

Asia: VN/16726/2022

Lausuntopyyntö: Valtakunnalliset lääkinnälliseen kuntoutukseen ohjautumisen perusteet. Opas terveyden- ja sosiaalihuollon ammattilaisille ja kuntoutuksen parissa työskenteleville.

Yleistä

Valtakunnalliset lääkinnällisen kuntoutuksen järjestämistä ja toteuttamista koskevat ohjeistukset tukevat yhtenäistä palveluiden suunnittelua ja toteutusta sekä vahvistavat asiakkaiden yhdenvertaista kohtelua. Opas on siten hyvin tarpeellinen, ja sen julkaiseminen ajoittuu tärkeään ajankohtaan palveluiden järjestämisvastuun siirtyessä kunnilta hyvinvointialueille.

Psykologiliitto pitää hyvänä, että oppaassa on kautta linjan nostettu esiin kuntoutujan, perheen ja moninaisten kuntoutukseen vaikuttavien yksilöllisten tekijöiden huomioiminen, ja palveluiden järjestäminen niiden pohjalta. Lisäksi ammattilaisen hyvää ammattitaitoa ja riittävää osaamista, vuorovaikutustaitoja sekä kuntoutuksen laatua esimerkiksi toimintakykytiedon arvioinnissa ja tulkinnassa korostetaan. Myös nuorten siirtymävaihe aikuispalveluihin ja seurantarave on hyvin huomioitu.

Oppaaseen on tulossa erillinen luku psykiatriseen ja mielenterveyskuntoutukseen liittyen, joka ei toistaiseksi ole saatavilla. Pidämme erittäin tärkeänä, että myös sitä koskien tullaan järjestämään lausuntokierros. Toisaalta on myös niin, että mielenterveyskuntoutus ei ole erillinen, muusta kuntoutuksesta irrallinen kokonaisuutensa, vaan osa yhtäläisellä tavalla läpi kaikkien lukujen poikkileikkaava osa kuntoutusta kuin myös somaattisten sairauksien kuntoutus, minkä vuoksi herää kysymys siitä, onko sen erottaminen kokonaan omaksi luvukseen mielekäs ratkaisu. Tämän myötä useammat oppaaseen nyt sisällytetyt luvut (esimerkiksi Lääkinnällisen kuntoutuksen terapiat) jäävät ikään kuin vajaaksi, eivätkä kuvaa koko kuntoutuksen kenttää tai käytössä olevia kuntoutuspalveluita.

Valitettavasti oppaan sisällöt ovat kuitenkin paikoin myös keskenään päällekkäisiä luvuissa, ja myös asioiden esittämisen yksityiskohtaisuus vs. yleisyys vaihtelee. Oppaan jatkotyöstössä olisi hyvä vielä luoda katsaus eri lukujen nivoutumiseen yhteen, yhdenmukaistaa terminologiaa sekä tiivistää sisältöä ainakin poistamalla päällekkäisyyttä. Luettavuutta parantaisi myös otsikointien, ja eri otsikkotasojen / numeroinnin yhdenmukaistaminen.

Kpl 2 - Kuntoutus

Kuntoutuksen määritelmässä on kiitettävästi huomioitu kuntoutujan toimintakyvyn ja toimijuuden merkitys. Kuntoutujan oman aktiivisuuden ja sitoutumiskyvyn korostaminen herättää kuitenkin kysymyksen siitä, miten esimerkiksi kuntoutujan mahdollisesti rajoittunut kyky abstraktiin ajatteluun tulee huomioiduksi. Millä tavoin itselle merkityksellisten tavoitteiden asettaminen ja niiden konkretisoiminen, motivoituminen, sitoutuminen ja itsenäinen harjoittelu käytännössä toteutuvat

kehitysvammaisten, lasten, mielenterveyskuntoutujien tai muistisairaiden kohdalla? Alaluvussa 2.5 todetaan: ”**Kuntoutuksen edellytyksenä** on kuntoutujan sitoutuminen yhdessä asetettuihin tavoitteisiin ja omakuntoutukseen.” Kaikilla kuntoutujilla ei välttämättä kuntoutuksen alkaessa ole edellytyksiä sitoutua omakuntoutukseen, vaan sitoutuminen asetetaan ensimmäisten tavoitteiden joukkoon. Erityisesti näin voi olla lasten kohdalla. Tämän vuoksi lauseen muotoilu on turhan rajaava.

Lasten kuntoutusta koskevan alaluvun (kpl 9.1.9, s.31) alussa on hyvä johdanto siihen, kuinka näitä asioita tulee huomioida lasten kuntoutuksen suunnittelussa. Vastaava periaatteellinen kuvaus sopisi myös aikuisten kuntoutukseen tietyissä asiakasryhmissä. Samoin Lasten kuntoutusta koskevan alaluvun alun taulukossa on useita kehitysvammaisten kuntoutukseen hyvin soveltuvia huomioita (esim. kahdenkeskinen tapaaminen, yksityisyyden kunnioitus, ymmärrettävä yleiskieli ja toistot).

Lääkinnällisen kuntoutuksen määritelmässä (kuva 3) todetaan ”Lääkinnällinen kuntoutus ei sisällä ennalta ehkäisevää (primaaripreventio) toimintaa.” On kuitenkin huomattava, että **lääkinnällinen kuntoutus voi olla mitä suurimmassa määrin primaaripreventiota** liittyessään epäsuotuisan kehityksen riskitekijöiden vähentämiseen tai kehityksen suojatekijöiden vahvistamiseen. Tämä on **erityisen keskeinen tekijä lapsuus- ja nuoruusvaiheessa**, kun luodaan edellytyksiä normaalille kehitykselle, esimerkiksi puhe-, toiminta- tai fysioterapian tai psykologisen interventio keinoin, usein moniammatillisessa yhteistyössä, esim. sosiaalihuollon kanssa. Muissakin ikävaiheissa hyvin suunniteltu kuntouttava työ voi olla myös ehkäisevää ja hoidollistakin mielenterveystyötä (esim. IPS-toiminta perustuu tähän ajatukseen).

Terveydenhuollon ammattilaiset pohtivat usein kuntoutuksen edellytyksiä. Kuntoutuksen oikea-aikainen kohdentuminen on tärkeää erityisesti lasten ja nuorten kohdalla. Sujuvien ja oikein kohdistuvien kuntoutusprosessien edellytys on, että ammattilaisilla on tietämystä eri kuntoutusmuotojen soveltuvuudesta ja järjestysvastuiden jakautumisesta. Lääkinnällisen ja vaativan lääkinnällisen kuntoutuksen ero olisi lukijalle helpommin ymmärrettävissä, jos lääkinnällinen kuntoutus edellytyksineen määriteltäisiin tekstissä ennen vaativaa lääkinnällistä kuntoutusta.

Kuntoutuksen tavoitteiden asettamisessa korostetaan kuntoutujan yksilöllisiä tarpeita adekvaatisti ja todetaan, että kuntoutuja ja ammattilainen arvioivat asiaa yhdessä. Esimerkiksi alaluvussa 2.2. (s. 5) todetaan, että ... ”lähtökohtana on kuntoutujan ... asettamat tavoitteet ” ... ja myöhemmin samassa alaluvussa ”asiantuntija ja kuntoutuja... asettavat tavoitteet”. Myöhemmin, alaluvussa 2.4. (s. 8) taas puhutaan kuntoutujan osallistumisesta tavoitteiden asettamiseen. Edelleen alaluvussa 3.7. (s.11) puhutaan taas, että toimintakykyarvion tekijä ehdottaa kuntoutusta. Taas alaluvussa 7.1.1. ”kuntoutuja voi tarvita tavoitteiden määrittelyyn tukea”, 7.1.2. ”yhdessä asettamat tavoitteet”.

Tämä tavoitteenasettelu pitäisi olla yhtenäisesti kuvattu läpi eri lukujen, jotta välttyään epäselvyyksiltä esimerkiksi niissä tilanteissa, joissa kuntoutujan ja ammattilaisen näkemykset poikkeavat toisistaan. On merkityksellistä tarkentaa, asettaako kuntoutuja tavoitteet vai osallistuuko hän niiden asettamiseen. **Tavoitteiden asettaminen on keskeinen osa kuntoutusprosessia, ja nähdäksemme vaatii kuntoutujan näkemyksen lisäksi kuntouttajan ammattitaitoa.** Siksi suosittelemme tuomaan muotoiluissa johdonmukaisesti esiin kuntoutujan ja ammattilaisen yhteistyön.

