



# OMA VÄYLÄ -KUNTOUTUKSEN IMPLEMENTAATIO NUORTEN ASIAKKAIDEN JA PALVELUNTUOTTAJIEN ARVIOIMANA

## Johdanto

### *Aktiivisuuden ja tarkkaavuuden sekä autismikirjon häiriöiden yleisyys ja piirteet*

Aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriö (ADHD) ja autismikirjon häiriöt ovat yleisimpiä kehityksellisiä neuropsykiatrisia häiriöitä. Muita keskeisiä kehityksellisiä neuropsykiatrisia häiriöitä ovat eri asteiset oppimisvaikeudet, kehitysvammat, Touretten oireyhtymä sekä sikiöaikaisen alkoholi-altistuksen aiheuttama oireyhtymäkirjo (FASD) (Juva ym. 2021).

ADHD sekä autismikirjon häiriö tunnustetaan aiempaa paremmin ja hoitoon ohjautuminen on lisääntynyt (ks. Lämsä ym. 2015.) Lapsilla ja nuorilla ADHD:n esiintyvyyden arvioidaan olevan 4–7 prosenttia ja aikuisilla 2–3 prosenttia, pojilla ja miehillä sitä esiintyy useammin kuin tytöillä ja naisilla (ADHD. Käypä hoito -suositus 2019). Autismikirjon häiriöitä on arvioitu esiintyvän jopa 1,5 prosentilla väestöstä (Lyll ym. 2017). On tutkittu, että jopa viidesosalla ADHD-oireisista henkilöistä on diagnosoitu myös autismikirjon häiriö (Hollingdale ym. 2020). Vuonna 2021 ikäryhmästä 16–29 vuotta Kelan järjestämää kuntoutusta sai 1991 henkilöä, joilla oli diagnosoituna laaja-alaiset kehityshäiriöt

(joka sisältää autismikirjon häiriöt) (F84), ja 3019 henkilöä, joilla oli diagnosoituna aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriö (F90).

Vaikka neuropsykiatrisissa häiriöissä yhteisinä piirteinä ovat haasteet sosiaalisissa tilanteissa ja tarkoituksenmukaisessa toimimisessa, niissä on myös selkeät erityispiirteensä (Antshel & Russo 2019). ICD-11 ja DSM-5 diagnosoiluokituksissa erilliset, laaja-alaisiin kehityshäiriöihin liittyvät diagnoosit on poistettu ja korvattu nimikkeellä autismikirjon häiriö (Raaska & Vanhala 2020). Autismikirjon häiriöissä on kahdenlaisia ydin-oireita: 1) sosiaalisen vuorovaikutuksen ja kommunikoinnin puutteet sekä 2) rajoittuneet, toistavat ja joustamattomat käyttäytymismallit ja kiinnostuksen kohteet (Lord ym. 2018). Näiden ydin-oireiden lisäksi erikseen määritellään älyllisen ja adaptiivisen toiminnan taso, kielen kehitys sekä muut mahdolliset samanaikaiset kehitykselliset häiriöt (Castrén ym. 2021). Autismikirjon lievemässä päässä (ent. Aspergerin oireyhtymä) piirteisiin ei liity merkittävää viivästymää kielellisessä eikä kognitiivisessa kehityksessä, ja diagnoosi asetetaan usein vasta kouluiässä tai myöhemmin. Mikäli taas jo alle 3-vuotiaalla havaitaan poikkeavaa kehitystä puheen kehityksessä, vuorovaikutuksessa ja

leikissä, on usein kyse autismikirjon vaikeammasta päästä (esimerkiksi ent. lapsuusiän autismi) (Castrén ym. 2021, Raaska & Vanhala 2020).

ADHD:n keskeisiä oireita ovat pitkäkestoiset ja toimintakykyä haittaavat aktiivisuuden ja tarkkaavuuden säätelyn sekä toiminnanohjauksen vaikeudet sekä ylivilkkaus ja impulsiivisuus (ADHD. Käypä hoito -suositus 2019, Korkeila ym. 2021). ADHD:ssa voidaan erotella tarkkaamattomuuspainotteinen ja ylivilkkaus-impulsiivinen muoto. Kuitenkin oireet voivat painottua monin eri tavoin, ja keskeisten oireiden painotus yleensä muuttuu kehityksen myötä. Toiminnanohjauksen haasteet ovat oireista pysyvimpiä, kun taas ylivilkkaus ja impulsiivisuus usein vähenevät iän myötä (Korkeila ym. 2021).

Kehityksellisten neuropsykiatristen häiriöiden oireet aiheuttavat haasteita esimerkiksi arjen hallinnassa, työssä ja opiskelussa, mukaan lukien työ- ja opiskelupaikan löytämisessä, työelämään siirtymisessä sekä laajemmin oman paikan löytämisessä yhteiskunnassa (Appelqvist-Schmidlechner ym. 2018). Niihin voi myös liittyä psykiatrisia liitännäissairauksia (Chen ym. 2018, Holllocks ym. 2019, Virta 2010), jotka vaikuttavat laajasti toimintaan ja osallistumiseen eri elämänaalueilla. Esimerkiksi Reinvall (2018) on todennut, että erityisesti ahdistus ja masennusoireet sekä ADHD ja tic-oireet ovat tyypillisiä henkilöille, joilla on diagnosoitu autismikirjon häiriö ilman merkittävää viivästymää kognitiivisessa ja kielellisessä kehityksessä. Näillä henkilöillä ahdistuneisuushäiriöistä yleisimpiä olivat erilaiset pelot, yleistynyt ahdistuneisuushäiriö ja pakko-oireinen häiriö. ADHD:n osalta päihteisiin liittyvä häiriö, masennus, kaksisuuntainen mielialahäiriö ja ahdistuneisuushäiriö on todettu useammin esiintyviksi verrattuna henkilöihin, joilla ei ole ADHD-diagnoosia (Chen ym. 2018). Myös oppimisvaikeuksia ja käytöshäiriöitä esiintyy muuta väestöä enemmän (Korkeila ym. 2021).

### *Neuropsykiatrinen kuntoutus nuorille*

Nuorten ja aikuisten kuntoutusta on tutkittu vähän, ja tutkimustieto on osin myös

vanhentunutta (Wong ym. 2015, DeCrescendo ym. 2017, Appelqvist-Schmidlechner ym. 2018). Kirjallisuuskatsaus, jossa tarkasteltiin 0–22-vuotiaiden autismikirjon lasten ja nuorten kuntoutusinterventioiden vaikutuksia, osoitti, että ainoastaan viisi prosenttia tutkimuksista kohdistui 19–22-vuotiaisiin (Hume ym. 2021).

Kansainväliset hoitosuositukset perustuvat tällä hetkellä ennemminkin asiantuntijoiden konsensuskseen kuin vahvaan tieteelliseen näyttöön (esim. Fullen ym. 2020, Young ym. 2020). Suomalaisissa käytännöissä korostetaan, että autismikirjolla olevien nuorten kuntoutuksen tulisi kohdentua yksilöllisiin tarpeisiin ja toteutua nuoren, vanhempien ja eri alojen ammattilaisten yhteistyönä (Lämsä ym. 2015). Autismikirjon oireyhtymän Käypä hoito -suosituksen laadinta on parhaillaan käynnissä (Autismiliitto 2022). ADHD:n Käypä Hoito -suosituksen (2019) mukaan ADHD:n hoitoon kuuluvat lääkehoidon lisäksi psykoedukatio eli tiedon ja tuen tarjoaminen sekä erilaiset yksilölliset tukitoimet ja kuntoutus- ja hoitomuodot. Näitä voivat olla esimerkiksi erilaiset psykososiaaliset hoitomuodot, kuten toimintaterapia, neuropsykologinen kuntoutus, neuropsykiatrinen valmennus tai käyttäytymishoito (behavioral treatment). Käyttäytymishoitoa käytetään lasten ja nuorten kanssa työskennellessä, ja sillä tarkoitetaan käyttäytymisterapian menetelmien soveltamista toivotun käyttäytymisen vahvistamisessa esimerkiksi mallittamisen, palautteen, palkkioiden ja ympäristötekijöiden muokkaamisen avulla (Robinson ym. 1999). Käyttäytymishoidon tulisi toteutua systemaattisesti eri ympäristöissä, kuten kotona tai koulussa. Kognitiivis-behavioraalisen psykoterapian osalta ryhmämuotoisten psykoterapioiden on todettu vähentävän ADHD-oireita aikuisten itsearvioimana. Nuorten osalta ne saattavat vähentää oireita. Yksilöpsykoterapioiden hyödyistä on viitteitä nuorilla. (ADHD. Käypä Hoito -suositus 2019.)

ADHD:n ja autismikirjon häiriön oireissa on samankaltaisuutta, jolloin kuntoutuksessa voidaan soveltaa samantyyppisiä interventioita. Toisaalta oireiden eroavuus ja erityisyys on myös otettava huomioon. Esi-

merkiksi sosiaalisten tilanteiden haasteissa voi olla yhtäläisyyksiä mutta myös omia erityispiirteitä (Mikami ym. 2019). Interventioita on harkittava erityisesti silloin, kun henkilöllä on kumpikin näistä häiriöistä; tutkimusta häiriöiden yhteisvaikutuksista ja interventioiden vaikuttavuudesta tarvitaan lisää (Young ym. 2020).

Neuropsykiatriset oireet yhdistettynä nuoruuden ja aikuisuuden väliseen siirtymävaiheeseen tuottavat erityisiä vaateita (Kuo ym. 2018, Price ym. 2019). Pitkäaikaiskuntoutusta tarvitseville autismitarkoituksella oleville henkilöille suositellaan laaja-alaista arjen taitojen ja sosiaalisten taitojen kuntoutusta (Castrén ym. 2021). Tutkimustietoa tähän elämänvaiheeseen kohdentuvista, laajasti eri elämänalueita tukevista kuntoutusohjelmista ja interventiomuodoista on kuitenkin vähän. Useimmiten interventiot kohdentuvat tietyn oireen hallintaan (ks. esim. Vidal-Estrada ym. 2012, Langberg ym. 2018). ADHD:n hoidon psykologisista hoitomuodoista on alustavaa näyttöä aikuisten kognitiivis-behavioraalista terapiasta (CBT), mindfulnessista ja dialektisesta käyttäytymisterapiasta (DBT) (De Crescenzo 2017, Fullen ym. 2020, Nimmo-Smith ym. 2020).

Esimerkkinä laaja-alaisemmista, muutoksia eri elämänalueille tavoittelevista kuntoutusohjelmista on yhdysvaltalainen, 16–25-vuotiaille autismitarkoituksella oleville nuorille ja heidän perheilleen yksilöllistä ohjausta ja tietoa tarjoava kuntoutus The Stepped Transition in Education Program for Students with ASD (STEPS), joka keskittyy pääasiassa jatkokoulutuksen siirtymävaiheessa tarvittaviin, yksilöllisesti määriteltyihin taitoihin (White ym. 2021).

Ruotsalainen TRANSITION-kuntoutusohjelma on suunnattu 17–24-vuotiaille autismitarkoituksella oleville tai ADHD-oireisille nuorille. Yhteensä 24 viikkoa kestävä ohjelma perustuu behavioraaliseen aktivoimiseen, psykoedukaatioon sekä hyväksymis- ja omistautumisterapiaan. Ohjelmassa keskitytään seitsemään eri osa-alueeseen, jotka ovat työ, opiskelu, talous, kodinhoito, terveys, vapaa-aika/yhteiskuntaan osallistuminen ja sosiaaliset suhteet. Ohjelmassa asetetaan yksilölliset tavoitteet, joita kohti työskennellään

ryhmämuotoisissa työpajoissa sekä yksilöllisesti mentorin kanssa. (Jonsson ym. 2021.)

