



# Intensiiviset kuntoutuskurssit traumaattisen aivovamman saaneille aikuisille

Hyödyt ja soveltuvuus  
Kelan järjestämäksi kuntoutukseksi

Anna-Marie Paavonen ja Anna-Liisa Salminen



## **Kirjoittajat**

Anna-Marie Paavonen, VTM, tutkimusassistentti  
Kelan tutkimus

Anna-Liisa Salminen, PhD, dosentti, tutkimustiimin päällikkö  
Kelan tutkimus  
etunimi.sukunimi@kela.fi



VERTAISARVIOITU  
KOLLEGIALT GRANSKAD  
PEER-REVIEWED  
[www.tsv.fi/tunnus](http://www.tsv.fi/tunnus)

© Kirjoittajat ja Kela

Graafinen suunnittelu Pekka Loiri

ISBN 978-952-284-038-7 (pdf)

ISSN-L 2343-2780

ISSN 2343-2799 (verkkojulkaisu)

URI <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201804056346>

Julkaisija: Kela, Helsinki, 2018

## **KELAN TUTKIMUS**

[julkaisut@kela.fi](mailto:julkaisut@kela.fi)  
[www.kela.fi/tutkimus](http://www.kela.fi/tutkimus)  
[www.fpa.fi/forskning](http://www.fpa.fi/forskning)  
[www.kela.fi/research](http://www.kela.fi/research)

## Tiivistelmä

Paavonen A-M, Salminen A-L. **Intensiiviset kuntoutuskurssit traumaattisen aivovamman saaneille aikuisille. Hyödyt ja soveltuvuus Kelan järjestämäksi kuntoutukseksi.** Helsinki: Kela, Sosiaali- ja terveysturvan raportteja 9, 2018. 93 s. ISBN 978-952-284-038-7 (pdf).

Tutkimuksessa arvioidaan, soveltuvatko traumaattisen aivovamman saaneille aikuisille suunnatut intensiiviset kuntoutuskurssit Kelan järjestämäksi kuntoutukseksi. Kela on järjestänyt intensiivisiä kuntoutuskursseja harkinnanvaraisena kuntoutuspalveluna vuodesta 2015. Kurssit perustuvat Suomessa kehitettyyn INSURE-aivovammakuntoutusohjelmaan. Tavoitteena on auttaa kuntoutujia ymmärtämään aivovamman vaikutuksia heidän elämäänsä ja tukea heidän ammatillisia tavoitteitaan. Tutkimus on monimenetelmällinen. Intensiivisten kurssien soveltuvuutta arvioidaan kuntoutujien, heidän läheistensä, palveluntuottajan, kuntoutukseen lähettävien tahojen sekä Kelan ja työeläkelaitosten asiantuntijalääkäreiden näkökulmasta. Aineisto koostuu kyselyistä, kuntoutusasiakirjoista ja haastatteluista sekä Kelan kurssi-tietojärjestelmän tiedoista kurssien toteutumisesta. Intensiivisille kursseille lähettämisen peruste on ollut mm. toimintakyvyn kokonaisvaltainen arviointi ja tukeminen ja vertaistuki. Kaikkien kuntoutujien kurssit eivät ole toteutuneet niiden palvelukuvauksen mukaisesti. Kuntoutajat ja heidän läheisensä kokivat kurssit hyödylliseksi ja merkitykselliseksi. Kursseilla kuntoutajat oppivat ymmärtämään aivovamman vaikutuksia elämäänsä ja saivat tukea muuttuneeseen elämäntilanteeseensa. Lisäksi kurssit ovat helpottaneet kuntoutujien arjessa selviytymistä. Intensiivisten kurssien aikana voidaan tehdä kokonaisvaltainen arvio kuntoutujien toimintakyvystä, ja niillä voidaan tukea kuntoutujien elämänhallintaa. Kurssit eivät tue aivovamman saaneiden henkilöiden välitöntä työhön palaamista. Kaikki kuntoutajat oli kursseilla todettu työkyvyttömiksi kaikkeen ansiotyöhön. Intensiivisten kurssien tehtävää ja tavoitteita aivovamman saaneiden henkilöiden kuntoutuspolussa ja palvelujärjestelmää täydentävänä kuntoutuspalveluna tulisi selkeyttää kuntoutusprosessiin osallistuvien toimijoiden välisenä yhteistyönä.

**Avainsanat:** traumaattinen aivovamma, kuntoutus, holistinen kuntoutus, harkinnanvarainen kuntoutus, monimenetelmällinen tutkimus

## Sammandrag

Paavonen A-M, Salminen A-L. **Intensiva rehabiliteringskurser för vuxna med traumatisk hjärnskada. Nyttan och lämplighet av rehabilitering som FPA ordnar.** Helsingfors: FPA, Social trygghet och hälsa: rapporter 9, 2018. 93 s. ISBN 978-952-284-038-7 (pdf).

Avsikten med studien var att evaluera hur intensiva rehabiliteringskurser för personer med traumatisk hjärnskada lämpar sig för FPA att arrangera. FPA har ordnat intensiva rehabiliteringskurser inom ramen för rehabilitering enligt prövning från och med 2015. Kurserna baserar sig på det finska INSURE-rehabiliteringsprogrammet för personer med hjärnskada. Syftet med kurserna är att hjälpa rehabiliteringsklienter att förstå hjärnskadans inverkan på deras liv och främja deras professionella mål. Undersökningen är multimetodisk. Klienten, de nära anhöriga, serviceproducenterna, den vårdande aktören och sakkunnigläkaren vid FPA och arbetspensionsanstalten evaluerade lämpligheten av intensiva kurser. Som materialkällor används förfrågningar, intervjuer och rehabiliteringsplaner samt respons på rehabiliteringen och kursdatabasen vid FPA. Klienter har skickats till kurserna bland annat för att man ska kunna evaluera och förbättra klientens arbets- och funktionsförmåga, erbjuda kamratstöd, och förbättra klientens förmåga att hantera utmattning. Kurserna har inte alltid genomförts enligt servicebeskrivningen. Exempelvis den tid som gått sedan skadan har varit längre än i kursens antagningskriterier. Klienterna och deras nära anhöriga har upplevt kurserna som nyttiga och meningsfulla. Klienterna lärde sig förstå hur skadan har inverkat på deras liv. De fick även stöd i nya livssituationer. Kurserna gjorde klienternas vardag lättare. Under intensiva kurser kan man göra en heltäckande evaluering av klienternas funktionsförmåga och stödja klienternas livskompetens. Kurserna stöder inte klientens direkt återgång till arbetslivet. Alla klienter som deltog i kurserna har konstaterats vara arbetsoförmögna. Aktörerna inom rehabiliteringsprocessen borde i samarbete med varandra skapa klarare roller och mål för intensiva kurser i rehabiliteringsprocessen för personer med hjärnskada.

**Nyckelord:** traumatisk hjärnskada, rehabilitering, holistisk rehabilitering, rehabilitering enligt prövning

## Summary

Paavonen A-M, Salminen A-L. **Intensive rehabilitation courses for adults with traumatic brain injury. Outcomes and suitability of the courses as a rehabilitation service organised by Kela.** Helsinki: Social Insurance Institution of Finland, Social security and health reports 9, 2018. 93 pp. ISBN 978-952-284-038-7 (pdf).

The study examines whether intensive rehabilitation courses for adults with traumatic brain injury (TBI) are suitable as a discretionary rehabilitation service organised by Kela. Kela has organised the courses since 2015. They are based on a holistic, multi-disciplinary rehabilitation programme for traumatically brain injured individuals developed in Finland (INSURE). The courses aim to help rehabilitees understand how the TBI symptoms affect their lives and to support their vocational goals. The study uses a mixed-methods approach. The courses are evaluated from the points of view of the rehabilitees and their close ones, the rehabilitation provider, referring neurologists, medical experts of Kela and employment pension providers. The data comprised postal questionnaires, rehabilitation related documents of the rehabilitees, and interviews. Also, the number of courses offered and realised was used. The rehabilitees and their close ones found the courses useful and meaningful for the rehabilitation process. The courses helped the rehabilitees in understanding the TBI symptoms' effect on their lives and supported them in coping with their changed life situation. However, the courses were not realised according to the guidelines in all cases. A comprehensive evaluation of the rehabilitees' functional abilities can be performed during the courses, and the courses support the rehabilitees in managing their everyday lives. The courses do not support them in returning to work immediately. All rehabilitees were found incapable to participate in gainful employment. The purpose and goals of the intensive courses both in the rehabilitation process and as a complementary rehabilitation service should be clarified in co-operation with the parties involved in the rehabilitation of brain injured individuals.

**Keywords:** traumatic brain injury, rehabilitation, holistic rehabilitation, discretionary rehabilitation

## Alkusanat

Tässä tutkimuksessa arvioidaan intensiivisten kuntoutuskurssien soveltuvuutta Kelan järjestämäksi kuntoutukseksi ja kuntoutuksella saavutettuja hyötyjä. Tutkimuksella saatiin arvokasta tietoa intensiivisten kurssien toteutumisesta ja niihin liittyvästä yhteistyöstä palvelujärjestelmässä.

Tapaturma ja sen aiheuttama aivojen vammautuminen muuttaa yhtäkkisesti ja usein pysyvästi ihmisen ja hänen lähipiirinsä elämää. On tärkeää, että palvelujärjestelmällä ja kuntoutuspalveluilla voidaan vastata aivovamman saaneiden ja heidän perheidensä yksilöllisiin tuen tarpeisiin, ettei väliinpuotoamisia tapahdu. Uskomme, että raportista on hyötyä, kun arvioidaan, miten nykyistä kuntoutuspalvelujärjestelmää aivovamman saaneille henkilöille olisi hyvä täydentää.

Tutkimuksen toteuttamista edistivät useat tahot. Kiitämme lämpimästi tutkimukseen osallistuneita kuntoutujia ja heidän läheisiään sekä kaikkia tutkimukseen liittyviin haastatteluihin osallistuneita. Kiitämme Kelan tutkimusryhmän tutkimusassistentti Kristiina Dammertia kyselytutkimuksen käytännön toteuttamisesta, tietopalveluasiantuntija Silva Rintasta kirjallisuushaun toteuttamisesta kuvailevaan kirjallisuuskatsaukseen sekä johtava tutkija Riitta Seppänen-Järvelää menetelmällisestä konsultaatiosta. Lisäksi haluamme kiittää neuropsykologian erikoispsykologi ja INSURE-aivovammakuntoutusohjelman kehittämisjohtaja Jaana Sarajuurta yhteistyöstä tutkimusta toteutettaessa ja raportin asiataarkastuksesta INSURE-aivovammakuntoutusohjelmaa koskevan tiedon osalta.

*Helsingissä maaliskuussa 2018*

*Anna-Marie Paavonen, Anna-Liisa Salminen*

## Sisältö

<b>1 Johdanto</b> .....	9
<b>2 Traumaattinen aivovamma ja aivovamman saaneen aikuisen kuntoutus</b> .....	11
2.1 Traumaattinen aivovamma.....	11
2.2 Traumaattisen aivovamman saaneen aikuisen kuntoutus.....	12
2.3 Postakuutin vaiheen kuntoutusmallit .....	15
2.3.1 Holistiset kuntoutusmallit .....	16
2.3.2 Tiivistelmä aiemmista kirjallisuuskatsauksista .....	17
2.3.3 Kuvaileva kirjallisuuskatsaus .....	19
2.4 Intensiiviset kuntoutuskurssit Kelan järjestämänä kuntoutuksena .....	23
2.4.1 Hyvä kuntoutuskäytäntö Kelan kuntoutuksessa.....	23
2.4.2 Intensiiviset kuntoutuskurssit .....	23
<b>3 Tutkimustehtävä</b> .....	29
<b>4 Aineistot ja menetelmät</b> .....	30
4.1 Monimenetelmällinen tutkimusote .....	30
4.2 Kelan kurssitietojärjestelmä.....	30
4.3 Kyselyaineistot .....	30
4.3.1 Kysely kuntoutujille .....	30
4.3.2 Kysely kuntoutujien läheisille .....	31
4.3.3 Kyselyaineistojen analyysi .....	31
4.4 Kuntoutusasiakirjat .....	31
4.5 Haastatteluaineistot .....	33
4.5.1 Palveluntuottajan edustajien ryhmähaastattelu .....	33
4.5.2 Kelan ja työeläkelaitosten asiantuntijalääkäreiden sekä lähettävien tahojen edustajien haastattelut .....	33
4.5.3 Haastatteluaineistojen analysointi.....	34
4.6 Eettiset kysymykset .....	34
<b>5 Tulokset</b> .....	36
5.1 Kuntoutuskurssien kysyntä .....	36
5.2 Tarve kuntoutuskursseille .....	37
5.3 Kuntoutuskursseille valitut kuntoutujat, kurssien tavoitteet ja suositukset .....	39
5.4 Kuntoutuskurssien hyväksyttävyyys .....	43
5.4.1 Tyytyväisyys kuntoutuskursseihin .....	43
5.4.2 Kuntoutuskurssien ajoitus.....	44
5.4.3 Kuntoutuskurssien kohdentuminen ja kuntoutujien valinta .....	47

5.4.4	Kuntoutuskurssien toteutus.....	48
5.4.5	Vertaisryhmä osana kuntoutuskursseja .....	53
5.5	Kuntoutuskurssien hyödyt.....	55
5.5.1	Aivovamman ja sen oireiden ymmärtäminen .....	55
5.5.2	Arjessa selviytyminen.....	59
5.5.3	Työkyvyn tukeminen .....	64
5.6	Kuntoutuskurssit osana sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmää .....	67
5.6.1	Vastuunjaon toteutuminen .....	68
5.6.2	Yhteistyön toteutuminen .....	70
5.7	Tulosten yhteenveto.....	72
5.7.1	Kysyntä ja tarve.....	72
5.7.2	Kuntoutuskurssille valitut kuntoutujat, kurssien tavoitteet ja suositukset .....	73
5.7.3	Hyväksyttävyyys.....	73
5.7.4	Hyödyt .....	75
5.7.5	Yhteistyön ja vastuunjaon toteutuminen .....	76
<b>6</b>	<b>Pohdinta.....</b>	<b>78</b>
6.1	Miten käytäntö vastaa tutkimusnäyttöä ja palvelukuvausta? .....	78
6.2	Tavoitteena työelämä vai elämänhallinta?.....	81
6.3	Terveydenhuollon vastuu – onko aikaa ja osaamista? .....	82
6.4	Tutkimuksen arviointia .....	83
<b>7</b>	<b>Johtopäätökset .....</b>	<b>86</b>
	<b>Lähteet.....</b>	<b>87</b>
	<b>Liiteluettelo.....</b>	<b>93</b>



## 1 Johdanto

Traumaattisella aivovammalla tarkoitetaan ulkoisen voiman eli jonkin tapaturman aiheuttamaa aivotoiminnan muutosta tai aivojen rakenteellista vauriota (Menon ym. 2010). Yhtäkkinen tapaturma ja siihen liittyvä aivojen vammautuminen muuttaa usein ennakoimattomasti ja joissakin tapauksissa pysyvästi vamman saaneen ja hänen läheistensä elämää. Arvioiden mukaan aivovamman saa Suomessa vuosittain noin 15 000–20 000 henkilöä (Alaranta ym. 2002). Yleisin aivovamman syy on kaatuminen (Isokuorti ym. 2016). Tavallisimpia aivovammasta aiheutuvia neuropsykologisia oireita ovat kognitiiviset oireet, uneen ja vireystilaan liittyvät häiriöt sekä tunne-elämän ja käyttäytymisen muutokset (esim. Palomäki ym. 2015). Suurin osa aivovammoista on vaikeusasteeltaan lieviä (Peeters ym. 2015). Lievästä aivovammasta toipumiseen riittää tavallisesti asianmukainen tieto vammasta. Kuntoutusinterventioista on arvioitu olevat hyötyä keskivaikean ja vaikean aivovamman saaneille. (Esim. Turner-Stokes ym. 2015.)

Tässä tutkimuksessa arvioidaan Kelan kuntoutuspalveluryhmän toimeksiannosta aivovamman saaneille aikuisille suunnattujen intensiivisten kuntoutuskurssien (Kela 2015) soveltuvuutta Kelan järjestämäksi kuntoutukseksi. Kuntoutuskurssit järjestetään Kelan harkinnanvaraisena kuntoutuksena eli niiden tehtävänä on täydentää muiden toimijoiden tarjoamia kuntoutuspalveluita aivovamman saaneille henkilöille (L 566/2005; Kela 2017). Intensiivisiä kursseja on toteutettu vuodesta 2015, josta lähtien kolmella kuntoutuksen palveluntuottajalla on ollut kursseja palveluvalikoimassaan. Intensiivisille kursseille valittavien kuntoutujien vammautumisesta tulee olla kulunut vähintään yksi ja enintään viisi vuotta. Kursseilla on useita tavoitteita. Niiden tavoitteena on tukea aivovamman saanutta henkilöä sopeutumisessa muuttuneeseen elämäntilanteeseen, auttaa kuntoutujaa ymmärtämään vamman vaikutuksia elämäänsä, keinojen löytäminen aivovamman aiheuttamien oireiden hallitsemiseksi ja ammatillisten jatkosuunnitelmien löytäminen. Kuntoutujille tulee olla asetettavissa jokin työelämätaavoite. Kuntoutuskurssien intensiivisyydellä viitataan kurssin ja kuntoutuspäivien pitkään kestoon ja moniammatilliseen sisältöön: kurssi kestää yhteensä 36 vuorokautta ja yksi kuntoutuspäivä sisältää keskimäärin viisi tuntia useita terapioiden sisältävää kuntouttavaa toimintaa. (Kela 2015.) Kurssit ovat toteutuneet pääasiassa laitosmuotoisina (Jaana Sarajuuri, henkilökohtainen tiedonanto 8.1.2018).

Intensiiviset kurssit perustuvat Suomessa kehitettyyn, holistiseen INSURE-aivovamman kuntoutusohjelmaan (*the individualized neuropsychological subgroup rehabilitation program for traumatically brain injured patients*, esim. Kaipio ym. 2000, 247–258; Sarajuuri ja Koskinen 2006). Kela on järjestänyt INSURE-ohjelman mukaista kuntoutusta aivovamman saaneille henkilöille vuodesta 1995 lähtien. Vuodesta 2015 kursseja alettiin toteuttaa uuden palvelukuvauksen mukaisesti, jolloin siirryttiin intensiivinen kuntoutuskurssi -nimeen. INSURE-ohjelma on neuropsykologisesti ja neuropsykoterapeuttisesti painottunut moniammatillinen kuntoutusohjelma ja se on suunnattu määritellylle aivovamman saaneiden henkilöiden alaryhmälle (esim.

Kaipio ym. 2000, 247–248). Kuntoutusohjelmaan valitut kuntoutujat pärjäävät tavallisesti itsenäisesti arkielämässään ja heillä ei ole merkittäviä fyysisiä toimintakyvyn rajoitteita. Heidän tulee olla motivoituneita ymmärtämään vammaansa ja heidän tulee kyetä hyötymään ryhmämuotoisesta kuntoutuksesta. (Kaipio ym. 2000, 249.) INSURE-ohjelman mukainen kuntoutus on määritelty aivovamman saaneen henkilön postakuutin vaiheen kuntoutukseksi (esim. Sarajuuri ja Koskinen 2006).

Tutkimus toteutettiin toteutettavuustutkimuksen (*feasibility study*, esim. Bowen ym. 2009) viitekehystä soveltaen. Kurssien soveltuvuutta arvioidaan neljän toteutettavuustutkimuksissa tavallisimmin arvioidun teeman avulla (esim. Bowen ym. 2009). Nämä ovat 1. kysyntä ja tarve intensiivisten kuntoutuskurssien toteuttamiselle aivovamman saaneiden henkilöiden kuntoutuspalvelujärjestelmässä, 2. kurssien hyväksyttävyyys, 3. kurssien hyödyt sekä 4. työn- ja vastuunjaon toteutuminen palvelujärjestelmässä kurssija toteutettaessa. Tutkimuksessa painotetaan kurssien hyötyjen arviointia. Tutkimuksessa arvioidaan, millaisia hyötyjä kurseista on ollut kuntoutujille. Hyötyjä peilataan kurssien tavoitteisiin, jotka Kela on määritellyt kurssien palvelukuvauksessa (Kela 2015) ja kurssien tavoitteisiin Kelan järjestämänä harkinnanvaraisena kuntoutuspalveluna. Hyötyjen arvioinnin tueksi toteutettiin kuvaileva kirjallisuuskatsaus traumaattisen aivovamman saaneiden aikuisten postakuutin vaiheen moniammatillisten kuntoutusmallien hyödyistä, joka esitellään luvussa 2.3.3.

Tutkimustehtävään vastataan monimenetelmällisellä tutkimusotteella (esim. Johnson ym. 2007; Creswell 2015) ja moninäkökulmaisella aineistolla. Aineistona ovat kysely-, kuntoutusasiakirja- ja haastatteluaineistot. Lisäksi tarkastellaan Kelan kurssi-tietojärjestelmästä poimittuja tietoja kurssien toteutumismääristä. Tiedontuottajina ovat kurssille osallistuneet kuntoutujat ja heidän läheisensä, kuntoutuksen palveluntuottajan ja terveydenhuollon edustajat sekä Kelan ja työeläkelaitosten asiantuntijalääkärit. Tutkimuksen aineisto kerättiin syksyn 2016 ja talven 2017 aikana.

## 2 Traumaattinen aivovamma ja aivovamman saaneen aikuisen kuntoutus

### 2.1 Traumaattinen aivovamma

Traumaattisella aivovammalla tarkoitetaan aivotoiminnan muutosta tai aivojen rakenteellista vauriota, joka on syntynyt ulkoisen voiman eli jonkin tapaturman aiheuttamana (Menon ym. 2010). Kattokäsitetä aivovaurio tai hankittu aivovamma (*acquired brain injury*) käytetään usein, kun viitataan myös muun kuin tapaturman aiheuttamaan aivojen vammautumiseen. Traumaattisen aivovamman lisäksi aivovaurio voi olla esimerkiksi aivohalvauksen, aivojen hapenpuutteen tai aivokasvaimen aiheuttama. Traumaattisesta aivovammasta käytetään jatkossa nimitystä aivovamma. Vuosittain noin 5 000 suomalaista saa sairaalahoitoa aivovamman vuoksi, miehet hieman naisia useammin. Kaiken kaikkiaan aivovamman saa Suomessa vuosittain noin 15 000–20 000 henkilöä, kun lukuun lasketaan mukaan myös ne henkilöt, jotka eivät ole tarvinneet sairaalahoitoa. (Alaranta ym. 2002.) Suomessa aivovamman yleisin syy on kaatuminen (Isokuortti ym. 2016). Seuraavaksi yleisimmät syyt ovat putoamistapaturmat, liikenneonnettomuudet ja väkivaltatapahtumat. Enemmistö aivovammoista on vaikeusasteen mukaan luokiteltuna lieviä (Peeters ym. 2015).

Jotta aivovammaa voidaan epäillä, henkilöllä tulee todeta akuuttivaiheessa vähintään yksi seuraavista: tajuttomuus tai tajunnan tason lasku, vammaa välittömästi edeltävä tai sen jälkeinen muistiaukko, vamma aiheuttama henkisen tilan muutos (esimerkiksi sekavuus), neurologinen oire tai poikkeava löydös. Aivojen vammautuminen saattaa jäädä tunnistamatta, jos henkilö on tapaturman sattuessa päihteiden vaikutuksen alaisena tai jos henkilöllä on esimerkiksi liikenneonnettomuuden seurauksena useita muita vammoja. Aivovamman vaikeusasteen määrittelyllä on tärkeä rooli, kun arvioidaan henkilön toipumisennustetta ja tarvetta jatkohoidolle ja kuntoutukselle. Vaikeusaste luokitellaan akuuttivaiheessa muun muassa arvioimalla henkilön tajunnan taso, tajuttomuuden kesto ja muistiaukon pituus vamma tapahtuman jälkeen. Vaikeusasteen arvio tulee tehdä ensimmäisen sairaalahoitajakson tai polikliinisen käynnin aikana. Akuuttivaiheessa tehty aivovamman vaikeusasteen luokittelu on lähtökohtana myös aivovamman jälkitilan vaikeusasteen ja pysyvän haitan arvioinnille. Pysyvän haitan määrittelee vakuutetuille henkilöille haittarahakorvauksen maksava vakuutusyhtiö potilasasiakirjojen perusteella. Arvio on tavallisesti tarkoituksenmukaista tehdä noin 2–3 vuotta vammautumisen jälkeen ja lapsena ja nuorena vammautuneille useiden vuosien kuluttua vammautumisesta, kun he aloittavat itsenäisen elämän. (Käypä hoito -suositus 2017.)

Aivovamman saaneen henkilön oirekuva on tavallisesti hyvin monimuotoinen. Osa muutoksista tapahtuu välittömästi vamma tapahtuman yhteydessä (primaarivauriot), osa päivien tai viikkojen kuluttua vamma tapahtumasta aiheuttaen hermokudoksen lisävaurioita (sekundaarivauriot). Primaarivauriot jaetaan aivokudoksen vaurioiksi ja verenpurkaumiksi eli hematoomiksi. Näiden aiheuttajana voi olla esimerkiksi suora kontaktivamma, jolloin kudosvaurio syntyy lähelle iskukohtaa tai vastakkai-

selle puolelle aivoja vastaiskuvauriona. Herkimmin primaarivaurioita syntyy otsa- ja ohimolohkojen kärkiin ja niiden pohjaosiin. Aivokudoksen puristuessa tai venyessä vammautumisen yhteydessä, syntyy hermo- ja tukikudosten vaurioita. Merkittävin vauriotyyppi on tällöin epätarkkarajainen hermosoluvaurio eli diffuusi aksonivaurio. Tavallisesti diffuuseja aksonivaurioita syntyy aivojen valkean ja harmaan aineen rajapinnoille, aivokurkiaisien ja vaikeimmissa vammoissa aivorunkoon asti. (Esim. Palomäki ja Koskinen 2008, 274–275.) Sekundaariset vauriot syntyvät tavallisesti aivojen verenkierron vähenemisen seurauksena, mistä seuraa esimerkiksi hapenpuute (Palomäki ja Koskinen 2008, 277; Palomäki ym. 2015). Aivovamman saaneen henkilön oirekuvaan vaikuttaa vamman vaikeusasteen lisäksi se, missä määrin vauriot ovat ainoastaan paikallisia ruhjeita tai verenpurkauksia ja missä määrin tapaturma on aiheuttanut diffuuseja aksonivaurioita (esim. Palomäki ym. 2015).

Aivovamman aiheuttamat oireet voidaan jakaa kognitiivisiin, neuropsykiatrisiin ja fyysisiin (esim. Pitkänen ja Jäkälä 2012, 58). Kognitiivisista oireista keskeisimpiä ovat aloitekyvyttömyys, toimintojen suunnittelun ja keskittymisen vaikeudet, ajattelun hitaus sekä lähimuistin häiriöt. Neuropsykiatrisista oireista tavallisia ovat masennus, ärtyisyys, kärsimättömyys, väsymys ja unihäiriöt. Vaikeimpia oireita ovat persoonallisuuden muutokset, jotka liittyvät otsalohkovaurioihin. Fyysisiin oireisiin kuuluvat päänsärky, niskakivut ja huimaus. Vaikeimpiin vammoihin liittyy esimerkiksi koordinaation ja hienomotoriikan häiriöitä, puheen epäselvyyttä sekä ekstrapyramidaalioireita, kuten vapinaa tai jäykkyyttä. Niskakivut, päänsärky ja huimaus ovat seurausta usein vammatapahtumaan liittyvästä niskan retkahdusvammasta. Tavallisimmin oireet painottuvat toiminnanohjauksen ja käyttäytymisen häiriöihin. (Esim. Pitkänen ja Jäkälä 2012, 58–59.)

## 2.2 Traumaattisen aivovamman saaneen aikuisen kuntoutus

Aivovamman saaneen henkilön nopea toipuminen alkuvaiheessa perustuu muun muassa kallonsisäisten verenpurkauksien kirurgiseen poistoon ja vaurioalueiden turvotuksen laskemiseen (esim. Palomäki ym. 2015). Tämän jälkeen kuntoutuminen perustuu aivojen muovautuvuuteen eli plastisuuteen. Aivojen hermosolut muodostavat uusia yhteyksiä tai olemassa olevat yhteydet muovautuvat kompensoimaan vaurion aiheuttamia puutoksia. Tämä vaatii intensiivistä ja suunnitelmallista harjoittelua. (Esim. Palomäki ja Koskinen 2008, 281; Pitkänen ja Jäkälä 2012, 55.) Kuntoutuksen alkuvaiheessa pyritään ensisijaisesti palauttamaan ja aktivoimaan menetetyt toiminnot. Tämän jälkeen pyritään opettelemaan keinoja menetettyjen kykyjen korvaamiseksi. Edellytyksenä kompensatiokeinojen opettelemiselle usein on, että vamman saaneelle henkilölle on muodostunut realistinen käsitys vamman aiheuttamista oireista ja miten oireet vaikuttavat hänen toimintakykynsä. (Palomäki ym. 2015.) Haasteena aivovaurioista kuntoutumiselle on se, että vamma on syntynyt paikkaan, jossa kuntoutumisen ja vammaan sopeutumisen kannalta keskeiset prosessit tapahtuvat (esim. Ylinen 2012, 6–7). Arvioiden mukaan (esim. Käypä hoito -suositus 2017) aivovammasta toipuminen on nopeinta ensimmäisen vuoden aikana vammatapah-

tuman jälkeen. Henkilön toimintakyky voi parantua tämänkin jälkeen esimerkiksi vammaan sopeutumisen kautta.

Kansainvälisessä tutkimuskirjallisuudessa (esim. Malec ja Basford 1996) aivovamman saaneen henkilön kuntoutus jaetaan akuutissa, subakuutissa ja postakuutissa vaiheessa toteutettuun kuntoutukseen. Akuutin vaiheen kuntoutus toteutetaan tavallisesti moniammatillisesti sairaalalolosuhteissa. Subakuutti kuntoutus on tavallisesti moniammatillista osastokuntoutusta. Osastokuntoutuksen tarve pystytään yleensä määrittelemään akuutihoidon aikana. Osa aivovamman jälkitilan keskeisistä oireista kehittyy vasta kuukausien kuluttua vammatapahtumasta eikä vamman saanut tiedosta kaikkia vammasta aiheutuvia oireitaan aina vielä akuuttivaiheessa. Näissä tapauksissa kuntoutuksen tarve voidaan määritellä vasta akuutin sairaalahoidon jälkeen. (Pitkänen ja Jäkälä 2012, 55.) Kuntoutuksen alkuvaiheessa kuntoutustoimenpiteiden tulee olla intensiivisiä. Keskeisintä on neuropsykologinen kuntoutus. (Pitkänen ja Jäkälä 2012, 59.) Postakuutin vaiheen kuntoutus on suunnattu sellaisille aivovamman saaneille henkilöille, jotka kykenevät hyötymään jatkokuntoutuksesta ja joiden kuntoutumiselle on asetettavissa realistisia tavoitteita postakuutissa vaiheessa (Malec ja Basford 1996).

Aivovamman saaneen henkilön kuntoutus edellyttää tavallisesti moniammatillisista yhteistyötä. Yhteistyö kuntoutusprosessiin osallistuvien toimijoiden kesken on tärkeää, jotta voidaan sopia yhteisistä tavoitteista ja kuntoutuksen keinoista. Tärkeää on antaa ohjausta myös vamman saaneen perheelle ja muille läheisille. Lievän vamman saaneet eivät tavallisesti tarvitse varsinaista kuntoutusta. Jos vamman oireilla on riski pitkittyä, erityistä tukea saatetaan tarvita. Vakavammissa vammoissa tulee tehdä arvio työkyvystä ja kuntoutuksen tarpeesta sekä tarvittaessa kuntoutussuunnitelma. Jos työkyky ei ole realistinen tavoite, kuntoutuksen tavoitteena tulee olla mielekäs ja kuntouttava työ- tai harrastustoiminta. (Käypä hoito -suositus 2017.) Aivovamman saaneista henkilöistä kuntoutukseen ohjautuvat usein potilaat, joilla on selkeitä toimintakyvyn muutoksia. Muutokset voivat olla esimerkiksi kognitiivisiin toimintoihin liittyviä, kielellisiä tai muistihäiriöitä tai halvauksia. Kuntoutukseen ohjaamisen kannalta haasteellisia ovat potilaat, joilla on esimerkiksi hidastuneisuutta kognitiivisessä prosessoinnissa, väsyvyyttä tai unihäiriöitä. (Palomäki ja Koskinen 2008, 281.) Osa aivovamman aiheuttamista oireista tulee usein esille vasta, kun rasitus lisääntyy eli esimerkiksi työelämään palattaessa. Vaikean vamman saaneilla oiretiedostuskin saattaa olla puutteellinen, joten myös vamman saaneen läheisiltä on hyvä tiedustella, millaisia toimintakyvyn muutoksia vamma on aiheuttanut. (Käypä hoito -suositus 2017.)

Suomalainen kuntoutuspalvelujärjestelmä saattaa näyttää aivovamman saaneesta henkilöstä monimutkaiselta (taulukko 1, s. 14). Riskinä on, ettei vamman saanut henkilö saa kuntoutuspalveluita tai etuuksia, johon hän on oikeutettu. Aivovamman saaneen henkilön kuntoutussuunnitelma tulee kaikissa tapauksissa laatia julkisessa

terveydenhuollossa. Suunnitelman tulee perustua moniammatilliseen toimintakyvyn arvioon ja yhdessä kuntoutujan kanssa asetettuihin tavoitteisiin. Kuntoutuksen rahoittajatahon vaikuttavat muun muassa vammautuneen ikä ja se, millaisissa olosuhteissa vammautuminen tapahtui. Julkinen terveydenhuolto on pääasiallisesti vastuussa aivovamman saaneen henkilön lääkinällisen kuntoutuksen järjestämisestä. Lisäksi Kela ja vakuutusyhtiöt voivat järjestää lääkinällistä kuntoutusta. (Mäkilä 2012, 37.) Vakuutusyhtiöt ovat kuntoutuksen ensisijaisia rahoittajia, jos aivovamma on syntynyt lakisääteisesti korvattavan liikenne- tai työtapaturman yhteydessä (L 626/1991; L 459/2015). Edellytyksenä on, että kuntoutuksen tarve johtuu korvattavasta liikenne- tai työtapaturmasta. Kela järjestää vaativaa lääkinällistä kuntoutusta alle 65-vuotiaille, joille aivovamma aiheuttaa huomattavia vaikeuksia arjen toiminnoista suoriutumiseen ja niihin osallistumiseen (L 566/2005).

Ammatillisen kuntoutuksen järjestäjinä voivat edellisten lisäksi olla työ- ja elinkeinotoimistot ja työeläkelaitokset. Järjestäjätahon valikoitumiseen vaikuttaa vammautumisen lisäksi muun muassa vammautuneen työhistoria. (Mäkilä 2012, 37.) Esimerkiksi työeläkelaitokset rahoittavat työelämään vakiintuneiden ammatillista työeläkekuntoutusta, jos vamma uhkaa hakijan työkykyä (L 395/2006). Joissakin tapauksissa aivovamman saaneen kuntoutusta voivat rahoittaa useat tahot yhtäaikaista (Mäkilä 2012, 37).

**Taulukko 1.** Aivovamman saaneen henkilön kuntoutukseen osallistuvat toimijat.

Kuntoutuksen järjestäjä	Lääkinällinen kuntoutus	Ammatillinen kuntoutus
Terveydenhuolto	Kaikki kansalaiset, ellei muuta korvaustahoa ole Sairaanhoidon välittömästi liittyvä kuntoutus	
Kela	Alle 65-vuotiaat <ul style="list-style-type: none"> <li>• vaativa kuntoutus</li> <li>• julkisessa terveydenhuollossa laadittu kuntoutussuunnitelma</li> </ul> Harkinnanvarainen kuntoutus	Nuoret Työelämään kiinnittymättömät
Vakuutusyhtiöt	Työ- tai liikennetapaturmassa vammautuneet	Työ- tai liikennetapaturmassa vammautuneet <sup>a</sup>
Työeläkeyhtiöt		Työelämässä olevat <sup>b</sup>
Valtiokonttori	Asevelvollisena tai kriisinhallinnassa vammautuneet Valtion työntekijät	Asevelvollisena tai kriisinhallinnassa vammautuneet Valtion työntekijät
TE-toimistot		Työttömät vajaakuntoiset

<sup>a</sup>Vakuuttamattomassa työssä vammautuneiden kuntoutusta hoitaa Tapaturmavakuutuskeskus. Liikennevakuutuksen laiminlyöntitilanteissa kuntoutusta hoitaa Liikennevakuutuskeskus.

<sup>b</sup>Ammatillisen kuntoutuksen mahdollisuus selvitetään aina ennen työkyvyttömyyseläkkeen myöntöä. Ammatillista kuntoutusta voi myös hakea erikseen. Tapaturma- ja liikennevakuutusyhtiö ovat kuitenkin ensisijaisia.

Lähde: Käypä hoito -suositus 2017, 22.

Intensiiviset kuntoutuskurssit järjestetään Kelan harkinnanvaraisena kuntoutuksena. Harkinnanvaraisten kuntoutuspalveluiden tehtävänä on täydentää terveydenhuollon ja muiden toimijoiden tarjoamia kuntoutuspalveluita (Kela 2017). Terveydenhuollosta voidaan lähettää potilaita Kelan järjestämään kuntoutukseen silloin, kun on tunnistettu tarve täydentäville kuntoutuspalveluille. Harkinnanvaraisen kuntoutuksen myöntäminen edellyttää, että hakijalla on terveydenhuollossa todettu toiminnanrajoitus, joka aiheuttaa kuntoutuksen tarpeen. Kuntoutuksen tulee perustua lääkärinlausuntoon, jossa kuntoutusta suositellaan henkilölle. Intensiivisten kurssien lisäksi Kela järjestää harkinnanvaraisena kuntoutuksena sopeutumismenestyskursseja. Lääkinnällisenä kuntoutuksena Kela järjestää yksilöterapioiden.