Alaluvussa 2.5 tavoitteiden asettelusta todetaan seuraavasti: ”Kun tavoitteet ovat hoidollisia, ohjaa kuntoutuksen ammattilainen hoitotyöntekijöitä, avustajia ja asiakkaan läheisiä toimintakyvyn tukemisessa.” Selvyyden vuoksi olisi hyvä avata sitä, mitä hoidollisilla tavoitteilla tarkoitetaan.

Kpl 3 - Toiminta- ja työkyky

Pidämme kiitettävänä, että kuntoutuksen tarvetta ja vaikutuksia tarkastellaan toimintakykyä lähtökohtaisesti. Toimintakyvyn arvioinnissa on hyvä korostaa erikseen sitä, että kun lisääntyvässä määrin painotetaan digitaalisia apuvälineitä ja etätyöskentelyn mahdollisuuksia, niin on syytä voida mahdollistaa niiden oppiminen ja käyttämisen edellytysten lisääminen toimintakyvyn kuntoutuksen tavoitteeksi. ICF-tarkistuslistoissa nämä ovat mukana, mutta ne on tärkeä huomioida myös lääketieteellisin perustein tehtävässä arvioinnissa ja tavoitteen asettelussa. Lisäksi on tärkeää, ettei digitaalisia menetelmiä vaadita tai velvoiteta ottamaan käyttöön, vaan niiden rinnalla tulee säilyä mahdollisuus lähikontaktissa tapahtuvaan/asiakkaalle tuttuun ja turvalliseen tapaan saada palvelua asiakkaan tarpeen mukaisesti.

Toimintakyvyn kuntoutuksen monialaisuus nousee tekstissä hyvin esille. Toimintakyvyn arvioinnissa kokonaisuuden tulkintaa korostetaan, mutta ei juurikaan tuoda esille sitä, että toimintakyvystä saatavan arviointitiedon tulkitseminen saattaa olla haastavaa yksittäiselle työntekijälle. Jos tulkintaa tehdään työryhmässä, jossa on usean alan edustajia, niin konsultointi tapahtuu siinä luontevasti. Jos kuitenkin yksittäinen työntekijä tekee arviointeja, olisi tärkeää, että hänellä olisi mahdollisuus konsultoida keskeisiä toimijoita, esim. psykkiseen vointiin tai sosiaalisiin etuuksiin liittyvissä kysymyksissä. Kuntoutujan itsearviointissa olisi syytä huomioida myös kognitiivinen toimintakyky erityisesti neurologisten potilaiden kohdalla.

Yhteistyön tehostaminen julkisen terveydenhuollon ja työterveyshuollon välillä on kiistattomasti tärkeää, mutta tällä hetkellä monin paikoin ohutta. Siksi onkin ansiokasta, että se on nostettu omaksi tekstikappaleekseen.

Kpl 4 - Hyvät kuntoutuskäytännöt ja vaikuttava kuntoutus

Arkivaikuttavuuden nostaminen oppaaseen on hieno asia. Se tulee nyt kuitenkin käsiteltyä melko yleisellä tasolla ja merkitys saattaa jäädä tavoittamatta. Arkivaikuttavuuden osalta voisi vielä korostaa sitä, että menetelmien lisäarvo luodaan niitä käytettäessä, eli asiakkaan kohtaaminen ja vuorovaikutus ovat yhtä merkityksellisiä hoidon tai kuntoutuksen tulosten kannalta kuin itse hoitokin. Kokeellisesti toimivaksi todettu hoito/kuntoutus ei tuota tulosta, jos sen (muutkin kuin lääketieteelliset) edellytykset eivät ole kunnossa. Tämä sopii erittäin hyvin yhteen kuntoutujalähtöisyyden kanssa.

Kpl 5 - Lääkinnällisen kuntoutuksen koordinointi ja ohjauspalvelut

Nykytilanteessa usealta lääkinnällisen kuntoutuksen asiakkaalta puuttuu selkeästi nimetty kuntoutuksen koordinoinnista ja ohjauksesta vastaava henkilö, vaikka sille olisi tarvetta jokaisella lääkinnällisen kuntoutuksen palveluja käyttävällä asiakkaalla. Perustason ja erikoissairaanhoidon rajapinta on edelleen riskialtis väliinpuotoamiselle ja toisaalta päällekkäiselle työlle. Selvää ei esimerkiksi ole, mihin kehitysvammaisten kuntoutuksen koordinointi kuuluu (kts. taulukko s.4: kehitysvammaisuuteen voi liittyä ”monitahoinen tilanne” tai ”vaativa monitahoinen tilanne” elämäntilanteesta riippuen). Luvussa voisi vielä enemmän **korostaa vastuutahon ja -henkilön nimeämisen tarvetta**, on vastuu sitten perustasolla tai erityistasolla.

Matalan kynnyksen ohjaus ja neuvonta perustasolla on tärkeää kuntoutuksen koordinoimiseksi ja oikea-aikaiseksi käynnistämiseksi. Kuntoutukseen ohjaukselle on saatava yhteinen perusta ja peruspalveluiden roolia kuntoutuksen koordinoinnissa ja ohjauksessa on asianmukaista korostaa. Alaluvun 5.3 Kuntoutuksen koordinointi eri tasoilla taulukon ohella voisi olla yksinkertaiset tyyppiesimerkit eri tasoista. Yleisen **ohjauksen ja neuvonnan** osalta voisi enemmän tuoda esille myös muiden palveluiden ohessa tapahtuvaa kuntoutustarpeen tunnistamista, joka saattaa helposti jäädä jalkoihin, kun korostetaan paljon asiakkaan oman aktiivisuuden varaan rakentuvaa palveluihin ohjautumista. On tärkeää herkällä korvalla kuulla esimerkiksi psyykkistä oireilua ja tuen tarvetta siihen. Lisäksi on hyvä korostaa etsivän työn merkitystä niiden osalta, jotka ovat jääneet palvelujärjestelmän ulkopuolelle. Näitä erityisryhmiä suosituksessa on huomioitu joissakin erillisissä luvuissa, mutta asia on hyvä nostaa esiin myös yleisesti.

Hyvinvointialueilla on tunnistettu tarve kuntoutuskoordinaattorille. Jatkossa on tarkoitus tehdä tiivistä yhteistyötä myös kolmannen sektorin kanssa, ja yhteistyörakenteiden luominen sekä ylläpitäminen korostuu myös jatkossa.

Tuki- ja ohjaus erilaisissa siirtymävaiheissa on erityisen tärkeää, eikä valitettavasti tällä hetkellä usein toimi kovin hyvin. Tämä johtunee siitä, että **vastuuta siirtymävaiheesta** ei ole selkeästi osoitettu kellekään taholle esimerkiksi tilanteessa, jossa lasten palvelut päättyvät, ja aikuisten palvelut eivät ole vielä käynnistyneet. Erityisesti 16–18-vuotiaat ovat usein väliinputoajia. Oppaassa tulisi ottaa selkeämmin kantaa siirtymävaiheen koordinoinnin ja ohjauksen järjestämisestä. Esimerkiksi voisi suositella, että vastuu siirtymävaiheen kuntoutuksen koordinoinnista ja ohjauksesta säilyy edellisen tahon toimijoilla, kunnes vastuun siirtämisestä on sovittu uuden hoitotahon kanssa.

Kpl 6 - Sopeutumista tukevat palvelut

Sopeutumista tukevat palvelut voivat olla asiakasnäkökulmasta hyvin merkittäviä ja luovat siltaa asiantuntijatyön ja kansalaisyhteiskunnan välille, joten niihin panostaminen on tärkeää. Palveluiden järjestäminen on kuitenkin hajautunut useammalle taholle, ja myös kolmannen sektorin rooli tulisi ottaa paremmin huomioon esimerkiksi vertaistuen sekä kokemusasiantuntijatoiminnan hyödyntämisen kautta.

Kpl 7 - Kuntoutuksen suunnittelu, toteutus ja seuranta

Luvussa on kuvattu hyvin ja monipuolisesti moniammatillista yhteistyötä. **Psykologinen arviointi on usein merkittävä osa kuntoutuksen suunnittelua. Psykologi voi myös toimia moniammatillista työtä koordinoivana ammattilaisena.** Näin ollen oppaassa on olennaista tuoda vahvemmin esiin myös psykologinen asiantuntemus erityisesti arvioinnissa ja kuntoutuksen suunnittelussa. Myöhemmin, lasten kuntoutuksen kohdalla (alaluvussa 9.1.2.2), viitataan tarkempien tietojen osalta kohtaan 7.7.

