



Kelan harkinnanvaraisen neuropsykologisen kuntoutuksen toteutuminen ja vaikutukset

Katri Turunen
Annamari Tuulio-Henriksson
Erja Poutiainen



Kirjoittajat

Katri Turunen, PsL
neuropsykologian erikoispsykologi, Kuntoutussäätiö
etunimi.sukunimi@gmail.com

Annamari Tuulio-Henriksson, neuropsykologian dosentti
yliopistonlehtori, Helsingin yliopisto /
tutkimusprofessori, Kelan tutkimus
etunimi.sukunimi@helsinki.fi

Erja Poutiainen, kliinisen neuropsykologian dosentti
johtava tutkija, Kuntoutussäätiö
etunimi.sukunimi@kuntoutussaatio.fi



VERTAISARVIOITU
KOLLEGIALT GRANSKAD
PEER-REVIEWED
www.tsv.fi/tunnus

© Kirjoittajat ja Kela

Graafinen suunnittelu Pekka Loiri

ISBN 978-952-284-069-1 (pdf)

ISSN-L 2343-2780

ISSN 2343-2799 (verkkojulkaisu)

URI <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2019082725807>

Julkaisija: Kela, Helsinki, 2019

KELAN TUTKIMUS

julkaisut@kela.fi
www.kela.fi/tutkimus
www.fpa.fi/forskning
www.kela.fi/research

Tiivistelmä

Turunen K, Tuulio-Henriksson A, Poutiainen E. **Kelan harkinnanvaraisen neuropsykologisen kuntoutuksen toteutuminen ja vaikutukset.** Helsinki: Kela, Sosiaali- ja terveysturvan raportteja 17, 2019. 69 s. ISBN 978-952-284-069-1 (pdf).

Tutkimuksessa selvitettiin Kelan myöntämän harkinnanvaraisen neuropsykologisen kuntoutuksen kohderyhmiä sekä kuntoutujien ja ammattilaisten näkemyksiä kuntoutuksen tarpeesta, tavoitteista ja vaikutuksista. Kelan harkinnanvaraista neuropsykologista kuntoutusta 1/2015–6/2016 saaneille postitettiin kysely, ja kuntoutujilta pyydettiin lisäksi lupa käyttää kuntoutusdokumentteja Kelan asiakastietojärjestelmästä. Ammattilaisten eli kuntoutussuosituksia tekevien neuropsykologien ja psykologien, kuntoutusta toteuttavien neuropsykologien sekä Kelan asiantuntijoiden kyselyt kerättiin sähköisesti. Lisäksi tutkimuksen yhteydessä järjestettiin työpaja, jossa koostettiin kysely- ja asiakirja-aineiston tuloksia. Aineisto koostuu 32 kuntoutujan kyselyvastauksista, Kelan asiakastietojärjestelmästä kerätystä kuntoutujien asiakirja-aineistosta, 34:n kuntoutusta toteuttaneen ja 69:n sitä suositelleen psykologin tai neuropsykologin ja 30 Kelan asiantuntijan vastauksista. Kuntoutujien ja kuntoutusta toteuttavien neuropsykologien mukaan Kelan harkinnanvarainen neuropsykologinen kuntoutus kohentaa kuntoutujien työ- ja opiskeluedellytyksiä. Kuntoutujat ja ammattilaiset katsoivat kuntoutuksen olevan hyödyllisintä kuntoutujien oman tilanteen ymmärtämisen ja hyväksymisen, opiskelutaitojen, arjen hallinnan sekä yleisen elämänlaadun kannalta. Ammattilaiset katsoivat kuntoutusmuodon soveltuvan erityisesti nuorille, joilla on kehityksellisiä neuropsykologisia vaikeuksia. Toisaalta erityisesti asiakirja-aineisto osoitti, että kuntoutusmuotoa käytetään osana monenlaisia kuntoutuspolkuja. Tutkimuksen perusteella kuntoutusmuodon kehittämiskohteiksi nousivat erityisesti kuntoutukseen hakeutumisen käytännöt sekä kuntoutuksen raportointikäytännöt. Lisäksi moni taho nosti esiin kuntoutusmuodon taloudellisen tuen matalan tason, jonka katsottiin heikentävän kuntoutuksen tasa-arvoista saatavuutta. Sekä kyselytutkimuksen että hankkeen yhteydessä järjestetyn työpajan myötä nousi vahvasti esiin tarve parantaa Kelan harkinnanvaraisen neuropsykologisen kuntoutuksen saatavuutta koko maassa.

Avainsanat: kuntoutus, neuropsykologia, kuntoutujat, tarpeet, tavoitteet, vaikutukset, työkyky, elämänhallinta, elämänlaatu, Kela, Kansaneläkelaitos

Sammandrag

Turunen K, Tuulio-Henriksson A, Poutiainen E. **Genomförande och effekter av prövningsbaserad neuropsykologisk rehabilitering som ordnas av FPA.** Helsingfors: FPA, Social trygghet och hälsa: rapporter 17, 2019. 69 s. ISBN 978-952-284-069-1 (pdf).

Under studien utredde man målgrupperna för prövningsbaserad neuropsykologisk rehabilitering som beviljas av FPA och undersökte klienternas och de yrkesutbildade personernas syn på behovet av, målen för och effekterna av rehabilitering. En enkät skickades till dem som fått denna rehabilitering 1/2015–6/2016. Klienterna ombads också ge sitt tillstånd till att använda dokument gällande rehabiliteringen ur FPA:s kunduppgiftssystem. Enkätsvaren från de yrkesutbildade personerna, dvs. neuropsykologer och psykologer som ger rekommendationer om rehabilitering, neuropsykologer som genomför rehabilitering samt sakkunniga vid FPA, samlades in elektroniskt. Dessutom ordnades en workshop där man sammanställde resultaten av enkäten och dokumentmaterialet. Materialet består av enkätsvaren från 32 klienter, deras dokument ur FPA:s kunduppgiftssystem, samt svaren från 34 psykologer och neuropsykologer som genomfört rehabilitering och 69 psykologer och neuropsykologer som rekommenderat rehabilitering samt 30 sakkunniga vid FPA. Enligt klienterna och de neuropsykologer som genomför rehabilitering förbättrar den neuropsykologiska rehabilitering förutsättningar för arbete och studier. Klienterna och de yrkesutbildade personerna ansåg att den största nyttan med rehabiliteringen är att den hjälper klienterna att förstå och godta sin egen situation och att den främjar klienternas studiefärdigheter, kontroll i vardagen och allmänna livskvalitet. De yrkesutbildade personerna ansåg att rehabiliteringsformen lämpar sig särskilt för unga personer med neuropsykologiska utvecklingssvårigheter. Å andra sidan visade särskilt dokumentmaterialet att rehabiliteringsformen används som en del av många olika slags rehabiliteringsvägar. Utgående från studien framstod särskilt förfarandena i fråga om att söka sig till rehabilitering och rapporteringsförfarandena vid rehabiliteringen som delområden för vidareutveckling inom den här rehabiliteringsformen. Vidare ansåg många att den låga nivån på det ekonomiska stödet för den här rehabiliteringsformen försämrar rehabiliteringens jämlika tillgänglighet. Både utgående från enkäten och workshopen framkom ett starkt behov av att förbättra tillgången på prövningsbaserad neuropsykologisk rehabilitering som ordnas av FPA i hela landet.

Nyckelord: rehabilitering, neuropsykologi, rehabiliteringspatienter, behov, målsättningar, effekter, arbetsförmåga, livskompetens, livskvalitet, FPA, Folkpensionsanstalten

Summary

Turunen K, Tuulio-Henriksson A, Poutiainen E. **Implementation and impacts of Kela-provided discretionary neuropsychological rehabilitation.** Helsinki: Social Insurance Institution of Finland, Social security and health reports 17, 2019. 69 pp. ISBN 978-952-284-069-1 (pdf).

This study examined the target groups of Kela-provided discretionary neuropsychological rehabilitation and collected views from rehabilitees and professionals on the need for and the goals and impacts of this rehabilitation. A questionnaire was sent to rehabilitees who attended the rehabilitation between January 2015 and June 2016. Also, their permission to use Kela's rehabilitation documents was obtained. Electronic questionnaires were sent to professionals: neuropsychologists and psychologists who make rehabilitation assessments, neuropsychologists who rehabilitate clients, and experts at Kela. Further, the results from the questionnaires and Kela's documents were compiled and discussed in a workshop. The study material were the questionnaire answers from 32 rehabilitees, their personal Kela documents, and questionnaire answers from 34 neuropsychologists who rehabilitate clients, 69 psychologists and neuropsychologists who make rehabilitation assessments and 30 experts at Kela. The rehabilitees and rehabilitators think that Kela-provided neuropsychological rehabilitation improves rehabilitees' ability to work and study. Rehabilitees and professionals considered rehabilitation most useful in enhancing rehabilitees' understanding and acceptance of their situation, study skills, everyday organizational abilities, and general quality of life. Professionals found this rehabilitation best suited for younger clients with developmental neuropsychological disorders. On the other hand, it was evident, especially according to the Kela documents, that Kela-provided discretionary neuropsychological rehabilitation is often a part of variable rehabilitation paths. Based on this study, there is a need to improve especially the practices of attaining Kela-provided neuropsychological rehabilitation and its documentation. In addition, insufficient economic support was considered to hamper equal opportunities to participate in rehabilitation. High demand to increase Kela-provided discretionary neuropsychological rehabilitation throughout the country was noted both in the results of the questionnaire study and the workshop organized during the project.

Keywords: rehabilitation, neuropsychology, rehabilitation patients, needs, objectives, effects, work ability, life management, quality of life, Kela, Social Insurance Institution

Alkusanat

Tässä tutkimuksessa selvitetään Kelan myöntämän harkinnanvaraisen neuropsykologisen kuntoutuksen toteutusta ja kohde-ryhmiä sekä kuntoutujien ja ammattilaisten näkemyksiä kuntoutuksen tarpeesta, tavoitteista ja vaikutuksista. Tutkimuksen avulla saatiin tärkeää moninäkökulmaista tietoa kuntoutusmuodon toteutuksesta, kohdentumisesta ja kehittämistarpeista. Tutkimusta rahoitti Kela.

Kela myöntää harkinnanvaraista neuropsykologista kuntoutusta yli 16-vuotiaille työ- ja opiskelukyvyn tukemiseksi. Sitä voidaan myöntää monenlaisissa diagnostisissa tiloissa esiintyvien neuropsykologisten häiriöiden kuntoutukseen. Toivomme, että tämä selvitys on hyödyksi, kun neuropsykologista kuntoutusta tulevaisuudessa kehitetään huomioimaan asiakkaiden tarpeita entistäkin paremmin.

Tarve tutkimukselle havaittiin alun perin kuntoutuspalvelua tuottavien neuropsykologien piirissä. Erityisesti kiitämme asian esiin nostamisesta neuropsykologian erikoispsykologi Heli Isomäkeä ja Taru Taurénia Ludus oy:stä. Kiitämme lämpimästi tutkimuksen osallistuneita kuntoutujia sekä kuntoutukseen ohjanneita neuropsykologeja ja psykologeja, kuntoutusta toteuttavia neuropsykologeja sekä Kelan asiantuntijoita aktiivisesta osallistumisesta ja arvokkaasta panostuksesta tähän tutkimukseen. Neuropsykologeille ja psykologeille tarkoitetun kyselyn ansiokkaasta levittämisestä runsaat kiitokset myös Suomen Neuropsykologiselle Yhdistykselle sekä Suomen Psykologiliiton neuropsykologien ammatilliselle työryhmälle. Kiitämme Kelan tutkimusryhmän tutkimusassistentti Jenna Mäkistä arvokkaasta avusta kuntoutujia koskevan tutkimusaineiston organisoinnissa ja toteutuksessa.

Haluamme kiittää myös kaikkia työpajaan osallistuneita henkilöitä. Lämpimät kiitokset työpajassa kutsutut kommentit esittäneille ajantasaisista pohdinnoista. Keskustelun eteenpäin viemisestä kiitämme neuropsykologian erikoispsykologi Tatu Kaurasta Suomen neuropsykologisesta yhdistyksestä, kliinistä neuropsykologia Tarja Vahvelaista Psykologiliiton neuropsykologien työryhmästä, professori Laura Hokkasta Helsingin yliopiston neuropsykologian erikoispsykologikoulutuksesta, neuropsykologian erikoispsykologi Sami Grönforsia Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin neuropsykologian poliklinikalta, neuropsykologiaan erikoistuvaa psykologia Hanna Uuraista ProNeuronista sekä suunnittelija Irja Kiisseliä Kelan kuntoutustyöryhmästä. Erityiskiitokset ideoinnis-

ta ja käsikirjoituksen kommentoinnista ansaitsevat hankkeen ohjausryhmässä toimineet Tatu Kauranen, Irja Kiisseli ja neuropsykologian erikoispsykologi Johanna Nukari.

Kiitos myös Kelan tutkimuksen julkaisutoimitukselle sekä vertaisarvioijille hyvistä ja huolellisista kommenteista tekstiin.

Elokuussa 2019

*Katri Turunen, Annamari Tuulio-Henriksson
ja Erja Poutiainen*

Sisältö

1 Johdanto	10
1.1 Neuropsykologiset häiriöt ja kuntoutus	10
1.2 Kelan harkinnanvarainen neuropsykologinen kuntoutus	12
1.3 Tutkimuksen ajankohtaisuus ja tarve	13
1.4 Tutkimuksen tavoite ja tutkimuskysymykset	14
2 Aineisto ja menetelmät	15
2.1 Aineiston keruu	15
2.2 Eettiset näkökohdat.....	16
2.3 Kyselyt	16
2.4 Asiakirja-aineistot	17
2.5 Tilastolliset menetelmät ja aineiston analysointi	17
3 Tulokset	18
3.1 Kuntoutujien kysely	18
3.1.1 Taustatiedot.....	18
3.1.2 Kuntoutuksen toteutus	19
3.1.3 Kuntoutuksen koetut hyödyt ja tyytyväisyys kuntoutukseen kokonaisuutena.....	20
3.2 Asiakirja-aineisto	22
3.2.1 Kuntoutujan oma hakemus.....	22
3.2.2 Lääkärin B-lausunto	23
3.2.3 Kuntoutushakemukseen liitetty neuropsykologin lausunto	24
3.2.4 Kelan kuntoutuspäätös	25
3.2.5 Neuropsykologisen kuntoutuksen loppulausunto	25
3.3 Kuntoutujien kysely ja asiakastietojärjestelmästä poimittu asiakirja-aineisto: kuntoutuksen tarve ja tavoitteet.....	27
3.4 Neuropsykologit	29
3.4.1 Taustatiedot.....	29
3.4.2 Kuntoutuksen toteuttamisen käytännöt	30
3.4.3 Kuntoutuksen kohderyhmä.....	33
3.4.4 Kuntoutuksen tavoitteet	35
3.4.5 Kuntoutuksen hyödyllisyys	38
3.4.6 Kuntoutusmenetelmien käyttö toteutetussa kuntoutuksessa	40
3.4.7 Kuntoutuksen hyötyjen arkeen siirtymiseen vaikuttavat tekijät... ..	41
3.4.8 Kuntoutusmuodon kehittämisehdotuksia ja tulevaisuuden näkyviä.....	42
3.4.9 Kelan harkinnanvaraisen neuropsykologisen kuntoutuksen erot muihin kuntoutusmuotoihin	43

3.5 Kelan asiantuntijat	44
3.5.1 Taustatiedot.....	44
3.5.2 Kuntoutuksen toteuttamisen käytännöt	45
3.5.3 Kuntoutuspäätöksen teko.....	45
3.5.4 Kuntoutuksen kohderyhmä.....	46
3.5.5 Kuntoutuksen tavoitteet	47
3.5.6 Kuntoutuksen hyödyllisyys	48
3.5.7 Kuntoutusmuodon kehittämissihtotuksia ja tulevaisuuden näkyviä.....	49
4 Pohdinta.....	51
4.1 Kenelle ja millä perusteella harkinnanvaraista neuropsykologista kuntoutusta myönnetään?	52
4.2 Miten harkinnanvarainen neuropsykologinen kuntoutus toteutetaan tällä hetkellä?.....	55
4.3 Millaisia hyviä käytäntöjä ja mahdollisia kehittämistarpeita neuropsykologisen kuntoutuksen tavoitteiden asettamisessa ja vaikutusten arvioinnissa tunnistettiin?	57
4.4 Mitkä tekijät edistävät ja heikentävät neuropsykologisen kuntoutuksen vaikutusten siirtymistä arkeen?	59
4.5 Minkälainen näkemys kuntoutujilla sekä kuntoutukseen lähettävillä ja sitä toteuttavilla ammattilaisilla on harkinnanvaraisen neuropsykologisen kuntoutuksen hyödyistä ja sen antamasta tuesta arkiselviytymisessä, opiskelussa ja työssä?	60
4.6 Tutkimuksen heikkoudet ja vahvuudet	60
5 Työpaja	62
6 Lopuksi.....	64
7 Kehittämissihtotuksia	65
Lähteet.....	66
Liiteluettelo.....	69

1 Johdanto

1.1 Neuropsykologiset häiriöt ja kuntoutus

Neuropsykologisen kuntoutuksen tavoitteena on vähentää erilaisten kehityksellisten häiriöiden ja hankittujen aivovaurioiden aiheuttamia neuropsykologisia oireita ja niiden aiheuttamaa haittaa toimintakyvyille. Kuntoutus auttaa ihmisiä myös sopeutumaan muuttuneeseen toimintakykyyn ja hyväksymään oman toimintakykynsä rajoitteet. Neuropsykologisen kuntoutuksen kokonaistavoitteena on yleensä opiskelu-, työ- tai toimintakyvyn palauttaminen tai kohentaminen. Neuropsykologisen kuntoutuksen pohjana on laaja neuropsykologinen tutkimus, jonka perusteella arvioidaan kuntoutustarve ja määritellään yleiset kuntoutustavoitteet. (Nukari ym. 2012a; Poutiainen ja Nukari 2015.)

Neuropsykologista kuntoutusta voidaan hyödyntää sekä kehityksellisiin häiriöihin että erilaisiin hankittuihin aivovaurioihin liittyvien neuropsykologisten oirekuvien kuntoutuksessa. Kehityksellisistä häiriöistä puhutaan, kun häiriön alkuperä on joko sikiökaudella tai hyvin varhaisessa lapsuudessa tai kyseessä on periytyvä häiriö (Vataja 2011). Tällaisia aivojen kehityksen ja toiminnan jonkinasteisesta poikkeavuudesta johtuvia häiriöitä ovat esimerkiksi erilaiset oppimisvaikeudet, neuropsykiatriset oirekokonaisuudet, kuten tarkkaavaisuuden ja aktiivisuuden häiriö (ADHD) ja autismin kirjon häiriöt, sekä monimuotoiset kehitykselliset häiriöt. Hankittuja aivovaurioita ovat sairastumisen tai tapaturman aiheuttamat aivovauriot (Turner-Stokes ym. 2015). Tällaisia ovat esimerkiksi äkillisesti ilmaantuvat aivoverenkiertohäiriöt ja aivovammat sekä hitaasti ilmenevät ja usein etenevät sairaudet, kuten MS-tauti (muitippeliskleroosi) ja Alzheimerin tauti. Neuropsykologista kuntoutusta on mahdollista hyödyntää myös psykiatristen sairauksien hoidossa (Tuulio-Henriksson 2015).

Neuropsykologisessa kuntoutuksessa on erilaisia lähestymistapoja. Neuropsykologisen kuntoutuksen kohteena voi olla häiriintyneen kognitiivisen toiminnon palauttaminen, sen kompensointi uudenlaisten strategioiden avulla tai sen parempi hallinta ulkoisia apuvälineitä hyödyntäen (Kalska ja Poutiainen 2011; Poutiainen ja Nukari 2015). Häiriintyneen toiminnon palauttamiseen pyritään usein suoralla kognitiivisella harjoittelulla. Toiminto voi harjoittelun avulla palautua niin, että se toteutuu samojen hermostollisten piirien varassa kuin ennen vaurioitumista. Vaurioitumattomat aivoalueet voivat myös harjoittelun kautta ottaa haltuunsa häiriintyneen toiminnon. Vaurioituneen toiminnon korvaaminen uusilla toimintatavoilla eli kompensoivien keinojen tai strategioiden harjoittelu on kuitenkin tavallisin ja tutkimusten mukaan tehokkain neuropsykologisen kuntoutuksen muoto. Kognitiivista haittaa voidaan pyrkiä vähentämään myös apuvälineiden käyttöä harjoittelemalla tai kuntoutujan toimintaympäristöä muokkaamalla. Lisäksi läheisten kanssa tehtävä työ ja verkostotyö kuuluvat neuropsykologiseen kuntoutukseen. (Catroppa ja Anderson 2006; Nukari ym. 2012a.)

Oleellinen osa neuropsykologisesta kuntoutuksesta koostuu psykoedukatiivisesta keskustelusta ja psykoterapeuttisesta työskentelyotteesta (Kalska ja Poutiainen 2011; Laaksonen ym. 2015; Poutiainen ja Nukari 2015). Psykoedukaation tavoitteena on antaa kuntoutujalle ja hänen lähipiirilleen tietoa sairauden aiheuttamista neuropsykologisista oireista, lisätä ymmärrystä muuttuneesta toimintakyvystä ja löytää keinoja arjen hallintaan. Psykoterapeuttisen työskentelyotteen avulla tuetaan kuntoutujan mielialaa ja itsetuntoa sekä autetaan häntä hyväksymään toimintarajoitteet ja sopeutumaan niihin.

Neuropsykologisen kuntoutuksen vaikuttavuudesta on satunnaistetuin ja kontrolloiduin tutkimuksin todennettua näyttöä useilta kognitiivisen suoriutumisen eri osa-alueilta (Nukari ym. 2012b). Yleisesti toimivimpana pidetään lähestymistapaa, joka huomioi laaja-alaisesti kuntoutujan kognitiiviset, emotionaaliset ja psykososiaaliset tekijät (Nukari ym. 2012b; Dams-O'Connor ja Gordon 2013). Sekä kehityksellisten häiriöiden että hankittujen aivovaurioiden aiheuttamien neuropsykologisten oirekuvien hoidossa parhaisiin tuloksiin päästään, kun kuntoutus toteutetaan varhaisessa vaiheessa (Mapou 2009; Rohling ym. 2009), mutta tutkimustulosten mukaan myöhempikin kuntoutus on vaikuttavaa (Cicerone ym. 2005 ja 2011). Kuten muutakin kuntoutusta, neuropsykologisen kuntoutuksen onnistumista edesauttavat kuntoutujan oma motivaatio ja sitoutuneisuus sekä kuntoutukselle asetetut yksilölliset tavoitteet (Clay ja Hopps 2003; Sohlberg ja Turkstra 2011).

Neuropsykologisen kuntoutustarpeen varhainen tunnistaminen ja kuntoutustoimenpiteiden käynnistäminen riittävän varhain on erittäin tärkeää, jotta ongelmien kasautumista ja sekundaaristen häiriöiden kehittymistä voidaan ehkäistä. Esimerkiksi hoitamattomien oppimisvaikeuksien ja diagnosoimattoman ADHD:n tiedetään lisäävän aikuisilla mm. mielenterveyteen liittyvien ongelmien ja päihteiden ongelmakäytön riskiä sekä ongelmia opiskelussa, työkykyisyydessä ja ihmissuhteissa (mm. Carrol ja Iles 2000; Maag ja Reid 2006; Mapou 2009; Gerber 2012; Aro ym. 2019).

Neuropsykologisen kuntoutuksen tarve on merkittävästi tarjolla olevia neuropsykologiresursseja suurempi. Lisäksi neuropsykologisen kuntoutuksen saatavuudessa on suuria alueellisia eroja. Esimerkiksi Takalan ym. (2010) tutkimuksessa todettiin, että aivoverenkiertohäiriön (AVH) sairastaneiden kuntoutusresurssit vaihtelevat sairaanhoitopiirien välillä ja kuntoutusresurssit ovat monilla paikkakunnilla alimitoitettut. Tutkimuksessa arvioitiin erityisesti neuropsykologisen kuntoutuksen resurssit puutteellisiksi (Takala ym. 2010). Pääkaupunkiseudulla AVH-kuntoutusta on kohtuullisesti saatavilla. Esimerkiksi ensimmäiseen aivoinfarktiin sairastuneista työikäisistä vajaat 50 prosenttia ohjattiin johonkin lääkinnälliseen kuntoutukseen, mutta vain alle neljännes heistä ohjattiin neuropsykologiseen kuntoutukseen (Uimonen ym. 2014). Hämäläisen (2009) kyselytutkimuksen mukaan suositeltu neuropsykologinen kuntoutus jää toteutumatta yleisimmin siitä syystä, ettei neuropsykologisia kuntoutuspalveluita löydy riittävän läheltä. Kelan kuntoutustilastotietojen mukaan Kelan

harkinnanvaraisen kuntoutuksen toimenpiteitä saadaan eniten Etelä-Suomessa (Kela 2017). Kelan tukemasta harkinnanvaraisesta neuropsykologisesta kuntoutuksesta 60 prosenttia saatiin Helsingin yliopistollisen keskussairaalan (HYKSin) erityisvastuualueella, 21 prosenttia Kuopion yliopistollisen sairaalan (KYSin) alueella ja muilla erityisvastuualueilla noin 6 prosentin verran (Kela 2017). Alueellinen jakautuminen näkyy siis selvästi harkinnanvaraisen neuropsykologisen kuntoutuksen toteutumisessa.

1.2 Kelan harkinnanvarainen neuropsykologinen kuntoutus

Kelan harkinnanvarainen neuropsykologinen kuntoutus on työ- ja toimintakykyä edistävää kuntoutusta. Kela myöntää harkinnanvaraista neuropsykologista kuntoutusta 16–67-vuotiaille esimerkiksi kehityksellisten häiriöiden, oppimisvaikeuksien tai aivovaurioiden jälkitiloissa esiintyvien neuropsykologisten oirekuvien perusteella. Kuntoutuksen tavoitteena on opiskelu- tai työkyvyn parantaminen ja palauttaminen ja sen seurauksena opintojen edistyminen tai loppuun saattaminen, työelämään hakeutuminen, työelämässä pysyminen tai työhön paluu. Kuntoutuspäätöksen pohjaksi Kela edellyttää lääkärinlausunnon ja lausunnon neuropsykologisesta tutkimuksesta. Neuropsykologisessa tutkimuksessa tulee selvittää erityisvaikeuksien luonne sekä kehityksellisten oppimisvaikeuksien tai neuropsykologisten häiriöiden laajuus, vaikeusaste, haitta ja hoidettavuus sekä se, miten neuropsykologiset häiriöt haittaavat esimerkiksi opiskelua tai työssä selviytymistä. Lausunnossa on myös esitettävä selkeä kuntoutustavoite. Kelan myöntämää harkinnanvaraista neuropsykologista kuntoutusta toteutetaan avohoitona yleensä 1–2 kertaa viikossa yksilökäynteinä, mutta se voidaan toteuttaa myös ryhmämuotoisesti. Lisäksi Kela voi tarvittaessa myöntää vanhempien ohjauksikäyntejä osana nuoren kuntoutusta. Kela tukee kuntoutusta enintään kolmen vuoden ajan. Enimmäisaika määrittyy hoidon tuloksellisuuden perusteella. Päätös kuntoutuksesta tehdään enintään vuodeksi kerrallaan. (Kela 2018a.)

