

Kaija Appelqvist-Schmidlechner, Riikka Lämsä ja Annamari Tuulio-Henriksson

Oman väylän kulkijat

Kelan neuropsykiatrisen kuntoutuksen aloittaneiden nuorten aikuisten
psykososiaalinen hyvinvointi





Kirjoittajat

Kaija Appelqvist-Schmidlechner, erikoistutkija, FT, dosentti
Terveiden ja hyvinvoinnin laitos
etunimi.sukunimi@thl.fi

Riikka Lämsä, erikoistutkija, VTT
Terveiden ja hyvinvoinnin laitos
etunimi.sukunimi@thl.fi

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

© Kirjoittajat ja Kela

www.kela.fi/tutkimus

ISSN 2323-9239

Helsinki 2017

SISÄLTÖ

Tiivistelmä	4
1 Johdanto	5
1.1 ADHD.....	6
1.2 Aspergerin oireyhtymä	7
1.3 Neuropsykiatrinen kuntoutus Kelassa	8
2 Kelan Oma väylä -kuntoutus.....	9
2.1 Kuntoutuksen kohderyhmä ja tavoitteet.....	9
2.2 Kuntoutuksen rakenne ja toteutus.....	10
3 Tutkimuksen aineisto ja menetelmät	11
3.1 Tutkimuksen toteutus.....	11
3.2 Tutkimusmenetelmät ja aineisto	12
3.2.1 Tutkimuksessa käytetyt mittarit ja muuttujat	13
3.2.2 Tutkimusaineisto	14
3.2.3 Aineiston analysointi.....	14
3.3 Tutkimuksen eettiset kysymykset.....	15
4 Tulokset.....	16
4.1 Kuntoutujien diagnoosit ja sosiodemografiset taustatiedot	16
4.2 Toimintakyky.....	18
4.3 Vapaa-aika ja terveystyöskäyttö	19
4.4 Sosiaaliset suhteet	20
4.4.1 Vuorovaikutussuhteet ja koettu yhteisyys.....	20
4.4.2 Sosiaalinen kompetenssi	23
4.5 Mielenterveys	24
4.6 Terveyspalvelujen käyttö ja tavoitteet kuntoutukselle	26
4.7 Yhteenveto tuloksista	27
5 Pohdinta.....	28
5.1 Tutkimuksen luotettavuus ja tutkimusmenetelmien arviointi.....	31
5.2 Johtopäätökset ja suositukset	32
Lähteet	33

TIIVISTELMÄ

Kehityksellisiä neuropsykiatrisia häiriöitä potevien nuorten aikuisten tiedetään kohtaavan keskimääräistä suurempia haasteita siirryttäessä nuoruudesta aikuisuuteen. Tämän kohderyhmän psykososiaalisesta hyvinvoinnista on kuitenkin vain niukasti tietoa. Tämän tutkimuksen tarkoituksena on kuvata Kelan neuropsykiatriseen Oma väylä -kuntoutukseen ohjautuneita kuntoutujia, heidän taustojaan, psykososiaalista hyvinvointiaan sekä kuntoutukseen liittyviä odotuksiaan kuntoutuksen alkaessa.

Tutkimukseen osallistui lähtötilanteessa 188 keski-ikältään 25-vuotiasta Oma väylä -kuntoutujaa. Aineisto kerättiin kyselylomakkeilla, joka sisälsi kysymyksiä ja mittareita kartoittaen vastaajien elämäntilannetta, toimintakykyä, psyykkistä hyvinvointia, terveyskäyttäytymistä, sosiaalisia suhteita sekä sosiaalista kompetenssia.

Kuntoutujista yli puolet oli opiskelu- ja työelämän ulkopuolella. Noin kolmasosalla oli suuria vaikeuksia normaaleissa arjen tehtävissä. Yli puolella kuntoutujista oli neuropsykiatrisen diagnoosin lisäksi rinnakkaisdiagnooseja. Reilulla kolmasosalla oli samanaikaisesti mielialaan tai stressiin liittyvä häiriö. Toiseuden ja kuulumattomuuden tunteet olivat yleisiä. Liikunnallisesti passiivisten osuus osoittautui suureksi. Kuntoutukseen liittyvät odotukset liittyivät useimmiten arjessa selviytymiseen, opiskeluvalmiuksien parantamiseen sekä työelämävalmiuksien kohentamiseen.

Oma väylä -kuntoutuksessa aloittaneet kuntoutujat muodostivat melko heterogeenisen ryhmän niin toimintakyvyn, työhön kuin koulutukseen kiinnittymisen, osallisuuden tuntemusten, mielialan kuin terveyskäyttäytymisenkin suhteen. Yleistä kuntoutujille oli kuitenkin ryhmässä toimimisen haasteet, toiseuden ja kuulumattomuuden tunteet sekä liikunnallinen passiivisuus. Nämä seikat on hyvä ottaa huomioon tälle kohderyhmälle kohdistetun kuntoutuksen sisältöjä suunniteltaessa. Lisäksi psyykkiseen oireiluun liittyvä tuen ja mahdollinen hoidon tarve tulisi selvittää perusteellisesti.

Avainsanat: neuropsykiatrinen kuntoutus, aikuistuminen, nuoret aikuiset, psykososiaalinen hyvinvointi, Aspergerin oireyhtymä, ADHD, toimintakyky, mielenterveys, terveyskäyttäytyminen, sosiaaliset suhteet, sosiaalinen kompetenssi

1 JOHDANTO

Neuropsykiatriset häiriöt ovat keskushermoston häiriöitä, joissa aivojen hermoverkkojen toiminta häiriintyy aiheuttaen erilaisia käyttäytymisen muutoksia. Neuropsykiatriset häiriöt voivat olla lapsuudessa alkavia, kehityksellisiä häiriöitä tai liittyä myöhemmin alkaneisiin vaurioihin aivojen toiminnassa. Tavallisimpia kehityksellisiä neuropsykiatrisia häiriöitä ovat Aspergerin oireyhtymä, aktiivisuuden ja tarkkaavaisuuden häiriö (ADHD), sekä Touretten oireyhtymä. Tässä tutkimusraportissa käsittelemme häiriöiden kehityksellisiä muotoja puhuessamme neuropsykiatrisista häiriöistä.

Neuropsykiatrisiin häiriöihin liittyy yleisesti monenlaisia sosiaalisten taitojen ja arjenhallinnan ongelmia. Ongelmia esiintyy muun muassa sosiaalisessa vuorovaikutuksessa, oman toiminnan ohjauksessa sekä tunnesäätelyssä, mitkä aiheuttavat haasteita ja sopeutumisen vaikeuksia niin kotona, koulussa, työelämässä kuin toveripiirissä (Rintahaka 2007; Korkeila ym. 2011; Tani ym. 2011; Moilanen ja Rintahaka 2016; Pihlakoski ja Rintahaka 2016). Neuropsykiatristen häiriöiden oireilun vaikeusaste voi vaihdella suurestikin. Osa oireilee lievemmin, toiset voimakkaammin (Korkeila ym. 2011; Tani ym. 2011). Oireilun vaikeusaste määrittelee sen, kuinka itsenäistä elämää henkilö voi elää, kuinka hän integroituu yhteiskuntaan ja kuinka tyytyväinen hän on omaan elämäntilanteeseensa. Kehityksellisten neuropsykiatristen häiriöiden hoito on ensisijaisesti kuntoutusta ja toissijaisesti lääkehoitoa. Se on pitkäaikaista, ja jatkuu usein vielä aikuisiässä. (Rintahaka 2007; Noterdaeme 2011.)

On hyvin tavallista, että neuropsykiatrista häiriötä potevalla henkilöllä on samanaikaisesti muitakin hoitoa vaativia häiriöitä (Korkeila ym. 2011; Tani ym. 2011). Esimerkiksi Aspergerin oireyhtymää potevien on todettu usein kärsivän esimerkiksi ahdistuneisuusoireista (Farrugia ja Hudson 2006), masennuksesta (Green ym. 2000; Kim ym. 2000), käytöshäiriöistä (Tonge ym. 1999; Green ym. 2000) ja ADHD:stä (Green ym. 2000; Kim ym. 2000). Suomalaisista autismitai Aspergerin oireyhtymä -diagnoosin saaneista, yleisiltä kognitiivisilta taidoiltaan normaaleista kouluikäisistä lapsista 44 prosentilla on todettu esiintyvän ADHD:ta (Mattila ym. 2010). ADHD-potilaista puolestaan jopa 90 prosentilla on arveltu olevan jokin psykiatrinen liitännäissairaus (Kunwar ym. 2007; Penttilä ym. 2011). Masennuksen ja muiden psykiatristen liitännäisoireiden riski voi kasvaa, mikäli neuropsykiatrinen häiriö jää tunnistamatta tai hoito on puutteellista.

Elämänvaihe siirryttäessä nuoruudesta aikuisuuteen on haastava ja kriittinen kaikille nuorille ja sitäkin haastavampi se on nuorille, joilla on neuropsykiatrisia häiriöitä. Sosiaalisen vuorovaikutuksen haasteiden ja arjenhallinnan ongelmien vuoksi neuropsykiatrisia häiriöitä potevat nuoret törmäävät usein monenlaisiin vaikeuksiin opinnoissaan. Erityisesti sosiaalisten taitojen puutteen on todettu olevan yhteydessä alisuoriutumiseen koulussa (Estes ym. 2011). Koulutus- tai työpaikan löytäminen on usein vaikeaa, mikä lisää tämän kohderyhmän riskiä syrjäytyä sekä opiskelu- että työelämästä (Hillier ja Galizzi 2014; Kirjanen ym. 2014). Syrjäytymisestä aiheutuu yhteiskunnalle merkittäviä taloudellisia seurauksia, joiden suuruudesta esiintyy erilaisia

arvioita. Suomen nuorisoyhteistyö Allianssi ry:n (2010) laskelmien mukaan syrjäytyvän henkilön yhteiskunnalle aiheuttamat kustannukset ovat hänen elinkaarensa aikana 1,2 miljoonaa euroa.

Neuropsykiatrisia häiriöitä potevien nuorten aikuisten psykososiaalisesta hyvinvoinnista ei ole juurikaan tietoa maassamme. Kansainvälisessäkin tarkastelussa laajemmat kvantitatiiviset tutkimukset, jotka perustuvat nuorten omiin arvioihin, ovat harvinaisia. Tällainen tieto on tarpeen, jotta kohderyhmälle osataan kehittää tarpeita vastaavia palveluja. Tärkeää on myös, että tutkimuksissa ääni annetaan nuorille itselleen ja että tutkimukset perustuvat nuorten omiin arvioihin omasta hyvinvoinnistaan ja toimintakyvystään.

Seuraavissa alakappeleissa tarkastellaan lähemmin ADHD:n sekä Aspergerin oireyhtymän erityispiirteitä nuoruudessa.

1.1 ADHD

Aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriö (ADHD) ilmenee kehitystasoon nähden sopimattomana jatkuvana tarkkaamattomuutena, yliaktiivisuutena (hyperaktiivisuutena) ja impulsiivisena käyttäytymisenä (Korkeila ym. 2011; Pihlakoski ja Rintahaka 2016). Häiriötä potevilla on vaikeuksia muun muassa keskittyä tehtäviin, pysytellä paikallaan, olla ärsyyntymättä ulkoisista ärsykkeistä, seurata ohjeita sekä odotella omaa vuoroaan. Oireet voivat korostua eri ihmisillä eri tavoin. Osalla korostuvat kaikki käytösoireet, toisilla ilmenee vain yliaktiivisuutta ja impulsiivisuutta ja toisilla vain tarkkaamattomuutta. Jälkimmäisessä tapauksessa on kyse ADD-diagnoosista. (Käypä hoito -suositus 2013; Huttunen 2015b.)

Aktiivisuuden ja tarkkaavaisuuden häiriö on varsin yleinen ongelma. Kyseessä ei ole vain lapsuuden ohimenevä häiriö, vaan huomattavalla osalla potilaista ADHD jatkuu häiritsevänä vielä nuoruus- ja aikuisiässäkin. Oireet kuitenkin yleensä lieventyvät kohti aikuisuutta (Korkeila ym. 2011). Oireilun vaikeusasteella on todettu olevan yhteys koettuun elämänlaatuun (O'Callaghan ja Sharma 2012).

ADHD:n esiintyvyydeksi lapsilla on arvioitu 3–6 prosenttia (Voutilainen ym. 2004). Nuoruusikässä oireita on arvioitu potevan 60–85 prosenttia tästä joukosta eli 1,8–5,1 prosenttia kaikista nuorista (Claude ja Firestore 1995; Biederman ym. 1996). Faraonen ym. (2006) meta-analyysin mukaan 65 prosentilla ADHD-diagnoosin saaneista ihmisistä oli vielä 25 vuoden iässä selviä tarkkaavuushäiriön piirteitä ja noin 15 prosentilla täyttyivät edelleen ADHD:n diagnostiset kriteerit. Oireyhtymä on selvästi yleisempää pojilla ja miehillä kuin tytöillä ja naisilla (Korkeila ym. 2011; Käypä hoito -suositus 2013; Huttunen 2015b; Pihlakoski ja Rintahaka 2016).

Aikuisikäisenä ADHD ilmenee usein opiskelu- ja keskittymisvaikeuksina, unohteluna, motorisena levottomuutena ja vaikeutena saada tehtävät suoritukseksi loppuun. ADHD:lle ominaisten oireiden tuloksena saattaa tämän lisäksi muodostua itsetunto-ongelmia sekä vaikeuksia luoda kestäviä ystävyys-suhteita (Korkeila ym. 2011). Sosiaalisten suhteiden ongelmat onkin nähty yhtenä merkittävänä riskinä sairastua muihin psykiatrisiin häiriöihin (Nijmeijer ym. 2008). ADHD-potilailla onkin usein myös muita psykiatrisia ongelmia, kuten masennusta, ahdistusta,

persoonallisuuden häiriöitä, asosiaalista käytöstä sekä päihteiden käyttöä (Korkeila ym. 2011; Käypä hoito -suositus 2013; Huttunen 2015b; Pihlakoski ja Rintahaka 2016). ADHD-diagnoosin saaneilla on todettu olevan moninkertainen riski sairastua kaksisuuntaiseen mielialahäiriöön (Chen ym. 2013). Diagnoosiin liittyy myös suurentunut riski päihteiden ongelmakäyttöön sekä rikollisuuteen (Penttilä ym. 2011; Manuzza ym. 1993). ADHD asettaa haasteita niin opiskeluista kuin työelämässä selviytymisessä, sosiaalisissa suhteissa sekä liikenteessä pärjäämisessä. (Penttilä ym. 2011.)

ADHD-diagnosi vaikuttaa henkilön koulutusmahdollisuuksiin, ammatinvalintaan sekä psyykkiseen hyvinvointiin. Tervo ja kumppanit (2014) seurasi 122 ADHD-diagnoosin saanutta miestä ja naista 30 vuoden ajan. Tutkimuksen tulokset osoittivat, että ADHD-ryhmään kuuluvien henkilöiden keskuudessa muun muassa kognitiivinen toimintakyky sekä opiskelukyky olivat heikompia ja mielenterveysongelmat yleisempiä vertailuryhmään verrattuna 5, 9 ja 16 vuoden iässä. Saavutettuaan 30 vuoden ikärajan ADHD-diagnoosin saaneilla oli matalampi koulutustaso, heidät oli irtisanottu useammin työpaikasta sekä heillä esiintyi enemmän alkoholin ongelmakäyttöä vertailuryhmään verrattuna. Samansuuntaisiin tuloksiin päästiin myös Manuzzan ym. (1997) pitkittäistutkimuksessa, joka osoitti ADHD-diagnoosin saaneiden henkilöiden opiskelleen vähemmän ja sijoittuneen verrokkeja huonommin työelämässä.

1.2 Aspergerin oireyhtymä

Aspergerin oireyhtymällä tarkoitetaan autismin kirjon kuuluvaa kehityksellistä neuropsykiatrista häiriötä, jonka pääoireet ovat sosiaalisen vuorovaikutuksen puutteet sekä rajoittuneet, toistuvat ja kaavamaiset käyttäytymistavat (Nieminen ym. 2000; Tani ym. 2011). Arviot Aspergerin oireyhtymän esiintyvyydestä lapsilla vaihtelevat tutkimuksissa 0,03–6 tapausta tuhatta lasta kohden. Pojilla sairaus diagnosoidaan huomattavasti useammin kuin tytöillä, mutta tyttöjen epäillään olevan alidiagnosoituja. (Mattila 2013.) Aspergerin oireyhtymän piirteet säilyvät läpi elämän, mutta aikuisuudessa oireilun voimakkuus ja muodot voivat vaihdella suures-tikin (Tani ym. 2004; Tani ym. 2011; Huttunen 2015a).

Aspergerin oireyhtymään kuuluvat vaikeudet kommunikaatiossa, intensiiviset kiinnostuksen kohteet ja rutiininomaiset käyttäytymismallit. Myös aistitoiminnan häiriöt, huono stressinsietokyky ja vuorokausirytmien ongelmat ovat yleisiä aiheuttaen haasteita arkielämään ja yleiseen toimintakykyyn. (Nieminen-von Wendt ym. 2007; Tani ym. 2011.)

