

Hennariikka Heinijoki, Maarit Karhula,
Riitta Seppänen-Järvelä, Ismo Ukkola

Kelan Oma väylä -kuntoutuksen ytimessä konkreettiset askeleet tulevaisuuteen

Tuloksia kuntoutuksen toteutumisesta ja toimivuudesta



Kirjoittajat

Hennariikka Heinijoki, tutkija, TtM
Kaakkois-Suomen ammattikorkeakoulu ja Kelan tutkimus
etunimi.sukunimi@kela.fi

Maarit Karhula, erikoistutkija, TtT
Kaakkois-Suomen ammattikorkeakoulu ja Kelan tutkimus
etunimi.sukunimi@kela.fi

Riitta Seppänen-Järvelä, tutkimuspäällikkö, VTT, dosentti
Kelan tutkimus
etunimi.sukunimi@kela.fi

Ismo Ukkola, tutkija, VTM
Kelan tutkimus
etunimi.sukunimi@kela.fi

© Kirjoittajat ja Kela

[Tietotarjotin.fi/tutkimus](http://tietotarjotin.fi/tutkimus)

ISBN 978-952-284-178-0

ISSN 2323-9239

URI <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe20231109143716>

Helsinki 2023

Sisältö

Tiivistelmä	5
1 Johdanto	6
1.1 ADHD:n ja autismitietäjien häiriön kuntoutus	7
1.2 Nuoruudesta aikuisuuteen siirtymävaiheen interventiot	8
1.3 Kelan Oma väylä -kuntoutus	9
2 Tutkimuksen toteuttaminen	10
2.1 Tutkimuksen tavoitteet ja tutkimuskysymykset	11
2.2 Aineistot ja niiden analyysi	12
2.2.1 Asiakkaille ja palveluntuottajille suunnatut kyselyt ja niiden analyysi	12
2.2.2 Asiakkaiden haastattelut ja haastatteluaineistojen analyysi	14
2.2.3 Seurantahaastattelut asiakkaille	15
2.2.4 Palveluntuottajien haastattelut ja niiden analyysi	15
2.3 Aineistot ja niiden yhdistäminen	16
3 Tutkimuseettiset kysymykset	17
4 Tulokset	19
4.1 Kyselyihin ja haastatteluihin osallistuneet	19
4.1.1 Kyselyihin vastanneet asiakkaat	19
4.1.2 Kyselyihin vastanneet palveluntuottajat	20
4.1.3 Haastatteluihin osallistuneet asiakkaat	20
4.1.4 Haastatteluihin osallistuneet palveluntuottajat	21
4.2 Kuntoutukseen hakeutuminen ja ohjautuminen	21
4.3 Kuntoutuksen aloittaminen	23
4.4 Moniammatillinen tiimi kuntoutuksen toteuttajana	24
4.4.1 Työparityöskentely ja omaohjaajan rooli	24
4.4.2 Psykologin tai neuropsykologin rooli	27
4.4.3 Työelämänasiantuntija ja erityisopettaja	28
4.4.4 Moniammatillisen tiimin toiminta	30
4.5 Oma väylä -kuntoutuksen eri toteutusmuodot	31
4.5.1 Yksilötapaamiset	31
4.5.2 Ryhmätapaamiset	33
4.5.3 Läheisten tapaamiset	37
4.5.4 Verkostoyhteistyö	39
4.5.5 Etätapaamiset osana kuntoutusta	40
4.6 Kuntoutuksen toteutuminen ja sisällöt	42
4.6.1 Kuntoutuksen oikea-aikaisuus	42
4.6.2 Kuntoutukseen liittyvät arvioinnit	43
4.6.3 Tavoitteet ohjaamassa kuntoutusta	45
4.6.4 Hyvät kuntoutuskäytännöt ja asiakaslähtöisyys	50
4.6.5 Kuntoutuksen lähestymistavat ja sisällöt	51
4.6.6 Kuntoutumista estävät ja edistävät tekijät Oma väylä -kuntoutuksessa	54
4.6.7 Kuntoutuksen siirtyminen arkeen	56
4.6.8 Kuntoutuksen koetut hyödyt ja kuntoutuskokonaisuuden arviointi	57

4.7	Kuntoutuksen jälkeinen seuranta.....	61
5	Pohdinta.....	62
5.1	Tarpeellinen, kokonaisvaltaisesti tukea tarjoava kuntoutusmuoto.....	62
5.2	Erilaisten kuntoutuksen elementtien koettu tärkeys ja hyödyllisyys.....	63
5.3	Moniammatillisuus ja lähestymistavat.....	64
5.4	Siirtymävaiheen kuntoutuksen tärkeimmät asiat.....	65
5.5	Yhteenveto ja kehittämiskohteet.....	66
	Lähteet.....	67
	Liitteet.....	72

Tiivistelmä

Tässä julkaisussa raportoidaan tuloksia tutkimuksesta, jossa selvitettiin Kelan Oma väylä -kuntoutuksen toteuttamiseen ja toimivuuteen liittyviä tekijöitä ja vaiheita asiakkaiden ja palveluntuottajien näkökulmista. Oma väylä -kuntoutus on tarkoitettu 16–29-vuotiaille nuorille henkilöille, joilla on diagnosoitu aktiivisuuden ja tarkkaavaisuuden häiriö (ADHD) ja/tai autismikirjon häiriö. Aineistoina olivat asiakkaille suunnatut kyselyt kuntoutuksen alkuvaiheessa (n = 1 223) ja loppuvaiheessa (n = 425), asiakkaiden yksilöhaastattelut kuntoutuksen aikana (n = 19) ja kuntoutuksen päättymisen jälkeen (n = 14) sekä palveluntuottajien moniammatillisille työryhmille suunnatut kyselyt (n = 73) ja ryhmähaastattelut (n = 5).

Tutkimusaineisto kerättiin osana Kelan Muutos II -hankkeen REKKU-tutkimuskokonaisuutta, joka kohdistui kuntoutuspalveluiden järjestämisessä käytettävän rekisteröitymismenettelyn toimivuuteen ja uusien palvelukuvausten mukaisten kuntoutusten toteutumiseen. Tässä julkaisussa kohdennutaan Oma väylä -kuntoutukseen ohjautumiseen, moniammatillisuuteen, kuntoutuksen toteutusmuotoihin (yksilötapaamiset, ryhmätapaamiset, läheisten tapaamiset, verkostotyö ja seurantatapaamiset) sekä kuntoutuksen koettuihin hyötyihin.

Tulosten perusteella Oma väylä -kuntoutus näyttäytyi asiakasryhmälle sopivana ja tarpeellisenä kuntoutusmuotona. Sen vahvuuksiksi tunnistettiin kokonaisvaltaisuus ja yksilöllisyys, joka todentui erityisesti luottamuksellisessa vuorovaikutuksessa omaohjaajan kanssa. Keskeistä kuntoutuksessa on joustava kohdentuminen kulloinkin ajankohtaisten elämänalueiden tukemiseen ja nopea reagoiminen muuttuviin tarpeisiin. Se vastasi ADHD:n mukanaan tuomiin tai autismikirjoon liittyviin erityisiin kysymyksiin kuin myös kehittyvän aikuisuuden ikävaiheeseen kuuluviin piirteisiin, kuten elämäntilanteessa tapahtuviin muutoksiin.

Oma väylä -kuntoutuksen palvelukuvauksen tulisi antaa kuntoutukselle raamit ja ohjata riittävän yhdenmukaiseen toteutukseen, jotta esimerkiksi vaikuttavuuden arviointi olisi mahdollista. Palvelukuvauksen kehittämiskohteiksi tunnistettiin seuraavat teemat: kuntoutukseen osallistumisen edellytysten arvioiminen ennen kuntoutukseen ohjautumista, mahdollisuus jakaa yksilötapaamisten käyntikertoja pidemmälle ajanjaksolle, moniammatillisuuden kuvaaminen osaamisperusteisesti ammatilähtöisyyden sijaan, ratkaisukeskeisyyden esille tuominen palvelukuvauksessa, ryhmätapaamisten kohdentumisen ja tavoitteiden uudelleenmäärittely sekä verkostoyhteistyön nostaminen selkeämmin esille palvelukuvauksessa.

Oma väylä -kuntoutus näyttäytyi tutkimuksessa kompleksina kuntoutuskokonaisuutena, joka sisälsi integratiivisia ja räätelöityjä elementtejä. Kuntoutuksen toteuttaminen vaatii monipuolista osaamista sekä kokemustietoa asiakkaan oman kuntoutumispolun rakentamisesta. Kuntoutuksen ydinelementtien kirkastaminen on jatkossa tärkeää, jotta ammatillaiset valitsevat yksilölle toivottuja tuloksia tuottavat interventiomuodot. Ryhmätasolla kuntoutuksen ydinelementtien tarkastelu varmistaa kuntoutuksen laadun ylläpysymisen.

Asiasanat (YSO): kuntoutus, hyöty, arviointi, seuranta, ADHD, autismikirjon häiriöt, nuoret, nuoret aikuiset, asiakkaat, palveluntuottajat, kyselytutkimus, haastattelut, moniammatillisuus, tiimit, palveluohjaus, hakumenettely, ryhmäkuntoutus, läheiset, verkostot, teleterveydenhuolto, valmennus

1 Johdanto

Kehitykselliset neuropsykiatriset häiriöt, kuten aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriö (ADHD) ja autismikirjon häiriö (ASD), asettavat usein haasteita siirtymävaiheessa nuoruudesta aikuisuuteen (Baggio ym., 2019; Kuo ym., 2018; Price ym., 2019). Näitä ovat esimerkiksi itsenäinen arjen sujuminen sekä opiskeluun ja työhön liittyvät asiat, erilaisissa ympäristöissä toimiminen ja sosiaalisten suhteiden muodostaminen. Arnett (2000) on esittänyt, että 18–25-vuotiaat elävät elämänvaihetta, jota voidaan kutsua muotoutuvan aikuisuuden vaiheeksi (engl. *emerging adulthood*). Ikävaiheeseen liittyy piirteitä sekä nuoruuden että aikuisuuden elämänvaiheista. Tyypillistä on, että pysyviä tekijöitä, kuten parisuhde, ammatti tai asuinpaikka, on vielä vähän. Tässä ikävaiheessa tehdyillä valinnoilla ja elämänkuluilla esimerkiksi työ- ja opiskelupaikan suhteen, voi olla pitkäaikaisia vaikutuksia yksilön hyvinvointiin ja yhteiskuntaan integroitumiseen. Syrjäytymistä onkin kuvattu muun muassa aikuisuuden normaaleista kehitystehtävistä ulos jäämisenä (Paananen ym., 2020). Toisen asteen koulutukseen siirtymisen osalta Suomessa tiedetään, että nuoret, joilla on diagnosoitu neuropsykiatrinen häiriö, jättivät muita useammin hakematta toisen asteen opintoihin (Aamuposti, 2023).

ADHD ja ASD ovat yleisimpiä kehityksellisiä neuropsykiatrisia häiriöitä (Juva ym., 2021). Tiedon lisääntymisen myötä em. häiriöitä tunnistetaan aiempaa paremmin ja näin ollen myös hoitoon ohjautuminen on lisääntynyt (ks. Lämsä ym., 2015). ADHD:n esiintyvyyden arvioidaan olevan lapsilla ja nuorilla noin 4–7 prosenttia ja aikuisilla 2–3 prosenttia (Duodecim, 2019). Autismikirjon häiriöitä on arvioitu esiintyvän jopa 1,5 prosentilla väestöstä (Lyall ym., 2017). Sekä ADHD että ASD ovat yleisempiä pojilla ja miehillä kuin tytöillä ja naisilla. Tässä on arveltu olevan taustalla muun muassa tyttöjen oireilun erityispiirteiden tunnistamattomuutta (Duodecim, 2023).

ADHD:n keskeisiä oireita ovat pitkäkestoiset ja toimintakykyä hähtaavat aktiivisuuden ja tarkkaavuuden säätelyn sekä toiminnanohjauksen vaikeudet sekä ylivilkkaus ja impulsiivisuus (Duodecim, 2019; Korkeila ym., 2021). Oireet voivat painottua monin eri tavoin, ja oireiden painotus yleensä muuttuu kehityksen myötä. Toiminnanohjauksen haasteet ovat oireista pysyvimpiä, kun taas ylivilkkaus ja impulsiivisuus usein vähenevät iän myötä (Korkeila ym., 2021). Autismikirjon häiriön ydinoireita ovat toimintakykyä hähtaavat, laaja-alaiset ja pysyvät erityispiirteet sosiaalisessa vuorovaikutuksessa ja kommunikaatiossa sekä joustamattomat, rajoittuneet ja toistavat käytösmallit, kiinnostuksen kohteet tai aktiviteetit (Duodecim, 2023). Myös autismikirjon häiriössä toiminnan ohjauksen vaikeudet ovat tyypillisiä, vaikkakin ne ilmenevät eri hieman eri tavoin kuin ADHD:ssä (Duodecim, 2023).

ADHD ja ASD esiintyvät myös kohtuullisen usein yhdessä; tutkimusten mukaan jopa viidesosalla ADHD-oireisista henkilöistä on diagnosoitu myös autismikirjon häiriö (Hollingdale ym., 2020). Autismikirjon häiriön yhteydessä esiintyvän ADHD:n samanaikaisen esiintyvyyden on arvioitu olevan lapsilla jopa 30–80 prosenttia (Duodecim, 2023). Lisäksi molempiin häiriöihin voi usein liittyä psykiatrisia liitännäissairauksia (Chen ym., 2018; Hollocks ym., 2019; Virta, 2010). Esimerkiksi Reinval (2018) on todennut, että erityisesti ahdistus ja masennusoireet sekä tic-oireet ovat tyypillisiä henkilöille, joilla on diagnosoitu autismikirjon häiriö ilman merkittävää viivästymää kognitiivisessa ja kielellisessä kehityksessä. ADHD:n osalta yleisimpiä

liitännäishäiriöitä ovat päihteisiin liittyvä häiriö, masennus, kaksisuuntainen mielialahäiriö ja ahdistuneisuushäiriö (Chen ym., 2018). Myös oppimisvaikeuksia ja käytöshäiriöitä esiintyy muuta väestöä enemmän (Korkeila ym., 2021).

1.1 ADHD:n ja autismikirjon häiriön kuntoutus

Kohderyhmän kuntoutusta on tutkittu vähemmän nuorilla ja aikuisilla kuin lapsilla, ja tutkimustieto on osin myös vanhentunutta (Appelqvist-Schmidlechner ym., 2018; De Crescendo ym., 2017; Wong ym., 2015). Humen ja kumppaneiden (2021) kirjallisuuskatsaus, osoitti että ainoastaan viisi prosenttia tutkimuksista kohdistui 19–22-vuotiaisiin, kun tarkasteltiin 0–22-vuotiaiden autismikirjon lasten ja nuorten kuntoutusinterventioiden vaikutuksia.

Molempien häiriöiden suomalaisissa Käypä hoito -suosituksissa on painotettu kuntoutuksen ja muiden tukitoimien yksilöllistä toteutusta huomioiden esimerkiksi ikä ja elämänvaihe, oirekuva ja mahdollinen monihäiriöisyys. Psykoedukaatio, yleisestä hyvinvoinnista huolehtiminen, ympäristön muokkaaminen toimintaa tukevaksi päivittäisissä ympäristöissä, ja lähi-ihmisten osallistuminen kuntoutukseen ovat tärkeitä yleisiä suuntaviivoja, joita voidaan ja tulisi toteuttaa jo ennen diagnoosin asettamista asiakkaan lähiympäristöissä, kuten kotona, varhaiskasvatuksessa ja koulussa. Autismikirjon häiriön suosituksessa on painotettu lisäksi myös voimavarieskeisyyttä ja myönteisen minäkuvan vahvistamista yleisenä periaatteena (Duodecim, 2023). Lisäksi ADHD:n tärkeä hoitomuoto on lääkehoito (Duodecim, 2019).

Yleisten tukitoimien lisäksi voi olla tarpeellista toteuttaa erilaisia psykososiaalisia interventiota kuten toimintaterapia, neuropsykologinen kuntoutus, neuropsykiatrinen valmennus tai puheterapia. Molempien häiriöiden osalta on myös alustavaa näyttöä kognitiivisen käyttäytymisterapian hyödyistä (Duodecim, 2019, 2023). ADHD:n ja autismikirjon häiriön oireissa on samankaltaisuutta, jolloin kuntoutuksessa voidaan soveltaa samantyyppisiä psykososiaalisia interventiota. Toisaalta oireiden eroavaisuus ja yksilöllisyys on myös huomioitava. Esimerkiksi sosiaalisten tilanteiden haasteissa voi olla yhtäläisyyksiä mutta myös omia erityispiirteitä (Mikami ym., 2019). Interventioita on harkittava erityisesti silloin, kun henkilöllä on kumpikin näistä häiriöistä; tutkimusta häiriöiden yhteisvaikutuksista ja interventioiden vaikuttavuudesta tarvitaan lisää (Young ym., 2020).

Kansainvälisissä tutkimuksissa on todettu, että neuropsykiatrisiin häiriöihin saatava tuki, kuten kuntoutus ja muut tukitoimet, vähenevät tai loppuvat kokonaan iän myötä (esimerkiksi Roux ym., 2015). On jopa puhuttu palvelukuilusta, kun nuori siirtyy aikuisille tarkoitettujen palveluiden piiriin. Kansainvälisen toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden luokituksen (ICF) pohjalta on laadittu diagnoosikohtaisia toimintakyvyn kuvauksen kohdentumisen ydinlistoja (engl. *coreset*). Autismikirjon häiriön ja ADHD:n osalta ne korostavat tukimuotojen jatkuvuuden tärkeyttä elinkaaren eri vaiheissa. Siirtymävaiheen osalta on kuitenkin esitetty palveluiden olevan tällä hetkellä hyvin rajallisia suhteessa tarpeisiin (Bölte ym., 2018; Bölte ym., 2019).

Palveluiden rajallisuus on nähtävissä myös Suomessa, jossa erilaiset lääkinnällisen kuntoutuksen terapiat, kuten toiminta- ja puheterapia vähenevät ja loppuvat usein kouluiässä. Vuonna

2022 lääkinnällisen kuntoutuksen terapioita useimmiten saivat diagnoosiryhmässä F84 Laaja-alaiset kehityshäiriöt perusopetuksen alkuvaiheessa olevat henkilöt eli 6–8-vuotiaat (yhteensä 8 193 henkilöä) ja peruskoulun loppuvaiheessa olevat 14–16-vuotiaat henkilöt (yhteensä 1 977 henkilöä) saivat terapioita huomattavasti vähemmän (Kelasto, 2023a). Myös koulun tukitoimet vähenevät perusasteen jälkeen, kun kolmiportaisen tuen malli muuttuu. Esimerkiksi ammatillisessa koulutuksessa oppilas tarvitsee erityisen tuen päätöksen saadakseen tukitoimia eikä yleisen tai tehostetun tuen järjestämiselle ole säädöksiä eikä tämän vuoksi myöskään rahoitusta. Neuropsykiatriset häiriöt ovat kuitenkin pysyviä kuten myös yksilöllinen tarve tukeen. Sekä ADHD että autismin kirjon häiriö diagnoosien saaminen on lisääntynyt aikuisiällä (Duodecim, 2019, 2023). Nämä henkilöt eivät ole välttämättä saaneet minkäänlaista tukea tai kuntoutusta aiemmin. Kokonaisvaltainen ja eri elämänvaiheet huomioiva palveluiden ja kuntoutuspolkujen kehittäminen olisikin tärkeää. Lisäksi olisi tärkeä tietää, minkälaisesta tuesta kohderyhmän nuoret aikuiset hyötyvät siirtymävaiheessa.

1.2 Nuoruudesta aikuisuuteen siirtymävaiheen interventiot

Siirtymävaiheen interventioilla tarkoitetaan kuntoutusta tai tukitoimia, jotka on tarkoitettu tukemaan tätä erityistä elämänvaihetta ja sen myötä tapahtuvia erilaisia siirtymiä. ADHD:n ja autismin kirjon häiriön oireet haastavat toimintakykyä laajasti elämän eri osa-alueilla. Näin ollen myös tuen tarpeet ovat moninaiset ja konsensusta siitä, mitkä interventiot ovat kohderyhmälle suositeltavia, ei ole. Muun muassa laaja-alaista arjen taitojen ja sosiaalisten taitojen kuntoutusta suositellaan autismin kirjolla oleville henkilöille, joilla on pitkäaikainen kuntoutuksen tarve (Castrén ym., 2021) sekä arjen taitoihin keskittyvää kuntoutusta nuorille henkilöille, jotka ovat siirtymävaiheessa nuoruudesta aikuisuuteen (Bal ym., 2015). Chancel kumppaneineen (2022) on esittänyt, että siirtymävaiheen kuntoutuksen tulisi olla asiakasta voimauttavaa ja keskittyä toiminnallisten elämän taitojen (engl. *functional living skills, daily living skills*) vahvistamiseen. Seuraavaksi olemme nostaneet muutamia esimerkkejä erilaisista kohderyhmälle tutkituista siirtymävaiheen interventioista.

Siirtymävaiheen interventioita voidaan jaotella esimerkiksi sen mukaan, kohdentuvatko ne yhteen toimintakyvyn osa-alueeseen, kuten vaikkapa työkyvyn tai opiskelukyvyn edistämiseen tai laajemmin useampaan toimintakyvyn osa-alueeseen samanaikaisesti. Esimerkiksi *Job-Based Social Skills* (JOBBS) -ohjelma on ainoastaan työkykyyn kohdentuva interventio, jossa 15 viikon ajan harjoitellaan ryhmässä sosiaalisia taitoja, joita tarvitaan työhaussa ja työelämässä (Gorenstein ym., 2020). Tutkimustietoa laajasti eri elämänalueita tukevista siirtymävaiheen kuntoutusohjelmista ja interventiosta on vielä vähän, mutta joitain interventioita on kehitetty ja alustavasti tutkittu. Yksi esimerkki on ruotsalainen *TRANSITION*-interventio, joka on suunnattu autismin kirjolla oleville tai ADHD-oireisille 17–24-vuotiaille nuorille ja nuorille aikuisille. Ohjelma sisältää sekä yksilöllistä että ryhmämuotoista kuntoutusta asiakkaan yksilöllisten tavoitteiden pohjalta (Jonsson ym., 2021).

Myös yksittäisten taitojen, kuten toiminnan ohjailun harjoitteluun tarkoitettuja interventioita voidaan hyödyntää siirtymävaiheen kuntoutuksessa. Hieman laajempi näkökulma on toiminnallisiin elämän taitoihin keskittyvissä interventioissa, joissa harjoittelussa on käytetty muun muassa videoavusteista mallittamista (engl. *video modeling*), jossa asiakas harjoittelee

esimerkiksi aamutoimia videon avustamana tai erilaisten kuulon- ja näönvaraisten vihjeiden tukemana (Hong ym., 2017).

Yksilömuotoisten interventtioiden lisäksi kohderyhmälle on kehitetty myös erilaisia ryhmämuotoisia interventioita. Esimerkiksi ryhmämuotoisia sosiaalisten taitojen harjoitteluun ja psykoedukaatioon tarkoitettuja interventioita asiakasryhmälle on tutkittu jonkin verran, mutta interventtioiden monimuotoisuus on haastanut tutkimusta eikä tiedetä tarkasti, mitkä tekijät interventioissa tai kohderyhmässä ovat vaikuttavia. Esimerkiksi Chancel ym. (2022) ovat selvittäneet ryhmämuotoisten interventtioiden vaikuttavuutta autismikirjolla olevilla nuorilla sekä nuorilla aikuisilla. Vahvin näyttö oli sosiaalisten taitojen harjoittelulla (SST) sekä kognitiiviseen käyttäytymisterapiaan (KKT) ja hyväksymis- ja omistautumisterapiaan (HOT) pohjautuvilla interventioilla. Kuitenkin esimerkiksi Gates ym. (2017) ovat esittäneet, että interventioilla on vaikutusta lähinnä tietoon sosiaalisista taidoista (*social knowledge*), mutta ei sosiaaliseen käyttäytymiseen (*social behaviour*) esimerkiksi koulussa tai muissa tosielämän ympäristöissä. Siirtovaikutuksen eli harjoiteltujen asioiden arkeen siirtymisen huomioiminen onkin yksi tärkeä huomioitava asia kohderyhmän kuntoutuksessa ja kuntoutusmuotoja kehittäessä. Ryhmämuotoista kuntoutusta on myös perusteltu usein resurssien näkökulmasta; niillä on voitu lyhentää jonoja ja nopeuttaa kuntoutuksen pääsyä (Chancel ym., 2022). Myös laajemmin yksilön sijaan koko perheelle suunnattuja interventioita on tutkittu. Yksi esimerkki on *Transitioning Together* -ohjelma, joka kestää 8 viikkoa ja on suunnattu vähentämään perheen kuormitusta sekä tukemaan nuoren sosiaalista toimintaa siirtymävaiheessa (DaWalt ym., 2018).

1.3 Kelan Oma väylä -kuntoutus

Kelan Oma väylä -kuntoutus on harkinnanvaraista kuntoutusta, jota Kela järjestää ja korvaa eduskunnan vuosittain myöntämän rahamäärän puitteissa. Kela hankkii kurssit kuntoutuksen palveluntuottajilta, jotka toteuttavat Oma väylä kuntoutuksen palvelukuvauksen mukaisesti (Kela, 2022). Palvelukuvaukset sisältävät määrittelyjä muun muassa kuntoutusta toteuttavista ammattilaisista, kuntoutuksen tuntimääristä, etä- tai kasvokkaisesta toteutuksesta ja yhteydenotoista asiakkaaseen. Sisältöjen kuvaus painottuu asiakkaiden yksilöllisten tarpeiden mukaiseen toteutukseen.

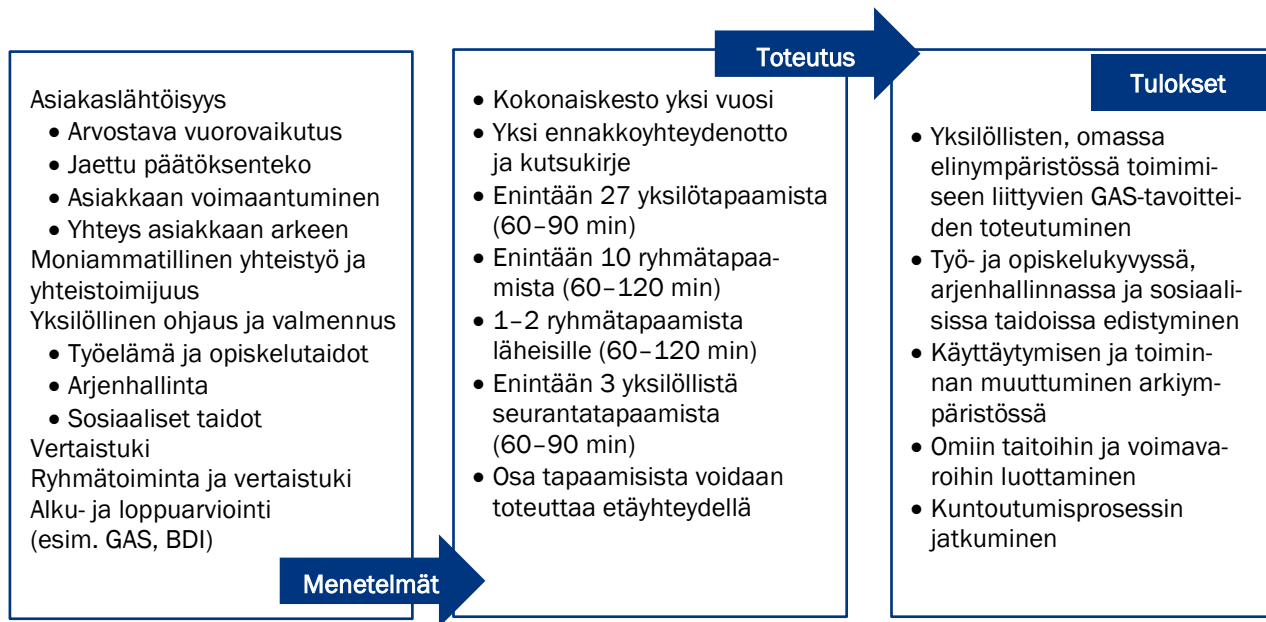
Nykymuotoinen neuropsykiatrinen Oma väylä -kuntoutus perustuu Kelan koordinoimaan kehittämishankkeeseen (Alanko & Lämsä, 2018) ja siihen liittyvään arviointitutkimukseen (Appelqvist-Schmidlechner ym., 2018). Se on moniammatillista kuntoutusta, johon sisältyy erityyppisiä tapaamisia. Oma väylä -kuntoutuksen asiakkaat ovat iältään 16–29-vuotiaita nuoria henkilöitä, joilla on diagnosoitu aktiivisuuden ja tarkkaavaisuuden häiriö, autismikirjonhäiriö ilman kognitiivisen kehityksen häiriötä (ent. Aspergerin oireyhtymä) tai molemmat. Lisäksi asiakkailla on tuen tarvetta liittyen arjenhallintaan, työ- ja opiskelukykyyn sekä sosiaalisiin taitoihin (ks. Kela, 2022.)

Oma väylä -kuntoutus koostuu erilaisista tapaamisista (ks. kuvio 1, s. 10). Vuoden (12 kk) aikana toteutettava kuntoutus sisältää ryhmä- ja yksilötapaamisia lähi- ja etäkontaktein sekä nuoren verkoston kanssa työskentelyä. Kuntoutuksessa vahvistetaan yksilöllisten tarpeiden mukaisesti opiskelu- ja työelämävalmiuksia, arjen hallintaa, sosiaalisia taitoja ja itsetuntoa.

Varsinaisen kuntoutusjakson lisäksi siihen sisältyy seuranta kuntoutuksen päättyessä. Nuorten läheisillä on osallistumismahdollisuus kuntoutukseen. (Ks. Kela, 2022.) Kuntoutuksen moniammatilliseen tiimiin kuuluu kolme ammattihenkilöä – psykologi tai neuropsykologi ja kaksi ammattihenkilöä, jotka muodostavat työparin (toimintaterapeutti AMK, sairaanhoitaja AMK, sosiaalityöntekijä/sosionomi AMK, kuntoutuksen ohjaaja AMK) – sekä valinnaisena ammattihenkilönä työelämän asiantuntija tai erityisopettaja (ks. Kela, 2022).

Kuvio 1. Kelan Oma väylä -kuntoutus.

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



Moniammatillinen tiimi: (Neuro)psykologi – Työpari: toimintaterapeutti, sairaanhoitaja, sosiaalityöntekijä/sosionomi tai kuntoutuksen ohjaaja – yksi valinnainen: erityisopettaja tai työelämän asiantuntija

Lähde: Karhula ym., 2022.

Oma väylä -kuntoutus on yksi esimerkki siirtymävaiheen interventiosta, jossa yhdistyy useita edellä kuvattuja erilaisten interventioiden elementtejä, kuten yksilö- ja ryhmämuotoisuutta sekä läheisten osallistumista kuntoutukseen. Edellä esitetyistä interventioista *TRANSITION*-interventio (Jonsson ym., 2021) on lähimpänä Oma väylä -kuntoutusta. Oma väylä kohdentuu asiakkaan tarpeen mukaan laajasti eri elämäalueille, mutta voi asiakkaan tarpeen mukaan olla myös suppeammin esimerkiksi toiminnallisten elämäntaitojen harjoittelua.

2 Tutkimuksen toteuttaminen

Kelan järjestämien kuntoutuspalveluiden toteuttajat on perinteisesti valittu tarjouskilpailulla. Kilpailutuksen rinnalle Kela kehitti uudenlaista tapaa järjestää kuntoutuspalveluita

rekisteröitymismenettelyn kokeilussa (REKKU-kokeilu) vuosina 2019–2023. Menettelyn tavoite oli keventää ja joustavoittaa palvelujen hankintaa sekä Kelan että palveluntuottajien kannalta. Kokeilussa Kela määrittä palvelua koskevien ehtojen lisäksi kiinteän hinnan. Tällöin kaikki palveluntuottajat, jotka täyttivät ehdot ja hyväksyivät hinnan, voivat rekisteröityä kyseisen palvelun palveluntuottajaksi. Palveluntuottajaksi rekisteröitymiselle ei oltu määritelty tiettyä ajankohtaa, kuten kilpailutuksessa. Lisäksi Kelan ja palveluntuottajan välisen sopimuksen luonne oli toistaiseksi voimassa oleva. Ajatus on ollut antaa varmuutta henkilöstön työn ja asiakassuhteiden jatkuvuudelle. REKKU-kokeiluun osallistui kaksi erityyppistä harkinnanvaraisen kuntoutuksen palvelua: Aikuisten sydämkuntoutus on vakiintunutta ryhmämuotoista kuntoutusta. Oma väylä -kuntoutus on uusi palvelu nuorille, joilla on autismikirjon häiriö. (Ks. Kela, 2023.)

Rekisteröitymismenettelyn kokeilun kehitystyötä tuettiin tutkimuksella (REKKU-tutkimus) osana Muutos II -hanketta. Hankkeessa on paneuduttu tutkimaan Kelan kuntoutuksen järjestämisestä koskevia uudistuksia, kuten rekisteröitymismenettelyä, tuotteistamista sekä kuntoutuksen ohjaamisen ja hakemisen uusia muotoja sekä kuntoutuksen hintaan ja markkinoihin liittyviin kysymyksiin. Tutkimuksen toteutti Kaakkois-Suomen ammattikorkeakoulu (XAMK) yhdessä Kelan tutkimusyksikön kanssa. Lisäksi REKKU-tutkimukseen sisältyi Kelan tutkimusyksikön toteuttama Hinnat ja markkinat -osatutkimus. Muutos-hankkeiden organisaatioon mukaisesti kaikilla osatutkimuksilla on ollut niin kutsuttu tutkimuksen projektiryhmä, jossa reflektoitii tutkimuksen toteuttamista sekä raportoitii alustavia tuloksia tilaajalle¹ (ks. myös Ukkola & Seppänen-Järvelä, 2020).

Tässä julkaisussa raportoidaan REKKU-tutkimuksen yhden osa-alueen eli Oma väylä -kuntoutuksen toteutumista koskevan tutkimuksen tuloksia².

2.1 Tutkimuksen tavoitteet ja tutkimuskysymykset

Tutkimuksen tavoitteena on tarkastella Oma väylä -kuntoutuksen palvelukuvauksen mukaisen kuntoutuksen kokonaisuutta, sen toimeenpanoa ja toimivuutta. Kohteena ovat Oma väylä -kuntoutuksen toteuttamiseen ja toimivuuteen liittyvät tekijät ja vaiheet yhdistäen kuntoutukseen osallistuvien henkilöiden eli asiakkaiden sekä kuntoutusta toteuttavien ammattilaisten eli palveluntuottajien näkökulmat aineistoina kyselyt ja haastattelut.

Tutkimus tuottaa tietoa Oma väylä -kuntoutukseen ohjautumisesta, hakemisesta ja kuntoutuksen aloitusvaiheesta. Siinä kuvataan moniammatillisen tiimin työskentelyä sekä kuntoutuksen keskeisiä toteutusmuotoja sisältäen yksilötapaamiset kasvokkain ja etätapaamisina, ryhmätapaamiset, läheisten tapaamiset sekä verkostotyön. Lisäksi tarkastellaan kuntoutuksen toteutumista ja sisältöjä sekä kuntoutuksen koettuja hyötyjä ja kuntoutuksen jälkeisten seurantatapaamisten antia.

1 Kiitämme tutkimuksen projektiryhmän jäseniä Kelan suunnittelija Elina Kulmasta ja Ville Rättyä aktiivisesta yhteistyöstä. Elina Kulmanen on vastannut Kelassa rekisteröitymismenettelystä kokeilun projektipäällikkö Juhani Rinteen jäätyä eläkkeelle vuonna 2022.

2 Tutkimuskokonaisuuden eri osioista on erillisjulkaisut osana Kelan tutkimusjulkaisuja sekä artikkeleita tieteellisissä lehdissä.

Julkaisussa vastataan seuraaviin asiakkaiden ja palveluntuottajien näkemyksiin perustuviin tutkimuskysymyksiin:

Kuntoutukseen ohjautuminen, hakeutuminen ja kuntoutuksen aloitusvaihe

- Miten Oma väylä -kuntoutukseen ohjaudutaan ja miten hakeutuminen toteutuu?
- Miten kuntoutuksen aloittamisvaihe toteutuu kuntoutuspäätöksen saamisen jälkeen?

Kuntoutuksen toteutuminen

- Miten palvelukuvauksessa määritelty moniammatillinen tiimi toteuttaa kuntoutusta?
- Miten kuntoutukseen sisältyvät eri toteutusmuodot toimivat käytännössä?
- Miten kuntoutusjaksojen muodostaman kuntoutusprosessin vaiheet (arviointi, tavoitteiden asettaminen, kuntoutuksen sisällöt ja sisältöjä ohjaavat periaatteet, kuntoutuksen siirtyminen arkeen) toteutuvat?

Kuntoutuskokonaisuuden arviointi

- Miten kuntoutuksen hyödyt ja kuntoutuksen kokonaisuus koetaan?
- Miten kuntoutuksen jälkeiset seurantatapaamiset toteutuivat?

2.2 Aineistot ja niiden analyysi

Aineistot, joihin tässä raportoivat tulokset perustuvat, koostuivat kuntoutukseen osallistuville henkilöille eli asiakkaille suunnatuista kyselyistä kuntoutusprosessin eri vaiheissa ja yksilöhaastatteluista sekä kuntoutusta toteuttaville ammattilaisille eli palveluntuottajille suunnatuista kyselyistä ja ryhmähaastatteluista.

Aineistot kerättiin ajalla 4/2021–9/2023. Esittelemme seuraavassa ensin asiakkaiden ja palveluntuottajien kyselyaineistojen keruun ja niiden analyysin sekä palveluntuottajien ja asiakkaiden haastattelujen toteuttamisen ja analyysin. Tämän jälkeen kuvaamme, miten eri aineistot yhdistettiin.