Vuonna 2008 ryhmä suomalaisia aivovaurioiden asiantuntijoita laativat konsensuslausuman äkillisten aivovaurioiden kuntoutuksesta (Konsensuslausuma 2008). Lausumassa annetaan suosituksia aivovamman ja aivoverenkiertohäiriön saaneiden henkilöiden kuntoutukselle. Lausumassa korostetaan, että kaikille aivovamman saaneille henkilöille tulee tarvittaessa taata mahdollisuus moniammatilliseen, oikea-aikaiseen ja riittävän intensiiviseen kuntoutukseen. Kuntoutus tulee järjestää katkeamattomana palveluketjuna ja rahoitusjärjestelmän pirstaleisuus ei saa olla kuntoutuksen aloittamisen tai sujuvan etenemisen esteenä. Usein kuntoutuksen koordinoiva taho on jäänyt epäselväksi. Kansainvälisesti verraten huomattavasti harvempi aivovamman saanut henkilö palaa Suomessa työelämään.

### 2.3 Postakuutin vaiheen kuntoutusmallit

Intensiivisten kuntoutuskurssien taustalla oleva INSURE-aivovammakuntoutusohjelma on määritelty postakuutin vaiheen kuntoutusmalliksi (esim. Sarajuuri ja Koskinen 2006). Esimerkiksi Malec ja Basford (1996) ovat jakaneet postakuutissa vaiheessa toteutettavat kuntoutusmallit kolmeen ryhmään niiden kohderyhmän ja toteutuksen mukaan. Kuntoutusmallit eroavat pääasiassa siinä, kuinka vaikeita oireita kohderyhmällä on ja millaisia tavoitteita kuntoutukselle voidaan asettaa. (Kuvio 1, s. 17.)

1. Neurobehavioraaliset mallit (*neurobehavioural programmes*) ovat suunnattu henkilöille, joilla on vakavia käyttäytymisen häiriöitä. Ne ovat laitospohjaisia kuntoutusmalleja, jotka sisältävät intensiivistä käyttäytymisen muutokseen tähtäävää kuntoutusta.
2. Uudelleen sopeutumista edistävät laitospohjaiset kuntoutusmallit (*residential community reintegration programmes*) sisältävät kognitiivista, emotionaalista, behavioraalista, fyysistä ja ammatillista kuntoutusta. Ne ovat suunnattu henkilöille, jotka eivät voi osallistua avomuotoisiin kuntoutuspalveluihin vakavien kognitiivisten tai käyttäytymisvaikeuksien vuoksi tai koska avomuotoisia palveluita ei ole saatavilla.
3. Holistiset päiväkuntoutusmallit (*comprehensive holistic day-treatment programmes*) koostuvat tavallisesti useasta osasta ja niissä on usein neuropsykologinen painotus. Kuntoutuksessa korostetaan vamman saaneen henkilön itsetietoisuuden (*self-awareness*) parantamista. Tiedostamalla aivovamman aiheuttamat toiminta-

kyvyn rajoitteet vamman saanut henkilö todennäköisemmin hyötyy jatkossa esimerkiksi ammatillisesta kuntoutuksesta. INSURE-aivovammakuntoutusohjelma ja siten myös intensiiviset kuntoutuskurssit ovat holistista kuntoutusta.

### 2.3.1 Holistiset kuntoutusmallit

Holistisissa tai biopsykososiaalisissa kuntoutusmalleissa korostetaan fyysisten, psyykkisten ja sosiaalisten tekijöiden kiinteää yhteyttä ja niiden välistä jatkuvaa vuorovaikutusta ihmisen toiminnassa. Muutos yhdessä osa-alueessa heijastuu myös muihin osa-alueisiin. (Esim. Salminen ym. 2016, 25.) Aivovamman saaneiden henkilöiden holistisilla päiväkuntoutusohjelmilla on pitkä historia. Ensimmäiset traumaattisten aivovammojen kuntoutusmallit kehitettiin nykyisen tiedon valossa Saksassa ja Itävallassa ensimmäisen maailmansodan aikana. Parhaiten tunnetaan Frankfurtissa ja Kölnissä sijainneissa kuntoutuslaitoksissa tehty työ niiden johtajien, Walther Poppelreuterin ja erityisesti Kurt Goldsteinin, raporttien vuoksi. (Boake ja Diller 2005, 3–4.) Goldsteinin näkökulma biologiaan, psykologiaan ja lääketieteeseen oli holistinen. Kuntoutuslaitoksissa tehtiin merkittäviä löydöksiä, joita on sovellettu traumaattisten aivovammojen kuntoutuksessa sen jälkeen. Laitoksissa havaittiin, että neuropsykologiset häiriöt ovat merkittävä vammauttava tekijä aivovammoissa. Neuropsykologiset häiriöt tulee tunnistaa, jotta kuntoutus voidaan kohdistaa oikein ja jotta tunnistetaan ne häiriöt, jotka voivat johtaa pysyvään vammautumiseen. Toiseksi kuntoutuksessa tulisi opettaa kuntoutujaa käyttämään säilyneitä taitojaan rajoittuneiden taitojen kompensointiin. Kolmanneksi kuntoutuksen ensisijaiseksi tavoitteeksi määriteltiin työllistyminen, erityisesti koska Goldsteinin hoitamat kuntoutujat olivat tuolloin työikäisiä sotilaita. (Boake ja Diller 2005, 4.)

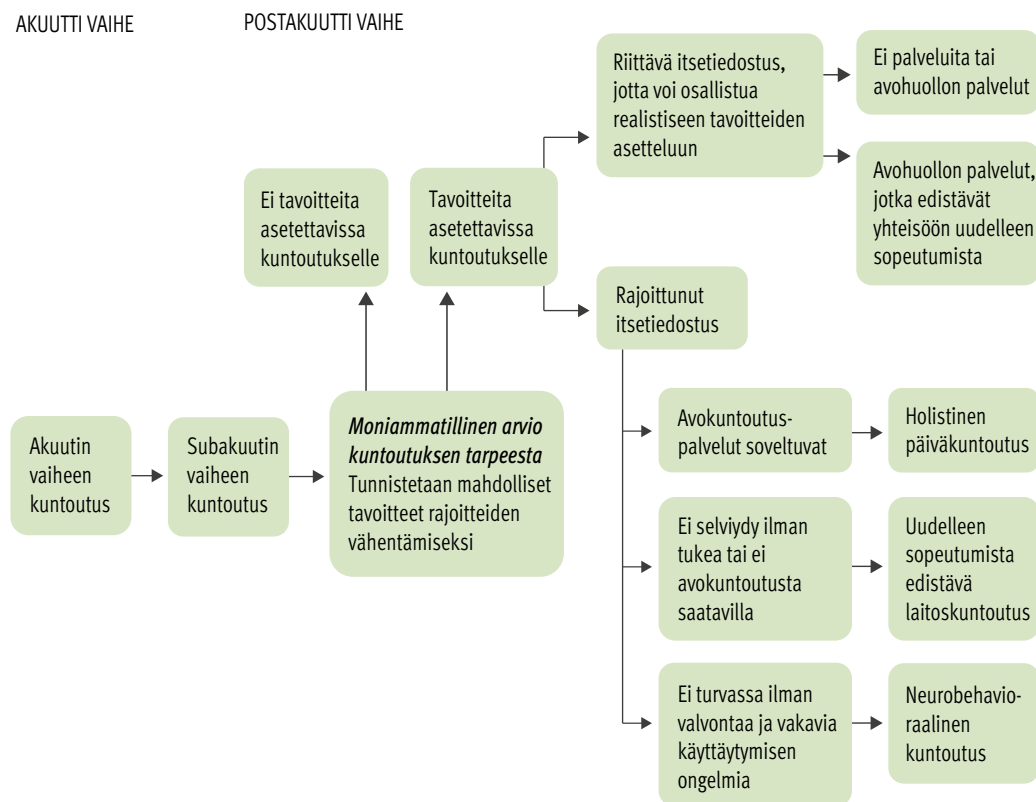
Kun 1970-luvulla valtatie lisääntyivät ja sen seurauksena liikenneonnettomuuksien määrä kasvoi, yleistyivät myös päävammat. Tällöin myös kiinnostus aivovamman saaneiden henkilöiden kuntouttamiseen lisääntyi. Tuolloin oivallettiin, etteivät yksittäiset terapiat ole riittäviä otsalohkovaurioista kärsivien henkilöiden kuntoutamiseen. Otsalohkovauriot ovat tavallisia traumaattisen aivovamman saaneilla henkilöillä (Palomäki ja Koskinen 2008, 274–275). Tämä havainto vaikutti siihen, että moniammatillista kuntoutusta alettiin suosia traumaattisen aivovamman saaneiden henkilöiden kuntoutuksessa. Vuonna 1973 Yehuda Ben-Yishay, joka oli ollut Goldsteinin oppilaana, kehitti ensimmäisen holistisen kuntoutusohjelman aivovamman saaneille sotilaille. (Boake ja Diller 2005, 8.) Holistinen näkökulma jatkoi valitsevana suuntauksena traumaattisten aivovammojen kuntoutuksessa Ben-Yishayn kuntoutusohjelman myötä.

Holististen aivovammakuntoutusohjelmien kehittäjiä ovat olleet Yhdysvalloissa Yehuda Ben-Yishay (1985) ja George Prigatano (1994) sekä Tanskassa Anne-Lise Christensen (1992). Holistisen aivovammakuntoutuksen keskeinen tavoite on, että kuntoutuja tunnistaa arjessa selviytymistä tukevat vahvuutensa ja selviytymistä heikentävät toimintakyvyn rajoitteet. Nämä tunnistettuaan kuntoutuja voi alkaa raken-



taa elämäänsä uudelleen realistisin tavoittein. Oleellista on itsetietoisuuden parantaminen, jotta kuntoutuja ymmärtää, millaisia muutoksia vamma on aiheuttanut hänen toimintakykyynsä. Sopeutumalla vamman aiheuttamiin muutoksiin kuntoutuja saa jäljellä olevan toimintakykynsä parhaiten käyttöön. (Anderson ym. 2010, 61–62.) Holististen kuntoutusmallien keskeiset elementit ovat terapeutin ympäristön luominen, yksilö- ja ryhmämuotoinen kuntoutus, perheen ohjaaminen ja tukeminen, tuetut työkokeilut ja seuranta (Laaksonen ym. 2015, 458). Holistiseen kuntoutusohjelmaan osallistuminen vaatii kuntoutujalta tavallisesti runsaasti voimavaroja ja sitoutumista (Anderson ym. 2010, 61–62).

**Kuvio 1.** Malli aivovamman saaneen henkilön kuntoutuksen toteuttamisesta.



Lähteet: mukailen Bontke ja Boake 1991; Malec ja Basford 1996.

### 2.3.2 Tiivistelmä aiemmista kirjallisuuskatsauksista

Tässä luvussa vedetään yhteen tutkimusaiheen kannalta keskeisimpien, 2010-luvulla julkaistujen systemaattisten kirjallisuuskatsausten tulokset. Turner-Stokes ym. (2015) ovat toteuttaneet systemaattisen katsauksen työikäisten hankitun aivovamman saaneiden henkilöiden moniammatillisesta kuntoutuksesta. Suurimmassa

osassa (12/19) katsaukseen sisällytetyistä tutkimuksista kohderyhmänä olivat traumaattisen aivovamman saaneet henkilöt. Kohderyhmien aivovamman vaikeusaste vaihteli lievästä vaikeaan. Geurtsenin ym. (2010) systemaattisessa katsauksessa tehtiin yhteenveto siitä, millaisia hyötyjä kokonaisvaltaisista kuntoutusmalleista on kroonisessa vaiheessa oleville vakavan aivovamman saaneille aikuisille. Enemmistöllä (72,5 %) katsaukseen sisällytettyjen tutkimusten kohderyhmistä oli traumaattinen aivovamma. Tutkitut kuntoutusmallit ja niillä saavutetut hyödyt esiteltiin katsauksessa Malecin ja Basfordin (1996) jaottelun mukaisesti. Cicerone ym. (2011) päivittivät systemaattisella katsauksellaan suositukset traumaattisen aivovamman saaneiden henkilöiden kognitiiviselle kuntoutukselle.

Suurin osa lievän hankitun aivovamman saaneista henkilöistä toipuu hyvin, kun he saavat asianmukaista tietoa vammastaan ja ohjausta toipumisensa tueksi (vahva näyttö, Turner-Stokes ym. 2015). Keskivaikeiden ja vaikeiden aivovammojen kuntoutuksessa kuntoutusinterventioista on hyötyä (vahva näyttö, Turner-Stokes ym. 2015). Kokonaisvaltaiset kuntoutusohjelmat parantavat merkittävästi vakavan aivovamman saaneiden arkipäivän toiminnoista selviytymistä ja yhteisöön integroitumista ja kuntoutuksen vaikutukset jatkuvat kuntoutuksen päättymisen jälkeen (Geurtsen ym. 2010). Keskivaikean tai vaikean hankitun aivovamman saaneilla henkilöillä kuntoutuksen aloittaminen pian vammautumisen jälkeen (esimerkiksi kun potilaat ovat vielä akuuttihoidossa) johtaa parempiin tuloksiin (rajallinen näyttö) ja intensiivisemmät kuntoutustoimenpiteet ovat yhteydessä varhaisempaan toimintakyvyn paranemiseen (vahva näyttö, Turner-Stokes ym. 2015). Vaikean tai keskivaikean aivovamman saaneet henkilöt hyötyvät holistisen kuntoutuksen periaatteisiin nojaavasta kokonaisvaltaisesta kognitiivisesta kuntoutuksesta, joka on toteutettu terapeutisessa ympäristössä ja johon osallistuu vertaisryhmä. Laitosmuotoiset kuntoutusinterventiot saattavat olla heille tehokkaampia kuin esimerkiksi vähemmän intensiivinen yksilökuntoutus. (Vahva näyttö, Turner-Stokes ym. 2015.) Holistista neuropsykologista kuntoutusta suositellaan keskivaikean tai vaikean aivovamman saaneille henkilöille kognitiivisten ja toimintakykyyn liittyvien rajoitteiden vähentämiseksi (Cicerone ym. 2011). Geurtsenin ym. mukaan (2010) mukaan holistisista päivä kuntoutusohjelmista on tehty eniten korkeatasoisia tutkimuksia ja niillä on vahvin näyttö. Tarvitaan kuitenkin menetelmällisesti laadukkaampia tutkimuksia, jotta suosituksia kuntoutukselle voidaan tutkimusten perusteella tehdä. Myös kuntoutuksen kohderyhmä ja kuntoutusinterventio tulisi kuvata tutkimuksissa nykyistä paremmin.

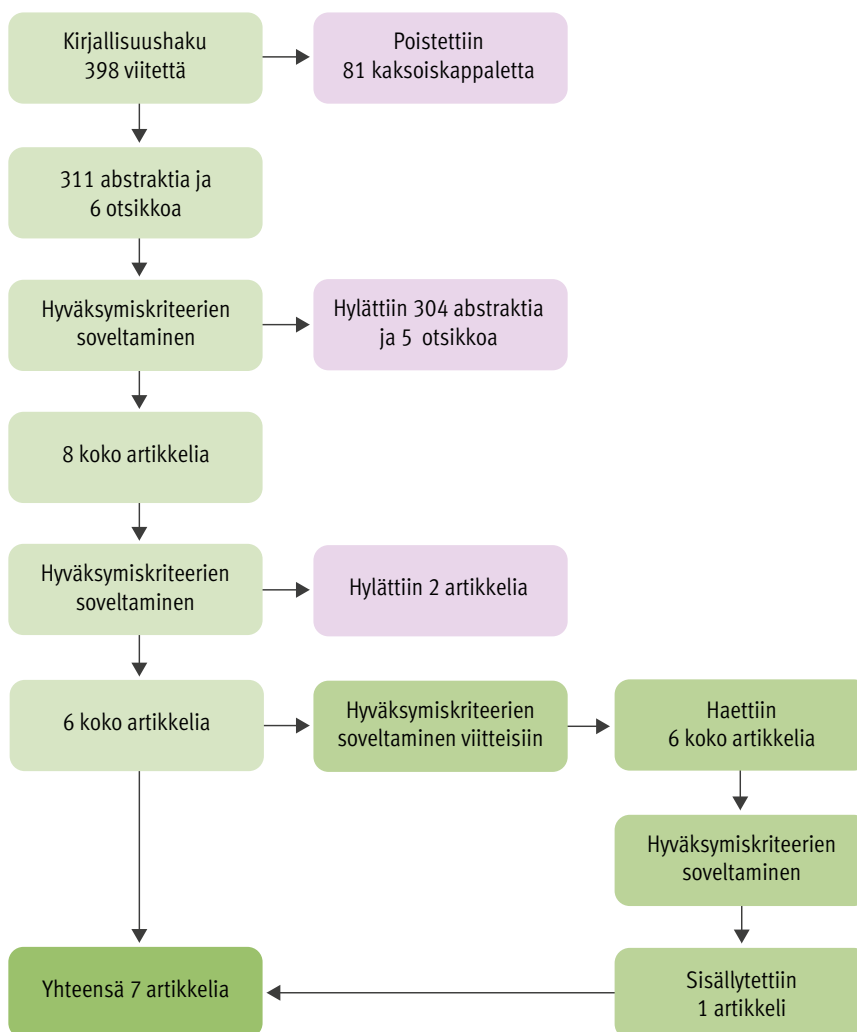
### 2.3.3 Kuvaileva kirjallisuuskatsaus

Tämän tutkimuksen tueksi toteutettiin kuvaileva kirjallisuuskatsaus aivovamman saaneiden aikuisten moniammatillista kuntoutusmalleista. Katsauksessa päivitetään Geurtsenin ym. (2010) systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessaan tekemiä havain-toja kokonaisvaltaisten aivovammakuntoutusohjelmien hyödyistä. Tämän vuoksi katsaukseen sisällytetty tutkimuskirjallisuus on haettu vuosilta 2009–2016. Kirjalli-suuskatsaukseen on sisällytetty tutkimukset, joiden kohderyhmänä olivat lievän, kes-kivaikean tai vaikean aivovamman saaneet henkilöt, ei kuitenkaan hyvin lievän vam-man saaneita (esimerkiksi aivotärähdyks tai aivotärähdyksen jälkeinen oireyhtymä). Tutkimuksen kohderyhmästä yli puolella tuli olla diagnosoituna traumaattinen ai-vovamma. Merkittävien mielenterveyden häiriöiden, kuten posttraumaattisen stres-sihäiriön, esiintyminen kohdejoukossa oli poissulkukriteerinä. Moniammatillisella kuntoutuksella tarkoitetaan tässä sellaista kuntoutusta, jonka toteuttamiseen osallis-tuu ainakin kaksi eri terapiasuuntauksen edustajaa (esim. Turner-Stokes ym. 2015). Tulokset esitellään Geurtsenin ym. (2010) katsauksen mukaisesti luokittelemalla tutkitut kuntoutusmallit Malecin ja Basfordin (1996) jaottelun mukaisesti. Viiteha-ku tehtiin seuraaviin tietokantoihin: Medline, Cochrane Library, Embase, PsycINFO, Cinahl, Social Science Database ja Sociology Database. Hakusanat olivat englannin-kielisiä. Kirjallisuuden hakukriteerit on esitetty taulukossa 2.

**Taulukko 2.** Kuvailevaan kirjallisuuskatsaukseen mukaan otetun kirjallisuuden kriteerit.

Kohdejoukko	16–65-vuotiaat; traumaattinen aivovamma tai hankittu aivovamma, näistä yli 50 %:lla traumaattinen aivovamma
Kuntoutusmallit	Moniammatilliset, postakuutissa vaiheessa toteutetut
Aineistotyypit	Satunnaistetut vertailututkimukset, kontrolloidut kliiniset tutkimukset, seurantatutkimuk-set, kohorttitutkimukset
Julkaisutyypit	Vertaisarvioidut tutkimusartikkelit
Julkaisuajankohta	2009–2016
Kieli	Englanti

Kirjallisuushaku tuotti yhteensä 398 hakutulosta (kuvio 2, s. 20). Kaksoiskappaleiden poiston jälkeen jäi 317 tulosta. Kaikista tuloksista haettiin abstraktit, minkä jälkeen abstraktit käytiin läpi mukaanottokriteerien avulla. Viitteet luokitteli ensimmäinen kirjoittaja, minkä jälkeen toinen kirjoittaja kävi aineiston läpi. Viitteet luokiteltiin vä-rikoodein mukaan otettaviin, pois suljettaviin ja sellaisiin, joiden suhteen kriteerien täyttymisestä ei oltu varmoja. Mukaan otettavista ja soveltuvuuden suhteen epävar-moista viitteistä haettiin kokotekstikappaleet. Kokotekstikappaleita moniammatillisista kuntoutusmalleista haettiin yhteensä kahdeksan. Kokotekstikappaleiden perusteella hylättiin kaksi artikkelia: toisessa kohderyhmällä oli posttraumaattinen stressihäiriö ja toisessa traumaattisen aivovamman saaneita oli alle puolet kohderyhmästä. Mukaan otettavien artikkelien viitteistä löytyi lisäksi yksi katsaukseen soveltuva tutkimus.

**Kuvio 2.** Kuvailevan kirjallisuuskatsauksen toteuttamisen vaiheet.

Katsaukseen valikoitui mukaan seitsemän tutkimusartikkelia (liite 2). Viisi tutkimuksista on tehty Yhdysvalloissa (Altman ym. 2010; Benge ym. 2010; Braunling-McMorrow ym. 2010; Micklewright ym. 2011; Hayden ym. 2013), yksi Alankomaissa (Geurtsen ym. 2011) ja yksi Isossa-Britanniassa (Foy 2014). Kuusi tutkimuksista on ei-randomisoituja pitkittäisiä kohorttitutkimuksia ja yksi retrospektiivinen kohorttitutkimus (Foy 2014). Viidessä tutkimuksessa käytetään vertailuasetaelmaa: yhdessä verrataan kuntoutusohjelman loppuun suorittaneita ohjelman keskeyttäneisiin (Altman ym. 2010); yhdessä verrataan kuntoutuksella saavutettuja tuloksia, kun toiseen ryhmään kuuluvilla on päihdehäiriö tai käyttäytymisen häiriö (Braunling-McMorrow ym. 2010), kahdessa tutkimuksessa (Benge ym. 2010; Micklewright ym.

2011) kuntoutukseen osallistuneet luokiteltiin vammautumisesta kuluneen ajan mukaan ja yhdessä sen mukaan, olivatko kuntoutujat saavuttaneet myönteisen ammatillisen tuloksen kuntoutukseen osallistumisen jälkeen (Foy 2014). Neljässä tutkimuksessa kohderyhmänä oli traumaattisen aivovamman saaneita henkilöitä (Altman ym. 2010; Benge ym. 2010; Braunling-McMorrow ym. 2010; Hayden ym. 2013). Muissa kolmessa (Geurtsen ym. 2011; Micklewright ym. 2011; Foy 2014) tutkittavina oli myös muun hankitun aivovamman saaneita. Yhdessä tutkimuksessa (Micklewright ym. 2011) tutkittavien vamman vaikeusastetta ei oltu määritelty. Kahdessa (Altman ym. 2010; Hayden ym. 2013) tutkittavien joukossa oli lievästä vaikean vamman saaneita ja muissa (Benge ym. 2010; Braunling-McMorrow ym. 2010; Geurtsen ym. 2011; Foy 2014) kaikilla tai enemmistöllä tutkittavista oli vaikea aivovamma.

Tutkitut kuntoutusmallit oli tutkimusartikkeleissa kuvattu vaihtelevasti. Kuvausten perusteella kahta kuntoutusohjelmaa lukuun ottamatta kaikkiin (Geurtsen ym. 2011; Hayden ym. 2013) kuntoutusohjelmiin kuntoutujat valittiin moniammatillisen tiimin tekemän alkuarvion perusteella. Kuntoutuksen kesto oli kaikissa yksilöllinen. Moniammatilliseen työryhmään kuului kaikissa ainakin fysioterapeutti, toimintaterapeutti, puheterapeutti ja psykologiaan erikoistunut terapeutti, useimmiten neuropsykologi. Yhtä lukuun ottamatta kaikkien kuntoutusjaksojen kuvauksessa (Hayden ym. 2013) mainittiin ammatillinen neuvonta tai muunlainen työhön paluun tukeminen ja kahteen (Geurtsen ym. 2011; Foy ym. 2014) sisältyi erillinen työhön paluuta tukeva kuntoutuksellinen osio. Kolme tutkituista kuntoutusjaksoista tai -malleista (Altman ym. 2010; Micklewright ym. 2011; Hayden ym. 2013) oli holistisen päivä-kuntoutuksen kuvausta (Malec ja Basford 1996) vastaavia. Yhdessä näistä kuntoutusohjelma nimettiin holistiseksi päivä-kuntoutusmalliksi (Micklewright ym. 2011). Neljässä tutkimuksessa (Benge ym. 2010; Braunling-McMorrow ym. 2010; Geurtsen ym. 2011; Foy 2014) kuvattu kuntoutus oli uudelleen sopeutumista edistävää laitospuolesta kuntoutusta (Malec ja Basford 1996). Yhdessä tutkittiin uudelleen sopeutumista edistävän laitospuoleista kuntoutuksen lisäksi neurobehavioraalista kuntoutusta henkilöillä, joilla oli käyttäytymisen häiriöitä ja päihdeongelmia (Braunling-McMorrow ym. 2010). Kuntoutusmallit ja niiden hyödyt on kuvattu taulukossa 3 (s. 22).

**Taulukko 3.** Kuvailevan kirjallisuuskatsauksen tulokset.

	<b>Kohderyhmä ja toteutus</b>	<b>Hyödyt</b>
<b>Neurobehavioraalinen kuntoutusmalli</b> Braunling-McMorrow ym. 2010	Yksilö- ja ryhmämuotoista laitosp-kuntoutusta Kesto yksilöllinen  Intensiteettiä ei kuvattu  Vamman vakavuus: pääosin vaikea	Kuntoutukseen osallistuneiden toimintakyky oli parantunut kuntoutuksen päättyessä ja vuoden seurantajakson jälkeen verrattuna kuntoutuksen aloittamisajankohtaan. Kuntoutujien yhteisöön osallistumisessa ja ihmissuhteiden läheisyydessä tapahtui myönteisiä muutoksia vielä kuntoutuksen päättymisen jälkeen.
<b>Uudelleen sopeutumista edistävät kuntoutusmallit</b> Benge ym. 2010 Braunling-McMorrow ym. 2010 Geurtsen ym. 2011 Foy 2014	Laitosmuotoista yksilökuntoutusta (Benge ym. 2010; Foy 2014) tai yksilö- ja ryhmämuotoista kuntoutusta (Braunling-McMorrow ym. 2010; Geurtsen ym. 2011) Kesto yksilöllinen  Intensiteetti viisi tuntia päivässä (Foy 2014)  Vamman vakavuus: pääosin vaikea	Kuntoutujien valvonnan tarve vähentyi (Benge ym. 2010) ja toimintakyky (Braunling-McMorrow ym. 2010; Geurtsen ym. 2011), yhteisöön osallistuminen, emotionaalinen hyvinvointi ja elämänlaatu parantuivat ja useampi kuntoutujista asui itsenäisesti kuntoutuksen päättyessä (Geurtsen ym. 2011). Kuntoutuksen päättymisen jälkeen kuntoutujien oiretietoisuus ja oman terveyden hallinta sekä käyttäytymisen ja tunteiden hallinta parantuivat ja heidän asumistilanteessaan tapahtui myönteisiä muutoksia (Braunling-McMorrow ym. 2010). Yhtäältä kuntoutuksen päättyessä työn haastavuuteen ja säännöllisyyteen sekä yhteisöön osallistumiseen liittyvä edistyminen oli heikentynyt seurantajakson jälkeen (Braunling-McMorrow ym. 2010). Toisaalta kuntoutujien työssäolo oli lisääntynyt vuoden seurantajakson jälkeen verrattuna kuntoutuksen päättymis- ja aloitusajankohtaan (Geurtsen ym. 2011).
<b>Holistiset päiväkuntoutusohjelmat</b> Altman ym. 2010 Micklewright ym. 2011 Hayden ym. 2013	Avomuotoinen yksilökuntoutus Kesto yksilöllinen  Intensiteetti useita tunteja päivässä, viisi päivää viikossa (Micklewright ym. 2011; Hayden ym. 2013)  Vamman vakavuus: lievä-vaikea	Kuntoutujien fyysiset ja kognitiiviset taidot, vammaan sopeutuminen, yhteisöön osallistuminen (Altman ym. 2010) ja toimintakyky (Hayden ym. 2013) olivat parantuneet kuntoutuksen päättyessä. Lisäksi kuntoutujien neurobehavioraaliset oireet vähenivät sekä asumisen ja työn itsenäisyys lisääntyivät (Micklewright ym. 2011). Kuntoutujien yhteisöön sopeutuminen parantui kuntoutuksen päättymisen jälkeen (Altman ym. 2010).

## 2.4 Intensiiviset kuntoutuskurssit Kelan järjestämänä kuntoutuksena

### 2.4.1 Hyvä kuntoutuskäytäntö Kelan kuntoutuksessa

Kelan järjestämien kuntoutuspalveluiden tulee perustua hyvään kuntoutuskäytäntöön (L 566/2005). ICF-luokitus (*International Classification of Functioning, Disability and Health*; Maailman terveysjärjestö 2001) tukee hyvän kuntoutuskäytännön toteutumista kuntoutuksen toteuttamisen viitekehyksenä. Hyvän kuntoutuskäytännön mukainen kuntoutus on asiakaslähtöistä ja se perustuu kuntoutujan yksilöllisiin tarpeisiin. Hyvän kuntoutuskäytännön perustana on kuntoutujan yksilöllisyyden ja yhteisöllisyyden kunnioittaminen, kuntoutuksen oikea ajoittuminen, kuntoutujan vahvuuksien ja haasteiden tunnistaminen sekä kuntoutujan ja hänen läheistensä osallistuminen ja sitoutuminen kuntoutukseen. Kuntoutujan näkökulmasta hyvän kuntoutuskäytännön toteutumisen edellytyksenä on kuntoutusketjun toimivuus. Palvelujärjestelmän toimijoiden välinen yhteistyö on keskeistä, jotta kuntoutusprosessi toteutuu asianmukaisena kokonaisuutena ja jotta kuntoutujan on mahdollista saavuttaa tavoitteensa. Kuntoutusprosessiin osallistuvilla toimijoilla tulee olla yhteinen näkemys kuntoutumisesta, kuntoutustoimenpiteiden tarpeellisuudesta sekä työnjaosta palvelujärjestelmässä. (Paltamaa ym. 2011, 35–36.)

### 2.4.2 Intensiiviset kuntoutuskurssit

#### *Tausta*

Intensiiviset kuntoutuskurssit perustuvat INSURE-aivovammakuntoutusohjelmaan (*the individualized neuropsychological subgroup rehabilitation program for traumatically brain injured patients*, ks. esim. Kaipio ym. 2000; 247–258; Sarajuuri ja Koskinen 2006). INSURE on Invalidiliiton Käpylän kuntoutuskeskuksessa (nykyisin Validia Kuntoutus Helsinki) vuonna 1991 kehitetty neuropsykologisesti ja psykoterapeuttisesti painottunut kuntoutusohjelma, joka on kehitetty aivovammojen jälkitilojen kuntoutukseen määritellyille aivovamman saaneiden henkilöiden alaryhmälle. (Esim. Kaipio ym. 2000, 247–258.) Kuntoutuksen keskeisenä tavoitteena on rakentaa kuntoutujalle realistinen ymmärrys aivovamman aiheuttamista jälkioireista ja siitä, miten oireet vaikuttavat hänen työ- ja toimintakykynsä sekä ihmissuhteisiinsa. Lisäksi tavoitteena on tukea kuntoutujaa tekemään valintoja, jotka tukevat kuntoutumista ja joiden avulla kuntoutuja voi löytää uudelleen merkityksen tunteen elämälleen. Kuntoutuksen tavoitteena on tuottelias ja tasapainoinen elämä, johon kuuluvat muun muassa ihmissuhteet, harrastukset ja muunlainen osallistuminen yhteiskuntaan. Työskentelyotteessa keskeistä on terapeuttisen vuorovaikutussuhteen muodostuminen. (Sarajuuri 2015, 461–462.) INSURE-kuntoutusohjelmaan valitut kuntoutujat pärjäävät tavallisesti itsenäisesti arkielämässään. He ovat motivoituneita ymmärtämään vammaansa, heillä ei ole merkittäviä fyysisiä rajoitteita ja he kykenevät hyötymään ryhmämuotoisesta kuntoutuksesta. Kuntoutujien aivovamman vaikeusaste on vaihdellut melko lievästä vaikeaan vammaan ja heidän vammautumisestaan on kulunut kahdesta kuukaudesta useaan vuoteen. (Kaipio ym. 2000, 248–249.)

INSURE-ohjelma perustuu Yhdysvalloissa (Ben-Yishay ym. 1985; Prigatano ym. 1994) ja Tanskassa (Christensen ym. 1992) kehitettyihin aivovammakuntoutusohjelmiin. Kansainvälisiin ohjelmiin verrattuna INSURE-ohjelma on moniammatillinen. Lisäksi sen keston (5 + 1 viikkoa) määrittelyssä on pyritty ottamaan huomioon kuntoutuksen kustannus-hyötysuhde sekä se, että ohjelma soveltuu suomalaiseen terveydenhuolto- ja korvausjärjestelmään. (Sarajuuri 2015, 461.) Ohjelma toteutetaan pääasiassa laitostenmuotoisena, koska siihen lähetetään potilaita koko Suomesta. (Jaana Sarajuuri, henkilökohtainen tiedonanto 8.1.2018.) INSURE-ohjelman vaikutuksia on tutkittu kontrolloidulla vertailututkimuksella (Sarajuuri ym. 2005). Useampi kuntoutusohjelmaan osallistuneista kuntoutujista osallistui produktiiviseen toimintaan kahden vuoden seurantajakson jälkeen verrattuna yhdenmukaistettuun kontrolliryhmään, joka sai terveydenhuollon tavanomaisia hoito- ja kuntoutuspalveluita. Ryhmien välinen ero oli tilastollisesti merkitsevä. Produktiivisella toiminnalla tarkoitettiin työssäoloa (täysipäiväisestä työstä tuettuun työhön), työkokeilua, opiskelua tai vapaaehtoistyötä.

INSURE-ohjelma on ollut käytössä nykyisessä muodossaan vuodesta 1993 ja sitä kehitetään ja tutkitaan nykyisessä Validia Kuntoutus Helsingissä edelleen (esim. Kaipio ym. 2000, 248). Kela on järjestänyt INSURE-ohjelmaan perustuvaa kuntoutusta aivovamman saaneille henkilöille INSURE-nimellä tiittävästi vuodesta 1995 lähtien. Vuodesta 2015 kurssit toteutettiin uuden palvelukuvauksen (Kela 2015) mukaisesti, jolloin INSURE-nimestä siirryttiin intensiivinen kuntoutuskurssi -nimeen. Uuteen palvelukuvaukseen kuntoutuksen sisältö muun muassa kuvattiin tarkemmin ja kursien rakenne muutettiin kahdesta jaksosta (5 + 1 viikkoa) kolmeen jaksoon. Intensiivisiä kuntoutuskursseja tarjoaa sopimuskaudella 2015–2018 kolme palveluntuottajaa, jotka Kela on valinnut hankintalain (L 348/2007) mukaisesti.

### *Kohderyhmä*

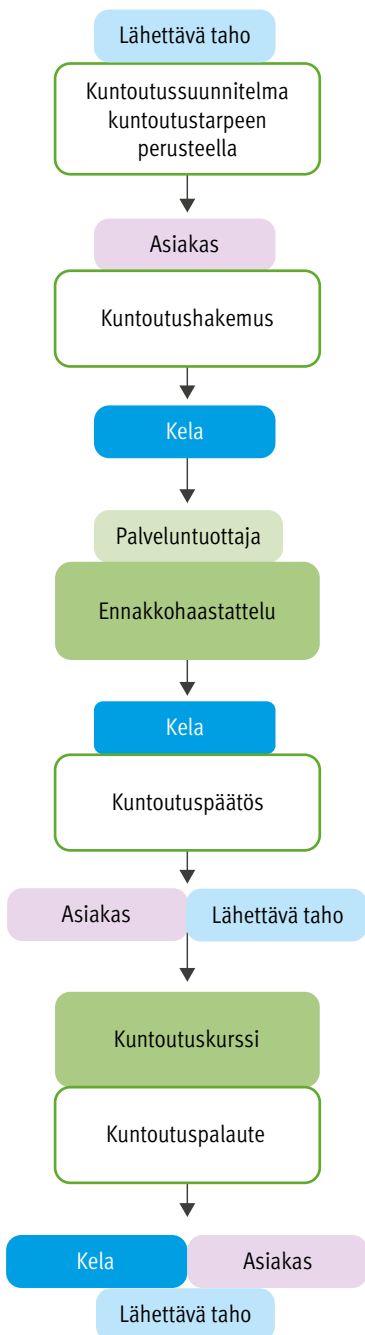
Intensiiviset kuntoutuskurssit on suunnattu yli 16-vuotiaille traumaattisen aivovamman saaneille henkilöille, joiden kuntoutustarve on todettu terveydenhuollossa tai työterveyshuollossa (L 566/2005, 12 §). Kurssille voi osallistua myös yksi kuntoutujan läheinen. Kurssille osallistuvalla kuntoutujalla tulee olla asianmukaisesti diagnosoitu aivovamma ja hänelle tulee olla tehty tarpeelliset neurologiset tutkimukset terveydenhuollossa. Kuntoutujien vammautumisesta tulee olla kulunut vähintään vuosi mutta enintään viisi vuotta. Kuntoutujilla tulee olla selvillä vakuutusyhtiön korvaamat kuntoutukset tai vakuutusyhtiön viivästymistodistus.

Ennen kuin Kelassa tehdään päätös kuntoutuksen myöntämisestä, palveluntuottajan neuropsykologi pyytää ennakkohaastatteluun ne hakijat, joilla on hakemusasiakirjojen perusteella osoitettavissa työelämätaavoite (kuvio 3, s. 25). Ennakkohaastattelu kestää 2–4 tuntia. Haastattelussa neuropsykologi arvioi henkilön soveltuvuuden kuntoutukseen. Kurssille osallistuvien toimintakyvyn tulee olla sellainen, että he kykenevät hyötymään kurssien moniammatillisesta sisällöstä, vertaistuesta ja intensiivisestä



yksilö- ja ryhmämuotoisesta kuntoutuksesta. Intensiivisille kursseille ei valita henkilöitä, joilla on voimakkaita käyttäytymisen säätelyn ongelmia, kuten aggressiivisuutta tai epäsosiaalisuutta.