Toisin kuin muissa autismitkirjon häiriöissä, Aspergerin oireyhtymässä ei ilmene merkittävää älyllisten toimintojen jälkeensä jääneisyyttä. Nuoret, joilla on Aspergerin oireyhtymä, ovat keskimäärin älyllisesti normaaleja, usein myös keskimääräistä lahjakkaampia. Heillä on usein poikkeuksellisen suuri kiinnostus spesifisiin aiheisiin tai harrastuksiin (Tani ym. 2011; Huttunen 2015a). Aspergerin oireyhtymään liittyy kuitenkin niin koulu- ja opiskelumaailmassa kuin myös työelämässä monenlaisia haasteita. Erityisesti diagnoosiin liittyvä sosiaalinen kömpelyys ja sosiaalisen vuorovaikutuksen ongelmat vaikeuttavat Asperger-henkilöiden pärjäämistä koulussa, työelämässä ja monissa kaikissa muissa sosiaalisissa tilanteissa. Sosiaalisten taitojen puute voi aiheuttaa sosiaalista eristäytyneisyyttä ja/tai kiusatuksi joutumista, mikä osaltaan hankaloittaa yhteiskuntaan integroitumista ja oman paikan löytämistä. Tämä voi lisätä myös

esimerkiksi masennukseen sairastumisen riskiä. (Tani ym. 2004; Kirjanen ym. 2014.) Viha, toivottomuus ja itsensä vahingoittamisen halu ovat tutkimuksessa esiin nousseita tuntemuksia, joita Aspergerin oireyhtymää potevat nuoret aikuiset tuntevat kohdatessaan kiusaamista ja/tai osattomuutta (Rydzewska ja Pirrie 2016).

Aspergerin oireyhtymä saattaa aiheuttaa nuorelle suuriakin vaikeuksia selviytyä opinnoista ja/tai saattaa opinnot loppuun. Nuorella, jolla on autisikirjon häiriö, on usein vaikeuksia sopeutua muutoksiin ja vaikeuksia siirtää tarkkaavaisuus tehtävästä toiseen. Kokonaisuuksien hahmottaminen on vaikeaa ja henkilöt juuttuvat herkästi epäolennaisiin yksityiskohtiin. Hän voi tämän lisäksi ymmärtää oppimistehtäviä väärin. (Tani ym. 2004; Kirjanen ym. 2014.) Osa kuitenkin suoriutuu koulusta tai opinnoista jopa yli odotusten. Henkilöillä, joilla on Aspergerin oireyhtymään kuuluvia oireita, näyttäisi olevan muita neuropsykiatrisesti oireilevia suurempi todennäköisyys saavuttaa sellainen elämäntilanne, mihin kuuluu itsenäinen asuminen, koulutus ja työpaikka (Levy ja Perry 2011). Suoriutumisen asteen on tämän lisäksi todettu olevan yhteydessä lapsen tai nuoren sosiaalisiin taitoihin (Estes ym. 2011). Työllistyminen koulutustaan vastaavalle tasolle näyttäisi tutkimusten valossa kuitenkin olevan keskimääräistä vaikeampaa (Howlin 2000; Engström ym. 2003).

Neuropsykiatriset häiriöt asettavat monenlaisia haasteita nuorelle aikuiselle elämän nivelvaiheessa, jossa siirrytään nuoruudesta aikuisuuteen ja paineet löytää oma paikka yhteiskunnassa kasvavat. Opintojen valmiiksi saaminen, oman paikan löytäminen työelämässä sekä sosiaalisten tilanteiden ja vuorovaikutussuhteiden ongelmat koskettavat niin Asperger- kuin ADHD-potilaita, vaikka molempien diagnoosien erityispiirteet eroavatkin toisistaan monessa suhteessa. Neuropsykiatrisia häiriöitä potevat henkilöt tarvitsevat yhteiskunnalta monenlaista tukea, hoitoa ja kuntoutusta pysyäkseen osallisina yhteiskunnassamme. Oikea-aikaisella kuntoutuksella voidaan tukea tätä kohderyhmää siirtymävaiheessa nuoruudesta aikuisuuteen ja löytämään oman paikkansa yhteiskunnassamme.

1.3 Neuropsykiatrinen kuntoutus Kelassa

Kelan kuntoutuksen kehittämistoiminnan yhdeksi painopistealueeksi määriteltiin vuonna 2011 neuropsykiatrinen kuntoutus. Neuropsykiatrisen kuntoutuksen kehittämiseen liittyvien hankkeiden tavoitteena asetettiin nivelvaiheisiin kohdistuvan kuntoutuspolun luominen 5–35-vuotiaille kuntoutujille.

Kelan lasten perhekuntoutuksen kehittämishankkeessa (LAKU-hanke) on kehitetty vuodesta 2010 alkaen monimuotoista perhekuntoutusta 5–12-vuotiaille lapsille, joilla on diagnosoitu neuropsykiatrinen häiriö sekä tunne- elämän ja käyttäytymisen ongelmia (Vuori ym. 2016). Kelan nuorten ryhmäpainotteisen kuntoutuksen kehittämishankkeessa (NUKU-hanke) vuosina 2011–2015 kehitettiin puolestaan kuntoutusmalleja 13–15-vuotiaille nuorille, joilla oli neuropsykiatrisia häiriöitä, joskin tämä hanke tavoitti vain pienen joukon kuntoutujia (Tuulio-Henriksson 2015). Vuonna 2013 käynnistettiin lisäksi Kelan Oma väylä -hanke, jonka tarkoituksena oli kehittää ryhmä- ja yksilökuntoutusmalli 18–35-vuotiaille nuorille aikuisille, joilla on neuropsykiatrisia häiriöitä.

Oma väylä -hankkeen vuonna 2013 tehdyssä esiselvityksessä nousi esiin haasteita, jotka liittyivät neuropsykiatrisesti oireilevien nuorten ja aikuisten hoitoon ja kuntoutukseen ohjautumiseen. Tuen tarpeen havaitsemisen jälkeen neuropsykiatrisia kuntoutujia ohjattiin muun muassa terveydenhuoltoon sairaanhoitajien ja psykologien vastaanotoille, kolmannen sektorin palveluihin tai Kelan järjestämiin kuntoutuspalveluihin (Asperger- ja ADHD-kuntoutujien kuntoutuskursseille, neuropsykologiseen kuntoutukseen tai psykoterapiaan). Esiselvityksen mukaan neuropsykiatrisille kuntoutujille kohdentuvia kuntoutusinterventioita oli tarjolla vain heikosti tai ei ollenkaan eikä tarjolla olevien kuntoutuspalveluiden katsottu riittävästi tukevan kuntoutujien opiskelu- ja työelämävalmiuksia. Riskinä nähtiin, että neuropsykiatrisia vaikeuksia omaavien nuorten aikuisten kyvyt valuvat hukkaan asianmukaisen kuntoutukseen ohjauksen ja kuntoutuksen puuttuessa. (Kallio-Laine ja Pelkonen 2014.)

2 KELAN OMA VÄYLÄ -KUNTOUTUS

2.1 Kuntoutuksen kohderyhmä ja tavoitteet

Oma väylä -kuntoutusintervention kohderyhmänä ovat 18–35-vuotiaat nuoret aikuiset, joilla on diagnosoitu

- toiminnallisesti korkeatasoinen autismikirjon häiriö (F84.5 Aspergerin oireyhtymä) ja/tai
- aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriö (F90 ADHD tai ADD) ja/tai
- määrittelemätön tai muu lapsuusiän laaja-alainen kehityshäiriö (F84.8 ja F84.9).

He tarvitsevat neuropsykiatrisen oirekuvan vuoksi tukea opintojen käynnistymisessä, opintojen jatkamisessa sekä loppuun saattamisessa ja/tai työelämään siirtymisessä ja siellä selviytymisessä sekä arjenhallinnan taitojen ja/tai sosiaalisten taitojen kohentamisessa. Kuntoutujalla voi olla diagnosoituna samanaikainen psykiatrinen häiriö, jonka tarpeenmukaisesta hoidosta on huolehdittu asianmukaisesti. Hankkeeseen ei otettu mukaan kuntoutujia, joilla on todettu kehitysvamma, hoitamaton päihdeongelma tai joiden neuropsykiatrinen oireyhtymä ei ole kehityksellinen.

Kuntoutuksen tavoitteena on vahvistaa kuntoutujan opiskelu- ja työelämävalmiuksia, arjenhallintataitoja sekä sosiaalisia taitoja, jotta neuropsykiatrisia vaikeuksia omaavien nuorten ja aikuisten kyvyt eivät valuisi hukkaan asianmukaisen kuntoutuksen puuttuessa. Hanke on osa nuorten yhteiskuntatakuuta, jonka tavoitteena on edistää nuorten koulutukseen ja työmarkkinoille sijoittumista sekä estää syrjäytymistä tai työttömyyden pitkittymistä. (Kela 2014.)

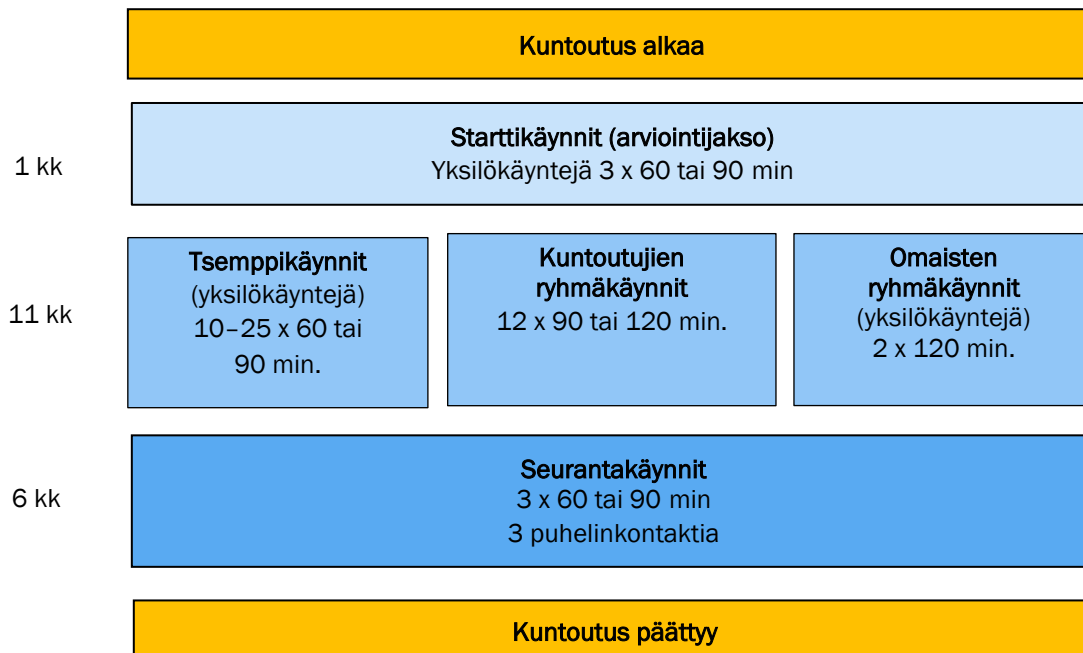
2.2 Kuntoutuksen rakenne ja toteutus

Oma väylä -kuntoutuspalvelut toteutuvat avomuotoisina yksilö- ja ryhmäkäynteinä vuosina 2015–2017. (Kallio-Laine ja Pelkonen 2014). Kuntoutusmalli koostuu seuraavista elementeistä:

- Ennakkoarvio: Psykologin tai neuropsykologin arvio, kesto 2–4 tuntia, toteutetaan ennen kuntoutukseen valintaa niille kuntoutukseen hakeutuville, joille ei ole tehty vastaavaa arviota alle kahteen vuoteen. Ennakkoarviossa arvioidaan kuntoutuksen sopivuutta kyseiselle kuntoutujalle.
- Starttikäynnit: 3 yksilöllistä käyntikertaa, joista kukin kestää 60 tai 90 minuuttia.
- Tsemppekäynnit: 10–25 kuntoutujan yksilöllistä käyntikertaa, joista vähintään 50 % toteutuu kuntoutujan arjen toimintaympäristössä. Kukin kerta kestää 60 tai 90 minuuttia.
- Kuntoutujien ryhmäkäynnit: 12 ryhmän käyntikertaa, joista kukin kestää 90 tai 120 minuuttia.
- Omaisten ryhmäkäynnit: 2 ryhmäkäyntikertaa, kesto 120 minuuttia/käyntikerta.
- Seurantakäynnit: 3 yksilöllistä käyntikertaa, joista yksi toteutuu kuntoutujan arjen toimintaympäristössä. Jokainen kerta kestää 60 tai 90 minuuttia. Lisäksi seurantakäynteihin voi sisältyä puhelinkontakteja omaohjaajan tai kuntoutujan toimesta.

Yksittäisen kuntoutujan kuntoutus kestää 1,5 vuotta (kuvio 1).

Kuvio 1. Oma väylä -kuntoutusmallin rakenne.



Kuntoutuksen palveluntuottajina toimivat Autismisäätiö Helsingissä ja Vantaalla, ProNeuron Espoossa, Attentio Oy Jyväskylässä, Wellmind Oy Oulussa sekä Eduro Rovaniemellä. Jokaisen palveluntuottaja sai ottaa mukaan kuntoutukseen maksimissaan 40 kuntoutujaa.

Kuntoutus toteutuu pääasiassa työparityöskentelynä. Kuntoutuksen toteutukseen ja sen suunnitteluun osallistuvat lisäksi moniammatilliseen työryhmään kuuluva kolmas jäsen sekä erityistyöntekijänä toimiva työvalmentaja ja työelämän asiantuntija.

Kuntoutujalle nimetään omaohjaaja, joka on toinen työparin jäsenistä. Omaohjaaja vastaa pääosin kuntoutujan tsemppi- ja seurantakäyntien toteutuksesta. Hän tukee ja ohjaa kuntoutujaa ja huolehtii yhteydenpidosta kuntoutujan ja hänen lähiverkostonsa, hoito- sekä muiden tahojen kanssa. Omaohjaaja vastaa tämän lisäksi kuntoutujaa koskevien asioiden ja yhteistyöneuvotte-lujen koordinoinnista ja kirjaamisesta, seuraa kuntoutujan kanssa kuntoutussuunnitelman toteutumista ja kuntoutustavoitteiden saavuttamista sekä kokoaa kuntoutujakohtaisesti seuranta-, lausunto- ja arviointitiedot.

3 TUTKIMUKSEN AINEISTO JA MENETELMÄT

Oma väylä -hankkeeseen liittyy arviointitutkimus, jonka tarkoituksena on tuottaa tutkimustietoa hankkeessa toteutettavan kuntoutusmallin soveltuvuudesta kohderyhmälle sekä arvioida kehittämistavoitteiden toteutumista. Tutkimus jakautuu kahteen osaan: 1) kuntoutuspalvelun arviointitutkimukseen sekä 2) kehittämistyön arviointitutkimukseen (Lämsä ym. 2016; 2017). Tämä tutkimusraportti koskee arviointitutkimuksen ensimmäistä osiota ja keskittyy kuntoutukseen osallistuvien psykososiaalisen hyvinvoinnin kuvaamiseen kuntoutuksen alkaessa.

Tutkimuksen tarkoituksena on vastata seuraaviin kysymyksiin:

1. Minkälaisia henkilöitä ohjautui Oma väylä -kuntoutukseen (ikä, sukupuoli, diagnoosit ja elämäntilanne)?
2. Minkälainen oli kuntoutukseen ohjautuneiden lähtötilanne toimintakyvyn, arjessa selviytymisen sekä mielenterveyden suhteen?
3. Mitä kuntoutujat toivoivat kuntoutukselta?

3.1 Tutkimuksen toteutus

Tutkimukseen kutsuttiin kaikki Oma väylä -kuntoutukseen ohjautuneet henkilöt. Kuntoutujia informoitiin tutkimuksesta erillisellä tiedotteella ja palveluntarjoajan toimesta myös suullisesti kuntoutujan ensimmäisellä käynnillä palveluntarjoajan luona. Tutkimustiedotteessa esiteltiin arviointitutkimuksen tarkoitus sekä molempien tutkimusosioiden tiedonkeruumenetelmät. Suostumus tutkimukseen osallistumisesta pyydettiin kaikilta kuntoutujilta kirjallisesti. Tutkijat ohjeistivat palveluntarjoajan yksityiskohtaisesti tutkimukseen liittyvän tiedotteen läpikäyntiin ja suostumuslomakkeen allekirjoittamiseen.

Suostumuslomakkeessa kuntoutuja antoi erikseen suostumuksensa tutkimuksen eri tiedonkeruumenetelmiin: kuntoutujien kyselytutkimukseen, fokusryhmähaastatteluihin (kuntoutujien sekä omaisten haastattelut), kuntoutuskäyntien havainnointiin sekä ohjaajille suunnattuun kuntoutujakohtaiseen kyselytutkimukseen. Tämän lisäksi kuntoutujalta pyydettiin lupa seuraavien tietojen liittämiseksi kyselyaineistoon: kuntoutukseen lähettäneen lääkärin kirjoittaman B-lausunnon diagnoositieto, kuntoutujakohtaisia tavoitteita kartoittavan GAS-lomakkeen tiedot sekä mahdollisen jatkotutkimuksen toteutuessa Kelan rekisteritietoja (lääkekorvaus-, sairauspäiväraha-, kuntoutus-, opintotuki- ja eläketurvarekisteri). Näistä aineistoista B-lausunnosta saatavaa diagnoositietoa hyödynnetään tässä raportissa, ja muita tietoja käytetään kuntoutuksen ja tutkimuksen aineistonkeruun päätyttyä.

Kirjallinen suostumus tutkimukseen pyydettiin myös kaikilta omaisten fokusryhmähaastattelun osallistuneilta omaisilta.