Kelan harkinnanvaraisen kuntoutuksen määrärahoja on valtiontalouden säästöpäätöksestä johtuen vähennetty vuodesta 2016 alkaen. Vuonna 2017 Kelan harkinnanvaraisen neuropsykologisen kuntoutuksen ja vaativan lääkinnällisen yksilöterapiapian kuntoutuksen päätösvaiheen budjetti oli 0,3 miljoonaa euroa, joka oli 0,6 prosenttia kaikesta työ- ja toimintakykyä edistävästä kuntoutuksesta. (Kela 2018b.)

Vuonna 2016 Kelan rahoittamaa kuntoutusta sai kaikkiaan 109 743 henkilöä. Näistä 31 prosenttia (34 174 henkilöä) oli harkinnanvaraista kuntoutusta saaneita. Neuropsykologista kuntoutusta saaneiden osuus oli erittäin pieni, vain 1 prosentti (372 henkilöä), joten harkinnanvaraisen neuropsykologisen kuntoutuksen mahdollisuutta on käytetty hyvin vähän. Lisäksi peräti 27 prosenttia (122/511 päätöstä) harkinnanvaraisen neuropsykologisen kuntoutuksen päätöksistä oli kielteisiä vuonna 2016. (Kela 2017.)

1.3 Tutkimuksen ajankohtaisuus ja tarve

Kelan harkinnanvaraista kuntoutusta koskevassa kolmivuotissuunnitelmassa vuodelta 2015 arvioitiin, että kuntoutusjärjestelmän monimuotoisuus (osajärjestelmät, kuntoutusmuodot, vastuutahot, toimijat) ja palvelujärjestelmien hajanaisuus voivat vaikeuttaa oikean kuntoutustahon ja -toimenpiteen löytymistä oikeaan aikaan, etenkin silloin, kun erilaiset ongelmat ovat kasautuneet. Kela linjasi suunnitelmassaan, että kuntoutuksen erityishuomio on kiinnitettävä varhaisvaiheen kuntoutustarpeen tunnistamiseen. Tämä koskee perheiden, lasten, nuorten ja nuorten aikuisten, työikäisten sekä ikääntyneiden tarpeisiin kohdistettuja kuntoutuksen toimenpiteitä. Sekä vajaakuntoisten nuorten että aikuisten osalta yksilön tavoitteet ja voimavarat huomioiva oikea-aikainen kuntoutus lisää motivaatiota, sitouttaa opintoihin ja työelämään, helpottaa opiskelussa ja työssä jaksamista sekä voi estää häiriöiden yksilöllisesti ja yhteiskunnallisesti merkittäviä seurannaisvaikutuksia. (Kela 2015a.)

Vuoden 2016 alusta tuli voimaan lakimuutos, jonka myötä Kelan vaatimaan lääkinnälliseen kuntoutukseen (ennen vaikeavammaisten lääkinnällinen kuntoutus) pääsy ei ole enää sidottu korotetun tai ylimmän vammaistuen saantiin (Kela 2015b). Etukäteen arvioitiin, että muutos saattaa vähentää jonkin verran Kelan harkinnanvaraisen kuntoutuksen asiakasmäärää, koska osa harkinnanvaraisen kuntoutuksen asiakkaita voisi muutoksen myötä siirtyä vaativan (ent. vaikeavammaisten) kuntoutuksen piiriin (Kela 2015a). Neuropsykologisen kuntoutuksen kohderyhmä eli kuntoutujat, joilla on kognitiivisia häiriöitä ja käyttäytymishäiriöitä, on todennäköisesti eräs tällainen ryhmä. On tärkeää selvittää, kuinka suuri osa neuropsykologisen kuntoutuksen asiakkaista soveltuisi paremmin vaativan (ent. vaikeavammaisten) kuntoutuksen piiriin.

Kela on myös uudistamassa lääkärinlausuntoja ja -todistuksia niiden sähköistämisen yhteydessä siten, että vapaasti muotoiltujen perustelujen sijaan lääkäri täyttää strukturoidun sähköisen lomakkeen, joka ohjaa ja neuvoa käyttäjänsä. Sähköinen B-lausunto otettiin käyttöön vuonna 2018 (Kela 2018c). Lausuntauudistuksen tavoitteena on saada Kelaan hyvin ja oikein täytettyjä lausuntoja (Kosonen 2015). Lääkärin B-lausunto on tärkeä asiakirja myös haettaessa Kelan harkinnanvaraista neuropsykologista kuntoutusta. Myös lääkärit tarvitsevat tietoa tästä kuntoutusmuodosta, jotta he voivat kuvata neuropsykologisen kuntoutuksen tarpeen ja tavoitteet B-lausunnoissa aiempaa paremmin.

Harkinnanvaraisen neuropsykologisen kuntoutusjärjestelmän nykytilasta ja nykyisistä kohderyhmistä sekä siitä, miten kuntoutuksen tarve, tavoitteet ja vaikutukset kuvataan, on kuitenkin olemassa vain vähän tutkittua tietoa. Neuropsykologinen kuntoutus kehittyy jatkuvasti, mistä esimerkkinä on etäkuntoutus siihen liittyvine teknologioineen (ks. Salminen ym. 2016). On tärkeää selvittää näkemyksiä kuntoutuksen uusien toteutustapojen hyväksyttävyydestä. Tieto on tarpeen palvelumuodon parhaan mahdollisen kehittämisen tueksi. Tämän selvitystyön tarkoituksena on koo-

ta tietoa siitä, miten toimintaa voitaisiin sujuvoittaa ja millaisin keinoin harkinnanvaraista neuropsykologista kuntoutusta voitaisiin oikea-aikaisesti kohdentaa siitä eniten hyötyville kuntoutujille.

1.4 Tutkimuksen tavoite ja tutkimuskysymykset

Tämän Kelan rahoittaman tutkimuksen tavoitteena oli selvittää Kelan harkinnanvaraisen neuropsykologisen kuntoutuksen toteutusta ja kuntoutustoimijoiden käsityksiä kuntoutuksen vaikutuksista. Tutkimuksen toteutti Kuntoutussäätiö yhteistyössä Kelan tutkimuksen kanssa. Tavoitteena oli koota systemaattisesti tietoa olemassa olevista hyvistä käytännöistä neuropsykologisen kuntoutuksen tavoitteiden asettamisessa ja sen vaikutusten arvioinnissa. Lisäksi tavoitteena oli tuottaa tietoa tekijöistä, jotka edistävät tai heikentävät neuropsykologisen kuntoutuksen vaikutusten siirtymistä arkeen, sekä kartoittaa, millaisia kehittämistarpeita neuropsykologisen kuntoutuksen toteutuksessa ja vaikutusten arvioinnissa nousee esiin.

Täsmennetyt tutkimuskysymykset olivat:

1. Kenelle ja millä perusteella harkinnanvaraista neuropsykologista kuntoutusta myönnetään?
2. Miten harkinnanvarainen neuropsykologinen kuntoutus toteutetaan tällä hetkellä?
3. Millaisia hyviä käytäntöjä ja mahdollisia kehittämistarpeita neuropsykologisen kuntoutuksen tavoitteiden asettamisessa ja vaikutusten arvioinnissa voidaan tunnistaa?
4. Mitkä tekijät edistävät ja heikentävät neuropsykologisen kuntoutuksen vaikutusten siirtymistä?
5. Minkälainen näkemys kuntoutujilla ja kuntoutukseen lähettävillä ja sitä toteuttavilla ammattilaisilla on harkinnanvaraisen neuropsykologisen kuntoutuksen hyödyistä ja sen antamasta tuesta arkiselviytymisessä, opiskelussa ja työssä?

2 Aineisto ja menetelmät

Tutkimuksessa kerättiin kuntoutujien, palveluntuottajina toimivien neuropsykologien ja terveydenhuollon lähettävien tahojen näkemyksiä ja arvioita neuropsykologisen kuntoutuksen tavoitteista, vaikutuksista ja kuntoutuksen vaikutusten arkeen siirtymisestä. Lisäksi selvitettiin Kelan asiantuntijoiden näkemyksiä.

2.1 Aineiston keruu

Kuntoutujien aineistoon poimittiin Kelan asiakasrekisteristä henkilöt, joilla Kelan harkinnanvaraisen neuropsykologisen kuntoutuksen jakso oli päättynyt aikavälillä 1.1.2015–31.6.2016. Heille postitettiin paperiset tiedotteet tutkimuksesta sekä suostumus- ja kyselylomakkeet. Kela postitti kyselyt kaksi kertaa (ensimmäinen postitus 4/2017 ja muistutus 5/2017). Täytetyt kyselyt pyydettiin palauttamaan mukana olleessa postimerkein varustetussa palautuskuoressa Kuntoutussäätiölle.

Kelan tutkimusassistentti poimi Kelan asiakastietojärjestelmästä ne kuntoutusasiakirjat, joiden tutkimuskäyttöön kuntoutuja oli antanut kirjallisen suostumuksensa. Näitä asiakirjoja olivat kuntoutushakemus, kuntoutushakemukseen liitetty lääkärin B-lausunto, kuntoutushakemukseen liitetty neuropsykologin lausunto, Kelan kuntoutuspäätös ja neuropsykologisen kuntoutuksen loppulausunto. Asiakirjoista poistettiin kuntoutujaa ja mahdollisia muita osapuolia koskevat tunnistetiedot.

Neuropsykologeja ja psykologeja, jotka olivat suositelleet Kelan harkinnanvaraista neuropsykologista kuntoutusta tai toteuttaneet sitä (toimineet palveluntuottajina), lähestyttiin sähköpostitse. Vastaajina oli neuropsykologien lisäksi myös joitakin psykologeja, sillä Kelan harkinnanvaraista neuropsykologista kuntoutusta saavat ilman neuropsykologista pätevyyttä suositella ne psykologit, jotka toimivat erikoissairaanhoidon neurologian tai lastenneurologian yksiköissä. Neuropsykologian erikoistumiskoulutuksessa olevat psykologit saavat myös toteuttaa kuntoutusta. Yhtenäisyyden ja selkeyden vuoksi tässä raportissa kuntoutusta suositelleiden neuropsykologien ja psykologien vastauksia raportoitessa käytetään kuitenkin termiä neuropsykologi. Tiedote ja linkit kyselyihin lähetettiin neuropsykologeille kaksi kertaa Psykologiliiton kautta 6/2017 ja kaksi kertaa Suomen Neuropsykologisen Yhdistyksen kautta 8/2017 ja 11/2017. Psykologiliiton kautta kyselyt lähetettiin seuraavien sovellusalojen psykologeille: aikuisten mielenterveystyö, kehitysvamma-ala, koulupsykologit, kuntoutuspsykologit, lapsi- ja nuorisopsykologit, neuropsykologit, opintopsykologit ja perusterveydenhuolto.

Kelan toimijoita (asiantuntijalääkäreitä ja etuuskäsittelijöitä) lähestyttiin sähköpostitse Kelassa kootun yhteystietolistan mukaisesti 11/2017 ja 12/2017. Läheteitä tehtiin lääkäreitä pyrittiin lähestymään sähköpostitse Lääkäriliiton, Suomen Psykiatriyhdistyksen, Suomen Neurologisen Yhdistyksen ja Suomen Foniatriit ry:n kautta. Näistä ainoastaan Suomen Foniatriit välitti kyselylinkin jäsenistölleen 11/2017. Ky-

selyvastauksia saatiin vain neljä, eikä lääkäreiden aineistoa kuvata tässä raportissa tunnistamisriskin vuoksi.

2.2 Eettiset näkökohdat

Kuntoutussäätiön tutkimuseettinen toimikunta antoi tutkimukselle puoltavan lausunnon (25.3.2015 sekä uusi lausunto tutkimussuunnitelmaan tehtyjen täydennysten jälkeen 14.4.2016). Kuntoutujat allekirjoittivat tietoon perustuvan suostumuksen kyselytutkimusta ja asiakirjatietojen poimintaa varten. Ammattilaiskohderyhmien kyselyvastaukset katsottiin suostumukseksi tutkimukseen osallistumiseen.

2.3 Kyselyt

Tutkimuksessa kerättiin tietoa kuntoutujille ja ammattilaisille lähetetyillä kyselyillä. Ammattilaisille suunnattujen kyselyjen kohderyhmänä olivat kuntoutusta toteuttaneet neuropsykologit, kuntoutusta suosittelleet psykologit tai neuropsykologit sekä Kelan asiantuntijat. Kuntoutusta suositteluiden ja toteuttavien neuropsykologien kyselyjä laadittaessa hyödynnettiin Kelan Vaikeavammaisten lääkinnällisen kuntoutuksen kehittämishankkeen (VAKE) yhteydessä neuropsykologeille laadittua kyselyä (Hämäläinen 2009) sekä Psykologian tieteellisen neuvottelukunnan asettaman työryhmän toteuttamaa kyselyä Lasten neuropsykologinen kuntoutus Suomessa (Hokkanen ym. esitys hankkeen työpajassa 29.1.2018). Kaikille kolmelle ammattilaisaholle laadittuja kyselyjä koekäytettiin ja muokattiin saadun palautteen perusteella. Ammattilaisille suunnattujen kyselyjen yksittäiset kysymykset pyrittiin myös mahdollisuuksien mukaan yhtenäistämään, jotta vertailu ammattiryhmien välillä olisi mahdollista. Kuntoutujille suunnatun kyselyn laadinnassa hyödynnettiin tutkimusryhmän asiantuntijaosaamista, eikä kyselyä ollut mahdollista koekäyttää. Kyselyt ovat liitteinä 1–4.

Kuntoutujien kyselyssä kerättiin tarvittavat taustatiedot (mm. ikä, sukupuoli, koulutus). Kuntoutujilta kysyttiin näkemyksiä kuntoutuksen toteutuksesta ja kuntoutuksen vaikutuksista sekä kuntoutujien tyytyväisyydestä kuntoutukseen. Kysymysten joukossa oli monivalintakysymyksiä ja mitta-asteikollisia kysymyksiä. Kysymykset käsittelivät mm. kuntoutukseen hakeutumista, tavoitteiden määrittämistä ja kuntoutuksen hyödyllisyyttä esimerkiksi opiskelutaitojen tai mielialan kohenemiseen. Mukana oli myös avoimia kysymyksiä, joissa kartoitettiin kuntoutujien kokemaa hyötyä kuntoutuksesta ja kuntoutujien kehittämisehdotuksia.

Kuntoutusta toteuttavien ja sitä suositteluiden neuropsykologien sekä Kelan toimijoiden kyselyissä kartoitettiin mm. kuntoutuksen toteuttamisen käytäntöjä, ammattilaisten näkemyksiä kuntoutuksen kohderyhmästä ja sen soveltuvuudesta mm. eri ikäryhmille tai oirekuville, kuntoutuksen tavoitteista, niiden asettamisesta ja toteutumisen seuraamisesta sekä kuntoutuksen hyödyllisyydestä. Lisäksi kysyttiin mm.

kehittämisehdotuksia. Myös ammattilaisten kyselyissä käytettiin monivalintakysymyksiä, mitta-asteikollisia kysymyksiä sekä avoimia kysymyksiä.

2.4 Asiakirja-aineistot

Kelan asiakastietojärjestelmästä poimittiin kuntoutujia koskevasta asiakirja-aineistosta, joka käsitti kuntoutushakemukset, kuntoutushakemukseen liitetyt lääkärin B-lausunnot, kuntoutushakemukseen liitetyt neuropsykologin lausunnot, Kelan kuntoutuspäätökset ja neuropsykologisen kuntoutuksen loppulausunnot. Aineistosta koottiin tietoja mm. kuntoutuksen tiheydestä ja laajuudesta, asetetuista diagnooseista, kuntoutujien oirekuvien kuvauksista ja kuntoutettavasta neuropsykologisesta häiriöstä, kuntoutuksen tavoitteista ja tavoitteiden toteutumisesta, kuntoutuksessa käytetyistä menetelmistä ja muista kuntoutusmenetelmistä sekä jatkosuosituksista.

2.5 Tilastolliset menetelmät ja aineiston analysointi

Tutkimusaineisto analysoitiin kuvailevalla tasolla esittäen mm. keskiarvoja ja prosentiosuuksia. Tilastollisia eroja testattaessa käytettiin laatueroasteikollisille muuttujille χ^2 -testiä, jatkuvia muuttujia analysoitaessa Mannin–Whitneyn U-testiä ja parivertailuja yksittäisen henkilön vastauksista eri ryhmistä tehtäessä käytettiin merkkitestistä (*sign test*). Tutkimuksen aineisto analysoitiin IBM SPSS Statistics 24 -ohjelmalla.

Eri kuntoutusmenetelmien käyttöä alaikäisillä ja täysi-ikäisillä verrattiin keskenään käyttäen eri muuttujien summasta laskettuja keskiarvoja. *Suoran harjoituksen* menetelmien keskiarvoon laskettiin yksilöllisesti kuntoutujille räätälöidyt manuaaliset ja tietokonepohjaiset tehtävät, käsikirjaan pohjautuvat kuntoutusmenetelmät, valmiit tietokonepohjaiset ohjelmat sekä manuaaliset ja tietokonepohjaiset kotitehtävät. *Arjen kompensatiokeinojen* harjoittelun keskiarvoon laskettiin kompensatiokeinojen (mm. muistin apuvälineet) harjoittelu, kognitioon, käyttäytymiseen tai tunnesäätelyyn liittyvien toimintastrategioiden läpikäynti ja harjoittelu sekä arjen suunnitelmien luominen ja systemaattinen seuranta. *Psykoedukaatio* sisälsi psykoedukaation kuntoutustapaamisilla sekä kirjallisen kuntoutujalle annettavan psykoedukaatiivisen materiaalin. *Lähipiirin ohjauksen* menetelmiin sisällytettiin läheisten ja lähiverkostojen ohjaus maksusitoumuksella tai ilman.

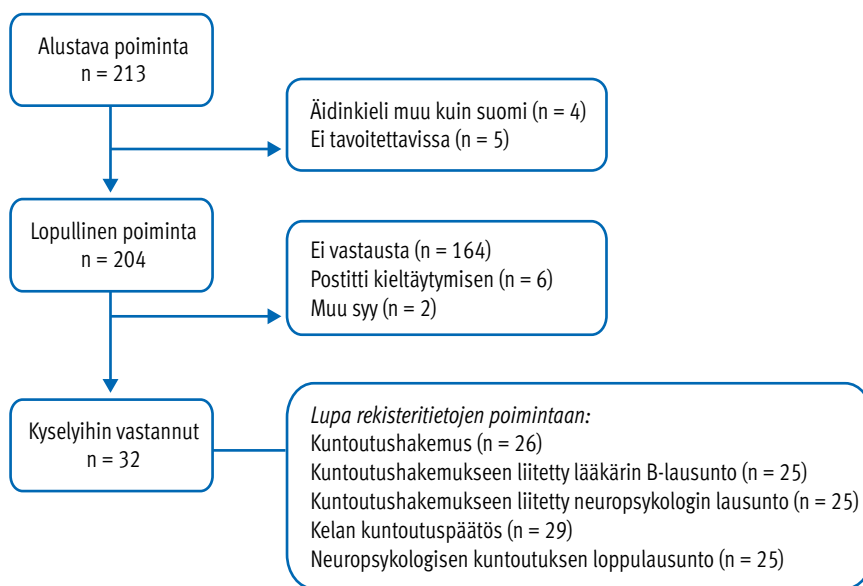
3 Tulokset

3.1 Kuntoutujien kysely

3.1.1 Taustatiedot

Kelan asiakastietojärjestelmästä poimittiin yhteensä 213 kuntoutujan yhteystiedot kyselylomakkeen postitusta varten. Kohdejoukko rajattiin koskemaan suomea äidinkielenään puhuvia (n = 209), joista 204:lle lähetettiin kyselyt postitse Kelan asiakastietojärjestelmässä olevaan postiosoitteeseen (ks. kulkukaavio, kuvio 1). Kyselyvastauksen palautti 32 kuntoutujaa eli 16 % tutkimukseen poimituista. Yli puolet vastanneista kuntoutujista oli alle 25-vuotiaita. Kuntoutujien taustatiedot ovat taulukossa 1 ja elämäntilanne taulukossa 2 (s. 19).

Kuvio 1. Kyselytutkimukseen osallistuneet kuntoutujat.



Taulukko 1. Kyselyyn vastanneiden 32 kuntoutujan taustatiedot.

	Kuntoutujat, n = 32
Miehiä/naisia % (n)	31/69 (10/22)
Ikä keskiarvo (keskihajonta; mediaani)	29,3 (12; 24)
18–24-vuotiaita % (n)	53 (17)
25–40-vuotiaita	28 (9)
41–56-vuotiaita	19 (6)

Taulukko 1 jatkuu.

Jatkoa taulukkoon 1.

Kuntoutujat, n = 32	
Asuinpaikka kuntoutuksen aikana % (n)	
Helsinki tai Espoo	28 (9)
Muu yli 50 000 asukasta	28 (9)
Alle 50 000 asukasta	31 (10)
Puuttuva tieto	9 (3)
Korkein suoritettu koulutus % (n)	
Perusaste	13 (4)
Ammatillinen perustutkinto	31 (10)
Ylioppilastutkinto ^a /Ammatillinen opistotason tutkinto	34 (11)
Korkeakoulututkinto	16 (5)

^aKaksi kirjannut suorittaneensa myös ammatillisen perustutkinnon.

Taulukko 2. Kyselyyn vastanneiden kuntoutujien (n = 32) elämäntilanne.

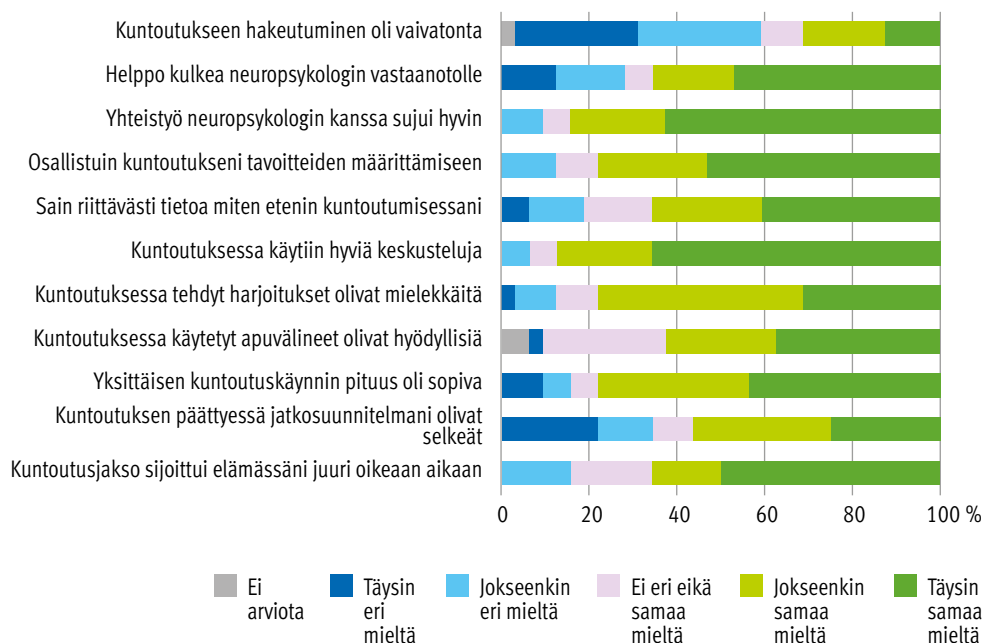
	Elämäntilanne neuropsykologisen kuntoutuksen päättyessä	Elämäntilanne kyselyyn vastattaessa
	% (n)	% (n)
Opiskelija	38 (12)	28 (9)
Työssä tai osa-aikatyössä	13 (4)	28 (9)
Sairauslomalla tai kuntoutustuella	22 (7)	16 (5)
Työkyvyttömyyseläkkeellä	3 (1)	13 (4)
Työttömänä työnhakijana	16 (5)	9 (3)
Ei vastausta	9 (3)	6 (2)

3.1.2 Kuntoutuksen toteutus

Kuntoutujien näkemyksiä kuntoutuksen toteutuksesta esitellään kuviossa 2 (s. 20). Kolmasosa kuntoutujista koki kuntoutukseen hakemisen vaivattomaksi. Yli 80 prosenttia vastaajista koki yhteistyön neuropsykologin kanssa sujuneen hyvin ja lähes 90 prosenttia koki, että kuntoutuksessa käytiin hyviä keskusteluja.

Kuntoutuskäynnit kestivät 45–60 minuuttia 63 prosentilla kuntoutujista (n = 20) ja 90–120 minuuttia 28 prosentilla (n = 9). Kolme kuntoutujaa ei osannut kertoa kuntoutusjakson kestoa. Kuntoutujista 53 prosenttia (n = 17) piti kuntoutusjaksoaan sopivan pituisena, liian lyhyenä sitä piti 34 prosenttia (n = 11) ja liian pitkänä kaksi kuntoutujaa.

Kuvio 2. Kuntoutujien näkemyksiä kuntoutuksen toteutuksesta. Vastausten määrä ilmaistu prosenttiosuuksina, N = 32.

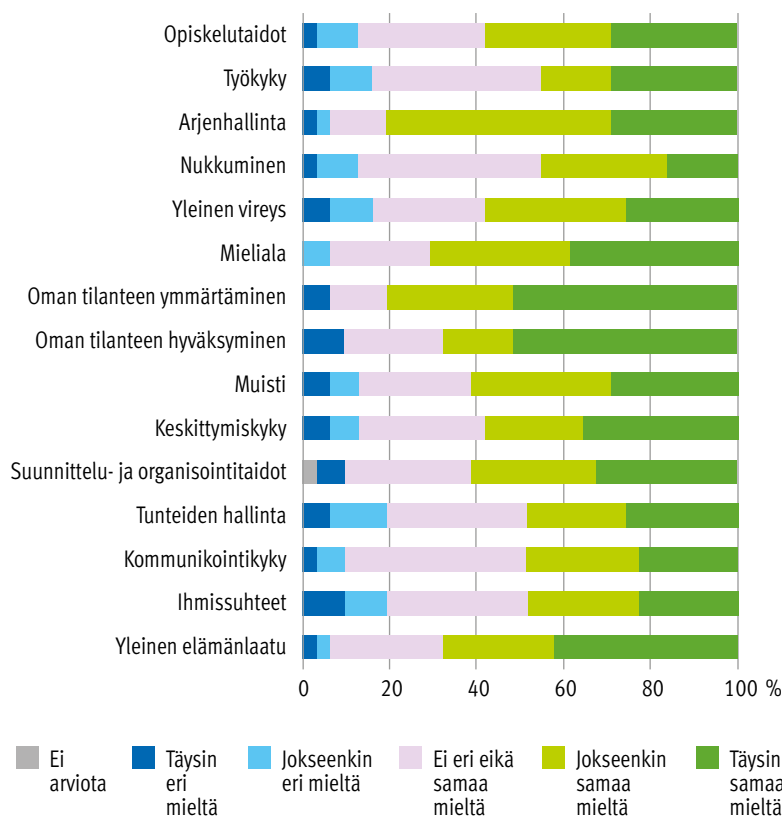


Avoimiin kysymyksiin vastasi 30 kuntoutujaa. Vastauksissa toivottiin, että kuntoutukseen olisi päästy aikaisemmin tai nuorempana. Kuntoutuksen odottaminen sai riittämättömyyden tunteen kasvamaan. Kuntoutukseen hakeutuminen tai sen jatkaminen koettiin vaikeaksi, ja niihin olisi tarvittu tukea. Joidenkin kuntoutujien mielestä kuntoutukseen hakeutuminen oli ollut helppoa, koska sen oli voinut tehdä yksityisiä palveluja käyttäen. Yleisesti toivottiin nykyistä enemmän taloudellista tukea kuntoutukseen. Kuntoutusjaksojen toivottiin olevan pidempiä, ja myös seuranta toivottiin. Jatkosuunnitelmien toivottiin olevan selkeämpiä. Kuntoutusajat olisivat voineet joustaa. Jotkut toivoivat väsyvyyden huomiointia käytännön toteutuksessa. Lisäksi toivottiin selkeämpää tavoitteiden läpikäymistä ja edistymisen seuraamista, tehtävien tekemistä, aikaa kohtaamiselle, mahdollisuutta jatkaa samalla terapeutilla maksajatahon vaihtumisesta huolimatta ja lyhyempiä matkoja kuntoutukseen. Kuntoutujien vastaukset avoimeen kysymykseen kuntoutuksen tarpeesta sisältyvät taulukkoon 3 (s. 28), jossa on kuvattu asiakirja-aineistoista poimittuja kuntoutuksen tavoitteita.