2.2.1 Asiakkaille ja palveluntuottajille suunnatut kyselyt ja niiden analyysi

Asiakkaille kohdennettiin kyselyt kuntoutuksen alkuvaiheessa (alkukysely) sekä kuntoutuksen loppuvaiheessa ennen seurantatapaamisia (loppukysely), tässä raportoidut kysymykset on esitetty liitteessä 1. Alkukyselyyn ohjattiin vastaamaan kaikkia Oma väylä -kuntoutukseen osallistuneita, joiden kuntoutus alkoi kyselyn ajankohtana eli huhtikuun 2021 ja joulukuun 2022 välillä. Vastaavasti loppukyselyyn ohjattiin vastaamaan kaikki kuntoutukseen osallistuneet, joiden kuntoutus päättyi helmikuun 2023 loppuun mennessä. Ensimmäiset vastaukset loppukyselyyn kertyivät maaliskuussa 2022.

Palveluntuottajat ohjattiin opastamaan asiakkaita vastaamaan alkukyselyyn 3–5 tapaamiskerralla. Vastaavasti loppukyselyyn ohjattiin vastaamaan viimeisten tapaamiskertojen aikana, kun

asiakkaille oli kertynyt kokonaisnäkemys kuntoutusprosessista. Palveluntuottajat jakoivat asiakkaille tutkijoiden laatiman tutkimustiedotteen, joka sisälsi myös linkin tietosuojaselosteen. Tutkijat olivat laatineet palveluntuottajien tiedottamistyön tueksi myös diaesitykset alkukyselystä ja loppukyselystä. Ne sisälsivät kuvauksen tutkimuksen tarkoituksesta, kyselyn sisällöstä ja vastaamisesta, aineiston käsittelystä ja analysoinnista sekä tutkijoiden yhteystiedot. Oma väylä -kuntoutukseen osallistuvien 16–17-vuotiaiden nuorten huoltajia informoitiin tutkimuksesta omalla tiedotteella, jonka palveluntuottajat toimittivat heille.

Kyselyyn vastattiin nimettömänä ja siihen vastaaminen oli asiakkaalle vapaaehtoista. Asiakas ilmaisi suostumuksensa tutkimukseen osallistumisesta kyselyyn vastaamisen aloittaessaan.

Asiakkaille suunnatut kyselyt koostuivat pääasiassa strukturoiduista kysymyksistä. Tässä raportissa kuvataan alkukyselyn perusteella asiakkaiden näkemyksiä ja arviota kuntoutukseen hakeutumisesta ja sen aloittamisesta. Loppukyselyn perusteella raportoidaan asiakkaiden näkemyksiä ja arvioita moniammatillisesta tiimistä kuntoutuksen toteuttajana, kuntoutuksen eri toteutusmuotojen (yksilötapaamiset, ryhmätapaamiset, läheisten tapaamiset, verkostotyö sekä etätapaamiset) toimivuudesta sekä kuntoutusprosessista (mm. kuntoutuksen sisältävät arviot ja mittarit, tavoitteet, sisällöt sekä kuntoutumista edistävät ja estävät tekijät).

Asiakkaiden alkukyselyyn kertyi vastaukset 1 223 nuorelta. Oma väylä -kuntoutusta oli saanut 897 asiakasta vuonna 2021 ja 3 076 nuorta vuonna 2022 (Kelasto, 2023a). Näiden lukujen perusteella viitteellinen vastausprosentti on 31 prosenttia. Asiakkaiden loppukyselyyn kertyi 425 vastausta. Myönteisen kuntoutuspäätöksen oli vuonna 2021 saanut 1 444 henkilöä (Kelasto, 2023b). Todennäköisesti heistä, jotka päätyivät aloittamaan kuntoutuksen, suurimmalla osalla kuntoutus päättyi ennen loppukyselyn sulkeutumista helmikuun 2023 loppuun mennessä. Viitteellinen vastausprosentti on 29.

Palveluntuottajat pyydettiin vastaamaan heille suunnattuun kyselyyn kuntoutusta toteuttavana moniammatillisena tiiminä niin, että kultakin palveluntuottajalta, tai toimipisteeltä, mikäli palveluntuottajalla oli toimipisteitä usealla paikkakunnalla, odotettiin yhtä vastausta. Vastaaminen toteutui tammi-helmikuussa 2023. Yhteensä 73 kuntoutusta toteuttavalta tiimiltä saatiin vastaukset. Vastausprosentti on 83.

Palveluntuottajien kyselyssä oli sekä strukturoituja kysymyksiä että avoimia kysymyksiä. Kyselyn teemat olivat samoja kuin asiakkaiden loppukyselyn teemat, tässä raportoidut kysymykset on esitetty liitteessä 1.

Määrällisten kyselyaineistojen analyysit tehtiin SPSS-tilasto-ohjelmalla (IBM SPSS Statistic 28). Puuttuvan tiedon korjauksia ei tehty. Tämän vuoksi raportoidut n-määrät voivat hiukan vaihdella kysymyskohtaisesti. Tulokset raportoidaan suorina jakaumina ja suhteellisina osuuksina.

Kyselyn avovastauksista muodostunut laadullinen aineisto analysoitiin kysymyksittäin aineistolähtöisesti. Ensin eriteltiin koodaamalla merkitykselliset sisällöt ja sen jälkeen ne ryhmiteltiin luokkiin. (Tuomi & Sarajärvi, 2018.)

2.2.2 Asiakkaiden haastattelut ja haastatteluaineistojen analyysi

Aineistoon sisältyi niiden palveluntuottajien asiakkaiden yksilöhaastattelut, joiden tiimejä haastateltiin. Palveluntuottajia pyydettiin tiedottamaan haastattelusta asiakkaita, joiden kuntoutus oli edennyt mahdollisimman pitkälle loppuvaiheeseen, kuitenkin vähintään yli puolen välin prosessia. Rekrytointi haastatteluun toteutettiin samalla tavoin kuin kyselyyn vastaamiseen rekrytointi eli tutkijat ohjasivat palveluntuottajia tiedottamaan asiakkaita mahdollisuudesta osallistua haastatteluun. Haastattelut toteutuivat palveluntuottajien tiloissa palveluntuottajien yhdessä asiakkaiden kanssa aikatauluttamina aikoina. Ennen haastattelun toteuttamista tutkija vielä tiedotti asiakasta tutkimuksesta ja varmisti suullisesti, että asiakas on ymmärtänyt tutkimuksen tarkoituksen sekä tiedonkeruun prosessin. Tämän jälkeen asiakas allekirjoitti tietoisien suostumuksen lomakkeen. Tässä yhteydessä asiakas saattoi myös ilmaista kiinnostuksensa osallistua puhelimitse tapahtuvaan seuranta-haastatteluun.

Haastattelut tehtiin marraskuussa vuonna 2022 ja haastattelijana toimi tutkijaryhmän jäsenistä Hennariikka Heinijoki tai Maarit Karhula. Haastateltavat orientoitiin haastatteluun näin:

”Tässä haastattelussa keskustelemme sinun näkemyksistäsi ja kokemuksistasi Oma väylä -kuntoutuksesta. Aikaa keskusteluun on varattu [kellonaika] asti. Saat kertoa omin sanoin mikä sinua on auttanut kuntoutuksessa ja minkä olet kokenut tärkeäksi. Voit kertoa esimerkiksi eri työntekijöiden kanssa toimimisesta, erilaisista tapaamisista esim. ryhmätapaamisista, yksilöllisistä tapaamisista tai jos kuntoutuksessasi on ollut etätapaamisia. Kysymyksiin ei ole oikeita tai vääriä vastauksia ja ne ovat tärkeitä, jotta Kelan kuntoutusta voidaan kehittää.”

Tämän jälkeen haastateltavaa pyydettiin kertomaan, kuinka kauan kuntoutus oli kestänyt ja miten se oli alkanut. Tämä toimi keskustelua avaavana ja kontekstualisoivana kysymyksenä. Seuraavaksi siirryttiin haastattelun tärkeimpään teemaan eli minkä asiakas oli kokenut auttavan kuntoutuksessa ja minkä asiakas oli kokenut tärkeäksi tai hyödylliseksi. Avainkysymyksen jälkeen keskusteltiin tarkemmin teemoista, joita asiakkaat toivat esille ja pyrittiin olemaan johdattelematta tiettyihin teemoihin. Apukysymykset pyrittiin pitämään mahdollisimman avoimin. Haastatteluissa käytettiin muun muassa seuraavanlaisia kysymyksiä:

- Kerro, mitä olette tehneet tapaamisissa?
- Millaiset tekijät ovat mielestänne auttaneet kuntoutuksessa?
- Mistä on ollut eniten hyötyä kohdallasi?
- Onko jotain mistä ei ole ollut hyötyä tai mitä olisit tehnyt toisella tavalla?
- Mitä olisit toivonut lisää/enemmän?
- Jos saisitte täysin toiveidenne ja tarpeidenne mukaista kuntoutusta niin millaista se olisi/mitä siinä tapahtuisi/ mitä siinä tehtäisiin?
- Mitä muuta tärkeää haluaisit kertoa kuntoutuksestasi?
- Mitä muuta haluaisitte kertoa kuntoutuksestanne?

Haastattelut tallennettiin digitaalisesti ja ne kirjoitettiin tekstiksi eksaktina litterointina Tutkimustie Oy:n toimesta. Aineistolähtöisessä sisällönanalyysissä koodattiin raportoitavia

tutkimusteemoja kuvaavat sisällöt ja aineistositaatteja käytettiin rikastamaan muiden aineistojen tuottamia tuloksia. Analyysissä hyödynnettiin laadullisen aineiston Atlas.ti-analyysiohjelmaa.

2.2.3 Seurantahaastattelut asiakkaille

Seurantahaastattelut (n = 14) tehtiin kuntoutuksen seurantatapaamisten jälkeen. Nämä olivat yksilökohtaisia puhelinhaastatteluja, jotka toteutti samat tutkijat kuin aiemmin toteutetut asiakkaiden haastattelut. Seurantahaastattelut toteutettiin strukturoituna haastatteluna niin, että haastattelija kysyi sähköiseltä Webropol-kyselylomakkeelta kysymykset ja täytti vastaukset lomakkeeseen haastattelun aikana varmistaen haastateltavalta kirjaukset. Strukturoiduissa kysymyksissä kysyttiin muun muassa seurantatapaamisten määriä, toteutumisajankohtia, oikea-aikaisuutta, riittävyttä ja toteutumismuotoja. Avoimina kysymyksinä oli vastaajien arviot tapaamisten hyödyistä sekä näkemykset siitä, millainen kuntoutuksen seuranta koetaan hyödylliseksi.

2.2.4 Palveluntuottajien haastattelut ja niiden analyysi

Viiden kuntoutuksen palveluntuottajan, jotka maantieteellisesti toimivat eri terveydenhuollon erityisvastuualueella (Helsingin yliopistollisen sairaalan, Tampereen yliopistollisen sairaalan, Turun yliopistollisen sairaalan, Kuopion yliopistollisen sairaalan ja Oulun yliopistollisen sairaalan vastuualueet) tiimejä haastateltiin ryhminä. Haastateltaviksi pyydettiin keskenään erilaisia palveluntuottajia niin, että joukossa oli työntekijä- ja toimipistemääriltään eri kokoisia organisaatioita sekä myös ammattilaisprofileiltaan erilaisia palveluntuottajia.

Vinjetahaastattelun avulla kerättiin tietoa kuntoutuksen tärkeimmistä elementeistä. Vinjetillä tarkoitetaan lyhyttä kuvitteellista tapauskuvausta kuntoutuksen asiakkaasta (Quigley ym., 2020). Ammattilaisten ryhmähaastattelussa käytettiin kolmea erilaista vinjettiä keskustelun käynnistäjänä (liite 2). Vinjetit laadittiin tutkimusryhmässä perustuen ammatilliseen kokemukseen asiakasryhmän parissa, Kelan palvelukuvaukseen sekä tositarinoihin, joita oli julkaistu eri medioissa.

Haastattelun alussa varmistettiin, että haastateltavat ymmärtävät haastattelun tarkoituksen ja kerrattiin aiemmin jaetussa tutkimustiedotteessa kuvatut asiat erityisesti osallistumisen vapaaehtoisuus ja haastattelussa esille tulevien tietojen käsittely luottamuksellisesti ja anonyymisti. Heille kerrottiin, että osallistumalla haastatteluun he ilmaisevat suostumuksensa tutkimukseen osallistumisesta ja haastattelun käytöstä aineistona. Tämä myös kerrottiin nauhoitteen alussa. Keskusteluun johdateltiin seuraavalla tavalla:

”Tässä ryhmässä keskustelemme teidän näkemyksistänne ja kokemuksistanne Kelan rekisteröitymismenettelyn kautta toteutetuista Oma väylä -kuntoutuksesta. Olemme erityisesti kiinnostuneita siitä, mikä on tärkeää Oma Väylä -kuntoutuksen toteuttamisessa niin että asiakas saa siitä parhaan hyödyn itselleen. Käytämme haastatteluissa apuna vinjettejä, joissa on kuvattu kuvitteellisia kuntoutuksen asiakkaita, ja joiden avulla pääsette keskustelemaan Oma Väylä -kuntoutuksesta. Vinjettejä on yhteensä

kolme kappaletta, joten käytetään aika niin, että ehdimme keskustella kaikista vinjetistä. Aikaa keskusteluun on varattu [kellonaika] asti. Keskustelumme on luottamuksellista. Näkemyksenne ja kokemuksenne käsitellään nimettöminä.

Aloitamme keskustelun niin, että jokainen voi kertoa ensin vuorotellen ammattinsa ja tehtävänsä tässä kuntoutusmuodossa sekä yleisvaikutelman Oma väylä -kuntoutuksesta. Sen jälkeen etenemme keskustelemaan tarkemmin näkemyksistänne ja kokemuksistänne vinjettien avulla.”

Ensimmäisen vinjetin lukemisen jälkeen ammattilaisia pyydettiin keskustelemaan kuntoutuksen toteuttamisesta. Keskustelun aikana käytettiin keskustelutilanteeseen sopivia seuraavalaisia apukysymyksiä:

- Millaiset tekijät ovat mielestänne tärkeimpiä kuntoutuksessa ajatellen tämän henkilön kuntoutusta?
- Kuvaile mitä tekisitte tapaamisissa tämän henkilön kohdalla?
- Jos saisitte toteuttaa tämän henkilön kuntoutuksen toiveidenne mukaisesti niin mitä siinä tapahtuisi/ miten toimisitte?
- Mitä muuta tärkeää voisi liittyä erityisesti tämän henkilön kuntoutukseen?
- Mitä muuta haluaisitte kertoa?

Kahden muun vinjetin osalta toimittiin samoin.

Ryhmähaastatteluaineisto on analysoitu tässä raportissa aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä kohdentuen erityisesti kuntoutuksen tärkeimpiin elementteihin (Tuomi & Sarajarvi, 2018). Lisäksi koodattiin muita raportoitavia tutkimusteemoja kuvaavat sisällöt. Aineistositaatteja käytettiin rikastamaan muiden aineistojen tuottamia tuloksia.

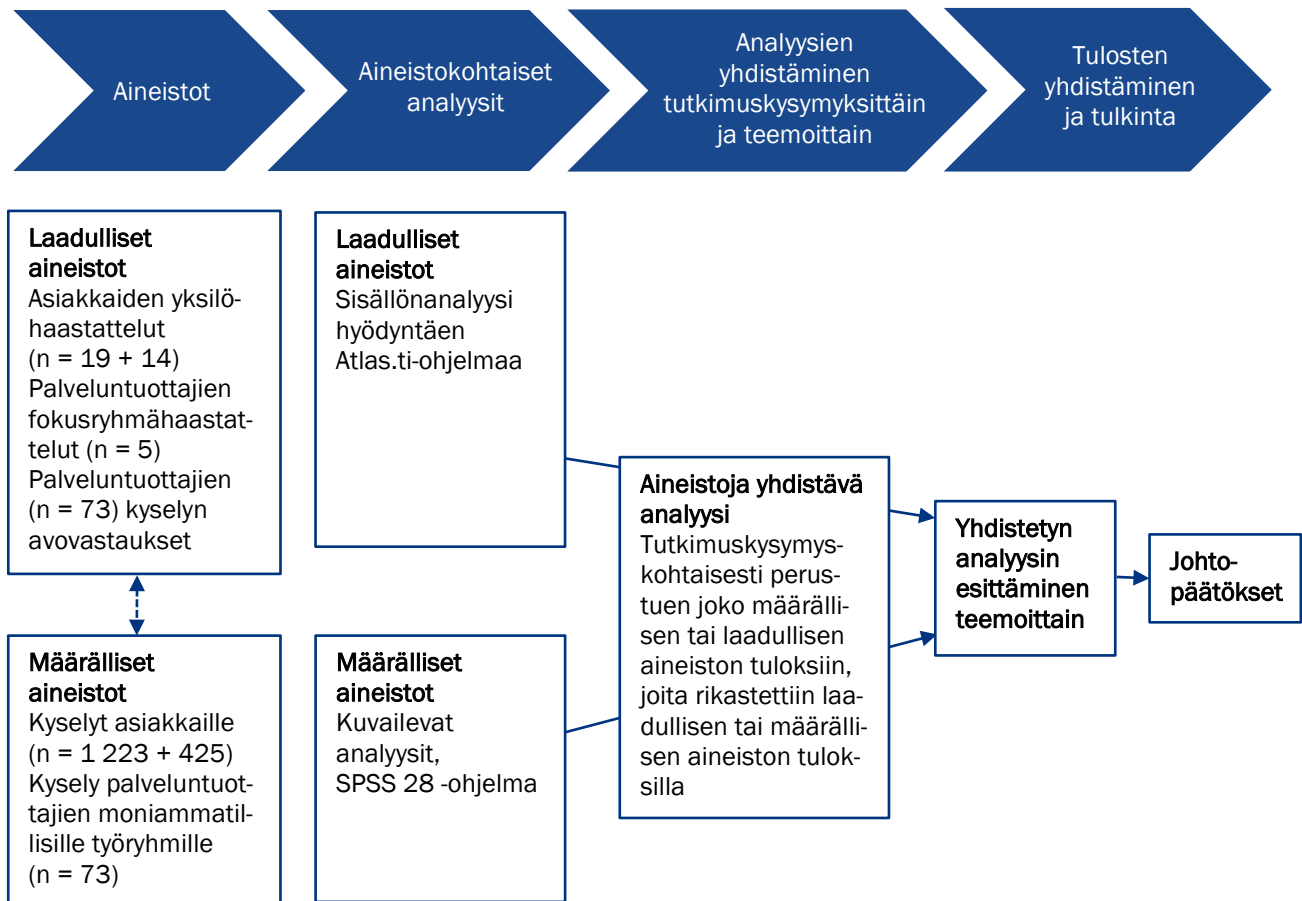
2.3 Aineistot ja niiden yhdistäminen

Moninäkökulmaisen ja monimenetelmällisen aineiston analyysissä sovellettiin ns. *concurrent triangulation design* -asetelmaa (Cresswell & Plano Clark, 2018). Kyselylomakkeet ja alustavat haastattelujen teemarungot laadittiin jo tutkimuksen suunnitteluvaiheessa. Eri aineistot olivat kuitenkin vuorovaikutuksessa toisiinsa aineistonkeruuvaiheessa niin, että asiakkaiden alkukyselystä saatuja tuloksia hyödynnettiin laadittaessa lopullista asiakkaiden haastattelun runkoa ja haastatteluista saatua tietoa hyödynnettiin viimeisteltäessä asiakkaiden loppukyselyä. Myös palveluntuottajien kyselyssä hyödynnettiin palveluntuottajien haastattelujen tuottamaa tietoa sekä asiakkailta kerättyjen aineistojen alustavia tuloksia. (Kuvio 2, s. 17.)

Laadulliset ja määrälliset aineistot analysoitiin ensin erikseen edellä kuvatuilla menetelmillä. Tutkimuskysymyskohtaisesti sekä ilmiöön liittyvien selvitetävien teemojen osalta on eroja eri aineistojen yhdistämismenetelmissä. Lähtökohtaisesti toimittiin niin, että ensin eri määrälliset aineistot (asiakkaiden ja palveluntuottajien kyselyjen tulokset) yhdistettiin ja eri laadulliset aineistot (asiakkaiden ja palveluntuottajien haastattelut sekä palveluntuottajien kyselyyn tuottamat avoimet vastaukset) yhdistettiin. Tämän jälkeen tarkasteltiin teemakohtaisesti eri

aineistojen tuottamaa tietoa kokonaisuutena ja esitettiin tulokset moninäkökulmaisen ja -menetelmällisen aineiston tuottamana kokonaisuutena.

Kuvio 2. Monimenetelmällinen aineiston analyysi.



3 Tutkimuseettiset kysymykset

Tutkimuksen jokainen vaihe toteutettiin huolellisesti ja tutkimuksessa käytettiin tutkimustehävään soveltuvia aineistonkeruu- ja analyysimenetelmiä (TENK, 2023).

Keskeisimmät tutkimuseettiset ja tietosuojanäkökohdat liittyivät haastatteluissa kerättävien tietojen luottamuksellisuuden säilyttämiseen ja tietosuojan varmistamiseen. Henkilöiltä kerättävät tiedot koskivat heidän kokemuksiaan ja näkemyksiään kuntoutuksen toimivuudesta, sisällöistä ja toteutuksesta. Tutkimukseen osallistujilta kerättiin vain sellaisia tietoja, jotka olivat olennaisia tutkimuksen toteuttamisen kannalta.

Tutkimus ei kuulunut lääketieteen tutkimuslain piiriin, sillä siinä ei kerätty tai käsitelty arkaluonteista tai terveyteen liittyvää tietoa. Kelan tutkimuseettinen toimikunta antoi tutkimuksesta myönteisen lausunnon (Dnro 10/500/2020). Kyselyissä ei kysytty asiakkaan henkilöllisyyttä mutta tutkimuksen tietoon tulevat vastaajan ikä, sukupuoli, työelämästatus,

kuntoutusmuoto, kuntoutuksen palveluntuottaja sekä kuntoutukseen hakeutumisen kannalta keskeinen diagnoositieto. Tutkimuksen aineistot analysoitiin ja raportoidaan ryhmätasolla, eikä yksittäisiä henkilöitä voida tällöin tunnistaa.

Tutkimuksen henkilötietojen käsittelyssä noudatettiin tutkimuksen alussa laadittujen tieteellisen tutkimuksen tietosuojaselosteen ja tietosuojailmoituksen mukaisia toimia. Kaikkia henkilöitä, joilta kerättiin tutkimusaineistoja kyselyjen avulla tai haastatteleamalla, tiedotettiin kirjallisesti tutkimuksesta sekä siitä, mihin tarkoitukseen tietoja kerätään, miten niitä käytetään, keillä on oikeus käyttää aineistoja, miten aineisto säilytetään ja miten ja milloin se tuhoetaan. Lisäksi informoitiin mahdollisuudesta vetäytyä tutkimuksesta. Oma väylä -kuntoutuksen asiakkaat ovat haavoittuvassa asemassa olevia nuoria, osa 16–17-vuotiaita. Alle 18-vuotiaiden nuorten huoltajia informoitiin tutkimuksesta omalla tiedotteella, jotka he saivat kuntoutuksen palveluntuottajan kautta. Haastattelutilanteissa kiinnitettiin erityistä huomiota kyseisen ryhmän erityispiirteisiin. Lähtökohtaisesti asiakkaat eivät ole vajaakykyisiä. Kyselyyn vastaaminen katsottiin suostumuksen osoitukseksi tutkimukseen osallistumisesta. Haastatteluun osallistuvilta asiakkailta pyydettiin kirjalliset suostumukset tutkimukseen osallistumisesta. Palveluntuottajilta pyydettiin suullisesti suostumus haastatteluun osallistumisesta ja se nauhoitettiin.

Kyselyjen ja haastatteluiden kautta syntyviä henkilö- ja rekisteritietoja (suostumuslomakkeet sisältäen nimi ja puhelinnumero) käsiteltiin luottamuksellisesti noudattaen hyviä tieteellisen käytännön mukaisia tutkimuseettisiä ohjeita. Näiden mukaisesti tutkimuksen tuloksista ei voida tunnistaa yksittäistä henkilöä. Kaikki kerättävät henkilötiedot käsiteltiin luottamuksellisesti kansallisen tietosuojalain (L 1050/2018) ja EU:n tietosuoja-asetuksen (2016/679) edellyttämällä tavalla. Aineiston käyttöön on oikeus vain projektin tutkijoilla. Tästä asiasta informoitiin tutkittavia aineistonkeräyksen yhteydessä.

Aineisto analysoitiin ja arkistoitiin ilman tunnistetietoja. Webropol-ohjelmalla toteutettujen kyselyiden aineistot tallennettiin Excel-tiedostoihin ja edelleen SPSS-ohjelmistoon käsiteltäväksi. Kyselyyn vastattiin nimettömästi ja avovastauksissa esille tulleet tunnistetiedot poistettiin laadullisen aineiston perustamisvaiheessa. Haastattelut äänitallennettiin ja litterointipalvelun tuottavan yrityksen kanssa sovittiin haastatteluissa esille tulleiden henkilötietojen käsittelystä luottamuksellisesti. Kaikki aineistoa käsittelevät tutkijat ja tutkimushenkilökunta allekirjoittivat henkilökohtaisen vaitiolositoumuksen. Tutkimuksen aineistot on analysoitu ja raportoitu ryhmätasolla, eikä yksittäisiä henkilöitä voida tällöin tunnistaa. Ennen aineiston analyysia litteroitu aineisto anonymisoitiin ja karkeistettiin niin, ettei tutkittavaa voida epäsuorasti tunnistaa aineistosta. Tulokset on raportoitu ilman tunnistamisen mahdollistavia tietoja niin, että esimerkiksi on tarkistettu, että käytetyistä aineisto-otteista on poistettu tai yleistetty tiedot, joista tutkittava voitaisiin epäsuorastikin tunnistaa.

4 Tulokset

4.1 Kyselyihin ja haastatteluihin osallistuneet

4.1.1 Kyselyihin vastanneet asiakkaat

Suurimmalla osalla kyselyihin vastanneista asiakkaista oli diagnoosina ADHD, viidenneksellä autismikirjon häiriö ja 15–16 prosentilla kummatkin diagnoosit. Alkukyselyyn vastatessaan he olivat iältään keskimäärin 22-vuotiaita ja loppukyselyyn vastatessa 23-vuotiaita. Kuntoutuksen alkaessa nuoret olivat hyvin monenlaisissa elämäntilanteissa, yleisimmin opiskelijoina (57 %), työttöminä (19 %) tai työssä (10 %). Kuntoutuksen päätösvaiheessa opiskelijoiden määrä oli hieman vähäisempi, kuitenkin niin, että vastaajista edelleen oli opiskelijoita lähes puolet (49 %). Työssä kuntoutuksen päätösvaiheessa vastaajista oli 17 prosenttia ja työttömänä 16 prosenttia. Terveystilan, työ- ja opiskelukyvyn sekä elämänlaadun arvioivat loppukyselyyn vastaajat hieman paremmaksi kuin alkukyselyyn vastaajat. (Taulukko 1.)

Taulukko 1. Asiakkaiden alkukyselyyn vastanneiden (n = 1 223) ja loppukyselyyn vastanneiden (n = 425) taustatiedot.

Taustatiedot	Alkukysely	Loppukysely
Ikä		
Keskiarvo/mediaani (keskihajonta, min-maksimi)	22/21 (4, 16–30)	23/23 (4, 16–30)
Sukupuoli n (%)		
Nainen	598 (49)	197 (46)
Mies	478 (39)	177 (42)
Muu	103 (8)	36 (9)
En halua kertoa	44 (4)	15 (3)
Diagnoosi n (%)		
Autismikirjon häiriö	235 (19)	89 (21)
Aktiivisuuden ja tarkkaavaisuuden häiriö (ADHD)	808 (66)	269 (63)
Autismikirjon häiriö ja Aktiivisuuden ja tarkkaavaisuuden häiriö (ADHD)	180 (15)	67 (16)
Elämäntilanne		
Työssä (koko-aika- tai osa-aikaisesti)	122 (10)	72 (17)
Opiskelee	699 (57)	208 (49)
Työssä ja opiskelee	16 (1)	5 (1)
Työttömänä	235 (19)	68 (16)
Sairauspäivärahalla	46 (4)	16 (4)
Kuntoutustuella	59 (5)	13 (3)
Kuntouttava työtoiminta tai työkokeilu	23 (2)	30 (7)
Opiskelu tauolla tai hakemassa opintoihin	6 (0,5)	
Kotona lasten kanssa	5 (0,5)	

Taustatiedot	Alkukysely	Loppukysely
Muu	12 (1)	13 (3)
Terveydentila		
Keskiarvo/mediaani (keskihajonta, min-maksimi) ^a	6,4/7,0 (1,8, 1,0–10,0)	7,1/7,0 (1,7, 1,0–10,0)
Työkyky		
Keskiarvo/mediaani (keskihajonta, min-maksimi) ^a	5,8/6,0 (2,2, 0,0–10,0) ^b	6,6/ 7,0 (2,2, 0,0–10,0)
Opiskelukyky		
Keskiarvo/mediaani (keskihajonta, min-maksimi) ^a	5,5/6,0 (2,2, 0,0–10,0) ^c	6,4/7,0 (0,0–10,0)
Elämänlaatu		
Keskiarvo/mediaani (keskihajonta, min-maksimi) ^a	6,2/6,0 (2,0, 1,0–10,0)	7,1/7,0 (1,8, 1,0–10,0)

a Jatkumolla: huonoin mahdollinen = 0 ja paras mahdollinen = 10; b vastaajia 1 116; c vastaajia 1 117.

4.1.2 Kyselyihin vastanneet palveluntuottajat

Kyselyyn vastattiin yleisimmin kahden (34 %) tai kolmen (30 %) hengen ryhmänä. Vastauksia annettiin myös neljän hengen ryhmänä (15 %) ja niin, että vain yksi henkilö (15 %) vastasi kyselyyn. Kahdessa vastaajaryhmässä oli kuusi henkilöä, yhdessä vastauksessa viisi henkilöä ja yhdessä seitsemän henkilöä. Vastaajina oli erilaisina kokoonpanoina niitä ammattilaisia, jotka toteuttavat Oma väylä kuntoutusta, useimmin työparin roolissa toimivia sairaanhoitajia, sosionomeja ja toimintaterapeutteja. Yhteensä 24 vastaajaryhmässä oli mukana psykologi ja muutamissa vastaajaryhmissä oli myös työelämäasiantuntijoita sekä erityisopettajia. Moni vastaaja ilmoitti useampia eri koulutuksia tai lisäkoulutuksia, yleisimpänä neuropsykiatrinen valmentaja. Kaikilla vastaajaryhmillä oli kokemusta Oma väylä -kuntoutuksen toteuttamisesta. Palveluntuottajana kyseisen asiakasryhmän parissa suurin osa (77 %) oli toiminut 1–2 vuotta. Yhteensä 8 vastauksessa (11 %) ilmoitettiin, että he olivat toimineet vähintään 10 vuotta asiakasryhmän palveluntuottajana. Heidän ilmoittamansa toimipistekohtaiset Oma väylä -kuntoutuksen asiakasmäärät vaihtelivat niin, että yleisimmin asiakkaita oli ollut 11–30 (43 %), 1–10 (21 %) tai 31–50 (18 %). Lopuilla vastaajaryhmillä oli ollut asiakkaita 51–80 (8 %) ja yli 80 (11 %).

Kyselyyn vastanneet tiimit toimivat hyvin eri kokoisissa organisaatioissa. Kolmannes (34 %) vastauksista edusti organisaatiota, jossa oli 4–10 työntekijää ja vajaa neljännes (23 %) 11–50 työntekijän organisaatiota. Organisaatioita, joissa oli 51–250 työntekijää vastauksista edusti 16 prosenttia ja yli 250 työntekijän organisaatioita edusti 11 prosenttia vastauksista. Pienempiä 1–3 työntekijän yrityksiä edusti 15 prosenttia vastauksista.

4.1.3 Haastatteluihin osallistuneet asiakkaat

Asiakkaiden yksilöhaastatteluihin osallistui 19 Oma väylä -kuntoutukseen osallistunutta nuorta henkilöä. He olivat iältään 17–30-vuotiaita. Haastatelluista 12 nuorta kertoi, että heillä on aktiivisuuden ja tarkkaavaisuuden häiriö ja yhdellä autismlikirjon häiriö. Kuusi henkilöä kertoi, että heillä on molemmat diagnoosit. Haastateltavista 11 kertoi sukupuolekseen nainen ja viisi mies. Yksi henkilö kertoi sukupuolekseen muu ja kaksi ei halunnut kertoa sukupuoltaan.

haastattelussa. Suurin osa haastatelluista opiskeli ($n = 9$), oli työssä ($n = 5$) tai oli työssä ja opiskeli ($n = 3$). Yksi haastatelluista kertoi olevansa työttömänä tai työmarkkinatuella ja yksi opiskeli ja oli sairauslomalla tai sairauspäivärahalla.

Seurantahaastatteluihin osallistui 14 nuorta, iän vaihdellen 18 vuodesta 30 vuoteen. Sukupuolekseen haastateltavista seitsemän ilmoitti nainen, viisi mies, yksi muu ja yksi ei halunnut kertoa. Yhdeksällä oli diagnoosina aktiivisuuden ja tarkkaavaisuuden häiriö ja kahdella autismikirjon häiriö tai Aspergerin oireyhtymä. Kolmella oli nämä molemmat diagnoosit. Opiskelijoita heistä oli yhdeksän, joista kolme ilmoitti käyvänsä myös työssä. Pääasiallisesti työssäkävijöitä oli neljä ja yksi oli sairauslomalla tai sairauspäivärahalla.

4.1.4 Haastatteluihin osallistuneet palveluntuottajat

Haastattelut toteutettiin fokusryhmähaastatteluina, joita toteutui yhteensä viisi kappaletta. Haastatteluihin osallistui yhteensä 26 palveluntuottajaa kaikista eri Oma väylä -kuntoutuksen ammattiryhmistä. Heistä kuusi oli sairaanhoitajia, kuusi sosionomeja, viisi toimintaterapeuteja ja yksi kuntoutusohjaaja, jotka toimivat työparin tai omaohjaajan roolissa. Lisäksi haastatteluihin osallistui viisi psykologia, yksi erityisopettaja ja kaksi kuntoutuksessa työelämän asiantuntijana toimivaa ammattilaista. Haastateltavilla oli lisäksi myös muita sosiaali- ja terveysalan ammattipätevyyksiä sekä lisäkoulutuksia. Neuropsykiatrisen valmentajan koulutus oli lisäkoulutuksena ainakin viidellä haastateltavalla. Haastateltavien työkokemus asiakasryhmän parissa vaihteli muutamasta kuukaudesta yli 20 vuoteen painottuen pitkään kokemukseen. Haastatteluihin osallistuneiden ammattilaisten määrä ja jakauma noudattelee samaa kuin kuntoutusta toteuttaneiden ammattilaisten (ks. luku 4.5.1 Yksilötapaamiset).

4.2 Kuntoutukseen hakeutuminen ja ohjautuminen

Kuntoutukseen ohjautumiseen ja hakeutumiseen liittyviä väittämiä arvioitiin asiakkaiden alkukyselyssä 5-portaisella asteikolla, jossa 1 = täysin eri mieltä ja 5 = täysin samaa mieltä. Tässä raportissa muista numeraalisista arvioista käytetään sanallisia määreitä 2 = jokseenkin eri mieltä, 3 = ei samaa, eikä eri mieltä ja 4 = jokseenkin samaa mieltä. Nuorista suurin osa arvioi saaneensa tietoa riittävästi kuntoutukseen hakeutuessaan. Täysin eri mieltä tiedon saannin riittävydestä oli 17 nuorta (1 %) ja jokseenkin eri mieltä 79 nuorta (7 %). Tietoa kuntoutuksesta saatiin monelta eri taholta. Yleisimmät tiedonsaantikanavat olivat terveyskeskuksen tai sairaalan hoitava lääkäri (27 %), Kelan internet-sivut (14 %), perheenjäseneltä (14 %), opiskelijaterveydenhuollosta (11 %), Oma väylä -kuntoutuksen toteuttajalta (11 %) ja omalta terapeutilta (10 %). Tietoa saatiin myös terveyskeskuksen tai sairaalan kuntoutusryhmältä (6 %), sosiaalisen median kautta (5 %) sekä opiskelupaikasta (5 %), yksityislääkäriltä (5 %) ja Kelan asiantuntijalta (4 %). Lisäksi tietoa saatiin näitä harvemmin muun muassa tuttavilta, ystäviltä, muilta kuntoutustahoilta, nuorisotoimesta, Nuotti-valmentajilta, muilta ammattilaistahoilta sekä Autismi- ja Asperger-liitosta tai ADHD-liitosta.

Nuoret kertoivat saaneensa lähetteen kuntoutukseen useimmin erikoissairaanhoidosta, joko hoitavalta lääkäriltä tai kuntoutusryhmältä (43 %), perusterveydenhuollon lääkäriltä tai kuntoutusryhmältä (20 %) sekä opiskelijaterveydenhuollosta (16 %). Lähetteitä saatiin myös

saira- tai terveydenhoitajalta (7 %) tai kuntoutusohjaajalta (4 %). Muina lähetetähoina mainittiin yksityinen psykiatri tai lääkäri sekä lisäksi vastaajat ilmaisivat, että lähete oli saatu nuorisotoimesta tai etsivästä nuorisotyöstä, Kelasta tai että varsinaista lähetettä ei ollut vaan henkilö hakeutui itse tai hänen vanhempansa haki kuntoutusta.

Nuorten mielipiteet hakemisen vaivattomuudesta vaihtelivat. Lähes neljännes (23 %) oli täysin sitä mieltä, että hakeminen kuntoutukseen oli vaivatonta ja lisäksi 40 prosenttia nuorista jokseenkin samaa mieltä. Neljännes nuorista (26 %) ei ollut samaa, eikä eri mieltä siitä, että hakeminen oli vaivatonta ja 11 prosentille hakeminen aiheutti vaivaa. Suurin osa (76 %) arvioi saaneensa lääkärinlausunnon vähintään melko helposti ja 86 prosenttia ilmaisi, että lääkärinlausunnon saaminen ei ollut helppoa. Väittämään ”Kelan internet-sivujen tiedot auttoivat kuntoutukseen hakeutumista” vastauksissa oli hajontaa. Kolmannes (33 %) ei ollut samaa, eikä eri mieltä, vajaa puolet (46 %) oli väittämän kanssa samaa mieltä ja viidennes oli eri mieltä.