Tekstissä on hyvin huomioitu paitsi kuntoutujan itsensä, myös läheisten sekä laajemman toimijaverkoston mukaan ottaminen kuntoutuksen suunnitteluun sekä sen toteuttamiseen. Tärkeää on, että kuntoutuksen ymmärretään pitävän sisällään myös keskeisten toimijoiden ohjaamisen sekä yhdessä suunnitellun ja toteutetun toiminnan kuntoutuksen tavoitteiden mukaisesti. Moniammatillisen ja -alaisen työn kuvaaminen tässä kokonaisuudessa onkin tarkoituksenmukaista. Tekstissä viitataan siihen, että erityisesti pitkäaikaissairaat ja paljon sosiaali- ja terveydenhuollon

palveluita käyttävät asiakkaat hyötyvät monialaisesta yhteistyöstä, mutta myös esimerkiksi perhekeskuksen toiminnan keskeisenä tavoitteena on mahdollistaa monialaista hoidollista ja kuntouttavaa työtä lasten, nuorten ja perheiden osalta.

Alaluvussa 7.1.2 tuodaan esiin omaisten osallistuminen. Omaisten huomioiminen kuntoutusprosessissa nykyistä paremmin on kannatettavaa, mutta tähän yhteyteen on syytä kirjata, että täysi-ikäisen kuntoutujan omaiset ovat mukana keskusteluissa ja tavoitteiden asettelussa kuitenkin lähtökohtaisesti vain silloin, kun kuntoutuja sitä toivoo.

SMART-periaatteesta MEANING-periaatteeseen siirtyminen on tärkeä painopisteen muutos. Kuntoutujan kanssa tehty tavoitteen asettelu on olennainen periaate.

Tekstissä ei luoda selkeää yhteyttä toimintakyvyn arvioinnin ja kuntoutuksen suunnittelun välillä, joten jää jossakin määrin epäselväksi, mitä tarkoittaa ”riittävän laaja-alainen arviointi”, joka on kuntoutusratkaisun perusteena. Onko siis mahdollista, että kuntoutusta suunnitellaan varsin kevyenkin arvioinnin pohjalta? Etenkin laaja-alaista kuntoutustarvetta selvitetessä olisi hyvä olla selkeät arviointikriteerit, esimerkiksi ikäihmisten osalta kuntoutustarvetta arvioitaessa.

Alaluvussa 7.6. (s. 12) tulisi ottaa selkeämmin kantaa siihen, ketkä seuraavat kuntoutuksen tavoitteiden toteutumista ja kuntoutuksen vaikuttavuutta. Tähän voitaisiin nimetä kuntoutuja, terapeutit sekä hoidon koordinoinnista vastuussa oleva taho yhteistyössä.

Alaluvussa 7.7. (s. 12–13) esiin nostettu moniammatillisen yhteistyön eri tasojen tarkastelu on hyvä lähestymistapa. Poikkiammatillisen yhteistyön kehittäminen on erittäin tärkeää, sillä laadukas ja toimiva ammattilaisten yhteistyö on huomattavasti enemmän kuin osiensa summa. Moniammatillisuus on huomioitu kiitettävästi myös kuntoutussuunnitelman laatimisen yhteydessä (alaluku 7.2.1., s. 7), mutta yleisesti ottaen moniammatillisuutta koskeva ohjeistus painottuu vahvasti arviointiin ja kuntoutussuunnitelman laatimiseen, ja näkökulmaa olisi tarpeellista laajentaa myös itse kuntoutuksen toteuttamiseen. Silloin, kun kuntoutujalla on käynnissä rinnakkain eri terapia- tai kuntoutusmuotoja (esimerkiksi toimintaterapia, puheterapia ja neuropsykologinen kuntoutus), kuntoutusta tehostaisi, jos ammattilaisia ohjattaisiin vahvemmin tavoitteiden ja myös menetelmien yhteiseen suunnitteluun ja koordinointiin kuntoutuksen aikana. Yhteistyötä voitaisiin tehostaa joko osoittamalla hoidon koordinoinnista vastaavalle taholle vastuuta moniammatillisesta tavoitteiden koordinoinnista ja vuoropuhelun edistämisestä, tai vaihtoehtoisesti yhteistyön tehostaminen voi tapahtua yhteistoiminnallisesti osoittamalla kullekin terapeutille/kuntouttajalle vastuu moniammatillisen vuoropuhelun ja yhteistyön edistämisestä esimerkiksi sisällyttämällä kuntoutussuunnitelmaan ja -korvauksiin ammattilaisten välistä yhteistyötä kuntoutuksen rakenteiden kautta. Tästä hyvä esimerkki on KELA:n vaatimaan lääkinnälliseen kuntoutukseen kuuluvat yhteiskäynnit, joita terapeuteilla on mahdollisuus toteuttaa. Näistä voisi olla maininta oppaassa.

Alaluvussa 7.8 nousee esiin tietojen luovuttamisen ongelma: Esimerkiksi kehitysvammainen henkilö ei välttämättä ymmärrä tietosuojaa ja tietojen luovutusta. Kuka määrittää hänen kohdallaan luvan tiedonsiirtoon? Kuka määrittää, onko henkilö itse kykenevä päättämään erilaisten tietojen siirtämisestä, ja kuka tässä tilanteessa tarvittaessa toimii laillisena edustajana (omainen, taloudellinen edunvalvoja, laajennettu edunvalvonta)?

Kpl 8 - Kuntoutuspalveluiden järjestäminen

Kyseisessä luvussa kuntoutuksen järjestämistä tarkastellaan varsin pitkälti lääketieteellisenä, terveydenhuollon sisäisenä toimintana, eikä monialaista verkostomaista työskentelyä ja sen järjestämistä tuoda esille. Muissa luvuissa näkökulma tuntuu olevan laajemman kuntoutuskäsityksen mukainen.

Sivulla 2 todetaan: ”kuntoutusta ei voi evätä vähäisten resurssien perusteella” ja ”julkisen terveydenhuollon vastuulla on järjestää kuntoutussuunnitelmassa määritelty lääkinnällinen kuntoutus (myös silloin, kun kuntoutuksen järjestämis- ja kustannusvastuu ei selkeästi ole osoitettavissa)”. Resurssivaje tulee olemaan kynnyskysymys tulevilla hyvinvointialueilla, ja erityisesti niiden kuntoutusmuotojen kohdalla, joissa terapeuteista on pulaa (esimerkiksi neuropsykologinen kuntoutus). Kuntoutujia jää jo nyt usein käytännössä kokonaan tai osittain vaille tarvitsemaansa kuntoutusta tai saavat sitä tarpeeseensa nähden liian vähän resurssisyyttä.

Mikä on kansallinen linjaus ja ohjeistus tilanteessa, jossa ammattilaisten toteama kuntoutustarve on olemassa, mutta julkinen terveydenhuolto ei saa alueella ko. kuntoutusmuotoa järjestettyä? Esimerkiksi neuropsykologista kuntoutusta ei useinkaan toteuteta julkisen terveydenhuollon omana toimintana juuri lainkaan tai riittävästi, ja kuitenkin samaan aikaan ostopalveluihin suunnatut määrärahat eivät ole läheskään riittävät ko. palveluiden ostamiseen.

Alaluvuissa 8.1.1–8.2.2, vaativan/ erittäin vaativan osastokuntoutuksen kuvaus on erittäin somatiikkakeskeinen eikä sovellu psykiatrisen tai kehitysvammapsykiatrisen kuntoutuksen kuvaukseksi. Esimerkiksi henkilökuntaa ja osaamista koskevassa kappaleessa ei mainita psykologian osaamista (pl. neuropsykologinen kuntoutus, kipupsykologi). Tilojen kuvaus fyysisten apuvälineiden ym. osalta on tarkkaa, mutta muiden ympäristötekijöiden (esim. aistivammat, neuropsykiatrisen kirjo, käyttäytyminen ja vuorovaikutus) osalta puuttuu täysin.