### *Oma väylä -kuntoutus*

Nykymuotoinen neuropsykiatrinen Oma väylä -kuntoutus perustuu Kelan koordinoimaan kehittämishankkeeseen ja siihen liittyvään arviointitutkimukseen (Appelqvist-Schmidlechner ym. 2018). Oma väylä -kuntoutus on suomalaisessa kuntoutuskontekstissa uudentyyppistä kuntoutusta. Vastaavaa nuorille, alle 30-vuotiaille, suunnattua, moniammatillista, yksilö- ja ryhmämuotoista kuntoutusta yhdistävää ja laajasti eri elämänalueiden yksilöllisiin pulmiin kohdentuvaa kuntoutusta ei ole aiemmin toteutettu Suomessa. Oma väylä -kuntoutuksen kohderyhmä, kuntoutuksen toteuttavat ammattilaiset sekä menetelmät, toteutus ja tavoiteltavat tulokset on tiivistetty kuvioon 1. Oma väylä -kuntoutus on tarkoitettu 16–29-vuotiaalle nuorelle, jolla on jompikumpi tai molemmat seuraavista diagnooseista: autismitarkoituksella häiriö, ilman kognitiivisen kehityksen häiriötä (Aspergerin oireyhtymä), ja/tai ADHD. (Ks. Kela 2022.)

Kuntoutuksessa vahvistetaan nuoren tarpeiden mukaisesti opiskelu- ja työelämävalmiuksia, arjen hallintaa, vuorovaikutustaitoja ja itsetuntoa. Vuoden (12 kk) aikana toteutettava kuntoutus sisältää ryhmä- ja yksilötapaamisia lähi- ja etäkontaktein sekä nuoren verkoston kanssa työskentelyä. Siihen sisältyy lisäksi seuranta kuntoutuksen päättyessä. Nuorten läheisillä on osallistumismahdollisuus kuntoutukseen. (Ks. Kela 2022.)

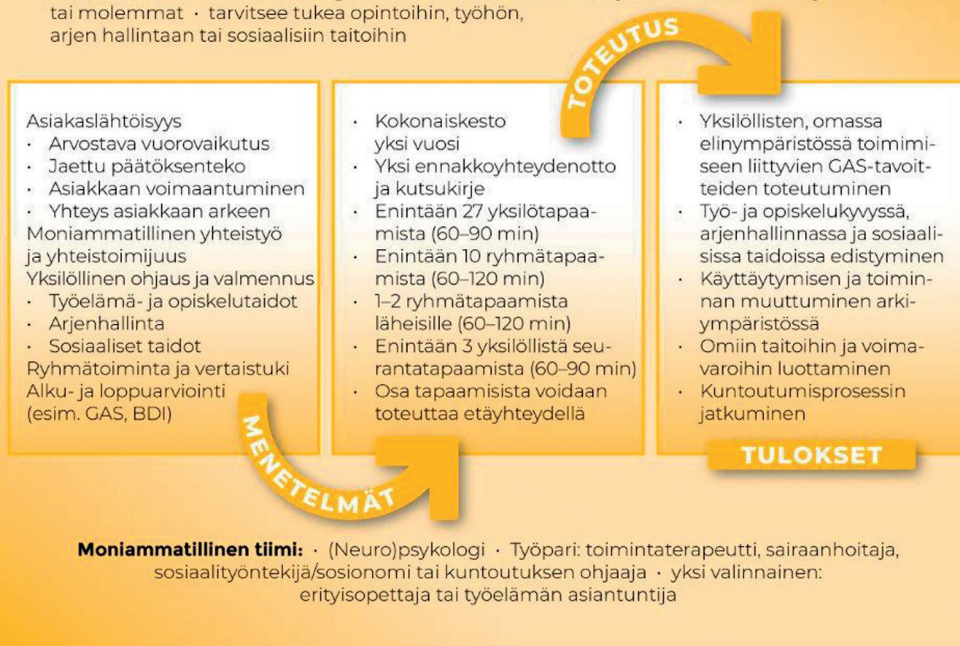
Kuntoutuksen moniammatilliseen tiimiin kuuluu kolme ammattihenkilöä – psykologi tai neuropsykologi ja kaksi ammattihenkilöä, jotka muodostavat työparin (toimintaterapeutti AMK, sairaanhoitaja AMK, sosiaaliohjaaja/sosionomi AMK, kuntoutuksen ohjaaja AMK) –sekä valinnaisena ammattihenkilönä työelämän asiantuntija tai erityisopettaja (ks. Kela 2022).

### *Tutkimuksen tavoite*

Tämä artikkeli perustuu meneillään olevaan Kelan Oma väylä -kuntoutuksen imple-

# OMA VÄYLÄ

**Asiakas:** • 16–29 -vuotias • diagnosoitu ADHD tai autismikirjon häiriö ilman kehitysvammaa tai molemmat • tarvitsee tukea opintoihin, työhön, arjen hallintaan tai sosiaalisiin taitoihin



Kuvio 1. Oma väylä -kuntoutuksen kohderyhmä, kuntoutuksen toteuttavat ammattilaiset sekä menetelmät, toteutus ja tavoiteltavat tulokset.

mentaatiotutkimukseen, joka on osa Kelan rekisteröitymismenettelyn (REKKU) kokeilua<sup>1)</sup> ja sen meneillään olevaa tutkimusta<sup>2)</sup>. Tarkastelemme Oma väylä -kuntoutuksen implementaatiota siitä näkökulmasta, millaisia odotuksia nuorilla on kuntoutuksen toteutumisesta kuntoutuksen alkuvaiheessa ja miten uudenlaisen, moniammatillisen kuntoutusmuodon toteuttaminen on käynnistynyt palveluntuottajien näkökulmasta.

Tämä tutkimus lukeutuu implementaatiotutkimuksiin (Implementation Research), jotka laajasti ymmärrettyinä kohdistuvat toimenpiteen, kuten politiikkaohjelman,

palvelun, lain tai kuntoutusintervention, toimeenpanoon ja toteuttamiseen. Implementaatiotutkimus on luonteeltaan pragmaattista, ja tutkimusperinteellä on läheinen rajapinta interventio- ja arviointitutkimuksiin. Sen sisällä voidaan erottaa implementointitutkimus (Implementation Science), joka keskittyy näyttöön perustuvien interventioiden käyttöönoton tai vähähyötyisistä toimenpiteistä luopumisen kysymyksiin. (Peters ym. 2013, 1–3, Seppänen-Järvelä 2017, 151, Nilsen & Birken 2020, 2–5.)

Tässä artikkelissa ei tarkastella implementointia vaan kuntoutusintervention toteuttamista ja toteutumista. Tällöin kysymys on implementaatioon liittyvien tekijöiden tarkastelusta, kuten Peters (2013, 1) toteaa: *“Implementation research can consider any aspect of implementation, including the factors affecting implementation, the processes of implementation, and the results of implementation, including how to introduce potential solutions into a health system or how to*

<sup>1)</sup> REKKU-kokeilu koskee Kelan kuntoutuksen järjestämistä ja hankintaa rekisteröitymismenettelyllä (ks. <https://www.kela.fi/kuntoutuspalvelut-rekisteroityminen>).

<sup>2)</sup> Tutkimuksen rahoittaa Kela ja sen toteuttaa yhdessä Kaakkois-Suomen ammattikorkeakoulu ja Kelan tutkimusyksikkö.

*promote their large scale use and sustainability. The intent is to understand what, why, and how interventions work in “real world” settings and to test approaches to improve them.”*

Erot implementaatiotutkimuksen eri suuntausten välillä eivät ole selvärajaisia, vaan esimerkiksi teoreettisia ja käsitteellisiä viitekehystä sovelletaan joustavasti käyttötarkoituksen mukaisesti (Nilsen & Birken 2020). Sovellamme artikkelissa implementaatiotutkimuksen viitekehystä tarkastelemalla viitekehysten mukaisesti tiettyjä intervention toimeenpanon determinantteja (ks. kuvio 1). Näitä ovat kuntoutukseen hakeutuminen sekä kuntoutuksen toteuttaminen hyvien, asiakaslähtöisen toiminnan edellytysten mukaisesti sekä kuntoutuksessa tärkeiksi koetut sisällöt. Tarkastelemalla implementaatiota koskevia tekijöitä asiakkaiden ja työntekijöiden näkökulmasta liitymme implementaatiotutkimuksen niin kutsuttuun alhaalta ylös -tutkimustraditioon totunnaisen ylhäältä alas -perinteen sijaan (esim. Sabatier 2008).

Vastaamme artikkelissa seuraaviin kysymyksiin: 1) Miten kuntoutukseen hakeutuminen ja kuntoutuksen aloitus toteutuivat asiakkaiden arvioiden perusteella? 2) Millaisia näkemyksiä asiakkailla ja palveluntuottajilla oli kuntoutuksen asiakaslähtöisyydestä sekä kuntoutuksen tärkeimmistä sisällöistä? sekä 3) Millaisia näkemyksiä kuntoutukseen hakeutumisesta, kuntoutuksen aloittamisesta, asiakaslähtöisyydestä ja osallisuudesta sekä kuntoutuksen tärkeimmistä sisällöistä oli henkilöillä, joilla oli eri diagnoosit: autismikirjon häiriö, ADHD tai kumpikin näistä diagnooseista?

## **Implementaatiotutkimuksen viitekehys**

Intervention toimeenpanossa, suunnittelussa ja arvioinnissa tulisi käyttää sopivaa implementaatiotutkimuksen viitekehystä (esim. Morris ym. 2020). Tässä tutkimuksessa sovelletaan Wierengan ja kumppaneiden (2013) kehittämää implementaatiotutkimuksen viitekehystä, jossa implementaatioon liittyvät tekijät on jäsennetty yhdistämällä kaksi eri viitekehystä (kuvio 1).

Implementointia edistävät ja estävät tekijät (determinantit) on Wierengan ja kumppaneiden viitekehyksessä kuvattu The consolidated framework for implementation research (CFIR) -viitekehysten pohjalta (Damschroder ym. 2009). CFIR on erityisesti terveydenhuollon kontekstiin kehitetty keskeinen implementaatiotutkimuksen viitekehys. CFIR yhdistää implementaatiotieteen eri teorioita ja käsitteitä kuvaten laajasti intervention toimeenpanoon vaikuttavia rakenteita viiden eri osa-alueen kautta: intervention piirteet, ulkoiset tekijät, sisäiset tekijät, osallistuvien henkilöiden piirteet sekä implementaatioprosessi (Damschroder ym. 2019). Wierengan ja kumppaneiden viitekehyksessä näistä osa-alueista on sovellettu neljää ensimmäistä, ja ne on kuvattu toteuttamisen määrittäjinä.

