

NEUROPSY OPEN

Neuropsykologian erikoistumiskoulutuksen julkaisuja
Publications by the Specialisation Programme in Neuropsychology

Helsingin yliopisto, University of Helsinki, 1/2026

Kuntoutuskäytäntöjen yhteys kuntouttajan työkokemuksen määrään

– Kyselytutkimus neuropsykologian alan ammatillisista käytännöistä 2024

**Henriikka Savolainen, Anne Halonen, Maria Heikkilä, Alice Keski-Valkama,
Johanna Käpynen, Laura Hokkanen**

TIIVISTELMÄ

Tämä tutkimus toteutettiin osana ”Neuropsykologian ammatilliset käytännöt”- tutkimusprojektiä, jonka yhteydessä selvitettiin neuropsykologian alan arviointityöhön, lausunointiin, kuntoutukseen ja ohjantaan sekä tieteelliseen tutkimukseen ja kehittämistyöhön liittyviä käytäntöjä, ja työhyvinvointia. Tässä osatutkimuksessa selvitettiin neuropsykologisen kuntoutuksen käytäntöjä Suomessa. Tietoa kerättiin kuntoutuksen toteuttajista, kuntoutujista ja kuntoutuksen sisällöistä. Tuloksia vertailtiin lyhyemmän työkokemuksen omaavien kuntouttajien (n=44) ja pidemmän työkokemuksen omaavien kuntouttajien (n=55) välillä. Pidemmän työkokemuksen omaavilla (enemmän kuin 18v) kuntouttajilla oli keskimäärin enemmän kuntoutusasiakkaita ja käyntejä kuukaudessa, ja kuntoutusjaksot olivat pidempiä. He toimivat tyypillisesti yksityisellä sektorilla, kuntoutuksen järjestäjätahona toimi useammin Kela ja vakuutusyhtiöt, minkä lisäksi heillä oli täysin itsemaksavia asiakkaita. Tämän ryhmän kuntoutusasiakkaat olivat tyypillisesti 16–18-vuotiaita nuoria ja kuntoutuksen kohteena sosiaalisen toimintakyvyn ja tunteiden/käyttäytymisen säätelyn vaikeudet. Kuntoutuksen menetelmissä painottuivat ohjaukselliset lähestymistavat (mm. läheisten/perheen ja verkostojen ohjaus), kuntoutuksen vaikutuksia arvioitiin määrällisesti ja kuntoutuksen jälkeisissä kannanotoissa korostuivat muihin terapiamuotoihin ja arjen tukeen liittyvät suositukset. Lyhyemmän työkokemuksen omaavilla (18v tai vähemmän) kuntouttajilla oli tyypillisesti 7–15-vuotiaita kuntoutusasiakkaita, kuntoutusjaksot olivat keskimäärin lyhyempiä ja kuntoutus toteutui julkisen sektorin puolella työsuhteessa. Osatutkimus osoittaa, että pidemmän työkokemuksen omaavat kuntouttajat toimivat todennäköisemmin yksityisellä sektorilla, työn volyyymi on suurempi, työssä painottuvat ohjaukselliset menetelmät, ja kuntoutuksen jälkeiset kannanotot ovat kohdennettuja, mikä voi olla yhteydessä syvempään asiantuntijuuteen. Saatua tietoa voidaan jatkossa käyttää kuntoutuskäytäntöjen kehittämiseen.

Avainsanat:

Neuropsykologinen kuntoutus, työkokemus, käytännöt, kysely

JOHDANTO

Neuropsykologinen kuntoutus on lääkinällisen kuntoutuksen muoto, jolla pyritään mm. parantamaan kuntoutujan neuropsykologisten ongelmien heikentämää elämänlaatua ja lieventämään tiedonkäsittelytoimintojen, psyykkisen toimintakyvyn ja käyttäytymisen muutosten aiheuttamaa arjen haittaa (Poutiainen & Nukari, 2019, Virta, Klenberg, Laasonen & Hokkanen, 2018). Neuropsykologinen kuntoutus perustuu hermoverkkojen muovautuvuuteen, mikä mahdollistaa mm. uusien asioiden oppimisen, sekä psyykkisten toimintojen oletettuun aivoperustaan, jotta ongelmien aiheuttamat ensisijaiset häiriömekanismit tunnistetaan ja kuntoutus saadaan kohdennettua häiriöiden kannalta oikein (Poutiainen & Nukari, 2019). Virran ja työryhmän (2018) mukaan kuntouttajan tulee olla laajasti perehtynyt neuropsykologiaan ja lähitieteisiin, mikä vaatii heiltä laaja-alaista ja pitkälle kehittynyttä asiantuntijuutta. Oman haasteensa asiantuntijuuden kehittymiselle asettaa myös se, että neuropsykologisen kuntoutuksen ikä- ja kohderyhmät ovat viime vuosien ja vuosikymmenten aikana alkaneet laajentua, ja mm. kuntoutujien aiempaa laaja-alaisemmat oirekuvat ja useamman kuin yhden oirekuvan yhtäaikainen ilmeneminen (ns. komorbiditeetti) vaativat kuntouttajilta koko ajan enemmän oman osaamisen päivittämistä. Työkentän laajentumisesta kertoo myös se, että nykyään neuropsykologista kuntoutusta hyödynnetään perinteisiin neuropsykologiisiin oirekuviin laskettavien erilaisiin hankittuihin aivovaurioihin (mm. aivoverenkierron häiriöt, aivovammat, etenevät aivosairaudet) liittyvien neuropsykologisten oirekuvien kuntoutuksen lisäksi kehityksellisiin häiriöihin (mm. oppimisvaikeudet, ADHD, autismikirjon häiriöt) ja psykiatriisiin sairauksiin (mm. psykoosisairaudet) liittyvien neuropsykologisten oirekuvien kuntoutuksessa (Turunen, Tuulio-Henriksson & Poutiainen, 2019). Vaadittavat osaamisalueet kattavat näin ollen koko elämänkaaren.

Kuntouttajien ammattitaitoon liittyen Virta ja työryhmä (2018) esittävät, että kuntoutustyössä tarvittavat taidot kehittyvät jatkuvasti käytännön työskentelystä saadun kokemuksen karttuessa. Kuntoutustyötä tekevällä ammattilaisella tulisi olla sekä teoreettista tietoa että kliinistä kokemusta, jotta kokonaisvaltaisen kuntoutustyön toteuttaminen käytännössä on mahdollista (Rantanen, Tuulio-Henriksson & Parviainen, 2021). Tarkempaa tutkimustietoa siitä, millä tavoin kuntouttajien työkokemuksen määrä on yhteydessä kuntouttajien työskentelytapoihin ja kuntoutuskäytäntöihin ei kuitenkaan juuri ole. Kuntoutustyövuosia on tarkasteltu suhteessa alueellisiin saatavuuseroihin (Hokkanen, Laasonen, Klenberg, Peltomaa & Närhi, 2021), mutta työkokemus ei ole selittänyt alueellisia eroja kuntoutuksen saatavuudessa. Virta työryhmineen (2018) toteaa, että työelämän tarjoaman aidon oppimisympäristön kanssa tapahtuva vuorovaikutus kuitenkin kasvattaa ja syventää asiantuntijuutta. Asiantuntijuus voidaan määritellä poikkeuksellisen kehittyneiksi, toistettaviksi tai pysyviksi tiedoiksi ja taidoiksi, joihin sisältyy käytännöllistä ja teoreettista tietotaitoa sekä paljon ns. hiljaista tietoa, jonka avulla asiantuntija pystyy erottamaan oman alansa olennaisen tiedon epäolennaisesta ja muodostamaan nopeasti kokonaiskuvan käsiteltävästä asiasta, mikä helpottaa esimerkiksi ongelmanratkaisua (Heilmann, 2022). Asiantuntijuus kehittyy vuorovaikutussuhteessa ympäristöön ja yhteisöön ja siihen liittyy sekä tiedonhankintaa, osallistumista että tiedonluomista (Heilmann, 2022). Käytännön tasolla asiantuntijatyö on paljon itseohjautuvaa ja siihen sisältyy vastuunottoa oman työn organisoinnista ja aikataulutuksesta (Heilmann, 2022). Työkokemuksen myötä kehittyneempi asiantuntijuus voi neuropsykologian alalla esimerkiksi vähentää ohjaustarvetta ja työn sisältöjen miettimiseen käytettävää aikaa, tehostaa työn organisointia, sujuvoittaa oman ammattitaidon jakamista muille ammattiryhmille ja helpottaa tällä tavoin verkostojen kanssa toimimista, jolloin esimerkiksi ohjauksellinen työ on luontevampaa. Käytännön tasolla kyseisten

prosessien sujuvoituminen voi kuntoutustyössä näkyä työn mitoituksessa, työajan jakautumisessa, kuntoutuksen lähestymistapojen valinnassa sekä mahdollistaa aiempaa kohdennettummat kannanotot. Aiemman tutkimustiedon (mm. Turunen ym., 2019; Hokkanen ym., 2021) valossa on kuitenkin epäselvää, onko kuntoutuskäytänteissä eroja pidemmän ja lyhyemmän työkokemuksen omaavien neuropsykologista kuntoutusta tekevien ammattilaisten välillä.

Aiemmissa kyselytutkimuksissa (Turunen ym., 2019; Hokkanen ym., 2021) neuropsykologisen kuntoutuksen toteuttajat ovat lähtökohtaisesti olleet pitkän työkokemuksen omaavia asiantuntijoita ja suurin osa heistä on toiminut kuntouttajan roolissa joko yksityisenä ammatinharjoittajana tai muissa yksityissektorin kautta toteutuneissa työtehtävissä. Sosiaali- ja terveysalan yrittäjäaikomuksia ja arvoja kartoittavassa tutkimuksessa (Lähdeniemi, Järvensivu, Niiranen, Karjalainen & Saaranen-Kauppinen, 2022) todettiin, että aikomus ryhtyä ammatinharjoittajaksi tai yrittäjäksi näyttäytyi sosiaali- ja terveysalalla eräänlaisena pitkän ajatusprosessin jälkeisenä käännekohtana suhteessa työelämän instituutioista kumpuaviin kokemuksiin. Nämä tutkimustulokset huomioiden halutaan selvittää, toimivatko pidemmän työkokemuksen omaavat neuropsykologian alan ammattilaiset myös tässä osatutkimuksessa useammin yksityisen sektorin puolella ja painottuvatko heillä julkisen terveydenhuollon ulkopuoliset kuntoutuksen järjestäjätahot (mm. Kela ja vakuutusyhtiöt). Kuntoutuksen järjestäjä määrittänyt neuropsykologisen yksilötutkimuksen ja siinä esiin tulleiden vaikeuksien pohjalta laaditun kuntoutussuunnitelman pohjalta, jossa määritellään mm. syy hakea kuntoutusta, kuntoutuksen kohteet ja arvio kuntoutustarpeen kestosta (Virta ym., 2018). Tarve neuropsykologiselle kuntoutukselle tulisi aina tuoda esiin, kun sille löytyy selvät perusteet, vaikkei kuntoutusta käytännön tasolla saataisi välttämättä järjestettyä (Poutiainen & Nukari, 2019). Kuntoutuspalvelujen tarve on Suomessa valtakunnallisesti todettu suuremmaksi kuin tarjonta kohderyhmästä riippumatta, minkä vuoksi kuntoutuksen saatavuus on osassa Suomea hyvin rajallista (Poutiainen & Nukari, 2019). Neuropsykologisen kuntoutuksen järjestäjätahoja ovat tällä hetkellä yliopistosairaalat, useimmat keskussairaalat ja hyvin varustellut kuntoutusyksiköt osana julkista terveydenhuoltoa, minkä lisäksi kuntoutusta tarjoavat mm. yksityiset kuntoutuslaitokset ja ammatinharjoittajat (Poutiainen & Nukari, 2019). Järjestäjätahot voivat siis vaihdella riippuen siitä, minkälaisessa toimintaympäristössä kuntoutusta toteutetaan.

Kokonaisuudessaan ammatillisilla kyselytutkimuksilla on viime vuosien ja vuosikymmenien aikana kerätty paljon tutkimustietoa kliinistä neuropsykologista työtä tekeviltä ammattilaisilta Suomessa, minkä lisäksi yleisimpiä kuntoutuskäytäntöjä on kuvattu keräämällä tietoa useammista lähteistä systemaattisiin katsauksiin. Näissä esiin tulleita asioita tarkastelemalla on voitu mm. arvioida kuntouttajien määrää, kuntoutuksen sisältöjä, yleisimpiä käytäntöjä sekä vaikutuksia. Havaintojen pohjalta on voitu kehittää hyviä kuntoutuskäytäntöjä eri toimijoiden tarpeisiin. Aikuisväestöön kuuluvien aivovaurioista kärsivien potilaiden neuropsykologisen kuntoutuksen käytäntöjä ja kehittämisajatuksia on kuvattu viimeksi Nukarin ja työryhmän (2012) toimesta systemaattisessa katsauksessa, jonka tarkoituksena on ollut arvioida neuropsykologisen kuntoutuksen vaikuttavuutta kyseisessä potilasryhmässä. Tutkimustietoa on saatu opiskelu- ja työkykyyn liittyvien rajoitteiden kuntoutukseen painottuvan Kelan 16–67-vuotiaille tarkoitetun harkinnanvaraisen neuropsykologisen kuntoutuksen toteutumisesta ja vaikutuksista (Turunen ym., 2019). Lisäksi aiemmissa kyselytutkimuksissa on tarkasteltu lasten neuropsykologisen kuntoutuksen tekijöitä, sisältöjä ja yleisimpiä käytäntöjä (Hokkanen ym., 2021). Kyselytutkimusten ja systemaattisten katsausten avulla on tähän mennessä saatu monipuolisesti arvokasta tietoa Suomessa olemassa olevista neuropsykologisen kuntoutuksen käytännöistä sekä lasten että aikuisten kuntoutuksen osalta. Kyselytutkimuksissa ei kuitenkaan tähän mennessä ole huomioitu kuntouttajien työkokemuksen määrän yhteyttä kuntoutuskäytäntöihin.

Tässä osatutkimuksessa tavoitteena on kartoittaa sekä aikuisten että lasten neuropsykologisen kuntoutuksen ja ohjannan käytäntöjä Suomessa. Olemassa olevia käytäntöjä on tarkoitettu tarkastella kuntoutuksen ikäryhmiä tai järjestäjätahoja erottelematta, ja tulosten vertailussa kiinnittää erityistä huomiota siihen, miten työkokemuksen määrä on yhteydessä kuntoutuskäytäntöihin.

Täsmennetty tutkimuskysymys on:

Miten neuropsykologisen kuntoutuksen toteuttajien työkokemuksen määrä on yhteydessä kuntoutuskäytäntöihin ja kuntoutuksen lähestymistapoihin?