3.1.3 Kuntoutuksen koetut hyödyt ja tyytyväisyys kuntoutukseen kokonaisuutena

Kuntoutujat kokivat saaneensa hyötyä neuropsykologisesta kuntoutuksesta erityisesti oman tilanteen ymmärtämiseen, arjenhallintaan ja mielialaan, joiden osalta vähintään kaksi kolmasosaa vastanneista raportoi myönteisiä vaikutuksia. Myös kuntoutujien elämänlaatu oli kohentunut (kuvio 3, s. 21).

Kuvio 3. Kuntoutujien arvio neuropsykologisen kuntoutuksen hyödyllisyydestä elämän eri osa-alueilla. Vastausten määrä ilmaistu prosentiosuuksina, N = 31.



Kysyttäessä kuntoutuksen koetuista hyödyistä työssä käyntiin tai opintoihin, 22 prosenttia (n = 7) raportoi pystyneensä neuropsykologisen kuntoutuksen tuella palaamaan omaan työhönsä, jatkamaan omassa työssään tai työllistymään uuteen työhön. Opintoja kykeni kuntoutuksen turvin jatkamaan tai saattamaan loppuun 52 prosenttia kuntoutujista (n = 16). Kuntoutujista 26 prosenttia (n = 8) raportoi, ettei kyennyt kuntoutuksen turvin mihinkään edellä mainituista.

Kuntoutujista 19 prosenttia (n = 6) arvioi saavuttaneensa kuntoutuksen tavoitteensa paremmin kuin osasi odottaa, 48 prosenttia (n = 15) arvioi saavuttaneensa tavoitteensa hyvin tai melko hyvin, 10 prosenttia (n = 3) melko huonosti tai ei ollenkaan ja 23 prosenttia (n = 7) ei osannut sanoa, miten saavutti tavoitteensa.

Kuntoutujista 53 prosenttia (n = 17) oli kuntoutusjaksoon hyvin tyytyväisiä, 28 prosenttia (n = 9) melko tyytyväisiä ja 13 prosenttia (n = 4) melko tyytymättömiä. Kaksi kuntoutujaa ei osannut sanoa, olivatko he tyytyväisiä kuntoutusjaksoonsa. Kuntoutuksen jälkeiseen jatkosuunnitelmaan oli hyvin tai melko tyytyväisiä 47 prosenttia

kuntoutujista (n = 15) ja 19 prosenttia oli hyvin tai melko tyytymättömiä (n = 6). Kuntoutujista 34 prosenttia (n = 11) ei osannut sanoa, olivatko he tyytyväisiä jatkosuunnitelmaan. Kaikilla ei ollut jatkosuunnitelmaa.

Avoimeen kysymykseen kuntoutuksen suurimmasta hyödystä vastasi 29 kuntoutujaa. Vastauksiin kirjattiin erilaisia opiskelutaitoihin ja työhön palaamiseen liittyviä asioita. Kuntoutajat nostivat esiin myös oman tilanteensa, itsensä tai oirekuvansa ymmärtämisen tai hyväksymisen sekä sen, että tieto näistä tekijöistä oli lisääntynyt. Esiin tuotiin myös itsetunnon, mielialan tai psyykkisen voinnin koheneminen. Kuntoutuksesta oli saatu hyötyä myös arkiaskareissa pärjäämiseen tai arjen hallintakeinojen oppimiseen. Yksittäisinä hyötyinä mainittiin oireiden todentaminen terveystietoihin kirjaamisen muodossa, omatoimisuuden lisääntyminen sekä kognitiivisten taitojen kehittyminen ja keskusteluapu.

3.2 Asiakirja-aineisto

3.2.1 Kuntoutujan oma hakemus

Kelan asiakastietojärjestelmästä poimittiin 26:n suostumuksensa antaneen kuntoutujan oma hakemus (81 % kyselyyn vastanneista). Työ tai opiskelutilanteensa oli kuntoutushakemukseen kirjannut 25 hakijaa, joista kymmenen (40 %) kuvasi olevansa opiskelija, 2 olleensa työssä, 8 (32 %) olevansa sairauslomalla tai kuntoutustuella, 1 työkyvyttömyyseläkkeellä ja 4 ilmoitti olevansa työttömänä. 23 kuntoutujan hakemuksesta löytyi tieto hoidosta vastaavasta tahosta. 10 kuntoutujaa (44 %) oli kirjannut hakemukseensa sairaalan poliklinikan, 5 (22 %) terveyskeskuksen, 2 työterveyshuollon, 3 psykiatrian poliklinikan ja 3 jonkun muun (esim. yksityislääkäri).

Kuntoutajat hakivat kuntoutusta hieman vaihtelevilla lomakkeilla. Suurin osa kuntoutujista (18 kuntoutujaa) käytti lomaketta KU131 (Kuntoutuspsykoterapia / Neuropsykologinen kuntoutus), mutta myös muita lomakkeita, kuten KU132:ta (Harkinnanvarainen kuntoutus), KU104:ää (Vaikeavammaisen lääkinnällinen kuntoutus) ja KU102:ta (Kuntoutushakemus) käytettiin. Myös hakemuslomakkeisiin kirjattu kuntoutus vaihteli. 18 kuntoutuksen hakijaa haki neuropsykologista kuntoutusta, mutta hakemuksissa mainittiin myös yksilöllinen kuntoutusjakso kuntoutuslaitoksessa, kuntoutus- tai sopeutumisvalmennuskurssi, terapia tai avoterapia sekä yksilöllinen kuntoutusjakso. KU131-lomakkeella kysyttiin avoimilla kysymyksillä erikseen oirekuvan vaikutuksia työhön ja opiskeluun, kun taas lomakkeilla KU132 ja KU104 kysyttiin kuntoutuksen tai avun tarvetta. Käytettyjen lomakkeiden erilaiset kysymykset ovat voineet ohjata kuntoutujia kuvaamaan esimerkiksi oireitaan tai kuntoutuksen tavoitteita eri tyyppisesti, mikä voi vaikuttaa tutkimuksen tuloksiin. Eri lomakkeille kuntoutajat olivat kuvanneet oirekuvan heikentävän opiskelua (n = 19), työssä selviytymistä (n = 11) tai kuvanneet muuta kuntoutuksen tai avun tarvetta (n = 2). Osa kuntoutujista (n = 24) oli kirjannut muita oireita, kuten väsymistä tai uupumista (42 %, n = 10), mielialaoireita (17 %, n = 4), muistivaikeuksia (33 %, n = 8), keskittymisen

vaikeuksia (38 %, n = 9), toiminnanohjauksen vaikeuksia (33 %, n = 8), vaikeuksia sosiaalisissa taidoissa (42 %, n = 10) ja toiminnan hitautta (33 %, n = 8). Kuntoutujien omiin hakemuksiin kirjatut kuntoutuksen tavoitteet on esitelty taulukossa 3 (s. 28).

Kolmessa hakemuksessa oli tarkennettu haettavan kuntoutuksen määrää ja kahdeksassa hakemuksessa mainittiin toivottu kuntoutuksen aloituspäivämäärä tai kuntoutusjakson ajankohta. Viidessä hakemuksessa oli kuvattu opintojen aikajakso ja neljässä kuntoutushakemuksessa oli mainittu psykiatrisesta hoitokontaktista.

3.2.2 Lääkärin B-lausunto

Kuntoutujista 25 (78 %) antoi suostumuksensa B-lääkärinlausunnon poimintaan Kelan asiakastietojärjestelmästä. Lausunnon allekirjoittaneista lääkäreistä 44 % (n = 11) oli neurologeja, neljä muita erikoislääkäreitä, neljä osastonylilääkäreitä ja loput erikoistuvia lääkäreitä, terveyskeskuslääkäreitä tai viransijaisina lausuntoja allekirjoittaneita.

Lääkäreiden B-lausuntoihin oli kirjattu diagnooseja keskimäärin 1,6 kappaletta (kh = 1,6, mediaani 1, vaihteluväli 0–5). Diagnooseista 56 prosenttia (n = 14) kuului kehityksellisten häiriöiden ryhmiin (suurimpana ryhmänä oppimisvaikeudet, n = 7) ja 40 prosenttia (n = 10) äkillisten aivotoiminnan häiriöiden ryhmiin (suurimpana ryhmänä aivoverenkiertohäiriöt, n = 5). Psykiatrisia diagnooseja oli edellä mainittujen lisäksi kirjattu 20 prosentilla kuntoutujista (n = 5). Yhdestä B-lausunnosta ei löytynyt diagnoosia. Noin puoleen B-lausunnoista (48 %, n = 12) oli kirjattu jonkinlainen kannanotto kuntoutuksen hyödyistä, ja vain yhteen B-lausuntoon oli kirjattu arvio kuntoutuksen ennusteesta. Kahdestatoista lääkärinlausunnosta (48 %) kävi ilmi, että kuntoutujalla oli ollut aiempia neuropsykologisia kuntoutusjaksoja. Kahdeksalla kuntoutujalla lausuntoihin oli kirjattu muita kuntoutusjaksoja ja kolmella kuntoutujalla psykiatrinen hoitokontakti. Lääkäreiden B-lausuntoihin kirjatut kuntoutuksen tavoitteet on esitelty taulukossa 3 (s. 28).

Neljässä lausunnossa kuntoutusta suositeltiin alle 40 käynnille, kahdeksassa lausunnossa noin 40 käynnille, neljässä lausunnossa suosituksena oli yli 40 käyntiä ja kolmessa lausunnossa suositeltu määrä oli ilmaistu epätarkemmin. Suositellun neuropsykologisen kuntoutuksen määrää ei ollut tarkennettu 24 prosentissa lääkärinlausunnoista (n = 6). Kaksoiskäyntejä tai mahdollisuutta niihin tarvittaessa suositeltiin neljässä lausunnossa. Ryhmämuotoista kuntoutusta ei suositeltu lainkaan.

Lääkärinlausunnoista 48 prosentissa (n = 12) kuntoutuja kuvattiin määräaikaisesti tai toistaiseksi työkyvyttömäksi. Lisäksi maininta kuntoutusrahan hakemisesta oli kahdessa lausunnossa, maininta henkilökohtaisesta avustajasta tai sen tarpeesta kahdessa lausunnossa ja haittaluokka-arvio yhdessä lausunnossa.

3.2.3 Kuntoutushakemukseen liitetty neuropsykologin lausunto

Kuntoutujista 25 (78 %) antoi suostumuksensa poimia kuntoutushakemukseen liitetty neuropsykologin lausunto Kelan asiakastietojärjestelmästä. Heistä 23 oli antanut luvan poimia myös lääkärin B-lausunnon. Neuropsykologien suosituslausunnoista noin puolet (48 %, n = 12) oli tutkimuslausuntoja ja puolet (48 %, n = 12) kuntoutuslausuntoja, joissa suositeltiin kuntoutukselle jatkoa. Yksi lausunto oli pätevän neuropsykologin paperikonsultaatio aiemmin tehdyn tutkimuksen perusteella. Tämä suosituslausuntojen muotojen erilaisuus vaikuttanee myös lausuntojen sisältöihin. Neuropsykologien suosituslausuntojen allekirjoittajista 56 prosenttia (n = 14) oli kirjannut olevansa neuropsykologian erikoispsykologi, muuta neuropsykologi-nimikettä käytti 28 prosenttia (n = 7), ja neljä psykologia toimi muulla pätevyydellä tai oli hankkinut myös työnhajaan allekirjoituksen lausuntoon.

Neuropsykologien suosituslausunnoissa mainituista diagnooseista 48 prosenttia (n = 12) kuului kehityksellisten häiriöiden ryhmiin (suurimpana ryhmänä oppimisvaikeudet, n = 6) ja 52 prosenttia (n = 13) äkillisten aivotoiminnan häiriöiden ryhmiin (suurimpana ryhmänä aivoverenkiertohäiriöt, n = 5). Valtaosa (88 %, n = 22) diagnooseista kuvattiin jo taustatiedoissa, ja kolmessa neuropsykologin suosituslausunnossa diagnoosityyppiä ehdotettiin tehdyn neuropsykologisen tutkimuksen perusteella. Suurimmasta osasta neuropsykologien suosituslausuntoja (64 %, n = 16) kävi ilmi, että kuntoutujalla oli ollut aiempia neuropsykologisia kuntoutusjaksoja, ja kolmessa lausunnossa oli kuvattu aiempi neuropsykologinen tutkimus.

Kuntoutusta suositeltiin alle 40 käynnille kolmessa lausunnossa, noin 40 käynnille kahdessa lausunnossa ja yli 40 käynnille yhdessä lausunnossa. Yhdessä lausunnossa suositeltu määrä ilmaistiin epätarkemmin. Suositellun neuropsykologisen kuntoutuksen määrää ei ollut tarkennettu peräti 64 prosentissa neuropsykologien suosituslausunnoista (n = 16). Kaksoiskäyntejä tai mahdollisuutta niihin suositeltiin viidessä lausunnossa. Ryhmämuotoista kuntoutusta ei suositeltu lainkaan.

Suurin osa (69 %, n = 15) neuropsykologien suosituslausunnoista sisälsi myös muita jatkosuosituksia. Opintoihin liittyviä suosituksia oli neljässä lausunnossa, erikoislääkärin konsultaatiota suositeltiin niin ikään neljässä lausunnossa, kuntoutustukea tai kuntoutusrahaa suositeltiin kahdessa lausunnossa, laituskuntoutusjaksoa kahdessa lausunnossa, muuta kontaktia terveydenhuollon ammattihenkilöihin neljässä lausunnossa ja muita suosituksia (mm. ajokoe, tarve avustajalle) oli kirjattu viiteen lausuntoon.

Neuropsykologin suosituslausunnoista 24 prosentissa (n = 6) kuntoutuja kuvattiin työkyvyttömäksi tai hänen työkykynsä alentuneeksi, ja kolmessa lausunnossa suositeltiin työhön menoa työkokeilun tai työhönvalmennuksen kautta. Oirekuvan vaikeusasteesta ei ollut selvää kuvausta 56 prosentissa (n = 14) neuropsykologin suosituslausunnoista. Kuntoutujien oireiden tai oirekuvan kuvattiin olevan vahva-asteisia

viidessä lausunnossa, kohtalaisia viidessä lausunnossa ja lieviä yhdessä lausunnossa. Kuntoutujien motivaatiosta oli kuvaus 52 prosentissa ($n = 13$) lausunnoista: neljässä lausunnossa kuntoutuja kuvattiin erittäin motivoituneeksi tai sitoutuneeksi ja kahdeksassa motivoituneeksi, sitoutuneeksi tai kuntoutukseen myönteisesti suhtautuvaksi. Yhdessä lausunnossa ilmaistiin kuntoutujan heikko motivaatio ja tehtiin ehdollinen suositus kuntoutukseen, jos kuntoutuja siihen motivoituu. Neuropsykologien suosituslausuntoihin kirjatut kuntoutuksen tavoitteet on esitelty taulukossa 3 (s. 28).

3.2.4 Kelan kuntoutuspäätös

Kuntoutujista 29 (91 %) antoi suostumuksensa poimia Kelan kuntoutuspäätöksen tiedot asiakastietojärjestelmästä. Myönnettyjen kuntoutuskertojen määrä vaihteli kolmesta aina 80 käyntiin. Alle 40 käyntiä myönnettiin 10 kuntoutujalle, 40 käyntiä 13 kuntoutujalle ja yli 40 käyntiä kuudelle kuntoutujalle. Myönnettyt kuntoutusjaksot olivat pituudeltaan 60–365 päivää. Tyypillisimmin ne olivat vuoden pituisia (86 %, $n = 25$). Päätös kuntoutusjakson myöntämisestä oli tehty takautuvasti 16 kuntoutujalle, myönnetyn kuntoutusjakson alku oli kirjattu Kelan kuntoutuspäätökseen päätöksen antopäivänä 3kolmella kuntoutujalla ja vasta myöhemmin kymmenellä kuntoutujalla. Kahdeksalle kuntoutujalle käyntitiheydeksi oli määritelty enintään kerran viikossa ja yhdelle enintään kaksi kertaa viikossa, kahdelle oli kirjattu mahdollisuus käyttää kaksoisaikoja. Kaikki myönnettyt kuntoutusjaksot olivat yksilökuntoutusjaksoja, eikä kenellekään ollut myönnetty läheisten ohjauskäyntejä.

3.2.5 Neuropsykologisen kuntoutuksen loppulausunto

Kelan asiakastietojärjestelmästä poimittiin neuropsykologisen kuntoutuksen loppulausunto 21:n (66 %) siihen suostumuksensa antaneen kuntoutujan tiedoista. Lisäksi neljä (13 %) muuta oli antanut luvan poimia kuntoutuksen loppulausunnon, mutta asiakirjaa ei löytynyt järjestelmästä. Neuropsykologien suosituslausuntojen allekirjoittajista 62 prosenttia ($n = 13$) oli kirjannut olevansa neuropsykologian erikoispsykologi tai vastaava ja muuta neuropsykologi-nimikettä oli käyttänyt 29 prosenttia ($n = 6$). Pätevyyttä ei ollut kirjattu kahteen lausuntoon. Loppulausunnoista 17 oli kirjoitettu vapaamuotoiselle pohjalle, kaksi lomakkeelle KU 138 (Palaute Kuntoutuspsykoterapiasta) ja kaksi lomakkeelle KU 117 (Avoterapiapalaute vaikeavammaisten lääkinnällisestä kuntoutuksesta). Erilaiset lausuntopohjat ovat voineet ohjata eri tyyppiseen kirjaukseen, mikä voi vaikuttaa tutkimuksen tuloksiin.

Kuntoutuskäyntien toteutuneesta tiheydestä ei ollut mainintaa 14 loppulausunnossa (67 %). Muissa loppulausunnoissa kuntoutuksen mainittiin toteutuneen viikoittaisia käyntejä harvemmin. Kaikki kuntoutusjaksot olivat yksilökuntoutusjaksoja. Neljässä kuntoutusjaksossa oli käytetty kaksoisaikoja. Käyntien poikkeavasta toteutuksesta mainittiin kuudessa loppulausunnossa. Nämä maininnat olivat: keskeytynyt rahoitusvaikeuksien vuoksi (kaksi mainintaa), tapaamisista pitää muistuttaa, Kelan

kuntoutuspäätös tehty takautuvasti ja kuntoutus aloitettu vasta kuntoutuspäätöksen tultua sekä työharjoittelun aikana ja loma-aikoina ei kuntoutuskäyntejä. Useasta loppulausunnosta (52 %, n = 11) kävi ilmi, että kyseinen kuntoutusjakso ei ollut ensimmäinen neuropsykologinen kuntoutusjakso. Aiempina maksajatahoina mainittiin Kelan lisäksi myös muita tahoja.

Viidessä kuntoutuksen loppulausunnossa kirjattiin toteutuneeksi 8–12 käyntiä (45 minuutin ajoiksi muutettuna), seitsemässä 16–25 käyntiä ja viidessä 32–46 käyntiä. Kahdeksasta loppulausunnosta (38 %) oli pääteltävissä, että kuntoutusjakso oli vielä kesken lausunnon kirjoitushetkellä. Tämä liittyy siihen, että kuntoutusjaksoille on suunniteltu jatkoa ja jatkopäätöksen saamiseen on varattu aikaa, jotta kuntoutukseen ei tulisi taukoa. Neuropsykologiselle kuntoutukselle suositeltiinkin jatkoa 57 prosentissa loppulausunnoista (n = 12). Lisäksi yhdelle kuntoutujalle suositeltiin neuropsykologisen kuntoutuksen jatkoa ehdollisesti, jos työkokeilu toteutuu. Suositellun neuropsykologisen kuntoutuksen määrää ei ollut tarkennettu kolmessa loppulausunnossa. Kuntoutusta suositeltiin alle 40 käynnille kuudessa loppulausunnossa, 40 käynnille (45 minuutin käyntiajoiksi muutettuna) kolmessa loppulausunnossa ja yli 40 käynnille yhdessä loppulausunnossa. Ryhmämuotoista kuntoutusta suositeltiin yksilökuntoutuksen lisäksi yhdessä loppulausunnossa. Neuropsykologisen kuntoutuksen jatkamisen perusteluksi oli viidessä loppulausunnossa kirjattu opiskelukyky, kolmessa työkyky ja kolmessa muu syy (mm. itsenäinen selviytyminen, oireiston hallinta). Kahdessa loppulausunnossa ei ollut selvästi perusteltu tarvetta suositellulle kuntoutuksen jatkolle.

Muita jatkosuosituksia tehtiin suurimmassa osassa (57 %, n = 12) kuntoutuksen loppulausunnoista. Psykiatrasta kontaktia suositeltiin viidessä lausunnossa. Lisäksi suositeltiin mm. toimeentulon varmistamista, sopeutumisvalmennuskurseja, urasuunnitelmia ja koulukuraattorin tapaamisia. Ajokoetta varten erikseen tehdystä lausunnosta mainittiin yhdessä loppulausunnossa. Loppulausunnoista 38 prosentissa (n = 8) kuntoutuja kuvattiin työkyvyttömäksi tai työkyky alentuneeksi. Kolmessa lausunnossa suositeltiin työhön menoa työkokeilun tai työhönvalmennuksen kautta. Kuntoutujien motivaatiosta oli kuvaus 52 prosentissa (n = 11) loppulausunnoista. Näistä viidessä lausunnossa kuntoutuja kuvattiin erittäin motivoituneeksi tai sitoutuneeksi, viidessä lausunnossa motivoituneeksi, sitoutuneeksi tai kuntoutukseen myönteisesti suhtautuvaksi ja yhdessä kuntoutujan motivaatio kuvattiin vaihtelevaksi.

Kaikissa loppulausunnoissa oli kuvaus kuntoutuksen kohteena olleesta kognitiivisesta häiriöstä. Tyypillisimmin kuvattiin, että kuntoutuksen kohteena oli toiminnanohjauksen vaikeus (52 % lausunnoista, n = 11), muistiongelman (43 %, n = 9) tai toiminnan/prosessoinnin hitaus (33 %, n = 7).

Suurin osa neuropsykologeista kuvasi kuntoutuksen loppulausunnossa käyttäneensä kuntoutuksessa kognitiivisen kuntoutuksen menetelmiä, kuten suoraa harjoittamista

ja kompensatiokeinojen harjoittelua, (62 %, n = 13) sekä tarjonneensa psyykkistä tukea (48 %, n = 10). Psykoedukaatiota kertoi loppulausunnoissa tarjonneensa 33 prosenttia (n = 7) neuropsykologeista. Yhteistyöstä kuntoutujan läheisten kanssa oli maininta 38 prosentissa (n = 8) loppulausunnoista, ja yhteistyöstä oppilaitosten kanssa mainittiin kahdessa loppulausunnossa. Yhteistyöstä työpaikkojen kanssa ei ollut mainintoja. Kolmesta loppulausunnosta ei löytynyt selkeää kuvausta kuntoutuksessa käytetyistä menetelmistä.

Yhdessä loppulausunnossa mainittiin, että kuntoutuksen tavoitteet olivat muuttuneet jakson aikana. Neuropsykologien loppulausuntoihin kirjatut kuntoutuksen tavoitteet on esitelty taulukossa 3. Suuressa osassa (43 %, n = 9) loppulausuntoja ei ollut selvää kannanottoa neuropsykologisen kuntoutuksen tavoitteiden saavuttamisesta, vaikka kuntoutuksen tavoitteet oli kuvattu. Lisäksi kolmessa loppulausunnossa ei ollut selvää mainintaa kyseiselle kuntoutusjaksolle asetetuista tavoitteista. Yhdeksässä loppulausunnossa (43 %) oli kuvaus tavoitteiden saavuttamisesta. Useista loppulausunnoista (62 %, n = 13) puuttui maininta tavoitteiden toteutumisen arvioinnissa käytetyistä menetelmistä. Lausunnoissa mainittuja seurantamenetelmiä olivat kognitiivinen tutkimus tai tehtävät, kyselyt ja opiskeluarvosanat. Lisäksi muutama ilmoitti käyttävänsä seurannassa GAS-menetelmää.

Viidessä loppulausunnossa todettiin, että toteutunut neuropsykologinen kuntoutusjakso oli parantanut kuntoutujan opiskelukykyä, ja kahdessa lausunnossa sen todettiin parantaneen kuntoutujan työkykyä. Yhdessä loppulausunnossa todettiin, että työkykyisyyden kohentuminen ei ole realistinen tavoite. Suurimmassa osassa loppulausuntoja kuvattiin muita kuntoutusjaksolla saavutettuja hyötyjä (76 %, n = 16), joista eniten kuvattiin hyötyjä psyykkisen voinnin parantumisen osalta (29 %, n = 6). Neljässä loppulausunnossa ei ollut selvää mainintaa kuntoutusjakson hyödyistä tai haitoista.

3.3 Kuntoutuksen tarve ja tavoitteet

Kuntoutujilta kysyttiin kyselyssä kuntoutuksen tarvetta. Kuvaukset kuntoutuksen tavoitteista tai päämääristä poimittiin hakemuksista ja lausunnoista. Tulokset on esitetty taulukossa 3 (s. 28). Kuntoutujien omissa hakemuksissa tyypillisimmin kuvattuja muita kuin opiskeluun ja työhön liittyviä tavoitteita olivat itsenäinen arjenhallinta tai kotityöt (n = 9) ja tunteiden hallinta tai itsehillintä (n = 6). Lääkärien B-lausunnoissa muista tavoitteista tyypillisimpiä olivat kognitiivisiin oireisiin liittyvät tavoitteet (n = 4). Kuntoutushakemukseen liitetyissä neuropsykologisissa lausunnoissa tavallisimpia muita tavoitteita olivat itsenäiseen arjenhallintaan tai kotitöihin (n = 4) sekä psyykkiseen tukeen liittyvät tavoitteet (n = 4). Neuropsykologisen kuntoutuksen loppulausunnoissa tyypillisimpiä muita tavoitteita olivat oiretiedostuksen (n = 5) ja toiminnanohjauksen (n = 5) kohentuminen.