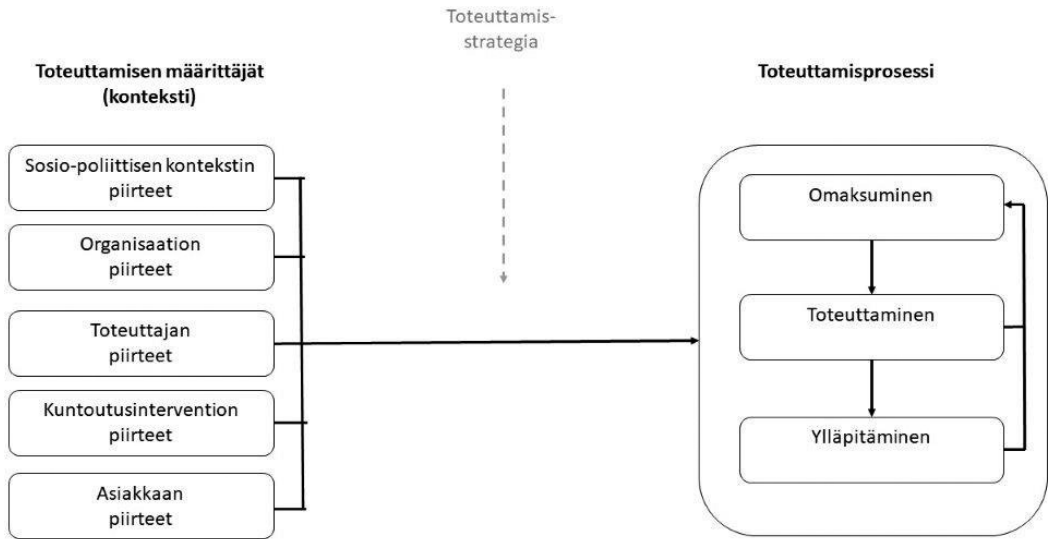
Wierengan ja kumppaneiden viitekehyksessä toteuttamisprosessi on jaettu kolmeen vaiheeseen: omaksumiseen, toteuttamiseen ja ylläpitämiseen RE-AIM-viitekehystä mukaillen. RE-AIM-viitekehysten nimi kuvaa viittä askelmaa tiedon käytäntöön saattamisessa: reach (saavuttavuus), effectiveness (vaikuttavuus), adoption (omaksuminen), implementation (toteuttaminen) ja maintenance/sustainment (ylläpitäminen) (Glasgow ym. 1999).

CFIR-viitekehysten avulla voidaan selittää, miksi implementaatio onnistui tai epäonnistui, ja RE-AIM-viitekehys puolestaan kuvaa implementaation tuloksia vastaten kysymyksiin: kuka, mitä, missä, miten ja milloin (King ym. 2020).

Wierengan ja kumppaneiden (2013) kuvaamista prosessitekijöistä keskitymme tässä artikkelissa siihen, miten Oma väylä -kuntoutusta on lähdetty toteuttamaan palvelukuvauksen puitteissa. Näkökulmina artikkelissa on kuntoutuksen tärkeimmiksi koetut sisällöt sekä palvelukuvauksen mukaisen asiakaslähtöisen kuntoutuksen toteuttaminen.

## **Aineistot ja menetelmät**

Aineisto koostuu vuosina 2021 ja 2022 kerätyistä kyselyistä Kelan Oma väylä -kuntoutuksen palveluntuottajille ja asiakkaille.



Kuvio 2. Implementaatiotutkimuksen viitekehys mukailen Wierengan ja kumppaneiden (2013) mukaan.

Liitteeseen 1 on koottu tässä artikkelissa raportoidut kysymykset. Kelan tutkimuseittinen toimikunta on antanut tutkimuksesta myönteisen lausunnon (Dnro 10/500/2020).

Oma väylä -kuntoutuksen moniammatilliset kuntoutustyöryhmät (n = 60) arvioivat kuntoutuksen toteuttamista kyselyssä. Aineisto kattaa 66 toimipisteen vastaukset. Toimipisteet sijaitsivat eri yliopistosairaaloiden erityisvastuualueilla, ja niistä osalla oli useita toimipisteitä eri puolilla Suomea ja osa toteutti Oma väylä -kuntoutusta ainoastaan yhdessä toimipisteessä. Kyselyyn vastasi 1–7 ammattilaista toimipistettä kohden, useimmin vastaajia oli 2–3 henkilöä ja vastaajina oli tasaisesti Oma väylä -kuntoutusta toteuttavia ammattilaisia: psykologeja, sairaanhoitajia, sosionomeja ja toimintaterapeutteja. Yhteensä kysely lähetettiin 77 toimipisteelle, eli vastausprosentiksi muodostui 85. Tässä artikkelissa keskitytään palveluntuottajien kyselyn seuraaviin teemoihin: arviot asiakaslähtöisyyden ja asiakkaiden osallisuuden toteutumisesta ja näkemykset kuntoutuksen sisällöistä.

Asiakkaat vastasivat kyselyyn kuntoutuksen alkuvaiheessa. Tutkijat opastivat palveluntuottajia siitä, miten he tiedottavat asiakkaita tutkimuksesta ja siihen liittyvästä

tiedonkeruusta. Palveluntuottajat ohjattiin tiedottamaan suullisesti ja käyttämään tiedottamisessa tutkijoiden laatimaa ohjeistusdiarasarjaa sekä antamaan kirjallisen tutkimustiedotteen asiakkaille. Kyselyyn opastettiin vastaamaan noin 3–5 kuntoutuskerralla. Kyselyyn vastattiin nimettömänä, ja siihen vastaaminen oli asiakkaalle vapaaehtoista. Asiakas ilmaisi suostumuksensa kyselyyn osallistumisesta kyselyyn vastaamisen aloittaessaan. Tässä artikkelissa aineistoina on asiakkaiden kyselyn seuraavia teemoja koskevia kysymyksiä: asiakkaiden näkemykset kuntoutukseen hakeutumisesta ja sen aloittamisesta sekä odotuksista kuntoutuksen toteutumiselle ja sisällöille. Aineisto koostuu 458 asiakkaan vastauksista. Mahdollisena vastaajajoukkona on Oma väylä -kuntoutukseen kuntoutuspäätöksen 3.1.2022 saaneet 1352 asiakasta, eli vastausprosentti on 34. Taulukossa 1 on kuvattu vastaajien taustatiedot.

Suurimmalla osalla nuorista oli diagnoosina ADHD, viidenneksellä autismikirjon häiriö ja 15 prosentilla molemmat diagnoosit. Iältään he olivat keskimäärin 22-vuotiaita. Nuoret olivat hyvin monenlaisissa elämäntilanteissa, yleisimmin opiskelijoina (53 %) ja työttöminä (24 %).

Taulukko 1. Asiakaskyselyihin vastanneiden (n = 458) taustatiedot.

<b>Ikä</b> keskiarvo/mediaani (keskihajonta, min-maksimi)	22/ 22 (4, 16-30)*
<b>Sukupuoli n (%)</b> Nainen Mies Muu En halua kertoa	212 (46) 184 (40) 44 (10) 18 (4)
<b>Diagnoosi n (%) / ikä keskiarvo (keskihajonta, min-maksimi)</b> Autismikirjon häiriö ADHD Autismikirjon häiriö ja ADHD	92 (20) / 23 (4, 16-30) 298 (65) / 22 (4, 16-30) 68 (15) / 22 (4, 16-30)
<b>Elämäntilanne n (%) / ikä keskiarvo (keskihajonta, min-maksimi)</b> Työssä (kokoaika- tai osa-aikaisesti) Opiskelee Työssä ja opiskelee Työttömänä Sairauspäivärahalla Kuntoutustuella Kuntouttava työtoiminta tai työkokeilu Opiskelu tauolla tai hakemassa opintoihin Muu (mm. yrittäjä, hakemassa kuntoutusrahaa)	32 (7) / 25 (3, 19-30) 245 (53) / 20 (4, 16-30) 8 (2) / 26 (4, 20-30) 111 (24) / 25 (3, 17-30) 14 (3) / 24 (5, 18-30) 27 (6) / 25 (3, 18-29) 9 (2) / 24 (3, 20-29) 5 (1) / 21 (3, 17-26) 7 (2) / 22 (5, 17-29)
<b>Terveydentila</b> (Jatkumolla: huonoin mahdollinen = 0 ja paras mahdollinen = 10) keskiarvo/mediaani (keskihajonta, min-maksimi)	6,3/6,0 (1,8, 2,0-10,0)
<b>Työkyky</b> (Jatkumolla: huonoin mahdollinen = 0 ja paras mahdollinen = 10) keskiarvo/mediaani (keskihajonta, min-maksimi)	5,4/5,0 (2,2, 0,0-10,0)
<b>Opiskelukyky</b> (Jatkumolla: huonoin mahdollinen = 0 ja paras mahdollinen = 10) keskiarvo/mediaani (keskihajonta, min-maksimi)	5,3/5,0 (2,2, 0,0-10,0)
<b>Elämänlaatu</b> (Jatkumolla: huonoin mahdollinen = 0 ja paras mahdollinen = 10) keskiarvo/mediaani (keskihajonta, min-maksimi)	6,1/6,0 (2,0, 1,0-10,0)

\* kysymykseen vastannut 456 asiakasta.

Määrällisten kyselyaineistojen analyysit tehtiin SPSS-tilasto-ohjelmalla (IBM SPSS Statistic 27). Palveluntuottajien vastauksissa ei ollut puuttuvia tietoja. Asiakaskyselyiden kysymyskohtaiset vastaajamäärät on raportoitu liitteessä 1. Enimmillään puuttuvia tietoja oli 3,3 prosenttia. Puuttuvan tiedon korjauksia ei tehty. Tämän vuoksi raportoidut n-määrät voivat hiukan vaihdella kysymyskohtaisesti. Tulokset raportoidaan suorina jakaumina ja suhteellisina osuuksina. Asiakkaiden kolmen eri diagnoosiryhmän (1. autismikirjon häiriö, 2. ADHD sekä 3. autismikirjon häiriö ja ADHD) vastauksia verrattiin toisiinsa ristiintaulukoimalla ja eroja testattiin khiin neliö -testillä sekä Kruskal-Wallis U-testillä. Asiakkaiden ja palveluntuottajien näkemyksiä kuntoutuksen asiakaslähtöisyydestä ja asiakkaan osallistamista sekä kokemuksia kuntoutuksen tärkeimmistä aihealueista vertailtiin ja jakaumien eroja testattiin Mann-Whitney U-testillä.

Aineistoon sisällytettiin kysymykset, joihin vastaaja saattoi vastata omalla tekstisällöllä. Nuorista 359 kuvasi omin sanoin, mitkä olivat heille tärkeimmät (maksimissaan kolme) asiat tai aihealueet, joita he toivoivat käsiteltävän kuntoutuksessa. Vastaavasti palveluntuottajia pyydettiin kuvaamaan kolme tärkeintä asiaa tai aihealuetta, jotka hyödyttivät nuoria asiakkaita eniten. Vastaukset olivat lyhyitä, yhden virkkeen pituisia tiivistyksiä. Nämä vastaukset analysoitiin luokittelevalla laadullisella sisällönanalyysillä (Weber 1990) käyttäen Atlas-ti-laadullisen aineiston analyysiohjelmaa (Atlas.ti.com). Luokittelu tehtiin koodaamalla kyselyvastaus tekstin sisällön ja merkityksen mukaan aineistolähtöisesti. Merkityssisällöltään läheiset yksittäiset koodit ryhmiteltiin luokittelukategorioiksi.

Näin muodostettiin seitsemän kategoriaa: 1) arki, 2) koulu ja työ, 3) sopeutuminen häiriöön, 4) suunta elämään, 5) toiminnanohjaus,

6) mielenterveys, 7) vuorovaikutus. Kategoriat muodostuvat aineistoon ankkuroiduista koodeista, jotka kuvaavat tekstisegmenttien sisältöjä ja merkityksiä (ks. taulukko 4). Koodeja analyysissä muodostettiin yhteensä 42 kappaletta. ”Kuntoutuksen tavoitteet” -koodi on yksittäinen kategorioihin kuulumaton koodi.