**Kuvio 3.** Intensiivisten kuntoutuskurssien toteutumisprosessi.



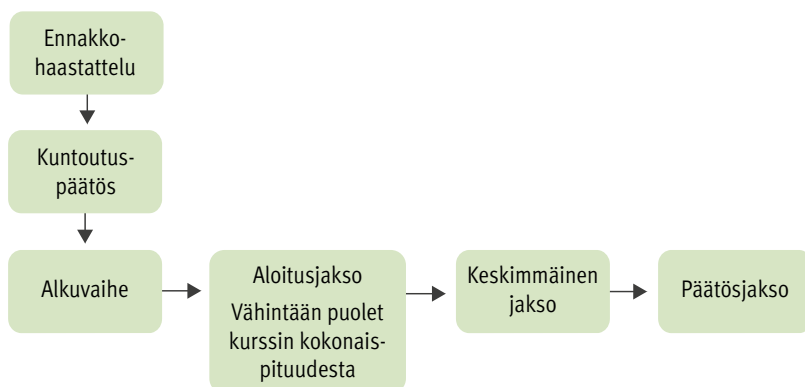
### *Kuntoutuksen tavoitteet*

Intensiivisen kuntoutuskurssin yleisenä tavoitteena on aivovamman saaneen henkilön työ- ja toimintakyvyn paraneminen ja ylläpitäminen. Lisäksi kuntoutuksen tavoitteena on tukea kuntoutujaa hänen psykososiaalisessa selviytymisessään sekä sopeutumisessa muuttuneeseen elämäntilanteeseensa, auttaa kuntoutujaa ymmärtämään vamman vaikutuksia hänen elämäänsä, keinojen löytäminen aivovamman oireiden hallitsemiseksi ja ammatillisten jatkosuunnitelmien löytäminen. Lisäksi kuntoutujan läheistä tuetaan ja ohjataan niin, että kuntoutujan arki edistäisi kuntoutumista. Intensiivisillä kursseilla on ennakolta laadittu kurssiohjelma (liite 1). Kuntoutujille laaditut yksilölliset tavoitteet ja kunkin kuntoutujaryhmän yhteiset tavoitteet täydentävät ennakolta laadittua ohjelmaa. Kuntoutujan yksilölliset tavoitteet laaditaan GAS-menetelmää (Goal Attainment Scaling; esim. Sukula ja Vainiemi 2015, 13) käyttäen. Kuntoutuksen tavoitteiden tulee perustua terveydenhuollossa laadittuihin, kuntoutujan kuntoutussuunnitelmaan kirjattuihin tavoitteisiin.

### *Toteutus*

Yhdelle intensiiviselle kuntoutuskurssille voi osallistua kuusi kuntoutujaa ja kunkin heistä kanssa yksi aikuinen omainen. Kuntoutus voidaan toteuttaa avo- tai laitospuotoisena. Käytännössä kurssit ovat toteutuneet laitospuotoisina (Jaana Sarajuuri, henkilökohtainen tiedonanto 8.1.2018). Kurssi kestää yhteensä 36 vuorokautta ja se toteutetaan vähintään kolmessa jaksossa (kuvio 4). Ensimmäisen jakson tulee olla vähintään puolet koko kurssin kokonaispituudesta ja kuntoutusjaksojen tulee olla pituudeltaan vähintään viisi vuorokautta. Kurssien intensiivisyydellä viitataan kuntoutuspäivien pituuteen ja moniammatilliseen sisältöön (ks. myös liite 1): kuntoutuspäivä kestää keskimäärin kuusi tuntia ja ammattilaisten toteuttamien kuntouttavien toimenpiteiden osuus päivästä on keskimäärin viisi tuntia. Sama koskee kuntoutujan läheisen kuntoutuspäivää. Kuntoutujan läheinen voi osallistua kuntoutukseen yhteensä neljä vuorokautta: kaksi vuorokautta aloitusjaksolla ja kaksi vuorokautta keskimmäisen jakson lopussa. (Kela 2015.)

**Kuvio 4.** Intensiivisten kurssien rakenne.



Kuntoutuksen toteuttaa moniammatillinen työryhmä. Työryhmään kuuluu neurologian erikoislääkäri, neuropsykologian erikoispsykologi, sosiaalityöntekijä tai sionomi (AMK), toimintaterapeutti ja fysioterapeutti. Erikoislääkärillä ja kahdella muulla moniammatillisen työryhmän jäsenellä tulee olla vähintään kolmen vuoden kokemus aivovamman saaneen henkilön hoidosta tai kuntoutuksesta tai molemmista. Yksi moniammatillisen työryhmän jäsen toimii kuntoutujan ja hänen läheistensä omaohjaajana koko kuntoutuksen ajan. Tavallisesti omaohjaajana on toiminut neuropsykologian erikoispsykologi. Omaohjaajan tehtävänä on neuvoa ja ohjata kuntoutujia ja heidän läheisiään, tarvittaessa myös välajaksojen aikana. Moniammatillisen työryhmän lisäksi kuntoutuksen toteutukseen osallistuu 2–6 erityistyöntekijää. Erityistyöntekijöinä voivat olla terveydenhoitaja tai sairaanhoitaja, kuntoutuksen ohjaaja (AMK), puheterapeutti, ravitsemusterapeutti, seksuaaliterapeutti tai seksuaalineuvoja, liikunnanohjaaja (AMK) tai psykologi.

Kurssikokonaisuus koostuu alkuvaiheesta, aloitusjaksosta, keskimmäisestä jaksosta ja päätösjaksosta. Käytännössä alkuvaihe ja aloitusjakso ovat toteutuneet yhdessä. Tällä ensimmäisellä kuntoutusjaksolla käydään läpi kuntoutujien lähtötilannetta eli heidän vammautumiskokemuksiaan, elämäntilannettaan ja muutostarpeita henkilökohtaisessa elämässä. Samalla on tarkoitus selvittää kuntoutujien vahvuuksia ja sitä, millä keinoin muutokset kuntoutujien elämässä on mahdollista toteuttaa. Ensimmäisen jakson alussa neurologian erikoislääkäri haastattelee kuntoutujan ja arvioi hänen kokonaistilanteensa. Lisäksi kuntoutujan omaohjaaja ja tarvittaessa muut moniammatillisen työryhmän jäsenet haastattelevat kuntoutujan sekä hänen läheisensä. Samassa yhteydessä laaditaan kuntoutujan yksilölliset tavoitteet kuntoutukselle GAS-menetelmää käyttäen. Kuntoutujan yksilöllinen kurssiohjelma rakennetaan näiden haastattelujen ja kuntoutujien henkilökohtaisten tavoitteiden perusteella. Kaikki kuntoutukseen osallistuvat ammattilaiset työskentelevät laadittujen tavoitteiden mukaan kuntoutujan kanssa toimiessaan. Jokainen työryhmän jäsen vastaa 1–3 konkreettisen tavoitteen laatimisesta. Tavoitteita tarkennetaan tarvittaessa kuntoutuksen aikana ja niiden saavuttamista arvioidaan yhdessä kuntoutujien kanssa jaksojen alussa. Aloitusjakson lopussa tehdään tilannearvio kuluneesta jaksosta, arvioidaan tavoitteiden saavuttamista ja seuraavien jaksojen tavoitteita.

Myös keskimmäisen jakson alussa moniammatillisen työryhmän jäsen haastattelee kuntoutujan ja kartoittaa kuntoutuksen toteutukseen mahdollisesti vaikuttavia muutoksia kuntoutujan tilanteessa. Lisäksi jakson aikana neuropsykologi haastattelee kuntoutujan ja arvioi kuntoutujan arjessa selviytymistä. Tarvittaessa myös muut työryhmän jäsenet haastattelevat kuntoutujaa jakson aikana. Keskimmäisen jakson lopussa toteutetaan loppukeskustelu, jonka perusteella tehdään tarpeen mukaan muutoksia kuntoutujan ohjelmaan. Päätösjaksolla kartoitetaan kuntoutujien yksilöllisten tavoitteiden saavuttamista ja kuntoutumisen etenemistä. Omaohjaaja haastattelee kuntoutujan jakson ensimmäisenä päivänä ja kartoittaa mahdolliset kuntoutuksen toteutukseen vaikuttavat muutokset. Lisäksi neuropsykologi haastattelee kuntoutujan arvioidakseen uudelleen tämän arjessa selviytymistä. Tarvittaessa myös muut

työryhmän jäsenet toteuttavat haastatteluja, tutkimuksia tai molempia jakson aikana. Päätösjaksoilla toteutetaan koko kurssin loppukeskustelu, jossa arvioidaan kuntoutujan GAS-tavoitteiden toteutumista, tehdään kuntoutujalle tarvittavia jatkosuunnitelmia ja käydään läpi kuntoutuslapseeseen kirjattavat asiat.

### *Sisällöt*

Intensiivisen kurssin teemoina ovat fyysinen aktivointi ja ohjaus, arjessa selviytyminen, psykososiaalinen ohjaus ja neuvonta, sosiaalinen aktivointi ja neuvonta, tieto ja ohjaus terveyteen liittyvissä asioissa, ravitsemusneuvonta, opiskelussa tai työelämässä selviytyminen, kommunikaatiokeinojen tukeminen ja parantaminen sekä kognitiivisten toimintojen ohjaus ja harjoittaminen. Kuntoutujien omaisille annetaan tietoa aivovammoista ja niistä kuntoutumisen mahdollisuuksista. Lisäksi pyritään löytämään heidän voimavarojaan ja keinoja, joiden avulla läheinen voi tukea vamman saaneen kuntoutumista arjessa. Läheisten kanssa keskustellaan aivovamman aiheuttamista muutoksista heidän arjessaan. Heidän tietoaan ja ymmärrystään aivovammoista sekä oireiden hallintakeinoista pyritään lisäämään ja opastetaan suuntautumaan tulevaisuuteen.

Intensiiviset kuntoutuskurssit ovat moniammatillista kuntoutusta. Kurssien sisällössä painotetaan neuropsykologista kuntoutusta. Kaikkiin kurssiin sisältyviin terapiamuotoihin sisältyy yksilö- ja ryhmäkuntoutusta. Palvelukuvauksen mukaan yksilökuntoutusta tai erityistyöntekijöiden tapaamisia on kurssin aikana keskimäärin 10 tuntia kuntoutujaa kohden. Esimerkiksi neuropsykologiseen yksilöterapiaan kuntoutujat ovat osallistuneet 2–3 kertaa viikossa eli 15–20 kertaa kurssin aikana (Jaana Sarajuuri, henkilökohtainen tiedonanto 8.1.2018). Suurin osa kurssiin sisältyvästä toiminnasta tapahtuu ryhmissä. Tällä pyritään mahdollistamaan vertaistuki. Kuntoutuksen tavoitteisiin pyritään käytännön harjoittelun, vuorovaikutusta edistävien keskustelujen ja ryhmäytymistä tukevien menetelmien avulla. Harjoitteilla tuetaan myös kuntoutujien itsenäistä kotiharjoittelua. Kurssin aikana kuntoutujat pitävät kuntoutuspäiväkirjaa. Päiväkirjaan tehtävien havaintojen avulla kuntoutuja seuraa kuntoutumisensa ja kuntoutukselle asettamiensa tavoitteiden toteutumista. Kuntoutuja kirjaa päiväkirjaansa myös kurssijaksojen välissä suoritettavien välitehtävien toteutumisen. Kuntoutuksessa pyritään ottamaan huomioon kuntoutumisen mahdollisuudet myös kurssin jälkeen. Kurseilla pyritään tekemään verkostotyötä niin, että kurssilla tehtävät asiat yhdistyvät kuntoutujan kotipaikkakunnalla ja terveydenhuollossa toteutettaviin toimenpiteisiin.

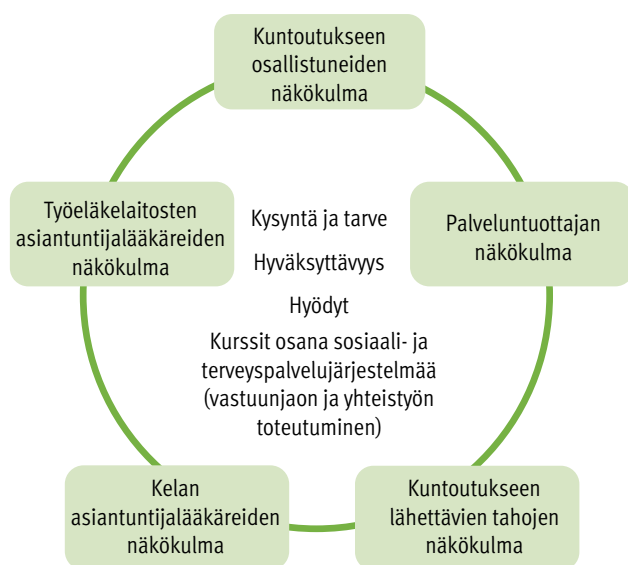
### *Arviointi*

Kuntoutuksen vaikutuksia tulee arvioida vähintään kolmella mittarilla. Tavoitteiden toteutumista tulee arvioida GAS-menetelmällä, elämänlaatua WHOQOL-BREF-mittarilla (*The World Health Organization Quality of Life*) ja mielialaa BDI-21-mittarilla (*Beck Depression Inventory*). Palveluntuottaja voi myös käyttää muita mittaus- ja arviointimenetelmiä kuntoutujien yksilöllisten tarpeiden mukaan.

### 3 Tutkimustehtävä

Tutkimuksessa arvioidaan intensiivisten kuntoutuskurssien soveltuvuutta Kelan järjestämäksi kuntoutukseksi tulevaisuudessa. Arvioinnin painotus on kurssien hyödyissä. Tutkimuksen toteutuksessa hyödynnetään toteutettavuustutkimuksen viitekehystä (esim. Bowen ym. 2009). Tutkimuksessa arvioidaan kysyntää ja tarvetta kursseille palvelujärjestelmässä, kurssien hyväksyttävyyttä ja hyötyjä sekä työn- ja vastuunjaon toteutumista palvelujärjestelmässä kursseja toteutettaessa. Arviointikohteiksi valittiin tutkimustehtävän kannalta soveltuvat ja tutkimusaihetta koskevat teemat toteutettavuustutkimuksissa yleisimmin arvioituista teemoista (esim. Bowen ym. 2009). Tutkimustehtävään vastataan moninäkökulmaisella aineistolla. Tiedontuottajina toimivat kuntoutujat ja heidän läheisensä, palveluntuottajan edustajat, Kelan ja työeläkelaitosten asiantuntijalääkärit sekä kuntoutukseen lähettävien tahojen edustajat. Kuviossa 5 on esitetty tutkimuksen arviointikohteet ja valitut näkökulmat, joiden avulla kurssien soveltuvuutta arvioidaan.

**Kuvio 5.** Tutkimuksen arviointikohteet.



Lähteet: mukailen Bowen ym. 2009, Seppänen-Järvelä ym. 2015.

## 4 Aineistot ja menetelmät

### 4.1 Monimenetelmällinen tutkimusote

Tämän tutkimuksen ote on monimenetelmällinen (Johnson ym. 2007; Creswell 2015). Monimenetelmällisessä tutkimusotteessa käytettävät menetelmät määrittyvät tutkimustehtävän mukaan. Tutkimusotteelle on tyypillistä aineistojen vuorovaikutuksellinen ja täydentävä suhde toisiinsa sekä kokonaisvaltainen ajattelutapa (Greene 2007; Tashakkori ja Creswell 2007; Seppänen-Järvelä ym. 2015, 19). Tutkimuksessa Kelan kurssitietojärjestelmästä, kuntoutusasiakirja-aineistoista sekä haastatteluilla ja kyselyillä saatu tieto yhdistetään toisiinsa, jotta saadaan kokonaisvaltainen käsitys intensiivisten kurssien hyödyistä ja toteutumisesta. Jotta voidaan tehdä päätelmiä kuntoutusintervention vaikutuksista tai vaikuttamattomuudesta, tulee olla tietoa myös kuntoutusprosessista eli esimerkiksi siitä, kuinka onnistunutta interventioon ohjaaminen on ollut ja minkälaista yhteistyö palvelujärjestelmässä on ollut interventiota toteutettaessa (esim. Autti-Rämö ym. 2016, 92). Tutkimuksen aineistot analysoitiin ensin omina kokonaisuuksinaan, minkä jälkeen analyysit yhdistettiin ennalta määriteltujen arviointikohteiden arvioimiseksi (Creswell 2015, 35–37).

### 4.2 Kelan kurssitietojärjestelmä

Kelan kurssitietojärjestelmästä poimittiin tiedot intensiivisten kuntoutuskurssien tarjonnasta ja toteutumisesta. Tiedot tarjolla olleista ja toteutuneista kursseista raportoidaan, samoin kursseille kunakin vuonna osallistuneiden kuntoutujien määrä. Tiedot poimittiin vuosilta 2015 ja 2016 sekä vuonna 2017 elokuun loppuun mennessä toteutuneista kursseista. Intensiivisiä kursseja on toteutettu nykyisen palveluvauksen (Kela 2015) mukaisesti vuodesta 2015 lähtien.

### 4.3 Kyselyaineistot

#### 4.3.1 Kysely kuntoutujille

Vuoden 2015 aikana intensiivisille kuntoutuskursseille osallistuneille kuntoutujille ja heidän kursseille osallistuneille läheisilleen (ks. luku 4.3.2) lähetettiin postikysely (liitteet 3 ja 4). Kyselyt toteutettiin 14.11.–14.12.2016 välisenä aikana. Kuntoutujien osoitetiedot haettiin Kelan asiakastietojärjestelmästä. Kysely lähetettiin yhteensä 24 kuntoutujalle. Sekä kuntoutujien että heidän läheistensä kyselylomakkeet ja lomakkeiden palautuskuoret lähetettiin kuntoutujan postiosoitteeseen. Samassa yhteydessä lähetettiin suostumuslomake kuntoutujalle suostumuksen antamiseksi kuntoutusasiakirjojen poimimiseen Kelan asiakastietojärjestelmästä (ks. luku 4.4). Kuntoutujien taustatietoina kysyttiin sukupuolta, syntymävuotta, vammautumisen tapahtumisvuotta ja aivovamman diagnosoimisajankohtaa. Lisäksi kysyttiin, osallistuiko kuntoutujan läheinen kurssille ja oliko kuntoutuja osallistunut muuhun kuntoutukseen ennen intensiivistä kurssia. Kyselyssä kuntoutujat arvioivat kuntoutuksen toteutusta (kesto, rakenne, sisällöt) ja sitä, miten kuntoutus vastasi kurssin tavoitteita ja heidän omia tarpeitaan.

Kuntoutujille osoitettuun kyselyyn vastasi 12 henkilöä (50 % kyselyn saaneista). Vastaajista suurin osa (67 %) oli naisia ja vastaajien keski-ikä kyselyyn vastaushetkellä oli 42,4 vuotta. Nuorin vastaaja oli 26 vuotta ja vanhin 52 vuotta. Lähes kaikkien (92 %) vastaajien läheinen oli osallistunut kurssille. Useimmiten kurssille osallistunut läheinen oli kuntoutujan avo- tai aviopuoliso (n = 8). Puolison lisäksi yhden kuntoutujan lapsi ja yhden kuntoutujan sisarus osallistuivat kurssille. Yhdellä kuntoutujalla läheinen oli sisarus ja yhdellä äiti. Yhden kuntoutujan läheinen ei osallistunut kurssille ja yksi kuntoutuja ei ilmoittanut, kuka läheinen oli.

#### 4.3.2 Kysely kuntoutujien läheisille

Tutkimukseen pyydettiin osallistumaan myös vuonna 2015 intensiiviselle kuntoutuskurssille osallistuneiden kuntoutujien läheiset. Läheisten kyselylomakkeet ja lomakkeiden palautuskuoret lähetettiin kuntoutujan postiosoitteeseen. Kysely lähetettiin 23 henkilölle. Kuntoutujaa ohjeistettiin välittämään kyselylomake läheiselleen. Jos kukaan läheinen ei ollut osallistunut kurssille, lomake pyydettiin hävittämään. Kyselyssä kuntoutujien läheiset arvioivat kuntoutuksen toteutusta (kesto, rakenne, sisällöt) ja sitä, miten kuntoutus vastasi kurssin tavoitteita ja kuntoutujien sekä heidän omia tarpeita. Läheisten taustatietoina kysyttiin sukupuolta, syntymävuotta ja läheisen vammautumivuotta. Kyselyyn vastasi 10 henkilöä (43 % kyselyn saaneista). Vastaajista enemmistö (70 %) oli naisia. Nuorin vastaaja oli kyselyyn vastaushetkellä 29 ja vanhin 67 vuotta. Vastaajien keski-ikä oli 46,3 vuotta.

#### 4.3.3 Kyselyaineistojen analyysi

Kyselyaineistojen tuottama määrällinen aineisto raportoitiin aineistoa kuvailevasti. Aineistojen pienuuden (n = 10–12) vuoksi kuvailevat tunnusluvut tuotettiin Microsoft Excel -taulukkolaskentaohjelmalla. Joihinkin monivalintakysymyksiin liittyi myös avoin vastausvaihtoehto. Avoimet vastaukset luettiin läpi ja ne uudelleen koodattiin valmiiden vastausvaihtoehtojen alle, jos niiden sisältö vastasi annettuja vaihtoehtoja. Kyselyiden avoimet vastaukset analysoitiin sisällönanalyysin keinoin (Eskola ja Suoranta 2000, 186). Laadullisilla tuloksilla täydennettiin määrällisiä tuloksia.

### 4.4 Kuntoutusasiakirjat

Kuntoutusasiakirjojat analysoitiin niiden kuntoutujien osalta, jotka antoivat suostumuksensa asiakirjojensa käyttöön tässä tutkimuksessa (n = 10). Yksi asiakirjojen käyttöön luvan antaneista kuntoutujista oli keskeyttänyt kuntoutuksen, joten hänen asiakirjojaan tarkastellaan saatavilla olevien tietojen osalta. Kuntoutujilta pyydettiin lupaa seuraavien tietojen käyttöön tutkimuksessa:

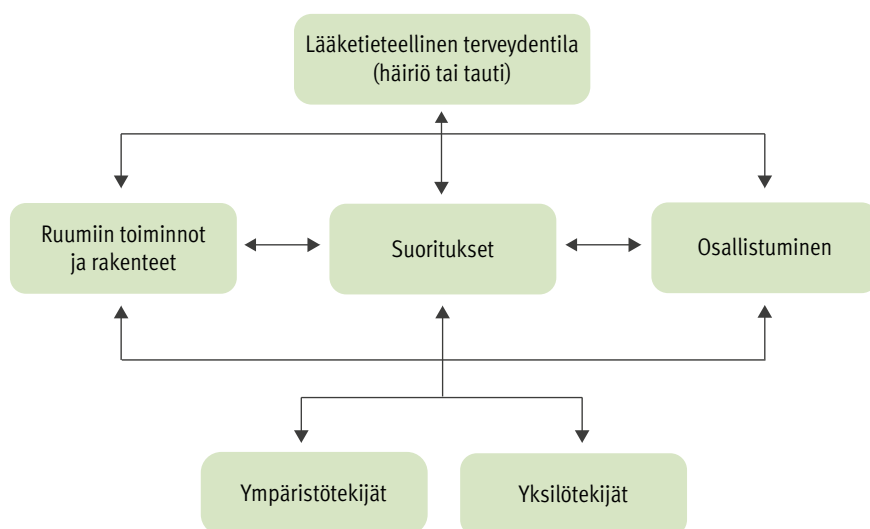
1. kuntoutussuunnitelmasta tai B-lausunnosta saatavat tiedot: ikä, sukupuoli, sairaustiedot (sairaudet, sairauden kehitys, laboratorio- ja kuvantamistutkimukset, työ- ja toimintakyvyn arvioinnit), muu kuin Kelan järjestämä toteutunut kuntoutus, kuntoutuksen tavoitteet ja kuntoutussuunnitelman sisältö

2. GAS-menetelmällä asetetut tavoitteet kuntoutukselle
3. palveluntuottajan laatima kuntoutuspalaute ja sen liitteet (moniammatillisen työryhmän, esimerkiksi neuropsykologin, fysioterapeutin ja sosiaalityöntekijän, mahdolliset lausunnot).

Kohdat 1 ja 3 analysoitiin ryhmätasolla sisällönanalyysin keinoin (Eskola ja Suoranta 2000, 186). Kuntoutussuunnitelmista ja kuntoutuspalauhteista tarkasteltiin intensiiviselle kuntoutuskurssille asetettuja yleisiä tavoitteita ja niiden saavuttamista sekä kuntoutuksen muita hyötyjä. Aineistoista eriteltiin yksittäisille terapioille asetetut tavoitteet kurseilla. Omana kokonaisuutenaan analysoitiin kuntoutujien toiminnallisuuteen liittyvät tavoitteet, jotka oli kurssilla asetettu COPM-menetelmällä (*Canadian Occupational Performance Measure*; Law ym. 2005; Law ym. 2011). Lisäksi tarkasteltiin palveluntuottajan antamia jatkosuosituksia kuntoutukselle. Kuntoutusasiakirjojen tiedot analysoitiin ryhmätasolla, kyselyaineistosta erillisenä aineistona.

GAS-menetelmällä asetetuista tavoitteista (esim. Sukula ja Vainiemi 2015, 13) laskettiin ensin ryhmätasolla kaikkien tavoitteiden T-lukuarvojen keskiarvo, mediaani ja vaihteluväli. Tämän jälkeen tavoitteet luokiteltiin ICF-viitekehyksen (Maailman terveysjärjestö 2001, kuvio 6) mukaisesti, jotta voitiin tarkastella ryhmätasolla, mille toimintakyvyn osa-alueille tavoitteet kohdentuivat. Muodostetuille luokille laskettiin T-lukuarvojen keskiarvo, mediaani ja vaihteluväli. Analyysin tavoitteena oli selvittää, miten kurssi tuki kuntoutujien tavoitteiden saavuttamista yleisesti ottaen ja tukiko kurssi erityisesti joidenkin tavoitteiden saavuttamista.

**Kuvio 6.** GAS-menetelmällä asetettujen tavoitteiden analyysissä käytettävä ICF-viitekehys.





## 4.5 Haastatteluaineistot

### 4.5.1 Palveluntuottajan edustajien ryhmähaastattelu

Vuonna 2015 intensiivisiä kursseja tarjosi kolme palveluntuottajaa, jotka Kela oli valinnut hankintalain (L 348/2007) mukaisesti. Kelan kurssitietojärjestelmän mukaan kursseja oli tutkimuksen toteuttamishetkeen mennessä toteuttanut yksi palveluntuottaja. Tältä palveluntuottajalta haastateltaviksi pyydettiin kuntoutuksen toteuttamisessa mukana olleita moniammatillisen työryhmän jäseniä mahdollisimman monelta ammattialalta. Haastattelu toteutettiin fokusryhmähaastatteluna kuntoutuslaitoksessa paikan päällä. Ryhmähaastatteluun osallistui viisi henkilöä: neurologi, kaksi neuropsykologia, sosiaalityöntekijä ja fysioterapeutti. Haastattelua ohjasi raportin ensimmäinen kirjoittaja. Toinen kirjoittaja avusti ohjaamisessa.

Haastattelun teemat olivat kurssien hyödyt ja kehittämistarpeet, kurssien valintakriteerit, työn- ja vastuunjako (esimerkiksi kuntoutukseen lähettävän tahon, kuntoutuksen järjestäjän ja palveluntuottajan kesken) sekä haastateltujen näkemys aivovamman saaneiden henkilöiden kuntoutuspalvelutarjonnasta tällä hetkellä ja tulevaisuudessa (liite 5). Ryhmähaastattelu toteutettiin puolistrukturoidun teemahaastattelun periaatteita (esim. Hirsjärvi ja Hurme 2000, 47–48) noudattaen (ks. luku 4.5.2). Haastattelu toteutettiin ryhmähaastatteluna, koska tavoitteena oli saada yleiskuva kurssien toteutumisesta ja hyödyistä palveluntuottajan edustajien näkökulmasta.

### 4.5.2 Kelan ja työeläkelaitosten asiantuntijalääkäreiden sekä lähettävien tahojen edustajien haastattelu

Tutkimukseen haastateltiin kahta Kelan asiantuntijalääkärinä ja kahden työeläkelaitoksen asiantuntijalääkärinä. Kelan ja työeläkelaitosten asiantuntijalääkärit ovat vakuutuslääketieteeseen erikoistuneita lääkäreitä, jotka antavat etuuksien ratkaisutyöhön liittyviä asiantuntijalausuntoja. Asiantuntijalääkärit arvioivat hoitavan lääkärin antamien tietojen perusteella hakijan oikeutta haettuun etuuteen. (Aro ym. 2004, 14–18.) Kelan ja työeläkelaitoksen asiantuntijalääkärit arvioivat hakijoiden oikeutta esimerkiksi työkyvyttömyyseläkkeeseen tai kuntoutusetuuksiin. Asiantuntijalääkäreiden haastattelut toteutettiin yksilöhaastatteluina. Yksi toteutettiin kasvotusten, yksi puhelimitse ja kaksi verkkopuhelinyhteyden välityksellä.

Terveydenhuollon eli kuntoutukseen lähettävien tahojen edustajina haastateltiin neurologiaan erikoistuneita lääkäreitä ( $n = 4$ ). Haastateltaviksi pyydettiin sekä potilaitaan intensiivikursseille lähettäneitä henkilöitä että niitä, jotka eivät olleet lähettäneet potilaitaan kursseille. Haastateltavista kahden tiedettiin lähettäneen potilaitaan intensiivisille kursseille. Kolme haastateltavista oli julkisen terveydenhuollon edustajia ja yksi yksityisen terveydenhuollon edustaja. Terveydenhuollon edustajien haastattelut toteutettiin yksilöhaastatteluina puhelimitse. Kaikki haastattelut toteutti raportin ensimmäinen kirjoittaja.

Yksilöhaastatteluiden teemat olivat samat kuin palveluntuottajan edustajien haastattelussa (ks. luku 4.5.1; liitteet 6 ja 7). Lisäksi haastateltavilta kysyttiin taustatietoina, kuinka tuttuja intensiiviset kuntoutuskurssit olivat heille ja olivatko he lähettäneet potilaitaan kursseille tai olivatko heidän potilaansa osallistuneet kursseille. Haastatteluissa noudatettiin puolistrukturoidun teemahaastattelun periaatteita (esim. Hirsjärvi ja Hurme 2000, 47–48): haastatteluissa läpikäytyt teemat oli määritelty etukäteen aikaisemman tutkimuskirjallisuuden ja tutkimustehtävän mukaisesti, mutta tarkat kysymykset ja niiden järjestys muodostettiin haastattelutilanteessa. Näin tilanteessa voitiin tarkoituksenmukaisemmin tarttua haastateltavien esiin nostamiin uusiin aiheisiin ja mukauttaa kysymykset kullekin haastateltavalle soveltuviksi. (Esim. Hirsjärvi ja Hurme 2000, 48.) Haastattelujen aikana esimerkiksi selvisi, etteivät kaikki haastatellut tunteneet intensiivisten kurssien tarkkaa sisältöä ja toteutustapaa.

#### 4.5.3 Haastatteluaineistojen analysointi

Kaikki haastattelut kestivät noin tunnin ja ne nauhoitettiin. Nauhoitteet litteroi sanatarkasti tutkimusaineistojen litterointiin erikoistunut ulkopuolinen taho. Litteroidut haastattelut analysoitiin sisällönanalyysin keinoin (Eskola ja Suoranta 2000, 186). Tutkimuksen ennalta määritellyt arviointikohteet ohjasivat analyysiprosessia. Litteroidut haastattelut luettiin ensin kerran läpi, minkä jälkeen litteraatioista alleviivattiin tutkittavan aiheen kannalta merkityksellisimmät asiasällöt. Tämän jälkeen asiasällöt kirjoitettiin auki määriteltyjen arviointikohteiden alle aineisto kerrallaan. Aineistosta poimittiin vielä haastateltujen näkemyksiä kuvaavia katkelmia tulosten raportoinnin tueksi. Kun kaikki aineistot oli analysoitu ja kirjoitettu auki, tarkistettiin analyysin osuvuus. Tarvittaessa analyysiä tarkennettiin ja täydennettiin, jotta kaikki aineistot olivat analyysissä tasavertaisesti edustettuina. Haastatteluaineistot analysoi raportin ensimmäinen kirjoittaja.

#### 4.6 Eettiset kysymykset

Tutkimuksen suunnittelussa ja toteutuksessa noudatettiin tutkimuseettisen neuvottelukunnan laatimia eettisiä periaatteita (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2009). Tutkimukselle haettiin eettinen ennakoarviointi Kelan tutkimuseettiseltä toimikunnalta ennen tutkimuksen käynnistämistä. Eettiseen ennakoarvioon kuului tutkimuksessa käytettyjen tutkimustiedotteiden, kyselylomakkeiden ja henkilötunnisteellisen tiedon poimintaan liittyvän suostumuslomakkeen arviointi.

Tutkimuksen toteuttamisessa huomioitiin tiedon keräämiseen ja tulosten raportointiin liittyvät eettiset kysymykset. Kun tutkittavia pyydettiin osallistumaan tutkimukseen, heille lähetettiin tiedote tutkimuksesta. Tiedotteessa kuvattiin tutkimuksen ja aineistonkeruun tarkoitus tarkasti, jotta tutkittavien osallistuminen tutkimukseen perustuisi tietoiseen suostumukseen.

Tutkimusta toteutettaessa tärkeänä ohjaavana tutkimuseettisenä periaatteena oli luottamuksellisuus. Tutkimuksen aineistot ovat pieniä, joten niiden raportoinnissa kiinnitettiin erityistä huomiota tiedontuottajien anonymiteetin suojaamiseen. Erityisesti tutkimukseen haastateltujen tiedontuottajien tuli voida luottaa siihen, ettei heitä tunnisteta tuloksia raportoitaessa ja ettei heidän kertomaansa tietoa käytetä väärin. Tunnistamisen ehkäisemiseksi tutkimukseen osallistuneiden taustatiedot karkeistettiin. Esimerkiksi haastateltuihin Kelan ja työeläkelaitosten asiantuntijalääkäreihin ja palveluntuottajan moniammatillisen työryhmän jäseniin viitataan karkeasti asiantuntijalääkäreinä ja palveluntuottajan edustajina. Lisäksi katkelmat haastatteluaineistoista valittiin ja ne muokattiin yleiskielisiksi niin, ettei niistä voida tunnistaa haastateltuja.

Tutkimusta toteutettaessa tutkijoille kertyi myös tutkittavaan aiheeseen liittyvää mutta tutkimustehtävään liittymätöntä tietoa. Tulososiossa raportoidaan ainoastaan tiedontuottajien arvio intensiivisistä kursseista ja niiden taustalla olevasta INSURE-kuntoutusohjelmasta.

Tutkimuksen toteuttamista haastoi sen moninäkökulmaisuus. Jokainen tiedontuottajaryhmä arvioi kurssien toteutumista omasta näkökulmastaan, mikä haastoi aineistojen yhdistämistä. Kaikilla tiedontuottajilla ei esimerkiksi ollut tietoa intensiivisten kurssien toteutuksesta. Tutkijoiden tehtävänä oli arvioida saadun informaation merkityksellisyys tutkittavan aiheen kannalta niin, että kaikkien tiedontuottajien näkökulmat tuotiin tasapuolisesti näkyviin tuloksia raportoitaessa. Tasapuolisuus otettiin huomioon myös jo tiedontuottajien valinnassa. Haastateltaviksi lähettävien tahojen edustajiksi valittiin henkilöitä, joiden tiedettiin ohjanneen potilaita intensiivisille kursseille, ja henkilöitä, jotka eivät olleet ohjanneet potilaitaan kursseille.

## 5 Tulokset

Tutkimuksen tulokset esitetään arviointikohde kerrallaan. Ensin kuvataan, millainen kysyntä ja tarve intensiivisille kursseille on palvelujärjestelmässä Kelan kurssitietojärjestelmästä poimittujen tietojen ja haastateltujen ammattilaisten kokemuksen valossa. Luvussa 5.3 annetaan ryhmätasolla kokonaiskuva siitä, miten kursseille asetetut tavoitteet ovat aineistojen perusteella toteutuneet. Tämän jälkeen kuvataan kurssien hyväksyvyyttä ja hyötyjä kaikkien tiedontuottajien näkökulmasta alateemojen avulla. Työn- ja vastuunjaon toteutumista palvelujärjestelmässä arvioivat haastatellut ammattilaiset. Lopuksi tulokset vedetään yhteen.

Tulokset raportoidaan lähtökohtaisesti niin, että aluksi esitellään kuntoutujien ja heidän läheistensä arvio käsiteltävästä aiheesta tai kuntoutusasiakirjoihin dokumentoitu tieto. Tämän jälkeen esitetään palveluntuottajan sekä lähettävien tahojen edustajien ja lopuksi asiantuntijalääkäreiden arviot. Kaikki haastatellut lähettävien tahojen edustajat ja asiantuntijalääkärit eivät tunteneet kurssien tarkkaa sisältöä, minkä vuoksi joissakin luvuissa nämä tiedontuottajaryhmät eivät ole edustettuina (esim. luku 5.4.4).