Suostumuslomakkeet lähetettiin suljetuissa palautuspostimerkein varustetuissa kirjekuorissa Kelan tutkimusosastolle, jossa tutkimusassistentti huolehti niiden arkistoinnista asianmukaisesti. Sama tutkimusassistentti ylläpiti Kelassa listaa tutkimusnumeroiden ja nimitietojen vastaavuudesta. Tämä tieto ei ole tutkijoiden käytössä.

3.2 Tutkimusmenetelmät ja aineisto

Kuntoutuksen aikana kuntoutujilta kerätään kyselylomaketietoa kolmena eri ajankohtana seuraavasti:

- ensimmäinen kysely ensimmäisen starttikäynnin yhteydessä (kuntoutuksen alku)
- toinen kysely viimeisellä tsemppikäynnillä (aktiivivaiheen päätös)
- kolmas kysely viimeisellä seurantakäynnillä (seurantavaiheen päätös).

Kyselylomakkeet sisältävät kysymyksiä, jotka kartoittavat sosiodemografisten taustamuuttujien lisäksi muun muassa kuntoutujan toimintakykyä, arjessa selviytymistä, elintapoja, sosiaalisia taitoja ja ihmissuhteita sekä mielenterveyttä.

Tässä tutkimusraportissa keskitytään ensimmäisen kyselykerran tulosten kuvaukseen. Tutkimusaineistoon kuuluu myös lääkärin B-lausunnon diagnoositieto, mikäli kuntoutuja antoi luvan sen käyttöön tutkimuksessa.

Kuntoutusta toteuttavat ohjaajat jakoivat kuntoutujalle kyselylomakkeen yksilökäynnin yhteydessä ja avustivat tarvittaessa kyselylomakkeiden täyttämässä. Lomakkeet palautettiin Terveyden ja hyvinvoinnin laitokselle postimerkein varustetussa palautuskuoressa.

3.2.1 Tutkimuksessa käytetyt mittarit ja muuttujat

Seuraavaksi esitellään kuntoutujien kyselylomakkeen sisältämät ja Suomessa aikaisemmin käytetyt mittarit:

Sosiaaliset taidot ja ihmissuhteet

Sosial Provision Scale: Kuntoutujien ihmissuhteita ja sosiaalista tukea arvioitiin Social Provision Scale -mittarilla (SPS) (Cutrona ja Russell 1987). Mittari on kehitetty sosiaalisen tuen ja terveyden yhteisvaikutuksen tarkasteluun ja se sisältää kuusi ulottuvuutta: 1) kiintymys (*attachment*), 2) liittyminen (*social integration*), 3) arvostus (*reassurance of worth*), 4) avun saannin mahdollisuus (*reliable alliance*), 5) neuvojen saanti (*guidance*) ja 6) hoivaaminen (*opportunity of nurturance*). Mittari koostuu 24 kysymyksestä, neljä jokaisesta kuudesta ulottuvuudesta. Vastaajat arvioivat neliluokkaisella asteikolla 1 = Täysin eri mieltä – 4 = Täysin samaa mieltä, miten väittämät kuvaavat heidän sen hetkisiä vuorovaikutussuhteitaan. Kokonaispistemäärä vaihtelee 24 ja 96 välillä suuremman pistemäärän osoittaessa voimakkaampaa koettua yhteisyyttä. Ulottuvuuksien pistemäärät vaihtelevat 4 ja 16 pisteen välillä. Negatiivisten kysymysten asteikko käännetään toisinpäin, jotta pisteytyslogiikka olisi johdonmukainen.

Sosiaalisen kompetenssin itsearviointilomake MASK (Junttila ym. 2006) sisältää 15 väittämää, jotka muodostavat neljä eri osa-aluetta: yhteistyötaidot, empatia, impulsiivisuus ja häiritsevyys. (Kaukiainen ym. 2005, 2.) Näihin väittämiin vastataan vaihtoehdoilla 1 = En koskaan, 2 = Harvoin, 3 = Usein ja 4 = Erittäin usein. Mittari on alun perin kehitetty ala- ja yläkouluikäisten oppilaiden sosiaalisen kompetenssin arviointiin (Kaukiainen ym. 2005).

Terveys ja toimintakyky

K-6: Mielenterveysoireilua mitattiin K-6-oiremittarilla (Kessler ym. 2002), joka sisältää 6 kysymystä kartoittaen vastaajan psyykkistä oireilua viimeksi kuluneen kuukauden aikana. Vastausvaihtoehdot ovat 1 = Ei lainkaan, 2 = Silloin tällöin, 3 = Osan ajasta, 4 = Enemmän aikaa ja 5 = Koko ajan. Mittarista lasketaan summamuuttuja, joka voi saada pistemäärän 0–24. Psykkisen oireilun rajana pidetään 13 tai yli pistemäärää (Kessler ym. 2003). Mittarin on arvioitu soveltuvan hyvin vakavien mielenterveyshäiriöiden seulontaan (Kessler ym. 2010).

SWEMWBS: Vastaajien positiivista mielenterveyttä arvoitiin Short Warwick-Edinburgh Mental Well-being Scale -mittarin (SWEMWBS) avulla (Tennant ym. 2007). Mittari sisältää 7 kysymystä, joiden avulla vastaajaa pyydetään arvioimaan omaa psyykkistä tilaa viimeisen kahden viikon aikana. Vastausvaihtoehdot olivat 1 = Ei koskaan, 2 = Harvoin, 3 = Silloin tällöin, 4 = Usein ja 5 = Koko ajan. Mittarista voidaan laskea summamuuttuja mittarin kehittäjien laatiman pisteytystaulukon mukaisesti. Mittarille ei ole asetettu raja-arvoja.

Työ- ja opiskelukykyä arvioitiin Työkykyindeksiin (Work Ability Index, WAI) sisältyvällä 10-portaisella työkykyjanalla, josta määräytyy henkilön työkykypistemäärä. Se voidaan luokitella (0–5 = Huono työkyky, 6–7 = Kohtalainen työkyky, 8–9 = Hyvä työkyky, 10 = Erinomainen työkyky) tai esittää keskiarvona. Luokittelu perustuu Terveys 2000 -väestötutkimuksessa käytettyyn työkykypistemäärän luokitteluun. (Toimia-tietokanta 2014.)

Omaa terveyttä kuntoutujat arvioivat vastaavalla asteikolla 1–10, jossa 0 edustaa huonointa ja 10 parasta mahdollista terveyttä. Kysymystä on käytetty muun muassa Kelan mielenterveyskuntoutuksen kehittämishankkeiden arviointitutkimuksissa (Appelqvist-Schmidlechner ym. 2015; Tuulio-Henriksson ym. 2015).

Kognitiivista toimintakykyä arvioitiin kahdella kysymyksellä, joissa kuntoutuja itse arvioi omaa keskittymiskykyään ja uusien asioiden oppimiskykyään asteikolla 1 (erittäin hyvin) – 5 (erittäin huonosti). Kysymykset on sisällytetty Toimia-verkoston tietokantaan (Toimia-tietokanta 2014).

Arjen toimintakykyä arvioitiin yhdeksän kysymyksen sarjalla. Kysymykset koskivat arjen toimia kuten kaupassa käyntiä, kotitöiden tekemistä, aikatauluista kiinni pitämistä, ystävien ja tuttujen tapaamista, asioiden hoitamista puhelimitse tai toimipisteissä sekä liikennevälineissä liikkumista. Kuntoutuja arvioi omaa pystyvyyttään näissä toimissa vastausvaihtoehdoilla 1 = Ei pysty lainkaan, 2 = Erittäin vaikeaa, 3 = Jonkin verran vaikeaa ja 4 = Pystyy vaikeuksitta. Kysymyksistä muodostettiin summamuuttuja (pistemäärät 9–36) kuvaamaan arjen toimintakykyä yleisesti siten, että suurempi pistemäärä kuvaa parempaa toimintakykyä.

Standardoitujen mittareiden lisäksi kyselylomake sisälsi kuntoutujien elämäntilanteeseen (opiskelu- ja työtilanne), koulutukseen, asumiseen, terveyskäyttäytymiseen sekä harrastamiseen liittyviä kysymyksiä.

3.2.2 Tutkimusaineisto

Tutkimukseen mukaan kutsuttiin yhteensä 220 kuntoutujaa, joista 204 (93 %) suostui vähintään yhteen tutkimuksen aineistonkeruumenetelmään. Kuntoutujien kyselytutkimukseen suostui yhteensä 199 (90 %) kuntoutujaa. Lähtötilanteen kyselylomake palautui 188 (85 %) kuntoutujalta, mistä muodostui tämän tutkimuksen aineisto. Kadon syyt olivat kuntoutujan kykenemättömyys keskittyä kyselylomakkeen täyttämiseen nimenomaisella hetkellä, kuntoutuksen keskeytyminen jo alkuvaiheessa, palveluntuottajan unohdukset ja kyselylomakkeen hukuminen.

Kuntoutujista 185 (84 %) suostui kuntoutukseen lähettäneen lääkärin B-lausunnosta kerättävien diagnoositietojen yhdistämiseen kyselyaineiston kanssa.

3.2.3 Aineiston analysointi

Tulokset raportoidaan pääasiassa suorina jakaumina, keskiarvoina ja suhteellisina osuuksina. Tulosten havainnollistamiseen käytetään taulukoita ja kuvioita. Prosenttiosuudet on pyöristetty kokonaisluvuiksi, mistä johtuen taulukoiden ja kuvioiden kokonaisprosentti ei välttämättä ole kaikissa muuttujissa tasan 100 (vaan joissakin tapauksissa 99 tai 101).

Koko tutkimusjoukon kuvauksen lisäksi analyyseissä etsittiin mahdollisia eroavaisuuksia sukupuolten ja diagnoosiryhmien (Aspergerin oireyhtymä, ADHD tai ADD ja muu kehityksellinen

häiriö) välillä. Luokiteltujen muuttujien välisten yhteyksien merkitsevyyden tutkimiseen käytettiin Khiin neliö-testiä. Normaalisti jakautuvien sekä intervalliasteikollisten muuttujien testauksessa käytettiin t-testiä tai yksisuuntaista varianssianalyysiä. Epänormaalisti jakautuneet muuttujat analysoitiin vastaavasti Mann Whitney U tai Kruskal–Wallisin testillä.

Eri mittareita ja kysymyssarjoja (arjen toimintakyky, kognitiivinen toimintakyky, psyykinen oireilu K6, positiivinen mielenterveys SWEMWBS, sosiaaliset suhteet SPS sekä sosiaalinen kompetenssi MASK) käsiteltiin testeissä seuraavasti: Arjen toimintakyvyn, kognitiivisen toimintakyvyn sekä positiivisen mielenterveyden (SWEMSBS) osalta testit tehtiin pelkästään vastauksista saaduilla summamuuttujilla. MASK- ja SPS-mittareiden osalta testeissä tarkasteltiin mittareista saatujen summamuuttujien lisäksi myös mittareiden eri osa-alueista saatuja summamuuttujia. Mielenterveyden oireilua kuvaavan K6-mittarin osalta testeissä käytettiin mittarista saatua summamuuttujaa sekä summamuuttujan avulla muodostettua dikotomista muuttujaa, jossa vastaajat luokitellaan joko oireileviksi tai ei-oireileviksi. Psyykkisen oireilun rajana pidettiin summamuuttujan arvoa 13 tai yli (Kessler ym. 2003).

Kyselylomakkeet olivat pääsääntöisesti melko hyvin täytettyjä. Aineistoon ei tehty puuttuvien tietojen korjauksia. Tästä johtuen taulukoissa raportoidut n-määrät voivat vaihdella hiukan.

Aineiston analysoinnissa käytettiin SPSS Statistics 22.0 -ohjelmaa. Tilastollisen merkitsevyyden rajana pidettiin yleisesti käytettyä p-arvoa 0,05. Tilastolliset merkitsevyydet on havainnollistettu osassa kuvioista ja taulukoita seuraavasti: *** < 0,001, ** < 0,01 ja * < 0,05. Tulososiossa esitetään vain merkitsevät löydökset.

3.3 Tutkimuksen eettiset kysymykset

Kuntoutujia tiedotettiin tutkimuksesta ja sen tarkoituksesta erillisellä kirjallisella tiedotteella. Kuntoutujat saivat tietoa tutkimuksesta myös suullisesti kuntoutusta toteuttavilta ohjaajilta. palveluntuottajat pyysivät kuntoutujilta kirjallisen suostumuksen tutkimukseen. Kuntoutujilla oli mahdollisuus osallistua tutkimukseen siltä osin kuin halusivat (kuntoutujien kyselytutkimus, ohjaajille suunnattu kuntoutujakohtainen kyselytutkimus, kuntoutujien ryhmähaastattelut, omaisten ryhmähaastattelut, kuntoutuskäyntien havainnointi, kuntoutukseen lähettäneen lääkärin kirjaaman B-lausunnon diagnoositiedot, kuntoutujakohtaisia tavoitteita kokoavan GAS-lomakkeen tiedot, myöhemmin mahdollisesti kerättävät Kelan rekisteritiedot). palveluntuottajat lähettivät kuntoutujan suostumuksen Kelan tutkimusassistentille, joka piti yllä rekisteriä tutkimukseen osallistuneista sekä heidän tutkimusnumeroistaan. Aineistossa kuntoutujan henkilötiedot korvattiin tutkimusnumerolla. Tutkimukseen osallistuvan kuntoutujan henkilö- tai nimitiedot ovat vain Kelassa toimivan tutkimusassistentin tiedossa. Tutkimukseen osallistuneille selvitettiin, ettei yksittäistä vastaajaa voida tunnistaa tutkimustuloksia raportoidessa.

Tutkimukseen osallistuminen oli vapaaehtoista eikä kieltäytyminen vaikuttanut kuntoutujan kuntoutusjaksoon. Kuntoutujilla on mahdollisuus keskeyttää tutkimus missä vaiheessa tahansa ilman, että sillä on vaikutusta itse kuntoutusjaksoon.

Tutkimuksessa kerätty aineisto säilytetään tutkimuksen ajan asianmukaisesti Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksessa. Paperista aineistoa säilytetään tutkimuksen teon ajan Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen lukittavissa tiloissa. Sähköinen aineisto säilytetään tietokoneilla käyttäjätunnusten ja salasanojen takana. Aineisto ei ole käytettävissä muilla, kuin arviointitutkimukseen osallistuvilla tutkijoilla. Tutkimuksen valmistumisen jälkeen aineisto siirretään säilytettäväksi Kelan tutkimusosaston tutkimusarkistoon.

Tutkimus sai puoltavan lausunnon Kelan tutkimuseettiseltä toimikunnalta marraskuussa 2014.

4 TULOKSET

4.1 Kuntoutujien diagnoosit ja sosiodemografiset taustatiedot

Kuntoutujista 62 prosenttia oli miehiä, naisia 36 prosenttia ja 2 prosenttia (neljä kuntoutujaa) jätti ilmoittamatta sukupuolensa. Kuntoutujat olivat 18–35-vuotiaita, keski-ikänsä 25-vuotiaita (keskihajonta 4,5).

Kuntoutujista 43 prosentilla päädiagnoosi oli Aspergerin oireyhtymä (F84.5), 47 prosentilla aktiivisuuden ja tarkkaavaisuuden häiriö (ADHD tai ADD) ja yhdeksällä prosentilla muu kehityshäiriö. Yli puolella (54 %) kuntoutujista oli yhtäaikaaisesti useampi eri diagnoosi, reilulla kolmanneksella (35 %) oli mielialaan tai stressiin liittyvä rinnakkaishäiriö (F30–F40).

Miehet ja naiset erosivat toisistaan päädiagnoosin suhteen ($p < 0,001$). Miesten tavallisin diagnoosi oli Aspergerin oireyhtymä, naisilla puolestaan ADHD tai ADD (taulukko 1). Komorbiditeetin suhteen sukupuolten välillä ei ollut eroja.

Taulukko 1. Kuntoutujien päädiagnoosit miehillä ja naisilla (n ja %)².

Diagnoosi	Miehet (n = 116)		Naiset (n = 68)	
	%	n	%	n
Aspergerin oireyhtymä (F84.5)	58	61	21	13
ADHD tai ADD (F90.0)	35	37	68	43
Muu kehityksellinen häiriö (F84.8 ja F84.9)	8	8	11	7

²Taulukossa ei ole huomioitu niitä kuntoutujia, joilta tieto sukupuolesta puuttui.

Taulukossa 2 (s. 17) on esitettyä kuntoutujien rinnakkaisdiagnoosit päädiagnoosiryhmittäin.

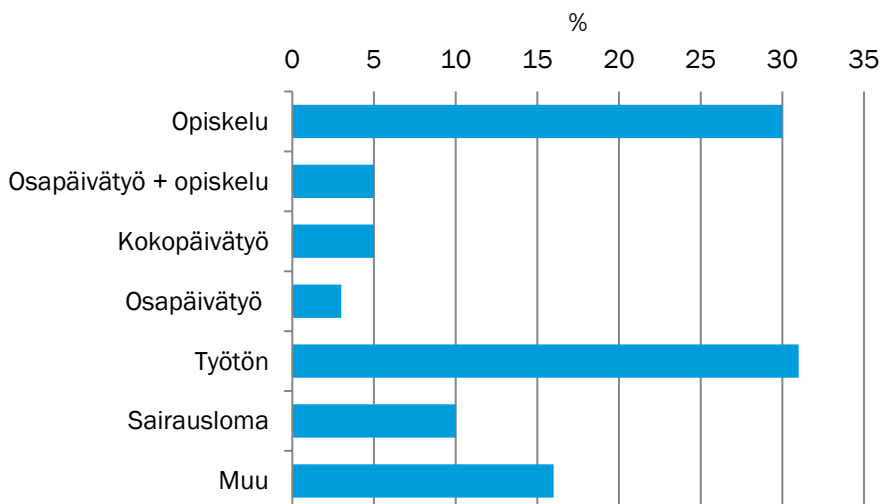
Suurin osa kuntoutujista (44 %) asui yksin, 28 prosenttia asui kotona vanhempien kanssa, 10 prosenttia solu- tai yhteisasunnossa, 9 prosenttia puolison tai elämänkumppanin kanssa, 6 prosenttia puolison sekä lapsen tai lasten kanssa, 1 prosentti yksinhuoltajana lapsen tai lasten kanssa ja 3 prosentilla oli muunlaisia asumisjärjestelyjä.