MENETELMÄT

Tutkimus on toteutettu osana ”Neuropsykologian ammatilliset käytännöt”- tutkimusprojektia, jonka yhteydessä selvitettiin neuropsykologisen työn sisällöllisiä painotuksia, tutkimus- ja lausuntokäytäntöjä, kuntoutus- ja ohjantakäytäntöjä, neuropsykologien tekemää tieteellistä tutkimusta, kehittämistyötä sekä työhyvinvointia. Tarkemmin kyselyn laatimista kuvataan Rantasen ja kollegojen artikkelissa (2026). Tässä osatutkimuksessa raportoidut tulokset koskevat neuropsykologisen kuntoutuksen ja ohjannan käytäntöjä. Kuntoutuksen toteuttamiseen liittyviä kysymyksiä oli kyselyssä yhteensä 19. Näistä viisi oli vapaamuotoisia avokysymyksiä. Liitteenä on tätä tutkimusta koskevat kysymykset tekstimuodossa (Liite 1), mistä selviää kysymysten muotoilu. Helsingin Yliopiston lääketieteellisen tiedekunnan tutkimuseettinen toimikunta ennakoarvioi tutkimuksen ja antoi siitä puoltavan lausunnon 25.3.2024, päätösnumero 6/24.

Kyselyyn sen vastausaikana 28.3.-10.6.2024 saatiin kaikkiaan 151 analysoitavaa vastausta. Vastauksia kuntoutuskäytäntöjä koskeviin kysymyksiin antoi yhteensä 99 henkilöä, ja nämä vastaajat sisällytettiin tämän osatutkimuksen analyysiin. Vertailuja varten työkokemuksen määrän vaikutusta tarkasteltiin jakamalla vastaajat niihin, joilla oli perustutkinnon (PsM tai vastaava) suorittamisesta 18 vuotta tai vähemmän (jatkossa ”lyhyempi työkokemus”) ja niihin, joilla tästä oli yli 18 vuotta (jatkossa ”pidempi työkokemus”). Jako perustui koko vastaajajoukon mediaaniin perustutkinnon valmistumisvuoden ollessa joko välillä 1982-2005 (n=73) tai 2006-2024 (n=77). Yksi vastaaja ei ollut ilmoittanut perustutkinnon valmistumisvuottaan. Vastaajat jakautuivat työkokemuksen mukaan niin, että pidemmän työkokemuksen omaavia kuntouttajia oli hieman enemmän (n=54) kuin lyhyemmän työkokemuksen omaavia kuntouttajia (n=44). Perustutkinnon valmistumisvuoden ilmoittamatta jättänyt vastaaja sisällytettiin analyysissä pidemmän työkokemuksen omaavien kuntouttajien ryhmään vastaajan muiden vastausten perusteella.

Muuttujien tulokset raportoitiin asiakas- ja käyntimäärien osalta jatkuvina (keskiarvot- ja hajonnat), mutta tilastolliset vertailut tehtiin ei-parametrisina, Mann-Whitneyn *U*-testillä. Muiden muuttujien osalta tulokset raportoitiin kategorisina (frekvenssit ja/tai prosenttiosuudet) ja tilastolliset vertailut tehtiin ei-parametrisina, Mann-Whitneyn *U*-testillä, niin että ryhmien sisäisissä vertailuissa käytettiin keskiarvoja järjestelmän vastausvaihtoehdoille koodaamista numeroarvoista (Liite 1).

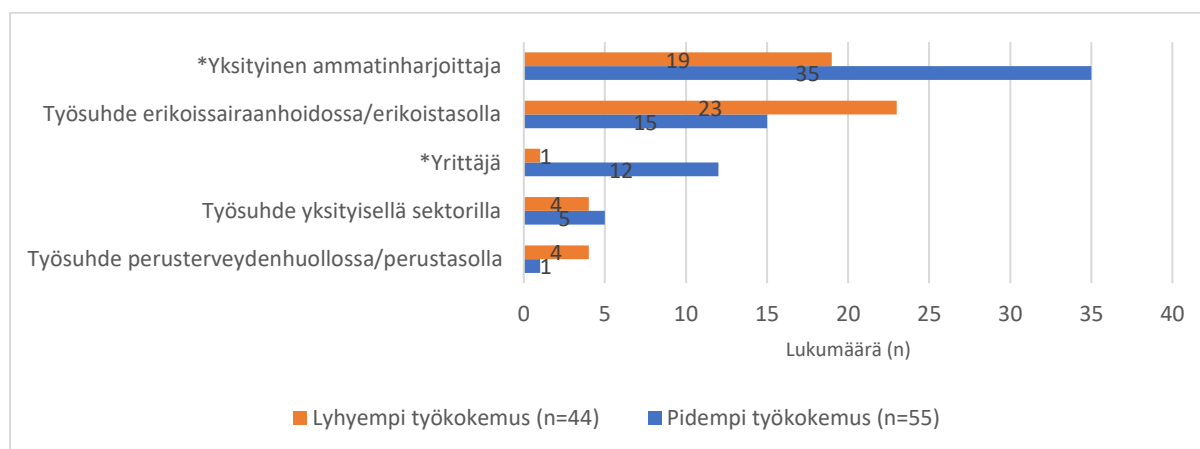
TULOKSET

Neuropsykologisen kuntoutuksen käytäntöjä tarkasteltiin niiden vastaajien osalta, jotka olivat tehneet neuropsykologista kuntoutusta tai ohjantaa viimeisen viiden vuoden aikana (n=99).

Kuntoutuskäytäntöjä koskevien kysymysten välillä vastaajien määrä kuitenkin vaihteli. Vastaajista 86 prosenttia (n=85) oli naisia ja 12 prosenttia (n=12) miehiä, minkä lisäksi alle neljä vastaajaa oli valinnut vaihtoehdon muun sukupuolen edustaja/en halua ilmoittaa sukupuoltani. Vastaajien ikäjakauma oli 26–68 vuotta (ka 46 v). Vastaajista 72 prosenttia (n=71) oli käynyt kliinisen neuropsykologian erikoistumiskoulutuksen, 13 prosenttia (n=13) oli parhaillaan kliinisen neuropsykologian erikoistumiskoulutuksessa ja 15 prosenttia (n=15) ei ollut käynyt erikoistumiskoulutuksia. Vastaajista 52 prosenttia (n=51) sijoittui maantieteellisesti aluehallintovirastojakoa noudattaen pääkaupunkiseudulle tai muualle Etelä-Suomeen, ja 47 prosenttia (n=47) muualle Suomeen. Yksi vastaaja ei ollut ilmoittanut työpaikkansa sijaintia postinumeroin.

Kuntoutusroolit ja kuntoutusta järjestävät tahot

Vastaajia pyydettiin kertomaan valmiiden vastausvaihtoehtojen muodossa, missä roolissa he toteuttavat neuropsykologista kuntoutusta omassa työssään. Vastaajat saivat valita useamman vaihtoehdon, jos kuntouttajaroleja oli enemmän kuin yksi. Neuropsykologista kuntoutusta tekevät vastaajat toimivat tyypillisimmin joko yksityisinä ammatinharjoittajina tai heillä oli työsuhde erikoissairaanhoidossa/erityistasolla (kuva 1). Monilla vastaajilla oli myös useampia kuntouttajaroleja (n=20). Pidemmän työkokemuksen omaavat kuntouttajat toimivat useammin yksityisinä ammatinharjoittajina (Mann-Whitneyn $U=2156.5$, $p=.003$) ja yrittäjinä (Mann-Whitneyn $U=2385$, $p<.001$) kuin lyhyemmän työkokemuksen omaavat kuntouttajat (kuva 1). Muiden kuntouttajaroolien osalta työkokemusvuosien mukaisesti jaetut ryhmät eivät eronneet merkitsevästi toisistaan.



Kuva 1. Kuntouttajaroolien yhteenlasketut frekvenssit jaettuna perustutkinnon valmistumisvuoden mukaisiin ryhmiin. Tähdellä on merkitty ne kuntouttajaroolit, joiden kohdalla/osalta lyhyemmän (perustutkinnosta ≤ 18 vuotta) ja pidemmän (perustutkinnosta > 18 vuotta) työkokemuksen omaavat kuntouttajat erosivat toisistaan merkitsevästi (Mann-Whitneyn U -testi).

Vastaajia pyydettiin arvioimaan kuntoutusten järjestäjätahoja niiden yleisyyden mukaan. Kuntoutuksen järjestäjätahoista Kela jakoi vastaajat melko tasaisesti ryhmiin, jotka eivät tehneet lainkaan Kelan järjestämiä kuntoutuksia tai tekivät niitä enimmäkseen (Taulukko 1). Vakuutusyhtiöiden järjestämiä ja täysin itsemaksavien asiakkaiden kuntoutuksia tehtiin vähäisessä määrin, eikä suurin osa vastaajista tehnyt näitä lainkaan. Suurimmalla osalla ei ollut kuntien/hyvinvointialueiden maksusitoumuksilla tai palveluseteleillä toteutuvia kuntoutuksia lainkaan, tai näitä tehtiin ”vähän” tai ”jonkin verran”. Suurin osa vastaajista ei tehnyt kuntoutusta

myöskään julkisen terveydenhuollon puolella työsuhteessa lainkaan, mutta noin viidesosa vastaajista teki kuntoutusta enimmäkseen julkisen terveydenhuollon puolella työsuhteessa. Yhteensä kolme vastaajaa oli vapaamuotoisemmin kertonut muista kuntoutuksen järjestäjätahoista, joita olivat sosiaalitoimi, sairaanhoitopiirit (mm. HUS) ja erikoissairaanhoido/erityistaso. Pidemmän työkokemuksen omaavilla kuntouttajilla oli enemmän Kelan (Mann Whitney $U=585.5$, $p<.001$) ja vakuutusyhtiöiden (Mann Whitney $U=760$, $p=.017$) järjestämiä kuntoutuksia sekä täysin itsemaksavia asiakkaita (Mann Whitney $U=806$, $p=.031$) kuin lyhyemmän työkokemuksen omaavilla kuntouttajilla (Taulukko 1). Lyhyemmän työkokemuksen omaavat kuntouttajat puolestaan toteuttivat enemmän kuntoutusta julkisen terveydenhuollon palveluna työsuhteessa (Mann Whitney $U=1402$, $p=.008$) kuin pidemmän työkokemuksen omaavat kuntouttajat. Kuntien/hyvinvointialueiden maksusitoumuksilla/palveluseteleillä toteutuvien kuntoutusten osalta kuntouttajat eivät eronneet toisistaan merkitsevästi työkokemusvuosien perusteella.

Taulukko 1. Vastaajien (n=99) arvioimat neuropsykologisen kuntoutuksen järjestäjätahot. Vastaajista ilmoitettu yhteenlasketut frekvenssit ja prosenttiosuudet, jotka on jaettu lyhyemmän (perustutkinnosta ≤ 18 vuotta) ja pidemmän (perustutkinnosta > 18 vuotta) työkokemuksen omaavien kuntouttajien ryhmiin. Lisäksi jokaisen järjestäjätahon osalta on ilmoitettu Mann-Whitneyn *U* ja merkitsevyysaste (*p*). Tilastollisesti merkitsevät ryhmien väliset erot on esitetty lihavoituna.

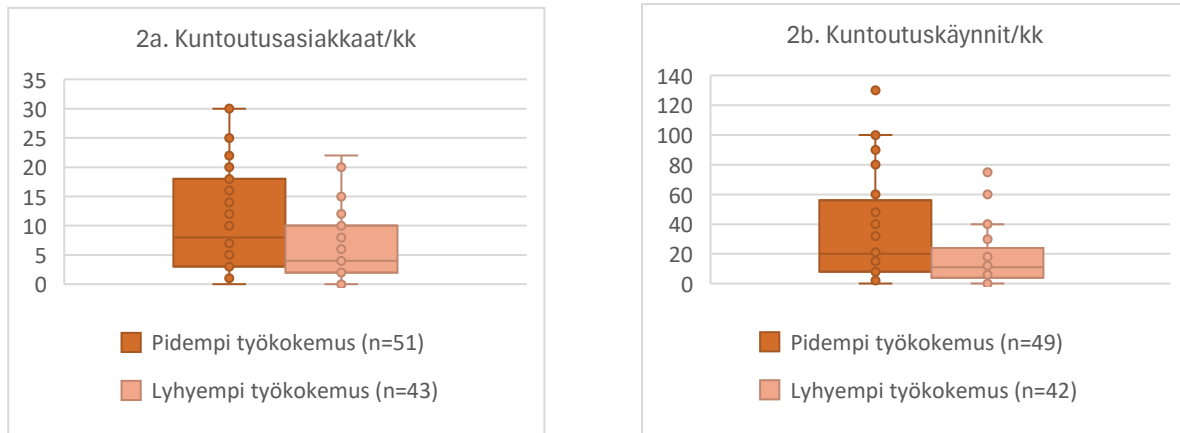
		Pidempi työkokemus ¹	Lyhyempi työkokemus ²	Mann-Whitneyn <i>U</i>	<i>p</i>
Kela		% (n)	% (n)	585.5	<.001
	Enimmäkseen (puolet tai yli)	59 (29)	23 (10)		
	Jonkin verran (10-30%)	14 (7)	7 (3)		
	Vähän (alle 10%)	4 (2)	9 (4)		
	Ei lainkaan	22 (11)	60 (26)		
Vakuutusyhtiöt				760	0.017
	Enimmäkseen (puolet tai yli)	2 (1)	5 (2)		
	Jonkin verran (10-30%)	33 (16)	2 (1)		
	Vähän (alle 10%)	19 (9)	28 (12)		
	Ei lainkaan	46 (22)	65 (28)		
Täysin itsemaksavat asiakkaat				806	0.031
	Enimmäkseen (puolet tai yli)	0 (0)	0 (0)		
	Jonkin verran (10-30%)	10 (5)	2 (1)		
	Vähän (alle 10%)	33 (16)	21 (9)		
	Ei lainkaan	56 (27)	77 (33)		
Kuntien/hyvinvointialueiden maksusitoumus/palveluseteli				932	0.405
	Enimmäkseen (puolet tai yli)	17 (8)	21 (9)		
	Jonkin verran (10-30%)	25 (12)	23 (10)		
	Vähän (alle 10%)	29 (14)	5 (2)		
	Ei lainkaan	29 (14)	51 (22)		
Kuntoutus toteutuu julkisen terveydenhuollon palveluna työsuhteessa				1402	0.008
	Enimmäkseen (puolet tai yli)	22 (11)	47 (20)		
	Jonkin verran (10-30%)	4 (2)	2 (1)		
	Vähän (alle 10%)	4 (2)	7 (3)		
	Ei lainkaan	71 (36)	44 (19)		