### 5.1 Kuntoutuskurssien kysyntä

Vuodesta 2015 intensiivisiä kuntoutuskursseja on tarjonnut kolme palveluntuottajaa. Kaikilla kursseilla oli kuusi paikkaa kuntoutujille ja kuusi kuntoutujien läheisille (Kela 2015). Taulukossa 4 esitetään vuosina 2015–2017 Kelan tarjoamien ja toteutuneiden intensiivisten kurssien sekä kursseille osallistuneiden kuntoutujien määrä. Vuoden 2017 luvut esitetään elokuun lopussa saatujen tietojen perusteella. Jokaisena vuonna Kela tarjosi yhteensä 11 kurssia. Vuonna 2015 kursseja toteutui viisi ja vuosina 2016 ja 2017 neljä. Tarjotuista kursseista toteutui siis alle puolet. Kaikki kurssit toteutti yksi palveluntuottaja. Muiden palveluntuottajien kursseille ei tullut hakemuksia riittävästi tai ei lainkaan, joten ne eivät toteutuneet. Kelan kurssitietojärjestelmästä ei ole saatavissa tietoa kurssien peruuntumisyyistä. Vuonna 2015 intensiivisille kursseille osallistui kaikkiaan 24 kuntoutujaa. Tämän jälkeen vuosina 2016 ja 2017 kuntoutujien määrä on lähes puolittunut. Vuoden 2017 osalta kuntoutujien määrä voi kuitenkin vielä nousta. Tätä tutkimusta varten saatiin tieto myös vuonna 2015 kursseille osallistuneiden läheisten määrästä. Tuolloin läheisiä osallistui kursseille yhteensä 23.

**Taulukko 4.** Vuosina 2015–2017 toteutuneet intensiiviset kuntoutuskurssit ja kursseille osallistuneiden kuntoutujien määrä.

	2015	2016	2017 (toteuma 30.8. mennessä)
Toteutuneet kurssit / tarjotut kurssit	5/11	4/11	4/11
Kuntoutujien määrä	24	14	10

Syitä intensiivisten kurssien kysynnän vähenemiseen on vaikea arvioida. Yhdeksi syyksi on arveltu lähettävien tahojen vähenevä kiinnostus kursseja kohtaan niihin liittyneen kriittisen keskustelun takia. Peruttujen Kelan harkinnanvaraisten kuntoutuskurssien määrä on kaikkiaan viime vuosina kasvanut, vaikka tarjontaa on vähennetty (Vaden 2018). Syiksi on arveltu muun muassa harkinnanvaraisten kurssien tiukkoja myöntökriteerejä tai kuntoutukseen ohjaamisen ongelmia.

Haastatelluista lähettävien tahojen edustajista kolme neljästä oli lähettänyt potilaitaan intensiivisille kuntoutuskursseille. Yksi oli lähettänyt intensiivisille kursseille tai aiemmin INSURE-jaksoille kymmeniä potilaitaan vuodessa ja toinen noin kaksikymmentä. Yksi oli lähettänyt alle viisi potilasta neljän viime vuoden aikana ja yksi ei yhtään.

Yksi haastateltu kertoi lähettäneensä kursseille potilaita, joilla on aivovamman aiheuttama diffuusi aksonivaurio eli jotka ovat fyysisesti ja ulkoapäin arvioituna hyväkuntoisia mutta joilla on yleisimpänä oireena voimakas väsymys. Toinen lähettävän tahon edustaja oli lähettänyt potilaitaan kursseille, koska avohuollon palveluissa ei ole pystytty riittävästi kartoittamaan potilaan toimintakykyä tai etenemään toivotusti. Lähettämisen perusteena on ollut esimerkiksi potilaan todellisen työ- ja toimintakyvyn arvioiminen, vertaistuen saaminen, monialainen toimintakyvyn kartoittaminen ja toimeentuloon liittyvät ongelmat, joiden ratkaisemiseen potilaat ovat tarvinneet sosiaalityöntekijän apua. Kursseille lähetettyjen potilaiden keskeisimpinä haasteina ovat olleet kognitiivinen suoriutumisen ja tarpeena on ollut potilaan oirekuvan sekä toimintakyvyn rajoitteiden ja vahvuuksien kartoittaminen. Huonoimmin avopuolen kuntoutuksessa tai polikliinisilla käynneillä saa haastatellun mukaan käsityksen siitä, kuinka suuri haaste aivojen väsyvyys on potilaalle.

Harvoin kurssia suositelleen lähettävän tahon edustajan mukaan esimerkiksi ainoastaan väsyvyys aivovamman aiheuttamana oireena ei ole riittänyt intensiiviselle kuntoutuskurssille lähettämisen perusteeksi. Hän on suositellut kurssia potilaille, joiden vammasta aiheutuu merkittävää haittaa työkyvylle esimerkiksi kognitiivisten, muistin tai toiminnanohjauksen rajoitteiden tai kivun vuoksi. Potilaille tulee olla mahdollista suunnitella työelämään palaamista esimerkiksi ammatillisen kuntoutuksen, työtehtävien soveltamisen tai muiden toimenpiteiden avulla.

Yksi lähettävän tahon edustaja ei ollut lähettänyt potilaitaan intensiivisille kursseille tai niitä edeltäneille INSURE-jaksoille, koska hänen edustamassaan sairaanhoitopiirissä aivovamman saaneille henkilöille järjestetään riittävästi kuntoutusta omana toimintana.

## 5.2 Tarve kuntoutuskursseille

Intensiivisiä kursseja tarvitaan yhtenä aivovamman saaneiden henkilöiden kuntoutusmuotona. Tätä mieltä olivat palveluntuottajan edustajat, kolme lähettävän tahon

edustajaa ja kaksi asiantuntijalääkärää. Tarvetta perusteltiin muun muassa sillä, että intensiivisiin kursseihin sisäänrakennettua vertaistukea ei voida korvata avokuntoutuksella ja kursseilla on mahdollisuus arvioida moniammatillisesti kuntoutujan todellista toimintakykyä yhdellä kertaa. Lisäksi laitospuolinen kuntoutus saattaa olla osalle kuntoutujista ainoa kuntoutusvaihtoehto; pitkien etäisyyksien vuoksi joillakin alueilla ei ole mahdollista osallistua avohuollon palveluna järjestettävään kuntoutukseen.

Toisaalta erityisesti asiantuntijalääkärit kritisoivat intensiivisiä kursseja ja tarvetta niille. Intensiivisiä kursseja pidettiin lähtökohtaisesti tarpeettoman raskaana kuntoutusmuotona kurssien kohderyhmänä oleville henkilöille. Yksi asiantuntijalääkäri toi esille, että INSURE-mallin mukainen kuntoutus ei ole kustannusvaikuttavaa eikä nykyaikaista. Haastattelun mukaan huomattava osa INSURE-ohjelman mukaisesti toteutuvasta kuntoutuksesta voitaisiin toteuttaa lähempänä kuntoutujan kotipaikkakuntaa, avokuntoutuspainotteisemmin. Kun kuntoutus toteutetaan lähempänä kuntoutujan kotipaikkaa, esimerkiksi läheisten osallistuminen kuntoutukseen on edullisempaa ja sujuvampaa.

Asiantuntijalääkärit kannattivat avokuntoutusta tarkoituksenmukaisempana kuntoutusmuotona aivovamman saaneille henkilöille. Yksi asiantuntijalääkäri toi esille, että osa aivovamman saaneista henkilöistä hyötyy intensiivisten kurssien sijaan enemmän kevyemmästä kuntoutuksesta, joka on paremmin yhteydessä kuntoutujien arkeen. Haastattelun mukaan intensiivisten kurssien kaltaista tukipalvelua ja siihen liittyvää vertaistukea tarvitaan, mutta haastateltu kyseenalaisti, onko kuntoutus tarkoituksenmukaista toteuttaa laitospuolisena. Hänen mukaansa laitospuolinen kuntoutus tulisi varata kaikkein vaikeimmin vammautuneille eli niille, jotka tarvitsevat tukea päivittäisessä elämässään. Laitospuolisella kuntoutuksella saatetaan luoda jatkumo kuntoutukselle ja sillä tuetaan kuntoutujan vammaidentiteettiä. Myös yhdellä lähettävän tahon edustajalla oli vastaava näkemys. Hänen mukaansa aika ajoin toteutetulla laitospuoliskuntoutusjaksolla ei voida ratkaista aivovamman saaneen henkilön arjessa selviytymisen haasteita. Myöskään työelämätaivoitteiden tukemiseen laitospuolinen kuntoutus ei hänen mukaansa sovellu.

Asiantuntijalääkärit ehdottivat vaihtoehtoina laitospuoliskuntoutukselle ammatillista avokuntoutusta, etäkuntoutusta, vierellä kulkemiseen perustuvaa kuntoutusta tai muuta tukipalvelua, organisoituja vertaistukiryhmiä tai sopeutumisvalmennusta. Yhden asiantuntijalääkärimukaan aivovamman saaneille olisi löydettävissä innovatiivisia kuntoutuskeinoja kuntoutuslaitoksessa toteutettavan kuntoutuksen sijaan. Kaksi asiantuntijalääkärää ehdotti, että esimerkiksi aivovamman ja aivohalvauksen saaneiden henkilöiden kuntoutuspalvelut voitaisiin yhdistää.

Myös palveluntuottajan edustajien mukaan intensiivisten kurssien lisäksi tarvitaan muunlaisia kuntoutusmuotoja aivovamman saaneille henkilöille, mutta kuntoutusmuotojen tulee perustua yhteistyöhön ja näyttöön. Tällöin sidosryhmät ja kuntoutajat voivat luottaa siihen, että kuntoutuksella on vaikutuksia.

Yksi asiantuntijalääkäri ja yksi lähettävän tahon edustaja toivat esiin, että avomuotoisten kuntoutuspalveluiden saatavuudessa on Suomessa alueellista epätasa-arvoisuutta. Lähettävän tahon mukaan palvelutarjonta on epätasaisesti jakautunut myös sairaanhoitopiirien sisällä. Suurten kaupunkien läheisyydessä asuvat ovat kuntoutuspalveluiden saatavuuden suhteen paremmassa asemassa. Kauempina asuvilla ei ole realistisia mahdollisuuksia kulkea palveluntuottajien luokse. Näillä alueilla moniammatilliselle laitospuoleiselle kuntoutusmuodolle on todennäköisesti suurempi tarve myös tulevaisuudessa.

Haastatellut, mukaan lukien palveluntuottajan edustajat, pitivät tärkeänä sitä, että intensiivisiä kurssseja toteuttaisi useampi palveluntuottaja, joilla on vahvaa osaamista aivovamman saaneiden henkilöiden kuntoutuksesta.

### 5.3 Kuntoutuskursseille valitut kuntoutujat, kurssien tavoitteet ja suositukset

Kelan laatiman palvelukuvauksen (2015) mukaan intensiiviselle kuntoutuskurssille osallistuvalla henkilöllä tulee olla asetettu aivovammadiagnoosi terveydenhuollossa. Kurssille osallistuvan vammautumisesta tulee olla kulunut vähintään yksi vuosi ja enintään viisi vuotta. Kuntoutujien B-lausuntojen (n = 10) perusteella kaikille kuntoutujille oli kurssille tullessaan asetettu terveydenhuollossa jokin aivovamma-diagnoosi (T90.5 *Kallonsisäisen vamman myöhäisvaikutukset* tai S06.2 *Diffuusi aivovamma*). Kuntoutujien vammautumisesta oli kulunut kurssin toteutumivuonna keskimäärin yli viisi vuotta. Kyselyaineiston perusteella kuntoutujien vammautumisesta oli kulunut keskimäärin 7,6 vuotta (Md: 4,5 vuotta). Lyhin aika vammautumisesta oli vuosi ja pisin 38 vuotta. Sen sijaan aivovamman diagnosoimisesta oli kaikilla vastaajilla kulunut 1–3 vuotta (ka: 1,6 vuotta). B-lausunnoissa ei ollut mainintaa kuntoutujien aivovamman vaikeusasteesta.

Kyselyvastausten perusteella enemmistö (67 %) kurssille osallistuneista kuntoutujista ei ollut saanut ennen intensiivistä kurssia aivovammaan liittyvää kuntoutusta. Sen sijaan kuntoutusasiakirjojen (n = 10) perusteella enemmistö kuntoutujista oli saanut jotakin kuntoutusta ennen kurssia. Kuusi kuntoutujista oli saanut fysioterapiaa, kaksi lymfaterapiaa ja yksi oli käynyt vesijumpassa. Kolme osallistujista oli saanut neuropsykologista kuntoutusta ja yksi toimintaterapiaa. Yksi oli käynyt yksityisen palveluntuottajan kuntoutusjaksolla ja yhden kohdalla mainittiin apuvälineenä sängynjalkojen korotus. Kolmen kuntoutujan kuntoutus ennen kurssille osallistumista ei selvinnyt lähettävän tahon lausunnoista.

Intensiivisten kurssien palvelukuvauksessa (Kela 2015) kuntoutuskurssin yleisenä tavoitteena on kuntoutujan toiminta- ja työkyvyn paraneminen ja ylläpitäminen. Lisäksi kuntoutuksen tavoitteena on tukea kuntoutujaa hänen psykososiaalisessa selviytymisessään sekä sopeutumisessa muuttuneeseen elämäntilanteeseensa, auttaa kuntoutujaa ymmärtämään vamman vaikutuksia elämäänsä ja oireisiinsa, keinojen löytäminen aivovamman oireiden hallitsemiseen, ammatillisten jatkosuunnitelmien

löytäminen sekä oman terveyden, hyvinvoinnin ja elämänhallinnan lisääntyminen. Kuntoutujien yksilöllisten tavoitteiden tulee perustua terveydenhuollossa laadittuun B-lausuntoon sisältyvän kuntoutussuunnitelman tavoitteisiin. Kuntoutuksella tuetaan näiden tavoitteiden toteutumista.

Analysoiduissa B-lausunnoissa (n = 10) viidellä kuntoutujalla terveydenhuollossa asetetut tavoitteet intensiiviselle kuntoutuskurssille liittyivät yleisesti työ- ja toimintakyvyn parantamiseen tai sen arviointiin tai molempiin. Neljän kuntoutujan kohdalla tavoitteita ei ollut kuvattu lainkaan. Kahdelle kuntoutujalle oli asetettu yksityiskohtaisia tavoitteita, kuten keskivartalon ja lavan hallinnan parantaminen, fyysisen kestävyuden kohentuminen, neuropsykologisen kuntoutuksen tehostaminen, kompensatiotaitojen vahvistaminen, kipujen lievitys ja ammatillisen kuntoutuksen toimenpiteiden käynnistäminen. Molemmille oli asetettu tavoitteeksi myös vertaistuen saaminen.

Kelan järjestämässä kuntoutuksessa kuntoutujien yksilölliset tavoitteet kuntoutukselle tulee laatia GAS-menetelmää käyttäen. Tavoitteet tulee laatia yhdessä kuntoutujan kanssa. (Kela 2016.) GAS-menetelmällä asetettujen tavoitteiden tulee olla realistisia sekä saavutettavissa ja mitattavissa olevia (esim. Sukula ja Vainiemi 2015, 13–14). Kuntoutusasiakirjojen perusteella kuntoutujille (n = 10) oli kurssilla asetettu 1–3 tavoitetta kuntoutujaa kohden. Yksi tavoitteista liittyi kaikilla kuntoutujilla päivärutiinien luomiseen ja hallintaan, esimerkiksi tekemisen ja levon tasapainon oppimiseen, päivärytmin oppimiseen sekä omien voimavarojen parempaan arviointiin. Kahden kuntoutujan tavoitteet liittyivät aivovamman ja sen oireiden hyväksymiseen. Yksi halusi oppia hallitsemaan paremmin impulsiivisuuttaan, yksi löytää keinoja niskakipujen lievittämiseen ja yksi käyttämään tukikauluria. (Ks. tarkemmin luku 5.5.)

Kuntoutuksen päättyessä kuntoutujien GAS-menetelmällä asetettujen tavoitteiden T-lukuarvojen keskiarvo oli 52,3 ja vaihteluväli 44–60. Mediaani oli 50. Näiden perusteella kuntoutujille asetetut tavoitteet toteutuivat kurssilla pääosin odotusten mukaisesti. ICF-viitekehyksen mukaan luokiteltuina tavoitteet sijoituivat pääosin kahdelle osa-alueelle: päivärutiinien luominen ja hallinta (ICF-luokka: d230 *Päivittäin toistuvien tehtävien ja toimien suorittaminen*) ja aivovamman ja sen oirekuvan hyväksyminen (ICF-luokka: b114 *Orientoitumistoiminnot*). Tavoitteet kohdistuivat kuntoutujien suoritukseen ja osallistumiseen sekä ruumiin ja kehon toimintoihin. (Maailman terveysjärjestö 2001.) Asetetut tavoitteet liittyvät kahteen kurssien palvelukuvauksessa määriteltyyn tavoitteeseen (Kela 2015): auttaa kuntoutujaa ymmärtämään vamman vaikutuksia elämäänsä ja oireisiin sekä keinojen löytäminen oireiden hallitsemiseen.

Taulukossa 5 (s. 41) kuvataan kurssin tavoitteet, kuntoutujille GAS-menetelmällä asetetut tavoitteet ja kuntoutujien terapiakohtaiset tavoitteet kurssilla. Terapiakohtaisista tavoitteista nähdään, että kaikkiin terapiaoihin liittyi olennaisena osana kun-



toutujien perusteellinen arviointi. Palvelukuvauksessa vaadittujen elämänlaadun (*WHOQOL-BREF*-mittari) ja masennusoireiden (*BDI-II*-kysely) arvioinnin lisäksi kuntoutujien toimintakykyä arvioitiin usean muun arviointimenetelmän avulla. Kuntoutusasiakirjojen perusteella kaikkien kuntoutujien elämänlaatua oli mitattu palvelukuvauksessa vaaditulla mittarilla ja kahta kuntoutujaa lukuun ottamatta, kaikkien masennusoireita arvioitu. Mittausajankohdat eivät selvinneet kuntoutusasiakirjoista.

**Taulukko 5.** Intensiivisille kurseille ja niille osallistuneille kuntoutujille asetetut tavoitteet sekä toteutunut ja suunniteltu kuntoutus ennen intensiivistä kurssia ja sen jälkeen.

Terveydenhuolto tai muu palveluntuottaja	<b>Kuntoutujien saama kuntoutus intensiivisten kurssien alkaessa (n = 10)</b> Fysioterapia (6) Lymfaterapia (2) Neuropsykologinen kuntoutus (3) Toimintaterapia (1) Apuvälineet (1) Laitoskuntoutus (1)
Kela	<b>Intensiivisten kurssien tavoitteet</b> Työ- tai opiskelukyvyn ja toimintakyvyn turvaaminen ja parantaminen Psykososiaalisessa selviytymisessä tukeminen Tuki muuttuneeseen elämäntilanteeseen sopeutumisessa Auttaa kuntoutujaa ymmärtämään vamman vaikutuksia elämäänsä ja oireisiinsa Keinojen löytäminen oireiden hallitsemiseen Ammatillisten jatkosuunnitelmien löytäminen Terveyden, hyvinvoinnin ja elämähallinnan lisääntyminen
Terveydenhuolto	<b>Kuntoutukselle asetetut tavoitteet terveydenhuollossa laadituissa B-lausunnoissa</b> Työ- ja toimintakyvyn parantaminen tai arviointi (n = 5) Ei tavoitteita (n = 4) Yksityiskohtaiset tavoitteet (n = 2), kuten <ul style="list-style-type: none"> <li>• keskivartalon ja lavan hallinnan parantaminen</li> <li>• fyysisen kestävyuden kohentuminen</li> <li>• neuropsykologisen kuntoutuksen tehostaminen</li> <li>• kompensatiotaitojen vahvistaminen</li> <li>• kipujen lievitys</li> <li>• ammatillisen kuntoutuksen toimenpiteiden käynnistäminen</li> <li>• vertaistuki</li> </ul>
Palveluntuottaja	<b>GAS-menetelmällä asetetut tavoitteet</b> Päivärutiinien luominen ja hallinta (n = 10) Aivovamman ja sen oireiden hyväksyminen (n = 2) Impulsiivisuuden hallinta (n = 1) Niskakipujen lievittäminen (n = 1) Tukikaulurin käyttö (n = 1)

Taulukko 5 jatkuu.

Jatkoa taulukkoon 5.

Palveluntuottaja	<b>Neuropsykologiset tavoitteet</b>	<b>Fysioterapian tavoitteet</b>	<b>Toimintaterapian tavoitteet</b>	<b>Puheterapian tavoitteet</b>
	Neuropsykologinen kontrollitutkimus (10) Oirekuvan ymmärtäminen (10)	Liikunnallisen toimintakyvyn arviointi (10) Liikuntaharrastus (9) Kipujen hallinta (8) Rasituksen ja levon tasapaino (4) Oirekuvan ymmärtäminen (2)	Toiminta-kokonaisuuksien arviointi (10) Rentoutuminen tai kipujen hallinta (8) Ajankäytön hallinta (8) Toiminnan ja levon tasapaino (7) Vahvuuksien lisääminen (5) Oirekuvan ymmärtäminen (1)	Kielellis-kommunikatiivisen toimintakyvyn kartoitus ja mahdollisten kompensatio- ja hallintakeinojen löytäminen arkeen (10)
Palveluntuottaja	<b>Kuntoutujille suositeltu kuntoutus kurssin päättyessä (n = 9)</b>			
	Fysioterapia (8) Lymfaterapia (4) Neuropsykologinen kuntoutus (8) Toimintaterapia (3) Apuvälineet/ortoosit (4) Laitoskuntoutus (4)			

Neuropsykologisilla tutkimuksilla kartoitettiin kokonaisvaltaisesti kuntoutujien neuropsykologista oirekuvaa. Kuntoutujien kliinisen seurannan ja haastattelujen lisäksi arviointiin käytetyt mittarit vaihtelivat kuntoutujakohtaisesti. Neuropsykologisen oirekuvan arvioinnissa käytettiin pääosin seuraavia arviointimenetelmiä: *Glasgow Outcome Scale* (GOSE, ammattihenkilön täyttämä haastatteluun ja havaintoihin perustuva mittari, joka tunnistaa toimintakykyyn liittyvät ammattihenkilön havaittavissa olevat muutokset), *Wechsler Adult Intelligence Scale* (WAIS-III/IV, nuorten ja aikuisten kognitiivisten kykyjen arviointiin tarkoitettu mittari), *PASAT/ Foramen Rehab* (kognitiivisen kuntoutuksen sähköinen arviointityökalu), Reyn kuvio (*Rey-Osterrieth Complex Figure*, ROCF; toiminnanohjauksen mittari), *Brooks and McKinaly's Personality Inventory* (aivovamman saaneiden henkilöiden arviointiin käytetty persoonallisuustesti), *Beck Depression Inventory* (BDI-II, masennuskysely) ja *Fatigue Impact Scale* (FIS, väsymyskysely). Lisäksi arvioitiin kuntoutujien henkilömuistia sekä semanttista ja foneemista sujuvuutta.

Fysioterapiassa kartoitettiin liikunnallista toimintakykyä. Arviointimenetelminä käytettiin kahden kilometrin UKK-kävelytestiä, toiminnallisen tasapainon varmuusasteikkaa, staattisen tai dynaamisen tasapainon testiä tai molempia, UKK-rytmikoordinaatiotestiä, kipupiirrosta, spirometriä, puristusvoimatestiä ja apuvälinearviointia. Toimintaterapiassa keskityttiin toimintakokonaisuuksien arviointiin. Kuntoutujien arvioinnissa käytettiin pääosin *Canadian Occupational Performance*

*Measure* (COPM) -menetelmää (toiminnallisuuden itsearviointimenetelmä), apuvälinearviointia, voimavarojen ja avuntarpeen arviointia sekä *Box and Block* -testiä (käsiin käyttämisen tai hienomotoriikan arviointimenetelmä). Puheterapiassa tehtiin kielellis-kommunikatiivisen toimintakyvyn kartoitus, johon kuului haastattelun ja havainnoinnin lisäksi muun muassa *Boston Naming Test* (BNT, nimeämistesti) ja *Token*-testi (nopean sarjallisen nimeämisen testi) sekä kielellisen ymmärtämisen, sanasujuvuuden, teknisen lukemisen, luetun ymmärtämisen ja kommunikaation arviointi. Näiden lisäksi kaikille kuntoutujille tehtiin kuntoutuskurssin aikana toimintakyvyn arviointi FIM-toimintakykymittarin (*Functional Independence Measure*) avulla.

Kurssien päätyttyä palveluntuottajan laatimissa jatkosuosituksissa (n = 9) suositeltiin fysioterapiaa (perus tai OMT) kahdeksalle kuntoutujalle, lymfaterapiaa tai arviota sen vaikuttavuudesta neljälle, neuropsykologista avokuntoutusta suositeltiin kahdeksalle kuntoutujalle ja toimintaterapiaa kolmelle. Kaularankaortoosia suositeltiin neljälle kuntoutujalle. Lisäksi suositeltiin hoitovälineitä, kuten ensipainepaitaa tai lääkinnällisiä sukkahousuja, ja apuvälineitä, kuten pikkukeppiä. Uutta laitospuheterapiajaksoa suositeltiin neljälle kuntoutujalle. Kukaan kuntoutujista ei ollut käynyt puheterapiassa ennen kuntoutusjaksoa, eikä sitä myöskään suositeltu kenellekään kurssin päättyessä.

## 5.4 Kuntoutuskurssien hyväksyttävyyden

Hyväksyttävyydellä tarkoitetaan intensiivisten kuntoutuskurssien soveltuvuutta traumaattisen aivovamman saaneiden kuntoutusmuodoksi ja kuntoutuksen sidosryhmien suhtautumista kuntoutusmuotoon (esim. Bowen ym. 2009). Kuntoutusmuodon koettu hyväksyttävyyden ennakoitiin, että potilaita todellisuudessa lähetetään kursseille ja että kurssien tavoitellut hyödyt kuntoutujien ja kuntoutuspalvelujärjestelmän kannalta ovat tällä tavoin saavutettavissa.

### 5.4.1 Tyytyväisyys kuntoutuskursseihin

Enemmistö kuntoutujista (92 %) ja kuntoutujien läheisistä (90 %) olivat kyselyaineiston perusteella erittäin tyytyväisiä intensiivisiin kuntoutuskursseihin kokonaisuutena. Kuntoutajat antoivat avoimissa vastauksissaan (n = 9) myönteistä palautetta kurssista. Viisi kuntoutujaa kuvasi kurssia erittäin tärkeäksi tai merkitykselliseksi kuntoutumiselleen. Kurssi tuki kuntoutujia aivovamman hyväksymisessä ja oli usein ensimmäinen paikka, jossa heidän vammansa otettiin vakavasti. Kurssi koettiin tärkeäksi myös kuntoutujien läheisille:

”Pidin tätä jaksoa erittäin tärkeänä itselleni. – – Ilman tätä kurssia olisin vieläkin tilassa jossa en hyväksyisi aivovammaani. Kurssin anti oli erittäin merkittävää myös lapsilleni ja läheisilleni.” (Kuntoutujien kyselyn avovastaus)

” – ensimmäisen kerran vammoineni tunsin olevani ihminen, jolla on ihmisarvo ja otetaan tosissaan. – –” (Kuntoutujien kyselyn avovastaus)

Toisaalta yksi kuntoutujista oli kurssiin jokseenkin tyytymätön. Hän kuvasi, että kurssilla keskityttiin liikaa rajoitteisiin kuntoutujien toimintakyvyssä, sen sijaan että olisi suuntauduttu tulevaisuuteen :

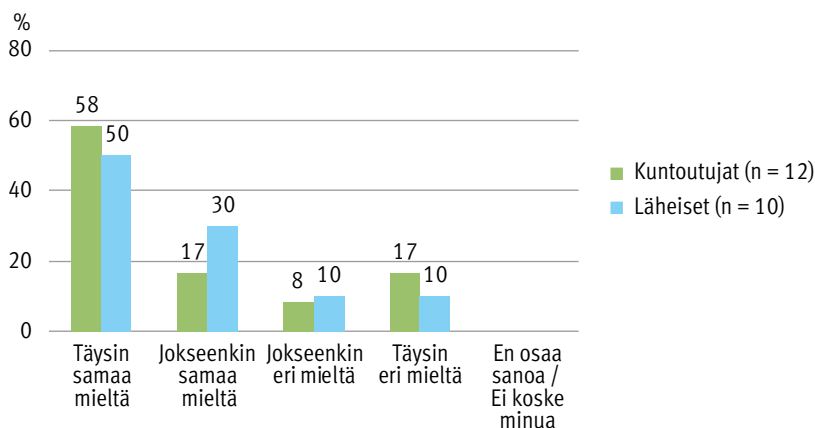
”Aivan liikaa keskityttiin osa-alueisiin mitkä ei toimi sen sijaan että olisi autettu eteenpäin elämässä. – –” (Kuntoutujien kyselyn avovastaus)

#### 5.4.2 Kuntoutuskurssien ajoitus

Neljäsosa kuntoutujista ja viidesosa kuntoutujien läheisistä oli sitä mieltä, että he eivät olleet päässeet kurssille tarpeitaan ajatellen sopivaan aikaan (kuvio 7). Yksi kuntoutuja toivoi, että kurssille pääsisivät myös henkilöt, joiden vammautumisesta on kulunut yli viisi vuotta. Toisen mukaan intensiivisen kurssin kaltainen kuntoutusjakso tulisi toteuttaa heti vammautumisen jälkeen:

”Vammautumisestani on kulunut kauan ja vasta nyt sain apua – jota ilman en olisi kovin pitkään enää selvinnyt! – – Tällainen kurssi pitää tulla heti vammautumisen jälkeen – ei monen vuoden viiveellä!!!” (Kuntoutujien kyselyn avovastaus)

**Kuvio 7.** Intensiivisten kuntoutuskurssien oikea-aikaisuus (tarpeita ajatellen sopiva aika) kuntoutujien ja heidän läheistensä mukaan.



Palveluntuottajan edustajien mukaan intensiivisille kursseille osallistuneiden kuntoutujien vammautumisesta on tavallisesti kulunut keskimäärin kolme vuotta. Useassa tapauksessa kuntoutujien vammautumisesta on kuitenkin kulunut useita vuosia. Intensiivinen kurssi on näille henkilöille ollut ensimmäinen kuntoutusmuoto, johon he

osallistuvat. Aivovamman vaikutukset ovat heillä tulleet esiin esimerkiksi työelämässä tai opintojen aikana:

”Se lähtökohta tällä alaryhmällä on tyypillisesti sellainen, että he tulevat ensimmäisen kerran kuntoutukseen usein vasta tähän, ja vammasta on kulunut jo usein vuosia. – – se vamma on kyllä ollut olemassa, mutta sen seuranta tai sitten sen vaikutukset ei ole realisoitunut. Ja he ovat usein niitä, jotka ovat työssä tai opiskellessa, ja sitten siellä alkaa se ongelmatilanne. – –” (Palveluntuottajan edustajien fokusryhmähaastattelu)

Palveluntuottajan edustajien mukaan vähintään vuosi vammautumisesta on kurssien valintakriteerinä hyvä. Silloin kuntoutujalla on omakohtaista kokemusta siitä, ettei esimerkiksi työn tekeminen suju samalla tavalla kuin ennen vammautumista. Kuntoutujat ymmärtävät, että vamman aiheuttamat muutokset toimintakyvyssä saattavat olla pysyviä:

”– – se on se vähintään vuosi. Koska silloin on jo omakohtaista kokemusta, että joku mättää, työssä ei asiat suju. Ettei se ole ihan siinä alkuvaiheessa silloin että minä parannun ja palaan. Mutta sitten kun alkaa tulla että minä en parannukaan. Ja se olisi niin kun se otollinen, koska silloin ei ehtisi tulla niin hirveästi niitä sekundaarisia ongelmia.” (Palveluntuottajan edustajien fokusryhmähaastattelu)

Joidenkin kuntoutujien vammautumisesta on palveluntuottajan edustajien mukaan kulunut yli viisi vuotta, mutta aivovamma-diagnoosin he ovat saaneet myöhemmin, esimerkiksi kolme vuotta ennen kurssin alkamista. Palveluntuottajan edustajat korostivat, että aivovamman saaneet henkilöt voivat hyötyä intensiivisestä kurssista merkittävästi, vaikka heidän vammautumisestaan olisi kulunut useita vuosia. Palveluntuottajan edustajien mukaan intensiivisten kurssien valintakriteereissä tulisi olla joustoa vammautumisesta kuluneen ajan suhteen. Jotkut kuntoutujat saattavat esimerkiksi pudota myöhemmin työelämästä, vaikka heitä olisi kuntoutettu heti vammautumisen jälkeen:

”– – sitten saattaa olla tällaisia tilanteita, joissa esimerkiksi alkuvaiheissa on kuntoutettu – – he ovat työelämässä ja sitten käykin kolmen vuoden päästä siitä niin, että he putoaa sieltä työelämästä, eivätkä selviydykään. Tämä ei ole mitenkään epätavallinen tilanne. – – ehdoton takaraja on vähän negatiivinen asia, koska joskus on tilanteita, joissa pystyttäisi merkittävästi auttamaan sitä ihmistä vaikka 8 vuotta on mennyt. Että sillä lailla olisi hyvä, jos olisi joustoa.” (Palveluntuottajan edustajien fokusryhmähaastattelu)

Lähtävien tahojen edustajat ja asiantuntijalääkärit pitivät kurssien valintakriteereitä vammautumisesta kuluneen ajan suhteen lähtökohtaisesti asianmukaisina. Haas-

tateltavien näkemykset erosivat sen suhteen, kuinka pitkään vammautumisen jälkeen kuntoutuksesta on vielä hyötyä.

Yhden lähettävän tahon edustajan mukaan intensiiviselle kuntoutuskurssille osallistumista voidaan harkita, jos vielä vuoden kuluttua vammatapahtumasta henkilöllä on merkittäviä oireita. Hänen mukaansa aivovamman saaneen henkilön olisi tarkoituksenmukaista päästä kuntoutukseen kolmen vuoden tai viimeistään viiden vuoden kuluessa vammautumisesta.

Myös toinen lähettävän tahon edustaja oli sitä mieltä, että ne kuntoutujat, jotka pääsevät intensiiviselle kuntoutuskurssille 1–2 vuoden kuluttua vammautumisestaan hyötyvät kurssista eniten. Ihanteellista olisi, että aivovamman saanut henkilö osallistuisi kurssille ensimmäisen vuoden aikana vammautumisensa jälkeen tai lähellä ensimmäisen vuoden loppua. Mitä kauemmin vammautumisesta on kulunut, sitä enemmän ongelmia vamma aiheuttaa.

Kaksi lähettävien tahojen edustajaa toivoi joustavuutta siihen, kuinka monen vuoden jälkeen vammautumisesta intensiivisille kursseille osallistuminen on mahdollista. Yhden haastatellun mukaan aivovamman saaneissa on paljon sellaisia henkilöitä, jotka ovat esimerkiksi vammautuneet lapsuudessaan mutta joiden aivovammaa aletaan ymmärtää vasta sitten, kun he noin 20-vuotiaana eivät selviä opinnoistaan. 20 vuoden jälkeenkin intensiivisestä kurssista on hyötyä. Aivovamman saaneiden henkilöiden elämäntilanteet ovat erilaisia, joten ihanteellista aikaikkunaa kurssille osallistumiselle vammautumisesta kuluneen ajan suhteen on haastatellun mukaan haastavaa rajata.

Myös toisen lähettävän tahon mukaan merkittävällä osalla aivovamman saaneista henkilöistä diagnoosin saaminen on viivästynyt ja he ovat ajautuneet sellaiseen tilanteeseen, etteivät he pärjää työelämässä. Heidän vammautumisestaan on tuolloin saatanut kulua viisi vuotta tai enemmän. Hän ei asettaisi intensiivisille kursseille tarkkoja kriteereitä vammautumisesta kuluneen ajan suhteen, koska aivovamman saaneiden henkilöiden elämäntilanteet ja aivovamman aiheuttamat haasteet ovat yksilöllisiä.

Asiantuntijalääkärit arvioivat, että aivovamman saaneen henkilön kuntoutuksen tulisi toteutua ennen kuin vammautumisesta on kulunut viisi vuotta. Yksi asiantuntijalääkäri arvioi, että kuntoutus tulisi toteuttaa viimeistään kahden vuoden kuluttua vammautumisesta, toisen mukaan kolmeen vuoteen mennessä. Jos aivovamma on vaikea, kuntoutus tulisi toteuttaa viiteen vuoteen mennessä. Ammatillisesta kuntoutuksesta on yhden haastatellun mukaan hyötyä kuitenkin vielä myöhemminkin. Yhden asiantuntijalääkäriin mukaan laitostenmuotoinen kuntoutus on tavallisesti tarpeenmukaista heti sairaalahoidon jälkeen tai kotiutumisen jälkeen, kun ensimmäisen vuoden aikana vammautumisen jälkeen todetaan tarve intensiiviselle kuntoutusjaksolle. Kaksi asiantuntijalääkäriä perusteli näkemystään kuntoutuksen vaikuttavuus-

della: kun vammautumisesta on kulunut useita vuosia, kuntoutuksella ei voida enää vaikuttaa kuntoutujan toimintakykyyn:

”– se, että siellä on takaraja, niin se on siinä mielessä ihan loogista, jos ollaan kovin monen vuoden jälkeen vasta siinä liikkeellä, lääkinnällisen kuntoutuksen ehkä neuropsykologisen kuntoutuksen menetelmillä ei enää oikeastaan voi vaikuttaa siihen tilanteeseen, että ne muutokset on tapahtuneet, ja ne on sitten jo aika pysyviä.” (Asiantuntijalääkäriin haastattelu)

#### 5.4.3 Kuntoutuskurssien kohdentuminen ja kuntoutujien valinta

Palveluntuottajan edustajien mukaan intensiivisille kursseille osallistuvien elämäntilanteessa on tavallisesti seuraavia piirteitä:

1. vammautumisesta on kulunut vuosia, mutta työelämässä tai opinnoissa on ilmennyt ongelmia; aivovamman vaikutukset ovat tulleet esille vasta myöhemmin tai vaikutuksia ei ole seurattu
2. ei ulkoisia merkkejä aivovammasta, mutta henkilön elämä näyttää olevan sekaisin
3. aivovamman aiheuttamat oireet on tulkittu psyykkisistä tekijöistä johtuviksi.

Palveluntuottajan edustajien mukaan intensiivisille kuntoutuskursseille osallistuvien kuntoutujien tulee olla monella tapaa kyvykkäitä, jotta he kykenevät hyötymään kurssista. Tämän vuoksi on tärkeää, että kuntoutujat valitaan kurssille haastattelun eikä esimerkiksi asiakirjojen perusteella.

Myös muut haastatellut ammattilaiset kokivat ennakkohaastattelun lähtökohtaisesti myönteiseksi osaksi intensiivisiä kursseja. Yhden lähettävän tahon mukaan ennakkohaastattelu on tarpeellinen, jotta koko kurssiryhmä kykenee osallistumaan samalle kurssille. Ennakkohaastattelun aikana osallistujille saattaa myös selkiytyä, millaisesta kurssista on kyse. Usein kuntoutujat eivät tiedä etukäteen riittävästi siitä, millaiseen kuntoutukseen he ovat osallistumassa.