Väittämän ”Hakulomake oli helppo täyttää” kanssa täysin samaa mieltä oli reilu kolmannes nuorista (35 %) ja vajaa kolmannes jokseenkin samaa mieltä (32 %). Nuorista reilu kolmannes (n = 418) kuvasi tarkemmin hakulomakkeen täyttämisen haasteita avoimessa kysymyksessä. Osa kertoi, että lomake täytettiin heidän puolestaan. Lomakkeen pituus, vaikeaselkoiset ja epäselvät kysymykset tai vastausvaihtoehdot sekä haastavat sanat ja käsitteet tekivät lomakkeen täyttämisestä vaikeaa. Omin sanoin kuvailua vaativat vastaukset, kuten oman kuntoutustarpeen tai toimintakyvyn kuvailu, tuntui vaikealta ja aiheutti epävarmuutta. Moni nuori totesi myös, että lomakkeiden täyttäminen on aina haasteellista. Haasteeksi koettiin myös se, ettei lomaketta voinut täyttää suoraan internetin välityksellä.

”Kuten Kelan lomakkeissa yleensä, oikeat vastauskohdat heittelivät sivulta toiselle. Pelkäsin myös, etten osaa perustella tarvetta kuntoutukselle tai määritellä, mitä odotan kuntoutukselta tai asettaisin sen tavoitteeksi.” (Asiakas, alkukysely, 209)

”En ymmärtänyt kaikkia kohtia ja mitä niillä tarkoitettiin, joten tuntui siltä, että piti vastata joihinkin kohtiin vain suurin piirtein siihen suuntaan mitä luuli kysymyksen olevan. Jotkin kohdat lomakkeessa oltiin muotoiltu todella oudosti.” (Asiakas, alkukysely, 820)

Suurin osa nuorista (65 %) sai apua kuntoutushakemuksen tekemiseen. Selkeästi useimmin apua saatiin perheenjäseneltä, omaiselta tai läheiseltä (47 % avun saajista). Apua saatiin usein myös sosiaalityöntekijältä (14 % avun saajista) ja terveystieteiden keskukselta tai sairaalasta (13 % avun saajista).

Kelasta oli oltu yhteydessä harvaan nuoreen esimerkiksi haastateltu tai pyydetty lisäselvitystä ennen kuntoutuspäätöksen tekemistä. Reilu puolet (59 %) ilmoitti, että Kelasta ei oltu yhteydessä ja reilu viidennes (22 %) ei osannut sanoa, oliko Kelasta oltu yhteydessä.

Suurin osa nuorista (62 %) oli joko jokseenkin tai täysin samaa mieltä siitä, että kuntoutuspäätös tuli riittävän nopeasti. Viidennes (21 %) ei ollut samaa, eikä eri mieltä ja vajaa viidennes (17 %) oli vähintään jokseenkin eri mieltä. Kuntoutuspäätös tuli reilulla kolmanneksella

(35 %) kuukauden sisällä kuntoutushakemuksen jättämisestä ja samoin 1–2 kuukauden sisällä myös reilulla kolmanneksella (34 %). Pienempi osa (12 %) ilmoitti, että kuntoutuspäätöksen saamisessa kesti yli kaksi kuukautta. Lähes viidennes (18 %) ei osannut sanoa, kuinka pitkä aika kuntoutuspäätökseen saamiseen kului aikaa.

Suurin osa nuorista (80 %) piti kuntoutuspäätöksen tietoja selkeinä ja 71 prosenttia arvioi saaneensa kuntoutuspäätöksessä riittävästi tietoa kuntoutuksesta. Ainoastaan 7 prosenttia ilmaisi, että olisi halunnut lisätietoa kuntoutuspäätökseen. Erityisesti toivottiin lisätietoa kuntoutuksen sisällöstä ja toteuttamisesta sekä saatavista tuista. Moni myös toivoi kuntoutuspäätökseen yleistä selkeyttä ja todettiin myös, että liitteet aiheuttivat vain päänvaivaa.

4.3 Kuntoutuksen aloittaminen

Kuntoutus alkoi melko nopeasti kuntoutuspäätöksen jälkeen. Oma väylä -kuntoutus pääsi alkamaan kuukauden sisällä kuntoutuspäätöksen saamisesta reilulla kahdella kolmasosalla (68 %) ja 1–2 kuukauden sisälläkin 14 prosentilla. Ainoastaan 45 nuorta (4 %) ilmaisi, että kuntoutus alkoi vasta yli kahden kuukauden kuluttua päätöksen saamisesta. Loput 14 prosenttia ei osannut sanoa, miten kuntoutuksen alku suhteutui ajallisesti kuntoutuspäätöksen saamiseen.

Palvelukuvauksessa on ohjeistettu, että ennen kuntoutuksen alkua palveluntuottaja ottaa yhteyttä asiakkaaseen etäyhteyden välityksellä ja tämän jälkeen lähettää kutsukirjeen vahvistuksena sovituista asioista. Asiakkaista suurin osa (87 %) ilmaisi, että palveluntuottaja otti yhteyttä ennen kuntoutuksen alkua puhelimitse tai kuvapuheluna. Osa (8 %) ei ollut varma, olitiinko heihin yhteyksissä puhelimitse tai kuvapuheluna ennen kuntoutuksen alkamista. Yhteydenottojen aikana nuori saattoi esittää kysymyksiä ja toiveita, näin arvioi suurin osa nuorista (84 %). Suurin osa (80 %) arvioi myös, että heiltä kysyttiin erityistarpeista. Sen sijaan asiakkaiden vastauksissa väittämään ”Sain tukea omien tavoitteiden suunnitteluun ennen kuntoutuksen alkua” oli enemmän hajontaa. Suurin osa (67 %) koki saaneensa tukea, mutta melkein neljännes (24 %) ei osannut arvioida, oliko väittämän kanssa samaa vai eri mieltä ja yhdeksän prosenttia oli eri mieltä siitä, että oli saanut tukea tavoitteiden suunnitteluun ennen kuntoutuksen alkua. Myös palveluntuottajien vastauksissa väittämään ”Asiakkaalle annetaan tukea omien tavoitteiden suunnitteluun ennen kuntoutuksen alkua” oli hajontaa niin, että samaa mieltä väittämän kanssa oli 61 prosenttia vastaajista.

Ensimmäisen yhteydenoton sisältönä palveluntuottajien kyselyn avovastausten perusteella painottuu ensimmäisen tapaamisen ja käytäntöjen sopiminen sekä kuntoutuksen sisällöistä ja rakenteista tiedottaminen. Samalla luodaan vuorovaikutussuhdetta, tutustutaan asiakkaaseen ja hänen tilanteeseensa, selvitetään kuntoutukseen motivoitumista ja halukkuutta osallistua kuntoutukseen sekä keskustellaan nuoren odotuksista, toiveista, tarpeista ja tavoitteista. Lisäksi kuvattiin, että selvitetään erityistarpeita tai varmistetaan toimeentulon lähde ja kerrotaan kuntoutuksen kuluista. Joissakin vastauksissa tuotiin myös esille, että puhelimesta keskustelu tuntuu osalle nuorista hankalalta ja jopa todettiin, että lyhyempikin kuin puolen tunnin puhelu olisi riittävä. Toisaalta moni korosti yhteydenoton tärkeyttä kontaktin luomisen ja turvallisuuden tunteen syntymisen kannalta.

”Rauhallinen tutustuminen, asiakkaan kuuntelu ja toiveiden kirjaaminen. Taustat ja kehykset hänen näkökulmastaan. Käytämme valikoiden motivoivan haastattelun menetelmää, yleisellä tasolla psykoedukaatiota ja validoimme asiakkaan, jotta motivaatio valmennukseen herää.” (Palveluntuottaja, kysely,11)

Kaikkiaan suurin osa nuorista (noin 80 %) oli sitä mieltä, että he saivat riittävästi tietoa kuntoutuksen alussa kuntoutuksen sisällöstä ja että palveluntuottajien yhteydenotot olivat heille hyödyllisiä. Myös selkeä enemmistö palveluntuottajista (92 %) arvioi erityisesti ennen kuntoutuksen alkua puhelimitse tai kuvapuheluna toteutuvan yhteydenoton tärkeäksi. Yhteydenotto puhelimitse tai kuvapuheluna vaikutti olevan sekä yllä esitettyjen palveluntuottajien arvioiden, että nuorten arvioiden perusteella tärkeämpi kuntoutuksen aloitusta tukeva keino kuin kutsukirje. Yli puolet nuorista (62 %) ilmoitti saaneensa kutsukirjeen, jossa oli tietoa kuntoutuksen toteutuksesta. Lähes neljännes asiakkaista (23 %) oli epävarmoja siitä, olivatko he saaneet kutsukirjettä. Kutsukirjeen sisältöä palveluntuottajat kuvasivat avoimissa vastauksissaan hyvin samalla tavoin. Kuvausten perusteella kutsukirje sisältää seuraavia asioita: tietoa kuntoutuksesta ja sen rakenteesta, useimmiten Oma väylä -esitteen muodossa, esitietolomakkeen, toimipisteen yhteystiedot sekä mahdollisesti organisaation esite, ensimmäisen tapaamisen ajankohdan sekä tietoja kuntoutusta toteuttavista henkilöistä, joko kaikkien tiimiläisten nimet, työparin nimet tai omaohjaajan nimen. Useammassa vastauksessa oli tiivistetty, että kutsukirje sisältää Kelan edellyttämät asiat. Lisäksi osassa oli kuvattu, että kutsukirjeessä on tietoa vakuutus- turvasta ja asiakasta koskevien tietojen rekisteröinnistä. Muutama palveluntuottaja toi myös esille, että varsinaista paperista kutsukirjettä ei ollut, vaan asiat kerrottiin puhelimitse tai kirjeen sisältämät materiaalit annettiin ensimmäisen tapaamisen yhteydessä, etenkin silloin, kun tapaaminen toteutui nopeasti kuntoutuspäätöksen saamisen jälkeen.

4.4 Moniammatillinen tiimi kuntoutuksen toteuttajana

4.4.1 Työparityöskentely ja omaohjaajan rooli

Oma väylä -kuntoutuksessa kuntoutusta toteuttaa työpari. Työparin ammattilaisten on edustettava eri ammattiryhmiä (toimintaterapeutti AMK, sairaanhoitaja AMK, sosiaalityöntekijä tai sosionomi AMK, kuntoutuksen ohjaaja AMK) ja toisen työparin jäsenistä on oltava terveydenhuollon ammattilainen. Toinen työparin jäsenistä toimii asiakkaan omaohjaajana ja yhteyshenkilönä (Kela, 2022).

Palveluntuottajat vastasivat, että useimmiten työparin muodostavat sairaanhoitaja ja sosionomi (38 %) tai toimintaterapeutti ja sosionomi (28 %). Kolmanneksi yleisin työpari on toimintaterapeutti ja sairaanhoitaja (10 %) (taulukko 2, s. 25). Avoimissa kysymyksissä kävi ilmi, että kaikilla palveluntuottajilla ei ole pysyviä työpareja, vaan työparit voivat myös vaihdella esimerkiksi asiakkaan tarpeiden mukaisesti.

Taulukko 2. Palveluntuottajien (n = 72) loppukyselyssä ilmoittamat työparien kokoonpanot.

Työparin ammattilaiset	%
Sairaanhoitaja AMK + Sosionomi AMK	38 %
Toimintaterapeutti AMK + Sosionomi AMK	28 %
Toimintaterapeutti AMK + Sairaanhoitaja AMK	19 %
Sairaanhoitaja AMK + Sosiaalityöntekijä	10 %
Kuntoutuksen ohjaaja AMK + Sosionomi AMK	3 %
Toimintaterapeutti AMK + Sosiaalityöntekijä	1 %
Sairaanhoitaja AMK + Kuntoutuksen ohjaaja AMK	1 %
Toimintaterapeutti AMK + Kuntoutuksen ohjaaja AMK	0 %
Kuntoutuksen ohjaaja AMK + Sosiaalityöntekijä	0 %

Palveluntuottajat kertoivat loppukyselyssä, että työparityöskentelyä toteutettiin eri tavoin. Yksilötapaamisista ei yksikään palveluntuottaja toteuttanut niin, että molemmat työparin jäsenet olisivat aina mukana asiakkaan yksilötapaamisissa. Muutoin toteuttamistavat jakaantuivat melko tasaisesti kolmen eri vaihtoehdon välillä. Vastauksista käy ilmi, että omaohjaajalla on tärkeä rooli yksilötapaamisten toteuttamisessa joko niin, että hän toteuttaa ne yksin (37 %) tai niin, että osa tapaamisista toteutetaan yhdessä työparin kanssa (32 %). 31 prosenttia palveluntuottajista kertoi toteuttavansa niin, että omaohjaaja toteuttaa osan tapaamisista yksin ja toinen työparin jäsen toteuttaa myös osan tapaamisista yksin. Lisäksi palveluntuottajien loppukyselyn muutamissa avoimissa vastauksissa tuotiin esille, että työparityöskentely ei toteudu sellaisenaan vaan yhteistyötä tehdään laajemmin moniammatillisessa tiimissä.

Loppukyselyn avoimissa vastauksissa palveluntuottajat kuvasivat työparityöskentelyyn liittyviä kiinteitä käytäntöjä sekä asiakkaiden tarpeidenmukaisesti räätälöitäviä käytäntöjä.

Kiinteitä käytäntöjä olivat usein esimerkiksi

- työparien ohjaamat asiakkaiden ja läheisten ryhmät
- työparina tehtävät arvioinnit ja suunnitelmat esimerkiksi kuntoutuksen eri vaiheissa
- säännölliset keskustelut ja palaverit työparin kesken ja moniammatillisessa tiimissä
- omaohjaajan sijaistaminen esimerkiksi pitkissä sairastapauksissa.

Asiakkaiden tarpeiden mukaisesti työparityöskentelynä toteutettiin esimerkiksi

- yhteisiä käyntejä
- verkostoyhteistyötä
- tiettyyn asiaan tai tavoitteeseen liittyviä yksittäisiä käyntejä.

Palveluntuottajilta kysyttiin loppukyselyssä avoimella kysymyksellä työparityöskentelystä ja sen hyödyistä ja haitoista. Hyötyjä ja työparityöskentelyllä saavutettavia asioista kuvattiin sekä asiakkaan että työntekijän näkökulmasta. Asiakkaan saamia hyötyjä olivat esimerkiksi asiakkaan saama etu ja asiakaslähtöisyys, kuten mahdollisuus valita itselle sopiva omaohjaaja.

Työntekijän näkökulmasta kuvattiin monipuolinen ja useampia näkökulmia yhdistelevä lähestymistapa kuntoutukseen, laajemman ja toisiaan täydentävän osaamisen saavuttaminen, työntekijän saama vertaistuki ja vastuun jakaminen sekä mahdollisuus asiakkaan tilanteen reflektointiin toisen ammattilaisen kanssa.

Palveluntuottajat kertoivat työparityöskentelyn haittoiksi aikataulujen yhteensovittamisen haasteet sekä sen, että joillekin asiakkaille useiden henkilöiden mukanaolo voi olla kuormittavaa. He myös kuvasivat joidenkin asiakkaiden hyötyvän vahvasta luottamussuhteesta yhteen työntekijään, kuten omaohjaajaan. Haittana nähtiin joissain tapauksissa myös se, että vaikka työparityöskentelyn ajateltiin mahdollistavan moniammatillisuuden, ei asiakkaan kertamäärien puitteissa kuitenkaan pystytty moniammatillisuutta tarpeeksi hyödyntämään.

Sekä asiakkaiden että palveluntuottajien haastatteluista kävi ilmi omaohjaajan ja yksilötapamistien tärkeä rooli kuntoutuksessa. Omaohjaajan kanssa työskentely mahdollisti turvallisen luottamussuhteen kehittymisen ja asiakkaan kokemuksen siitä, että hän tuli nähdyksi ja kuuluksi ja että hänen tarpeensa huomioitiin yksilöllisesti.

”No siis on ollu ihanaa, et on tää ollu tällanen oma ADHD-valmentaja, kenen kanssa ollaan yhdes käyty ihan kaikkee niinku mun elämään liittyviä ja arkeen ja muutenkin elämän juttuihin liittyviä asioita, on ollu se kenen kanssa niinkun ollaan niinkun, ketä on ollu siinä niinkun sellasena niinkun tukena ja apuna ja niinkun kannusta-, kannustajana ja tällasena, että on tosi paljon tehty yhdessä, että ku yksin tälleen ADHD:n ajatukset käy tuhatta ja sataa, ja muuta, et joku on ollu siinä sitten selkeyttämässä ja tekemässä vaikka jotain to do -listoja tai suunnitelmia tai ihan ollaan niinku kirjattu erilaisii aikatauluja, ja muutenki silleen niinkun saanu vähän sitä niinkun tällasta vilkasta ADHD:n niinku ajatusjuoksuu vähän niinku rauhoitettu ja selkeytettyyn. Et se on ollu mulle tosi iso apu.” (Asiakashaastattelu 4)

”Musta on hirveen tärkeä siinä prosessin alussa, mistä toki tässä lähettäis kanssa esitietopuhelu, niin se on semmonen tärkeä kohtaaminen et siinä joka tapauksessa tulee sit ihmisen omilla sanoilla tilanne, esille. Ja sit toisaalta se on kans se paikka missä jo sanotaan et tää on sua varten ja missä niinku, et Oma väylässä on tarkotus keskittyä sun asioihin niin kuin, koet ne itsellesi tärkeeksi. Et se on jotenkin mistä se lähtee tosi hyvin käyntiin, yhdessä noiden ennakkotietojen kanssa niin, se on jotenkin tärkeä perusta. Mut kohtaamisesta se jotenkin lähtee jos nyt ihan silleen käytännön kautta ajatelen sitä et, ollaan tässä yhdessä ja tää on sun aikaa ja, meidän tarkoitus on olla tässä sua varten, auttamassa ja tukemassa sinua.” (Palveluntuottajien haastattelu 4)

Myös tapaamisten säännöllisyys omaohjaajan kanssa koettiin tärkeinä.

”No varmaan se, että on se säännöllisyys siinä se, siinä että pääsee niinkö juttelemaan siinä sen työntekijän kanssa.” (Asiakashaastattelu 10)

4.4.2 Psykologin tai neuropsykologin rooli

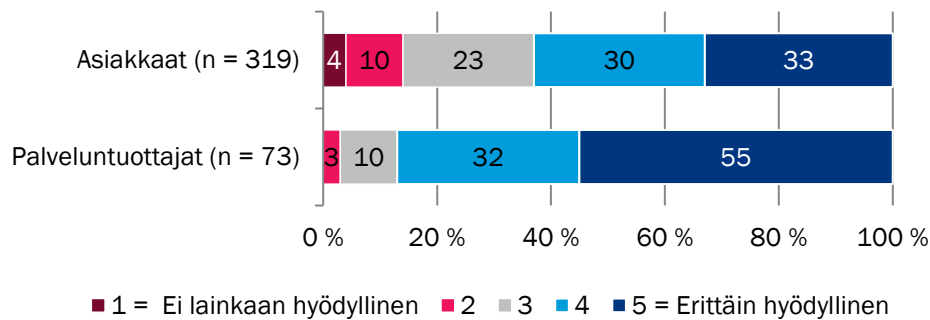
Palvelukuvauksessa on määritetty, että (neuro)psykologi osallistuu vähintään yhteen ensimmäisistä yksilöllisistä tapaamisista ja lisäksi osallistuu kuntoutukseen asiakkaan tilanteen ja kuntoutustarpeen vaatimalla tavalla (Kela, 2022). Palveluntuottajilta kysyttiin, kuinka usein asiakas tapaa (neuro)psykologin kuntoutuksen aikana. Palveluntuottajat vastasivat, että asiakas tapaa (neuro)psykologin useimmiten yhden kerran kuntoutuksen alussa (36 %) tai yhteensä kaksi kertaa (30 %) kuntoutuksen aikana. 34 prosenttia asiakkaista tapaa (neuro)psykologin kolme kertaa tai enemmän kuntoutuksen aikana.

Loppukyselyn avoimissa vastauksissa palveluntuottajat toivat esille, että neuropsykologin työnkuvaan liittyy sekä kiinteämpiä että räätälöitäviä käytäntöjä. Usein miten kuvattiin, että neuropsykologi osallistuu arviointiin ja kuntoutuksen suunnitteluun sekä moniammatillisen tiimin työskentelyyn ja työnohjaukseen kaikkien asiakkaiden kohdalla. Arviointiin kuvattiin kuuluvan esimerkiksi arviointia kuntoutuksen alussa ja lopussa, kuntoutuksen oikea-aikaisuuden arviointia, edistymisen seuranta, kognitiivisten taitojen arviointia, lisätutkimustarpeen arviointia sekä kuntoutuksen liittyvien mittareiden ja kyselyiden toteuttamista. Kuntoutuksen suunnittelu sisälsi muun muassa tavoitteiden asettamisessa mukana olemista, jatkosuunnitelman tekoa sekä asiakkaalle merkityksellisten teemojen työstämistä kuntoutuksen pohjaksi.

Asiakkaan tarpeen mukaan neuropsykologin kuvattiin osallistuvan verkostoyhteistyöhön sekä tapaavan asiakasta yksilöllisesti, esimerkiksi jos asiakkaalla on laajempaa tuen tarvetta esimerkiksi kognitiivisen ja psyykkiseen toimintakyvyn osa-alueilla kuten psyykkistä oireilua tai tuen tarvetta motivaatiossa, oppimisessa tai tunnesäätelyssä. Yksilöllisen työskentelyn kuvattiin olevan esimerkiksi keskustelua, kognitiivista työskentelyä, harjoitteiden antamista ja arjen jaksamisessa tukemista. Myös voimavarakeskeinen työskentely ja asiakkaalle tärkeiden teemojen käsittely mainittiin psykologin työnkuvaan kuuluvaksi. Ryhmien suunnittelu ja ohjaaminen kuului räätälöidysti neuropsykologin työnkuvaan yhdessä muiden ammattilaisten kanssa. Neuropsykologin kuvattiin osallistuvan sekä läheisten että asiakkaiden ryhmätapaamisten suunnitteluun ja ohjaamiseen.

Asiakkailta ja palveluntuottajilta kysyttiin loppukyselyssä ”Kuinka hyödylliseksi koit (neuro)psykologin tapaamiset?”. Palveluntuottajista suurin osa arvioi neuropsykologin tapaamiset jollain tavalla hyödylliseksi (erittäin hyödyllinen 55 % ja jonkin verran hyödyllinen 32 %) ja asiakkaista yli puolet (63 %) jollain tavalla hyödylliseksi (erittäin hyödyllinen 33 % ja jonkin verran hyödyllinen 30 %). Asiakkaista neljä prosenttia oli kokenut, että (neuro)psykologin tapaamiset eivät olleet lainkaan hyödyllisiä ja kymmenen prosenttia eivät kovin hyödyllisiä. (Kuvio 3, s. 28.)

Kuvio 3. (Neuro)psykologin tapaamisten hyödyllisyys asiakkaiden (n = 319) ja palveluntuottajien (n = 73) kuvaamana loppukyselyssä.



Asiakkaiden haastatteluissa kävi ilmi, että joskus (neuro)psykologin tapaamiset jäivät irralliseksi ja asiakas kokee, että joutuu yhä uudelleen kertomaan samoja asioita uudelle ihmiselle.

”Aa, mun mielest yks, mikä oli turha, oli ku alussa oli semmonen, et piti käydä, käydä joku terapeutin luona yhen kerran, joka oli siis ihan muu ihminen ku tästä. Se oli ihan turha käynti. Ku mä menin sinne, niin sit se kysy multa, et ’No, minkäs takia sä oot täällä’, ja sit mä, et ’No, tää kuuluu tähän Kelan juttuun’ ja se oli paha, ku ei tuntenu ollenkaan sitä ihmistä, niin ei oikein tiennyt, mitä puhua. Se oli ihan niinku ihan turha käynti mun mielest se, se psykoterapeutin yksi käynti tai joku, mä en muista, siitä on aikaa, mut se oli ihan sillon alus. Se oli ihan turha.” (Asiakashaastattelu 3)

Myös palveluntuottajien avovastauksissa tuotiin esille samaa irrallisuutta joissain tapauksissa sekä sitä, että myös muilta ammattilaisilta voi löytyä psyykkisen tuen osaamista. Toisaalta taas osa palveluntuottajista kuvasi, että psykologi on kiinteä osa moniammatillista tiimiä ja työyhteisöä.

”Psykologin rooli on hiukan irrallinen. Hän on parhaimmillaan kuntoutuksen tukena ja hänen osaamisensa voi auttaa eteenpäin, mikäli ongelmia kuntoutuksen aikana tulee eteen. Näin ei kuitenkaan ole käynyt.” (Palveluntuottaja, kysely, 24)

”Meillä psykologi on yksi tiimin jäsen ja tapaamiset jakautuvat tasan eri työntekijöiden kesken. Mielenterveys ja mielen hyvinvointi tärkeitä teemoja. Myös oppimisesta, oppimisvaikeuksista ja neuropsykiatrisista asioista keskustelua paljon.” (Palveluntuottaja, kysely, 4)

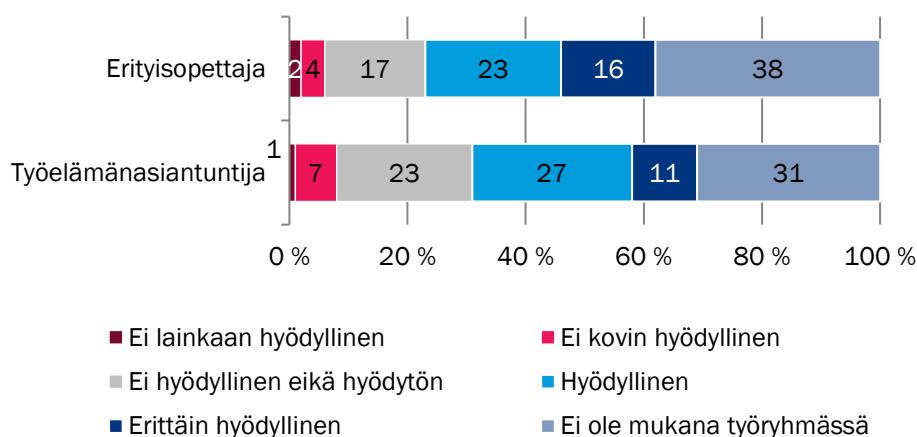
4.4.3 Työelämänasiantuntija ja erityisopettaja

Palvelukuvauksen (Kela, 2022) mukaan moniammatillisen tiimin lisäksi kuntoutuksessa tulee olla käytettävissä vähintään yksi valinnainen ammattihenkilö, joka voi olla joko työelämän asiantuntija tai erityisopettaja. Valinnainen ammattihenkilö osallistuu asiakkaan kuntoutuksen aina, kun asiakkaan yksilöllinen tilanne sitä vaatii.

Palveluntuottajilta kysyttiin loppukyselyssä ”Kuinka hyödylliseksi koette seuraavien ammattilaisten roolin?”. Palveluntuottajista 31 prosenttia vastasi, että työelämän asiantuntijaa ei ollut

mukana moniammatillisissa tiimissä ja 38 prosenttia ilmoitti, ettei erityisopettajaa ollut tiimissä mukana. Reilu kolmannes arvioi työelämän asiantuntijan (38 %) tai erityisopettajan (39 %) mukana olon jollain tavalla hyödylliseksi (hyödyllinen tai erittäin hyödyllinen). (Kuvio 4.)

Kuvio 4. Työelämän asiantuntijan ja erityisopettajan hyödyllisyys palveluntuottajien (n = 70–72) arvioimana.



Palveluntuottajilta kysyttiin loppukyselyssä avoimella kysymyksellä työelämänasiantuntijan ja erityisopettajan roolista kuntoutuksessa. Vastauksista tuli esille, että osa palveluntuottajista koki roolin tärkeänä ja osa taas vastasi, että palvelua ei oltu hyödynnetty, sille ei ollut nähty tarvetta tai oli koettu, että samanlaista osaamista löytyi jo muutenkin moniammatillisesta tiimistä. Vastauksissa tuotiin myös esille, että haluttiin mieluummin hyödyntää asiakkaan omia verkostoja, esimerkiksi asiakkaan oman oppilaitoksen erityisopettajaa, jotta tuki jatkuisi myös kuntoutusjakson jälkeen.

”Erityisopettajan hyödyntäminen asiakkaan omasta oppilaitoksesta erityisopetukselle on tärkeä kuntoutumisen jatkumon kannalta, jolloin on hyvä luoda asiakkaan omaan ympäristöön tätä verkostoa/yhteistyötä.” (Palveluntuottaja, kysely, 13)

Työelämän asiantuntijan tai erityisopettajan tapaamisista kerrottiin olevan yksilöllistä hyötyä muun muassa niille asiakkaille, jotka opiskelevat tai etsivät omaa alaansa opiskelujen jälkeen. Työelämän asiantuntijan ja erityisopettajan kerrottiin ohjaavan asiakkaita työelämään ja opiskeluun liittyvissä asioissa, osallistuvan ryhmätapaamisiin ja läheisten tapaamisiin sekä moniammatillisissa tiimissä tehtävään yhteistyöhön ja konsultointiin.

”Erityisopettaja on pitänyt ryhmäkertoja oppimiseen ja opiskeluun liittyvistä teemoista sekä tavannut osaa asiakkaista myös yksilötapaamisilla. Tämä on ollut hyödyllinen lisänäkökulma työparina ammattitaitoon nähden.” (Palveluntuottaja, kysely, 46)

4.4.4 Moniammatillisen tiimin toiminta

Oma väylä on moniammatillista kuntoutusta, jossa toteuttajana toimii moniammatillinen tiimi. Moniammatilliseen tiimiin kuuluu kolme ammattihenkilöä: (neuro)psykologi ja kaksi muuta ammattihenkilöä, jotka muodostavat työparin (Kela, 2022).

Palveluntuottajat olivat tyytyväisiä moniammatillisen tiimin nykyiseen kokoonpanoon. Palveluntuottajilta kysyttiin loppukyselyssä ”Miten arvioitte Oma väylä -kuntoutukseen osallistuvan moniammatillisen tiimin kokoonpanoa?”. Heistä lähes kaikki (97 %) kertoi, että nykyinen kokoonpano on tarkoituksenmukainen. Myös avointen kysymysten vastauksissa tuotiin usein esille nykyisen kokoonpanon toimivuutta ja että sillä pystytään vastaamaan asiakkaiden tarpeisiin. Joustavuus nähtiin hyvänä ja avoimissa vastauksissa ehdotettiin esimerkiksi erilaisia työpareja, joissa voisi olla esimerkiksi kaksi saman ammattiryhmän edustajaa työparina tai asiakkaan tarpeen mukaan esimerkiksi psykologi työparina. Myös laajempaa moniammatillisuuden hyödynnettävyyttä toivottiin:

”Laajaa osaamista, toisaalta olisi tärkeää pystyä hyödyntämään moniammatillista tiimiä enemmän. Jos resursseja olisi enemmän, olisi hyvä hyödyntää moniammatillista tiimiä enemmän.” (Palveluntuottaja, kysely, 41)

”Työntekijöiden saatavuudessa ongelmia. Koulutustaustojen lisäksi työkokemus saattaa tuoda riittävän lisäosaamisen. Koulutuksia ja työkokemuksia tulisi voida tulkita/hyödyntää nykyistä laajemmin.” (Palveluntuottaja, kysely, 20)

Myös muutamia konkreettisia ammattilaisehdotuksia tuotiin esille. Näitä olivat liikunta-alan osaaja/fysioterapeutti, lääkäri, taideterapia ja psykoterapia osaaminen. Muun muassa etäyhteyksiä ehdotettiin hyödynnettäväksi moniammatillisen tiimin laajentamisessa.

Moniammatillisuuden käytännöistä tuotiin eniten esille säännöllisiä tiimitapaamisia, työnohjausta sekä näiden lisäksi tapahtuvaa yhteydenpitoa eri ammattilaisten välillä. Yhteydenpidon kuvattiin olevan asiakkaan tarpeista lähtevää ja eri ammattilaisten osaamisen hyödyntämiseen tähtäävää. Se toteutui esimerkiksi puheluilla, viesteillä, Teams-alustalla, sovituilla tapaamisilla tai arjen kohtaamisissa työpäivän aikana. Myös työparityöskentely (muun muassa yhteistapaamiset asiakkaan kanssa) sekä ryhmien ohjaaminen ja suunnittelu mainittiin usein moniammatillisuuden muotona.

Palveluntuottajat kuvasivat moniammatillisen yhteistyön olevan

- toisen osaamisen arvostamista
- tiedon jakamista ja vaihtamista
- konsultointia ja muiden ammattilaisten osaamisen hyödyntämistä
- kuntoutuksen ja sen etenemisen arviointia ja suunnittelua yhdessä
- ammattilaisten osaamisen pohjalta työtehtävien jakamista asiakkaan kuntoutuksessa
- reflektointia ja haastavien tilanteiden pohtimista yhdessä
- jatkosuunnitelmien tekoa.

Loppukyselyyn vastanneista asiakkaista suurin osa (70 %) kertoi hyötynensä jollain tavoin eri ammattilaisten yhteistyöstä; täysin samaa mieltä oli 33 prosenttia ja jonkin verran samaa mieltä 37 prosenttia vastanneista. Kuitenkin 6 prosenttia vastanneista asiakkaista olivat täysin eri mieltä ja 7 prosenttia jokseenkin eri mieltä siitä, että työntekijävaihdokset eivät olleet haitanneet heidän kuntoutumistaan.

4.5 Oma väylä -kuntoutuksen eri toteutusmuodot

4.5.1 Yksilötapaamiset

Palvelukuvauksen (Kela, 2022) mukaan Oma väylä kuntoutukseen sisältyy 27 yksilötapaamista, jotka toteutetaan joko palveluntuottajan toimipisteessä tai asiakkaan arjen ympäristöissä (esimerkiksi asiakkaan kotona, oppilaitoksessa, työpaikalla tms.). Yksilötapaamisiin osallistuvat aina asiakas ja tarpeen mukaan hänen läheisensä sekä aina vähintään yksi moniammatillisen tiimin jäsen. Enintään 13 tapaamista voidaan toteuttaa kuvapuheluna.

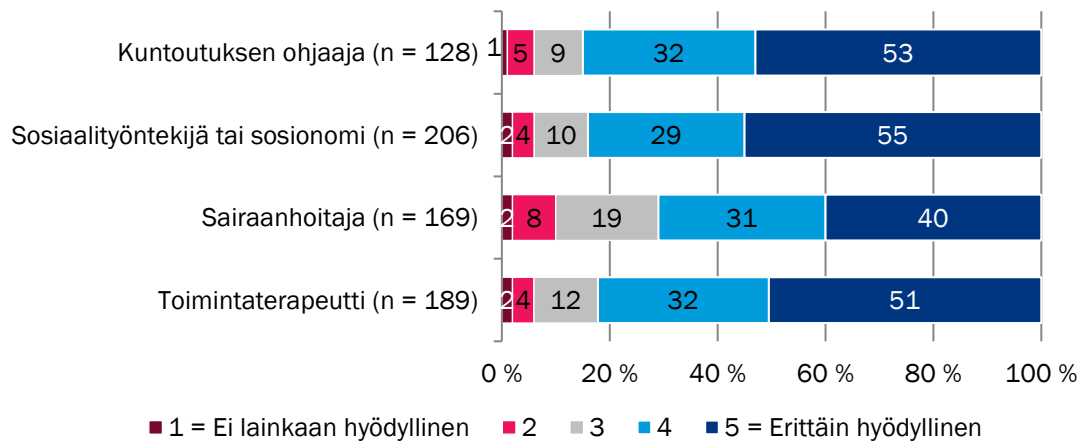
Asiakkailta kysyttiin loppukyselyssä, ketkä ammattilaisista toteuttivat heidän kuntoutustaan. Suurin osa (85 %) asiakkaista vastasi, että he olivat tavanneet (neuro)psykologin kuntoutuksen aikana. Seitsemän prosenttia vastasi, ettei osaa sanoa, onko tapaamisia toteutunut, ja kahdeksan prosenttia, ettei ollut tavannut (neuro)psykologia. Palvelukuvauksessa on määritetty, että (neuro)psykologin tapaaminen on osa Oma väylä -kuntoutusta, mutta tämä ei näytä kaikkien asiakkaiden kohdalla toteutuneen. Seuraavaksi eniten kuntoutusta olivat toteuttaneet sosiaalityöntekijä/sosionomi (58 %), toimintaterapeutti (57 %) ja sairaanhoitaja (49 %). Vähiten kuntoutusta oli toteuttanut kuntoutuksen ohjaaja (41 %). (Taulukko 3.)

Taulukko 3. Oma väylä -kuntoutusta toteuttaneet ammattilaiset asiakkaiden (n = 328–385) kuvaamana.

	Kyllä	Ei	En osaa sanoa
Toimintaterapeutti (n = 342)	57 %	34 %	9 %
Sairanhoitaja (n = 351)	49 %	41 %	10 %
Sosiaalityöntekijä tai sosionomi (n = 362)	58 %	32 %	10 %
Kuntoutuksen ohjaaja (n = 328)	41 %	49 %	1 %

Asiakkaat arvioivat loppukyselyssä eri ammattiryhmien kanssa työskentelyn hyödyllisyyttä. Ammattiryhmien väliset erot olivat pieniä ja vastaajamäärät vaihtelevia. Suurin osa vastaajista arvioi työskentelyn jollain tapaa hyödylliseksi (arvot 4 ja 5) kaikissa ammattiryhmissä. (Kuvio 5, s. 32.)

Kuvio 5. Eri ammattiryhmien kanssa työskentelyn koettu hyödyllisyys asiakkaiden arvioimana.