Taulukko 3. Kuntoutujien kyselyyn vastanneiden kuvaama kuntoutuksen tarve ja asiakirja-aineiston lausunnoissa vapaasti kuvatut kuntoutuksen tavoitteet tai päämäärät.^a

	Kuntoutujien kysely, n = 31	Kuntoutujien oma hakemus, n = 24 ^b	Lääkärin B-lausunto, n = 25	Kuntoutushakemukseen liitetty neuropsykologin lausunto, n = 25	Neuropsykologisen kuntoutuksen loppulausunto, n = 21
	% (n)	% (n)	% (n)	% (n)	% (n)
Opiskelukyky	29 (9)	54 (13)	40 (10)	24 (6)	38 (8)
Työkyky	16 (5)	46 (11)	20 (5)	16 (4)	19 (4)
Muu	65 (20)	88 (21)	64 (16)	48 (12)	86 (18)
Ei mainittu opiskelu- eikä työkykyä	61 (19)	29 (7)	48 (12)	60 (15)	48 (10)
Ei kuvausta kuntoutuksen tavoitteista, päämääristä, painotuksista	16 (5)	0 (0)	24 (6)	28 (7)	14 (3)

^aProsenttiosuudet on laskettu kyselyissä ja hakemuksissa kuntoutuksen tarpeeseen liittyviin kysymyksiin vastanneiden tai asiakirja-aineiston dokumenttien määrästä. Kuntoutujat ja lausuntojen kirjoittajat ovat voineet listata kuntoutuksen tavoitteita vapaasti haluamansa määrän.

^bKaksi kuntoutujaa ei ollut kirjannut hakemukseen kuntoutuksen tavoitteita.

Asiakirja-aineistosta laskettiin viiveet neuropsykologin suosituslausunnon allekirjoituspäivämäärästä, B-lääkärinlausunnon allekirjoituspäivämäärästä ja kuntoutujan oman hakemuksen allekirjoituspäivämäärästä Kelan kuntoutuspäätöksen antamispäivään sekä viive Kelan kuntoutuspäätöksen antamisesta neuropsykologisen kuntoutuksen loppulausunnossa mainittuun kuntoutuksen aloituspäivämäärään (taulukko 4).

Taulukko 4. Kelan kuntoutuspäätöksen ja kuntoutuksen aloittamisen viiveet (asiakirja-aineisto).

	Keskiarvo	Keskihajonta	Mediaani	Vaihteluväli
Viive neuropsykologisesta tutkimuksesta tai suosituksesta Kelan kuntoutuspäätökseen, päiviä (n = 22)	124,8	118,5	90	3–467
Viive lääkärin B-lausunnosta Kelan kuntoutuspäätökseen, päiviä (n = 25)	67,4	53,9	58	2–245
Viive kuntoutujan oman hakemuksen allekirjoituspäivämäärästä Kelan kuntoutuspäätökseen, päiviä (n = 26)	61,1	70,3	43	12–392
Viive Kelan kuntoutuspäätöksestä kuntoutuksen alkuun, päiviä (n = 13 ^a)	39,4	47	24	0–137

^aNäiden lisäksi viidessä loppulausunnossa mainittiin ainoastaan myönnetyn kuntoutusjakson aikaväli ja neljässä lausunnossa ei kuvattu kuntoutuksen aikaväliä lainkaan.

3.4 Neuropsykologit

3.4.1 Taustatiedot

Tutkimukseen vastasi 34 kuntoutusta toteuttavaa neuropsykologia ja 69 kuntoutusta suositellutta neuropsykologia (joista osa oli pätevyydeltään psykologeja) aikavälillä 1.6.–22.11.2017. Käytettävissä ei ole tilastotietoa siitä, kuinka moni neuropsykologi toteuttaa Kelan harkinnanvaraista kuntoutusta tai tekee suosituksia kuntoutukseen, joten vastausprosenttia ei voida laskea. Kymmenen neuropsykologia vastasi molempiin kyselyihin, joten kyselyihin vastasi yhteensä 93 neuropsykologia. Kaikkiin kysymyksiin ei saatu vastauksia, joten vastaajien määrä vaihtelee eri osioissa. Neuropsykologeista neljä oli miehiä. Kuntoutusta toteuttaneista 85 prosenttia (n = 29) toteutti Kelan harkinnanvaraista kuntoutusta vastaushetkellä. Muut olivat vastaushetkellä muunlaisissa työtehtävissä tai poissa työelämästä, mutta ilmoittivat toteuttaneensa kuntoutusta viiden edellisen vuoden aikana. Kuntoutusta toteuttaneet neuropsykologit olivat pätevoityneempiä ja toteuttaneet kuntoutusta pidempään kuin kuntoutussuosituksia tekevät neuropsykologit. Kuntouttajana toimineiden ja kuntoutusta suositelleiden neuropsykologien taustatiedot on esitetty taulukossa 5.

Taulukko 5. Kuntouttajana toimineiden ja kuntoutusta suositelleiden neuropsykologien (ja psykologien) taustatiedot.

	Neuropsykologisen kuntoutuksen toteuttajat ^a , n = 34	Neuropsykologisen kuntoutuksen suositelijat, n = 59	χ^2 / Mannin-Whitney U
	% (n)	% (n)	p
Ikä	Ka = 47,7 (Md = 45,5, vaihteluväli 32–70)	Ka = 43,4 (Md = 43, vaihteluväli = 27–72)	0,061
Kuntouttajana toimiminen^b	Ka = 15,4 (Md = 13, vaihteluväli = 4–32)	Ka = 4,5 (Md = 0, vaihteluväli 0–30)	< 0,001
Vastaanoton sijainti			0,424
Pääkaupunkiseutu	41 (14)	43 (25)	
Tampere, Turku, Oulu	18 (6)	9 (5)	
Muu alue	41 (14)	48 (28)	
Pääasiallinen asiakasryhmä^c			
Lapset	59 (20)	46 (27)	0,225
Nuoret 16–25-v.	82 (28)	41 (24)	< 0,001
Aikuiset	53 (18)	46 (27)	0,505
Neuropsykologian erikoistumiskoulutus			< 0,001
Erikoispsykologi tai vastaava	82 (28)	31 (18)	
Erikoistumiskoulutuksessa	18 (6)	19 (11)	
Ei pitkää erikoistumiskoulutusta	-	51 (30)	

Taulukko 5 jatkuu.

Jatkoa taulukkoon 5.

	Neuropsykologisen kuntoutuksen toteuttajat ^a , n = 34	Neuropsykologisen kuntoutuksen suosittelijat, n = 59	χ^2 / Mannin- Whitney U
	% (n)	% (n)	p
Kelan kuntouttajoikeus			< 0,001
Vaativa erityistaso	76 (26)	25 (15)	
Erityistaso tai erikoistumiskoulutuksessa oleva	24 (8)	10 (6)	
Ei Kelan kuntoutusoikeutta	-	65 (38)	

^a10 henkilöä vastasi kumpaankin kyselyyn ja heidän vastauksensa on sisällytetty tässä taulukossa kuntoutuksen toteuttajien vastauksiin.

^bKaikki neuropsykologinen kuntoutus.

^cVastaaja sai valita useamman vaihtoehdon.

Neuropsykologista kuntoutusta toteuttavat ammattilaiset ilmoittivat toteuttavansa kaikkea (ei pelkästään Kelan harkinnanvaraista) kuntoutusta pääasiallisesti ammatinharjoittajina (62 % toteuttajista, n = 21) tai yksityissektorin työtehtävinä (47 %, n = 16). Lisäksi kuntoutusta toteutettiin erikoissairaanhoidon työtehtävinä (15 %, n = 5), yksittäisesti perussairaanhoidon työtehtävinä, yrittäjänä sekä kolmannelle sektorilla.

3.4.2 Kuntoutuksen toteuttamisen käytännöt

Kuntoutusta toteuttavilta neuropsykologeilta kysyttiin eri maksajatahojen yleisyyttä kaikessa omassa kuntoutustoiminnassa (taulukko 6).

Taulukko 6. Kuntoutusta toteuttavien neuropsykologien arvio eri maksajatahojen yleisyydestä kaikessa kuntoutustoiminnassaan.

Neuropsykologisen kuntoutuksen maksajataho	Pääasiallinen	Toissijainen	Satunnainen tai harvinainen	En kuntouta	Vastaajia yhteensä
	% (n)	% (n)	% (n)	% (n)	n
Kelan harkinnanvarainen kuntoutus	41 (14)	29 (10)	29 (10)	0 (0)	34
Kelan vaativa lääkinnällinen kuntoutus (ent. vaikeavammaisten lääkinnällinen kuntoutus)	34 (11)	25 (8)	3 (1)	38 (12)	32
Julkinen terveydenhuolto	52 (17)	30 (10)	18 (6)	0 (0)	33
Vakuutusyhtiö	24 (8)	18 (6)	52 (17)	6 (2)	33
Asiakas itse	3 (1)	9 (3)	82 (27)	6 (2)	33

Ammatinharjoittajina toimivien kuntoutusta toteuttavien neuropsykologien (n = 32) kuntoutusasiakkaat olivat saaneet lähetteen Kelan harkinnanvaraiseen kuntoutukseen tyypillisimmin erikoissairaanhoidosta (59 %, n = 19), yksityissektorilta (25 %, n = 8) sekä jossain määrin myös perusterveydenhuollosta (13 %, n = 4). Yksityissektorin työtehtävissä toimivien neuropsykologien (n = 16) asiakkaiden läheteet tulivat tyypillisimmin myös erikoissairaanhoidosta (63 %, n = 10). Muutamassa tapauksessa asiakas oli saanut lähetteen yksityissektorilta (25 %, n = 4) tai perusterveydenhuollosta (n = 2).

Kuntoutusta toteuttavien neuropsykologien arvion mukaan heillä oli keskimäärin noin kahdeksan Kelan harkinnanvaraisen neuropsykologisen kuntoutuksen asiakasta vuodessa (mediaani 3, vaihteluväli 1–60 henkilöä). Kuntoutuskäyntejä yhdellä kuntoutusasiakkaalla raportoitiin olevan vuodessa keskimäärin 30 (mediaani 30, vaihteluväli 3–50 käyntiä). Kuntoutussuhteiden tyypillisimmäksi pituudeksi kaikkien haettujen jaksojen osalta arvioitiin keskimäärin 18,3 kuukautta (mediaani 16,5 kuukautta, vaihteluväli 2–36 kuukautta).

Keskimääräisen viiveen kuntoutuspäätöksestä kuntoutuksen alkuun arvioitiin olevan 4,7 viikkoa (mediaani 4 viikkoa, vaihteluväli 1–20 viikkoa). 68 prosenttia toteuttajista (n = 23) arvioi kuntoutuksen alkavan keskimäärin 1–4 viikon sisällä kuntoutuspäätöksestä. Valtaosa toteuttajista (88 %, n = 30) ilmoitti, ettei heillä käy kuntoutujia ryhmäkuntoutuksessa. Kolme toteuttajaa arvioi ryhmäkuntoutuksessa käyvien määräksi keskimäärin 4–10 henkilöä vuodessa, ja yksi toteuttaja arvioi vuoden aikana ryhmäkuntoutuksessa käyvien määräksi keskimäärin 30 kuntoutujaa. Kuntoutusjaksojen, joissa toteuttaja käyttää kaksoisaikoja, keskimääräiseksi osuudeksi arvioitiin 18 prosenttia (mediaani 8 %, vaihteluväli 0–95 %).

Kuntoutusta toteuttavat neuropsykologit (n = 30) arvioivat hakevansa toista Kelan harkinnanvaraisen kuntoutuksen jaksoa 69 prosentille kuntoutujistaan (mediaani 75 %, vaihteluväli 0–90) ja kolmatta jaksoa (kahden vuoden jälkeen) 43 prosentille kuntoutujistaan (mediaani 37 %, vaihteluväli 0–95). Kuntoutuksen toteuttajat (n = 27) arvioivat, että kuntoutuksen jatkohakemuksista hyväksytään 92 prosenttia (mediaani 99, vaihteluväli 30–100 %). Kuntoutussuosituksia tekevästä neuropsykologeista 67 prosenttia (n = 46) ei osannut sanoa, kuinka suuri osa Kelan harkinnanvaraisen neuropsykologisen kuntoutuksen hakemuksista hyväksytään. Loput suositelijat (n = 23) arvioivat, että keskimäärin 87 prosenttia hakemuksista hyväksytään (mediaani 90, vaihteluväli 50–100).

Kuntoutusta toteuttavista neuropsykologeista 52 prosenttia (n = 17/33) arvioi, ettei koskaan kohtaa tilanteita, joissa Kelan harkinnanvaraiselle kuntoutukselle on haettu jatkoa, mutta päätös on hylkäävä. 39 prosenttia toteuttajista (n = 13) kohtasi näitä tilanteita hyvin harvoin ja kolme toteuttajaa joskus. Noin puolet kuntoutuksen toteuttajista arvioi, että vähintään joskus tällaisten hylkäävien päätösten taustalla on ollut

riittämätön peruste kuntoutukselle, kuntoutuksesta saatavan hyödyn epäselvyys tai kuntoutujan haluttomuus tai motivoitumattomuus suositeltuun kuntoutukseen (taulukko 7). Noin puolet kuntoutussuosituksia tekevästä neuropsykologeista arvioi, että vähintään joskus keskeisin tekijä hylkäävissä päätöksissä oli ollut riittämätön peruste kuntoutukselle, epäselvä suositus, epäselvä kuntoutuksesta saatava hyöty, kuntoutujan haluttomuus tai motivaation puute kuntoutukseen ja riittävän lähellä olevien neuropsykologin palvelujen puute.

Taulukko 7. Kuntoutusta toteuttavien neuropsykologien arvio kuntoutussuosituksen hylkäämisen tai kuntoutuksen hakematta jättämisen syistä. Prosenttiosuudet on laskettu kuhunkin alakysymykseen vastanneista.

	Ei koskaan / Hyvin harvoin	Joskus	Usein/Aina	Vastaajia yhteensä
	% (n)	% (n)	% (n)	n
Kuinka usein seuraavat tekijät ovat taustalla tilanteissa, joissa Kelan harkinnanvaraiselle kuntoutukselle on haettu jatkoa, mutta päätös on hylkäävä?				
Ei riittävää perustetta kuntoutukselle	47 (7)	27 (4)	27 (4)	15
Epäselvä suositus	62 (8)	31 (4)	8 (1)	13
Kuntoutuksen tavoitteet epäselvät	75 (9)	17 (2)	8 (1)	12
Kuntoutuksesta saatava hyöty epäselvä	43 (6)	50 (7)	7 (1)	14
Kuntoutuksen vaikuttavuusnäyttö liian vähäinen	75 (9)	17 (2)	8 (1)	12
Kuntoutuja ei ole ollut halukas / motivoitunut suositeltuun kuntoutukseen	55 (6)	18 (2)	27 (3)	11
Kuinka usein seuraavat tekijät ovat taustalla tilanteissa, joissa kuntoutujan pidempiaikainen kuntoutustarve jatkuu, mutta jatkoa harkinnanvaraiselle neuropsykologiselle kuntoutukselle ei tästä huolimatta haeta?				
Asiakas siirtyy omarahoitteiseen kuntoutukseen	91 (20)	5 (1)	5 (1)	22
Asiakkaalla ei ole taloudellisia resursseja omavastuusuuden kustantamiseen	14 (4)	32 (9)	54 (15)	28
Asiakkaan mahdollisuudet sitoutua tai motivoitua kuntoutukseen eivät vaikuta riittävästi	18 (5)	50 (14)	32 (9)	28
Työkykyisyyden saavuttaminen/säilyttäminen ei ole realistista	70 (16)	26 (6)	4 (1)	23
Opiskelukyvyn tai -paikan saavuttaminen/säilyttämien ei ole realistista	71 (17)	29 (7)	0 (0)	24
En pysty jatkamaan kuntouttajana, eikä uutta sopivaa kuntouttajaa löydy	71 (15)	29 (6)	0 (0)	21
Muu kuntoutusmuoto vaikuttaa ensisijaiselta	33 (9)	33 (9)	33 (9)	27

Kolme kuntoutuksen toteuttajaa ja yksi sitä suositteleva neuropsykologi ilmoitti, ettei koskaan kohtaa tilanteita, joissa kuntoutujan pidempiaikainen kuntoutustarve jatkuu, mutta harkinnanvaraista neuropsykologista kuntoutusta tai jatkoa sille ei tästä huolimatta haeta. Toteuttajista 32 prosenttia ($n = 11$) ja suosittelevista 17 prosenttia ($n = 12$) kohtasi näitä tilanteita hyvin harvoin, joskus tällaisia tilanteita kohtasi toteuttajista 53 prosenttia ($n = 18$) ja suosittelevista 58 prosenttia ($n = 40$) ja usein 2 toteuttajaa ja 16 suosittelevaa (23 %). Keskeisimpiä syitä jättää jatkokuntoutus hakematta olivat kuntoutusta toteuttavien neuropsykologien mukaan asiakkaiden niukat taloudelliset resurssit (46 % piti tätä syytä todennäköisenä vähintään joskus ja 54 % usein tai aina), asiakkaiden sitoutumisen tai kuntoutusmotivaation riittämättömyys (86 % vähintään joskus ja 54 % usein tai aina) sekä muun kuntoutusmuodon ensisijaisuus (66 % vähintään joskus ja 33 % usein tai aina) (taulukko 7). Suosittelevien vastaukset olivat samansuuntaisia, vaikkakin käytetyt vastausvaihtoehdot hajautuivat heillä jossain määrin toteuttajia enemmän. Suosittelevien vastauksissa nousi kuntoutuksen hakematta jättämisen syyksi myös sopivien neuropsykologien puute.

3.4.3 Kuntoutuksen kohderyhmä

Kuntoutusta toteuttavilta neuropsykologeilta ja siihen suosituksia tehneiltä neuropsykologeilta kysyttiin, millaisille asiakasryhmille Kelan harkinnanvarainen neuropsykologinen kuntoutus parhaiten soveltuu (vastaajat saivat valita 1–3 asiakasryhmää). Toteuttajista 79 prosentin (26/33) mielestä Kelan harkinnanvarainen neuropsykologinen kuntoutus soveltuu parhaiten asiakkaille, joilla on kehityksellisiä häiriöitä. Vain yhden toteuttajan mielestä kuntoutusmuoto soveltuu parhaiten asiakkaille, joilla on äkillisiä aivotoiminnan häiriöitä. Suosittelevista taas 43 prosenttia ($n = 29/67$) näki, että kuntoutusmuoto sopii parhaiten asiakkaille, joilla on kehityksellisiä häiriöitä ja 28 prosenttia arvioi, että se soveltuu parhaiten asiakkaille, joilla on äkillisiä aivotoiminnan häiriöitä. Toteuttajista 36 prosentin mukaan kuntoutusmuoto soveltuu toiseksi parhaiten äkillisiä aivotoiminnan häiriöitä sairastaneille. Suosittelevista taas 39 prosenttia oli sitä mieltä, että se sopii toiseksi parhaiten asiakkaille, joilla on äkillisiä aivotoiminnan häiriöitä, ja 30 prosentin mielestä henkilöille, joilla on kehityksellisiä vaikeuksia. Kolmanneksi parhaiten kuntoutusmuoto soveltuu toteuttajista 27 prosentin mielestä asiakkaille, joilla on taustalla psykiatrisia sairauksia. Suosittelevista 33 prosenttia on sitä mieltä, että kolmanneksi parhaiten kuntoutusmuoto soveltuu asiakkaille, joilla on hitaasti etenevä neurologinen sairaus, 21 prosentin mielestä niille, joilla on kehityksellinen vaikeus, ja 21 prosentin mielestä asiakkaille, joilla on psykiatrisia sairauksia. Muita vaihtoehtoja valittiin alle 20 prosenttia.

Neuropsykologista kuntoutusta toteuttavilta ja sitä suosittelevilta neuropsykologeilta kysyttiin, millaisia neuropsykologisia oirekuvia omaaville asiakasryhmille Kelan harkinnanvarainen neuropsykologinen kuntoutus parhaiten soveltuu (kuviot 4, s. 34).

Kuvio 4. Neuropsykologien näkemys Kelan harkinnanvaraisen kuntoutuksen soveltuvuudesta eri oirekuvia omaaville asiakasryhmille (n = 90, sisältää 31 kuntoutusta toteuttanutta ja 59 kuntoutusta suosittelutta neuropsykologia). Vastaukset on ilmaistu frekvensseinä.^a



^aVastausten määrää ei rajoitettu, ja neuropsykologit olivat valinneet 2–15 mielestään kuntoutukseen soveltuvinta oirekuvaa (ka = 8,8, kh = 3,7, mediaani = 8,5). Vastausten määrässä ei ollut merkitsevää eroa toteuttajien ja suosittelijoiden välillä.

^bKuntoutuksen toteuttajat pitivät kuntoutusmuotoa vähemmän soveltuvana kyseisen oirekuvan kuntoutukseen kuin suosittelijat, χ^2 -testi, $p < 0,05$.

Kuntoutusta toteuttavista neuropsykologeista 71 prosenttia (n = 24) arvioi Kelan harkinnanvaraisen kuntoutuksen soveltuvan parhaiten asiakkaille, joiden oirekuvat ovat lieviä, kun taas 21 prosenttia oli sitä mieltä, että se sopii asiakkaille, joiden oirekuvat ovat kohtalaisen vahvoja. Suosittelijoista 41 prosentin (n = 28) mukaan kyseinen kuntoutusmuoto soveltuu parhaiten asiakkaille, joiden oirekuva on lievä, ja 35 prosenttia arvioi sen soveltuvan parhaiten asiakkaille, joiden oirekuva on kohtalainen. Toiseksi parhaiten kuntoutusmuoto soveltuu toteuttajista 77 prosentin mukaan asiakkaille, joiden oirekuva on kohtalainen ja 21 prosentin mukaan niille, joiden oirekuva on lieväästeinen. Suosittelijoista taas 44 prosenttia on sitä mieltä, että kuntoutus soveltuu toiseksi parhaiten asiakkaille, joiden oirekuva on kohtalainen, 24 prosentin mukaan niille, joilla oirekuva on lievä, ja 23 prosentin mielestä niille, joiden oirekuva on vahva-asteinen. Valtaosa kuntoutuksen toteuttajista (88 %) ja puolet (52 %) kuntoutuksen suosittelijoista katsoo, että kuntoutusmuoto sopii vasta kolmanneksi parhaiten kuntoutujille, joiden oirekuva on vahva-asteinen. Ainoastaan neljäsosa suosittelijois-

ta (n = 17) oli sitä mieltä, että se soveltuisi vasta kolmanneksi parhaiten asiakkaille, joiden oirekuvat ovat lieviä.

Kaikki kysymyksiin vastanneet neuropsykologit arvioivat, että Kelan harkinnanvarainen kuntoutus soveltuu parhaiten nuorille (taulukko 8). Lisäksi merkitsevästi suurempi osa suositelijoista kuin kuntoutusta toteuttavista neuropsykologeista piti kuntoutusta soveltuvana lapsille.

Taulukko 8. Kuntoutusta toteuttavien ja sitä suosittelien neuropsykologien näkemykset siitä, millaisille ikäryhmille Kelan harkinnanvarainen neuropsykologinen kuntoutus parhaiten soveltuu.

	Toteuttaja n = 32 ^a	Suosittelija n = 59	χ^2 / Mannin– Whitney U
	% (n)	% (n)	p
Kuntoutus soveltuu parhaiten			
Lapset	41 (13)	75 (44)	0,001
Nuoret 16–25 v	94 (30)	95 (56)	0,816
Aikuiset	72 (23)	76 (45)	0,645

^aKymmenen henkilöä vastasi kumpaankin kyselyyn ja heidän vastauksensa on sisällytetty tässä taulukossa kuntoutuksen toteuttajien vastauksiin.

3.4.4 Kuntoutuksen tavoitteet

Kelan harkinnanvaraisen neuropsykologisen kuntoutuksen yleinen tavoite on opiskelu- tai työkyvyn palauttaminen tai tukeminen. Kuntoutusta toteuttaneista neuropsykologeista 53 prosenttia (n = 18) koki tämän tavoitteen soveltuvan erittäin hyvin ja 44 prosenttia (n = 15) melko hyvin niille asiakkailleen, joilla oli kehityksellisiä häiriöitä. Äkillisten aivotoiminnan häiriöiden kuntoutuksessa tavoite koettiin hie-man harvemmin erittäin hyvin soveltuvaksi (21 % toteuttajista, n = 7). Toteuttajista 35 prosenttia (n = 12) koki tavoitteen soveltuvan tälle asiakasryhmälle melko hyvin ja 24 prosenttia (n = 8) koki sen soveltuvan melko huonosti (seitsemän toteuttajaa ei kuntouttanut tätä asiakasryhmää). Psykiatrisia sairauksia sairastaville vain neljä toteuttajaa koki tavoitteen soveltuvan erittäin hyvin, 13 toteuttajaa koki tavoitteen soveltuvan melko hyvin (38 %) ja neljä toteuttajaa koki sen soveltuvan melko tai erittäin huonosti (13 toteuttajaa ei kuntouttanut tätä asiakasryhmää). Suurin osa toteuttajista (65 %, n = 22) ei kuntouttanut hitaasti eteneviä neurologisia sairauksia. Muut toteuttajat katsoivat opiskelu- tai työkykyyn liittyvän tavoitteen soveltuvan tälle asiakasryhmälle melko tai erittäin huonosti (27 %, n = 9).

Avoimeen kysymykseen siitä, millaisiin tavoitteisiin Kelan harkinnanvarainen neuropsykologinen kuntoutus parhaiten soveltuu, vastasi 22 harkinnanvaraista neuropsykologista kuntoutusta toteuttavaa neuropsykologia. Heistä 77 prosenttia (n = 17) mainitsi opiskeluun liittyvät tavoitteet, 50 prosenttia (n = 11) työhön liittyvät tavoit-

teet ja 23 prosenttia (n = 5) ei kumpaakaan näistä. Parhaiten soveltuviin tavoitteisiin nosti arjen hallinnan 27 prosenttia toteuttajista (n = 6), ja neljä toteuttajaa mainitsi yksilölliset tai räätälöidyt tavoitteet. Lisäksi neljä toteuttajaa arvioi kuntoutuksen soveltuvan pääasiassa lieville oirekuville.

Kuntoutusta toteuttavista neuropsykologeista 53 prosenttia (n = 18) ilmoitti määrittelevänsä konkreettisen ja spesifin kuntoutustavoitteen aina ja 38 prosenttia (n = 13) usein. Kolme vastaajaa ilmoitti määrittelevänsä tavoitteet joskus. Konkreettisen etenemissuunnitelman ilmoitti tekevänsä aina 21 prosenttia toteuttajista (n = 7), usein 44 prosenttia toteuttajista (n = 15), joskus 21 prosenttia toteuttajista (n = 7) ja hyvin harvoin tai ei koskaan neljä toteuttajaa.

Kuntoutustavoitteiden tarkentamisessa toteuttajat käyttivät keskustelua kuntoutujan kanssa aina sekä täysi-ikäisten (vastanneita toteuttajia n = 32) että alaikäisten kuntoutuksessa (vastanneita toteuttajia n = 28). Kuntoutujan havainnointia käytettiin aina tai usein (taulukko 9). Myös kuntoutuksen vaikutusten seurannassa tyypillisimmät käytetyt menetelmät olivat kuntoutujan haastattelu ja havainnointi. GAS-menetelmää käytettiin harvemmin, ja suurin osa vastaajista käytti sitä enintään joskus.

Taulukko 9. Kuntoutusta toteuttaneiden neuropsykologien kuvaus kuntoutuksen tavoitteiden tarkentamisesta ja niiden seurannasta täysi-ikäisten ja alaikäisten kuntoutuksessa. Prosenttiosuudet on laskettu kuhunkin alakysymykseen vastanneista.