Kognitiiviset vaikeudet voivat rajoittaa palvelusetelin käyttömahdollisuuksia esimerkiksi kehitysvammaisilla henkilöillä, mikä on tärkeää huomioida palveluiden tasavertaisuuden näkökulmasta palvelusetelitä koskevassa alaluvussa 8.2.2.1. On myös huomattavaa, että nykyisin osa palveluiden järjestämisvastuussa olevista tahoista valitettavasti ei noudata ohjeistusta siitä, että asiakkaalla on oikeus kieltäytyä palvelusetelistä, jolloin palvelut tulee järjestää esimerkiksi maksusitoumuksella, vaan velvoittavat palveluntuottajia rekisteröitymään palvelusetelituottajiksi ja ovat jopa uhanneet keskeyttää käynnissä olevia kuntoutusjaksoja, mikäli näin ei toimi. Tässä alaluvussa, sekä oppaan myöhemmissä kuntoutuspalveluiden johtamista käsittelevissä kohdissa olisi hyvä vahvemmin korostaa kuntoutujan – ja myös palveluiden tuottajan – oikeuksia ja niistä informoimista.

Kelan järjestämää kuntoutusta koskevassa alaluvussa (8.3, s. 9), todetaan virheellisesti, että Kela järjestää neuropsykologista kuntoutusta ainoastaan yli 16-vuotiaille. **Neuropsykologista kuntoutusta myönnetään myös alle 16-vuotiaille Kelan vaativana lääkinnällisenä kuntoutuksena.**

Harkinnanvaraista kuntoutusta sen sijaan vain yli 16-vuotiaille. Tämä tulisi oppaassa korjata. Lisäksi myös muut vaativana lääkinnällisenä kuntoutuksena toteutettavat terapiamuodot uupuvat listasta, ja toisaalta siinä on mukana kuntoutuspsykoterapia. Eli alaluvussa 8.3 tulisi selkeämmin erotella erilaiset kuntoutusmuodot, joiden järjestämisvastuu on Kelalla, ja niistä kustakin olla oma tekstikappaleensa.

Etäkuntoutusta koskeva alaluku (8.4.2) kaipaisi täsmennystä. Tekstissä todetaan, että etäkuntoutus ”voi olla yhtä vaikuttavaa” ja ”soveltuu käytettäväksi monen eri sairausryhmän kuntoutuksessa”.

Kappaleessa ei kuitenkaan täsmennetä sitä, milloin ja kenelle etäkuntoutus soveltuu. Tekstissä tulisi avata sitä, mitä seikkoja etäkuntoutusta suunniteltaessa on hyvä ottaa huomioon ja millaisissa tilanteissa ja mille asiakasryhmille se soveltuu parhaiten.

Kpl 9.1 Lasten ja nuorten kuntoutus (0-18-vuotiaat)

Luvussa on kuvattu hyvin kuntoutuksen monialaisuutta ja huomioitu arkivaikuttavuuden perusajatus siitä, että kuntoutuksen on asetettava luontevaksi osaksi arjen elämää ollakseen vaikuttavaa.

Tekstissä on annettu eri ikävaiheita ajatellen ohjeistusta, jonka perusteella voidaan ohjata lapsi kuntoutusarvioon ("Alla olevaa luetteloa ikäryhmittäin arjessa ilmenevistä haasteista voivat eri toimijat hyödyntää kuntoutusarvioon ohjaamisessa hyvinvointialueella sovittujen toimintamallien mukaisesti"). Kuntoutusarvio on sellainen termi, jota harvoin kuulee lapsiperhepalveluissa käytettävän, usein tämän vaiheen palveluita tarkastellaan enemmän ehkäisevien palveluiden viitekehuksesta käsin. Jotta lukijat tunnistavat, että kyseessä ei ole jokin erillinen arviointiprosessi, asiaa olisi hyvä avata. Arviointikriteerit ovat samoja, joiden perusteella lapsen tai nuoren kehitystä ja tilannetta on muutenkin tärkeä tarkemmin arvioida. Lapsiperhepalveluissa on tyypillisesti rakennettuna väylät, joiden kautta hyvin monenlaisia kehitykseen liittyviä kysymyksiä voidaan ohjata eteenpäin soveltuvalle asiantuntijalle. On hyvä korostaa kokonaistilanteen arvioinnin tärkeyttä ja moniammatillisuutta arviota tehtäessä, ei niinkään yksittäisiä kriteereitä.

Tekstissä suositellaan käyttämään ICF-luokitusta toimintakyvyn arviointiin. Myös kuntoutustarpeen arvioinnissa, suunnittelussa ja seurannassa suositellaan käytettäväksi ICF-käsitteistöä. Samassa kuitenkin todetaan, että eri ammattiryhmät käyttävät omia arviointivälineitään. ICF-viitekehys jää kuitenkin käyttämättä, jos toimijat eivät miellä tekevänsä kuntoutusta vaan ehkäisevää työtä. Yksittäisten menetelmien korostamisen sijaan olisi suositeltavampaa oppaan tasolla viitata ensisijaisesti esimerkiksi TOIMIA-tietokantaa, sekä eri ammattiryhmien tarpeenmukaisten ja validoitujen menetelmien käyttöön.

Luvun alun tiivistelmässä (s. 3) todetaan: "Kuntoutus toteutetaan lapsen tai nuoren kehitysympäristössä (perhe, varhaiskasvatus, harrastus, esi- ja perusopetus)." Vaikka kuntoutuksen vieminen kehitysympäristöihin ja sen esiin nostaminen esiin on tärkeää, on varottava, ettei esitetty muotoilu rajaa liikaa kuntoutuksen toteuttamista. Käytännössä kuntoutusta toteutetaan varsin usein myös vastaanotoilla (esimerkiksi psykoterapia), ja kuntoutuksen siirtäminen kehitysympäristöihin ei ole mielekästä kaikissa tilanteissa. Kahdenkeskisiä tapaamisia lapsen ja kuntoutujan kesken tarvitaan, eikä kehitysympäristöissä ole tälle aina soveltuvia tiloja. Myöskään ryhmämuotoinen kuntoutus ei ole useinkaan mahdollista kehitysympäristöissä.

Lääkinnällisen kuntoutuksen tarpeen todetaan painottuvan leikki-ikään (s. 3–4). On kuitenkin syytä huomioida, että esimerkiksi neuropsykiatristen häiriöiden ja oppimisvaikeuksien kohdalla kuntoutuksen tarve tulee usein esille vasta kouluiässä.

Kuntoutuksen koordinaatiovastuun määrittely ja selkiyttäminen sekä vastuun poistaminen lapsen vanhemmilta (s. 6: "Varmistetaan, ettei kuntoutuksen koordinaatiovastuu jää perheen tehtäväksi." ja s. 10 "Perheen on tärkeää tietää, kuka vastaa kuntoutuksen suunnittelemisesta, seurannasta, koordinaatiosta ja toteuttamisesta.") on erittäin tärkeää. Kuntoutusohjaajaa tai -koordinaattoria ei kuitenkaan nykyisellään löydy esimerkiksi kaikista kunnista, joten vastuuhenkilön tarkempi määrittely myös tässä kohtaa on tarpeen.

9.1.2 Verkostoyhteistyö lasten ja nuorten kuntoutuksessa

Alaluvussa (s. 7) todetaan, että ”Suunnitelman laatimiseen osallistuvat lapsen ja perheen lisäksi lapsen kehitysympäristöjen asiantuntijat esimerkiksi varhaiskasvatuksesta, esiopetuksesta ja koulusta”. Tähän olisi syytä lisätä myös terveydenhuollon toimijat selkeyden vuoksi, vaikka muualla (mm. s. 10) tuleekin ilmi, että kuntoutussuunnitelman laatiminen on terveydenhuollon vastuulla.

Lisäksi alalukuun (s. 5-8) on hyvä lisätä, että kuntoutus voi toteutua myös kohdistamalla kuntoutusta vanhempien ohjaamiseen tai yhteistyöhön kehitysympäristöjen asiantuntijoiden kanssa (esim. neuropsykologi voi toimia konsulttina opettajalle). Tämä on tarpeen huomioida jo kuntoutusta suunniteltaessa, erityisesti jos kuntoutus toteutuu ostopalveluina.