1) Ryhmän koko vaihtelee välillä 48-51; 2) Ryhmän koko kaikissa 43

Kuntoutusasiakkaat

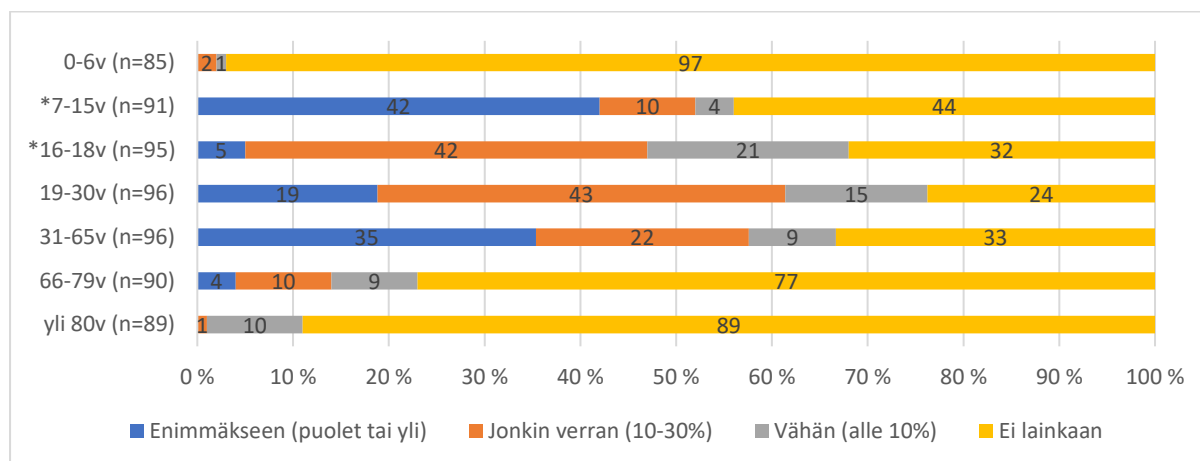
Tutkimuksessa vastaajia pyydettiin arvioimaan, montako eri kuntoutusasiakasta ja kuntoutuskäyntiä heillä oli viimeisen vuoden aikana keskimäärin ollut kuukaudessa. Vastaajat (n=99) arvioivat, että heillä oli viimeisen vuoden aikana ollut keskimäärin 9 (ka 8.9, kh 7.75) eri kuntoutusasiakasta ja 27 (ka 26.9, kh 29.05) kuntoutuskäyntiä kuukaudessa. Yhden vastaajan ilmoittama poikkeava havainto (ns. outlier) kuntoutuskäyntien osalta poistettiin ennen keskiarvojen laskemista ja tarkempia analyysejä. Pidemmän työkokemuksen omaavilla kuntouttajilla oli merkitsevästi enemmän (ka 11.2, kh 8.52) eri kuntoutusasiakkaita kuukaudessa verrattuna lyhyemmän työkokemuksen omaaviin kuntouttajiin (ka 6.3, kh 5.62) (Mann-Whitneyn *U*=713.5,

$p=.004$) (kuva 2a). Pidemmän työkokemuksen omaavilla kuntouttajilla oli merkitsevästi enemmän (ka 35.3, kh 33.44) kuntoutuskäyntejä kuukaudessa verrattuna lyhyemmän työkokemukseen omaaviin kuntouttajiin (ka 17.7, kh 19.43) (Mann Whitneyyn $U=666$, $p=.004$) (kuva 2b).



Kuva 2a ja 2b. Kuntoutusasiakkaiden ja kuntoutuskäyntien arvioidut määrät lyhyemmän (perustutkinnosta ≤ 18 vuotta) ja pidemmän (perustutkinnosta > 18 vuotta) työkokemuksen omaavien kuntouttajien ryhmissä. Kuvioissa ilmaistu vastausten jakautuminen ja vaihteluväli.

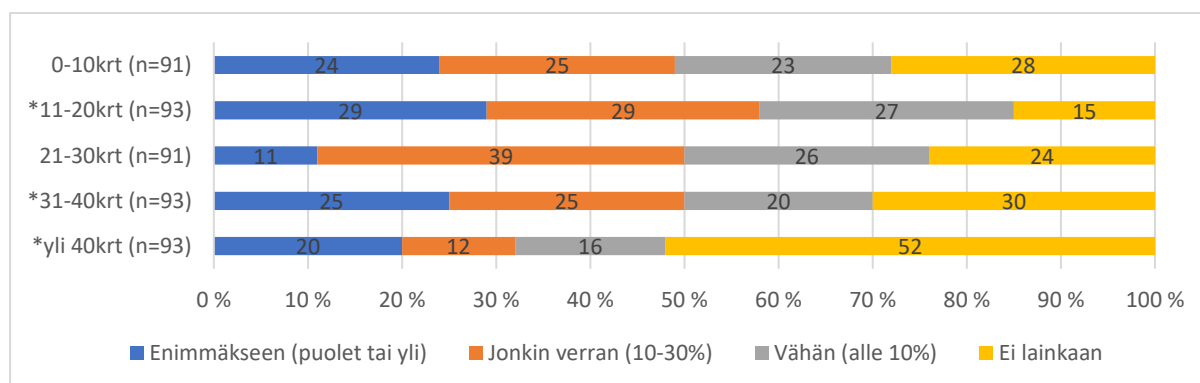
Vastaajia pyydettiin arvioimaan, missä määrin he tekevät kuntoutustyötä eri ikäryhmien parissa. Vastaajat jakoutuivat melko tasaisesti sen mukaan, mitä ikäryhmiä he ilmoittivat kuntouttavansa ja suurin osa kuntouttajista teki laaja-alaisesti töitä eri ikäryhmien kanssa lukuun ottamatta ikäryhmiä 0–6-vuotiaat lapset ja yli 80-vuotiaat ikääntyneet, joissa kuntouttajia ei juurikaan ollut (kuva 3). Tyypillisimmät ikäryhmät, joiden parissa kuntouttajat tekivät töitä, olivat joko 7–15-vuotiaat lapset ja nuoret, tai 31–65-vuotiaat aikuiset. Perustutkinnon valmistumisajankohdan mukaan tarkasteltuna lyhyemmän työkokemuksen omaavilla kuntouttajilla oli enemmän ikäryhmään 7–15-vuotiaat kuuluvia kuntoutusasiakkaita (Mann Whitneyyn $U=683$, $p=.005$), kun taas pidemmän työkokemuksen omaavilla kuntouttajilla oli enemmän ikäryhmään 16–18-vuotiaat kuuluvia kuntoutusasiakkaita (Mann Whitneyyn $U=682.5$, $p<.001$). Muita ikäryhmiä kuntouttaneet vastaajat eivät eronneet merkitsevästi toisistaan työkokemusvuosien perusteella.



Kuva 3. Vastaajien (n=99) arvio siitä, missä määrin he tekevät neuropsykologista kuntoutusta eri ikäryhmien parissa. Vastaajien määrä on ilmaistu prosenttiosuuksina. Tähdellä on merkitty ne kuntoutuksen kohteena olevat ikäryhmät, joiden kohdalla/osalta lyhyemmän työkokemuksen (perustutkinnosta ≤ 18 vuotta) ja pidemmän (perustutkinnosta > 18 vuotta) työkokemuksen omaavat kuntouttajat erosivat toisistaan merkitsevästi (Mann-Whitneyn U -testi).

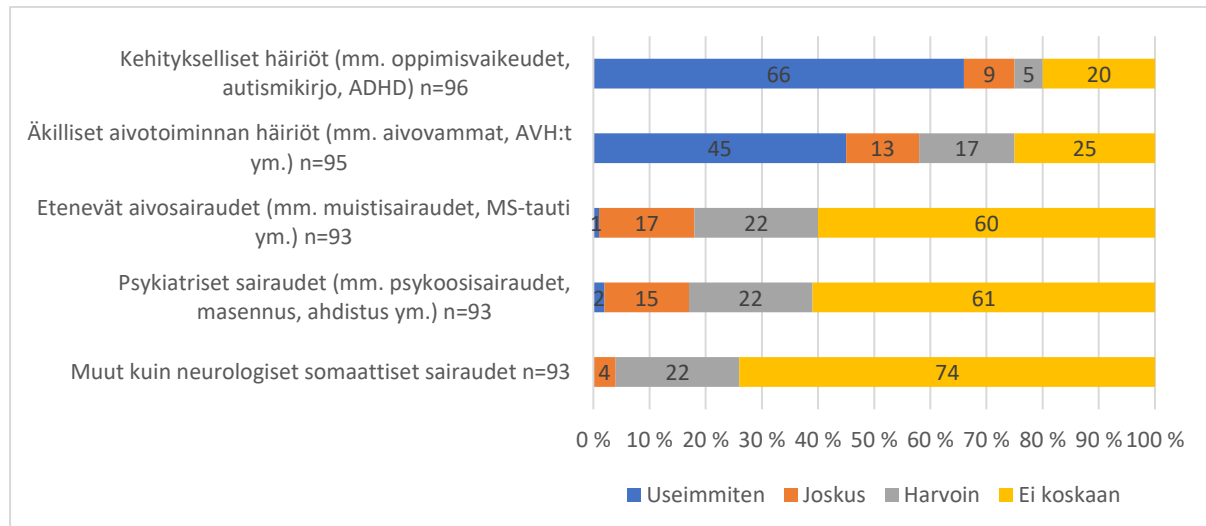
Kuntoutuksen kesto ja sisällöt

Kuntouttajat tekivät melko tasaisesti eri mittaisia kuntoutusjaksoja ja kaikki vastaajat tekivät jonkin verran sekä lyhyempiä että pidempiä kuntoutusjaksoja. Enimmäkseen tehtiin joko 11–20 kerran mittaisia kuntoutusjaksoja tai 31–40 kerran mittaisia kuntoutusjaksoja (kuva 4). Yli puolet vastaajista ilmoitti, ettei tee lainkaan yli 40 kerran kuntoutusjaksoja. Kuntoutusjaksojen pituuksia tarkasteltaessa pidemmän työkokemuksen omaavilla kuntouttajilla oli enemmän 31–40 kerran (Mann-Whitneyn $U=765.5$, $p=.021$) ja yli 40 kerran mittaisia kuntoutuksia (Mann-Whitneyn $U=547$, $p<.001$) kuin lyhyemmän työkokemuksen omaavilla kuntouttajilla. Lyhyemmän työkokemuksen omaavilla kuntouttajilla oli puolestaan enemmän 11–20 kerran (Mann-Whitneyn $U=1351.5$, $p=.016$) mittaisia kuntoutusjaksoja kuin pidemmän työkokemuksen omaavilla kuntouttajilla. Muiden kuntoutusjaksojen pituuksien osalta lyhyemmän ja pidemmän työkokemuksen omaavat kuntouttajat eivät eronneet toisistaan merkitsevästi.



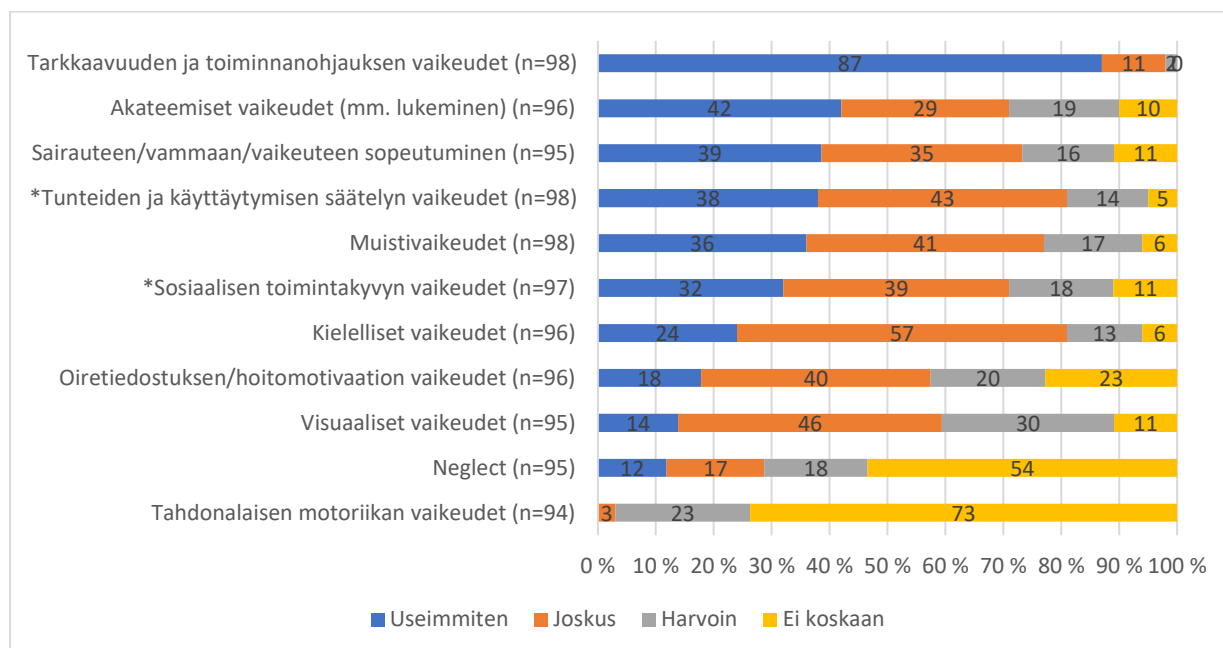
Kuva 4. Vastaajien (n=99) arvioimat kuntoutusjaksojen pituudet. Vastaajien määrä on ilmaistu prosenttiosuuksina. Tähdellä on merkitty ne kuntoutusjaksojen pituudet, joiden kohdalla/osalta lyhyemmän työkokemuksen (perustutkinnosta ≤ 18 vuotta) ja pidemmän (perustutkinnosta > 18 vuotta) työkokemuksen omaavat kuntouttajat erosivat toisistaan merkitsevästi (Mann-Whitneyn U -testi).

Kuntoutukseen tultiin vastaajien arvioimana useimmiten kehityksellisten häiriöiden tai äkillisten aivotoiminnan häiriöiden vuoksi (kuva 5). Etenevien aivosairauksien, psykiatristen sairauksien ja muiden kuin neurologisten somaattisten sairauksien vuoksi kuntoutukseen tultiin harvemmin, ja yli puolet vastaajista raportoi, etteivät nämä olleet tulosyitä koskaan. Muita tulosyitä oli kirjattu kahden vastaajan toimesta vapaamuotoisemmin, ja näitä olivat erilaiset lapsuudessa todetut harvinaissairaudet/syndroomat, joilla on vaikutusta kognitiiviseen kehitykseen, sekä toiminnalliset häiriöt. Pidemmän ja lyhyemmän työkokemuksen omaavat kuntouttajat eivät minkään tulosyyn osalta eronneet toisistaan merkitsevästi.



Kuva 5. Vastaajien (n=99) arvioimat kuntoutuksen tulosyitä. Vastaajien määrä on ilmaistu prosenttiosuuksina.