	En koskaan / Hyvin harvoin	Joskus	Usein	Aina	Yhteensä
	% (n)	% (n)	% (n)	% (n)	n
Kuntoutustavoitteiden tarkentaminen, täysi-ikäiset					
Keskustelu kuntoutujan kanssa	0 (0)	0 (0)	0 (0)	100 (32)	32
Kuntoutujan havainnointi	0 (0)	0 (0)	10 (3)	90 (28)	31
Keskustelu kuntoutujan lähipiiriin kanssa	3 (1)	13 (4)	71 (22)	13 (4)	31
Kirjallinen kuntoutussopimus kuntoutuksen tavoitteisiin liittyen	23 (7)	29 (9)	26 (8)	23 (7)	31
GAS-menetelmä (Goal Attainment Scaling)	45 (14)	32 (10)	16 (5)	7 (2)	31
Lomakekyselyt	16 (5)	16 (5)	48 (15)	19 (6)	31
Kuntoutustavoitteiden seuranta, täysi-ikäiset					
Kuntoutujan haastattelu	0 (0)	0 (0)	6 (2)	94 (30)	32
Kuntoutujan havainnointi	0 (0)	0 (0)	10 (3)	90 (28)	31
Tiedon kerääminen läheisiltä	3 (1)	23 (7)	58 (18)	16 (5)	31
Tiedon kerääminen lähiverkostoilta (mm. koulu, työpaikka)	3 (1)	42 (13)	42 (13)	13 (4)	31

Taulukko 9 jatkuu.

Jatkoa taulukkoon 9.

	En koskaan / Hyvin harvoin	Joskus	Usein	Aina	Yhteensä
	% (n)	% (n)	% (n)	% (n)	n
GAS-menetelmä	50 (16)	31 (10)	16 (5)	3 (1)	32
Lomakekyselyt	9 (3)	29 (9)	48 (15)	13 (4)	31
Neuropsykologinen tutkimus	48 (15)	32 (10)	10 (3)	10 (3)	31
Kuntoutustavoitteiden tarkentaminen, alaikäiset					
Keskustelu kuntoutujan kanssa	0 (0)	0 (0)	0 (0)	100 (28)	28
Kuntoutujan havainnointi	0 (0)	0 (0)	7 (2)	93 (25)	27
Keskustelu kuntoutujan lähipiirin kanssa	0 (0)	0 (0)	15 (4)	85 (23)	27
Kirjallinen kuntoutussopimus kuntoutuksen tavoitteisiin liittyen	22 (6)	33 (9)	19 (5)	26 (7)	27
GAS-menetelmä (Goal Attainment Scaling)	48 (13)	22 (6)	15 (4)	15 (4)	27
Lomakekyselyt	4 (1)	26 (7)	52 (14)	19 (5)	27
Kuntoutustavoitteiden seuranta, alaikäiset					
Kuntoutujan haastattelu	0 (0)	0 (0)	4 (1)	96 (27)	28
Kuntoutujan havainnointi	0 (0)	4 (1)	4 (1)	93 (25)	27
Tiedon kerääminen läheisiltä	0 (0)	7 (2)	22 (6)	70 (19)	27
Tiedon kerääminen lähiverkostoilta (mm. koulu, työpaikka)	0 (0)	11 (3)	41 (11)	48 (13)	27
GAS-menetelmä	50 (14)	29 (8)	18 (5)	4 (1)	28
Lomakekyselyt	7 (2)	41 (11)	44 (12)	7 (2)	27
Neuropsykologinen tutkimus	30 (8)	33 (9)	26 (7)	11 (3)	27

Toteuttajat arvioivat, että neuropsykologisen kuntoutuksen tavoitteiden saavuttamista edesauttaa eniten kuntoutujan motivaatio (94 % vastaajista, n = 32) ja toimiva kuntoutuskontakti (91 %, n = 31) (kuvio 5, s. 38).

Toteuttajat arvioivat, että heidän kuntoutujistaan 74 prosenttia (mediaani 80 %, vaihteluväli 5–100 %) oli kyennyt palaamaan työhönsä tai opintoihinsa, kyennyt jatkamaan työssään tai opinnoissaan, työllistymään uuteen työhön tai valmistumaan opinnoista kuntoutuksen turvin. Kuntoutuksen tavoitteiden arvioitiin liittyneen ensisijaisesti työelämään 28 prosentilla kuntoutujista (mediaani 30 %, vaihteluväli 0–70 %, vastaajia 31) ja ensisijaisesti opintoihin 63 prosentilla kuntoutujista (mediaani 70 %, vaihteluväli 20–100 %, vastaajia 32).

Kuvio 5. Kelan harkinnanvaraista neuropsykologista kuntoutusta toteuttavien neuropsykologien näkemys siitä, mikä edesauttaa kuntoutuksen tavoitteiden saavuttamista. Vastaukset ilmaistu frekvensseinä.^a

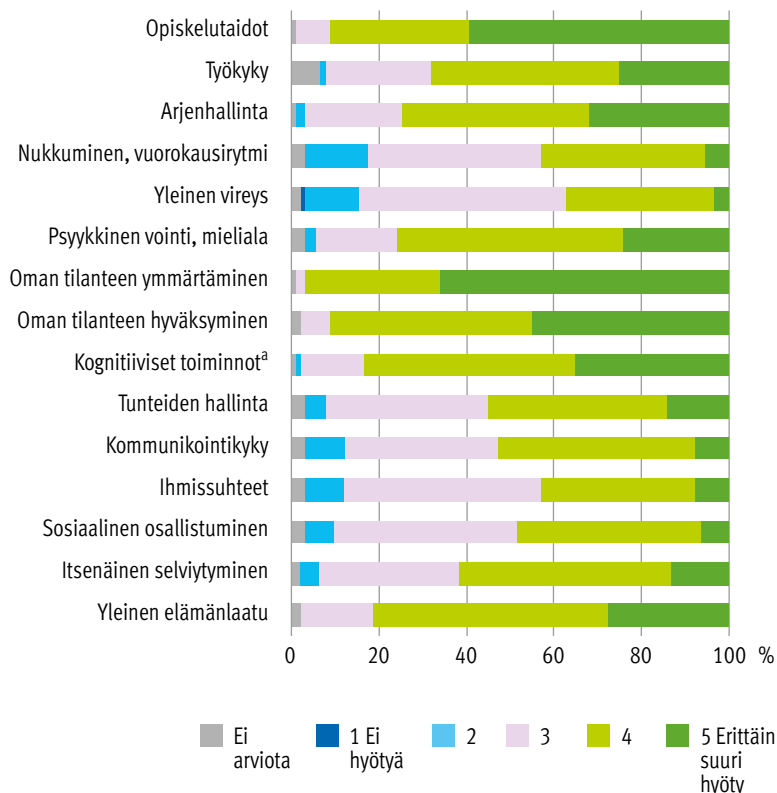


^aVastausvaihtoehdoista pyydettiin valitsemaan 6–7 tärkeintä.

3.4.5 Kuntoutuksen hyödyllisyys

Neuropsykologeja pyydettiin arvioimaan Kelan harkinnanvaraisen neuropsykologisen kuntoutuksen hyödyllisyyttä toimintakyvyn eri osa-alueilla. Neuropsykologisen kuntoutuksen koettiin olevan hyödyllisintä kuntoutujan oman tilanteen ymmärtämisessä, opiskelutaidoissa sekä oman tilanteen hyväksymisessä. Vähiten hyötyä kuntoutuksen katsottiin tuottaneen kuntoutujan yleiseen vireyteen, nukkumiseen ja vuorokausirytmiiin sekä ihmissuhteisiin (kuvio 6, s. 39).

Kuvio 6. Neuropsykologien näkemys Kelan harkinnanvaraisen kuntoutuksen hyödyllisyydestä toimintakyvyn eri osa-alueilla (n = 91, joka sisältää 33 toteuttanutta ja 58 suosittelutta neuropsykologia). Vastusten määrä ilmaistu prosenttiosuuksina.



^aKognitiivisiksi toiminnoiksi kyselyssä tarkennettiin muisti, keskittyminen, suunnittelu- ja organisointitaidot.

Kun toteuttajien (n = 31–33) ja suosittelijoiden (n = 54–58) näkemyksiä neuropsykologisen kuntoutuksen vaikuttavuudesta tai hyödyllisyydestä verrattiin keskenään, havaittiin, että kuntoutuksen toteuttajat pitivät kuntoutusta hieman hyödyllisempänä mielialan suhteen kuin kuntoutusta suosittelleet neuropsykologit (ka = 4,3, mediaani = 4, vaihteluväli = 3–5 vs. ka = 3,9, mediaani = 4, vaihteluväli = 2–5; U = 663,0, p = 0,03), hieman hyödyllisempänä tunteiden hallinnan alueilla (ka = 3,9, mediaani = 4, vaihteluväli = 3–5, vs. ka = 3,5, mediaani = 3,5, vaihteluväli = 2–5; U = 676,0, p = 0,04) sekä hieman vähemmän hyödyllisenä kognitiivisten toimintojen alueilla (ka = 4,0, mediaani = 4, vaihteluväli = 3–5, vs. ka = 4,3, mediaani = 4, vaihteluväli = 2–5; U = 687,5, p = 0,03). Muita eroja ei havaittu toteuttajien ja suosittelijoiden välillä.

3.4.6 Kuntoutusmenetelmien käyttö toteutetussa kuntoutuksessa

Kysymyksiin eri kuntoutusmenetelmien käytöstä vastasi täysi-ikäisten kuntoutujien osalta 31 kuntoutusta toteuttanutta neuropsykologia, alaikäisten kuntoutujien osalta 27 neuropsykologia ja molempien kuntoutettavien ikäryhmien osalta 25 neuropsykologia.

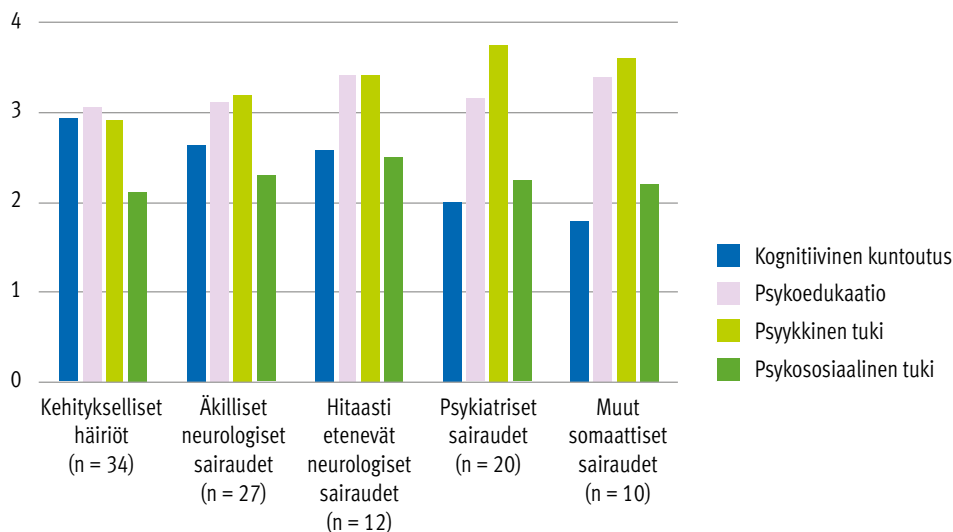
Ne 25 neuropsykologia, jotka toteuttivat molempien ikäryhmien kuntoutusta, raportoivat antavansa psykoedukaatiota täysi-ikäisille kuntoutujille useammin kuin alaikäisille ($p = 0,002$), ohjaavansa harvemmin täysi-ikäisten lähipiiriä ($p = 0,001$) ja kuntouttavansa täysi-ikäisiä harvemmin suoran harjoituksen menetelmillä kuin alaikäisiä ($p = 0,007$). Arjen kompensatiokeinojen ja strategioiden harjoittelussa ei ollut eroa täysi- ja alaikäisten kuntoutuksessa.

Täysi-ikäisten kuntoutuksessa (vastauksia $n = 31$) käytettiin eniten arjen kompensatiokeinojen tai strategioiden harjoittelua (vastausasteikko 1–5). Näitä käytettiin merkittävästi enemmän kuin suoran harjoituksen menetelmiä ($p < 0,001$), lähipiirin ohjausta ($p < 0,001$) ja psykoedukaatiota ($p = 0,045$). Psykoedukaatiota toteutettiin enemmän kuin suoraa harjoittelua ($p < 0,001$) ja lähipiirin ohjausta ($p = 0,043$). Lähipiirin ohjauksen ja suoran harjoituttamisen välillä ei havaittu eroja.

Myös alaikäisten kuntoutuksessa (vastauksia $n = 27$) arjen kompensatiokeinojen tai strategioiden harjoittelu oli tyypillisin kuntoutusmuoto, jota toteutettiin enemmän kuin suoran harjoituksen menetelmiä ($p < 0,001$) ja psykoedukaatiota ($p < 0,001$). Arjen kompensatiokeinojen tai strategioiden harjoituttamisen ja lähipiirin ohjauksen välillä ei havaittu eroa. Lähipiirin ohjausta toteutettiin enemmän kuin suoraa harjoitusta ($p = 0,015$) kun taas eroa psykoedukaation antamiseen ei havaittu. Psykoedukaatiota toteutettiin useammin kuin suoraa harjoitusta ($p = 0,015$).

Toteuttajia pyydettiin arvioimaan, miten heidän työssään painottuvat neuropsykologisen kuntoutuksen eri sisällöt eli kognitiivinen kuntoutus (suora harjoittelu, kompensointi ym.), psykoedukaatio (tiedon jakaminen kuntoutujalle ja verkostolle), psyykkinen tuki (psykoterapeuttinen työskentelyote) ja psykososiaalinen tuki (yhteistyö lähiverkostojen kanssa, vertaistuen järjestäminen, tukitoimet koulussa tai työssä). Kuviosta 7 (s. 41) käy ilmi, että kehityksellisten häiriöiden kuntoutuksessa suora harjoittelu, kompensointi, psykoedukaatio ja psyykkinen tuki painottuivat vastaajien työssä eniten. Äkillisten aivotoiminnan häiriöiden kuntoutuksessa psyykkinen tuki tai psykoedukaatio painottuivat eniten, kun taas psykiatristen sairauksien kuntoutuksessa painottui eniten psyykkinen tuki.

Kuvio 7. Kuntoutusta toteuttavien neuropsykologien käyttämien kuntoutusmenetelmien painottuminen eri asiakasryhmien kuntoutuksessa.^a



^aNeliportainen vastausasteikko, jossa 4 = painottuu eniten... 1 = painottuu vähiten. Vastauksista on laskettu keskiarvot, vastausten määrä vaihtelee asiakasryhmittäin.

3.4.7 Kuntoutuksen hyötyjen arkeen siirtymiseen vaikuttavat tekijät

Kuntoutusta toteuttavilta neuropsykologeilta kysyttiin kahdella avoimella kysymyksellä, mikä edistää tai haittaa kuntoutuksen hyötyjen siirtymistä arkeen. Näihin kahteen kysymykseen vastasi 24 toteuttajaa (kaikki vastaajat vastasivat molempiin kysymyksiin).

Arkeen siirtymistä edistävinä tekijöinä pidettiin yhteistyötä kuntoutujan lähipiirin, lähiverkoston ja muiden kuntouttajien kanssa sekä kotikäyntejä (13 vastaajaa). Kuntoutujan motivaatio tai sitoutuminen nimettiin arkeen siirtymistä edistäväksi tekijäksi yhdeksässä vastauksessa. Yksilöllisesti räätälöidyt harjoitukset, kotitehtävät tai arkisten toimintasuunnitelmien toteuttaminen nimettiin seitsemässä vastauksessa. Neljässä vastauksessa arkeen siirtymistä edistäväksi tekijäksi mainittiin tavoitteet, niiden realismi, osuvuus tai konkreettisuus. Lisäksi muutamissa vastauksissa kuvattiin lievän oirekuvan, lähipiirin tuen, käyntien toteuttamisen joustavuuden ja riittävän pitkän tai tiiviin kuntoutusjakson edistävän kuntoutuksen hyötyjen siirtymistä arkeen.

Kuntoutuksen hyötyjen arkeen siirtymistä haittaavina tekijöinä pidettiin kuntoutujan heikkoa motivaatiota tai heikkoa sitoutumista kuntoutukseen. Arkeen siirtymistä vaikeuttivat myös yhteistyön puute tai vaikeus, vaikea-asteinen oirekuva, toiminnan-

ohjauksen häiriöt tai aloitteettomuus tai oiretiedostuksen puute sekä muu samanaikainen kuormittava elämäntilanne tai moniongelmaisuus, lähiverkoston vähäinen tuki ja taloudelliset asiat (omavastuun suuruus tai se, ettei esim. verkostotapaamisia korvata). Lisäksi muutamissa vastauksissa mainittiin mielenterveys- tai päihdeongelmat tai sovittujen tehtävien tekemättä jättäminen arkeen siirtymistä haittaavina tekijöinä.

3.4.8 Kuntoutusmuodon kehittämisehdotuksia ja tulevaisuuden näkymiä

Avoimiin kysymyksiin kuntoutuksen kehittämisehdotuksista vastasi yhteensä 26 (76 %) kuntoutuksen toteuttajaa (”Miten kehittäisit Kelan harkinnanvaraista neuropsykologista kuntoutusta?”, n = 25; ”Nouseeko mieleesi jotain, mitä toivoisit Kelan huomioivan neuropsykologisen kuntoutuksen kriteeristön osalta?”, n = 10; ”Mitä muuta haluat sanoa?”, n = 12).

Puolet (52 %, n = 13/25) näihin avoimiin kysymyksiin vastanneista kuntoutuksen toteuttajista kirjasi tarpeen korottaa korvaustasoa (myös matkakulujen korvausta ehdotettiin). Nykyistä korvaustasoa pidettiin eriarvoistavana: vastaajat kokivat, että nyt vain parempituloisilla oli varaa käydä kuntoutuksessa. Kahdeksan toteuttajaa kirjasi tarpeen erillisille korvausmenettelyille esim. verkostopalavereihin ja kouluneuvotteluihin osallistumisesta. Korvausmenettelyn toivottiin mahdollistuvan kaikille ilman erillistä mainintaa hakuvaiheessa ja tarvittaessa useammankin kerran kuntoutusjakson aikana. Korvaustason toivottiin olevan riittävä ja ottavan huomioon yhteistyöneuvotteluihin todellisuudessa käytettävän ajan. Neljä vastaajaa toivoi, että kuntoutuksen myöntämiskärajaa laskettaisiin, sillä mahdollisimman aikaisin toteutettu lyhempikin kuntoutusjakso todennäköisesti vähentäisi pitkän kuntoutuksen tarvetta myöhemmin.

Muutama toteuttaja mainitsi pätevien neuropsykologien vähäisestä määrästä, jonka vuoksi he toivoivat helpotuksia neuropsykologien pätevyysvaatimuksiin tai psykologeille mahdollisuutta työskennellä erikoistuneen neuropsykologin tiiviissä ohjauksessa. Kriteerien muuttamisen ajateltiin parantavan myös kuntoutuksen saatavuuden alueellista tasa-arvoa. Lisäksi ehdotettiin, että kaikki ne, jolle on myönnetty Kelan kuntoutusoikeus, saisivat toteuttaa sekä harkinnanvaraista että vaativaa neuropsykologista kuntoutusta.

Muutama toteuttaja toivoi mahdollisuutta nykyistä pidempiin kuntoutusjaksoihin, viimeisen kuntoutusvuoden käyntien jakamista kahdelle vuodelle tai mahdollisuutta toteuttaa kuntoutuskäyntejä nykyistä joustavammin (tarvittaessa esim. etäkuntoutuksena tai useampana kertana viikossa.) Vastauksissa toivottiin myös mahdollisuutta määritellä kuntoutustavoitteita yksilöllisemmin ja sisällyttää ensisijaisiin tavoitteisiin mm. arjen selviytyminen, sosiaalinen selviytyminen tai mielenterveyden ongelmien ehkäisy, joiden katsottiin edesauttavan myöhempää työ- tai opiskelukykyä.

Etäkuntoutusta oli valmis toteuttamaan 56 prosenttia (n = 18, 32 vastaajaa) kuntoutuksen toteuttajista. Kolme toteuttajaa oli valmiita toteuttamaan etäkuntoutusta osana muuta kuntoutusta tai yksittäistapauksissa. Etäkuntoutusta ei halunnut toteuttaa 35 prosenttia (n = 11) toteuttajista.

Myös kuntoutusta suositelleilta neuropsykologeilta kysyttiin edellä kuvatut kysymykset Kelan harkinnanvaraisen kuntoutuksen kehittämistä, sen kriteeristöä sekä muusta kommentoitavasta. Kuhunkin kysymykseen oli vastannut 18–31 suosittelijaa, ja yhteensä avoimiin kysymyksiin vastasi 39 suosittelijaa (57 %).

Kuusi kuvattuihin avoimiin kysymyksiin vastanneista suosittelijoista kirjasi tarpeen korottaa korvaustasoa. Matalan korvaustason arveltiin olevan yhtenä syynä pulaan kuntoutuksen toteuttajista. Toisaalta kuvattiin, että korkeiden omavastuiden vuoksi kuntoutusmuotoa ei edes suositella, koska kuntoutujilla ei ole taloudellisia mahdollisuuksia hyödyntää palvelua. Kuntoutuksen myöntämiskärajan laskemista toivottiin. Kehittämisehdotuksia antaneista suosittelijoista 51 prosenttia (n = 20) kuvasi neuropsykologien määrän olevan nykyisellään liian vähäinen. Perusteluna neuropsykologiresurssin kasvattamiseen tuotiin esiin palvelun saannin alueellisen tasa-arvon koheneminen. Resurssiongelmiaan esitettiin ratkaisuna koulutuksen lisäämistä ja neuropsykologisen kuntoutusoikeuden kriteerien muuttamista.

Kuntoutuksen toteutuksen joustavuutta toivoi kolme suosittelijaa. Kuuden suosittelijan mielestä muukin kuin työ- tai opiskelukyky voisi olla kuntoutustavoitteena. Erittäin äkillisen aivovaurion saaneiden ajankohtaista työhön tai opiskeluun liittyvää kuntoutustavoitetta pidettiin välillä epärealistisena. Lisäksi myös suosittelijat esittivät avoimissa vastauksissa, että kuntoutusta tulisi myöntää nykyistä nuoremmille, sillä lyhyempi jakso nuorempana voisi ennaltaehkäistä ongelmia ja estää pitkäkestoisemman kuntoutustarpeen kehittymistä myöhemmin.

Muutama suosittelija toivoi lisää tietoa. Kelan pitäisi tiedottaa lähettäviä tahoja paremmin, Kelan kriteerien pitäisi olla selvemmin kommunikoituja ja alueellista tietoa esim. toteuttajista pitäisi olla saatavilla. Neuropsykologien pitäisi toimittaa kuntoutuksesta enemmän tietoa suositteleville tahoille. Tietoa tulisi jakaa myös kouluille, oppilaitoksille ja erityislasten vanhemmille. Muutama suosittelija kuvasi, ettei suositeltua ja perusteltua kuntoutusta ollut myönnetty, ja osa toivoi, että kuntoutusta tulisi saada tarpeen eikä käytettävissä olevien varojen perusteella.

3.4.9 Kelan harkinnanvaraisen neuropsykologisen kuntoutuksen erot muihin kuntoutusmuotoihin

Kuntoutusta toteuttavat neuropsykologit olivat sitä mieltä, että 38 prosenttia heidän asiakkaistaan, jotka käyvät Kelan harkinnanvaraisessa kuntoutuksessa, soveltuisi paremmin vaativan neuropsykologisen kuntoutuksen asiakkaiksi (mediaani 30 %, vaihteluväli 5–100 %, vastaajia 30). He arvioivat myös, että 28 prosenttia yksilökuntou-

tuksen asiakkaista olisi hyötynyt ryhmämuotoisesta kuntoutuksesta (mediaani 25 %, vaihteluväli 0–80 %, vastaajia 28).

Toteuttajista 46 prosenttia ($n = 15/33$) arvioi, että Kelan harkinnanvarainen neuropsykologinen kuntoutus ei eronnut muista kuntoutusmuodoista (Kelan vaativasta neuropsykologisesta kuntoutuksesta tai muiden maksajatahojen järjestämästä kuntoutuksesta) kuntoutusjaksojen pituuden osalta. Osa arvioi muiden maksajatahojen jaksojen olevan lyhyempiä kuin Kelan kustantamat jaksot (30 % toteuttajista, $n = 10$), osa taas arvioi niiden olevan pidempiä (21 %, $n = 7$). Kolme toteuttajaa kuvasi, että toisin kuin Kelan harkinnanvaraisen neuropsykologisen kuntoutuksen asiakkailla, muilla heidän kuntoutuja-asiakkaillaan maksuvaikeudet eivät samalla tavalla korostu.

Kuntoutuksen toteuttajista 76 prosenttia ($n = 25/33$) katsoi, että Kelan harkinnanvaraisen neuropsykologisen kuntoutuksen sisällöllinen painotus ei eroa muun kuntoutuksen painotuksista. Neljä kahdeksasta sisällöllisen painotuksen eroja kuvanneesta toteuttajasta kuvasi harkinnanvaraisen kuntoutuksen tavoitteiden liittyvän useammin työhön tai opintoihin kuin muissa kuntoutusmuodoissa, joissa painottui esimerkiksi arjessa selviytyminen. Psykkisen tuen tarve korostui vastaajien mielestä harkinnanvaraisessa kuntoutuksessa, jossa kuntoutujat olivat nuorempia kuin muiden kuntoutusmuotojen asiakkaat. Sen myötä myös tarve tehdä yhteistyötä lähiverkostojen kanssa korostui.

Käytettyjen kuntoutusmenetelmien ei koettu juurikaan eroavan Kelan harkinnanvaraisen neuropsykologisen kuntoutuksen, Kelan vaativan kuntoutuksen tai muiden kuin Kelan maksamien kuntoutusten välillä. Vain neljä toteuttajaa kuvasi eroja kuntoutusmenetelmissä Kelan eri kuntoutusmuotojen välillä. Vaativassa kuntoutuksessa korostuu heidän mukaansa enemmän kognitiivinen harjoittelu, harkinnanvaraisessa kuntoutuksessa taas enemmän käytännön suunnitelmat ja psykoterapeuttisen työskentelyotteen antama tuki.

3.5 Kelan asiantuntijat

3.5.1 Taustatiedot

Kelan asiantuntijoiden kyselyyn vastasi 20 etuuskäsittelijää ja 10 asiantuntijalääkäriä. Kysely lähetettiin sähköpostitse 61 etuuskäsittelijälle ja 28 asiantuntijalääkärille, eli vastausprosentti oli kummassakin ryhmässä noin 35. Vastanneista Kelan toimijoista pääkaupunkiseudulla työskenteli 21 prosenttia ($n = 6$ henkilöä, 29 vastaajaa), Tampereella, Turussa tai Oulussa 24 prosenttia ($n = 7$) ja muilla alueilla 83 prosenttia ($n = 25$). Kelan toimijat olivat toimineet nykyisissä työtehtävissään keskimäärin 13,9 vuotta (mediaani 14,5, vaihteluväli 3–30).

3.5.2 Kuntoutuksen toteuttamisen käytännöt

Kelan asiantuntijat arvioivat, että kun Kelan harkinnanvaraista neuropsykologista kuntoutusta haetaan, kuntoutusjaksoista noin 17 prosentissa haetaan kaksoisaikoja (mediaani 10, vaihteluväli 1–50, vastaajia 19), 17 prosentissa ohjauskäyntejä (mediaani 5, vaihteluväli 0–60, vastaajia 18) ja noin 5 prosentissa ryhmäkuntoutusta (mediaani 5, vaihteluväli 0–10, vastaajia 17).