9.1.2.4 Eri tahojen lakisäätöiset yksilölliset suunnitelmat

Alaluvussa olisi tarpeen tuoda nykyistä selkeämmin esille **moniammatillisen työn merkitys lapsen tuen tarpeiden arvioinnissa**. Varhaiskasvatussuunnitelmaan liittyen todetaan nyt hyvin ohuesti ”Varhaiskasvatustaki velvoittaa sosiaali- ja terveydenhuollon viranomaisia osallistumaan lapsen tuen tarpeen arviointiin varhaiskasvatuksen järjestäjän sitä pyytäessä” ja myöhemmin HOJKSiin liittyen ”HOJKSin laadinnassa voidaan hyödyntää moniammatillista verkostoa, jos oppilaalla on esimerkiksi lääkinnällisenä kuntoutuksena toiminta-, puhe- tai fysioterapiaa tai hänellä on psykologin tukikäyntejä.” Erityisesti alle kouluikäisten ja alkuopetusikäisten lasten tuen ja kuntoutuksen suunnittelu toteutuu parhaiten kiinteässä moniammatillisessa yhteistyössä. Erityistyöntekijöiden arviot (esimerkiksi psykologin tutkimus) ovat tärkeässä roolissa lapsen tuen tarpeen arvioinnissa ja kuntoutuksen suunnittelussa. Kouluikäisten kohdalla toiminta, puhe- ja fysioterapian rinnalle olisi syytä nostaa neuropsykologinen kuntoutus. Neuropsykologisen kuntoutuksen saatavuudessa on alueellista vaihtelua, mutta se on useilla alueilla jo varsin tavanomainen kuntoutuksen muoto lapsilla ja nuorilla, eikä sitä tule unohtaa lääkinnälliseen kuntoutukseen kohdistuvassa oppaassa.

Koulun oppilashuollon henkilöstön (koulupsykologit, -kuraattorit, terveydenhoitajat, lääkärit) tai muut lapsen hoitoon osallistuvat tahot (esimerkiksi perheneuvola) voitaisiin nostaa erillisenä ryhmänä esiin, kun puhutaan moniammatillisen verkoston hyödyntämisestä HOJKSin laadinnassa.

9.1.5.2 Kuntoutus esi- ja perusopetuksessa

Yhteistoiminta koulupäivän aikana (s. 17) käsittelevässä kappaleessa on kuvattu yhteistoimintaa hyvin. Esimerkit rajautuvat kuitenkin vahvasti taito- ja taideaineisiin ja kuntoutustavoitteisiin, jotka usein kuuluvat toimintaterapeuttien toimintakenttään. Neuropsykologisessa kuntoutuksessa tavoitteet usein painottuvat lukuaineissa tarvittaviin valmiuksiin ja sosiaalisiin taitoihin toiminnanohjauksen lisäksi. Esimerkkeihin siis voisi tuoda lisänä esimerkiksi lukitaidot ja sosiaaliset taidot.

Lisäksi huomiona, että vaikka kappaleen otsikossa on rajaus yhteistoiminnasta ”koulupäivän aikana”, olisi hyvä tuoda esiin, että yhteistoimintaa kuntouttajan ja koulun välillä voi, ja on tärkeää tapahtua, vaikka kuntoutus toteutuisi pääosin koulupäivän ulkopuolella. Kuntouttaja voi vieraila koululla, ja kuntouttaja ja opettaja voivat tarpeen mukaan perheen luvalla pitää yhteyttä muutoin (puhelut, yhteistyöneuvottelut). Yhteistyö kuntoutuksen aikana on erittäin tärkeää sen tuloksellisuuden kannalta, minkä vuoksi sitä on tärkeää korostaa ja tuoda esiin erilaiset yhteistyön muodot.

9.1.6 Kuntoutukseen ohjaamisen perusteet ikäkausittain

Alle 1.5-vuotiaiden lasten kohdalla on mainittu aistien ja sensomotoriikan toimintojen lisäksi myös vuorovaikutukseen liittyvät toiminnot kuntoutustarpeen taustalla. Tässä olisi hyvä selkeämmin tuoda esiin vuorovaikutuksen haasteita lapsen ja huoltajien välillä, jotka voivat myös olla keskeisiä kuntoutustarpeen arvioinnin kannalta.

Neuropsykiatriset häiriöt tunnistetaan ja diagnosoidaan usein vasta kouluikäisillä lapsilla sosiaalisen ympäristön vaatimusten kasvaessa. **Tarkkaavuuden vaikeudet ja sosiaaliset vaikeudet olisi siksi tärkeää tuoda kouluikäisiä koskevassa kappaleessa (s. 21) esiin omana kohtanaan sensomotoristen vaikeuksien ja oppimisvaikeuksien lisäksi.**

9.1.12 Kehitysvammaisten lasten ja nuorten kuntoutus

Alaluku on kattava, ja pitää sisällään monia näkökulmia, jotka voisi sisällyttää myös kehitysvammaisten aikuisten kuntoutusta koskevaan alalukuun 9.2.4.1 (esimerkiksi kronologisen vs. kehitysiän mukainen käyttäytyminen, liittänoireet ja erotusdiagnostiikka (tasodiagnostiikan päivitys), kuntoutustarpeen pysyvyys, elämänmuutosten riskit).

Tähän alalukuun olisi tarpeen sisällyttää myös maininta **psykologin tutkimusten merkityksestä**. Tekstissä nostetaan esiin useita asioita (taso- ja erotusdiagnostiikka, käyttäytymisen häiriöt, ahdistuneisuus- ja masennusoireilu, vaativa lääkinällinen kuntoutus, vanhempien tukeminen, siirtymävaiheiden riskit), joissa psykologin tutkimuksilla (kognitiiviset, neuropsykologiset ja tunne-elämän arviot) on erittäin keskeinen rooli. Esimerkiksi tasodiagnostiikkaa ei voida tehdä ilman psykologia. Psykologin tutkimukset sisältyvät myös lakisääteisiin erityishuollon palveluihin (Laki kehitysvammaisten erityishuollosta, 519/1977). Viitaten Psykologiliiton kehitysvammapsykologien ammatillisen työryhmän, Neuronetin, Rinnekoti-Säätiön ja Etevan psykologien kannanottoon Psykologin tutkimuksen merkityksestä ja tarpeellisuudesta kehitysvammaisen henkilön eri elämäntilanteissa (2013), kehitysvammaisen henkilön toimintakyvyn arviointiin tulisi olennaisesti sisältyä päättelyn, tarkkaavuuden ja toiminnanohjauksen sekä sosiaalisen vuorovaikutuksen taitojen, muistin toimintojen ja kielellisten ja havaitsemisen perustoimintojen arviointi. Näiden osa-alueiden laadullisen kuvauksen tueksi tarvitaan psykometrisia tutkimuksia, joihin ainoastaan psykologeilla on käytettävissään laaja-alaisesti Suomessa standardoituja menetelmiä. Kehitysvammaisille henkilöille suositellaan psykologin tutkimuksia vähintään 4–5-vuotiaana; pidennetyn oppivelvollisuuden aloitusvaiheessa; peruskoulun aikana tarpeen mukaan, esimerkiksi 6. luokalla erityisen tuen suunnitelmaa tarkistettaessa; yläkoulun päättövaiheessa jatko-opintojen, ammatinvalinnan sekä itsenäistyvän elämän suunnittelun tueksi; sekä tarvittaessa myöhemmin elämän käännekohtissa tai muissa erityistarpeissa.

Siirtymävaiheissa tukeminen on tärkeää. Tekstissä todetaan, että ”Esimerkiksi toimintaterapiaa ei aloiteta lapsuuden kodissa vaan vasta uudessa asunnossa asiakkaalle ja häntä ohjaavalle henkilöstölle”. Kehitysvammaisten henkilöiden kohdalla oleellista siirtymävaiheissa on nimenomaan tiedon ja hyvien käytänteiden siirtäminen uuteen ympäristöön. Tällöin voi olla asianmukaista, että terapeutti tutustuu asiakkaaseen jo ennen muuttoa ja näkee, millainen asiakkaan toimintakyky tutussa, totutussa ympäristössä on.

Tekstissä todetaan myös, että ”Kouluikäisillä lapsilla ja nuorilla tavallisesti lääkinällinen kuntoutus painottuu ohjauksellisuuteen ja yhteistyöhön lähiympäristön kuten koulun asiantuntijoiden kanssa.” Kuitenkin myös yksilöön kohdistuvalla tuella on oma paikkansa ja tarpeensa, vaikka lähiympäristön

osuus on keskeinen. Koululle tai erityisopetukselle ei myöskään voi asettaa kohtuuttomia kuntoutusvaatimuksia nykyisellä resurssoinnilla.