Kahden lähettävän tahon mukaan joskus kuntoutujat ovat uupuneet kurssin pituuden tai intensiivisen päivärytmin vuoksi, vaikka esivalinnalla pyritään karsimaan nämä hakijat. Ensimmäisen mukaan tämä ei ole suuri ongelma, vaikka uupumisesta palautuminen saattaa viedä muutaman viikon tai kuukauden. Toisen haastatellun mukaan ei ole tarkoituksenmukaista, että osalla kurssille osallistuneista saattaa kulu useita kuukausia kurssista toipumiseen ja että he palaavat kurssilta huomattavasti huonommassa kunnossa kuin he ovat sinne menneet. Hän arvioi, että monille potilaille kurssi on liian raskas. Vieraassa ympäristössä pärjääminen saattaa osalle kuntoutujista olla jo itsessään hankalaa. Lisäksi osa heistä sietää huonosti kuormitusta. Kaikki kuntoutujat eivät ole jaksaneet osallistua täysiaikaisesti kurssin ohjelmaan. Haastatellun mukaan näissä tapauksissa kurssien potilasvalinta on epäonnistunut.

Yhden asiantuntijalääkärin mukaan kurssien valintakriteerejä tulisi täsmentää, jotta kuntoutujat voisivat kurssin avulla palata työelämään. Esimerkiksi kurssille osallistuvien motivaatiota työelämään palaamiseksi pitäisi hänen mukaansa kartoittaa ennen kurssille valintaa.

Intensiivisten kurssien valintakriteereissä ei ole määritelty, kuinka vaikea kurssille osallistuvan kuntoutujan aivovamman tulisi olla. Lähettävien tahojen ja asiantuntijalääkäreiden mukaan intensiiviset kuntoutuskurssit soveltuvat henkilöille, joiden aivovamma tai sen jälkitila on keskivaikea tai vaikea. Esimerkiksi yhden lähettävän tahon mukaan kurssi ei sovellu henkilöille, joilla on hyvin lievä aivovamma. Myös yksi asiantuntijalääkäri arvioi, että yleisesti ottaen laitospuoleisesta kuntoutuksesta saattavat hyötyä henkilöt, joilla on vaikea tai keskivaikea moninaista haittaa aiheuttava aivovamma.

Samaa korosti toinen asiantuntijalääkäri. Kurssi ei hänen mukaansa sovellu lievän vamman saaneille henkilöille tai sellaisille henkilöille, joiden aivovamma on epäselvä. Näille henkilöille saattaa muodostua aivovammaidentiteetti, kun he osallistuvat kurssille sellaisten henkilöiden kanssa, joiden aivovamma ja sen aiheuttamat toimintakyvyn rajoitteet ovat selkeämpiä. Kurssi voi heikentää heidän kykyään ja valmiuttaan ammatilliseen kuntoutukseen ja työelämään suuntautumiseen. Toisaalta yksi lähettävän tahon edustaja korosti, että aivovamman saaneen henkilön kuntoutuksen tarvetta tulisi arvioida oirekuvan ja sen haittaavuuden perusteella vamman vaikeusasteen sijaan. Potilaiden luokittelemisesta vamman vaikeusasteen mukaan on hänen mukaansa enemmän haittaa kuin hyötyä.

Väsyvyys intensiiviselle kuntoutuskurssille ohjaamisen perusteena herätti tiedontuottajissa ristiriitaisia arvioita (ks. myös luku 5.1). Yhden lähettävän tahon mukaan kurssi ei sovellu henkilöille, joiden oireena on ainoastaan väsyvyys. Hänen mukaansa kurssille valittujen vamman, oireiden ja toimintakyvyn haasteiden tulee olla selkeitä. Oireet voivat olla esimerkiksi muistiin tai toiminnanohjaukseen liittyviä kognitiivisia rajoitteita tai kipuja. Toisaalta kahden lähettävän tahon edustajan mukaan väsyvyystaipumus ja sen arviointi on yksi merkittävä kurssille ohjaamisen peruste. Ensimmäisen mukaan kurssille osallistuu pääasiassa henkilöitä, joilla on diffuusi aksonivaurio, jonka yleisin oire on voimakas väsyvyystaipumus. Toisen haastatellun mukaan laitososuhteissa voidaan arvioida juuri aivojen väsyvyyttä.

#### 5.4.4 Kuntoutuskurssien toteutus

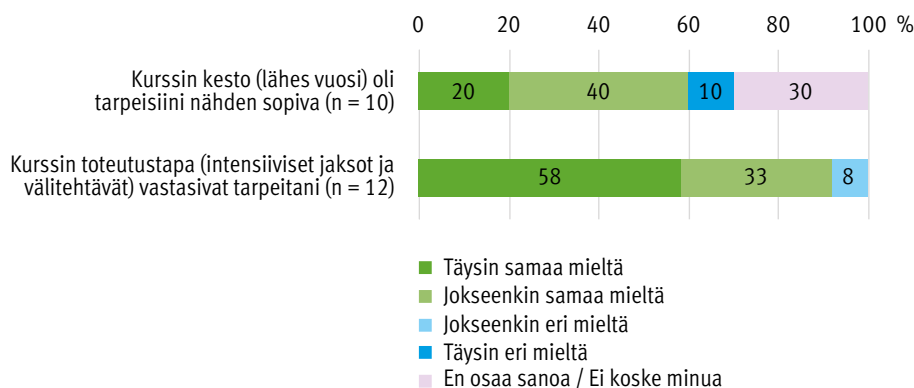
Kyselyaineiston perusteella yli puolet kuntoutujista piti intensiivisten kurssien kestoa tarpeisiinsa nähden sopivana (kuvio 8, s. 49). Enemmistö kuntoutujista oli tyytyväisiä myös kurssin toteutustapaan. Toisaalta osa (10 %) kuntoutujista oli erittäin tyytymättömän kurssin keston. Kolmasosa kyselyyn vastanneista ei osannut antaa arviotaan keston sopivuudesta.



Pieni osa (8 %) kuntoutujista oli myös jokseenkin tyytymätön kurssin toteutukseen. Avoimissa vastauksissaan kaksi kuntoutujaa kertoi kokeneensa kurssin intensiivisen päivärytmin rankaksi. Kuntoutumisen kannalta intensiivisyys nähtiin kuitenkin tarpeelliseksi. Esimerkiksi yksi kuntoutuja kuvasi kurssia rankaksi, mutta vaivan arvoiseksi ja toinen voimavarat täysin kuluttavaksi mutta tarpeelliseksi kokemukseksi.

”Kurssin intensiivisyys ja pituus veivät voimani kurssin aikana, mutta näin jälkikäteen tällainen pohjakosketus oli tarpeen. – –” (Kuntoutujien kyselyn avovastaus)

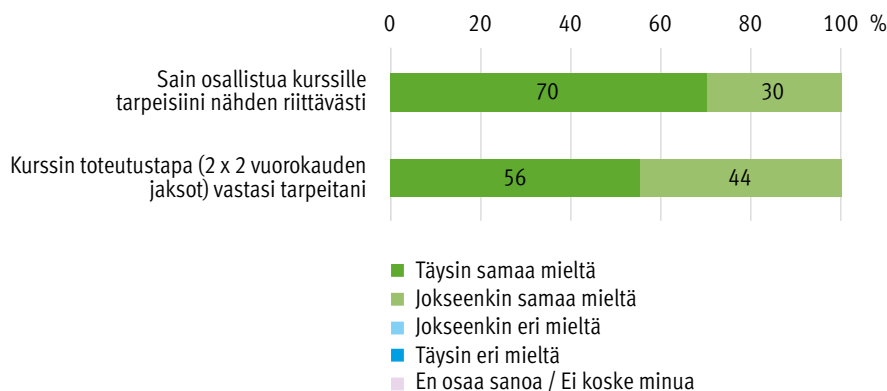
**Kuvio 8.** Kuntoutujien arvio intensiivisten kurssien toteutustavasta.



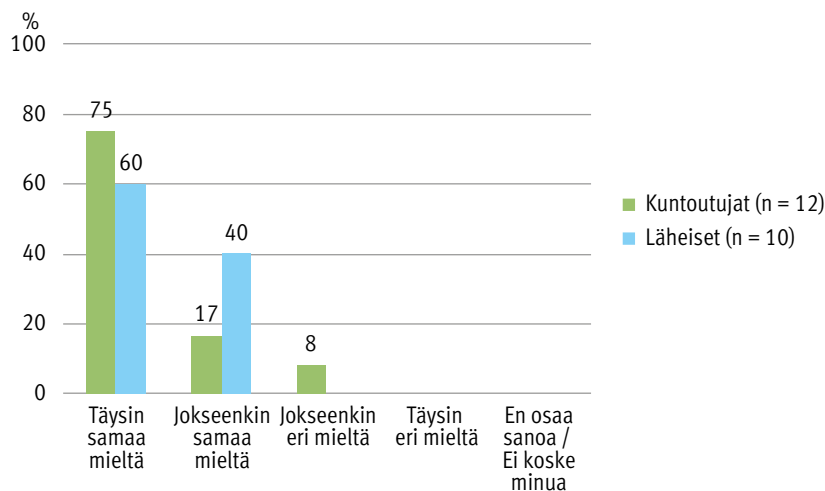
Myös kuntoutujien läheiset kokivat, että he saivat osallistua kurssille tarpeisiinsa nähden sopivasti. Kaksi kahden vuorokauden jaksoa oli läheisten kokemuksen mukaan riittävän pituinen kurssi heille. (Kuvio 9, s. 50.) Avoimien vastausten perusteella kuntoutujien läheiset olivat erityisen tyytyväisiä vertaisryhmän tapaamiseen ja sen kanssa käytyihin keskusteluihin kurssilla (ks. tarkemmin luku 5.4.5). Läheiset antoivat myönteistä palautetta myös siitä, että he saivat itse osallistua kurssille:

”– – On tärkeää, että vamman saaneen läheinen voi osallistua, koska vammansa takia hänen on vaikea itse sisäistää saati selittää asiaa läheisilleen. – –” (Kuntoutujien kyselyn avovastaus)

”On todella tarpeellista että läheiset voivat osallistua tällaiselle kurssille.” (Kuntoutujien kyselyn avovastaus)

**Kuvio 9.** Kuntoutujien läheisten arvio intensiivisten kurssien toteutustavasta (n = 10).

Enemmistö kuntoutujista ja heidän läheisistään kokivat, että intensiivisten kurssien sisällöt vastasivat heidän tarpeisiinsa (kuvio 10). Osa (8 %) kuntoutujista oli jokseenkin tyytymätön kurssien sisältöihin.

**Kuvio 10.** Kuntoutujien ja heidän läheistensä arvio intensiivisten kurssien sisältöjen sopivuudesta heidän tarpeisiinsa.

Suurin osa (33 % vastasi täysin samaa mieltä, 42 % jokseenkin samaa mieltä) kuntoutujista (n = 12) koki, että he saivat aktiivisesti vaikuttaa kurssien sisältöön ja toteutukseen. Neljäsosa (25 %) oli väitteen kanssa jokseenkin eri mieltä. Toive sisältöjen räätälöimisestä kuntoutujien tarpeisiin sopivaksi tuli esille myös yhden kuntoutujan avoimessa vastauksessa:

”Enemmän mahdollisuutta räätälöidä sisältöä ryhmän/yksittäisen kuntoutujan tarpeisiin. Nyt lyöty lukkoon jo ennalta.” (Kuntoutujien kyselyn avovastaus)

Toisaalta yksi kuntoutujan läheinen toi esille avoimessa vastauksessaan, että palveluntuottajalla *kuntoutus sovelletaan jokaiselle sopivaksi yksilöllisesti*.

Kuntoutujia ja heidän läheisiään pyydettiin arvioimaan myös palveluntuottajan henkilöstön osaamista. Enemmistö (92 % vastasi täysin samaa mieltä) kuntoutujista (n = 12) koki, että heidän kuntoutukseensa osallistui henkilöstö, jonka osaaminen vastasi heidän tarpeisiinsa. Pieni osa (8 %) vastaajista oli jokseenkin tyytymätön henkilöstön osaamiseen. Kaikki kuntoutukseen osallistuneet kuntoutujat (n = 12; 83 % vastasi täysin samaa mieltä, 17 % jokseenkin samaa mieltä) ja heidän läheisensä (n = 10; 100 % vastasi täysin samaa mieltä) myös kokivat, että palveluntuottajan henkilöstön antama tieto oli heille hyödyllistä. Kuntoutujat ja heidän läheisensä antoivat myönteistä palautetta palveluntuottajan henkilöstön osaamisesta myös avoimissa vastauksissaan. Henkilöstöä kuvattiin ammattitaitoiseksi ja työhönsä sitoutuneeksi.

Haastatellut ammattilaiset arvioivat kurssien pitkää kestoja, kurssien toteutusmuotoa eli niiden laitosmuotoisuutta, kurssilla käytettyä työotetta ja kurssien työelämäsuuntautuneisuutta.

Palveluntuottajan edustajien mukaan intensiivisten kurssien toteutustavassa erityisen hyödyllistä kohderyhmälle on kurssien pitkäkestoisuus. Heidän mukaansa pitkäkestoisien kurssien aikana kuntoutuja alkaa tiedostaa ja hyväksyä aivovamman. Lisäksi kuntoutujalla on aikaa etsiä ja kokeilla yhdessä ammattilaisten kanssa sopivia keinoja aivovamman aiheuttamien oireiden hallitsemiseksi. Kurssin aikana kuntoutujat saavat palveluntuottajan edustajien mukaan realistisen kuvan työ- ja toimintakyvystään, kun he saavat mahdollisuuden mitata toimintakykyään ja jaksamistaan useassa erillisessä kurssilla vastaan tulevassa tilanteessa.

Myös kuntoutujan monialaisten palvelutarpeiden selvittäminen vie palveluntuottajan edustajien mukaan usein paljon aikaa. Oleellista palvelutarpeiden selvittämisessä on moniammatillisen työryhmän yhteistyö, jotta pystytään hahmottamaan kuntoutujan kokonaistilanne ja sen perusteella etsimään kuntoutujalle tarvittavaa tukea. Kurssin rakenteen lisäksi kuntoutujat oppivat ymmärtämään haastavaa elämäntilannettaan palveluntuottajan edustajien mukaan myös vertaistuen avulla (ks. tarkemmin luku 5.4.5).

Kurssin jaksotus on palveluntuottajan edustajien mukaan tukenut kuntoutujia kursilla opittujen asioiden viemisessä arkeen: kuntoutujat tietävät, että kuntoutusjaksolla heidän on mahdollista käydä läpi väljaksoilla arjessa kohtaamiaan haasteita ja saada tukea selviytyäkseen niistä jatkossa. Väljaksot ovat osa pitkäkestoista kuntoutumisen prosessia. Erityisesti pitkällä väljaksoilla on palveluntuottajan edustajien mukaan

keskeinen merkitys kuntoutujan psykososiaaliselle hyvinvoinnille ja kuntoutuksella saavutettujen vaikutusten pysyvyydelle:

”– He tuovat todella hyvää palautetta asioiden käytäntöön menemiseen. – he tietävät, että on se tuki, niin me näemme yhdessä sitten vielä, ja sitten me käydään läpi. Eli se pitkäprosessisuus – – selvästi sillä [niillä kursseilla], missä on se pidempi väli, niin sen koko psykososiaalisen selviytymisen kannalta on isompi merkitys. Sen pysyvyyden kannalta – –.” (Palveluntuottajan edustajien fokusryhmähaastattelu)

Palveluntuottajan edustajien mukaan kurseille osallistuvien kuntoutujien tavoitteet ovat usein laajoja. Tavoitteet liittyvät esimerkiksi elämänhallintaan. GAS-menetelmä on heidän mukaansa ollut hyvä apuväline tavoitteiden rajaamiseen ja niiden osa-alueiden tunnistamiseen, joihin kuntoutuksella voidaan vaikuttaa.

Neurologin osuutta kurssien toteutuksessa voisi palveluntuottajan edustajien kokemuksen mukaan nykyisestäään lisätä. Palvelukuvauksessa määritellyt työtuntien määrät eivät tähän mennessä ole aina riittäneet työn tekemiseksi perusteellisesti. Toisaalta he korostivat myös moniammatillisen työryhmän merkitystä kurssien toteuttamisessa. Kuntoutuksen kannalta on merkittävää hyötyä, jos lääkäri tekee työtä vuorovaikutuksessa muun työryhmän kanssa oppien jatkuvasti uutta kuntoutujien tilanteesta. Lääkärillä tulee olla aikaa paneutua kokonaisvaltaiseen työskentelyyn.

Yksi lähettävän tahon edustaja oli sitä mieltä, että intensiivisten kurssien palvelukuvauksella eli niiden rakenne ja niille asetetut tavoitteet ovat hyviä, mutta kuntoutuksen sisältöä ja toteutustapaa tulisi kehittää. Kuntoutujia ei hänen mukaansa kannusteta kurssin aikana riittävästi ja kursseilla on korostettu tarkoituksettoman paljon kuntoutujien vammaisuutta. Haastattelun mukaan kursseilla tulisi tukea nykyistä enemmän kuntoutujien omatoimisuutta ja eteenpäin pääsemistä. Toinen lähettävän tahon edustaja arvioi, että kurssien terapeuttisessa työskentelyssä saatetaan keskittyä tarkoituksettoman paljon kuntoutujien toimintakyvyn ongelmakohtiin:

”– pitäisi enemmän katsoa niitä, ja kiinnittää huomiota niihin positiivisiin asioihin ja säilyneisiin vahvuuksiin ja minkä varassa pystytään menemään eteenpäin. Että liikaa on keskitytty niihin ongelmiin. Ongelmakeskeisestä lähestymistavasta sellaiseen ratkaisukeskeisempään lähestymistapaan, niin siinä olisi ehkä ollut parantamisen varaa.” (Lähettävän tahon edustajan haastattelu)

Asiantuntijalääkäri tiivisti, että kurssien toteuttamisessa on keskeistä se, tehdäänkö kuntoutuja kuntoutuksesta riippuvaiseksi vai haetaanko kuntoutuksella henkilön omia voimavaroja ja ohjataan häntä pärjäämään rajoituksistaan huolimatta arjessaan.

Osa haastatelluista arvioi, että kursseilla tulisi korostetummin suuntautua työelämään. Yhden lähettävän tahon edustajan mukaan ammatillisen kuntoutuksen suun-

nittelu tulisi integroida osaksi intensiivisiä kursseja. Haastattelun mukaan on oleellista, että kurssilla pohditaan kuntoutujan kokonaistilannetta, erityisesti koska useat asiantuntijat kokoontuvat kurssilla yhteen. Ammatillisen kuntoutuksen suunnittelu olisi hänen mukaansa mahdollista toteuttaa kuuden viikon aikana.

Myös yksi asiantuntijalääkäri toi esiin, että tiedon antamisen ja yksilöllisten kokemusten läpikäymisen sijaan intensiivisillä kursseilla tulisi konkreettisesti harjoitella työelämässä olemista:

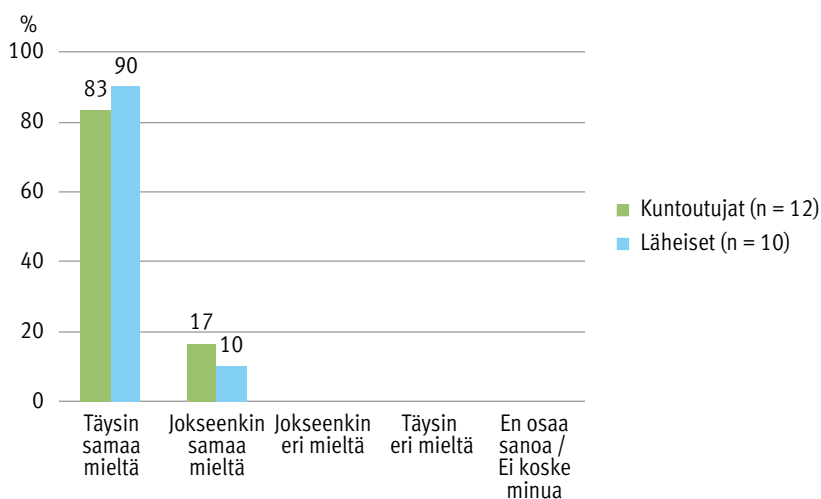
”Se kysymys on sitten, että miten se toiminta siellä kursseilla näin konkreettisesti suuntautuu, että onko siellä paljon tällaista ohjelmaa, jossa käydään läpi tätä nykytilannetta – – sellaista valistustyötä tai ohjaustyötä myös näiden omaisten kanssa, vai – – että harjoiteltaisi ihan konkreettisesti sellaista työelämässä olemista – – ”  
(Asiantuntijalääkäriin haastattelu)

Haastateltu asiantuntijalääkäri pohti, onko laitospuolisesta kuntoutuksesta hyötyä, kun otetaan huomioon työelämään palaamisen haasteet. Nykyisessä muodossaan kurssit eivät haastattelun mukaan ole saavuttaneet tavoitteitaan.

#### 5.4.5 Vertaisryhmä osana kuntoutuskursseja

Kuntoutujat ja heidän läheisensä kokivat, että intensiivinen kurssi mahdollisti kokemusten jakamisen muiden samanlaisessa tilanteessa olevien kanssa (kuvio 11). Enemmistö (67 % täysin samaa mieltä, 25 % jokseenkin samaa mieltä) kuntoutujista myös koki, että muiden kuntoutujien kokemusten kuuleminen tuki heidän omaa kuntoutumistaan. Osa kuntoutujista (8 %) oli väitteen kanssa jokseenkin eri mieltä.

**Kuvio 11.** Kuntoutujien ja heidän läheistensä arvio siitä, mahdollistiko kurssiryhmä kokemusten jakamisen muiden samanlaisessa tilanteessa olevien kanssa.



Kyselyaineiston avoimien vastausten perusteella vertaisryhmä oli erityisen merkityksellinen osa intensiivistä kurssia kuntoutujien läheisille: viisi läheistä nosti vertaistuen esiin avoimessa palautteessaan, kun taas kuntoutujien avoimissa vastauksissa ei ollut mainintoja vertaisryhmän hyödyistä eikä haitoista. Yhden kuntoutujan läheisen mukaan vain aivovamman saaneen toinen läheinen voi ymmärtää, millaisia haasteita aivovamma tuo vammasta kuntoutuvan ja hänen lähipiirinsä arkeen:

” – keskustelut vertaistuen kanssa helpottavat henkisesti, vain he ymmärtävät mitä tarkoittaa aivovamma ja sen tuomat arjen haasteet.” (Kuntoutujien läheisten kyselyn avovastaus)

Palveluntuottajan edustajien mukaan laitosten muotoinen kurssi edistää kokemusten jakamista muiden samanlaisessa elämäntilanteessa olevien kanssa. Kurssilla saattaa muodostua pitkäaikaisia ystävyys-suhteita tai muita tukea antavia suhteita. Vertaisryhmän antama tuki on heidän mukaansa myös kuntouttavaa. Palveluntuottajan edustajat toivat esiin, etteivät he ammattilaisina kykene antamaan vastaavanlaista kokemusasiantuntijan antamaa tukea aivovamman saaneen henkilön kuntoutumisen tueksi.

Kahden asiantuntijalääkärin mukaan vertaiskokemusten jakaminen voi tukea aivovamman saanutta henkilöä kuntoutumisessa. Saman toin esiin yksi lähettävän tahon edustaja: avokuntoutuksella tai yksilöjaksolla ei voida korvata intensiivisillä kursseilla saatavaa vertaistukea. Vertaistuen kannalta erityisen hyvää kurssissa on hänen mukaansa monen viikon vertaistukityöskentely, joka on integroitu kurssiohjelmaan. Kuntoutujien antamissa kurssipalautteissa vertaisryhmä on nostettu esiin kurssin parhaana antina. Vertaisen jakama kokemus saatetaan kokea uskottavampana kuin auktoriteettiasemassa olevan terapeutin antama tieto. Haastattelun mukaan aivovamman saaneen henkilön sosiaalinen toiminta on saattanut kaventua vammautumisen jälkeen merkittävästi. Kurssilla he ovat voineet muodostaa uusia merkittäviä ihmisiä suhteita.

Myös toinen lähettävän tahon edustaja otti esiin vertaistuen yhtenä kurssin merkittävimpänä hyötynä kuntoutujille. Keskustelemalla vertaisryhmän kanssa kuntoutujien on mahdollista peilata omia haasteitaan:

” – se on sellainen iso asia näille ihmisille, kun heidän on vaikea itsekään ymmärtää usein tätä oireistoa, mitä tämä vamma on aiheuttanut. Että sitten kun pystyy muiden kanssa keskustelemaan ja peilaamaan sitä kautta niitä ongelmia, niin se on yksi sellainen todella iso asia. – –” (Lähettävän tahon haastattelu)

Osa haastatelluista ammattilaisista ei arvioinut vertaistukea aivovamman saaneen henkilön kuntoutumisen kannalta yksiselitteisesti myönteiseksi asiaksi. Esimerkiksi yksi lähettävän tahon edustaja pohti, onko vertaisryhmästä lähtökohtaisesti hyötyä

kuntoutujalle ja voimistaako vai heikentääkö kokemuksen jakaminen kuntoutujien toimintakykyä. Yksilökuntoutuksen aikana kuntoutuja saattaa saada kohdennettum-paa ohjausta esimerkiksi omien oireidensa ymmärtämiseen.

Yhden asiantuntijalääkärin mukaan kuntoutujat saattavat myös oppia oireita toisil-taan. Haastattelun mukaan tällainen vertaisryhmän vaikutus on tullut usein esille:

” – kun ihmisillä on samanlaisia kokemuksia, niin voi saada tukea mutta ehkä sitten semmoista vaikutelmaa on tullut, että on vähän ehkä sellaista oireoppimista, että ikään kuin tarttuu se kaverin kokemus. Että kun hänellä oli tällaista, niin sitten ruvetaan tarkkailemaan itseään, että no eikö sitä ole minullakin.” (Asiantuntijalää-kärin haastattelu)

Kolme asiantuntijalääkärinä toi esiin, että vertaisryhmä saattaa kuntoutumista hait-taavasti korostaa kuntoutujien vammaan ja vammautumiseen liittyvää identiteettiä. Kuntoutuja saattaa alkaa kokea itsensä etujen ja tuen tarvitsijaksi sen sijaan, että hän-elle rakentuisi sellainen identiteetti, joka tukisi kuntoutumista:

” – Usein kuitenkin tuntuu että, tämä vertaiskokemuskin näillä kursseilla, niin ei se ole ehkä hirveän palkitsevaa, että se aivovammaidentiteetti voi jopa vahvistua – – kuntoutuja alkaa ajatella itseään enemmän tällaisena henkilönä, jonka pitäisi saada etuja, tukea ja lisää lääkinnällistä kuntoutusta – – että siellä tulee sellainen identiteetti korostua väärään suuntaan. – –” (Asiantuntijalääkärin haastattelu)

## 5.5 Kuntoutuskurssien hyödyt

Kuntoutujilta ja heidän läheisiltään kysyttiin, kuinka hyödylliseksi he yleisesti ottaen kokivat intensiivisen kurssin. Lähes kaikki (92 %) kyselyyn vastanneet kuntoutujat (n = 12) ja kaikki heidän läheisensä (n = 9) kokivat intensiiviset kuntoutuskurssit erittäin hyödyllisiksi. Pieni osa (8 %) kuntoutujista koki kurssin jokseenkin hyödylliseksi.

Hyötyjä tarkastellaan seuraavaksi kolmen alateeman avulla: aivovamman ja sen oirei-den ymmärtäminen, arjessa selviytyminen sekä työkyvyn tukeminen. Alateemoiksi luokiteltiin ne aiheet, joita kuntoutujat ja heidän läheisensä arvioivat postikyselyssä ja jotka enemmistö ammattilaisista nosti haastatteluissa esiin. Myös palvelukuvauk-sessa (Kela 2015) määritellyt kurssien tavoitteet ja teemat ohjasivat alateemojen muo-dostamista.

### 5.5.1 Aivovamman ja sen oireiden ymmärtäminen

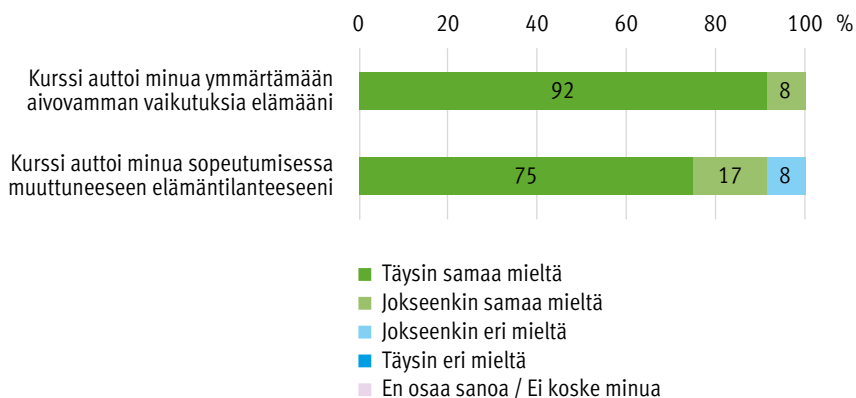
Kuntoutusasiakirjojen perusteella palveluntuottajan moniammatillinen työryhmä kartoitti ja mittasi kurssin aikana moniammatillisesti kuntoutujien oireita ja niiden vaikutuksia heidän arkeensa (ks. tarkemmin luku 5.2). Yksittäisillä terapiakäynneillä

kartoitettiin kuntoutujien toimintakykyä ja oirekuva. Fysioterapeutin tapaamisilla arvioitiin kuntoutujien liikunnallista toimintakykyä. Yhtä kuntoutujaa lukuun ottamatta kaikkien kuntoutujien kipuoireisiin pyrittiin vaikuttamaan. Toimintaterapiassa yhden kuntoutujan tavoitteena oli aivovamman parempi ymmärtäminen. Puheterapiassa kuntoutujien kanssa käytiin läpi ja useimmilla myös havaittiin aivovamman jälkitilalle tyypillisiä kielellisten toimintojen ja kommunikoinnin muutoksia osana laajempaa neuropsykologista oireistoa. Kaikkien kuntoutujien neuropsykologista oirekuva kartoitettiin kliinisen seurannan ja psykometristen tutkimusten avulla. Lisäksi kuntoutujille tehtiin neuropsykologinen kontrollitutkimus.

Kahden kuntoutujan GAS-menetelmällä asetettu kurssitavoite oli aivovamman ja sen oirekuvan hyväksyminen (ICF-luokka: b114 *Orientoitumistoiminnot*). Tavoitteet saavutettiin kurssilla odotettua paremmin (T-lukujen ka: 55; vaihteluväli: 50–60).

Kyselyaineiston perusteella kuntoutujat kokivat, että intensiivinen kuntoutuskurssi auttoi heitä ymmärtämään aivovamman vaikutuksia elämäänsä. Lähes kaikki kuntoutujat olivat sitä mieltä, että kurssi auttoi heitä sopeutumisessa muuttuneeseen elämäntilanteeseen. (Kuvio 12.)

**Kuvio 12.** Kuntoutujien arvio intensiivisten kurssien hyödyistä aivovamman ja sen oireiden ymmärtämiseen (n = 12).



Kuntoutujat kertoivat avoimissa vastauksissaan oppineensa kurssilla, mitä aivojen vammautuminen tarkoittaa ja miten aivovamma vaikuttaa heidän arkeensa:

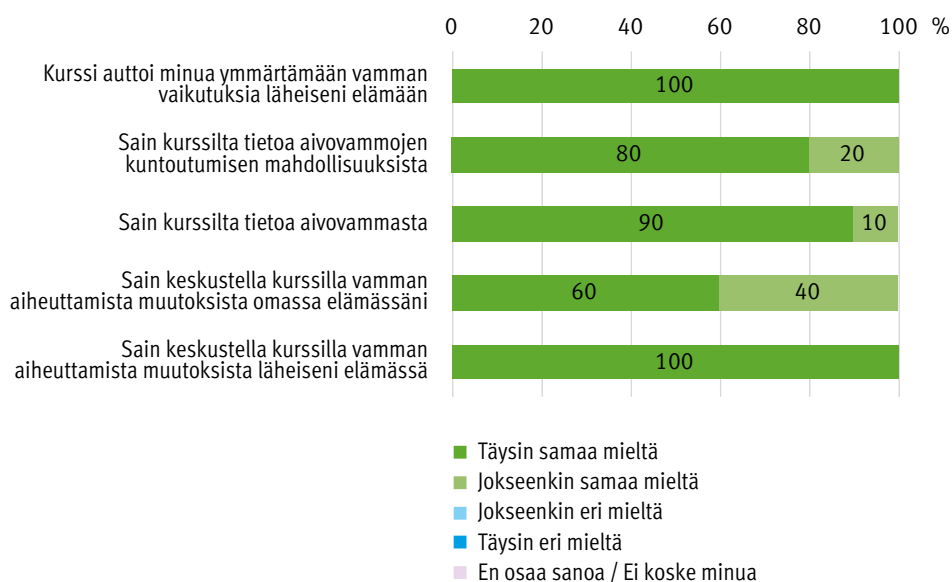
”– – En tiennyt vammastani ja kunnostani/oireistani juuri mitään. – – Tietoni on nyt ihan toista – – Sain vastaukset kaikkiin elämäni epämääräisyyksiin kun vamma alkoi avautua minulle käytännössä, että mitä se tarkoittaa. – –” (Kuntoutujien kyselyn avovastaus)



Kyselyaineiston perusteella myös kuntoutujien läheiset kokivat, että kurssi auttoi heitä ymmärtämään, miten aivovamma vaikuttaa heidän läheisensä elämään. He saivat kurssilla tietoa aivovammasta ja siitä kuntoutumisen mahdollisuuksista. Lisäksi he saivat keskustella aivovamman aiheuttamista muutoksista omassa ja läheisensä elämässä. (Kuvio 13.) Avoimissa vastauksissaan kuntoutujien läheiset kuvasivat, että kurssi auttoi heitä aivovamman saaneen läheisensä arjen haasteiden ymmärtämisessä. Aivovamman saaneen henkilön saattaa itse olla vaikea selittää, millaisia muutoksia aivojen vammautuminen on aiheuttanut:

”– – On tärkeää, että vamman saaneen läheinen voi osallistua, koska vammansa takia hänen on vaikea itse sisäistää saati selittää asiaa läheisilleen. – –” (Kuntoutujien läheisten kyselyn avovastaus)

**Kuvio 13.** Kuntoutujien läheisten arvio intensiivisten kurssien hyödyistä aivovamman ja sen oireiden ymmärtämiseen (n = 10).



Myös palveluntuottajan edustajat kuvasivat, että yksi intensiivisten kurssien keskeisistä hyödyistä on se, että kuntoutujat oppivat ymmärtämään aivovamman aiheuttamia oireita ja he saavat ymmärryksen siitä, miten aivojen vammautuminen vaikuttaa heidän elämäänsä. Kuntoutujat ovat usein eläneet pitkään vamman aiheuttamien oireiden kanssa ilman asianmukaista tietoa vammastaan tai ilman tietoa oireidensa syistä:

”– – se on yksi keskeinen asia, että ihmiset oppivat itse ymmärtämään sitä omaa tilaansa – – ne on aika vähän selityksiä saanut siinä vaiheessa, kun ne tänne tulee.

”Että niillä olisi oikeasti joku ymmärrys siitä, missä mennään.” (Palveluntuottajan edustajien fokusryhmähaastattelu)

Kuntoutujien tavallisimpia oireita intensiivisille kursseille tullessaan ovat palveluntuottajan edustajien mukaan olleet väsyvyys, kivut ja uniongelmat. Kurssin aikana kuntoutujien oireille pystytään antamaan selityksiä usean ammattialan näkökulmasta. Esimerkiksi lääkärin antama selitys oireille on palveluntuottajan edustajien mukaan ollut aina kuntoutujille hyödyllinen. Lisäksi kuntoutujat ehdivät kurssin aikana kokea, miten esimerkiksi väsyvyys vaikuttaa heidän toimintakykyynsä. Kuntoutujat voivat mitata omaa jaksamistaan ja kykyjään useissa tilanteissa, joita he kohtaavat kurssilla. Epäonnistumisten kautta he oppivat esimerkiksi ymmärtämään voimavarojensa rajat. Oppimisprosessi on usein hidas:

” – ihmiset on hitaita omaksumaan, oppimaan, muistamaan. Täytyy mennä välillä kantapään kautta ja kokea taas, kuinka minä väsyin ja sitten palata taas, että ’ainiin, tähän oli se juttu’ – – ” (Palveluntuottajan edustajien fokusryhmähaastattelu)

Yhden lähettävän tahon edustajan mukaan yksi kurssien keskeisimmistä hyödyistä on se, että kuntoutujan oirekuva kartoitetaan perusteellisesti eri ammattialojen näkökulmasta. Kuntoutujan todellisen toimintakyvyn arviointi on avoimuuden palveluissa usein hyvin haastavaa:

” – kun nämä ihmiset ja heidän perheetkin usein vähän sumussa kulkevat, että eivät oikein ymmärrä, että mitä tässä on nyt tapahtunut, ja mistä tässä on kysymys ja miten tästä mennään eteenpäin, niin kyllä se semmoinen tilanteen selkiytyminen – – sellainen tilanteen päivitys on kyllä sellainen, mistä nämä ihmiset ja perheet kyllä on hyötäneet.” (Lähettävän tahon edustajan haastattelu)

Toinen lähettäviä tahoja edustanut haastateltu kuvasi intensiivisten kurssien tärkeänä tavoitteena sen, että kuntoutuja oppii ymmärtämään muuttunutta itseään. Tämän ymmärryksen kautta kuntoutuja voi saavuttaa muita hyötyjä, jos niitä on kuntoutuksella mahdollista saavuttaa. Myös hänen mukaansa kuntoutujat ja heidän läheisensä ovat usein ennen kurssia eksyksissä aivovamman aiheuttamien oireiden kanssa. Oman oireiston ymmärtäminen ja hallinta on usein kuntoutujien ensisijainen tavoite kurssille. Hänen mukaansa kuntoutujat ovat usein ennen kurssia olleet turhautuneita siitä, etteivät he ole oppineet elämään oireidensa kanssa ja että he tekevät arjessaan asioita jatkuvasti väärin. Kurssilla kuntoutujat oppivat muuttamaan omaa käyttäytymistään oppimalla lukemaan itseään ja havainnoimalla muiden kuntoutujien käyttäytymistä. Intensiivisen kurssin avulla kuntoutujat pääsevät lähemmäksi tarkoituksemukaista toimintamallia erityisesti väsyvyyden kanssa elämään:

” – he ovat useimmiten ennen tätä tieto-taitoymmärrystä sellaisessa kaaottisessa tilanteessa – – He käytännössä aina lyö päätä seinään, koska he tekee aina väärin. Eli se on se tieto, että he tietää ja oppivat niin kun lukemaan itseään. Sekä muiden

kautta että ihan omasta käytöksestään, että nyt täytyy tehdä tämä asia eri tavalla.  
– –” (Lähtävän tahon edustajan haastattelu)

Myös yhden asiantuntijalääkärin mukaan suurin osa kuntoutujista kokee laitosmuotoiset kuntoutusjaksot hyödyllisiksi, koska heitä ymmärretään siellä ja heidän oireensa otetaan vakavasti. Hänen mukaansa potilaille on tärkeää, että he saavat vahvistuksen oireilleen ja että heitä autetaan ymmärtämään omia oireitaan eli sitä, mistä esimerkiksi ärtymys tai väsymys johtuu. Terveystieteiden ammattilaiset ja aivovamman saaneen henkilön läheiset eivät usein huomaa vamma aiheuttamia oireita.