Kelan asiantuntijat arvioivat, että Kelaan tulevista harkinnanvaraisen kuntoutuksen hakemuksista hyväksytään keskimäärin 70 prosenttia (mediaani 75, vaihteluväli 15–90 % vastaajia 17). Kelan asiantuntijoista 37 prosenttia (n = 11) ei osannut arvioida hyväksytyjen hakemusten osuutta. Keskeisimpiä hylkääviin päätöksiin liittyviä tekijöitä olivat Kelan asiantuntijoiden mukaan se, että neuropsykologista tutkimusta ei ole tehty (vastaajista 48 % pitää tätä syynä usein tai aina) tai lausunto siitä puuttuu (39 % usein tai aina), kuntoutusta koskeva käytännön suunnitelma on puutteellinen (mm. kesto, tiheys) (43 % usein tai aina) tai hakija ei selvästi kuulu Kelan harkinnanvaraisen neuropsykologisen kuntoutuksen kohderyhmään (43 % usein tai aina).

Kelan päätöksentekoon liittyvistä käytännöistä löysi parannettavaa 35 prosenttia Kelan asiantuntijoista (n = 10), kun taas 62 prosentilla (n = 18/29) ei ollut asiaa mielipidettä. Parannusehdotuksia olivat mm. etuusohjeistuksen selkiyttäminen, hakemusten käsittelyn keskittäminen, oma hakemuslomake neuropsykologiselle kuntoutukselle, tekniikan uusiminen niin, että hylkäysperusteet eivät liittyisi psykoterapiaan sekä kokonaistilanteen parempi huomiointi ratkaisua tehtäessä, vaikka hakemus olisi puutteellinen. Kaksi Kelan toimijaa ehdotti lievennyksiä neuropsykologin pätevyysvaatimuksiin.

3.5.3 Kuntoutuspäätöksen teko

Kelan asiantuntijoista 70 prosenttia (n = 21) piti hakemuksien selkeyttä vaihtelevana. Heidän mukaansa noin 68 prosenttia Kelaan tulleista hakemuksista on selkeitä (mediaani 73 %, vaihteluväli 25–90 %). Lisäksi viisi Kelan asiantuntijaa oli sitä mieltä, että lähettäjätahon dokumentit ovat päätöksenteon näkökulmasta selkeitä, kun taas neljän mielestä ne eivät olleet selkeitä. Kelan asiantuntijoilta kysyttiin, mitä tietolähteitä heillä oli käytössään päätöksentekovaiheessa. Päätöksentekovaiheessa olivat aina käytössä neuropsykologisen tutkimuksen tulokset ja B-lääkäriinlausunto 70–73 prosentilla Kelan asiantuntijoista (n = 21–22). Kelan asiantuntijoista 20 prosenttia arvioi näiden dokumenttien olevan käytössä usein ja 10 prosenttia tätäkin harvemmin, vaikka nämä dokumentit ovat edellytys päätöksenteolle. Harvemmin päätöksentekovaiheessa olivat käytössä haastattelun kuvaus (93 % Kelan toimijoista, joskus tai usein), asiakkaan havainnoinnin kuvaus (79 %) ja moniammatillisen kokouksen kuvaus tai systemaattisten kyselyiden tulokset (60–70 %). Kelan asiantuntijoilla ei juurikaan ollut käytössään läheisten haastattelun kuvauksia (72 %:lla käytössä hyvin harvoin tai joskus) tai muiden arkiverkoston kuvauksia (93 %:lla). Kelan asiantun-

tijoilta kysyttiin myös, mitä tietolähteitä he toivoisivat käyttöönsä päätöksentekovaiheessa. Nykyisellään käytettävissä olevassa materiaalissa ja toivottavassa materiaalissa ei havaittu eroja neuropsykologisen tutkimuksen eikä B-lausunnon osalta. Kaikkien muiden edellä kuvattujen materiaalien osalta (kuvaus asiakkaan haastattelusta, haavainnoinnista, moniammatillisesta kokouksesta tai systemaattisista kyselyistä, lähiverkostojen kyselyistä tai arkiverkostojen tiedoista) Kelán asiantuntijat toivoivat, että materiaaleja olisi saatavilla nykyistä enemmän (kaikki $p < 0,001$ – $p = 0,02$).

Avoimiin kysymyksiin hakemusten ongelmakohdista ja niiden parantamishdotuksista vastasi yhteensä 67 prosenttia ($n = 20$) Kelán asiantuntijoista. Heistä 65 prosenttia ($n = 13$) kuvasi puutteita neuropsykologisessa tutkimuksessa (lausunto tutkimuksesta puuttui kokonaan, lausunnon tekijän kriteerit eivät täytyneet tai lausunnot olivat kriteerien mukaan liian vanhoja). Puutteita lääkäreiden lausunnoissa kuvasi 33 prosenttia ($n = 6$) avoimiin kysymyksiin vastanneista Kelán asiantuntijoista (lausunnot puuttuivat kokonaan tai olivat puutteellisia sisällöltään tai lausujan pätevyyskriteerit eivät täytyneet). Tavoitteiden kirjauksessa koki puutteita 40 prosenttia ($n = 8$) Kelán asiantuntijoista. Joko tavoitteet puuttuivat kokonaan tai ne oli kuvattu liian yleisellä tasolla tai epäselvästi. Kelán asiantuntijoista 30 prosenttia ($n = 6$) mainitsi, että asiakkaiden nykytilanteen, ongelmien tai toimintakyvyn kuvaus on puutteellinen. Muutama asiantuntija mainitsi, että suositus neuropsykologisen kuntoutuksen kestosta ja tiheydestä puuttui.

3.5.4 Kuntoutuksen kohderyhmä

Kelán asiantuntijoilta kysyttiin, mille asiakasryhmille Kelán harkinnanvarainen kuntoutus parhaiten soveltuu. Vastaajat saivat valita 1–3 parhaiten soveltuvaa asiakasryhmää. Kelán asiantuntijoista 37 prosenttia (11/30 vastaajaa) arvioi kuntoutusmuodon soveltuvan parhaiten asiakkaille, joilla on kehityksellisiä häiriöitä, ja 23 prosenttia (7/23) koki sen soveltuvan parhaiten henkilöille, joilla on äkillisiä aivotoiminnan häiriöitä. Vastaajista 57 prosenttia arvioi sen soveltuvan toiseksi parhaiten äkillisiä aivotoiminnan häiriöitä omaaville. Vastaajista 37 prosenttia näki kuntoutusmuodon soveltuvan vasta kolmanneksi parhaiten asiakkaille, joilla on kehityksellisiä häiriöitä, ja 33 prosenttia koki sen soveltuvan kolmanneksi parhaiten henkilöille, joilla on hietaasti eteneviä neurologisia sairauksia.

Kelán asiantuntijoista 40 prosenttia (12/30 vastaajaa) arvioi, että Kelán harkinnanvarainen kuntoutus soveltuu parhaiten kuntoutujille, joiden oirekuvat ovat kohtalaisen vahvoja, ja 27 prosenttia oli sitä mieltä, että se sopii parhaiten kuntoutujille, joiden oirekuvat ovat lieviä. Vastaajista 37 prosenttia näki, että kuntoutusmuoto soveltuu toiseksi parhaiten kuntoutujille, joiden oirekuvat ovat lieviä, ja vajaan kolmanneksen (27 %) mielestä se soveltuu toiseksi parhaiten niille, joiden oirekuvat ovat kohtalaisen vahvoja. Vastaajista vajaa kolmannes arvioi, että kuntoutusmuoto sopii vasta kolmanneksi parhaiten asiakkaille, joiden oirekuvat ovat vahva-asteisia.

Kaikki Kelan asiantuntijat yhtä lukuun ottamatta arvioivat, että Kelan harkinnanvarainen kuntoutus soveltuu parhaiten nuorille. Kaksi kolmasosaa (67 %, 20/30) arvioi sen soveltuvan parhaiten myös aikuisille kuntoutujille, kun taas vajaa kolmannes katsoi kuntoutusmuodon soveltuvan parhaiten myös lapsille (27 %). Vastausvaihtoehtojen määrää ei rajoitettu.

Kelan asiantuntijat arvioivat, että 18 prosenttia Kelan harkinnanvaraisen kuntoutuksen asiakkaista soveltuisi paremmin vaativan neuropsykologisen kuntoutuksen asiakkaiksi (mediaani 10 %, vaihteluväli 0–70 %, vastaajia 24). Kelan asiantuntijoista 30 prosenttia (n = 9) nimesi ainakin yhden asiakasryhmän, joka heidän mielestään jää nykyisellään selkeästi Kelan harkinnanvaraisen neuropsykologisen kuntoutuksen ulkopuolelle, vaikka hyötyisi siitä. Näihin ryhmiin kuuluvien asiakkaiden oirekuvista mainittiin kehitykselliset oirekuvat (n = 4), äkilliset aivotoiminnanhäiriöt (n = 4), hitaasti etenevät aivotoiminnan häiriöt (n = 4), psykiatriset sairaudet (n = 2) ja muut somaattiset sairaudet (n = 2).

Kelan asiantuntijoista 43 prosenttia (n = 13) katsoi, että Kelan harkinnanvaraisen neuropsykologisen kuntoutuksen määrää tulisi lisätä. Kuntoutuksen tarpeen kuvattiin olevan suuri, ja palveluntuottajien saatavuuden varmistamiseen tulisi kiinnittää huomiota. Kuntoutukseen piiriin lisättäviksi kohderyhmäksi mainittiin alle 16-vuotiaat lapset sekä sairausryhmistä erityisesti psykiatriset sairaudet.

3.5.5 Kuntoutuksen tavoitteet

Avoimeen kysymykseen siitä, millaisille tavoitteille Kelan harkinnanvarainen neuropsykologinen kuntoutus parhaiten soveltuu, vastasi 17 Kelan asiantuntijaa. Kaikki vastaajat mainitsivat opiskeluun liittyvät tavoitteet, ja 71 prosenttia (n = 12) mainitsi työhön liittyvät tavoitteet. Tavoitteiden konkreettisuutta ja mitattavuutta pidettiin tärkeinä asioina. Esille tulivat ajankäytön hallintaan sekä muistin, tarkkaavuuden ja toiminnanohjauksen vaikeuksien kuntoutukseen liittyvät tavoitteet.

Kelan harkinnanvaraisen neuropsykologisen kuntoutuksen palvelukuvaukseen merkitty yleinen tavoite on opiskelu- tai työkyvyn palauttaminen tai tukeminen. Lähes kaikki Kelan asiantuntijat kokivat tämän tavoitteen soveltuvan niille kuntoutujille, joilla on kehityksellisiä häiriöitä (erittäin hyvin 50 % vastaajista, n = 15; melko hyvin 47 %, n = 14). Äkillisten aivotoiminnan häiriöiden osalta tavoite koettiin hieman huonommin soveltuvaksi (erittäin hyvin 23 %, n = 7; melko hyvin 60 %, n = 18). Yksikään Kelan asiantuntija ei kokenut tavoitteen soveltuvan erittäin hyvin niille kuntoutujille, joilla on psykiatrisia sairauksia tai hitaasti eteneviä neurologisia sairauksia. Vastaajista 30–33 prosenttia koki tavoitteen soveltuvan tälle asiakasryhmälle melko hyvin ja 33–47 prosenttia melko tai erittäin huonosti (viidennes Kelan toimijoista ei ollut käsitellyt tätä asiakasryhmää koskevia hakemuksia). Kelan asiantuntijoiden mukaan tavoitteet liittyivät ensisijaisesti työelämään keskimäärin 39 prosentissa kuntoutuksista (mediaani 40 %, vaihteluväli 20–80 %, vastaajia 27) ja ensisijaisesti

opintoihin keskimäärin 60 prosentissa kuntoutuksista (mediaani 60 %, vaihteluväli 20–80 %).

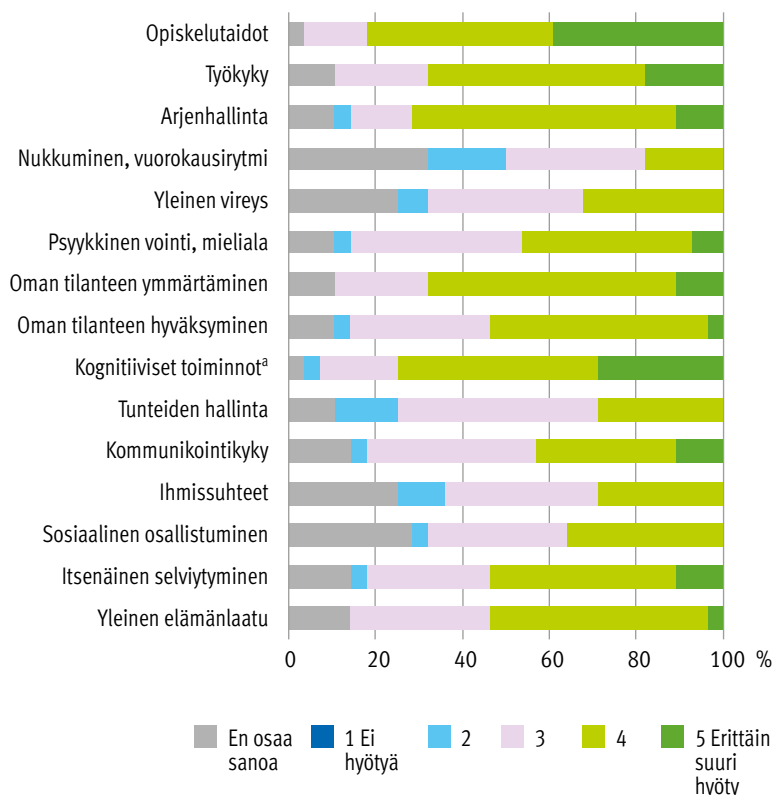
Kelan asiantuntijoiden mielestä kuntoutuksen vaikutusten seurannassa tulisi käyttää erityisesti kuntoutujan haastattelua ja havainnointia (93 % ja 89 % vastasi usein tai aina), mutta myös GAS-menetelmää (65 % vastasi usein tai aina), tiedon keruuta läheisiltä ja lähiverkostoilta (kumpaankin kysymykseen 54 % vastasi usein tai aina) ja lomakekyselyjä (50 % vastasi usein tai aina).

Kelan asiantuntijoiden mielestä loppulausuntokäytäntö toimii kuntoutuksen tuloksellisuuden dokumentoinnin tapana hyvin tai erittäin hyvin (45 %, $n = 13/29$ vastaajaa) tai vaihtelevasti (45 %, $n = 13$). Puolet vastanneista ($n = 14/28$) piti tärkeänä, että Kelan harkinnanvaraisen neuropsykologisen kuntoutuksen tuloksellisuuden mittaamista ja dokumentointia kehitetään. Kolme vastaajaa lisäisi GAS-menetelmän käyttöä nykyistä laajemmaksi. Lisäksi standardoitujen ja systemaattisesti toteutettavien kyselyiden käyttöä ehdotettiin. Osa vastaajista piti tarpeellisena pidemmän aikavälin seurantaa.

3.5.6 Kuntoutuksen hyödyllisyys

Kelan asiantuntijoita pyydettiin arvioimaan Kelan harkinnanvaraisen neuropsykologisen kuntoutuksen hyödyllisyyttä toimintakyvyn eri alueilla. Neuropsykologisen kuntoutuksen koettiin olevan hyödyllisintä opiskelutaidoissa ja kognitiivisissa taidoissa (kuvio 8, s. 49). Vähiten hyötyjä kuntoutuksen arvioitiin tuovan nukkumiseen ja vuorokausirytmien korjaamiseen.

Kuvio 8. Kelán asiantuntijoiden näkemys Kelán harkinnanvaraisen kuntoutuksen hyödyllisyydestä toimintakyvyn eri osa-alueilla^a.



^aN = 28, kaksi Kelán toimijaa ei vastannut kuntoutuksen hyödyllisyyttä koskeviin osioihin. Vastausten määrä ilmaista prosenttiosuuksina.

3.5.7 Kuntoutusmuodon kehittämisehdotuksia ja tulevaisuuden näkymiä

Avoimiin kysymyksiin ”Miten kehittäisit Kelán harkinnanvaraista neuropsykologista kuntoutusta?” ja ”Mitä muuta haluat sanoa?” vastasi yhteensä 13 Kelán asiantuntijaa (43 %). Heistä viisi toivoi joko lievennyksiä asiantuntemukseen, jota edellytetään kuntoutukseen ohjaavan neuropsykologisen lausunnon tekijältä, tai enemmän kuntoutuspalvelua tarjoavia neuropsykologeja. Kolme asiantuntijaa mainitsi, että tietoa kuntoutusmuodosta pitäisi saada enemmän esille, jotta kuntoutujat osaisivat hakea sitä. Toivottiin myös laajempia mahdollisuuksia toteuttaa kuntoutusta arjessa. Lisäksi mainittiin tarpeesta aloittaa kuntoutus nopeammin ja kuvata tulokset loppulausunnossa tiiviimmin. Kuntoutusmuodon hakemisen helpottamiseksi toivottiin siihen omaa hakulomaketta.

Neuropsykologisen kuntoutuksen toteuttamista etäkuntoutuksena piti mahdollisena 38 prosenttia Kelan asiantuntijoista ($n = 11$). Avoimessa kysymyksessä (11 vastaajaa) kuusi mainitsi tarpeesta järjestää osa käynneistä kasvotusten. Kaksi vastaajaa arveli, että etäkuntoutusmahdollisuus voisi vähentää alueellista epätasa-arvoa. Etäkuntoutuksen myöntämiseksi koettiin tarvetta tarkoille kriteereille.

4 Pohdinta

Kela myöntää harkinnanvaraista neuropsykologista kuntoutusta 16–67-vuotiaille. Kuntoutuksen tavoitteena on opiskelu- tai työkyvyn kohentaminen tai ylläpito. Tämän tutkimuksen tavoitteena oli lisätä tietoa harkinnanvaraisen neuropsykologisen kuntoutuksen saajista sekä kuvata eri kohderyhmien näkemyksiä kuntoutuksen tarpeesta ja sen kohdentumisesta sekä kuntoutuksen tavoitteista ja vaikutuksista. Tutkimuksen tulosten mukaan kuntoutusmuoto on toimiva ja kohdentuu enimmäkseen oikein. Se kohentaa kuntoutujien työ- ja opiskeluedellytyksiä ja sopii erityisesti nuorille, joilla on kehityksellisiä neuropsykologisia vaikeuksia. Tutkimuksessa kuntoutusmuodon kehittämiskohteiksi nousivat erityisesti hakemus- ja raportointikäytännöt. Lisäksi esiin nousi toive lisätä kuntoutusmuodon saatavuutta maanlaajuisesti.

Tulosten mukaan Kelan harkinnanvaraista neuropsykologista kuntoutusta myönnetään pääosin nuorille, joilla on kehityksellisiä vaikeuksia. Kuntoutusmuotoa toteuttaneet neuropsykologit arvioivat tämän kuntoutuksen soveltuvan eri asiakasryhmistä parhaiten juuri asiakkaille, joilla on kehityksellisiä ongelmia. Kelan harkinnanvaraista kuntoutusta toteuttavat pääosin ammatinharjoittajat tai muut yksityissektorin toimijat. Neuropsykologi toteuttaa vuodessa keskimäärin 30 kuntoutuskäyntiä kuntoutujaa kohti, ja kuntoutus kestää keskimäärin kaksi vuotta.

Kuntoutus on aina tavoitteellista toimintaa. Kuntoutusta toteuttaneet neuropsykologit ilmoittivatkin määrittelevänsä konkreettisen kuntoutustavoitteen usein tai aina. Kuntoutujista valtaosa kertoi osallistuneensa tavoitteiden asettamiseen. Kuntoutuksen toteuttajat hyödynsivät tavoitteiden asettamisessa ja seuraamisessa erityisesti haastattelua ja havainnointia. Kuntoutuksen tavoitteiden saavuttamista edesauttoivat kuntoutuksen toteuttajien mukaan kuntoutujan motivaatio, toimiva kuntoutuskontakti, hyvin asetetut tavoitteet ja niiden seuranta sekä kuntoutujan kokonaistilanteen huomiointi. Noin 75 prosentissa kuntoutusta suositelleiden neuropsykologien ja psykologien sekä lääkärien lausunnoista oli kuvaus kuntoutuksen tavoitteista. Myös lähes kaikista kuntoutusta toteuttaneiden neuropsykologien loppulausunnoista löytyi kuvaus tavoitteista, mutta selkeä, auki kirjoitettu kuvaus tavoitteiden toteutumisesta puuttui suurimmasta osasta loppulausuntoja.

Kuntoutusta toteuttaneiden neuropsykologien mukaan kuntoutuksen hyötyjen arkeen siirtymiseen vaikuttivat erityisesti yhteistyö lähipiirin tai verkostojen kanssa, kuntoutujan motivaatio, kuntoutuksen yksilöllinen suunnittelu ja toteuttaminen sekä erilaiset oirekuvaan liittyvät tekijät. Tutkimuksen kohderyhminä olleet kuntoutujat, kuntoutusta toteuttaneet ja siihen suosituksia laatineet neuropsykologit sekä Kelan asiantuntijat olivat yhtä mieltä siitä, että neuropsykologinen kuntoutus on hyödyllisintä kuntoutujan oman tilanteen ymmärtämisessä ja hyväksymisessä, opiskelutaidoissa ja kognitiivisissa toiminnoissa, arjen hallinnassa ja yleisessä elämänhallinnassa. Tulosten mukaan kuntoutus näyttäisi myös kohdentuvan oikein, sillä kolme neljäsosaa kuntoutujista koki saamansa kuntoutuksen hyödyttäneen työtään tai opis-

kelujaan. Myös kuntoutusta toteuttaneet neuropsykologit arvioivat, että noin kolme neljäsosaa heidän asiakkaistaan oli hyötynyt saamastaan Kelan harkinnanvaraisesta neuropsykologisesta kuntoutuksesta ja saanut siitä tukea työelämään tai opintoihin.

4.1 Kenelle ja millä perusteella harkinnanvaraista neuropsykologista kuntoutusta myönnetään?

Kelan kuntoutuspäätösten perusteella syntyi käsitys, että harkinnanvaraista neuropsykologista kuntoutusta kohdistetaan monelle eri ryhmälle. Sitä myös toteutetaan kuntoutuspolun eri vaiheissa ja vaihtelevissa tilanteissa esimerkiksi osana julkisen terveydenhuollon aloittamaa lääkinällistä kuntoutusta. Neuropsykologiselle kuntoutukselle suositeltiin usein jatkoa, mutta asiakirja-aineiston puitteissa ei ole mahdollista selvittää, kuinka suuri osa kuntoutujista sai anotun jatkojakson.

Kuntoutussuosituksia tehneistä neuropsykologeista tai psykologeista noin kaksi kolmasosaa ei osannut sanoa, kuinka suuri osa heidän asiakkaidensa hakemuksista hyväksytään. Kela lähettää sekä myönteisen että kielteisen päätöksen kuntoutujalle itselleen ja tiedoksi hoidosta vastaavalle taholle (Kela 2018b). Lisäksi myönteiset kuntoutuspäätökset postitetaan kuntoutuksen toteuttajalle (Kela 2018b). Tulosten perusteella näyttää kuitenkin siltä, että vaikka kuntoutuksesta vastaava taho saa tiedot Kelan kuntoutuspäätöksistä, tieto ei välity kuntoutussuosituksiin liittyviä neuropsykologisia tutkimuksia tekeville neuropsykologeille ja psykologeille. He eivät saa palautetta toiminnastaan, jolloin suositusten sisältöjä ei pystytä tällä hetkellä optimaalisesti kehittämään.

Kelan asiantuntijat (etuuskäsittelijät ja asiantuntijalääkärit) arvioivat, että noin kolme neljäsosaa Kelan harkinnanvaraisen kuntoutuksen hakemuksista hyväksytään, mikä vastaa hyvin Kelan tilastotietoja (esim. Kela 2017). Harkinnanvaraista neuropsykologista kuntoutusta toteuttaneet neuropsykologit arvioivat, että kuntoutuksen jatkohakemuksista hyväksytään lähes kaikki. Tilastotietoa ei ole saatavilla siitä, kuinka suuri osa Kelan hyväksytyistä kuntoutuspäätöksistä on koskenut ensimmäisiä ja kuinka suuri osa jatkohakemuksia. Kuntoutuksen jatkon myöntäminen on kuitenkin todennäköisempää kuin ensimmäisen jakson myöntäminen. Keskeisimpiä syitä hylkääviin päätöksiin olivat Kelan asiantuntijoiden mukaan neuropsykologisen tutkimuksen tai lausunnon puuttuminen, puutteellinen käytännön suunnitelma kuntoutuksesta (mm. kesto ja tiheys) tai se, että hakija ei kuulunut kohderyhmään.

Yli puolet kuntoutusta toteuttaneista neuropsykologeista ja suurin osa sitä suositteleista neuropsykologeista tai psykologeista oli kohdannut vähintään joskus tilanteita, joissa pidempiaikainen kuntoutuksen tarve on tunnistettu, mutta kuntoutukselle ei siitä huolimatta haettu jatkoa. Keskeisimpinä syinä tälle pidettiin asiakkaiden taloudellisten resurssien riittämättömyyttä, asiakkaiden riittämättömiä mahdollisuuksia sitoutua tai motivoitua kuntoutukseen tai muun kuntoutusmuodon ensisijaisuutta. Kuntoutuksen suosittelijat kohtasivat lisäksi tilanteita, joissa kuntoutusta ei haettu

sopivan neuropsykologin puuttumisen vuoksi. Tulokset tukevat sitä yleistä käsitystä, että harkinnanvaraisen kuntoutuksen tarve ja sen nykyiset kuntouttajaresurssit eivät ole tällä hetkellä tasapainossa.

Tuoreen selvityksen mukaan lääkinnällisen kuntoutuksen suurimpia haasteita olivat yleisesti siihen osoitetut riittämättömät resurssit sekä kuntoutusketjun toimimattomuus (Malmström ym. 2018). Selvityksen mukaan kuntoutus ei integroidu sairaanhoitoon tavalla, joka mahdollistaisi yhdenvertaisen järjestelmän. Lisäksi lääkinnällisen kuntoutuksen toteutustapa vaihtelee sairaanhoitopiirien välillä (Malmström ym. 2018). Edellä kuvattu näyttää pätevän myös harkinnanvaraiseen neuropsykologiseen kuntoutukseen. Selvityksessämme lähes puolet Kelan asiantuntijoista katsoi, että harkinnanvaraista neuropsykologista kuntoutusta tulisi lisätä. Erityisesti kuntoutukseen suosituksia tehneet mutta myös kuntoutusta toteuttaneet neuropsykologit ja Kelan asiantuntijat katsoivat, että kuntoutuksen saatavuuden parantamiseksi on tarpeen lisätä neuropsykologiresursseja tai lieventää asiantuntemuskriteerejä, joita edellytetään sekä kuntoutussuosituksia tekeviltä että kuntoutusta toteuttavilta neuropsykologeilta. Erityisesti pääkaupunkiseudun ulkopuolella kuvattiin olevan selkeää pulaa pätevistä neuropsykologeista. Kuntoutusmuoto on siis tarpeen saattaa paremmin ja valtakunnallisesti tasa-arvoisemmin saataville. Toisaalta tuotiin esiin, että myös pääkaupunkiseudulla on Kelan harkinnanvaraisen kuntoutuksen pitkät jonot. Neuropsykologisen kuntoutuksen resurssien rajallisuus ei rajoitu harkinnanvaraiseen kuntoutukseen vaan koskee muitakin neuropsykologisen kuntoutuksen palveluja (Takala ym. 2010). Nyt raportoitavan kyselytutkimuksen tulosten perusteella myös kuntoutujien mielestä Kelan harkinnanvaraisen kuntoutuksen hakeutumisessa oli vaikeuksia. Lisäksi asiakirja-aineiston perusteella havaittiin, että viiveet kuntoutukseen pääsyssä ovat olleet ajoittain huomattavia. Nämä tulokset viittaavat siihen, että Kelan harkinnanvarainen neuropsykologinen kuntoutus ei nykyisellään toimi riittävän sujuvasti, eikä se toimi saumattomana jatkumona esimerkiksi julkisessa terveydenhuollossa aloitetulle kuntoutukselle.