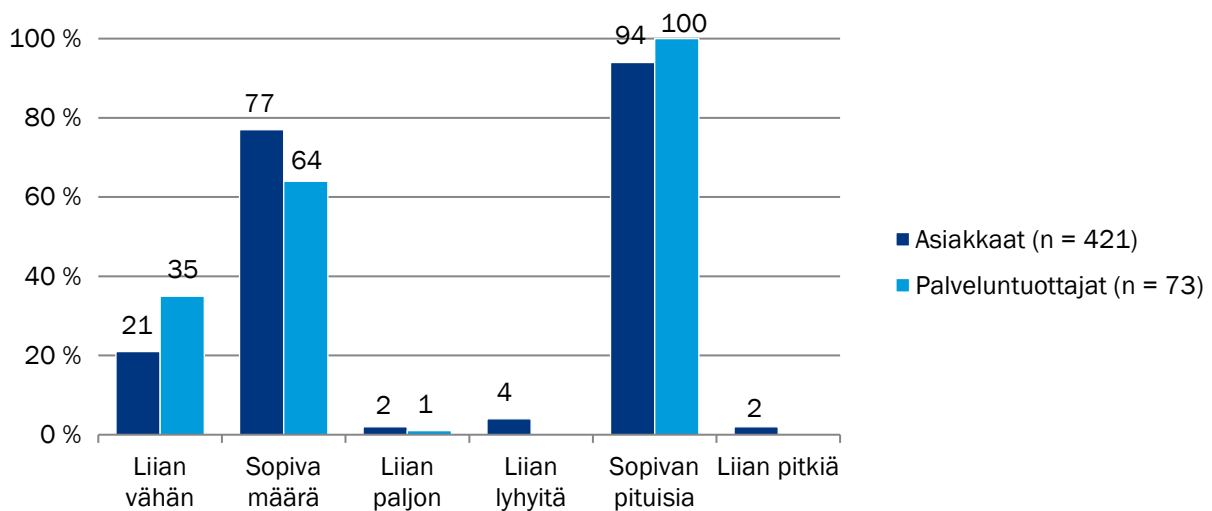


Asiakkailta ja palveluntuottajilta kysyttiin loppukyselyssä yksilötapaamisten määrän ja pituuden sopivuutta eri väittämillä. Kaikki palveluntuottajat ja suurin osa (94 %) asiakkaista oli sitä mieltä, että yksilötapaamiset olivat sopivan pituisia. Tapaamisten määrän suhteen näkemyksissä oli enemmän hajontaa. Kuitenkin suurin osa oli sitä mieltä, että tapaamisia oli sopiva määrä; palveluntuottajista 64 prosenttia ja asiakkaista 77 prosenttia. Liian vähäiseksi tapaamisten määrän koki 35 prosenttia palveluntuottajista ja 21 prosenttia asiakkaista. (Kuvio 6.)

Avovastauksissa ja asiakkaiden haastatteluissa tuotiin myös esille, että kertojen käyttöaikaan olisi toivottu lisää joustavuutta esimerkiksi niin, että olisi ollut mahdollista käyttää sama kertamäärä hieman pidemmällä aikavälillä kuin yksi vuosi.

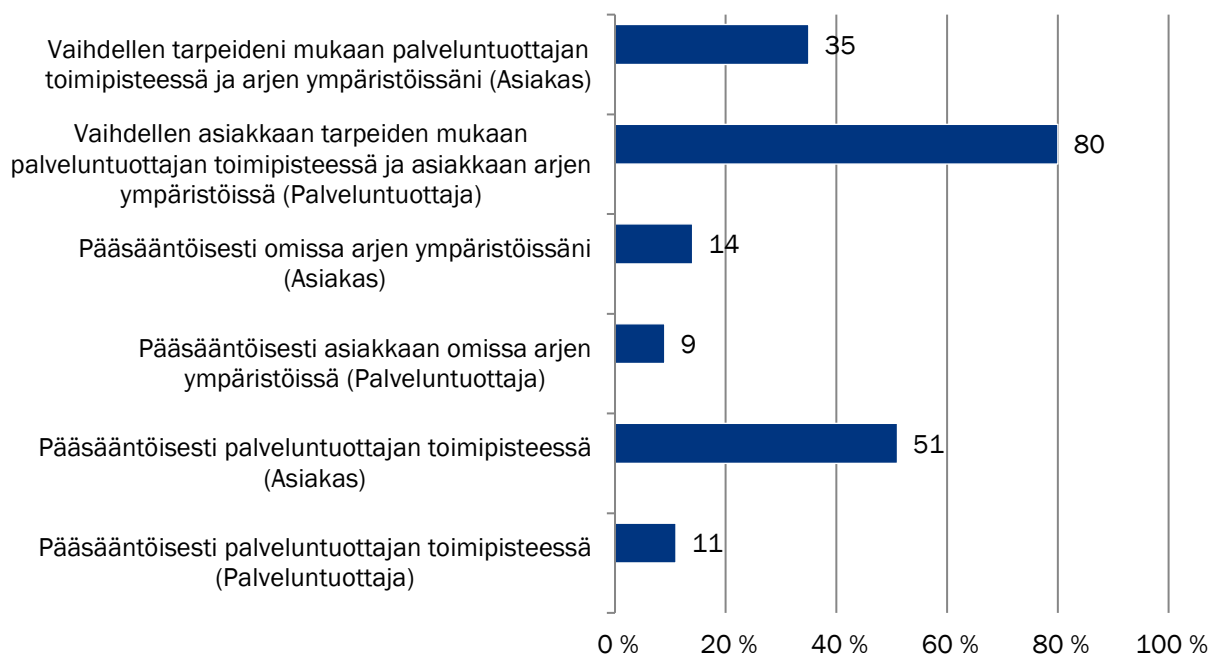
”Joo et niinku siis ois ollu mukava, et jos niinku ois voinu tai et se, et se Oma väylä myönnetään, et se ois voinu olla vähän semmonen niinku joustavampi sen aikataulun kanssa. Koska mulle jouduttiin niinku tosi tiiviisti pitämään niinku sit niit yksilötapaamisiin loppuu kohti, koska keväällä ja sitte jäi yks kuukaus sillain, et oli vaan yks kerta ja sit oli kesäloma.” (Asiakashaastattelu 6)

Kuvio 6. Yksilötapaamisten määrä ja pituus asiakkaiden (n = 421) ja palveluntuottajien (n = 73) arvioimana loppukyselyssä.



Asiakkailta ja palveluntuottajilta kysyttiin loppukyselyssä ”Missä yksilötapaamiset toteutuivat?”. Vastaukset erosivat toisistaan huomattavasti. Tämä on luonnollista, koska asiakas arvioi omaa tilannettaan ja palveluntuottajat tuovat esille keskimääräisen tilanteen. Asiakkaista noin puolet (51 %) vastasi, että yksilötapaamiset toteutuivat pääsääntöisesti palveluntuottajan toimipisteessä, mutta palveluntuottajista samoin vastasi vain 11 prosenttia. Palveluntuottajat vastasivat, että suurin osa yksilötapaamisista (80 %) toteutui vaihdellen asiakkaan tarpeiden mukaan toimipisteessä ja arjen ympäristöissä. Asiakkaista reilu kolmannes (35 %) vastasi samoin. Vähiten tapaamisia kerrottiin toteutuneen pääsääntöisesti arjen ympäristöissä. (Kuvio 7).

Kuvio 7. Yksilötapaamisten toteutuspaikat asiakkaiden (n = 424) ja palveluntuottajien (n = 73) arvioimana loppukyselyssä.



4.5.2 Ryhmätapaamiset

Oma väylä -kuntoutukseen kuuluu palvelukuvauksen (Kela, 2022) mukaan yhteensä 10 ryhmätapaamista. Ryhmätapaamiset ovat kestoltaan 60–120 minuuttia asiakkaiden tarpeiden mukaisesti. Suosituksena on, että tapaamiset toteutetaan säännöllisesti samojen asiakkaiden kanssa, samana viikonpäivänä ja samaan kellonaikaan.

Suurin osa (90 %) kyselyyn vastanneista Oma väylä -kuntoutuksen asiakkaista kertoi osallistuneensa kuntoutuksen aikana ryhmätapaamisiin. Asiakkailta ja palveluntuottajilta kysyttiin loppukyselyssä ryhmätapaamisten määrän ja pituuden sopivuutta väittämällä: ”Miten arvioit ryhmätapaamisten määrää?” ja ”Miten arvioit ryhmätapaamisten pituutta?” asteikolla liian vähän – sopiva määrä – liian paljon. Ryhmätapaamisten kesto koettiin pääosin sopivana: palveluntuottajista näin vastasi 89 prosenttia ja asiakkaista 84 prosenttia.

Ryhmätapaamisten määrä jakoi enemmän mielipiteitä. Suurin osa palveluntuottajista (75 %) ja asiakkaista (68 %) arvioi, että ryhmätapaamisia oli sopiva määrä. Kuitenkin 17 prosenttia

palveluntuottajista ja yhdeksän prosenttia asiakkaista koki, että ryhmätapaamisia oli liian paljon. Vastaavasti liian vähäiseksi tapaamisten määrän koki kahdeksan prosenttia palveluntuottajista ja jopa 23 prosenttia asiakkaista.

Palveluntuottajilta kysyttiin loppukyselyssä avoimella kysymyksellä ryhmien toteuttamisen käytännöistä. Ryhmätapaamisten käytännön toteutus oli hyvin vaihtelevaa. Usein miten ryhmän ohjasi kahdesta eri ammattilaisesta koostuva työpari tai mikäli kyseessä oli kooltaan pieni ryhmä, sen ohjasi toinen työparin jäsenistä. Myös muita kokoonpanoja raportoitiin, esimerkiksi tarvittaessa joissain ryhmissä oli hyödynnetty myös moniammatillisen tiimin muita jäseniä tai moniammatillisen tiimin jäsenet olivat vuorotelleet ryhmän ohjaajina esimerkiksi sisällön tai muun tarpeen mukaisesti. Joidenkin palveluntuottajien ryhmissä pyrittiin huomioimaan asiakkailla tuttu työntekijä ohjaajana. Vierailijoina ryhmissä on ollut muun muassa kokemusasiantuntija.

Ryhmäläisten määrä vaihteli välillä 2–10 asiakasta per ryhmä. Ryhmät saattoivat olla joko suljettuja ryhmiä, joissa oli samat osallistujat joka kerralla tai sitten avoimia ryhmiä, johon asiakkaat saivat tulla oman tarpeen mukaan. Ryhmiin oli valittu osallistujia eri kriteerien pohjalta esimerkiksi naisten ryhmä, diagnoosin mukainen ryhmä, iän ja elämäntilanteen mukainen ryhmä, asiakkaan kokonaistilanteen ja tavoitteet huomioiva ryhmä. Myös ryhmien tapaamisajat vaihtelivat esimerkiksi kertaviikkoisesta kerran kuukaudessa toteutuvaan sekä myös yhden kokoontumiskerran ryhmiä ja non-stop-toimintaa raportoitiin.

Ryhmien sisällöt oli rakennettu monin eri tavoin. Osa palveluntuottajista kertoi hyödyntävänsä palvelukuvausta tai muuta valmista rakennetta ryhmässä käsiteltävien teemojen pohjana.

”Meillä on valmiita ryhmäpohjia, joita voi käyttää apuna. Kuitenkin ryhmän alussa aina pohditaan juuri tämän ryhmän tarpeita. Teemoina mm.: psykoedukaatio, tunnetaidot, sosiaaliset taidot, arjen taidot, stressinhallinta/rentoutuminen, itsetuntemus, voimavarat.” (Palveluntuottaja, kysely, 67)

Joidenkin ryhmien teemat taas suunniteltiin vapaammin yhteistyössä ammattilaisten ja asiakkaiden näkemysten pohjalta tai jopa niin, että asiakkaat saivat suunnitella ryhmässä käsiteltävät teemat kokonaan. Myös vapaampaa yhdessä oloa tuotiin esille palveluntuottajien vastauksissa.

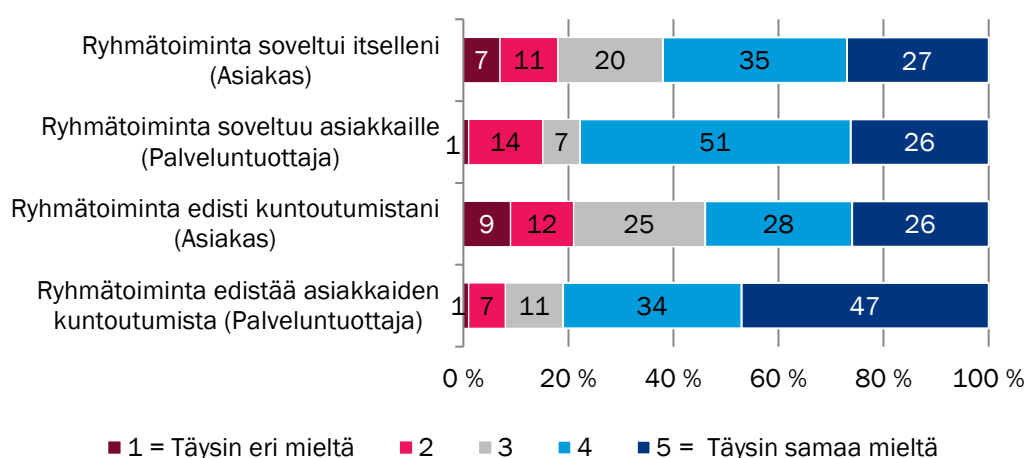
”On myös hyvä olla jos mahdollista hieman vapaata ei liian tiukkaan teemaan perustuvia tapaamisia. Keskustelu ei ole lainkaan itsestään selvää. Hyvin paljon sostilanteiden pelkoa ja jännittämistä. Moni ihan kammoaa ryhmää. Palapelejä, pelikortit ym helppoa yhdessä oloa, joku voi esim. värittää samalla aikuisten värityskirjaa kun muut pelaa ja voi tätä kautta olla mukana ryhmässä. Välitöntä olemista tarvitaan myös.” (Palveluntuottaja, kysely, 7)

Joissain tapauksissa ryhmät oli koottu yhden ison teemakokonaisuuden ympärille, ja tätä teemaa käsiteltiin koko ryhmän toiminnan ajan.

”Meillä on eri teemaisia ryhmiä, esim. Tietoa ja vertaistukea, Hyvinvoinnin ABC, Taide ja tunteet, Kehoryhmä, Keittiöryhmä, Lautapeliryhmä.” (Palveluntuottaja, kysely, 58)

Asiakkailta ja palveluntuottajilta kysyttiin loppukyselyssä erilaisten väittämien kautta, miten he arvioivat ryhmätoimintaa ja vertaistukea kuntoutuksen aikana. Asiakkaista 35 prosenttia oli jonkin verran samaa mieltä ja 27 prosenttia täysin samaa mieltä siitä, että ryhmätoiminta soveltui heille. Yli puolet asiakkaista oli myös jonkin verran tai samaa mieltä siitä, että ryhmätoiminta edisti heidän kuntoutumistaan. Palveluntuottajat arvioivat samoja väittämiä positiivisemmin: 81 prosenttia palveluntuottajista oli jonkin verran tai täysin samaa mieltä siitä, että ryhmätoiminta edisti asiakkaan kuntoutumista. (Kuvio 8.)

Kuvio 8. Palveluntuottajien (n = 73) ja asiakkaiden (n = 378) arviot ryhmätapaamisten soveltuvuudesta loppukyselyssä.



Kokemusten jakamisen koettiin mahdollistuvan ryhmätapaamisissa pääosin hyvin sekä asiakkaiden, että palveluntuottajien arvioimana. Yhteensä 77 prosenttia asiakkaista ja 93 prosenttia palveluntuottajista oli täysin samaa mieltä tai jokseenkin samaa mieltä, että ryhmässä oli mahdollista jakaa kokemuksia muiden kuntoutujien kanssa. Kuitenkin neljä prosenttia asiakkaista oli täysin eri mieltä, että heidän oli mahdollista jakaa kokemuksia muiden kuntoutujien kanssa ja samoin neljä prosenttia koki olevansa tästä jonkin verran eri mieltä. Avoimissa kysymyksissä palveluntuottajat näkivät ryhmät tärkeänä kuntoutuksen osa-alueena, mutta niiden toteuttamisessa koettiin haasteita liittyen asiakkaiden motivoitumiseen ja aikataulujen yhteensovittamiseen. Toisinaan asiakkaiden oli hankala päästä ryhmätapaamisiin työn, opiskeluiden tai etäisyyden vuoksi.

”Ryhmätoiminta on hyvä sosiaalisten taitojen harjoittelemisen, vertaistuen ja itsetuntemuksen kannalta. Haasteena ajoittain kuntoutujien sitoutuminen ryhmiin, jonka eteen tehdään kyllä paljon töitä. Ryhmä voi olla pelottava osalle kuntoutujista mutta asiaa käydään läpi heti kuntoutuksen alusta ja keinoja ryhmässä käymiselle pohditaan aktiivisesti.” (Palveluntuottaja, kysely, 57)

Palveluntuottajat kuvasivat myös, että alun haasteista ja motivoitumattomuudesta oli mahdollista päästä yli ja tämän jälkeen asiakkaiden kokemukset olivat pääosin positiivisia. Samanlaisia kokemuksia oli myös osalla asiakkaista.

”Kuntoutujilla on ollut ryhmiin tulojen kanssa haastetta. Kuitenkin, kun ovat tulleet ryhmätoimintaan mukaan, siitä saatu kokemus on ollut mieluinen. Tämä osa kuntoutuksesta ei ole kovin helppoa kuitenkaan järjestellä ja vaatii monenlaisia keinoja.” (Palveluntuottaja, kysely, 19)

”Ryhmätapaamiset jännittivät minua aluksi, mutta ryhmässämme oli mielestäni hyvä ilmapiiri ja helppoa puhua. Muiden kokemukset olivat kiinnostavia ja toimivat tärkeänä vertaistukena. Sain paljon hyviä vinkkejä ja näkökulmia muilta ja tuntui hyvälle, jos sai jaettua muille omia neuvoja, joista oli apua.” (Asiakas, loppukysely, 45)

”Aluksi koin ryhmätapaamiset hyvin turhina ja negatiivisina kokemuksina, mutta loppupuolella tapaamiset olivat ihan ok ja vertaistuen osalta ihan hyödyllisiä.” (Asiakas, loppukysely, 50)

Asiakkaat toivat loppukyselyn avovastauksissa esille vaihtelevia kokemuksia ryhmän merkityksestä ja toivoivat joustavuutta ryhmätapaamisiin osallistumiseen.

”Ryhmätapaamisten suurin hyöty oli ymmärrys, että en ole yksin ongelmieni kanssa. Meillä oli paljon samanlaisia kokemuksia. :)” (Asiakas, loppukysely, 28)

”En pitänyt ryhmätapaamisia merkityksellisenä. Ne olivat myöskin haastavia vakituisen kellonajan ja päivän vuoksi, koska joustoa ei ollut. Ryhmätapaaminen toi turhaa jännitystä ja stressiä. Olisin toivonut, että kuntoutujalta kysytään haluaako hän liittyä ryhmätapaamiseen. Itse koen oman sosiaalisen lahjakkuuteni ansiosta ryhmän olleen turha kun olin ainoa joka siellä edes uskalsi puhua. Ryhmäkäynnit olisin käyttänyt mieluummin itselleni tehokkaammaksi todetun yksilökäynti tapaamisiin. Sekä Ryhmäkäynnin poissaolon korvaamispakko tuntui raskaalta.” (Asiakas, loppukysely, 20)

Myös palveluntuottajat toivoivat joustavuutta ryhmien toteuttamiseen esimerkiksi ryhmäkäyntien määrään ja ryhmään osallistumiseen liittyen.

”Ryhmäkäyntien määrää pitäisi pystyä vähentämään tai lisäämään asiakkaan tarpeiden mukaan.” (Palveluntuottaja, kysely, 39)

”Koemme ryhmätoiminnan ja vertaistuen todella tärkeäksi, mutta on asiakkaita, joita ryhmätapaamiset kuormittavat niin, että heitä on todella vaikea saada tulemaan tapaamisiin. He saattavat kuitenkin edetä yksilöllisen kuntoutuksen kautta opinnoissaan tai arkielämässään. Harmittaa, että kuntoutus pitää lopettaa, vaikka edistymistä olisikin nähtävissä.” (Palveluntuottaja, kysely, 4)

4.5.3 Läheisten tapaamiset

Oma väylä -kuntoutukseen kuuluu 1–2 läheisten ryhmätapaamista. Lisäksi läheiset voivat osallistua asiakkaan yksilötapaamisiin. Sekä asiakkaiden että läheisten ryhmätapaamisiin osallistuu 1–2 moniammatillisen tiimin jäsentä, jotka ohjaavat ryhmän toimintaa. (Kela, 2022).

Alle puolet loppukyselyyn vastanneiden asiakkaiden läheisistä (39 %) oli osallistunut läheisten ryhmätapaamisiin. Lähes viidennes (19 %) vastasi, että tapaamista ei oltu järjestetty ja 42 prosenttia ei ollut osallistunut tapaamisiin. Palveluntuottajat kuvasivat avoimissa kysymyksissä, miten läheisten ryhmiä oli konkreettisesti toteutettu. Lisäksi kysyttiin, miten muuten he haluaisivat kommentoida läheisten roolia kuntoutuksessa. Ryhmissä oli 1–2 ohjaajaa. Läheisten ryhmiä oli toteutettu runsaasti myös etätoteutuksena. Jonkin verran tuotiin myös esille, että ryhmiä ei ollut vielä ehtinyt toteutua tai niitä ei ollut toteutettu, koska asiakkaat eivät olleet halunneet, että heidän läheisensä osallistuu ryhmään. Sisältöinä ryhmissä oli tiedon tarjoamista ja psykoedukaatiota. Myös vertaistukea, läheisten kuuntelemista ja keskusteluja tuotiin esille.

Läheisen rooli kuntoutuksessa nähtiin hyvin vaihtelevana. Sen nähtiin lähtökohtaisesti olevan tärkeä, mutta esimerkiksi asiakkaan elämäntilanteesta, iästä ja asenteesta johtuen, kaikki asiakkaat eivät nähneet läheisen osallistumista tarpeellisenä. Joskus läheisen rooli nähtiin myös kuntoutusta estävänä tai hidastavana tekijänä. Vanhempien mukana olo korostui erityisesti asiakkaiden kohdalla, jotka olivat iältään nuoria tai eivät olleet vielä itsenäistyneet.

”Alaikäisten kohdalla läheisten osallistuminen kuntoutukseen on oleellista. Täysikäisten kohdalla on hyvä, että läheinen saa tarvittaessa osallistua kuntoutukseen.” (Palveluntuottaja, kysely, 29)

Haasteena läheisten ryhmissä nähtiin muun muassa aikataulujen sovittaminen sekä se, mistä ryhmässä voidaan keskustella, ettei asiakkaan oma yksityisyys vaarannu läheisten kertomusten kautta. Tämän nähtiin vaikuttavan siihen, että ryhmissä voitiin tarjota vain tiukasti tiedollista sisältöä.

Palveluntuottajat toivoivat läheisen mukana oloon joustavuutta esimerkiksi niin ettei se olisi kiinteä osa palvelukuvausta vaan sitä voitaisiin toteuttaa tarpeen mukaan. Lisäksi toivottiin lisää kertoja sekä myös enemmän mahdollisuuksia läheisten yksilötapaamisille ilman, että se vähentää asiakkaan käyntejä. Läheisten mukana olon yksilötapaamisissa nähtiin mahdollistavan esimerkiksi yksilöllisemmät keskustelut.

”Läheisten rooli saisi olla mahdollinen mutta vapaaehtoinen, ei kirjattu kuntoutukseen kuntoutus kertoina. Pitää saada valita tässäkin. Läheinen voi osallistua vaikka asiakkaan kanssa käynnille tarvittaessa ja haluttaessa tai yksilötapaamiseen jos on tarve ja asiakas sitä haluaa. Kaikilla ei ole lainkaan läheisiä joita haluaa edes kuntoutukseen. Ehkä eriarvoistavaa jopa jos se sisällytetään kuntoutuksen runkoon.” (Palveluntuottaja, kysely, 4)

Asiakkaan yksilötapaamisiin oli osallistunut eri läheisiä ja muita toimijoita. Eniten (27 %) vastattiin, että vanhempi tai huoltaja oli osallistunut asiakkaan yksilötapaamisiin. Myös opettajan,

opetushenkilön edustajan tai oppilashuollon edustajan oli vastattu osallistuneen tapaamisiin melko usein (yhteensä 24 %). Työnantajien edustajien osuus sen sijaan oli pieni (1 %). (Taulukko 4).

Taulukko 4. Läheisten osallistuminen asiakkaan yksilötapaamisiin asiakkaiden kertomana loppukyselyssä.

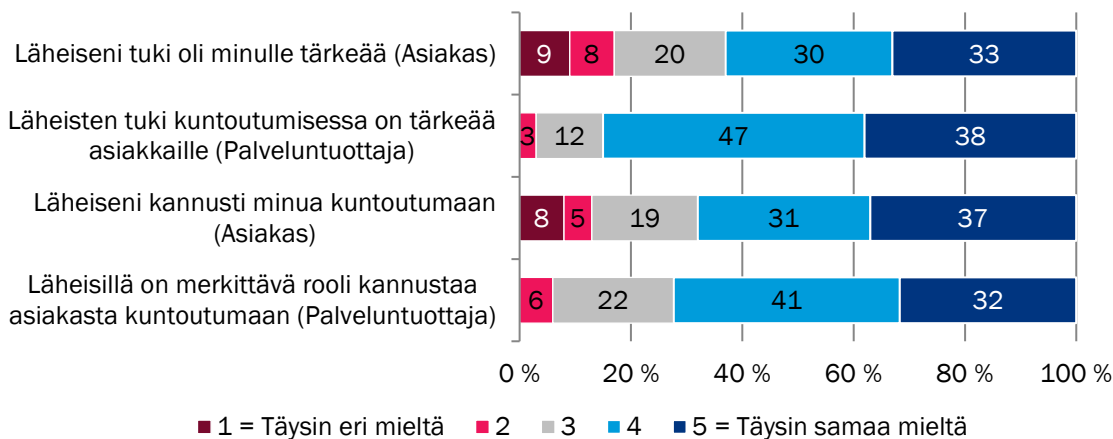
Kuntoutukseen osallistunut läheinen (vastaajien määrä)	%
Vanhempi tai huoltaja (n = 324)	27
Opettaja tai muu opetushenkilöstön edustaja (n = 307)	13
Oppilashuollon edustaja (n = 306)	11
Puoliso tai seurustelukumppani (n = 309)	10
Muu perheenjäsen (n = 305)	3
Muu läheinen, kuten ystävä (n = 305)	1
Työnantajan edustaja (n = 304)	1
Muu (n = 231)	4

Muita asiakkaiden tapaamisiin osallistuneita henkilöitä oli muun muassa TYP, asumispalveluiden ohjaaja, mielenterveys poliklinikan sairaanhoitaja, tukihenkilö, opintopsykologi, työterveyshuollon edustaja, puheterapeutti ja neuropsykiatrinen valmentaja (Loppukyselyn väitämä ”Muu”).

Asiakkailta kysyttiin asteikolla 1–5, jossa 1 = ei lainkaan hyödyllinen ja 5 = erittäin hyödyllinen, kuinka hyödylliseksi he kokivat näiden eri läheisten mukanaolon yksilötapaamisissa. Vanhemman tai huoltajan (n = 30) mukanaolo ei ollut kuuden prosentin mielestä lainkaan hyödyllistä ja yli puolet koki, että se oli joko erittäin hyödyllistä (23 %) tai hyödyllistä (36 %). Opettajan tai muun opetushenkilöstön edustajan (n = 38) ja oppilashuollon edustajan (n = 32) osalta vastaukset jakaantuivat samansuuntaisesti: melkein kaksi kolmasosaa koki, että mukana olo oli joko hyödyllistä tai erittäin hyödyllistä eikä kukaan vastannut kokeneensa mukana oloa ei lainkaan hyödyllisenä. Puolison tai seurustelukumppanin (n = 30) mukana olo ei ollut lainkaan hyödyllistä seitsemän prosentin mielestä, kun taas 43 prosenttia vastasi sen olleen erittäin hyödyllistä ja 30 prosenttia hyödyllistä.

Palveluntuottajilta ja asiakkailta kysyttiin loppukyselyssä läheisen roolista kuntoutuksessa. Palveluntuottajat kokivat läheisten tuen ja kannustamisen kuntoutuksessa useammin tärkeämpänä kuin asiakkaat. 85 prosenttia palveluntuottajista oli täysin samaa mieltä tai jokseenkin samaa mieltä, että läheisten tuki kuntoutumisessa on tärkeää asiakkaille. Kyselyyn vastanneista asiakkaista 17 prosenttia oli joko täysin eri mieltä tai jokseenkin eri mieltä, että läheisen tuki oli tärkeää. Yli puolet asiakkaista oli täysin samaa mieltä tai jonkin verran samaa mieltä siitä, että läheisen tuki on ollut tärkeää ja että läheinen on kannustanut asiakasta kuntoutumaan. (Kuvio 9, s. 39.)

Kuvio 9. Läheisten rooli kuntoutuksessa asiakkaiden (n = 414) ja palveluntuottajien (n = 73) arvioimana loppukyselyssä.



Palveluntuottajat arvioivat loppukyselyssä läheisen kuntoutukseen osallistumisen hyötyjä sekä läheisten ryhmäkertojen osalta, että yleisesti. Vastaukset jakaantuivat hyvin samansuuntaisesti näissä kahdessa väittämässä. Noin kaksi kolmasosaa vastanneista palveluntuottajista oli täysin samaa mieltä tai jokseenkin samaa mieltä, että sekä läheisen mukana olo kuntoutuksessa hyödyttää asiakasta että läheisten osallistuminen heille suunnatuille ryhmäkerroille hyödyttää asiakasta.

4.5.4 Verkostoyhteistyö

Palvelukuvauksen (Kela, 2022) mukaan yksilötapaamiset voivat toteutua asiakkaan arjen ympäristöissä, kuten kotona, oppilaitoksissa tai työpaikoissa. Niissä voivat olla mukana erilaiset asiakkaan kanssa yhteisesti sovitut, asiakkaan arkeen liittyvät toimijat. Palvelukuvauksessa ei ole kuitenkaan tarkasti määritelty verkostoyhteistyön sisältöjä eikä määriä.

Avovastauksissa palveluntuottajat toivat esille, että verkostoyhteistyötä oli tehty useiden eri tahojen kanssa. Verkostotyö nähtiin tärkeänä ja sitä räätälöitiin asiakkaan tarpeiden mukaiseksi.

”Moni nuori on kuntoutukseen päästyään tilanteessa, jossa hänellä ei ole riittävästi tukea ympärillään ja tämä asia näyttäytyy kuntoutuksessa tärkeänä.” (Palveluntuottaja, kysely, 50)

Yhteistyötahoja olivat esimerkiksi

- asiakkaan läheiset (kuten puoliso tai vanhemmat)
- koulut ja oppilaitokset (kuten kuraattorit, opettajat, erityisopettajat, opinto-ohjaajat, terveydenhoitajat)
- terveydenhuollon eri tahot (kuten erilaiset mielenterveyspalvelut, terveyskeskukset, psykiatrian poliklinikat, yksityiset lääkärit, terapeutit)

- sosiaalipalvelut (kuten sosiaalihuolto, aikuissosiaalityö, lastensuojelu, sosiaalityöntekijät)
- työllistämispalvelut ja työpaikat (kuten TE-keskukset, työkokeilupaidat, työvalmennus, työpajat, kuntouttava työtoiminta, Ohjaamo)
- nuorisopalvelut (kuten etsivänuorisotyö, nuorisotoimi, harrastukset)
- 3. sektorin palvelut ja muut toimijat (kuten tukihenkilöt, turvatalot, SETA, seurakunta, oikeusaputoimisto).

Verkostotyöskentelyä toteutettiin palaverilla, tapaamisilla sekä yhteydenpidolla, kuten puheilla ja sähköposteilla. Verkostoyhteistyötä toteutettiin joko asiakkaan luvalla ilman asiakasta tai yhdessä asiakkaan kanssa. Palveluntuottajat kertoivat, että asiakkaita tuetaan ja rohkaistaan muun muassa yhteydenottoihin eri tahoihin ja niitä myös toteutetaan yhdessä kuntoutuksen aikana. Asiakkaita myös autetaan tarvittavien hakemusten teossa, että tuetaan palaverissa niin, että asiakkaan ääni pääsee kuuluviin. Verkostotyöskentelyyn sisältyy myös tiedonjakamista ja tiedonvaihtamista sekä ohjausta ja konsultointia verkostojen kanssa. Myös kuntoutuksen jatkumisen suunnittelu ja kartoitus on osa verkostotyötä.

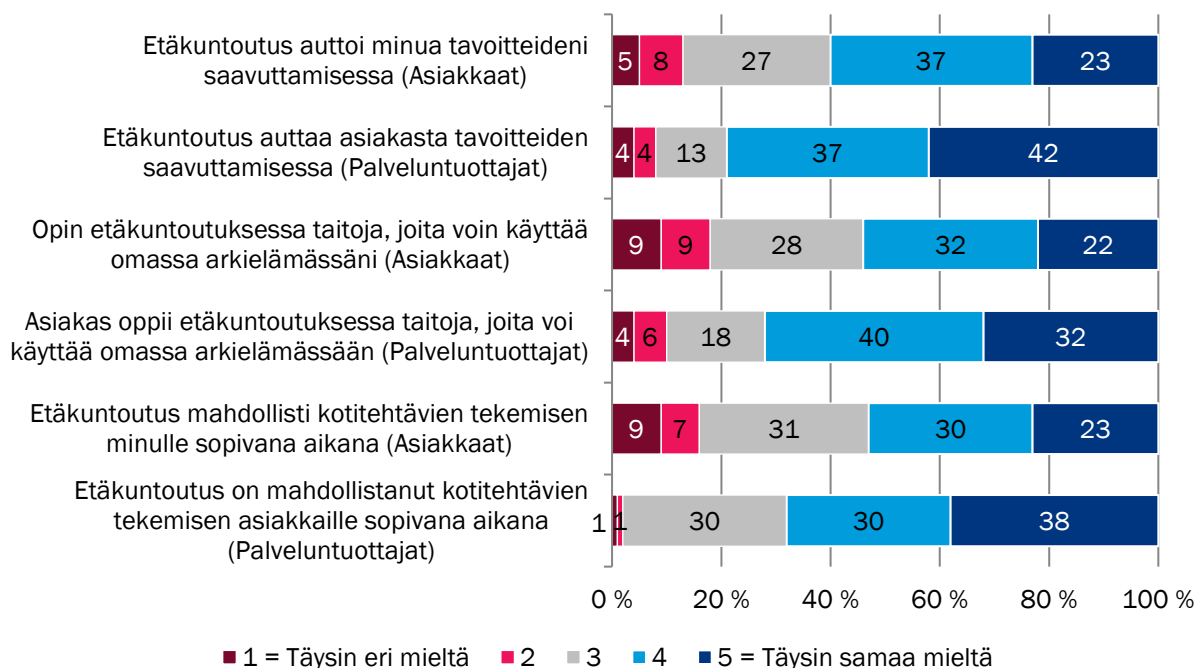
4.5.5 Etätapaamiset osana kuntoutusta

Kuntoutukseen sisältyvistä yksilöllisistä tapaamisista enintään 13 voidaan toteuttaa etäyhteydellä kuvapuheluna. Ryhmätapaamiset toteutuvat pääsääntöisesti kasvokkaisina tapaamisina, joihin voi yksittäinen asiakas osallistua poikkeustapauksissa etäyhteydellä. (Kela, 2022.)

Etätapaamisia oli toteutunut asiakkaiden loppukyselyn vastausten perusteella lähes kahdella kolmasosalla (63 %) asiakkaista. Vastaavasti palveluntuottajista 68 (93 %) ilmoitti toteuttavansa kuntoutusta myös etäyhteyden välityksellä. Suurin osa asiakkaista, joilla osa Oma väylästä oli toteutunut etätapaamisina (80 %) sekä valtaosa palveluntuottajista (84 %) arvioi, että etäkuntoutus oli samaa kuntoutuskokonaisuutta kasvokkaisen kuntoutuksen kanssa. Suurin osa asiakkaista (70 %) ja palveluntuottajista (78 %) arvioi myös etäkuntoutuksen olevan soveltuva kuntoutuksen toteutusmuoto. Neutraali suhtautuminen etäkuntoutukseen, ei samaa, eikä eri mieltä, oli 18 prosentilla asiakkaista ja 15 prosentilla palveluntuottajista.

Kaiken kaikkiaan valtaosa asiakkaista (69 %) ja palveluntuottajista (72 %) arvioi etäkuntoutuksen edistäneen kuntoutumista. Suurin osa asiakkaista arvioi, että etäkuntoutus auttoi tavoitteiden saavuttamista (60 %), edisti arkielämän taitojen oppimista (54 %) sekä mahdollisti kotitehtävien tekemisen sopivana aikana (53 %). Neutraalisti suhtautui reilu neljännes asiakasta siihen, auttoiko etäkuntoutus tavoitteiden saavuttamisessa (27 %) ja oppiko etäkuntoutuksessa arkeen sovellettavia taitoja (28 %). Melkein kolmannes (31 %) ei ollut samaa, eikä eri mieltä siitä, että mahdollistiko etäkuntoutus kotitehtävien tekemisen sopivana aikana. Palveluntuottajat arvioivat nämä vaikutukset hieman asiakkaita myönteisemmin (kuvio 10, s. 41).

Kuvio 10. Asiakkaiden (n = 256–259) ja palveluntuottajien (n = 71) arvioita etäkuntoutuksen vaikutuksista tavoitteiden saavuttamiseen, taitojen oppimiseen sekä kotitehtävien tekemiseen.



Ammattilaisten koetaan osaavan toteuttaa etäkuntoutusta. Näin arvioi asiakkaista 88 prosenttia ja ammattilaisista 97 prosenttia. Suurin osa asiakkaista (78 %) arvioi saaneensa tarvitsemaansa tukea ja vastaavasti palveluntuottajista 82 prosenttia arvioi, että asiakkaat saavat tarvitsemaansa moniammatillista ja yksilöllistä tukea etäkuntoutuksen aikana. Palveluntuottajista valtaosa (83 %) arvioi myönteisesti heidän mahdollisuutensa antaa riittävästi opastusta ja tukea sekä teknistä tukea ja ohjausta etäkuntoutukseen osallistumiseen. Lähes kaikki (98 %) asiakkaista oli käyttänyt omia laitteita, neljä asiakasta (1,5 %) ilmoitti käyttäneensä palveluntuottajan laitteita, yksi koulun laitteita ja yksi terveydenhuollon.