Kuntoutuksen kohteena oli tyypillisimmin tarkkaavuuden ja toiminnanohjauksen vaikeudet, minkä lisäksi yleisiä kuntoutuksen kohteita olivat lukemisen, kirjoittamisen ja muiden akateemisten taitojen vaikeudet, sairauteen/vammaan/vaikeuteen sopeutuminen, tunteiden ja käyttäytymisen säätelyn vaikeudet, muistivaikeudet, sosiaalisen toimintakyvyn vaikeudet ja kielelliset vaikeudet (kuva 6). Harvinaisimpia kuntoutuksen kohteita olivat neglect-oireet ja tahdonalaisen motoriikan vaikeudet. Muita kuntoutuksen kohteita oli kirjattu vapaamuotoisemmin kolmen vastaajan toimesta, ja näitä olivat väsyvysoireet (ns. fatiikki) ja itsenäistymisvaiheen tukeminen. Pidemmän työkokemuksen omaavilla kuntouttajilla kuntoutuksen kohteet liittyivät useammin sosiaalisen toimintakyvyn vaikeuksiin (Mann Whitneyyn $U=837.5$, $p=.019$) ja tunteiden/käyttäytymisen säätelyn vaikeuksiin (Mann Whitneyyn $U=868$, $p=.020$) kuin lyhyemmän työkokemuksen omaavilla kuntouttajilla (kuva 6). Muiden kuntoutuksen kohteiden osalta kuntouttajat eivät työkokemusvuosien perusteella eronneet merkitsevästi toisistaan.



Kuva 6. Vastaajien (n=99) arvioimat kuntoutuksen kohteet. Vastaajien määrä on ilmaistu prosenttiosuuksina. Tähdellä on merkitty ne kuntoutuskohteet, joiden kohdalla/osalta lyhyemmän työkokemuksen (perustutkinnosta ≤ 18 vuotta) ja pidemmän (perustutkinnosta > 18 vuotta) työkokemuksen omaavat kuntouttajat erosivat toisistaan merkitsevästi (Mann Whitneyin *U*-testi).

Yleisimpiä kuntoutusmenetelmiä tai lähestymistapoja olivat psykoedukaatio, psyykinen tuki, toimintastrategioiden läpikäynti ja harjoittelu sekä yksilöllisesti räätälöidyt tehtävät, joita yli puolet vastaajista arvioi käyttävänsä aina (Taulukko 2). Harvinaisimpia kuntoutuksessa käytettyjä menetelmiä olivat tietokonepohjaiset harjoitukset ja kotitehtävät, työn muokkauksen ja kognitiivisen ergonomian ohjaus sekä verkostojen ohjaus, joita yli 20 prosenttia vastaajista ei arvionsa mukaan käyttänyt koskaan. Pidemmän työkokemuksen omaavat kuntouttajat hyödynsivät kuntoutuksessa useammin läheisten/perheen ohjausta (Mann Whitneyin $U=783.5$, $p=.003$), yksittäisiä verkostoneuvotteluita (Mann Whitneyin $U=855$, $p=.018$) ja verkostojen ohjausta (Mann Whitneyin $U=675$, $p<.001$) kuin lyhyemmän työkokemuksen omaavat kuntouttajat (Taulukko 2). Muiden kuntoutuksen menetelmien/lähestymistapojen osalta kuntouttajat eivät työkokemusvuosien perusteella eronneet toisistaan merkitsevästi.

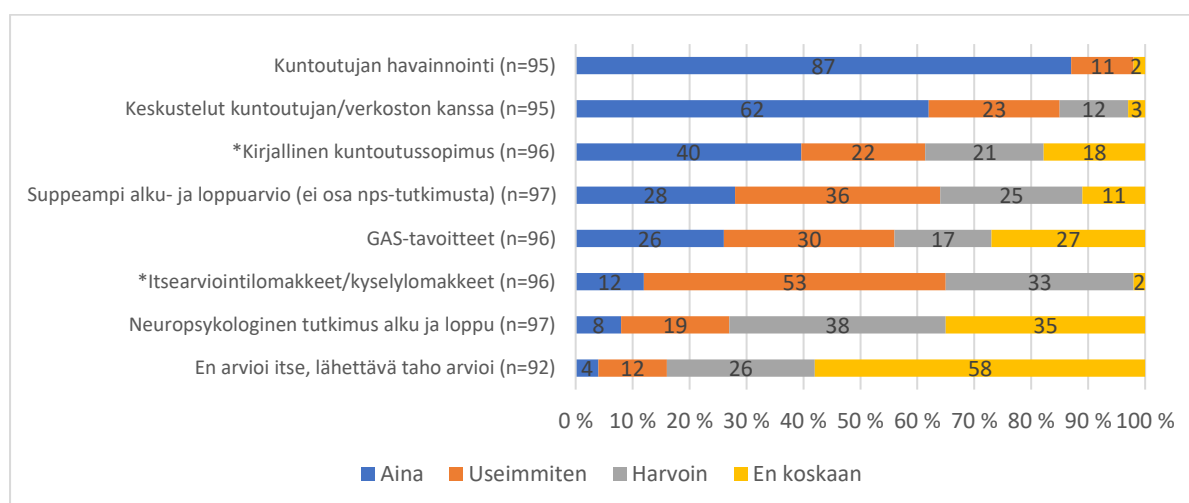
Taulukko 2. Vastaajien (n=99) arvioimat kuntoutuksen menetelmät/lähestymistavat. Vastaajista ilmoitettu prosenttiosuudet, frekvenssit ja perustutkinnon valmistumisvuoden mukaan tehtyjen vertailujen tunnusluvut. Lihavoitu on ne menetelmät/lähestymistavat, joiden kohdalla/osalta lyhyemmän työkokemuksen (perustutkinnosta ≤ 18 vuotta) ja pidemmän (perustutkinnosta > 18 vuotta) työkokemuksen omaavat kuntouttajat erosivat toisistaan merkitsevästi (Mann-Whitneyn *U*-testi).

	Aina	Useimmiten	Harvoin	En koskaan	Mann-Whitneyn <i>U</i>	<i>p</i>
Neuropsykologisen kuntoutuksen menetelmät/lähestymistavat	% (n)	% (n)	% (n)	% (n)		
Psykoedukaatio (n=98)	90 (88)	8 (8)	2 (2)	0 (0)	1126.5	0.569
Psyykinen tuki (n=98)	78 (76)	22 (22)	0 (0)	0 (0)	1046	0.223
Asiakkaan kokemuksista lähtevä, ymmärrystä ja hallintakeinoja tukeva keskustelu (n=98)	78 (76)	21 (21)	1 (1)	0 (0)	1170	0.968
Toimintastrategioiden läpikäynti ja harjoittelu (n=98)	64 (63)	32 (31)	3 (3)	1 (1)	1211.5	0.693
Yksilöllisesti räätälöidyt tehtävät (n=98)	54 (53)	31 (30)	15 (15)	0 (0)	1115	0.682
Psykososiaalinen tuki (n=95)	48 (46)	41 (39)	10 (9)	1 (1)	963	0.261
Oiretiedostuksen ja kuntoutusmotivaation vahvistaminen ja tukeminen (n=96)	47 (45)	45 (43)	8 (8)	0 (0)	1198	0.526
Kompensointikeinojen tai apuvälineiden käytön ohjaus (n=98)	33 (32)	52 (51)	12 (12)	3 (3)	1300.5	0.283
Arjen suunnitelmien luominen ja systemaattinen seuranta (n=97)	31 (30)	51 (49)	16 (15)	3 (3)	1062.5	0.512
Yhteistyöneuvottelu verkostojen kanssa (yksi tapaaminen/kuntoutusjakso) (n=98)	29 (28)	34 (33)	29 (28)	9 (9)	855	0.018
Läheisten/perheen ohjaus (n=98)	25 (24)	44 (43)	29 (28)	3 (3)	783.5	0.003
Verkostojen ohjaus (useampi tapaaminen/kuntoutusjakso) (n=98)	11 (11)	25 (24)	35 (34)	30 (29)	675	<.001
Kynä-paperipohjaiset kotitehtävät (n=98)	9 (9)	34 (33)	50 (49)	7 (7)	1371	0.105
Käsikirjaan pohjaavat menetelmät (n=98)	4 (4)	25 (24)	59 (58)	12 (12)	1098.5	0.577
Tietokonepohjaiset harjoitukset (n=98)	3 (3)	25 (24)	51 (50)	21 (21)	935	0.068
Työn muokkauksen ja kognitiivisen ergonomian ohjaus (n=97)	3 (3)	46 (45)	24 (23)	27 (26)	1248	0.411
Rentoutusharjoitukset (n=98)	1 (1)	35 (34)	58 (57)	6 (6)	1113	0.658
Tietokonepohjaiset kotitehtävät (n=97)	0 (0)	11 (11)	62 (60)	27 (26)	1034	0.345

Vastaajia pyydettiin myös arvioimaan, miten eri kuntoutuksen toteutustavat painottuvat heidän työssään. Vastaajista 99 prosenttia (n=97) teki lähikuntoutusta vastaanotolla keskimäärin 81 prosenttia työajasta (vaihteluväli 5–100 %). Lähikuntoutuksen tekeminen vastaanoton ulkopuolella oli selvästi harvinaisempaa ja sitä teki 32 prosenttia (n=31) vastaajista. Vastaanoton ulkopuolella toteutuvan lähikuntoutuksen osuus työstä oli keskimäärin 17 prosenttia, mutta osa vastaajista ilmoitti tekevänsä jopa kokoaikaisesti vastaanoton ulkopuolella toteutuvaa lähikuntoutusta (vaihteluväli 0–100 %). Etäkuntoutusta teki 71 prosenttia (n=67) vastaajista. Etäkuntoutuksen osuus omasta työstä oli keskimäärin 17 prosenttia, mutta vastaukset vaihtelivat myös etäkuntoutuksen osalta laajasti 0–90 prosentin välillä. Pidemmän työkokemuksen omaavat kuntouttajat tekivät enemmän vastaanoton ulkopuolista lähikuntoutusta (Mann-Whitneyn *U*=842, *p*=.012) kuin lyhyemmän työkokemuksen omaavat kuntouttajat. Vastaanotolla toteutuvan lähikuntoutuksen ja etäkuntoutuksen osalta lyhyemmän ja pidemmän työkokemuksen omaavat kuntouttajat eivät eronneet toisistaan merkitsevästi.

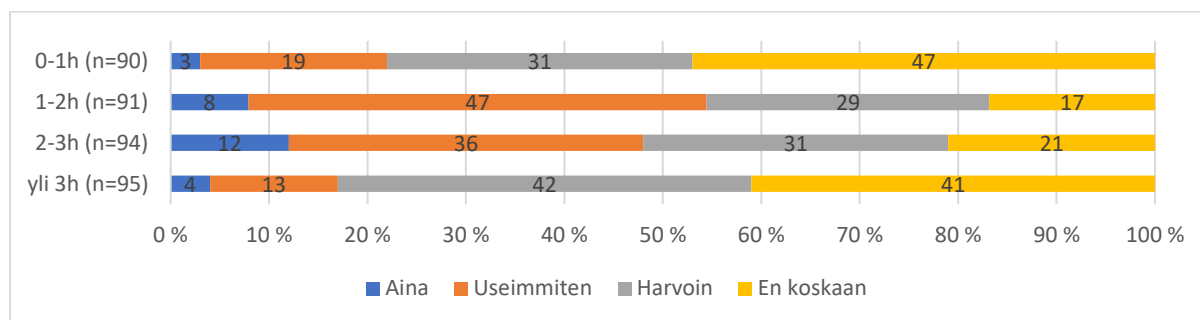
Kuntoutuksen vaikutusten arviointi, lausunointi ja kannanotot

Yleisin tapa arvioida kuntoutuksen vaikutuksia oli vastaajien keskuudessa kuntoutujan havainnointi (kuva 7). Tämän lisäksi hyödynnettiin paljon keskusteluja kuntoutujan ja/tai läheisten/perheen kanssa, kirjallista kuntoutussopimusta, suppeampaa alkua- ja loppuarviota sekä GAS-tavoitteiden laatimista. Harvinaisin tapa arvioida kuntoutuksen vaikutuksia oli neuropsykologinen tutkimus kuntoutuksen alussa ja lopussa. Vastaajista yli puolet (58 %) ei koskaan jättänyt kuntoutuksen vaikutusten arviointia pelkästään lähettävälle taholle. Yhteensä 10 vastaajaa oli listannut muita kuntoutuksen vaikutusten arvioinnissa käytettyjä menetelmiä vapaa-muotoisemmin, ja näitä olivat koulun/työpaikan näkemyksen kysyminen, toimintakykyarviot (mm. Functional Independence Measure, ns. FIM-mittari) ja toisen neuropsykologin tekemä tutkimus kuntoutuksen päättyessä. Pidemmän työkokemuksen omaavat kuntouttajat arvioivat kuntoutuksen vaikutuksia todennäköisemmin kirjallisella kuntoutussopimuksella (Mann-Whitneyn $U=800.5$, $p=.013$) ja itsearviointilomakkeilla/muilla kyselylomakkeilla (Mann-Whitneyn $U=880.5$, $p=.049$) kuin lyhyemmän työkokemuksen omaavat kuntouttajat. Muiden vaikutusten arviointiin käytettyjen menetelmien osalta lyhyemmän ja pidemmän työkokemuksen omaavat kuntouttajat eivät eronneet toisistaan merkitsevästi.



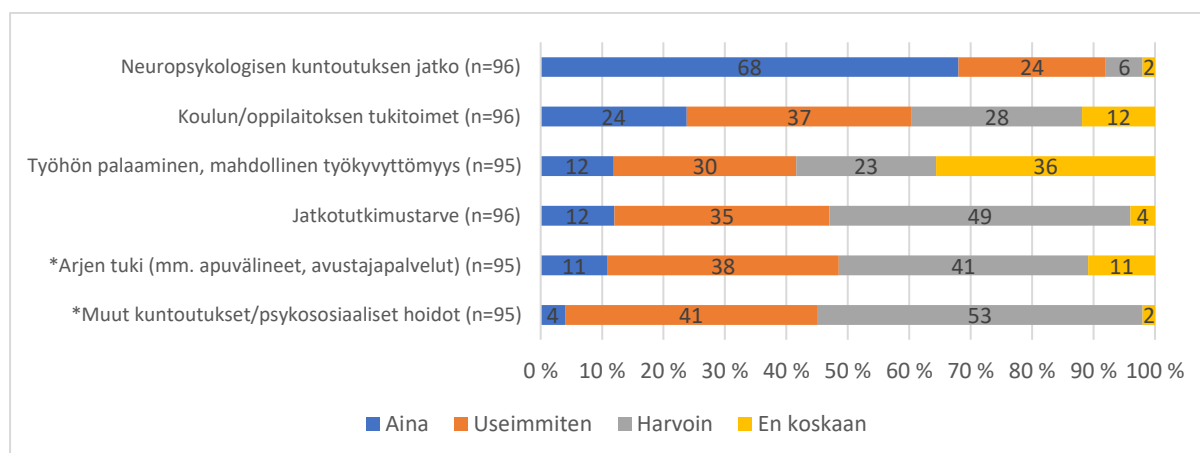
Kuva 7. Vastaajien (n=99) arvioimat menetelmät kuntoutuksen vaikutusten arvioinnissa. Vastaajien määrä on ilmaistu prosenttiosuuksina. Tähdellä on merkitty ne kuntoutuksen vaikutusten arviointiin käytetyt menetelmät, joiden kohdalla/osalta lyhyemmän työkokemuksen (perustutkinnosta ≤ 18 vuotta) ja pidemmän (perustutkinnosta > 18 vuotta) työkokemuksen omaavat kuntouttajat erosivat toisistaan merkitsevästi (Mann-Whitneyn U -testi).