Noin kolmasosa kuntoutujista ilmoitti opiskelevansa (30 %) tai olevansa kuntoutusjaksoa aloittaessaan työttömänä (31 %) (kuvio 2). Työelämässä joko osapäiväisesti tai kokopäiväisesti oli 13 prosenttia kuntoutujista. Kuntoutujista yli puolet (57 %) oli niin opiskelu- kuin työelämänkin ulkopuolelle kuntoutusjakson alkaessa. Kohta ”Muu” sisälsi muun muassa kuntouttavassa työtoiminnassa tai työkyvyttömyyseläkkeellä olevat vastaajat. Sukupuolet tai diagnoosiryhmät eivät eronneet toisistaan opiskelu- tai työelämään kiinnittymisen suhteen.

Taulukko 2. Kuntoutujien rinnakkaisdiagnoosit päädiagnoosiryhmittäin (n ja %).

Diagnoosi	Asperger (n = 75)		ADHD (n = 82)		Muu (n = 16)	
	n	%	n	%	n	%
Elimilliset aivo-oireyhtymät (F00–09)	1	1	2	2	0	0
Lääkkeiden ja pähteiden käyttöön liittyvät häiriöt (F10–19)	0	0	1	1	0	0
Skitsofrenia (F20–29)	1	1	1	1	1	6
Mielialahäiriöt (F30–39)	9	12	31	38	5	31
Neuroottiset stressiin liittyvät häiriöt (F40–48)	10	13	13	16	4	25
Fysiologisiin häiriöihin liittyvät käyttäytymisoireyhtymät (F50–59)	1	1	0	0	0	0
Persoonallisuus- ja käytöshäiriöt (F60–69)	1	1	5	6	0	0
Psyykkisen kehityksen häiriöt (F80–89)	3	4	19	23	3	19
Lapsuus- ja nuoruusiässä alkavat käytös- ja tunnehäiriöt (F90–98)	8	11	2	2	3	19
Somaattiset sairaudet ja häiriöt	7	9	2	2	0	0
Ei rinnakkaisdiagnooseja	42	56	30	37	6	38

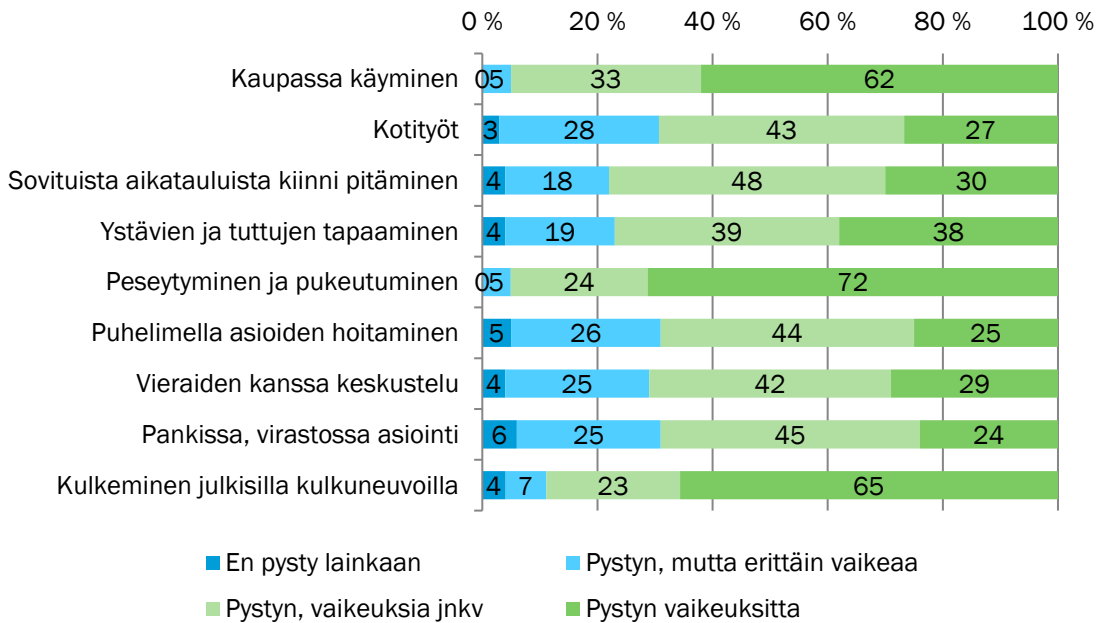
Kuvio 2. Kuntoutujien toiminta kuntoutusjakson alkaessa (n = 188).



4.2 Toimintakyky

Kuntoutujista noin kolmasosa koki monet tavalliset arjen tehtävät – kuten kotitöiden tekeminen, pankissa ja virastossa asiointi, puhelimella asioiden hoitaminen tai vieraiden kanssa keskusteleminen – joko erittäin vaikeaksi tai eivät pystyneet suorittamaan näitä tehtäviä lainkaan. Noin joka neljännellä oli suuria vaikeuksia sovituista aikatauluista kiinni pitämisessä sekä ystävien ja tuttujen tapaamisessa. Joka kymmenes kuntoutuja koki julkisilla kulkuneuvoilla kulkemisen erittäin vaikeaksi tai mahdottomaksi. (Kuvio 3.)

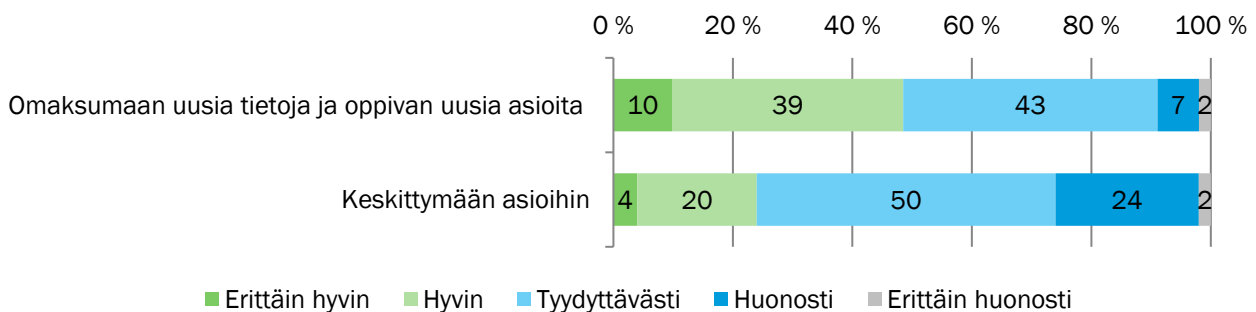
Kuvio 3. Kuntoutujien arjen toimintakyky (n = 187–188).



Miesten arjen toimintakyky oli kokonaisuudessaan parempi naisiin verrattuna (29,07 vs 27,76, $F = 3,404$, $p = 0,037$). Diagnoosiryhmien välillä ei ollut tilastollisesti merkitsevää eroa toimintakyvyssä.

Suurella osalla kuntoutujista oli haasteita kognitiivisen toimintakyvyn suhteen. Kuntoutujista kolme neljästä (76 %) koki pystyvänsä keskittymään asioihin korkeintaan tyydyttävästi. Noin puolet (52 %) arvioi pystyvänsä omaksumaan uusia asioita korkeintaan tyydyttävästi (kuvio 4). Miesten ja naisten tai diagnoosiryhmien välillä ei ollut eroja kognitiivisen toimintakyvyn suhteen.

Kuvio 4. Kuntoutujien kognitiivinen toimintakyky (n = 186–187).



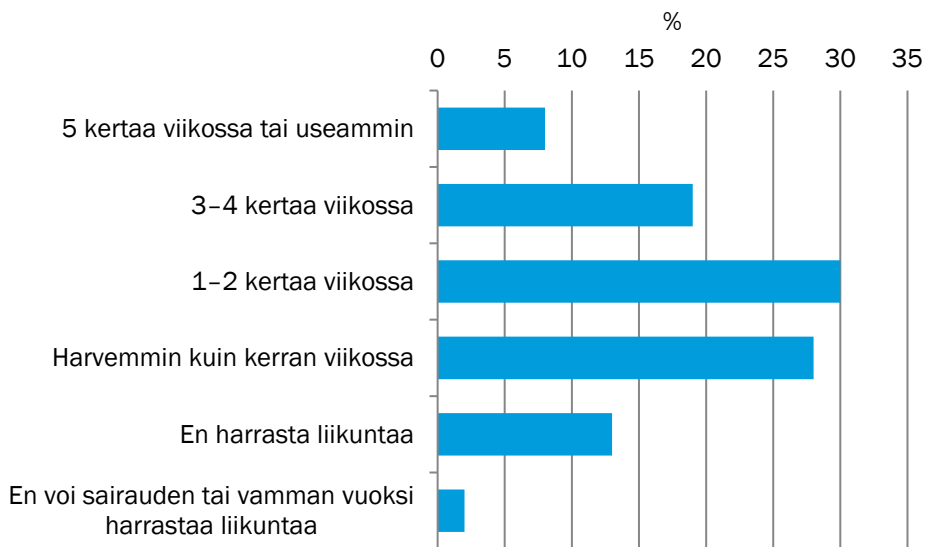
Opiskelevia kuntoutujia pyydettiin arvioimaan oma opiskelukyky janalla 0–10. Keskiarvoksi saatiin 5,70 (n = 91, keskihajonta 2,34), mikä merkitsee heikkoa opiskelukykyä. Aspergerin oireyhtymä -diagnoosin saaneet kuntoutujat arvioivat opiskelukykyänsä paremmaksi (6,70) verrattuna ADHD- tai ADD-diagnoosin (5,37) ja muu kehityshäiriö -diagnoosin saaneisiin (4,00) kuntoutujiin verrattuna (p = 0,012). Keskiarvossa ei ollut eroja sukupuolten välillä.

Työelämässä toimivia kuntoutujia pyydettiin vastaavasti arvioimaan omaa työkykyään janalla 0–10. Työkyvyn keskiarvoksi saatiin 6,34 (n = 62, keskihajonta 2,10) ilmaisten kohtalaista työkykyä. Samaa janaa käytettiin myös oman terveydentilan arvioimiseen, jolloin saatiin keskiarvo 6,74 (n = 187, keskihajonta 1,71). Työkyvyn tai terveyden arvioissa ei ollut eroavaisuuksia sukupuolten tai diagnoosiryhmien välillä.

4.3 Vapaa-aika ja terveyskäyttäytyminen

Kuntoutujista kolme neljäsosaa (74 %) ilmoitti harrastavansa jotakin. Vastaavasti joka neljäs (26 %) kuntoutujista vastasi, että ei harrastanut mitään. Liikuntaa vähintään kolme kertaa viikossa ilmoitti harrastavansa 27 prosenttia kuntoutujista, kun lähes puolet (43 %) ilmoitti liikkuvansa harvemmin kuin kerran viikossa tai ei lainkaan (kuvio 5). Liikunnallisessa passiivisuudessa ei ollut sukupuolten tai diagnoosiryhmien välisiä eroja.

Kuvio 5. Kuntoutujien vähintään puoli tuntia harrastama liikunta (n = 188).

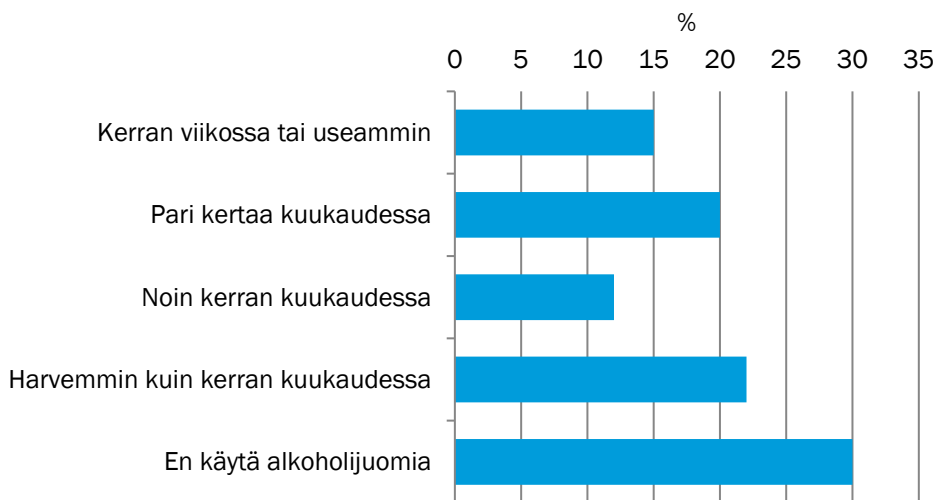


Kuntoutujista kaksi kolmasosaa (67 %) ilmoitti nukkuvansa hyvin lähes aina tai aika usein. Joka neljäs kuntoutuja (26 %) ilmoitti nukkuvansa harvoin tai ei koskaan hyvin. Kuusi prosenttia vastaajista ei osannut ottaa kantaa kysymykseen.

Kuntoutujista neljäsosa (26 %) ilmoitti tupakoivansa, 18 prosenttia päivittäin. Naisten tupakointi oli yleisempää miehiin verrattuna (28 % vs 17 %, p = 0,002). ADHD-diagnoosin saaneista tupakoi 38 prosenttia, Aspergerin oireyhtymä -diagnoosin saaneista 16 prosenttia ja muu kehityshäiriö -diagnoosin saaneista 19 prosenttia (p = 0,006).

Alkoholia vähintään kerran viikossa käytti 15 prosenttia kuntoutujista. Lähes kolmasosa kuntoutujista (30 %) ei käyttänyt alkoholijuomia lainkaan. (Kuvio 6) Tosihumalaan asti juominen oli kuntoutujien keskuudessa harvinaista. Vain 2 prosenttia ilmoitti juovansa itsensä tosihumalaan vähintään kerran viikossa ja 5 prosenttia noin 1–2 kertaa kuukaudessa. Kuntoutujista valtaosa (61 %) ei juonut itseään koskaan humalaan tai ei käyttänyt alkoholijuomia lainkaan. Joskus itsensä tosihumalaan asti juominen oli yleisempää naisille miehiin verrattuna (56 % vs 30 %, $p = 0,001$) ja ADHD- tai ADD-diagnoosin saaneille (50 %) Aspergerin oireyhtymä -diagnoosin (30 %) ja muu kehityshäiriö -diagnoosin saaneisiin (19 %) kuntoutujiin verrattuna ($p = 0,008$).

Kuvio 6. Kuntoutujien alkoholin käyttö (n = 188).