Etäkuntoutus arvioitiin pääsääntöisesti turvalliseksi, näin arvioi asiakkaista 93 prosenttia ja palveluntuottajista 92 prosenttia. Käytettävät laitteet ja sovellukset arvioi tietoturvalisiksi lähes kaikki palveluntuottajat (93 %). Suurin osa, sekä asiakkaista (90 %), että palveluntuottajista (89 %), arvioi niiden olevan tarkoitukseen soveltuvia. Helppokäyttöisiksi käytettävät laitteet ja sovellukset arvioi 89 prosenttia asiakkaista ja 91 prosenttia palveluntuottajista. Myös etäyhteyden arvioi toimivaksi asiakkaista 80 prosenttia ja palveluntuottajista 79 prosenttia. Asiakkailla etäkuntoutuksessa käytössä olevan tilan sopivaksi ja rauhalliseksi arvioi asiakkaista hieman suurempi osuus (85 %) kuin palveluntuottajista (71 %).

Niistä, joilla ei ollut toteutunut etäkuntoutusta, 148 asiakasta (94 %) ilmoitti syitä, miksi etäkuntoutusta ei ollut toteutettu. Selkeästi useimmin ilmoitetut syyt olivat kiinnostuksen puute etäkuntoutukseen, minkä ilmoitti 104 asiakasta (70 % kysymykseen vastanneista) ja tai ettei halunnut kuntoutusta toteutettavan etäkuntoutuksena, mikä oli 98 asiakkaan (63 %) ilmoittama syy. Muina syinä oli 18 vastaajalla (12 %) se, että etäkuntoutusmahdollisuutta ei tarjottu, viidellä vastaajalla (3 %) se, ettei ollut tarvittavia laitteita ja kolmella vastaajalle (2 %) ei ollut tarvittavaa osaamista.

Etäkuntoutusta on palveluntuottajien mukaan toteutettu yleisimmin johtuen käytännöllisistä syistä esimerkiksi pitkien välimatkojen ja kulkemisen hankaluuksien tai aikataulujen yhteensovittamisen haasteiden vuoksi sekä jos asiakas on unohtanut tapaamisen. Verkostotapaamisissa etäkuntoutus on koettu myös toimivaksi muodoksi.

”Asiakas nukkunut liian pitkään tai unohtanut tapaamisen tai sovitusti esim. opon kanssa yhteistapaaminen.” (Palveluntuottaja, kysely, 3)

Etätapaamiset olivat mahdollistaneet kuntoutuksen jatkumisen myös silloin, jos asiakkaalla oli ollut jaksamisen haasteita, ahdistuneisuutta tai asiakas on ollut sillä tavoin sairaana, että kasvokkain tapaaminen ei ole onnistunut, mutta kotoa käsin on voinut etätapaamiseen osallistua. Lisäksi etäkuntoutus on hyvä vaihtoehto poikkeavissa elämäntilanteissa kuten toisella paikkakunnalla olleen työharjoittelun aikana, kesken kuntoutuksen toiselle paikkakunnalle muuttaessa tai pidempinä loma-aikoina.

”Etäkuntoutus toimii ja se soveltuu hyvin Oma väylä -kuntoutukseen. Esimerkiksi nuorten opiskelujen loma-aikoina kuntoutuksen toteuttamista on voitu jatkaa etänä, vaikka nuori on lähtenyt toiselle paikkakunnalle vanhempiensa luokse.” (Palveluntuottaja, kysely, 8)

Monet palveluntuottajat kuvasivat vastauksissaan etäkuntoutusta hyväksi lisäksi, joka tarjoaa joustoa. Muutamat pitivät etäkuntoutusta haasteellisenä Oma väylä -kuntoutuksen asiakasryhmälle. Kuitenkin vastauksissa korostui yksilöllisen, tilannekohtaisen etäkuntoutuksen soveltuvuuden arvioinnin tarve.

”Oma väylän asiakkaita palvelee usein paremmin kasvokkain tapaaminen, koska kuntoutustarve liittyy juuri vuorovaikutus- ja sosiaalisiin taitoihin ja kodin ulkopuolelle lähtemiseen rohkaisemiseen.” (Palveluntuottaja, kysely, 73)

”Etäkuntoutus toimii hyvin jos asiakas on siihen motivoitunut. Joskus neuropsykiatriset piirteet estävät etäkuntoutuksen toimivuuden (esimerkiksi vaikeus keskittyä).” (Palveluntuottaja, kysely, 76)

”Etätapaamisiin on tärkeä suhtautua kuten tavalliseen kasvokkain tapahtuvaan tapaamiseen. Etäkuntoutuksessa voi ohjata täysin samoja asioita kuin kasvotustenkin.” (Palveluntuottaja, kysely, 48)

4.6 Kuntoutuksen toteutuminen ja sisällöt

4.6.1 Kuntoutuksen oikea-aikaisuus

Oma väylä -kuntoutus koettiin pääasiassa oikea-aikaisena sekä asiakkaiden että palveluntuottajien loppukyselyssä. Asiakkaista 79 prosenttia ja palveluntuottajista 86 prosenttia vastasi kuntoutuksen tulleen oikeaan aikaan.

”Kuntoutus tuli juuri minulle sopivaan aikaan ja sen aloittaminen on yksi parhaista päätöksistä jonka olen tehnyt.” (Asiakas, loppukysely, 128)

Sekä palveluntuottajat että asiakkaat kuvasivat kuntoutuksen tulleen joskus liian myöhään (palveluntuottajat 14 % ja asiakkaat 18 %). Asiakkaista pieni osa (3 %) arvioi, että kuntoutus oli tullut liian aikaisin.

”Oma väylä kuntoutukseni tuli liian aikaisin tämän hetkisen elämäntilanteeni ajattelun. Kuntoutus oli liian lyhyt tavoitteeni yltämiseen, jos olisin edes yltänyt tavoitteisiini.” (Asiakas, loppukysely, 67)

”Olisin halunnut vastaavanlaiseen kuntoutukseen jo paljon aiemmin. Oma Väylä kuntoutus tuli kohdalleni ’kuntoutuspolkuni’ loppupäässä. Uskon, että olisin hyötynyt kuntoutuksesta vielä enemmän aikaisemmassa vaiheessa.” (Asiakas, loppukysely, 130)

4.6.2 Kuntoutukseen liittyvät arvioinnit

Toimintakyvyn arvioinnin tulisi ohjata kuntoutuksen toteutusta ja todentaa muutosta. Palvelukuvauksessa tähdennetään, että asiakkaan tulisi ymmärtää arvioinnin ja siinä käytettävien menetelmien merkityksen. (Kela, 2022.)

Arviontien tarkoitus on suurimman osan asiakkaiden (86 %) mielestä kerrottu heille ja vastaavasti kaikki palveluntuottajat ovat vähintäänkin jokseenkin samaa mieltä siitä, että he kertovat arviontien tarkoituksen asiakkaille. Suurin osa asiakkaista (83 %) ilmaisi olevansa vähintään jokseenkin samaa mieltä siitä, että ymmärtää arviontien merkityksen kokonaistilanteen ja tavoitteiden asettamisen kannalta. Palveluntuottajat arvioivat samansuuntaisesti, mutta asiakkaita positiivisemmin. Heistä lähes kaikki ilmaisi olevansa samaa mieltä siitä, että he varmistavat sen, että asiakas ymmärtää arviontien merkityksen kokonaistilanteen kannalta (94 %) ja tavoitteiden asettamisen kannalta (98 %).

Elämänlaatua mittaavan WHOQOL-BREF-kyselyn arvioi asiakkaista puolet (50 %) ja palveluntuottajista suurin osa (65 %) joko erittäin hyödylliseksi tai hyödylliseksi. Samoin Työkykykysymykset arvioi asiakkaista lähes puolet (49 %) ja palveluntuottajista suurin osa (63 %) joko erittäin hyödylliseksi tai hyödylliseksi. Merkillepantavaa on, että nämä kummatkin mittarit arvioi neutraaleiksi, ei hyödylliseksi, eikä hyödyttömiksi, noin neljäsosa asiakkaista ja palveluntuottajista. Mielialaa arvioivan BDI-21-kyselyn palveluntuottajien mieltävät näistä kolmesta kyselystä hyödyllisimmäksi. (Taulukko 5, s. 44.)

Taulukko 5. Oma väylä -kuntoutuksessa käytettävien mittarien hyödyllisyys asiakkaiden ja palveluntuottajien arvioimana.

	Erittäin hyödyllinen %	Hyödyllinen %	Ei hyödyllinen, eikä hyödytön %	Hyödytön %	Erittäin hyödytön %	En osaa sanoa %	KA. (SD) ^a
Elämänlaatu WHOQOL-BREF -kysely							
Asiakkaat (n = 143)	17	33	26	7	4	13	3,6 (1,0)
Palveluntuottajat (n = 9)	26	41	27	6	0		3,9 (0,9)
Mielialakysely BDI-21							
Asiakkaat (n = 143)	20	33	23	8	6	10	3,6 (1,1)
Palveluntuottajat (n = 9)	34	45	15	4	2		4,1 (0,9)
Työkykykysymykset							
Asiakkaat (n = 143)	16	33	23	8	4	16	3,6 (1,1)
Palveluntuottajat (n = 9)	19	44	26	8	3		3,7 (1,0)

a "En osaa sanoa" -vastaukset on poistettu analyyseistä.

Palveluntuottajilta kysyttiin avoimella kysymyksellä heidän tekemistään muista asiakaskohtaisista arvioinneista tai selvityksistä sekä muista tavoista, joilla he selvittävät asiakkaan tilannetta kuntoutuksen aikana. Kysymykseen oli vastattu 68 lomakkeessa. Monissa vastauksissa korostettiin, että arviointimenetelmät valitaan yksilöllisen tilanteen mukaisesti. Mahdollisina strukturoituina tai standardoituina arviointimenetelminä mainittiin nimeltä monia eri testejä tai arviointeja. Nämä mainitut arvioinnit on kehitetty selvittämään erityyppisiä asioita, kuten elämänlaatua (esim. 3x10D), subjektiivista hyvinvointia ja hoidon vastetta (esim. CORE-OM), päivittäisen elämän tai arjen toiminnoista tai suoriutumista (esim. COPM, ARTO), asumisen taitoja (ASTA), ahdistuneisuutta (esim. GAD-7, BAI), viestintä- ja vuorovaikutustaitoja (ACIS), kognitiivisia toimintoja (esim. WAIS), päihteiden käyttöä (esim. AUDIT) tai aistitoimintoja (esim. SI-profile). Lisäksi oli yleisemmin kuvattu, että psykologi tekee tarvittaessa testejä esim. luki-testit ja testit liittyen oppimisvaikeuksien kartoittamiseen.

Monessa vastauksessa nostettiin esille myös esitietolomakkeet, kuntoutussuunnitelma, lääkärinlausunto ja aiemmat tutkimukset keskeisiksi tiedonlähteiksi sekä GAS-menetelmä tavoitteiden saavuttamisen seurannassa.

Kuitenkin tärkeimpänä tiedonhankinnan menetelmänä vastausten perusteella on asiakkaan haastattelu ja keskustelut, joissa tukena käytetään erilaisia menetelmiä, kuten motivoivaa haastattelua. Keskustelussa hyödynnetään myös visualisointi- ja konkretisointikeinoja kuten Neuroperhe-keskustelukortit, Voimavaratimantti tai Elämäntilanteen selvittämisen ympyrä ja tavoitteenasettamisessa Spiral-lautapeliä. Nimettyjen, strukturoitujen menetelmien lisäksi kuvattiin yleisemmällä tasolla, että kartoitetaan esimerkiksi voimavaroja, vahvuuksia, itsetunte-
musta, tunnetyöskentelyä, sosiaalisten tilanteiden ja arjen hallintaa sekä vuorokausirytmisiä kirjallisten materiaalien ja lomakkeiden avulla. Myös toiminnan havainnointi ja analyysi sekä kotikäynnit mainittiin arviointimenetelmänä.

Läheisten haastattelut ja nuoren verkostojen toimijoiden, kuten opettajien tai työtoiminnan ohjaajien, haastattelut nostettiin myös tärkeiksi tiedonhankinnassa.

4.6.3 Tavoitteet ohjaamassa kuntoutusta

Kuntoutuksen tavoitteiden tulisi olla asiakkaalle itselleen merkitykselliset, realistiset, aikataulutetut sekä tarkoituksenmukaiset. Tavoitteet yhdistyvät myös siihen, että asiakas voi nähdä muutoksen mahdollisena ja että asiakas sitoutuu tavoitteiden saavuttamista edellyttävään työskentelyyn. Tavoitteet ohjaavat keskittymään kuntoutuksessa olennaisiin asioihin. Oma väylä -kuntoutuksessa käytetään tavoitteiden laatimisessa yhdessä asiakkaan kanssa GAS-menetelmää, jolla myös arvioidaan tavoitteiden saavuttamista kuntoutuksen lopussa. (Kela, 2022.)

Asiakkaat osallistuvat aktiivisesti omien tavoitteidensa asettamiseen. Näin arvioivat lähes kaikki palveluntuottajat (97 %) ja myös valtaosa asiakkaista (94 %). Asiakkaista 91 prosenttia olivat samaa mieltä siitä, että heille annettiin tavoitteiden asettamiseen riittävästi tukea. Täysin samaa mieltä oli annetusta tuosta 92 prosenttia palveluntuottajista. Palveluntuottajien kyselyn avoimissa kommentteissa tavoitteiden asettamisprosessista ja työskentelystä tavoitteiden saavuttamiseksi näkyy erilaiset näkemykset. Osa painottaa tavoitteiden tärkeyttä ja tuo myös esille, että GAS on toimiva menetelmä. Osa tuo esille, että GAS-menetelmä ei ole mielekäs, esimerkiksi koska laadullisia tai laajoja tavoitteita on hankala muuttaa numeraalisiksi, eikä tavoitteet ole kuntoutuksen alussa muotoiltavissa mittaviksi.

”Tavoitteet ovat tärkeä ja ehkä olennaisin osa työskentelyä.” (Palveluntuottaja, kysely, 35)

”GAS on hyvä ja toimiva työkalu tässä(kin) kuntoutuksessa.” (Palveluntuottaja, kysely, 41)

”Asiakkaan kokonaistavoitteet ovat usein laajempia kuin Omiin tavoitteisiin kirjattavat pilkotut ja määrälliset tavoitteet. Laajempia laadullisia tavoitteita (esimerkiksi itsetuntemuksen lisääntyminen) on usein vaikea asettaa mitattavaan muotoon. Henkilökohtaiset tavoitteet jalostuvat jatkuvana prosessina kuntoutuksen aikana. GAS mittaustapana ei aina kerro koko kuntoutumisen.” (Palveluntuottaja, kysely, 19)

”Kelan vaatiman GAS-tavoitteen lisäksi on myös muita tavoitteita, joita arvioidaan ja muutetaan koko kuntoutuksen ajan.” (Palveluntuottaja, kysely, 28)

Erityisesti riittävän ajan käyttäminen tavoitteiden asettamiseen sekä asiakkaaseen ja hänen tilanteeseensa tutustumiseen korostuu palveluntuottajien avoimissa kommentteissa. Tavoitteiden asettamisvaiheeseen on kuulunut monenlaista tilanteen selvittelyä. Kommentteissa todetaan myös, että kun ymmärrys tilanteesta lisääntyy, on ollut tarpeen muuttaa tavoitteita.

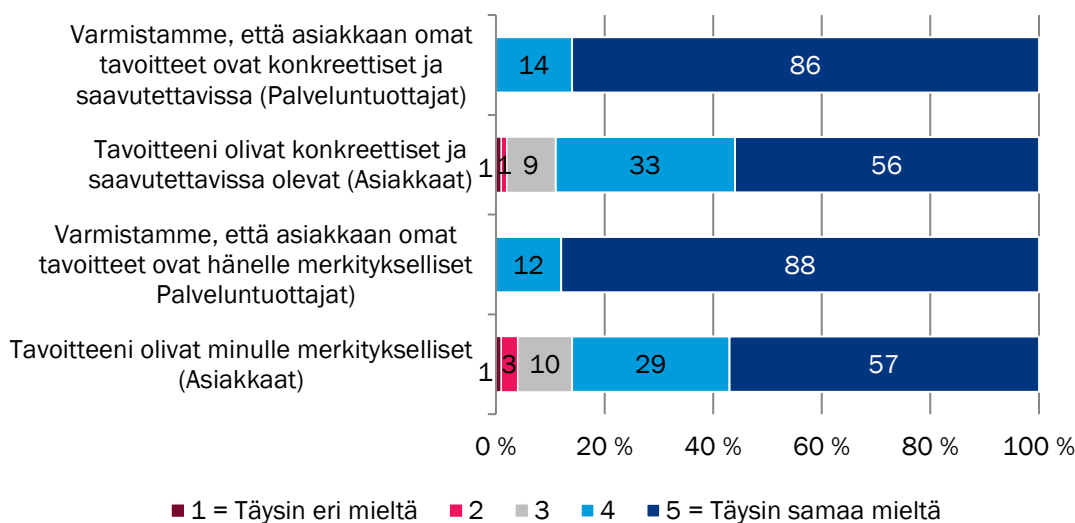
”Usealla kuntoutujalla on myös arjen talousasiat sekaisin, hoitokontaktit puutteellisia yms. ja niiden asioiden hoitoon menee kuntoutuksen alusta useampi kerta ennen kuin

päästään itse alkuun. Jos raha-asiat ovat epätasapainossa keskittyminen mihinkään muuhun ei onnistua. Usein yhdeksi tavoitteeksi asetetaan jokin hyvin konkreettinen asia kuten 'psykiatrian kontaktiin hakeutuminen' tai 'taloustilanteen selvittely'." (Palveluntuottaja, kysely, 38)

Kaiken kaikkiaan valtaosa asiakkaista arvioi asetetut tavoitteet merkityksellisiksi, konkreettiseksi ja saavutettavissa oleviksi. Ainoastaan 10 prosenttia asiakkaista ei suoraan ollut samaa mieltä ja 2–3 prosenttia ilmaisi olevansa eri mieltä. Vastaavasti suurin osa (yli 85 %) palveluntuottajista on täysin samaa mieltä siitä, että he varmistavat asiakkaiden tavoitteiden merkityksellisyyden, konkreettisuuden ja sen, että ne ovat saavutettavissa (kuvio 11). Myös avoimissa kommenteissaan palveluntuottajat korostavat pyrkimystä asettaa realistiset ja konkreettiset tavoitteet. Tavoitteiden asettamista todettiin hankaloittavan, jollei asiakas tiedosta neuropsykiatrisia haasteita tai niitä ei ole diagnosoitu.

"Joidenkin kuntoutujien kohdalla tavoitteiden asettaminen on haastavaa siksi, että kuntoutuja ei hahmota omia haasteitaan tai oma kokemus toimintakyvystä on eriävä läheisten kanssa." (Palveluntuottaja, kysely, 46)

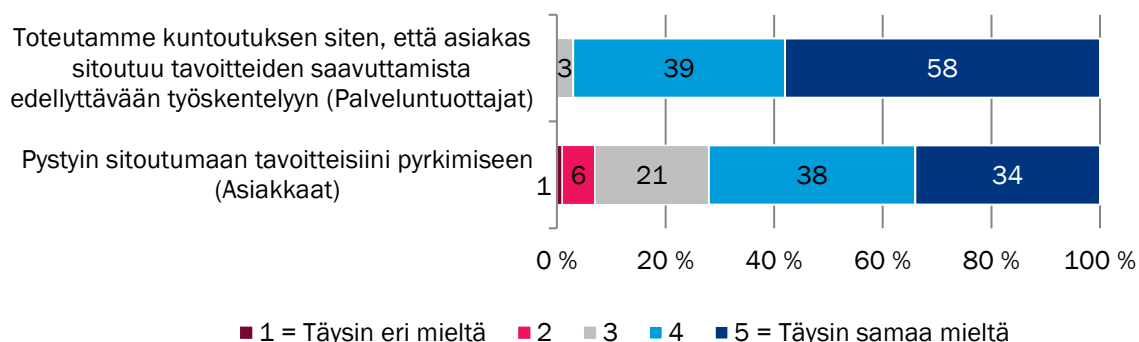
Kuvio 11. Tavoitteiden merkityksellisyys, konkreettisuus ja saavutettavuus asiakkaiden (n = 421–422) ja palveluntuottajien (n = 73) arvioimana.



Asiakkaiden omissa arvioissa sitoutumisessaan tavoitteisiin oli hajontaa niin, että 21 prosenttia ei suoraan arvioinut, että olisi pystynyt, tai ettei olisi pystynyt sitoutumaan. Asiakkaista 7 prosenttia ilmaisi selkeästi, ettei pystynyt sitoutumaan tavoitteisiin. Vaikka palveluntuottajat arvioivat, että he toteuttavat kuntoutuksen niin, että asiakas sitoutuu tavoitetyöskentelyyn (kuvio 12, s. 47), tuovat he avoimissa kommenteissaan esille myös erilaisia näkökulmia sitoutumisesta ja motivoitumisesta. He korostivat, että tukevat asiakasta hänelle merkityksellisten tavoitteiden asettamisessa ja asiakkaan aktiivisuutta, mutta että aina se ei riitä sitoutumiseen. Hankalia ovat myös tilanteet, joissa tavoitteet on asetettu ulkoapäin tai jollei asiakas ole tullut kuntoutukseen omasta tahdostaan.

”Tärkeintä on saada asiakas ymmärtämään, että hän on oman kuntoutuksensa aktiivinen toimija. Kuntoutujan täytyy kyetä itse tekemään toivomansa muutokset, joita kuntoutusprosessi tukee ja kannustaa tekemään.” (Palveluntuottaja, kysely, 64)

Kuvio 12. Tavoitteisiin sitoutuminen ja sitoutumisen tukeminen asiakkaiden (n = 422) ja palveluntuottajien arvioimana (n = 73).



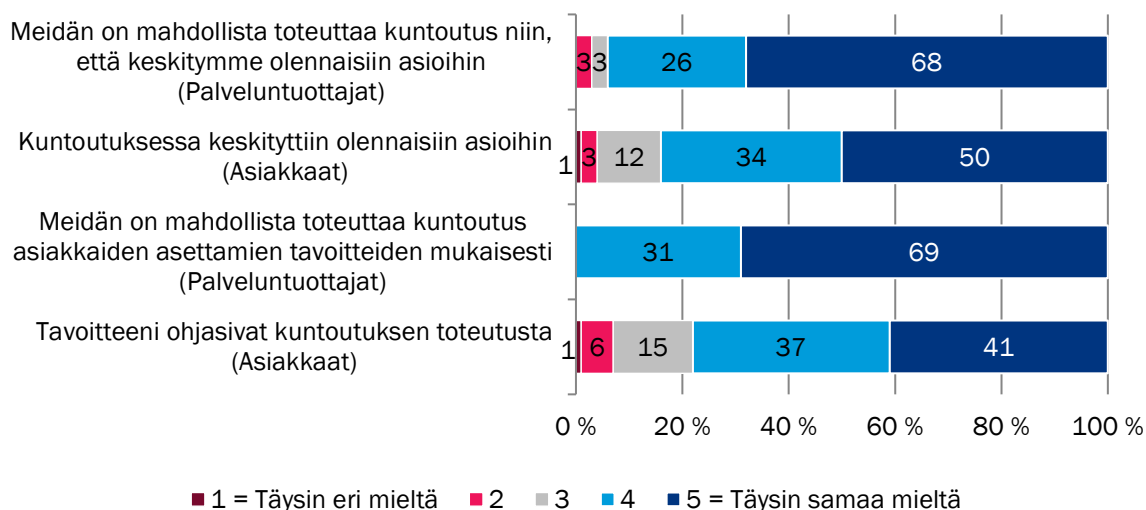
Asiakkaista suurin osa oli joko täysin samaa mieltä (64 %) tai lähestulkoon samaa mieltä (27 %), että hänen kuntoutumisensa suunnitelma on laadittu yhteistyössä. Loput asiakkaista ei osannut arvioida, oliko tätä mieltä vai ei (8 %) tai oli eri mieltä (1 %). Hieman enemmän epäroivia arvioita asiakkailla oli siitä, että suunnitelma oli toimiva ja realistinen, 12 prosenttia ei ilmaissut selkeää kantaa ja 3 prosenttia oli eri mieltä. Palveluntuottajista yli kolme neljäsosaa (76 %) oli täysin sitä mieltä, että varmistavat suunnitelman toimivuuden ja realistisuuden.

Asiakkaista alle puolet (41 %) oli täysin samaa mieltä siitä, että hänen tavoitteensa ohjasivat kuntoutuksen toteutusta ja puolet oli täysin sitä mieltä, että kuntoutuksessa keskityttiin olennaisiin asioihin. Vastaavasti suurin osa palveluntuottajista on täysin sitä mieltä, että kuntoutus on mahdollista toteuttaa asiakkaiden tavoitteiden mukaisesti (70 %) ja niin, että kuntoutuksessa keskitytään olennaisiin asioihin (67 %). (Kuvio 13, s. 48.)

Palveluntuottajien avoimissa kommenteissa tuotiin esille, että työn fasilitteetit, kuten käytettävissä olevat tilat sekä asiakkaan psyykkinen vointi ja voinnin vaihtelu voi estää suunnitelmien toteuttamista ja olennaisiin asioihin keskittymistä. Tarvittaessa asiakkaita on ohjattu psykiatrisen hoidon piiriin, vaikka kommenteissa nostettiin esille myös terveydenhuollon toimimattomuus näissä tilanteissa. Kommenteissa tuotiin esille yhteistyön tekeminen lähettävän tahon ja asiakkaan verkoston kanssa, vaikka mainittiin myös, että aina asiakkaalle merkityksellisiä henkilöitä ja tahoja ei saada mukaan yhteistyöhön tai että joskus odotukset ovat liian korkeat.

”Asiakasryhmän toimintakyvyssä tapahtuu luontaisesti paljon vaihtelua ja psyykkinen tilanne vaikuttaa kuntoutukseen. Mielestämme työryhmä on kyennyt tukemaan myös asiakkaiden psyykkisissä haasteissa ja on ohjattu psykiatristen palveluiden piiriin.” (Palveluntuottaja, kysely, 30)

Kuvio 13. Kuntoutuksen toteuttaminen tavoitteiden mukaisesti asiakkaiden (n = 420–422) ja palveluntuottajien (n = 72–73) arvioimana.



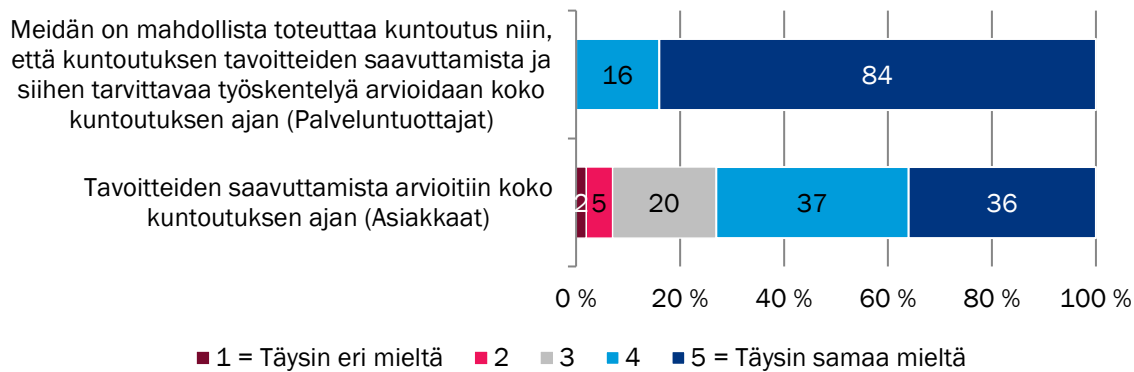
Tavoitteiden saavuttamisen arviointi kuntoutuksen aikana oli asiakkaiden arvioiden perusteella vaihtelevaa. Osa asiakkaista oli täysin samaa mieltä (36 %) siitä, että tavoitteita arvioitiin koko kuntoutuksen ajan, mutta viidesosa (20 %) ei ollut samaa, eikä eri mieltä ja 7 prosenttia oli eri mieltä. Palveluntuottajista valtaosa (84 %) oli täysin sitä mieltä, että he voivat toteuttaa kuntoutuksen niin, että tavoitteita ja tavoitetyöskentelyä arvioidaan koko prosessin ajan. (Kuvio 14, s. 49.)

Avoimissa kommentteissa palveluntuottajat korostivat väliarvioinnin ja jatkuvan tavoitteiden tarkastelun tärkeyttä, erityisesti siitä näkökulmasta, ovatko asetetut tavoitteet realistiset ja asiakkaalle merkitykselliset. He toivat esille, että tavoitteita on muokattu, mikäli ne ovat osoittautuneet epärealistisiksi kertyneen tiedon valossa tai jos asiakkaan tilanne on muuttunut.

”Meillä on tarkat ohjeet missä vaiheessa ja miten tavoitteita asetetaan. – – Tavoitteita pyritään väliarvioimaan sekä lisäämään kuntoutuksen aikana mikäli se on tarkoituksen mukaista.” (Palveluntuottaja, kysely, 74)

”Kokemukseen pohjautuen on tärkeää arvioida työskentelyä suhteessa tavoitteisiin, ja huomioida asiakkaan tilanteessa muutokset, sekä sen pohjalta mukauttaa ja arvioida tavoitteita uudestaan, uudesta näkökulmasta.” (Palveluntuottaja, kysely, 11)

Kuvio 14. Tavoitteiden saavuttamisen arviointi kuntoutuksen aikana asiakkaiden (n = 421) ja palveluntuottajien (n = 73) arvioimana.

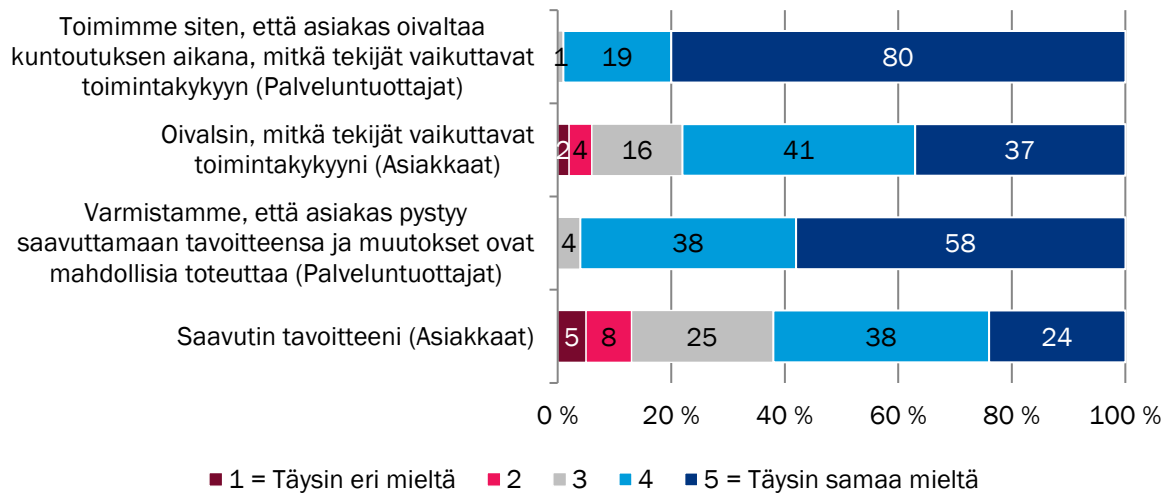


Tavoitteiden saavuttamista ja toimintakykyyn vaikuttavien tekijöiden oivaltamista asiakkaat arvioivat vaihtelevasti. Lähes neljännes (24 %) asiakkaista oli täysin sitä mieltä, että saavutti tavoitteensa ja reilu kolmannes (37 %) oivalsi tekijät, jotka vaikuttavat toimintakykyyn. Kuitenkin yhteensä reilu kolmannes ei joko osannut arvioida tavoitteen saavuttamista (25 %) tai oli eri mieltä (13 %) siitä, että saavutti tavoitteensa. Palveluntuottajista yli puolet (57 %) oli täysin samaa mieltä siitä, että he varmistavat asiakkaan tavoitteen saavuttamisen ja valtaosa (80 %) toimii niin, että asiakas oivaltaa, mitkä tekijät vaikuttavat hänen toimintakykyynsä. (Kuvio 15, s. 50.) Avoimissa kommentteissaan palveluntuottajat toivat esille näkökulmia tavoitteiden saavuttamisen haasteisiin. Näissä korostuivat etenkin muuttuvat, yksilölliset tilanteet ja vähitellen kuntoutuksen edetessä sekä asiakkaalle itselleen että ammattilaisille selkiytyvät tarpeet.

”Asiakkaiden tilanteet ja muut psyykkiset haasteet voivat olla hyvin vaihtelevia, jolloin 27 yksilökäynnin aikana ei ehditä välttämättä vastaamaan kaikkiin alussa asetettuihin tavoitteisiin ja olennaisimmat tuentarpeet tulevat näkyviin vasta kuntoutuksen edetessä käytännön kokeilun ja tutustumisen myötä.” (Palveluntuottaja, kysely, 37)

”Kuntoutuksen tuloksellisuus on asiakkaan ja palveluntuottajan yhteistyön tulos. Emme voi taata, että asiakas on aktiivinen kuntoutumisprosessissa ja ymmärtää kaikki kuntoutumiseensa vaikuttavat tekijät. Toki pyrimme parhaamme mukaan tukemaan kuntoutukselle asetettujen tavoitteiden saavuttamista, mutta emme voi olla varmoja, että ne kaikki toteutuvat ja ovat realistisia.” (Palveluntuottaja, kysely, 5)

Kuvio 15. Tavoitteiden saavuttaminen ja tavoitteiden saavuttamiseen vaikuttavat tekijät asiakkaiden (n = 422) ja palveluntuottajien (n = 73) arvioimina.

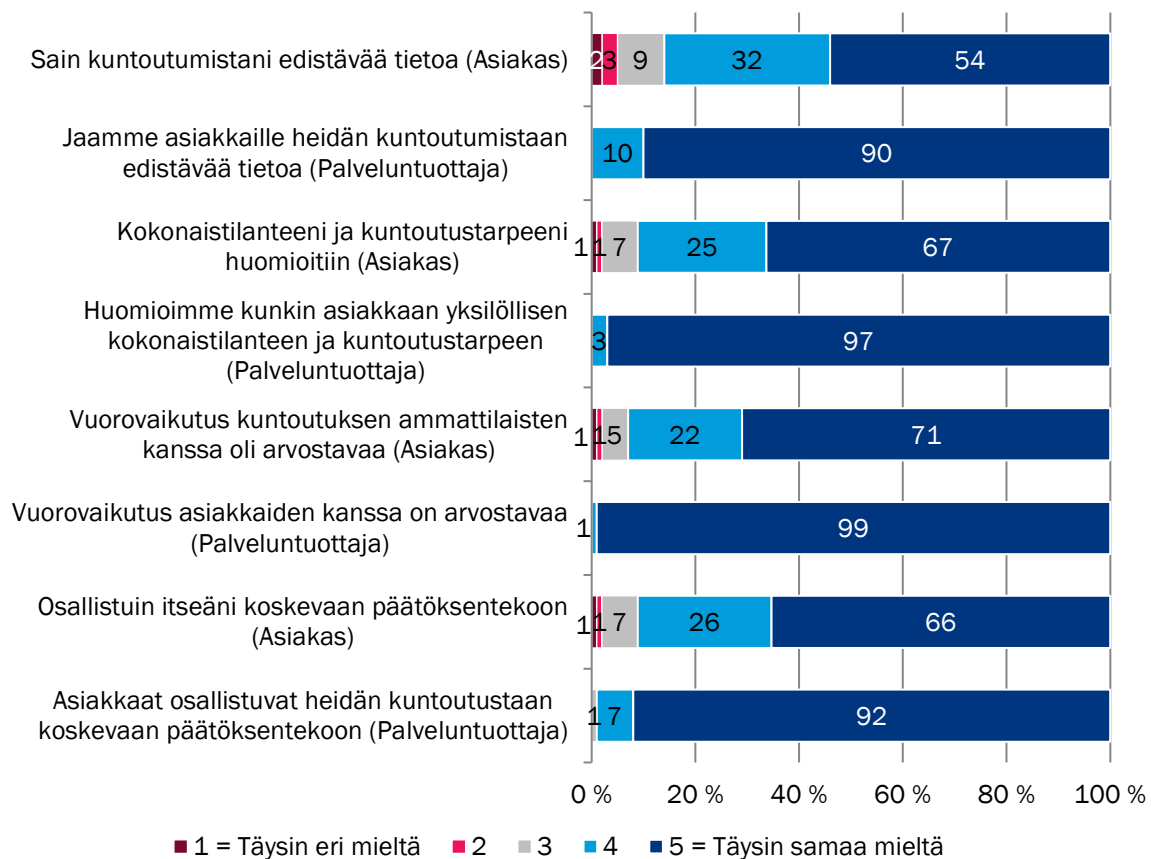


4.6.4 Hyvät kuntoutuskäytännöt ja asiakaslähtöisyys

Asiakkaat ja palveluntuottajat arvioivat Kelan palvelukuvauksessa määritettyjen hyvien kuntoutuskäytäntöjen toteutumista neljän eri väittämän avulla. Palveluntuottajien vastaukset olivat melko yhteneväisiä kaikissa eri väittämissä. Palveluntuottajat olivat täysin samaa mieltä tai jokseenkin samaa mieltä siitä, että he jakavat asiakkaille heidän kuntoutumistaan edistävää tietoa, huomioivat asiakkaiden yksilöllisen tilanteen ja kuntoutustarpeet ja asiakkaat voivat osallistua heitä koskevaan päätöksentekoon. Myös vuorovaikutuksen arvioitiin olleen arvostavaa asiakkaiden kanssa, josta lähes kaikki (99 %) palveluntuottajista oli täysin samaa mieltä. (Kuvio 16, s. 51.)

Asiakkaiden vastauksissa oli kuitenkin enemmän hajontaa kaikkien väittämien osalta verrattuna palveluntuottajiin. Esimerkiksi kaikki asiakkaat eivät kokeneet vuorovaikutuksen olleen arvostavaa vaan asiakkaista kaksi prosenttia vastasi olevansa täysin eri mieltä tai jonkin verran eri mieltä. Viisi prosenttia asiakkaista ei ollut samaa eikä eri mieltä. Saman suuntaisesti arvioitiin myös väittämiä ”kokonaistilanteeni ja kuntoutustarpeeni huomioitiin” ja ”osallistuin itseäni koskevaan päätöksentekoon”, jossa kaksi prosenttia asiakkaista oli joko täysin eri mieltä tai jonkin verran eri mieltä ja seitsemän prosenttia ei samaa eikä eri mieltä. (Kuvio 16.)