Vastaajista yli puolet arvioi käyttävänsä kirjallisen kuntoutusraportin kirjoittamiseen ”aina” tai ”useimmiten” 1–2 tuntia ja noin puolet 2–3 tuntia (kuva 8). Vastaajista noin 80 prosenttia käytti ”harvoin” tai ”ei koskaan” kuntoutusraportin kirjoittamiseen alle yhden tunnin tai yli kolme tuntia. Kuntoutusraportin kirjoittamiseen käytetty aika ei eronnut pidemmän ja lyhyemmän työkokemuksen omaavien kuntouttajien välillä minkään tarkastelussa olleen ajankäytön osalta merkitsevästi.



Kuva 8. Vastaajien (n=99) arvioimat kirjallisen kuntoutusraportin kirjoittamiseen käytetyt ajat. Vastaajien määrä on ilmaistu prosenttiosuuksina.

Yleisimmin kuntoutusraportissa otettiin kantaa neuropsykologisen kuntoutuksen jatkoon (kuva 9). Koulun/oppilaitoksen tukitoimiin, työhön palaamiseen ja mahdolliseen työkyvyttömyyteen, jatkotutkimustarpeeseen, arjen tukeen ja muihin kuntoutuksiin tai psykososiaalisiin hoitoihin otettiin kantaa vaihtelevasti. Työhön palaamiseen ja mahdolliseen työkyvyttömyyteen liittyvät kannanotot jakoivat eniten vastaajia, ja näihin liittyviä kannanottoja oli tyypillisimmin joko ”useimmiten” tai ”ei koskaan”. Muita kannanoton kohteita oli kirjattu vapaamuotoisemmin yhteensä seitsemän vastaajan toimesta, ja näitä olivat ajokyky, työn muokkauksen ja ammatillisen kuntoutuksen tarve. Pidemmän työkokemuksen omaavat kuntouttajat ottivat useammin kantaa muihin kuntoutuksiin/psykososiaalisiin hoitoihin (Mann Whitneyyn $U=851.5$, $p=.043$) ja arjen tukeen (Mann Whitneyyn $U=792$, $p=.015$) kuin lyhyemmän työkokemuksen omaavat kuntouttajat (kuva 9). Muiden kannanottojen/suosittelujen osalta pidemmän ja lyhyemmän työkokemuksen omaavat kuntouttajat eivät eronneet toisistaan merkitsevästi.



Kuva 9. Vastaajien (n=99) arvioimat kuntoutuksen jatkosuositukset ja kannanotot kirjallisessa kuntoutusraportissa. Vastaajien määrä on ilmaistu prosenttiosuuksina. Tähdellä on merkitty ne kuntoutuksen jatkosuositukset ja kannanotot, joiden kohdalla/osalta lyhyemmän työkokemuksen (perustutkinnosta ≤ 18 vuotta) ja pidemmän (perustutkinnosta > 18 vuotta) työkokemuksen omaavat kuntouttajat erosivat toisistaan merkitsevästi (Mann Whitneyyn U -testi).

POHDINTA

Tämän osatutkimuksen tarkoituksena oli selvittää neuropsykologisen kuntoutuksen olemassa olevia käytäntöjä Suomessa kaikkien kuntoutustyötä viimeisen viiden vuoden aikana tehneiden kuntouttajien osalta. Tietoa kerättiin kuntoutuksen toteuttajista, sisällöistä ja kuntoutuskäytännöistä. Kaikista kyselyyn vastanneista neuropsykologista kuntoutustyötä oli tehnyt 99 vastaajaa. Vastaajat toimivat tyypillisimmin joko yksityisinä ammatinharjoittajina tai erikoissairaanhoidossa/erityistasolla. Kuntoutusta toteutettiin pääsääntöisesti lähikuntouksena vastaanotolla ja asiakaskohderyhmissä oli laajalti eri ikäisiä kuntoutujia. Tavallisimmat kuntoutusjakso olivat joko 11–20 kerran mittaisia tai 31–40 kerran mittaisia, ja kuntoutukseen tultiin useimmiten kehityksellisten häiriöiden tai äkillisten aivotoiminnan häiriöiden vuoksi. Tyypillisimmin kuntoutuksen kohteena olivat tarkkaavuuden tai toiminnanohjauksen vaikeudet, ja yleisimpiä kuntoutusmenetelmiä/lähestymistapoja olivat psykoedukaatio, psyykinen tuki, toimintastrategioiden läpikäynti ja harjoittelu sekä yksilöllisesti räätälöidyt tehtävät. Kuntoutuksen vaikutuksia arvioitiin tavallisimmin kuntoutujaa havainnoimalla ja kirjallisen kuntoutusraportin kirjoittamiseen käytettiin tyypillisesti 1–3 tuntia.

Pidemmän (perustutkinnosta > 18 vuotta, n=55) ja lyhyemmän työkokemuksen (perustutkinnosta ≤ 18 vuotta, n=44) omaavien kuntouttajien käytännöt erosivat monelta osin toisistaan. Pidemmän työkokemuksen omaavat kuntouttajat toimivat todennäköisemmin ammatinharjoittajina tai yrittäjinä, heidän asiakkaidensa kuntoutuksen järjestäjänä toimi yleisemmin Kela tai vakuutusyhtiöt, ja heillä oli enemmän täysin itsemaksavia asiakkaita kuin lyhyemmän työkokemuksen omaavilla kuntouttajilla. Heillä oli tyypillisemmin suuremmat asiakas- ja käyntimäärät sekä pidempiä kuntoutusjaksoja kuin lyhyemmän työkokemuksen omaavilla kuntouttajilla. Kuntoutusasiakkaissa oli enemmän 16–18-vuotiaita nuoria, kuntoutuksen kohteissa painottuivat sosiaalisen toimintakyvyn ja tunteiden/käyttäytymisen säätelyn vaikeudet sekä lähestymistavoissa ohjaukselliset työtavat suhteessa lyhyemmän työkokemuksen omaaviin kuntoutajiin. Pidemmän työkokemuksen omaavat kuntouttajat arvioivat myös kuntoutuksen vaikutuksia todennäköisemmin määrällisesti ja tekivät suosituksia/kannanottoja kuntoutuksen päätyttyä muihin kuntoutus/hoitomuotoihin tai arjen tukeen liittyen suhteessa enemmän kuin lyhyemmän työkokemuksen omaavat kuntouttajat. Lyhyemmän työkokemuksen omaavilla kuntouttajilla oli puolestaan enemmän 7–15-vuotiaiden ikäryhmään kuuluvia kuntoutusasiakkaita, heidän kuntoutusjaksonsa olivat tyypillisemmin lyhyempiä, ja kuntoutus toteutui todennäköisemmin julkisen terveydenhuollon puolella työsuhteessa verrattuna pidemmän työkokemuksen omaaviin kuntoutajiin.

Kuntoutusroolit ja kuntoutusta järjestävät tahot

Kyselyyn vastanneet pidemmän työkokemuksen omaavat kuntouttajat toimivat todennäköisemmin yksityissektorin puolella joko ammatinharjoittajina tai yrittäjinä suhteessa lyhyemmän työkokemuksen omaaviin kuntoutajiin. Pitkän työuran jälkeisiä yrittäjäaikomuksia tarkastelleessa tutkimuksessa (Aronen, 2018) yrittäjäksi ryhtymisen syiksi listattiin mm. työtyytymättömyys, turhautuminen, työttömyys, urakehityksen pysähtyminen, päätösvalta omasta työstä ja työelämän kasvaneet vaatimukset. Eryteisesti sosiaali- ja terveysalan yrittäjyysaikomuksia ja arvoja selvittäneessä tutkimuksessa (Lähdeniemi ym., 2022) puolestaan tuotiin esiin, että sosiaali- ja terveysalalla yrittäjyydessä houkuttelee vapaus tehdä ammatillisten ja omien arvojen mukaista merkityksellistä työtä, sekä mahdollisuus yhteensovittaa oma henkilökohtainen elämänvaihe työn tekemiseen siinä vaiheessa, kun kokemuksia työelämästä on jo pidemmältä ajalta ensin hankittu. Tässä osatutkimuksessa esiin tulleet tulokset tukevat osaltaan aiempien

yrittäjyysaikomuksia tarkastelleiden tutkimusten tuloksia (Aronen 2018, Lähdeniemi ym., 2022) siltä osin, että myös tässä osatutkimuksessa kuntouttajat vaikuttivat siirtyvän ammatinharjoittajiksi tai yrittäjiksi vasta pidemmän työuran jälkeen. Pidemmän työkokemuksen omaavilla ja todennäköisemmin yksityisellä sektorilla toimivilla kuntouttajilla oli jo yli 18 vuoden työkokemus takanaan. Tulevaisuudessa olisi kiinnostavaa selvittää, löytyykö työvuosien kertymisen myötä julkiselta puolelta yksityissektorille siirtymisen taustalta mahdollisesti Työ- ja Elinkeinoministeriön Sote-palvelualaa koskevassa toimialaraportissa (2024) esiin tuotuja julkisen sektorin tehostamistarpeisiin liittyviä tekijöitä tai mahdollisesti yllä kuvattuja Arosen (2018) sekä Lähdeniemen ja kumppanien (2022) muita ammattiryhmiä koskeneissa tutkimuksissaan tunnistamia tekijöitä.

Neuropsykologisen kuntoutuksen saatavuuden näkökulmasta tulokset tuovat uutta näkökulmaa siihen, miksi kuntouttajien saatavuus on aiempien tutkimustulosten valossa koettu esimerkiksi Kelan järjestämän harkinnanvaraisen kuntoutuksen toteuttajien osalta yleisesti riittämättömäksi (Turunen ym., 2019). Tulosten perusteella kuntouttajat siirtyvät yksityiselle sektorille vasta huomattavan pitkän työuran jälkeen ja mm. Kelan ja vakuutusyhtiöiden järjestämä kuntoutus toteutuu suurimmaksi osaksi yksityisten palveluntuottajien kautta, koska neuropsykologisen kuntoutuksen palvelut on monelta osin ulkoistettu julkisen terveydenhuollon puolelta (Malmström, Leskelä, Lindh, Kajova, Niemelä, Rissanen & Malmisaari, 2018). Tässäkin osatutkimuksessa kuntoutuksen järjestäjätaho oli pidemmän työkokemuksen omaavilla kuntouttajilla tyypillisemmin Kela tai vakuutusyhtiöt. Tulosten perusteella herää kysymys, saataisiinko esimerkiksi erikoistumiskoulutuksen sisäänottomääriä lisäämällä toivottua lisäystä Kelan järjestämien kuntoutusten toteuttajiin vielä pitkään aikaan, mitä oli Turusen ja työryhmän (2019) tutkimuksessa pohdittu vastaajien toimesta yhdeksi keinoksi lisätä neuropsykologisen kuntoutuksen resursseja Kelan harkinnanvaraisen kuntoutuksen osalta. Tutkimustulosten perusteella neuropsykologisen kuntoutuksen toteuttajat hankkivat ensin työkokemusta ja kehittävät asiantuntemustaan julkisen terveydenhuollon puolella, mitä puoltaa myös se havainto, että lyhyemmän työkokemuksen omaavat kuntouttajat toteuttivat kuntoutusta todennäköisemmin julkisen terveydenhuollon puolella työsuhteessa. Tämä huomioiden on todennäköistä, että myös täysin itsemaksavien asiakkaiden suurempi määrä pidemmän työkokemuksen omaavilla kuntouttajilla selittyy kuntoutusroolin kautta. Jos asiakkaalla on kotikunta Suomessa, maksaa tämä vain asiakasmaksun julkisen terveydenhuollon palveluista (<https://www.eu-terveydenhoito.fi/hoitoon-ulkomailta-suomeen/terveydenhuoltojarjestelma-suomessa/mita-maksan-hoidosta-julkisessa-terveydenhuollossa/>), jolloin myöskään julkisen terveydenhuollon puolella toteutuvaa neuropsykologista kuntoutusta ei ole tarpeen maksaa kokonaan itse. Tulosten perusteella voidaan siis päätellä, että myös täysin itsemaksavien asiakkaiden kuntoutusta tehdään pääsääntöisesti yksityisellä sektorilla pidemmän työkokemuksen omaavien kuntouttajien toimesta.

Kuntoutusasiakkaat

Kuntoutustyötä tekevien vastaajien asiakasmäärät ja käyntimäärät olivat selvästi keskimääräistä suurempia pidemmän työkokemuksen omaavilla kuntouttajilla. Heillä oli ollut keskimäärin 11 eri kuntoutusasiakasta ja 35 kuntoutuskäyntiä kuukaudessa viimeisen vuoden aikana, kun taas lyhyemmän työkokemuksen omaavilla kuntouttajilla oli ollut keskimäärin kuusi eri kuntoutusasiakasta ja 18 kuntoutuskäyntiä kuukaudessa viimeisen vuoden aikana. On mahdollista, että selittävänä tekijänä toimii kuntoutusrooli. Psykologiliiton suositusten mukaan asiakastyöpainotteisessaan työtehtävässä suoraan asiakastyöhön käytettävä aika ei saisi

ylittää 50 prosenttia työajasta, ja kehittämistyötä tai hallinnollisia tehtäviä sisältävissä työnkuvissa asiakastyön määrän tulisi olla vielä pienempi (https://www.psyli.fi/wp-content/uploads/2020/08/Suositus_opintopsykologitoiminnasta_19_12_2013.pdf). Suositukset eivät koske yrittäjiä, jotka saavat itse määrittää työaikansa. Voi olla, että tutkimustuloksissa esiin tulevat erot asiakas- ja käyntimäärissä pidemmän ja lyhyemmän työkokemuksen omaavilla kuntouttajilla mukailevat Psykologiliiton suosituksia ja niissä tulevat esiin erot julkisen ja yksityisen sektorin työnkuvien välillä ottaen huomioon, että kuntouttajat myös sijoittuivat todennäköisemmin eri sektoreille työkokemuksen mukaan. Työn suurempi mitoitus voi kuitenkin pidemmän työkokemuksen omaavilla kuntouttajilla olla osittain seurausta myös kehittyneemmästä asiantuntijuudesta. Heilmann (2022) kuvaa, että pidemmälle kehittynyt asiantuntijuus voi helpottaa kokonaisuusien hahmottamista ja olennaisen tiedon erottamista epäolennaisesta, minkä seurauksena asiantuntija pystyy intuitiivisesti määrittelemään sopivan toimintatavan heti prosessin alussa, kun taas aloittelija joutuu todennäköisemmin käyttämään päätöksentekoon enemmän aikaa ja tukeutumaan intuitiotaan enemmän valmiisiin sääntöihin, tosi-seikkoihin ja ohjekirjoihin. Sekä suora asiantuntijatyö (asiakastyö) että välillinen asiantuntijatyö (mm. työn suunnittelu, kuntoutujan taustatietoihin perehtyminen) edellyttävät aikaa prosessoida työn kohteena olevia sisältöjä (https://www.psyli.fi/wp-content/uploads/2020/08/Suositus_opintopsykologitoiminnasta_19_12_2013.pdf) ja on mahdollista, että pidemmän työkokemuksen omaavilla kuntouttajilla välillinen asiantuntijatyö ei vie enää yhtä paljon aikaa kuin vähemmän kokeneilla kollegoilla, jolloin työaikaa on mahdollista käyttää enemmän suoraan asiakastyöhön.

