

## **Syrjäytymisvaarassa olevien vajaakuntoisten nuorten kuntoutustarpeen arviointi**



# Sosiaali- ja terveysturvan katsauksia 73

KELAN TUTKIMUSOSASTO | HELSINKI 2007

*Jukka-Pekka Halonen, Tuula Aaltonen, Anneli Hämäläinen,  
Sirkka-Liisa Karppi, Juha Kaukinen, Anja Kervilä, Marjatta  
Lehtinen, Erkki Pere, Pauli Puukka, Ville Siitonen, Sirpa  
Silvennoinen ja Seija Talo*

***Syrjäytymisvaarassa olevien  
vajaakuntoisten nuorten  
kuntoutustarpeen arviointi***

Sarjan julkaisut on hyväksytty  
tieteellisessä arvioinnissa.

© Kirjoittajat ja Kelan tutkimusosasto

Graafinen suunnittelu: Pekka Loiri

ISBN 978-951-669-736-2 (nid.)

ISBN 978-951-669-737-9 (pdf)

ISSN 1238-5069

Vammalan Kirjapaino Oy  
Vammala 2007

## Tiivistelmä

Halonen J-P, Aaltonen T, Hämäläinen A, Karppi S-L, Kaukinen J, Kervilä A, Lehtinen M, Pere E, Puukka P, Siitonen V, Silvennoinen S, Talo S. **Syrjäytymisvaarassa olevien vajaakuntoisten nuorten kuntoutustarpeen arviointi**. Helsinki: Kela, Sosiaali- ja terveysturvan katsauksia 73, 2007. 89 s. ISBN 978-951-669-736-2 (nid.), 978-951-669-737-9 (pdf).

Hankkeessa tehtiin 58:lle syrjäytymisvaarassa olevalle nuorelle kuntoutustutkimus Kelan kuntoutuksen palveluyhtiössä (nyk. Petreassa). Kaikilla nuorilla oli todettu fyysisiä, psyykkisiä tai sosiaalisia toimintarajoitteita, jotka estivät heitä olemasta työmarkkinoiden käytössä. Kuntoutustutkimuksen teki moniammatillinen työryhmä, johon kuuluivat lääkäri, sosiaalityöntekijä, psykologi, sairaanhoitaja ja fysioterapeutti. Lähes kaikille nuorille pystyttiin tekemään kuntoutussuunnitelma, ja samalla saatiin myös runsaasti uutta tietoa kunkin nuoren syrjäytymiseen altistaneista taustatekijöistä. Jokaiselle nuorelle rakennettiin myös biopsykososiaalisen mallin mukainen toimintakykyprofiili. Profilien mukaan ongelmat painottuivat voimakkaasti psyko- ja sosiaalisektoreiden alueelle. Nuoret itse kokivat tilanteensa kuitenkin selvästi paremmaksi verrattuna moniammatillisen työryhmän arviointeihin. Hankkeen suosituksissa korostetaan mm. avun tarpeen varhaista tunnistamista, eri viranomaisten saumatonta yhteistyötä, kuntoutussuunnitelman seurannalle nimettyä vastuutahoa ja uusien nuorille tarkoitettujen mielenterveyspalvelujen kehittämistä.

**Avainsanat:** nuoret, kuntoutus, syrjäytyminen, työttömyys

## Sammandrag

Halonen J-P, Aaltonen T, Hämäläinen A, Karppi S-L, Kaukinen J, Kervilä A, Lehtinen M, Pere E, Puukka P, Siitonen V, Silvennoinen S, Talo S. **Bedömning av rehabiliteringsbehovet hos unga handikappade som löper risk att bli utslagna.** Helsingfors: FPA, Social trygghet och hälsa: rapporter 73. 89 s. 2007. ISBN 978-951-669-736-2 (nid.), 978-951-669-737-9 (pdf).

Projektet omfattade rehabiliteringsundersökningar på FPAs rehabiliteringscenter (nuvarande Petrea) på 58 ungdomar som löper risk att bli utslagna. Hos samtliga hade konstaterats fysiska, psykiska eller sociala funktionshinder som hindrade dem från att stå till arbetsmarknadens förfogande. Rehabiliteringsundersökningarna utfördes av ett multidisciplinärt team bestående av en läkare, socialarbetare, psykolog, sjukskötare och fysioterapeut. En rehabiliteringsplan kunde göras upp för nästan alla deltagare och samtidigt fick man en hel del ny kunskap om de faktorer som bidragit till utslagningen i respektive fall. För varje deltagare framtoogs också en profil över funktionsförmågan enligt en biopsykosocial modell. Profilerna visade att problemen tydligt koncentrerar sig till de psykologiska och sociala sektorerna. Jämfört med det multidisciplinära teamets bedömning upplevde dock ungdomarna själva sin situation som klart bättre. I de rekommendationer som projektet ger betonas vikten av bl.a. en tidig identifiering av hjälpbehov, ett helgjutet samarbete mellan olika myndigheter, en namngiven ansvarig instans för uppföljningen av rehabiliteringsplanen samt utveckling av nya mentalvårdstjänster för unga.

**Nyckelord:** ungdomar, rehabilitering, utslagning, arbetslöshet

## Abstract

Halonen J-P, Aaltonen T, Hämäläinen A, Karppi S-L, Kaukinen J, Kervilä A, Lehtinen M, Pere E, Puukka P, Siitonen V, Silvennoinen S, Talo S. **Assessment of rehabilitation needs among handicapped young adults at risk of exclusion.** Helsinki: The Social Insurance Institution, Finland. Social security and health reports 73, 2007. 89 pp. ISBN 978-951-669-736-2 (nid.), 978-951-669-737-9 (pdf).

Fifty-eight young adults at risk of exclusion underwent a rehabilitation examination in the Social Insurance Institution's rehabilitation centre (now Petrea). All of the participants had been diagnosed with physical, mental or social functional limitations preventing them from participation in the labour market. The rehabilitation examinations were performed by an interdisciplinary team comprising a physician, social worker, psychologist, nurse and physical therapist. An individual rehabilitation plan was drawn up for nearly all of the participants in a process that revealed extensive information about the personal background factors exposing the participants to a risk of exclusion. Based on the International Classification of Functioning, Disability and Health, an individual profile of functioning and disability was created for each participant. The profiles indicated a preponderance of psychological and social problems. However, the young adults themselves had a more positive view of their own situation than the interdisciplinary team. The project recommendations highlight the importance of the early recognition of needs, seamless cooperation between authorities, the appointment of a single body responsible for following up on the rehabilitation plan, and the development of new mental health services designed for young adults.

**Key words:** young adults, rehabilitation, exclusion, unemployment

## ALKUSANAT

Turun kaupungin, työministeriön ja Euroopan sosiaalirahaston yhdessä rahoittamassa Koho-projektissa (Koho pitää pinnalla) hankittiin kokemuksia syrjäytymisvaarassa olevien nuorten työllistymisedellytysten parantamisesta. Koho-aineisto perustui kolmen täyden ikäluokan työ- ja opiskelumarkkinoilla selviytymisen seurantaan. Varsinaisen interventoryhmän muodostivat syyskuun 1996 tilastotietojen perusteella kaikki 17–19-vuotiaat työttömät, joille lähetettiin tuolloin kutsu osallistua uudelleen urasuunnitteluun. Myöhemmin ikäraja muutettiin koskemaan kaikkia alle 25-vuotiaita turkulaisia työttömiä nuoria. Kun Koho-projekti päättyi työministeriön ja Euroopan sosiaalirahaston rahoittamana projektina, Turun kaupunginhallitus päätti jatkaa Koho-toimintaa kunnallisena pysyvänä toimintana hallintokuntien (sosiaali-, terveys- ja koulutoimi) varaamin määrärahoihin ja työllisyysvaroin.

Koho-projektin lähestyessä päätöstään ottivat Turun kaupungin terveystoimen hallintojohtaja Ilmo Parvinen ja projektipäällikkö Markku Lehtinen yhteyttä Kelan silloisen tutkimus- ja kehitysyksikön Turun-toimipisteeseen ja esittivät yhteistyöhanketta. Päätettiin kutsua osa Koho-projektin työttömistä nuorista Kelan tutkimuskeskuksessa sijaitsevaan kuntoutuksen palveluyksikköön ja selvittää perusteellisesti heidän kuntoutustarpeensa, vaikka heillä kaikilla ei ollutkaan kuntoutustutkimuksen edellyttämää sairautta, vikaa tai vammaa. Hanke toteutettiin Kelan, Turun kaupungin eri hallintokuntien ja Turun työvoimatoimiston yhteistyönä, ja nuoret kävivät kuntoutustutkimuksissa vuosina 2000–2001. Hankkeeseen liittyvä yhden vuoden seurantatutkimus toteutettiin vuosina 2001–2002, ja se on raportoitu erikseen (Linnossuo 2004).

Hankkeen rahoituksesta vastasivat Kela, Turun kaupunki ja Turun työvoimatoimisto. Haluamme kiittää kaikkia osapuolia hyvin sujuneesta yhteistyöstä, joka toteutui ohjaus- ja johtoryhmätyöskentelyn lisäksi monella käytännön eri tasolla.

Kelassa kirjan saattoi painokuntoon tutkimusosaston julkaisutoimitus.

*Turussa maaliskuussa 2007*

*Tekijät*

## SISÄLTÖ

<b>KIRJOITTAJAT</b> .....	8
<b>1 NUORTEN TYÖTTÖMYYS JA SYRJÄYTYMINEN</b> .....	9
1.1 Työllisyystilanne 1990-luvulla .....	9
1.2 Työttömyyden terveys- ja syrjäytymisvaikutukset .....	10
1.3 Nuorten työllisyystilanne ja urasuunnittelun aktivointimalli Turussa .....	11
<b>2 NUORTEN KUNTOUTUSTUTKIMUSHANKKEEN TAVOITTEET</b> .....	14
2.1 Kuntoutustutkimuksen tavoitteet ja sisältö .....	14
2.2 Toimintakyvyn biopsykososiaalinen arviointi- ja edistämismalli (BPS-ICF) .....	15
<b>3 TUTKIMUSAINEISTO</b> .....	18
3.1 Nuorten valikoituminen kuntoutustutkimukseen .....	18
3.2 Nuoria kuvaavat taustatiedot .....	19
<b>4 TIEDONKERUU- JA ANALYSOINTIMENETELMÄT</b> .....	21
4.1 Nuorten kuntoutustutkimus .....	21
4.2 Toimintakyvyn arviointimenetelmät .....	24
4.3 Tulosten dokumentointi BPS-ICF-mallin mukaan .....	27
<b>5 TULOKSET</b> .....	28
5.1 Yhteistyö nuorten kanssa .....	28
5.2 Kuntoutustiimin tuloksia .....	29
5.2.1 Lääkärin tutkimus .....	29
5.2.2 Psykologin tutkimus .....	30
5.2.3 Sosiaalityöntekijän tutkimus .....	35
5.2.4 Fysioterapeutin tutkimus .....	43
5.2.5 Sairaanhoidajan tutkimus .....	45
5.3 Moniammatillinen arvio nuorten työkyvystä .....	49
5.4 Biopsykososiaaliset toimintakykyprofiilit .....	49
5.5 Kuntoutussuosituksiset .....	53
<b>6 TULOSTEN TARKASTELUA</b> .....	56
6.1 Kuntoutustutkimuksen toteutuminen .....	57
6.2. Kuntoutussuunnitelmaa edeltävä kuntoutustarpeen arviointi .....	58
6.2.1 Fyysiset edellytykset .....	59
6.2.2 Psyykkiset edellytykset .....	61
6.2.3 Sosiaaliset edellytykset .....	64
6.3 Kuntoutussuunnitelma .....	67
<b>7 SUOSITUKSET</b> .....	69
<b>8 YHTEENVETO</b> .....	70
<b>KIRJALLISUUS</b> .....	72
<b>LIITTEET</b> .....	79
Liite 1: Viikko-ohjelma .....	80
Liite 2: Toimintakykyprofiilin eri osioiden arviointi .....	82



**KIRJOITTAJAT**

**Jukka-Pekka Halonen**, LKT, dosentti, tutkimuspäällikkö  
Kelan tutkimusosasto  
jukka-pekka.halonen@kela.fi

**Tuula Aaltonen**, VTM, tutkija  
Kelan tutkimusosasto  
tuula.aaltonen@kela.fi

**Anneli Hämäläinen**, VTM, sosiaalityöntekijä  
Kuntoutuskeskus Petrea  
anneli.hamalainen@petrea.fi

**Sirkka-Liisa Karppi**, LitM, erikoistutkija  
Kelan tutkimusosasto  
sirkka-liisa.karppi@kela.fi

**Juha Kaukinen**, fysioterapeutti  
Kuntoutuskeskus Petrea  
juha.kaukinen@petrea.fi

**Anja Kervilä**, FM, psykologi  
Kuntoutuskeskus Petrea  
anja.kervila@petrea.fi

**Marjatta Lehtinen**, YTM, tutkija  
Kelan tutkimusosasto  
marjatta.lehtinen@kela.fi

**Erkki Pere**, LL, apulaisylilääkäri  
Kuntoutuskeskus Petrea  
erkki.pere@petrea.fi

**Pauli Puukka**, FM, pääsuunnittelija  
Kansanterveyslaitos, Väestötutkimuslaboratorio  
pauli.puukka@ktl.fi

**Ville Siitonen**, fysioterapeutti  
Kuntoutuskeskus Petrea  
ville.siitonen@petrea.fi

**Sirpa Silvennoinen**, sairaanhoitaja  
Kuntoutuskeskus Petrea  
sirpa.silvennoinen@petrea.fi

**Seija Talo**, FT, dosentti, kehittämisspäällikkö  
Stakes, Sosiaali- ja terveysalan tietoyhteiskuntayksikkö  
seija.talo@stakes.fi

## 1 NUORTEN TYÖTTÖMYYS JA SYRJÄYTYMINEN

### 1.1 Työllisyystilanne 1990-luvulla

Suomen 15–64 vuotta täyttäneestä väestöstä useampi kuin joka neljäs ja työvoimasta (työllisistä ja työttömistä) lähes joka neljäs on alle 30-vuotias. Kuten monissa muissa Euroopan maissa myös Suomessa alle 25-vuotiaiden työttömyys kasvoi voimakkaasti 1990-luvulla. Yleisen työttömyyden ja nuorisotyöttömyyden huippu saavutettiin vuonna 1994, jolloin 15–19-vuotiaiden työttömyysaste (työttömien osuus työvoimasta) oli 41,3 % ja 20–24-vuotiaiden 30,7 %. Tuolloin keskimääräinen työttömyysaste oli 16,6 %. (Santamäki-Vuori ja Sauramo 1995; Myrskylä ja Ylöstalo 1997; Jouhki ja Sutela 1998; Työministeriö 2006.)

Nuorten naisten työttömyysaste on ollut alhaisempi kuin nuorten miesten, mikä johtuu osittain miesten korkeammasta työvoimaosuudesta, ts. työvoimaan kuuluvien osuudesta ikäluokasta. Työvoimassa tapahtuneen yleisen suuntauksen mukaisesti myös nuorten työvoimaosuudet (taulukko 1) alenivat 1980-luvun loppupuolelta 1990-luvun puoliväliin mennessä, jonka jälkeen on tapahtunut taas käänne kaikissa ikäluokissa (Työministeriö 2006).

**Taulukko 1.** Työvoimaosuuksien kehitys eri ikäluokissa (%).

Ikäluokka	1989	1995	1998	2003
15–19-vuotiaat	40,6	25,9	28,2	30,8
20–24-vuotiaat	72,2	58,3	63,9	67,1
15–64-vuotiaat	76,7	72,3	72,4	74,0

Suomalaiset 15–24-vuotiaat kuuluvat työvoimaan yhtä usein kuin EU-maissa keskimäärin. Myös opiskelijoiden osuus ikäluokasta on EU-maiden keskitasoa. (Jouhki ja Sutela 1998.)

Työttömyyden ohella nuorten piilotyöttömyys lisääntyi 1990-luvulla. Piilotyöttömällä tarkoitetaan henkilöä, joka ei ole etsinyt työtä neljän viikon aikana mutta on työhaluinen ja työmarkkinoiden käytettävissä. Vuoden 1998 tammi–maaliskuussa piilotyöttömiä 15–19-vuotiaita nuoria oli 24 800 ja 20–24-vuotiaita 14 100. Alle 20-vuotiaissa piilotyöttömiä oli enemmän kuin työttömiä. Nuorten työttömien ja piilotyöttömien määrä vaihtelee vuodenajan mukaan selvästi: toisella vuosineljänneksellä nuorten työttömien työnhakijoiden määrä on aina suurempi kuin piilotyöttömien. Työllisyystilanteen ohella tähän vaikuttavat toteutetut työttömyysturvaan liittyvät toimenpiteet. Esimerkiksi alle 25-vuotiaan oikeutta työmarkkinatukeen on rajoitettu, jos hänellä ei ole ammatillista tutkintoa tai hän ei osallistu työhallinnon järjestämään toimenpiteeseen. Koska työttömäksi työnhakijaksi ilmoittautumisesta ei ole taloudel-

lista etua, kaikki työttömät nuoret eivät enää tee niin. Opiskelijoiden määrän kasvu on kuitenkin lieventänyt heikentyneen työmarkkina-aseman vaikutuksia nuorten elinoloihin (Santamäki-Vuori ja Sauramo 1995). Vaikka koulutettujen nuorten työllisyys on parantunut viime vuosina, kouluttamattomien ja työkokemusta vailla olevien tilanne on edelleen pysynyt huonona, mikä lisää heidän syrjäytymisriskiään. (Vrt. Jouhki ja Sutela 1998; Julkunen ja Malmberg-Heimonen 1998.)

Viime vuosina nuorten työllisyys on kuitenkin parantunut, kun ns. pätkätyöt (määrä-, osa-aika- ja tuetut työt) ja ammatillinen koulutus ovat yleistyneet. Lisäksi työvoiman kysyntä on suuntautunut nuorten valmiuksia vastaaville aloille, ennen kaikkea tietotekniikkaan ja palvelualoille (vrt. esim. Jouhki ja Sutela 1998). Lisätyöpaikat ovat keskittyneet eteläiseen ja läntiseen Suomeen (Tilastokeskus 1999). Pätkätyöt sopivat nuorten vaihteleviin elämäntilanteisiin: koulutuksen ja työn yhteensovittamiseen, varusmiespalveluun ja lastenhoitoon. Nämä samat tilanteet aiheuttavat piilotyöttömyyttä (vrt. Tilastokeskus 1997, 1999; ks. myös Nyyssölä 1994; Vuori ja Vesalainen 1996; Johansson ym. 1997; Myrskylä ja Ylöstalo 1997; Julkunen ja Malmberg-Heimonen 1998). Vuonna 1996 joka viides opiskelija oli opiskelun ohella ansiotyössä (Jouhki ja Sutela 1998; ks. myös Laapotti 1997).

## 1.2 Työttömyyden terveys- ja syrjäytymisvaikutukset

Työttömyyden pitkittyminen lisää syrjäytymisriskiä, samoin se, millaiseksi nuori kokee työttömyyden (Julkunen ja Malmberg-Heimonen 1998; Kontula ym. 1998). Henkilö katsotaan pitkäaikaistyöttömäksi, jos hän

- on ollut yhtäjaksoisesti 12 kuukautta työttömänä työnhakijana tai
- ”yhtäjaksoisen työttömyyden sijasta on ollut useammassa työttömyysjaksossa yhteensä vähintään 12 kuukautta työttömänä työnhakijana työvoimatoimistossa” ja
- ”työttömyyden kokonaiskeston perusteella on rinnastettavissa yhtäjaksoisesti 12 kuukautta työttömänä olleeseen työnhakijaan” (Työllisyysasetus 1993/130, 2 §).

Nuorten pitkäaikaistyöttömyys on vähäisempää kuin vanhempien ikäluokkien. Laman alkuvaiheessa vuosina 1991–1994 työttömiksi jääneistä 80 % oli ollut useammin kuin kerran työttömänä. Nuorten työttömyys pitkittyi maan eteläosissa, ja toistuvuus kasvoi siirryttäessä maan pohjoisosiin. (Santamäki-Vuori ja Sauramo 1995.) 15–19-vuotiailla työttömyysjaksot kestivät vuonna 1994 keskimäärin 16 viikkoa, vuonna 1998 enää 8 viikkoa. 20–24-vuotiaiden vastaavat luvut olivat 21 ja 12, kaikkien 15–64-vuotiaiden 25 ja 21. Pitkäaikaistyöttömien osuus työttömistä siis kasvaa selvästi yli 25-vuotiailla. (Työministeriö 2006; ks. myös Viinamäki 1996.)

Nuorten työttömyydellä on todettu yhteys mm. psyykkisten ja sosiaalisten ongelmien lisääntymiseen, terveystalvelujen käyttöön, somaattiseen sairastavuuteen ja yhteiskunnasta vieraantumiseen. Lähtöperheen toimintamallit vaikuttavat siihen, miten nuori osallistuu työelämään ja on sosiaalisesti aktiivinen. Mikäli ympäristösysteemi

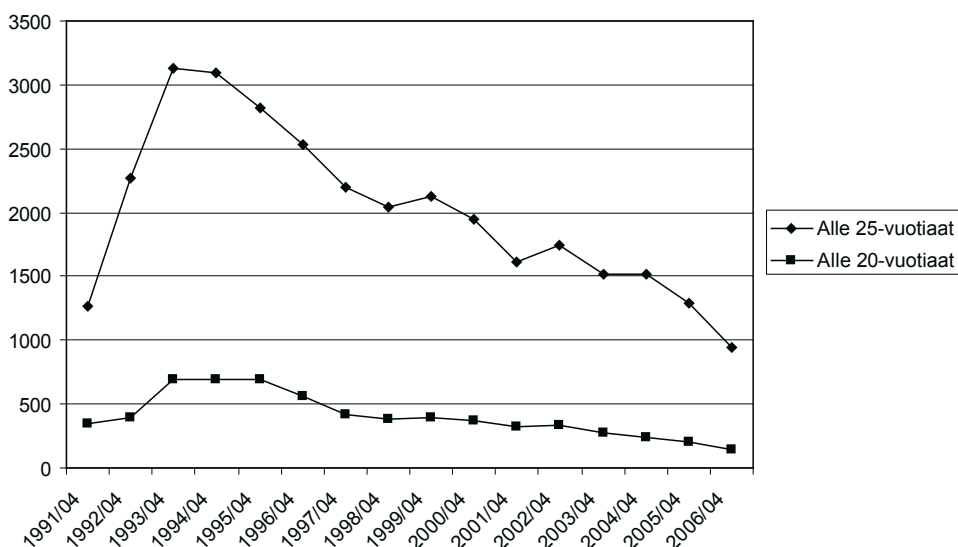
ei onnistu välittämään oleellisia vaikutteita, vahvistamaan myönteisesti nuoren persoonallisuuden käyttäytymistyyliä sekä tarjoamaan riittäviä toimintaedellytyksiä, nuoren elämä voi muodostua ongelmalliseksi. Nuoren toimeentulon niukkuus, velkaisuus sekä taloudelliseen lamaan liittyvät perheen kokemat taloudelliset paineet ovat suorassa yhteydessä vanhempien ja lasten välisiin riitoihin rahasta. Perheen sisäisistä ristiriidoista muodostuu usein uhka nuoren mielenterveydelle.

Suomessa on 1990-luvulta lähtien pyritty ehkäisemään nuorten syrjäytymistä käynnistämällä heidän tarpeistaan lähteviä hankkeita (Sosiaali- ja terveysministeriö 1999a; ks. myös Laapotti 1997). Suomessa on arviolta 10 000–15 000 alle 25-vuotiaasta syrjäytymisvaarassa olevaa nuorta, joilla on selviä elämänhallinnan vaikeuksia (Saarela 2002). Toimenpiteiden kohdentamista suunniteltaessa on arvioitu, että suurimmassa syrjäytymisvaarassa ovat ns. ongelmaperheiden lapset ja nuoret, oppimisvaikeuksista kärsivät lapset ja nuoret sekä huumeongelmaiset (Sosiaali- ja terveysministeriö 1999b, 1999c, 1999d). Työmarkkinoilta nuorena syrjäytymisestä aiheutuvat kokonaiskustannukset saattavat muodostua yhteiskunnalle huomattaviksi.

### 1.3 Nuorten työllisyystilanne ja urasuunnittelun aktivointimalli Turussa

Turussa nuorten työttömyys oli huomattavan korkealla 1990-luvulla. Suurimmillaan työttömien määrä oli vuoden 1993 loppukesällä (kuva 1).

**Kuva 1.** Nuorisotyöttömyys Turussa vuosina 1991–2006<sup>1</sup>.



<sup>1</sup> Lähde: Juha Pusila: Työnvälitystilasto, taulu TK14 eri vuosilta.

Huolestuttava piirre Turussa oli erityisesti se, että alle 25-vuotiaiden suhteellinen osuus kaikista työttömistä oli noussut vuoden 1999 aikana 16 %:sta 19 %:iin. Muissa vastaavan kokoisissa kaupungeissa kehitys oli ollut päinvastaista. Viimeisen parin vuoden aikana parantuneesta työllisyystilanteesta ovat kuitenkin hyötynet erityisesti nuoret (Työministeriö 2006).

Selvät kasvuluvut näkyvät myös toimeentulotukea saavien asiakkaiden määrissä ja taustoissa. Pitkäaikaisasiakkaiden määrä oli huimassa kasvussa. Kaikista toimeentulotukiasiakkaista pitkäaikaisasiakkaiden osuus oli vuonna 1997 27,8 %, vuonna 1998 34,5 % ja vuonna 1999 jo 36,8 %. Erityisesti kiinnitti huomiota nuorten ikäluokkien osuus toimeentulotukiasiakkaiden määrässä. Heistä yhteensä 29,8 % oli vuonna 1998 alle 25-vuotiaita ja 28 % 25–35-vuotiaita. Alle 35-vuotiaita oli yhteensä noin 60 %. Kun pitkäaikaisasiakkaaksi määritellään henkilö, joka tarkasteluhetkellä on asiakkaana ja joka tämän lisäksi on saanut kahtena edellisenä vuonna toimeentulotukea vähintään kuusi kertaa, oli alle 25-vuotiaita pitkäaikaisasiakkaita lähes 25 % eli yhteensä noin 500 taloutta. Määrä näytti olevan edelleen kasvussa. Iäkkäämpien henkilöiden osuus oli pysynyt vähäisenä, sillä vain 20 % asiakkaista oli yli 45-vuotiaita.

Vaikka syrjäytymisvaarassa olevien nuorten työllistämiseksi on tehty erilaisia interventioita (Johansson ym. 1997; Laapotti 1997; Sosiaali- ja terveysministeriö 1999a), uusia ja samalla kokonaisvaltaisia kehitystoimintoja selvästi tarvitaan. Käytännössä tavoitteena pitäisi olla, että tarvittavia kunnan, valtion, sosiaaliturvan ja vapaaehtoissektorin palveluja käytettäisiin joustavasti nuoren työllistymisedellytysten ja työllistymisen aikaansaamiseksi.

Turun kaupungin, työministeriön ja Euroopan sosiaalirahaston yhdessä rahoittamassa Koho-projektissa (Koho pitää pinnalla) kerättiin kokemuksia siitä, miten syrjäytymisvaarassa olevien nuorten työllistymisedellytyksiä voitaisiin parantaa (Linnossuo 2000). Koho-aineiston pohjana oli kolmen täyden ikäluokan työ- ja opiskelumarkkinoilla selviytymisen seuranta. Varsinaisen interventioryhmän muodostivat syyskuun 1996 tilastotietojen perusteella kaikki 1.10.1976 syntyneet ja sitä nuoremmat työttömät (17–19 vuoden iässä), joille lähetettiin tuolloin kutsu osallistua uudenlaiseen urasuunnitteluun. Vuoden 1999 alusta lukien ikärajaa muutettiin koskemaan kaikkia alle 25-vuotiaita turkulaisia työttömiä nuoria. Koho-projekti päättyi työministeriön ja Euroopan sosiaalirahaston rahoittamana projektina 31.7.1999, mutta kaupunginhallitus päätti jatkaa Koho-toimintaa kunnallisena pysyvänä toimintana hallintokuntien (sosiaali-, terveys- ja koulutoimi) varaamin määrärahoin ja työllisyysvaroin. Vuodesta 2002 alkaen Koho on ollut osa Turun kaupungin työllistämisyksikköä.

Koho-projektin asiakkaissa oli joukko nuoria, joilla oli siinä määrin fyysisiä, psyykkisiä tai sosiaalisia toimintarajoitteita, etteivät he olleet työmarkkinoiden käytettävissä. Rajoitteet eivät ehkä olleet merkittävästi haitanneet koulutyötä, mutta työelämään sijoittumisessa ne olivat selvä este.

Kelan, Turun kaupungin eri toimijoiden ja A-klinikkasäätiön yhteistyönä aloitettiin vuonna 1999 Nytku-hankkeen (= **Nyt kuntoutetaan** nuoria Turussa) suunnittelu. Hanke toteutettiin kaksiosaisena. Nyt raportoitavassa osahankkeessa tutkittiin nuorten kuntoutustutkimuksen toteutumista kuntoutuslaitoksessa ja toisessa osahankkeessa toteutettiin palveluohjaukseen liittyvä vuoden seurantatutkimus, joka on jo raportoitu erikseen (Linnossuo 2004).

## 2 NUORTEN KUNTOUTUSTUTKIMUSHANKKEEN TAVOITTEET

Tässä kuvattavan hankkeen keskeisenä tavoitteena oli saada kokemusta siitä, miten toimintarajoitteisten nuorten kuntoutustutkimus toteutetaan laitospalveluina. Kuntoutustutkimuksessa pyrittiin kuvaamaan hankkeeseen osallistuneiden nuorten nykyistä elämäntilannetta kokonaisvaltaisesti. Lisäksi selvitettiin, mitkä olivat syrjäytymisen syyt ja millaisia kuntoutumismahdollisuudet.

### 2.1 Kuntoutustutkimuksen tavoitteet ja sisältö

Kela järjestää KKRL 6 §:n (Laki Kansaneläkelaitoksen kuntoutusetuuksista ja kuntoutusrahaetuuksista 2005) mukaisesti vakuutetuille ammatillista kuntoutusta työkyvyttömyyden estämiseksi tai työ- ja ansiokyvyn parantamiseksi, jos todettu sairaus, vika tai vamma aiheuttaa työkyvyttömyyden uhan tai vakuutetun työkyvyn ja ansiomahdollisuuksien on katsottava sairauden, vian tai vamman vuoksi olennaisesti heikentyneen.

Kuntoutustutkimuksen tavoitteena on selvittää monipuolisesti kuntoutujan kuntoutusmahdollisuudet ja -edellytykset kartoittamalla mm. hänen terveydentilaansa ja työllistymisedellytyksiänsä sekä keinot, joilla ongelmien lisääntyminen voidaan estää ja hänen työkykyään parantaa. Kelan etuusohjeiden mukaan tällaista perusteellista tutkimusta kuntoutussuunnitelman laatimiseksi tulee harkita erityisesti silloin, kun kuntoutujalla on useita toiminta- ja työrajoitteita aiheuttavia sairauksia tai vammoja

- jos niitä ei ole riittävästi selvitetty kuntoutuksen kannalta
- jos kysymyksessä on koulutuksen suunnittelu eikä selkeää suunnitelmaa ole voitu laatia esim. ammatinvalinnanohjauksessa tai koulun opinto-ohjauksen avulla
- jos muut asiaan liittyvät sosiaaliset tai suoriutumisongelmat ovat vaikeuttaneet kuntoutussuunnitelman tekemistä.

Kuntoutustutkimuksen sisältö ja prosessin kulku on määritelty Kelan laitosmuotoisen kuntoutuksen standardissa (hankkeen asiakasvaiheessa versio 7/2000, viimeisin versio 12/2006). Kyseessä on laaja moniammatillinen tutkimus, jossa käytetään lääketieteellisiä, ammatillisia, sosiaalisia ja psykologisia tutkimusmenetelmiä. Tavoitteena on laatia kuntoutujalle yksilöllinen kuntoutussuunnitelma, joka sisältää ammatilliset ja hoidolliset suositukset ja palvelut sekä tukitoimet.

Kuntoutustutkimuksessa laaditaan kuntoutujalle toteuttamiskelpoinen yksilöllinen ammatillinen kuntoutussuunnitelma. Moniammatillinen tiimi laatii yhdessä kuntoutujan kanssa suunnitelman, joka sisältää kaikki ne toimet, jotka tähtäävät kuntoutujan työllistymiseen. Ammatillista suunnitelmaa laadittaessa arviointia täydentää tarvittaessa työkokeilunohjaajan konsultaatio. Suunnitelmaa laadittaessa huomioidaan kuntoutujan fyysiset, psyykkiset ja sosiaaliset resurssit sekä rajoitteet. Tavoitteena on parhaalla mahdollisella tavalla hyödyntää kuntoutujan valmiudet ja

kiinnostuksenkohteet. Suunnitelma sisältää hoidolliset tavoitteet, tarvittavat tukitoimet ja ammatillisen kuntoutuksen keinot ja mahdollisuudet. Lisäksi suunnitelman tulee olla sellainen, jonka kuntoutuja voi sisäistää ja hyväksyä. Ammatillisen suunnitelman tavoitteena voi olla paitsi tuettu työllistyminen myös ammattikoulutus, oppisopimuskoulutus, työkokeilu tai peruskoulutuksen täydentäminen erilaisin tukitoimin. Työkokeilu, joka voi sisältää koulutuskokeilun, on tärkeä keino selvittäessä toimintarajoitteisten kuntoutujien ammatillisia osallistumisvalmiuksia ja -mahdollisuuksia. Ammatillinen kuntoutusprosessi voi olla varsin pitkäkestoinenkin ja samanaikaisesti voi olla vireillä muita toimenpiteitä, jolloin näiden kaikkien oikea ajoitus on tärkeää. Ammatillisen kuntoutuksen käynnistyminen ja toteutuminen edellyttävät usein taloudellista tukea, jonka perusteet tulee selvittää. Myös tukitoimenpiteet ja verkostoyhteydet tulee suunnitelmassa varmistaa.