Kuvio 16. Kuntoutuksen hyvien käytäntöjen toteutuminen asiakkaiden (n = 416–423) ja palveluntuottajien (n = 72–73) arvioimana.



Palveluntuottajat arvioivat loppukyselyssä kuntoutusmenetelmien käyttöä ja tutkimustietoon perustuvuutta. Suurin osa heistä oli täysin samaa tai jokseenkin samaa mieltä siitä, että kuntoutuksessa on mahdollista käyttää monipuolisesti asiakkaita hyödyttäviä menetelmiä ja käytettävät menetelmät perustuvat ajantasaiseen tutkimustietoon.

4.6.5 Kuntoutuksen lähestymistavat ja sisällöt

Palveluntuottajilta kysyttiin loppukyselyssä avoimella kysymyksellä ”Miten kuvailisitte toteuttamanne Oma väylä -kuntoutuksen teoreettista taustaa ja/ tai käyttämiänne lähestymistapoja?” Palveluntuottajien vastauksissa korostui ratkaisukeskeisyys ja voimavara- ja taitojen kehittäminen. Lisäksi palveluntuottajat kuvasivat muun muassa erilaista ammattiryhmäkohtaista osaamista, erilaisiin psykoterapeuttisiin viitekehyksiin pohjaavaa työskentelyä, neuvonpitoa ja kokemusta asiakasryhmän parissa sekä moniammatillista työskentelyä.

Asiakkailta ja palveluntuottajilta kysyttiin loppukyselyssä, kuinka tärkeitä seuraavat kuntoutuksen sisällöt olivat tavoitteiden saavuttamisen kannalta? Kuntoutuksen sisällöt oli muotoiltu 22 eri väittämäksi. Tuloksia tarkastellessa väittämät jaettiin viiteen eri osa-alueeseen: Opiskelu- ja työelämä, Arjen sujuminen ja toiminnanohjaus, Sosiaaliset taidot ja vertaistuki, Itsetuntemus ja käyttäytymisen säätely ja Tiedon lisääminen. Osa-alueet on kuvattu taulukoissa 6–10.

Palveluntuottajien vastauksissa väittämien keskiarvot olivat pääasiassa korkeampia kuin asiakkaiden vastauksissa. Palveluntuottajien vastauksissa oli hajontaa melko vähän. Monet erilaiset sisällöt koettiin siis tärkeinä. Palveluntuottajat toivatkin esille avoimissa kysymyksissä ja haastatteluissa, että kuntoutuksen osa-alueiden tärkeys on hyvin yksilöllistä. Myös asiakkaila oli samansuuntaisia ajatuksia:

”Ja sit just että käyään niinku itelle semmosia tärkeitä asioita ja mitkä tuntuu itestä semmosille asioille mihin tarvii just sitä appuu nii sit käyään niinku sen kannalta niinku niitä juttuja silleen läpi ja tosi silleen ammattimaisesti on niinku saatu, saatu appuu silleen että, tota.. Et just niinku, ääh, kuunnellaan niinku asiakkaan just niinku kokemuksia ja että käyään tosi perusteellisesti niinku läpi, että ei ole vaa niinku yks vaihtoehto sillee et miten käyään.” (Asiakashaastattelu, 18)

Sekä asiakkaiden että palveluntuottajien mielestä opiskelu- ja työelämä valmiuksien tukeminen oli tärkeää. Opiskeluvalmiuksien tukemisen keskiarvo oli palveluntuottajilla 4,6 (keskihajonta 0,58) ja asiakkaila 3,9 (keskihajonta 1,25). Työelämävalmiuksien osalta palveluntuottajilla keskiarvo oli 4,4 (keskihajonta 0,74) ja asiakkaila 3,7 (keskihajonta 1,19). (Taulukko 6.)

Taulukko 6. Opiskelu- ja työelämään liittyvien sisältöjen tärkeys asiakkaiden ja palveluntuottajien arvioimana.

Opiskelu- ja työelämä		KA. (SD)
Opiskeluvalmiuksien tukeminen	Asiakkaat n = 407	3,9 (1,25)
	Palveluntuottajat n = 71	4,6 (0,58)
Työelämävalmiuksien tukeminen	Asiakkaat n = 407	3,7 (1,19)
	Palveluntuottajat n = 71	4,4 (0,74)
Ammatillisten suunnitelmien selkeyttäminen	Asiakkaat n = 407	3,5 (1,25)
	Palveluntuottajat n = 71	4,2 (0,82)
Opiskelutaitojen harjoittelu	Asiakkaat n = 406	3,5 (1,26)
	Palveluntuottajat n = 71	4,4 (0,72)
Työelämätaitojen harjoittelu	Asiakkaat n = 406	3,2 (1,23)
	Palveluntuottajat n = 71	4,2 (0,79)

Myös arjen sujumisen harjoittelu ja toiminnanohjauksen harjoittelu koettiin tärkeäksi sekä palveluntuottajien että asiakkaiden vastauksissa. Keskiarvo asiakkaiden vastauksissa oli arjen sujumisen harjoittelussa 4,2 (keskihajonta 1,09) ja palveluntuottajilla 4,8 (keskihajonta 0,47). Toiminnanohjauksen harjoittelussa asiakkaiden vastauksien keskiarvo oli 4,0 (keskihajonta 1,10) ja palveluntuottajille 4,8 (keskihajonta 0,47). Arjen sujumisen harjoittelun keskiarvo oli asiakkaiden antamana kaikkein korkein eli arjen sujumisen harjoittelua pidettiin keskimäärin tärkeimpänä osa-alueena asiakkaiden mielestä. (Taulukko 7, s. 53.)

Taulukko 7. Arjen sujumiseen ja toiminnanohjaukseen liittyvien sisältöjen tärkeys asiakkaiden ja palveluntuottajien arvioimana.

Opiskelu- ja työelämä		KA. (SD)
Opiskeluvalmiuksien tukeminen	Asiakkaat n = 407	3,9 (1,25)
	Palveluntuottajat n = 71	4,6 (0,58)
Työelämävalmiuksien tukeminen	Asiakkaat n = 407	3,7 (1,19)
	Palveluntuottajat n = 71	4,4 (0,74)
Ammatillisten suunnitelmien selkeyttäminen	Asiakkaat n = 407	3,5 (1,25)
	Palveluntuottajat n = 71	4,2 (0,82)
Opiskelutaitojen harjoittelu	Asiakkaat n = 406	3,5 (1,26)
	Palveluntuottajat n = 71	4,4 (0,72)
Työelämätaitojen harjoittelu	Asiakkaat n = 406	3,2 (1,23)
	Palveluntuottajat n = 71	4,2 (0,79)

Myös sosiaalisten taitojen ja vertaistuen osalta asiakkaiden vastauksissa oli enemmän hajontaa ja pienemmät keskiarvot kuin palveluntuottajien vastauksissa. Vertaistuen saamisen asiakkaat arvioivat hieman tärkeämmäksi kuin sosiaalisten tilanteiden ja vuorovaikutustaitojen harjoittelun. (Taulukko 8.)

Taulukko 8. Sosiaaliin taitoihin ja vertaistukeen liittyvien sisältöjen tärkeys asiakkaiden ja palveluntuottajien arvioimana.

Sosiaaliset taidot ja vertaistuki		KA. (SD)
Sosiaalisten tilanteiden harjoittelu	Asiakkaat n = 408	3,4 (1,37)
	Palveluntuottajat n = 71	4,7 (0,51)
Vuorovaikutustaitojen harjoittelu	Asiakkaat n = 405	3,3 (1,34)
	Palveluntuottajat n = 71	4,7 (0,65)
Vertaistuen saaminen	Asiakkaat n = 408	3,7 (1,25)
	Palveluntuottajat n = 71	4,3 (0,87)

Itsetuntemuksen vahvistaminen koettiin tärkeänä sisältönä sekä asiakkaiden että palveluntuottajien vastauksissa. Palveluntuottajien keskiarvo oli 4,9 (keskihajonta 0,34) ja asiakkaiden 4,0 (keskihajonta 1,07). Itsetuntemuksen vahvistaminen nähtiin tärkeänä osa-alueena myös asiakkaiden ja palveluntuottajien haastatteluissa. (Taulukko 9, s. 54.)

Taulukko 9. Itsetuntemukseen ja käyttäytymisen säätelyyn liittyvien sisältöjen tärkeys asiakkaiden ja palveluntuottajien arvioimana.

Itsetuntemus ja käyttäytymisen säätely		KA. (SD)
Itsetuntemuksen vahvistaminen	Asiakkaat n = 411	4,0 (1,07)
	Palveluntuottajat n = 71	4,9 (0,34)
Tunteiden säätelyn harjoittelu	Asiakkaat n = 408	3,6 (1,27)
	Palveluntuottajat n = 71	4,6 (0,71)
Aistitoimintojen herkkyyksien tunnistaminen	Asiakkaat n = 407	3,4 (1,34)
	Palveluntuottajat n = 71	4,4 (0,64)
Toiminnallisen oppimisen vahvistaminen	Asiakkaat n = 403	3,1 (1,29)
	Palveluntuottajat n = 70	4,3 (0,76)

Tiedon lisäämisen osa-alueen väittämässä oli matalampia keskiarvoja kuin muissa osa-alueissa. Erityisesti väittämät tietoa päihteistä ja tietoa seksuaalisuudesta saivat asiakkailta ja palveluntuottajilta matalammat arviot eli näitä sisältöjä ei koettu niin tärkeinä kuntoutuksessa. (Taulukko 10.)

Taulukko 10. Tiedon lisäämiseen liittyvien sisältöjen tärkeys asiakkaiden ja palveluntuottajien arvioimana.

Tiedon lisääminen		KA. (SD)
Tietoa (tarpeideni mukaisesti) terveydestä	Asiakkaat n = 398	3,5 (1,25)
	Palveluntuottajat n = 71	4,3 (0,71)
Tietoa (tarpeideni mukaisesti) ravitsemuksesta	Asiakkaat n = 398	3,1 (1,36)
	Palveluntuottajat n = 71	4,0 (0,90)
Tietoa (tarpeideni mukaisesti) päihteistä	Asiakkaat n = 397	2,6 (1,45)
	Palveluntuottajat n = 71	3,9 (1,08)
Tietoa (tarpeideni mukaisesti) seksuaalisuuteen liittyvistä asioista	Asiakkaat n = 396	2,5 (1,42)
	Palveluntuottajat n = 71	3,8 (0,98)

4.6.6 Kuntoutumista estävät ja edistävät tekijät Oma väylä -kuntoutuksessa

Viiden palveluntuottajien ryhmähaastattelun ja kyselyvastausten mukaan tunnistettiin Oma väylä -kuntoutuksen tärkeitä elementtejä:

- itsetuntemuksen vahvistaminen sekä vahvuuksien ja haasteiden tunnistaminen
- yksilöllisten keinojen löytäminen ja soveltaminen arkeen, työhön ja opiskeluun
- omannäköisen arjen, työ ja opiskelupolun tunnistaminen ja niitä kohti eteneminen
- verkostoyhteistyö eri toimijoiden kanssa
- luottamuksellinen suhde omaohjaajaan.

Palveluntuottajat kuvasivat haastatteluissa Oma väylä -kuntoutuksen kohdentumista asiakkaan kuntoutusedellytysten ja -valmiuksien kautta. Näillä tarkoitetaan tekijöitä, joita asiakkaalla olisi hyvä olla, että hän pystyy osallistumaan kuntoutukseen ja etenemään tavoitteiden suuntaisesti siirtymävaiheen kuntoutuksen tärkeimpiin elementtien mukaisesti. Kuntoutusedellytykset voivat siis toimia sekä estävinä että edistävinä tekijöinä asiakkaan kuntoutuksessa. Haastatteluissa ammattilaiset kuvasivat niiden olevan

- perustieto diagnoosista ja sen vaikutuksista toimintakykyyn asiakkaalle ja läheisille
- mahdollisten liitännäishäiriöiden ja sairauksien tunnistaminen (esimerkiksi oppimisvaikeudet ja mielenterveyden häiriöt) ja niihin liittyvät riittävät tukitoimet ja hoito
- perustarpeiden toteutuminen ja taloudellinen toimeentulo
- asiakkaan oma motivaatio ja sitoutuminen kuntoutukseen
- perusvalmiudet tunnistaa ja ilmaista omia tarpeita.

Lisäksi kaikilta palveluntuottajilta kysyttiin loppukyselyssä avoimella kysymyksellä ”Mitkä ovat kuntoutumista edistäviä ja estäviä tekijöitä?”. Palveluntuottajien vastauksista (n = 72) tuli esille samankaltaisuuksia siten, että haastatteluissa esille nousseet kuntoutusedellytykset ja -valmiudet nähtiin sekä estävinä että edistävinä tekijöinä. Esimerkiksi motivaation puute estää kuntoutumista, mutta asiakkaan vahva oma motivaatio taas edistää.

Haastatteluissa esille tulleiden tekijöiden lisäksi kyselyissä tuotiin esille luottamuksellisen vuorovaikutussuhteen merkitystä, tavoitteiden merkityksellisyyttä ja tarkoituksenmukaisuutta sekä lähiympäristöstä saatavaa tukea.

Edistävät ja estävät tekijät voidaan jakaa yksilötason sekä palvelujen- ja tukimuotojen tasoihin. Yksilötason estäviä ja edistäviä tekijöitä voivat olla muun muassa

- asiakkaan motivaatio ja sitoutuminen kuntoutukseen
- asiakkaan valmiudet tunnistaa ja ilmaista omia tarpeitaan
- asiakkaan elämäntilanne.

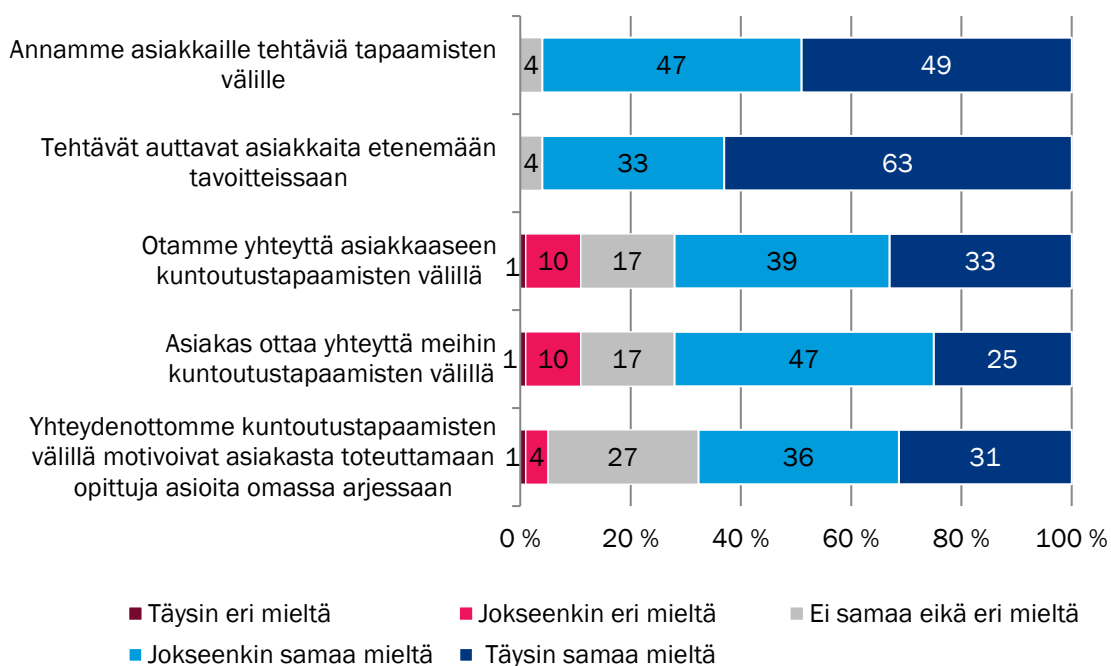
Palvelujen- ja tukimuotojen tasolla estävät ja edistävät tekijät liittyvät esimerkiksi seuraaviin kysymyksiin:

- Onko neuropsykiatrinen diagnoosi saatu oikea-aikaisesti ja onko sen puitteissa tarjottu psykoedukaatiota?
- Onko mahdolliset liitännäishäiriöt, kuten mielenterveyshäiriöt ja oppimisvaikeudet tunnistettu?
- Miten asiakkaan muut mahdolliset tukitoimet, kuten hoitosuhde ja seuranta, lääkahoito ja koulujen/oppilaitosten tukitoimet on järjestetty?
- Onko taloudellinen toimeentulo varmistettu?

4.6.7 Kuntoutuksen siirtyminen arkeen

Palveluntuottajia pyydettiin loppukyselyssä arvioimaan kuntoutuksen arkeen siirtymistä. Pääosin kaikki palveluntuottajat (96 %) olivat jokseenkin tai täysin samaa mieltä, että he antavat asiakkaille tehtäviä tapaamisten välillä ja että tehtävät auttavat asiakkaita etenemään tavoitteissaan. Enemmän hajontaa vastauksissa oli, kun palveluntuottajilta kysyttiin, motivoivatko yhteydenotot kuntoutustapaamisten välillä asiakasta toteuttamaan opittuja asioita arjessa. 67 prosenttia palveluntuottajista oli tästä täysin tai jokseenkin samaa mieltä. Palveluntuottajien arvioimana yhteydenottoja toteuttivat yhtä lailla asiakkaat kuin palveluntuottajat. (Kuvio 17.)

Kuvio 17. Kuntoutuksen arkeen siirtyminen palveluntuottajien (n = 73) arvioimana.



Palveluntuottajilta kysyttiin loppukyselyssä kuntoutuksen arkeen nivoutumisesta sekä välityöskentelystä tapaamiskertojen välissä. Avointen kysymysten vastauksissa tuotiin esille runsaasti yhteen liittyviä asioita. Välitehtävät ja arjessa toteutettava yhdessä sovittujen keinojen kokeileminen ja käyttäminen nähtiin olevan tärkeässä asemassa asiakkaan muutosprosessissa ja kuntoutumisessa. Toisaalta joissain vastauksissa tuotiin esille, että välityöskentely ei ollut tarkoituksenmukaista, koska kuntoutusprosessi itsessään oli niin tiivis. Myös asiakkaiden toimintakyky, voimavarat ja motivaatio, vaikuttivat siihen, pystyttiinkö välityöskentelyä toteuttamaan tapaamisten välillä. Välityöskentelyä edistäviksi tekijöiksi mainittiin muun muassa läheisten tuki, välitehtävien edistymisen seuranta ja muistuttelu sekä tehtävien sopiva pilkkominen ja arkeen liittyminen.

Palveluntuottajat kuvasivat välityöskentelyn olevan

- välitehtäviä ja harjoituksia liittyen asiakkaan tavoitteisiin ja arkeen
- muistutuksia tapaamisista ja välitehtävistä eri kanavien kautta (puhelut, viestit, sähköiset alustat)
- kannustamista ja motivaation kannattelua kuntoutustapaamisten välillä eri kanavien kautta (puhelut, viestit, sähköiset alustat)
- asiakkaan yhteydenotot palveluntuottajaan tarvittaessa (viestit, puhelut, kuvan laittaminen tehdystä tehtävästä)
- verkostojen kanssa työskentelyä
- asioiden selvittelyä (kuten tukitoimet, työ- ja opiskelupaikkoihin liittyvät asiat).

Välitehtävissä tärkeinä pidettiin sitä, että ne olivat

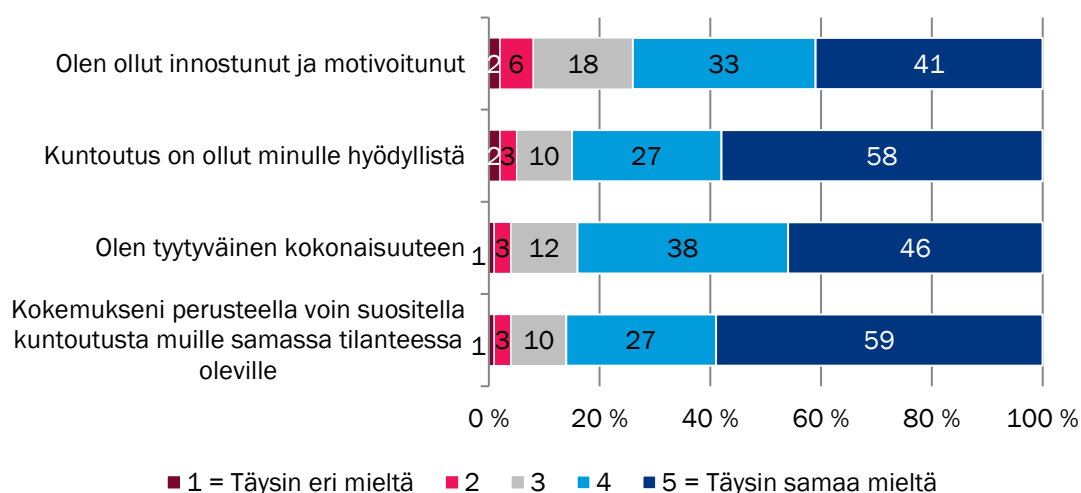
- arkeen ja arjen ympäristöihin liittyviä
- asiakkaan tavoitteisiin liittyviä
- asiakkaan voimavarojen mukaisia
- sopivan pieneksi pilkottuja
- yhdessä sovittuja
- asiakkaalle helposti toteutettavia (kirjalliset ohjeet, muistutukset).

Kuntoutuksen arkeen nivoutumisen kuvattiin olevan tärkeä asia ja tavoite Oma väylä -kuntoutuksessa. Välityöskentely oli yksi keino saada kuntoutusta arjen tasolle. Välitehtävien lisäksi palveluntuottajat kertoivat kotikäyntien ja arjen ympäristöissä toteutettavien käyntien edistävän arkeen nivoutumista. Myös etäyhteyksien hyödyntäminen mainittiin linkkinä arjen ympäristöihin. Lisäksi verkostoyhteistyön kuvattiin edistävän arkeen nivoutumista. Kuntoutuksen arkeen nivoutumisen estäviä ja edistäviä tekijöitä kuvattiin samansuuntaisesti kuin välityöskentelyn osalta. Asiakkaan motivaatiolla, toimintakyvyllä ja elämäntilanteella nähtiin olevan yhteys arkeen siirtymiseen.

4.6.8 Kuntoutuksen koetut hyödyt ja kuntoutuskokonaisuuden arviointi

Kuntoutuksen hyötyjä on tutkimuksessa arvioitu asiakkaiden näkökulmasta erilaisin väittämin. Loppukyselyyn vastanneista asiakkaista suurin osa (85 %) koki, että kuntoutus oli ollut heille jollain tavoin hyödyllistä (täysin samaa mieltä 58 % ja jonkin verran samaa mieltä 27 %). Samoin suurin osa (84 %) vastanneista oli tyytyväinen kuntoutuksen kokonaisuuteen (täysin samaa mieltä 46 % ja jonkin verran samaa mieltä 38 %). Suurin osa asiakkaista myös koki, että voisi suositella kuntoutusta muille samassa tilanteessa oleville (täysin samaa mieltä 59 % ja jonkin verran samaa mieltä 27 %). (Kuvio 18, s. 58.)

Kuvio 18. Kuntoutuksen koetut hyödyt asiakkaiden (n = 413–422) arvioimana loppukyselyssä.



Asiakkaat toivat esille myös avoimissa kysymyksissä paljon kuntoutuksen koettuja hyötyjä. Usein myös toivottiin, että kuntoutus olisi voinut jatkua pidempään kuin yhden vuoden. Tätä perusteltiin muun muassa sillä, että arjen rutiinien ja tapojen muuttaminen vie aikaa tai että uudessa elämänvaiheessa olisi edelleen tuen tarvetta. Lisäksi tuotiin myös esille, että diagnoosin saamisen ajankohdalla on vaikutusta siihen, kuinka pitkäaikainen kuntoutustarve on ja kuinka paljon esimerkiksi psykoedukaatiota on ehtinyt saamaan ennen Oma väylä -kuntoutusta.

”Kokemukset ovat olleet positiivisia, toimihenkilöt ammattimaisia ja rakenne omaan elämäntilanteeseen sopiva. Aika loppui kuitenkin kesken, Oma Väylä -kuntoutuksen muutos yksivuotiseksi on suuri ongelma. Oma kehitykseni ja taitojen omaksuminen on monesti hidasta ja tapaamisien määrän harventuminen loppua kohden oli omalle etenemiselleni erittäin haitallista.” (Asiakas, loppukysely, 27)

”Minun kohdallani kuntoutus on ollut isossa osassa arjessa jaksamista, itsenäistymisessä ja työ-, koulu- ja vapaa-ajan haasteista selviämisestä. kehitysehdotuksena kuntoutusjaksoa voisi pidentää tarpeen mukaan esim. puoleentoista vuoteen. perusteena tälle esim. se, että joillain diagnoosi on saatu varhaislapsuudessa ja siihen on voitu jonkunlaista apua ja tukea, kun taas esim. minun kohdallani olin saanut diagnoosin vain n. puoli vuotta ennen kuntoutuksen alkamista, ja tällöin ei ole ehtinyt kunnolla kohdennettua tukea tai työkaluja saada.” (Asiakas, loppukysely, 93)

”Olisin toivonut kahden tai kolmen vuoden kuntoutusta. Tästä yhden vuoden kuntoutuksesta oli kyllä apua, mutta juuri nyt alkaa uusi elämän vaihe johon kaipaisin apua.” (Asiakas, loppukysely, 113)

Kaikki asiakkaat eivät kokeneet hyötynensä kuntoutuksesta. Syiksi kerrottiin esimerkiksi se, että ammattilaisella ei ollut tarvittavaa osaamista tai kuntoutuksen sisällöt eivät kohdanneet asiakkaan yksilöllisiä tarpeita.

"Melko sekava elämys, en kokenut hyötyväni hirveästi. Ammattilaisetkin tuntuivat olevan melko uusia koko asialle." (Asiakas, loppukysely, 87)

"Käytiin lähinnä asioita ja keinoja jotka osasin jo ja jotka olivat jo käytössä tai kokeiltu ja todettu toimimattomiksi. Ei löytynyt kunnon ratkaisuja kuntoutuksen aikana mihinkään niistä ongelmista, mitä vielä oli. Voi toki olla, että näihin ei ratkaisuja voi löytäkään. Olisi ehkä ollut parempi jos olisin päässyt tänne jo pari vuotta aikaisemmin, silloin olisi varmasti ollut enemmän hyötyä. Useamman kerran työntekijän vaihtumiset ei myöskään ollut eduksi, ehdin olla neljän eri työntekijän kanssa kuntoutuksen aikana ja kaiken joutui selittämään jokaiselle uudestaan." (Asiakas, loppukysely, 147)

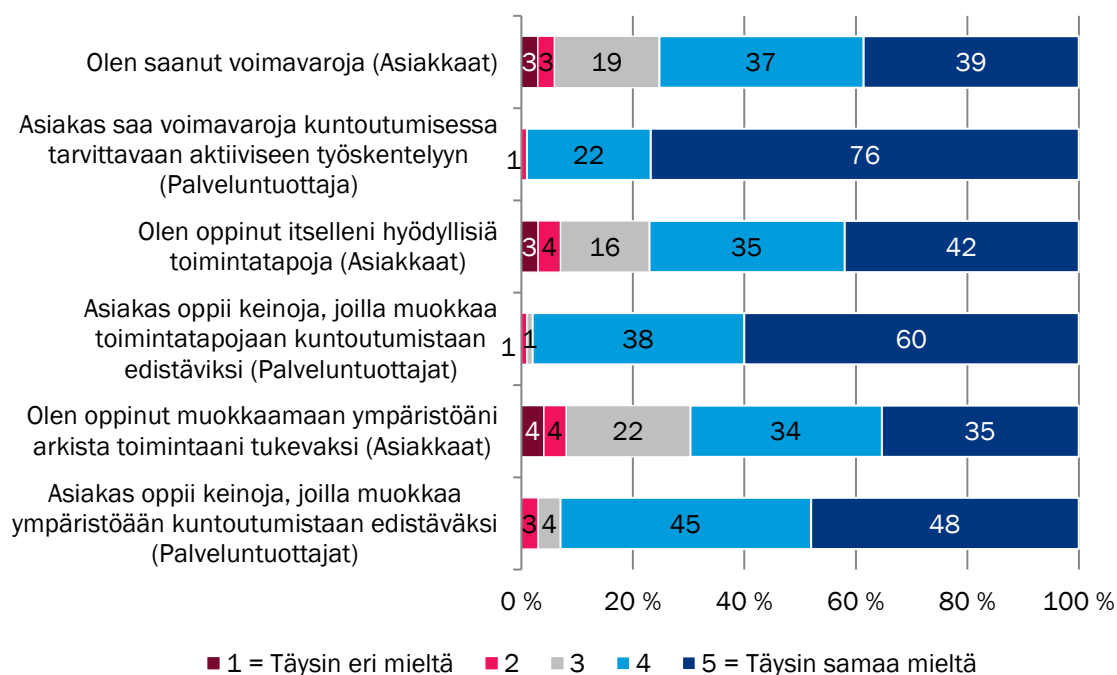
Joistain vastauksista kävi myös ilmi, että kuntoutus oli ollut osittain hyödyllistä, mutta myös kuormittanut.

"Osittain vaikea ja kuormittava, mutta osittain antoi paljon." (Asiakas, loppukysely, 154)

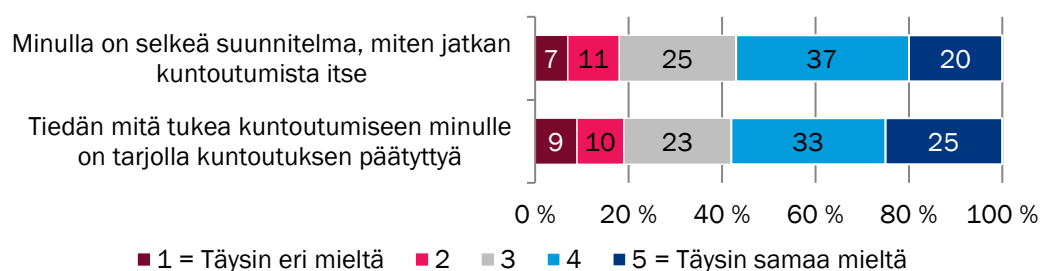
Asiakkaat ja palveluntuottajat arvioivat erilaisilla väittämillä kuntoutuksen koettuja vaikutuksia arkielämään. Kaiken kaikkiaan palveluntuottajat arvioivat positiivisemmin koettuja hyötyjä asiakkaisiin verrattuna. 98 prosenttia palveluntuottajista oli täysin samaa mieltä tai jokseenkin samaa mieltä, että asiakas saa voimavaroja kuntoutuksessa tarvittavaan aktiiviseen työskenteelyyn ja oppii keinoja, joilla muokkaa toimintatapojaan kuntoutumistaan edistäviksi. Palveluntuottajat arvioivat hieman varovaisemmin väittämää "asiakas oppii keinoja, joilla muokkaa ympäristöään kuntoutumistaan edistäväksi", jossa 93 prosenttia oli joko täysin samaa mieltä tai jokseenkin samaa mieltä. Myöskään asiakkaiden vastauksissa ei ollut suuria eroja eri väittämässä, joskin niissä oli enemmän hajontaa verrattuna palveluntuottajien vastauksiin. Asiakkaista 76 prosenttia arvioi olevansa täysin samaa mieltä tai jokseenkin samaa mieltä, että on saanut voimavaroja. Hyödyllisten toimintatapojen oppimisesta samaa mieltä tai jokseenkin samaa mieltä oli 77 prosenttia ja ympäristön muokkaamisesta arkista toimintaa tukevaksi 69 prosenttia asiakkaista. (Kuvio 19, s. 60.)

Kuntoutumisen jatkuminen Oma väylän jälkeen jakoi jonkin verran asiakkaiden näkemyksiä. Asiakkailta kysyttiin loppukyselyssä kuntoutuksen jatkumisesta Oma väylän jälkeen kahden eri väittämän avulla. Yli puolet vastasi, että he ovat täysin samaa mieltä (20 %) tai jonkin verran samaa mieltä (37 %) siitä, että heillä on selkeä suunnitelma, miten jatkavat kuntoutumista itse ja samoin yli puolet oli täysin samaa mieltä (25 %) tai jonkin verran samaa mieltä (33 %) siitä, että he tietävät, mitä tukea on tarjolla kuntoutuksen päätyttyä. (Kuvio 20, s. 60.)

Kuvio 19. Kuntoutuksen koetut vaikutukset arkielämään asiakkaiden (n = 419–423) ja palveluntuottajien (n = 71–72) arvioimana.



Kuvio 20. Kuntoutuksen jatkuminen Oma väylä -kuntoutuksen päätyttyä asiakkaiden (n = 417) arvioimana.



Haastateltavat toivat esille myös sitä, että Oma väylän ikähaitarin yläpäässä oleville ei ole tarjolla juurikaan vaihtoehtoja kuntoutuksen jatkumiselle vaikka myös yli 30-vuotiailla voi olla erilaisiin elämän siirtymävaiheisiin liittyviä tuen tarpeita.

”Ja sit just se, että kun mäkin oon nyt sit täytin 30 kesällä, et pääsin onneks just 29-vuotiaana tähän mukaan, ni se just, et mun mielest ikä on vaan numero, että ihan samal lailla, samanlaisii ongelmii voi olla sil niinkun 24-vuotiaalla kuin olis vaikka 34-vuotiaalla, et se on kans toinen, mikä on niinku silleen, et enpäs enää pääsekään niinku Oma Väylään. Tietty ei varmaan pääsiskään uudestaan, mutta niinku kaipais jotai vastaavaa vielä tilalle, mikä on sit ehkä tässä kans toivottavasti jotenki ratkee nyten vuodenvaihteen jälkeen.” (Asiakashaastattelu 4)

4.7 Kuntoutuksen jälkeinen seuranta

Oma väylä kuntoutukseen kuuluu kuntoutusjakson jälkeen 1–3 seurantatapaamista, jotka toteutetaan 2–6 kuukauden kuluessa kuntoutuksen päättymisestä joko palveluntuottajan toimipisteessä tai asiakkaan arjen ympäristöissä. Seurantatapaamisia voidaan toteuttaa myös kuva-puheluna. (Kela, 2022.)

Asiakkaita pyydettiin puhelimitse tehdyissä seurantahaastatteluissa ($n = 14$) arvioimaan seurantatapaamisten toteutumista ja hyötyjä. Puolet (50 %) haastatelluista kertoi, että tapaamisia oli toteutunut maksimimäärä eli kolme kertaa. Reilu kolmannes (36 %) oli tavannut palveluntuottajan kaksi kertaa, 14 prosenttia yhden kerran. Suurin osa seurantatapaamisista (79 %) oli toteutunut kasvokkain. Ensimmäiset seurantatapaamiset olivat toteutuneet kaikilla haastatelluilla 1–4 kuukauden kuluttua kuntoutusjakson jälkeen, painottuen niin, että ensimmäinen tapaaminen oli kolmen kuukauden sisällä kuntoutuksen päätyttyä. Viimeinen tapaaminen oli ollut lähes puolella (43 %) lähempänä kuutta kuukautta jakson päättymisestä.

Palveluntuottajien arviot ovat samansuuntaiset asiakkaiden arvioiden kanssa. Palveluntuottajien kyselyn vastausten perusteella he tapasivat asiakkaan yleensä kolme kertaa (51 %) tai kaksi kertaa (41 %) kuntoutusjakson jälkeen. Yhden kerran asiakkaan tapasi ainoastaan viisi palveluntuottajaa (8 %). Suurin osa tapaamisista toteutui kasvokkain, reilu puolet palveluntuottajista (56 %) ilmoitti, että etätapaamisia ei ole yleensä lainkaan. Suurin osa (77 %) arvioi, että tapasi asiakasta mieluummin kasvokkain kuin etänä ja loput 23 prosenttia pitivät tapaamista kasvokkain ja etänä yhtä mieleisenä.

Kaikki haastatellut asiakkaat olivat sitä mieltä, että tapaamiset toteutuivat sopivan ajan kuluttua kuntoutuksen päätyttyä. Samoin lähes kaikki palveluntuottajat (95 %) arvioivat, että seurantatapaamiset toteutuivat yleensä sopivan ajan kuluttua kuntoutuksen päättymisen jälkeen. Myös tapaamisten riittävyys asiakkaat olivat pääosin tyytyväisiä; 86 prosenttia arvioi, että tapaamisia oli sopivasti. Kuitenkin 14 prosenttia oli sitä mieltä, että tapaamisia oli liian vähän. Eräs asiakas kommentoi muun muassa, että asioita piti hoitaa tapaamisten välillä tekstiviesteillä ja sen vuoksi olisi ollut hyvä, että tapaamisia olisi ollut enemmän. Myös tapaamisten rytmittämisestä jotkut asiakkaat toivat esille, että joskus olisi ollut hyvä, jos tapaamisten välillä olisi ollut mahdollista pitää pidemmän välin. Yksi asiakas myös kommentoi, että aluksi tuntui, ettei tarvitse kolmea tapaamista, mutta mieli muuttui matkan varrella ja jälkeenpäin olikin hyvä, että kaikki kolme tapaamista käytettiin.

Seurantatapaamisten määrään vaikuttaviksi syiksi palveluntuottajat ilmaisevat useimmin asiakkaan elämäntilanteen ja siihen liittyvät asiat esimerkiksi, jos on tarve seurata jonkin tietyn kuntoutuksen aikana suunnitellun asian toteutumista. Myös asiakkaan tarve, halu ja motivaatio kuvattiin usein vaikuttavan tapaamisten määrään. Tapaamisten ajankohtaan kerrottiin vaikuttavan myös asiakkaan yksilöllisen tarpeen ja useampi palveluntuottaja kuvasi, että tapaamisajankohta sovittiin yleensä kuntoutuksen päättyessä yhdessä asiakkaan kanssa tilanteeseen sopiva aika haarukoiden.