Kuntoutusasiakkaiden ikäryhmät jakautuivat melko tasaisesti niin, että molemmissa työkokemusvuosien mukaan jaetuissa ryhmissä tehtiin laaja-alaisesti kuntoutusta lähes kaikkiin ikäryhmiin (vaihteluväli 7–65-vuotiaat) kuuluvien kuntoutusasiakkaiden parissa. Tulosten perusteella kuntouttajat eivät suurimmaksi osaksi enää keskity työssään yksittäisiin potilas/asiakasryhmiin, mikä mukailee Virran ja työryhmän (2018) ajatuksia siitä, että neuropsykologisen kuntoutuksen ikä- ja kohderyhmät ovat viime vuosien ja vuosikymmenten aikana laajentuneet. Kuntoutuskenttä vaikuttaisi tässäkin osatutkimuksessa kattavan lähes koko elämänkaaren, mikä viittaa siihen, että kuntouttajilla on lähtökohtaisesti vahva osaamis pohja ja paljon omaan alaan ja lähitieteisiin liittyvää asiantuntijuutta. Mielenkiintoinen havainto on, että lyhyemmän työkokemuksen omaavilla kuntouttajilla oli enemmän 7–15-vuotiaiden ikäryhmään kuuluvia kuntoutusasiakkaita, kun taas pidemmän työkokemuksen omaavilla kuntouttajilla oli enemmän 16–18-vuotiaiden ikäryhmään kuuluvia kuntoutusasiakkaita. Tulosten perusteella voidaan pohtia, selittykö ero Kelan harkinnanvaraisen neuropsykologisen kuntoutuksen ikärajan kautta (<https://www.kela.fi/documents/20124/410173/infolehtinen-neuropsykologinen-kuntoutus.pdf/2855bb40-a453-3151-1576-acc7714fd848>). Hyvinvointialueiden käytännöissä on kuntoutuksen järjestämistä ajatellen alueellisia eroja ja esimerkiksi neuropsykiatrisesti oireilevien lasten ja nuorten palvelujen osalta on havaittu, että kaikilla hyvinvointialueilla saa lääkinnällisen kuntoutuksen palveluita alle 13-vuotiaille lapsille julkisen terveydenhuollon sisällä, kun taas teini-ikäisten nuorten kohdalla lääkinnällistä kuntoutusta on ollut sisäisesti tuotettuna palveluna saatavilla vain noin puolella hyvinvointialueista (Leskelä, 2023). Voi olla, että käytännön tasolla pidemmän työkokemuksen omaavilla kuntouttajilla on enemmän 16–18-vuotiaita kuntoutusasiakkaita siitä syystä, että Kelan järjestämiä kuntoutuksia käytetään paikkaamaan perustason sosiaali- ja terveystalvelujen puutteita nuorten kuntoutusten osalta, kun harkinnanvaraisen neuropsykologisen kuntoutuksen ikäraja 16 vuotta tulee täyteen. Lyhyemmän työkokemuksen omaavat kuntouttajat työskentelivät todennäköisemmin julkisen terveyden-

huollon puolella 7–15-vuotiaiden kuntoutusasiakkaiden parissa, mikä osaltaan tukee havaintoa siitä, että lasten kohdalla julkisen terveydenhuollon palvelujen saatavuus lääkinnällisen kuntoutuksen osalta on paremmalla tolalla.

Kuntoutuksen kesto ja sisällöt

Neuropsykologisen kuntoutuksen kesto voi vaihdella hyvinkin paljon kuntoutuksen tavoitteista ja kuntoutujan oirekuvan vaikeusasteesta riippuen, mutta tyypillisesti jaksot kestävät puolesta vuodesta vuoteen (Poutiainen & Nukari, 2019). Tässä ajassa ehditään tyypillisesti toteuttaa noin 10–40 käyntiä riippuen tapaamisten tiheydestä, mikä sopii yhteen tämän osatutkimuksen tulosten kanssa. Kaikki kyselyyn vastanneet kuntouttajat tekivät eri mittaisia kuntoutuksia tämän vaihteluvälin sisällä työkokemuksesta riippumatta, minkä lisäksi noin puolet vastaajista ilmoitti tekevänsä jossain määrin kuntoutusjaksoja, jotka sisälsivät enintään 10 käyntiä. Nämä kuntoutukset sopivat lyhyempään ohjantaan, joka käsittää tyypillisesti kolmesta viiteen tapaamiskertaa ja toteutuu tyypillisesti julkisen terveydenhuollon sisäisesti (Poutiainen & Nukari, 2019). Pidemmän työkokemuksen omaavilla kuntouttajilla oli enemmän pidempiä kuntoutusjaksoja, jotka sisälsivät yli 30 käyntikertaa. Pidempikestoiset kuntoutukset voivat olla esimerkiksi Kelan tai vakuutusyhtiöiden järjestämiä. Kelan vaativa lääkinnällinen kuntoutus voi tulla kyseeseen, jos kuntoutujan sairaus tai vamma rajoittaa merkittävästi ja pitkäaikaisesti toimintakykyä, vaikeuttaa arjen sujumista, ja kuntoutustarve on vähintään vuoden ajalle (<https://www.invalidiliitto.fi/neuvonta/kelan-jarjestama-kuntoutus>). Vakuutusyhtiöt puolestaan järjestävät kuntoutusta, jos taustalla on työtapaturma, ammattitauti tai liikenneturma (<https://sosiaaliturvaopas.fi/kuntoutus/>). Jos asiakkaan oirekuva on vaikea ja seurausta esimerkiksi liikenneonnettomuudesta, voi vakuutusyhtiön järjestämän kuntoutuksen kesto olla kahdesta kolmeen vuoteen tai jopa pidempään (Poutiainen & Nukari, 2019), jolloin käyntejä tulee kokonaisuudessaan runsaasti. On mahdollista, että pidemmän työkokemuksen omaavien kuntouttajien kohdalla pidempien kuntoutusjaksojen yleisyys selittyy kuntoutusroolin ja järjestäjätahojen kautta. Tätä tukee osaltaan se havainto, että lyhyemmän työkokemuksen omaavilla kuntouttajilla oli enemmän lyhyempiä kuntoutusjaksoja (11–20 käyntikertaa). On mahdollista, että lyhyemmän työkokemuksen omaavat kuntouttajat eivät ole hakeneet esimerkiksi Kelan kuntouttajaoikeutta (<https://neuropsykologia.fi/kelan-kuntouttajaoikeudet/>), jolloin heillä ei ole mahdollisuutta tarjota Kelan järjestämiä pidempikestoiseen tarpeeseen pohjaavia kuntoutuksia.

Kuntoutuksen tulokset eivät eronneet pidemmän ja lyhyemmän työkokemuksen omaavien kuntouttajien välillä. Kuntoutuksen tyypillisimmät tulokset olivat molemmissa ryhmissä kehitykselliset häiriöt ja äkilliset aivotoiminnan häiriöt. Tulokset määritellään tyypillisesti jo ennen kuntoutuksen alkamista neuropsykologisen yksilötutkimuksen ja kuntoutussuosituksen tekemisen lääkärin laatiman kuntoutussuunnitelman pohjalta (Poutiainen & Nukari, 2019), eikä kuntouttajalla näin ollen ole roolia tulosten määrittelyssä. Kuntoutussuunnitelmaan kirjataan myös kuntoutuksen kohteet, jotka tässä kyselytutkimuksessa olivat molemmissa ryhmissä yleisimmän tarkkaavuuden ja toiminnanohjauksen vaikeudet. Vastauksissa tuotiin melko tasaisesti esiin myös muita yleisiksi koettuja kuntoutuksen kohteita. Näitä olivat mm. tunteiden ja käytäytymisen säätelyn sekä sosiaalisen toimintakyvyn vaikeudet, jotka korostuivat pidemmän työkokemuksen omaavilla kuntouttajilla suhteessa lyhyemmän työkokemuksen omaaviin kuntoutajiin. Tulos mukaillee Leskelän (2023) selvityksessä esiin tulleita havaintoja neuropsykiatrisesti oireilevien nuorten kuntoutuksen järjestämiseen liittyvistä puutteista. Kehityksellisiin neuropsykiatrisiin häiriöihin (mm. ADHD, autismikirjon häiriöt) liittyy tyypillisesti tunnesäätelyn,

sosiaalisen vuorovaikutuksen ja kommunikaation vaikeuksia (Virta & Koponen, 2019), jotka nyt korostuvat kuntoutuksen kohteina yksityisellä sektorilla työskentelevien, Kelan järjestämien kuntoutusten ja 16–18-vuotiaiden nuorten kuntoutuksia tekevien pidemmän työkokemuksen omaavien kuntouttajien keskuudessa. Tulosten perusteella vaikuttaa siltä, että juuri neuropsykiatrisista häiriöistä kärsivien nuorten kuntoutus ei välttämättä toteudu optimaalisesti julkisen terveydenhuollon kautta, jolloin näihin liittyvien oirekuvien kuntoutus korostuu yksityisellä sektorilla Kelan järjestämän kuntoutuksen muodossa.

Kuntoutuksen lähestymistapojen/menetelmien osalta havaittiin myös eroja pidemmän ja lyhyemmän työkokemuksen omaavien kuntouttajien välillä. Tulokset osoittavat, että pidemmän työkokemuksen omaavilla kuntouttajilla korostui ohjauksellisempi työote (mm. läheisten/perheen ja verkostojen ohjaus), mitä tukee osaltaan myös se, että pidemmän työkokemuksen omaavat kuntouttajat tekivät todennäköisemmin vastaanoton ulkopuolista lähikuntoutusta kuin lyhyemmän työkokemuksen omaavat kuntouttajat. Hokkanen työryhmineen (2021) toteaa tutkimuksessaan, että yksi neuropsykologista kuntoutusta tekevän ammattilaisen laaja-alaisista osaamisalueista on verkostojen kanssa toimiminen. Heilmann (2022) listaa myös verkostoissa toimimisen yhdeksi asiantuntijuuden osa-alueeksi ja hänen mukaansa tieto ja osaaminen jalostuvat verkostoissa, mikä mahdollistaa samalla pääsyn korkeammalle osaamiselle ja paremman tuloksen tavoittelun kuin mihin yksittäiset henkilöt pystyisivät yksin mm. siitä syystä, että verkostoissa omaa asiantuntijuutta on mahdollista jakaa muiden kanssa. On mielenkiintoinen havainto, että pidemmän työkokemuksen omaavat kuntouttajat tekivät tutkimustulosten perusteella enemmän verkostotyötä, mikä saa pohtimaan, onko tämä myös seurausta kehittyneemmästä asiantuntijuudesta. Kuittinen työryhmineen (2020) totesi, että eniten työkokemusta omaavat psykologit arvioivat sovellusalaista riippumatta ohjaus- ja koulutustaitonsa sekä yhteistyö- ja työyhteisötaitonsa paremmiksi kuin kokemattomilla kollegoillaan, mikä voisi viitata siihen, että ohjauksellinen työote kehittyy työkokemuksen myötä. Tämän osatutkimuksen tuloksiin voi kuitenkin vaikuttaa osin myös se, että Kelan järjestämiin vaativan lääkinällisen kuntoutuksen palveluihin kuuluu lähtökohtaisesti lasten ja nuorten kohdalla vanhempien ja verkostojen ohjaus, jota voi olla tarpeen toteuttaa myös kuntoutujan arkiympäristössä.

Kuntoutuksen vaikutusten arviointi, lausunointi ja kannanotot

Kuntoutuksen vaikutusten arvioinnin osalta havaittiin, että pidemmän työkokemuksen omaavat kuntouttajat arvioivat kuntoutuksen vaikutuksia todennäköisemmin kirjallisen kuntoutussopimuksen ja itsearviointilomakkeiden/muiden kyselylomakkeiden avulla suhteessa lyhyemmän työkokemuksen omaaviin kuntoutajiin. Kuntoutusten vaikutuksia pyrittiin molemmissa ryhmissä arvioimaan lisäksi suurelta osin kuntoutujaa havainnoimalla ja keskustelujen kautta. Hokkanen työryhmineen (2021) toteaa tutkimuksessaan, että kuntoutuksen vaikutuksia arviotaessa kuntouttajan omalle vastuulle jää pohtia, millä kuntoutuksen vaikutuksia mitataan, kuka niitä mittaa ja milloin mittaus toteutetaan. Taustatekijöitä pohdittaessa huomionarvoista on, että Kelan asiantuntijat toivoivat harkinnanvaraisen kuntoutuksen käytäntöjä tarkastelevassa tutkimuksessa (Turunen ym., 2019) enemmän määrällisten arviointimenetelmien käyttöä kuntoutuksen vaikutuksia arviotaessa. Kelan vaativan lääkinällisen kuntoutuksen osalta nämä ovatkin jo pakollisia GAS-tavoitteiden muodossa (<https://www.kela.fi/documents/20124/940710/palvelukuvaus-vaativan-laakinnallisen-kuntoutuksen-yksiloterapiat.pdf/200e3fed-12b2-a4c1-df3a-72feee7877ed?t=1661947698523>). Voi olla, että esimerkiksi kirjallisten kuntoutussopimusten ja itsearviointilomakkeiden kautta saadaan enemmän määrällistä tietoa kuntoutuksen vaikutuksista kuntoutuksen järjestäjätahoille, jos lomakkeet

saadaan täytettyä sekä kuntoutuksen alussa että lopussa. Toisaalta kuntouttajat vaikuttavat tulosten perusteella arvioivan kuntoutuksen vaikutuksia suurelta osin myös laadullisiin havaintoihin pohjaten työkokemusvuosista riippumatta. Psykologityön kohteena ovatkin aina yksilölliset ja kompleksiset mentaaliset ja sosiaaliset prosessit, joihin ei ole valmiita ja varmoja, tutkimustietoon pohjaavia ratkaisuja (Kuittinen, Karkkola, Cankurt, Haapaniemi & Honkalampi, 2020). Kuntoutuksen vaikutusten arviointi määrällisesti voi tästäkin syystä olla haastavampaa kuin laadullisesti työkokemuksesta riippumatta. Arviointimenetelmistä esimerkiksi itsearviointilomakkeet voivat tässä tulla avuksi ja helpottaa vaikeasti mitattavien ilmiöiden konkretisointia ja tuoda määrällisesti mitattavia muutoksia näkyviin.