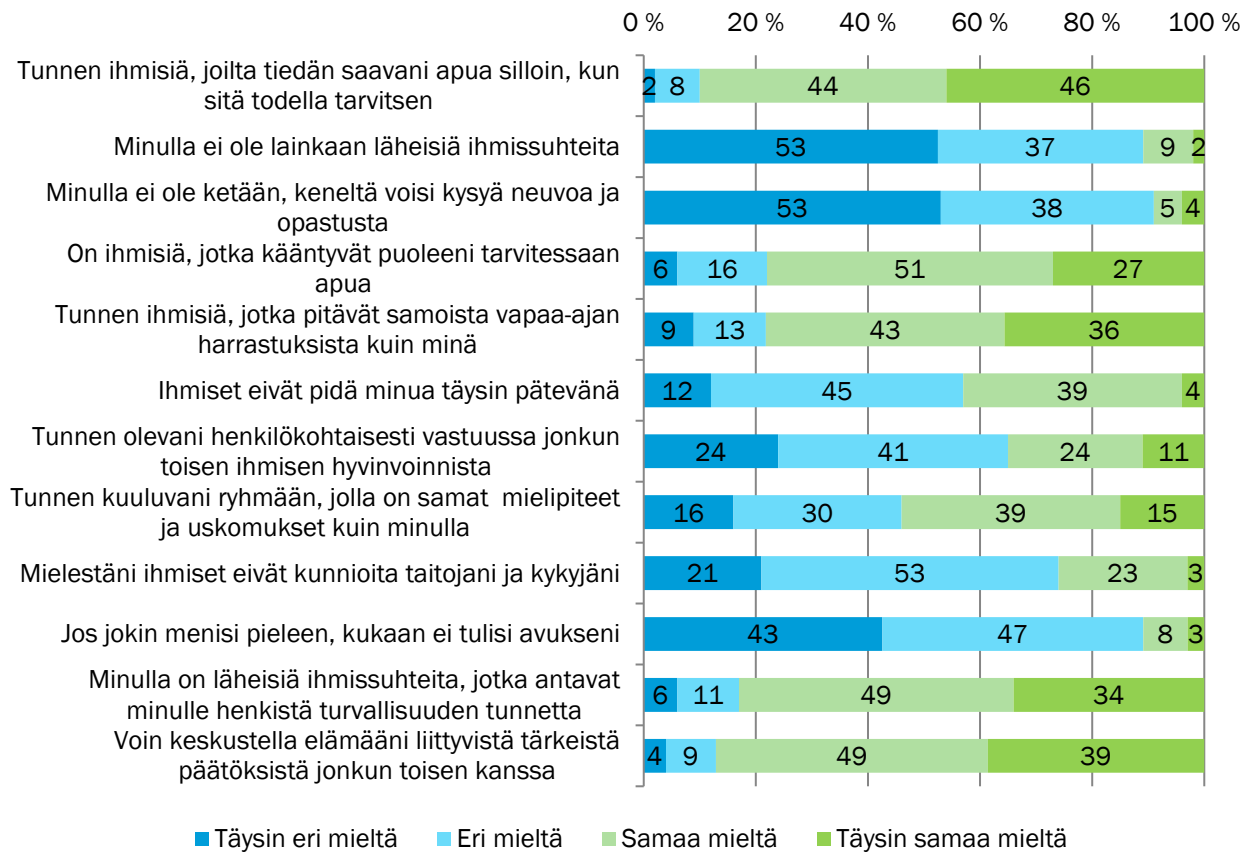
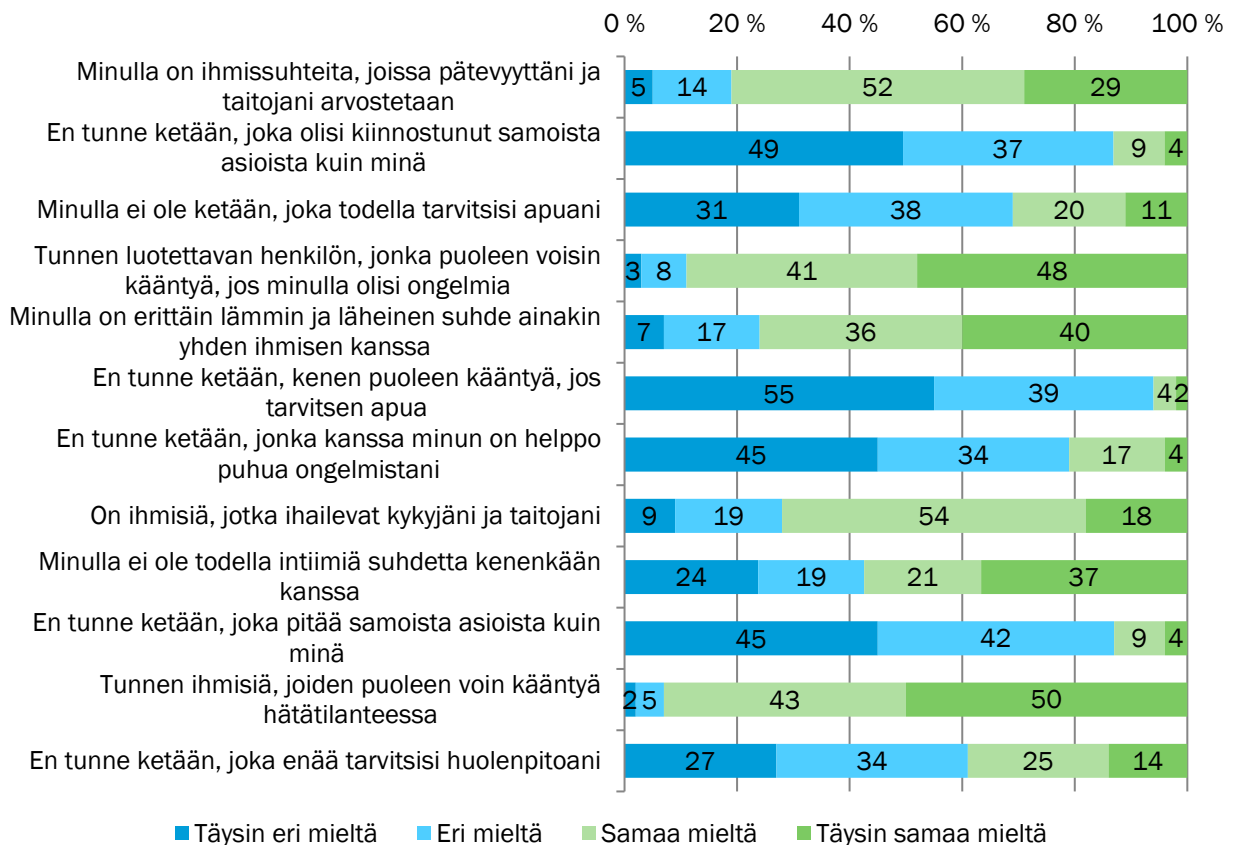
Neljä prosenttia kuntoutujista ilmoitti käyttäneensä huumeita viimeisen 30 päivän aikana.

4.4 Sosiaaliset suhteet

4.4.1 Vuorovaikutussuhteet ja koettu yhteisyys

Kuntoutujien vuorovaikutussuhteita ja koettua yhteisyyttä tutkittiin Social Provision Scale -mittarilla, jonka väittämien jakaumat on esitetty kuvioissa 6a ja b.

Kuntoutujille ominaista oli eräänlainen toiseuden tunne, joka ilmeni esimerkiksi siinä, että lähes puolet (46 %) kuntoutujista ei tuntenut kuuluvansa mihinkään ryhmään, joka jakaa samat mielipiteet ja uskomukset ja 43 prosenttia koki, että muut eivät pidä heitä täysin pätevänä. Neljännes kuntoutujista (24 %) ilmoitti, että heillä ei ole lämmintä tai läheistä suhdetta yhdenkään ihmisen kanssa. Joka viides (21 %) ei tunne ketään, jonka kanssa on helppo puhua mahdollisista ongelmista. Sosiaalisen tuen puute vaivasi noin joka kymmentä kuntoutujaa. (Kuviot 7a ja b, s. 21).

Kuvio 7a. Social Provision Scale -mittarin (SPS) väittämien jakaumat kuntoutujilla (n = 183–188).**Kuvio 7b.** Social Provision Scale -mittarin (SPS) väittämien jakaumat kuntoutujilla (n = 183–188).

Mittarin yhteispistemäärän keskiarvo aineistossa oli 72,77 (keskihajonta 12,78, $n = 164$). Naisten kokemaa sosiaalista yhteisyyttä oli vahvempi miehiin verrattuna (77,20 vs 70,10, $p = 0,001$, $F = 2,362$). Mittarin muissa osa-alueissa ei ollut sukupuolten välisiä eroja. Myös diagnoosiryhmät erosivat toisistaan. Koettu yhteisyys oli vahvempi ADHD- tai ADD-diagnoosin saaneilla (77,49) Aspergerin oireyhtymä -diagnoosin (67,97) ja muu kehityshäiriö -diagnoosin saaneisiin (72,07) kuntoutujiin verrattuna ($p < 0,001$, $F = 10,46$, $n = 153$).

Mittarin eri ulottuvuuksia tarkasteltaessa kävi ilmi, että naiset kokivat vahvemmin kiintymystä (13,12 vs 11,09, $p < 0,001$) ja hoivaamista (11,89 vs 10,03, $p < 0,001$) sekä kokivat saavansa paremmin neuvoja (13,76 vs 12,83, $p = 0,043$) miehiin verrattuna. Diagnoosiryhmittäisessä vertailussa ilmeni, että kiintymyksen, hoivaamisen, liittymisen sekä neuvojen saannin tunteukset olivat heikoimpia Aspergerin oireyhtymä -diagnoosin saaneilla (taulukko 3).

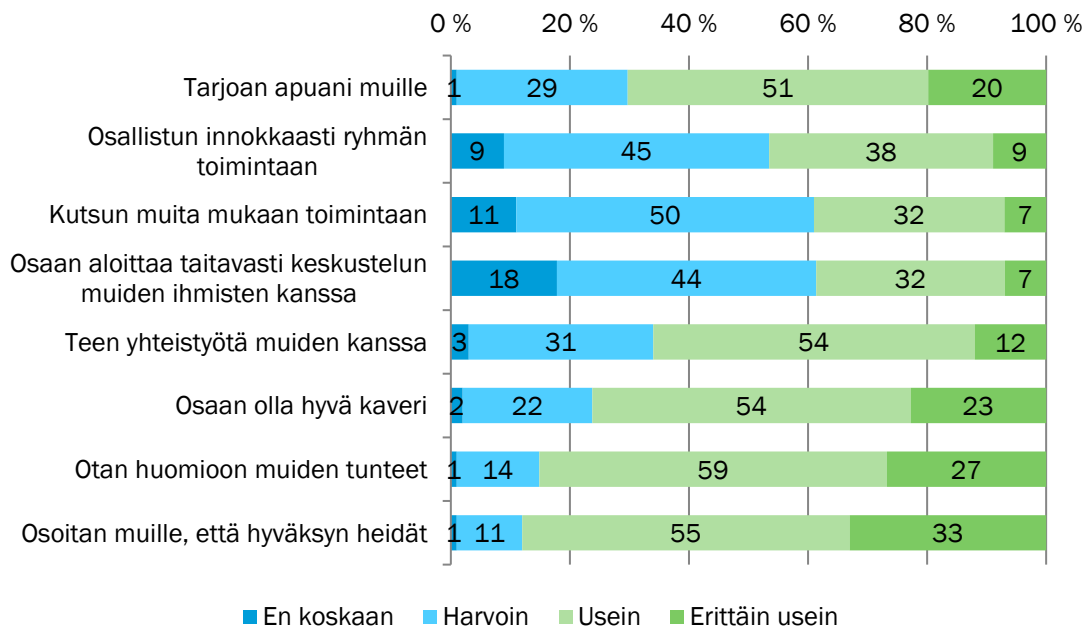
Taulukko 3. SPS-mittarin eri ulottuvuuksien keskiarvot eri diagnoosiryhmittäin.

SPS-ulottuvuus	Diagnoosi	n	ka	Keskihajonta	X2 (vapausaste)	p
Kiintymys	Asperger	75	10,67	2,52		
	ADHD	80	13,15	2,77		
	Muu	15	11,47	3,54	33,24 (df 2)	0,000
Liittyminen	Asperger	73	11,44	3,11		
	ADHD	81	12,89	2,70		
	Muu	16	13,44	2,48	12,68 (df 2)	0,002
Arvostus	Asperger	71	11,30	2,37		
	ADHD	78	11,65	2,17		
	Muu	15	11,07	2,84	0,81 (df 2)	0,666
Avun saanti	Asperger	73	13,25	2,30		
	ADHD	81	13,73	2,51		
	Muu	16	13,56	2,63	3,07 (df 2)	0,216
Neuvojen saanti	Asperger	74	12,50	2,61		
	ADHD	80	13,78	2,43		
	Muu	16	13,21	2,68	10,48 (df 2)	0,005
Hoivaaminen	Asperger	74	9,64	2,68		
	ADHD	79	11,81	2,68		
	Muu	15	11,13	3,42	21,26 (df 2)	0

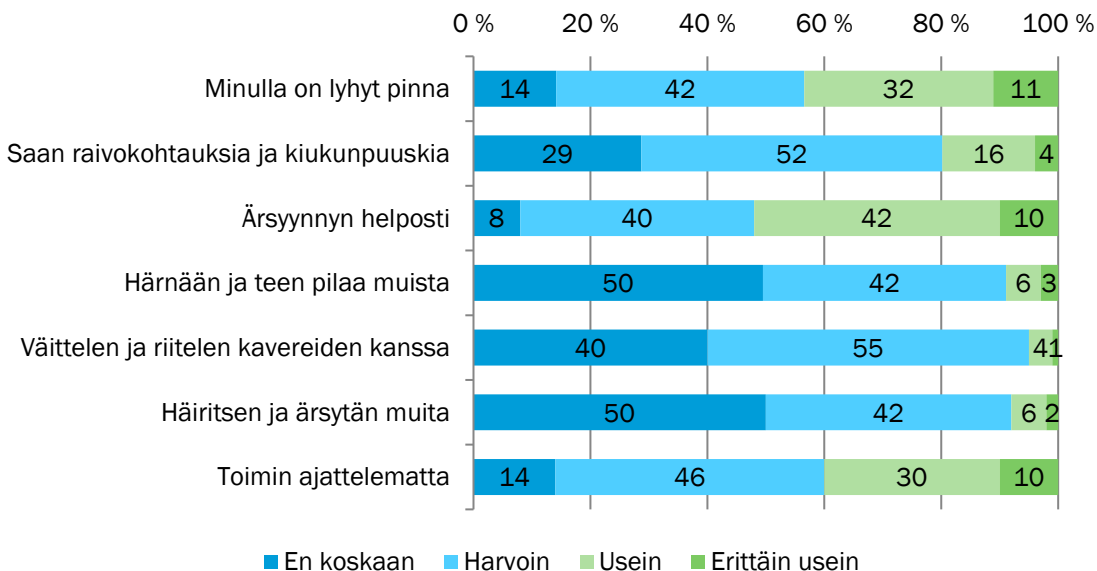
4.4.2 Sosiaalinen kompetenssi

Kuntoutujien sosiaalista kompetenssia kartoitettiin Suomessa kehitetyllä MASK-mittarilla. Eniten haasteita kuntoutujilla oli keskustelun aloittamisessa, ryhmän toimintaan osallistumisessa sekä muiden kutsumisessa mukaan toimintaan. Yli puolet (52 %) ilmoitti tämän lisäksi ärsyyntyvän helposti. Suoranainen riitely ja toisten hännäminen oli harvinaisempaa. Kuntoutujista 40 prosenttia ilmoitti toimivansa ajattelematta joko usein tai erittäin usein. (Kuviot 8a ja b).

Kuvio 8a. Kuntoutujien sosiaalinen kompetenssi (MASK-mittarin väittämät) (n = 180–187).



Kuvio 8b. Kuntoutujien sosiaalinen kompetenssi (MASK-mittarin väittämät) (n = 180–187).



MASK-mittarin kokonaispistemäärän keskiarvo oli aineistossa 42,87 (keskihajonta 5,24, $n = 173$). Keskiarvossa ei ollut eroja sukupuolten tai diagnoosiryhmien välillä mittarin kokonaispistemäärää tarkasteltaessa. Sen sijaan mittarin eri ulottuvuuksia tarkasteltaessa löytyi eroja sukupuolten välillä. Naisilla niin yhteistyötaidot (13,75 vs 12,11, $F = -0,182$, $p < 0,001$) kuin empatiakyky (9,81 vs 8,98, $F = 0,426$, $p = 0,002$) oli miehiä parempia, mutta heillä oli miehiä enemmän vaikeuksia impulsiivisuuden (7,08 vs 8,98, $F = 0,406$, $p < 0,001$) ja häiritsevyyden (12,06 vs 13,21, $F = -0,812$, $p < 0,001$) suhteen.

Sosiaalisessa kompetenssissa oli myös merkitseviä eroja eri diagnoosiryhmien välillä. Aspergerin oireyhtymä -diagnoosin saaneilla kuntoutujilla oli eniten haasteita niin yhteistyötaitojen kuin empatiakyvyn suhteen, kun taas ADHD- tai ADD-diagnoosin saaneet kuntoutujat kohtasivat eniten haasteita impulsiivisuuden ja häiritsevyyden ulottuvuuksissa. (Taulukko 4).

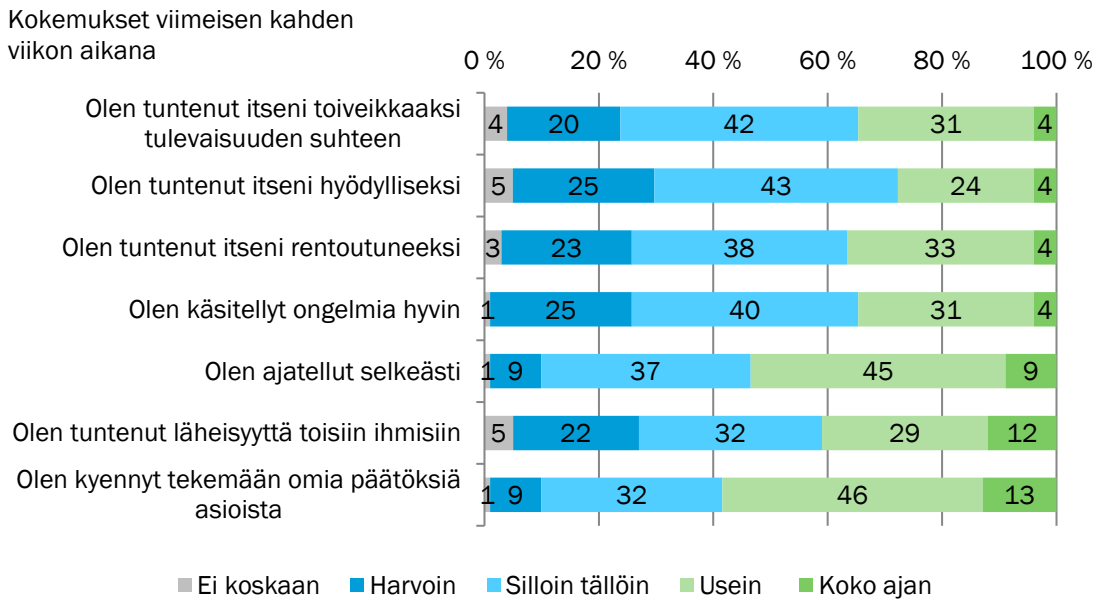
Taulukko 4. MASK-mittarin ulottuvuuksien keskiarvot diagnoosiryhmittäin.