Asiakkaista puolet (50 %) arvioi tapaamiset erittäin hyödyllisiksi ja reilu viidennes (21 %) hyödyllisiksi. Vajaa kolmannes (29 %) vastasi, että tapaamiset eivät olleet hyödyttömiä tai

hyödyllisiä. Näillä haastatelluilla oli usein kokemus, että suurin hyöty oli jo saavutettu kuntoutusjakson aikana. Lähes kaikki palveluntuottajat arvioivat seurantatapaamiset joko erittäin hyödyllisiksi (52 %) tai hyödyllisiksi (38 %). Tärkeimmät palveluntuottajien esille tuomat hyödyt tiivistyivät kuuteen teemaan: 1) elämäntilanteen kartoitus, 2) tutun ohjaajan luoma turvallisuuden ja välittämisen tunne, 3) jatkosuunnitelmien ja tuen tarpeiden kartoitus sekä suunnitelmien seuranta, 4) tavoitteiden ja edistymisen arviointi sekä tavoitteiden mukaisesta toiminnasta muistuttelu, 5) opittujen taitojen ja muutoksen vahvistaminen ja 6) kuntoutussuhteen päättäminen.

Asiakkaiden esille tuomissa hyödyissä oli yhteneväisyyksiä palveluntuottajien kuvaamien hyötyjen kanssa. Asiakkaiden esille tuomat tärkeimmät hyödyt olivat: 1) laskeutumisaika kuntoutuksen lopettamisessa, 2) kuntoutuksen aikaisten asioiden arkeen siirtymisen tukeminen ja niistä muistuttaminen, 3) asioiden loppuun saattaminen ja 4) jatkosuunnitelmien varmistaminen.

Asiakkailta kysyttiin, millaisesta seurannasta he hyötyisivät parhaiten. Useissa vastauksissa tuli ilmi, että nykyisen seurantaan oltiin tyytyväisiä sellaisenaan tai toteutusmuoto koettiin hyödyllisenä, mutta seuranta olisi voinut jatkua pidempään ja toimia tukena sovitussa käytännön asioissa. Toivottiin myös, että seurantaan voisi liittyä tarvittaessa tapaamisia uuden hoitotahon kanssa esimerkiksi tiedon siirtymisen varmistamiseksi.

5 Pohdinta

5.1 Tarpeellinen, kokonaisvaltaisesti tukea tarjoava kuntoutusmuoto

Oma väylä -kuntoutus on tarkoitettu 16–29-vuotiaille nuorille henkilöille, joilla on diagnosoitu aktiivisuuden ja tarkkaavaisuuden häiriö ja/tai autismitilaston häiriö. Tämä kuntoutus näyttäytyi tutkimuksen tulosten perusteella asiakasryhmälle sopivana ja tarpeellisena kuntoutusmuotona. On tunnistettu, että siirtymävaiheisiin liittyvät riskit sekä vaikeus löytää ja käyttää oikeita palveluita sekä palvelujen katkonaisuus voivat aiheuttaa toimintakykyrajoitteiden vaikeutumista (STM, 2022). Oma väylä -kuntoutus kokonaisvaltaisena, yksilöllisesti räätälöitynä ja pitkäkestoisena kuntoutusmuotona vastaa hyvin näihin tunnistettuihin haasteisiin ja on tervetullut tukimuoto henkilöille, joilla on neuropsykiatrisia häiriöitä.

Oma väylä -kuntoutuksen vahvuutena näyttäytyi sen kokonaisvaltaisuus sekä yksilöllisyys, jota myös korostetaan Käypä hoito -suosituksissa (vrt. Duodecim, 2019, 2023). Kuntoutuksessa pystytään tukemaan yksilöllisesti työ- ja opiskeluelämässä sekä arjessa toimimista ja edistämään näiden elämänalueiden tasapainoa. Esimerkiksi jonkun asiakkaan kanssa voidaan keskittyä arjen sujumisen vahvistamiseen, mikä voi vapauttaa voimavaroja työelämään ja opiskeluun, kun taas toisen asiakkaan kohdalla voi olla tarpeen keskittyä vain työhön tai opiskeluun liittyviin asioihin. Oma väylä -kuntoutus vastaa paitsi aktiivisuuden ja tarkkaavaisuuden häiriön mukanaan tuomiin tai autismitilastolla olemisiin liittyviin erityisiin kysymyksiin kuin myös kehittyvän aikuisuuden ikävaiheeseen kuuluviin piirteisiin, kuten elämäntilanteesta tapahtuviin

muutokseen (vrt. Arnett, 2000). Oma väylä -kuntoutuksessa voidaan joustavasti keskittyä tukemaan kulloinkin ajankohtaisia elämänalueita ja reagoida nopeasti asiakkaan muuttuviin tarpeisiin.

5.2 Erilaisten kuntoutuksen elementtien koettu tärkeys ja hyödyllisyys

Tutkimuksessa tuli esille, että Oma väylä -kuntoutuksen eri toteutusmuotojen koetussa hyödyllisyydessä ja tärkeydessä oli vaihtelua. Asiakkaat toivat vahvasti esille yksilötapaamisten ja omaohjaajan kanssa työskentelyn hyötyjä. Myös palveluntuottajat kuvasivat, että on tärkeää kuntoutuksen alussa luoda hyvä vuorovaikutussuhde asiakkaan kanssa ja että, luotu vuorovaikutussuhde toimii perustana koko kuntoutuksen ajan. Asiakkaan yksilöllisten tarpeiden huomioiminen todentui erityisesti yksilöllisissä tapaamisissa ja kuntoutuksen aikana rakentuvassa tiiviissä asiakkaan ja omaohjaajan välisessä vuorovaikutussuhteessa. Siinä on tunnistettavissa piirteitä henkilökeskeisen kuntoutuksen mallista. Sen keskeisiä elementtejä ovat muun muassa asiakkaan ja ammattilaisen yhdessä rakentama prosessi, fokuoitus yksilöllisiin merkityksiin sekä toivon ja vahvuuksien lisäämiseen sekä tilanteen mukaan, ilman tarkkoja käsikirjoituksia, refleksiivisesti eteneminen (Jesus ym., 2022).

Yksilöllisyyttä lisäsi myös Oma väylä -kuntoutukseen sisältyvä mahdollisuus toteuttaa osa tapaamisista etäkuntoutuksena. Se sujuvoitti kuntoutuksen toteuttamista ja takasi osallistumisen esteitä, kuten välimatkoista, aikatauluista tai sairastumisista aiheutuvia esteitä. Seuranta-tapaamiset koettiin myös hyödyllisenä osana kuntoutusta ja ne toivat esimerkiksi turvallisuuden tunnetta kuntoutuksen loppuvaiheeseen ja mahdollistivat jatkosuunnitelmien edistymisen seuranta.

Yksilöllisyyden nähtiin olevan tärkeimpiä asioita kuntoutuksen toteutuksessa niin palveluntuottajien kuin asiakkaidenkin näkökulmasta. Muun muassa autismikirjon häiriön ja ADHD:n Käypä Hoito -suosituksissa on korostettu asiakkaan yksilöllisen elämäntilanteen huomioimista kuntoutuksessa enemmän kuin tietynlaisten kuntoutusmuotojen suosittelusta kaikille (Duodecim, 2019, 2023). Myös neurokirjon häiriöihin liittyvät oireet sekä mahdolliset liitännäisoireet haastavat toimintakykyä monin eri tavoin. Asiakkaan tarpeisiin fokuoivilla, asiakaslähtöisillä ja osallistavilla toimintatavoilla on todettu olevan positiivisia vaikutuksia asiakkaan toimintakykyyn (Yun & Choi, 2019). Nämä näkökulmat puoltavat kuntoutuksen sisältyvien yksilöllisten tapaamisten ja niissä toteutuvan yksilöllisen lähestymistavan säilyttämistä Oma väylä -kuntoutuksessa.

Kokemukset ryhmätapaamisista ja läheisten osallistumisesta kuntoutukseen olivat vaihtelevia. Osa asiakkaista koki osallistumisen ryhmätapaamisiin kuormittavana ja liikaa jännitystä aiheuttavina. Myös ryhmätapaamisten aikataulujen järjesteleminen oli sekä asiakkaiden että ammattilaisten mielestä välillä haastavaa. Kuitenkin ryhmäkertoihin ja erityisesti sieltä saatuun vertaistukeen oltiin usein jälkikäteen tyytyväisiä, vaikka ensin ryhmätapaamiset olisivatkin tuntuneet turhilta tai kuormittavilta.

Ryhmiä oli asiakkaiden ja palveluntuottajien kuvauksen perusteella toteutettu hyvin erilaisilla tavoilla ja niiden tavoitteet sekä toteuttamismuodot vaihtelivat, mikä vaikeuttaa niiden toimivuuden ja hyödyn arviointia. Ryhmiä oli toteutettu monimuotoisesti ja niillä oli tavoiteltu erilaisia hyötyjä jo Oma väylä -kuntoutuksen kehittämisvaiheessa (Alanko & Lämsä, 2018). Tämänhetkinen tutkimustieto ei anna suuntaviivoja siihen, miten ryhmäkuntoutusta tulisi toteuttaa esimerkiksi ei ole tiedossa, mitkä elementit ryhmämuotoisissa interventioissa ovat vaikuttavia ja minkälaiset asiakkaat siitä erityisesti hyötyvät (Gates ym., 2017). Jatkossa on tärkeää tarkentaa ja selkiyttää Oma väylä -kuntoutukseen sisältyvien ryhmätapaamisten roolia ja niiden suhdetta yksilöllisiin tapaamisiin. Tulisi kriittisesti pohtia ryhmätapaamisten tarkoitusta ja kohdentumista. Ajatellaanko, että ryhmätapaamisten olisi hyvä kohdentua esimerkiksi sosiaalisissa tilanteissa olemisen harjoitteluun ja vertaistukeen? Vai olisiko ryhmätapaamisten tavoitteena jokin ryhmässä sovittu asia tai palveluntuottajien havaitsema asiakkaiden yhteinen tarve kuten yleinen psykoedukaatio tai vaikkapa joidenkin taitojen kuten opiskelutaitojen harjoittelu?

Läheisten mukanaolo nähtiin lähtökohtaisesti tärkeänä mahdollisuutena, mutta kokemukset hyödyllisyydestä vaihtelivat. Läheisten mukanaolon tärkeyttä perusteltiin muun muassa sillä, että iältään nuoremmat tai lapsuuden perheissä asuvat hyötyvät enemmän läheisten mukanaolosta. Palveluntuottajat myös pohtivat, että jotkut asiakkaat voisivat hyötyä enemmän kuntoutuksesta, jossa voitaisiin vahvemmin kohdentaa kuntoutusta koko perheeseen ja perheen tilanteeseen (vrt. LAKU-perhekuntoutus). Kaikki asiakkaat eivät halunneet läheistensä osallistuvan kuntoutukseen ja palveluntuottajat toivat esille, että joskus läheisen mukanaolo ja esimerkiksi ristiriidat tavoitteissa estivät kuntoutumista. Parhaimmillaan läheisen mukanaolo hyödytti asiakasta ja antoi ammattilaiselle lisäinformaatiota sekä mahdollisti kuntoutuksen siirtymistä arkeen. Tutkimustieto puoltaa sitä, että myös läheiset huomioidaan kuntoutusprosessissa. On todettu, että vanhemmilla on merkittävä rooli täysi-ikäisen, ADHD-diagnoosin omaavan nuoren etsiessä, tutustuessa ja valitessa hänen tarpeisiinsa vastaavia palveluita (Price ym., 2019). Myös autismikirjolla olevien nuorten vanhemmat kokevat, että nuori tarvitsee heidän tukeaan täysi-ikäisenäkin (Anderson ym., 2018). Oma väylä -kuntoutukseen on tarpeen jatkossakin sisällyttää mahdollisuus läheisen osallistumiselle. Samalla on muistettava, että kaikki asiakkaat eivät kuitenkaan välttämättä hyödy läheisen mukanaolosta.

5.3 Moniammatillisuus ja lähestymistavat

Oma väylä -kuntoutus on moniammatillista kuntoutusta, mutta asiakkaat korostivat suhdetta omaohjaajaan ja toivat niukemmin esille moniammatillisen tiimin hyötyjä. Ohjaajan ammattinimike ei myöskään näyttäytynyt asiakkaille tärkeänä vaan muut tekijät, kuten luottamussuhde ja ammattilaisen hyväksyvä asenne. Ammattilaiset toivat esille, että asiakasryhmän erityispiirteenä on se, että jotkut voivat hyötyä ennemminkin yhden työntekijän mukanaolosta kuin useammista vaihtuvista henkilöistä. He kuitenkin korostivat työparityöskentelyn ja moniammatillisen tiimin tärkeyttä ammattilaisten keskinäisessä työskentelyssä. Moniammatillisen tiimin hyöty näkyi niin, että asiakkaan tilannetta reflektoitii ja useampia näkökulmia yhdistettiin asiakkaan hyödyksi. Tämä on tyypillistä ammattirajat ylittävälle yhteistyölle, jossa eri ammattilaisten tietämys yhdistyy laajaksi tieto- ja taitoverkostoksi (Jeglinsky ym., 2022).

Vaikka arviot moniammatillisen tiimin hyödyistä olivat positiivisia, on kuitenkin nähtävissä, että palveluntuottajilla on erilaisia tapoja ja mahdollisuuksia hyödyntää eri ammattilaisten osaamista. Esimerkiksi psykologi, työelämän asiantuntija ja erityisopettaja voivat olla joskus kiinteä osa työyhteisöä ja toisinaan työyhteisön ulkopuolelta tulevia asiantuntijoita. Nämä eri tilanteet vaikuttavat siihen, kuinka aidosti moniammatillisuutta pystytään hyödyntämään. Osa korosti myös sitä, että moniammatillisuutta on hyvä toteuttaa asiakkaan omia verkostoja hyödyntämällä ja vahvistamalla sekä luomalla näin jatkumo kuntoutuksen jälkeiseen aikaan. Esimerkiksi asiakkaan oman oppilaitoksen erityisopettaja voisi toimia osana Oma väylä -tiimiä. Moniammatillisuus tulisikin ymmärtää Oma väylä -kuntoutuksessa ennemminkin osaamisperusteisesti kuin ammatilähtöisesti. Keskeistä tällöin olisi tiimin jäsenten ja verkoston erilaisten osaamisten tunnistaminen ja niiden hyödyntäminen kunkin asiakkaan tarpeiden mukaisesti.

Moniammatillisuutta toteutettiin vahvasti myös verkostoyhteistyössä, jota palveluntuottajat kuvasivat tehneensä runsaasti eri tahojen kanssa. Verkostojen joustavan toiminnan on todettu olevan edellytys siirtymävaiheen onnistumiselle (Munck ym., 2022). Verkostoyhteistyötä ei kuitenkaan tuoda esille palvelukuvauksessa selkeästi omana työskentelymuotona Oma väylä -kuntoutuksessa. Tämän tutkimuksen pohjalta se näyttäytyy kuitenkin tärkeänä elementtinä esimerkiksi kuntoutuksen arkeen siirtymisessä sekä asiakkaan kuntoutuksen jälkeisen tuen järjestämisessä. Myös erilaisten työ- ja opiskelumahdollisuuksien selvittäminen ja kokeileminen vaatii usein paljon eri tahojen kontaktoimista. Palveluntuottajat toivatkin esille, että verkostoyhteistyö on tärkeää ja sitä tehdään mahdollisuuksien mukaan yhteistyössä asiakasta osallistaen.

Moniammatillisuuden toteuttamista tukevat yhteiset lähestymistavat ja asiakasryhmään liittyvä erityisosaaminen. Käytetyimpiä lähestymistapoja olivat ratkaisukeskeisyys ja voimavara-lähtöisyys, joista voimavarakeskeisyys näkyy myös Oma väylä -kuntoutuksen palvelukuvauksessa. Neuropsykiatriseen kuntoutukseen liittyvää ammattialat ylittävää koulutusta korostettiin ammattialakohtaisen osaamisen rinnalla. Palveluntuottajat toivatkin esille, että eri ammattilaisten osaamista tulisi voida huomioida pelkkää ammattinimikettä laajemmin esimerkiksi moniammatillista tiimiä koostaessa.

5.4 Siirtymävaiheen kuntoutuksen tärkeimmät asiat

Tutkimuksessa tunnistettiin asiakasryhmän siirtymävaiheen kuntoutukselle olennaisia tekijöitä. Näitä olivat omannäköisen arjen, työ ja opiskelupolun tunnistaminen itsetuntemuksen ja omien vahvuuksien ja haasteiden tunnistamisen kautta ja sitä kohti eteneminen yksilöllisten toimintatapojen ja keinojen löytämisen ja soveltamisen kautta. Siirtymävaiheen kuntoutuksessa tärkeäksi todettiin myös luottamuksellinen suhde omaohjaajaan, joka mahdollisti sekä itsetuntemukseen liittyvää reflektointia että yhteistä ongelmanratkaisua esimerkiksi konkreettista toimintatapojen kokeilua arjessa. Tärkeää oli myös verkostoyhteistyö eri toimijoiden kanssa, jonka avulla pystyttiin esimerkiksi siirtämään kuntoutusta ja siinä löydettyjä asioita arkeen, luomaan jatkumoa kuntoutuksen jälkeiselle ajalle sekä saamaan kokonaisvaltaisemman kuvan asiakkaan tilanteesta.

Ennen Oma väylä -kuntoutukseen ohjaamista tulisi arvioida, että asiakas pystyy osallistumaan ja työskentelemään siirtymävaiheen kuntoutuksen tavoitteiden mukaisesti. Tulokset nostivat esille sen haasteen, että aina ei päästä parhaalla mahdollisella tavalla työskentelemään siirtymävaiheen kuntoutuksen tavoitteiden mukaisesti. Tämä tuli eteen erityisesti silloin, jos kuntoutus ei ollut oikea-aikaista, eikä asiakkaalla ollut vielä tarvittavia edellytyksiä Oma väylä -kuntoutukseen osallistumiseen. Kuntoutukseen osallistumisen edellytyksiksi tunnistettiin riittävä motivaatio ja valmius tunnistaa ja ilmaista omia tarpeita sekä perustieto diagnosoista ja sen vaikutuksista toimintakykyyn. Lisäksi jo kuntoutukseen ohjautumisvaiheessa tulisi selvittää mahdolliset liitännäishäiriöt ja sairaudet (esimerkiksi oppimisvaikeudet ja mielenterveyden häiriöt) ja järjestää niihin liittyvät riittävät tukitoimet ja hoito sekä varmistaa perustarpeiden (esimerkiksi uni ja ravitsemus) toteutuminen ja taloudellinen toimeentulo.

Vuoden mittainen kuntoutus koettiin usein liian lyhyeksi. Tämä saattoi osittain johtua siitä, että aiemmin kuvatut kuntoutukseen osallistumisen edellytykset eivät täyttyneet, jolloin niitä jouduttiin työstimään kuntoutuksen aikana. Jo Oma väylä -kuntoutuksen arviointitutkimuksessa todettiin, että asiakkaan valmiutta osallistua kuntoutukseen tulisi arvioida ennen kuntoutusta, jotta kuntoutus voisi kohdentua oikein (Appellqvist-Schmidlechner ym., 2018).

5.5 Yhteenveto ja kehittämiskohteet

Tutkimuksen tulosten valossa Oma väylä -kuntoutuksen kokonaisuus näyttäytyy kokoelmana erilaisia lähestymistapoja ja tutkittuja siirtymävaiheen interventioita. Oma väylä -kuntoutuksessa näitä eri lähestymistapoja ja interventioita yhdistetään kunkin asiakkaan tarpeiden mukaisesti ja räätälöidään yksilölliseksi kuntoutusprosessiksi. Olennaista on myös asiakkaan ympäristön ymmärtäminen, kuten ympäristön vahvuuksien ja toimintaedellytyksiä heikentävien tekijöiden tunnistaminen sekä niihin vaikuttaminen. Siirtymävaiheen interventioille tyypillisesti myös Oma väylä -kuntoutuksessa tärkeää on tulevaisuuteen suuntautuneisuus, ikään kuin siirtymän yli näkeminen, ja asiakkaan auttaminen näkemään hänen nykyiset vahvuutensa ja kehittymässä olevat potentiaalit.

Edellä kuvatut, tässä tutkimuksessa tunnistetut Oma väylä -kuntoutuksen vahvuudet, jotka kuntoutuksessa ja sitä ohjaavassa palvelukuvauksessa tulisi säilyttää, sekä kehittämis ehdotukset palvelukuvaukseen, on tiivistetty taulukkoon 11 (s. 67).

Taulukko 11. Yhteenveto Oma väylä -kuntoutuksen vahvuuksista ja kehittämiskohteista.

Palvelukuvauksessa säilytettävät elementit	Kehittämisehdotuksia palvelukuvaukseen
Yksilöllisyys ja mahdollisuus räätälöintiin	Kuntoutukseen osallistumisen edellytysten arvioiminen ennen kuntoutukseen ohjautumista
Yksilötapaamiset ja vahva suhde omaohjaajaan	Mahdollisuus jakaa yksilötapaamisten käyntikertoja pidemmälle ajanjaksolle esim. 1,5 vuotta
Moniammatillisuus	Moniammatillisuuden kuvaaminen osaamisperusteisesti ammatilähtöisyyden sijaan
Voimavaralähtöisyys	Ratkaisukeskeisyyden esille tuominen palvelukuvauksessa
Kattavuus suhteessa eri elämänalueisiin	Ryhmätapaamisten kohdentumisen ja tavoitteiden uudelleenmäärittely
Mahdollisuus läheisten osallistumiselle	Verkostoyhteistyön nostaminen selkeämmin esille palvelukuvauksessa
Seurantatapaamiset	
Mahdollisuus etätapaamisiin tarvittaessa	

Kompleksi kuntoutuskokonaisuus, joka sisältää integratiivisia ja räätälöityjä elementtejä, asettaa suuret vaatimukset kuntoutusta toteuttaville ammattilaisille. Heillä tulee olla paitsi vankkaa ja monipuolista osaamista, myös kokemuksen mukanaan tuomaa vahvaa näkemystä siitä, miten tietyn asiakkaan omaa kuntoutumispolkua tulisi rakentaa. Kuntoutuksen ydinelementtien tunnistaminen auttaa ammattilaisia valitsemaan ne interventiomuodot, jotka todennäköisemmin tuottavat toivottuja tuloksia yksilötasolla (esim. Abry ym., 2015). Ryhmätasolla kuntoutuksen ydinelementtien tarkastelu varmistaa kuntoutuksen laadun ylläpysymisen. Koulutautuminen ja muu osaamisen ylläpitäminen ja lisääminen tulisikin kohdentaa niihin asioihin, jotka ovat Oma väylä -kuntoutuksen keskeisiä elementtejä.

Jatkossa Oma väylä -kuntoutuksen vaikuttavuuden arviointi olisi ehdottoman tärkeää. Samalla tulisi arvioida sitä, onko Oma väylä -kuntoutukseen osallistuneissa tunnistettavissa ryhmiä (esim. ikä, kuntoutuksen tavoite), joille Oma väylä -kuntoutus on erityisen vaikuttavaa ja hyödyllistä sekä ryhmiä, jotka eivät kenties hyödy Oma väylä -kuntoutuksesta, vaan tarvitsisivat ennemminkin muun tyyppistä tukea ja kuntoutusta. Edelleen tarvitaan myös Oma väylä -kuntoutuksen ydinelementtien tutkimista.

Lähteet

Aamuposti. (8.8.2023). Yhä useampi oppimisvaikeuksista kärsivä nuori ei jatkanut toisen asteen opintoihin. Aamuposti. <https://aamuset.fi/artikkeli/6069770>

Abry, T., Hulleman, C.S., & Rimm-Kaufman, S.E. (2015). Using indices of fidelity to intervention core components to identify program active ingredients. *American Journal of Evaluation*, 36(3), 320–338. <https://doi.org/10.1177/1098214014557009>

- Alanko, S., & Lämsä, R. (2018). *Oma väylä -kuntoutuksen kehittäminen: Kehittämistyö palveluntuottajien näkökulmasta* (Kuntoutusta kehittämässä 5). Kela. <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2018112749294>
- Anderson, K., Sosnowy, C., Kuo, A.A., & Shattuck, P.T. (2018). Transition of individuals with autism to adulthood: A review of qualitative studies. *Pediatrics*, 141(4), 318–327. <https://doi.org/10.1542/peds.2016-4300>
- Appelqvist-Schmidlechner, K., Lämsä, R., & Tuulio-Henriksson, A. (2018). *Oma väylä: Kelan neuropsykiatrisen kuntoutuksen soveltuvuus, hyödyt ja koettu vaikuttavuus* (Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 153). Kela. <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2018110947748>
- Arnett, J.J. (2000). Emerging adulthood: A theory of development from the late teens through the twenties. *American Psychologist*, 55(5), 469–480.
- Baggio, S., Studer, J., Fructuoso, A., Grazioli, V.S., Heller, P., Wolff, H., Gmel, G., & Perroud, N. (2018). Does level of attention deficit-hyperactivity disorder symptoms predicts poor transition into adulthood? *International Journal of Public Health*, 64(2), 165–172. <https://doi.org/10.1007/s00038-018-1147-x>
- Bal, V.H., Kim, S.H., Cheong, D., & Lord, C. (2015). Daily living skills in individuals with autism spectrum disorder from 2 to 21 years of age. *Autism*, 19(7), 774–784. <https://doi.org/10.1177/1362361315575840>
- Bölte, S., Mahdi, S., Coghill, D., Gau, S.S., Granlund, M., Holtmann, M., Karande, S., Levy, F., Rohde, L.A., Segerer, W., de Vries, P.J., & Selb, M. (2018). Standardised assessment of functioning in ADHD: Consensus on the ICF core sets for ADHD. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 27(10), 1261–1281. <https://doi.org/10.1007/s00787-018-1119-y>
- Bölte S., Mahdi, S., de Vries, P.J., Granlund, M., Robison, J.E., Shulman, C., Swedo, S., Tonge, B., Wong, V., Zwaigenbaum, L., Segerer, W., & Selb, M. (2019). The Gestalt of functioning in autism spectrum disorder: Results of the international conference to develop final consensus International Classification of Functioning, Disability and Health core sets. *Autism*, 23(2), 449–467. <https://doi.org/10.1177/1362361318755522>
- Castrén, M., Grönfors, S., Timonen, T., & Tani, P. (2021). Autismikirjon häiriöt. Teoksessa K. Juva, C. Hublin, H. Kalska, J. Korkeila, M. Sainio, P. Tani, & R. Vataja (toim.). *Klininen neuropsykiatria*. Duodecim.
- Chancel, R., Miot, S., Dellapiazza, F., & Baghdadli, A. (2022). Group-based educational interventions in adolescents and young adults with ASD without ID: A systematic review focusing on the transition to adulthood. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 31(7), 1–21. <https://doi.org/10.1007/s00787-020-01609-1>
- Chen, Q., Hartman, C.A., Haavik, J., Harro, J., Klungsøyr, K., Hegvik, T.A., Wanders, R., Ottosen, C., Dalsgaard, S., Faraone, S.V., & Larsson, C. (2018). Common psychiatric and metabolic comorbidity of adult attention-deficit/hyperactivity disorder: A population-based cross-sectional study. *PLOS ONE*, 13(9), artikkeli e0204516. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0204516>
- DaWalt, L.S., Greenberg, J.S., & Mailick, M.R. (2018). Transitioning together: A Multi-family Group Psychoeducation Program for Adolescents with ASD and their parents. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 48(1), 251–263. <https://doi.org/10.1007/s10803-017-3307-x>

De Crescenzo, F., Cortese, S., Adamo, N. & Janiri, L. (2017). Pharmacological and non-pharmacological treatment of adults with ADHD: A meta-review. *Evidence-Based Mental Health*, 20(1), 4–11.

<https://doi.org/10.1136/eb-2016-102415>

Duodecim. (2019). ADHD (aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriö). *Käypä hoito -suositus*.

<https://www.kaypahoito.fi/hoi50061>

Duodecim. (2023). Autismikirjon häiriö. *Käypä hoito -suositus*. <https://www.kaypahoito.fi/hoi50131>

Gates, J., Kang, E., & Lerner, M.D. (2017). Efficacy of group social skills interventions for youth with autism spectrum disorder: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 52, 164–181. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.01.006>

Gorenstein, M., Giserman-Kiss, I., Feldman, E., Isenstein, E.L., Donnelly, L., Wang, A.T., & Foss-Feig, J.H. (2020). Brief report: A Job-Based Social Skills Program (JOBSS) for adults with autism spectrum disorder: A pilot randomized controlled trial. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 50(12), 4527–4534. <https://doi.org/10.1007/s10803-020-04482-8>

Hollingdale, J., Woodhouse, E., Young, S., Fridman, A., & Mandy, W. (2020). Autistic spectrum disorder symptoms in children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder: A meta-analytical review. *Psychological Medicine*, 50(13), 2240–2253. <https://doi.org/10.1017/S0033291719002368>

Hollocks, M., Lerh, J., Magiati, I., Meiser-Stedman, R., & Brugha, T. (2019). Anxiety and depression in adults with autism spectrum disorder: A systematic review and meta-analysis. *Psychological Medicine*, 49(4), 559–572. <https://doi.org/10.1017/S0033291718002283>

Hong, E.R., Ganz, J.B., Morin, K., Davis, J.L., Ninci, J., Neely, L., & Boles, M.B. (2017). Functional living skills and adolescents and adults with autism spectrum disorder: A meta-analysis. *Education and Training in Autism and Developmental Disabilities*, 52(3), 268–279.

Hume, K., Steinbrenner, J.R., Odom, S.L., Morin, K.L., Nowell, S.W., Tomaszewski, B., Szendrey, S., McIntyre, N.S., Yucesoy-Özkan, S., & Savage, M.S. (2021). Evidence-based practices for children, youth, and young adults with autism: Third generation review. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 51(11), 4013–4032. <https://doi.org/10.1007/s10803-020-04844-2>

Jeglinsky, I., Kukkonen, T., & Melkas, S. (2022). Moniammatillinen yhteistyö kuntoutuksessa. Teoksessa I. Autti-Rämö, A.-L. Salminen, M. Rajavaara, & S. Melkas (toim.). *Kuntoutuminen*. Duodecim.

Jesus, T.S., Papadimitriou, C., Bright, F.A., Kayes, N.M., Pinho, C.S., & Cott, C.A. (2022). Person-centered rehabilitation model: Framing the concept and practice of person-centered adult physical rehabilitation based on a scoping review and thematic analysis of the literature. *Archives of Physical Medicine Rehabilitation*, 103(1), 106–120. <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2021.05.005>

Jonsson, U., Coco, C., Fridell, A., Brown, S., Berggren, S., Hirvikoski, T., & Bölte, S. (2021). Proof of concept: The TRANSITION program for young adults with autism spectrum disorder and/or attention deficit hyperactivity disorder. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 28(2), 78–90. <https://doi.org/10.1080/11038128.2019.1695933>

Juva, K., Hublin, C., Kalska, H., Korkeila, J., Sainio, M., Tani, P., & Vataja, R. (2021). Kehitykselliset oireyhtymät voivat altistaa elämäntilanteille haasteille arjen selviytymisessä. Teoksessa K. Juva, C. Hublin, H. Kalska, J. Korkeila, M. Sainio, P. Tani, & R. Vataja (toim.) *Klininen neuropsykiatria*. Duodecim.

Karhula, M., Seppänen-Järvelä, R., & Heinijoki, H. (2022). Oma väylä -kuntoutuksen implementaatio nuorten asiakkaiden ja palveluntuottajien arvioimana. *Kuntoutus* 45(4), 20–38.

<https://doi.org/10.37451/kuntoutus.125398>

Kela. (2022). *Oma väylä -kuntoutus. Palvelukuvaus palveluntuottajille*. <https://www.kela.fi/documents/20124/915177/oma-vayla-palvelukuvaus-palveluntuottajille.pdf/42324e98-6e00-8dca-16e0-ded37001af01?t=1639748028307>. Viitattu 30.06.2023.

Kela. (2023). *Rekisteröitymismenettelyllä järjestettävät palvelut*. <https://www.kela.fi/kuntoutuspalvelut-rekisteroityminen>. Viitattu 22.9.2023.

Kelasto. (2023a). *Kelan kuntoutuspalvelujen saajat ja kustannukset*. https://raportit.kela.fi/ibi_apps/WFServlet. Viitattu 18.10.2023.

Kelasto. (2023b). *Kuntoutuksen ratkaisutiedot*. https://kelasto.kela.fi/ibi_apps/WFServlet. Viitattu 18.10.2023.

Korkeila, J., Leppämäki, S., & Virta, M. (2021). Aktiivisuuden ja tarkkaavuden häiriö (ADHD). Teoksessa K. Juva, C. Hublin, H. Kalska, J. Korkeila, M. Sainio, P. Tani, & R. Vataja (toim.). *Klininen neuropsykiatria*. Duodecim.

Kuo, A.A., Crapnell, T., Lau, L., Anderson, K.A., & Shattuck, P. (2018). Stakeholder perspectives on research and practice in autism and transition. *Pediatrics*, 141(4), 293–299.

<https://doi.org/10.1542/peds.2016-4300>

Lyall, K., Croen, L., Daniels, J., Fallin, M.D., Ladd-Acosta, C., Lee, B.K., Park, B.Y., Snyder, N.W., Schendel, D., Volk, H., Windham, G.C., & Newschaffer, C. (2017). The changing epidemiology of autism spectrum disorders. *Annual Review of Public Health*, 38, 81–102. <https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-031816-044318>

Lämsä, R., Santalahti, P., Haravuori, H., Penttimikko, A., Tuulio-Henriksson, A., Huurre, T., & Marttunen, M. (2015). *Neuropsykiatrisesti oireilevien nuorten hoito- ja kuntoutuspolut Suomessa* (Työpapereita 78). Kela. <http://hdl.handle.net/10138/156274>

Mikami, A.Y., Miller, M., & Lerner, M.D. (2019). Social functioning in youth with attention-deficit/hyperactivity disorder and autism spectrum disorder: Transdiagnostic commonalities and differences. *Clinical Psychology Review*, 68, 54–70. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2018.12.005>

Munck, P., Koskinen, S., Tuulio-Henriksson, A., Autti-Rämö, I., & Marttunen, M. (2022). Kuntoutuminen nuoruudessa ja siirtymä aikuisuuteen. Teoksessa I. Autti-Rämö, A.-L. Salminen, M. Rajavaara, & S. Melkas (toim.). *Kuntoutuminen*. Duodecim.

Paananen, R., Surakka, A., Kainulainen, S., Ristikari, T., & Gissler, M. (2019). Social exclusion in early adulthood, related factors and the timing of the social and health care services. *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti*, 56, 114–128.

Price, A., Newlove-Delgado, T., Eke, H., Paul, M., Young, S., Ford, T., & Janssens, A. (2019). In transition with ADHD: The role of information, in facilitating or impeding young people's transition into adult services. *BMC Psychiatry*, 19, 404. <https://doi.org/10.1186/s12888-019-2284-3>

Quigley, E., Michel, A.-S., & Doyle, G. (2020). *Vignette-based interviewing in the health care space: A robust method of vignette development*. SAGE Publications Ltd.

<https://dx.doi.org/10.4135/9781529735970>

Reinval, O. (2018). Neurocognitive functioning and psychiatric symptoms in children and adolescents with higher functioning autism spectrum disorders [väitöskirja, Helsingin yliopisto]. Helda.

<http://urn.fi/URN:ISBN:978-951-51-4246-7>

Roux, A.M., Shattuck, P.T., Rast, J.E., Rava, J.A., & Anderson, K.A. (2015). *National autism indicators report: Transition into young adulthood*. A.J. Drexel Autism Institute, Drexel University.

STM. (2022). *Valtakunnalliset lääkinnälliseen kuntoutukseen ohjaamisen perusteet: Opas terveyden- ja sosiaalihuollon ammattilaisille ja kuntoutuksen parissa työskenteleville* (Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 17). Sosiaali- ja terveysministeriö. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-5423-6>

TENK. (2023). *Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa*. Tutkimuseettinen neuvottelukunta. https://tenk.fi/sites/default/files/2023-03/HTK-ohje_2023.pdf

Ukkola, I., & Seppänen-Järvelä, R. (2020). *Täsmätietoa täsmätutkimuksella: Muutos-hankkeen arviointi* (Kuntoutusta kehittämässä 14). Kela. <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe202003248956>

Virta, M. (2010). *ADHD-aikuisen psykologinen kuntoutus* [väitöskirja, Helsingin yliopisto]. Helda. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-10-6636-8>

Wong, C., Odom, S.L., Hume, K.A., Cox, A.W., Fettig, A., Kucharczyk, S., Brock, M.E., Plavnick, J.B., Fleury, V.P., & Schulz, T.R. (2015). Evidence-based practices for children, youth, and young adults with autism spectrum disorder: A comprehensive review. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 45(7), 1951–1966. <https://doi.org/10.1007/s10803-014-2351-z>

Young, S., Hollingdale, J., Absoud, M., Bolton, P., Branney, P., Colley, W., Craze, E., Dave, M., Deeley, Q., Farrag, E., Gudjonsson, G., Hill, P., Liang, H.L., Murphy, C., Mackintosh, P., Murin, M., O'Regan, F., Ougrin, D., Rios, P., ... Woodhouse, E. (2020). Guidance for identification and treatment of individuals with attention deficit/hyperactivity disorder and autism spectrum disorder based upon expert consensus. *BMC Medicine*, 18(1), 146. <https://doi.org/10.1186/s12916-020-01585-y>

Yun, D., & Choi, J. (2019). Person-centered rehabilitation care and outcomes: A systematic literature review. *International Journal of Nursing Studies*, 93, 74–83.

<https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2019.02.012>

Liitteet

Liite 1. Raportin aineistona olevat Oma väylä -kuntoutuksen asiakkaiden alkukyselyn ja loppukyselyn sekä palveluntuottajien kyselyn kysymykset

Kysymys (vastausvaihtoehdot)

AA = asiakkaiden alkukysely

AL = asiakkaiden loppukysely

P = palveluntuottajien kysely

Teema: Kuntoutukseen hakeutuminen ja ohjautuminen

AA: Mistä sait tietoa kuntoutuksesta? Voit valita useita vaihtoehtoja.