Tavanomaisesti kuntoutustutkimus käynnistyy jonkin viranomastahon toimesta, mutta myös asiakas voi olla aloitteentekijänä. Ammatillisen kuntoutuksen edellytyksenä on, että työkyky ja ansiomahdollisuudet ovat olennaisesti heikentyneet. Lähtökohtana on asianmukaisesti diagnosoitu sairaus, vika tai vamma. Harkittaessa koulutusta nuorille, jotka eivät vielä ole olleet työelämässä, riittää, että sairaus aiheuttaa olennaisia rajoituksia ammatin ja työn valinnassa.

Yllä kuvattuja, Kelan standardin mukaisia ohjeita noudatettiin soveltuvin osin tässä raportissa kuvatussa kuntoutustutkimuksessa (ks. myös luku 4.1).

## 2.2 Toimintakyvyn biopsykososiaalinen arviointi- ja edistämismalli (BPS-ICF)

Toimintakyvyn biopsykososiaalinen arviointi- ja edistämismalli (BSP-ICF) (Talo ym. 1996; Talo ja Hämäläinen 1997; Talo ym. 2001) on käsitteellinen viitekehys, joka on kehitetty ohjaamaan toimintakyvyn laaja-alaista ja moniulotteista arviointia käytännön työssä sekä kehittämään arviointiin perustuvaa kuntoutus- tai muun toimenpidesuunnitelman laadintaa ja palvelujen tarjontaa. Malli pohjautuu Engelin (1977) teoriaan siitä, että terveys ja toimintakyky eivät ole määriteltävissä pelkästään lääketieteellisesti, vaan niitä tulee tarkastella ihmisen käyttäytymistä ja toimintakykyä säätelevänä fyysisenä, psyykkisenä ja sosiaalisena (biopsykososiaalisena) kokonaisuutena. Mallin toinen teoreettinen lähtökohta on WHO:n kansainvälinen toimintakykyluokitus ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health) (WHO 2001; ICF 2004). Toimintakyvyn kuvaamiseksi ICF-luokitus tarjoaa rakenteellisesti jäsennetyn moniulotteisen tarkastelutavan, jonka tarkoitus on yhtenäistää toimintakyvyn kuvauskieltä ja siten helpottaa toimintakykyä koskevaa kommunikaatiota eri hallinnonalojen välisessä yhteistyössä. Luokituksessa toimintakyvyn kuvauskohteet ryhmitellään kolmelle osa-alueelle, jotka ovat nimeltään Ruumiin/Kehon toiminnot ja rakenteet, Suoritukset ja osallistuminen ja Ympäristökijät.

BPS-ICF-mallissa Engelin biopsykososiaalinen lähestymistapa on yhdistetty ICF-luokituksen kolmeen osa-alueeseen (toiminnot, suoritukset ja osallistuminen; ympäristö-



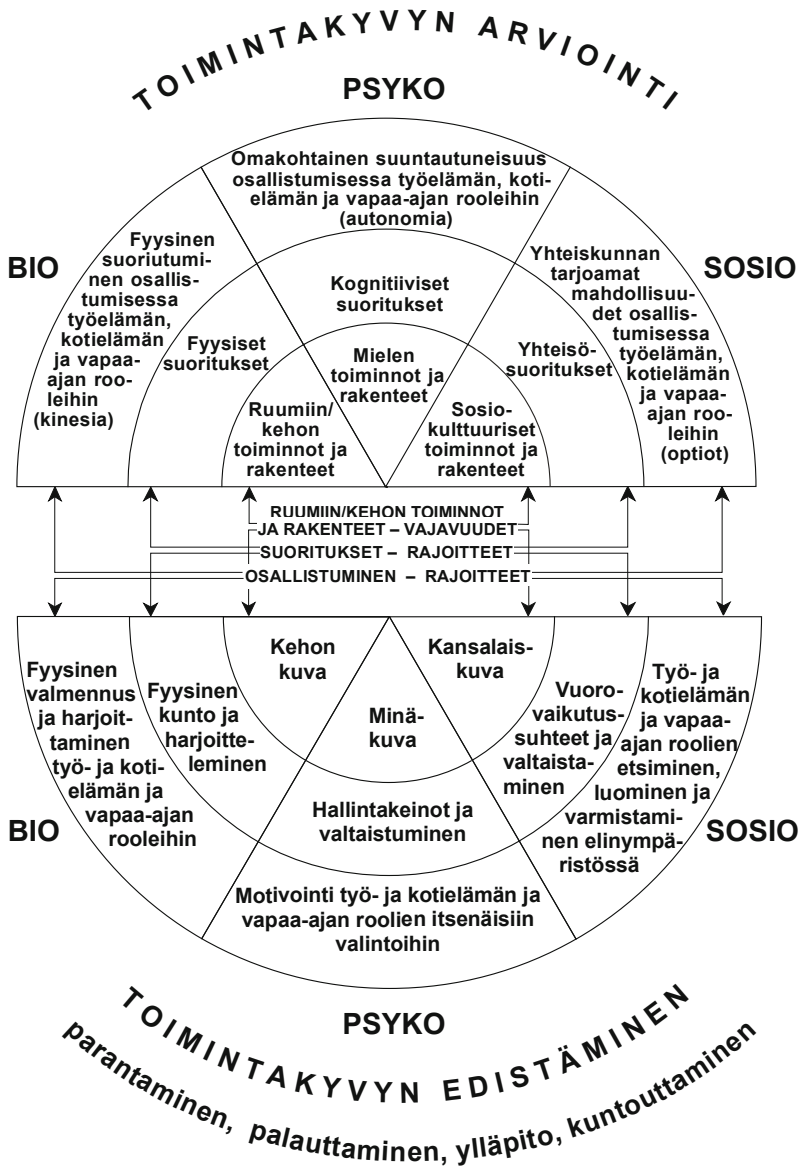
tekijät sen sijaan sisältyvät mallissa em. kolmeen osa-alueeseen). Täten BPS-ICF-malli jäsentää toimintakykyä koskevan tiedon 9 osa-alueelle. Kuvassa 2 näitä osa-alueita kuvataan sellaisilla yläkäsitteillä, jotka voidaan edelleen määrittellä alakäsitteiksi ja operationalisoida toimintakyvyn arvioimiseen soveltuvilla moniammatillisilla arviointi- ja mittausmenetelmillä. Kuten ICF-luokitus, myös BPS-ICF-malli kokonaisuudessaan on sovellettavissa kaikenikäisten terveiden ja sairaiden sekä vammaisten henkilöiden toimintakyvyn arviointiin (Talo ym. 1998). Mallia operationalisoivien arviointimenetelmien valinta puolestaan perustuu kyseessä olevan tutkimuksen tai arvioinnin tavoitteisiin.

BPS-ICF-mallin mukainen toimintakyvyn arviointi tuottaa yksilöllisen toimintakykyprofiilin, joka tuo esille henkilön toimintakyvyn edellytyksiksi tulkittavia fyysisiä, psyykkisiä ja sosiaalisia voimavaroja ja rajoitteita. Profiilin avulla voidaan laatia arviointitulosten osoittamiin kuntoutustarpeisiin perustuva kuntoutus- tai muu toimenpidesuunnitelma. Malli on tarkoitettu yhdistämään medikaalinen ja sosiaalinen lähestymistapa toimintakykyä määrittelevinä tekijöinä. Tällä tahdotaan korostaa, että yksilöominaisuuksien ohella sosiaalisella ja yhteiskunnallisella järjestelmällä on myös merkitystä.

Vaikka tässä raportissa kuvatussa nuorten kuntoutustutkimushankkeessa sovellettiin pääosin perinteisiä toimintakyvyn arviointimenetelmiä, BPS-ICF-mallin rakenteellista viitekehystä käytettiin ohjaamaan toimintakyvyn arviointitulosten dokumentointia.

Kuva 2.<sup>1</sup>

## Biopsykososiaalinen ICF-malli (Toimintakyvyn biopsykososiaaliset edellytykset ICF-viitekehyksessä)



1 Kuvan ovat laatineet Seija Talo, Ulla Rytökoski ja Anneli Hämäläinen (2005).

### 3 TUTKIMUSAINEISTO

#### 3.1 Nuorten valikoituminen kuntoutustutkimukseen

Kuntoutustutkimukseen valittiin 58 Turussa kirjoilla olevaa nuorta.

Valintakriteereinä olivat

- asiakkuus Koho-toimintayksikössä
- 17–25 vuoden ikä
- fyysiset, psyykkiset ja/tai sosiaaliset rajoitteet, jotka estivät nuorta olemasta työmarkkinoiden käytössä.

Poissulkukriteereinä olivat

- akuutti päihteiden – erityisesti huumeiden – väärinkäyttöongelma
- vakava, ensisijaisesti psykiatrasta hoitoa edellyttävä mielenterveyden häiriö.

Koho-toimintayksikön urasuunnittelijat valitsivat yllä mainittujen kriteerien perusteella hankkeen potentiaaliset osallistujat. Koho-toimintayksikön runsaasta tuhannesta nuoresta vain osalla oli runsaasti asiakkuuksia eri viranomaisten kanssa, ja näiden nuorten kanssa oli jo yritetty monia erilaisia interventioita. Juuri tähän suhteellisen suppeaan ryhmään urasuunnittelijat kiinnittivät valintaprosessissa erityistä huomiota.

Urasuunnittelijat antoivat nuorille tietoa tutkimuksen tarjoamista mahdollisuuksista ja keskustelivat heidän kanssaan, motivoiden heitä tutkimukseen. Kuten yleensä kuntoutustutkimuksessa, nuoret anoivat osallistumista kirjallisesti. Lisäksi he antoivat luvan luovuttaa tutkimuksen käyttöön Koho-aineistoon kertynyttä tietoa ja myös luvan kerätä tässä hankkeessa ja seurantatutkimuksessa tarpeellista tutkimustietoa.

Urasuunnittelija täytti yhdessä nuoren kanssa hänen taustatietojaan selvittävän lomakkeen sekä lähetelomakkeen. Ne lähetettiin sekä terveyskeskuksen lääkärille että Kelan kuntoutuksen palveluyksikköön (KPY, nykyisin Kuntoutuskeskus Petrea). Lomakkeiden mukana lähetettiin nuorelta saatu kirjallinen suostumus.

58 nuoresta taustatiedot antoi 57; vain yksi lomake puuttui. Tiedonkeruuseen osallistui 10 urasuunnittelijaa, joskin työt jakautuivat epätasaisesti: 2 urasuunnittelijaa keräsi 28 nuoren tiedot. Urasuunnittelijat toimivat koko tutkimushankkeen ajan yhteyshenkilöinä ja asiakasta koskevissa asioissa koordinaattoreina myös tutkimuksen jälkeen. Mikäli nuori jostain syystä keskeytti, sairaanhoitaja kirjasi syyn. Yhteistyöstä eri viranomaisten kanssa oli sovittu erikseen, ja he olivat myös varanneet projektia varten erityisiä resursseja.

### 3.2 Nuoria kuvaavat taustatiedot

Tutkimukseen osallistuneista nuorista 30 (52 %) oli naisia ja 28 (48 %) miehiä. Osallistujien keski-ikä oli 20,4 vuotta (keskihajonta 2,1 vuotta). Naisten keski-ikä oli 19,6 vuotta (vaihteluväli 17–24 vuotta) ja miesten 21,3 vuotta (vaihteluväli 18–24 vuotta).

Koholta saadut taustatiedot perustuvat 57:ää nuorta koskeviin tietoihin. Valtaosa (75 %) nuorista oli sinkkuja, vain yksi nuori oli avoliitossa ja muut seurustelivat. Lähes puolet (47 %) asui yksin ja 23 % vanhempiensa tai sisarustensa kanssa.

Tavallisin peruskoulun jälkeinen koulutus oli ammattikoulu, jonka moni oli kuitenkin keskeyttänyt (taulukko 2). Erilaisia työvoimapolitiittisia toimenpiteitä oli tehty runsaasti, ja niistä yleisin oli työharjoittelu. Myös työsuhteita oli ollut paljon. Kaikkia toimenpiteitä leimasivat lukuisat keskeytykset.

**Taulukko 2.** Koulutus.

	n	Keskeytyksiä
Peruskoulu	46	1
Peruskoulu + 10. lk	8	–
Lukio	8	5
Ammattikoulu	32	25
Oppisopimuskoulutus	1	1
Ammattikorkeakoulu	1	–

Työttömyysjaksoja oli viimeisen kahden vuoden aikana ollut keskimäärin 2,9 ja niiden kesto oli yhteensä keskimäärin 51 viikkoa.

Nuorilla oli runsaasti asiakkuuksia eri viranomaisten, erityisesti terveydenhuollon, kanssa (taulukko 3). Keskimäärin asiakkuuksia oli 5 (vaihteluväli 1–15).

**Taulukko 3.** Asiakkuudet paikallisissa palveluorganisaatioissa (n = 57).

	%
Sosiaalikeskus	
Toimeentulo	79
Lastensuojelu	25
Asunnottomuus, päihdehuolto	4
Työvoimatoimisto	
Työnhakijapalvelut	74
Ammatinvalinnanohjaus	16
Kuntoutus	4
Terveystieteiden keskus	
Ensiapu	33
Terveysasema	67
Mielenterveystoimisto	26
TYKS, nuorisopsykiatria	14
Kasvatus- ja perheneuvola	9
Lasten ja nuorten poliklinikka	19
Mielenterveystyöryhmä	11
Muut mielenterveyspalvelut	9
Kela	
Kuntoutus	4
Sairaus, työttömyys	21
Nuorisoasema	4
Poliisi	26
Kriminaalihuoltoyhdistys	5

Kohon urasuunnittelijoiden haastattelujen mukaan nuoret viettivät suurimman osan vapaa-ajastaan joko yksin (51 %) tai kavereiden (46 %) tai vanhempien (4 %) kanssa. Nuorista 63 % koki, että heillä oli sopivasti tekemistä. 33 %:lla tekemistä oli liian vähän.

65 % nuorista tupakoi: keskimäärin savukkeita kului 15 vuorokaudessa. Alkoholia kertoi käyttävänsä ainakin kerran viikossa 27 %. Heistä 91 % piti juomistaan kohtuullisena. Absolutisteja oli 14 %. Huumausaineiden käyttö oli vähäisempää: 58 % nuorista ei ollut kokeillut niitä lainkaan, viisi nuorta ilmoitti kuitenkin kokeilleensa huumausaineita useamman kuukauden ajan, ja vain kaksi nuorta kertoi käyttäneensä huumausainetta tutkimusta edeltäneen puolen vuoden aikana.

## 4 TIEDONKERUU- JA ANALYSOINTIMENETELMÄT

Nuoria koskevia tietoja kerättiin monin eri tavoin. Urasuunnittelijat keräsivät nuorten taustatietoja haastatteluin jo ennen heidän kuntoutustutkimukseen tuloaan. Joissakin tapauksissa nuoret täyttivät taustatietonsa lomakkeille itsenäisesti. Kuntoutustutkimuksen aikana tietoja kerättiin haastatteluin, kyselyin sekä testilomakkeiden avulla. Vapaamuotoisten keskustelujen sekä fyysistä suorituskkyä ja suoriutumista kuvaavien mittausten tulokset kirjattiin tarkoitusta varten laadituille lomakkeille.

Tietoja tallennettiin 58 nuoresta, mutta vastausten lukumäärät vaihtelivat eri lomakkeissa. Kerätyt tiedot tallennettiin Kansaneläkelaitoksen atk-järjestelmään ja tulokset käsiteltiin tilastollisella SAS 8.2 -ohjelmistolla. Frekvenssitulokset esitetään tekstissä prosentteina, jos havaintoja on neljä tai enemmän, muuten yleensä lukumäärinä. Suurin osa taulukoista esitetään prosentteina. Soveltuvien osin käytetään myös muita aineiston kuvailuun sopivia tunnuslukuja. Koska tutkimukseen osallistuvat henkilöt valittiin harkinnanvaraisesti, tutkimusaineistoa ei voida pitää satunnaisotoksena, eikä tilastollisia testauksia tehty.

### 4.1 Nuorten kuntoutustutkimus

**Yleistä.** Nuorten kuntoutustutkimus sisälsi yksilöllisiä tutkimuksia, toimintavalmiuksia ja kuntoutumista tukevaa ryhmämuotoista toimintaa sekä henkilökohtaisia keskusteluja. Se poikkesi lähtökohdiltaan tavanomaisesta kuntoutustutkimuksesta siinä, että kaikilla nuorilla ei ollut tutkimuksen edellyttämää sairautta. Tässä hankkeessa käytetyn kuntoutustutkimuksen runkona oli Kelan käyttämä kuntoutustutkimuksen standardi, mutta nuorten ohjelmaan lisättiin mm. elämäntilannetta, itseymmärrystä ja tulevaisuuden odotuksia jäsentävää ryhmäkuntoutusta.

Ennen kuntoutustutkimukseen tuloa nuori oli käynyt terveyskeskuksessa, missä omalääkäri oli haastatellut hänet ja tehnyt kliinisen tutkimuksen. Nuorelle oli tehty myös keskeiset laboratoriokokeet. Omalääkäri esitti B-lausunnolla arvionsa nuoren terveydentilasta ja soveltuvuudesta kuntoutustutkimukseen.

Kelan kuntoutuksen palveluyksikössä kuntoutustutkimuksen suoritti moniammatillinen työryhmä (kuntoutustiimi), johon kuuluivat lääkäri, sosiaalityöntekijä, psykologi, sairaanhoitaja ja fysioterapeutti. Työryhmän jäsenet tapasivat nuoret sekä erikseen että yhdessä useita kertoja tutkimuksen aikana alustavasti rakennetun ohjelma-aikataulun mukaisesti (liite 1).

Kuntoutustutkimus toteutettiin kahden viikon aikana (10 tutkimuspäivää). Nuoret osallistuivat siihen neljän hengen ryhminä. Tutkimuksen aikana he yöpyivät kotona. Nuorille laadittu ohjelma oli tiivis ja monipuolinen. Ensimmäisen viikon aikana se painottui terveydentilan ja toimintakyvyn arviointiin. Toisen viikon aikana painopisteenä oli kuntoutussuunnitelman tekeminen.

Työskentely perustui tiiviiseen tiimin ja asiakkaan yhteistyöhön sekä neuvotteluun yhteistyötahojen kanssa. Kuntoutujan jatkosuosituksia koskevaan päätöspalaveriin osallistuivat kuntoutujan lisäksi tiimin jäsenet sekä hänen asiaansa Kohossa hoitanut urasuunnittelija.

Moniammatillinen tiimi laati kustakin nuoresta lausunnon, joka perustui tiimin jäsenten keräämiin tietoihin nuoren toimintakyvyn fyysisistä, psyykkisistä ja sosiaalisista edellytyksistä. Lausunto sisälsi myös kuntoutussuunnitelman suosituksineen. Sen liitteinä olivat lääkärin, psykologin ja sosiaalityöntekijän lausunnot. Tiimin jäsenten tehtävät nuorten kuntoutustutkimuksessa olivat seuraavat:

**Lääkärin tehtävät.** Työryhmän lääkäri tapasi nuoret kahdesti, tarvittaessa useammin. Hän tutki lääketieteellisen terveydentilan ja toimintakyvyn fyysiset toiminnot ja ohjasi tarvittaessa lisätutkimuksiin. Hän myös selvitti kullekin nuorelle tutkimusten tulokset ja kertoi oman arvionsa niiden suhteesta nuoren yleiseen terveydentilaan ja toimintakyvyn eri alueisiin.

**Psykologin tehtävät.** Psykologi suoritti terveyteen ja toimintakykyyn liittyvät psykologiset tutkimukset, kuten haastattelut, ryhmä- ja yksilötestaukset sekä testipalauteskustelut. Ne pyrittiin järjestämään ensimmäisellä viikolla. Samalla psykologi ja nuori hahmottelivat alustavasti myös kuntoutussuunnitelmaa.

Toisella viikolla nuoret osallistuivat psykologin ohjaamiin ryhmiin ja tapasivat hänet tarvittaessa myös henkilökohtaisesti. Tavoitteena oli keskustelujen ja erilaisten harjoitusten avulla auttaa nuoria tunnistamaan ja selkiyttämään vahvuuksiaan, mielenkiintonsa kohteita, toiveitaan ja tavoitteitaan sekä jäsentämään elämäntilannettaan.

**Sosiaalityöntekijän tehtävät.** Sosiaalityöntekijä arvioi terveyttä ja toimintakykyä selvittämällä nuoren arkielämän olosuhteita, nuoren tarvitsemaa tukea sekä yhteiskunnan palvelujärjestelmän tarjoamia palveluja. Tutkimuksen tarkoitus oli kartoittaa toimintakykyä määritteleviä sosiaalisia järjestelmä- ja ympäristökijöitä ja auttaa nuorta tunnistamaan elämäntilanteensa ongelmia sekä etsimään uusia resursseja ja mahdollisuuksia toiminta- ja työkyvyn edistämiseen yhteistyössä viranomaisten kanssa.

Sekä yksilöhaastattelut että teemaryhmät rakennettiin tukemaan kuntoutujien kuntoutusprosessin työstämistä: ensimmäisen tutkimusviikon aikana haastatteluissa painottui kuntoutujan elämäntilanteen arviointi, toisen viikon aikana toimintavalmiuksien lujittaminen, käytännön jatkotoimenpiteiden selvittäminen sekä uusien mahdollisuuksien avaaminen. Teemaryhmissä keskustellen selkeytettiin elämäntapahtumien merkitystä (ks. Hämmäläinen 1990), tulevaisuuden mahdollisia muutosprosesseja (ks. Frankl 1984) sekä myönteisten vuorovaikutusten ja ihmissuhdemallien kehittämistä (ks. Berne 1967).

Nuorten kuntoutustutkimuksessa periaatteessa varattiin lähiverkostolle ja vanhemmille mahdollisuus osallistua sosiaalityöntekijän haastatteluun, mikäli nuori sitä toivoi ja se tuntui soveltuvan hyvin kokonaisuuteen.

Osa kuntoutustutkimuksen aikana kerätystä uudesta tiedosta voitiin nuoren luvalla kirjata kuntoutustutkimuslausuntoon.

**Sairaanhoitajan tehtävät.** Sairaanhoitaja tapasi kuntoutujat jo ennen tutkimuksen alkua järjestetyssä Kohon infotilaisuudessa, jossa olivat mukana kuntoutustutkimuksen aloittavat nuoret ja nuorten kanssa työskennelleet urasuunnittelijat. Tilaisuudessa hoitaja kertoi nuorille kuntoutustutkimuksen käytännön toteutuksesta ja sen sisällyksestä sekä esitteli kuntoutuslaitoksen toimintaa. Tilaisuudessa nuoret saivat kutsun kuntoutustutkimukseen sekä Tervetulo-oppaan ja sairauksia ja oireita kartoittavan kyselylomakkeen. Infotilaisuuden tarkoitus oli myös kannustaa nuoria kuntoutustutkimukseen ja poistaa heidän tutkimukseen mahdollisesti kohdistuvia pelkojaan.

Nuorten saapuessa kuntoutuslaitokseen hoitaja pyrki luomaan mahdollisimman turvallisen ilmapiirin, esitteli tilat ja antoi yleiset toimintaohjeet. Hoitaja toimi kuntoutustutkimuksen ajan nuorten tukihenkilönä, jonka puoleen he saivat aina halutessaan kääntyä. Hän tuki nuoria tutkimusaikojen noudattamisessa: jos nuori ei saapunut aamulla tutkimuksiin, hoitaja otti yhteyttä Kohoon tai nuoreen.

Sairaanhoitaja toimi kurssin yhteyshenkilönä, motivoi ja tuki koko kuntoutustutkimuksen ajan nuorten osallistumista sille. Hän laati jokaiselle kuntoutujalle tutkimussuunnitelman mukaisen päiväohjelman (liite 1), teki siihen tarvittavat lisäykset ja muutokset sekä huolehti ohjelmien joustavasta sujumisesta. Hoitaja myös haastatteli nuoret, keskusteli heidän kanssaan terveyteen liittyvistä vaaratekijöistä ja arvioi heidän terveysneuvonnan tarpeensa.

**Fysioterapeutin tehtävät.** Fysioterapeutti arvioi nuoren toimintakykyä kuvaavia fyysisiä toimintoja ja suorituksia sekä myös fyysistä suoriutumista laajemmissa roolitehtävissä tekemällä testimittauksia sekä havainnoimalla nuoren fyysistä käyttäytymistä toiminnallisissa ryhmätilanteissa. Fysioterapeutti myös laati kirjallisen lausunnon nuorten toimintakyvyn fyysisistä määrittelijöistä ja jatkokuntoutustarpeesta.

Fysioterapeutti ohjasi kuntoutusjakson aikana kahta liikuntaryhmää, joiden tavoitteena oli herättää nuorten kiinnostus liikuntaan positiivisilla liikuntakokemuksilla. Nuoret saivat ohjausta sekä kestävyys- että lihaskuntoharjoittelussa. Ensimmäinen ryhmä kokoontui kuntosalilla ja toinen altaassa. Ryhmätilanteet antoivat ohjaajalle mahdollisuuden havainnoida nuorten toimintaa ryhmässä ja välittää muulle tiimille tietoa nuorten suhtautumisesta toiminnallisiin tilanteisiin.



## 4.2 Toimintakyvyn arviointimenetelmät

Kun moniammatillisen tiimin jäsenet keräsivät tietoa nuorten toimintakyvyn fyysisistä, psyykkisistä ja sosiaalisista edellytyksistä kuntoutussuunnitelman laatimiseksi, he käyttivät seuraavia menetelmiä:

**Lääkärin käyttämät menetelmät.** Lääkärin tutkimukseen tullessaan nuori palautti lomakkeen, jolla tiedusteltiin hänen sairauksiaan ja oireitaan sekä hänen omaa arviotaan terveydentilastaan. Kaikille nuorille oli varattu työryhmän lääkärin tutkimus, nuorisopsykiatriin konsultaatio sekä mahdollisuus osallistua kliniseen rasituskokeeseen.

Lääkäri (sisätautien erikoislääkäri) arvioi ja dokumentoi esitietojen, haastattelun ja klinisen tutkimuksen perusteella nuoren lääketieteellisen terveydentilan ja siinä esiintyvien ongelmien mahdollisesti aiheuttamat rajoitteet nuoren toiminta- ja työkyvyssä. Hän selvitti myös nuoren edellytykset osallistua tutkimukseen suunnitellulla tavalla sekä mahdollisten lisätutkimusten tarpeen. Lääketieteelliset lisätutkimukset tehtiin lääkärin ehdotuksen mukaisesti nuoren suostumuksella. Nuorisopsykiatri arvioi mahdollisia psyykkisiä häiriöitä ja hoidon tarvetta sekä nuoren toiminta- ja työkyvyn psyykkisiä edellytyksiä. Muiden erikoisalojen lääkäreiden konsultaatioissa (ortopedi, fysiatri, ihotautilääkäri, neurologi, silmä- ja korvalääkäri) kävi 12 nuorta. Taudinmääritys tehtiin ICD-10-tautiluokituksen mukaisesti.

**Psykologin käyttämät menetelmät.** Psykologi arvioi toimintakyvyn psyykkiset edellytykset ja kuntoutumismahdollisuudet ns. laajan arviointimallin mukaan (ks. Musikka-Siirtola 2001). BPS-ICF-mallin rakenteellista viitekehystä sovellettiin arviointimenetelmien valinnassa ja kerätyn tiedon jäsentämisessä (Talo ja Hämäläinen 1997; ks. myös kuva 2). Psykologi kysyi nuorelta, millainen käsitys tällä oli tutkimuksesta ja mitä tämä siltä odotti. Nuori kuvaili senhetkisen tilanteensa: voinnin, ihmissuhteet sekä koetut ruumiilliset ja henkiset paineet. Hän arvioi, mitkä kokemukset ja tavat häntä vaivaavat ja millainen elämänasenne hänellä on. Yksilötilanteissa tai ryhmäharjoituksissa nuori arvioi myös osallistumistaan työelämään ja harrastuksiin sekä nimesi neljä tavoitetta, toivetta tai unelmaa (vastaavat BPS-ICF-mallissa osallistumisen psyykkisiä edellytyksiä). Lisäksi hän arvioi selviytymistään elämän painetilanteissa ja kriiseissä, elämän hallintaa sekä elämän tarkoitusta ja toiveikkuutta (vastaavat BPS-ICF-mallissa suoritusten psyykkisiä edellytyksiä), lahjakkuuttaan ja kyvykkyyttään, psyykkistä eheyttään ja tasapainoisuuttaan sekä kokemaansa rauhaa, ahdistuneisuutta ja itseluottamusta (vastaavat BPS-ICF-mallissa toimintojen psyykkisiä edellytyksiä). Useissa arvioinneissa käytettiin Ojasen (2001) kehittämää skaalaustekniikkaa ja arviointiasteikoita.

Ryhmätestauksessa kartoitettiin nuorten oppimis- ja muistitoimintoja, tarkkaavaisuutta, päättelykykyä, kielellistä käsityskykyä, silmän ja käden yhteistyötä (operationalisoivat BPS-ICF-mallin mielen toimintoja) ja persoonallisuutta (operationalisoi BPS-ICF-mallin kognitiivisia suorituksia). Tutkimusta täydennettiin tarvittaessa

yksilötestauksella, jossa joko määriteltiin yleinen suoritustaso (WAIS-R, operationaalisoitui mielentoimintoja) tai selviteltiin lähemmin persoonallisuuden problematiikkaa (Rorschach, operationaalisoitui kognitiivisia suorituksia määritteleviä toimintatyylejä).

Toimintakyvyn edellytysten biopsykososiaalinen profiili rakennettiin käyttämällä 7-portaista arviointiasteikkoa (Talo ym. 2001; päivitettyt osa-alueiden nimet kuvassa 2 tässä raportissa). Profiilin yhdeksästä osa-alueesta kolme kuvaa toimintakyvyn psyykkisiä edellytyksiä:

Toimintakykyprofiilin osa-alueen *Mielen toiminnot* kvantitatiivinen taso määriteltiin psykologin tutkimuksessa kognitiivisten kykyjen, psyykkisen tasapainon, koettujen somaattisten ja psyykkisten pahanolontunteiden ja häiriintyneen yön arviointitietojen perusteella.

Toimintakykyprofiilin osa-alueen *Kognitiiviset suoritukset* kvantitatiivinen taso määriteltiin stressinhallinnan, käyttäytymistyylin ja impulssikontrollin, motivaation sekä sosiaalisen käyttäytymistyylin ja vuorovaikutustaitojen arviointitietojen perusteella.

Toimintakykyprofiilin osa-alueen *Omaehtoinen suuntautuneisuus (subjektiivinen autonomia) osallistumisessa työ- ja kotielämän ja vapaa-ajan rooleihin* kvantitatiivinen taso määriteltiin koetun toimintakyvyn ja koulutukseen ja/tai työelämään suuntautuvien tavoitteiden ja niiden jäsentyneisyyden perusteella.

**Sosiaalityöntekijän käyttämät menetelmät.** Sosiaalityöntekijä keräsi tietoa nuoren toimintakyvyn sosiaalisista edellytyksistä kolmessa yksilöhaastattelussa, joissa tukena olivat puolistrukturoidut kyselylomakkeet, nuoren täyttämä Elämän tarkoitus-testi (Purpose in Life Test, Crumbaugh ja Maholick 1969) sekä skaala arvostetuksi tulemisesta omassa elinympäristössään (Ojanen 2001). Lisäksi arvioinnissa käytettiin lähtötietoina eri viranomaistahoilta saatuja asiakirjatietoja. Myös sosiaalityöntekijän arvio perustui BPS-ICF-mallin viitekehukseen (Talo ja Hämäläinen 1997; ks. myös kuva 2), jonka mukaisesti 7-portaista arviointiasteikkoa käytettiin kvantifioimaan biopsykososiaalisen toimintakykyprofiilin kolmea osa-alueetta toimintakyvyn sosiaalisten edellytysten kuvaamiseksi (Talo ym. 2001; päivitettyt osa-alueiden nimet kuvassa 2 tässä raportissa).

Sosiaalityöntekijä selvitti toimintakykyprofiilin osa-alueen *Sosiokulttuuriset toiminnot ja rakenteet* tarkastelemalla nuoren elämänolosuhteita: terveyttä, koulutusta, työelämää, asumista, toimeentuloa, perhe- ja ihmissuhteita sekä kasvu- ja elinympäristöä. Erityisesti pyrittiin tunnistamaan näihin elämänalueisiin liittyvät ongelmat, niiden kasaumat (ks. Pawson ja Tilley 1997) ja olemassa olevat resurssit. Tutkimuksen aikana pyrittiin selkeyttämään nuoren tulevaisuuden näkymiä ja odotettavissa olevia tapahtumia.