Toisaalta kuntoutujat ja haastatellut ammattilaiset toivat esille, että aivovammaan ja sen oireisiin keskittymisellä saattaa olla myös kielteisiä vaikutuksia. Yksi kuntoutuja toi avoimessa vastauksessaan esille, että kurssilla keskityttiin liiaksi kuntoutujien rajoitteisiin tulevaisuuteen suuntautumisen sijaan. Kuntoutuja kuvasi, että toimintakyvyn haasteet ylitulkittiin kurssilla aivovammasta johtuviksi:

”– – Kaikki negatiiviset asiat laitettiin aivovamman piikkiin vaikka olisivat olleet vain ”luonteenpiirteitä”.” (Kuntoutujien kyselyn avovastaus)

Myös yhden lähettäviä tahoja edustaneen haastatellun mukaan intensiivisillä kuntoutuskursseilla korostetaan tarkoituksettoman paljon kuntoutujan oiretiedostusta. Kuntoutujan kokema pieni vaiva saa suuremmat mittasuhteet oiretiedostusta lisäämällä. Kurssilla korostetaan hänen mukaansa kuntoutujan vammaisuutta voimavarojen sijaan.

Asiantuntijalääkärit toivat esille vastaavia näkemyksiä. Yhden lääkärin mukaan kuntoutujat saattavat esimerkiksi ”oppia oireita” muilta kuntoutujilta (ks. tarkemmin luku 5.4.5). Toisen asiantuntijalääkärin mukaan kuntoutujat ovat kurssin jälkeen erittäin tietoisia oireistaan ja heidän toimintakykynsä on voimakkaasti heikentynyt. Hänen mukaansa kuntoutusmalli tukee kuntoutujien vammaisuutta ja kuntoutujat omaksuvat kurssilla ”aivovammaisen identiteetin”.

### 5.5.2 Arjessa selviytyminen

Kuntoutusasiakirjojen mukaan kolmella kuntoutujalla oli intensiivisellä kurssilla jonkin aivovamman aiheuttaman oireen hallintaan liittyvä tavoite. Tavoitteina oli impulsiivisuuden (ICF-luokka: b152 *Tunne-elämän toiminnot*) ja unettomuuden (ICF-luokka: b134 *Unitoiminnot*) hallinta, niskakipujen lievittäminen (ICF-luokka: b280 *Kipuaistimus*) ja tukikaulurin käyttäminen (ICF-luokka: e115 *Päivittäisen elämän tuotteet ja teknologiat henkilökohtaiseen käyttöön*). Nämä tavoitteet saavutettiin kurssilla odotettua heikommin (T-lukuarvojen ka: 42,5; vaihteluväli: 30–50; Md: 45).

Kaikille kuntoutujille oli GAS-menetelmällä asetettu myös jokin päivärutiinien luomiseen ja hallintaan (ICF-luokka: d230 *Päivittäin toistuvien tehtävien ja toimien suo-*

*rittaminen*) liittyvä tavoite. Tavoitteet liittyivät kaikilla tasapainon löytämiseen aktiivisen toiminnan ja levon välillä. Konkreettiseksi tavoitteeksi oli kirjattu muun muassa tekemisen ja levon tasapainon oppiminen, päivärytmin oppiminen sekä omien voimavarojen parempi arviointi. Nämä tavoitteet saavutettiin kurssilla odotettua paremmin (T-lukuarvojen ka: 53,3; vaihteluväli: 40–60; Md: 50). Yksi kuntoutuja jäi jonkin verran alle tavoitellun tason.

Suurimmalle osalle (n = 8) kuntoutujista toteutettiin toimintaterapiaan liittyvien arviointien yhteydessä arviointi COPM-menetelmällä (Law ym. 2005; Law ym. 2011). Menetelmän avulla arvioidaan kuntoutujan omaa käsitystä toiminnallisuudestaan itsestä huolehtimisen, tuottavuuden ja vapaa-ajan toiminnoissa. COPM-menetelmää käytetään nimeämään niitä toimintoja, joiden suorittamisessa kuntoutujalla on ongelmia, määrittämään kuntoutujan asettama tärkeysjärjestys toiminnoille, arvioimaan määriteltyjen toimintojen suorittamista ja tyytyväisyyttä suoriutumiseen sekä mittamaan kuntoutujan havaitsemaa muutosta toiminnoissa kuntoutusintervention jälkeen. Alkuarviointi oli toteutettu kuntoutuskurssin aloitusjaksolla ja loppuarviointi päätösjaksolla. Yhden kuntoutujan keskeytettyä aineistona oli seitsemän kuntoutujan loppuarviointia koskevat tiedot.

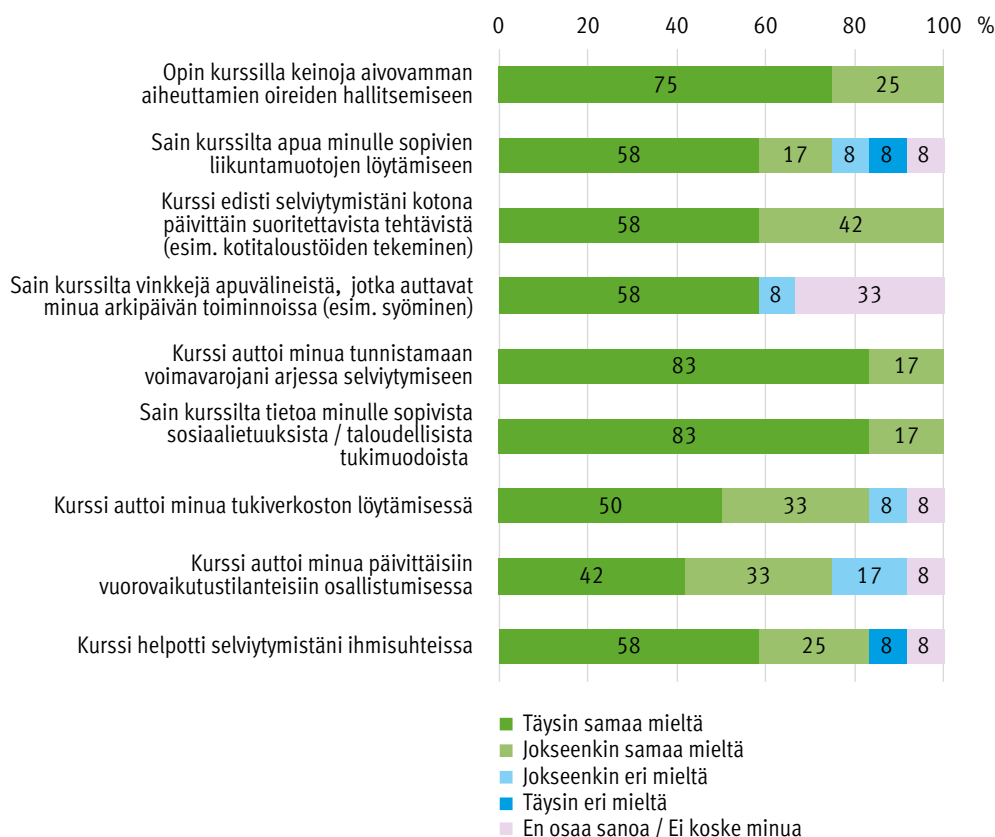
Kuntoutujat olivat tunnistanee COPM-menetelmällä itselleen 4–5 merkityksellistä toiminnan ongelmaa. GAS-menetelmällä asetettujen tavoitteiden tapaan suuri osa (n = 5) kuntoutujista oli tunnistanut myös COPM-menetelmällä päivärutiininen luomiseen ja hallintaan (ICF-luokka: d230 *Päivittäin toistuvien tehtävien ja toimien suorittaminen*) liittyviä toiminnan ongelmia. Viidellä kuntoutujalla oli kotielämään liittyviä ongelmia. Ongelmat liittyivät kaupassa käyntiin (ICF-luokka: d620 *Tavaroiden ja palveluiden hankkiminen*), ruuanlaittoon (ICF-luokka: d630 *Aterioiden valmistaminen*) ja siivoamiseen (ICF-luokka: d640 *Kotitaloustöiden tekeminen*). Kolmella kuntoutujalla oli perhesuhteiden ja muiden ihmissuhteiden hoitamiseen liittyviä ongelmia (ICF-luokat: d750 *Vapaamuotoiset sosiaaliset ihmissuhteet* ja d760 *Perhesuhteet*).

Arviointitulosten mukaan kuntoutujien (n = 7) arjen toiminnoista suoriutumisen keskiarvo oli alkumittauksessa 3,7 ja mediaani 3,5 (vaihteluväli: 2,6–5,2). Loppumittauksessa keskiarvo oli 6,7 ja mediaani 7,4 (vaihteluväli: 5,5–8,6). Tyytyväisyys arjen toimintoihin oli keskiarvoltaan alkumittauksessa 3,8 ja mediaani 3,4 (vaihteluväli: 1,4–8). Loppumittauksessa keskiarvo oli 7,2 ja mediaani 6,8 (vaihteluväli: 5,8–9,2). Kaikilla kuntoutujilla pisteiden muutos suoriutumisessa oli kaksi pistettä tai suurempi, mikä katsotaan kliinisesti merkitseväksi tulokseksi (Law ym. 2005). Tyytyväisyydessä muutos oli kaksi pistettä suurempi neljällä kuntoutujalla.

Kyselyaineistojen perusteella intensiivinen kuntoutuskurssi tuki kuntoutujia ja heidän läheisiään arjessa selviytymisessä monella tapaa (kuvio 14, s. 61). Kuntoutujat kokivat, että he oppivat kurssilla keinoja aivovamman aiheuttamien oireiden hallit-

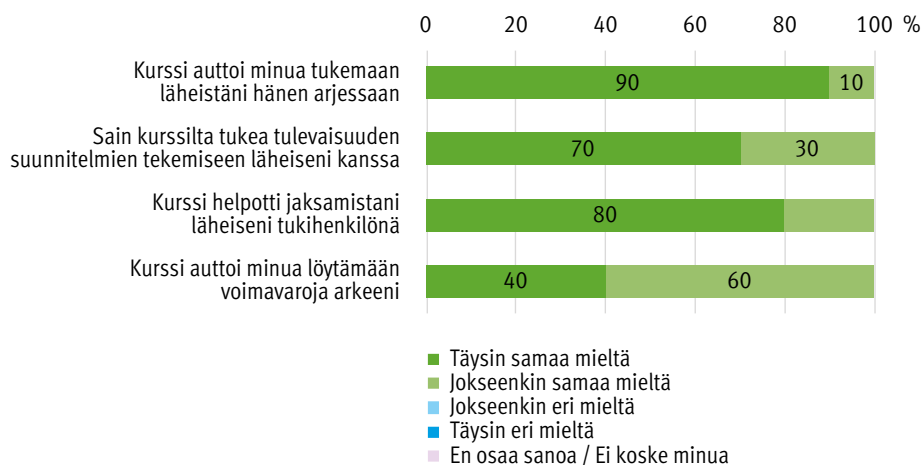
semiseen. Lisäksi he kokivat, että intensiivinen kuntoutuskurssi auttoi heitä päivittäisistä toiminnoista suoriutumisessa, kuten kotitaloustöiden tekemisessä. Kuntoutujat myös arvioivat, että kurssi tuki heitä voimavarojen tunnistamisessa, jotta he selviytyisivät paremmin arjessaan. Lisäksi kuntoutujat saivat tietoa heille soveltuvista taloudellisista tukimuodoista. Osa kuntoutujista oli sitä mieltä, ettei kurssi tukenut heitä heille soveltuvien liikuntamuotojen löytämisessä, ihmissuhteissa selviytymisessä, päivittäisiin vuorovaikutustilanteisiin osallistumisessa eikä apuvälineiden tai tukiverkoston löytämisessä. Toisaalta kaikki kuntoutujat eivät osanneet antaa arviotaan kurssien hyödyistä näiden teemojen suhteen tai osa arvioi, ettei näihin teemoihin tuen saaminen ollut heille ajankohtaista.

**Kuvio 14.** Kuntoutujien arvio intensiivisten kurssien hyödyistä arkipäiväisistä toiminnoista selviytymiseen (n = 12).



Kuntoutujien läheiset arvioivat, että intensiivinen kuntoutuskurssi auttoi heitä tukemaan vamman saanutta läheistään hänen arjessaan ja että he saivat kurssilla tukea tulevaisuuden suunnitelmien tekemiseen läheisensä kanssa (kuvio 15, s. 62). He myös kokivat, että kurssi tuki heidän jaksamistaan vamman saaneen läheisensä tukihenkilönä ja he olivat löytäneet voimavaroja arkeensa kurssin avulla.

**Kuvio 15.** Kuntoutujien läheisten arvio intensiivisen kurssin hyödyistä arkipäiväisistä toiminnoista selviytymiseen (n = 10).



Yksi kuntoutuja kirjoitti, että hän oppi intensiivisen kurssin avulla tuntemaan paremmin omat voimavaransa ja tämän myötä valmistautumaan arjessa kohtaamiinsa tilanteisiin voimavaransa huomioiden. Voimavarojen tunnistaminen perustui kuntoutujan mukaan kurssin intensiiviseen päivärytmiin ja keston.

” – – Nykyään osaa rajata voimavaransa paremmin ja osallistua tekemiseen levänneenä, tuntee omat voimavaransa, ennakoida tilanteet ja tuntemukset” (Kuntoutujien kyselyn avovastaus)

Palveluntuottajan edustajat kuvasivat, että kurssille tullessaan kuntoutujilla saattaa olla useat asiat ja paperit sekaisin eivätkä he selviä itsenäisesti arkielämästään:

” – – aika monien kohdalla vaan käy ilmi, että kun ei ne saa sitä arkielämänsäkään itsenäisesti yhtään mihinkään mallille ilman että [on] hirvittävät apustruktuurit – –” (Palveluntuottajan edustajien fokusryhmähaastattelu)

Kuntoutujien tavoitteet intensiiviselle kuntoutuskurssille ovat palveluntuottajan edustajien mukaan liittyneet heidän elämänhallintaansa. Vamma on aiheuttanut ongelmia esimerkiksi heidän parisuhteessaan ja työpaikalla. Samalla muisti saattaa olla heikentynyt ja jaksamisen kanssa on vaikeuksia. Lisäksi kuntoutujilla on usein esimerkiksi uni- ja kipuongelmia. Kurssille tullessaan kuntoutujat toivovat usein jaksavansa elää aivovammasta johtuneiden kasautuneiden ongelmiansa kanssa:

”Ne tavoitteet voi olla jopa sellaisia, että minä jaksan elää tämän asian kanssa, kun minä en enää muista, minä en jaksan, minä en saa aikaiseksi, minä suutun

työpaikalla, vaimo on lähtenyt, minä huudan lapsille. – – Se on usein – – elämän hallintaa.” (Palveluntuottajan edustajien fokusryhmähaastattelu)

GAS-menetelmää käyttäen kurssilla pyritään palveluntuottajan edustajan mukaan rajaamaan ne konkreettiset arjen haasteet, joihin kurssilla pyritään saamaan helpotusta. Kurssin aikana ammattilaisen avustuksella etsitään haasteiden taustalla olevia tekijöitä ja kokeillaan keinoja, joilla näitä tekijöitä voitaisiin hallita:

”– – ne on niin valtavia nämä asiat, mitä tavoitellaan. Että kun me käytetään GAS:ia – – että kun lähtee sitten pilkkomaan tätä, että onko ensin se päänsärky että kokeillaan katsoa että onko se lepo, joka siihen vaikuttaa – –” (Palveluntuottajan edustajien fokusryhmähaastattelu)

Esimerkiksi sosiaalityön osalta kuntoutujien tavoitteena on ollut, että kurssilla selvitetään realistisia ratkaisuja kuntoutujan ajankohtaisiin ongelmiin. Ajankohtaiset ongelmat voivat liittyä esimerkiksi taloudellisiin asioihin, ammatilliseen kuntoutukseen tai vakuutuskorvauksiin. Asetetut tavoitteet ovat usein laajoja ja selvittämisessä on usein apuna palveluntuottajan moniammatillinen työryhmä. Toimeentuloon liittyvät kysymykset ovat kuntoutujille olleet tavallisesti kaikkein keskeisimpiä. Kaikkiin sosiaalityön piiriin liittyviin ongelmiin ei kurssilla usein löydetä ratkaisua. Tällöin kurssilla rakennettu tukiverkosto on tukenut kuntoutujaa kurssin jälkeen asioiden hoitamisessa loppuun. Palveluntuottajan edustajat kuvasivat, että kurssin jälkeen kuntoutujan kaikki asiat eivät ole yhtä sekaisin kuin kurssille tullessa.

Fysioterapian tavoitteena on usein ollut, että kuntoutuja harrastaisi liikuntaa säännöllisesti. Kuntoutujan harrastukset ja liikunta jäävät helposti vammautumisen jälkeen esimerkiksi kipujen tai väsyvyyden vuoksi. Kurssilla on saatettu aloittaa jokin liikuntaharrastus ja etsiä keinoja, miten kuntoutuja voisi alkaa toteuttaa harrastusta arjessaan. Kurssilla on pyritty kokeilemaan uusia liikuntalajeja ja testaamaan, miten vanhoja harrastuksia voisi toteuttaa uusin tavoin ja niin, että ne tuottaisivat iloa. Fysioterapian avulla etsitään myös keinoja, joiden avulla kuntoutuja voisi itse hallita kipujaan. Esimerkiksi seuraamalla kuntoutujan uintiharjoittelua voidaan tunnistaa sellaisia harjoittelutapoja, jotka eivät aiheuta kipuja. Kipujen hallinta on kurssilla usein moniammatillinen tavoite.

Palveluntuottajan edustajien mukaan intensiivisellä kurssilla vältetään myös usein vammautumisesta seuraavat ongelmat ja ongelmien kasautuminen, kuten vamman saaneen henkilön yksinäisyys sekä yhteiskunnasta syrjäytyminen ja vetäytyminen:

”– – se ehkäisee niitä sekundaarisia ongelmia kehittymästä, mitä me tyypillisesti nähdään niillä potilailla, jotka hakevat meille melko pitkän ajan jälkeen siitä aivovammasta että siellä on usein on hyvin paljon näitä psykososiaalisia ongelmia, syrjäytymistä, vetäytymistä, tällaista monien ongelmien kasautumista.” (Palveluntuottajan edustajien fokusryhmähaastattelu)

Intensiivisten kurssien hyötynä onkin palveluntuottajan edustajien mukaan myös se, millaista palveluiden käyttöä kurssin avulla voidaan ehkäistä. Esimerkiksi vamman saaneen ja hänen perheensä psykiatristen palveluiden käyttöä voidaan ehkäistä.

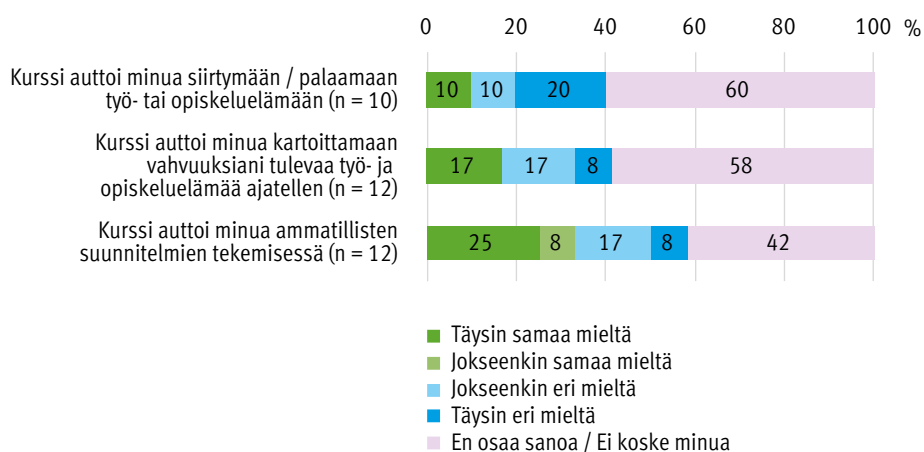
Myös yksi lähettävän tahon edustaja kuvasi, että kuntoutujien elämäntilanne on usein heidän kurssille tullessaan sekava tai kaoottinen. Heillä on esimerkiksi vaikeuksia ihmissuhteissaan. Kurssilla he oppivat esimerkiksi hallitsemaan väsymystään ja elämään sen kanssa. Parhaimmillaan kuntoutujat pystyvät kurssin jälkeen toimimaan aktiivijajan vuorokaudesta vammautumista edeltävällä vireystasollaan. Kuntoutujat saavat kurssilla myös tukea siihen, että he alkavat itse miettiä, mitä he pystyvät tekemään vammautumisensa jälkeen.

### 5.5.3 Työkyvyn tukeminen

Kuntoutusasiakirjojen perusteella kaksi kuntoutujista oli kuntoutuskurssille tullessaan työssä (osakuntoutustuella ja karsitulla toimenkuvalla puolipäivätyössä). Heidän lisäksi kaksi kuntoutujaa oli vammautumisensa jälkeen yrittänyt työmarkkinoilla kuitenkin heikoin tuloksin. Kuntoutuspalautteiden (n = 10) perusteella kaikki kuntoutujat todettiin kurssilla aivovamman ja oirekuvansa perusteella työkyvyttö-miksi kaikkeen ansiotyöhön. Yhdelle oli tehty määräaikainen B-lausunto työkyvyttömyydestä.

Kyselyaineiston perusteella kuntoutujat kokivat vaikeaksi arvioida kurssien hyötyjä työkyvyn tukemisen ja ammatillisten suunnitelmien tekemiseen liittyvien tavoitteiden suhteen (kuvio 16, s. 65). Vastausten perusteella suurin osa (42–60 %) kyselyyn vastanneista kuntoutujista koki, ettei työ- tai opiskeluelämään paluu tai sinne siirtyminen koske heitä tai he eivät muutoin osanneet arvioida tämän tavoitteen toteutumista. Kolmannes (30 %) vastaajista koki, ettei kurssi auttanut heitä työ- tai opiskeluelämään siirtymisessä tai sinne palaamisessa. Neljännes (25 %) koki, ettei kurssi auttanut heitä kartoittamaan vahvuuksiaan tulevaa työ- tai opiskeluelämää varten eikä tekemään ammatillisia suunnitelmia.



**Kuvio 16.** Kuntoutujien arvio intensiivisten kurssien työelämäsuuntautuneisuudesta.

Palveluntuottajan edustajien mukaan intensiivisillä kursseilla kaikkien kuntoutujien tavoitteena on sellainen mielekäs ja tuottava toiminta, joka on suhteutettu aivovamman aiheuttamiin rajoitteisiin. Kurssin aikana kuntoutujat saavat realistisen kuvan työkyvystään, mikä on kuntoutujille usein hyvin tärkeää. Intensiivisten kurssien painopiste on palveluntuottajan edustajien mukaan kuitenkin arkielämässä selviytymisessä. Ennen kuin aivovamman saanut henkilö kykenee palaamaan tuottavaan toimintaan, hänen arjen hallintansa ja perhesuhteensa tulee saada kuntoon. Vasta kun kuntoutuja selviytyy arkipäiväisistä toiminnoistaan, voidaan palveluntuottajan edustajien mukaan alkaa miettiä työhön palaamista:

”– me korostetaan sitä arkielämästä selviämistä, kun se otetaan helposti itseltään selvänä – me ilman muuta tuetaan tätä [työelämäsuuntautuneisuutta], aika monien kohdalla vaan käy ilmi, että ne ei saa sitä arkielämänsäkään itsenäisesti mallille ilman että [on] hirvittävät apustrukturit –. Niin eihän voida ajatella kun työelämää, kun he eivät selviä siitä arkielämästä. – –” (Palveluntuottajan edustajien fokusryhmähaastattelu)

Palveluntuottajan edustajien mukaan kuntoutujat ovat kurssille tullessaan usein sairauslomalla, määräaikaisella työkyvyttömyyseläkkeellä tai saavat kuntoutustukea, koska ennen kurssia on usein jo todettu, etteivät he pärjää työelämässä. Intensiivisen kurssin ja sen jälkeisen seurannan ja avokuntoutuksen palveluiden avulla kuntoutujan työhön paluu saattaa olla mahdollista noin kaksi vuotta kurssin päättymisen jälkeen. Joissakin tapauksissa kurssin välijaksoilla on voitu kokeilla työkokeilua kuntoutujalle:

”– he ovat usein ensimmäisessä kuntoutuksessa, niin siitähän lähdetään rakentamaan kohti sitä tuottavaa. – avopuolen kuntoutuksia järjestetään, haetaan

esimerkiksi se vuoden kuntoutus – – noin kaksi vuotta tällaisen intensiivisen jälkeen, kun käynnistetään seuranta ja avokuntoutukset, niin silloin yleensä he pystyvät lähtemään sitten rakentamaan sitä työasiaa.” (Palveluntuottajan edustajien fokusryhmähaastattelu)

Kahden lähettävän tahon edustajan mukaan intensiivisillä kursseilla voidaan kartoittaa kuntoutujan todellista työkykyä. Kurssilla voidaan tehdä havaintoja kuntoutujan todellisesta toimintakyvystä sellaisessa kodin ulkopuolisessa ympäristössä, jossa hän joutuu kuormittamaan itseään. Intensiivisillä kursseilla kuntoutuspäivän kuormittavuus vastaa työelämän kuormittavuutta. Kurssilla tulee näkyviin sellaisia asioita, joita ei ole aiemmin esimerkiksi terveydenhuollon palveluissa havaittu ja kirjattu. Näitä voivat olla esimerkiksi kuntoutujan kuormittuneisuus- ja väsyvyytaipumus. Toinen haastatelluista toi esiin, että intensiivinen kuntoutuskurssi on jo itsessään työkokeilu.

Toisaalta toinen haastatelluista arvioi, että joissakin tapauksissa työkyvyn arviointi on saattanut jäädä toissijaiseen asemaan kurssikokonaisuudessa. Lisäksi arvio kuntoutujan toimintakyvystä kurssiolosuhteissa ei välttämättä vastaa henkilön työkykyä todellisessa työelämässä tai sitä, kykeneekö henkilö palamaan työelämään. Kuntoutujan toimintakyky saattaa näyttää kurssilla huonommalta kuin kuntoutujalle entuudestaan tutussa työympäristössä. Kurssiolosuhteet ovat kuntoutujalle uusi ympäristö ja kuntoutuja kohtaa kurssilla useita sellaisia kuormittavia tekijöitä, joihin hän ei ole tottunut. Toisaalta aivovamman saaneen henkilön työelämässä selviytymiseen vaikuttaa terveydenhuollon ja kuntoutustoimenpiteiden lisäksi myös esimerkiksi työelämän ja perheen joustavuus, jotka nekin pitäisi huomioida kursseilla paremmin. Se, miten kurssilla tehty arvio vastaa henkilön todellista selviytymistä työtehtävistään, riippuu esimerkiksi työpaikalla käytettävissä olevista työajan joustoista, työyhteisöstä ja hänen työtehtävistään. Kurssiolosuhteissa ei siis aina voida tehdä aitoa arviota siitä, onko kuntoutujan mahdollista palata työelämään.

Kuntoutujan työ- tai toimintakyvyn paranemisen lisäksi intensiivisten kurssien tavoitteena on ollut ammatillisen kuntoutuksen aktiivinen käynnistäminen, jos näitä toimenpiteitä ei ole vielä käynnistetty ja jos kuntoutujan ei ole mahdollista palata aikaisempaan työhönsä tai opintoihinsa. Tämän toi esiin toinen haastatelluista lähettävien tahojen edustajista. Toisaalta osalle aivovamman saaneista henkilöistä edes osittainen työhön paluu ei hänen mukaansa ole mahdollista vamman aiheuttaman voimakkaan väsyvyytaipumuksen vuoksi. Työsuhteessa töihin on kyettävä menemään silloin kun on sovittu, mikä on väsyvyyden kannalta haastavaa. Usein kurssille osallistuvien tilanne on ajautunut sellaiseksi, että osa kuntoutujista ei kurssin jälkeen kykene siirtymään työelämään:

” – – osalla ne oireet on ollut aika massiivisia. Että yleensä ovat niin pitkälle ajautuneet, että lähtevät hakemaan sitä apua monesta eri pisteestä, niin toki se on sitten sille nyt vaan ei voi mitään, että sieltä ei kaikki selviydy työelämään kuitenkaan. – –” (Lähettävän tahon edustajan haastattelu)

Yksi lähettävän tahon edustaja oli sitä mieltä, että intensiivisestä kuntoutuskurssista on ollut enemmän haittaa kuin hyötyä, jos kuntoutujan realistinen tavoite kursseille tullessaan on ollut palata työelämään. Hänen kokemuksensa mukaan vamma tapahtuman jälkeen työelämään kouluttautuneita on usein kurssin jälkeen suositeltu siirtymään eläkkeelle ja tavoitteesta palata työelämään on luovuttu. Kuntoutujan etu voisi olla palata ainakin osittain työelämään.

Myös asiantuntijalääkäreiden mukaan intensiivinen kuntoutuskurssi ei ole tukenut kuntoutujien työkykyä. Työelämään suuntautumisen sijaan kurseilla on suuntauduttu eläkkeen hakemiseen. Kaksi asiantuntijalääkärinä esiintyneitä he ole kohdanneet sellaisia potilaita, jotka olisivat intensiiviselle kurssille tai INSURE-ohjelmaan osallistuttuaan palanneet työelämään. Yhden asiantuntijalääkärin mukaan yksittäiset potilaat ovat kurssin jälkeen päässeet työelämään tai osallistuneet ammatilliseen kuntoutukseen.

Yhden asiantuntijalääkärin mukaan kurseilla on keskitytty liian vähän kuntoutujien ammatillisten suunnitelmien tekemiseen, heidän vahvuuksiensa kartoittamiseen ja siihen, millaiseen työhön heidän jäljellä oleva toimintakykynsä voisi riittää. Kurssien kuntoutuspalautteissa on tuotu esille pääosin lääkinnälliseen kuntoutukseen liittyviä asioita. Haastattelun mukaan kurssi ei ole tähän mennessä ollut työelämätavoitteellinen:

”Näillä kurseilla liian vähän keskitytään siihen ammatilliseen ja siihen, että mitkä on ne omat kyvyt, että mihin ne voisi vielä riittää. – – Voi olla tietysti, että ne ei jaksaa tehdä koko päivää intensiivisesti. Mutta pystyisikö osapäiväisesti tai tietyillä järjestelyillä tekemään joitain asioita, että pitäisi – – löytää niistä ihmisistä se niiden – – jäljellä oleva toimintakyky.” (Asiantuntijalääkärin haastattelu)

Yhden asiantuntijalääkärin mukaan joissakin tapauksissa kuntoutujien tavoitteeksi on intensiivisillä kurseilla muodostunut eläkkeen ja vakuutuskorvausten hakeminen työelämään suuntautumisen sijaan. Suuntautuminen eläkkeen hakemiseen on näkynyt muun muassa kurseilla tehdyissä kuntoutuspalautteissa ja kuntoutuksen jatkosuosituksissa sekä työkyvyttömyyttä koskevissa päiväraha- ja eläkehakemuksissa.

## 5.6 Kuntoutuskurssit osana sosiaali- ja terveystalvvelujärjestelmää

Asiakkaan etenemisen kuntoutusjärjestelmässä tulisi olla johdonmukaisesti tavoite-orientoitunutta, niin että terveydenhuollossa laaditaan yhdessä kuntoutujan kanssa kuntoutussuunnitelma, asetetaan kuntoutuksen tavoitteet ja etsitään palvelu, jonka avulla tavoitteita kohti voidaan edetä. Myös kuntoutuksen jälkeinen seuranta on osa tätä prosessia ja terveydenhuollon vastuulla. (Esim. Kela 2016.) Kuntoutumisen kannalta toimijoiden välinen yhteistyö on tärkeää, jotta kuntoutustoimenpiteet tukevat kuntoutumista samansuuntaisesti (Autti-Rämö ym. 2016, 69).

### 5.6.1 Vastuunjaon toteutuminen

Osa haastatelluista ammattilaisista toi esiin sen, ettei terveydenhuollossa ole riittävästi osaamista aivovamman saaneiden henkilöiden hoidosta ja kuntoutuksesta. Esimerkiksi palveluntuottajan edustajien mukaan B-lausuntoon ei usein kuvata potilaan toimintakykyä tai se on kuvattu puutteellisesti. Heidän mukaansa aivovamman saanut henkilö ei kykene itse kuvaamaan toimintakykyään, vaikka terveydenhuollossa saatetaan ajatella näin.

Palveluntuottajan edustajat toivat esiin, että joidenkin intensiivisille kursseille osallistuneiden kuntoutujien hoitoon ja kuntoutukseen olisi kiinnitetty huomiota jo aiemmin, jos terveydenhuollossa olisi osattu paremmin ottaa huomioon potilaan aivojen mahdollinen vammautuminen ja tehty henkilölle tähän tarvittava arviointi. Lääkäreitä tulisi heidän mukaansa kouluttaa enemmän aivovammoihin liittyvistä asioista. Myös terapeuttien osaamista tulisi lisätä, niin ettei esimerkiksi fysioterapiassa tarkoituksettomasti ylikuormiteta kuntoutujaa ja jotta neuropsykologisessa kuntoutuksessa osataan ottaa kuntoutumisen kannalta oikeat asiat esille.

Palveluntuottajan edustajien mukaan heille on näkynyt kuntoutukseen ohjautumisen sattumanvaraisuus, kun potilaita on tullut heille koko Suomen alueelta. Kuitenkin esimerkiksi Käypä hoito -suosituksen laatimisen jälkeen ohjautuminen on parantunut merkittävästi. Aivovamman saaneen henkilön akuuttivaiheen diagnostiikkaan ja aukottomaan hoitoketjuun tulisi heidän mukaansa panostaa nykyistä enemmän. Hoidolla ja kuntoutuksella tulisi olla koordinoiva taho, ettei vamman saanut henkilö putoa palvelujärjestelmän ulkopuolelle. Lisäksi tulee varmistaa, että esimerkiksi intensiivisillä kursseilla tehdyt asiat jatkuvat myös kurssin jälkeen.

Haastatellut ammattilaiset arvioivat, että aivovamman saaneen henkilön diagnosointi-, hoito- ja kuntoutuksen koordinaatiovastuu tulisi nykyistä korostetummin olla julkisella terveydenhuollolla. Haastatellut kuvasivat ongelmatilanteita aivovamma-diagnoosin asettamisessa ja kuntoutukseen ohjaamisen käytännöissä. Esimerkiksi yhden asiantuntijalääkäarin mukaan terveydenhuollossa tulisi kriittisesti arvioida, milloin intensiivistä kurssia suositellaan ja millaisissa tapauksissa ei. Terveydenhuollossa tulisi olla tietämystä siitä, millaisia hyötyjä kuntoutuksella voidaan saavuttaa. Tämä ei ole haastatellun mukaan täysin toteutunut. Jos terveydenhuollossa ei ole kuntoutukseen liittyvää asiantuntemusta, hakemus kurssille saatetaan tehdä muiden tahojen suositusten perusteella. Tieto kurssista on saattanut olla esimerkiksi potilaalla tai esimerkiksi jokin palveluntuottaja on suositellut kurssille hakeutumista.

Yhden asiantuntijalääkäarin mukaan selkeitä ovat sellaiset tapaukset, joissa potilas tulee välittömästi vammautumisensa jälkeen päivystyspisteeseen. Silloin käytänteet potilaan tutkimiseksi ovat hyviä. Jos oireet ovat lievempiä tai tutkittavaksi hakeudutaan vasta myöhemmin vammautumisensa jälkeen, kun oireita tulee esille, lähtötilanteen arvioinnin luotettavuus heikkenee, mikä tekee potilaan arvioinnin vaikeaksi.

Toinen asiantuntijalääkäri nostikin ongelmakohtana esiin pitkän ajan jälkeen tehdyt aivovamma-diagnoosit, joiden perusteet ovat olleet epäselviä. Intensiivisen kuntoutuksen aikana diagnoosi vahvistuu lopullisesti ja saattaa johtaa korvausongelmaan.

Yksi lähettävän tahon edustaja toi myös esiin, että Kela on hyväksynyt intensiivisille kursseille henkilöitä, joille ei ole asetettu aivovammadiagnoosia terveydenhuollossa ja joiden diagnoosia ei ole hyväksytty vakuutusyhtiöissä. Kurssi on saattanut tarpeettomasti vammauttaa näitä ihmisiä. Yksityinen terveydenhuolto on hänen mukaansa suositellut kurssia terveemmille potilaille kuin muut tahot. Kurseille on lähetetty esimerkiksi lievän tai erittäin lievän vamman saaneita tai henkilöitä, joilla on aivovamman sijaan esimerkiksi posttraumaattinen stressireaktio.