MASK-ulottuvuus	Diagnoosi	n	ka	Keskihajonta	F	p
Yhteistyötaidot	Asperger	73	11,58	3,01		
	ADHD	81	14,04	2,77		
	Muu	16	12,31	2,15	14,833 (df 2)	0,000
Empatia	Asperger	71	8,77	1,77		
	ADHD	78	9,82	1,51		
	Muu	16	9,25	1,53	7,657 (df 2)	0,001
Impulsiivisuus	Asperger	74	8,54	2,03		
	ADHD	80	7,51	2,13		
	Muu	16	8,75	2,41	5,434 (df 2)	0,005
Häiritsevyys	Asperger	74	13,55	1,99		
	ADHD	78	12,08	2,05		
	Muu	16	13,31	1,25	11,262 (df 2)	0,000

4.5 Mielenterveys

Kuntoutujien positiivista mielenterveyttä kartoitettiin SWEMWBS-mittarilla, jonka väittämien jakaumat on esitetty kuviossa 9 (s. 25). Noin joka kolmas kuntoutuja tunsi itsensä vähintään usein toiveikkaaksi, hyödylliseksi ja rentoutuneeksi sekä tunsi käsitelleensä ongelmia hyvin. Noin puolet koki ajatelleensa selkeästi ja kytäneensä tekemään omia päätöksiä asioista vähintään usein tai koko ajan.

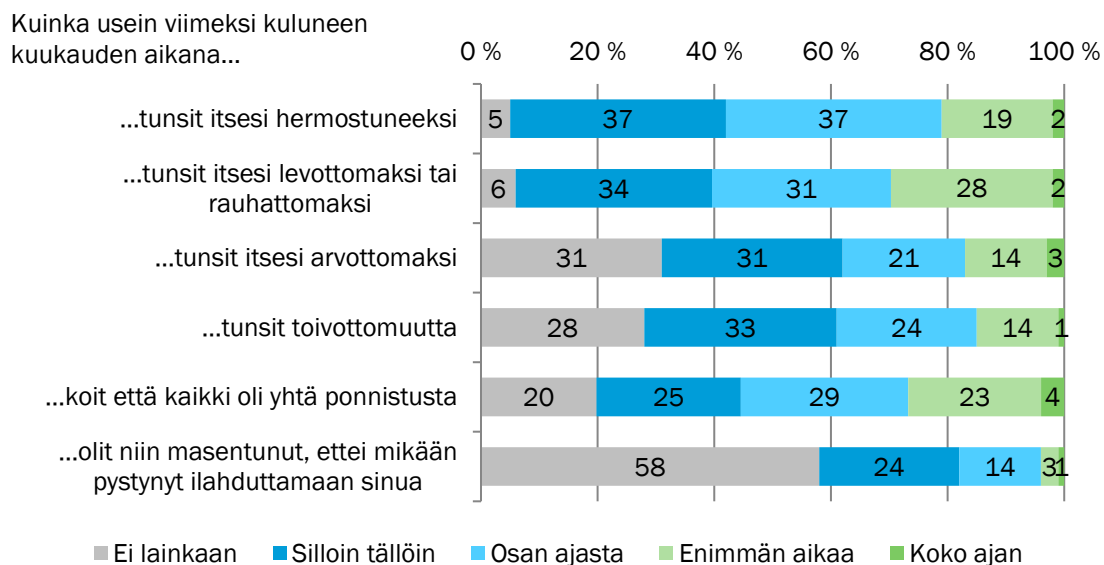
Kuvio 9. Positiivista mielenterveyttä kuvaavan SWEMWBS-mittarin väittämien jakaumat kuntoutujilla (n = 186–187).



Mittarille lasketun kokonaispistemäärän keskiarvo oli aineistossa 20,88 (keskihajonta 3,50, n = 184). Sukupuolten tai diagnoosiryhmien välillä ei ollut eroja.

Psykkistä oireilua kartoitettiin K6-mittarilla, jonka väittämien jakaumat on esitetty kuviossa 10. Kuntoutujista vajaa kolmasosa koki enemmän aikaa itsensä levottomaksi tai rauhattomaksi tai koki kaiken olevan yhtä ponnistusta. Noin joka viides tunsi itsensä hermostuneeksi, arvottomaksi ja toivottomaksi enemmän aikaa ja vähintään osan aikaa syvästi masentuneeksi.

Kuvio 10. Psykkistä oireilua kuvaavan K6-mittarin väittämien jakaumat kuntoutujilla (n = 187).



Mittarista saadun summamuuttujan pistemäärä oli naisilla korkeampi miehiin verrattuna (10,15 vs 7,60, $F = 0,001$, $p = 0,001$) osoittaen naisten psyykkisen oireilun olevan miehiä suurempaa. Diagnoosiryhmien välisessä vertailussa ADHD- tai ADD- (9,28) ja muu kehityshäiriö -diagnoosin (9,71) saaneiden oireilu oli suurempaa Aspergerin oireyhtymä -diagnoosin saaneisiin (7,18) kuntoutujiin verrattuna ($p = 0,013$, $F = 4,446$).

Summamuuttujan pistemäärän mukaan joka viides kuntoutuja (21 %) osoittautui psyykkisesti oireilevaksi. Sukupuolten tai diagnoosiryhmien välillä ei ollut eroja psyykkisesti oireilevien määrissä.

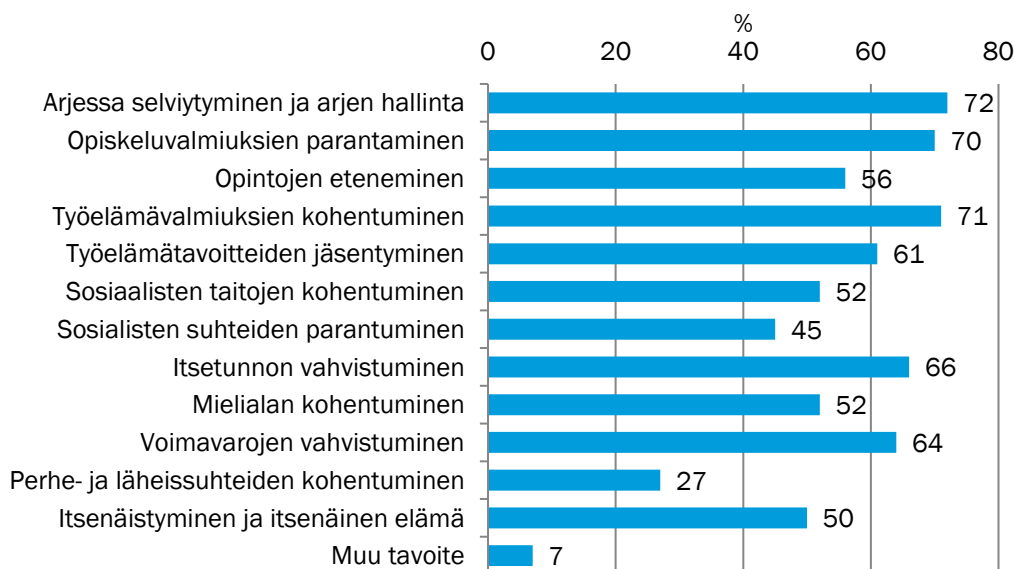
4.6 Terveyspalvelujen käyttö ja tavoitteet kuntoutukselle

Kuntoutujista vajaa puolet (43 %) oli osallistunut aiemmin kuntoutukseen. Joka kymmenes (11 %) oli käyttänyt viimeisen vuoden aikana terveyspalveluja vähintään kerran viikossa, 39 prosenttia kuntoutujista 1–3 kertaa kuukaudessa ja puolet (50 %) tätä harvemmin. Lääkärin määräämä lääkitys oli 64 prosentilla kuntoutujista.

Kuntoutujista 58 prosenttia kertoi hoitosuhteen jatkuvan kuntoutuksen aikana. Heistä joka kymmenes (10 %) tapasi hoitotahoa vähintään kerran viikossa, neljäsosa (23 %) 1–3 kertaa kuukaudessa, 57 prosenttia tarvittaessa ja joka kymmenes (10 %) ei ollut sopinut tapaamisista kuntoutuksen aikana.

Kuntoutujien omat tavoitteet kuntoutukselle liittyivät useimmiten arjessa selviytymiseen, opiskeluvalmiuksien parantamiseen sekä työelämävalmiuksien kohentumiseen. Noin kaksi kolmesta kuntoutujasta piti tämän lisäksi tärkeänä itsetunnon sekä voimavarojen vahvistumista. Yli puolet kuntoutujista tavoitteli näiden tavoitteiden lisäksi opintojen etenemistä, työelämätaavoitteiden jäsentymistä, sosiaalisten taitojen ja mielialan kohentumista sekä itsenäistä elämää (kuvio 11).

Kuvio 11. Kuntoutujien tavoitteet kuntoutukselle (n = 185–188).



Asperger-kuntoutujat erosivat ADHD- ja ADD-kuntoutujista kuntoutukselle asettamiensa tavoitteiden suhteen. Asperger-kuntoutujat tavoittelivat ADHD- ja ADD-kuntoutujia yleisemmin sosiaalisten taitojen kohentumista (59 % vs 42 %, $p = 0,010$), kun vastaavasti ADHD- ja ADD-kuntoutujien kohdalla painottuivat Asperger-kuntoutujia useammin arjessa selviytyminen ja arjen hallinta (83 % vs 61 %, $p = 0,004$), opiskeluvälineiden parantaminen (85 % vs 56 %, $p < 0,001$), opintojen eteneminen (69 % vs 43 %, $p = 0,001$), voimavarojen vahvistuminen (63 % vs 37 %, $p < 0,001$) sekä perhe- ja läheissuhteiden kohentuminen (77 % vs 23 %, $p < 0,001$).

4.7 Yhteenveto tuloksista

Terveys ja toimintakyky

- Yli puolella (54 %) kuntoutujista oli neuropsykiatrisen diagnoosin rinnalla muita rinnakkaisdiagnooseja.
- Kuntoutujista yli puolet (57 %) oli opiskelu- ja työelämän ulkopuolella.
- Noin kolmasosalla oli suuria vaikeuksia normaaleissa arjen tehtävissä, kuten kotitöiden tekeminen, pankissa ja virastossa asiointi, puhelimella asioiden hoitaminen tai vieraiden kanssa keskusteleminen.
- Kognitiivinen toimintakyky oli huono noin neljäsosalla kuntoutujista.
- Kuntoutujien itsearvioitu opiskelukyky osoittautui heikoksi ja terveys sekä työkyky kohtalaiseksi.

Vapaa-aika ja terveystoiminta

- Neljäsosa kuntoutujista ei harrastanut mitään ja lähes puolet (43 %) osoittautui liikunnallisesti passiiviseksi (liikuntaa vähemmän kuin kerran viikossa).
- Neljäsosalla kuntoutujista oli univaikeuksia.
- Viidesosa kuntoutujista tupakoi päivittäin.
- Viikoittainen alkoholinkäyttö oli melko harvinaista, tosihumalaan asti juominen hyvin harvinaista.
- Tupakointi ja alkoholinkäyttö oli ADHD- tai ADD-kuntoutujilla yleisempää Asperger-kuntoutujiin verrattuna.

Sosiaaliset suhteet ja sosiaalinen kompetenssi

- Toiseuden ja kuulumattomuuden tunteita esiintyi lähes puolella.
- Sosiaalisen tuen puutetta ilmeni joka kymmenennellä kuntoutujalla.
- Neljäsosalla kuntoutujista ei ollut läheistä suhdetta yhdenkään ihmisen kanssa.
- Sosiaalisen yhteisyyden tunne oli Asperger-kuntoutujilla heikompi ADHD- tai ADD-kuntoutujiin verrattuna.
- Ryhmässä toimiminen oli haasteellista suurimmalle osalle kuntoutujista.
- Sosiaalisessa kompetenssissa esiintyi puutteita niin Asperger- kuin ADHD- tai ADD-kuntoutujilla, kuitenkin eri ulottuvuuksissa: Asperger-kuntoutujilla haasteita oli eniten yhteistyötaitojen ja empatiakyvyn suhteen, ADHD- tai ADD-kuntoutujilla impulsiivisuuden ja häiritsevyyden suhteen.

Mielenterveys

- Noin joka kolmas kuntoutuja tunsi itsensä vähintään usein toiveikkaaksi tulevaisuuden suhteen.
- Kuntoutujista vajaalla kolmasosalla esiintyi jatkuvaa levottomuuden ja rauhattomuuden tunnetta sekä kokemus, että koko elämä on yhtä ponnistusta.
- Psykykinen oireilu oli vähäisempää miehillä ja Asperger-kuntoutujilla verrattuna naisiin ja muihin diagnoosiryhmiin.
- K6-mittarin mukaan viidesosa (21 %) kuntoutujista osoittautui psyykkisesti oireilevaksi. Sukupuolten tai diagnoosiryhmien välillä ei ollut eroja psyykkisesti oireilevien määrissä.
- Reilulla kolmasosalla (35 %) kuntoutujista oli samanaikaisesti mielialaan tai stressiin liittyvä häiriö (F30–F40).

Terveyspalvelujen käyttö ja tavoitteet kuntoutukselle

- Yli puolet kuntoutujista ei ollut aikaisemmin osallistunut kuntoutukseen.
- 64 prosentilla kuntoutujista oli lääkärin määräämä lääkitys.
- Yli puolet kuntoutujista (58 %) kertoi hoitosuhteen jatkuvan kuntoutuksen aikana.
- Kuntoutujien kuntoutukselle asettamat tavoitteet liittyivät useimmiten arjessa selviytymiseen, opiskelunvalmiuksien parantamiseen sekä työelämävalmiuksien kohentamiseen. Noin kaksi kolmesta kuntoutujasta piti tämän lisäksi tärkeänä itsetunnon sekä voimavarojen vahvistumista.
- Asperger-kuntoutujien tavoitteissa painottuivat arjessa selviytyminen ja arjen hallinta, ADHD- tai ADD-kuntoutujilla puolestaan opiskelunvalmiuksien parantaminen, opintojen eteneminen sekä perhe- ja läheissuhteiden kohentuminen.

5 POHDINTA

Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata Kelan neuropsykiatriseen Oma väylä -kuntoutukseen ohjautuneita kuntoutujia, heidän taustojaan, psykososiaalista hyvinvointiaan sekä kuntoutukseen liittyviä odotuksiaan kuntoutuksen alkaessa. Tutkimusaineistoa kerättiin kyselylomakkeilla kuntoutuksen alkaessa ja aineisto koostui yhteensä 188 kuntoutujan tiedoista.

Enemmistö kuntoutuksen aloittaneista ei ollut kiinnittynyt opiskelu- tai työelämään. Tulos noudattelee hyvin esimerkiksi Tobinin ym. (2013) katsausartikkelissa esitettyjä osuuksia työn ja opiskelun ulkopuolella olevista henkilöistä, joilla on autismitietä häiriö. Oma väylä -kuntoutujista hekin, jotka opiskelivat tai työskentelivät, arvioivat opiskelu- ja työkykynsä varsin heikoksi. Noin kolmasosalla kuntoutujista oli vaikeuksia normaaleissa arjen tehtävissä, kuten kotitöiden tekemisessä, pankissa ja virastoissa asioimisessa, puhelimella asioiden hoitamisessa tai vieraiden kanssa keskustelemisessä. Diagnoosiryhmästä riippumatta haasteet koskivat niin Asperger- kuin ADHD- tai ADD-kuntoutujia.

Oma väylä -kuntoutuksen aloittaneiden opiskelu- ja työkyvyn sekä arjen toimintakyvyn ongelmat olivat odotettuja ja toistavat aikaisempien tutkimusten tuloksia. Levyn ja Perryn katsausartikkelin (2011) mukaan 5–40 prosenttia autismikirjon häiriöitä potevista henkilöistä suorittaa lukion tai yliopiston. Työhön kiinnittyminen on kuitenkin vaikeaa, sillä tutkimusten mukaan keskimäärin vain 24 prosenttia opintojen loppuun suorittaneista löytää töitä. (Levy ja Perry 2011). Tutkimusten mukaan jopa ne henkilöt, joiden kognitiivinen suoriutuminen vastaa vähintään keskitasoa, ovat vaarassa syrjäytyä sekä opiskelu- että työelämästä (Kirjanen ym. 2014).

Komorbiditeetti oli kuntoutuksen aloittaneiden keskuudessa varsin yleistä. Yli puolella oli yhtäaikaista useampi eri diagnoosi. Tulos noudattaa hyvin pitkälti aikaisempien tutkimusten tuloksia, jotka ovat osoittaneet, että neuropsykiatrisin häiriöihin liittyy hyvin usein samanaikaisia muitakin psykiatrisia häiriöitä (Tonge ym. 1999; Kunwar ym. 2007): Aspergerin oireyhtymää potevilla yleisiä rinnakkaisdiagnooseja ovat tutkimusten mukaan ahdistuneisuusoireilu (Farrugia ja Hudson 2006), masennus (Green ym. 2000; Kim ym. 2000) ja ADHD (Green ym. 2000; Kim ym. 2000, Penttilä ym. 2011). ADHD-häiriöön puolestaan liittyy usein masennusta, ahdistusta, persoonallisuuden häiriöitä, asosiaalista käytöstä sekä päihteiden ongelmakäyttöä (Penttilä ym. 2011; Huttunen 2015b).