Toimintakykyprofiilin osa-alue *Yhteisösuoritukset* määriteltiin vuorovaikutussuhteiden, virallisen ja epävirallisen verkoston tarjoaman tuen sekä yhteisössä saatavilla olevien palvelujen tietämyksenä, käyttönä ja kohdentuvuutena.

Toimintakykyprofiilin osa-aluetta *Yhteiskunnan tarjoamat mahdollisuudet osallistumisessa työ- ja kotielämän ja vapaa-ajan rooleihin* arvioitiin tarkastelemalla niitä vaihtoehtoisia palveluja ja keinoja, joita nuoren yhteisössä oli saatavissa työelämään, kotielämään ja harrastuselämään osallistumiseksi. Lainsäädännön, yhteiskunnan tukijärjestelmien ja yhteistyötahojen toimivuutta arvioitiin kunkin nuoren koulutuksen, ammatinvalinnan, työelämään sijoittumisen sekä harrastusmahdollisuuksien näkökulmasta.

BPS-mallin tarjoamaa rakenteellista näkökulmaa käytettiin hyväksi myös itsearvioinneissa, joita nuoret tekivät omista sosiaalisista toimintaedellytyksistään. Niinpä he arvioivat oman elämänsä hyvyttä (sosiokulttuuriset toiminnot ja rakenteet), luottamusta elämään ja palveluihin (yhteisösuoritukset) ja yhteiskunnan antamaa tukea työelämään ja vapaa-aikaan osallistumiseksi (järjestelmän tarjoamat vaihtoehdot osallistumiseen).

**Sairaanhoitajan käyttämät menetelmät.** Sairaanhoitaja keräsi tietoa lähinnä toimintakyvyn fyysisistä edellytyksistä tarkastelemalla nuoren terveyskäyttäytymistä. Hän mittasi kunkin nuoren pituuden, painon ja verenpaineen. Haastattelulla selvitettiin sekä nuoren oma että hoitajan käsitys nuoren terveyden vaaratekijöistä ja niiden tiedostamisesta sekä terveyspalvelujen ja terveysneuvonnan tarpeesta ja saatavuudesta. Lisäksi kysyttiin nuoren käsitystä omasta fyysisestä suorituskyvystään, liikuntaharrastuksestaan ja liikuntakokemuksistaan. Myös nuoren mielipide kuntoutustutkimuksen sujuvuudesta ja tutkimusjakson sisällöstä sekä mahdolliset kehittämisehdotukset selvitettiin haastatteleamalla.

**Fysioterapeutin käyttämät menetelmät.** Fysioterapeutti keräsi tietoa toimintakyvyn fyysisistä edellytyksistä arvioimalla fyysisiä toimintoja ja suorituksia sekä fyysisistä suoriutumista simuloituissa työtehtävissä. Fyysisiä toimintoja kuvattiin mittaamalla nuorten selkä- ja vatsalihasten sekä ylä- ja alaraajojen ojentajalihasten dynaaminen lihaskestävyys toistotestien avulla (Alaranta ym. 1991). Koordinaatio- ja tasapainotestissä käytettiin 27-vuotiaiden viitearvoja (Aikuisväestön terveystutkimus, julkaisematon tieto, Karppi). Hyväksytyjen suorituskertojen lukumäärä ja tutkittavan ilmoittama tai mittajaan arvioima testin lopetussyy kirjattiin mittausslomakkeelle. Lisäksi mitattiin motoriikan hallintaa Kelan tasapaino- ja koordinaatiotestien avulla (Rytökoski 1997; Vaara ja Karppi 2003). Tasapainotesti kuvaa tutkittavan kykyä säilyttää dynaaminen tasapaino. Koordinaatiotesti mittaa silmien ja alaraajojen yhteistyötä. Molemmissa testeissä mittausslomakkeelle kirjattiin sekä suoritukseen kulunut aika että mahdolliset virheet. Kaikissa mittauksissa mittaja arvioi nuoren motivaatiota.

Nuorten fyysisiä suorituksia ja fyysisistä suoriutumista työtehtävissä arvioitiin Kelan työttestillä, jonka kuormittavuus lisääntyy siirryttäessä testiosioista toiseen (Vaara ja

Karppi 1999; Vaara 2000). Testi koostuu kolmesta osiosta: ketteryys, kottikärryjen kuljetus ja laatikoiden siirto. Jokaisen osion aikana mittaaja arvioi suorituksen sujuvuutta, ergonomisuutta, turvallisuutta, ohjeiden ymmärtämistä ja niiden pitämistä mielessä, yhteistyötä sekä mahdollisia työskentelyn rajoitteita. Testiosioihin kulunut aika sekä mittaajan arvio nuoren fyysisestä suoriutumisesta kirjattiin mittauslomakkeille.

#### 4.3 Tulosten dokumentointi BPS-ICF-mallin mukaan

Seuraavassa esitettyä toimintakyvyn biopsykososiaaliseen arviointimalliin perustuvaa tutkimustulosten koodausasteikkoa käytettiin tässä hankkeessa kokeiluluontoisesti jäsentämään moniammatillisen tiimin keräämää toimintakyvyn arviointitietoa. Nuorten kuntoutustarpeen ja voimavarojen arviointia varten kehitettiin 7-luokkainen asteikko (+3 erittäin hyvä – –3 vaikea-asteisesti heikentynyt). Yleisellä tasolla negatiiviset skaala-arvot sidottiin kuntoutuslainsäädännön käyttämiin termeihin. Vaikka skaalan eri pistemäärien nimet ovat erilaisia, ne kaikki noudattavat seuraavaa luokittelua:

- +3 erittäin hyvä
- +2 hyvä
- +1 hieman keskitasoa parempi
- 0 keskitasoinen
- 1 lievästi heikentynyt tai hieman keskitasoa heikompi
- 2 olennaisesti heikentynyt tai heikko
- 3 vaikea-asteisesti heikentynyt (vaikeavammainen).

Arviointiasteikolla kuvataan nuoren toimintakykyä kvantitatiivisesti BPS-ICF-mallin yhdeksällä toimintakykyä määrittelevällä osa-alueella (liite 2). Nuorten kuntoutustutkimuksessa arvion teki sekä tiimi (ulkoinen arvio) että kuntoutuja (itsearviointi). Tiimin jäsenten tekemä arvio perustuu heidän keräämiinsä tietoihin nuorten toimintakyvystä. Kuntoutujien arviot perustuvat vastauksiin, joita he antoivat yhteen tai useampaan tiettyä toimintakyvyn osa-aluetta selvittävään kysymykseen. Moniammatillisen tiimin jäsenten arviointi- ja mittaustulosten pohjalta laadittiin kullekin kuntoutujalle yksilöllinen toimintakykyprofiili.

Toimintakykyprofiilin tarkoitus on tuoda esille nuoren kuntoutuksentarve suhteessa hänen toimintakykyään kuvaavaan 9 osa-alueeseen: fyysisiin, psyykkisiin ja sosiokulttuurisiin toimintoihin ja rakenteisiin (profiilin kentät 1–3), fyysisiin, kognitiivisiin ja yhteisösuorituksiin (profiilin kentät 4–6) sekä fyysiseen suoriutumiseen, subjektiiviseen autonomiaan ja ympäristön tarjoamiin mahdollisuuksiin osallistumisessa työ- ja kotielämän ja vapaa-ajan rooleihin (profiilin kentät 7–9).

## 5 TULOKSET

### 5.1 Yhteistyö nuorten kanssa

Kohon urasuunnittelijat olivat valmentaneet nuoret perusteellisesti osallistumiseen. Valtaosa nuorista suhtautui tutkimukseen tuloon myönteisesti. Ainoastaan kaksi nuorta oli melko haluttomia ja yhdeksän ilmoitti, että oli samantekevää, osallistuvatko he tutkimukseen vai eivät. Nuoret olivat hyvin selvillä tutkimuksen tarkoituksesta. Heistä 62 % halusi ensisijaisesti saada tietoja omista mahdollisuuksistaan työelämässä ja 28 % tietoja koulutusmahdollisuuksista. Kolme nuorta odotti tutkimuksen seurauksena pääsevänsä tehokkaampaan hoitoon. Ainoastaan kolme nuorta epäili, ettei tutkimuksesta ole heille mitään hyötyä.

Ryhmämuotoisen kuntoutustutkimuksen suunniteltu kesto oli 10 vrk. Valtaosalle nuorista (76 %) tutkimus voitiin toteuttaa kokonaan, 19 %:lle tutkimusvuorokausia kertyi vain 8–9, mutta arvioinnit ehdittiin kuitenkin saattaa loppuun. Vain kolme nuorta keskeytti tutkimuksen: yksi 2 vrk:n jälkeen puuttuvan B-lausunnon vuoksi, yksi 4 vrk:n jälkeen psyykkisten sairausoireiden vuoksi ja yksi 5 vrk:n jälkeen motivaatio-ongelmien vuoksi. Aiheettomiksi luokiteltuja poissaoloja oli 35 %:lla nuorista. Noin puolet nuorista tarvitsi tutkimuksen toteutuksessa tukea.

Vain harva vanhemmista käytti mahdollisuuden osallistua kuntoutuslaitoksessa pidettävään haastatteluun, koska nuoret eivät sitä välttämättä itse halunneet, eivätkä myöskään vanhemmat olleet siihen halukkaita.

Niille nuorille, jotka tarvitsivat erityisen paljon tukea (7 nuorta), laadittiin päiväohjelma suurelta osin heidän ehdoillaan. Näille nuorille soitettiin kotiin useammin kuin 2–3 kertaa, ja tarvittaessa urasuunnittelijat kävivät hakemassa heitä kotoa. Aamuherääminen oli monelle nuorelle vaikeaa; he olivat tottuneet nukkumaan pitkään.

Nuorten valmiutta yhteistyöhön hoitaja arvioi sen perusteella, miten he osallistuivat ohjelmiin ja noudattivat niiden aikataulua ja miten he yleisesti kuntoutustutkimukseen. Valmiudet yhteistyöhön hoitaja arvioi erittäin hyväksi tai hyväksi 61 %:lla nuorista, kohtalaisiksi 19 %:lla ja huonoiksi tai erittäin huonoiksi 20 %:lla. Yli puolet nuorista osallistui säännöllisesti ohjelmiin ja tuli niihin mielellään. Osa ilmoitti olevansa aidosti kiinnostunut kuntoutustutkimuksen sisällöstä. Joidenkuiden mielenkiinto johtui siitä, että heidän päivänsä olivat erilaisia kuin aiemmin; heillä oli jotakin tekemistä ja vaihtelua elämässään.

Valtaosa nuorista (84 %) ilmaisi viihtyvänsä kuntoutuslaitoksessa jakson aikana erittäin hyvin tai hyvin. Vaikka aiheettomia poissaoloja ilmeni eivätkä ulkoiset puitteet olleet kaikille mieluisat, nuoret kertoivat viihtyvänsä hyvin. Tapaamisia jouduttiin kuitenkin sopimaan uudelleen, ja toisten nuorten kohtaaminen ryhmässä kiinnosti alkuvaiheessa vain harvoja.

Suurin osa nuorista (78 %) arvioi kuntoutustutkimuksesta olevan heille jatkossa hyötyä paljon tai kohtalaisesti. Useimmiten hyötyä arvioitiin ammatillisen tilanteen mutta myös itsenäisen asumisen, toimeentulon, terveyden, yleisten elämän valmiuksien ja mielenterveyden vahvistumisen kannalta. Seitsemän nuorta ei osannut arvioida tutkimuksen hyödyllisyyttä.

Päiväohjelman sisältöjä nuoret arvioivat määrän ja ohjelmien sisällön raskauden mukaan. Määrältään sopivana ohjelman sisältöä piti 85 %, liian vähän ohjelmaa oli kolmen nuoren mielestä ja liian paljon viiden nuoren mielestä.

## 5.2 Kuntoutustiimin tuloksia

### 5.2.1 Lääkäriin tutkimus

Joka toisella nuorella todettiin jonkinasteisia somaattisia sairauslöydöksiä. Nuorisopsykiatrin tutkimista 51 nuoresta 73 %:lle voitiin määritellä psyykinen sairausdiagnoosi. ICD-10:n tautiluokituksen mukaista diagnoosia ei ollut todettavissa 14 %:lla nuorista. Päädiagnooseista 27 % sijoittui somaattisten sairauksien ja 59 % mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöiden ryhmään. Useimmilla nuorilla diagnooseja oli kaksi ja yli puolella kolme. Päädiagnoosin mukaisesti 31 %:lla oli psyykinen häiriö (F29–41): runsaalla puolella masennus ja vajaalla puolella ahdistuneisuushäiriö (taulukko 4). Noin 60 % haastatelluista nuorista oli saanut jossain elämänvaiheessa kerran tai useammin hoitoa psyykkisten oireiden vuoksi. Tutkimushetkellä psykiatrin hoitosuhde oli noin neljäsosalla nuorista ja mielialaan vaikuttava lääkitys neljällä nuorella.

**Taulukko 4.** Lääketieteellisiä diagnooseja ICD-10-tautiluokituksen mukaan (n = 58).

Päädiagnoosi	%
Psyykinen häiriö (F29–41)	31
Persoonallisuushäiriö (F60–69)	17
Kehityshäiriö (F83–84)	3
Käytöshäiriö (F92)	2
Määrittelemätön mielenterveyden häiriö (F99)	2
Hengityselinten allergia (J30–45)	9
Ihoallergia (L20–23)	7
Synnynnäinen epämuodostuma (Q71–87)	5

Yleisin somaattinen sairaus oli allergia, joka oli päädiagnoosina 16 %:lla nuorista. Kaksi nuorta sairasti keuhkoastmaa, ja kolmella oli allerginen nuha. Neljällä nuorella allergia ilmeni iho-oireina: näistä kolmella oli atooppinen ja yhdellä kosketusihottuma. Synnynnäisiä epämuodostumia oli kolmella nuorella. Yksittäisistä sairauksista todettiin mm. tyypin 1 diabetes, epilepsia ja lannenikaman murtuman jälkitila.

Kliinisessä rasituskokeessa mitattiin kardiorespiratorinen suorituskyky 42 nuorelta. Neljän viimeisen minuutin keskiarvokuorma oli miehillä 173 W ja naisilla 123 W. Suorituskyky arvioitiin hyväksi 21 %:lla, kohtalaiseksi 69 %:lla ja huonoksi 10 %:lla.

Nuorten painon ja pituuden perusteella laskettiin 53 nuoren (24 miestä, 29 naista) painoindeksi (BMI). Sen keskiarvo oli miehillä 23,4 ja naisilla 25,4. Alipainoisia (BMI < 20) oli 7 miestä ja 7 naista. Normaali-painoisia (BMI 20–25) oli 11 miestä ja 14 naista. Painoindeksin 30 (vähintään merkittävä ylipaino) ylitti 4 miestä ja 6 naista.

### *5.2.2 Psykologin tutkimus*

Psykologin tutkimuksessa kerätystä nuorten toimintakykyä koskevasta tiedosta esitetään tässä vain keskeiset tulokset. Osa esitetyistä tuloksista perustuu nuorten itsearviointeihin koetusta toimintakyvystä, mielenterveyspalvelujen tarpeesta, ihmissuhteiden laadusta, kuormittavista elämäkokemuksista, psyykkisistä voimavaroista ja tavoitteiden suuntautumisesta. Osa tuloksista taas perustuu psykologin arvioihin nuoren terveydestä ja toimintakyvystä.

Nuoret kokivat selviytyvänsä päivittäisestä elämästään, vaikka eivät oman ilmoituksen mukaan olleetkaan erityisen toimeliaita tai virkeitä. Omista asioista huolehtiminen onnistui 36 %:lla, 41 %:lla oli taipumus siirtää asioiden hoitamista ja 19 % ilmoitti hoitavansa asiansa ennemmin tai myöhemmin tai unohtavansa ne. Vain kaksi nuorta ilmoitti asioiden kasautuvan ja jäävän hoitamatta.

Lähes puolella nuorista oli ainakin jossain määrin vaikeuksia mielenterveyden alueella (taulukko 5), joskaan he eivät halunneet tai osanneet eritellä, mitä heidän kokemansa mielenterveydelliset vaikeudet olivat. Kolme nuorta kertoi yrittäneensä itsemurhaa ja kaksi muuta viilteli itseään.

**Taulukko 5.** Nuorten oma arvio mielenterveydestään ja mielenterveyspalvelujen tarpeestaan (n = 58).

	%
Ei vaikeuksia eikä avuntarvetta	38
Ei varmuutta asiasta	14
Jossain määrin vaikeuksia, ei avuntarvetta	28
Jossain määrin vaikeuksia, avuntarvetta	17
Runsaasti vaikeuksia, avuntarvetta	3

Nuoret olivat yleensä melko tyytyväisiä nykyisiin ihmissuhteisiinsa (taulukko 6). Monen nuoren suhdetta vanhempiinsa oli parantanut muutto pois kotoa: aiemmin perheenjäsenten välit olivat saattaneet olla erittäin tulehtuneet ja kestävämmät. Kahden nuoren äiti oli kuollut, ja 21 %:lla ei ollut isää tai isään ei ollut mitään yhteyttä. Huomionarvoista on myös, että 67 %:lla ei ollut seurustelusuhdetta ja 5 nuorella ei ollut lainkaan kavereita.

**Taulukko 6.** Nuorten kokemat ongelmat ihmissuhteissa (n = 58).

	Seurustelukumppani (%)	Äiti (%)	Isä (%)	Kaverit (%)
Ei ole (tai ei ole yhteydessä)	67	3	21	9
Ei ongelmia	17	52	53	65
Jonkin verran ongelmia	12	36	16	26
Paljon ongelmia	4	7	7	–
Erittäin paljon ongelmia	–	–	2	3

Nuorilla oli paljon kuormittaviksi arvioituja elämäkokemuksia, ja niitä oli yleensä useita samoilla henkilöillä. Erityisesti nousivat esille mielenterveyden ongelmat, rikkinäinen lapsuus ja nuoruus sekä erilaiset menetykset (taulukko 7). Mielialaa kuormittivat erityisesti vanhempien mielenterveyden järkkyminen ja alkoholismi sekä riidat ja perheväkivalta. Kipeitä menetyksiä olivat vanhempien eron tai lähiomaisen kuoleman lisäksi kavereiden kuolema tai itsemurha. Epäonnistumisen kokemuksista mieltä painoivat erityisesti huono koulumenestys ja opintojen keskeytyminen sekä koulukiusaamisen kohteeksi joutuminen. Koetuista järkytyksistä mainittiin useimmiten siirto lastenkotiin. Tuomioita ja pidätyksiä oli puolestaan tullut varkauksista, ilkkuvallasta, pahoinpitelyistä, huumausaineiden käytöstä ja päihtymyksestä. Erityisesti huomiota kiinnitti myös se, että 24 nuorta oli vakavassa tapaturmassa tai muusta syystä menettänyt tajuntansa.



**Taulukko 7.** Joitakin kuormittavia elämäkokemuksia (n = 58).

	%
Mielenterveydellisiä ongelmia itsellä tai lähiomaisella	59
Rikkinäinen lapsuus ja nuoruus	55
Menetyksiä, surua, kuolemantapauksia, joista on ollut vaikea toipua	50
Ymmärryksen ja tuen puutetta	50
Epäonnistumisia, joista on ollut vaikea päästä yli	41
Vakavia tapaturmia, joihin on liittynyt tajuttomuus tai tajunnan menetys jostain muusta syystä	41
Suuria järkytyksiä	36
Velkoja tai ylipääsemättömiä taloudellisia vaikeuksia	36
Pidätyksiä tai tuomioita	24

Ongelmien ja kuormittavien elämäntilanteiden lisäksi nuoret arvioivat myös toimintakykyään sääteleviä psyykkisiä voimavaroja, joilla oli keskeinen merkitys myös psykologin arvioidessa nuorten toimintakyvyn edellytyksiä ja erityisesti heidän osallistumisestaan työ- ja kotielämän ja vapaa-ajan rooleihin. Psykologin keräämän toimintakykytiedon perusteella kaikkiaan 57 nuorelle voitiin laatia toimintakyvyn psyykkisiä voimavaroja ja rajoitteita kuvaava profiili, jossa kvantitatiivisesti määriteltiin nuoren senhetkiset mielen toiminnot, kognitiiviset suoritukset sekä omakohtainen suuntautuneisuus (autonomia) työhön, kotielämään ja vapaa-ajan rooleihin.

Valtaosa nuorista piti toimintakykyään sääteleviä psyykkisiä voimavaroja ainakin kohtalaisina. Sen sijaan psykologin arvion mukaan toimintakykyprofiilissa esiintyi usein rajoitteita kaikissa muissa osioissa paitsi kognitiivisissa kyvyissä (taulukko 8).

**Taulukko 8.** Nuorten toimintakyvyn psyykkiset edellytykset (itsearviot  $n = 52$ ; psykologin arviot  $n = 57$ ).

	Autonomia		Kognitiiviset		Mielentoiminnot			
	(%)		(%)		A (%)		B (%)	
	Nuori	Psykologi	Nuori	Psykologi	Nuori	Psykologi	Nuori	Psykologi
Erittäin hyvä tai hyvä	31	–	23	–	19	–	19	16
Melko hyvä	19	3	42	3	39	–	38	17
Kohtalainen	33	30	25	19	15	9	33	35
Melko heikko	13	32	6	39	21	42	8	16
Heikko tai erittäin heikko	4	35	4	39	6	49	2	16

Autonomia = suuntautuneisuus työhön ja vapaa-ajantoimintoihin.

Kognitiiviset suoritukset = stressin hallinta.

Mielentoiminnot:

A = psyykinen tasapaino

B = kognitiiviset kyvyt.

Vaikka kognitiiviset kyvyt arvioitiin kohtalaisiksi 35 %:lla nuorista, kognitiivinen kykyprofiili osoittautui 31 nuorella epätasaiseksi ja heistä 28:lle oli välttämätöntä suorittaa tarkempi lahjakkuusrakenteen määrittäminen (WAIS-R). Mitattu tulos oli 15 nuorella heikkolahjaisen tason tasoa. Lisäksi 14 nuorella epätasainen kykyprofiili viittasi orgaaniseen etiologiaan. Heistä vain osa kuului heikkolahjaisten ryhmään. Sen sijaan kaikki olivat olleet vakavina pitämässään tapaturmissa tai muissa tilanteissa, joissa he olivat menettäneet tajuntansa.

Lähes kaikkien (91 %) nuorten psyykinen tasapaino oli häiriintynyt. Kaikilla oli jonkinasteista ahdistuneisuutta. Kaikista nuorista 40 %:lla ahdistuneisuuden hallinta oli huono. Masennusta ilmeni 51 %:lla, avointa tai käsittelemätöntä aggressiota 44 %:lla ja riippuvuudentunteita ja tukeutumisen tarvetta 40 %:lla nuorista. Lisäksi oli mm. itsetunto-ongelmia ja sopeutumisvaikeuksia, psyykkistä hajanaisuutta ja vaikeuksia pysyä realiteeteissa.

Psykologisen tutkimuksen mukaan psyyken hoidon tarve oli ilmeinen 58 %:lla nuorista. Lisäksi kolme nuorta tarvitsi huume- ja kaksi alkoholivieroituksen. Kahdeksan nuorta tarvitsi tukihenkilön itsenäistymisensä ja päivittäisen elämänsä tueksi.

Lähes kaikki nuoret tunnistivat kärsivänsä jonkinasteisista psyykkisen pahanolon tunteista, ja 43 %:lla niitä oli melko tai erittäin paljon. Viisi yleisimmin koettua pahanolon tunnetta (skaalalla melko tai erittäin paljon) olivat

- hermostuneisuus ja sisäinen rauhattomuus (33 %)
- tunne, että kiusaantuu ja ärsyyntyy helposti (26 %)
- tunne, että on lukossa eikä saa asioita hoidetuksi (24 %)
- vaikeus muistaa asioita (22 %)
- yleinen kiinnostuksen puute (22 %).

Ainoastaan 10 % nuorista ilmoitti olevansa tyytymättömiä elämäänsä ja 9 % kärsivänsä melko tai erittäin paljon arvottomuuden tunteista. Tulevaisuuteen kohdistuvia toivottomuuden tunteita oli 16 %:lla nuorista.

Ruumiillisen pahanolon tunne ilmeni alaselkäkipuina (22 %), voimattomuuden ja huimauksen tunteena (15 %), pahoinvointina ja vatsavaivoina (14 %), lihassärkyinä (10 %) ja päänsärkynä (9 %). Puolella nuorista oli myös melko tai erittäin paljon uni-häiriötä. Eniten nuoret kärsivät nukahtamisvaikeuksista ja huolien takia valvomisesta. Osalla uni oli myös levotonta ja katkonaista ja sisälsi painajaisia.

Arvioitaessa stressiä ja sen hallintaa ilmeni, että nuorilla oli ongelmia erityisesti käyttäytymisen kontrollissa ja psyykkisissä hallintakeinoissa. Myös sosiaalinen käyttäytyminen ja vuorovaikutustaidot olivat puutteelliset. Toiminta oli lyhytjänteisen impulsiivista, ja vaikka motivaatiota oman tulevaisuuden käsittelyyn oli, levottomuus ja lyhytjänteisyys osoittivat usein motivaation pinnallisuuden.

Arviota nuorten autonomisesta suuntautuneisuudesta osallistua työhön ja vapaa-ajan rooleihin laskivat erityisesti koulutukseen ja/tai työelämään kohdistuvien tavoitteiden jäsentymättömyys sekä sillä hetkellä esiintyvien muiden tarpeiden korostuminen tulevaisuuden tavoitteissa, toiveissa ja unelmissa. Nuorten tavoitteita, toiveita ja unelmia tiedusteltiin sekä ensimmäisellä että toisella tutkimusviikolla. Ensimmäisen viikon vastaukset on koottu seuraavaan taulukkoon (taulukko 9).

**Taulukko 9.** Nuorten tavoitteiden, toiveiden ja unelmien suuntautuminen ensimmäisellä tutkimusviikolla (n = 58).

	%
Työ	67
Pari- ja kaverisuhteet	40
Taloudellinen tilanne	29
Terveys	26
Koulutus	16
Harrastukset	16
Tyytyväisyys/onnellisuus	16
Erilaiset mieliteot	16
Elämän tasapaino	14
Perhesuhteet	12
Menestyminen	7
Jokin muu	40

Vaikka työhön suuntautuminen kiinnosti suurinta osaa nuoria, olivat he kiinnostuneita myös monista muista asioista, jotka tutkimushetkellä olivat ensisijaisia. Tavoite ”jokin muu” sisälsi runsaasti oman asunnon ja itsenäisen asumisen toiveita. Näitä esitti ensimmäisellä viikolla 19 % nuorista. Moni nuori toivoi myös taloudellisen toimeentulonsa kohenevan. Joidenkin nuorten ensimmäinen ja tärkein toive oli lapsuuden kodin senhetkisten ongelmien ratkeaminen. Toisella viikolla nuorten tavoitteet, toiveet ja unelmat jäsenyivät jonkin verran enemmän työelämän suuntaan, mutta kummallakin viikolla tavoitteiden jäsenyisyys oli melko heikko tai heikko. Sen sijaan koettu toimintakyky oli 63 %:lla kohtalainen tai melko hyvä ja 12 %:lla hyvä tai erittäin hyvä.

### 5.2.3 Sosiaalityöntekijän tutkimus

Sosiaalityöntekijä keräsi seuraavien kuvauskohteiden arviointituloksia kuvataksaan nuoren toimintakyvyn sosiaalisia edellytyksiä BPS-ICF-mallin osa-alueella Sosio-kulttuuriset toiminnot ja rakenteet:

**Nuorten asema työmarkkinoilla.** Tutkimukseen osallistuneet nuoret olivat kaikki olleet työnhakijoina ja Kohon asiakkaina. Osa heistä oli ollut yli kolmen vuoden ajan työelämän ulkopuolella. Siirtymävaiheessa peruskoulun jälkeen laajempia ammatillisia selvityksiä oli tehty harvoin ja nuorista vain yhdeksän oli saanut ammatinvalinnanohjauksen palveluja. Aikaisemmat arvioinnit monen nuoren tilanteesta ja tuen tarpeesta oli toteutettu lastensuojelu-, koulu-, sosiaali-, ja terveydenhuoltoviranomais-

ten toimesta ja olivat tähdänneet nuoren akuutin kriisin tai ongelmatilanteen voittamiseen. Vaikka mukautettuun opetukseen oli osallistunut nuorista 17 % ja fyysisiä sairauksia ja rajoitteita oli todettu jo ennen Kuntoutuksen palveluyksikköön tuloa 14 %:lla, erityistä ammatillisen kuntoutuksen tukea oli saanut vain yksi nuori.

Lähes kaikki nuoret olivat pystyneet suorittamaan peruskoulun loppuun (peruskoulu, tarkkailuluokka tai mukautettu opetus): ainoastaan kahdella ei ollut päästötodistusta. Kolmella nuorella pohjakoulutuksena oli ylioppilastutkinto, ja kuusi oli suorittanut ammatillisen tutkinnon tai kurssin. Joidenkuiden nuorten koulunkäyntiä olivat haitanneet huonot kotiolot ja muut ympäristön paineet. Toisilla tämä näkyi heikkona koulumenestyksenä, toisilla asenteena: he suhtautuivat varauksellisesti kaikkeen koulunkäyntiin. Osa kuitenkin sai hyvän päästötodistuksen peruskoulusta, tarkkailuluokalta tai mukautetusta opetuksesta, mikä antoi myönteisen lähtökohdan ammatillista opiskelua ja kiinnittymistä ajatellen. Useimpien nuorten peruskoulunjälkeiseen aikaan kuului pyrkimys saada koulu-, harjoittelu tai työpaikka oman ammattiuran löytämiseksi. Moni kuitenkin haki kouluun vain saadakseen työmarkkina-aseman ja toimeentuloetuuden (työmarkkinatuen). Tämä oli ainoastaan väliaikainen ratkaisu mutta saattoi kuitenkin edesauttaa tilannetta.

**Nuorten asumis- ja kasvuympäristö.** Osalla nuorista perhe- ja kasvuympäristö oli vaihtunut lapsuuden ja nuoruuden eri vaiheissa, joidenkuiden jopa useita kertoja. Useimmat nuoret (90 %) olivat eläneet 10. ikävuoteensa asti molempien tai toisen biologisen vanhempansa kanssa. Vanhempien erottua tai kuoltua tai erilaisten vaikeuksien kasautuessa osa nuorista ei voinut jatkaa asumista kodissaan. Neljännes heistä ilmoitti asuneensa 11–16-vuotiaana pääosin otto- tai kasvatusvanhempien luona, laitoksessa, sijoituskodissa tai sitä vastaavassa (taulukko 10).

**Taulukko 10.** Pääasiallinen huoltaja ja asuminen ennen 16:tta ikävuotta (%).

Nuoren lähtöperhe	10. ikävuoteen asti	Ikävuodet 11–16
Biologiset vanhemmat	65	37
Biologinen äiti	23	35
Biologinen isä	2	5
Otto- tai kasvatusvanhemmat	4	5
Laitos	2	12
Sijoituskoti	2	2
Muu	2	4
Yhteensä	100	100

Lähes kaikilla nuorilla oli äiti (95 %) ja isä (85 %) elossa. Valtaosa nuorten vanhemmista (äiti 62 %:lla, isä 67 %:lla) oli työelämässä. Joka kolmannen nuoren äidin terveydentila oli heikentynyt tai tällä oli pitkäaikaissairaus. Joka neljännen isä oli sairaaloinen tai tällä oli pitkäaikaissairaus. Joka toisella nuorella oli yksi sisarus, neljänneksellä kaksi tai kolme, 8 %:lla neljä tai useampia. Nuorista 9 % oli perheen ainoita lapsia.

Tutkimusvaiheessa nuorista runsas puolet eli itsenäisesti, yleensä omassa vuokra-asunnossa, ja vajaa kolmannes asui vanhempiensa tai toisen vanhemman luona. Lastenkodissa tai vastaanottokodissa asui nuorista joka kymmenes. Kahdella nuorella ei tutkimukseen tullessaan ollut omaa asuntoa eikä osoitetta. He kiertelivät eri tuttujen luona. Osalle nuorista asunto oli järjestynyt sosiaalitoimiston avulla, osa asui tukiasunnossa.

**Sosioekonominen turvallisuus.** Lähes kaikkien nuorten itsenäisen toimeentulon jatkuvuus ja perustaso oli turvattu joko toimeentulotuella tai työmarkkinatuella. Tutkimusvaiheessa nuorista kuusi oli alle 18-vuotiaita, joten heillä ei ollut vielä oikeutta näihin etuuksiin. Harvat nuoret saivat taloudellista tukea vanhemmiltaan tai sukulaisiltaan. Nuorten sosiaalietuudet riittivät kohtalaisesti elämiseen, mikäli heille ei ollut kertynyt velkoja tai mikäli he saivat taloudellista lisätukea sukulaisiltaan.

Nuorista lähes joka kolmannella oli velkaa. Osan velat olivat huomattavan suuria, mm. peli- ja luottokorttivelkoja. Opinnot tai vastuu vanhempien taloudellisesta selviytymisestä olivat syynä joidenkuiden nuorten velanottoon. Joillakuilla osa veloista liittyi rikoksiin.

