan kursseista sisältyy pieni omavastuuosuus. Kurseille ei tarvita lääkärin kirjoittamaa B-lausuntoa tai kuntoutussuunnitelmaa. Kurssikalenterista löytyy valtakunnallisesti sekä tulevia että jo toteutuneita kursseja. Järjestöjen kurssikalenteri oli aiemmalta nimeltään Sopeutumisvalmennuskurssikalenteri.

Järjestöjen kurssikalenterin löydät Yhteisömedia-verkkosivulta osoitteesta:  
<https://yhteisomedia.fi/jarjestojen-kurssikalenteri/>

Sosiaali- ja terveysterveystoimet voivat lisätä järjestöjen kurssikalenteriin STEA-tuella toteutettavia kursseja osoitteessa:

<https://yhteisomedia.fi/jarjestojen-kurssikalenteri/lisaa/>

Järjestöjen kurssikalenteria ylläpitää Kuntoutussäätiö.

Kutke ry järjestää

## Kuntoutuksen tutkimusseminaari 2023 – Kuntoutus paikallaan ja liikkeessä

Miten kuntoutus löytää uuden paikkansa muuttuvassa yhteiskunnassa?  
Pysytkö mukana muutoksessa ja sen tutkimuksessa?

Kuntoutuksen lainsäädäntö ja järjestäminen uudistuvat, koulutusta ja tutkimusta kehitetään ja kuntoutumisen edellytyksiä vahvistetaan. Kuntoutuksen tutkimuksessa kuntoutuja on siirtynyt tutkimuskohteesta tutkimuksen osallistujaksi, ja vaikuttavuuden ohella kysytään implementaatio- ja taloudellista tutkimusta. Monialaisuutta haetaan niin tutkimuksessa kuin käytännöissäkkin.

Tervetuloa tarkastelemaan kuntoutuksen tutkimuksen uusia näköaloja  
Kuntoutuksen tutkimusseminaarissa 23.3.2023!

Kutsuluennoitsijoina mm. prof. Marja Mikkelsen ja dos. Riitta Seppänen-Järvelä, lisäksi suullisia esityksiä ja posteriesityksiä.  
Tapahtuma järjestetään Oulussa.

Tule kuuntelemaan ja kertomaan omasta kuntoutuksen tutkimuksestasi!

Tieteellisten tutkimusten ja arviointitutkimusten abstraktien viimeinen jättöpäivä on 15. tammikuuta 2023. Lisätietoja syksyn aikana.

Seuraa Kutken sivuja [www.kutke.fi](http://www.kutke.fi)

Kutke ry

Avoin luento 16.11.2022 klo 17-17.45, etäyhteyksin

## Väsymys toimintakyvyn haasteena

Luennoitsijana

ylilääkäri **Virpi Heikkinen**

LT, fysiatrian erikoislääkäri, kuntoutuksen erityispätevyys

Kuntoutuksen ja psykososiaalisen tuen vastuualue

TAYS, Pirkanmaan sairaanhoitopiiri

Ilmoittaudu viim. 10.11.2022: [palvelu@kutke.fi](mailto:palvelu@kutke.fi)

Saat linkin sähköpostiisi, josta pääset mukaan luennolle. Tervetuloa!

## Kuntoutus-lehti vuonna 2022

Kuntoutus-lehti ilmestyy vuonna 2022 tuttuun tapaan neljänä numerona, digitaalisesti. Lehden joulukuun numero 4/2022 on teemanumero ”Erityistä tukea nuorille: nykytila ja tulevaisuus”.

Tilauuskäytännöt ja tilaushinnat säilyvät ennallaan.

Lehti luopui maksullisten ilmoitusten julkaisemisesta vuoden 2021 alussa.

Toivomme jatkossakin saavamme asiantuntevia käsikirjoituksia julkaistavaksi lehdessämme!

[kuntoutuslehti@kuntoutussaatio.fi](mailto:kuntoutuslehti@kuntoutussaatio.fi)

### Ilmestymisaikataulu 2022

Nro Ilmestyy  
4 teema viikolla 50

Kuntoutus 3 | 2022 | 45. vuosikerta  
ISSN 0357-2390 (painettu), ISSN 2489-7604 (verkkojulkaisu)

# Kuntoutus

## Tilaa Kuntoutus-lehti

Pidä itsesi ajan tasalla kuntoutuksesta – saat työsi ja opintojesi kannalta tärkeää tietoa!

**Kuntoutus-lehden tilaus osoitteessa**  
**[www.kuntoutussaatio.fi/kuntoutuslehti](http://www.kuntoutussaatio.fi/kuntoutuslehti) TAI**  
**tilaukset, osoitteen muutokset ja peruutukset:**  
**[johanna.anttila@kuntoutussaatio.fi](mailto:johanna.anttila@kuntoutussaatio.fi), puh.0404397183**

Hinnat:

Kestotilaus 54 euroa/vuosi

Vuosikerta (4 nroa) 58 euroa

Opiskelijat (4nroa) 27 euroa/vuosi

Kuntoutuksen tutkimus- ja kehittämissyhdistyksen jäsenet 50 euroa/vuosi

Yhteisötilaukset 300 euroa/vuosi

Julkaisijat Kuntoutussäätiö ja Kuntoutuksen tutkimus- ja kehittämissyhdistys  
Kutke ry