Kirjalliseen työhön käytetty aika ei tulosten perusteella näyttäisi vähentyvän työkokemusvuosien myötä. Pidemmän työkokemuksen omaavat kuntouttajat tarvitsivat aikaa kirjallisten kuntoutusraporttien kirjoittamiseen samaan tapaan kuin lyhyemmän työkokemuksen omaavat kollegansa. Kuittinen ja hänen työryhmänsä (2020) totesivat omassa tutkimuksessaan, että kokeneemmat psykologit arvioivat lähes kaikki ammatilliset kompetenssinsa vahvemmiksi kuin nuoremmat kollegansa, mutta pienimmiksi (vaikkakin tilastollisesti merkitseviksi) erot osoittautuivat menetelmä- ja arviointitaitojen koetussa hallinnassa, mihin myös taito ytimekkäiden lausuntojen ja hyödyllisten suositusten laatimisesta luokiteltiin. Voi olla, etteivät mahdolliset työkokemuksen myötä kehittyvät hienovaraisemmat erot lausunnonoinnin osalta tule tässä osatutkimuksessa näkyviin, koska tarkastelussa oli vain lausuntojen laatimiseen käytetty aika. Asiantuntijuuden kehittyessä ja kokemuksen lisääntyessä omaan alaan liittyvän tiedon määrä syvenee (Heilmann, 2022), mikä osaltaan voi laadullisesti vaikuttaa lausuntojen sisältöön. Kirjallisissa raporteissa tehdyt kannanotot puolestaan liittyivät molemmilla ryhmillä enimmäkseen neuropsykologisen kuntoutuksen jatkoon, koulun/oppilaitoksen tukitoimiin tai työhön palaamiseen. Pidemmän työkokemuksen omaavilla kuntouttajilla kuitenkin korostuivat suositukset muista kuntoutuksista (mm. puheterapia, toimintaterapia, fysioterapia) ja psykososiaalisista hoidoista (mm. psykoterapia) sekä kannanotot arjen tukeen (mm. apuvälineet, avustajapalvelut) suhteessa lyhyemmän työkokemuksen omaaviin kuntouttajiin. Havainto on mielenkiintoinen ja voi olla, että taustalla vaikuttavat juuri asiantuntijuuden kehitykseen liittyvät tekijät. Pidemmän työkokemuksen myötä kuntouttajille voi muodostua ns. hiljaista tietoa (Heilmann, 2022) oman alueen palvelurakenteista, organisaatiomalleista ja kriteereistä, joiden perusteella erilaisia palveluja myönnetään. Kuntoutuksen päättyessä kuntouttajan on tämän syvemmän tietotaidon ja toiminta-alueeseen liittyvän tuntemuksen avulla helpompi määritellä sopiva toimintatapa jatkoa ajatellen ja kohdentaa suositus niin, että jatkosuositukset todennäköisemmin myös toteutuisivat.

Tutkimuksen arviointia

Tutkimukseen vastasi yhteensä 99 kuntouttajaa. Suomen Neuropsykologisen yhdistyksen alainen Kliinisen neuropsykologian erikoistumislautakunta oli vuoden 2024 loppuun mennessä myöntänyt oikeuden Kelan järjestämän kuntoutuksen toteuttamiseen 463:lle neuropsykologille/neuropsykologiaan erikoistuvalla psykologille (Suomen Neuropsykologisen yhdistyksen vuosikertomus 2024). Kuntouttajien todellista määrää on kuitenkin vaikea arvioida, sillä kaikki kuntouttajaoikeuden saaneet henkilöt eivät välttämättä käytännön tasolla tee neuropsykologista kuntoutusta, eivätkä kaikki julkisen terveydenhuollon puolella työskentelevät kuntouttajat ole välttämättä hakeneet kuntouttajaoikeutta. Vastausprosentti jäi suuntaa antavaksi (n. 20 %) ja kuvaa näin ollen vain pientä osaa kaikista mahdollisista vastaajista. Vastaaajien vähäisyyden vuoksi aineistosta ei myöskään tehty pidemmälle vietyjä analyyskejä, joiden avulla olisi voitu

selvittää tarkemmin muita ryhmien välisiä eroja selittäviä tekijöitä työkokemuksen sijaan (mm. kuntoutusrooli). Tulokset eivät siis ole laajasti yleistettävissä. Vastaaajien alueellinen jakautuminen ja sukupuolijakauma vastasivat kuitenkin muissakin tutkimuksissa saatua kuvaa neuropsykologian alan ammattilaisten jakautumisesta Suomessa. Vastaaajien joukko oli siis tältä osin edustava, mutta erityisesti pääkaupunkiseudun ja muualta Etelä-Suomen ulkopuolelta tulleilta alueilta vastaaajien yksilömäärä jäi joiltain osin vähäiseksi.

Neuropsykologisen kuntoutuksen käytäntöjä koskeviin kysymyksiin vastaamisessa edellytettiin, että vastaajat olivat tehneet neuropsykologista kuntoutusta viimeisen viiden vuoden aikana. Osa vastaajista toi vapaamuotoisissa kysymyksissä esiin, että pohjasivat vastauksensa esimerkiksi muutaman kuukauden ajalle ajoittuviin työtehtäviin, joista oli kulunut jo useampi vuosi. On mahdollista, etteivät kaikki analyysiin sisällytetyt vastaajat enää tee neuropsykologista kuntoutusta, eivätkä vastaukset tältä osin kaikin puolin heijastele tämänhetkisiä kuntoutuskäytäntöjä. Osa vastaajista koki myös epäselväksi, koskivatko neuropsykologisen kuntoutuksen käytäntöihin liittyvät kysymykset pelkästään yksityisen sektorin kautta toteutuvia kuntoutuksia vai myös julkisen terveydenhuollon kautta toteutuvia sisäisenä palveluna toteutuvia kuntoutuksia, mikä olisi kysymysten asettelussa ollut tarpeen tuoda selvemmin esiin. Jos kysymyksiin on epäselvyyksien takia jätetty vastaamatta, voi tämä vääristää tuloksia.

Työkokemuksen määrää arvioitiin osatutkimuksessa suhteessa perustutkinnon valmistumisvuoteen, eikä vastaajilta kysytty tarkemmin esimerkiksi aktiivisten työvuosien määrää, mikä osaltaan vaikuttaa asiantuntijuuden kehitykseen. Voidaan kuitenkin olettaa, että sekä pidemmän että lyhyemmän työkokemuksen ryhmissä ilmenee pidempiä poissaoloja työelämästä, mikä tasaa osaltaan eroja. Osatutkimuksella saatiinkin esiin selkeitä kuntoutuskäytännöissä ilmeneviä eroja, jotka näkyvät pidemmän ja lyhyemmän työkokemuksen omaavien kuntouttajien välillä, vaikka kyselyyn osallistuneilla kuntouttajilla oli keskimäärin kaikilla jo suhteellisen pitkä työura takanaan.

JOHTOPÄÄTÖKSET

Tällä osatutkimuksella tarkasteltiin neuropsykologisen kuntoutuksen käytäntöjä Suomessa suhteessa kuntouttajien työkokemusvuosien määrään. Tulokset osoittavat, että neuropsykologisen kuntoutuksen toteuttajat ovat pääosin yksityisellä sektorilla toimivia pitkän linjan ammattilaisia, mikä mukaillee aiempien kyselytutkimusten tuloksia. Siirtymä yksityiselle sektorille vaikuttaisi tapahtuvan vasta pitkän työuran jälkeen, ja lyhyemmän työkokemuksen omaavat kuntouttajat toimivatkin useammin julkisella sektorilla työsuhteessa. Kuntoutuksen järjestäjätahot eroavat työkokemuksen mukaan siten, että pidemmän työkokemuksen omaavien kuntouttajien kohdalla järjestäjätaho on useammin julkisen sektorin ulkopuolinen toimija, kuten Kela tai vakuutusyhtiö. Työkokemuksen karttuessa työn volyyymi ja kuntoutusjaksojen pituudet kasvavat, ohjauksellisen työn osuus lisääntyy ja kannanotot/jatkosuositukset muuttuvat kohdennetummiksi. Havaitut erot voivat olla yhteydessä kliinisen asiantuntijuuden syventymiseen, teoriaosaamisen lisääntymiseen sekä palvelujärjestelmän parempaan tuntemukseen. Osatutkimukseen liittyy kuitenkin rajoitteita, ja erityisesti vastaajamäärä jäi suhteessa kaikkiin mahdollisiin kuntoutajiin melko vähäiseksi, minkä vuoksi tuloksia ei voida yleistää laajalle, eikä niiden pohjalta voida tehdä pidemmälle vietyjä johtopäätöksiä. Kokonaisuudessaan tulokset kuitenkin havainnollistavat, miten neuropsykologisen kuntoutuksen työnkuva voi muuttua työkokemuksen myötä. Eroja enemmän ja vähemmän kokeneiden ammattilaisten välillä on nähtävillä vielä lähes kahden vuosikymmenen työkokemuksen jälkeen. Jatkossa olisi perusteltua

tutkia tarkemmin, missä vaiheessa työuraa kuntouttajat keskimäärin siirtyvät yksityiselle sektorille ja mitkä taustatekijät siirtymään vaikuttavat.

Henriikka Savolainen

Helsingin yliopisto

LÄHTEET

- Aronen, K. (2018). Yrittäjyyden syyt pitkän työuran jälkeen. Pro-gradu-tutkielma, Lappeenrannan teknillinen yliopisto. Lutpub-julkaisuarkisto. <https://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201801222171>
- EU-terveydenhoito. Terveys- ja hyvinvoinnin järjestelmä Suomessa. Haettu 21.2.2025 osoitteesta <https://www.eu-terveydenhoito.fi/hoitoon-ulkomailta-suomeen/terveydenhuoltojarjestelma-suomessa/mita-maksan-hoidosta-julkisessa-terveydenhuollossa/>
- Heilmann, P. (2022). Asiantuntijuuden käsite ja osa-alueet. *Hallinnon tutkimus* 41 (4), 278–292. <https://doi.org/10.37450/ht111274>
- Hokkanen, L., Laasonen, M., Klenberg, L., Peltomaa, K. & Närhi, V. (2021). Lasten neuropsykologinen kuntoutus Suomessa – kyselytutkimus tekijöistä, sisällöistä ja käytännöistä. *Psykologia* 56 (02), 108–130.
- Invalidiliitto. Kelan järjestämä kuntoutus. Haettu 30.12.2024 osoitteesta <https://www.invalidiliitto.fi/neuvonta/kelan-jarjestama-kuntoutus>
- Järjestöjen sosiaaliturvaopas. Kuntoutus. Haettu 21.2.2025 osoitteesta <https://sosiaaliturvaopas.fi/kuntoutus/>
- Kela. Neuropsykologinen kuntoutus. Haettu 15.1.2025 osoitteesta <https://www.kela.fi/neuropsykologinen-kuntoutus>
- Kela. Neuropsykologinen kuntoutus. Haettu 21.2.2025 osoitteesta <https://www.kela.fi/documents/20124/410173/infolehtinen-neuropsykologinen-kuntoutus.pdf/2855bb40-a453-3151-1576-acc7714fd848>
- Kela. Yksilöterapiat. Haettu 8.2.2025 osoitteesta <https://www.kela.fi/documents/20124/940710/palvelukuvaus-vaativan-laakinnallisen-kuntoutuksen-yksiloterapiat.pdf/200e3fed-12b2-a4c1-df3a-72feee7877ed?t=1661947698523>
- Kuittinen, M., Karkkola, P., Cankurt, M., Haapaniemi, N. & Honkalampi, K. (2020). Psykologityön koetut kompetenssit: kokemuksen ja sovellusalueen merkitys. *Psykologia* 55 (01), 43–79.
- Leskelä, R-M. (2023). Neurokirjon lasten ja nuorten palvelut hyvinvointialueilla – Katsaus kehittämiseen syksyllä 2023. Terveys- ja hyvinvoinnin laitos (THL), 41/2023. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-408-216-7>
- Lähdeniemi, M., Järvensivu, A., Niiranen, J., Karjalainen, J. & Saaranen-Kauppinen, A. (2022). Yrittäjyysaikomukset ja arvot sosiaali- ja terveysalalla. Teoksessa K. Arhio & M-L. Kaakko (toim.), *YKTS2022 Konferenssijulkaisu* (s. 22–31). <https://urn.fi/URN:NBN:fi-fe202301317782>
- Malmström, T., Leskelä, R-L., Lindh, M., Kajova, M., Niemelä, P., Rissanen, A. & Salmisaari, T. (2018). Kuntoutusjärjestelmän kokonaisuudistus – tieto muutostyön tukena. Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 7/2018.
- Nukari J, Poutiainen E, Nybo T, Hämäläinen P, Kalska H. (2012). Kuvaus aikuisten neuropsykologisen kuntoutuksen käytännöistä. *Psykologia* 2012 (03), 213–219.
- Poutiainen, E. & Nukari, J. (2019). Neuropsykologinen kuntoutus. Teoksessa M. Jehkonen, T. Saunamäki & L. Hokkanen (toim.), *Kliininen neuropsykologia*, Duodecim, Helsinki (s. 506–536).
- Rantanen, K., Koskinen, S., Poutiainen, E., Berg, A., Levänen, S., Halonen, A., Heikkilä, M., Käpynen, J., Keski-Valkama, A., Savolainen, H. & Hokkanen, L. (2026) Kyselytutkimus ammatillisen kehittämisen välineenä – Tutkimus neuropsykologian alan ammatillisista käytännöistä 2024. *Neuropsy Open* 1, 2-38.
- Rantanen, K., Tuulio-Henriksson, A., & Parviainen, T. (2021). Käytännön kokemuksista tutkittuun tietoon. *Psykologia* 56 (2), 106–107. <https://doi.org/10.62443/psykologia.v56i2.103366>
- Suomen neuropsykologinen yhdistys (2025). Kelan kuntouttajaoikeudet. Haettu 22.2.2025 osoitteesta <https://neuropsykologia.fi/kelan-kuntouttajaoikeudet/>
- Suomen Neuropsykologinen yhdistys (2025). Toimintakertomus vuodelta 2024. Haettu 29.11.2025 osoitteesta <https://neuropsykologia.fi/>
- Suomen psykologiliiton suositus opintopsykologipalveluiden järjestämisestä korkeakouluissa (2013). Haettu 8.2.2025 osoitteesta https://www.psyli.fi/wp-content/uploads/2020/08/Suositus_opintopsykologitoiminnasta_19_12_2013.pdf
- Tevaniemi, T. (2024). Sote-palveluala: Työelämän ja yksityisen sektorin viimeaikaiset kehitysuunnat. Työ- ja elinkeinoministeriö. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-327-981-0>
- Turunen, K., Tuulio-Henriksson, A. & Poutiainen, E. (2019). Kelan harkinnanvaraisen kuntoutuksen toteutuminen ja vaikutukset. *Sosiaali- ja terveysalan raportteja*, 17/2019. <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2019082725807>

Savolainen, Kuntoutuskäytäntöjen yhteys kuntouttajan työkokemuksen määrään

- Virta, M., Klenberg, L., Laasonen, M. & Hokkanen, L. (2018). Uudistunut neuropsykologian erikoispsykologikoulutus – näkökulmia kuntoutuksen opiskeluun ja osaamistavoitteisiin. *Kuntoutus 1*, 47–52.
- Virta, M. & Koponen, V. (2019). Kehitykselliset neuropsykiatriset häiriöt. Teoksessa M. Jehkonen, T. Saunamäki & L. Hokkanen (toim.), *Kliininen neuropsykologia*, Duodecim, Helsinki (s. 362–375).