Kysymykseen varojen riittävydestä joka kymmenes nuori vastasi, että rahat riittivät ruokaan vain niukasti. Kaksi nuorta ilmoitti asioivansa leipäpankissa. Lääkkeitä voitiin ostaa kohtalaisesti, koska sosiaalitoimisto tukee tarvittavien lääkkeiden hankintaa. Sen sijaan vaatteisiin ja harrastuksiin käytössä olevat varat eivät riittäneet. Joillekuille nuorille myös asunnon vuokran omavastuuosuus oli taloudellisesti liian kuormittava menoerä.

**Nuorten elämätkuva.** Nuoren elämätkuvaan vaikuttivat merkittävästi lapsuus- ja nuoruusajan kokemusten lisäksi saatu tuki, ympäristön välittämä ilmapiiri ja elämänodotukset. Nuoren arvioidessa niitä elämänympäristöjään, joissa he kukin viettivät suurimman osan aikaansa, kolmasosa nuorista arvioi kohtaavansa pääsääntöisesti arvostavaa suhtautumista. Yli puolet arvioi kohtaavansa ympäristöissään enimmäkseen väheksymistä, mutta joissakin tilanteissa myös jonkin verran myönteistä suhtautumista. 14 % arvioi kohtaavansa eri ympäristöissä pääosin vain väheksymistä. He olivat eläneet vuosia hyvin vaikeassa elämänympäristössä, minkä lisäksi heiltä puuttuivat tilanteen edellyttämät palvelut ja tuki.

Tulevaisuuteensa useimmat nuoret suhtautuivat optimistisesti. Heistä 64 % arvioi tulevaisuutensa hyvin haastavaksi, 32 % kohtalaisen haastavaksi ja vain 4 % haasteettomaksi.

Elämän tarkoitus -testissä (Purpose in Life Test) nuorista neljännes sai erinomaiset tai hyvät pisteet (113–140). Rungas kolmannes sai keskinkertaisen pistemäärän (92–112) ja runsas kolmannes alle 91 pistettä.

**Sosiaaliset kuormat.** Monella nuorella elämä oli lapsuudesta alkaen ollut laaja-alaisesti kuormittunutta. Tukitoimista huolimatta joillakuilla ilmeni vuosien kuluessa lisääntyviä vaikeuksia sekä asumisessa että toimeentulossa. Osalla oli ongelmia henkilökohtaisen turvallisuuden säilyttämisessä, osalla terveyden, riippumattomuuden ja itsenäisyyden saavuttamisessa. Tutkimusvaiheessa sosiaalityöntekijä arvioi, että 80 %:lla nuorista on vähintään kolme vaikeaa, keskivaikeaa tai äärimmäistä elämäntaustatapahtumaa.

Oman jokapäiväisen selviytymisensä lisäksi monia nuoria huolestutti usein sisarus-  
tensa ja vanhempiensa selviytyminen sairauksista, alkoholiongelmista, väkivaltaisesta perhekulttuurista tai taloudellisista vaikeuksista.

Sosiaalityöntekijä keräsi seuraavien kuvauskohteiden arviointituloksia kuvatakseen nuoren toimintakyvyn sosiaalisia edellytyksiä BPS-ICF-mallin osa-alueella *Yhteisösuoritukset*:

**Perhe ja sukulaisverkostot.** Nuoret kokivat lähtöperheen ja omaisverkoston sinänsä hyvin tärkeänä, vaikka he eivät voineetkaan kokea vuorovaikutusta aina myönteisenä. Useat nuoret (75 %) mainitsivat sisarusensa, vanhempansa, sukulaisensa tai muut omaisensa itselleen läheisiksi, vaikka nämä pitivät nuoreen harvoin yhteyttä. Monet nuoret pyrkivät ylläpitämään yhteyttä lähiomaisiinsa hyvinkin ristiriitaisissa tilanteissa. Jotkut nuoret taas olivat tietoisesti katkaisseet suhteen.

Rungas kolmannes (38 %) nuorista arvioi suhteet vanhempiinsa hyväksi, kolmannes (33 %) tavanomaiseksi ja runsas neljännes (29 %) vaikeiksi. Vaikeudet liittyivät usein vanhempien mielenterveyden ongelmiin, alkoholinkäyttöön, väkivaltaisuuteen tai vanhempien puutteellisiin sosiaalisiin valmiuksiin ylläpitää yhteyttä tai tukea nuorta. Sisarusuhteensa runsaat puolet nuorista koki hyväksi, runsas neljännes keskinkertaisiksi ja muut huonoiksi. Huonojen suhteiden syynä olivat keskinäiset ristiriidat sekä sisarus-  
sien mielenterveysongelmat tai huumeidenkäyttö.

**Kaveriporukat ja pienryhmät.** Valtaosalla nuorista oli useita hyviä ystäviä. Heistä 17 % ilmoitti yhden todellisen hyvän ystävän, johon he pitivät yhteyttä joko tapaamis-  
in, puhelimitse tai Internetissä. Nuorista 12 %:lla ei ollut yhtään ystävää tai edes kaveria. Tämän he itse kokivat hyvin kipeänä asiana.

Kavereiden tapaaminen ainakin kerran viikossa oli lähes joka toisen nuoren viikon kohokohta. Koska lähiympäristö antoi nuorille viikolla harvoja toiminta- ja tapaa- mismahdollisuuksia, monet hakeutuivat keskikaupungille tapaamaan tuttujaan diskoihin. Joskus nuoret kokoontuivat myös jonkun tutun asunnossa. Yhdessäoloon saattoi sisältyä myös päihteitä, pelkoa, alistamista ja manipulointia. Osa nuorista varoi liikkumista tietyillä alueilla tai pelkäsi jotain kaveriporukkaa.

Useimmat nuoret (72 %) kokivat ihmissuhteensa myönteisinä. Toisaalta osa arvioi joutuneensa kohtaamaan myös hylkäämisiä (44 %), ristiriitoja (41 %), vihamieli- syyttä (39 %) ja fyysistä väkivaltaa (41 %). Henkistä väkivaltaa arvioi kokeneensa joka viides nuori vanhempiansa ja 16 % entisten koulutovereittensa taholta. Erityisen vaikeana nuoret pitivät sitä, että asioihin ei ollut puututtu tukitoimenpiteillä: mm. koulukiusaamista ei ollut käsitelty riittävästi kouluaikana eikä myöskään tehtyjen selvittelyjen yhteydessä.

**Viranomaisverkostot.** Viranomaiset muodostivat keskeisen osan joidenkuiden nuorten lähi-ihmissuhdeverkostoa. Kohon urasuunnittelijaa tavattiin viranomaisista säännöllisimmin, ja nuoret pitivät kontaktia hyvänä. Monelle nuorelle pitkäaikainen, 1–4 vuoden mittainen kontakti Kohoon osittain kompensoi muuta laaja-alaisempaa tukea. Nuorten ongelmien moninaisuus ja työntekijöiden vaihdokset johtivat toisinaan lyhyisiin viranomaiskontakteihin, eikä viranomaisilla ollut aina tarpeeksi tietoa nuorten tilanteista. Vaihdokset ja tarpeellisen pitkäaikaisen tuen puute loivat minimitoimintamallin, jonka seurauksena nuoret käyttivät valmiitakin palveluja vain osittain.

**Terveyspalvelujen antama tuki.** Useimmilla nuorista oli jo lapsena todetun fyysisen pitkäaikaissairauden hoito järjestynyt hyvin. Myöhemmin, kun osa nuorista oli ollut itse vastuussa omasta hoitoon hakeutumisestaan, uuden sairaustilanteen selvittely oli usein jäänyt kesken.

Pitkäaikaissairaat käyttivät kuntoutuspalveluja harvoin: vain yksi oli saanut ammatillista kuntoutusta. Kukaan nuorista ei ollut osallistunut sairautensa vuoksi sopeutusvalmennuskursseille tai sairausyhdistysten toimintaan. Kenellekään nuorista ei ollut haettu vammaistukea, vaikka neljä heistä oli saanut Kelan pitkäaikaissairaana lapsen hoitotukea korotettuna.

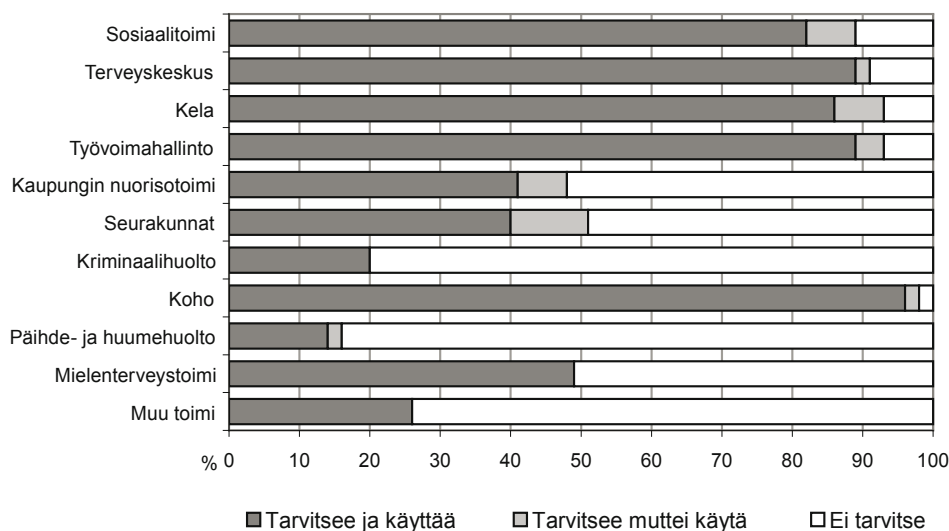
Tutkimukseen tullessaan 34 %:lla nuorista oli kontakti joko lasten tai nuorten mielenterveystoimistoon tai psykoosityöryhmään tai heillä oli yksityinen psykoterapia- suhde. Osa nuorista koki saavansa hoidosta tukea, osan oli vaikea tiedostaa hoidon merkitystä, koska siinä ei ollut tartuttu esim. perheen asioihin pitkäaikaisesta avun- tarpeesta huolimatta. Joillakuilla nuorilla hoitopaikka ja hoitava työntekijä olivat vaihtuneet usein.

**Muut yhteiskunnan tarjoamat palvelut.** Erilaiset sosiaalitoimen palvelut, kuten lastensuojelun tukitoimet, olivat koskettaneet sekä nuoria että useiden nuorten läh-



töperheitä ja luoneet perusturvaa heidän elämäänsä vuosien ajan. Tutkimusvaiheessa nuorista 41 % käytti sosiaalitoimen palveluja useammin kuin kerran kuukaudessa, 32 % 1–6 kuukauden välein ja 23 % ei juuri koskaan. Yhteiskunnan tarjoamista palveluista nuoret ilmoittivat tarvitsevansa ja käyttävänsä useimmin Kohon, Kelan, työhallinnon, sosiaalitoimen ja terveyskeskuksen palveluja. Erilaisia mielenterveyden palveluja ilmoitti käyttävänsä lähes puolet nuorista (kuva 3).

**Kuva 3.** Nuorten arviot heidän tarvitsemistaan ja käyttämistään yhteiskunnan palveluista (%).



Monet nuoret tunsivat myös vanhempiensa avuntarpeen. Nuorten arvion mukaan heidän lähtöperheensä olivat useimmin terveyskeskuksen (80 %), sosiaalitoimiston (46 %) ja lastensuojelun (38 %) asiakkaina. Erityisesti nuoret kaipaivat lisäpalveluja vanhempiensa mielenterveyden hoitoon ja perheneuvontaan.

Nuorista lähes puolet (45 %) koki läheisten ihmisten ja palvelujärjestelmän tukevan heitä hyvin, 43 % kohtalaisesti ja 12 % heikosti. Moni nuori (60 %) arvosti järjestelmän toimivuutta ja pitkäaikaista tukea sinänsä.

Sosiaalityöntekijä keräsi arviointituloksia myös kuvatakseen nuoren toimintakyvyn sosiaalisia edellytyksiä BPS-ICF-mallin osa-alueella *Yhteiskunnan tarjoamat mahdollisuudet osallistumisessa työ- ja kotielämän sekä vapaa-ajan rooleihin*.

Nuorten mahdollisuuksia sijoittua työelämään ja koulutukseen ja osallistua harrastuksiin tarkasteltiin suhteessa yhteiskunnan tarjoamiin resursseihin. Yhteiskunnan tarjoamien ammatillisten mahdollisuuksien suhteen Kohon toiminta ja aikaisemmat työharjoittelut olivat tukeneet suurinta osaa nuorista sopivan ammatin etsimisessä,

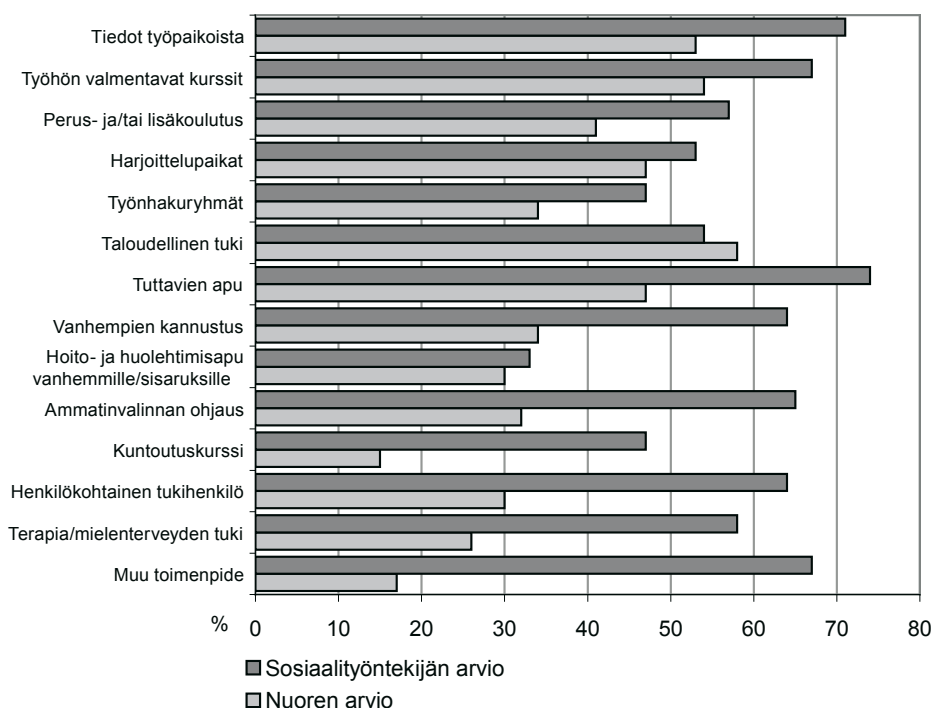
vaikka neljännnes katsoi, ettei mikään tukitoimi ollut itselle erityisen merkityksellinen. Nuorten työharjoittelut olivat olleet määräaikaista, eikä heidän ollut helppoa löytää soveltuvaa alaa tai edes osa-aikaista pysyvää työtä.

Nuorten ja sosiaalityöntekijän arviot työttömyyden syistä olivat samansuuntaiset: molemmat arvioivat riittämättömän koulutuksen ja puuttuvan työkokemuksen vähentävän nuorten mahdollisuuksia sijoittua työelämään. Lisäksi sosiaalityöntekijä arvioi useammin kuin nuori, että esteenä ovat huono työmarkkinatilanne (97 %) ja psyykkiset rajoitukset (96 %). Sosiaalityöntekijän mukaan lähes puolella (41 %) nuorista työllistymisen ajankohta oli selkeästi liian varhainen: nuoren senhetkinen kokonaisu-elämäntilanne oli vaikea, ja työllistymisen tai kohdentuvan suunnitelman kannalta välttämättömät laaja-alaiset arviot ja tukitoimet puuttuivat.

Koulutukseen hakeutumista ajatellen nuoret itse kokivat terveytensä psyykkisten rajoitusten (29 %), huonon koulutodistuksen (37 %), riittämättömän tiedon koulutusmahdollisuuksista (23 %) ja tukihenkilön puuttumisen (19 %) rajoittavan ammatillista kouluttautumistaan. Sosiaalityöntekijän mukaan syinä olivat nuorten fyysiset ja psyykkiset rajoitteet sekä tukihenkilön puuttuminen.

Sekä nuoret että sosiaalityöntekijä arvioivat nuorten tarvetta saada apua työnhaussa samansuuntaisesti, kun arvioinnin kohteena olivat harjoittelupaikat, taloudellinen tuki ja lähtöperheen tuen tarve. Nuorten ja sosiaalityöntekijän näkemykset erosivat eniten nuoren perus- ja lisäkoulutuksen tarpeen, ammatinvalinnanohjauksen, mielenterveyden tuen, kuntoutuksen, vanhempien kannustuksen ja tukihenkilön tarpeen suhteen. Sosiaalityöntekijä piti näitä tekijöitä tärkeinä useammin kuin nuoret itse (kuva 4).

**Kuva 4.** Nuoren ja sosiaalityöntekijän arviot erilaisista toimenpiteistä, joita nuori tarvitsisi työhaussa muttei tutkimushetkellä saa (%).



Yhteiskunnan tarjoamia vapaa-ajanviettomahdollisuuksia tutkittaessa todettiin, että vain harvoilla nuorilla oli ollut säännöllinen, harjoittelua ja opiskelua vaativa harrastus. Vähäisetkin urheilu- ja musiikkiharrastukset olivat jääneet peruskouluajan jälkeen.

Tutkimusvaiheessa, samoin kuin aikaisemminkin, nuorten ryhmämuotoinen harrastaminen järjestöjen, kuorojen, bändien ja seurakuntien tarjoamissa puitteissa tai harrastusmaiseen opiskeluun liittyen oli satunnaista ja toteutui vain jonkun nuoren kohdalla.

Yksikseen toimivat atk:n harrastajat muodostivat poikkeuksen harrastusintensiteetissä. Heillä netissä liikkuminen saattoi olla ympärivuorokautista, jolloin muu elämän rytmitys koettiin vaikeaksi. Nuorista 13 % käytti yli 25 tuntia viikossa atk-harrastukseen. Tähän mahdollisuuden antoivat yleensä vanhemmilta saatu taloudellinen tuki tai kurssimuotoinen opiskelu.

Toinen intensiivinen yksin vastattava harrastusalue oli eläintenhoito. Yksin asuvista nuorista keskimäärin neljäsosa piti eläintenhoitoa tärkeänä arkielämän sisältönä ja mahdollisuutena huoltaa jotakuta.

Useilla nuorilla kaikki harrastukset olivat kotikeskeisiä: kotona tapahtuva musiikin kuuntelu (94 %), keskustelu lähipiirissä ystävien tai omaisten kanssa (74 %), lukeminen (67 %), piirtäminen ja/tai kirjoittaminen (62 %). Silti kaupungilla tapahtuva kaverisakeissa oleilu (62 %), luonnossa liikkuminen (56 %) sekä baarit, pubit ja diskot (49 %) olivat suosittuja. Näihin nuoret saattoivat itse hakeutua, eivätkä he edellyttäneet saavansa yhteiskunnalta erityisiä tukikeinoja. Ryhmämuotoinen yhteiskunnan tai järjestöjen tuki ei ollut yleensä kuulunut nuorten elämän todellisiin mahdollisuuksiin. Vastuullisena toimijana kansalaisjärjestöissä, kerhoissa tai ryhmissä heistä ei ollut yksikään.

#### 5.2.4 Fysioterapeutin tutkimus

**Fyysiset toiminnot.** Dynaamisten lihaskestävyystestien tulokset olivat keskimäärin heikkommat kuin 27-vuotiaiden varsinaissuomalaisten, ja niiden vaihteluväli oli suuri (taulukko 11). Erityisesti nuorten vartalolihakset osoittautuivat heikoiksi: esimerkiksi selkätestissä naisista 76 %:lla ja miehistä 55 %:lla mittautulos oli heikompi kuin hyvän suorituksen raja-arvo.

**Taulukko 11.** Eri lihasryhmien dynaamisten lihaskestävyystestien suorituskerrat (keskiarvo, keskihajonta, vaihteluväli).

	Keski-arvo	Keskihajonta	Vaihteluväli	Hyvän suorituksen raja <sup>1</sup>
<b>Miehet (n = 23)</b>				
Oikea yläraaja	13,5	5,6	0–22	yli 18
Vasen yläraaja <sup>2</sup>	11,5	5,5	0–20	yli 15
Alaraajat	31,6	19,3	0–75	yli 30
Vatsa	38,6	16,4	16–75	yli 35
Selkä*	38,9	15,7	20–75	yli 40
<b>Naiset (n = 25)</b>				
Oikea yläraaja	20,2	9,1	0–39	yli 20
Vasen yläraaja	16,2	6,8	1–30	yli 16
Alaraajat	16,5	12,3	0–50	yli 15
Vatsa	26,0	20,5	0–75	yli 20
Selkä	29,4	16,8	10–75	yli 35

<sup>1</sup> Aikuisväestön terveystutkimus, julkaisematon tieto, Sirkka-Liisa Karppi.

<sup>2</sup> n = 22.

Dynaamisten lihaskestävyystestien lopetussyy oli yleisimmin lihasväsymys, testistä riippuen naisista 31–69 %:lla ja miehistä 41–74 %:lla. Haluttomuuden (motivoimattomuuden) vuoksi testin lopetti 10–19 % naisista ja 2–10 % miehistä.

Naiset käyttivät koordinaatiotestin tekemiseen keskimäärin 51,8 sekuntia ja miehet 51,5 sekuntia. Joka toinen mies teki testissä enemmän kuin kolme virhettä. Kuusi naista teki enemmän kuin neljä virhettä. Miehistä seitsemän ja naisista kolme käytti tasapainotestin suorittamiseen enemmän aikaa kuin oli asetettu hyvän suorituksen rajaksi (taulukko 12).

**Taulukko 12.** Koordinaatio- ja tasapainotestiin kulunut aika (s) ja virheiden lukumäärä (keskiarvo, keskihajonta, vaihteluväli).

	n	Keski- arvo	Keski- hajonta	Vaihtelu- väli	Hyvän suorituksen raja <sup>1</sup>
<b>Koordinaatiotesti</b>					
<b>Naiset</b>					
Suoritus aika	25	51,8	13,4	35–103	alle 75
Virheiden lukumäärä	25	2,8	1,7	0–6	alle 5
<b>Miehet</b>					
Suoritus aika	22	51,5	19,9	28–93	alle 60
Virheiden lukumäärä	22	4,3	3,5	0–12	alle 4
<b>Tasapainotesti</b>					
<b>Naiset</b>					
Suoritus aika	20	48,4	18,0	33–108	alle 59
Virheiden lukumäärä	20	4,1	4,1	0–16	alle 5
<b>Miehet</b>					
Suoritus aika	20	44,7	19,4	18–97	alle 51
Virheiden lukumäärä	20	3,8	3,8	0–17	alle 5

<sup>1</sup> Aikuisväestön terveystutkimus, julkaisematon tieto, Sirkka-Liisa Karppi.

**Fyysiset suoritukset ja fyysinen suoriutuminen.** Lähes viidennes nuorista kieltäytyi tekemästä vähintään yhtä työttestin kolmesta osiosta. Ketteryys-osiosta kieltäytyi 12, kottikärryjen kuljetuksesta 8 ja laatikoiden siirrosta 10 nuorta. Ketteryys-osiosta kuusi miestä ja neljä naista käytti suoritukseen enemmän aikaa kuin hyvä suoritus edellytti. Kottikärryjen kuljetus -osiossa hyvään suoritukseen ylsi 15 miestä ja 9 naista, laatikoiden siirto -osiossa vastaavasti 13 miestä ja 9 naista. Työttestin eri osioiden suorittamiseen kuluneet keskimääräiset ajat on koottu taulukkoon 13.

**Taulukko 13.** Työtestin eri osioiden suorittamiseen kulunut aika (s) (keskiarvo, keskihajonta ja vaihteluväli).

	n	Keski- arvo	Keski- hajonta	Vaihtelu- väli	Hyvän suorituksen raja <sup>1</sup>
<b>Miehet</b>					
Ketteryys	21	20,7	5,4	14–31	alle 24
Kottikärryjen kuljetus	21	34,4	7,9	20–57	alle 30
Laatikoiden siirto	21	92,0	20,3	66–153	alle 83
<b>Naiset</b>					
Ketteryys	21	27,3	7,3	19–46	alle 33
Kottikärryjen kuljetus	23	51,3	22,9	32–132	alle 44
Laatikoiden siirto	16	139,3	37,5	80–219	alle 122

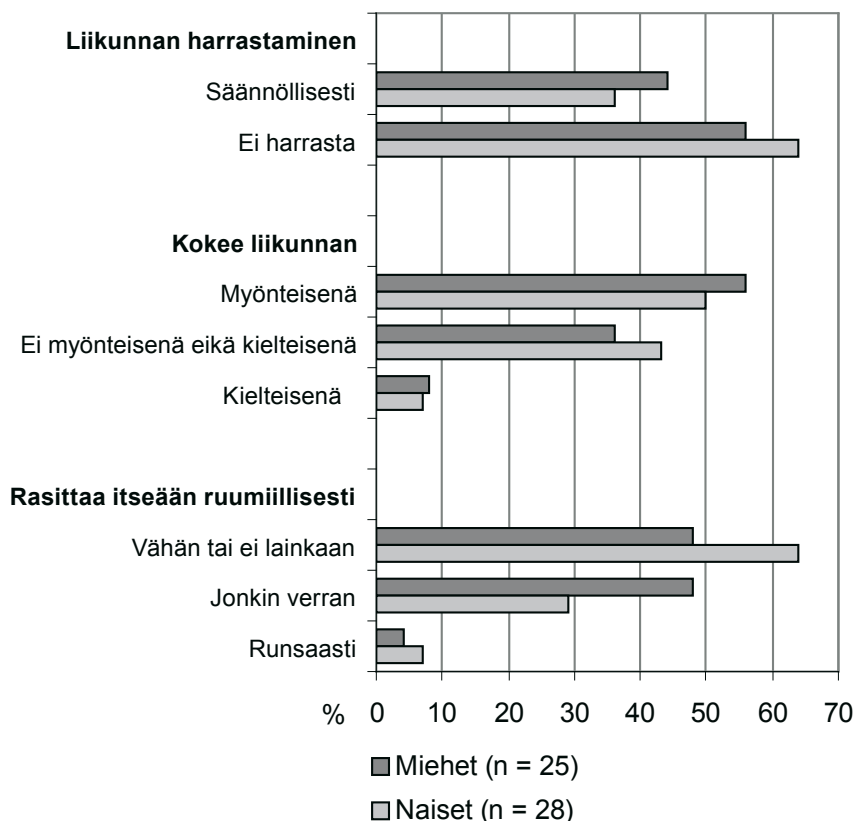
<sup>1</sup> Vaara 2000.

Työtestin kuormittavuuden lisääntyessä toiminnan ergonomisuus sekä ohjeiden ymmärtäminen ja mielessä pitäminen heikkenivät. Ketteryys- ja kottikärryjen kuljetus -osioissa ongelmia ilmeni lähinnä ohjeiden ymmärtämisessä ja noudattamisessa. Kottikärryjen kuljetus -osiossa toiminnan ergonomisuus oli heikko. Tämä näkyi varsinkin naisilla tasapainon huonona hallintana. Kuormittavuudeltaan vaativimmassa laatikkojen siirto -osiossa toiminnan turvallisuus oli selvästi heikentynyt. Nuoret nostivat ja laskivat laatikkoja selkää kuormittavilla tavoilla, ja nostoihin liittyi usein kierto. Mittaajan arvion mukaan rasituskestävyys ja lihaskestävyys olivat alentuneet etenkin naisilla (67 %:lla).

### 5.2.5 Sairaanhoidajan tutkimus

**Liikunnan harrastaminen.** Säännöllisesti liikuntaa harrasti neljä nuorta kymmenestä, useimmat kävelyä tai pyöräilyä. Muita lajeja harrastivat vain yksittäiset nuoret. Nuorista joka toinen koki liikunnan myönteisenä vain harva kielteisenä. Enemmän kuin joka toinen nuori ilmoitti rasittavansa itseään ruumiillisesti vähän tai ei lainkaan (kuva 5).

**Kuva 5.** Säännöllistä liikuntaa harrastavien miesten ( $n = 25$ ) ja naisten ( $n = 28$ ) osuus, asennoituminen liikuntaan ja oma arvio, paljonko rasittavat itseään ruumiillisesti (%).



10. ikävuoden jälkeen 62 % nuorista (naisista 57 %, miehistä 69 %) oli harrastanut säännöllisesti liikuntaa, yleensä 2–4 kertaa viikossa 1–6 vuoden ajan, useimmiten taistelulajeja. Pyöräily ja kävely eivät korostuneet kysyttäessä nuorten aikaisempia liikuntaharrastuksia.

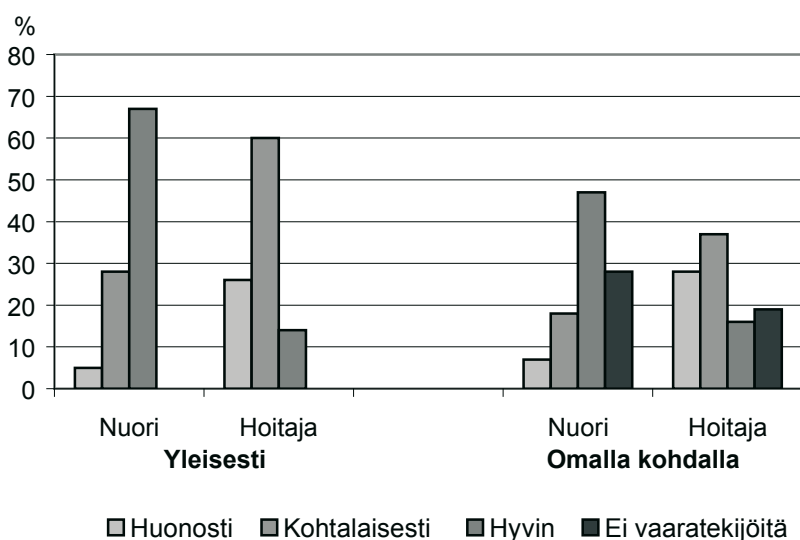
Nuoret arvioivat yleensä omat fyysiset edellytyksensä selviytyä tulevassa koulutuksessa, ammatissa tai harrastuksissa keskitasoisiksi tai sitä paremmiksi. Nuorista 68 % (naisista 64 %, miehistä 72 %) koki ruumiillisen kuntonsa kohtalaiseksi tai sitä paremmaksi.

**Nautintoaineiden käyttö.** Kuntoutuslaitoksessa tehdyn kyselyn mukaan 26 % nuorista ei käyttänyt lainkaan alkoholia. Muut joivat mm. kaveriseuran vuoksi ja stressin laukaisemiseksi. Viiden nuoren alkoholinkäyttö oli jatkunut lähes päivittäisenä. Huumeita ei käyttänyt lainkaan 88 % nuorista. Kahdeksalla nuorella arvioitiin olevan päihderiippuvuutta.

67 % nuorista tupakoi säännöllisesti, mutta heistä suurin osa kertoi polttavansa kohtuullisesti: vajaan rasian päivässä.

**Nuorten omat ja hoitajan arviot terveystietäytymisestä.** Omasta mielestään nuoret tunsivat terveyteen vaikuttavat asiat erittäin hyvin tai hyvin (67 %), kun taas hoitaja arvioi nuorten tietävän ne useimmiten (81 %) vain kohtalaisesti tai jopa huonosti (kuva 6).

**Kuva 6.** Nuorten ja hoitajan arvio terveyteen liittyvien vaaratekijöiden tunnistamisesta yleisesti ja omalla kohdalla (n = 57) (%).



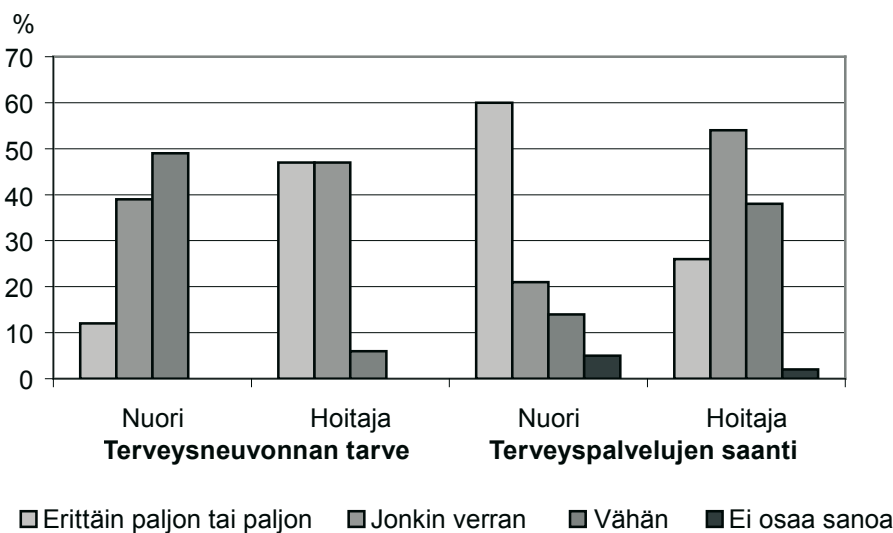
Nuorista 72 % katsoi, että heillä on omaan terveyteensä liittyviä vaaratekijöitä. Korkea prosentti selittyy sillä, että edellisen kysymyksen yhteydessä käytiin läpi näitä vaaratekijöitä ja se johdatteli nuoria vastauksen antamisessa. Hoitajan arvion mukaan 81 %:lla nuorista oli omaan terveyteensä liittyviä vaaratekijöitä. Niistä nuorista (n = 41) jotka mainitsivat, että heillä on näitä vaaratekijöitä, 89 % tunnisti riskit joko hyvin (65 %) tai kohtalaisesti (24 %).