(työnantajaltani/ opiskelupaikastani/ työterveyshuollosta/ opiskelijaterveydenhuollosta/ terveystieteiden tai sairaalan hoitavalta lääkäriltä/ terveystieteiden tai sairaalan kuntoutusryhmältä/ yksityislääkäriltä/ terapeutiltani/ perheenjäseneltäni/ tuttaviltani, ystäväiltäni/ Oma väylä -kuntoutuksessa olleelta tai olevalta tuttavaltani/ Autismi- ja Aspergerliitosta tai internetsivuilta/ ADHD-liitosta tai internetsivuilta/ muun potilasjärjestön tai -liiton kautta, minkä?___/ Kelan internetsivuilta/ Kelan asiantuntijalta/ Oma väylä -kuntoutusta toteuttavalta palveluntuottajalta tai internet-sivujen kautta/ sosiaalisen median kautta, esimerkiksi internetin keskustelupalsta, Facebook/ muulta taholta, mistä___

AA: Mistä tai keneltä sait lähetteen kuntoutukseen? Voit valita useita vaihtoehtoja.

(työterveyshuolto/ erikoissairaanhoidon hoitava lääkäri/ perusterveydenhuollon hoitava lääkäri/ erikoissairaanhoidon kuntoutusryhmä/ perusterveydenhuollon kuntoutusryhmä/ kuntoutusohjaaja/ sairaanhoitaja tai terveydenhoitaja/ opiskelijaterveydenhuolto/ muut taho, mikä___)

AA: Miten kuntoutukseen hakeutuminen kaiken kaikkiaan toimi sinun kohdallasi?

Vastaa seuraaviin väittämiin sen mukaan miten hyvin ne kuvaavat sinun kokemuksiasi.

- Hakeminen oli vaivatonta
- Lääkärinlausunnon saaminen oli helppoa
- Sain riittävästi tietoa kuntoutuksen sisällöstä kuntoutukseen hakeutuessa
- Kelan internet-sivujen tiedot auttoivat kuntoutukseen hakeutumista
- Hakulomake oli helppo täyttää

(Asteikolla 1–5: 1 = täysin eri mieltä ja 5 = täysin samaa mieltä)

AA: Miksi hakulomakkeen täyttäminen oli mielestäsi jossain määrin vaikeaa?

(Avovastaus)

AA: Miten täytit kuntoutushakemuksen?

(Tein hakemuksen itsenäisesti/ Sain apua hakemuksen tekemiseen)

AA: Keneltä sait apua hakemuksen tekemiseen?* Voit valita useita vaihtoehtoja.

(perheenjäseneltäni, omaiseltani, läheiseltäni/ työterveyshuollosta/ opiskelijaterveydenhuollosta/ terveyskeskuksesta tai sairaalasta/ sosiaalityöntekijältä/ kotipalvelun tai kotisairaanhoidon työntekijältä/ potilasjärjestöstä/ kuntoutuspalveluntuottajalta/ Kelan asiantuntijalta/ muulta taholta, mistä?___ / en halua kertoa)

*Kysytty, mikäli vastannut edellisessä kysymyksessä saaneensa apua hakemuksen tekemiseen.

AA: Miten arvioisit kuntoutuspäätöstä?

- Kuntoutuspäätös tuli riittävän nopeasti
- Kuntoutuspäätöksen tiedot olivat selkeät
- Kuntoutuspäätöksessä oli riittävästi tietoa kuntoutuksesta

(Asteikolla 1–5: 1 = täysin eri mieltä ja 5 = täysin samaa mieltä)

AA: Olisitko kaivannut kuntoutuspäätökseen ja sen liitteisiin lisätietoa?

(En/ Kyllä, mitä tietoa?__)

AA: Kuinka nopeasti kuntoutushakemuksen jättämisen jälkeen sait kuntoutuspäätöksen?

(Alle viikon kuluttua/ 1–2 viikon kuluttua/ Alle kuukauden kuluttua/ 1–2 kuukauden kuluttua/ Yli 2 kuukauden kuluttua)

Oltiinko Kelasta sinuun yhteydessä (esimerkiksi haastateltiin / pyydettiin lisäselvitystä) ennen kuntoutuspäätöksen tekemistä?

(Kyllä/ Ei)

Teema: Kuntoutuksen aloittaminen

AA: Kuinka nopeasti kuntoutus alkoi kuntoutuspäätöksen saamisesta?

(Alle 2 viikon kuluttua/ Alle kuukauden kuluttua/ Alle 2 kuukauden kuluttua/ Alle 3 kuukauden kuluttua/ Alle 4 kuukauden kuluttua/ Alle 5 kuukauden kuluttua/ Alle 6 kuukauden kuluttua/ Alle 8 kuukauden kuluttua/ Yli 8 kuukauden kuluttua)

AA: Miten kuntoutuksen alku toteutui?

Palveluntuottaja lähetti minulle ennen kuntoutuksen alkua kutsukirjeen, jossa oli tietoa kuntoutuksen toteutuksesta

Palveluntuottaja otti minuun yhteyttä ennen kuntoutuksen alkua puhelimella tai kuvapuheluna

(Kyllä/ ei/ en osaa sanoa)

P: Kuinka tärkeäksi arvioitte asiakkaalle ennen kuntoutuksen alkua lähettämäännne kutsukirjettä?

(Ei lainkaan tärkeä, ei kovin tärkeä, melko tärkeä, tärkeä, erittäin tärkeä)

P: Millaisia asioita käsittelette kutsukirjeessä?

P: Kuinka tärkeäksi arvioitte ennen kuntoutuksen alkua toteutuvan yhteydenottonne asiakkaaseen joko puhelimitse tai kuvapuheluna?

(Ei lainkaan tärkeä, ei kovin tärkeä, melko tärkeä, tärkeä, erittäin tärkeä)

P: Millaisia asioita käsittelette ennen kuntoutuksen alkua toteutuvassa yhteydenotossa?

(Avovastaus)

AA: Miten ennen kuntoutuksen alkua toteutuneet palveluntuottajan yhteydenotot (kirjeitse, puhelimella tai kuvapuheluna) toteutuivat?

- Sain ennen kuntoutuksen alkua palveluntuottajalta riittävästi tietoa kuntoutuksen sisällöstä
- Sain esittää kysymyksiä ja toiveita ennen kuntoutuksen alkamista
- Minulta kysyttiin erityistarpeistani kuntoutuksen toteutumiseen liittyen
- Sain tukea omien tavoitteiden suunnitteluun ennen kuntoutuksen alkua
- Palveluntuottajan yhteydenotot (kutsukirje ja puhelin tai kuvapuhelukontakti) olivat minulle hyödyllisiä

(Asteikolla 1–5, jossa 1 = täysin eri mieltä ja 5 = täysin samaa mieltä)

Teema: Moniammatillinen tiimi kuntoutuksen toteuttajana

P: Ketkä ammattihenkilöistä muodostavat työparin?

- (toimintaterapeutti AMK + sairaanhoitaja AMK/
- toimintaterapeutti AMK + sosiaalityöntekijä/
- toimintaterapeutti AMK + sosionomi AMK/
- toimintaterapeutti AMK + kuntoutuksen ohjaaja AMK/
- sairaanhoitaja AMK + sosiaalityöntekijä/
- sairaanhoitaja AMK + sosionomi AMK/
- sairaanhoitaja AMK + kuntoutuksen ohjaaja AMK/
- kuntoutuksen ohjaaja AMK + sosiaalityöntekijä/
- kuntoutuksen ohjaaja AMK + sosionomi AMK)

P: Kuvailkaa työparityöskentelyä, miten se käytännössä toteutuu ja millaisia hyötyjä ja mahdollisia haittoja työparityöskentelystä on?

(Avovastaus)

P: Miten yksilötapaamiset yleensä toteutuvat?

(Omaohjaaja toteuttaa yksilötapaamiset yksin./ Omaohjaaja toteuttaa osan tapaamisista yksin ja osan yhdessä työparin kanssa./ Omaohjaaja toteuttaa osan tapaamisista yksin ja osan tapaamisista toinen työparista toteuttaa yksin./ Työpari toteuttaa yksilötapaamiset pääsääntöisesti yhdessä.)

P: Kuinka monta kertaa asiakas yleensä tapaa kuntoutuksen aikana psykologin tai neuropsykologin?

(Ei kertaakaan/ Yhden kerran kuntoutuksen alussa/ 2 kertaa/ 3 kertaa/ 4–5 kertaa/ 6 kertaa tai enemmän)

P: Palvelukuvauksen mukaan psykologi toimii asiakkaan tilanteessa oman alansa asiantuntijana. Kuvatkaa tarkemmin psykologin roolia ja tehtäviä asiakkaan Oma väylä -kuntoutuksessa.

(Avovastaus)

P: Arvioikaa, kuinka hyödylliseksi koette psykologin tai neuropsykologin roolin Oma väylä -kuntoutuksessa?

(Asteikolla 1–5, jossa 1 = ei lainkaan hyödyllinen ja 5 = erittäin hyödyllinen)

AL: Ketkä seuraavista ammattilaisista toteuttivat kuntoutustasi?

- Toimintaterapeutti
- Sairaanhoidaja
- Sosiaalityöntekijä tai sosionomi
- Kuntoutuksen ohjaaja
- Psykologi tai neuropsykologi

(Kyllä/ Ei/ En osaa sanoa)

AL: Kuinka hyödylliseksi koit näiden ammattilaisten tapaamiset?

(Asteikolla 1–5, jossa 1 = ei lainkaan hyödyllinen ja 5 = erittäin hyödyllinen)

P: Palvelukuvauksessa on määritelty, että tiimissä on oltava vähintään yksi valinnainen ammattihenkilö. Kuinka hyödylliseksi koette seuraavien ammattilaisten roolin Oma väylä -kuntoutuksessa?

- Työelämän asiantuntija
- Erityisopettaja

(Ei lainkaan hyödyllinen/ ei kovin hyödyllinen/ ei hyödyllinen, eikä hyödytön/ hyödyllinen/ erittäin hyödyllinen/ ei ole mukana työryhmässä)

P: Miten kommentoisitte työelämänasiantuntijan ja/tai erityisopettajan roolia?

(Avovastaus)

AL: Miten arvioit yhteistyön tekemistä ja sen merkitystä kuntoutuksen aikana?

- Oivalsin läheisten ja eri toimijoiden kanssa tehtävän yhteistyön merkityksen
- Hyödyin eri ammattilaisten yhteistyöstä
- Viestintä eri toimijoiden välillä oli toimivaa ja selkeää
- Työntekijävaihdokset eivät haitanneet kuntoutumistani

(Asteikolla 1–5, jossa 1 = täysin eri mieltä ja 5 = täysin samaa mieltä)

P: Miten arvioitte Oma väylä -kuntoutukseen osallistuvan moniammatillisen tiimin kokoonpanoa?

(Nykyinen kokoonpano on tarkoituksenmukainen/ nykyinen kokoonpano on epätarkoituksenmukainen)

P: Miten muuten haluatte kommentoida moniammatillisen tiimin kokoonpanoa?

(Avovastaus)

Teema: Oma väylä -kuntoutuksen eri toteutusmuodot

AL & P: Miten arvioit yksilötapaamisten määrää?

Yksilötapaamisia oli...

(liian vähän/ sopiva määrä/ liian paljon)

AL & P: Miten arvioit yksilötapaamisten kestoja?

Yksilötapaamiset olivat...

(Liian lyhyitä/ Sopivan pituisia/ Liian pitkiä)

AL & P: Missä yksilötapaamiset toteutuivat?

(Pääsääntöisesti palveluntuottajan toimipisteessä/ Pääsääntöisesti omissa arjen ympäristöissäni (esim. kotonani, oppilaitoksessa, työpaikalla tms.)/ Vaihdellen tarpeideni mukaan palveluntuottajan toimipisteessä ja arjen ympäristöissäni (esim. kotonani, oppilaitoksessa, työpaikalla tms.)

AL: Osallistuitko ryhmätapaamisiin muiden Oma väylä -kuntoutuksen asiakkaiden kanssa?

(Kyllä/ En)

AL & P: Miten arvioit ryhmätapaamisten määrää?

Ryhmätapaamisia oli

(Liian vähän/ Sopiva määrä/ Liian paljon)

AL & P: Miten arvioit ryhmätapaamisten kestoja?

Ryhmätapaamiset olivat

(liian lyhyitä/ sopivan pituisia/ liian pitkiä)

P: Miten olette konkreettisesti toteuttaneet ryhmätapaamisia (esim. ohjaaja/t, ryhmien kokoonpanot, sisällöt/ teemat)?

(Avovastaus)

P: Miten muuten haluatte kommentoida ryhmätoimintaa ja vertaistukea kuntoutuksen aikana?

(Avovastaus)

AL & P: Miten arvioit ryhmätoimintaa ja vertaistukea kuntoutuksen aikana?

- Ryhmätoiminta soveltui itselleni / Ryhmätoiminta soveltuu asiakkaille
- Ryhmätoiminta edisti kuntoutumistani/ Ryhmätoiminta edistää asiakkaiden kuntoutumista
- Ryhmässä minun oli mahdollista jakaa kokemuksia muiden kuntoutujien kanssa/ Ryhmässä asiakkaiden on mahdollista jakaa kokemuksia muiden asiakkaiden kanssa

(Asteikolla 1–5, jossa 1 = täysin eri mieltä ja 5 = täysin samaa mieltä)

AL: Osallistuiko läheisesi heille suunnattuun 1–2 ryhmätapaamiseen?

(Kyllä/ Ei/ Tapaamista ei järjestetty)

P: Miten olette konkreettisesti toteuttaneet läheisten ryhmätapaamisia (esim. ohjaaja/t, ryhmien kokoonpanot, sisällöt/ teemat)?

(Avovastaus)

P: Miten muuten haluatte kommentoida läheisten roolia kuntoutuksen aikana?

(Avovastaus)

AL: Osallistuiko / osallistuivatko seuraavat läheisesi tai henkilöt yksilötapaamisiin?

(Kyllä/ Ei)

AL: Kuinka hyödylliseksi koit näiden henkilöiden mukanaolon yksilötapaamisissa?

(Asteikolla 1–5, jossa 1 = ei lainkaan hyödyllinen ja 5 = erittäin hyödyllinen)

AL: Miten arvioisit läheisen roolia kuntoutuksessa?

- Läheiseni kannusti minua kuntoutumaan
- Läheiseni tuki oli minulle tärkeää kuntoutumisessa
- Uskon, että kuntoutus vastasi myös läheiseni tarpeisiin

(Asteikolla 1–5, jossa 1 = täysin eri mieltä ja 5 = täysin samaa mieltä)

P: Miten arvioitte läheisen merkitystä kuntoutuksessa?

- Läheisillä on merkittävä rooli kannustaa asiakasta kuntoutumaan.
- Läheisten tuki kuntoutumisessa on tärkeää asiakkaille.
- Kuntoutus vastaa myös läheisten tarpeisiin.
- Läheisen mukanaolo kuntoutuksessa hyödyttää asiakasta.
- Läheisten osallistuminen heille suunnatuille ryhmäkerroille hyödyttää asiakasta.

(Täysin eri mieltä/ Jokseenkin eri mieltä/ Ei samaa, eikä eri mieltä/ Jokseenkin samaa mieltä/ Täysin samaa mieltä)

P: Kuvailkaa, millaisten asiakkaan verkostojen kanssa teette yhteistyötä ja miten teette konkreettisesti yhteistyötä?

(Avovastaus)

AL: Toteutuiko osa kuntoutuksestasi etäkuntoutuksena?

(Kyllä/ Ei)

P: Toteutatteko kuntoutustapaamisia etäyhteydellä?

(Kyllä/ Ei)

P: Mitkä ovat yleisimmät syyt, miksi osa tapaamisista on toteutettu etäkuntoutuksena?

(Avovastaus)

AL: Miten arvioit etäkuntoutusta osana kuntoutustasi?

- Etäkuntoutus soveltui itselleni.
- Minulla oli käytössä sopiva, rauhallinen tila etäkuntoutukseen osallistumista varten.
- Etäkuntoutus edisti kuntoutumistani.
- Opin etäkuntoutuksessa taitoja, joita voin käyttää omassa arkielämässäni.
- Etäkuntoutus auttoi minua tavoitteideni saavuttamisessa.
- Etäkuntoutus mahdollisti kotitehtävien tekemisen minulle sopivana aikana.
- Etäkuntoutus ja kasvokkain toteutunut kuntoutus olivat samaa kuntoutuskokonaisuutta.
- Sain etäkuntoutuksen aikana tarvitsemaani tukea.
- Henkilöstö osasi toteuttaa etäkuntoutusta.
- Etäkuntoutuksessa käytettävät laitteet ja sovellukset olivat helppokäyttöisiä.
- Etäkuntoutuksessa käytettävät laitteet ja sovellukset olivat tarkoitukseen soveltuvia.
- Etäyhteys oli toimiva.
- Etäkuntoutus oli turvallista.

(Asteikolla 1–5, jossa 1 = täysin eri mieltä ja 5 = täysin samaa mieltä)

P: Miten arvioitte etäkuntoutusta osana kuntoutusta?

- Etäkuntoutus soveltuu asiakkaille.
- Etäkuntoutus edistää asiakkaiden kuntoutumista.
- Asiakas oppii etäkuntoutuksessa taitoja, joita voi käyttää omassa arkielämässään.
- Etäkuntoutus ja kasvokkain toteutunut kuntoutus ovat samaa kuntoutuskokonaisuutta.
- Asiakas saa etäkuntoutuksen aikana tarvitsemaansa moniammatillista ja yksilöllistä tukea.
- Etäkuntoutus auttaa asiakasta tavoitteiden saavuttamisessa.
- Meidän on mahdollista antaa riittävä opastusta ja tukea etäkuntoutukseen osallistumisessa.
- Meidän on mahdollista antaa riittävästi teknistä tukea ja ohjausta etäkuntoutukseen osallistumiseen.
- Etäkuntoutuksessa käytettävät laitteet ja sovellukset ovat helppokäyttöisiä
- Etäkuntoutuksessa käytettävät laitteet ja sovellukset ovat soveltuvia.
- Etäkuntoutuksessa käytettävät laitteet ja sovellukset ovat tietoturvallisia.
- Etäkuntoutus on turvallista asiakkaalle.
- Asiakkaalla on käytössä sopiva, rauhallinen tila etäkuntoutukseen osallistumista varten.
- Etäyhteys on ollut toimiva.
- Meillä on osaamista toteuttaa etäkuntoutusta.
- Etäkuntoutus on mahdollistanut kotitehtävien tekemisen asiakkaille sopivana aikana.

(Täysin eri mieltä/ Jokseenkin eri mieltä/ Ei samaa, eikä eri mieltä/ Jokseenkin samaa mieltä/ Täysin samaa mieltä)

AL: Kenen laitteita käytit etäkuntoutuksessa?

(Omia/ Kuntoutuksen palveluntuottajan/ Muun terveydenhuollon palvelua tuottavan tahon (esim. kaupunki, kunta)/ Muun tahon, minkä__)

AL: Miksi osaa kuntoutuksestasi ei toteutettu etäkuntoutuksena?

(En ollut kiinnostunut etäkuntoutuksesta/ En halunnut kuntoutustani toteutettavan etäkuntoutuksena/ Minulla ei ollut tarvittavia laitteita/ Minulla ei ollut tarvittavaa osaamista/ Minulle ei tarjottu mahdollisuutta etäkuntoutukseen/ Olisin ollut kiinnostunut etäkuntoutuksesta, mutta palveluntuottajalla ei ollut siihen mahdollisuutta)

P: Miten muuten haluatte kommentoida etäkuntoutusta?

(Avovastaus)

AL: Mikä seuraavista vaihtoehtoista kuvaa mielestäsi parhaiten kuntoutuksen ajoitusta?

(Kuntoutus tuli minulle oikeaan aikaan./

Kuntoutus tuli tilanteeni huomioon ottaen liian myöhään./

Kuntoutus tuli tilanteeni huomioon ottaen liian aikaisin.)

P: Mikä seuraavista vaihtoehtoista kuvaa mielestänne parhaiten kuntoutuksen ajoitusta?

(Kuntoutus tulee asiakkaalle yleensä oikeaan aikaan./

Kuntoutus tulee asiakkaan tilanteen huomioon ottaen yleensä liian myöhään./

Kuntoutus tulee asiakkaan tilanteen huomioon ottaen yleensä liian aikaisin.)

AL: Miten arvioit erilaisten arviointien (haastattelut, tutkimukset, mittaukset) toteuttamista kuntoutuksessasi?

- Arviointien (haastattelut, tutkimukset, mittaukset) tarkoitus kerrottiin minulle.
- Ymmärsin arviointien merkityksen kokonaistilanteeni arvioinnin ja tavoitteiden asettamisen kannalta.

(Asteikolla 1–5, jossa 1 = täysin eri mieltä ja 5 = täysin samaa mieltä)

P: Miten arvioitte erilaisten arviointien (haastattelut, tutkimukset, mittaukset) toteuttamista kuntoutuksessa?

- Kerromme asiakkaalle arviointien (haastattelut, tutkimukset, mittaukset) tarkoituksen.
- Varmistamme, että asiakas ymmärtää arviointien merkityksen kokonaistilanteensa arvioinnin kannalta.
- Varmistamme, että asiakas ymmärtää arviointien merkityksen tavoitteiden asettamisen kannalta.

(Täysin eri mieltä/ Jokseenkin eri mieltä/ Ei samaa, eikä eri mieltä/ Jokseenkin samaa mieltä/ Täysin samaa mieltä)

AL: Kuinka hyödyllisiksi koit seuraavat arvioinnit ja mittaukset sekä niistä saadun tiedon itsellesi?

- Elämänlaatukysely (WHOQOL-BREF)
- Mielialakysely (BDI-21)
- Työkykykysymykset

(Asteikolla 1–5, jossa 1 = ei lainkaan hyödytön ja 5 = erittäin hyödyllinen)

P: Kuinka hyödylliseksi asiakkaalle arvioitte seuraavat arvioinnit ja mittaukset sekä niistä saadun tiedon?

- Elämänlaatukysely (WHOQOL-BREF)
- Mielialakysely (BDI-21)
- Työkykykysymykset

(Erittäin hyödytön/ Hyödytön/ Ei hyödytön, eikä hyödyllinen/ Hyödyllinen/ Erittäin hyödyllinen)

P: Mitä muita asiakaskohtaisia arviointeja/selvityksiä teette tai millä muilla tavoin selvitätte asiakkaan tilannetta kuntoutuksen aikana?

(Avovastaus)

AL: Miten arvioit omia tavoitteitasi?

- Osallistuin kuntoutukseni tavoitteiden asettamiseen.
- Sain riittävästi tukea tavoitteiden asettamiseen.
- Tavoitteeni olivat minulle merkitykselliset.
- Tavoitteeni olivat konkreettiset ja saavutettavissa olevat.
- Laadimme yhteistyössä kuntoutumiseni suunnitelman.
- Laadittu kuntoutumiseni suunnitelma oli toimiva ja realistinen.

(Asteikolla 1–5, jossa 1 = täysin eri mieltä ja 5 = täysin samaa mieltä)

AL: Miten arvioit työskentelyä tavoitteidesi saavuttamiseksi?

- Pystyin sitoutumaan tavoitteisiini pyrkimiseen.
- Saavutin tavoitteeni.
- Oivalsin mitkä tekijät vaikuttavat toimintakykyyni.
- Tavoitteiden saavuttamista arvioitiin koko kuntoutuksen ajan.
- Tavoitteeni ohjasivat kuntoutuksen toteutusta.
- Kuntoutuksessa keskityttiin olennaisiin asioihin.
- Kuntoutus vastasi tarpeisiini.

(Asteikolla 1–5, jossa 1 = täysin eri mieltä ja 5 = täysin samaa mieltä)

P: Miten arvioitte asiakkaiden omia tavoitteita ja työskentelyä niiden saavuttamiseksi?

- Asiakkaalle annetaan tukea omien tavoitteiden suunnitteluun ennen kuntoutuksen alkua.
- Osallistamme asiakkaan tavoitteiden asettamiseen.
- Meillä on mahdollisuus antaa riittävästi tukea asiakkaan omien tavoitteiden asettamiseen.
- Varmistamme, että asiakkaan omat tavoitteet ovat hänelle merkitykselliset.
- Varmistamme, että asiakkaan omat tavoitteet ovat konkreettiset ja saavutettavissa.
- Laadimme asiakkaan kanssa yhteistyössä kuntoutumisen suunnitelman.

- Varmistamme, että asiakkaan kuntoutumisen suunnitelma on toimiva ja realistinen.
- Toteutamme kuntoutuksen siten, että asiakas sitoutuu tavoitteiden saavuttamista edellyttävään työskentelyyn.
- Varmistamme, että asiakas pystyy saavuttamaan tavoitteensa ja muutokset ovat mahdollisia toteuttaa.
- Toimimme siten, että asiakas oivaltaa kuntoutuksen aikana, mitkä tekijät vaikuttavat toimintakykyyn.
- Meidän on mahdollista toteuttaa kuntoutus niin, että keskitymme olennaisiin asioihin.
- Meidän on mahdollista toteuttaa kuntoutus asiakkaiden asettamien tavoitteiden mukaisesti.
- Varmistamme, että kuntoutus vastaa asiakkaan tarpeisiin.

(Täysin eri mieltä/ Jokseenkin eri mieltä/ Ei samaa, eikä eri mieltä/ Jokseenkin samaa mieltä/ Täysin samaa mieltä)

P: Miten muuten haluatte kommentoida tavoitteiden asettamisprosessia ja työskentelyä tavoitteiden saavuttamiseksi?

(Avovastaus)

AL: Miten seuraavat asiat toteutuivat kuntoutuksessasi?

- Osallistuin kuntoutustani koskevaan päätöksentekoon.
- Kokonaistilanteeni ja kuntoutustarpeeni huomioitiin.
- Vuorovaikutus kuntoutuksen ammattilaisten kanssa oli arvostavaa.
- Sain kuntoutumistani edistävää tietoa (esim. sairauteeni, toimintakykyyni liittyvää).

(Asteikolla 1–5, jossa 1 = täysin eri mieltä ja 5 = täysin samaa mieltä)

P: Miten seuraavat asiat toteutuvat toteuttamassanne sydämkuntoutuksessa?

- Käytettävät menetelmät perustuvat ajantasaiseen tutkimustietoon.
- Kuntoutuksessa on mahdollista käyttää monipuolisesti asiakkaita hyödyttäviä kuntoutusmenetelmiä.
- Vuorovaikutus asiakkaiden kanssa on arvostavaa.
- Asiakkaat osallistuvat heidän kuntoutustaan koskevaan päätöksentekoon.
- Huomioimme kunkin asiakkaan yksilöllisen kokonaistilanteen ja kuntoutustarpeen.
- Jaamme asiakkaille heidän kuntoutumistaan edistävää tietoa (esim. liittyen sairauteen tai toimintakykyyn).

(Täysin eri mieltä/ Jokseenkin eri mieltä/ Ei samaa, eikä eri mieltä/ Jokseenkin samaa mieltä/ Täysin samaa mieltä)

P: Miten kuvailisitte toteuttamanne Oma väylä -kuntoutuksen teoreettista taustaa ja/ tai käyttämiänne lähestymistapoja?

(Avovastaus)

AL: Kuinka tärkeitä seuraavat kuntoutuksen sisällöt olivat tavoitteidesi saavuttamisen kannalta?

- Opiskeluvalmiuksien tukeminen
- Työelämävalmiuksien tukeminen
- Ammatillisten suunnitelmien selkeyttäminen
- Opiskelutaitojen harjoittelu
- Työelämätaitojen harjoittelu
- Arjen sujumisen harjoittelu
- Toiminnanohjauksen harjoittelu
- Asiointitaitojen suunnittelu
- Talouden suunnittelun harjoittelu
- Päätösten tekemisen harjoittelu
- Erityistilanteisiin valmistautumisen harjoittelu
- Sosiaalisten tilanteiden harjoittelu
- Vuorovaikutustaitojen harjoittelu (kuunteleminen, keskustelu, palautteen antaminen ja vastaanottaminen)
- Vertaistuen saaminen
- Itsetuntemuksen vahvistaminen
- Tunteiden säätelyn harjoittelu
- Aistitoimintojen herkkyyksien tunnistaminen
- Toiminnallisen oppimisen vahvistaminen esim. kotitehtävien avulla
- Tietoa tarpeideni mukaisesti terveydestä
- Tietoa tarpeideni mukaisesti ravitsemuksesta
- Tietoa tarpeideni mukaisesti päihteistä
- Tietoa tarpeideni mukaisesti seksuaalisuuteen liittyvistä asioista

(Asteikolla 1–5, jossa 1 = ei lainkaan tärkeä ja 5 = erittäin tärkeä)

P: Kuinka tärkeitä seuraavat kuntoutuksen sisällöt olivat asiakkaiden tavoitteiden saavuttamisen kannalta?

- Opiskeluvalmiuksien tukeminen
- Työelämävalmiuksien tukeminen
- Ammatillisten suunnitelmien selkiyttäminen
- Opiskelutaitojen harjoittelu
- Työelämätaitojen harjoittelu
- Arjen sujumisen harjoittelu
- Toiminnanohjauksen harjoittelu
- Asiointitaitojen harjoittelu
- Talouden suunnittelun harjoittelu
- Päätösten tekemisen harjoittelu
- Erityistilanteisiin valmistautumisen harjoittelu
- Sosiaalisten tilanteiden harjoittelu

- Vuorovaikutustaitojen harjoittelu (kuunteleminen, keskustelu, palautteen antaminen ja vastaanottaminen)
- Vertaistuen saaminen
- Itsetuntemuksen vahvistaminen
- Tunteiden säätelyn harjoittelu
- Aistitoimintojen herkkyyksien tunnistaminen
- Toiminnallisen oppimisen vahvistaminen esim. kotitehtävien avulla
- Tietoa asiakkaan tarpeiden mukaisesti terveydestä
- Tietoa asiakkaan tarpeiden mukaisesti ravitsemuksesta
- Tietoa asiakkaan tarpeiden mukaisesti päihteistä
- Tietoa asiakkaan tarpeiden mukaisesti seksuaalisuuteen liittyvistä asioista

(Ei lainkaan tärkeä/ Ei kovin tärkeä/ Melko tärkeä/ Tärkeä/ Erittäin tärkeä)

P: Mitkä tekijät mielestänne edistävät kuntoutumista?

(Avovastaus)

P: Mitkä tekijät mielestänne mahdollisesti estävät kuntoutumista?

P: Miten arvioitte kuntoutustapaamisten välistä työskentelyä?

- Annamme asiakkaille tehtäviä tapaamisten välille.
- Tehtävät auttavat asiakkaita etenemään tavoitteissaan.
- Otamme yhteyttä asiakkaaseen kuntoutustapaamisten välillä.
- Asiakas ottaa yhteyttä meihin kuntoutustapaamisten välillä.
- Yhteydenottomme kuntoutustapaamisten välillä motivoivat asiakasta toteuttamaan opittuja asioita omassa arjessaan.

(Täysin eri mieltä/ Jokseenkin eri mieltä/ Ei samaa, eikä eri mieltä/ Jokseenkin samaa mieltä/ Täysin samaa mieltä)

P: Miten muuten haluatte kommentoida asiakkaiden kuntoutustapaamisten välistä työskentelyä? Esimerkiksi mitä muita keinoja käytätte edistääksenne asiakkaiden työskentelyä tai mitkä tekijät edistävät ja estävät asiakkaan työskentelyä?

(Avovastaus)

AL: Miten arvioisit kuntoutuksesi kokonaisuutta?

- Olen tyytyväinen kokonaisuuteen.
- Kuntoutus on ollut minulle hyödyllistä.
- Olen ollut innostunut ja motivoitunut.
- Minulla on selkeä suunnitelma, miten jatkan kuntoutumista itse.
- Tiedän mitä tukea kuntoutumiseen minulle on tarjolla kuntoutuksen päätyttyä.

- Kokemukseni perusteella voin suositella kuntoutusta muille samassa tilanteessa oleville.

(Asteikolla 1–5, jossa 1 = täysin eri mieltä ja 5 = täysin samaa mieltä)

AL: Miten arvioit kuntoutuksen vaikutuksia arkielämäänäsi?

- Olen saanut voimavaroja.
- Olen oppinut itselleni hyödyllisiä toimintatapoja.
- Olen oppinut muokkaamaan ympäristöäni arkista toimintaani tukevaksi.

(Asteikolla 1–5, jossa 1 = täysin eri mieltä ja 5 = täysin samaa mieltä)

P: Miten arvioitte asiakkaan kuntoutumista? Meidän on mahdollista toteuttaa kuntoutus niin, että...

Meidän on mahdollista toteuttaa kuntoutus niin, että....

- asiakas saa voimavaroja kuntoutumisessa tarvittavaan aktiiviseen työskentelyyn.
- harjoitteet ja kuntoutumista tukevat toimintatavat ovat asiakkaalle mielekkäitä.
- harjoitteet ja kuntoutumista tukevat toimintatavat ovat helposti omaksuttavia.
- asiakas on motivoitunut tekemään harjoitteita ja kuntoutumista tukevia toimintatapoja arjessa.
- asiakas oppii keinoja, joilla muokkaa toimintatapojaan kuntoutumistaan edistäviksi.
- asiakas oppii keinoja, joilla muokkaa ympäristöään kuntoutumistaan edistäväksi.

(Täysin eri mieltä/ Jokseenkin eri mieltä/ Ei samaa, eikä eri mieltä/ Jokseenkin samaa mieltä/ Täysin samaa mieltä)

AL: Miten haluaisit kommentoida kokemustasi Oma väylä -kuntoutuksesta?

(Avovastaus)

Teema: Kuntoutusjaksojen jälkeinen seuranta

P: Montako kertaa asiakkaat yleensä (kasvokkain tai etätapaamisena) tapaavat palveluntuottajan kuntoutuksen päättymisen jälkeen?

(Ei kertaakaan/ Yhden kerran/ Kaksi kertaa/ Kolme kertaa tai enemmän)

P: Kuinka moni seurantatapaamisista yleensä toteutuu etänä?

(Etätapaamisia ei ole yleensä lainkaan/ Yhden kerran/ Kaksi kertaa/ Kolme kertaa tai enemmän)

P: Miten arvioisitte seurantatapaamisia (jos tapaamiset toteutuivat sekä kasvokkain että etänä) omasta näkökulmastanne?

(Tapaamme asiakkaan mieluummin kasvokkain./ Tapaamme asiakkaan mieluummin etänä./ Meille ei ole väliä, onko tapaaminen kasvokkain vai etänä.)

P: Millaiset tekijät vaikuttavat seurantatapaamisten määrään?

(Avovastaus)

P: Arvioikaa kuntoutuksen jälkeisten seurantatapaamisten ajankohtaa. Milloin yleensä otatte yhteyttä asiakkaaseen ja miten aikataulutatte seurantatapaamiset?

(Avovastaus)

P: Miten arvioitte seurantatapaamisten oikea-aikaisuutta?

(Tapaamiset toteutuvat yleensä liian lyhyen ajan sisällä kuntoutuksen päätyttyä./

Tapaamiset toteutuvat yleensä asiakkaalle sopivan ajan kuluttua kuntoutuksen päätyttyä./

Tapaamiset toteutuvat yleensä asiakkaalle liian pitkän ajan kuluttua kuntoutuksen päätyttyä.)

P: Mitkä ovat kuntoutuksen jälkeen toteutettujen seurantatapaamisten kolme tärkeintä hyötyä?

(Avovastaus)

P: Miten arvioitte kokonaisuudessaan seurantatapaamisten hyötyä?

(Ei lainkaan hyödyllisiä/ ei kovin hyödyllisiä/ ei hyödyllisiä, eikä hyödyttömiä/ hyödyllisiä/ erittäin hyödyllisiä)

P: Millaisesta kuntoutumisen seurannasta Oma väylä -kuntoutukseen osallistuneet asiakkaat mielestänne hyötyisivät parhaiten?

(Avovastaus)

Liite 2

Taulukko. Palveluntuottajien haastatteluissa käytetyt vinjetit.

	OUTA, 25	TUISKU, 20	VIIMA, 17
Diagnoosi	ADHD	Aspergerin oireyhtymä	Autismikirjon häiriö sekä ADHD
Asuminen ja läheiset	Asuu kumppanin kanssa suomalaisen, keskikokoisuuden kaupungin keskustassa.	Asuu pienemmällä paikkakunnalla omassa kodissa.	Asuu lapsuudenperheessä, johon kuuluu lisäksi vanhemmat ja pikkuveli, jolla on myös ADHD-diagnoosi.
Opiskelu- ja työelämä	Opiskelee kaupallisen alan ammattitutkintoa. Aiemmissa opiskelupaikoissa opinnot jääneet kesken.	Työttömänä Suorittanut media-alan ja kuvallisen ilmaisun ammattitutkinnon Työskennellyt sisällöntuottajana lyhyissä työsuhteissa	Työpajatoiminnassa
Haasteet	Opintojen aikatauluttaminen ja loppuun suorittaminen Kirjallisten tehtävien tekeminen Raha-asioiden hoitaminen sekä rahankäyttö	Työelämässä sosiaaliset tilanteet ja tarkat rutiinit aiheuttavat kuormitusta Masennus- ja ahdistusoireita Päivärytmi on kadonnut työttömyyden myötä Arjen toimintoihin tarttuminen on haastavaa	Epävarma omista taidoistaan ja vahvuuksistaan. Tulevaisuuden opiskeluala epäselvä. Ei liiku kodin ulkopuolella itsenäisesti muualla kuin työpajassa käymistä.
Voimavarat	Ihmissuhteet perheeseen ja kumppaniin Sopivan alan löytäminen Työnteko käytännössä sujuu	Tuiskulla on tiivis ystäväpiiri valokuvausharrastuksen parissa Visuaalisuus	Kaksi läheistä kaveria peruskoululajoilta. Tykkää eläimistä ja niiden hoitaminen ja esimerkiksi tallilla käyminen kiinnostaa.
Omat näkemykset	Haluaisi suorittaa käynnissä olevat opinnot loppuun. Raha-asiat kuormittavat, erityisesti se, että hän ei ole pystynyt maksamaan lainaamia rahoja läheisille takaisin.	Toivoo pääsevänsä hyödyntämään visuaalisia vahvuuksiaan työelämässä Haluaisi löytää työpaikan, jossa kuormitus vähenisi	Toivoo löytävänsä mielekästä tekemistä vapaa-ajalle. Kokee, että vanhemmilla ei ole aikaa hänelle, koska pikkuveljen haasteet vievät paljon voimavaroja. Pikkuveli on Viimalle tärkeä ja hän haluaisi olla pikkuveljen tukena. Vanhemmat toivovat, että Viima löytäisi suunnan elämälle.