## Tulokset

### *Kuntoutukseen ohjautuminen ja hakeutuminen*

Suurin osa nuorista (70 %) koki saaneensa tietoa kuntoutuksen sisällöstä riittävästi kuntoutukseen hakeutuessaan, eli he antoivat arvioksi 4 tai 5, kun arviointiasteikon ääripäävät olivat 1 = täysin eri mieltä ja 5 = täysin samaa mieltä. Joka kymmenes antoi arvioksi numeron 1 tai 2. Arvioissa ei ollut tilastollisesti merkitseviä eroja eri diagnoosin omaavilla nuorilla. Kuntoutuksesta oli saatu tietoa monelta eri taholta: terveyskeskuksen tai sairaalan hoitavalta lääkäriltä (25 %), Kelan internet-sivuilta (15 %), perheenjäseneltä (14 %), Oma väylä -kuntoutuksen toteuttajalta (11 %), omalta terapeutilta (9 %), opiskelijaterveydenhuollosta (9 %), terveyskeskuksen tai sairaalan kuntoutusryhmältä (7 %), sosiaalisen median kautta (6 %) sekä opiskelupaikasta (5 %) ja Kelan asiantuntijalta (5 %). Lisäksi tietoa oli saatu muun muassa tuttavilta, muilta kuntoutustahoilta, nuorisotoimesta, Nuotti-valmentajilta sekä Autismi- ja Aspergerliitosta tai ADHD-liitosta.

Nuoret olivat saaneet lähetteen kuntoutukseen useimmin erikoissairaanhoidosta, joko hoitavalta lääkäriltä tai kuntoutusryhmältä (45 %), perusterveydenhuollon lääkäriltä tai kuntoutusryhmältä (19 %) sekä opiskelijaterveydenhuollosta (13 %).

Nuorten mielipiteet siitä, oliko hakeminen vaivatonta, vaihtelivat. Diagnoosiryhmittäin ei ollut eroa hakemisen vaivattomuutta tai lääkärinlausunnon saamisen helppoutta koskevissa arvioissa. Kaksi kolmasosaa nuorista (63 %) piti hakemista vaivattomana tai melko vaivattomana. Suurin osa (77 %) arvioi saaneensa lääkärinlausunnon vähintään melko helposti, ja ainoastaan kuuden

prosentin mielestä lääkärinlausunnon saaminen ei ollut helppoa.

”Hakulomake oli helppo täyttää” -väittämän kanssa täysin samaa mieltä tai jokseenkin samaa mieltä oli kaksi kolmasosaa (64 %) nuorista. Diagnoosiryhmäkohtaisesti tämän kysymyksen vastauksissa oli tilastollisesti merkitsevää eroa ( $\chi^2(4) = 10,219$ ;  $p = 0,037$ ) niin, että nuoret, joilla oli sekä autismikirjon häiriö että ADHD, kokivat harvemmin hakulomakkeen täyttämisen helpoksi kuin nuoret, joilla oli toinen näistä diagnooseista. Suurin osa nuorista (69 %) sai apua kuntoutushakemuksen tekemiseen. Nuorista, joilla oli sekä ADHD että autismikirjon häiriö, useampi ilmoitti saaneensa apua kuin nuoret, joilla oli ainoastaan toinen näistä diagnooseista ( $\chi^2(2) = 6,864$ ;  $p = 0,032$ ). Selkeästi useimmin apua oli saatu perheenjäseneltä tai läheiseltä (45 % avun saajista). Apua oli saatu usein myös sosiaalityöntekijältä (16 % avun saajista) ja terveyskeskuksesta tai sairaalasta (13 % avun saajista).

Neljännes nuorista (25 %) piti kuntoutuksen ajoitusta liian myöhäisenä. Diagnoosiryhmäkohtaisia eroja näissä arvioissa ei ollut. Asteikolla 1–10 arvoituna nuoret ilmaisivat olevansa motivoituneita ja innostuneita aloittamaan kuntoutuksen (keskiarvo 7,9; keskihajonta 2,1) ja arvioivat kuntoutuksen vastaavan heidän tarpeisiinsa (keskiarvo 7,9; keskihajonta 1,9). ADHD-oireisten nuorten arviot edellisistä seikoista olivat tilastollisesti merkitsevästi myönteisempiä kuin autismikirjolla olevilla nuorilla ja niillä autismikirjolla olevilla nuorilla, jotka olivat myös ADHD-oireisia (motivoituneisuus ja innostuneisuus:  $H(2) = 28,628$ ;  $p < 0,001$  ja kuntoutuksen vastaaminen tarpeisiin:  $H(2) = 11,889$ ;  $p = 0,003$ ).

### *Asiakaslähtöisyys ja asiakkaan osallistaminen kuntoutukseen*

Asiakailta kysyttiin kuntoutuksen alkuvaiheessa, kuinka tärkeäksi he kokivat erilaisten asiakaslähtöisten kuntoutuksen piirteiden toteutumisen. Palveluntuottajilta kysyttiin vastaavasti, miten he omassa työssään toteuttivat tai miten heidän oli mahdollista toteuttaa asiakaslähtöistä, asiakasta



osallistavaa kuntoutusta (ks. kysymykset liitteessä 1). Kaiken kaikkiaan asiakkaat pitivät asiakaslähtöisen kuntoutuksen piirteitä tärkeinä ja vastaavasti palveluntuottajat arvioivat toteuttavansa kuntoutusta asiakaslähtöisesti (taulukko 2). Asiakkaiden ja palveluntuottajien vastausten jakaumissa on eroa seuraavissa teemoissa: asiakkaan osallistaminen päätöksentekoon ( $U = 15892,5$ ;  $p = 0.006$ ), asiakkaan kokonaistilanteen ja kuntoutumisen tarpeiden huomiointi ( $U = 16662,0$ ;  $p < 0.001$ ), asiakkaan osallistuminen kuntoutumisen tavoitteiden asettamiseen ( $U = 16757,5$ ;  $p < 0.001$ ) ja arviointien tarkoituksen kertominen asiakkaalle ( $U = 17034,0$ ;  $p < 0.001$ ). Erot näyttäytyvät niin, että suurempi osa palveluntuottajista kuin asiakkaista valitsi vastausvaihtoehdon "täysin samaa mieltä". Asiakkaiden vastauksissa ei ollut diagnosoikohtaisia eroja.

### Kuntoutuksen tärkeimmät sisällöt

Asiakkaat ja palveluntuottajat arvioivat Oma väylä -kuntoutuksen palvelukuvauksessa esitettyjen keskeisten aihealueiden tärkeyttä 1–5-arvojen jatkumolla (1 = ei lainkaan tärkeä, 5 = erittäin tärkeä). Asiakkaiden ja palveluntuottajien vastausten jakaumat erosivat (Mann Whitney U-testi,  $p < 0.05$ ) kaikilla osa-alueilla. Asiakkaiden vastaukset jakautuivat enemmän eri vaihtoehtoihin, ja palveluntuottajien vastaukset keskittyivät enemmän jatkumon erittäin tärkeä -pään. Asiakkaat arvioivat erittäin tärkeiksi useimmin seuraavat aiheet: arjen sujumisen harjoittelu (58 %), opiskeluvälmiuksien tukeminen (52 %), työelämäväelmiuksien tukeminen (48 %), toiminnanohjauksen harjoittelu (48 %) ja itsetuntemuksen vahvistaminen (41 %). Vastaavasti palveluntuottajien erittäin tärkeiksi arvioimat aiheet olivat useimmin

Taulukko 2. Asiakkaiden (n = 447–451) ja palveluntuottajien (n = 60) näkemysten vertailu asiakaslähtöisen kuntoutuksen piirteistä.

	1=Täysin eri mieltä		2		3		4		5=Täysin samaa mieltä		Mann Whitney U-testin arvo; p-arvo
	Asiakkaat (n = 447-451*) %	Palveluntuottajat (n = 60) %	Asiakkaat (n = 447-451*) %	Palveluntuottajat (n = 60) %	Asiakkaat (n = 447-451*) %	Palveluntuottajat (n = 60) %	Asiakkaat (n = 447-451*) %	Palveluntuottajat (n = 60) %	Asiakkaat (n = 447-451*) %	Palveluntuottajat (n = 60) %	
Näkökulmana kysyty asiakkailta "on tärkeää, että..." ja palveluntuottajilta "toteutamme kuntoutuksen niin, että..."											
Asiakas osallistuu itseä koskevaan päätöksentekoon	1	0	1	0	6	0	23	15	69	85	15892,5 p=0.006
Kuntoutukseen osallistuvat eri ammatillaiset tekevät yhteistyötä tavoitteiden mukaisesti	2	0	1	3	16	12	30	27	51	58	14428,5 p=294
Palveluntuottaja huomioi yksilöllisesti asiakkaan kokonaistilanteen ja kuntoutumisen tarpeet	1	0	1	0	7	0	22	7	70	93	16662,0 p<0.001
Asiakas voi osallistua kuntoutumisensa tavoitteiden asettamiseen	1	0	0	0	8	2	23	7	68	91	16757,5 p<0.001
Laadimme yhteistyössä asiakkaan kuntoutumisen suunnitelman	1	0	1	0	10	5	29	28	60	67	14716,0 p=0.192
Asiakkaan kuntoutumisen suunnitelma on toimiva ja realistinen	1	0	1	0	9	8	27	25	62	67	14200,0 p=0.427
Arviointien (haastattelut, tutkimukset, mittaukset) tarkoitus kerrotaan asiakkaalle	1	0	3	0	13	0	28	20	55	80	17034,0 p<0.001

Taulukko 3. Oma väylä -kuntoutuksen tärkeät sisällöt asiakkaiden (n = 447–451) ja palveluntuottajien (n = 60) arvioimina.

	1=EI lainkaan tärkeä		2		3		4		5=Erittäin tärkeä		Mann Whitney U-testin arvo p-arvo
	Asiakkaat (n = 447-451*) %	Palveluntuottajat (n = 60) %	Asiakkaat (n = 447-451*) %	Palveluntuottajat (n = 60) %	Asiakkaat (n = 447-451*) %	Palveluntuottajat (n = 60) %	Asiakkaat (n = 447-451*) %	Palveluntuottajat (n = 60) %	Asiakkaat (n = 447-451*) %	Palveluntuottajat (n = 60) %	
Opiskeluvalmiuksien tukeminen*	5	0	4	2	15	5	24	28	52	65	15971,0 p=0.008
Työelämävalmiuksien tukeminen	3	0	5	0	15	10	29	30	48	60	15681,0 p=0.025
Ammatillisten suunnitelmien selkeyttäminen	7	0	7	0	27	17	27	35	32	48	17302,5 p<0.001
Opiskelutaitojen harjoittelu*	8	0	8	2	20	8	28	45	36	45	16601,5 p=0.002
Työelämätaitojen harjoittelu	5	0	8	3	26	12	29	47	32	38	16352,5 p=0.006
Arjen sujumisen harjoittelu*	3	0	6	0	13	2	20	13	58	85	17477,0 p<0.001
Toiminnanohjauksen harjoittelu*	4	0	6	0	17	0	25	25	48	75	17977,5 p<0.001
Asiointitaitojen harjoittelu	10	0	14	5	26	12	28	38	22	45	18814,0 p<0.001
Talouden suunnittelun harjoittelu*	9	2	15	2	24	11	25	45	27	40	17772,5 p<0.001
Päätösten tekemisen harjoittelu	7	0	7	0	18	7	31	38	37	55	17452,0 p<0.001
Eritystilanteisiin valmistautumisen harjoittelu	7	0	11	0	23	20	28	48	31	32	16063,0 p=0.014
Sosiaalisten tilanteiden harjoittelu*	10	0	14	0	23	3	22	28	31	69	20297,0 p<0.001
Vuorovaikutustaitojen harjoittelu (kuunteleminen, keskustelu, palautteen antaminen ja vastaanottaminen)	10	0	15	0	26	2	22	25	27	73	21479,5 p<0.001
Vertaistuen saaminen*	7	0	11	2	31	3	26	40	25	55	19939,0 p<0.001
Itsetuntemuksen vahvistaminen	5	0	6	0	19	0	29	3	41	97	21136,0 p<0.001
Aistitoimintojen herkkyyksien tunnistaminen	13	0	15	2	21	13	25	35	26	50	18993,5 p<0.001
Toiminnallisen oppimisen vahvistaminen esim. kotitehtävien avulla*	9	0	13	0	28	10	26	45	24	45	19096,5 p<0.001
Tietoa tarpeideni mukaisesti terveydestä*	9	0	10	2	23	12	32	35	26	52	18531,0 p<0.001
Tietoa tarpeideni mukaisesti ravitsemuksesta	14	0	12	7	27	18	28	40	19	35	17881,0 p<0.001
Tietoa tarpeideni mukaisesti päihteistä*	45	2	17	2	19	28	9	30	10	38	22428,0 p<0.001
Tietoa tarpeideni mukaisesti seksuaalisuuteen liittyvistä asioista	36	2	19	0	23	31	13	32	9	35	21762,0 p<0.001

\*asiakkaiden vastauksissa tilastollisesti merkitsevää eroa diagnoosiryhmittäin (khiin neliötesti p<0.05)

itsetuntemuksen vahvistaminen (97 %), arjen sujumisen harjoittelu (85 %), toiminnanohjauksen harjoittelu (75 %), vuorovaikutustaitojen harjoittelu (73 %) ja opiskeluvalmiuksien tukeminen (65 %). (Taulukko 3.)