Vaikka nuoret tunnistivat terveyden vaaratekijöitä, he eivät kuitenkaan tieneet, miten esim. tupakointi, liikunnan vähäisyys, unen riittämättömyys, epäterveellinen ruoka, suojaamaton seksi, lääkkeiden väärinkäyttö tai päihteiden käyttö vaikuttavat terveyteen. Muutama nuori sanoi suoraan, ettei välitä oman käyttäytymisensä terveydelle aiheuttamista riskeistä. Tätä he perustelivat sillä, että terveydelliset ongelmat eivät näy vielä vaan vasta tulevaisuudessa.



Hoitajan arvion mukaan osa nuorista tarvitsi terveysneuvontaa, vaikka he itse eivät kokee sitä tarpeelliseksi tai ajankohtaiseksi. Nuoret halusivat ohjausta lähinnä ravitsemukseen ja painonhallintaan liittyvissä asioissa. Unettomuuden hoidosta ja yleensä uneen liittyvistä ongelmista halusi tietoa neljä nuorta. Lähes puolet (49 %) nuorista ei osannut yksilöidä terveysneuvonnan tarvetta tai ei kokenut tarvitsevansa neuvontaa lainkaan (kuva 7).

**Kuva 7.** Nuoren ja hoitajan arvio terveysneuvonnan tarpeesta sekä terveyspalvelujen saannista (n = 57) (%).



Monelle nuorelle ravinnon vaikutus omaan terveyteen oli epäselvä ja säännölliset ruokailuajat puuttuivat. Heillä ei ollut ateriarytmitystä, ja muutama nuori kertoi, että ei tiedä, mitä on normaali ruoka. Osa nuorista kertoi syövänsä silloin, kun tulee nälkä, ja sen mukaan, mitä kaapista sattuu löytymään ja mikä on rahatilanne. Unirytmien siirtymisen vuoksi ruokailu oli siirtynyt ilta-aikaan ja iltaan. Lämpimiä aterioita söivät pääasiassa ne, jotka söivät vanhempiansa luona.

51 % nuorista korvasi aamupalan juomalla tai jätti sen kokonaan väliin. 45 % söi aamulla voileipää. Vain kuusi nuorta ilmoitti nauttivansa keskipäivällä varsinaisen aterian. 36 % söi kevyen aterian tai voileivän. 52 % ei lounastanut lainkaan, korkeintaan joi jotakin. Nuorista 71 %:lla varsinainen ateria sijoittui ilta-aikaan, koska moni heistä heräsi vasta silloin. Suurin osa nuorista söi kotona omassa tai vanhempien taloudessa.

**Terveyspalvelujen saanti.** Nuoret olivat saaneet yleensä hyvin terveyspalveluja; vain seitsemän ilmoitti saaneensa niitä huonosti (kuva 7). Suurin osa nuorista kertoi pääsevänsä esimerkiksi terveyskeskukseen lääkärin vastaanotolle kohtalaisen hyvin. He

arvioivat terveystalvelujen käyttöä lähinnä fyysisten oireiden ja sairauksien kannalta. Hoitajan arvion mukaan ainoastaan 26 % nuorista sai hyvin terveystalveluja. Arvioon vaikutti se, että psykiatrista hoitoa vaativien nuorten hoitontpääsyssä oli vaikeuksia. Lisäksi osa nuorista ei aina käyttänyt varattua aikaa esim. mielenterveystoimistossa. Moni nuori koki myös, että häntä ei arvostettu asiakkaana terveystalvelukeskuksessa.

### 5.3 Moniammatillinen arvio nuorten työkyvystä

Kuntoutustutkimuksen päättyessä tiimi arvioi jokaisen nuoren työkyvyn (taulukko 14). Työkykyarvio tehtiin konsensusistunnossa, jossa käytettiin kaikkea tiimin käytössä olevaa tietoa. Vain neljä nuorta (7 %) arvioitiin työkykyisiksi ilman mitään rajoitteita: he voisivat hakeutua työelämään avoimille markkinoille ilman tukitoimia. Olennaisin rajoituksin arvioitiin työkykyisiksi 58 % nuorista. Kahdeksan nuorta (14 %) arvioitiin tutkimusta tehtäessä kaikkeen ansiotyöhön kykenemättömiksi.

**Taulukko 14.** Nuorten arvioitu työkyky (n = 58).

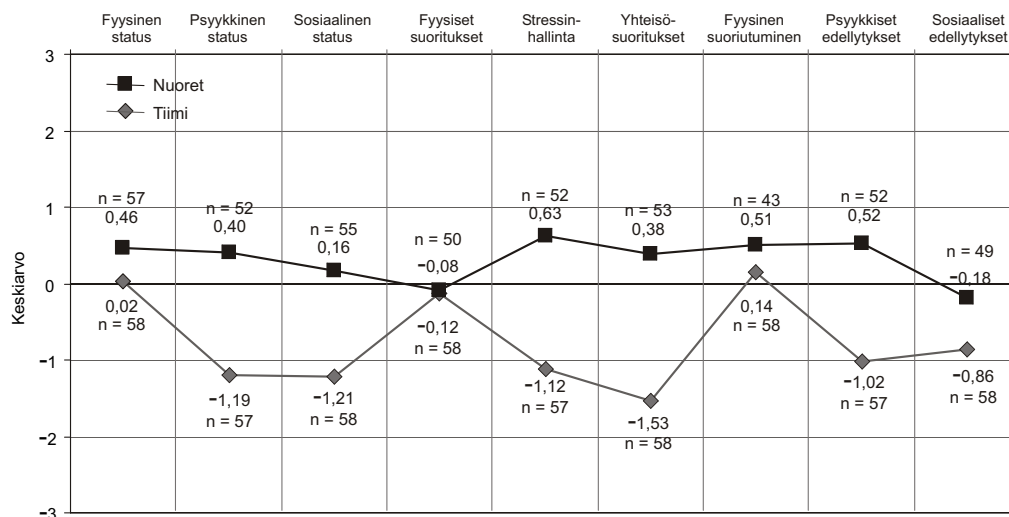
Työkyky	%
Työkykyinen	
– ilman rajoitteita	7
– olennaisin rajoituksin	58
Kykenee suojatyöhön tai tuettuun työllistymiseen	16
Arvioitavissa vasta päihdehoidon jälkeen	3
Täysin työkyvytön	14
Keskeytti tutkimuksen ennen arviota	2

### 5.4 Biopsykososiaaliset toimintakykyprofiilit

Nuorten toimintakykyä kuvaavat tutkimustulokset esitetään tässä hankkeessa myös soveltamalla toimintakyvyn biopsykososiaalisen mallin (BPS-ICF) tarjoamaa rakennetta tutkimustulosten dokumentointiin. BPS-ICF-malli tarkastelee toimintakyvyn arviointituloksia profiilina toimintakyvyn edellytysten eri osa-alueilla. Kunkin nuoren yksilöllinen toimintakykyprofiili osoittaa, millä osa-alueilla ilmenee voimavaroja, joita voidaan hyödyntää kuntoutussuunnitelmaa tehtäessä. Toisaalta profiili myös osoittaa, millä osa-alueilla esiintyy toimintarajoitteita, joiden lieventämiseksi nuori tarvitsee kohdennettua tukea ja erityistoimenpiteitä.

Kerätyn tutkimustiedon perusteella sekä moniammatillisen tiimin jäsenet että nuoret itse arvioivat toimintakyvyn fyysisiä, psyykkisiä ja sosiaalisia edellytyksiä BPS-ICF-mallin 9 osa-alueella. Arvioista piirretyt profiilit kuvassa 8 kuvataan keskiarvolukuina. Eri asteikkoarvojen keskiarvojen hajonnat on esitetty erillisissä kuvissa bio- (kuva 9), psyko- (kuva 10) ja sosiosektoreiden (kuva 11) eri osa-alueilla. Työryhmän arvioiden mukaan nuorilla esiintyi paljon toimintarajoitteita. Tuen ja erityispalvelujen tarvetta ilmeni sekä biosektorilla että erityisesti psyko- ja sosiaalisektoreilla. Yksittäisten nuorten kohdalla arviot saattoivat poiketa paljon kuviossa esitetystä keskiarvoluvusta. Nuorten omissa arvioissa (esitettyjen valikoitujen kysymysten pohjalta arvioituna) korostui vaikeista lähtöolosuhteista huolimatta oman tilanteen myönteisyys, eikä tuen tarvetta ilmennyt juuri lainkaan.

**Kuva 8.** BPS-ICF-malliin perustuvien toimintakykyprofiilien keskiarvot asteikolla +3 – -3 tiimityöryhmän sekä nuorten itsensä arvioimina.



1. *Fyysiset toiminnot ja rakenteet (kuvassa Fyysinen status).* Lääkärin arvon mukaan nuorten terveydentilaa kuvaavat fyysiset toiminnot olivat ongelmattomat tai ne saivat jopa voimavaroja kuvaavan positiivisen skaala-arvon 69 %:lla nuorista. Muilla fyysisten toimintojen skaala-arvo kuvasi toimintarajoitteita. Nuorista 82 % koki terveytensä ongelmattomaksi tai jopa voimavaraisiksi. Suhteellisen harvat (18 %) arvioivat itsellään olevan fyysisten toimintojen vajeita (hajontatiedot kuvassa 9).

2. *Mielen toiminnot ja rakenteet (kuvassa Psykkinen status).* Psykologin tekemän arvon mukaan 79 %:lla nuorista esiintyi mielen toimintoihin liittyviä toimintarajoitteita, kun taas nuoret itse arvioivat mielen toimintonsa useimmiten (81 %) ongelmattomiksi tai jopa voimavaraisiksi (hajontatiedot kuvassa 10). Psykologin arvioimat mielen toimintojen vajeet perustuivat erityisesti nuorten psyykkiseen tasapainottomuuteen.

3. *Sosiokulttuuriset toiminnot ja rakenteet (kuvassa Sosiaalinen status)*. Sosiaalityöntekijän arvion mukaan valtaosalla nuorista arkielämän olosuhteet olivat tulkittavissa toimintarajoitteiksi (43 %:lla hyvin kuormittavat tai 37 %:lla erittäin kuormittavat). Nuorten oma arvio perustui kysymyksiin elinympäristössä kohdatusta arvostuksesta ja elämän hyvyyden kokemuksesta, joiden suhteen kokonaiselämäntilanne puutteineen nähtiin melko usein myönteisenä. Kuitenkin äärimmäisen vaikeassa elämäntilanteessa nuoret arvioivat tilanteensa myös negatiivisesti poikkeavina (hajontatiedot kuvassa 11).

4. *Fyysiset suoritukset*. Nuorten fyysiset suoritukset olivat lääkärin ja fysioterapeutin yhteisen arvion mukaan useimmiten ongelmattomia tai jopa voimavaraisia (64 %). Nuorten omat arviot olivat samaa luokkaa (hajontatiedot kuvassa 9).

5. *Kognitiiviset suoritukset (kuvassa Stressin hallinta)*. Kognitiivisten suoritusten suhteen psykologin ja nuorten arviot poikkesivat selvästi toisistaan. Kun psykologi arvioi niiden viittaavan toimintarajoitteisiin 77 %:lla nuorista, useimmat nuoret (65 %) arvioivat kognitiivisten suoritustensa (stressinhallintakeinojensa) olevan voimavaraisia. Psykologin arvioissa kognitiivisia suorituksia (stressinhallintaa) heikensivät erityisesti käyttäytymisen kontrollin ongelmat, kuten impulsiivisuus, lyhytjännitteisyys ja motivaation ylläpidon vaikeus (hajontatiedot kuvassa 10).

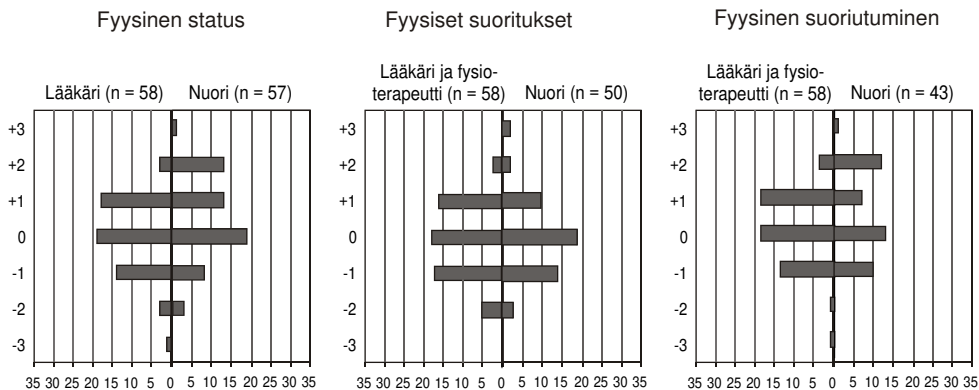
6. *Yhteisösuoritukset*. Sosiaalityöntekijä arvioi nuoren vuorovaikutussuhteista, lähiperheeltä ja formaaliselta verkostolta saamaa tukea sekä tietoa saatavista palveluista. Vain 8 %:lla vuorovaikutussuhteet ja saatu tuki näyttäytyivät ongelmattomina. Valtaosaa painoivat lähiperheen vuorovaikutusmallien vinoumat sekä muiden tukea antavien aikuisiuhmissuhdeverkostojen puuttuminen. Myös viranomaistuki oli usein jäänyt kapea-alaiseksi. Nuorten omassa arvioissa sosiaalinen tuki näyttäytyi melko ongelmattomana, kun arvioitavina asioina olivat kertynyt elämänluottamus ja tuen olemassaolo. Arvio erosi sosiaalityöntekijän arviosta, jossa tarkastelukohteena olivat suoraan perheen ja ihmissuhteiden vuorovaikutuksen mallit ja saadun tuen kohdentuvuus (hajontatiedot kuvassa 11).

7. *Fyysinen suoriutuminen osallistumisessa työ- ja kotielämän sekä vapaa-ajan rooleihin*. Nuorten fyysinen suoriutuminen roolitehtävistä työssä, kotona ja vapaa-aikana olivat lääkärin ja fysioterapeutin arvion mukaan yleensä (76 %:lla) ongelmattomat tai jopa voimavaraiset. Nuorten omat arviot vastasivat hyvin työntekijän arviota (hajontatiedot kuvassa 9).

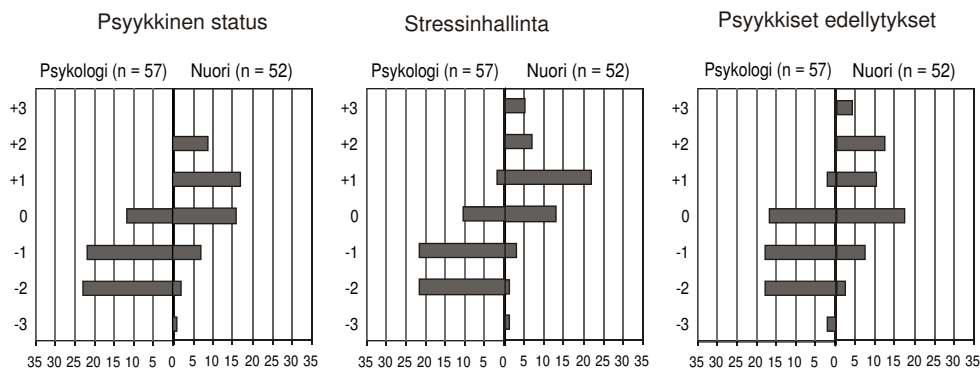
8. *Subjektiiivinen autonomia osallistumisessa työ- ja kotielämän sekä vapaa-ajan rooleihin (kuvassa Psykykkiset edellytykset)*. Psykologin arvion mukaan vain n. 20 % nuorista oli roolitehtäviin suuntautumisessa kohtalaisen autonomisia ja tavoitteisia. Muilla esiintyi niiden suhteen eritasoisia toimintarajoitteita. Nuorista 33 % piti suuntautuneisuuttaan ja tavoitteitaan kohtalaisina ja 50 % vieläkin voimavaraisempina. Psykologin arvion mukaan nuorten työelämään suuntautuminen oli jäsentymätöntä ja suuntautumisen kohteina olivat usein senhetkiset tarpeet (hajontatiedot kuvassa 10).

9. *Yhteiskunnan tarjoamat mahdollisuudet osallistumisessa työ- ja kotielämän sekä vapaa-ajan rooleihin (kuvassa Sosiaaliset edellytykset)*. Sosiaalityöntekijän arvion mukaan yhteiskunnan tarjoama tuki työ- ja kotielämän ja vapaa-ajan rooleihin osallistumiseksi oli kohdentuvaa ja kohtuullista 31 %:lla nuorista. Valtaosalla nuorista yhteiskunnan tukitoimet kuitenkin arvioitiin riittämättömiksi ja heikosti kohdentuviksi (69 %). Nuoret arvioivat saamansa mahdollisuudet paremmiksi kuin työntekijä. Nuorista 61 % arvioikin, että yhteiskunta oli pyrkinyt jotenkin tukemaan heidän osallistumistaan, joskaan se ei johtanutkaan tavoitteeseen sijoittua työelämään tai koulutukseen (hajontatiedot arvioituista mahdollisuuksista kuvassa 11).

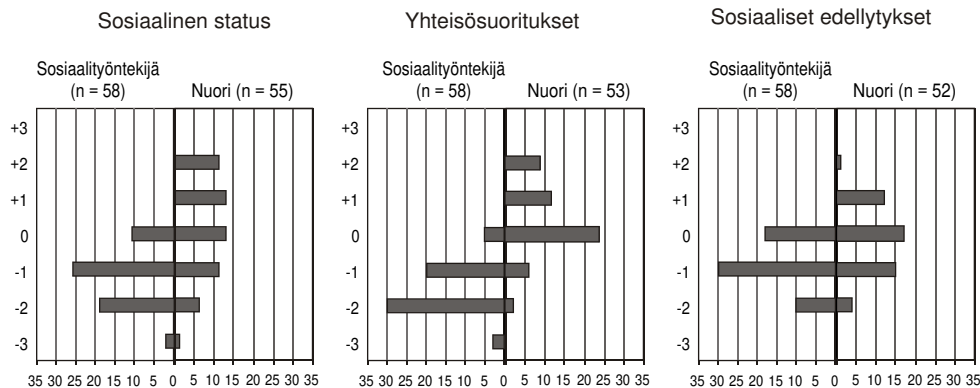
**Kuva 9.** BPS-ICF-toimintakykyprofiilien osa-alueiden asteikkopistemäärien hajonnat: Bio-sektori.



**Kuva 10.** BPS-ICF-toimintakykyprofiilien osa-alueiden asteikkopistemäärien hajonnat: Psyko-sektori.



**Kuva 11.** BPS-ICF-toimintakykyprofiilien osa-alueiden asteikkopistemäärien hajonnat: Sosio-sektori.



## 5.5 Kuntoutussuositukset

Kuntoutustutkimuksessa tehtyjen tutkimusten ja arviointitulosten pohjalta pyrittiin kullekin nuorelle laatimaan mahdollisimman toteuttamiskelpoinen kuntoutussuunnitelma tiimin, nuoren ja urasuunnittelijan yhteisneuvottelussa. Kuntoutussuunnitelmassa tuotiin esille ne palvelut, joiden arvioitiin tukevan nuoren yleistä terveyttä ja hyvinvointia ja siten edistävän ammatillista kiinnittymistä ja arkielämässä selviämistä. Niinpä lääketieteellisen terveydentilan suositukset kohdentuivat somaattisten ja psyykkisten ongelmien hoitoon ja kokonaiselämäntilanteen hallinnan kannalta tärkeitä olivat itsenäisen arkielämän tukeminen ja palvelujen aktivoiminen työelämään kiinnittymiseksi. Suunnitelma kirjattiin lausuntoon, mikäli nuori päätöskeskustelun jälkeen sitoutui ehdotettuun suunnitelmaan.

Suosituksia annettaessa kiinnitettiin huomio erityisesti niiden toteutumismahdollisuuksiin, vaikka pidettiin tärkeänä kirjata ”yksilölliseen toimintakykyprofiiliin perustuva palvelutarve” siitä huolimatta, ettei palveluja mahdollisesti olisi saatavilla. Toisaalta kaikkea tuentarvetta ei voitu tuoda esiin lausunnoissa, koska nuoret itse eivät sitä sallineet. Niinpä joidenkin suositusten toteutuminen saattoi näyttää hyvin epävarmalta nuoren ristiriitaisen motiivin, palvelujen puutteen tai heikon saatavuuden tai viranomaiskäytännön vuoksi. Edellä mainitut seikat huomioon ottaen laaja-alaisen arvioinnin pohjalta laadittujen lausuntojen suositukset kirjattiin yhteisneuvottelussa sovituin ehdoin ja lausunnot toimitettiin suositusten toteutusta varten paitsi kuntoutujalle myös eri toimijatahoille sopimuksen mukaisesti.

Taulukossa 15 on kuvattu nuoren hyvinvoinnin ja kuntoutumisen tueksi annetut ja nuoren itsensä hyväksymät suositukset.

**Taulukko 15.** Nuoren hyvinvoinnin edistämiseksi annetut, nuoren hyväksymät uudet suositukset.

Uudet suositukset		
Lääkäri	Psykologi	Sosiaalityöntekijä
Fyysiset jatkotutkimukset, hoito ja kuntoutus: 7 Päihdehoito ja mielenterveyden hoito: 3	Mielenterveyden hoito: 16 Muu terapia: 2 Päihdehoito: 3	Itsenäisen arkielämän ja asumisen tuki: 14 Taloudellinen perusturva: 2 Lisäturva: 3 Kuntoutumisen tuki: 2 Tukihenkilö: 9 Vuorovaikutuksellisten aktiviteettien tuki: 14 Kohtuuttomassa elämäntilanteessa elävien sosiaalisen tilanteen arvio ja tukitoimet: 5
Suositukset työelämään osallistumiseksi		
<b>Kurssi, koulu, työkokeilu:</b> Ammatillinen kurssi, koulu 9 Työkokeilu 33		
<b>Moniammatillinen asiantuntijatahojen yhteistyö, tuki ja seuranta:</b> Asiakaspalveluryhmä (Kela) tai laaja kuntoutuksellinen tuki 7		

Monen nuoren sairautta seurattiin aikaisemman käytännön mukaisesti terveyskeskuksessa tai sairaaloiden poliklinikoilla. Uutena asiana nousi esiin tarve lisätutkimuksiin: niitä suositeltiin neljälle nuorelle. Suositus hakeutua sopeutumisvalmennuskursseille (fyysisen sairauden perusteella) annettiin kahdelle nuorelle ja korotetun vammaistuen hakemista suositeltiin kahdelle nuorelle. Kaikkiaan 27 nuorelle suositeltiin mielenterveyden hoitoa: 11:lle sen jatkamista, 6:lle sen tiivistämistä ja 10:lle sen aloittamista. Noin 12 %:n arvioitiin tarvitsevan tarkempaa psykiatrista tutkimusta tai hyötyvän hoidosta, mutta nämä kieltäytyivät ehdotetuista jatkotoimenpiteistä.

Elämäntilanteen tukemiseksi suositeltiin useimmiten itsenäisen vuokra-asunnon hankkimista joko sosiaalitoimiston suoralla tuella (10) tai tukiasunnon tai asumiskokeilun (4) kautta. Taloudellista perusturvaa vailla oli kaksi siihen oikeutettua nuorta. Kolmelle nuorelle suositeltiin kirkon diakonian taloudellista lisäturvaa. Erilaisia vuorovaikutustaitoja tai muita toimintavalmiuksia lujittavaa ryhmätukea suositeltiin annettavaksi yhdeksälle nuorelle kolmannen sektorin, potilas-, ym. yhdistysten, seurojen ja kirkon keskustelu- ja tukiryhmien piiristä. Suosituksen osallistumisesta sairaus-, keskustelu- ja kolmannen sektorin ryhmiin sai vain osa nuorista, vaikka

useimmilla vuorovaikutus-, aikuis- ja keskusteluyhteydet puuttuivat. Monesti sopivia ryhmiä ei löytynyt, ja koska niiden tarvetta ei aikaisemminkaan ollut nostettu esiin, nuoret suhtautuivat varautuneesti kaikkiin ryhmiin.

Suosituksen sosiaalitoimiston kustantamasta henkilökohtaisesta tukihenkilöstä sai yhdeksän nuorta. Joissakin tapauksissa otettiin yhteys sosiaalitoimeen ja vanhempia hoitavaan tahoon, jotta viranomaisyhteistyö rakentuisi ja kotitilanne saataisiin pois nuoren vastuulta. Joidenkuiden nuorten haastattelussa mukana ollut vanhempi ohjattiin kuntoutusselvittelyihin.

Ammatillista kuntoutussuunnitelmaa ei voitu laatia 18 nuorelle (31 %): kuudella syy oli huono psyykinen terveydentila, kolmella päihteiden käyttö, kolmella tutkimuksen keskeytys ja lopuilla kuudella lähinnä motivaation puute. Ammatillisen sopeutumisprosessin varmentamiseksi suositus ja selvittely kansanopisto-opiskelusta annettiin kahdelle nuorelle, oppisopimuksesta kahdelle ja työkokeilusta 33:lle ja kurssista tai ammatillisesta koulutuksesta yhdeksälle nuorelle.

Työkokeilusuositus sisälsi melko harvoin selvää työalan suunnitelmaa, mutta nuoret arvostivat työkokeilun tarjoamia mahdollisuuksia saada ammattivalmiuksia oman alasuunnitelmansa tueksi ja olivat halukkaita hakemaan kokeilua Kelan kustantamana. Monen nuoren kohdalla myös asiakaspalvelutyöryhmän tai laaja-alaisen työryhmän suorittamaa mahdollista seurantaa pidettiin tilanteiden monimutkaisuuden vuoksi tärkeänä ammatillisen suunnitelman tukemiseksi. Asiasta käyty keskustelu ja myönteisen päätöksen kirjaaminen lausuntoon toivat esiin paitsi nuoren myös hoitotahon ja palveluntuottajan näkökulman niiden mahdollisuuksien avaamiseksi, jotka voisivat auttaa nuorta esimerkiksi viranomaisyhteistyön käynnistämisessä.

Kaikkia nuoria kehoitettiin pitämään yhteyttä omaan urasuunnittelijaansa, joka hoitaisi yhteyksiä eri viranomaistahojen välillä ja ohjaisi nuorta etenemään kuntoutusprosessissa, mikäli muuta kuntoutuksesta vastaavaa tahoa ei löydy.



## 6 TULOSTEN TARKASTELUA

Kuntoutustutkimukseen valitut 58 nuorta edustivat Koho-hankkeeseen osallistuneista yli tuhannesta nuoresta todennäköisesti kaikkein haasteellisinta osaa. Monella valitulla oli rikkonainen lapsuus ja nuoruus, ja neljäsosalla heistä oli jo lapsuudessa todettu erityistukitoimenpiteiden tarve. Jo kouluaikana alkanut viranomaisyhteistyö sekä erityistukitoimet oppimis- ja sopeutumisvaikeuksissa olivat tuttuja osalle tutkittavista. Kaikille tutkimusjoukon nuorille oli peruskoulun jälkeen yritetty viranomaistuella löytää polku itsenäiseen elämään työn tai koulutuksen avulla. Toimivien ratkaisujen löytäminen työelämään ja hyvään arkielämään muodosti kuitenkin vaativan haasteen sekä viranomaisille että vanhemmille ja nuorille itselleen. Varhaislapsuudessa alkaneet ongelmat olivat jo monikerroksiksi kasautuneita ja raskaita, minkä lisäksi viranomaistyön ja tiedonkulun katkeamiset altistivat nuoren myös aikuisiän syrjäytymiselle.

Lähtöperheiden ongelmien monitahoisuus saattoi vielä aikuisuuteen siirryttäessäkin aiheuttaa nuorille jatkuvaa huolta, kun lisäksi henkilökohtaisina haasteina olivat omat mielenterveysongelmat ja/tai mahdolliset fyysiset sairaudet ja niiden hallinta sekä soveltuvan hoidon ja tuen saaminen. Kuntoutustutkimukseen osallistuneet nuoret eivät kuitenkaan tuen ja palvelujen suhteen välttämättä olleet vaikeimmassa tilanteessa, sillä Kohon kanssa jatkunut yhteistyö oli mm. synnyttänyt luottamusta osallistua tämän projektin laaja-alaiseen kuntoutustutkimukseen. Useimmat nuoret tunnistivat tarvitsevansa hoito- ja tukitoimenpiteitä ja arvostivat kohdalleen osuneen kuntoutustutkimuksen merkitystä. Kuntoutustutkimus korosti nuorten ongelmien tunnistamista kunnallisten palvelujen tuottamiseksi, koulutoimen, terveystoimen ja sosiaalitoimen ollessa avainasemassa.

On syytä korostaa, että näin moniongelmaisessa tilanteessa yksittäisen ongelman tarkastelu ei ole riittävä lähtökohta. Nuoren integroitumisprosessin kannalta toimintakyvyn laaja-alainen tarkastelu moniammatillisena yhteistyönä kuntoutustutkimuksessa on välttämätöntä erityisesti siirryttäessä peruskoulusta aikuisuuteen. Vastuuta kantavan viranomaisen näkökulmasta tässä projektissa sovellettu BPS-ICF-kuntoutustutkimusmalli tarjosikin hyvän rakenteellisen viitekehyksen

- toteuttaa eri toimialojen välistä moniammatillista yhteistyötä
- arvioida sekä nuoren yksilöllistä elämäntilannetta että ympäristötekijöitä ja vallitsevaa palvelujärjestelmää
- laatia yksilöominaisuuksiin tai ympäristötekijöihin ja palvelujärjestelmään kohdentuvia kuntoutussuunnitelmia
- välttää pelkästään yksilöominaisuuksien tarkastelua ja siten toimenpidesuunnitelmien katvealueiden syntymistä.

BPS-ICF-malli korostaa ammatillisia ja itsenäistä elämää tukevia ratkaisuja, jotka edistävät osallistumista elämän rooleihin fyysisen suoriutumisen, subjektiivisen autonomian sekä kuntoutujan elinympäristön tarjoamien konkreettisten vaihtoehtojen näkökulmista.

## 6.1 Kuntoutustutkimuksen toteutuminen

Nuorten avuntarpeen selkeyttämiseksi ja palvelujen kohdentamiseksi toteutettu kuntoutustutkimus perustui nuorten lähtötilanteen huomioon ottavaan moniammatilliseen haastattelu- ja ryhmäarviointikäytäntöön. Se onnistui kaikilta osin hyvin. Pitkäaikainen yhteys Kohon urasuunnittelijaan jatkui kuntoutustutkimuksen aikanaan. Suunnittelija osallistui jakson lopussa myös kuntoutustiimin ja nuoren yhteiskokoukseen. Tämä synnytti luottamusta, joten tutkimuksen keskeytyksiä ei juuri tapahtunut. Lisäksi jakson aikana erityisesti sairaanhoitajan antama käytännön ohjaus tuki tiimityötä ja nuorten osallistumista.

Nuoren yksilötutkimuksiin varattiin riittävästi aikaa ja ryhmätilanteet pyrittiin toteuttamaan kiireettömästi ja joustaen. Tutkimusjakson aikana käytettiin myös prosessia tukevia standardoituja teema- ja opetusaineistoja. Siitä huolimatta osa nuorista tarvitsi paljon huomiota: heidän oli vaikea odottaa yksilöllistä tutkimusaikaansa ikävystymättä tai hermostumatta.

*Lääkärin tutkimuksiin* osa nuorista suhtautui varautuneesti, jolloin lääkäri keskittyi pääosin työ- tai ammattirajoitteisiin. *Fysioterapeutin ohjauksen* osa nuorista koki kiinnostavana, osa vähemmän tärkeänä. *Psykologin ja sosiaalityöntekijän yksilölliset tapaamiset* (kolme haastattelukertaa) sekä nuoren elämäntilannetta ja sen edistämistä jäsentävät itsearviointilomakkeet koettiin yleensä myönteisinä. *Psykologin ryhmässä* etsittiin itselle uusia strategioita elämäntilanteen kohentamiseksi, joskaan ryhmäkeskustelu ei useimpia kiinnostanut tai se koettiin vaikeaksi, mikä näkyi poissaoloina ja lyhytjänteisenä, impulsiivisena toimintatyylinä. *Sosiaalityöntekijän ryhmässä* rohkaistiin nuoria vaikeuksista huolimatta arvioimaan resursseja ja tulevaisuuden näköaloja sekä pohtimaan toimintavaihtoehtoja ihmissuhteissa, perhemalleissa ja yhteiskunnan tarjoamissa palveluissa (Hämäläinen ym. 2003). Osa nuorista etsikin avoimesti konkreettisia ratkaisuja, mutta joidenkuiden osallistumista vaikeutti huono psyykinen vointi, joka aiheutti eristäytymistä ja levottomuutta. Joillekuille eristäytyneinä eläneille nuorille ryhmään osallistuminen saattoi merkitä mahdollisuutta yhdessäoloon ja toisten huomioon ottamiseen. Toiset tyytyivät kestäämään nykytilannetta ja rakentamaan luottamusta. *Työkokeiluohjaajan konsultaatiossa* selkeytettiin nuorten ammatillisia näköaloja, minkä he poikkeuksetta kokivat myönteisenä ja todellisia mahdollisuuksia lisäävänä tukimuotona.