Psykykinen oireilu näytti olevan verrattain yleistä Oma väylä -kuntoutuksen aloittaneiden keskuudessa. Mielialaan ja stressiin liittyvä rinnakkaisdiagnoosi löytyikin reilulta kolmasosalta. Tutkimukseen osallistuneista 21 prosenttia sai K6-mittarista pistemäärään, joka viittaa vakavaan mielenterveyshäiriöön. K6-mittarista ei ole Suomessa saatavilla vertailukelpoisia väestötason tuloksia, mutta kansainvälisissä tutkimuksissa ≥ 13 pisteen leikkauspistettä käytettäessä 2,4–3,3 prosentilla väestöstä on todettu vakava mielenterveyshäiriö (Kessler ym. 2003). Suomen väestötutkimuksissa on usein käytetty lievempää psyykkistä oireilua kartoittavia mittareita, kuten esimerkiksi General Health Questionnaire -mittaria (GHQ-12). Esimerkiksi Terveystutkimus 2011 -tutkimuksessa 17 prosenttia naisista ja 14 prosenttia miehistä todettiin kärsivän merkittävästä psyykkisestä kuormittuneisuudesta (Suvisaari ym. 2012). Oma väylä -kuntoutuksen aloittaneiden nuorten aikuisten psyykinen oireilu näyttäisi joka tapauksessa olevan huomattavan yleistä väestöön yleisesti vertailtaessa.

Diagnoosiryhmät erosivat merkittävästi toisistaan psyykkisen oireilun suhteen. Tulokset osoittivat, että mielialaan liittyvä oireilu oli ADHD-diagnoosin saaneilla yleisempää Aspergerin oireyhtymää tai muuta kehityksellistä häiriötä sairastaviin verrattuna, mikä on linjassa aikaisempien tutkimusten kanssa (Nierenberg ym. 2005; Schmidt ym. 2012; Chen ym. 2013). Kuitenkin myös Asperger-henkilöiden psyykinen oireilu näyttäytyi valtaväestöä yleisempänä. Samansuuntaisia tuloksia on saatu esimerkiksi Britanniassa, jossa havaittiin, että aikuisiässä diagnoosin saaneilla Asperger-henkilöillä esiintyy kymmenen kertaa todennäköisemmin itsemurha-ajatuksia kuin muulla väestöllä ja yli kolmannes diagnoosin saaneista on suunnitellut tai yrittänyt itsemurhaa jossain elämänsä vaiheessa (Cassidy ym. 2014). Onkin ensiarvoisan tärkeää, että neuropsykiatrisia häiriöitä potevien henkilöiden yleinen psyykinen vointi sekä mahdollinen tuen ja hoidon tarve selvitetään perusteellisesti ennen kuntoutuksen alkamista, jotta henkilö voidaan ohjata tarpeenmukaiseen hoitoon. Mielenterveyden ongelmat luovat omalta osaltaan lisähaasteita kohderyhmään kuuluvien arjessa selviytymiseen ja oman paikan löytämiseen

yhteiskunnassa. Kuntoutusprosessissa ne voivat ilmetä esimerkiksi runsaina poissaoloina ja kuntoutukseen sitoutumisen vaikeutena, mikä havaittiinkin myös Oma väylä -kuntoutusta toteutettaessa. Tällä on yleensä suora vaikutus myös kuntoutuksen tuloksellisuuteen.

Oma väylä -kuntoutuksen aloittaneista noin kolmasosalla oli hyvät henkiset voimavarat ja he olivat toiveikkaita tulevaisuuden suhteen. Kuntoutuksessa palveluntuottajien tulisi panostaa myös mielenterveyden ja psyykkisten voimavarojen edistämiseen, riippumatta siitä esiintyykö kuntoutujalla psyykkistä oireilua vai ei. Käytännössä tämä tarkoittaa esimerkiksi erilaisten mielenterveyttä tukevien menetelmien (kuten esimerkiksi stressinsietokyky, rentoutuminen) opettelua ja huomion kiinnittämistä ongelmien ja rajoitteiden sijasta myös kuntoutujien omiin voimavaroihin, joita voidaan vahvistaa.

Alkoholinkäyttö ja tupakoiminen oli kuntoutuksen alkaessa etenkin Asperger-kuntoutujilla harvinaista, mikä on linjassa aikaisempien tutkimustulosten kanssa (Levy ja Perry 2011). ADHD-kuntoutujista sen sijaan poltti jopa reilu kolmannes, mitä voidaan pitää varsin suurena osuutena. Nuorten terveystapatutkimuksen mukaan 18-vuotiaista päivittäin polttaa 18 prosenttia pojista ja 15 prosenttia tytöistä (Kinnunen ym. 2015). Tupakoiminen oli yleisempää tutkimukseen osallistuneille naisille kuin miehille, mikä selittyy sillä, että naisista enemmistöllä oli ADHD-diagnoosi ja miehistä enemmistöllä Asperger-diagnoosi. Liikunnallisesti passiivisten osuus osoittautui suureksi, mitä voidaan myöskin pitää varsin yllättävänä tuloksena. Lähes puolet kuntoutuksen aloittaneista harrasti liikuntaa harvemmin kuin kerran viikossa. Tulos antaa aiheita pohdintaan, tulisiko tälle kohderyhmälle kehitetyissä interventioissa kiinnittää huomiota myös liikunnan määrään, jolla on lukuisissa tutkimuksissa todettu olevan yhteyttä niin psyykkiseen hyvinvointiin kuin toimintakykyynkin (Paluska ja Schwenk 2000; Brown ja Blanto 2002; Penedo ja Dahn 2005; Jennes-Coussens ym. 2006; Blacklock ym. 2007; Ohta ym. 2007; Miller ja Hoffman 2009; Rimer ym. 2012; Cooney ym. 2013; Vankim ja Nelson 2013; Cullen ja McCann 2015; Richards ym. 2015).

Kuntoutujien ihmissuhteita ja sosiaalista tukea kartoitettiin SPS-mittarilla. Mittarilla saadulla summamuuttujalla on todettu olevan ennustevaliditeettia yksinäisyyteen, masennukseen ja terveydentilaan (Cutrona ja Russell 1987) ja sitä on käytetty aikaisemmin niin ikääntyneillä kuin nuorilla ikäryhmillä (Toimia-tietokanta 2014), mutta ei tietojemme mukaan kehityksellisiä neuropsykiatrisia häiriöitä potevilla henkilöillä. Opiskelija-aineistossa SPS-pistemäärän on todettu ennustavan opiskelijoiden sopeutumisvaikeuksia yliopistoelämään (Duru 2008). Toiseuden ja kuulumattomuuden tunteita esiintyi tässä tutkimuksessa lähes puolella kuntoutujista. Neljäsosalla kuntoutujista ei ollut yhtään läheistä ystävyysuhdetta. Yksinäisyyden ja sosiaalisen tuen puute on aikaisemmissakin tutkimuksissa todettu olevan yleistä henkilöillä, joilla on neuropsykiatrisia häiriöitä (Nijmeijer ym. 2008; Tobin ym. 2013). Sosiaalisten taitojen kehittäminen sekä sosiaaliseen osallistumiseen tukeminen ja kannustaminen on tämän kohderyhmän kohdalla erittäin tärkeää ja näihin asioihin tulisikin panostaa kohderyhmälle suunnatuissa interventioissa, kuten Oma väylä -kuntoutuksessa tehdäänkin. Sosiaalisten vuorovaikutustaitojen harjoittelu sekä sosiaalisten suhteiden ja verkostojen luominen voivat lisätä elämänlaatua sekä estää muiden psykiatristen liitännäishäiriöiden puhkeamista, ja parhaimmillaan tarjota myös epämuotoista sosiaalista tukea tai vertaistukea (Tobin ym. 2013). Nähtäväksi

jää, saadaanko näiden taitojen harjoittelulla Oma väylä -kuntoutuksessa positiivisia muutoksia aikaiseksi.

Sosiaalista kompetenssia mitattiin Mask-mittarilla, jota ei ole aikaisemmin käytetty aikuisten ikäryhmässä. Tästä johtuen suoraa vertailua väestötason tutkimuksiin ei voida tehdä. Sosiaalisessa kompetenssissa esiintyi puutteita niin Asperger- kuin ADHD- tai ADD-kuntoutujilla. Erittäin ryhmässä toimiminen oli haasteellista kuntoutujille. Diagnoosiryhmästä riippuen haasteita kohdattiin kuitenkin osittain eri sosiaalisen kompetenssin ulottuvuuksissa: Asperger-kuntoutujilla haasteita oli eniten yhteistyötaitojen ja empatiakyvyn suhteen, ADHD- tai ADD-kuntoutujilla impulsiivisuuden ja häiritsevyyden suhteen.

Kuntoutuksen aloittaneiden asettamat tavoitteet ja toiveet kuntoutukselle liittyivät useimpien arjessa selviytymiseen, opiskeluvalmiuksien parantamiseen sekä työelämävalmiuksien kohentamiseen. Noin kaksi kolmesta kuntoutujasta piti tämän lisäksi tärkeänä itsetunnon sekä voimavarojen vahvistumista. Diagnoosiryhmät erosivat toisistaan kuntoutukselle asetetuissa tavoitteissa. Asperger-kuntoutujien tavoitteissa painottuivat arjessa selviytyminen ja arjen hallinta, kun taas ADHD- tai ADD-kuntoutujien keskuudessa puolestaan opiskeluvalmiuksien parantaminen, opintojen eteneminen sekä perhe- ja läheissuhteiden kohentuminen. Tulosten perusteella näyttää siltä, että Oma väylä -kuntoutuksen sisällöt ja hankkeen tavoite ovat linjassa kuntoutujien omien toiveiden kanssa.

Tämä tutkimus tuottaa arvokasta tietoa Oma väylä -kuntoutuksen aloittaneiden henkilöiden psykososiaalisesta hyvinvoinnista sekä kuntoutukselle asetetuista toiveista kuntoutuksen alkaessa. Tutkimuksen tulokset tuovat samalla tärkeää tietoa tälle kohderyhmälle kohdistettujen kuntoutusinterventioiden kehittämiseksi sekä sisältöjen suunnittelutyöhön yleisesti.

5.1 Tutkimuksen luotettavuus ja tutkimusmenetelmien arviointi

Tutkimusaineisto kerättiin Kelan Oma väylä -kuntoutuksen aloittaneiden henkilöiden keskuudessa, mikä vaikuttaa tutkimustulosten yleistettävyyteen kaikkiin nuoriin aikuisiin, joilla on neuropsykiatrinen häiriö. Tulokset antavat kuvan nuorista aikuisista, joilla on neuropsykiatrinen häiriö ja jotka ovat motivoituneita ja kykeneviä osallistumaan pitkähköön kuntoutusjaksoon. Mukana ei ole vastaavia nuoria aikuisia, joilla samanlaista motivaatiota tai kykyä ei ole. Tämä on syytä ottaa huomioon tutkimustuloksia tarkasteltaessa. Tulosten luotettavuuteen vaikuttaa myös osaltaan kato, joka kuntoutuksen alkuvaiheessa jäi kuitenkin suhteellisen pieneksi. palveluntuottajien arvioiden perusteella voidaan olettaa, että ainakin osa katoon kuuluvista kuuluu niiden kuntoutukseen hakeutuneiden joukkoon, joiden toimintakyky ja psyykinen hyvinvointi oli keskimääräistä huonompi. Tämä saattaa vääristää tutkimustuloksia jonkin verran siten, että tulokset antavat hieman paremman kuvan kohderyhmän toimintakyvystä ja psykososiaalisesta hyvinvoinnista kuntoutuksen alkaessa.

Osallistumisprosentti tutkimukseen oli varsin hyvä, mikä nostaa tutkimuksen luotettavuusarvoa. Myös maantieteellinen kattavuus oli verrattain hyvä, sillä tutkimukseen osallistui kuntoutujia pääkaupunkiseudulta ja Keski- ja Pohjois-Suomesta.

Oma väylä -tutkimusta käynnistettäessä ja tutkimusmenetelmiä valittaessa tutkijat joutuivat pohtimaan sitä, kuinka hyvin kohderyhmän kohdalla sopivat tutkimusmenetelmät, jotka perustuvat itsearviointiin. Pohdintaa aiheutti myös se, kuinka hyvin kuntoutujat jaksavat keskittyä useamman sivun mittaisiin kyselylomakkeisiin ja aineistonkeruuseen useampana eri ajankohdalla kuntoutuksen edetessä. Kyselylomakkeet olivat kuitenkin yleisesti hyvin täytettyjä, mikä osaltaan antaa viitteitä siitä, että kysymykset ja mittareiden väittämät olivat helposti ymmärrettäviä ja selkeitä, niihin oli helppo vastata ja että kyselylomakkeeseen vastaaminen ei ole koinut liian raskaaksi. Kuntoutujilla oli mahdollisuus saada apua ja tukea lomakkeiden täyttämiseen palveluntuottajilta. Siitä ei kuitenkaan ole tietoa, kuinka moni tällaista tukea on tarvinnut. Huoli vastaamatta jättäneiden mahdollisesta suuresta määrästä osoittautui joka tapauksessa tarpeettomaksi. Tuloksia tarkasteltaessa voi kuitenkin pohtia, kuinka hyvin esimerkiksi Asperger-kuntoutujat osaavat arvioida omaa toimintakykyään. Cederlundin ym. (2010) tutkimuksessa Asperger-potilaiden ja heidän vanhempiansa diagnostisessa haastattelussa tehdyt arviot omasta toimintakyvystään erosivat toisistaan. Cederlundin ym. tutkimuksessa huomattiin kuitenkin, että kyselylomakkeilla tehdyissä arvioissa, jotka koskivat kognitiivisia, sosiaalisia sekä tunnetaitoja ei ollut eroja henkilöiden itsensä ja heidän vanhempiansa arvioiden välillä. Näin ollen voidaan olettaa, että Oma väylä -tutkimukseen osallistuneet osasivat varsin realistisesti arvioida omaa toimintakykyään sekä sen vahvuuksia ja heikkouksia.

Tutkimuksen merkittävyyttä nostaa, että kuntoutujaa koskevaa tietoa kerättiin hyvin laaja-alaisesti. Kysymykset kattoivat terveyden ja terveystyöskäytymisen, vapaa-ajan, sosiaaliset suhteet, sosiaalisen kompetenssin ja mielenterveyden osa-alueita sisältäen sekä mielen hyvinvoinnin että psyykkisen oireilun. Kyselylomakkeissa käytettiin validoituja mittareita ja aikaisemmissa tutkimuksissa luotettaviksi arvioituja kysymyssarjoja. Kaikkiin mittareihin ei kuitenkaan ollut saatavilla aikaisempiin tutkimuksiin perustuvaa väestötason tietoa, joka olisi mahdollistanut vertailun väestöön tai kohderyhmään yleisellä tasolla.

Tutkimuksen avulla on saatu varsin laajaan kyselyaineistoon perustuvaa tietoa nuorista aikuisista, joilla on neuropsykiatrisia häiriöitä ja jotka ovat hakeutuneet Kelan kuntoutukseen ja aloittaneet sen. Kyseessä on ryhmä nuoria, joiden psykososiaalisesta hyvinvoinnista ei maassamme ole laajempiin tutkimuksiin perustuvaa tietoa. Tutkimus tuottaa tärkeää tietoa tälle kohderyhmälle tarkoitettujen kuntoutusinterventioiden kehittämisessä sekä tarpeenmukaisen sisältöjen suunnittelussa.

5.2 Johtopäätökset ja suositukset

Oma väylä -kuntoutuksen aloittaneet olivat hyvin heterogeeninen ryhmä nuoria aikuisia. Osa opiskeli tai kävi töissä, mutta suuri osa oli kokonaan työn ja koulutuksen ulkopuolella. Lähtökohtien erilaisuudesta johtuen myös kuntoutukseen liittyvät tarpeet ja odotukset voivat olla hyvin erilaisia. Kohderyhmän heterogeenisuus luo palveluntuottajille suuria haasteita kuntoutuksen sisältöjä suunniteltaessa. Kuinka kaikkia voidaan tukea asiakaslähtöisesti ja tarpeenmukaisella tavalla?

Vaikka Aspergerin oireyhtymä ja ADHD tai ADD ovat oireiltaan hyvinkin erilaisia, molempiin diagnooseihin liittyy samantyyppisiä arjen haasteita sekä psykososiaalisen hyvinvoinnin vaikeuksia. Ongelmia ilmenee arjessa selviytymisessä ja vuorovaikutustilanteissa, mikä voi johtaa tuikeuden ja ryhmään kuulumattomuuden tunteisiin. Kohderyhmän toimintakyvyn ja tarpeiden näkökulmasta tulokset antavat viitteitä siitä, että samaa kuntoutusmallia voitaisiin tarjota molemmille diagnoosiryhmille, kuten Oma väylä -kuntoutuksessa tehdäänkin. Kuntoutuksen päätyttyä ja lopullisten tutkimustulosten valmistuttua voidaan kuitenkin vasta tarkemmin arvioida, onko kuntoutus ollut hyödyllistä ja soveltuvaa molemmille diagnoosiryhmille vai tulisiko molemmille diagnoosiryhmille suunnitella omat kuntoutussisällöt. Erilaisten sisältöjen puolesta puhuisi se, että ryhmät erosivat toisistaan kuntoutuksen tavoitteissa sekä sosiaalisen taitojen kehittämistarpeissa.

Merkittävällä osalla kuntoutujista esiintyi mielialaan ja stressiin liittyviä häiriöitä, jotka tuovat omat haasteensa jokapäiväisestä elämästä selviytymiseen. Psykkiseen oireiluun liittyvä tuen ja mahdollinen hoidon tarve tulisikin selvittää perusteellisesti, sillä psyykinen oireilu asettaa monenlaisia haasteita kuntoutusprosessille. Lopulliset tutkimustulokset Oma väylä -kuntoutukselta antavat vastauksen kysymykseen, onko mahdollisella psyykkisellä oireilulla yhteyttä kuntoutuksen koettuun tuloksellisuuteen.