Ammattilaisten kyselyt toteutettiin loppukevään ja syksyn 2017 aikana, jolloin Kelan uusitut vaativan (aiemmin vaikeavammaisten) lääkinnällisen kuntoutuksen kriteerit olivat olleet voimassa vajaan kahden vuoden ajan. Kuntoutuksen toteuttajien arvioiden mukaan yli kolmasosa harkinnanvaraisen neuropsykologisen kuntoutuksen asiakkaista soveltuisi paremmin Kelan vaativan lääkinnällisen kuntoutuksen asiakkaiksi. Kelan asiantuntijoiden arvioiden mukaan näin olisi vajaan viidesosan kohdalla. Vuonna 2016 toteutetun vaativan kuntoutuksen kriteerien päivityksen toivottiin parantavan myös kognitiivisen oirekuvan huomiointia vaativan kuntoutuksen toteutuksessa. Tulosten perusteella näyttää kuitenkin siltä, että osa kuntoutujista ohjautuu edelleen epätarkoituksenmukaisesti harkinnanvaraisen kuntoutuksen asiakkaiksi. Jatkossa olisi tarpeen selvittää, miten vaativan kuntoutuksen kriteerien täyttymistä tulkitaan silloin, kun oirekuvassa painottuvat kognitiiviset vaikeudet.

Kelan asiantuntijat arvioivat, että noin kaksi kolmasosaa hakemuksista on selkeitä. Hakemusten selkeyttä on selvästi parannettava, jos jopa joka kolmas hakemus on epäselkeä. Päätöksentekovaiheessa käytössä ovat useimmiten neuropsykologin tutkimuksen tulokset ja lääkärin B-lausunto. Näiden dokumenttien merkitykseen päätöksenteossa oltiin pääosin tyytyväisiä. Koska dokumentit ovat edellytys päätöksenteolle, niiden ajoittainenkin puuttuminen teettää aina lisäselvitystyötä. Kelan asiantuntijat listasivat juuri pätevän neuropsykologin tutkimuksen tai lausunnon puuttumisen hakemusten yleisimmäksi ongelmaksi. Lisäksi avoimissa kysymyksissä mainittiin hakemusten ongelmakohdiksi erityisesti puutteet tavoitteiden ja ajankohtaisen toimintakyvyn kirjauksessa. Tämä tuli esiin myös asiakirja-aineistossa, jossa kuntoutusta suosittelevien lääkärin tai neuropsykologien lausunnoista neljäsosassa ei ollut mainintaa suositellun kuntoutuksen tavoitteista. Kelan asiantuntijat toivoivat saavansa käyttöönsä merkittävästi nykyistä useammin kuvaukset asiakkaan haastattelusta ja havainnoinnista, systemaattisista kyselytuloksista, moniammatillisista kokouksista sekä läheisten ja arkiverkoston kuulemisesta. Edellä kuvatun perusteella kuntoutukseen ohjaavien tahojen toimintakäytäntöjä tulisi vahvistaa, jotta asianmukainen ja asiakkaan edun huomioiva kuntoutuspäätös varmistuisi.

Kuntoutusta toteuttaneiden neuropsykologien mukaan kuntoutusmuoto soveltuu parhaiten kuntoutujille, joiden oirekuva on lievä, ja toissijaisesti kuntoutujille, joiden oirekuvan vaikeusaste on kohtalainen. Suositelijoiden ja Kelan asiantuntijoiden näkemykset tästä vaihtelivat enemmän. Heidän mukaansa kuntoutusmuodon katsottiin soveltuvan parhaiten tai toiseksi parhaiten kuntoutujille, joilla on lievä tai kohtalaisen vahva oirekuva. Eri ammattilaisten arviot painottuivat kuitenkin niin, että sopivimpana asiakasryhmänä pidettiin kuntoutujia, joiden oirekuvan vaikeusaste on lievä tai enintään kohtalainen. Tämä lieneekin harkinnanvaraisen neuropsykologisen kuntoutuksen realistisin kohderyhmä, kun huomioidaan kuntoutuksen myöntämisperusteena olevat kriteerit työ- tai opiskelukyvyn kohentamisesta.

Lähes kaikki ammattilaiset katsoivat kuntoutusmuodon soveltuvan parhaiten nuorille, 16–25-vuotiaille, ja noin kaksi kolmasosaa piti kuntoutusmuotoa hyvin soveltuvana myös aikuisille. Näkemys vastaa nykytilannetta sekä tähän kyselytutkimukseen vastaajien ikäjakaumaa. Kelan harkinnanvaraisen kuntoutuksen asiakkaista 61 % on alle 25-vuotiaita, ja tämän kyselytutkimuksen vastaajista 53 % oli alle 25-vuotiaita. Ammattilaisten näkemyksissä oli eroja kuntoutusmuodon soveltuvuudesta lapsille. Kaksi kolmasosaa kuntoutusta suosittelevista neuropsykologeista tai psykologeista arveli kuntoutusmuodon soveltuvan hyvin myös lapsille. Kuntoutusta toteuttaneista neuropsykologeista tätä mieltä oli noin kaksi viidestä ja Kelan asiantuntijoista vajaa kolmasosa. Kelan harkinnanvaraista kuntoutusta ei nykyisellään myönnetä lapsille, mutta erityisesti kuntoutuksen suositelijat toivat esiin myös avoimissa kysymyksissä tarpeen laajentaa kuntoutuksen kohdistamista myös alle 16-vuotiaille. Kuntoutuksen aiemman aloittamisen toivottiin esimerkiksi ennaltaehkäisevän ongelmia ja vähentävän myöhemmin tarvittavaa kuntoutusta. Kuntoutusmuodon mahdollistaminen alle

16-vuotiaille sopisi myös Kelan linjaukseen siitä, että kuntoutuksen erityishuomio olisi kiinnitettävä varhaisvaiheen kuntoutustarpeen tunnistamiseen (Kela 2015a).

Suurin osa neuropsykologeista katsoi kuntoutusmuodon soveltuvan erityisesti toiminnanohjauksen häiriöiden, tarkkaavuuden häiriöiden ja erityisoppimisvaikeuksien kuntoutukseen. Kuntoutuksen toteuttajista valtaosa arvioi kuntoutusmuodon soveltuvan ensisijaisesti asiakkaille, joilla on kehityksellisiä häiriöitä. Suosittelijoiden ja Kelan asiantuntijoiden näkemykset asiakasryhmästä, jolle kuntoutusmuoto ensisijaisesti soveltuu, jakautuivat sen sijaan tasaisemmin niihin asiakkaisiin, joilla on kehityksellisiä tai äkillisiä aivotoiminnan häiriöitä. Kuntoutusta toteuttavat neuropsykologit tekivät merkitsevästi useammin töitä nuorten parissa kuin kuntoutusta suosittelevat neuropsykologit, mikä on saattanut jossain määrin vaikuttaa toteuttajien näkemyksiin kuntoutusmuodon soveltuvuudesta kehityksellisten häiriöiden kuntoutukseen. Kelan asiantuntijoiden näkemykset kuntoutusmuodon soveltuvuudesta kehityksellisiin ongelmiin sen sijaan erosivat kummankin neuropsykologiryhmän näkemyksistä. Kun runsas kolmannes Kelan asiantuntijoista piti kuntoutusmuotoa parhaiten soveltuvana henkilöille, joilla on kehityksellisiä vaikeuksia, runsas kolmannes toisaalta arvioi saman ryhmän soveltuvan tämän kuntoutusmuodon asiakkaisiksi vasta kolmanneksi parhaiten. Kuntoutusmuodon nähtiin kaikkien ammattilaisten arvioissa soveltuvan varsin hyvin myös kuntoutujille, joilla on äkillisiä aivotoiminnan häiriöitä. Ammattilaiset ja heistä erityisesti kuntoutusta toteuttavat neuropsykologit katsoivat kuntoutuksen soveltuvan jossain määrin myös asiakkaille, joilla on psykiatrisia sairauksia. Vaikka eri ammattilaiset näkivät kuntoutusmuodon soveltuvan erityisen hyvin asiakkaille, joilla on kehityksellisiä vaikeuksia, nähtiin sen kaiken kaikkiaan soveltuvan myös monille muille diagnostisille ryhmille.

4.2 Miten harkinnanvarainen neuropsykologinen kuntoutus toteutetaan tällä hetkellä?

Valtaosa Kelan harkinnanvaraisesta neuropsykologisesta kuntoutuksesta toteutetaan vastaajien mukaan yksilökuntoutuksena ja kuntoutuskäynnin kesto on keskimäärin noin yksi tunti. Noin puolet kuntoutujista piti kuntoutuskäyntien kestoa sopivana. Vain vajaan viidesosan käynneistä arvioitiin toteutuvan kaksoisaikoina. Kuntoutus oli tyypillisesti pitkäkestoista, ja sille haettiin useimmiten jatkoa vähintään toiseksi vuodeksi. Vuosittain kuntoutuskäyntejä arvioitiin toteutuvan keskimäärin 30 kuntoutujaa kohti. Kuntoutujat kokivat kuntoutuksen pääosin myönteiseksi, mutta toivoivat kuntoutusjaksojen olevan pidempiä ja sisältävän runsaammin seurantaa.

Kuntoutuksen toteuttajat kuvasivat käyttävänsä täysi-ikäisten kuntoutuksessa eniten arjen kompensatiivkeinojen tai strategioiden harjoittelua ja toiseksi eniten psykoedukaatiota. Alaikäisten kuntoutuksessa nousi näiden lisäksi esiin erityisesti lähipiirin ohjaus. Kun menetelmien käyttöä tarkasteltiin eri diagnostisten asiakasryhmien kuntoutuksessa, painottui kaikissa eri asiakasryhmissä psykoterapeuttisella työskentelyotteella annetun psyykkisen tuen sekä psykoedukaation tarjoaminen. Edellä

mainittujen menetelmien lisäksi kehityksellisiä häiriöitä omaavien kuntoutuksessa painottuivat myös kognitiivisen kuntoutuksen elementit. Yli puolessa asiakirja-aineistosta saaduista kuntoutuksen loppulausunnoista oli kuvaus kognitiivisen kuntoutuksen menetelmästä, ja lausunnoista noin puolessa oli kuvaus psyykkisen tuen tarjoamisesta. Yhteistyö ja keskustelut neuropsykologin kanssa nousivat myös vahvasti esiin, kun kuntoutujilta kysyttiin kuntoutuksen koetuista hyödyistä. Tulosten perusteella psykoterapeuttinen työskentelyote ja psykoedukaatio ovat kognitiivisen kuntoutuksen lisäksi merkittävässä roolissa harkinnanvaraisen neuropsykologisen kuntoutuksen toteutuksessa.

Kuntoutusta toteuttaneet neuropsykologit katsoivat Kelán harkinnanvaraisessa kuntoutuksessa käytettyjen menetelmien ja kuntoutuksen sisällöllisten painotusten olevan pääosin samoja kuin Kelán vaativassa kuntoutuksessa tai muiden maksajatahojen kuntoutuksessa. Kuntoutusjaksojen keston katsottiin harkinnanvaraisessa ja muussa neuropsykologisessa kuntoutuksessa jossain määrin eroavan toisistaan. Noin puolet kuntoutusta toteuttavista neuropsykologeista piti muun neuropsykologisen kuntoutuksen jaksoja joko harkinnanvaraista kuntoutusta lyhyempinä tai pidempinä. Kuntoutuksen kestoon liittyviä eroja ei tämän tutkimuksen perusteella ole mahdollista tarkemmin selvittää, mutta ne saattavat johtua joko kuntoutuksen kohderyhmien tai oirekuvien vaikeusasteiden eroista.

Kuntoutusta toteuttaneet neuropsykologit kuvasivat, että Kelán harkinnanvaraisesta neuropsykologista kuntoutusta toteutetaan pääosin ammatinharjoittajana mutta myös muunlaisina yksityissektorin työtehtävinä. Sairaanhoidon liittyvä lääkinnällinen kuntoutus on terveydenhuoltolain mukaan kunnan järjestettävä, ja neuropsykologisen kuntoutuksen osalta myös lääkinnällisen kuntoutuksen palvelut ovat nykyisellään suurelta osin ulkoistettu ja yksityisten tahojen tuottamia (Malmström ym. 2018). Lääkinnällistä neuropsykologista kuntoutusta ei ole saatavilla kotiin vietävänä palveluna toisin kuin kuntien itse tuottamaa fysio- tai toimintaterapiaa (Malmström ym. 2018). Myös Kelán harkinnanvarainen neuropsykologinen kuntoutus toteutuu asiakkaan yksilökäynteinä neuropsykologin vastaanotolla.

Tutkimustulosten perusteella tyypillinen Kelán harkinnanvaraisen neuropsykologisen kuntoutuksen jakso kohdentui nuorelle kuntoutujalle, jolla on kehityksellisiä vaikeuksia. Kuntoutusmuoto soveltuu kuitenkin monen muunkin kohderyhmän kuntoutukseen. Kuntoutujien kyselyaineistoon vastanneista lähes puolella kuntoutujista oli diagnosoitu äkillisiä aivotoiminnan häiriöitä. Asiakirja-aineistosta saatu tieto viittaa siihen, että myönnetty kuntoutusjaksot olivat toteutuneet monimuotoisemmin kuin ammattilaiset kyselyvastauksissa arvioivat. Kelán harkinnanvarainen neuropsykologinen kuntoutus on rajattu opiskelu- tai työkyvyn tukemiseen, mikä saattaa osin selittää sitä, että ammattilaisten vastauksissa korostuivat nuorten kehitykselliset vaikeudet. Myös se, että kyselyyn vastanneista neuropsykologeista merkittävä osa toimi lasten ja nuorten parissa, saattaa vaikuttaa tähän tulokseen.

Jopa puolet kuntoutusta toteuttaneista ja osa kuntoutusta suositelleista neuropsykologeista nosti korvaustason alhaisuuden merkittäväksi epäkohdaksi Kelan harkinnanvaraisessa neuropsykologisessa kuntoutuksessa. He perustelivat kantaansa tasa-arvoiseen kohteluun ja kuntoutuksen toteutuksen rajoitukseen liittyvillä argumenteilla. Kolmasosa kuntoutuksen toteuttajista nosti vastauksissaan esiin, että kuntoutuksen yhteydessä tehtävä yhteistyö lähipiirin ja verkostojen kanssa tulisi kattaa Kelan korvauksissa nykyistä laajemmin. Myös kuntoutujat toivat esiin, että kuntoutukselle tarvitaan nykyistä enemmän taloudellista tukea.

Vajaa puolet Kelan asiantuntijoista piti mahdollisena toteuttaa neuropsykologista kuntoutusta etäkuntoutuksena, ja yli puolet kuntoutusta toteuttaneista neuropsykologeista olisivat valmiita toteuttamaan etäkuntoutusta ainakin tietyin reunaehdoin. Näin ollen tämän tutkimuksen perusteella arvioituna myös Kelan harkinnanvaraisen neuropsykologisen kuntoutuksen toteuttaminen etäkuntoutuksena nähdään potentiaalisena tulevaisuuden vaihtoehtona.

4.3 Millaisia hyviä käytäntöjä ja mahdollisia kehittämistarpeita neuropsykologisen kuntoutuksen tavoitteiden asettamisessa ja vaikutusten arvioinnissa tunnistettiin?

Vaikka opiskelu- tai työkyvyn kohentaminen ovat Kelan harkinnanvaraisen neuropsykologisen kuntoutuksen myöntöperusteita, noin puolessa asiakirja-aineiston lääkärien tai neuropsykologien lausunnoista niitä ei ollut kirjattu tavoitteiksi kuntoutusta suositeltaessa. Suurimpaan osaan ammattilaisten lausunnoista sekä kuntoutujien hakemuksista (48–88 %) oli kirjattu muita kuin opintoihin tai työhön liittyviä tavoitteita, kuten itsenäinen arjen hallinta, psyykinen tuki, kognitiivisten oireiden lievittäminen ja oiretiedostuksen koheneminen. On mahdollista, että etenkin ammattilaiset ovat pitäneet kuntoutuksen myöntöperusteena olevaa tavoitetta työ- tai opiskelukyvyn saavuttamisesta itsestään selvänä, eikä sitä ole sen vuoksi kirjattu lausuntoihin. Harkinnanvaraista neuropsykologista kuntoutusta toteuttaneet neuropsykologit ja Kelan asiantuntijat toivat esiin, että kuntoutuksen tavoitteet liittyivät useammalla kuin joka toisella kuntoutujalla opintoihin ja noin kolmasosalla työhön. Neuropsykologien kyselyvastauksissa esittämät toiveet muiden kuin työ- ja opiskelukyvyn liittyvien tavoitteiden lisäämisestä kuntoutuksen myöntöperusteiksi voivat kuvastaa myös aiemmin mainittua tarvetta lisätä Kelan vaativan lääkinnällisen kuntoutuksen käyttöä myös kognitiivisten häiriöiden kuntoutuksessa.

Kuntoutusta toteuttaneiden neuropsykologien kuvauksen mukaan kuntoutuksen tavoitteita oli tarkennettu aina kuntoutuksen yhteydessä keskustelemalla kuntoutujan kanssa ja useimmiten myös kuntoutujasta tehtyjen havaintojen perusteella. Nämä menetelmät olivat käytössä myös kuntoutuksen vaikutuksia arvioitaessa. Alaikäisten kuntoutuksessa oli lisäksi kerätty lähipiirin tietoa lähes aina niin kuntoutuksessa kuin sen vaikutuksia arvioitaessa. Täysi-ikäisten kuntoutujienkin kohdalla lähipiirin tietoa kerättiin usein, mutta jonkin verran harvemmin kuin alaikäisten kanssa toimittaessa.

Tavoitteiden tarkentamiseen tai vaikutusten seuraamiseen käytettiin usein erilaisia itsearviointikyselyjä. GAS-menetelmän käyttö oli kohtalaisen vähäistä. Lähes kaikki Kelan asiantuntijat olivat sitä mieltä, että kuntoutuksen tavoitteita tulisi seurata kuntoutujien haastattelujen ja havainnoinnin avulla, ja noin puolet piti tärkeänä myös lähipiiriltä kerättyä tietoa sekä lomakekyselyjä. Kelan asiantuntijoiden näkemys GAS-menetelmän käytöstä kuntoutuksen seurannassa erosi kuntoutusta toteuttavien neuropsykologien näkemyksestä. Yli puolet Kelan asiantuntijoista katsoi, että GAS-menetelmää tulisi käyttää, ja vain noin viidennes kuntoutusta toteuttavista neuropsykologeista ilmoitti käyttävänsä sitä.

Kuntoutusta toteuttaneiden neuropsykologien ja Kelan asiantuntijoiden väliset näkemyserot kuntoutustavoitteiden määrittämiseen ja seuraamiseen käytettävistä menetelmistä ovat mielenkiintoisia. Tulos viittaa siihen, että kuntouttajat pyrkivät hakemaan konkreettisia ja arkivaikuttavuutta ilmentäviä havaintoja kuntoutuksen vaikutuksista, kun taas Kelan asiantuntijat korostavat määrällisten ja lausunnoista helposti luettavissa olevien arviointimenetelmien merkitystä. Kelan pitkien yksilöterapioiden toteutusta koskevassa tutkimuksessa nostettiin kehittämisehdotuksena esiin toimintakyvyn arviointimenetelmien hyödyntäminen nykyistä paremmin (Paltamaa ym. 2017).

Lähes kaikki kuntoutusta toteuttaneet neuropsykologit kertoivat määrittävänsä konkreettisen tavoitteen kuntoutukselle usein tai aina. Kuntoutujan motivaation ja toimivan kuntoutuskontaktin nähtiin edesauttavan kuntoutuksen tavoitteiden saavuttamista. Lisäksi yli puolet toteuttajista ilmaisi, että hyvin asetetut kuntoutustavoitteet, niiden seuraaminen ja arviointi, kuntoutujan elämäntilanteen ymmärtäminen ja huomiointi sekä neuropsykologin ammattitaito edesauttavat tavoitteiden saavuttamista. Kuntoutujista valtaosa kertoi osallistuneensa tavoitteiden määrittämiseen. Kuntoutustavoitteiden yksilöllinen täsmentäminen on näiden tulosten perusteella ammattitaitoista ja kuntoutuja-asiakkaan näkemykset huomioivaa. Tämä asianmukainen toiminta ei kuitenkaan välity aina muille toimijoille, sillä asiakirja-aineistoista kerätyn tiedon perusteella kuntoutuksen loppulausunnoissa kuntoutuksen tavoitteet oli kirjattu vaihtelevasti ja etenkin tieto tavoitteiden saavuttamisesta oli usein puutteellista.

Kuntoutusta toteuttavien neuropsykologien loppulausuntojen havaittiin olevan muodoltaan ja sisällöltään vaihtelevia muutenkin kuin tavoitteiden kirjaamisen osalta. Osasta lausuntoja ei käynyt ilmi toteutuneiden käyntien määrä tai aikaväli, ja myös kuntoutuksessa käytettyjen menetelmien kuvaus vaihteli. Tässä tutkimuksessa käytettävissä olevien loppulausuntojen määrä oli pieni ($n = 21$), mutta niiden monimuotoisuus herättää kysymyksen tarpeesta yhtenäistää kirjauskäytäntöjä. Loppulausuntojen monimuotoisuus havaittiin myös Kelan pitkiä yhtäjaksoisia avoterapioita selvittäneessä tutkimuksessa neuropsykologisen kuntoutuksen sekä myös muiden avoterapioiden osalta (Paltamaa ym. 2017). Tämä osoittaa, että tavoitteiden kirjaa-

mista koskevat kehittämistarpeet näyttävät liittyvän laajemminkin erilaisten avokuntoutusten kirjauskäytäntöihin. Kuntoutuksen loppulausunto on tärkein keino viestiä toteutetusta kuntoutuksesta muille ammattiryhmille, jatkokuntoutustahoille sekä kuntoutujille itselleen. Jos tätä viestintämahdollisuutta ei hyödynnetä täysmääräisesti, jää käyttämättä mahdollisuus siirtää kuntoutuksen hyötyjä eteenpäin. Tuloksen perusteella raportoinnin yhtenäisyyttä ja selkeyttä tulisi lisätä, mihin ratkaisuna saataisi soveltua esimerkiksi osin strukturoitu kuntoutuksen palautelomake.

4.4 Mitkä tekijät edistävät ja heikentävät neuropsykologisen kuntoutuksen vaikutusten siirtymistä arkeen?

Lähes puolet kuntoutusta toteuttaneista neuropsykologeista kuvasi vastauksissaan, että kuntoutujan motivaatio tai sitoutuminen on merkittävä tekijä kuntoutuksen hyötyjen siirtymisessä arkeen. Kuntoutuksen hyötyjen arkeen siirtymistä edistivät kuntoutuksen toteuttajien mukaan hyvin räätälöidyt yksilölliset suunnitelmat tai tehtävät ja niiden toteutumisen seuranta. Kuntoutujat toivoivatkin, että kuntoutusjaksot sisältäisivät enemmän seurantaa ja tarkemmat jatkosuunnitelmat varsinaisen kuntoutusjakson jälkeiselle ajalle.

Lievän oirekuvan katsottiin edistävän vaikutusten siirtymistä arkeen, kun taas vaikea-asteisen oirekuvan, moniongelmaisuuuden ja mielialaoireiden katsottiin heikentävän hyötyjen siirtymistä. Suurin osa ammattilaisista katsoikin kuntoutusmuodon soveltuvan parhaiten kuntoutujille, joiden oirekuvat ovat lieviä tai enintään kohtalaisen vahvoja. Lisäksi arkeen siirtymiseen vaikuttavina tekijöinä mainittiin taloudelliset asiat, lähipiirin tuki ja tavoitteet.

Yli puolet kuntoutusta toteuttaneista mainitsi arkeen siirtymistä edistävänä tekijänä yhteistyön lähipiirin tai verkostojen kanssa. Kelan harkinnanvaraisen neuropsykologisen kuntoutuksen puitteissa voidaan 16–25-vuotiaille nuorille myöntää enintään 20 vanhempien ohjauskäyntiä. Yksi kuntoutus- tai ohjauskäynneistä voidaan toteuttaa ohjausneuvotteluna hoitavan tahon kanssa. Erillistä matkakulukorvausta näiden neuvottelujen järjestämiseen ei ole. Hoitoneuvottelut lienevät kuitenkin aikaa vieviä, eikä kyselyvastausten perusteella toteuttajilla vaikuttanut olevan nykyisellään riittävästi resursseja niiden toteuttamiseen. Lisäksi tieto mahdollisuudesta vanhempien ohjauskäynteihin saattaa puuttua kuntoutusta suosittelevilta tahoilta, jolloin tämän mahdollisuuden hyödyntäminen vaatii erillistä työtä kuntoutuksen toteuttajilta. Aikuisten (vähintään 26-vuotiaiden) kuntoutuksen yhteydessä ei ole kuvattu mahdollisuutta käyttää kuntoutuskäyntejä ohjausneuvotteluina. Ohjauskäynneistä tiedottaminen lähettävälle taholle sekä niiden kehittäminen nykyistä toimivammiksi ja tuominen myös aikuisten kuntoutukseen vastaisi tavoitteisiin asiakaslähtöisten kuntoutuskäytäntöjen lisäämisestä.

4.5 Minkälainen näkemys kuntoutujilla sekä kuntoutukseen lähettävillä ja sitä toteuttavilla ammattilaisilla on harkinnanvaraisen neuropsykologisen kuntoutuksen hyödyistä ja sen antamasta tuesta arkiselviytymisessä, opiskelussa ja työssä?

Kuntoutujien mukaan eniten myönteisiä vaikutuksia neuropsykologisella kuntoutuksella oli oman tilanteen ymmärtämiseen, arjenhallintaan, mielialaan ja yleiseen elämänlaatuun. Kuntoutusta toteuttaneet ja sitä suositelleet neuropsykologit sekä Kelan asiantuntijat arvoivat myönteisiä vaikutuksia varsin samansuuntaisesti. Erityisesti ammattilaiset näkivät kuntoutuksella olevan myönteisiä vaikutuksia myös opiskelutaitoihin, kognitiivisiin toimintoihin, psyykkiseen vointiin ja työkykyyn. Vähiten hyötyjä ammattilaiset katsoivat kuntoutuksella olevan kuntoutujan yleiseen vireyteen, nukkumiseen tai vuorokausirytmiiin, ihmissuhteisiin ja sosiaaliseen osallistumiseen. Kuntoutusta toteuttaneet neuropsykologit pitivät kuntoutusta merkitsevästi hyödyllisempänä mielialan ja tunteiden hallinnan suhteen ja vähemmän hyödyllisenä kognitiivisten toimintojen suhteen kuin kuntoutusta suositelleet neuropsykologit.