Kuntoutustutkimuksessa tuettiin nuorta näkemään elinympäristönsä tarjoamia mahdollisuuksia osallistua elämänrooleihin muun elämän tasapainottomuudesta ja terveystarjoitteista riippumatta. Siltaa tulevaisuuteen rakennettiin jakamalla tietoa, rohkaistamalla yhteistyöhön ja etsimällä sopivia palveluja. Tärkeää oli tiedostaa nuoren yksilöllinen, inhimillinen arvokkuus rakennettaessa konkreettisia suosituksia ammatilliseen ja muuhun elämään osallistumiseksi. Jo kuntoutustutkimuksen toteutuminen saati nuoren motivoiminen ja sitouttaminen tavoitteiden saavuttamiseen vaati tavallista enemmän resursseja sekä kuntoutuslaitoksessa että lähettäjätaholta. Lisäpanostuksen ansiosta tutkimus toteutui tuloksellisesti lähes kaikkien nuorten osalta.

## 6.2. Kuntoutussuunnitelmaa edeltävä kuntoutustarpeen arviointi

Yksilöllisen kuntoutussuunnitelman laatiminen edellyttää yksilön toimintakykyprofiilissa esiintyvien keskeisten tarpeiden monialaista määrittelyä. Tässä tutkimuksessa sovellettu biopsykososiaalinen lähestymisote yhdistettynä WHO:n ICF-luokituksen toimintakykykäsitteisiin jäsentää toimintakyvyn arviointitiedot systemaattisesti moniammatillisen rakenteen mukaisesti, mikä helpottaa tulosten tulkintaa ja toimintakykytiedon siirrettävyyttä sitä tarvitseville tahoille (Talo ym. 1993). Mallin yleistettävyyttä vahvistavat ICF-luokituksen kansainvälisesti hyväksytyt toimintakyvyn aihealueet (WHO 2001; ICF 2004). Tämän tutkimuksen haastattelu- ja arviointilomakkeet ja menetelmät pohjautuvat kuntoutustyön arkikäytäntöön ja BPS-ICF-mallin aihealueisiin.

BPS-ICF-mallin mukainen toimintakykyprofiili voidaan laatia joko yksittäisille henkilöille tai ryhmille. Se osoittaa ne voimavarojen sekä toimintarajoitteiden alueet, jotka tulisi ottaa huomioon jatkosuunnitelmia tehtäessä. Sekä yksilö- että ryhmäprofiilissa kuntoutustarpeen voivat aiheuttaa yksilöominaisuuksien lisäksi myös ympäristötekijät, kuten yhteiskunnalliset järjestelmät ja politiikat sekä palvelujen laatu tai saatavuus. BPS-ICF-toimintakykyprofiilia voidaan käyttää myös vaikuttavuuden (tilanteiden muutosten) seurantaan, jolloin painotetaan erityisesti sitä, että yksilöllisissä ominaisuuksissa tapahtuneet myönteiset muutokset eivät välttämättä johda esim. työllistymiseen, elleivät myös yhteisölliset tekijät, kuten työllistymismahdollisuudet, työllistämishankkeet tai työmarkkinatilanne, kohene. Malli korostaa fyysisen suoriutumisen lisäksi kuntoutujan autonomiaa eli omakohtaisten tavoitteiden toteutumista. Sosiaalinen järjestelmä ei nimittäin vielä osaa riittävästi käyttää hyväkseen olemassa olevia resursseja, sitä ”kaivossa luonnostaan olevaa vettä”, joka takaa parhaan motivaation.

BPS-ICF-mallin peruseriaate on, että kuntoutussuunnitelman realistisuutta tarkastellaan vertailemalla kuntoutujan itsearviointien ja asiantuntijoiden havaintoihin perustuvien profiilien yhdenmukaisuutta ja eroavaisuuksien merkitystä. Esimerkiksi tässä tutkimuksessa korostui nuorten toiveikas mutta vaihteleva asenne vaikeissa elämäntilanteissa verrattuna asiantuntijoiden arvioihin (erityisesti psykologisen ja sosiaalisen kontekstin alueella), mikä on merkityksellistä elämänsuunnitelmia tehtäessä.

Lisäksi BPS-ICF-mallin toimintakykytietoa jäsentävä rakenne kannustaa kehittämään kuntoutuksen uusia tukikeinoja, palvelumuotoja ja toimintamenetelmiä sekä arvioimaan ja seuraamaan niiden toimivuutta. Tavoitteena on välttää juuttumista tehottomasti toistettuihin toimintatapoihin ja pilotoida tiettyjen ryhmien tai yksilöiden tarpeisiin suunniteltuja täsmäpalveluja.

Seuraavissa kappaleissa tarkastellaan syrjäytymisvaarassa olevien nuorten toimintakykyprofiileita BPS-ICF-mallin viitekehyksessä toimintakyvyn fyysisen (6.2.1), psyykkisen (6.2.2) ja sosiaalisen (6.2.3) edellytysten näkökulmasta. Tekstissä toimintakyvyn kuvauskohteiden havaitut/arvioidut mittaustulokset erotetaan mittaustuloksista tulkitsevista kliinisistä kannanotoista siten, että jälkimmäiset on sisennetty.

### 6.2.1 Fyysiset edellytykset

Tutkimusten mukaan (Koskinen ym. 2005, 77–78) suomalaisessa väestössä noin neljäsosalla 18–24-vuotiaista on jokin pitkäaikaissairaus. Tämän tutkimuksen nuorista noin 10 % ilmoitti, että heillä on jokapäiväistä toimintaa haittaava pitkäaikaissairaus, vika tai vamma. Nuorilla yleisimmät pitkäaikaissairaudet ovat erilaiset allergiset tilat ja astma, joiden osuus on lisääntymässä koko ajan (Rimpelä ym. 1997). Samoin ovat lisääntyneet ylipainoisuus sekä selkä- ja niskakivut. Nuorisoikäisistä 15–23 %:lla on todettu tutkimuksia tai hoitoa vaativa psyykinen häiriö (Rajantie ym. 1993; ks. myös 6.2.2). Puuran (1998) mukaan osa jää vaille apua resurssien puutteen takia tai sen takia, etteivät vanhemmat havaitse avun tarvetta. Eeva Laukkasen väitöskirjan (1993) mukaan valtaosa pitkäkestoisista mielenterveyden häiriöistä alkaa nuoruusiässä. Nuoret joutuvat odottamaan liian kauan, ennen kuin heidän psyykkisen kasvun ja kehityksen häiriöihinsä puututaan. Suurin osa ei saa tarvitsemaansa hoitoa. Nuorille tulisikin tarjota nykyistä enemmän sellaisia mielenterveyspalveluja, jotka myös sisällöllisesti soveltuvat heille. Yksityiskohtaisia suosituksia nuorisopsykiatrian palvelujen kehittämiseksi on esitetty mm. NUOTTA-projektin loppuraportissa (Pylkkänen 2003).

Tämän tutkimuksen nuorilla todettiin suhteellisen paljon fyysisiä sairauksia. Ne olivat kuitenkin pääosin lieviä, eivätkä nuoret itse kokeneet niitä kovin suureksi haitaksi. Työkykyyn fyysiset sairaudet vaikuttivat olennaisesti vain muutamalla nuorella. So-maattiset löydökset oli tarpeen ottaa huomioon ammatillista kuntoutussuunnitelmaa tehtäessä joka kolmannella nuorella.

Verrattaessa nuorten itsearviointeja ja ulkopuolisia havaintoja lääkäri arvioi nuorten lääketieteellisen terveydentilan, fysiologiset toiminnot ja anatomiset rakenteet koko ryhmässä keskitasoisiksi, kun nuoret itse arvioivat ne hieman paremmiksi. Toimintakyvyn muiden fyysisten edellytysten arviot olivat samansuuntaiset, joskaan eivät identtiset. Niinpä nuorten fyysiset suoritukset (teot ja toimet) olivat sekä itsearviointien että ulkopuolisten havaintojen mukaan ongelmattomia ja riittävät selviytymiseen tavanomaisissa arkipäivän toimissa. Lääkärin ja fysioterapeutin yhteisarvion mukaan nuorilla oli myös riittävät fyysiset edellytykset osallistua elämänrooleihin tulevaisuuden tavoitteiksi asetetuissa harrastuksissa ja työtehtävissä. Nuorten omat arviot osallistumisestaan olivat hieman asiantuntijoiden havaintoja myönteisemmät.

Vaikka valtaosalla nuorista, varsinkin miehillä, oli positiivinen kuva ruumiillisesta kunnostaan (fyysisten toimintojen osa-alue) sekä fyysisistä edellytyksistään työhön ja opiskeluun (fyysiset edellytykset osallistua elämänrooleihin), fyysisten suoritusten mittaustulokset osoittivat, että osalla nuorista käsitys fyysisestä suorituskyvystä ja motorisista taidoista (fyysisten suoritusten osa-alue) oli mitattua parempi. Joka toisen nuoren vartalon ja raajojen dynaaminen lihaskestävyys oli mittaustulosten mukaan alentunut.

Heikot mittaustulokset saattoivat johtua nuorten heikosta motivaatiosta ja yhteistyökyvystä (mielentoiminto tai kognitiivinen suoritus): he eivät pyrkineet maksimaaliseen fyysiseen suoritukseen.

Nopeutta ja ketteryyttä vaativista fyysisistä suorituksista nuoret selviytyivät hyvin tai keskimääräisesti. Nuorten liikkumisvalmiudet olivat hyvät, ja vain harvalla oli liikkumista haittaavia vaivoja tai oireita. Viitearvoihin verrattuna nuoret selviytyivät testeistä ajallisesti hyvin, tosin moni heistä teki niissä runsaasti virheitä.

Tämä kertonee nuorten vaikeuksista keskittyä suoritukseen ja nopeuden korostumisesta virheettömän suorituksen sijasta (mielentoiminto tai kognitiivinen käyttäytymistyylili).

Työtestissä nuorten suoritusajkoja verrattiin terveisiin aikuisiin. Se antaa todennäköisesti nuorten työskentelystä todellista heikomman kuvan, koska nuorten lihasvoima oli suhteellisen heikko.

Koska nuorilla oli aikuisia vähemmän kokemusta ruumiillisesta työstä ja kuormituksen säätelystä työn kuormittavuuden ja keston mukaan, he eivät todennäköisesti osanneet suhteuttaa omaa suorituskyykyään toiminnan vaatimuksiin, vaan aliarvioivat sitä (siis rajoite on kognitiivisten suoritusten osa-alueella, ei fyysisten suoritusten osa-alueella).

Pyrkinessään mahdollisimman nopeaan suoritukseen monet nuoret työskentelivät epäergonomisesti, mikä päinvastoin hidasti suoritusta, kun liikemallit olivat niveliä ja lihaksia kuormittavia.

Epäergonomisen työskentelyn syynä saattoi olla nuorten vähäinen kokemus ruumiillisesta työstä: he eivät olleet oppineet säästämään selkäänsä tai käyttämään omaa vartaloaan taloudellisesti (kognitiivisten eli mielellisten suoritusten kuvauskohde). Havinghurstin (1972) mukaan ihmisten pitäisi oppia nuorina käyttämään omaa ruumistaan tarkoituksenmukaisesti. Työskentelyn kuormittavuuden ja mittauksen kuluneen ajan pidentyessä suoritusajat ja työskentelyn sujuvuus ja turvallisuus heikkenivät. Samalla nuorten vaikeudet ymmärtää ohjeita ja pitää ne mielessään lisääntyivät (mielentoiminto/kognitiivinen eli mielellinen suoritus).

Toimintakyvyn fyysisiin edellytyksiin kuuluu myös terveyskäyttäytyminen (fyysisten suoritusten osa-alue). Monet nuoret valvoivat yöt kaveriporukassa tai Internetissä. Aamuhäätäminen olikin vaikeaa. Normaalin uni- ja valverytmin omaksuminen olisi kuitenkin nuorelle tärkeää, koska se auttaisi häntä selviytymään opiskelussa tai työelämässä. Kaiken kaikkiaan tutkittujen vuorokausirytmä oli sekaisin nettisurffailun takia ja yöuni ja ruokailutottumukset epäsäännölliset. Kuvaavaa on, että tutkimukseen osallistuneet nuoret eivät osanneet valmistaa normaalia perusruokaa.

Tarkasteltaessa nuorten toimintakyvyn fyysisiä edellytyksiä mittaukset osoittivat, että lähes viidennes tutkittavista kieltäytyi tai keskeytti jonkin testin tai testiosion.

Suurin syy tähän oli todennäköisesti se, että nuoret eivät pitäneet niitä tärkeinä (kognitiivinen käyttäytymistyö tai sosiaalisten viiteryhmiä mallikäyttäytyminen), jolloin he eivät pystyneet käyttämään motorisia taitojaan parhaalla mahdollisella tavalla (ks. Punakallio 1997).

### 6.2.2 Psyykkiset edellytykset

Vaikka enemmistö nuorista voi hyvin, ovat nuorten pahoinvointi ja masentuneisuus lisääntyneet viime vuosina (Rimpelä 2002). Tavallisia ovat erilaiset ahdistus-, käytös- ja tarkkaavuushäiriöt, joilla on taipumus edistää nuorten syrjäytymiskehitystä, kun elämänpiiri kaventuu esim. ystävien ja harrastusten puuttuessa (Korhonen ym. 1999; Luotoniemi 1999; Räsänen 1999). Tutkimusten mukaan myös lasten ja nuorten aggressiivisuus on lisääntymässä tv-väkivallan, väkivaltaisten videofilmien ja -pelien myötä (Björkqvist 1985; Viemerö 1986; Pulkkinen 2003). Erityisesti väkivaltaiset videopelit ovat osoittautuneet vahingollisiksi, ja niiden vaikutteille ovat eniten altistuneet aggressiivisia taipumuksia omaavat pojat. Kysymyksessä on tunne-elämän säätelyn häiriintyminen ja tunteiden turtuminen sekä latistuminen (Pulkkinen 2003). Professori Lea Pulkkinen työryhmän pitkittäistutkimusten mukaan lasten masennuksen, päihteiden käytön ja huonon koulumenestyksen on todettu kasvavan, jos alle 10-vuotiaat lapset joutuvat olemaan päivittäin yli 10 tuntia yksin kotona. Psyykkiset häiriöt ja oireet ovat aiempien nuorisoa koskevien tutkimusten mukaan kasautuneetkin erityisesti rikkoutuneiden perheiden nuorille (Aro 1988; Mäkinen 1991; Laukkanen 1993; Tulisalo 1999). Kun lasten ja nuorten moraaliseettinen kehitys laiminlyödään, lapset varttuvat ilman kiinnekohtia ja ajautuvat arvotyhjiöön: vaarana on identiteetin hajoaminen. Alle 14-vuotiaana aloitetun alkoholinkäytön on todettu myöhemmin johtavan usein alkoholiongelmien ja työttömyyteen (Pulkkinen 1996, 2003).

Tässä tutkimuksessa psyykkiset ongelmat olivat nuorilla yleisiä ja monilla heistä ne olivat alkaneet jo vuosia sitten. Psyykkisten sairauksien katsottiin olennaisesti alentavan nuorten työkykyä, mikä tuli ottaa huomioon arvioitaessa heidän ammatillisia mahdollisuuksiaan. Tämän projektin nuorille tarjottiin yksi nuorisopsykiatrin tutkimushaastattelu. Neljäsosalla nuorisopsykiatrin tutkimista nuorista ei todettu toimenpiteitä edellyttävää psykiatrista ongelmaa. Joissakin tapauksissa diagnoosin asettaminen olisi edellyttänyt laajempaa psykiatrista tutkimusta. Hoidon tai hoidon tiivistämisen tarve todettiin kolmasosalla haastatelluista nuorista, joista yli puolet ei motivoitunut hoitoon. Lisäksi päihderippuvuus tai -ongelma ei aina ilmennyt yhdessä haastattelussa – se nousi esiin ajan myötä työryhmän haastatteluissa. Seitsemän nuorta, joilla työryhmän mukaan olisi ollut psykiatrin arviota vaativia psyykkisiä ongelmia, ei kuitenkaan halunnut osallistua psykiatriseen tutkimukseen.

Psykologisessa tutkimuksessa tuli esille psyykkisenä tasapainottomuutena ilmenevää mielen toimintojen vajavuutta, mikä on tutkimusten mukaan riski elämän rooleihin osallistumisen myönteisen ennusteen ja työelämässä menestymisen kannalta. Eniten ilmeni eriasteista ahdistuneisuutta, mutta masennustakin esiintyi yli puolella nuorista. Lähes puolella nuorista välittyi myös persoonallisuustestien kautta selkeästi havaittavia, käsittelemättömiä aggressioita. Häiriintynyt, levoton ja katkonainen yöuni nukahtamisvaikeuksineen ja painajaisineen kertoo myös nuorten ahdistuneisuudesta ja psyykkisestä tasapainottomuudesta. Selvästikin tämän projektin nuorilla oli huomattava psyykkisen tuen, terapian tai hoidon tarve, mutta tarkoituksenmukaisten palvelujen saatavuus osoittautui yhtä ongelmalliseksi kuin aiemmissä nuoria koskevissa psykiatrisissa selvityksissä.

Yleensä hoidon käynnistyminen viivästyy, hoito on sattumanvaraista ja kuntoutus pirstoutunutta ja riittämätöntä (Laukkanen 1993; Laukkanen ym. 1999). Kuntoutuksessa ja palvelujen tarjonnassa olisi entistä enemmän kiinnitettävä huomio nuorten kokemaan psyykkiseen pahaan oloon, rikkinäiseen ja turvattomaan lapsuuteen ja nuoruuteen, tuen ja ohjauksen puutteeseen ja kuormittaviin elämäkokemuksiin, kuten ihmissuhteiden katkeamiseen ja menetyksiin, väkivaltaan, mielenterveydellisiin ongelmiin ja epäonnistumisen kokemuksiin, joista on ollut vaikea päästä yli.

Psykologisen tutkimuksen mukaan yli puolella nuorista oli epätasainen kykyprofiili erilaisten lahjakkuustekijöiden suhteen, mikä saattoi viitata orgaaniselta pohjalta syntyneisiin vaikeuksiin. Alkuhaastattelussa tuli esille, että moni nuori oli kokenut vakavina pitämäänsä tapaturmia tai muita tajunnan menetyksiä. Sen sijaan vain osa nuorista oli heikkolahjaisia, joita heitäkin oli kaikkiaan yli puolet epätasaisen kykyprofiilin omaavista nuorista. Kykyprofiilin epätasaisuudella ja lahjakkuuden erityisongelmilla on ilmeisesti ainakin osittainen yhteys nuorten huonoon koulutukselliseen osallistumiseen, koulumenestykseen, vastenmielisyyteen koulutusta kohtaan ja koulutustavoitteisiin liittyvään alentuneeseen itsetuntoon. Toisaalta opinnoissa epäonnistumista, koulutuksen keskeyttämistä ja koulutuskielteisyyttä oli myös lahjakkailla nuorilla ja opintojen epäonnistuminen tai keskeyttäminen saatettiin kokea erittäin raskaana. Koulumenestyksen onkin todettu olevan yhteydessä myös kodin eheyteen ja ilmapiiriin (Onatsu-Arviolommi ja Nurmi 1997; Johansson ja Vuori 1999).

Koska koulutuskielteisyyden ja koulutuksen puutteen tiedetään heikentävän työelämään osallistumista ja lisäävän työttömyysriskiä ja altistumista syrjäytymiskehitykselle (Järvinen 2001; Komonen 2001), olisi palveluja kehitettäessä muistettava, että luokkakoon suurentuessa ja tukiopetuksen supistuessa oppilaiden ohjaustarpeet jäävät helposti huomaamatta ja piilo-ongelmista voi tulla jatkuva stressi. Vastenmielisyyden koulunkäyntiä kohtaan kasvaa, kun opetuksen vaatimustaso ylittää kapasiteetin.

Kognitiivisia suorituksia arvioitiin toimintakyvyn psyykkisinä edellytyksinä lähinnä koetun stressin ja sen hallinnan arvioinneilla. Lähes kaikilla nuorilla psyykkiset hallintakeinot ja käyttäytymistyylit osoittautuivat kehittymättömiksi tutkimuksen

kaikilla tasoilla: haastatteluissa, persoonallisuustesteissä ja havaituissa käyttäytymistyyeissä. Toimintaa leimasivat impulsiivisuus, lyhytjänteisyys ja sietokyvyn puute, mikä heikensi käyttäytymisen ennustettavuutta ja motivaation pitävyyttä. Akuutit tarpeet ja nykyongelmista selviytyminen koettiin ensisijaisina tavoitteina.

Näiden nuorten keskittyminen ja pitkäjänteisyys eivät riittäneet jäsentämään koulutus- ja työelämän tavoitteita. Toimettomuus ja työttömyys näkyivät käyttäytymisessä kiireettömyytenä ja sitoutumattomuutena (mm. sovittuihin aikatauluihin). Passivoituminen välittyi taipumuksena siirtää tai unohtaa asioita. Osallistumisrajoitteet ilmenivät esimerkiksi vastenmielisyytenä kaikkea liikuntaa kohtaan ja harrastusten puutteena yli puolella nuorista. Mielenkiintoista on, että elämään osallistumisen alueista selkeää tavoitteellisuutta kuitenkin kohdistui itsenäiseen asumiseen ja oman asunnon saantiin.

Voi ajatella, että vaille ammattikoulutusta jäävillä nuorilla kysymys on elämänhallinnan vaikeudesta (Kivinen ym. 1988). Varsinkin niillä nuorilla, jotka peruskoulusta päästyään jäävät työttömiksi ja kokevat toistuvia epäonnistumisia, voi ilman työtä eläminen muuttua vähitellen elämäntavaksi (Mustola 1990). Jatkuvat isot ongelmat, kuten perheen sisäiset vaikeudet ja oman tai omaisen mielenterveyden ongelmat, saattoivat olla synnä tämän hankkeen nuorten heikkoon tavoitteelliseen suuntautumiseen osallistumisessa elämän eri rooleihin.

Verrattaessa toimintakyvyn psyykkisten edellytysten itsearviointeja ulkopuolisiin havaintoihin voidaan todeta sama kuin fyysisten edellytysten itsearviointien ja ulkopuolisten havaintojen vertailussa. Vaikka psykologin arvion mukaan nuorten psyykkiset valmiudet olivat keskimääräistä heikkommat, monien jopa riittämättömät työelämän vaatimuksissa suoriutumiseen ja vaikka psykologi arvioi mielentoimintojen ja kognitiivisten suoritusten tason antavan melko heikot edellytykset osallistua työelämään ja vapaa-ajan harrastuksiin, nuoret itse eivät kokeneet vajeitaan ja suoritus- tai osallistumisrajoitteitaan niin merkittävinä. Runsas kolmannes nuorista oli kokenut itsensä toimeliaaksi ja vireäksi sekä melko tai erittäin onnelliseksi. Lähes puolet nuorista oli myös nauttinut päivittäisistä toimistaan.

Tämän tutkimuksen nuorten luottamus omiin edellytyksiinsä suoritua työelämässä ja vapaa-ajan toiminnoissa perustuu todennäköisesti siihen, että he arvioivat oman lahjakkuutensa ja psyykkisen tasapainonsa vähintään kohtalaisiksi. Nuoret arvioivat myös kykynsä selviytyä elämän painetilanteissa ja kriiseissä melko hyväksi. Tällaista toiveikkuutta ei voi pitää pelkästään negatiivisena; se on nähtävä jatkosuunnitelmien voimavarana. Myös vuoden 2006 nuorisobarometrin (Wilska 2006) mukaan suurin osa nuorista vaikuttaa suhteellisen tyytyväiseltä elämäänsä.

Vaikka nuorten suuntautuneisuuden voidaankin sanoa edistyneen kahden viikon aikana jonkin verran, tutkimusjakso oli selvästi liian lyhyt osallistumisen todelliseen edistämiseen. Nuoret hyötyivät eniten sellaisista henkilökohtaisista kontakteista ja yksilötapaamisista, joissa keskityttiin elämäntilanteen yleiseen selkiyttämiseen ensim-



mäisellä tutkimusviikolla. Toisella viikolla toteutettu ryhmätyöskentely puolestaan laski monen nuoren motivaatiota yksilö-keskusteluihinkin, joten osallistumistavoitteisiin ei päästy sitoutumaan.

### *6.2.3 Sosiaaliset edellytykset*

BPS-ICF-mallin mukaan sosiaalityössä arvioitiin ensin nuorten elämäntilannetta, jonka sosiokulttuuriset olosuhteet ja tosiasiat sisälsivätkin runsaasti erityispiirteitä. Sosiaalityön näkökulmasta ne olivat haastavia etsittäessä räätälöitäviä ratkaisuja nuoren turvallisen elämän, asumisen ja toimeentulon järjestämiseksi sekä tukihenkilön tai -ryhmän tai kuntoutusluotsin asemoittamiseksi nuoren arkeen. Nuorista vain viidesosa eli likimain tavallisissa olosuhteissa. Muiden arkielämää kuormittivat edelleen pitkäaikaiset paineet huolimatta sosiaalitoimen ja terveydenhuollon tukitoimista. Viranomaisten, koulun ja lapsen välisen yhteistyön myönteinen saavutus on se, että lähes kaikilla nuorilla oli peruskoulun päästötodistus. Joka kymmenes nuorista oli saanut lisäksi jonkin ammatillisen koulutuksen. Silti kaikilla nuorilla oli vaikeuksia kiinnittyä työelämään tai uuteen ammatilliseen koulutukseen.

Terveyspalveluissa nuoret olivat väliinputoajia, sillä jo lapsuudessa tai myöhemmin todettujen pitkäaikaissairauksien, fyysisten vammojen tai suoritus- ja osallistumisrajoitteiden vaatimaa palvelutarvearviota tai ammatillista kuntoutusta ei ollut haettu tai toteutettu. Ohjaus sopeutumismennukseen, kuntoutuksen tukitoimiin, ammatilliseen kuntoutukseen, asiakaspalvelutyöryhmän arviointiin tai etuuksien hakemiseen puuttui, vaikka esim. Kelan ammatillisen kuntoutuksen oleellisen haitan kriteerit täyttyivät jo fyysisen sairauden perustein. Peruskoulun jälkeen nuoren terveydentilaan, taipumuksiin ja ammatilliseen tai koulutukselliseen suunnitteluun oli harvoin riittävästi paneuduttu.

Nuorten toimeentulo perustui pääasiassa toimeentulotukeen tai työmarkkinatukeen. Vaikka taloudellinen tilanne yleensä koettiin niukahkoksi, useimmat elivät tuloillaan kohtalaisesti (vrt. Stähle 2002). Kolmasosalle velkataakka tuotti taloudellisia ongelmia, riitoja ja vaikeuksia sitoutua esim. työhön tai harrastamiseen. Joskus ulkona liikkuminenkin oli velkojen pelossa rajoittunut, Joillekuille kuntoutustutkimukseen osallistuminenkin oli mahdollista vain viranomaisten huolellisen yhteistyön tuloksena.

Merkittäväksi perusturvakysymykseksi (Pursiainen 1997) muodostui turvallinen ja itsenäinen asuminen. Nuorista lähes neljäsosa oli ikävuosina 11–16 asunut pääasiallisesti lastenkodissa, sijaisperheissä ja vastaanottokodissa vanhemman kuoleman, sairauden tai alkoholi- tai mielenterveysongelman vuoksi. Varhainen vastuu omasta elämästä ja huoli läheisistä kuormitti usean nuoren arkea ja elinvoimaa. Kolmasosa nuorista joutui kohtuuttomasti huolehtimaan sairaan tai alkoholi-ongelmaisen vanhemman arjesta tai kohtaamaan väkivaltaa perheessä – asuivatpa he omassa asunnossaan tai vanhempien kotona.

Toimintakyvyn sosiaalisten edellytysten toisena osa-alueena tarkasteltiin yhteisösuorituksia eli ulkopuolista tukea, jota nuori sai elämäntilanteensa jäsentymiseksi. Monen nuoren lähi-ihmissuhteissa ilmeni toistuvia ristiriitoja ja hylkäämisiä, jotka helposti muodostavat laajentuvan deprivatiokehän (Heikkilä 1990). Lähes kaikilta puuttuivat perheen, suvun ja yleensä aikuisten väliset avoimet keskusteluyhteydet ja sosiaalisia taitoja vahvistavat mallit. Elämäntapamallien puuttuminen tai huono jäsentymisen näkyi niinkin arkisissa asioissa kuin ruokailutottumukset, ajankäyttö ja kaveriseura. Elämän tarkoitus -testissä (Purpose in Life Test) nuorista runsas kolmannes sai alle 91 pistettä, mikä viittaa mielenterveyden ongelmiin, sisäiseen tyhjiöön ja kollektiivineuroosiin (ks. Phillips 1979) Terveysajattelu oli vierasta ja nuorilta puuttui tieto terveyden vaaratekijöistä. Terveystiedon merkitystä ei sisäistetty eikä terveyskäyttäytymisen pitkäaikaisvaikutuksia pohdittu. Monet nuoret eivät edes hahmottaneet, mitä terveyteen liittyvät vaaratekijät tarkoittivat: ”Tarkoitat sä, että vaivaaks mua joku, onks mä kipee?”

Terveellisten elämäntapamallien siirtyminen perheessä nuorelle olisi tärkeää ajatellen nuoren oman perheen perustamista. Käytännössä mielenkiinto terveyteen liittyviin asioihin herää kuitenkin aikuisillakin usein vasta sitten, kun oma terveys heikkenee tai elämäntilanne edellyttää tietoa terveysasioista.

Hyvin tärkeä viiteryhmä nuorille oli ystävät ja kaverit, vaikka osalla nuorista kaveri- ja seurustelusuhteet olivat toistuvasti ristiriitaisia ja päättyivät pettymyksiin. Jotkut nuorista olivat hyvin yksinäisiä, vaikka useimmilla oli ainakin yksi myönteinen ihmissuhde. Mielenkiintoista on se, että vaikka sukulaisia tavattiin harvoin, etäisetkin suhteet heihin koettiin tärkeinä.

Mahdollisesti tämä löyhäkin (joskus kuvitteellinen) kiinnittyminen koettiin yhteytenä, joka suojeli nuoria rikolliselta elämäntavalta ja ohjasi sosiaalisesti myönteisempiin malleihin kuin omassa perheessä (Piri ym. 1998).

Lähisuhteiden ja keskustelukontaktien puutetta kompensoi viranomaistuki, joka ei kuitenkaan kattanut keskeisiä ongelma-alueita. Yleensä myös kolmannen sektorin yhteydet puuttuivat. Viranomaisilla ei ollut tietoa nuorten perheiden kaaoksesta eikä kanavia tukea perheitä. Lisäksi toistuva viranomaisasiointi ja päätösten odottaminen tuotti nuorelle väliinpuotoamisen pelkoa sekä arkuutta joskus koetun viranomais-ten ylivoiman edessä (vrt. Spanger ym. 2003). Toisaalta viranomaisten tukitoimet olivat synnyttäneet luottamusta tulevaisuuteen ja lisänneet nuoren kykyä käsitellä hankalia asioita eikä osa nuorista olisi jaksanut kantaa elämänsä vaikeuksia ilman tukihenkilöä.

Nuoria olisi jo kouluaikana ohjattava tunnistamaan ihmisyyttä tukevia ja vahingoit-tavia asioita ja elämän malleja sekä etsimään riittävää tukea henkisen tai fyysisen väkivallan kohtaamisessa. Tämä on haaste nuorta lähellä oleville ihmisille, opettajille sekä laadittujen opetusaineistojen ja -kurssien sisällöille, joiden tulisi valmentaa

nuoria sosiaalisten taitojen strategioissa. Myönteisten perhemallien, yhteiskunnan tuen ja kulttuuriympäristön puutteiden vuoksi (Forssen 1993, Arnkil ym. 2000, Suikkanen ym. 2004) olisi kunnallisten järjestelmien, kuten nuorisotoimi, perheneuvonta, kolmas sektori ja seurakunta, kehitettävä erityisiä yhteistyötukiryhmiä.

Toimintakyvyn tärkeitä sosiaalisia edellytyksiä luovat lainsäädäntö ja yhteiskuntapolitiikan palvelujärjestelmät, jotka mahdollistavat nuorenkin osallistumisen elämänrooleihin varsinkin työntekijänä. Jotkut tämän tutkimusjoukon nuorista etsivät itse aktiivisesti työtä, yleensä siinä onnistumatta. Työmarkkinoiden lainalaisuudet, pätkätyöt, sosiaaliturvan katkeaminen ennen uutta palkkaa, viranomaisyhteistyön joustamattomuus ja muut järjestelmien puutteet (esim. toimeentulotuen ja asumistuen putoaminen ansainnan seurauksena) olivat pelottavia kaikkien nuorten mielestä. Monelle talouden tasapainon menettämisen uhka oli suuri muutenkin ahdistavassa ja epävarmassa elämässä. Sosiaalityöntekijä arvioi, että työllistymisen ajankohta oli liian varhainen vajaalle puolelle (41 %:lle) nuorista. Arkielämän tasapainon mahdolliset muutokset koettiin uhkana. Taloushuolet, huoli omasta ja perheenjäsenten terveydestä ja negatiivisen suhtautumisen pelko koettiin raskaina. Nämä nuoret tarvitsivat laajempaa kuntoutuksellista selvitystä, diagnostista työkokeilua, hoidollista tukea tai sairauslomaa ennen ammatillista suunnitelmaa.