Kpl 9.2 - Työikäisten kuntoutus

Oppaaseen on tulossa erillinen osio psykiatriseen ja mielenterveyskuntoutukseen liittyen, mistä olisi oleellista tässä luvussa erikseen mainita, koska se on niin keskeisessä roolissa työ- ja toimintakyvyn kuntoutuksen osalta. Toisaalta on myös niin, että mielenterveyskuntoutus ei ole erillinen, muusta kuntoutuksesta irrallinen kokonaisuutensa, vaan osa kaikkea muutakin kuntoutusta, minkä vuoksi herää kysymys siitä, onko sen erottaminen omaksi luvukseen mielekäs ratkaisu. Luvussa kuitenkin sivutaan myös mielenterveyskuntoutusta, ja on muun muassa todettu (s. 4–5), että "Erikoissairaanhoidossa hyödynnettävä IPS Sijoita ja Valmenna-toimintamalli pyrkii tukemaan erityisesti vaikeisiin mielenterveyden häiriöihin sairastuneiden henkilöiden työllistymistä." Asian voisi sanoittaa myös niin päin, että sopivalla tavalla räätälöidyn ammatillisen kuntoutuksen ja onnistuneen työllistymisen kautta voidaan edistää vaikeisiin mielenterveydenhäiriöihin sairastuneiden hoitoa ja kuntoutumista.

9.2.3 Tavallisimpien sairausryhmien kuntoutuksen erityispiirteet

Neurologisten sairausryhmien viittauskäytännöt vaihtelevat neurologisten sairauksien ja vammojen kuntoutusta koskevassa alaluvussa 9.2.3.2., eli terminologiaa olisi hyvä vielä tarkistaa.

Aivoverenkiertohäiriöitä koskevassa kappaleessa todetaan (s. 9), että "Mikäli avokuntoutus on riittävä...kuntoutus toteutetaan perusterveydenhuollossa" Esimerkiksi neuropsykologeja ei useallakaan paikkakunnalla ole perusterveydenhuollossa käytettävissä, vaan heidät on sijoitettu pääosin erikoissairaanhoidon.

Lisäksi todetaan (s. 9), että "Kuntoutumisessa on huomioitava, että 50 % AVH-henkilöistä kärsii masennusoireista". Mikäli prosenttiosuutta halutaan käyttää, on suositeltavaa käyttää lukua 30–50% (kts. Käypä hoito -suositus). AVH-henkilö ei ehkä ole kaikkein asianmukaisin termi; sopivampi voisi olla AVH-kuntoutuja/ AVH:n sairastunut henkilö. Tässä kohdassa voisi olla hyvä mainita, että äkillinen vakava toimintakyvyn vaikuttava sairaus aiheuttaa aina sopeutumishaasteita, mutta usein myös hoitoa vaativaa masennusta. Kappaleeseen olisi hyvä lisätä Käypä hoito -suosituksen mukainen maininta omaisista. AVH:n voisi myös lisätä yhdeksi esimerkiksi omaishoitajia koskevaan-alalukuun 9.3.5.3.

Aivovammoista kertovassa kappaleessa (s. 10) kerrotaan aivovammapotilaiden kuntoutussuunnitelmien teosta aivovammapoliklinikoilla (esim. "Lähete sairaalan aivovammapoliklinikalle tehdään akuuttivaiheessa potilaan kotiutuessa..."). Kaikilla alueilla ei erillisiä aivovammapoliklinikoita ole, eikä jokaista potilasta voida lähettää ERVA-alueiden keskitetyille yliopistosairaalan aivovammapoliklinikoille. Toisin sanoen merkittävä osa aivovammapotilaista saa kuntoutussuunnitelmansa muualta. Keskussairaالاتasolla aivovammapotilaiden kuntoutussuunnitelmia laaditaan käytännössä useimmiten neurologian poliklinikoilla, ja/tai vaativan kuntoutuksen osastoilla. Mikäli käytäntöä ei ole tarkoitus muuttaa, luvussa olisi tärkeä kuvata myös ei-yliopistosairaala-alueen aivovammapotilaan hoitopolkua. Aivovammapoliklinikan sijaan muotoilu voisi olla "aivovammapoliklinikalle tai aivovammapotilaan hoitavalle neurologian poliklinikalle".

"Aivovamman saaneilla ilmenee usein masennusta...". Tämä voisi olla ilmaistu yhtenäisesti joko prosentteina tai kuvailevin ilmauksin kaikissa kyseisen alaluvun sairausryhmissä.

Oiretiedostamattomuus olisi hyvä huomioida tekstissä vakavien aivovammojen yhteydessä: kuntoutusmotivaatio saattaa herätä vasta myöhemmin.

9.2.4.1. Kehitysvammaisten aikuisten kuntoutus

Alalukuun voisi yhdistää kehitysvammaisten lasten kuntoutusta koskevan alaluvun (9.1.1.2) sisältöjä.

Tekstissä on mainittu nimeltä menetelminä Toimi ja Seo-r2. Näiden lisäksi uutena menetelmänä on laajalti käytössä myös **ABAS-3**-toimintakyvyn arviointimenetelmä.

Alaluvussa mainitaan osa-alueita, joita on otettava huomioon kuntoutuksessa. Kappaleessa voisi tuoda esille myös oppaassa toisessa kohdassa mainittuja mielenterveysongelmia (ahdistus, masennus ym.), joita esiintyy kehitysvammaisilla henkilöillä muuta väestöä enemmän. Mielenterveysongelmien kuntoutus eri terapioiden avulla jää tästä puuttumaan. Tähän voisi myös lisätä traumatisoitumisen, joka on kehitysvammaisilla henkilöillä yleisempää (mm. ovat kehoon kajoavien tutkimusten kohteena, tutkimus- ja kuntoutusjaksoilla erossa huoltajistaan ja heillä on suurempi riski joutua mm. hyväksikäytön ja vertaisryhmän ulkopuolelle sulkemisen kohteeksi), mikä voi olla toimintakyvyn kuntouttamiseen vaikuttava tekijä.

9.2.6 Toimijat

Käytetään termiä työterveyspsykologi (ei työpsykologi).

”Sairausvakuutuslain mukaan 60 prosentin korvauskriteerin täytyminen työnantajalle ehkäisevästä työterveyshuollon toiminnasta edellyttää työkyvyn hallinnan, seurannan ja varhaisen tuen toimintamallin laatimista.” Tässä kohdassa on käsityksemme mukaan vanhentunutta tietoa, eli tämä ei ole enää 60 % korvauksen edellytys.

Tekstissä todetaan, että ”Kun Kelan sairauspäivärahaa on maksettu 90 päivää, työntekijän pitää toimittaa Kelaan työterveyslääkärin lausunto, jossa on arvio jäljellä olevasta työkyvystä ja työssä jatkamisen mahdollisuudesta sekä tarvittaessa kuntoutustarvearvio.” Vuoden 2022 alusta on lisätty uudet tarkistus pisteet 150 ja 230 päivää, jolloin tarvittaessa tulee toimittaa uusi työterveyslääkärin lausunto.

kpl 9.3 - Ikääntyneiden kuntoutus

Luvussa on hyvin kuvattu ikääntyneiden osalta sitä, miten toimijoiden on syytä aktiivisesti seurata ikäihmisen toimintakyvyn kehittymistä. Kuitenkin toimintakyvyn osalta näyttää painopiste olevan enemmän fyysisissä ja sosiaalisissa tekijöissä sekä kognitiivisissa toiminnoissa (muisti), kun taas mielialaan ja mielenterveyteen liittyvät asiat eivät juurikaan näy. Huolimatta siitä, että mielenterveyden kuntoutusta koskien on tulossa oma lukunsa, tulisi mielenterveys huomioida myös muissa luvuissa. Iäkkäät ihmiset kohtaavat mielenterveyden ongelmia kuten nuoremmatkin, mutta moni jää vaille riittävää hoitoa sairastuessaan eläkeiässä tai vanhetessaan nuorempana puhjenneen psyykkisen sairauden kanssa. Jopa 20 % yli 65-vuotiaista on kokenut vähintään lieviä masennuksen oireita, jotka saattavat johtaa vakavaan masennustilaan. Noin puolet masennukseen sairastuneista sairastuu vasta eläkeiässä. Kroonistunut masennus lisää riskiä muisti- ja sydänsairauksiin sekä aivoverenkiertohäiriöihin ja heikentää merkittävästi jo sairastuneen potilaan toipumisennustetta. Toisaalta ikääntyneiden fyysiset sairaudet, aistirajoitteet, moninaiset lääkitykset, ja toimintakyvyn heikkeneminen puolestaan altistavat mielenterveyden järkkymiselle.