Nuoret arvioivat monien aihealueiden tärkeyttä samalla tavoin, oli heillä sitten diagnoosina autismitietämisen häiriö, ADHD tai molemmat diagnoosit. Nuoret, joilla oli ADHD tai sekä ADHD että autismitietämisen häiriö, arvioivat seuraavat aihealueet tärkeämmiksi kuin nuoret, joilla oli ainoastaan autismitietämisen häiriö: opiskeluvalmiudet ( $\chi^2(4) = 18,465$ ;  $p = 0.001$ ), opiskelutaitojen harjoittelu ( $\chi^2(4) = 13,550$ ;  $p = 0.009$ ), arjen sujumisen harjoittelu ( $\chi^2(4) = 39,286$ ;  $p < 0.001$ ), toiminnanohjauksen harjoittelu ( $\chi^2(4) = 11,017$ ;  $p = 0.026$ ), taloudensuunnittelu ( $\chi^2(4) = 26,437$ ;  $p < 0.001$ ), sosiaalisten tilanteiden harjoittelu ( $\chi^2(4) = 10,873$ ;  $p = 0,028$ ), vertaistuen saaminen ( $\chi^2(4) = 10,485$ ;  $p = 0.033$ ), toiminnallisen oppimisen vahvistaminen ( $\chi^2(4) = 9,599$ ;  $p = 0.048$ ), tietoa terveydestä ( $\chi^2(4) = 16,806$ ;  $p = 0.002$ ), tietoa päihteistä ( $\chi^2(4) = 11,306$ ;  $p = 0.023$ ).

Sekä nuorten että palveluntuottajien näkemyksissä kolme eniten mainittua kuntoutusta koskevaa odotusta liittyivät arjen hallin-

taan, työ- ja opiskelukyvyyn tukemiseen sekä vuorovaikutuksen sosiaalisten suhteiden teemaan. Kuntoutukseen kohdistuvat odotukset, jotka koskivat arjen hallintaa, olivat merkittävin kokonaisuus niin sisällöllisesti kuin määrällisesti asiakkaiden vastauksissa.

Nuorten kuntoutukseen liittyvät odotukset olivat yhtenäiset, jos tarkastellaan asiakkaita diagnoosiryhmittäin (autismitietämisen häiriö, ADHD tai molemmat näistä diagnooseista). Tiettyjä eroja tai painotuksia oli kuitenkin havaittavissa. Autismitietämisen olivat nuoret eivät tuoneet esille impulsiivisuuteen, rajojen tunnistamiseen tai tunteiden hallintaan liittyviä asioita kuten muut vastaajat. Myös he nostivat esille arjen hallinnan tarpeita, joskaan ei rahankäyttöä, joka puolestaan tuli esille muilla asiakasryhmillä. Lisäksi heidän vastauksissaan korostuivat kuntoutuksen odotuksina muita asiakasryhmiä enemmän itsetunnon vahvistaminen, työpaikan ja työllistymisen teemat sekä sopeutuminen häiriöön – tietoa ja ymmärrystä haluttiin lisää. Heidän vastauksissaan painottuivat vuorovaikutukseen liittyvät asiat, erityisesti sosiaaliset suhteet, jotka toki olivat merkittävä teema suurelle osalle kuntoutujista.

Kuntoutuksen palveluntuottajien vastaukset painottuivat enemmän tiettyihin teemoihin kuin asiakkaiden. Yksi keskeinen teema koski kuntoutuksen tavoitteita, joka tuli vahvasti esille ammattilaisten vastauksissa mutta vain neljän nuoren vastauksissa. Kun nuorten odotukset sirottuivat moniin eri ulottuvuuksiin, palveluntuottajien näkemykset tiivistyivät huomattavasti harvempiin sisältöihin, joita olivat tavoitteiden lisäksi arjenhallinta, nuoren itsetunnon ja -tuntemuksen vahvistaminen sekä opiskelu- tai ammattialan löytäminen. Tämentyypiset itseenäistymiseen ja suunnan löytäminen elämään –teemat olivat tärkeitä myös nuorille.

Asiakkaiden vastauksissa tuli selvästi esille kohderyhmän, 16–29-vuotiaiden, ikähaarukan ääripää: osa asiakkaista oli jo työelämässä kiinni (“Miten selvitä ADHD:n kanssa työssä (D336)”) tai perheellistymässä (“Uuteen elämäntilanteeseen sopeutuminen, esi-köisen syntymä (D230)”). Isolla osalla elämänvaihetta kuitenkin leimasi koululaisen

Taulukko 4. Kuntoutuksen odotuksia kuvaavat koodit ja kategoriat.

Mielenterveys	Vuorovaikutus
<ul style="list-style-type: none"> <li>itsetunnon/ itsetuntemuksen vahvistaminen</li> <li>ahdistuksen helpottaminen</li> <li>ajattelumallit</li> <li>stressin helpottaminen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>sosiaaliset suhteet</li> <li>sosiaaliset taidot</li> <li>sosiaaliset tilanteet</li> <li>tunteiden hallinta</li> <li>luottamuksen rakentaminen</li> </ul>
Sopeutuminen häiriöön	Suunta elämään
<ul style="list-style-type: none"> <li>ymmärryksen lisääminen</li> <li>tukea ja ohjeita</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>itsenäistyminen</li> <li>oman alan valinta</li> <li>työllistyminen</li> <li>sopeutuminen yhteiskuntaan</li> </ul>
Toiminnanohjaus	Arki
<ul style="list-style-type: none"> <li>ajanhallinta</li> <li>aktiivisuuden lisääminen</li> <li>asioiden aloittaminen</li> <li>impulsiivisuus</li> <li>keskittyminen</li> <li>motivaatio</li> <li>rajojen tunnistaminen</li> <li>rutiinit</li> <li>taidot</li> <li>vastuunottaminen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>arjenhallinta</li> <li>elämänhallinta</li> <li>jaksaminen</li> <li>rahan käyttö</li> </ul>
	Koulu ja työ
	<ul style="list-style-type: none"> <li>opiskelun/koulun käymisen tukeminen</li> <li>opiskelu- ja työkyvyn tukeminen</li> </ul>
	Kuntoutuksen tavoitteet

tai opiskelija arki (“Saisin tehtyä koulutehtävät ajoissa (D205)”). Nuoren asiakkaan ajan-kohtainen elämäntilanne heijastui näin myös kuntoutusta koskeviin odotuksiin ja tarpeisiin.

## **Pohdinta**

Seuraavassa pohdimme tutkimuksen tulosten keskeisiä teemoja, joita ovat kuntoutukseen ohjautuminen, asiakaslähtöisyys ja asiakkaan osallistaminen kuntoutusprosessiin sekä kuntoutuksen tärkeimmät sisällöt.

### *Kuntoutukseen ohjautuminen*

Tietoa Oma väylästä oli saatu monen kanavan kautta, ja kuntoutukseen myös ohjaututtiin eri reittejä pitkin. Yhtäältä näyttää siltä, että tietoa kuntoutuksesta on saatavilla ja eri tahot osaavat ohjata nuoria palveluun. Toisaalta tämä voi heijastaa myös palveluiden hajanaisuutta ja saattaa yksittäisten nuorten kohdalla näyttäytyä niin, että nuori putoaa eri palveluiden väliin, koska ohjautumisen tiet ovat jakautuneet. Jotta yksittäinen asiakas voisi aidosti valita ja hakeutua hänen tilannettaan tukevaan palveluun ja toimijuus voisi näin todentua, tarvitaan palvelujärjestelmä, joka tukee ammattilaisten toteuttamaa ohjantatyötä (vrt. Salminen & Häikiö 2022).

Suurin osa nuorista oli saanut apua hakeutumisen tekemiseen, useimmin perheenjäseneltä tai läheiseltä. Vanhemmilla on merkittävä rooli täysi-ikäisen, ADHD-oireisen (Price ym. 2019) ja autismikirjon häiriöllä olevan nuoren tukemisessa (Anderson ym. 2018). Tästä herääkin kysymys, kuinka paljon läheisverkoston tuki tai sen puute vaikuttaa siihen, ohjautuuko nuori hänen tarpeisiinsa vastaaviin kuntoutuspalveluihin oikea-aikaisesti. Positiivista on, että suuri osa asiakkaista koki kuntoutuksen alkaneen heille oikeaan aikaan ja oli motivoitunut kuntoutuksen aloittamiseen.

### *Asiakaslähtöisyys ja asiakkaan osallistaminen kuntoutusprosessiin*

Asiakaslähtöisyys ja asiakkaan osallistaminen kuntoutusprosessiin ovat sisäänraken-

nettuina Oma väylä -kuntoutukseen (Kela 2022). Tutkimuksemme osoittaa, että nuorille ovat tärkeitä asiakaslähtöiset kuntoutuksen toteuttamisen tavat, kuten osallisuus itseä koskeviin päätöksiin. Teeman merkittävyyttä kuvannee myös, että diagnoosikohtaisia eroja ei ollut havaittavissa. Asiakkaat odottavat asiakaslähtöistä kuntoutusta, joka tiivistyy kolmeen käytännön työtä ohjaavaan periaatteeseen: toimivaan kommunikatioon, kumppanuussuhteeseen sekä siihen, että kuntoutusta ohjaavat nykytilanteeseen pohjautuvat suunnitelmat (Constand ym. 2014).

Nykyisen kuntoutusparadigman mukaisen asiakaslähtöisten ja osallistavien toimintatapojen oletetaan tuottavan positiivisia vaikutuksia asiakkaan toimintakykyyn (Yun & Choi 2019). On odotettu tulos, että kuntoutuksen ammattilaiset pitävät niitä tärkeinä ja kokevat toimivansa niiden mukaisesti. On tiedostettava, että asiakkaan aktiivisen roolin tukeminen vaatii tilannekohtaista harkintaa ja usein myös uudenlaisten työtapojen opettelua sekä tietoista luopumista perinteisestä asiantuntijan roolista (Keyes ym. 2015). Organisaation toimintatapojen, kuten resurssien ja kuntoutustyön tekemisen puitteiden, tulisi edistää asiakkaan osallistamista (Jesus ym. 2022).

### *Kuntoutuksen tärkeimmät sisällöt*

Tutkimukseen osallistuneista nuorista moni ilmaisi tärkeäksi sisällöksi suunnan löytämisen elämään. Arnett (2000) on kuvannut 18–25-vuotiaiden nuorten siirtymävaihetta kohti aikuisuutta termillä ”emerging adulthood” eli kehittyvä aikuisuus. Tässä ikävaiheessa nuori tyypillisesti tutkii ja kokeilee eri rooleja ja mahdollisuuksia esimerkiksi työn, opiskelun, ihmissuhteiden ja asuinpaikan osalta. Pysyviä valintoja tulevaisuudesta on tehty vasta vähän. Nuori, jolla on ADHD tai autismikirjon häiriö, saattaa kohdata erityisiä haasteita tässä elämänvaiheessa. Esimerkiksi autismikirjolla olevilla nuorilla valmiudet elämää koskevien päätösten tekemiseen voivat kehittyä eri tahtiin (Kuo ym. 2018). On myös todettu, että tiedonpuute ADHD-oireiden vaikutuksista aikuiselämään

vaikuttaa siirtymävaiheessa päätösten tekemistä (Price ym. 2019).