Nuorten harrastukset olivat usein kotikeskeisiä. Koska yhteiskunnan tarjoamia tavallisia kanavia harrastuksiin ei ollut useinkaan viritelty kotona, koulussa tai viranomaisyhteistyössä, ei tutkimusvaiheessa ollut helppo löytää väylää nuoren harrastusohjaukseen. Näiden nuorten tarpeisiin soveltuvaan harrastukseen ohjaaminen vaatisi tukihenkilön tai -ryhmän jäsentynyttä apua. Syrjäytymisriskin tunnistaminen edellyttäisi varhaista moniammatillista yhteistyötä ja saumatonta palveluketjua.

Olisi kehitettävä joustavia, inhimillistä arkielämää tukevia lähestymistapoja, jotka takaisivat nuorille esim. pysyvää osa-aikaista työtä, jota nuoret arvioivat jaksavansa tehdä. Aikaisempien tutkimusten mukaisesti työhallinnon tulisi kiinnittää erityistä huomiota nuoriin, joilla on useita työllistymisyrittäjiä takanaan. Kelan tarjoama kuntoutustutkimus, työkokeilu ja työhönvalmennus voisivat olla itsenäisen työelämän alku.

Verrattaessa nuorten arvioita toimintakyvynsä sosiaalisista edellytyksistä, nuoret kokivat elämänsä sosiokulttuuriset toiminnot eli arkielämänsä lähtökohdat ja tosiasiat myönteisempinä kuin sosiaalityöntekijä. Yhteisösuoritusten osalta nuoret arvioivat luottamusta lähi-ihmisiin ja viranomaisiin sekä heidän huolenpitoaan. Nuoret kokivat kaikki tukitoimet, ihmissuhteet ja kapeankin viranomaishuolenpidon myönteisenä silloinkin, kun se ulkopuolelta näytti puutteelliselta suhteessa tilannevaatimuksiin. Tukitoimet olivat luoneet luottamusta elämään, ja osa nuorista arvioi tilanteensa melko myönteiseksi, vaikka sosiaalityöntekijä näki saadun tuen niukkana pysyvistä ihmissuhdeongelmista johtuen. Kuitenkin nuorten itsearviot ja työntekijän arviot olivat samansuuntaiset kaikkein vaikeimmissa tilanteissa, joissa mikään tuki ei ollut nuorenkään mielestä tavoitettavissa. Osallistumisen osa-alueeseen sosiaalityöntekijä

arvioi yhteiskunnan tukitoimet ja palvelut esim. työelämään ja harrastuksiin osallistumiseksi riittävinä ja kohdentuvina vain noin 21 nuorella. Nuorten arviot olivat samansuuntaisia, joskin myönteisempiä kuin sosiaalityöntekijän, joka korosti tuen kohdentuvuutta. Nuorten myönteisyyden voidaan katsoa täyttävän tälle kuntoutustutkimukselle asetetun tavoitteen rohkaista nuoret näkemään odotettavissa olevat mahdollisuudet ja saadun tuen merkityksen vaikeissakin olosuhteissa.

### 6.3 Kuntoutussuunnitelma

Kuntoutustutkimuksessa pyrittiin jokaiselle nuorelle laatimaan kattava ja laaja-alainen (biopsykososiaalinen) kuntoutussuunnitelma, joka sisälsi

- lääketieteellisen terveydentilan edellyttämät hoidolliset suositukset tai muut toimintakyvyn edistämiseen tähtäävät toimenpidesuosituksesi liittyen ruumiin- ja mielen toimintoihin sekä fyysisiin ja kognitiivisiin (mielellisiin) suorituksiin
- vaikeisiin elämäntilanteisiin ja ihmissuhdeverkkoon liittyvät biopsykososiaalisesti määritellyt tukitoimenpiteet
- fyysisesti, psyykkisesti ja sosiaalisesti määritellyt koulutukselliset tai ammatilliset suunnitelmat osallistua elämänrooleihin.

Kuntoutussuunnitelman toteutuminen käytännössä yritettiin varmistaa etsimällä nuorelle, mikäli mahdollista, toimiva tukiverkosto ja vastuuhenkilö, jotka valvoivat ehdotettujen suunnitelmien käynnistymistä. Tähän liittyen nuorten asiakkuus jatkui Koho-toiminnan piirissä.

Mielenterveyden osalta kuntoutustutkimuksessa tuli esiin uutta tietoa, kuten selviä oppimisvaikeuksia ja kognitiivisten kykyjen epätasaisuutta sekä jo lastenneuvolassa havaittuja kehitys- ja sopeutumisongelmia. Tiedot jälkimmäisistä olivat kuitenkin jossakin vaiheessa kadonneet, jolloin ne eivät enää olleet hoitohenkilöstön tai vastuuviranomaisten käytettävissä. Tämä saattoi johtaa siihen, että nuorille asetetut vaatimukset esim. koulussa olivat ohjauksen puuttuessa olleet liian suuret.

Mielenterveyden hoidon tarvetta arvioitiin olevan selvästi enemmän kuin nuoret kokivat. Hoitoon motivoiminen osoittautuikin ongelmalliseksi, erityisesti päihdeongelmaisilla nuorilla. Hoitoonohjaus ja myös tarvittaessa suositus hoidon tiivistämisestä annettiin käytännössä silloin, kun nuori ilmoitti sitoutuvansa hoitosuunnitelmaan. Hoidon käynnistämistä tai tehostamista vaikeuttivat myös palvelujen riittämättömyys ja saatavuus sekä nuorten vaikeana kokema hoitohenkilökunnan vaihtuvuus.

Kuntoutustavoitteina nuorten itsenäiseen osallistumiseen tähtäävät tukitoimet, kuten sosiaalisten vuorovaikutussuhteiden lujittaminen, nähtiin erityisen tärkeinä. Osallistumisen kannalta myös joidenkin elämäntilannefaktojen, kuten taloudellisen toimeentulon ja kuntoutusetuuksien, varmistaminen oli myös tarpeen. Osalla nuorista etuuksia oli jäänyt aikaisemmin hakematta tuen tarpeesta ja oikeudesta huolimatta. Myös yhteisösuorituksia eli nuorille suunnattua sosiaalista tukea oli vahvistettava,

koska lähtöperheiden vaikeudet heijastuivat usein nuorten elämäntilanteeseen. Sosiaalityöntekijä otti yhteyden nuorten suostumuksella muihin viranomaistahoihin joissakin hyvin vaikeissa tilanteissa. Usein nuoret eivät halunneet tällaista yhteydenottoa, jossa esim. perhetilanteeseen puututaan. Itsenäisen asumisen järjestäminen oli monille nuorille ajankohtaista. Tällöin kyseeseen tuli sosiaalitoimiston järjestämä tukiasunto, oma asunto tai asumiskokeilu. Monet nuoret tarvitsivat ja olivat myös kiinnostuneita saamaan tukihenkilön, joskin sellaisen löytäminen oli monesti hankalaa. Monet nuorista olisivat hyötynet elämänhallintaan opastavasta ryhmämuotoisesta tuesta, mutta ryhmiä ei ollut juurikaan saatavilla ja jos oli, nuorten oli vaikea sitoutua niihin.

Ammatilliset suunnitelmat eivät olleet toteutuneet monista eri syistä, vaan nuoret olivat kokeneet toistuvia pettymyksiä. Tavoitteet saattoivat olla liian vaativia resursseihin nähden, tai ilman riittävää arviointia oli tehty vääriä ammatillisia valintoja. Kuntoutustutkimuksessa arvioitiin, että 1) työkyky oli valtaosalla nuorista olennaisesti alentunut, että 2) osa nuorista oli tällä hetkellä työelämään kykenemättömiä ja että 3) osalle voitiin kuntoutustutkimuksen yhteydessä tehdä ammattiin tähtäävä koulutussuunnitelma. Ammatillisen suunnitelman täsmentämiseksi suositeltiin usein työkokeilua, tavoitteena jäsentää suunnitelmia ajallisesti, lujittaa nuorten ammatillista kiinnittymistä ja valaa uskoa omiin mahdollisuuksiin. Työkokeilu Kelan kustantamana edellyttää pääsääntöisesti lääketieteellisiä löydöksiä, joiden perusteella työkyky ja ansiomahdollisuudet ovat olennaisesti alentuneet. Tutkimuksessa todettiin, että myös toimintakyvyn sosiaalisten edellytysten rajoitteet tulisi hyväksyä selkeämmin kuntoutuksen perusteiksi. Kuntoutustutkimus nähdään ponnahduslautana, joka aktivoi nuoria miettimään tulevaisuuttaan uudelta pohjalta, sekä lähtökohtana viranomaisille suunniteltaessa tarvittavia tukitoimia.

## 7 SUOSITUKSET

Tutkimustulokset antavat aihetta mm. seuraaviin johtopäätöksiin ja suosituksiin:

1. Vajaakuntoisten ja syrjäytymisvaarassa olevien nuorten tarvitseman avun ja tuen tarpeen mahdollisimman varhainen tunnistaminen ja nuorten ohjaaminen heille soveltuvaan tukiverkostoon edellyttää nykyistä parempaa yhteistyötä ja tiedon kulua kouluviranomaisten, terveydenhuollon, sosiaalihuollon ja kodin välillä. Erittäin tärkeää on arvioida uudelleen tiedonkulun lainsäädännöllisiä esteitä.
2. Erityisesti huomiota tulisi kiinnittää pitkäaikaissairaana ja suoriutumisvaikeuksista kärsivän nuoren siirtymävaiheeseen peruskoulusta aikuisuuteen, ammatilliseen koulutukseen ja työelämään, jolloin kuntoutustutkimuksen tarjoamia mahdollisuuksia tulisi käyttää nykyistä aktiivisemmin.
3. Tässä hankkeessa kuvatun laaja-alaisen ja moniammatillisen arviointimenetelmän lisäksi olisi tarvetta kehittää myös vähemmän resursseja vaativia mutta nykyistä paremmin nuorille soveltuvia toimintamalleja.
4. Nuorelle laadittua ammatillista kuntoutussuunnitelmaa toteuttamaan tarvitaan eri viranomaisten lisäksi nimetty taho tai tukihenkilö, joka vastaa nuoren tarvitsemien tukitoimien koordinoinnista ja toteuttamisesta. Nuoren tulisi voida asioida keskitetysti kaikissa ongelmissaan yhdellä luukulla.
5. Nuoret tulisi saada nykyistä joustavammin Kelan kuntoutuksen piiriin, vaikka heillä ei olisi todettua sairautta, vikaa tai vammaa. Myös toimintakyvyn sosiaalisten edellytysten rajoitteet tulisi hyväksyä nykyistä selkeämmin kuntoutuksen perusteina. Tämä edellyttäisi lainsäädännön tarkistamista.
6. Nuorten tarvitsemat mielenterveyspalvelut tulisi varmistaa, mutta traditionaalisten mielenterveyspalvelujen rinnalle tulisi suunnitella ja kehittää muita toimintakyvyn psyykkisten edellytysten edistämistoimenpiteitä ja palvelumuotoja. Tähän kannustaa tutkimustulos, joka kertoi nuorten olevan epätietoisia mielenterveyden hoidontarpeestaan.
7. Nuoret ja heidän perheensä tarvitsevat tukipalveluja, joilla voidaan tukea erityisesti nuorten elämän laatua ja kiinnittyneisyyttä yhteiskuntaan, työhön ja harrastuksiin. Tässä yhteydessä myös viranomaisyhteistyön kehittäminen ns. kolmannen sektorin toimijoiden kanssa nähdään tärkeänä.
8. Työhallinnon tukitoimien kiinnittäminen yhteiskunnan palveluverkostoon mahdollistaa osaltaan nuorten ammatillisten suunnitelmien laatimisen. Riskitilanteessa elävän nuoren integroituminen työelämään edellyttäisi myös joustavien työelämän sääntöjen kehittämistä lainsäätäjän ja julkisen sekä yksityisen sektorin yhteistyönä.

## 8 YHTEENVETO

Suomen 15–64-vuotiaasta väestöstä useampi kuin joka neljäs ja työvoimasta (työllisistä ja työttömistä) lähes joka neljäs on alle 30-vuotias. Kuten monissa muissa Euroopan maissa myös Suomessa nuorten, alle 25-vuotiaiden työttömyys kasvoi voimakkaasti 1990-luvulla. Yleisen työttömyyden ja nuorisotyöttömyyden huippu saavutettiin vuonna 1994, jolloin 15–19-vuotiaiden työttömyysaste (työttömien osuus työvoimasta) oli 41,3 % ja 20–24-vuotiaiden 30,7 %. Tuolloin keskimääräinen työttömyysaste oli 16,6 %.

Viime vuosina nuorten työllisyys on kuitenkin parantunut, mihin on vaikuttanut paitsi ns. pätkätöiden eli määrä- ja osa-aikaisten töiden sekä tukityöllistämisen yleisyys nuorten keskuudessa myös nuorten ammatilliset valmiudet. Lisäksi työvoiman kysynnän kasvu on suuntautunut nuorten valmiuksia vastaaville aloille, ennen kaikkea tietotekniikkaan ja palvelualoille. Vuonna 2005 oli 15–24-vuotiaiden työttömyys kuitenkin edelleen 20,1 %, kun koko väestön työttömyys oli 8,4 %.

Nuorten työttömyyden on todettu olevan yhteydessä mm. psyykkisten ja sosiaalisten ongelmien lisääntymiseen, terveystalouden käyttöön, somaattiseen sairastavuuteen ja yhteiskunnasta vieraantumiseen. Nuoren toimeentulon niukkuus, velkaisuus sekä taloudelliseen lamaan liittyvät perheen kokemat taloudelliset paineet ovat suorassa yhteydessä vanhempien ja lasten välisiin riitoihin rahasta. Perheen sisäisistä ristiriidoista muodostuu usein uhka nuoren mielenterveydelle.

Suomessa on 1990-luvulla pyritty ehkäisemään nuorten syrjäytymistä käynnistämällä heidän tarpeistaan lähteviä hankkeita. Suomessa on arvioitu olevan 10 000–15 000 alle 25-vuotiaasta syrjäytymisvaarassa olevaa nuorta, joilla on selviä elämänhallinnan vaikeuksia. Toimenpiteiden kohdentamista suunniteltaessa on arvioitu, että suurimmassa syrjäytymisvaarassa ovat monien ns. ongelmaperheiden lapset ja nuoret, oppimisvaikeuksista kärsivät lapset ja nuoret sekä huumeongelmaiset. Työmarkkinoilta nuorena syrjäytymisestä aiheutuvat kokonaiskustannukset saattavat muodostua yhteiskunnalle huomattaviksi.

Tässä kuvatun hankkeen keskeisenä tavoitteena oli saada kokemusta vajaakuntoisten nuorten kuntoutustutkimusten tekemisestä laitospalvelujen piirissä. Samalla pyrittiin muodostamaan kokonaiskuvaa tähän hankkeeseen osallistuneiden nuorten nykyisestä elämäntilanteesta ja niistä syistä, jotka olivat johtaneet nuoria uhkaavaan syrjäytymiseen, sekä nuorten mahdollisuuksista kuntoutua.

Kuntoutustutkimuksen sisältö ja prosessin kulku on määritelty Kelan laitospalveluisten kuntoutuksen standardissa. Kyseessä on laaja moniammatillinen tutkimus, jossa käytetään lääketieteellisiä, ammatillisia, sosiaalisia ja psykologisia tutkimusmenetelmiä. Tavoitteena on laatia kuntoutujalle yksilöllinen kuntoutussuunnitelma, joka sisältää ammatilliset ja hoidolliset suositukset ja palvelut sekä tukitoimet. Varsinaisen kuntoutustutkimuksen lisäksi ja tueksi tässä hankkeessa käytettiin toimintakyvyn

biopsykososiaalista arviointi- ja edistämismallia, jonka avulla jokaiselle nuorelle pyrittiin muodostamaan toimintakykyprofiili.

Hankkeen päätulokset ja johtopäätökset olivat seuraavat:

1. Vajaakuntoisen ja syrjäytymisvaarassa olevan nuoren kuntoutustutkimus kuntoutuslaitoksessa on hyvin toteutettavissa. Se edellyttää kuitenkin tavanomaista enemmän resursseja. Tutkimuksen tulee tehdä kokenut moniammatillinen tiimi. Nuoren valintakriteereihin, tukipalveluihin ja motivointiin tulee kiinnittää erityistä huomiota. Tutkimusohjelmassa on huomioitava nuoren erityistarpeet.
2. Tutkimukseen osallistuneiden nuorten elämänolosuhteet olivat monitasoisesti ongelmaisia. Monen nuoren taustalla oli mittava viranomaistyö, sillä ongelmat olivat kehittyneet vuosien aikana, aina lapsuudesta lähtien. Siirtymävaihe koulusta työelämään oli jäänyt ilman yksilöityä tukihenkilöä tai -tahoja, ja ammatilliset suunnitelmat eivät olleet edenneet. Pitkään viranomaisyhteistyössä oleva nuori todennäköisesti hyötyy siirtymävaiheessa laaja-alaisesta selvityksestä kuten tässä tutkimuksessa, jossa nuorten tilanne edellytti moniammatillista lähestymistapaa.
3. Valtaosalla nuorista ongelmat ilmenivät mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöinä. Suurella osalla nuorista todettiin mielenterveyspalvelujen tarvetta, mutta palvelujen saatavuus oli usein riittämätöntä ja myös niiden toteutumiseen liittyi runsaasti ongelmia. Monessa tapauksessa käynnissä olevien hoitojen suhteen todettiin tiivistämisen ja tehostamisen tarvetta. Tätä vaikeuttivat resurssien vähäisyys, hoitohenkilökunnan suuri vaihtuvuus ja monesti nuorten motivoitumattomuus hoitoon. Osa hoidon tarpeesta olevista nuorista ei kokenut hoidon tarvetta, jolloin hoitolähetettä ei annettu.
4. Suurelle osalle nuorista voitiin tehdä tavoitteellinen ammatillinen suunnitelma, mutta joillakuilla sen käynnistäminen arvioitiin mahdolliseksi vasta lisätutkimusten tai riittävän hoidon toteuduttua. Monille mahdollisuus työkokeiluun merkitsi uutta kiinnepistettä ammatillisen suunnitelman kehittämisessä ja luottamuksen rakentamisessa työelämän suuntaan.



## KIRJALLISUUS

Aro H. Stress, development and psychosomatic symptoms in adolescence. Doctoral dissertation. Tampere: Acta universitatis Tamperensis. Ser A 242, 1988.

Alaranta H, Rytökoski U, Rissanen A, ym. Aktiivinen ja laaja-alainen selkäpotilaan liikunta- ja harjoitusohjelma (AKSELI): toteutus ja vaikuttavuus. Turku: Kansaneläkelaitoksen julkaisuja ML:103, 1991.

Arnkil T, Eriksson E, Arnkil R. Palveluiden dialoginen kehittäminen kunnissa. Sektorikeskeisyydestä ja projektien kaaoksesta joustavaan verkostointiin. Helsinki: Stakes, Raportteja 253, 2000.

Berne E. Kanssakäymisen kuviot. Jyväskylä: Gummerus, 1967.

Björkqvist, K. Violent films, anxiety and aggression. Experimental studies of the effect of violent films on the level of anxiety. Societas Scientiarum Fennica. Helsinki: 1985.

Crumbaugh JC, Maholick LT. Manual of instructions for the purpose in life test. Munster: Psychometric Affiliates, 1969.

Engel GL. The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. Science 1977; 196: 129–136.

Forssén, K. Suojaverkon lapsiperheet. Tutkimus kasvuolopuutteiden takia lastensuojelun asiakkaana olevien perheiden ongelmista ja perheiden kanssa tehdystä sosiaalityöstä. Turku: Turun yliopisto. Sosiaalipolitiikan laitos. Sarja A. Sosiaalipolitiikan tutkimuksia 2, 1993.

Frankl V. Olemisen tarkoitus. Helsinki: Kirjayhtymä, 1984.

Havinghurst RJ. Developmental tasks and education. New York: David McKay, 1972.

Heikkilä M. Köyhyys ja huono-osaisuus hyvinvointivaltiossa. Tutkimus köyhyydestä ja hyvinvoinnin kasautumisesta. Helsinki: Sosiaalihalituksen julkaisuja 8, 1990.

Hämäläinen A. Use of supportive informative material in social work among problem rehabilitees. Julkaisussa: Chigier E, ed. Youth and disability. London: Freund Publishing Ltd, 1990: 39–52.

Hämäläinen A, Kaukinen J, Kervilä A, ym. Moniongelmaisten nuorten syrjäytymistä voidaan ehkäistä toiminta- ja kuntoutusedellytysten arviolla. Posterisitys. Kuntoutuspäivät 2003. Helsinki: Kuntoutussäätiö, 2003.

ICF. Toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälinen luokitus. World Health Organization. Ohjeita ja luokituksia 2004: 4. Helsinki: Stakes. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus, 2004.

Johansson A, Vuori J. Työttömät nuoret syrjäytymisvaarassa? Työllistämisen ja aktivointiprojektin aloittaneiden nuorten tausta ja terveys. Työ ja ihminen, tutkimusraportti 14. Helsinki: Työterveyslaitos, 1999.

Johansson A, Loikkanen E, Vuori J. Nuorten työttömyys ja terveys -tutkimuskatsaus. Helsinki: Työterveyslaitos, 1997.

Jouhki S, Sutela H. Nuoret ja työ. Julkaisussa: Työ, aika ja elämänvaiheet. SVT. Työmarkkinat 1998:9. Helsinki: Tilastokeskus, 1998.

Julkunen I, Malmberg-Heimonen I. The encounter of high unemployment among youth. Työpoliittinen tutkimus 188. Helsinki: Työministeriö, 1998.

Järvinen T. Koulutusjärjestelmän yksilöllistyminen ja valinnan vapaus. Julkaisussa: Kuure T, toim. Aikuistumisen pullonkaulat. Nuorisotutkimusverkosto/ Nuorisotutkimusseura, julkaisuja 16. Nuorisoasiain neuvottelukunta, Nuora, julkaisuja 19. Helsinki: Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus, Stakes, 2001.

Kivinen O, Toivola H, Ahola S. Nuorten valikoituminen ammattikouluttautumattomiksi työnhakijoiksi. Työvoimapolitiittisia tutkimuksia 81. Helsinki: Työvoimaministeriön suunnitteluosasto, 1988.

Komonen K. Työn moraalista koulutuksen moraaliin. Julkaisussa: Kuure T, toim. Aikuistumisen pullonkaulat. Nuorisotutkimusverkosto/Nuorisotutkimusseura, julkaisuja 16. Nuorisoasiain neuvottelukunta, Nuora, julkaisuja 19. Helsinki: Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus, Stakes, 2001.

Kontula O, Viinamäki H, Koskela K. Köyhiä ja kipeitä. Taloudellisen laman terveysvaikutuksia 1990-luvulla. Helsinki: Väestöntutkimuslaitos, Väestöliitto, 1998.

Korhonen V, Laukkanen E, Peiponen S, Viinamäki H. Syrjäytyykö masentunut nuori? Suom Lääkäril 1999; 5: 473-477.

Koskinen S. Pitkäaikaissairastavuus ja tapaturmien aiheuttamat vammat. Julkaisussa: Koskinen S, Kestilä L, Martelin T, Aromaa A, toim. Nuorten aikuisten terveys. Terveys 2000 -tutkimuksen perustulokset 18-29-vuotiaiden terveydestä ja siihen liittyvistä tekijöistä. Helsinki: Kansanterveyslaitos, 2005: 77-78.

Laapotti P. Sosiaalisten ongelmien ehkäisy työllistämisen avulla. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriön monisteita 1997:10, 1997.

Laukkanen E. Nuoruusiän psyykinen kehitys ja sen häiriintyminen. (Väitöskirja). Kuopio: Kuopion yliopisto, Psykiatrian klinikka 1993.

Laukkanen E, Hartikainen B, Luotoniemi M, Julma K, Aalberg V, Pylkkänen K. Nuorisopsykiatrian palvelut lisääntyneet, mutta eivät riitä kattamaan suurta tarvetta. Suom Lääkäril 1999; 32: 3949-3955.

Linnossuo O. Koho pitää pinnalla! Turkulaisten 17-20-vuotiaiden työttömien nuorten aktivointiprojektin projektiorganisaation arviointitutkimus 1996-1999. Euroopan Sosiaalirahasto / Tavoite 3. Employment Youthstart -hanke. Turku: Työministeriö ja Turun kaupunki, 2000.

Linnossuo O. Syrjäytymisestä selviytymiseen? Arviointitutkimus työttömien nuorten palveluohjauksesta. Helsinki: Kansaneläkelaitos, Sosiaali- ja terveysturvan katsauksia 61, 2004.

Luotoniemi M. Ajankohtaista nuorisopsykiatriasta. Erikoislääkäri 1999; 5: 215–216.

Musikka-Siirtola M. Nuorten toimintakyvystä ja sen arvioinnista. Toimintakyky – viitekehystä arviointiin ja mittaamiseen. Julkaisussa: Talo S, toim. Turku: Kela, Sosiaali- ja terveysturvan katsauksia 49, 2001.

Mustola K. Vaihtoehtona vapaus. Tutkimus ilman työtä elävistä helsinkiläisnuorista. Helsingin kaupungin nuorisoasiainkeskus. Julkaisuja 1990:3.

Myrskylä P, Ylöstalo P. Työvoiman tulo- ja lähtövirrat 1987–1995 ja yritysten joustavuus. Helsinki: ESR-julkaisut 6/1997.

Mäkinen S. Isänsä menettäneet pojat varusmiehinä: vertaileva tutkimus hajonneiden ja ehjien perheiden poikien persoonallisuuden kehityksestä ja palveluksessa selviytymisestä. Sotilaslääketieteellinen aikakauslehti 1991: 66: 1a.

Nyysölä K. Nuoret ja työmarkkinoiden joustavuus. Koulutussosiologian tutkimuskeskus. Raportteja 20. Turku: Turun yliopisto, 1994.

Ojanen M. Graafiset analogia-asteikot elämälaadun ja hyvinvoinnin mittauksessa. Julkaisussa: Talo S, toim. Toimintakyky – viitekehystä arviointiin ja mittaamiseen. Turku: Kela, Sosiaali- ja terveysturvan katsauksia 49, 2001: 207–225.

Onatsu-Arviolommi TP, Nurmi J-E. Family background and problems at school and in society – the role of family composition, emotional atmosphere and parental education. Eur J Psychol Educ 1997; 12: 315–330.

Pawson R, Tilley N. Realistic evaluation. London: Sage Publications, 1997.

Phillips O. New course for management. Julkaisussa: Fabry JB, Bulka RP, Sahakian WS, eds. Logotherapy in action. New York: Jason Aronson, 1979.

Piri M, Lehtoranta P, Leivo H, Nurmi J-E. Nuotti ohjaukseen. Nuoret työelämän kynnyksellä. Helsinki: Kuntoutussäätiö, 1998.

Pulkkinen L. Kasvamisen aikuiseksi. Julkaisussa: Pulkkinen L, toim. Lapsesta aikuiseksi. Jyväskylä: Atena Kustannus Oy, 1996.

Pulkkinen L. Onko hän heitteillä? Minkälaisen aikuisuuden suojassa tai varjossa varhaisnuoret elävät? Mitä haasteita he tänään kohtaavat? Kuka taluttaa 12–14-vuotiasta ja auttaa lapsesta nuoreksi? Prof. Lea Pulkkinen luento Kirkkopäivillä Helsingissä 23.5.2003.

Punakallio A. Motorinen taito työssä ja sen arviointi. Työfysioterapia-yhteistyötä työ- ja toimintakyvyn hyväksi. Työterveyslaitos. 1997.

Pursiainen T. Keskinäinen osakkuus ja perusluottamuksen olosuhteet. Osa1. Keskinäinen osakkuus. Kuntoutus 1997; 4: 31–39.

Puura K. What children tell and adults notice. Doctoral dissertation. Tampere: Acta universitatis Tamperensis 605, 1998.

Pylkkänen K. Hoitotakuu nuorisopsykiatriassa. NUOTTA-projektin loppuraportti 2003. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 13, 2003.

Rajantie J, Sihvola S. ym. Lasten ja nuorten terveydentila 1990-luvun Suomessa. Helsinki: Mannerheimin Lastensuojeluliitto, 1993.

Rimpelä M. Nuorten terveyden kehityssuunnista Suomessa: jatkuuko 1900-luvun menestystarina? Julkaisussa: Silvennoinen H, toim. Nuorisopolitiikka Suomessa 1960-luvulta 2000-luvulle. Helsinki: Nuorisotutkimusverkosto/Nuorisotutkimusseura, julkaisuja 29. Nuorisoasiain neuvottelukunta, Nuora, julkaisuja 25, 2002.

Rimpelä M, Rimpelä A, Vikat A, ym. Miten nuorten terveys on muuttunut 20 vuoden kuluessa? Suom Lääkäril 1997; 24: 2705–2712.

Rytökoski U. Kolmiulotteinen, isoresistiivinen dynamometri (Isostation B-200) toimintakyvyn fyysisten edellytysten arvioinnissa kroonisesta alaselkävivusta kärsivillä kuntoutujilla. Turku: Kansaneläkelaitos, Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 25, 1997.

Räsänen E. Lapsuuden ja nuoruuden mielenterveyden häiriöt syrjäytymisen aiheuttajina. Suom Lääkäril 1999; 3: 197–200.

Saarela P. Nuorisobarometri 2002. Nuorisoasiain neuvottelukunta; Nuora, julkaisuja 24. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy, 2002.

Santamäki-Vuori T, Sauramo P. Nuorten työttömyys Suomessa vuosina 1993–94. Työpoliittinen tutkimus No 107. Helsinki: Työministeriö, 1995.

Sosiaali- ja terveysministeriö. Syrjäytymisen estäminen – Hallinnonalan toimenpidekokonaisuus II. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriön monisteita 4, 1999a.

Sosiaali- ja terveysministeriö. Ehdotukset syrjäytymisen vastaisista toimista. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistioita 7, 1999b.

Sosiaali- ja terveysministeriö. Aktiivinen sosiaalipolitiikka -työryhmän muistio. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistioita 20, 1999c.

Sosiaali- ja terveysministeriö. Työ- ja sosiaalhallinnon aktiiviyhteistyö. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistioita 24, 1999d.

Spanger T, Arnkil R, Lyytinen S-M, Karjalainen V, Lahti T, Aho S. Yhteisöpalvelu kehittyä – kehittykö johtajuus. Työhallinnon, kuntien ja Kelan yhteisöpalvelukokeilun väliraportti 30.6.2003. Työhallinnon julkaisu No 331, 2003.

Stähle M. Kuinka Kala Jää Koukkuun. Nuoren elämänhallinnan ja hyvinvoinnin merkitys asiakkuusprosessiin sitoutumisessa. Pro gradu -tutkimus. Turku: Sosiaalipolitiikan laitos, Turun yliopisto, 2002.

Suikkanen A, Martti S, Linnakangas R. Homma hanksaan. Nuorten kuntoutuskokeilun arviointia. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2004: 5.

Talo S, Hämäläinen A. Strukturoidusta mallista arviointitapahtumaan: Toimintakyvyn sosiaaliset edellytykset. Kuntoutus 1997; (4): 3–17.

Talo S, Hämäläinen A, Kervilä A, Kallio V. Mental health and functioning: a case analysis of rehabilitation patients. *Int J Rehabil Res* 1993; 16: 221–231.

Talo S, Rytökoski U, Hämäläinen A, Kallio V. The biopsychosocial disease consequence model in rehabilitation. *Int J Rehabil Res* 1996; 19: 93–109.

Talo S, Hämäläinen A, Rytökoski U. BPSDC – The biopsychosocial dimensional model for functioning. 28th Eamda Annual Conference Report. 1998.

Talo S, Wikström J, Metteri A. Kuntoutuminen monitieteisenä ja -tasoisena prosessina. Julkaisussa: Kallanranta T, Rissanen P, Viikkumaa I, toim. Kuntoutus. Helsinki: Duodecim, 2001: 55–71.

Tilastokeskus. Työvoimatilasto 1997.

Tilastokeskus. Työmarkkinat 1999:5.

Tulisalo U. Parental divorce and depression in young adulthood. Tampere: Acta Universitatis Tamperensis 694. University of Tampere, 1999.

Työllisyysasetus 1993/130.

Työministeriö. Työpoliittinen Aikakauskirja 2/2006. Helsinki: Työministeriö, 2006.

Vaara M. Työtesti fyysisen suoriutumisen kuvaajana. Turku: Kela, Sosiaali- ja terveysturvan selosteita. Menetelmät 1, 2000.

Vaara M, Karppi S-L. Reliability and validity of a motor skill test. Abstract 13th International Congress of the World Confederation for Physical Therapy, Yokohama, 23.–28.5.1999.