Yhden asiantuntijalääkärin mukaan kuntoutujan oirekuva ei myöskään kokonaisuudessaan aina selity aivovammalla. Esimerkiksi yleisten oireiden, kuten väsyvyyden, keskittymiskyvyn vaikeuksien ja unihäiriöiden, erottaminen aivovammasta tai toiminnallisesta häiriöstä johtuvaksi on haastavaa. Näiden erottaminen edellyttää, että henkilön lähtötilanne on tutkittu hyvin.

Osa haastatelluista arvioi, että terveydenhuollon ja palveluntuottajan tekemissä arvioissa on ajoittain ollut ristiriitoja. Yhden asiantuntijalääkärin mukaan joissakin tapauksissa kuntoutujan aivovamma on arvioitu kurssilla vaikeammaksi kuin se oli arvioitu kurssille ohjattaessa. Kliinisistä tutkimuksista ei ole aina löytynyt riittävää pohjaa sille, miksi vaikeusasteen luokittelu on muuttunut. Joissakin tapauksissa terveydenhuollon tekemät selvitykset ovat voineet olla puutteellisia, mikä on selittänyt kurssilla tehtyjä päätelmiä. Tavallisesti terveydenhuollossa kirjattujen tietojen perusteella voidaan asiantuntijalääkärin mukaan kuitenkin arvioida henkilön aivovamman vaikeusaste ja myöhempi oirekuva.

Yhden asiantuntijalääkärin mukaan potilaan arviointi pitäisikin toteuttaa ainoastaan julkisessa terveydenhuollossa. Tällöin kuntoutukseen käytettävissä olevat varat kohdennetaan vastuullisesti. Kuntoutujan arvioinnin tekevällä taholla tulisi olla näkemys potilaan hoidon ja kuntoutuksen prosessista kokonaisuutena. Myös kuntoutuksen vastetta tulisi seurata ja päätökset tarkoituksenmukaisista jatkotoimenpiteistä tulisi tehdä tämän arvioinnin perusteella terveydenhuollossa. Haastatellun mukaan intensiivisten kurssien tarpeenmukaisuutta ei ole tähän mennessä arvioitu tarvittavan kriittisesti. Potilaita on hänen mukaansa ohjautunut kuntoutukseen tiettyjen, esimerkiksi yksityisen terveydenhuollon neurologien suosittelmina. Ongelmallista on ollut, että Kelassa on hyväksytty kuntoutushakemukset näiden suositusten perusteella ja päätöksentekijänä ei ole ollut lääkäri.

Yhden asiantuntijalääkärin mukaan julkisen terveydenhuollon tulisi koordinoida kuntoutukseen ohjaamista myös sen vuoksi, että kaikilla potilasryhmillä olisi tarvittaessa mahdollisuus saada laituskuntoutusta. Esimerkiksi aivohalvauksen saaneet

henkilöt ovat erilaisessa asemassa aivovamman saaneisiin henkilöihin nähden, koska vakuutus ei korvaa heidän kuntoutustaan. Usein on esimerkiksi syntynyt sekava tilanne, kun julkinen terveydenhuolto on järjestänyt potilaan sairaanhoidon, vakuutusyhtiöt ja Kela ovat järjestäneet kuntoutuksen ja palveluntuottaja on tehnyt suunnitelmia potilaan jatkokuntoutuksesta. Palveluntuottajan tekemät suositukset saattavat haastatellun mukaan olla ristiriidassa lakisääteisesti määriteltyjen vastuiden ja potilaan todellisen kuntoutustarpeen kanssa.

Toisaalta yhden lähettävän tahon edustajan mukaan ainoa selkeä käytäntö nykyisin on, että julkisella terveydenhuollolla on viimesijainen vastuu aivovamman saaneiden henkilöiden hoidosta ja kuntoutuksesta.

Osa asiantuntijalääkäreistä ja lähettävien tahojen edustajista arvioi, että myös palveluntuottajan roolia tulisi selkeyttää. Palveluntuottajan tehtävänä tulisi heidän mukaansa nykyistä korostetummin olla kuntoutuksen toteuttaminen.

Yksi lähettävä taho toi esiin, että intensiivisen kurssin aikana saadaan selkeä kuva siitä, millaiseen kuntoutukseen kuntoutujan olisi hyvä osallistua kurssin jälkeen. Toisaalta tuotiin esiin, että kuntoutusprosessissa palveluntuottajan tehtävänä on ainoastaan kuntoutuksen toteuttaminen. Esimerkiksi yhden asiantuntijalääkärin mukaan ostajan tulisi määritellä, mitä palveluntuottajalta tilataan. Terveydenhuollon tulisi tehdä kuntoutussuositukset ja suunnitelmat jatkokuntoutukselle. Saattaa syntyä ristiriitatilanne, jos kurssilla tehdyt suositukset ja terveydenhuollon tekemä arvio ovat ristiriidassa. Yhden asiantuntijalääkärin mukaan lain henki on se, että yhteiskunnallinen toimija tekee kuntoutussuunnitelman mahdollisimman objektiivisesti ja tarveperustaisesti. Esimerkiksi liiketoiminnalliset hyödyt eivät saa vaikuttaa kuntoutuksen toteutumiseen.

Vastuunjaon hämärtymiseen saattaa toisaalta heijastua terveydenhuoltojärjestelmän heikkoudet. Näitä ovat yhden asiantuntijalääkärin mukaan esimerkiksi vastaanotokäyntien aikarajoitukset ja puutteet terveydenhuollon henkilökunnan osaamisessa. Esimerkiksi jos terveyskeskuslääkäri on kokematon tai hänellä on liian vähän aikaa pohtia moniongelmaisen potilaan tilannetta, hän saattaa turvautua suoraan palveluntuottajan tekemiin suosituksiin.

### 5.6.2 Yhteistyön toteutuminen

Tiedontuottajat arvioivat terveydenhuollon, palveluntuottajan ja Kelan roolia yhteistyön onnistumisessa. Yhteistyön koettiin sujuneen pääosin hyvin. Toimijoiden välille toivottiin kuitenkin keskustelua kuntoutuksen tavoitteista.

Palveluntuottajan edustajien mukaan yhteistyö Kelan kanssa on sujunut hyvin. Esimerkiksi kuntoutujien valintaprosessi nostettiin esiin onnistumisena. Usean kuntou-

tujan kohdalla kuntoutuksen ensisijainen järjestäjätaho ei ole jostain syystä maksanut kuntoutusta. Kelan rooli on tällöin ollut merkityksellinen.

Palveluntuottajan edustajien mukaan harvinaisia ovat olleet sellaiset tapaukset, joissa Kela on hylännyt hakijan kuntoutushakemuksen, vaikka terveydenhuolto on suositellut kuntoutusta ja vaikka valintahaastattelussa kuntoutus on arvioitu hakijalle soveltuvaksi. Näitäkin tapauksia on ollut. Hylkäysperusteena on ollut esimerkiksi se, että vammautumisesta on kulunut liikaa aikaa tai kurssi on tarpeettoman intensiivinen. Näistä päätöksistä on kuitenkin voinut neuvotella Kelan kanssa.

Myös yksi lähettävän tahon edustaja toi esiin, että yhteistyö Kelan kanssa on sujunut hyvin. Suurin osa potilaista, jotka hänen mukaansa tätä kuntoutusmuotoa ovat tarvinneet, ovat myös päässeet siihen osallistumaan. Kuntoutus on toteutunut jossakin muodossa joko Kelan tai vakuutusyhtiön järjestämänä. Kela on suhtautunut ymmärtäväisesti hakijan tilanteeseen eli Kela on järjestänyt kuntoutuksen, jos vakuutusyhtiö on tehnyt hylkäävän päätöksen ja jos asiakas kuntoutusta tarvitsee. Myös palveluntuottajan suhteen prosessi on ollut toimiva eli se on toteuttanut kuntoutuksen, kun se on saanut tiedon Kelan myöntävästä päätöksestä. Tosin yhden lähettävän tahon edustajan mukaan kurssien alkamisessa on ollut liiallista viivettä sen jälkeen, kun lähettävä taho on todennut tarpeen kurssille osallistumiseen.

Yhden lähettävän tahon edustajan mukaan yhteistyö laajemmin kuntoutuksen toimijoiden (kuntoutujat, lähettävät tahot, palveluntuottaja, vakuutusyhtiöt, Kela, eläkeyhtiöt) kesken on sujunut huonosti, erityisesti yhteistyö kuntoutuksen järjestäjien kanssa. Kuntoutuksen sidosryhmien välillä tulisi olla keskusteluyhteys ja vuoropuhelua. Esimerkiksi tavoitteet kuntoutukselle tulisi kartoittaa ennen sen toteuttamista, ettei kuntoutusta aleta toteuttaa ristiriitaisin odotuksin. Haastatellun mukaan nykyinen kuntoutusjärjestelmä ei tue aivovamman saaneen henkilön kuntoutumista. On esimerkiksi ollut sattumanvaraista, tuleeko potilaalle vakuutuskorvauksiin liittyviä ongelmia. Aivovamman saanut henkilö saattaa esimerkiksi joutua sellaiseen tilanteeseen, jossa hän ei ole todellisuudessa työkykyinen ja hän menettää toimeentulonsa. Tämä ei edistä potilaan kuntoutumista.

Palveluntuottajan edustajien mukaan yhteistyön tekeminen palvelujärjestelmän toimijoiden kanssa on ollut keskeistä kurssin aikana ja aktiivista kaikkien ammattialojen näkökulmasta, mutta erityisesti sosiaalityön osalta. Yhteistyökumppanit ovat antaneet palveluntuottajan edustajien mukaan hyvää palautetta siitä, että kurssilla on löydetty ratkaisuja kuntoutujan tilanteeseen, kun kuntoutujan arjessa selviytymisen haasteita on ollut muualla palvelujärjestelmässä vaikea hahmottaa.

Sosiaalityön osalta kurssilla on ollut keskeistä toimivan verkoston rakentaminen kuntoutujan arjessa selviytymisen tueksi. Työssä tulee esille palvelujärjestelmän pirstaleisuus. Yhteistyön rakentaminen on vaatinut puhelinsoittoja ja joskus kuntoutujan

kanssa käydään yhdessä toimijoiden luona tai verkoston edustajat vierailevat palveluntuottajan luona paikan päällä. Aina ei riitä, että kuntoutujaa ohjeistetaan asioimaan tarvittavassa palvelussa. Kurssin loppukeskusteluissa on usein ollut mukana Vakuutus kuntoutuksen ja sosiaalityön edustajia sekä työterveyslääkäreitä. Myös Vakuutus kuntoutuksen kuntoutussuunnittelija tai työterveyshuollon edustaja on ollut mukana kuntoutuksen toteuttamisessa. Tällöin kuntoutus on palveluntuottajan edustajien arvion mukaan kantanut pidemmälle. Aina sopivaa yhteistyötahoa ei ole kuitenkaan löytynyt.

Palveluntuottajan edustajien mukaan kurssilla tehty arvio kuntoutujan toimintakyvystä tulisi välittyä paremmin myös kuntoutujan jatkoseurannasta vastaavalle taholle. Palveluntuottajalla tulisi olla mahdollisuus välittää tietoa esimerkiksi siitä, millaiseksi kuntoutujan toimintakyky on kurssilla arvioitu ja millaisia uusia havaintoja kurssilla on mahdollisesti tehty. Kurssilla tehtyjen havaintojen perusteella voitaisiin arvioida, millaisia toimia olisi realistista toteuttaa jatkossa. Kurssien loppukokouksissa voitaisiin ottaa esimerkiksi etäyhteys kuntoutujan seurantatahoon. Esimerkiksi seurantatahon neurologi ja sosiaalityöntekijä sopisivat yhteyshenkilöiksi.

Yksi lähettävän tahon edustaja toi esiin, että kuntoutujien toimintakyky saatetaan arvioida kursseilla todellista heikommaksi. Tämä on saattanut herättää sellaisen mielikuvan kuntoutuksen järjestäjissä, että kurssilla tehdään kielteinen arvio kaikkien kuntoutujien toimintakyvystä. Toisaalta käsitykseen on saattanut vaikuttaa myös se, että kurssilla on tullut esiin kuntoutujan todellinen, heikentynyt toimintakyky. Kuntoutujat saattavat joutua vaikeaan asemaan esimerkiksi suhteessa vakuutusyhtiöihin, jos arviot kuntoutujien työkyvystä eriaivät. Toisen lähettävän tahon mukaan myös kurssilla tehdyt suositukset kuntoutuksen jatkamisesta ovat olleet erilaiset kuin julkisessa terveydenhuollossa on arvioitu tarpeelliseksi. Kuntoutujat saattavat hämmentyä eriaivistä arvioista. Ammattilaisten tekemässä yhteistyössä tulisi hänen mukaansa korostetummin olla etusijalla kuntoutujan etu.

## 5.7 Tulosten yhteenveto

### 5.7.1 Kysyntä ja tarve

Vuoden 2015 jälkeen intensiivisille kuntoutuskursseille osallistuneiden kuntoutujien määrä on puolittunut. Vuonna 2015 kursseille osallistui 24 kuntoutujaa, vuoden 2016 aikana 14 kuntoutujaa ja vuoden 2017 elokuun loppuun mennessä 10 kuntoutujaa. Haastatellut lähettävien tahojen edustajat olivat lähettäneet potilaitaan kursseille vaihtelevasti ja vaihtelevin perustein. Yksi oli lähettänyt noin 20 potilasta vuodessa ja yksi ei yhtään. Perusteina lähettämiselle oli ollut muun muassa väsyvyys, työ- ja toimintakyvyn arviointi ja vertaistuki.

Tiedontuottajat arvioivat tarvetta intensiivisille kursseille aivovamman saaneiden henkilöiden kuntoutuspalvelujärjestelmässä vaihtelevasti. Intensiivisten kurssien



eduiksi arvioitiin vertaistuki ja mahdollisuus kokonaisvaltaiseen moniammatilliseen työ- ja toimintakyvyn arviointiin. Toisaalta erityisesti asiantuntijalääkärit kritisoivat laitosmuotoisena toteutettuja kursseja, sillä aivovamman saaneiden henkilöiden työkykyä tukevat heidän mukaansa paremmin avokuntoutuksena toteutetut palvelut. Yleisesti arvioitiin, että kuntoutuspalvelutarjonnassa on alueellista epätasaisuutta ja että useamman palveluntuottajan tulisi toteuttaa intensiivisiä kursseja.

### 5.7.2 Kuntoutuskursseille valitut kuntoutujat, kurssien tavoitteet ja suositukset

Kuntoutusasiakirjojen perusteella kaikille kuntoutujille oli intensiivisille kurssille tullessaan asetettu jokin aivovammadiagnoosi. Kuntoutujien kyselyaineiston perusteella kuntoutujien vammautumisen oli kulunut kurssin toteutumivuonna keskimäärin kahdeksan vuotta. Intensiivinen kuntoutuskurssi oli useimmille vastaajista ensimmäinen aivovammaan liittyvä kuntoutuspalvelu, johon he osallistuivat. Kuntoutusasiakirjojen perusteella osa kuntoutujista oli saanut joitakin yksittäisiä terapeutoita ennen kurssia. Puolelle kuntoutujista terveydenhuollossa kuntoutukselle asetetut tavoitteet liittyivät yleisellä tasolla työ- ja toimintakyvyn edistämiseen. Osalle kuntoutujista tavoitteita ei ollut asetettu terveydenhuollossa lainkaan.

Kuntoutujille kurssin alussa GAS-menetelmällä asetetut henkilökohtaiset tavoitteet liittyivät ICF-viitekehyksen (Maailman terveysjärjestö 2001) mukaan luokiteltuina tavallisimmin päivärutiinien luomiseen ja hallintaan (d230: *Päivittäin toistuvien tehtävien ja toimien suorittaminen*) sekä aivovamman ja sen oirekuvan hyväksymiseen (b114: *Orientoitumistoiminnot*). Asetetut tavoitteet vastaavat osin Kelan laatimia tavoitteita kursseille.

Intensiivisellä kurssilla tehtiin useita neuropsykologisia sekä fysioterapiaan, toimintaterapiaan ja puheterapiaan liittyviä mittauksia kuntoutujien oirekuvan kartoittamiseksi. Lisäksi kursseilla arvioitiin palvelukuvauksen vaatimusten mukaisesti myös kuntoutujien elämänlaatua ja masennusoireita, mutta mittausten ajankohta ei selvinnyt kuntoutusasiakirja-aineistosta.

Kuntoutuspalautteissa kuntoutujille suositeltiin ryhmätasolla useampaa kuntoutustoimenpidettä kurssin jälkeen kuin mihin he olivat osallistuneet ennen kurssia.

### 5.7.3 Hyväksyttävyyt

#### *Oikea-aikaisuus*

Enemmistö kuntoutujista ja heidän kuntoutukseen osallistuneista läheisistään oli tyytyväisiä kuntoutuskursseihin. Osa kuntoutujista ja heidän läheisistään arvioi, että intensiivinen kuntoutuskurssi ei toteutunut heille oikeaan aikaan. Osa toi esiin, että kurssin tulisi toteutua aikaisemmin, esimerkiksi heti vammautumisen jälkeen. Ammattilaisten käsitykset kurssien oikea-aikaisuudesta vaihtelivat. Yleisesti arvioitiin, että aivovamman saaneen henkilön kuntoutuksen olisi hyvä toteutua 1–5 vuoden

kuluessa vammautumisesta. Useimpien haastateltujen mukaan vuosi vammautumisesta on ihanteellinen aika kurssille osallistumiseen. palveluntuottajan edustajat ja osa lähettävien tahojen edustajista arvioi, että myös myöhemmin toteutetusta kuntoutuksesta on aivovamman saaneelle henkilölle hyötyä. Esimerkiksi lapsuudessa vammautuneet hyötyvät intensiivisistä kursseista vielä useiden vuosien kuluttua vammautumisestaan. Valintakriteereissä tulisi heidän mukaansa olla joustoa vammautumisesta kuluneen ajan suhteen. Vamman aiheuttamat oireet saattavat tulla esiin vuosien jälkeen vammautumisesta esimerkiksi työelämässä tai opinnoissa. Asiantuntijalääkäreiden mukaan aivovamman saaneen henkilön kuntoutus tulisi toteutua ennen kuin vammautumisesta on kulunut viisi vuotta. Muutoksiin kuntoutujan toimintakyvyssä ei voida enää tämän jälkeen vaikuttaa.

### *Kohdentuminen ja kuntoutujien valinta*

Enemmistö asiantuntijalääkäreistä ja lähettävien tahojen edustajista arvioi, että intensiivinen kuntoutuskurssi tai laitospuolitoiminen, intensiivinen kuntoutus soveltuu henkilöille, joiden aivovamma tai sen jälkitila on luokiteltu keskivaikeaksi tai vaikeaksi. Ristiriitaisia arvioita esitettiin kurssin soveltuvuudesta henkilöille, joiden oireena on väsyvyys. Yhden lähettävän tahon edustajan mukaan ainoastaan väsyvyys ei ole riittävä peruste kurssille ohjaamiseen. Toinen lähettäviä tahoja edustanut haastateltu toi esiin, että laitospuolitoimisen kurssin aikana voidaan arvioida juuri kuntoutujan väsyvyystaipumusta. palveluntuottajan edustajien mukaan kurssille valittujen kuntoutujien tulee olla monella tapaa kyvykkäitä, jotta he hyötyvät kuntoutuksesta. Yksi lähettävistä tahoista arvioi, että joissakin tapauksissa potilasvalinta kurseille on epäonnistunut, sillä kurssi on ollut liian raskas osalle kuntoutujista. Näillä kuntoutujilla on kulunut tarkoituksettoman pitkä aika kurssista toipumiseen. Yksi asiantuntijalääkäri ehdotti, että myös kuntoutujien motivaatiota työhön palaamiseen kartoitettaisiin ennen kurssille valintaa.

### *Toteutus*

Kuntoutajat ja heidän läheisensä olivat tyytyväisiä intensiivisten kurssien toteutukseen ja sisältöihin. palveluntuottajan edustajien mukaan on keskeistä, että kurssin kesto on pitkä ja että kurssi toteutetaan moniammatillisesti. Heidän mukaansa pitkäkestoisen kurssin aikana kuntoutajat ehtivät alkaa tiedostaa ja hyväksyä aivovamman ja opetella kompensatiomekanismeja aivovamman aiheuttamien oireiden kanssa elämiseen. Kurssien pitkäkestoisuus mahdollistaa kuntoutujien palvelutarpeiden ja usein sekavan taloudellisen tilanteen kartoittamisen. Väljaksot tukevat palveluntuottajan edustajien mukaan kurssilla opittujen asioiden viemistä arkeen.

Yksi lähettävän tahon edustaja arvioi, että laitospuolitoimisen kuntoutuksen aikana voidaan kartoittaa kuntoutujan toimintakyvyn haasteet yhdellä kertaa. Toisaalta asiantuntijalääkärit arvioivat, että laitospuolitoiminen kuntoutus on tarkoituksettoman raskas kuntoutusmuoto aivovamman saaneille henkilöille. Laitospuolitoimisella kuntoutuksel-

la ei esimerkiksi voida heidän mukaansa tukea kuntoutujan työelämään pääsyä tai arjessa selviytymistä samalla tavalla kuin avokuntoutuksella.

### *Vertaisryhmä*

Enemmistö kuntoutujista ja heidän läheisistään koki, että kokemusten jakaminen vertaisryhmän kanssa tuki heidän kuntoutumistaan. Erityisen merkityksellistä vertaisryhmän kohtaaminen oli kuntoutujien läheisille. Palveluntuottajan edustajat ja osa läheistävien tahojen edustajista toivat vertaistuen esiin yhtenä kurssien merkittävimpänä hyötynä kuntoutujille. Palveluntuottajan edustajien mukaan kokemusten jakaminen samanlaisessa tilanteessa olevien kanssa lisää kuntoutujien ja heidän läheistensä ymmärrystä aivovamman aiheuttamista oireista ja heidän arjen haasteistaan. Kuntoutajat voivat muodostaa kurssilla myös uusia merkityksellisiä ja tukea antavia ihmissuhteita. Asiantuntijalääkärit ja osa läheistävien tahojen edustajista arvioivat, että jakamalla kokemuksiaan vertaisryhmän kanssa kuntoutujien vammaan liittyvä identiteetti saattaa alkaa korostua. Kuntoutajat saattavat kokea, etteivät he esimerkiksi enää pärjää ilman ulkopuolista tukea ja he saattavat oppia oireita toisiltaan.

### 5.7.4 Hyödyt

#### *Aivovamma ja sen oireet*

Tiedontuottajien mukaan intensiivisten kurssien yhtenä keskeisenä sisältönä on aivovamman ja sen aiheuttamien oireiden ymmärtäminen. Heidän arvionsa aiheen käsittelytavasta kurssilla ja käsittelytavan hyödyllisyydestä kuntoutujille oli kuitenkin ristiriitainen. Enemmistö kuntoutujista ja heidän läheisistään koki saaneensa kurssilla tietoa aivovammastaan ja sen aiheuttamista oireista. Kuntoutujien mukaan intensiivinen kuntoutuskurssi auttoi heitä ymmärtämään aivovamman aiheuttamia oireita ja sitä, miten oireet vaikuttavat heidän arjessa selviytymiseensä. GAS-menetelmän avulla asetetut tavoitteet, jotka liittyivät aivovamman aiheuttamien oireiden ymmärtämiseen, saavutettiin kurssilla keskimäärin odotettua paremmin. Palveluntuottajan edustajien mukaan kurseilla on keskeistä, että kuntoutajat saavat selityksen oireilleen, sillä he ovat usein eläneet pitkään aivovamman kanssa ilman tarpeenmukaista tietoa. Myös osa läheistävien tahojen edustajista kuvasi, että kuntoutujien elämäntilanne on usein ollut sekava tai kaoottinen ennen kurssia. Toisaalta osa kuntoutujista koki, että kurssilla ylitulkittiin heidän arjen haasteitaan aivovammasta johtuviksi. Haastatellut asiantuntijalääkärit ja osa läheistävien tahojen edustajista oli sitä mieltä, että kurssilla korostetaan tarpeettoman paljon kuntoutujien oiretiedostusta. Kurssilla keskitytään tarpeettoman paljon kuntoutujien oireisiin ja rajoitteisiin heidän toimintakyvyssään vahvuuksien ja kuntoutumista edistävien voimavarojen sijaan. Tällä saatetaan korostaa kuntoutujan toimintakyvyn rajoittuneisuutta ja aivovamma saattaa alkaa määrittää kuntoutujan identiteettiä, vaikka esimerkiksi vamman aiheuttamat oireet eivät aina ole olleet merkittäviä ennen kurssia.

### *Arjessa selviytyminen*

Kaikille kuntoutujille oli GAS-menetelmällä asetettu arkipäivän toiminnoista selviytymiseen, kuten päivärutiinien luomiseen ja hallintaan, liittyviä tavoitteita. Enemmistö kuntoutujista saavutti tavoitteet odotettua paremmin. Vastaavasti COPM-menetelmän avulla nimetyt merkitykselliset toiminnallisuuden ongelmat liittyivät enimmäkseen päivärutiinien luomiseen ja hallintaan sekä kotielämän ongelmiin. Kaikki kuntoutujat suoriutuivat nimeämistään toiminnallisuuden ongelmista paremmin kurssin päättyessä kuin sen alkaessa. Palveluntuottajan edustajat ja osa lähetävien tahojen edustajista arvioivat, että kurssi tukee kuntoutujien arjessa selviytymistä ja elämänhallintaa. Kurssille tulevan kuntoutujan elämä on usein sekaisin eikä hän tiedä, miten tulisi toimia aivovamman aiheuttamien oireiden kanssa. Ongelmat saattavat liittyä esimerkiksi elämänhallintaan, toimeentuloon tai ihmissuhteisiin. Kurssilla näihin ongelmiin saadaan selvyttä, vaikka kaikkia ongelmia ei aina saada ratkaistuksi.

### *Työkyky*

Suurin osa kuntoutujista arvioi, että kurssin hyötyjen arviointi suhteessa työ- ja opiskeluelämään ei koske heitä tai he eivät muutoin osanneet arvioida työelämä tavoitteiden toteutumista. Palveluntuottajan edustajien mukaan kurssin painopiste onkin kuntoutujien arkielämässä selviytymisessä. Heidän mukaansa työelämään palaaminen saattaa kuntoutujille olla mahdollista vasta noin kaksi vuotta kurssin päättymisen jälkeen, kun kuntoutujat selviytyvät ensin arjessaan. Lähetävien tahojen edustajista yksi koki, että intensiivinen kuntoutuskurssi tukee kuntoutujien työhön palaamista, yhden mukaan työkyvyn arviointi on kurssilla jäänyt toissijaiseksi ja yhden mukaan kurssista on haittaa kuntoutujien työhön paluun kannalta. Kahden lähettävän tahon edustajan mukaan intensiivisillä kursseilla voidaan tehdä realistinen arvio kuntoutujan työkyvystä. Kurssilla tehty arvio ei kuitenkaan aina vastaa henkilön työkykyä todellisissa työolosuhteissa. Asiantuntijalääkäreiden mukaan intensiiviset kuntoutuskurssit eivät ole tukeneet kuntoutujien työhön palaamista. Yksi syy tähän on kurssien laitosmuotoisuus. Lisäksi kursseilla on keskitytty liian vähän ammatillisten suunnitelmien tekemiseen ja siihen, millainen työ kuntoutujille vammautumisen jälkeen soveltuisi. Kurssi saattaa heidän mukaansa haitata kuntoutujien työhön palaamista. Yhden asiantuntijalääkärin mukaan työelämään suuntautumisen sijaan kuntoutujien tavoitteeksi on kurssilla muodostunut eläkkeen hakeminen. Näitä arvioita tukee kuntoutusasiakirja-aineisto (n = 10), jonka perusteella kaikki kuntoutujat todettiin kurssilla aivovamman ja oirekuvansa perusteella työkyvyttömiksi kaikkeen ansio-työhön.

#### 5.7.5 Yhteistyön ja vastuunjaon toteutuminen

Osa tiedontuottajista arvioi, että vastuu aivovamman saaneiden henkilöiden kuntoutuksen koordinoinnista tulisi nykyistä korostetummin olla julkisella terveydenhuollolla. Terveydenhuollossa tulisi arvioida kuntoutuksen tarve ja seurata kuntoutuksen

vastetta. Tällöin esimerkiksi kuntoutukseen käytettävissä olevat resurssit kohdennettaisiin vastuullisesti ja oikeudenmukaisesti kaikkien potilasryhmien kesken. Osa asiantuntijalääkäreistä ja lähetävien tahojen edustajista arvioi, että palveluntuottajan tehtävänä tulisi nykyistä korostetummin olla kuntoutuksen toteuttaminen terveydenhuollon määrittelemien tavoitteiden mukaisesti. Terveydenhuoltojärjestelmän heikkoudet saattavat kuitenkin heijastua työnjakojen hämärtymiseen. Esimerkiksi yhden asiantuntijalääkärin mukaan vastaanottokäyntien aikarajoitteiden vuoksi terveydenhuollossa saatetaan suoraan noudattaa palveluntuottajan tekemiä jatkosuosituksia kuntoutukselle. Vastaanottokäynneillä ei ole aikaa tehdä perusteellista arviota kuntoutujan toimintakyvystä. Osa asiantuntijalääkäreistä ja lähetävien tahojen edustajista arvioi myös, että joissakin tapauksissa terveydenhuollon ja palveluntuottajan tekemät arviot kuntoutujien jatkokuntoutustarpeista ovat olleet ristiriitaisia. Tätä on saattanut selittää yhden lähetävän tahon edustajan mukaan se, että kurseilla on ollut mahdollista tehdä kokonaisvaltaisempi arvio kuntoutujan toimintakyvystä kuin vastaanottokäynneillä on ollut mahdollista.

Palveluntuottajan ja lähetävien tahojen edustajien mukaan yhteistyö Kelan kanssa on sujunut pääosin hyvin. Palveluntuottajan edustajien mukaan Kelan rooli kuntoutuksen järjestäjänä on monen kuntoutujan kohdalla ollut merkityksellinen, sillä kuntoutuksen toteutuminen ensisijaisen rahoittajatahon kautta ei aina ole ollut mahdollista. Yhteistyön kehittämistarpeita nähtiin laajemmin kuntoutuspalvelujärjestelmässä. Yksi lähetävän tahon edustaja toivoi palvelujärjestelmän toimijoiden kesken vuoropuhelua ja parempaa yhteistyötä. Toimijoilla tulisi olla yhtenevä käsitys kuntoutuksen tavoitteista. Palvelujärjestelmä ei aina ole tukenut aivovamman saaneiden henkilöiden kuntoutumista. Toisen lähetävän tahon edustajan mukaan kuntoutujan edun tulisi nykyistä enemmän ohjata yhteistyötä. Esimerkiksi palveluntuottajan ja terveydenhuollon tekemät eriävät arviot kuntoutujan toimintakyvystä saattavat asettaa kuntoutujan vaikeaan asemaan suhteessa kuntoutuksen rahoittajaan.

## 6 Pohdinta

Tutkimuksessa arvioitiin traumaattisen aivovamman saaneille aikuisille suunnattujen intensiivisten kuntoutuskurssien soveltuvuutta Kelan järjestämäksi kuntoutukseksi. Soveltuvuutta arvioitiin neljän arviointikohteen avulla, jotka olivat kysyntä ja tarve intensiivisille kursseille, kurssien hyväksyttävyyys, niiden hyödyt sekä työn- ja vastuunjaon toteutuminen palvelujärjestelmässä kurseja toteutettaessa. Kurssien koettuja hyötyjä peilattiin kursseille asetettuihin tavoitteisiin Kelan palvelukuvauksessa (Kela 2015) sekä kurssien tavoitteisiin Kelan harkinnanvaraisena, palvelujärjestelmää täydentävänä kuntoutuspalveluna (Kela 2017). Tiedontuottajien arviot kuntoutuskurssien tavoitteista, toteutuksesta ja hyödyistä olivat monelta osin ristiriitaisia.

### 6.1 Miten käytäntö vastaa tutkimusnäyttöä ja palvelukuvausta?

Intensiiviset kuntoutuskurssit perustuvat Suomessa kehitettyyn INSURE-aivovammakuntoutusohjelmaan (esim. Kaipio ym. 2000, 247–258; Sarajuuri ja Koskinen 2006), holistisen aivovammakuntoutuksen teoreettisiin tausta-ajatuksiin ja kansainväliseen tutkimustyöhön (Ben-Yishay ym. 1985; Christensen ym. 1992; Prigatano ym. 1994). Kuvailevan kirjallisuuskatsauksen mukaan holistisella kuntoutuksella voidaan tukea aivovamman saaneen henkilön vammaan sopeutumista, yhteisöön osallistumista (Altman ym. 2010) ja toimintakykyä (Hayden ym. 2013). Cicerone ym. (2011) ovat suositelleet holistista neuropsykologista kuntoutusta keskivaikean tai vaikean aivovamman saaneille henkilöille kognitiivisten ja toimintakykyyn liittyvien rajoitteiden vähentämiseksi.

Holistisista kuntoutusmalleista on todettu olevan hyötyä keskivaikean tai vaikean aivovamman saaneille henkilöille (Cicerone ym. 2011; Turner-Stokes ym. 2015). Myös kansallisessa Käypä hoito -suosituksessa (2017) moniammatillisia kuntoutusmalleja suositellaan keskivaikean ja vaikean aivovamman saaneille. Tähän tutkimukseen osallistuneilla kuntoutujilla oli todettu aivovamma, mutta tieto aivovamman vaikeusasteesta puuttui heidän kuntoutusasiakirjoistaan. Intensiivisten kurssien palvelukuvauksessa (Kela 2015) ei määritellä, kuinka vaikea kurssille osallistuvan kuntoutujan aivovamman tulee olla. Valintakriteerinä on se, että kuntoutuja hyötyy moniammatillisesta neuropsykologisesta suuntautuneesta kuntoutuksesta. Lisäksi palveluntuottajan neuropsykologi arvioi hakijan soveltuvuuden kurssille osallistumiseen. Yksin aivovamman vaikeusaste ei riitä kuntoutustoimenpiteiden kohdentamisen perusteeksi, koska tällöin kuntoutus ei välttämättä kohdennu yksilöllisten tarpeiden mukaisesti (Maas ym. 2017). Lähettävien tahojen haastatteluiden perusteella myös kuntoutujien toimintakyvyn haasteet, jotka ovat olleet kuntoutuskursseille ohjaamisen perusteena, ovat vaihdelleet. Osa lähettävistä tahoista oli lähettänyt potilaitaan kursseille esimerkiksi voimakkaan väsyvyyden vuoksi. Osa arvioi, ettei pelkkä väsyvyys riitä kurssille ohjaamisen perusteeksi. Kaikkiaan valintakriteereitä kursseille tulisi tämentää, jotta terveydenhuollolla, palveluntuottajilla ja kuntoutuksen järjestäjillä olisi yhtenevä kä-

sitys intensiivisten kurssien kohderyhmästä. Tämä saattaisi parantaa myös kursseille ohjautumista.

Täsmentämistä on myös kuntoutuskurssien alkamisajankohdassa. Palvelukuvauksen (Kela 2015) mukaan intensiiviselle kuntoutuskurssille osallistuvan kuntoutujan vammautumisen tulee olla kulunut vähintään vuosi ja enintään viisi vuotta. Kaikkien kuntoutujien kohdalla intensiiviset kuntoutuskurssit eivät ole toteutuneet valintakriteerien mukaisesti. Tutkimuksessa osa haastatelluista arvioi, ettei kuntoutuksella voida vaikuttaa kuntoutujan toimintakykyyn, kun vammautumisesta on kulunut useita vuosia. Osa oli sitä mieltä, että kuntoutuksesta on hyötyä vielä esimerkiksi 20 vuoden jälkeen vammautumisesta. Tutkimusnäytön perusteella vammautumisesta kulunut aika on yhteydessä kuntoutuksen tuloksiin. Turner-Stokesin ym. (2015) mukaan kuntoutuksen aloittaminen pian vammautumisen jälkeen, esimerkiksi kun potilaat ovat vielä akuuttihoidossa, johtaa parempiin tuloksiin. Aiemmin kuntoutuksen aloittaneiden henkilöiden sopeutuminen vammaan (Altman ym. 2010), toimintakyky (Braunling-McMorrow ym. 2010; Micklewright ym. 2011; Hayden ym. 2013), itsenäinen eläminen ja työssä olo lisääntyivät ja valvonnan tarve vähentyi (Benge ym. 2010) enemmän verrattuna myöhemmin kuntoutuksen aloittaneisiin. Altmanin ym. (2010) mukaan myös myöhemmin kuntoutuksen aloittaneet hyötyvät kuntoutukselta. Käypä hoito -suosituksen (2017) mukaan toipuminen aivovammasta on nopeinta ensimmäisenä vuonna vammautumisen jälkeen, mutta henkilön toimintakyky voi parantua tämänkin jälkeen, kun henkilö sopeutuu vammaan. Holististen aivovammakuntoutusohjelmien yhtenä tavoitteena onkin, että kuntoutuja sopeutuu vamman aiheuttamiin toimintakyvyn rajoitteisiin ja löytää keinoja selviytyäkseen paremmin niiden kanssa arjessaan (esim. Anderson ym. 2010, 61).