Nuorten ja palveluntuottajien ilmaisemista kuntoutuksen tärkeistä sisällöistä nousi kolme teemaa: arjen hallinta, työ- ja opiskelukyvyn tukeminen sekä sosiaaliset suhteet. Nämä ovatkin osa-alueita, joissa tyyppillisesti todetaan siirtymävaiheen haasteita nuorilla, joilla on diagnosoitu ADHD (Price ym. 2019) tai autismikirjon häiriö (Kuo ym. 2018). Etenkin autismikirjolla olevilla nuorilla tuen tulisi kohdentua enemmän yksilön ja ympäristön yhteensopivuuteen. Käytännössä tällöin korostuu nuoren sosiaaliseen ja fyysiseen ympäristöön vaikuttaminen eikä niinkään käyttäytymisen muuttaminen irrallaan ympäristöstään. (Anderson ym. 2018.)

Asiakkaiden ja palveluntuottajien näkemykset ovat monissa tutkimuksen teemoissa samansuuntaisia, mutta niissä oli myös eroja. Nuorten arvioissa kuntoutuksen eri sisältöjen tärkeydestä oli enemmän vaihtelua kuin palveluntuottajien arvioissa. Nuoret ilmoittivat myös huomattavan laajan kirjon erilaisia kuntoutuksen sisältöjä juuri heille tärkeimpien kolmen aiheen joukkoon, kun taas ammattilaisten näkemykset tiivistyivät harvempiin sisältöihin. Asiakkaat ovat ilmaisseet näkemyksensä juuri oman tilanteensa ja omien tarpeidensa näkökulmasta, kun taas palveluntuottajat ovat antaneet arvionsa teemoista asiakasryhmätasolla.

Nuorten kuvaamien kuntoutuksen tärkeimpien sisältöjen moninaisuus osoittaa, että jokaisella henkilöllä painottuvat erilaiset asiat. Painotuksiin voivat vaikuttaa esimerkiksi autismikirjon laajuus oireiden ja kognitiivisen toimintakyvyn sekä mahdollisten muiden sairauksien tai häiriöiden yhteisesiintyvyyden osalta. Lisäksi muun muassa ikä, elämäntapahtumat, elämäntilanne ja henkilökohtaiset kiinnostuksen kohteet voivat olla taustalla. Kuntoutusmuotoa valitessaan ammattilaisen tulee ymmärtää, koska hänen asiakkaansa on, mitkä ovat juuri hänen tarpeensa ja mitkä asiat hän kokee merkityksellisiksi (Lee ym. 2017). Herääkin kysymys, miten yksilölliset tarpeet on mahdollista ottaa huomioon, etenkin ryhmätilanteissa, ja millainen rooli vertaistuella on yksilöllisten tavoitteiden saavuttamisessa?

Oma väylä -kuntoutuksen palvelukuvaus mahdollistaa kuntoutuksen yksilöllistä räätälöintiä, esimerkiksi työpariksi voi määritellä kaksi ammattilaista seuraavista: toimintaterapeutti, sairaanhoitaja, sosiaalityöntekijä/sosionomi tai kuntoutuksen ohjaaja. Näiden lisäksi on mahdollista hyödyntää työelämäasiantuntijan tai erityisopettajan asiantuntevasta asiakkaan tarpeiden mukaisesti. Yksilötapaamisten määrä (27 tapaamista) on määritelty palvelukuvauksessa, mutta tapaamisia voi jaksottaa vuoden ajalle ja suunnitella näin toteutusta asiakkaan tarpeiden ja tilanteen mukaisesti. Etäkäynnit antavat myös mahdollisuuden varioida yksilöllisesti kuntoutuksen toteuttamista.

Tutkimuksen tulokset antavat viitteitä siitä, että kuntoutuksen yksilölliselle räätälöinnille on tarvetta.

Tutkimuksen myöhemmissä tiedonkeruissa saamme vastauksia, miten näitä yksilöllisen variaation mahdollisuuksia on voitu hyödyntää kuntoutuksen toteuttamisessa ja millaisia räätälöintejä käytännössä on toteutettu.

Tämän tutkimuksen eri aiheiden valossa kuntoutuksen toteuttamisessa on syytä korostaa ennemminkin odotusten selvittämistä yksilöllisesti kuin diagnoosilähtöistä toimintaa. Tutkimuksen myöhemmässä vaiheessa nuoret arvioivat kuntoutuksen toteutumista, ja tällöin saanemme lisävalaistusta myös mahdollisiin diagnoosikohtaisiin eroihin.

### *Tutkimuksen vahvuudet ja rajoitukset*

Tutkimuksemme intressinä oli tuottaa soveltamiskelpoista tietoa Kelan Oma väylä -kuntoutuksen toteutumisesta sekä tukea rekisteröitymismenettelyn kokeilua. Aineistot kerättiin asiakkailta aidoissa kuntoutus-tilanteissa. Palveluntuottajat oli koulutettu informoimaan asiakasta tutkimuksesta, ja asiakkaille varattiin mahdollisuus vastata kyselyihin kuntoutusajalla. Tämä vahvisti nuoren mahdollisuutta saada tietoa tutkimuksesta ja tehdä aktiivisesti päätös siihen osallistumisesta. Toisaalta kun tutkimuksesta informoiminen ja kyselyn välittäminen oli palveluntuottajien tehtävä, tutkijat eivät voineet täysin varmistaa, kuinka hyvin tämä tapahtui.

Palveluntuottajat ohjattiin vastaamaan kyselyyn työryhmänä. Tämä on saattanut edistää asioiden pohtimista ryhmässä ja auttanut muodostamaan harkitumpia vastauksia. Toisaalta ryhmänä vastaaminen on mahdollisesti vähentänyt eriävien mielipiteiden esille tuontia.

Palveluntuottajien kyselyn vastausprosenttia (85 %) voidaan pitää hyvänä ja näin ollen katsoa kyselyn edustavan niiden Oma väylä -kuntoutuksen palveluntuottajien näkemyksiä, jotka olivat aloittaneet kuntoutuksen palveluntuottajina loppuvuoteen 2021 mennessä. Asiakkaiden kyselyn vastausprosentti jäi alhaisemmaksi (34 %). Ottaen huomioon asiakasryhmän erityispiirteet – esimerkiksi sen, että moni nimesi ongelmakseen erilaisten lomakkeiden täyttämisen – vastausprosenttia voidaan pitää tyydyttävänä.

### *Tutkimuksen yhteenvetoa ja jatkonäkymiä*

Tämän artikkelin ilmestyessä tutkimus on käynnissä ja aineistojen keruu on aktiivisessa vaiheessa. Jatkossa tutkimuksen edetessä saamme tietoa siitä, täyttääkö uudenmuotoinen Oma väylä -kuntoutus sille asetetut tavoitteet eli toteutuuko kuntoutus asiakaslähtöisesti ja vastaako se nuorten yksilöllisiin, eri elämänalueisiin liittyviin tarpeisiin. Saamme syvemmin tietoa muun muassa näistä teemoista: miten asiakkaiden motivaatio säilyy koko kuntoutuksen ajan, toteutuvatko palvelut nuorta osallistaen ja miten palveluntuottajat onnistuvat räätälöimään kullekin nuorelle juuri hänen tarpeisiinsa vastaavan kuntoutuskokonaisuuden.

Tässä artikkelissa oli mahdollista esittää vain osa implementaatiotutkimuksen viitekehyksen determinanteista. Kun aineistot eri determinanteista saadaan koottua, tieto ja ymmärrys, joka koskee uudentyyppisen kuntoutusintervention toteuttamista, täydentyvät ja tulokset on mahdollista esittää kokonaisvaltaisemmin teoreettisen viitekehyksen mukaisesti.

**Tulosten merkitys:** Tutkimus tuottaa tietoa aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriö -oireisille nuorille ja/tai autismikirjolla oleville nuorille suunnatusta uudentyyppisestä kuntoutusinterventiosta ja sen toteuttamisesta. Uutta, soveltamiskelpoista tietoa kuntoutuksen kohderyhmästä, heidän kokemuksistaan ja odotuksistaan tuotetaan niin kuntoutuksen järjestäjille kuin toteuttajille.

### **Tiivistelmä**

Neuropsykiatriset häiriöt vaikuttavat monin tavoin nuoren arjen toimintaan ja osallistumiseen. Uudenmuotoisessa moniammatillisessa Oma väylä -kuntoutuksessa autetaan nuorta hänen yksilöllisissä arjen haasteissaan, jotka liittyvät opiskelu-, työ-, koti- ja vapaa-ajan elämään. Kuntoutus sisältää ryhmä- ja yksilötapaamisia lähi- ja etäkontaktein sekä nuoren verkoston kanssa työskentelyä. Artikkeliperustuu meneillään olevaan Oma väylä -kuntoutuksen implementaatiotutkimukseen, joka on osa Kelan rekisteröitymismenettelyn kokeilua ja sen tutkimusta.

Artikkelissa tarkastellaan Oma väylä -kuntoutuksen implementaatiota hyödyntäen Wierengan ja kumppaneiden (2013) viitekehyistä siitä näkökulmasta, millaisia odotuksia nuorilla on kuntoutuksen toteutumisesta kuntoutuksen alkuvaiheessa ja miten uudenlaisen, moniammatillisen kuntoutusmuodon toteuttaminen on käynnistynyt palveluntuottajien näkökulmasta. Artikkelin käsitteellinen kehystys muodostuu implementaatiotutkimuksen viitekehyksestä, jonka valittuja determinantteja tarkastellaan (kuntoutukseen hakeutumista sekä kuntoutuksen toteuttamista hyvien, asiakaslähtöisen toiminnan edellytysten mukaisesti sekä kuntoutuksessa tärkeiksi koettuja sisältöjä). Vertailemme asiakkaiden ja palveluntuottajien näkemyksiä toisiinsa sekä asiakkaiden, joilla on eri diagnoosit (autismikirjon häiriö, aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriö

tai kumpikin näistä diagnooseista), näkemystä toisiinsa.

Aineisto koostuu kuntoutuksen palveluntuottajille ja asiakkaille suunnatuista kyselyistä. Määrällinen kyselyaineisto analysoidaan kuvailevin tilastollisin menetelmin ja laadullinen aineisto (kyselyjen avoimet vastaukset) luokitellaan sisällönanalyysillä.

Suurin osa nuorista oli tarvinnut apua kuntoutukseen hakeutumiseen ja hakemuslomakkeen täyttämiseen. Nuoret, joilla oli sekä aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriö että autismlikirjon häiriö, kokivat kuntoutukseen hakeutumisen useammin haastavaksi kuin nuoret, joilla oli ainoastaan toinen näistä diagnooseista. Sekä palveluntuottajat että nuoret itse, riippumatta diagnoosista, arvioivat tärkeiksi erilaiset asiakaslähtöistä ja asiakasta osallistavaa kuntoutusta kuvaavat elementit kuten nuoren osallistumisen itseään koskeviin päätöksiin ja tavoitteiden asettamiseen. Nuorten arvioissa tärkeistä kuntoutuksen sisällöistä oli enemmän variaatiota kuin palveluntuottajien arvioissa.