Vaara M, Karppi S-L. Reliability of a novel co-ordination and balance test. Abstract. 14th International WCPT Congress Barcelona, Spain 7.-12.6.2003.

WHO (World Health Organization). International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). Geneva: WHO, 2001.

Viemerö V. Relationships between filmed violence and aggression. Åbo Akademis kopieringscentral, 1986.

Viinamäki L. Opiskelemaan, työhön, työttömäksi? Tutkimus nuorten itsenäistymisen ehdoista 1990-luvulla. Rovaniemi: Lapin yliopiston yhteiskuntatieteellisiä julkaisuja B 23, 1996.

Wilska T-A, toim. Uskon asia. Nuorisobarometri 2006. Helsinki: Opetusministeriö / Nuorisoasiain neuvottelukunta, julkaisuja 34 ja Nuorisotutkimusverkosto/Nuorisotutkimusseura, julkaisuja 67, 2006.

Vuori J, Vesalainen J. Työvoimakoulutuksen ja tukityön vaikutukset työnhakuaktiivisuuteen, uudelleen-työllistymiseen ja koettuun terveyteen. Työ ja ihminen 1996;10: 163-178.



## ***LIITTEET***



**LIITE 1: VIIKKO-OHJELMA***Liite 1. Malliohjelmat, 1. viikko*

kello	Maanantai	Tiistai	Keskiviikko	Torstai	Perjantai
8:00					
8:15					
8:30		AAMUPALA	AAMUPALA	AAMUPALA	AAMUPALA
8:45		"	"	"	"
9:00			RYHMÄTESTAUS	SOSIAALITYÖNTEKIJÄN	
9:30		LÄÄKÄRIN TUTKIMUS	/ PSYKOLOGIT	II-YKSILÖTAPAAMINEN	FYSIOTERAPEUTIN
9:45		"	"	"	TUTKIMUS / LIHAS-
10:00			"		KUNTO
10:15			"	FYSIOTERAPEUTIN	"
10:30		SOSIAALITYÖNTEKIJÄN	"	HAASTATTELU + TYÖ- JA	TYÖKOKELUN
10:45		I-YKSILÖTAPAAMINEN	"	TOIMINTAKYKY -TESTI	ESITTELY
11:00		"	"	"	"
11:15		LOUNAS	"	LOUNAS	LOUNAS
11:30		"	"	"	"
11:45		"	"	"	"
12:00		HOITAJAN RYHMÄ	LOUNAS		SOSIAALITYÖNTEKIJÄN
12:15		"	"	PSYKOLOGIN II-YKSILÖ-	RYHMÄ-II (VERKOSTO-
12:30		TAPAAMINEN	"	TAPAAMINEN	RYHMÄ)
12:45		"	"	"	"
13:00		FYSIOTERAPIARYHMÄ	HOITAJAN TULO-	"	"
13:15		/ KUNTOSALI 1	HAASTATTELU	"	"
13:30		"	PITUUS JA PAINO	SYDÄNFILMI	"
13:45		SOSIAALITYÖNTEKIJÄN	"		
14:00		RYHMÄ-I	NUORISOPSYKIATRIN	HOITAJAN RYHMÄ	
14:15		"	KONSULTAATIO	"	
14:30		PSYKOLOGIN RYHMÄ-I	"		
14:45		"	"		
15:00					
15:15		HOITAJAN RYHMÄ	HOITAJAN RYHMÄ		
15:30		MAHDOLLISUUS UINTIIN	MAHDOLLISUUS		
15:45		"	UINTIIN		
16:00					
kello	Maanantai	Tiistai	Keskiviikko	Torstai	Perjantai

Malliohjelmat<sup>1</sup>, 2. viikko

kello	Maanantai	Tiistai	Keskiviikko	Torstai	Perjantai
8:00					
8:15					
8:30	AAMUPALA	AAMUPALA	AAMUPALA	AAMUPALA	AAMUPALA
8:45	"	"	"	"	"
9:00	PSYKOLOGIN RYHMÄ-II	PSYKOLOGIN YKSILÖTESTAUS	PSYKOLOGIN RYHMÄ-IV	SOSIAALITYÖNTEKIJÄN III-YKSILÖTAPAAMINEN	LOPPUKESKUSTELU / NUORI / URASUUN- NITELMA / TYÖRYHMÄ
9:30	"	"	"	"	"
9:45	"	"	"	"	"
10:00	"	"	"	"	"
10:15	HOITAJAN RYHMÄ	"	"	HOITAJAN YKSILÖ- TAPAAMINEN	LOUNAS
10:30	"	"	"	"	"
10:45	LOUNAS	LOUNAS	LOUNAS	LOUNAS	"
11:00	"	"	"	"	"
11:15	"	"	"	"	"
11:30	"	"	"	"	"
11:45	SOSIAALITYÖNTEKIJÄN RYHMÄ-III	PSYKOLOGIN RYHMÄ-III	ALLASRYHMÄ / UIMAHALLI	PSYKOLOGIN III-YKSILÖTAPAAMINEN	
12:00					
12:15	"	"	"	"	"
12:30	"	"	HETKIITSELLE ALTAAN JÄLKEEN	"	"
12:45	"	"	"	"	"
13:00	KLINIINEN RASITUS- KOE	SOSIAALITYÖNTEKIJÄN RYHMÄ-IV	LÄÄKÄRIN TUTKIMUS		
13:15					
13:30	"	"	"		
13:45	"	"	"		
14:00	"	"	"		
14:15					
14:30					
14:45					
15:00					
15:15		MAHDOLLISUUS UINTIIN	MAHDOLLISUUS UINTIIN		
15:30					
15:45		"	"		
16:00	Maanantai	Tiistai	Keskiviikko	Torstai	Perjantai
kello					

<sup>1</sup> Ohjelmiin sisältyvät tarvittaessa verinäytteet, röntgentutkimuksia, muita erikoislääkärin tutkimuksia, työkokeiluohjaajan konsultaatio ja lisäaikoja tiimiäisten yksilötapaamisille.

## LIITE 2: TOIMINTAKYKYPROFIILIN ERI OSIOIDEN ARVIOINTI

### Yleistä

Moniammatillinen työryhmä päätti yhdessä perusteet, joilla arvioidaan nuorten voimavaroja ja kuntoutustarvetta. Arvio perustuu Talon ym. (2001) esittämään malliin.

**Ulkoisen arviointi** tarkoittaa tiimin jäsenen tai jäsenten tekemää arviota nuoren toimintakyvyn edellytyksistä.

**Itsearviointi** tarkoittaa nuoren omaa arviota omista toimintakyvyn edellytyksistään.

### 1. Fyysiset toiminnot ja rakenteet

#### Ulkoisen arviointi

Fyysisillä toiminnoilla ja rakenteilla tarkoitetaan tässä tutkimuksessa fyysistä terveyttä (siis myös sairauksien, vikojen ja vammojen diagnoosia, mikä poikkeaa ICF-luokituksesta, jossa sairauksia ei luokitella Ruumiin/Kehon toimintoina, vaan erikseen ICD-10-koodeina). Lääkäri tekee arvioinnin. Hän ottaa kantaa nuoren (fyysiseen) terveydentilaan käyttäen apunaan anamneesista ja kliinisestä tutkimuksesta saamia tietoja. Arvioinnin tukena lääkäri käyttää myös nuorelle tehtyjen tutkimusten (esim. verikokeet, kuvantamistutkimukset, erikoislääkärikonsultaatiot) tuloksia.

Arvion ääripäät kiinnitetään seuraavasti:

+3 (Fyysinen) terveydentila erinomainen. Lääkäri toteaa nuoren terveydentilan olevan hyvä (normaali): ei oireita eikä koettua terveydentilan vajetta).

+2

+1

0 Normaali (fyysisesti ns. terve, ei haittaavia fyysisiä oireita).

-1

-2

-3 (Fyysisesti) vaikeasti vammainen.

HUOM! Rajaus: huumeiden käyttö otetaan mukaan arvioon vain, jos se vaikuttaa nuoren fyysiseen terveydentilaan. Häiriönä huumeiden käyttö arvioidaan psyykkisen statuksen yhteydessä.

#### Itsearviointi

Nuoren vastaus kysymykseen ”Millaiseksi koet nykyisen terveydentilasi?” Vastausvaihtoehdot:

+3 erittäin hyvä

+2 hyvä

+1 melko hyvä

0 kohtalainen (keskinkertainen)

-1 melko huono

-2 heikko

-3 erittäin heikko.

(Sairaus- ja oirekysely.)

### 2. Mielen toiminnot ja rakenteet

#### Ulkoisen arviointi

Mielen toiminnot ja rakenteet sisältää arvion nuoren kognitiivisista kyvyistä, persoonallisuudesta ja tunne-elämän tasapainosta sekä hänen kokemistaan pahan olon tunteista, kuten psyykkisestä ja somaattisesta

distressistä ja häiriintyneestä yöunesta. Psykologi tekee arvion kliinisen kokemuksensa perusteella käyttäen apuna psykologisia haastatteluja ja mittauksia.

Arvion ääripäät kiinnitetään seuraavasti:

- +3 Tunne-elämä, persoonallisuus ja kognitiivinen kykyrakenne ovat vahvan stabiilit ja harmonisessa suhteessa toisiinsa.
- +2
- +1
- 0 Tasapainoinen psyykinen rakenne ja toiminta. Nuoren tunne-elämä ja persoonallisuus ovat häiriöttömät, ja hänen kykyrakenteensa on keskitasoinen.
- 1
- 2
- 3 Vakava psyyken rakenteen tai toiminnan häiriö (tunne-elämän tai persoonallisuuden häiriö riittää; kykyrakenteen heikkous yksin ei riitä arvoon -3).

### Itsearviointi

Kysytään nuoren oma arvio hänen psyykkisestä tasapainostaan ja kognitiivisesta kyvykkyydestään (lahjakkuudestaan): ”Miten lahjakkaana ja kyvykkäänä pidät itseäsi?”

Vastausvaihtoehdot:

- +3 erittäin lahjakkaana
- +2 lahjakkaana
- +1 melko lahjakkaana
- 0 keskinkertaisena
- 1 melko lahjattomana
- 2 hyvin lahjattomana
- 3 erittäin lahjattomana.

”Miten tasapainoisena ja ehyenä pidät itseäsi?”

Vastausvaihtoehdot:

- +3 erittäin tasapainoisena
- +2 hyvin tasapainoisena
- +1 melko tasapainoisena
- 0 keskimäärin tasapainoisena
- 1 melko tasapainottomana
- 2 hyvin tasapainottomana
- 3 erittäin tasapainottomana.

(Nuorten kuntoutustutkimus, psyko, subjektiivinen arvio.)

Psykologi tarkistaa (ja suhteuttaa) nuoren vastaukset käyttäen kysymystä ”Tunnetko tarvitsevasi täällä tutkimuksen aikana tai sen jälkeen mielenterveydellisiä palveluja, kuten keskusteluja, lääkitystä, tutkimuksia tms., työn, perhehuolien, sairauksien yms. mielialaa kuormittavien paineiden vuoksi?”

Vastausvaihtoehdot:

- 1 Minulla ei ole tällaisia vaikeuksia enkä tunne tarvitsevani mielenterveydellisiä palveluja.
- 2 En ole varma asiasta.
- 3 Minulla on jossain määrin tällaisia vaikeuksia, mutta en tunne tarvitsevani mielenterveyspalveluja.
- 4 Minulla on jossain määrin mielenterveydellisiä vaikeuksia ja tunnen tarvitsevani niissä apua.
- 5 Minulla on runsaasti mielenterveydellisiä vaikeuksia, ja tarvitsen niissä apua.

Lisäksi psykologi käyttää arvioissa kysymystä ”Olet tähän mennessä pohtinut omalla kohdallasi henkisen toimintakyvyn ja terveyden erilaisten ilmenemismuotojen esiintymistä. Miten arvioit kokonaisuudessaan, onko Sinulla nykyisessä elämäntilanteessasi mielenterveydellisiä vaikeuksia tai ongelmia?” Vastausvaihtoehdot:

- 0 ei lainkaan
- 1 en ole varma asiasta
- 2 ehkä hieman
- 3 melko tavalla
- 4 runsaasti.

### 3. Sosiokulttuuriset toiminnot ja rakenteet

#### Ulkoinen arviointi

Sosiaalityöntekijä arvioi sosiokulttuurisia toimintoja ja rakenteita käyttämällä hyväksi tietoja, jotka on kerätty kyselylomakkein tai haastatteluin. Arvio perustuu mm. nuoren sosiaalisen identiteetin määrittelyyn (demografiset tekijät), elämäntilanteen tosiasioihin (lomaketiedot) sekä sosiaalisesta kulttuuritaustasta kerättyyn informaatioon (haastattelut ja lomaketiedot) ja nuoren kanssa käytyihin pohtiviin keskusteluihin (esim. elämänolosuhteiden kohtuullisuus tai kohtuuttomuus, toimeentulon taso).

Arvion ääripäät kiinnitetään seuraavasti:

- +3 vahva sosiaalinen identiteetti (socio-minä)
- +2
- +1
- 0 riittävä sosiaalinen identiteetti (socio-minä)
- 1
- 2
- 3 kuormittunut/vaillinainen sosiaalinen identiteetti (socio-minä).

#### Itsearviointi

Sosiaalityöntekijä kysyy nuoren oman arvion hänen sosiaalista minäänsä määrittelevästä arvostuksen saamisesta lähellä olevilta ihmisiltä sekä nuoren kokemaa elämänlaatua: ”Koetko elämäsi yleensä hyvänä?”

Vastausvaihtoehdot:

- +3 erittäin hyvänä
- +2 hyvänä
- +1 melko hyvänä
- 0 kohtalaisena
- 1 melko huonona
- 2 huonona
- 3 erittäin huonona.

”Koetko tulevaisuutesi kiinnostavana ja haastavana?”

Vastausvaihtoehdot:

- 1 erittäin haastavana ja kiinnostavana
- 2 hyvin haastavana ja kiinnostavana
- 3 ei erityisen haastavana ja kiinnostavana
- 4 melko vähän haasteellisena ja kiinnostavana
- 5 erittäin vähän haasteellisena ja kiinnostavana.

(Lomake Nuorten kuntoutustutkimus, status, elämän mielekkyys.)

### 4. Fyysiset suoritukset

#### Ulkoinen arviointi

Fyysisten suoritusten ulkoinen arviointi perustuu lääkärin tekemään kliiniseen arvioon mahdollisen vaurion olemassaolosta sekä fysioterapeutin tekemiin fyysisten toimintojen mittauksiin (laboratorio, kliininen rasiuskoe, lihaskunto, hapenottokyky, tasapainon hallinta). Lisäksi käytetään nuoren fyysisiä suorituksia

suoraan toiminnallisessa tilanteessa kuvaavia mittaustuloksia (työtesti). Tutkimustulosten perusteella lääkäri ja fysioterapeutti tekevät yhdessä arvion nuoren fyysisistä suorituksista.

Arvion ääripäät kiinnitetään seuraavasti:

+3 Suoriutuu erinomaisesti kaikissa arkipäivän elämässä tarvittavissa fyysisissä suorituksissa.

Erinomainen fyysinen suorituskyky.

+2

+1

0 Suoriutuu tavanomaisesti arkipäivän fyysisissä suorituksissa. Keskitasoinen fyysinen suorituskyky.

-1

-2

-3 Suoriutuminen arkipäivän fyysisissä suorituksissa on erittäin heikko. Erittäin huono fyysinen suorituskyky.

### Itsearviointi

Kysytään nuoren arviota omasta fyysisestä kunnostaan: ”Onko ruumiillinen kuntosi mielestäsi

+3 erittäin hyvä

+2 hyvä

+1 melko hyvä

0 kohtalainen

-1 melko huono

-2 huono

-3 erittäin huono?”

(Liikuntakysely.) Keskustellessaan nuoren kanssa fysioterapeutti pyrkii laajentamaan kysymyksen sisällön kattamaan fyysisen suorituskyvyn eri osa-alueet.

## 5. Kognitiiviset suoritukset

### Ulkoisen arviointi

Kognitiivisten suoritusten arvio perustuu nuoren stressitilanteissa ja muulloinkin ilmeneviin käyttäytymistyyliin, impulssikontrolliin, motivaatioon ja sosiaalisiin käyttäytymistyyliin sekä vuorovaikutustaitoihin. Psykologi arvioi, miten nuoren elämänhistoriansa aikana oppimat ja omaksumat toimintatyyli vaikuttavat nuoren tapaan ja kykyyn vastata elämän stressitilanteisiin ja toimia niissä. Arvioinnissa psykologi ottaa huomioon sekä pitkäaikaiset että arkipäivän painetilanteet. Arvio perustuu kliiniseen haastatteluun, persoonallisuustesteihin ja kyselytietoihin.

Arvion ääripäät kiinnitetään seuraavasti:

+3 Taitava elämänhallinta, selviytyjä. Nuorella on omaehtoisia selviytymiskeinoja elämän suurissakin painetilanteissa.

+2

+1

0 Painetekijöiden säätely on omin voimin tai sopivin tukitoimin hallinnassa (Huom! Jos nuorella ei ole koettuja tai ulkoisesti arvioituja painetekijöitä, tätä ylittävää arvoa ei voi antaa.)

-1

-2

-3 Elämän painetekijöiden hallinnassa suuria vaikeuksia huolimatta hyvistä ja riittävästä tukitoimista.

### Itsearviointi

Pyydetään nuorta arvioimaan, miten hän osaa ja jaksaa hallita elämänsä painetilanteita: ”Miten hyvin pystyt selviytymään elämäsi painetilanteista ja kriiseistä?”

Vastausvaihtoehdot:

+3 erittäin hyvin

+2 hyvin

- +1 melko hyvin
- 0 keskinkertaisesti
- 1 melko huonosti
- 2 huonosti
- 3 erittäin huonosti.

(Lomake Nuorten kuntoutustutkimus, psyko, subjektiivinen arvio.)

Psykologi tarkistaa (ja suhteuttaa) vastauksen käyttäen kysymyksen ”Minkälaiseksi olet kokenut vointisi muutamien viimeksi kuluneiden viikkojen aikana?” väittämiä ”Olen ollut toimekäs ja vireä” sekä ”Olen hoitanut asiani yleensä hyvin”. Molempien väittämien vastausvaihtoehdot ovat

- 1 erittäin paljon
- 2 melko paljon
- 3 jonkin verran
- 4 melko vähän
- 5 en lainkaan.

Lisäksi psykologi käyttää nuoren subjektiivisen arvion selvittämiseen kysymystä ”Asioiden hoitaminen”. Vastausvaihtoehdot:

- 1 Hoidan asiani itse.
- 2 Minulla on taipumusta siirtää asioitteni hoitamista.
- 3 Asiat hoituvat ennemmin tai myöhemmin tai unohtuvat ja jäävät hoitamatta.
- 4 Asiat kasaantuvat ja jäävät hoitamatta.

(Nuorten kuntoutustutkimus, psykologin haastattelulomake.)

## 6. Yhteisösuoritukset

### Ulkoisen arviointi

Sosiaalityöntekijä arvioi yhteisösuorituksia tarkastelemalla, miten paljon nuorelle tärkeät ihmiset ja epäviralliset tai viralliset toimijat ovat tukeneet nuorta elämän ongelmatilanteissa. Erityisesti sosiaalityöntekijä kiinnittää huomiota nuoren viiteryhmistä peräisin oleviin malleihin toimia elämän erilaisissa ratkaisutilanteissa, kuten terveyskäyttäytymiseen ja asioiden hoitamisessa käytössä oleviin tai tarvittaviin verkostoihin.

Arvion ääripäät kiinnitetään seuraavasti:

- +3 Epävirallisten ja virallisten viiteryhmiä nuorelle antama tuki ratkaisua vaativien asioiden hoitamisessa on verkottunutta, täysipainoista ja mallikelpoista.
- +2
- +1
- 0 Epävirallisten ja virallisten viiteryhmiä tuki on nuoren tavoitettavissa.
- 1
- 2 Nuoren käytettävissä on puutteellisia tai harhaanjohtavia tukitoimia, esim. epävirallisen viiteryhmiä normit ristiriidassa yhteiskunnan normien kanssa.
- 3 Epäviralliset tai viralliset tukitoimet eivät tavoita nuorta, tai nuori ei tavoita tukitoimia.

### Itsearviointi

Kysytään nuoren omaa arviota siitä, missä määrin ympäristön tukitoimenpiteet (läheiset ja viralliset kontaktit) ovat auttaneet häntä elämän ongelmatilanteiden ratkaisemisessa. ”Luottavaisuus elämään” arvioidaan asteikolla +3 – -3, jonka päät on kiinnitetty seuraavasti:

- +3 = optimismi
- 3 = toivottomuus.

”Ovatko läheiset ihmiset ja yhteiskunta mielestäsi toimineet tukenasi elämän asioiden ja ongelmien ratkaisemisessa ja yhteiskuntaan sijoittumisessa?” arvioidaan asteikolla +3 – -3:

- +3 = erittäin hyvin

-3 = erittäin heikosti.

(Nuorten kuntoutustutkimus, BPSDC, sosio-aktiivisuus.)

## 7. Fyysinen suoriutuminen osallistumisessa työ- ja kotielämän sekä vapaa-ajan rooleihin (kinesia)

### Ulkoinen arviointi

Lääkäri ja fysioterapeutti arvioivat tutkimustensa perusteella nuoren fyysisen suoriutumisen osallistumisessa toiveitaan ja tavoitteitaan vastaaviin työ- ja kotielämän tai vapaa-ajan roolitehtäviin. Arvion perusteena ovat terveydentila ja sen rajoitteet sekä fyysisiä toimintoja, fyysistä suorituskykyä ja fyysistä suoriutumista kuvaavien mittausten tulokset.

Arvion ääripäät kiinnitetään seuraavasti:

- +3 Fyysinen terveydentila ja suorituskyky riittävät erittäin hyvin: nuori pärjäisi erinomaisesti siinä koulutuksessa, ammatissa tai harrastuksessa, jota hän tavoittelee.
- +2
- +1
- 0 Fyysinen terveydentila tai suorituskyky ei rajoita nuorta: hän voisi osallistua koulutukseen, työhön tai harrastukseen.
- 1
- 2
- 3 Nuoren fyysinen terveydentila ja/tai suorituskyky on täysin riittämätön siihen koulutukseen, työhön tai harrastukseen, jota hän tavoittelee.

### Itsearviointi

Nuori arvioi fyysisiä edellytyksiään vastatessaan kysymykseen ”Millaisiksi arvioit ruumiilliset edellytyksesi (esim. lihasvoima, ketteryys, fyysinen kestävyys, kehon hahmotus ja hallinta) selviytyä tulevassa/tavoitteena olevassa koulutuksessa, ammatissa tai harrastuksissa?”

Vastausvaihtoehdot: Edellytykset ovat

- +3 erittäin hyvät
- +2 hyvät
- +1 hieman keskitasoista paremmat
- 0 keskitasoiset
- 1 hieman keskitasoa heikommat
- 2 selvästi keskitasoa heikommat
- 3 todennäköisesti riittämättömät.

(Liikuntakysely.)

## 8. Subjektiiivinen autonomia osallistumisessa työ- ja kotielämän ja vapaa-ajan rooleihin

### Ulkoinen arviointi

Psykologi arvioi nuoren autonomiaa osallistumisessa työ- ja kotielämän ja vapaa-ajan rooleihin kirjaamalla esiin tulevat toiveet/unelmat/tavoitteet siitä, mitä tämä haluaisi tehdä työkseen ja mihin harrastuksiin osallistua. Subjektiiivinen autonomia ja tavoitteellisuus määritellään sen mukaan, miten jäsentyneesti nuori itse arvioi kokonaistoimintakykynsä sekä koulutus- ja/tai työtavoitteensa. Psykologi ottaa huomioon myös sen, miten nuori hallitsee tilanteet ja sopeutuu niihin tutkimusjakson aikana.

Arvion ääripäät kiinnitetään seuraavasti:

- +3 Työhön ja harrastuksiin suuntautuneet tavoitteet/toiveet/unelmat ovat jäsentyneet ja realisoituneet.
- +2
- +1
- 0 Nuorella on omia työhön ja harrastuksiin suuntautuneita ajatuksia.
- 1



-2

-3 Toiveita/unelmia/tavoitteita ei ole missään muodossa eikä minkään asteisena.

### **Itsearviointi**

Nuorelle esitetään kysymys ”Millaisina pidät omia edellytyksiäsi osallistua työelämään ja erilaisiin harrastuksiin, kun otat huomioon omat kykysi, voimavarasi ja luonteenpiirteesi?”

Vastausvaihtoehdot: Pidän niitä

+3 erittäin hyvinä

+2 hyvinä

+1 melko hyvinä

0 keskinertaisina

-1 melko huonoina

-2 huonoina

-3 erittäin huonoina.

(Lomake Nuorten kuntoutustutkimus, psyko, subjektiivinen arvio.)

Psykologi tarkistaa (ja suhteuttaa) nuoren vastauksen käyttäen kysymystä ”Mitä odotat ensisijaisesti tältä tutkimusjaksolta?”

Vastausvaihtoehdot:

1 Odotan saavani tietoa koulutusmahdollisuuksista.

2 Odotan saavani tietoja mahdollisuuksistani työelämässä.

3 Odotan sen seurauksena pääseväni tehokkaampaan hoitoon.

4 Luulen, että siitä ei ole minulle mitään hyötyä.

5 Jotain muuta. Mitä?

Lisäksi kysytään ”Harrastukset”.

Vastausvaihtoehdot:

1 Minulla on useita harrastuksia ja luottamustehtäviä. Mitä?

2 Minulla on ainakin yksi vakituinen harrastus tai luottamustehtävä. Mikä?

3 Harrastukseni ja luottamustehtäväni ovat tilapäisiä. Mitä?

4 Minulla ei ole mitään erityistä harrastusta tai luottamustehtävää.

(Nuorten kuntoutustutkimus, psykologin haastattelulomake.)

## **9. Yhteiskunnan tarjoamat mahdollisuudet osallistumisessa työ- ja kotielämän sekä vapaa-ajan rooleihin**

### **Ulkoisen arviointi**

Sosiaalityöntekijä arvioi sosiaalisen järjestelmän nuorelle tarjoamat mahdollisuudet tehdä sellaista työtä ja harrastaa sellaisia asioita, jotka vastaavat tämän omia toiveita.

Arvion ääripäät kiinnitetään seuraavasti:

+3 Sosiaalinen järjestelmä tarjoaa nuorelle hänen tarvitsemansa mahdollisuudet osallistua toiveitaan ja tavoitteitaan vastaaviin työtehtäviin ja harrastuksiin.

+2

+1

0 Sosiaalinen järjestelmä pyrkii mahdollistamaan nuoren saamaan omia toiveitaan vastaavia työtehtäviä ja osallistumaan toivomiinsa harrastuksiin.

-1

-2

-3 Sosiaalinen järjestelmä ei tarjoa nuorelle mahdollisuutta osallistua toiveitaan ja tavoitteitaan vastaaviin työtehtäviin ja harrastuksiin.

**Itsearviointi**

Kysytään nuorelta, miten hyvin yhteiskunta on tarjonnut hänelle mahdollisuuksia (toiveita vastaavaan) työhön ja harrastustoimintaan: ”Onko yhteiskunta tarjonnut Sinulle mahdollisuuksia työroolin suorittamiseen?” ”Ovatko yhteiskunta ja kaupunki tarjonneet Sinulle mahdollisuuksia harrastustoimintaasi?” Vastaukset arvioidaan asteikolla +3 – –3, jonka päät on kiinnitetty seuraavasti:

+3 = erittäin paljon

–3 = erittäin vähän.

(Lomake Nuorten kuntoutustutkimus, BPSDC, sosio, osallistuminen.)

*HUOM. Arvio nuoren edellytyksistä suoriutua työssä ja vapaa-ajan toiminnoissa suhteutetaan siihen, millaista työtä nuori itse toivoo voivansa tehdä ja millaiseksi hän toivoo vapaa-ajankäyttönsä (esim. harrastusten) muodostuvan. Tiimi pyrkii löytämään työhön, opiskeluun, hoitoon tai vapaa-ajan viettoon suuntautuvia tulevaisuuden näkymiä, vaikka nuorella itsellään ei juurikaan olisi niihin suuntautuneita toiveita tai ajatuksia.*



## VIIMEISIMMÄT KELAN SOSIAALI- JA TERVEYSTURVAN TUTKIMUKSET

- 85 Helin-Salmivaara A.** Non-steroidal anti-inflammatory drugs in Finland. Pharmacoepidemiology study with emphasis on serious adverse events. 2007. ISBN 978-951-669-735-5.
- 84 Rajavaara M.** Vaikuttavuusyhteiskunta. Sosiaalisten olojen arvostelusta vaikutusten todentamiseen. 2007. ISBN 951-669-733-1 (nid.), 951-669-734-8 (pdf).
- 83 Heikkinen E, Kauppinen M, Salo P-L, Suutama T, toim.** Ovatko 65–69-vuotiaat aikaisempaa toimintakykyisempiä, terveempiä ja aktiivisempia? Havaintoja Iki-viireät-projektin kohorttivertailututkimuksesta vuosilta 1988, 1996 ja 2004. 2006. ISBN 951-669-719-4 (nid.), 951-669-720-8 (pdf).
- 82 Liukko J.** Hyvinvoinnin eetos ja henkivakuutus. Riskin, vastuun ja solidaarisuuden muodonmuutokset. 2005. ISBN 951-669-678-3 (nid.), 951-669-679-1 (pdf).
- 81 Linnala A.** Private specialists as consultants to general practitioners. 2005. ISBN 951-669-669-4.
- 80 Savioja H.** Suuret ikäluokat keski-ikässä – työssä vain eläkkeelle? 2005. ISBN 951-669-667-8.
- 79 Haapola I.** Köyhyyden kynnyksellä. Toimeentulotuen dynamiikka 1990-luvun Suomessa. 2004. ISBN 951-669-648-1.
- 78 Wallin M, Karppi S-L, Talvitie U.** Vanhusten liikunnallisen kuntoutuksen suunnittelu ja toteutus kuntoutuslaitoksissa. Ammattilaisten käsityksiä. 2004. ISBN 951-669-642-2.
- 77 Knekt P, Lindfors O, eds.** A randomized trial of the effect of four forms of psychotherapy on depressive and anxiety disorders. Design, methods, and results on the effectiveness of short-term psychodynamic psychotherapy and solution-focused therapy during a one-year follow-up. 2004. ISBN 951-669-639-2.
- 76 Ek E, Saari E, Viinamäki L, Sovio U, Järvelin M-L.** Nuorten aikuisten työelämästä syrjäytyminen ja sosiaaliturvan käyttö. 2004. ISBN 951-669-637-6.
- 75 Kapanen M.** Hyvä kehä. Työyhteisön menestyminen Kelan paikallishallinnossa. 2004. ISBN 951-669-635-X.

## VIIMEISIMMÄT KELAN SOSIAALI- JA TERVEYSTURVAN KATSAUKSET

- 72 Hagfors R, Saari J.** Social policy in the Economic and Monetary Union. Social expenditures and public indebtedness in 15 EU countries. 2006. ISBN 951-669-721-6 (nid.), 951-669-722-4 (pdf).
- 71 Hagfors R, Saari J.** Sosiaalipolitiikka talous ja rahaliitossa – Sosiaalimenot ja julkinen velkaantuminen 15 EU-maassa. 2006. ISBN 951-669-690-2 (nid.), 951-669-691-0 (pdf).
- 70 Nikkanen P.** Oon vahvempi kuin ennen. Pitkään työelämässä olleiden kuntoutumistarinat. 2006. ISBN 951-669-687-2 (nid.), 951-669-688-0 (pdf).
- 69 Rajavaara M.** Yhteiskuntaan vaikuttava Kela. Katsaus vaikuttavuuden käsitteisiin ja arviointiin. 2006. ISBN 951-669-685-6 (nid.), 951-669-686-4 (pdf).
- 68 Ahonen R, Martikainen J, toim.** Lääkevaihdon ensimmäinen vuosi. 2005. ISBN 951-669-671-6 (nid.), 951-669-675-9 (pdf).
- 67 Mattila Y, toim.** Yhdistelemällä parempaan palveluun. JATKE-hankkeen loppuraportti. 2005. ISBN 951-669-666-X.
- 66 Järvisalo J, Andersson B, Boedeker W, Houtman I, eds.** Mental disorders as a major challenge in prevention of work disability. Experiences in Finland, Germany, the Netherlands and Sweden. 2005. ISBN 951-669-658-9.
- 65 Berndtson T.** Opiskelijatutkimus 2003. Opiskelijoiden toimeentulo ja toimeentulon ongelmat. 2004. ISBN 951-669-655-4.
- 64 Mattila Henri.** Neuvontavelvollisuus Kelan asiakaspalvelussa. 2004. ISBN 951-669-646-5.
- 63 Kunttu K, toim.** Oireilevan opiskelijan viesti? Tutkimuksia Korkeakoulu-opiskelijoiden terveystutkimus 2000 -aineistosta. 2004. ISBN 951-669-645-7.
- 62 Jokelainen M.** Eläkejärjestelmien muutoksista Alankomaissa, Isossa-Britanniassa, Ruotsissa, Suomessa ja Tanskassa. 2004. ISBN 951-669-644-9.