Myöskään esitellyissä arviointimenetelmissä eivät erityisesti mielenterveyteen liittyvät sisällöt juuri ole edustettuna. RAI-arviointipaketissa on mukana myös psyykkistä vointia arvioiva osio, mutta sitä ei ole nostettu esiin. Lisäksi on huomattava, että **psyykkisen voinnin arvioinnissa olisi tärkeä olla mahdollisuus asiantuntijan konsultointiin**, sillä ikäihmisten mielenterveyden ongelmat saattavat helposti jäädä tunnistamatta. Psyykkiset voimavarat on tärkeä huomioida kuntoutuksen kokonaisuuden suunnittelussa. Mielenterveysongelmien tunnistaminen ja hoito ikääntymiseen liittyvine erityispiirteineen tulee saattaa riittävälle tasolle, jotta myös ikäihmisillä on yhdenvertainen oikeus ja mahdollisuus saada mielenterveyden palveluja oikea-aikaisesti.

Omaishoitajat on huomioitu tekstissä hyvin, mutta tekstissä voisi vielä mainita, että palvelutarpeen arviointi on myös heidän osaltaan lakisääteisesti turvattu.

Kpl 10.1 - Kuulon kuntoutus

Maininta kehitysvammaisista sopisi Kuulon kuntoutuksen erityisryhmiä koskevaan alalukuun (11.1.5), samoin näönkuntoutuksen kohderyhmiin myös muutoin kuin Monivammaisuuden alle. Kehitysvammaisilla henkilöillä on usein alidiagnosoituja kuulon ja näön vammoja, jotka vaikuttavat toimintakykyyn ja joiden vaikutuksia esim. käyttäytymiseen ja vuorovaikutukseen tulkitaan herkästi väärin.

Kpl 10.2 - Näönkuntoutus

Lisäksi nivelvaiheita ja arviointia vaativia tilanteita koskevassa alaluvun (10.2.6) tekstiä ”Vaikeavammaisten, ei-kommunikoivien henkilöiden, muistisairaiden ja kehitysvammaisten tutkiminen, näköongelmien tunnistaminen ja tunnistettuihin ongelmiin avun antaminen voivat olla erittäin hankalasti toteutettavia. Asiakkaan riittävä kognitiivinen toimintakyky on keskeistä vaikuttavassa näönkuntoutuksessa” tulisi jatkaa maininnalla, että **tutkiminen ja kuntoutus ovat kuitenkin mahdollisia ja niihin tulisi pyrkiä myös kehitysvammaisten kohdalla** (sama koskien kuulon arviointia ja kuntoutusta).

Kpl 12 - Neuropsykiatristen häiriöiden tukitoimet ja kuntoutus

Luvussa on kuvattu kiitettävästi neuropsykiatristen häiriöiden erityispiirteet huomioon ottava kuntoutuskäytäntö. Neuropsykiatristen häiriöiden tukitoimia ja kuntoutusta on kuvattu tarkoituksenmukaisen kattavasti. Onkin tärkeää riittävän selkeästi eritellä näitä laaja-alaisempia tukimuotoja ja kuntoutusta sekä lääkinnällisen kuntoutuksen piiriin kuuluvia spesifejä kuntoutusmuotoja, jotta ei synny mielikuvaa, että vasta spesifi lääkinnällinen kuntoutus olisi ”käypää hoitoa” näihin häiriöihin.

Neuropsykologinen kuntoutus on mainittu yhtenä keskeisenä kuntoutusmuotona neuropsykiatrisissa potilasryhmissä. Luvussa voisi myös mainita esimerkiksi ADHD:n osalta Käypä hoito- suosituksen lisäosion ”Neuropsykologinen kuntoutus ja ADHD”. Nykytilanteessa on kuitenkin valitettavasti alueellisesti suuria eroja siinä, pääseekö neuropsykiatrinen potilas todellisuudessa neuropsykologiseen kuntoutukseen palveluiden saatavuudesta johtuen. Luvussa olisi hyvä nostaa esiin, että tässä potilasryhmässä palveluita ei valtakunnallisella tasolla ole resursoitu riittävästi, mihin tulee kiinnittää erityistä huomiota hyvinvointialueiden aloittaessa toimintansa. Luvussa kyllä

mainitaan, että ”lääkinnällinen kuntoutus tapahtuu hyvinvointialueiden järjestämänä alueellisesti sovitun käytännön mukaisesti”, mutta tämä jää varsin avoimelle ja yleiselle tasolle. Millaisia valtakunnallisia suosituksia hyvinvointialueiden vähimmäispalveluiden osalta voitaisiin lukuun lisätä?

Kpl 13 - Lääkinnällisen kuntoutuksen terapiat

Psykologin tutkimuksia käsitellään neuropsykologisesta kuntoutuksesta kertovassa alaluvussa 13.7.1 ja puheterapiaa käsittelevässä alaluvussa 13.5.1 on mainittu koulupsykologi. Psykologin tutkimusten hyödyntäminen lapsen kehityksen arvioinnissa ja lääkitäntällisen kuntoutuksen sekä arjen tukitoimien suunnittelussa ei kuitenkaan rajoitu tilanteisiin, jossa arvioidaan neuropsykologisen kuntoutuksen tarvetta. **Psykologin tutkimukset muodostavat keskeisen ja korvaamattoman osan lapsen kehityksen arviointia, diagnoosin määrittästä ja kuntoutuksen suunnittelua** tilanteissa, joissa lapsella on kuntoutuksen tarvetta jollain kognition osa-alueella (esim. kielen kehitys, visuaalinen hahmottaminen, oppimisvaikeudet). Psykologit myös voivat tarjota kuntouttavina toimenpiteinä tukikeskusteluja sekä vanhempien ja esimerkiksi varhaiskasvatuksen tai koulun henkilökunnan ohjausta. Lapsen kuntoutukseen tai tukitoimien järjestämiseen osallistuvilla henkilöillä on myös mahdollisuus konsultoida psykologeja. Oppaassa on esitelty useita, osin kapea-alaisiakin kuntoutusmuotoja (luvut 13–15). **Oppaaseen olisi syytä lisätä alaluku, jossa käsitellään psykologin tutkimusta kuntoutuksen suunnittelussa ja psykologin palveluja kuntoutuksen toteutuksessa;** mitä kaikkea psykologin tutkimuksella on mahdollista selvittää, millaisiin kuntoutuksellisiin ja pedagogisiin ratkaisuihin tulokset vaikuttavat ja millaisia kuntouttavia toimenpiteitä psykologit voivat tarjota.

Vuorovaikutuksen hoidon ja kuntoutuksen voisi mahdollisesti nostaa omaksi erityiseksi kuntoutuksen muodokseen. Se on nyt kuvattu osana muita kuntoutusmuotoja, mutta vuorovaikutus voi olla erillinenkin kuntoutuksen kohde erityisesti varhaisissa kehitysvaiheissa. Vuorovaikutuksen hoitoon ja kuntoutukseen on kehitetty erillisiä menetelmiä, kuten esimerkiksi erilaiset ryhmäkuntoutukset. Ryhmä- ja monimuotokuntoutukset mainitaan nyt vain lyhyesti alaluvussa 13.2.