*Avainsanat:* kuntoutus, neuropsykiatriset häiriöt, nuoret, implementaatiotutkimus

## Abstract

*The implementation of Oma Väylä rehabilitation assessed by young clients and service providers*

Neuropsychiatric disorders affect everyday life and participation in multiple ways. The new Oma Väylä rehabilitation offers support for young people in their individual challenges related to studies, work, and leisure activities. The Oma Väylä rehabilitation includes individual and group sessions as well as working with the client's network. This article is based on the ongoing research on the implementation of Oma Väylä rehabilitation, which is a part of the Social Insurance Institution Kela's registration trial for service

providers and research thereof.

In this article, we examine the implementation of the Oma Väylä rehabilitation from two different perspectives: First, the expectations young people have regarding their rehabilitation and, second, the views of service providers on the implementation of the new Oma Väylä rehabilitation. The implementation research framework forms the theoretical framework and defines the determinants examined in this article (applying for the rehabilitation, implementing rehabilitation according to client-centered principles, and the experienced meaningful contents of the rehabilitation). We compare the perspectives of both the clients and the service providers, in addition to which we look at the experiences of clients with different diagnoses (attention deficit hyperactivity disorder ADHD, autism spectrum disorder ASD, or a combination of both).

The data consists of survey data from questionnaires targeted to the service providers and clients. Quantitative data are analyzed by descriptive statistical analysis and qualitative data by content analysis.

A majority of the young people needed help with applying to rehabilitation and filling out the application form. Young people diagnosed with both ADHD and ASD found applying to rehabilitation more challenging than those who only had one of the two diagnoses. Both the service providers and the young people found the client-centered and participatory elements, such as shared decision-making and goal setting, important. Regarding the meaningful contents of the rehabilitation, more variation was found in the young people's responses than in those from the service providers.

*Keywords:* rehabilitation, neuropsychiatric disorders, youth, implementation research

**Maarit Karhula, TtT, erikoistutkija,  
Kaakkois-Suomen ammattikorkeakoulu; tutkija,  
Kelan tutkimus**

**Riitta Seppänen-Järvelä, VTT dosentti,  
tutkimuspäällikkö, Kelan tutkimus**

**Hennariikka Heinijoki, TtM, tutkija,  
Kaakkois-Suomen ammattikorkeakoulu; tutkija,  
Kelan tutkimus**

## Lähteet

- ADHD. Käypä hoito -suositus (2019) Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Lastenneurologisen yhdistys ry:n, Suomen Lastenpsykiatriyhdistyksen ja Suomen Nuorisopsykiatrisen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Saatavissa: [www.kaypahoito.fi](http://www.kaypahoito.fi). Viitattu 25.3.2022.
- Anderson KA, Sosnowy C, Kuo AA, Shattuck PT (2018) Transition of individuals with autism to adulthood: A review of qualitative studies. *Pediatrics* 141, <https://doi.org/10.1542/peds.2016-4300I>
- Antshel KM, Russo N (2019) Autism spectrum disorders and ADHD: Overlapping phenomenology, diagnostic issues, and treatment considerations. *Curr Psychiatry Rep* 21, 5, 34. <https://doi.org/10.1007/s11920-019-1020-5>
- Appelqvist-Schmidlechner K, Lämsä R, Tuulio-Henriksson A (2018) Oma väylä. Kelan neuropsykiatrisen kuntoutuksen soveltuvuus, hyödyt ja koettu vaikuttavuus. Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 153, Kela, Helsinki.
- Arnett JJ (2000) Emerging adulthood. A theory of development from the late teens through the twenties. *Am Psychol* 55, 5, 469–480.
- Autismiliitto (2022) Autismikirjon häiriö ja diagnoosi. Saatavissa: <https://autismiliitto.fi/autismi/autismikirjon-hairio-ja-diagnosointi/> Viitattu 25.3.2022.
- Castrén M, Grönfors S, Timonen T, Tani P (2021) Autismikirjon häiriöt. Teoksessa K Juva, C Hublin, H Kalska, J Korkeila, M Sainio, P Tani, R Vataja (toim.) Kliininen neuropsykiatria. Duodecim, Helsinki.
- Chen Q, Hartman CA, Haavik J, Harro J, Klungsøyr K, Hegvik TA ym. (2018) Common psychiatric and metabolic comorbidity of adult attention-deficit/hyperactivity disorder: A population-based cross-sectional study. *PloS one* 13, 9, e0204516. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0204516>
- Constand MK, MacDermid JC, Dal Bello-Haas V, Law M (2014) Scoping review of patient-centered care approaches in healthcare. *BMC Health Serv Res* 14, 271. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-14-271>
- Damschroder LJ, Aron DC, Keith RE, Kirsh SR, Alexander JA, Lowery JC (2009) Fostering implementation of health services research findings into practice: A consolidated framework for advancing implementation science. *Implementation Sci* 4, 50. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-4-50>
- De Crescenzo F, Cortese S, Adamo N, Janiri L (2017) Pharmacological and non-pharmacological treatment of adults with ADHD: A meta-review. *Evid-Based Mental Health* 20, 1, 4–11. <https://doi.org/10.1136/eb-2016-102415>
- Fullen T, Jones SL, Emerson L, Adamou M (2020) Psychological treatments in adult ADHD: A systematic review. *J Psychopathol Behav Assess* 42, 500–518. <https://doi.org/10.1007/s10862-020-09794-8>
- Glasgow RE, Vogt TM, Boles SM (1999) Evaluating the public health impact of health promotion interventions: the RE-AIM framework. *Am J Public Health* 89, 1322–7. <https://doi.org/10.2105/ajph.89.9.1322>
- Hollingdale J, Woodhouse E, Young S, Fridman A, Mandy W (2020) Autistic spectrum disorder symptoms in children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder: A meta-analytical review. *Psychol Med* 50, 13, 2240–2253. <https://doi.org/10.1017/S0033291719002368>
- Hollocks M, Lerh J, Magiati I, Meiser-Stedman R, Brugha T (2019) Anxiety and depression in adults with autism spectrum disorder: A systematic review and meta-analysis. *Psychol Med* 49, 4, 559–572. <https://doi.org/10.1017/S0033291718002283>
- Hume K, Steinbrenner JR, Odom SL, Morin KL, Nowell SW, Tomaszewski B ym. (2021) Evidence-based practices for children, youth, and young adults with autism: Third generation review. *J Autism Dev Disord* 51, 4013–4032. <https://doi.org/10.1007/s10803-020-04844-2>
- Jesus TS, Papadimitriou C, Bright FA, Kayes NM, Pinho CS, Cott CA (2022) Person-centered rehabilitation model: Framing the concept and practice of person-centered adult physical rehabilitation based on a scoping review and thematic analysis of the literature. *Arch Phys Med Rehabil* 103, 1, 106–120. <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2021.05.005>
- Jonsson U, Coco C, Fridell A, Brown S, Berggren S, Hirvikoski T, Bölte S (2021) Proof of concept: The TRANSITION program for young adults with autism spectrum disorder and/or attention deficit hyperactivity disorder. *Scand J Occup Ther* 28, 2, 78–90, <https://doi.org/10.1080/11038128.2019.1695933>
- Juva K, Hublin C, Kalska H, Korkeila J, Sainio M, Tani P, Vataja R (2021) Kehitykselliset oireyhtymät voivat altistaa elämänikäisille haasteille arjen selviytymisessä. Teoksessa K Juva, C Hublin, H Kalska, J Korkeila, M Sainio, P Tani, R Vataja (toim.) Kliininen neuropsykiatria. Duodecim, Helsinki.



- Kela (2022) Oma väylä kuntoutus. Palvelukuvaus palveluntuottajille 1.4.2022. Julkaisu saatavissa verkko-osoitteessa: <https://beta.kela.fi/documents/20124/915177/oma-vayla-palvelukuvaus-palveluntuottajille.pdf/42324e98-6e00-8dca-16e0-ded37001af01?t=1639748028307>. Viitattu 25.3.2022.
- Keyes NM, Mudge S, Bright FAS, McPherson K (2015) Whose behavior matters? Rethinking practitioner behavior and its influence on rehabilitation outcomes. Teoksessa K McPherson, BE Gibson, A Leplege (toim.) Rethinking rehabilitation. Theory and Practice Boca Raton: Taylor & Francis Group, 249–271.
- King DK, Shoup JA, Raebel MA, Anderson CB, Wagner NM, Ritzwoller DP, Bender BG (2020) Planning for implementation success using RE-AIM and CFIR frameworks: A qualitative study. *Front Publ Health* 8, 59. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2020.00059>
- Korkeila J, Leppämäki S, Virta M (2021) Aktiivisuuden ja tarkkaavuden häiriö (ADHD). Teoksessa K Juva, C Hublin, H Kalska, J Korkeila, M Sainio, P Tani, R Vataja (toim.) Kliininen neuropsykiatria. Duodecim, Helsinki.
- Kuo AA, Crapnell T, Lau L, Anderson KA, Shattuck P (2018) Stakeholder perspectives on research and practice in autism and transition. *Pediatrics* 141, 4, S293–S299. <https://doi.org/10.1542/peds.2016-4300F>
- Langberg JM, Dvorsky MR, Molitor SJ, Bouchtein E, Eddy LD, Smith ZR, Oddo LE, Eadeh H-M (2018) Overcoming the research-to-practice gap: A randomized trial with two brief homework and organization interventions for students with ADHD as implemented by school mental health providers. *J Consult Clin Psych* 86, 1, 39–55. <https://doi.org/10.1037/ccp0000265>
- Lee JY, Ready EA, Davis EN, Doyle PC (2017) Purposefulness as a critical factor in functioning, disability and health. *Clin Rehabil* 31, 8, 1005–1018. <https://doi.org/10.1177/0269215516672274>
- Lord C, Elsabbagh M, Baird G, Veenstra-Vanderweele J (2018) Autism spectrum disorder. *Lancet* 392, 10146, 508–520. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31129-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31129-2)
- Lyall K, Croen L, Daniels J, Fallin MD, Ladd-Acosta C, Lee BK ym. (2017) The changing epidemiology of autism spectrum disorders. *Annu Rev Publ Health* 38, 81–102. <https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-031816-044318>
- Lämsä R, Santalahti P, Haravuori H, Penttinmikko A, Tuulio-Henriksson A, Huurre T ym. (2015) Neuropsykiatrisesti oireilevien nuorten hoito- ja kuntoutuspolut Suomessa. Työpapereita 78, Kela, Helsinki.
- Mikami AY, Miller M, Lerner MD (2019) Social functioning in youth with attention-deficit/hyperactivity disorder and autism spectrum disorder: Transdiagnostic commonalities and differences. *Clin Psychol Rev* 68, 54–70. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2018.12.005>
- Morris JH, Bernhardtsson S, Bird M-L, Connell L, Lynch E, Jarvis K (2020) Implementation in rehabilitation: A roadmap for practitioners and researchers. *Disabil Rehabil* 42, 22, 3265–3274. <https://doi.org/10.1080/09638288.2019.1587013>
- Nilsen P, Birken SA (2020) Handbook on implementation science. Cheltenham (UK): Edward Elgar Publishing Limited.
- Nimmo-Smith V, Merwood A, Hank D, Brandling J, Greenwood R, Skinner L ym. (2020) Nonpharmacological interventions for adult ADHD: A systematic review. *Psychol Med* 50, 529–541. <https://doi.org/10.1017/S0033291720000069>
- Peters D, Adam T, Alonge O, Agyepong I (2013) Implementation research: what it is and how to do it. *BMJ* 347, f6753. <https://doi.org/10.1136/bmj.f6753>
- Price A, Newlove-Delgado T, Eke H, Paul M, Young S, Ford T ym. (2019) In transition with ADHD: The role of information, in facilitating or impeding young people's transition into adult services. *BMC Psychiatry* 19, 404. <https://doi.org/10.1186/s12888-019-2284-3>
- Raaska H, Vanhala R (2000) Miksi ja miten autismin diagnostiset kriteerit muuttuvat? *Lääkärilehti* 16, 75, 964–967.
- Reinval O (2018) Neurocognitive functioning and psychiatric symptoms in children and adolescents with higher functioning autism spectrum disorders. Akateeminen väitöskirja. Helsingin yliopisto, Helsinki.
- Robinson TR, Smith SW, Miller MD, Brownell MT (1999) Cognitive behaviour modification of hyperactivity-impulsivity and aggression: A meta-analysis of school-based studies. *J Educ Psychol* 91, 2, 195–203. <https://doi.org/10.1037/0022-0663.91.2.195>
- Sabatier P (2008) Top-down and bottom-up approaches to implementation research: A critical analysis and suggested synthesis. *J Public Policy* 6, 1, 21–48. <https://doi.org/10.1017/S0143814X00003846>
- Salminen J, Häikiö L (2022) Kuntoutuminen toimintamahdollisuuksina - ammattilaisten käsitykset nuorten kuntoutujien toimijuudesta. *Kuntoutus* 45, 1, 18–28.
- Seppänen-Järvelä R (2017) Monimuotoinen implementaatiotutkimus. *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti* 54, 2, 151–154. <https://doi.org/10.23990/sa.63655>
- Vidal-Estrada R, Bosch-Munso R, Nogueira-Morais M, Casas-Brugue M, Ramos-Quiroga JA (2012) Psychological treatment of attention deficit hyperactivity disorder in adults: A systematic review. *Actas Esp Psiquiatr* 40, 3, 147–154.
- Virta M (2010) ADHD-aikuisen psykologinen kuntoutus. Akateeminen väitöskirja. Helsingin yliopisto, Helsinki.
- White SW, Smith IC, Miyazaki Y, Conner CM, Elias R, Capriola-Hall NN (2021) Improving transition