LIITE 1.

KYSELY NEUROPSYKOLOGIAN AMMATILLISISTA KÄYTÄNNÖISTÄ

Seuraavaksi kysytään neuropsykologisen kuntoutuksen toteuttamiseen liittyviä kysymyksiä. Jos et ole tehnyt kuntoutusta, niitä koskevat kysymykset ohitetaan.

501 Oletko tehnyt neuropsykologista kuntoutusta viimeisen 5 vuoden aikana? kyllä / en

502 Minkälaisessa roolissa tai työsuhteessa teet neuropsykologista kuntoutusta? Voit valita useamman vaihtoehdon.

- (1) Yksityisenä ammatinharjoittajana
- (2) Työsuhteessa perusterveydenhuollon / perustason palveluissa
- (3) Työsuhteessa erikoissairaanhoidon / erityistason palveluissa
- (4) Työsuhteessa yksityisellä sektorilla
- (5) Yrittäjänä

503 Kuinka monta eri kuntoutusasiakasta sinulla on viimeisen vuoden aikana käynyt tyypillisesti kuukaudessa? Anna numeroluku (kpl) _____ (ohje)

504 Kuinka monta kuntoutuskäyntiä sinulla on viimeisen vuoden aikana ollut tyypillisesti kuukaudessa? Anna numeroluku (kpl) _____ (ohje)

505 Minkä ikäryhmän kanssa teet neuropsykologista kuntoutusta tai ohjantaa? Arvioi jokainen kohta asteikolla: Enimmäkseen = esim puolet tai yli / jonkin verran = 10-30 % / vähän = alle 10 % / ei lainkaan= 0 % asiakaskunnasta.

0v-6v (0) Ei lainkaan (1) Vähän (2) Jonkin verran (3) Enimmäkseen

7v-15v (0) Ei lainkaan (1) Vähän (2) Jonkin verran (3) Enimmäkseen

16v-18v (0) Ei lainkaan (1) Vähän (2) Jonkin verran (3) Enimmäkseen

19v-30v (0) Ei lainkaan (1) Vähän (2) Jonkin verran (3) Enimmäkseen

31v-65v (0) Ei lainkaan (1) Vähän (2) Jonkin verran (3) Enimmäkseen

66-79v (0) Ei lainkaan (1) Vähän (2) Jonkin verran (3) Enimmäkseen

Yli 80v (0) Ei lainkaan (1) Vähän (2) Jonkin verran (3) Enimmäkseen

506 Kuinka pitkiä kuntoutettaviesi ohjanta- tai kuntoutusjaksot tyypillisesti ovat? Arvioi kuntoutustyösi jakaantumista ja vastaa jokaiseen kohtaan.

1-10 krt (0) Ei lainkaan (1) Vähän (2) Jonkin verran (3) Enimmäkseen

11-20 krt (0) Ei lainkaan (1) Vähän (2) Jonkin verran (3) Enimmäkseen

21-30 krt (0) Ei lainkaan (1) Vähän (2) Jonkin verran (3) Enimmäkseen

31-40 krt (0) Ei lainkaan (1) Vähän (2) Jonkin verran (3) Enimmäkseen

Savolainen, Kuntoutuskäytäntöjen yhteys kuntouttajan työkokemuksen määrään

yli 40 krt (0) Ei lainkaan (1) Vähän (2) Jonkin verran (3) Enimmäkseen

507 Miten kuntoutettaviesi maksajataho painottuu? (ohje)

Kela (0) Ei lainkaan (1) Vähän (2) Jonkin verran (3) Enimmäkseen

Vakuutusyhtiöt (0) Ei lainkaan (1) Vähän (2) Jonkin verran (3) Enimmäkseen

Täysin itsemaksavat (0) Ei lainkaan (1) Vähän (2) Jonkin verran (3) Enimmäkseen

Kuntien/hyvinvointialueiden maksusitoumus tai palveluseteli

(0) Ei lainkaan (1) Vähän (2) Jonkin verran (3) Enimmäkseen

Kuntoutus toteutuu julkisen terveydenhuollon palveluna työsuhteessa

(0) Ei lainkaan (1) Vähän (2) Jonkin verran (3) Enimmäkseen

Muu (0) Ei lainkaan (1) Vähän (2) Jonkin verran (3) Enimmäkseen

508 Mikä muu maksajataho?

509 Kuntoutuksen tulosyy. Kuntoutettavien ensisijainen diagnoosi/vaikeus, jonka perusteella neuropsykologista kuntoutusta on lähettävän tahon toimesta suositeltu. (ohje)

Kehitykselliset häiriöt (mm. oppimisvaikeudet, autismikirjo, ADHD)

(0) Ei koskaan (1) Harvoin (2) Joskus (3) Useimmiten

Äkilliset aivotoiminnan häiriöt (aivovammat, AVH:t, ym.)

(0) Ei koskaan (1) Harvoin (2) Joskus (3) Useimmiten

Etenevät neurologiset sairaudet (muistisairaudet, MS-tauti, ym.) (

0) Ei koskaan (1) Harvoin (2) Joskus (3) Useimmiten

Psykiatriset sairaudet (psykoosisairaudet, masennus, ahdistus, ym.)

(0) Ei koskaan (1) Harvoin (2) Joskus (3) Useimmiten

Muut kuin neurologiset somaattiset sairaudet

(0) Ei koskaan (1) Harvoin (2) Joskus (3) Useimmiten

Muu (0) Ei koskaan (1) Harvoin (2) Joskus (3) Useimmiten

510 Mikä muu tulosyy?

511 Kuntoutuksen kohteet. Arvioi, mitkä vaikeudet/arjen haasteet ovat kuntoutustyössäsi kuntoutuksen kohteena ja miten usein. Vastaa jokaiseen kohtaan. (ohje)

Tarkkaavuuden ja toiminnanohjauksen vaikeudet

(0) Ei koskaan (1) Harvoin (2) Joskus (3) Useimmiten

Muistivaikeudet (0) Ei koskaan (1) Harvoin (2) Joskus (3) Useimmiten

Kielelliset vaikeudet (0) Ei koskaan (1) Harvoin (2) Joskus (3) Useimmiten

Visuaaliset vaikeudet (0) Ei koskaan (1) Harvoin (2) Joskus (3) Useimmiten

Neglect (0) Ei koskaan (1) Harvoin (2) Joskus (3) Useimmiten

Savolainen, Kuntoutuskäytäntöjen yhteys kuntouttajan työkokemuksen määrään

Lukemisen, kirjoittamisen ja muiden koulutaitojen vaikeudet

(0) Ei koskaan (1) Harvoin (2) Joskus (3) Useimmiten

Tahdonalaisen motoriiikan vaikeudet

(0) Ei koskaan (1) Harvoin (2) Joskus (3) Useimmiten

Sosiaalisen toimintakyvyn vaikeudet

(0) Ei koskaan (1) Harvoin (2) Joskus (3) Useimmiten

Tunteiden ja käyttäytymisen säätelyn vaikeudet

(0) Ei koskaan (1) Harvoin (2) Joskus (3) Useimmiten

Oiretiedostuksen ja/tai hoitomotivaation vaikeudet

(0) Ei koskaan (1) Harvoin (2) Joskus (3) Useimmiten

Sairauteen/vammaan/vaikeuteen sopeutuminen

(0) Ei koskaan (1) Harvoin (2) Joskus (3) Useimmiten

Muut

(0) Ei koskaan (1) Harvoin (2) Joskus (3) Useimmiten

512 Mikä muu kuntoutuksen kohde?

513 Miten eri menetelmät ja lähestymistavat ovat läsnä kuntoutustyössäsi? Arvioi kukin asteikolla aina / useimmiten / harvoin / ei koskaan.

Psykoedukaatio (0) Ei koskaan (1) Harvoin (2) Useimmiten (3) Aina

Psyykkinen tuki (0) Ei koskaan (1) Harvoin (2) Useimmiten (3) Aina

Psykososiaalinen tuki (0) Ei koskaan (1) Harvoin (2) Useimmiten (3) Aina

Yksilöllisesti räätälöidyt tehtävät

(0) Ei koskaan (1) Harvoin (2) Useimmiten (3) Aina

Käsikirjaan pohjaavat (manualisoidut) menetelmät

(0) Ei koskaan (1) Harvoin (2) Useimmiten (3) Aina

Tietokonepohjaiset harjoitukset

(0) Ei koskaan (1) Harvoin (2) Useimmiten (3) Aina

Kynä-paperipohjaiset kotitehtävät

(0) Ei koskaan (1) Harvoin (2) Useimmiten (3) Aina

Tietokonepohjaiset kotitehtävät

(0) Ei koskaan (1) Harvoin (2) Useimmiten (3) Aina

Kompensointikeinojen tai apuvälineiden käytön ohjaus

(0) Ei koskaan (1) Harvoin (2) Useimmiten (3) Aina

Toimintastrategioiden läpikäynti ja harjoittelu (mm. kognitiiviset toimintastrategiat, tunteiden ja käyttäytymisen säätelyn strategiat)

Savolainen, Kuntoutuskäytäntöjen yhteys kuntouttajan työkokemuksen määrään

(0) Ei koskaan (1) Harvoin (2) Useimmiten (3) Aina

Arjen suunnitelmien luominen ja systemaattinen seuranta

(0) Ei koskaan (1) Harvoin (2) Useimmiten (3) Aina

Oiretiedostuksen ja kuntoutusmotivaation vahvistaminen/tukeminen

(0) Ei koskaan (1) Harvoin (2) Useimmiten (3) Aina

Asiakkaan kokemuksista lähtevä, ymmärrystä ja hallintakeinoja tukeva keskustelu

(0) Ei koskaan (1) Harvoin (2) Useimmiten (3) Aina

Rentoutusharjoitukset

(0) Ei koskaan (1) Harvoin (2) Useimmiten (3) Aina

Työn muokkauksen ja kognitiivisen ergonomian ohjaus

(0) Ei koskaan (1) Harvoin (2) Useimmiten (3) Aina

Läheisten/perheen ohjaus

(0) Ei koskaan (1) Harvoin (2) Useimmiten (3) Aina

Yhteistyöneuvottelu verkostojen kanssa (-> yksi tapaaminen/kuntoutusjakso)

(0) Ei koskaan (1) Harvoin (2) Useimmiten (3) Aina

Verkostojen ohjaus (mm. päiväkotia, koulu/oppilaitos, työpaikka -> useampi tapaaminen/ kuntoutusjakso)

(0) Ei koskaan (1) Harvoin (2) Useimmiten (3) Aina

514 Miten kuntoutustyössäsi jakaantuu vastaanotolla tai sen ulkopuolella tapahtuva kasvokkain tehtävä kuntoutus (lähikuntoutus) ja etäkuntoutus? Anna arvioitu prosenttiosuus kuntoutustyöstäsi (yhteensä 100%).

Teen lähikuntoutusta vastaanotolla kyllä / en arvioi prosenttiosuus

Teen lähikuntoutusta vastaanoton ulkopuolella kyllä/en arvioi prosenttiosuus

Teen etäkuntoutusta kyllä/en arvioi prosenttiosuus

515 Miten arvioit kuntoutuksen vaikutuksia? Vastaa jokaiseen kohtaan. asteikko: aina / useimmiten / harvoin / ei koskaan.

Neuropsykologinen tutkimus kuntoutuksen alkaessa ja päättyessä

(0) Ei koskaan (1) Harvoin (2) Useimmiten (3) Aina

Alku- ja loppuarvio (suppeampi, ei osa neuropsykologista tutkimusta)

(0) Ei koskaan (1) Harvoin (2) Useimmiten (3) Aina

Kuntoutujan havainnointi

(0) Ei koskaan (1) Harvoin (2) Useimmiten (3) Aina

Kuntoutuksen alussa laadittu kirjallinen kuntoutussopimus kuntoutuksen tavoitteisiin liittyen, joka käydään yhteisesti läpi kuntoutuksen päättyessä

(0) Ei koskaan (1) Harvoin (2) Useimmiten (3) Aina

Keskustelut kuntoutujan ja läheisten/perheen kanssa (arjen havainnot ja mahdolliset muutokset toimintakyvyssä)

(0) Ei koskaan (1) Harvoin (2) Useimmiten (3) Aina

GAS-tavoitteet Itsearviointilomakkeet ja muut lomakekyselyt

(0) Ei koskaan (1) Harvoin (2) Useimmiten (3) Aina

En arvioi itse, lähettävä taho arvioi

(0) Ei koskaan (1) Harvoin (2) Useimmiten (3) Aina

Muu

(0) Ei koskaan (1) Harvoin (2) Useimmiten (3) Aina

516 Mikä muu kuntoutuksen vaikutuksen arviointitapa?

517 Kuntoutusraportin kirjoittamiseen kuluva aika. Miten paljon käytät keskimäärin aikaa kirjallisen kuntoutusraportin tai palautteen laatimiseen kuntoutusjakson päättyessä? Arvioi ja vastaa jokaiseen kohtaan.

Aikaa kuluu 0-1h (0) En koskaan (1) Harvoin (2) Useimmiten (3) Aina

Aikaa kuluu 1-2h (0) En koskaan (1) Harvoin (2) Useimmiten (3) Aina

Aikaa kuluu 2-3h (0) En koskaan (1) Harvoin (2) Useimmiten (3) Aina

Aikaa kuluu yli 3h (0) En koskaan (1) Harvoin (2) Useimmiten (3) Aina

518 Kuntoutuksen jatkosuositukset. Kuinka usein otat kirjallisessa kuntoutuspalautteessasi kantaa seuraaviin asioihin? Vastaa jokaiseen kohtaan. (ohje)

Neuropsykologisen kuntoutuksen jatko

(0) En koskaan (1) Harvoin (2) Useimmiten (3) Aina

Suosituksien muista kuntoutusmuodoista (mm. puheterapia, toimintaterapia, fysioterapia) tai psykososiaalisista hoidoista (mm. psykoterapia)

(0) En koskaan (1) Harvoin (2) Useimmiten (3) Aina

Jatkotutkimustarve (mm. neuropsykologinen tutkimus, etiologiset tutkimukset, erotusdiagnostiikka)

(0) En koskaan (1) Harvoin (2) Useimmiten (3) Aina

Koulun/oppilaitoksen tukitoimet

(0) En koskaan (1) Harvoin (2) Useimmiten (3) Aina

Työhön palaaminen, mahdollinen työkyvyttömyys

(0) En koskaan (1) Harvoin (2) Useimmiten (3) Aina

Arjen tuki (esim. apuvälineet, henkilökohtainen avustaja)

(0) En koskaan (1) Harvoin (2) Useimmiten (3) Aina

Muut

(0) En koskaan (1) Harvoin (2) Useimmiten (3) Aina

519 Mihin muuhun otat kantaa?