Toteuttajat arvioivat, että noin kolmelle neljäsosalle heidän kuntoutujistaan kuntoutus oli hyödyllistä opintojen tai työn kannalta. Kuntoutujista noin kolme neljäsosaa arvioi, että he olivat kyenneet kuntoutuksen turvin palaamaan työhön tai opintoihin, jatkamaan niitä tai saattamaan opinnot loppuun tai kuntoutusjakso oli ollut muuten hyödyllinen työn tai opintojen kannalta. Kuntoutusta toteuttaneiden ja kuntoutujien itsensä näkemys kuntoutuksen hyödyistä on varsin yhtenäinen, mikä vahvistaa näkemystä tämän kuntoutusmuodon positiivisista vaikutuksista.

4.6 Tutkimuksen heikkoudet ja vahvuudet

Kyselytutkimukseen osallistui kuntoutujista vain pieni osa, joten kuntoutujien kyselytutkimuksen tuloksia ja asiakirjojen aineistoa tulee kohdella lähinnä kurkistusikkunana Kelan harkinnanvaraista kuntoutusta saaneisiin. Kirjallisten kyselyvastauksen tuottaminen saattaa olla erityisen haastavaa tutkimuksen kohdejoukolle, jolla kuntoutukseen hakeutumisen perusteena ovat mm. opintoihin liittyvien taitojen vaikeudet tai yleisemmin kognitiiviset vaikeudet. Tämä on saattanut osaltaan pienentää vastausprosenttia. Pieni vastausprosentti rajoittaa tulosten yleistettävyyttä kaikkiin Kelan harkinnanvaraista neuropsykologista kuntoutusta saaneisiin. Toisaalta esimerkiksi vastanneiden kuntoutujien ikäjakauma vastasi varsin hyvin kaikkien samaa kuntoutusta saaneiden ikäjakaumaa.

Kelan asiakastietojärjestelmästä poimitussa asiakirja-aineistossa oli käytettävissä vain yksittäisten jaksoiden loppuraportit. Suuresta osasta raportteja kävi kuitenkin ilmi, että kuntoutus oli jatkunut pidempään, mikä osaltaan toi vaihtelevuutta lausuntojen rakenteisiin ja kirjauksiin. Aineisto on paitsi suppea myös varsin heterogeeninen, mikä osaltaan vaikeuttaa siitä saatujen tulosten yhtenäistä kuvailua ja tulkintaa. Toisaalta asiakirja-aineiston moninaisuus saattaa viitata yleisemmin kirjauskäytäntöjen

kirjavuuteen. Se saattaa myös kuvastaa Kelan harkinnanvaraisen neuropsykologisen kuntoutuksen roolia muiden kuntoutusmuotojen täydentäjänä.

Tutkimuksen vahvuutena voidaan pitää monitahoista aineistonkeruuta. Kuntoutujien kyselytutkimuksen ja asiakirja-aineiston poiminnan lisäksi kysely kohdennettiin ammattilaisille: kuntoutussuosituksia tehneille lääkäreille ja neuropsykologeille, kuntoutusta toteuttaneille neuropsykologeille ja Kelan asiantuntijoille. Lääkäreiden kohderyhmää ei tutkimuksessa onnistuttu tavoittamaan, joten tältä osin vertailua muihin ammattilaisiin tai asiakirja-aineistoon ei voitu tehdä. Myös Kelan pitkiä yksilökuntoutuksia koskevassa tutkimuksessa oli hankalaa saada vastauksia neuropsykologiseen kuntoutukseen lähettäviltä lääkäreiltä (Paltamaa ym. 2017). Muiden ammattilaisten osalta käytetyt kyselyt toimivat verrattain hyvin. Kyselyjen tuottaman tiedon perusteella pystyttiin vertailemaan eri ammattiryhmien näkemyksiä kuntoutusmuodosta sekä vertaamaan kyselytutkimuksilla kerättyä tietoa ennalta valikoimattomasta asiakirja-aineistosta saatuun tietoon. Aineistojen vertailua terävöitettiin käyttämällä myös tilastollisia menetelmiä silloin, kun niiden käyttö oli aineiston ominaisuuksien tai eri kohderyhmille tehtyjen kysymysten samanmuotoisuuden näkökulmasta mahdollista. Kyselyjen laadinnassa pyrittiin yhtenäisyyteen. Kohderyhmien näkökulmat tutkimuksen kohteena olevaan kuntoutusmuotoon ovat kuitenkin erilaiset, joten osa samaan aihepiiriin liittyvistä kysymyksistä eroaa eri kohderyhmille suunnatuissa kyselyissä. Täten vertailua ei aina ollut mahdollista tehdä.

Tämän tutkimuksen puitteissa pidettiin lisäksi työpaja, jossa oli mahdollista keskustella tutkimuksen alustavista tuloksista. Työpajan yhteydessä saatiin herätettyä hyvää ja tarpeellista keskustelua sekä koottua ja välitettyä tietoa ja näkemyksiä kuntoutusmuodon nykytilasta varsin laajasti.

5 Työpaja

Kelan harkinnanvaraista neuropsykologista kuntoutusta selvittäneen hankkeen aikana pidettiin ammattilaisille suunnattu työpaja. Työpajan esityksissä käytiin läpi tämän tutkimushankkeen tuloksia sekä suppeasti tuloksia lasten neuropsykologisen kuntoutuksen kyselytutkimuksesta. Lisäksi alustettiin yleistä keskustelua esitysten lisäksi työpajaan kutsutuilla kommenttipuheenvuoroilla neuropsykologisen kuntoutuksen nykytilanteesta ja tulevaisuuden suuntaviivoista. Työpaja järjestettiin 29.1.2018 Kuntoutussäätiössä Helsingissä. Työpajaan kutsuttiin osallistujia Suomen Neuropsykologisen Yhdistyksen ja Psykologiliiton sähköpostilistojen kautta. Lisäksi työpajaan lähetettiin kohdennettu sähköinen kutsu Kelan edustajille. Työpaja oli osallistujille maksuton.

Työpajaan osallistui 79 henkilöä. Kutsutut kommentit pyydettiin Suomen Neuropsykologiselta Yhdistykseltä (Tatu Kauranen, PsT, neuropsykologian erikoispsykologi), Psykologiliiton neuropsykologien työryhmältä (Tarja Vahvelainen, kliininen neuropsykologi), erikoispsykologikoulutuksesta (Laura Hokkanen, professori), kuntoutukseen lähettävältä taholta HUSin neuropsykologian poliklinikalta (Sami Grönfors, neuropsykologian erikoispsykologi), kuntoutusta toteuttavalta taholta ProNeuronista (Hanna Uurainen, neuropsykologiaan erikoistuva psykologi) sekä Kelasta (Irja Kiisseli, suunnittelija).

Kommenttipuheenvuoroissa mainittiin keskeiseksi kehittämistä vaativaksi tekijäksi kuntoutusmuodon saatavuuden parantaminen. Korvaustasoa pidettiin alhaisena ja todettiin sen jäävän kauas nykyisestä hintatasosta. Tämän todettiin aiheuttavan merkittäviä kustannuksia kuntoutujille ja asettavan kuntoutujia keskenään eriarvoiseen asemaan. Lisäksi nostettiin esiin Kelan harkinnanvaraisen kuntoutuksen määrärahojen vähentäminen vuodesta 2016 alkaen (ks. myös Kela 2018b), minkä arveltiin vähentävän mahdollisuuksia nostaa korvaustasoa.

Myös neuropsykologien pätevyyskriteereistä keskusteltiin paljon. Työnkuvan katsottiin vaativan erityisosaamista, mutta toisaalta kriteereihin toivottiin kevennyksiä tai vähintään tapauskohtaista mahdollisuutta joustoihin. Erityisesti toivottiin joustomahdollisuutta tilanteissa, joissa nykyisissä kriteereissä pitäytyminen aiheuttaa merkittäviä eettisiä ongelmia kuntoutuksen heikon saatavuuden vuoksi. Useamassa kommentissa nostettiin esille, että neuropsykologien pätevyyskriteerit voivat olla vaativampia kuin muilla ammattiryhmillä. Pätevien neuropsykologien puutteen vuoksi asiakkaat saatetaankin ohjata kuntoutukseen kokonaan eri ammattiryhmille, jotka toteuttavat kuntoutusta omalla koulutustaustallaan.

Neuropsykologian erikoistumiskoulutukseen pääsemisen hankaluus koettiin osaksi ongelmaa ja toivottiin laajempaa mahdollisuutta kouluttautua. Erikoistumiskoulutuksen puitteissa onkin vuosien varrella pyritty mahdollisuuksien mukaan kasvattamaan erikoistuneiden neuropsykologien määrää. Keskustelussa pidettiin kuitenkin

kin tärkeänä, että koulutuksen laatu varmistetaan, jolloin koulutuksen sisäänottoa ei käytettävien opetusresurssien puitteissa voida liiaksi kasvattaa. Työpajassa tuli esille myös, että riittävien neuropsykologiresurssien puuttuessa Kelan kuntoutushakemuksen liitteeksi tarvittavia neuropsykologisia tutkimuksia ei tällä hetkellä pystytä tekemään Kelan ja neuropsykologien edustajien yhdessä sopimien linjausten mukaisesti. Kelaan on tullut aloitteita neuropsykologisen tutkimuksen keventämisestä kuntoutukseen hakeutumisen helpottamiseksi. Uusia käytäntöjä pitää kehittää ja pohtia esimerkiksi mallia, jossa psykologin olisi mahdollista tehdä tutkimus konsultoimalla neuropsykologia. Kuntoutuksen oikea-aikaisuutta heikentävinä tekijöinä pidettiin neuropsykologisten tutkimusten heikkoa saatavuutta, julkisen puolen tutkimuksiin pääsyn hitautta ja kuntoutusjonon pituutta.

Työpajassa nostettiin esiin huoli neuropsykologien vähydestä. Toisaalta huomautettiin, että kansainvälisesti arvioituna Suomessa on väestöpohjaan nähden eniten neuropsykologeja vertailluista maista, 1 neuropsykologi 19 231 kansalaista kohden (Grote ja Novitski 2016). Tiettyjen erityisryhmien kuntouttamiseen toivottiin myös kouluttautumista psykoterapeutiksi neuropsykologisen pätevyden lisäksi.

Etäkuntoutuksen mahdollistamista toivottiin useammassa kommenttipuheenvuorossa. Todettiin, että meneillään on monia Kelan tukemia hankkeita, joissa kehitetään ja tutkitaan etäkuntoutusta, ja niistä saadut kokemukset huomioidaan tulevien palvelujen suunnittelussa.

Esiin nousivat tarve informoida kuntoutujia paremmin jo ennen kuntoutuksen alkamista kuntoutukseen osallistumisen vaatimuksista, kuten itse kustannettavasta osuudesta, kuntoutuksen sitovuudesta ja kuntoutuksen vaatimasta ajasta ja tarve varmistua kuntoutujan motivaatiosta osallistua kuntoutukseen aktiivisesti. Pohdittiin myös mahdollisuutta tutustua kuntouttajaan etukäteen, kuten psykoterapiassa on käytäntönä. Tämän katsottiin olevan nykyisellään hankalaa jonojen pituuden vuoksi. Myös lähiverkostojen kanssa tehtävä yhteistyö nostettiin kommenttipuheenvuoroissa esiin, ja sille toivottiin selkeää ja mahdollisesti nykyistä laajempaa korvausmenettelyä.

Kelan harkinnanvarainen neuropsykologinen kuntoutus nähtiin erittäin tärkeänä kuntoutusmuotona ja sen tulevaisuuden turvaaminen koettiin tärkeäksi. Keskustelua kuntoutusmuodon kehittämisestä toivottiin yleisesti jatkettavan.

6 Lopuksi

Kelan harkinnanvarainen neuropsykologinen kuntoutus todettiin tutkimuksessa tärkeäksi osaksi monenlaisia kuntoutuspolkuja, ja sen todettiin soveltuvan monenlaisille kuntoutujille. Tyypillisimmin tämä kuntoutusmuoto on kohdentunut nuorille, joilla on kehityksellisiä vaikeuksia, ja kuntoutus on ollut pitkäkestoista ja varsin tiiviisti toteutettua. Sekä kuntoutujat että kuntoutusta toteuttaneet neuropsykologit arvioivat kuntoutusmuodon kohentavan työ- tai opiskeluedellytyksiä. Erityisesti kuntoutusta toteuttaneet neuropsykologit mutta myös Kelan asiantuntijat katsoivat, että osalle nykyisistä kuntoutujista Kelan vaativa lääkinnällinen kuntoutus olisi sopinut harkinnanvaraista kuntoutusta paremmin. Kelan harkinnanvaraisen kuntoutuksen katsottiinkin soveltuvan parhaiten kuntoutujille, joiden oirekuvat ovat asteeltaan lieviä tai enintään kohtalaisia.

Kelan harkinnanvaraisen neuropsykologisen kuntoutuksen rahoitukseen toivottiin parannusta sekä ammattilaisten että kuntoutujien kyselyissä ja hankkeen yhteydessä järjestetyssä työpajassa. Nykyisen, matalaksi koetun korvaustason katsottiin heikentävän kuntoutusmuodon saatavuutta yleisesti sekä vähentävän kuntoutujien tasa-arvoisia mahdollisuuksia käydä kuntoutuksessa omavastuiden noustessa suuriksi. Kuntoutusmuodon saatavuutta toivottiin parannettavan koko maassa. Kuntoutukseen hakeutumisen koettiin olevan haasteellista ja kuntoutuksen jonotusaikojen pitkiä.

Kyselyvastausten perusteella arvioituna Kelan harkinnanvarainen kuntoutus toteutetaan tavoitteellisena toimintana ja kuntoutujat osallistuvat tavoitteiden määrittelyyn. Kehittämiskohteeksi tutkimuksessa nousi tavoitteiden asettamisen ja tavoitteellisten kuntoutuskäytäntöjen selkeämpi kuvaaminen kuntoutukseen liittyvissä lausunnoissa.

7 Kehittämisehdotuksia

- Harkinnanvaraiseen neuropsykologiseen kuntoutukseen ohjaavien tahojen toimintakäytäntöjä tulee selkiyttää, jotta esimerkiksi hylkäävät päätökset vähenevät ja suositukset kohdennetaan kuntoutuksesta parhaiten hyötyville.
- Kuntoutukseen lähettävät tahot tarvitsevat palautetta toiminnastaan, jotta kuntoutussuositusten sisällöt kehittyvät.
- Neuropsykologisen kuntoutuksen resursseja on tarpeen lisätä, jotta kuntoutustarpeeseen voidaan vastata oikea-aikaisesti ja alueellista tasa-arvoa toteuttaen.
- Mahdollisuuksia tarjota harkinnanvaraista neuropsykologista kuntoutusta osin myös etäkuntoutuksena tulee selvittää, jotta kuntoutukseen saatavuus ja toteutuksen joustavuus paranisivat.
- Taloudellisia edellytyksiä toteuttaa harkinnanvaraista neuropsykologista kuntoutusta on tarpeen parantaa, jotta kuntoutujan mahdollisuudet kuntoutukseen paranisivat.
- Harkinnanvaraisen ja vaativan neuropsykologisen kuntoutuksen kriteeristöjä tulisi terävöittää, jotta varmistetaan kuntoutujan ohjautuminen oirekuvansa suhteen tarkoituksenmukaiseen kuntoutukseen.
- Mahdollisuuksia laajentaa harkinnanvaraisen neuropsykologisen kuntoutuksen kohderyhmää myös alle 16-vuotiaisiin asiakkaisiin tulee selvittää.
- Harkinnanvaraisen kuntoutuksen sisältöjen ja toimintamuotojen uudistamista tulisi selvittää, sillä kuntoutujat toivovat runsaampaa seurantaa ja tarkempia jatkosuunnitelmia.
- Ohjauskäyntejä tulee uudistaa tiedottamalla niistä lähtevälle taholle, lisäämällä niiden toteutustapoja sekä mahdollistamalla niiden käyttö nykyistä laajemmalle asiakasryhmälle, jotta kuntoutuksen asiakaslähtöisyys ja hyötyjen arkeen siirtyminen vahvistuisivat.
- Harkinnanvaraisen neuropsykologisen kuntoutuksen loppulausuntoja on tarpeen terävöittää ja yhtenäistää ottamalla käyttöön esimerkiksi osin strukturoitu kuntoutuksen palautelomake.

Lähteet

Aro T, Eklund K, Eloranta AK, Närhi V, Korhonen E, Ahonen T. Associations between childhood learning disabilities and adult age mental health problems, lack of education, and unemployment. *Journal of Learning Disabilities* 2019; 52 (1): 71–83.

Carroll JM, Iles JE. An assessment of anxiety levels in dyslexic students in higher education. *British Journal of Educational Psychology* 2006; 76 (3): 651–662.

Catroppa C, Anderson V. Planning, problem-solving and organizational abilities in children following traumatic brain injury. *Intervention techniques. Pediatric Rehabilitation* 2006; 9: 89–97.

Cicerone KD, Dahlberg C, Malec JF ym. Evidence-based cognitive rehabilitation. Updated review of the literature from 1998 through 2002. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation* 2005; 86: 1681–1692.

Cicerone KD, Langenbahn DM, Braden C ym. Evidence-based cognitive rehabilitation. Updated review of the literature from 2003 through 2008. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation* 2011; 92: 519–530.

Clay DL, Hopps JA. Treatment adherence in rehabilitation. The role of treatment accommodation. *Rehabilitation Psychology* 2003; 48 (3): 215–219.

Dams-O'Connor K, Gordon WA. Integrating interventions after traumatic brain injury. A synergistic approach to neurorehabilitation. *Brain Impairment* 2013; 14 (1): 51–62.

Gerber PJ. The impact of learning disabilities on adulthood. A review of the evidence-based literature for research and practice in adulthood education. *Journal of Learning Disabilities* 2012; 45: 31–46.

Grote CL, Novitski JL. International perspectives on education, training, and practice in clinical neuropsychology. Comparison across 14 countries around the world. *The Clinical Neuropsychologist* 2016; 30 (8): 1380–1388.

Hämäläinen P. Raportti neuropsykologeille suunnatusta kyselytutkimuksesta. Neuropsykologisen kuntoutuksen nykykäytännöt ja kehittämisajatuksia. Helsinki: Kela, 2009.

Kalska H, Poutiainen P. Neuropsykologinen kuntoutus. Julkaisussa: Juva K, Hublin C, Kalska H ym., toim. Kliininen neuropsykiatria. Helsinki: Duodecim, 2011: 398–403.

Kela. Suunnitelma Kelan harkinnanvaraisen kuntoutuksen varojen käytöstä vuosina 2016–2018. Helsinki: Kela, 2015a. Saatavissa: <<http://www.kela.fi/documents/10180/1033699/Suunnitelma+vuosille+2016-2018.pdf/743bf607-9506-46bf-ab69-d2b944b22ebe>>. Viitattu 11.4.2018.

Kela. Vaikeavammaisten lääkinnällisen kuntoutuksen myöntämisedellytykset helpottuvat. Helsinki: Kela, 2015b. Saatavissa: <<http://www.kela.fi/-/vaikeavammaisten-laakinnallisen-kuntoutuksen-myontamisedellytykset-helpottuvat>>. Päivitetty 3.3.2015. Viitattu 11.4.2018.

Kela. Kelan kuntoutustilasto 2016. Helsinki: Kela, SVT, 2017. Saatavissa: <<http://hdl.handle.net/10138/179106>>. Viitattu 11.4.2018.

Kela. Harkinnanvarainen kuntoutus. Helsinki: Kela, 2018a. Saatavissa: <<http://www.kela.fi/documents/10192/3239981/Harkinnanvarainen%20kuntoutus.pdf>>. Viitattu 11.4.2018.

Kela. Suunnitelma Kelan harkinnanvaraisen kuntoutuksen varojen käytöstä vuosina 2018–2021. Helsinki: Kela, 2018b. Saatavissa: <<http://www.kela.fi/documents/10180/1152184/Harkinnanvaraisen+kuntoutuksen+suunnitelma+vuosille+2018-2021.pdf/0fc3aff4-263a-4388-ac53-1a9429c0bd9e>>. Viitattu 9.2.2018.

Kela. Sähköinen B-lääkäriinlausunto. Helsinki: Kela. Saatavissa: <<http://www.kela.fi/b-lausunto>>. Päivitetty 5.2.2018c. Viitattu 22.2.2018.

Kosonen L. Tavoitteena laadukkaat lausunnot. Sosiaalivakuutus 4.2.2015. Saatavissa: <<https://sosiaalivakuutus.fi/tavoitteena-laadukkaat-lausunnot/>>. Viitattu 15.2.2018.

Laaksonen R, Koskinen S, Ranta M, Sarajuuri J, Paavola L. Neuropsykoterapia. Julkaisussa: Jehkonen M, Saunamäki T, Paavola L, Vilkki J, toim. Kliininen neuropsykologia. Helsinki: Duodecim, 2015: 455–464.

Maag J, Reid R. Depression among students with learning disabilities. Assessing the risk. *Journal of Learning Disabilities* 2006; 39 (1): 3–10.

Malmström T, Leskelä R-L, Lindh M ym. Kuntoutusjärjestelmän kokonaisuudistus – tieto muutostyön tukena. Helsinki: Valtioneuvoston kanslia, Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 7, 2018.

Mapou RL. *Adult learning disabilities and ADHD. Research-informed assessment.* New York, NY: Oxford University Press, 2009.

Nukari J, Poutiainen E, Nybo T, Hämäläinen P, Kalska H. Kuvaus aikuisten neuropsykologisen kuntoutuksen käytännöistä. *Psykologia* 2012a; 47 (3): 213–219.

Nukari J, Poutiainen E, Nybo T, Hämäläinen P, Kalska H. Neuropsykologisen kuntoutuksen vaikuttavuus. *Psykologia* 2012b; 47 (3): 182–202.

Paltamaa J, Erkkilä J, Kanelisto K, Mustonen O, Nousiainen E. Pitkät yhtäjaksoiset yksilöterapiat. Terapioiden merkitys kuntoutujan ja kuntoutuksen eri toimijoiden näkökulmista. Helsinki: Kela, Sosiaali- ja terveysturvan raportteja 4, 2017.

Poutiainen E, Nukari J. Neuropsykologinen kuntoutus. Julkaisussa: Jehkonen M, Saunamäki T, Paavola L, Vilkki J, toim. Kliininen neuropsykologia. Helsinki: Duodecim, 2015: 424–454.

Rohling ML, Faust ME, Beverly B, Demakis G. Effectiveness of cognitive rehabilitation following acquired brain injury. A meta-analytic re-examination of Cicerone et al.'s (2000, 2005) systematic reviews. *Neuropsychology* 2009; 23 (1): 20–39.

Salminen A-L, Hiekkala S, Stenberg J-H, toim. Etäkuntoutus. Helsinki: Kela, 2016.

Sohlberg M, Turkstra L. Optimizing cognitive rehabilitation. Effective instructional methods. New York, NY: Guilford Press, 2011.

Takala T, Ylinen A, Sivenius J ym. Aivoverenkiertohäiriön alkuvaiheen kuntoutuksessa suuria vaihteluita. *Selvitys AVH:n sairastaneiden kuntoutuspalveluista Suomessa*. Suomen Lääkärilehti 2010; 65 (5): 399–405.

Turner-Stokes L, Pick A, Nair A, Disler PB, Wade DT. Multi-disciplinary rehabilitation for acquired brain injury in adults of working age. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2015; 12. DOI: 10.1002/14651858.CD004170.pub3.

Tuulio-Henriksson A. Psykiatriset sairaudet. Skitsofrenia, kaksisuuntainen mielialahäiriö ja masennus. Julkaisussa: Jehkonen M, Saunamäki T, Paavola L, Vilkki J, toim. Kliininen neuropsykologia. Helsinki: Duodecim, 2015: 361–374.

Uimonen J, Poutiainen E, Mustanoja S. Työikäisen aivoinfarktipotilaan lääkinnälliseen kuntoutukseen ohjautuminen ja kuntoutuksen toteutus pääkaupunkiseudulla. *Suomen Lääkärilehti* 2014; 23: 1721–1726.

Vataja R. Mitä neuropsykiatria on? Julkaisussa: Juva K, Hublin C, Kalska H ym., toim. Kliininen neuropsykiatria. Helsinki: Duodecim, 2011: 16–19.

Liiteluettelo

Liitteet ovat erillisessä tiedostossa osoitteessa <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2019082725807>.

- Liite 1.** Kysely Kelan harkinnanvaraista kuntoutusta saaneille
- Liite 2.** Kysely Kelan harkinnanvaraista neuropsykologista kuntoutusta toteuttaville neuropsykologeille
- Liite 3.** Kysely neuropsykologisia tutkimuksia tehneille ja niiden perusteella Kelan harkinnanvaraista kuntoutusta suositelleille
- Liite 4.** Kysely Kelan toimijoille harkinnanvaraisesta neuropsykologisesta kuntou-
tuksesta

VIIMEISIMMÄT KELAN SOSIAALI- JA TERVEYSTURVAN RAPORTIT

- 16 **Karhula M, Heiskanen T, Seppänen-Järvelä R.** Kelan tuki- ja liikuntaelin-sairauksien kuntoutus. Kuntoutujien ja kuntoutuksen palveluntuottajien kokemuksia. 2019. ISBN 978-952-284-068-4 (pdf).
- 15 **Pikkarainen A, Koivula R.** Ikääntyneiden ryhmämuotoinen kuntoutus kun-toutujien, omaisten ja työntekijöiden kuvaamana. IKKU-kuntoutuksen koh-dentuminen, tavoitteellisuus, toimivuus ja koettu vaikuttavuus. 2019. ISBN 978-952-284-060-8 (pdf).
- 14 **Räsänen T, Österbacka E, Valaste M, Haataja A.** Lastenhoidon tukien vai-kutus äitien osallistumiseen työmarkkinoille. 2019. ISBN 978-952-284-057-8 (pdf).
- 13 **Järvikoski A, Takala E-P, Juvonen-Posti P, Härkäpää K.** Työkyvyn käsite ja työkykymallit kuntoutuksen tutkimuksessa ja käytännöissä. 2018. ISBN 978-952-284-056-1 (pdf).
- 12 **Haapakoski K, Åkerblad L, Tolvanen A, Mäntysaari M, Ylistö S, Kannasoja S.** Kelan ammatillisen kuntoutuksen lakiuudistus. Ihanteet, toi-meenpano ja harkintavalta. 2018. ISBN 978-952-284-053-0 (pdf).
- 11 **Vuori M, Tuulio-Henriksson A, Autti-Rämö I.** Kelan kehittämän monimuo-toisen perhekuntoutuksen tuloksellisuus, soveltuvuus ja hyväksyttävyyys. 2018. ISBN 978-952-284-052-3 (pdf).
- 10 **Härkäpää K, Kippola-Pääkkönen A, toim.** Sopeutumisvalmennus osallistu-jien ja toteuttajien arvioimana. 2018. ISBN 978-952-284-041-7 (pdf).
- 9 **Paavonen A-M, Salminen A-L.** Intensiiviset kuntoutuskurssit traumaattisen aivovamman saaneille aikuisille. Hyödyt ja soveltuvuus Kelan järjestämäksi kuntoutukseksi. 2018. ISBN 978-952-284-038-7 (pdf).
- 8 **Huttunen K, Kosonen J, Waaramaa T, Laakso M-L.** Tunne-etsivät-pelin vai-kuttavuus lasten sosioemotionaalisen kehityksen tukemisessa. 2018. ISBN 978-952-284-037-0 (pdf).
- 7 **Saikku P, Rajavaara M, Seppälä U.** Monialainen yhteistyö paikallisessa työllisyyden hallinnassa. Integroiva kirjallisuuskatsaus. 2017. ISBN 978-952-284-030-1 (pdf).