Liikunnallisesti passiivisten osuus oli hämmästyttävän suuri. Koska liikunnalla tiedetään olevan positiivisia vaikutuksia niin mielialaan kuin toimintakykyyn, tulisi kohderyhmään kuuluvia henkilöitä motivoida ja kannustaa liikkumaan sekä konkreettisesti ohjeistaa, kuinka sisällyttää liikuntaa – esimerkiksi arkiliikunnan muodossa – omaan päivä- ja viikkorytmiinsä. Tutkimuksen edetessä on mielenkiintoista nähdä, muuttuvatko liikuntatottumukset kuntoutuksen aikana.

Neuropsykiatrisia häiriöitä potevat nuoret aikuiset törmäävät moniin eri haasteisiin elämäntavassa, joka on tärkeä nivelvaihe matkalla nuoruudesta aikuisuuteen. Tämä kohderyhmä tarvitsee kokonaisvaltaista tukea, joka sisältää itse diagnoosiin liittyvän hoidollisen elementin lisäksi psykososiaalista tukea arjen hallintaan, mielialaan, sosiaalisiin suhteisiin ja itsenäistymiseen sekä tukea ja neuvoja päästä elämässä eteenpäin kunkin henkilön oman potentiaalinsa ja kykyjensä mukaisesti. Käytännön kuntoutustyötä toteutettaessa ja interventioita suunniteltaessa haastetta tuo kohderyhmän suuri heterogeenisuus sekä moninainen avun ja tuen tarve. Tämä tutkimusraportti tarjoaa tärkeää tietoa nuorista aikuisista, joilla on Aspergerin oireyhtymä ja/tai ADHD- tai ADD-diagnoosi. Hankkeen päätyttyä vuoden 2018 lopulla ja kuntoutuspalvelun koettuun vaikuttavuuteen liittyvien tutkimustulosten valmistuttua näemme, kuinka hyvin Oma väylä -kuntoutus on onnistunut tarjoamaan tukea tälle kohderyhmälle ja onko kuntoutusprosessin aikana tapahtunut muutosta parempaan suuntaan.

LÄHTEET

Appelqvist-Schmidlechner K, Wessman J, Salmelainen U, Luoma M-L, Tuulio-Henriksson A. Nuorten avoimuinen OPI-mielenterveyskuntoutus. Koettu hyöty ja vaikuttavuus sekä kuntoutusmallin soveltavuus. Helsinki: Kela, Sosiaali- ja terveysturvan selosteita 92, 2015.

- Biederman J, Faraone S, Milberger S ym. A prospective 4-year follow-up study of attention-deficit hyperactivity and related disorders. *Archives of General Psychiatry* 1996; 53: 437–446.
- Blacklock R, Rhodes R, Brown S. Relationship between regular walking, physical activity, and health-related quality of life. *Journal of Physical Activity and Health* 2007; 4 (2): 138–152.
- Brown D, Blanto C. Physical activity, sports participation, and suicidal behavior among college students. *Medicine and Science in Sports and Exercise* 2002; 34 (7): 1087–1096.
- Cassidy S, Bradley P, Robinson J, Allison C, McHugh M, Baron-Cohen S. Suicidal ideation and suicide plans or attempts in adults with Asperger's syndrome attending a specialist diagnostic clinic. A clinical cohort study. *Lancet* 2014; 1 (2): 142–147.
- Cederlund M, Hagberg V, Gilberg C. Asperger syndrome in adolescent and young adult males. Interview, self- and parent assessment of social, emotional, and cognitive problems. *Research in Developmental Disabilities. A Multidisciplinary Journal* 2010; 31 (2): 287–298.
- Chen M, Su T, Chen Y ym. Higher risk of developing mood disorders among adolescents with comorbidity of attention deficit hyperactivity disorder and disruptive behavior disorder. A nationwide prospective study. *Journal of Psychiatric Research* 2013; 47 (8): 1019–1023.
- Claude D, Firestone P. The development of ADHD boys. A 12 year follow up. *Canadian Journal of Behavioral Science* 1995; 27: 226–249.
- Cooney G, Dwan K, Greig C ym. Exercise for depression. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013; 9.
- Cullen C, McCann E. Exploring the role of physical activity for people diagnosed with serious mental illness in Ireland. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 2015; 22: 58–64.
- Cutrona C, Russel D. The Provisions of social relationships and adaptation to stress. *Advances in Personal Relationships* 1987; 1: 37–67.
- Duru E. Predictive analysis of adjustment difficulties from loneliness, social support and social connectedness. *Educational Sciences. Theory and Practice* 2008; 8 (3): 849–856.
- Engström I, Ekström L, Emilson B. Psychosocial functioning in a group of Swedish adults with Asperger syndrome of high-functioning autism. *Autism* 2003; 7 (1): 99–110.
- Estes A, Rivera V, Bryan M, Cali P, Dawson G. Discrepancies between academic achievement and intellectual ability in higher-functioning school-aged children with autism spectrum disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders* 2011; 41: 1044–1052.
- Faraone S, Biedeman J, Mick E. The age-dependent decline of attention deficit hyperactivity disorder. A meta-analysis of follow-up studies. *Psychological Medicine* 2006; 36: 159–165.
- Farrugia S, Hudson J. Anxiety in adolescents with Asperger Syndrome. Negative thoughts, behavioral problems, and life interference. *Focus on Autism and Other Developmental Disabilities* 2006; 21 (1): 25–35.

- Green J, Gilchrist A, Buron D, Cox A. Social and psychiatric functioning in adolescents with Asperger Syndrome compared with conduct disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders* 2000; 30: 279–293.
- Hillier A, Galizzi M. Employment outcomes for young adults with autism spectrum disorder. *Review of Disability Studies. An International Journal* 2014; 10 (1–2): 1–17.
- Howlin P. Outcome in adult life for more able individuals with autism or Asperger syndrome. *Autism* 2000; 4 (1): 63–83.
- Huttunen M. Aspergerin oireyhtymä. *Duodecim, Lääkärikirja Duodecim*, 2015a. Saatavissa: <http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00354>. Viitattu 1.11.2016.
- Huttunen M. ADHD (Aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriö). *Duodecim, Lääkärikirja Duodecim*, 2015b. Saatavissa: <http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00353>. Viitattu 1.12.2016.
- Jennes-Coussens M, Magil-Evans J, Koning C. The quality of life of young men with Asperger Syndrome. A brief report. *Autism* 2006; 10 (4): 403–414.
- Junttila N, Voeten M, Kaukiainen A, Vauras M. Multisource assessment of children's social competence. *Educational and Psychological Measurement* 2006; 66 (5): 874–895.
- Kallio-Laine K, Pelkonen I. Oma väylä -hankkeen kuntoutuspalveluiden kehittämissuunnitelma. Helsinki: Kela, 2014.
- Kaukiainen A, Junttila N, Kinnunen R, Vauras M. MASK-monitahoarviointi oppilaan sosiaalisesta kompetenssista. Turku: Turun yliopisto, Turun oppimistutkimuksen keskus ja Turun opettajankoulutuslaitos, 2005.
- Kela. Oma väylä -hankkeen kuntoutuspalveluiden kehittämissuunnitelma. Helsinki: Kela, 2014. Saatavissa: <http://www.kela.fi/documents/10180/751941/OmaVayla_hankkeen_kehittamissuunnitelma.pdf/01ba40d9-93a0-4e1b-8a63-3f400cb43a64>. Viitattu 12.1.2017.
- Kessler R, Andrews G, Colpe L ym. Short screening scales to monitor population prevalences and trends in non-specific psychological distress. *Psychological Medicine* 2002; 32 (6): 959–976.
- Kessler R, Barker P, Colpe L ym. Screening for serious mental illness in the general population. *Archives of General Psychiatry* 2003; 60 (2): 184–189.
- Kessler R, Green J, Gruber M ym. Screening for serious mental illness in the general population with the K6 screening scale. Results from the WHO World Mental Health (WMH) survey initiative. *International Journal of Methods in Psychiatric Research* 2010; 19 (Suppl 1): 4–22.
- Kim J, Szatmari P, Bryson S, Streiner D, Wilson F. The prevalence of anxiety and mood problems among children with autism and Asperger Syndrome. *Autism. The International Journal of Research and Practice* 2000; 4: 117–132.
- Kinnunen J, Pere L, Lindfors P, Ollila H, Rimpelä A. Nuorten terveystapatutkimus 2015. Nuorten tupakatuotteiden ja päihteiden käyttö 1977–2015. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö, Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 31, 2015.

- Kirjanen S, Tuulio-Henriksson A, Autti-Rämö I. Miten tukea opintoja ja työllistymistä, kun nuorella on autismitkirjon häiriö? *Suomen Lääkärilehti* 2014; 34 (69): 2039–2044.
- Korkeila J, Leppämäki S, Niemelä A, Virta M. Aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriö (ADHD). Julkaisussa: Juva K, Hublin C, Kalske H ym. *Kliininen neuropsykiatria*. Helsinki: Duodecim, 2011: 206–215.
- Kunwar A, Dewan M, Faraone S. Treating common psychiatric disorders associated with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Expert Opinion in Pharmacotherapy* 2007; 8: 555–562.
- Käypä hoito -suositus. ADHD (aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriö, lapset ja nuoret. Suomalaisen Lääkäriseura Duodecimin, Suomen Lastenneurologinen yhdistys ry:n, Suomen Lastenpsykiatriyhdistyksen ja Suomen Nuorisopsykiatrisen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Duodecim, 2013. Saatavissa: <www.kaypahoito.fi>. Viitattu 18.4.2017.
- Levy A, Perry A. Outcomes in adolescents and adults with autism. A review of the literature. *Research in Autism Spectrum Disorders* 2011; 5: 1271–1282.
- Lämsä R, Appelqvist-Schmidlechner K, Tuulio-Henriksson A. Oma väylä. Kuntoutuksen arkikäynnit. Helsinki: Kela, Työpapereita 91, 2016.
- Lämsä R, Appelqvist-Schmidlechner K, Tuulio-Henriksson A. Nuorten neuropsykiatrisen Oma väylä kuntoutuksen ryhmäkäynnit. Helsinki: Kela, Työpapereita 116, 2017.
- Manuzza S, Klein R, Bessler A, Malloy P, LaPadula M. Adult outcome of hyper-active boys. Educational achievement, occupational rank, and psychiatric status. *Archives of General Psychiatry* 1993; 50: 565–576.
- Manuzza S, Klein R, Bessler A, Malloy P, Hunes M. Educational and occupational outcome of hyperactive boys grown up. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 1997; 36: 1222–1227.
- Mattila M, Hurtig T, Haapsamo H ym. Comorbid psychiatric disorders associated with Asperger syndrome/high-functioning autism. A community- and clinic-based study. *Journal of Autism and Developmental Disorders* 2010; 40: 1080–1093.
- Mattila M-L. Autism spectrum disorders. An epidemiological and clinical study. University of Oulu, Acta Universitatis Ouluensis D 1229, 2013.
- Miller K, Hoffman J. Mental well-being and sport-related identities in college students. *Sociology of Sport Journal* 2009; 26 (2): 335–356.
- Moilanen I, Rintahaka P. Autismitkirjon häiriöt lapsilla ja nuorilla. Julkaisussa: Kumpulainen K, Aronen E, Ebeling H ym. *Lasten psykiatria ja nuorisopsykiatria*. Helsinki: Duodecim, 2016: 217–232.
- Nieminen T, Kulomäki T, Ulander R, von Wendt L. Aspergerin oireyhtymä. *Suomen Lääkärilehti* 2000; 55: 967–972.
- Nieminen-von Wendt T, von Wendt L, Avellan A, Tani P. Aspergerin oireyhtymä, kliininen kuva, diagnostiikka ja kuntoutus. Osa 1. *Yleislääkäri* 2007; 3: 15–19.

- Nierenberg, A, Miyahara S, Spencer T ym. Clinical and diagnostic implications of lifetime attention-deficit/hyperactivity disorder comorbidity in adults with bipolar disorder. Data from the first 1000 STEP-BD participants. *Biological Psychiatry* 2005; 57 (11): 1467–1473.
- Nijmeijer J, Minderaa R, Buitelaar J, Mulligan A, Hartman C, Hoekstra P. Attention-deficit/hyperactivity disorder and social dysfunctioning. *Clinical Psychology Review* 2008; 28: 692–708.
- Noterdaeme M. 2011. Autismus-Spektrum-Störungen. Ein Ueberblick zum aktuellen Forschungsstand. *Pädiatrietage 2011*. E11-E15.
- O’Callaghan P, Sharma D. Severity of symptoms and quality of life in medical students with ADHD. *Journal of Attention Disorders* 2012; 18 (8): 654–658.
- Ohta M, Mizoue T, Mishima N, Ikeda M. Effects of the physical activities in leisure time and commuting to work on mental health. *Journal of Occupational Health* 2007; 49: 46–52.
- Paluska S, Schwenk T. Physical Activity and Mental Health: Current Concepts. *Sports Medicine* 2000; 29 (3): 167–180.
- Penedo F, Dahn J. Exercise and well-being. A review of mental and physical health benefits associated with physical activity. *Current Opinion in Psychiatry* 2005; 18 (2): 189–193.
- Penttilä J, Rintahaka P, Kaltiala-Heino R. Aktiivisuuden ja tarkkaavaisuuden häiriön merkitys lapsen ja nuoren tulevaisuudelle. *Duodecim* 2011; 127: 1433–1439.
- Pihlakoski L, Rintahaka P. Aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriö. Julkaisussa: Kumpulainen K, Aro-nen E, Ebeling H ym. *Lasten psykiatria ja nuorisopsykiatria*. Helsinki: Duodecim, 2016: 243–253.
- Richards J, Jiang X, Kelly P, Chau J, Bauman A, Ding D. Don’t worry, be happy. Cross-sectional associations between physical activity and happiness in 15 European countries. *BMC Public Health* 2015; 15: 53.
- Rimer J, Dwan K, Lawlor D ym. Exercise for depression. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012; 7. CD004366. DOI: 10.1002/14651858.CD004366.pub5.
- Rintahaka P. Nuorten neuropsykiatriset häiriöt. ADHD, Aspergerin oireyhtymä ja unihäiriöt. *Duodecim* 2007; 123: 215–222.
- Rydzewska E, Pirrie A. Behaviours in transition to adulthood for people with autism spectrum disorder. *Scottish educational Review* 2016; 47 (1): 15–27.
- Schmidt, S, Brähler E, Petermann F, Koglin U. Komorbide Belastungen bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit ADHS. *Zeitschrift fuer Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie* 2012; 60 (1): 15–26.
- Suomen nuorisoyhteistyö – Allianssi ry. *Nuorista Suomessa 2010*. Helsinki: Suomen Nuorisoyhteistyö – Allianssi, 2010.
- Suvisaari J, Ahola K, Kiviruusu O. Psykkiset oireet ja mielenterveyden häiriöt. Julkaisussa: Koskinen S, Lundqvist A-M, Ristiluoma N, toim. *Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa 2011*. Helsinki: THL, raportti 68, 2012: 96–101.

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

Tani P, Nieminen-von Wendt T, Lindberg N, von Wendt L. Aspergerin oireyhtymä aikuisiässä. Duodecim 2004; 120 (6): 693–698.

Tennant R, Hiller L, Fishwick R ym. The Warwick-Edinburgh Mental Well-being Scale (WEMWBS). Development and UK validation. Health and Quality of Life Outcomes 2007; 5: 63.

Tervo T, Michelsson K, Launes J, Hokkanen L. A prospective 30-year follow-up of ADHD associated with perinatal risks. Journal of Attention Disorders 2014; Epub. DOI: <https://doi.org/10.1177/1087054714548036>.

Tobin M, Drager K, Richardson L. A systematic review of social participation for adults with autism spectrum disorders. Support, social functioning and quality of life. Research in Autism Spectrum Disorders 2013; 8 (3): 214–229.

Toimia-tietokanta. Helsinki: Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos, 2014. Saatavissa: <www.toimia.fi>.

Tonge J, Brereton V, Gray M, Einfeld S. Behavioral and emotional disturbance in high-functioning autism and Asperger Syndrome. Autism. The International Journal of Research and Practice 1999; 3: 117–130.

Tuulio-Henriksson A. NUKU-hanke. Nuorten ryhmäpainotteisen kuntoutuksen kehittämishanke 2011–2013. Pilottivaiheen arviointitutkimuksen loppuraportti. Helsinki: Kela, 2015. Saatavissa: <http://www.kela.fi/documents/10180/751941/NUKU_Tutkimuksen+loppuraportti_19032015_ATH.pdf/bc111eda-764a-4498-806e-571dde539ea2>. Viitattu 8.12.2016.

Tuulio-Henriksson A, Appelqvist-Schmidlechner K, Salmelainen U. AMI-kuntoutus. Ryhmäpainotteinen kuntoutusmalli työelämässä oleville masennuskuntoutujille. Helsinki: Kela, Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 138, 2015.

Vankim N, Nelson T. Vigorous physical activity, mental health, perceived stress, and socializing among college students. American Journal of Health Promotion 2013; 28 (1): 7–15.

Vuori M, Tuulio-Henriksson A, Sanelin I, Nissinen H, Autti-Rämö I. Kelan monimuotoiseen perhekuntoutukseen ohjautuminen ja perheenjäsenten kuntoutustoiveet. Helsinki: Kela, Sosiaali- ja terveysturvan raportteja 2, 2016.

Voutilainen A, Sourander A, Lundström B. Lasten tarkkaavuus- ja yliaktiivisuushäiriö neuropsykiatrisena ongelmana. Duodecim 2004; 120: 2672–2679.