- to adulthood for students with autism: A randomized controlled trial of STEPS. *J Clin Child Adolesc* 50, 2, 187–201, <https://doi.org/10.1080/15374416.2019.1669157>
- Weber R (1990) *Basic Content Analysis*. 2nd Edition. Newbury Park, California: Sage.
- Wierenga D, Engbers LH, Empelen PV, Duijts S, Hildebrandt VH, Mechelen WV (2013) What is actually measured in process evaluations for work-site health promotion programs: A systematic review. *BMC Public Health* 13, 1190. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-1190>
- Wong C, Odom SL, Hume KA, Cox AW, Fetting A, Kucharczyk S ym. (2015) Evidence-based practices for children, youth, and young adults with autism spectrum disorder: A comprehensive review. *J Autism Dev Disord* 45, 7, 1951–66. <http://doi.org/10.1007/s10803-014-2351-z>
- Young S, Hollingdale J, Absoud M, Bolton P, Branney P, Colley W ym. (2020) Guidance for identification and treatment of individuals with attention deficit/hyperactivity disorder and autism spectrum disorder based upon expert consensus. *BMC Med* 18, 1, 146. <http://doi.org/10.1186/s12916-020-01585-y>
- Yun D, Choi J (2019) Person-centered rehabilitation care and outcomes: A systematic literature review. *Int J Nurs Stud* 93, 74–83. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2019.02.012>

Liite 1. Tutkimuksen aineistona olevat Oma väylä -kuntoutuksen asiakkaiden kyselyn ja palveluntuottajien kyselyn kysymykset ja kysymyskohtaiset vastaajamäärät (kokonaisvastaajamäärä asiakaskyselyyn 458 vastaajaa ja palveluntuottajien kyselyyn 60 vastaajaa).

Kysymys (vastausvaihtoehdot)	Vastaajamäärä A = asiakaskysely P = palveluntuottajien kysely
<b>Teema: Kuntoutukseen ohjautuminen ja hakeminen</b>	
A: Mistä sait tietoa kuntoutuksesta? Voit valita useita vaihtoehtoja. (työnantajaltani/ opiskelupaikastani/ työterveyshuollosta/ opiskelijaterveydenhuollosta/ terveyskeskuksen tai sairaalan hoitavalta lääkäriltä/ terveyskeskuksen tai sairaalan kuntoutustyöryhmältä/ yksityislääkäriltä/ terapeutiltäni/ perheenjäseneltäni/ tuttaviltani, ystäväiltäni/ Oma väylä -kuntoutuksessa olleelta tai olevalta tuttavaltani/ Autismi- ja Aspergerliitosta tai internetsivuilta/ ADHD-liitosta tai internetsivuilta/ muun potilasjärjestön tai -liiton kautta, minkä? ___/ Kelan internetsivuilta/ Kelan asiantuntijalta/ Oma väylä -kuntoutusta toteuttavalta palveluntuottajalta tai internet-sivujen kautta/ sosiaalisen median kautta, esimerkiksi internetin keskustelupalsta, Facebook/ muulta taholta, mistä ___)	A 458
A: Mistä tai keneltä sait lähteen kuntoutukseen? Voit valita useita vaihtoehtoja. (työterveyshuolto/ erikoissairaanhoidon hoitava lääkäri/ perusterveydenhuollon hoitava lääkäri/ erikoissairaanhoidon kuntoutusryhmä/ perusterveydenhuollon kuntoutusryhmä/ kuntoutusohjaaja/ sairaanhoitaja tai terveydenhoitaja/ opiskelijaterveydenhuolto/ muut taho, mikä ___)	A 458
A: Miten kuntoutukseen hakeutuminen kaiken kaikkiaan toimi sinun kohdallasi? Vastaa seuraaviin väittämiin sen mukaan miten hyvin ne kuvaavat sinun kokemuksiasi. Hakeminen oli vaivatonta Lääkärinlausunnon saaminen oli helppoa Sain riittävästi tietoa kuntoutuksen sisällöstä kuntoutukseen hakeutuessa Hakulomake oli helppo täyttää (Asteikolla 1–5: 1 = täysin eri mieltä ja 5 = täysin samaa mieltä)	A  458 458 458 458
A: Miten täytit kuntoutushakemuksen? (Tein hakemuksen itsenäisesti/ Sain apua hakemuksen tekemiseen)	A 458
A: Keneltä sait apua hakemuksen tekemiseen?* Voit valita useita vaihtoehtoja. (perheenjäseneltäni, omaiseltäni, läheiseltäni/ työterveyshuollosta/ opiskelijaterveydenhuollosta/ terveyskeskuksesta tai sairaalasta/ sosiaalityöntekijältä/ kotipalvelun tai kotisairaanhoidon työntekijältä/ potilasjärjestöstä/ kuntoutuspalveluntuottajalta/ Kelan asiantuntijalta/ muulta taholta, mistä? ___ / en halua kertoa) *Kysytty, mikäli vastannut edellisessä kysymyksessä saaneensa apua hakemuksen tekemiseen.	A 317
Mikä seuraavista vaihtoehdoista kuvaa mielestäsi parhaiten kuntoutuksen ajoitusta? (Kuntoutus tuli minulle oikeaan aikaan./ Kuntoutus tuli tilanteeni huomioon ottaen liian myöhään./ Kuntoutus tuli tilanteeni huomioon ottaen liian aikaisin.)	A 453
Kuinka innostunut ja motivoitunut olet aloittamaan kuntoutuksen? (Asteikolla 0–10: 0 = en lainkaan innostunut ja motivoitunut, 10 = erittäin innostunut ja motivoitunut)	A 458

<b>Teema: Asiakaslähtöisyys ja asiakkaan osallistaminen kuntoutukseen</b>	
A: Kuinka tärkeitä seuraavat asiat ovat sinulle kuntoutuksen toteutuksessa? Voin osallistua itseäni koskevaan päätöksentekoon. Kuntoutukseen osallistuvat eri ammattilaiset tekevät yhteistyötä tavoitteiden mukaisesti. Palveluntuottaja huomioi yksilöllisesti kokonaistilanteeni ja kuntoutumisen tarpeeni. Voin osallistua kuntoutumiseni tavoitteiden asettamiseen. Laadimme yhteistyössä kuntoutumiseni suunnitelman. Kuntoutumiseni suunnitelma on toimiva ja realistinen. Arviointien (haastattelut, tutkimukset, mittaukset) tarkoitus kerrotaan minulle. (Asteikolla 1–5: 1 = ei lainkaan tärkeää ja 5 = erittäin tärkeää)	A 45 1 447 450 450 450 449 448
P: Miten seuraavat asiat toteutuvat toteuttamassanne Oma väylä –kuntoutuksessa? Asiakkaat osallistuvat heidän kuntoutustaan koskevaan päätöksentekoon. Huomioimme kunkin asiakkaan yksilöllisen kokonaistilanteen ja kuntoutustarpeen. (Asteikolla 1–5, jossa 1=täysin eri mieltä ja 5=täysin samaa mieltä)	P 60 60
P: Miten arvioitte yhteistyön tekemistä ja sen merkitystä kuntoutuksen aikana? Meidän on mahdollista toimia työryhmänä yhteisten tavoitteiden mukaisesti. (Asteikolla 1–5, jossa 1=täysin eri mieltä ja 5=täysin samaa mieltä)	P 60
P: Miten arvioitte asiakkaiden omia tavoitteita ja työskentelyä niiden saavuttamiseksi? Osallistamme asiakkaan tavoitteiden asettamiseen. Laadimme asiakkaan kanssa yhteistyössä kuntoutumisen suunnitelman. Varmistamme, että asiakkaan kuntoutumisen suunnitelma on toimiva ja realistinen. (Asteikolla 1-5, jossa 1=täysin eri mieltä ja 5=täysin samaa mieltä)	P 60 60 60
P: Miten arvioitte erilaisten arviointien (haastattelut, tutkimukset, mittaukset) toteuttamista kuntoutuksessa? Asiakkaalle kerrotaan arviointien (haastattelut, tutkimukset, mittaukset) tarkoitus. (Asteikolla 1-5, jossa 1=täysin eri mieltä ja 5=täysin samaa mieltä)	P 60
<b>Teema: Kuntoutuksen tärkeimmät sisällöt</b>	
A: Kuinka tärkeäksi koet omalle kohdallasi seuraavat kuntoutuksen aihealueet? P: Kuinka tärkeitä ovat seuraavat kuntoutuksen sisällöt asiakkaiden tavoitteiden saavuttamisen kannalta? Opiskeluvalmiuksien tukeminen Työelämävalmiuksien tukeminen Ammatillisten suunnitelmien selkeyttäminen Opiskelutaitojen harjoittelu Työelämätaitojen harjoittelu Arjen sujumisen harjoittelu Toiminnanohjauksen harjoittelu Asiointitaitojen harjoittelu Talouden suunnittelun harjoittelu Päätösten tekemisen harjoittelu Erityistilanteisiin valmistautumisen harjoittelu Sosiaalisten tilanteiden harjoittelu Vuorovaikutustaitojen harjoittelu Vertaistuen saaminen Itsetuntemuksen vahvistaminen Aistitoimintojen herkkyyksien tunnistaminen Toiminnallisen oppimisen vahvistaminen esim. kotitehtävien avulla Tietoa tarpeiden mukaisesti terveydestä Tietoa tarpeiden mukaisesti ravitsemuksesta Tietoa tarpeiden mukaisesti päihteistä Tietoa tarpeiden mukaisesti seksuaalisuuteen liittyvistä asioista (Asteikolla 1–5: 1 = ei lainkaan tärkeä ja 5 = erittäin tärkeä)	A / P 447/ 60 449/ 60 449/ 60 449/ 60 451/ 60 450/ 60 448/ 60 450/ 60 450/ 60 451/ 60 451/ 60 448/ 60 449/ 60 448/ 60 450/ 60 443/ 60 449/ 60 444/ 60 447/ 60 445/ 60