Aikuisten neuropsykologista kuntoutusta käsittelevä alaluku (13.7.2.) on suhteellisen suppea lasten ja nuorten alalukuun (13.7.1) verrattuna. Esimerkiksi tutkimusnäyttöä neuropsykologisen kuntoutuksen vaikuttavuudesta olisi asianmukaista kuvata tarkemmin aikuisten kuntoutuksen osalta samoin kuin lasten kuntoutuksen alaluvussa on kuvattu. Tekstiin voisi liittää esimerkiksi seuraavat neuropsykologista kuntoutusta koskevat näytönastekatsaukset Käypä hoito -suositukseen liittyen:

Aivoinfarkti ja TIA:

[Näytönastekatsaus: Aivoverenkiertohäiriöön liittyvien visuospatiaalisten häiriöiden ja neglect-
oirekuvan kuntoutus](#)

[Näytönastekatsaus: AVH-potilaan neuropsykologinen kuntoutus](#)

Aivovammat:

[Aivovammojen Käypä hoito -suosituksessa](#) on useassa kohdassa nostettu esiin neuropsykologisen tutkimuksen merkitys, ja suosituksessa on myös osio neuropsykologisesta kuntoutuksesta

Ms-tauti:

[Näytönastekatsaus: Neuropsykologinen kuntoutus MS-taudissa](#)

Viitteen 33 käsittelyn yhteyteen (s. 29) voisi esimerkiksi lisätä, että aikuisilla ”erityisen vahvaa tutkimusnäyttöä löytyy aivoverenkiertohäiriöissä ja/tai aivovammoissa visuospatiaalisten häiriöiden ja neglect –oireen, sekä tarkkaavuuden häiriöiden kuntoutuksesta, metakognitiivisten taitojen opettamisesta, lievissä muistihäiriöissä kompensoivien strategioiden opettamisesta sekä sosiaalisen kommunikaation vaikeuksien kuntouttamisesta. Näyttöä löytyy myös vaikeissa muistihäiriöissä rajattujen taitojen opettamisesta ja apuvälineiden käytön harjoittelusta, puheen ja kielellisten toimintojen sekä apraksian kuntoutuksesta.” Kyseisessä katsauksessa todetaan myös, että ”etenevistä tiloista MS-taudissa kuntoutus lievittää kognitiivisia ja mielialaoireita ja Alzheimerin taudin osalta on alustavaa näyttöä siitä, että kognitiivinen harjoittelu hidastaa kognitiivisten ja päivittäistoimintojen vaikeuksien etenemistä.”

Lisäksi **neuropsykologisen kuntoutuksen sisältöjä** myös aikuisilla tulisi kirjoittaa auki tekstiin omalla lyhyellä kappaleella esimerkiksi toisen kappaleen jälkeen. Samalla olisi hedelmällistä tuoda esille aikuisten neuropsykologisen kuntoutuksen erityispiirteitä, esimerkiksi puolison/läheisten jaksaminen ja ohjannan merkitys, oiretiedostuksen muodostumisen tukeminen, vuorovaikutus opiskelu- tai työpaikkaan/työterveyshuoltoon työhön paluun suunnittelussa, sekä ajokognitioasiat.

Nähdäksemme neuropsykologinen tutkimus on ensisijaisesti pohjana kaikille kuntoutussuunnitelmille, joissa neuropsykologista kuntoutusta suositellaan kuntoutujalle – ei ainoastaan Kelan kuntoutuksissa, kuten tekstistä helposti ymmärtää (s.29), vaan myös kotikuntien maksamissa lääkinnällisen kuntoutuksen terapioissa tai vakuutusyhtiöiden kustantamissa kuntoutuksissa.

Tekstiin voisi lisätä (s. 30) maininnan siitä, että lääkinnällisenä **kuntoutuksena myönnetyn neuropsykologisen kuntoutusjakson kesto tulee olla asiakkaan yksilöllisen tarpeen mukaan räätälöity ja suhteutettu kuntoutussuunnitelmassa asetettuihin tavoitteisiin, ja toisaalta asiakkaan oireiston vaikeuteen ja todennäköiseen kuntoutuksesta hyötymiseen.** Nykyisin lääkinnällisenä kuntoutuksena myönnetty neuropsykologisen kuntoutuksen jaksot voivat joskus olla hyvin lyhyitä, vaikka asiakkaan oireisto on laaja-alaista tai vaikea-asteista ja tavoitteet ovat korkealla. Usein myöskään verkostoyhteistyötä ja/tai läheisten tai lähiympäristön ohjantaa ei ole riittävästi huomioitu myönnetyissä kertamäärissä.

Kpl 16 - Kuntoutuspalveluiden johtaminen ja kehittäminen

Luvussa todetaan, että ”Sote-uudistuksen myötä terveydenhuoltopalveluiden ja kuntoutuspalveluiden järjestäminen siirtyy hyvinvointialueille. Tarkoituksena on integroida toisiinsa perusterveydenhuolto ja erikoissairaanhoidon sekä terveys- ja sosiaalitoimi.” Tähän voisi vielä lisätä sen, että myös integraatiota kolmannen sektorin kanssa on tarkoitus vahvistaa. Tämä korostaa kuntoutuksen osalta sitä, että johdon tehtävä on luoda ja ylläpitää rakenteita, joiden kautta asiakkaiden kuntoutustarve toisaalta tulee julkisen palvelunjärjestäjän tietoon ja joiden kautta toisaalta voidaan ohjata asiakkaita myös kolmannen sektorin kuntouttavien palveluiden piiriin.

Kuntoutuspalveluiden ja palvelujärjestelmän kehittämisessä on tärkeää, että toimijoilla on yhteinen käsitys siitä, millaisesta viitekehiksestä käsin kulloinkin työtä tehdään. Koska sama toiminta voi olla ehkäisevää, hoidollista sekä kuntouttavaa riippuen siitä, miten työtä määritellään, on syytä panostaa jatkossa siihen, että käsitteelliset epäselvyydet eivät tule häiritsemään toimijoiden välistä yhteistyötä.

Alaluvussa 16.2 ovat psykologit kuntoutusalan ammattilaisina jääneet huomiotta. Esimerkiksi (s. 5–6) muotoilua kuntoutusta toteuttavista ammattilaisista tulisi muokata seuraavalla tavalla:

”Kuntoutusta toteuttavat ammattilaiset voidaan jakaa kuntoutusprosessiin käynnistäjiin, mahdollistajiin ja seurantaan osallistuviin kuten lääkäreihin, hoitajiin, psykologeihin ja spesifisti kuntoutukseen erikoistuneisiin ammattilaisiin (esim. fysio- ja toimintaterapeutti, puheterapeutti) sekä kuntoutusta tukeviin ammattilaisiin (esim. ravitsemusterapeutti, liikunnanohjaaja)”. Psykologit voivat toimia kuntoutusprosesseissa useammassa roolissa, sekä kuntoutuksen mahdollistajina, toteuttajina että sen vaikuttavuuden seuraajina. Psykologien osaamisen hyödyntäminen kuntoutuspalveluiden suunnittelussa, kehittämisessä ja johtamisessa tulisi myös muilta osin huomioida luvussa huomattavasti selkeämmin.

Liite 1. Oppaan valmisteluun osallistuneet

Valmisteluun osallistuneiden työryhmien kokoonpanossa kiinnittää huomion varsin somaattisesti ja lääkärikeskeisesti painottunut kokoonpano, jossa psykologisen asiantuntemuksen hyödyntäminen on jäänyt hyvin vähäiseksi. Esimerkiksi lasten ja nuorten kuntoutuksen työryhmässä ei ole mukana yhtään psykologia, eikä myöskään asiantuntijakommentteja ole psykologian alan ammattilaisilta pyydetty, mikä on erittäin huolestuttavaa. Psykologiliitto haluaa muistuttaa, että **moniammatillinen näkökulma ja sen hyödyntämisen korostaminen ei saisi jäädä vain ohjeistusten sisältöihin koskemaan esimerkiksi tuotetun oppaan käyttäjiä käytännön asiakastyön tasolla, vaan se tulisi ulottaa myös suunnittelu- ja valmisteluvaiheeseen** ministeriöitä myöten, jotta eri alojen asiantuntemus yhteisiä asiakkaista koskevien palveluprosessien kehittämisessä ja ohjauksessa tulisi huomioiduksi, ja vuoropuhelu eri ammattiryhmien välillä tulisi aidosti mukaan myös palveluiden kehittämiseen.

Gergov Vera

Suomen Psykologiliitto - Ammattiasioista vastaava psykologi

Laura Nenonen

Suomen Psykologiliitto ry – Koordinaattori

Lausunnon laatimiseen ovat osallistuneet Suomen Psykologiliitto ry:n kehitysvamma-alan, neuropsykologian, perusterveydenhuollon sekä työterveyshuollon psykologien ammatillisten työryhmien jäsenet.

Suomen Psykologiliitto ry:n 12.8.2022 sosiaali- ja terveysministeriölle antama lausunto löytyy kokonaisuudessaan [Lausuntopalvelimelta](#).