Kansainvälisistä holistisista kuntoutusmalleista poiketen intensiiviset kuntoutuskurssit ja niiden taustalla oleva INSURE-kuntoutusohjelma ovat toteutuneet laitospuotoisena kuntoutuksena (Jaana Sarajuuri, henkilökohtainen tiedonanto 8.1.2018). Palveluntuottajan edustajat ja osa lähettävien tahojen edustajista arvioivat, että laitospuotoisen kuntoutuksen aikana voidaan aivovamman saaneen henkilön toimintakyvystä tehdä esimerkiksi sellainen kokonaisvaltainen arvio, jota terveydenhuollon vastaanottokäynneille tai avomuotoisissa palveluissa ei ole mahdollista tehdä (myös esim. Hiekkala ym. 2016, 336). Kurseilla saadaan käsitys kuntoutujien todellisista voimavaroista ja voidaan yhdellä kertaa selvittää esimerkiksi kuntoutujien kasautuneita toimeentuloon liittyviä ongelmia. Asiantuntijalääkärit arvioivat, ettei laitospuotoinen kuntoutus tue kuntoutujien ammatillisia tavoitteita eikä se ole kustannusvaikuttavaa. Intensiivisten kuntoutusinterventioiden vaikutuksia tulisikin arvioida myös sen mukaan, millaisia kustannuksia intervention toteuttamisella vältetään (esim. Turner-Stokes ym. 2015). Christensenin ym. (1992) tutkimuksessa aivovamman saaneiden henkilöiden riippuvuus terveyspalveluista väheni holistiseen päivä kuntoutusohjelmaan osallistumisen jälkeen. Toisaalta kuntoutuksen siirtämisestä asiakkaan arkeen hyvä esimerkki on nopeasti leviävä, erityisesti ikäihmisten

kuntoutuksessa käytetty arkikuntoutus, jossa moniammatillisesti vahvistetaan asiakkaan osallisuutta hänen luonnollisessa toimintaympäristössään (Forss 2016, 34). Lähestymistapa on osoitettu tavallista hoitoa kustannustehokkaammaksi (Kjerstad ja Tuntland 2016).

Laitoskuntoutusta puolustettiin myös sillä, ettei tarvittavaa vertaistukea voida tarjota aivovamman saaneille henkilöille tai heidän läheisilleen muulla tavoin. Saattaa olla, että avomuotoiseen kuntoutukseen voi olla vaikea saada yhtä aikaa sellaisia kuntoutujia, joille ryhmäkuntoutus sopii. Ainoastaan vertaistuen tarjoamiseksi jokin kevyempi kuntoutusmuoto laitospuolitoisen kuntoutuksen sijaan saattaisi olla tarkoituksenmukaisempi. Mielenkiintoista on sekin, että tiedontuottajina toimineet asiantuntijalääkärit kyseenalaistivat vertaistuen merkityksen toteamalla, että vertaistuen ryhmä saattaa edistää vammaidentiteetin muodostumista. Kuitenkin vertaistuen on todettu olevan yksi ryhmässä toteutettavan kuntoutuksen keskeisiä tuuttavia elementtejä (esim. Hiekkala ym. 2016, 338; Salminen 2016, 303) ja vertaistuki on oleellinen osa kaikkea Kelan järjestämää ryhmäkuntoutusta.

Osa lähettävien tahojen edustajista ja asiantuntijalääkäreistä toi esiin, että intensiivisten kurssien aikana korostetaan tarpeettoman paljon kuntoutujien oiretiedostusta. Holistisissa kuntoutusohjelmissa kuntoutuksen keskeiseksi tavoitteeksi on määritelty oiretiedostuksen lisääminen eli kuntoutujalle tulee rakentua realistinen ymmärrys aivovamman aiheuttamista jälkioireista ja siitä, miten oireet vaikuttavat hänen työ- ja toimintakykyynsä. Tämän ymmärryksen rakentumisen kautta kuntoutujilla on paremmat valmiudet alkaa rakentaa elämäänsä uudelleen vammautumisen jälkeen realistisin tavoittein ja odotuksin. (Esim. Anderson ym. 2010, 61; Sarajuuri 2015, 461.) Osa haastatelluista kuitenkin arvioi, että oiretiedostuksen lisääminen saattaa kuntoutumista heikentävästi korostaa kuntoutujien vammaidentiteettiä ja heikentää heidän toimintakykyään. Tulosten perusteella haastateltujen käsitykset olivat eriäviä sen suhteen, millä keinoin aivovamman saaneen henkilön kuntoutumista voidaan edistää.

Kelan laatimissa palvelukuvauksissa määritellään Kelan kuntoutuksen laatuvaatimukset. Palvelukuvauksen tavoitteena on turvata kuntoutujille laadullisesti hyvä kuntoutus oikea-aikaisesti sekä varmistaa kuntoutujan oikeudet. Palvelukuvaukset sitovat palveluntuottajaa osana Kelan ja palveluntuottajan välistä sopimusta. (Kela 2016.) Tässä tutkimuksessa kaikissa toimijaryhmissä, Kela mukaan lukien, oli jätetty noudattamatta palvelukuvausta. Kuntoutujien siirtymisestä terveydenhuollosta kuntoutuskurssille ja takaisin terveydenhuoltoon ei aina oltu huolehdittu palvelukuvauksen mukaisesti. Terveydenhuollossa laadittuihin kuntoutujien B-lausuntoihin ei oltu kirjattu tavoitteita kuntoutuskurssille tai palveluntuottaja ei ollut perustanut kuntoutujien tavoitteita niihin. Palveluntuottaja ja Kela eivät olleet myöskään valinneet tai hyväksyneet kuntoutujia kurseille niiden valintakriteerien mukaisesti.



## 6.2 Tavoitteena työelämä vai elämänhallinta?

Palvelukuvauksessa (Kela 2015) intensiivisille kuntoutuskursseille on määritelty useita tavoitteita. Tavoitteet liittyvät selviytymiseen aivovamman ja sen oireiden kanssa sekä oireiden hallintaan, mutta toisaalta myös ammatillisten suunnitelmien tekemiseen ja työkyvyn tukemiseen. Asiantuntijalääkäreillä ja osalla lähetettävien tahojen edustajista oli vahva näkemys siitä, etteivät intensiiviset kuntoutuskurssit tue kuntoutujien työkykyä ja työhön palaamista. Laitosmuotoista kurssia pidettiin tarkoituksettomana raskaana kuntoutusmuotona aivovamman saaneen henkilön työkyvyn parantamiseksi ja arvioitiin, että kurssi on saattanut heikentää kuntoutujien työkykyä. Palveluntuottajan ja joidenkin lähetettävien tahojen edustajien mukaan intensiivisten kuntoutuskurssin tavoitteena on kuntoutujien elämänhallinnan tukeminen. Kuntoutujien työhön palaaminen saattaa palveluntuottajan edustajien mukaan olla mahdollista vasta noin kaksi vuotta intensiivisten kurssien jälkeen, kun henkilö ensin selviytyy arjessaan. Kuntoutusasiakirjojen mukaan kaikki kuntoutujat oli kurseilla todettu työkyvyttömiksi kaikkeen ansiotyöhön.

On arvioitu, että aivovammakuntoutuksen onnistuneisuutta tulisi arvioida laajemmin kuin työhön palaamisen onnistumisena (esim. Sarajuuri ym. 2005). Esimerkiksi täysipäiväinen työ saattaa viedä joidenkin kuntoutujien voimavaroja niin, etteivät he kykene osallistumaan aktiviteetteihin muilla elämän osa-alueilla esimerkiksi kotona tai vapaa-ajalla (O'Neill ym. 1998). Jos intensiiviselle kurssille osallistuvalla kuntoutujalle työhön palaaminen ei ole realistinen tavoite, kurseilla on perusteltua suuntautua työhön paluun sijaan kuntoutujien muihin tavoitteisiin, kuten elämänhallinnan ja itsenäisen selviytymisen tukemiseen (myös Käypä hoito -suositus 2017). Intensiivisten kurssien taustalla olevan INSURE-kuntoutusohjelman tavoitteeksi on määritelty laajasti tuottelias ja tasapainoinen elämä, johon kuuluvat muun muassa ihmissuhteet, harrastukset ja muunlainen osallistuminen yhteiskuntaan. Holistiset kuntoutusohjelmat on suunnattu sellaisille aivovamman saaneille henkilöille, joiden on kuntoutuksen avulla realistista saavuttaa jonkinasteinen työkyky tai muu mielekäs tekeminen. Työkyvyllä tarkoitetaan tavallisesti kykyä osallistua tuettuun tai osa-aikaiseen työhön. (Sarajuuri 2015, 462.) INSURE-ohjelman mukaisen kuntoutuksen tavoitteena ei siis aina ole kuntoutujan täysipainoinen työelämään palaaminen.

Ammatillisella kuntoutuksella yhdistettynä moniammatilliseen kuntoutukseen voidaan tukea aivovamman saaneen henkilön työhön paluuta (Leinonen ja Nybo 2017). Suomalaisessa tutkimuksessa (Wäljäs ym. 2014) 71 prosenttia lievän vamman saaneista oli palannut työelämään kuukauden kuluttua vammautumisesta. Yhdysvalloissa tehdyssä tutkimuksessa (Silverberg ym. 2018) noin 58 prosenttia lievän aivovamman saaneista palasi työhön. Suurella osalla työhön palanneista oli kuitenkin vaikeuksia selviytyä työtehtävistään oireidensa vuoksi. Konsensuslausuman (2008) mukaan aivovamman saaneen henkilön työhön palaamisen ennustaminen on vaikeaa, sillä aivovamman saaneen henkilön työssä selviytymiseen vaikuttavat useat työtehtäviin ja työympäristöön liittyvät tekijät.

Maasin ym. (2017) mukaan holistisen moniammatillisen kuntoutusohjelman aikana saadaan parhaiten käsitys aivovamman saaneen henkilön toimintakyvyn haasteista. Kuntoutusasiakirjojen perusteella intensiivisillä kursseilla on tehty perusteellinen arvio kuntoutujien toimintakyvystä useiden neuropsykologisten, fysioterapeuttisten, toimintaterapeuttisten ja puheterapeuttisten arviointimenetelmien avulla. Palveluntuottajan edustajat ja osa lähettävien tahojen edustajista kuvasivat, että kursseille tulleiden kuntoutujien ihmissuhteet ja taloudellinen tilanne eivät useinkaan ole kunnossa eivätkä he tiedä, miten tulisi toimia aivovamman aiheuttamien oireiden kanssa. Osa kuntoutujista on tarvinnut kokonaisvaltaista tukea kurssille osallistuessaan. Tähän on saattanut liittyä se, että kuntoutujien ohjautuminen kuntoutukseen on viivästynyt ja heidän ongelmansa ovat siitä syystä kasautuneet. Näiden kuntoutujien kohdalla intensiivisten kurssien tavoitteena on perustellusti ollut kokonaisvaltaisen arvion tekeminen kuntoutujan oirekuvasta ja elämäntilanteen haasteista.

Tässä tutkimuksessa kuntoutuspalvelujärjestelmän toimijat arvioivat intensiivisten kurssien tavoitteita ja hyötyjä eriävin odotuksin ja intressein erityisesti suhteessa kurssin työelämätaivoitteisiin. Kurssien tehtävästä ja tavoitteista aivovammapotilaiden kuntoutusjärjestelmää täydentävänä palveluna tulisi saavuttaa yhteinen näkemys. Terveystuon, palveluntuottajien ja kuntoutuksen järjestäjien yhtenevä käsitys kuntoutustoimenpiteiden tavoitteista ja tarpeellisuudesta on johdonmukaisen kuntoutusprosessin edellytys ja se mahdollistaa kuntoutujan tavoitteiden saavuttamisen (Paltamaa ym. 2011, 35). On tärkeää määritellä, onko kurssien tavoitteena kuntoutujan lähtötilanteen arviointi eli toimintakyvyn ja oirekuvan perusteellinen kartoittaminen vai kuntoutumisen edistäminen eli elämänhallinnan tukeminen tai työelämään palaaminen. Koska aivovamman saaneen henkilön kuntoutuspalvelujärjestelmä on monitahoinen ja kuntoutusprosessiin osallistuu yleensä useita toimijoita yhtä aikaa (esim. Mäkilä 2012, 36–40), yhteisten tavoitteiden määrittely on tärkeää.

### 6.3 Terveystuon vastuu – onko aikaa ja osaamista?

Kelan järjestämään harkinnanvaraiseen kuntoutukseen ohjaaminen tulee perustua terveystuon laadittuun lääkärintuon, jossa kuntoutusta suositellaan henkilölle (Kela 2017). Terveystuon laaditaan kuntoutussuunnitelma, asetetaan kuntoutuksen tavoitteet, etsitään palvelu, jonka avulla tavoitteita kohti edetään ja seurataan tavoitteiden saavuttamista (esim. Kela 2016). Tutkimuksessa osa haastelluista ammattilaisista toi esiin, ettei terveystuon ole aina riittävää osaamista aivovamman saaneen henkilön toimintakyvyn arvioimiseksi. Sekin tuotiin esille, että terveystuon aikapaineiden vuoksi aivovamman saaneen henkilön toimintakyvyn arviointi vastaanottokäyntien aikana ei ole aina mahdollista. Tässäkin tutkimuksessa analysoituihin B-tuon ei ollut kuvattu kuntoutujien toimintakykyä ja kaikille kuntoutujille ei ollut asetettu tavoitteita kuntoutukselle. Kursseille lähettämisen perusteena onkin usein ollut aivovamman saaneen henkilön toimintakyvyn perusteellinen arviointi. Yksi lähettävän tahon edustaja toi haastatteluissa esiin, että intensiivisistä kursseista saattaa olla enemmän hyötyä niille kuntoutujille, joiden lä-

hettävällä taholla ei ole riittävää osaamista kuntoutujan toimintakyvyn arvioimiseksi. Näille kuntoutujille olisi siis hyödyllistä, että palvelujärjestelmässä olisi tarjolla sellainen palvelu, jonka tarkoituksena on aivovamman saaneen henkilön toimintakyvyn arviointi.

Osa asiantuntijalääkäreistä myös arvioi, ettei terveydenhuollossa ole aina kriittisesti arvioitu tarvetta intensiivisille kurseille ja suunnitelma jatkokuntoutukselle on joissakin tapauksissa tehty suoraan palveluntuottajan suositusten perusteella. Osa haastatelluista toi myös esiin, että joskus terveydenhuollon ja palveluntuottajan tekemät arviot kuntoutujien toimintakyvystä ovat eronneet toisistaan, mikä on asettanut kuntoutujat vaikeaan asemaan esimerkiksi kuntoutuksen rahoittajan suhteen. Palveluntuottaja on esimerkiksi arvioinut kuntoutujien toimintakyvyn heikommaksi kuin terveydenhuolto. Tämä on saattanut johtua siitä, että kurssien aikana kuntoutujien toimintakyvystä ja sen rajoitteista on ollut mahdollista saada kokonaisvaltaisempi kuva. Palveluntuottajan edustajat toivoivat, että kurssilla tehdystä kuntoutujan toimintakyvyn arviosta olisi nykyistä paremmin mahdollista keskustella ja esittää sille perusteita kuntoutujan seurantataholle kurssin jälkeen. Tutkimuksessa tuli myös esille, etteivät kaikki kuntoutusprosessiin osallistuvat toimijat luota toistensa osaamiseen ja toimintaan. Luottamus on kuitenkin sujuvan ammatillisen yhteistyön perusta (esim. Salmelainen 2008). Jotta aivovamman saaneen henkilön on mahdollista saavuttaa kuntoutukselle asettamansa tavoitteet, vaikuttavaksi arvioidun kuntoutusmallin lisäksi kuntoutumisen edellytyksenä on, että tiedonkulku, työnjako ja yhteistyö kuntoutukseen lähettävän tahon, kuntoutuksen järjestäjän ja palveluntuottajan välillä sujuu mutkattomasti (esim. Paltamaa ym. 2011, 35).

Tutkimuksen tulokset tukevat näkemystä puutteellisesta aivovammakuntoutuksen koordinoinnista Suomessa (Konsensuslausuma 2008). Kuntoutusjärjestelmän toimijoiden välistä työn- ja vastuunjakoa tulee selkeyttää, jotta palvelujärjestelmän käytännöt tukevat aivovamman saaneen henkilön kuntoutumista.

#### 6.4 Tutkimuksen arviointia

Tutkimuksen vahvuus on sen moninäkökulmainen aineisto. Kompleksisten ilmiöiden, kuten kuntoutuksen ja kuntoutumisen, onnistuneisuutta tarkastelevissa tutkimuksissa tutkittavan aiheen moninäkökulmainen tarkastelutapa on keskeinen. Moninäkökulmaisen aineiston avulla pystytään vahvistamaan ja rikastamaan ymmärrystä tutkittavasta ilmiöstä (Hammersley 2008). Lisäksi pystytään lisäämään ymmärrystä tutkittavaan ilmiöön liittyvistä intresseistä ja ymmärtämään eri toimijoiden näkemyksiä tutkittavasta ilmiöstä sekä niiden välisiä suhteita ja dynamiikkaa (esim. Kendall ym. 2009). Tutkimuksella saatiinkin monitahoista, intensiivisten kurssien vaikutuksia ja toteutuneita käytäntöjä kuvaavaa tietoa. Ilman tietoa kuntoutusprosessista ei voida tehdä päätelmiä kuntoutusintervention vaikutuksista tai vaikuttamattomuudesta (esim. Autti-Rämö ym. 2016, 92).

Tutkimuksen moninäkökulmaisuus osoittautui myös yhdeksi tutkimuksen haasteeksi. Raportissa pyrittiin monimuotoisten ja monipolvisten aineistojen kokonaisvaltaiseen kuvaamiseen siten, että yksittäisten tiedontuottajien usein ristiriitaisetkin näkemykset (esimerkkejä taulukossa 6) tuodaan riittävän tarkasti ja tasapuolisesti esille. Tästä syystä raportin tulososio on pitkä ja yksityiskohtainen, mikä voi haitata sen luettavuutta. Raportin yksityiskohtaisuus parantaa kuitenkin tutkimuksen luotettavuutta ja siirrettävyyttä (esim. Hammersley 2008; Aira ja Seppä 2010). Luotettavuutta pyrittiin lisäämään myös kuvaamalla tutkimuksen konteksti, tutkittavien valinta, käytetyt menetelmät ja aineiston analyysi tarkasti (esim. Aira ja Seppä 2010). Lisäksi tutkimuksen aineistoja analysoi kaksi tutkijaa.

**Taulukko 6.** Esimerkkejä tutkimuksessa esiin tulleista, intensiivisten kuntoutuskurssien tavoitteita, toteutusta ja hyötyjä koskevista ristiriitaisista ja/tai toisiaan täydentävistä näkemyksistä.

	Näkökulma 1	Näkökulma 2
Kohderyhmä	<ul style="list-style-type: none"> <li>Aivovamman saaneet henkilöt, joilla on vaikeuksia elämänhallinnassa ja joiden ongelmat ovat kasaantuneet</li> <li>Oireena väsyvyys tai selkeitä toimintakyvyn rajoitteita</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Aivovamman saaneet henkilöt, joilla on keskivaikava tai vaikea aivovamma</li> <li>Kurssille on lähetetty/valittu liian lievän vamman saaneita tai henkilöitä, joilla ei ole aivovammaa</li> <li>Väsyvyys ei ole riittävä kuntoutuskurssille lähettämisen peruste</li> </ul>
Ajoitus	<ul style="list-style-type: none"> <li>Kuntoutuksella voidaan tukea aivovamman saaneen henkilön toimintakykyä vielä usean vuoden jälkeen vammautumisesta</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Kuntoutuksen tulisi toteutua noin 1–5 vuotta vammautumisesta</li> <li>Usean vuoden (yli viisi vuotta) jälkeen toteutetulla kuntoutuksella ei voida enää vaikuttaa kuntoutujien toimintakykyyn</li> </ul>
Toteutus	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pitkäkestoisen kurssin aikana kuntoutuja alkaa tiedostaa ja hyväksyä aivovamman</li> <li>Kuntoutujalla on aikaa etsiä ja kokeilla yhdessä ammattilaisten kanssa sopivia keinoja aivovamman aiheuttamien oireiden hallitsemiseksi</li> <li>Pitkäkestoinen kurssi mahdollistaa kuntoutujien palvelutarpeiden kartoittamisen</li> <li>Kurssin avulla voidaan saada selvyttä kuntoutujien usein kasautuneisiin ongelmiin</li> <li>Kursseilla on mahdollista kartoittaa kuntoutujien todellisia voimavaroja ja jaksamista virikkeellisessä ympäristössä</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Liian raskas kuntoutusmuoto työkyvyn tukemiseksi</li> <li>Ei ole kustannusvaikuttava kuntoutusmuoto</li> <li>Kuntoutuksella tuetaan aivovamman saaneen henkilön vammaidentiteettiä</li> <li>Kuntoutuksen aikana keskitytään tarpeettoman paljon kuntoutujien heikkouksiin ja toimintakyvyn rajoitteisiin eikä kuntoutujia kannusteta kuntoutuksen aikana riittävästi</li> </ul>

Toinen haaste liittyi ristiriitaisien ja eri lähteistä hankittujen aineistojen yhdistämiseen. Osalla tiedontuottajista näkemys kurseista perustui omaan kokemukseen kuntoutuskurkseista ja osalla ensisijaisesti kuntoutusasiakirjojen perusteella muodostettuihin näkemyksiin, jotka osaltaan kuitenkin erosivat tutkimuksen kuntoutusasiakirja-aineistolla saadusta tiedosta. Haastatteluissa kävi ilmi joidenkin tiedontuot-

tajien huoli kuntoutuskurssien tulevaisuudesta ja toisaalta joidenkin tiedontuottajien osin voimakkaatkin kielteiset asenteet kurssija kohtaan. Sekin tuli esille, että kuntoutujien kyselyaineiston ja kuntoutusasiakirja-aineiston perusteella saatiin toisistaan poikkeava kuva kurssien toteutumisesta. Tätä saattaa selittää kuntoutujien mahdolliset kognitiiviset ongelmat tai se, että kurssin toteutumisesta oli joidenkin kuntoutujien kohdalla kyselyyn vastaushetkellä kulunut lähes kaksi vuotta (kysely toteutettiin vuoden 2016 lopussa ja kuntoutujat olivat osallistuneet kurssille vuoden 2015 aikana). Tutkijoiden olikin hyväksyttävä se, että aineistoja ei voitu hyödyntää triangulaation tavoitteiden mukaisesti siten, että eri lähteistä hankittu tieto validoisi toisiaan. Sen sijaan tutkimuksen avulla saatiin moniulotteinen ymmärrys tutkittavasta aiheesta. (May 2010.)

Tutkimuksessa käytetyt aineistot olivat verrattain pienet. Suurempi aineisto olisi antanut kattavamman kuvan tutkimusaiheesta ja mahdollisesti lisännyt ymmärrystä esiin tulleista ristiriidoista ja niiden taustalla olevista tekijöistä (esim. Eskola ja Suoranta 2000, 62–63). Esimerkiksi vain puolet tutkimuksen kohderyhmänä olleista kuntoutujista osallistui tutkimukseen. Saattaa olla, että osallistujiksi valikoituivat näkemyksiltään yhtä ääripäätä edustavat kuntoutujat. Esimerkiksi lähes kaikki kuntoutujat olivat tyytyväisiä kursseihin. Toisaalta vastaavanlainen tyytyväisyyden trendi on havaittu muissakin Kelan kuntoutusta koskevissa arviointitutkimuksissa – kuntoutujat ovat yleisesti ottaen tyytyväisiä saamaansa kuntoutukseen (esim. Seppänen-Järvelä ym. 2015; Tuulio-Henriksson ym. 2015). Lisäksi enemmistö tutkimukseen osallistuneista kuntoutujista oli naisia, vaikka miehet saavat aivovamman yleisesti ottaen naisia hieman useammin (esim. Alaranta ym. 2002).

Tutkimuksen käytännön toteutuksessa tehdyt valinnat saattoivat vaikuttaa tutkimuksen tuloksiin erityisesti palveluntuottajan edustajien haastattelun osalta. Palveluntuottajan edustajien haastattelu toteutettiin ryhmähaastatteluna. Yksilöhaastatteluilla olisi voitu saada yksityiskohtaisempi kuva kurssien toteutuksesta moniammatillisen tiimin jäsenten näkökulmasta sekä yksilöllisempiä näkemyksiä kurssien hyödyistä.

Bowenin ym. (2009) mukaan toteutettavuustutkimuksen viitekehystä soveltavissa tutkimuksissa pienillä monimenetelmällisillä aineistoilla voidaan saada osuvampaa tietoa intervention toteuttamiskelpoisuudesta kuin yksinkertaisimmilla asetelmilla. Tässä tutkimuksessa tiedontuottajat nostivat aivovammasta kuntoutuvaan henkilön kuntoutusprosessissa ja palvelujärjestelmän käytänteissä esiin sellaisia ongelmakoh- tia, joita olisi hyvä tarkastella syvemmin jatkotutkimuksissa. Jatkotutkimuksissa voitaisiin selvittää, millainen yhteys intensiivisten kurssien ajoituksella on kuntoutujan työhön tai opintoihin palaamisen onnistumiseen. Lisäksi pitkän aikavälin seurannassa voitaisiin kuvata kuntoutujien kurssin jälkeistä palvelupolkua sekä palveluiden ja etuuskien käyttöä.

## 7 Johtopäätökset

Intensiiviset kuntoutuskurssit ovat pääosin toteutuneet niiden palvelukuvaukseen määriteltyjen tavoitteiden mukaisesti. Kuntoutujat saavat kursseilla tukea muuttuneeseen elämäntilanteeseensa ja he oppivat ymmärtämään aivovamman vaikutuksia elämäänsä. Kuntoutujat ja heidän läheisensä ovat tyytyväisiä kursseihin. Kursseilla on pystytty helpottamaan kuntoutujien arjessa selviytymistä, mutta ne eivät ole tukenet kuntoutujien välitöntä työhön palaamista. Kuntoutujat oli todettu kursseilla ansiotyöhön kyvyttömiksi. Kurssien työelämätaavoitteet ovat jääneet kurssien toteutuksessa vähälle huomiolle.

Jos intensiivisiä kuntoutuskursseja toteutetaan Kelan järjestämänä kuntoutuksena tulevaisuudessa, niiden palvelukuvausta tulee tarkentaa. Kurssien kohderyhmä, tavoitteet ja sisällöt tulee tarkistaa suhteessa terveydenhuollon tarjoamaan kuntoutustarjontaan aivovamman saaneille henkilöille sekä suhteessa tutkimusnäyttöön ja Käypä hoito -suositukseen. Osalle intensiivisten kuntoutuskurssien kohderyhmästä tarkoituksenmukaisempi kuntoutusmuoto saattaisi olla lähellä kuntoutujan omaa toimintaympäristöä toteutettu avokuntoutus, joka sisällöltään vastaisi intensiivisiä kuntoutuskursseja. Laitosmuotoisille kuntoutuskursseille ohjaaminen on tarpeellista silloin, kun aivovamman saaneella henkilöllä ei ole mahdollisuutta saada asiantuntevaa kuntoutusta tai työ- ja toimintakyvyn arviointia omalla paikkakunnallaan.

Tutkimuksessa tuli esille kuntoutusprosessiin osallistuvien toimijoiden epäluottamus toistensa osaamista kohtaan. Toimimaton yhteistyö ja epäselvä työnjako kuntoutusprosessin toimijoiden välillä on tehotonta palvelujärjestelmän resurssien käyttöä eikä edistä aivovamman saaneen henkilön kuntoutumista. Tarvitaan työnjaon selkeyttämistä ja yhtenevä käsitys kuntoutustoimenpiteiden tarpeellisuudesta. Intensiivisten kuntoutuskurssien tehtävää ja tavoitteita aivovamman saaneiden henkilöiden kuntoutuspolussa ja palvelujärjestelmää täydentävänä kuntoutuspalveluna tulisi selkeyttää terveydenhuollon, palveluntuottajien ja järjestävien tahojen välisenä yhteistyönä.

## Lähteet

- Aira M, Seppä K. Laadullinen ja määrällinen tutkimus lääketieteessä. *Suomen Lääkärilehti* 2010; 9: 805–810.
- Alaranta H, Koskinen S, Turkka J. Tapaturmainen aivovaurio ei ole harvinainen. *Suomen Lääkärilehti* 2002; 57: 4801–4804.
- Altman IM, Swick S, Parrot D, Malec JF. Effectiveness of community-based rehabilitation after traumatic brain injury for 489 program completers compared with those precipitously discharged. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation* 2010; 91: 1697–1704.
- Anderson ND, Winocur G, Palmer H. Principles of cognitive rehabilitation. Julkaisussa: Gurd J, Kischka U, Marshall J, toim. *Handbook of Clinical Neuropsychology*. New York, NY: Oxford University Press, 2010: 50–77.
- Aro T, Tola S, Klockas M. Vakuutuslääketiede. Julkaisussa: Aro T, Huunan-Seppälä A, Kivekäs J, Tola S, Torstila I, toim. *Vakuutuslääketiede*. Helsinki: Duodecim, 2004: 14–18.
- Autti-Rämö I, Mikkelsen M, Lappalainen T, Leino E. Kuntoutumisen prosessi. Julkaisussa: Autti-Rämö I, Salminen A-L, Rajavaara M, Ylinen A, toim. *Kuntoutuminen*. Helsinki: Duodecim, 2016: 56–73.
- Benge JF, Caroselli JS, Reed K, Zgaljardic DJ. Changes in supervision need following participation in a residential post-acute brain injury rehabilitation programme. *Brain Injury* 2010; 24 (6): 844–850.
- Ben-Yishay Y, Rattok J, Lakin P ym. Neuropsychologic rehabilitation. Quest for a holistic approach. *Seminars in Neurology* 1985; 5 (3): 252–259.
- Boake C, Diller L. History of rehabilitation for traumatic brain injury. Julkaisussa: High WM, Sander AM, Struchen MA, Hart KA, toim. *Rehabilitation for traumatic brain injury*. New York, NY: Oxford University Press, 2005: 3–13.
- Bontke CF, Boake C. Traumatic brain injury rehabilitation. *Neurosurgery Clinics of North America* 1991; 2: 473–482.
- Bowen DJ, Kreuter M, Spring B ym. How we design feasibility studies. *American Journal of Preventive Medicine* 2009; 36 (5): 452–457.
- Braunling-McMorrow D, Dollinger SJ, Gould M, Neumann T, Heiligenthal R. Outcomes of post-acute rehabilitation for persons with brain injury. *Brain Injury* 2010; 24 (7–8): 928–938.
- Christensen AL, Pinner EM, Møller Pedersen P, Teasdale TW, Trexler LE. Psychosocial outcome following individualized neuropsychological rehabilitation of brain damage. *Acta Neurologica Scandinavica* 1992; 85: 32–38.

Cicerone KD, Langenbahn DM, Braden Cym. Evidence-based cognitive rehabilitation. Updated review of the literature from 2003 through 2008. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation* 2011; 92 (4): 519–530.

Creswell JW. *A concise introduction to mixed methods research*. Thousand Oaks, CA: Sage, 2015.

Eskola J, Suoranta J. *Johdatus laadulliseen tutkimukseen*. Tampere: Vastapaino, 2000.

Forss J. Ikääntyneiden kuntoutuksessa arki on yhteinen viitekehys. *Fysioterapia* 2016; 34–37.

Foy CML. Long term efficacy of an integrated neurological and vocational rehabilitation programme for young adults with acquired brain injury. *Journal of Occupational Rehabilitation* 2014; 24: 533–542.

Geurtsen GJ, van Heugten CM, Martina JD, Geurts ACH. Comprehensive rehabilitation programmes in the chronic phase after severe brain injury: a systematic review. *Journal of Rehabilitation Medicine* 2010; 42: 97–110.

Geurtsen GJ, van Heugten CM, Martina JD, Rietveld AC, Meijer R, Geurts AC. A prospective study to evaluate a residential community reintegration program for patients with chronic acquired brain injury. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation* 2011; 92: 696–704.

Greene J. *Mixed methods in social inquiry*. San Francisco, CA: Josey-Bass, 2007.

Hayden ME, Plenger P, Bison K, Kowalske K, Masel B, Qualls D. Treatment effect versus pretreatment recovery in persons with traumatic brain injury: a study regarding the effectiveness of postacute rehabilitation. *PM & R* 2013; 5: 319–327.

Hammersley M. *Troubles with triangulation*. Julkaisussa: Bergman MM, toim. *Advances in mixed methods research*. London: Sage, 2008: 22–36.

Hiekkala S, Hämäläinen P, Pekkonen M. *Laitoskuntoutus osana hyvää kuntoutuskäytäntöä*. Julkaisussa: Autti-Rämö I, Salminen A-L, Rajavaara M, Ylinen A, toim. *Kuntoutuminen*. Helsinki: Duodecim, 2016: 335–346.

Hirsjärvi S, Hurme H. *Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö*. Helsinki: Yliopistopaino, 2000.

Isokuortti H, Iverson GL, Kataja A, Brander A, Öhman J, Luoto TM. Who gets head trauma or recruited in mild traumatic brain injury research? *Journal of Neurotrauma* 2016; 33 (2): 232–241.

Johnson RB, Onwuegbuzie AI, Turnet LA. Toward a definition of mixed methods research. *Journal of Mixed Methods Research* 2007; 1 (2): 112–133.



Kaipio ML, Sarajuuri J, Koskinen S. The INSURE program and modifications in Finland. Julkaisussa: Christensen A-L, Uzzell BP, toim. International handbook of neuropsychological rehabilitation. New York, NY: Kluwer Academic/Plenum Publishers, 2000: 247–258.

Kela. Kelan avo- ja laitospuotoisen kuntoutuksen standardi. Aivovamman saaneiden aikuisten kuntoutuksen palvelulinja. Traumaattisen aivovamman saaneiden aikuisten intensiiviset kuntoutuskurssit, osittaiset perhekurssit. Voimassa 1.1.2015 alkaen. Helsinki: Kela, 2015. Saatavissa: <<http://www.kela.fi/documents/10180/734866/Traumaattisen+aivovamman+saaneiden+kuntoutuskurssi.pdf/e6b1e556-0c1c-451f-9049-92d18795df3b>>. Viitattu 5.4.2018.

Kela. Kelan avo- ja laitospuotoisen kuntoutuksen standardi. Yleinen osa. Voimassa 1.1.2016 alkaen. Helsinki: Kela, 2016. Saatavissa: <<http://www.kela.fi/documents/10180/2272284/Yleinen+osa.pdf/f89a145c-5863-4176-889e-0f8e2bf0cb95>>. Viitattu 5.4.2018.

Kela. Harkinnanvarainen kuntoutus. Helsinki: Kela, 2017. Saatavissa: <<http://www.kela.fi/documents/10192/3239981/Harkinnanvarainen%20kuntoutus.pdf>>. Viitattu 5.4.2018.

Kendall M, Murray SA, Carduff E ym. Use of multiperspective qualitative interviews to understand patients' and carers' beliefs, experiences, and needs. *BMJ* 2009; 339: b4122. DOI: 10.1136/bmj.b4122.

Kjerstad E, Tuntland HK. Reablement in community-dwelling older adults. A cost-effectiveness analysis alongside a randomized controlled trial. *Health Economics Review* 2016; 6 (15). PMID: PMC4864744. DOI: 10.1186/s13561-016-0092-8

Konsensuslausuma. Äkillisten aivovaurioiden jälkeinen kuntoutus. Fokuksessa aivoverenkiertohäiriöt ja aivovammat. *Suomalainen Lääkäriseura Duodecim ja Suomen Akatemia*. Duodecim 2008; 125: 101–114.

Käypä hoito -suositus. Aivovammat. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Neurologisen yhdistys ry:n, Societas Medicinae Physicalis et Rehabilitationis Fenniae ry:n, Suomen Neurokirurgisen yhdistyksen, Suomen Neuropsykologisen yhdistyksen ja Suomen Vakuutuslääkärien yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2017. Saatavissa: <<http://www.kaypahoito.fi>>. Viitattu 19.2.2018.

Lait:

L 626/1991. Laki liikennevakuutuslain perusteella korvattavasta kuntoutuksesta.

L 566/2005. Laki Kansaneläkelaitoksen kuntoutusetuuksista ja kuntoutusrahaetuksista.

L 395/2006. Työntekijän eläkelaki.

L 348/2007. Laki julkisista hankinnoista.

L 459/2015. Työtapaturma- ja ammattitautilaki.

Laaksonen R, Koskinen S, Ranta M, Sarajuuri J, Paavola L. Neuropsykoterapia. Julkaisussa: Jehkonen M, Saunamäki T, Paavola L, Vilkki J, toim. Kliininen neuropsykologia. Helsinki: Duodecim, 2015: 455–459.

- Law M, Baptiste S, Carswell A, McColl MA, Polatajko H, Pollock N. COPM Canadian Occupational Performance Measure. Ontario: CAOT Publications, 2005.
- Law M, Baptiste S, Carswell A, McColl MA, Polatajko H, Pollock N. COPM Canadian Occupational Performance Measure. (Suom. Kantanen M, Kaukinen M-A.) Omakustanne.
- Leinonen J, Nybo T. Ammatillinen kuntoutus ja työhönpaluu aivovamman jälkeen. Helsinki: Duodecim, Näytönastekatsaus, 2017. Saatavissa: <<http://www.kaypahoito.fi>>. Viitattu 15.3.2018.
- Maailman terveysjärjestö (World Health Organization, WHO). International classification of functioning, disability and health. Geneve: WHO, 2001.
- Maas AIR, Menon DK, Adelson PD ym. Traumatic brain injury. Integrated approaches to improve prevention, clinical care, and research. *Lancet Neurology* 2017; 16: 987–1048.
- Malec JF, Basford JS. Postacute brain injury rehabilitation. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation* 1996; 77: 198–207.
- May V. Realities Toolkit #12: What to do with contradictory data? Manchester: ESRC National Centre for Research Methods, 2010. Saatavissa: <<http://eprints.ncrm.ac.uk/1322/1/12-toolkit-contradictory-data.pdf>>. Viitattu 15.3.2018.
- Menon DK, Schwab K, Wright DW, Maas AI. Position statement. Definition of traumatic brain injury. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation* 2010; 91 (11): 1637–1640.
- Micklewright JL, Yutsis M, Smigielski JS, Brown AW, Bergquist TF. Point of entry and functional outcomes after comprehensive day treatment participation. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation* 2011; 92: 1974–1978.
- Mäkilä R. Aivovamma ja palvelujärjestelmä. Julkaisussa: Lindstam S, Ylinen A, toim. Aivovammojen kuntoutus. Helsinki: Duodecim, 2012: 36–41.
- O’Neill J, Hibbard MR, Brown M ym. The effect of employment on quality of life and community integration after traumatic brain injury. *Journal of Head Trauma Rehabilitation* 1998; 13 (4): 68–79.
- Palomäki H, Koskinen S. Aivovammat. Julkaisussa: Rissanen P, Kallanranta T, Suikkanen A, toim. Kuntoutus. Helsinki: Duodecim, 2008: 274–288.
- Palomäki H, Niskakangas T, Öhman J, Koskinen S. Aivovammat. Julkaisussa: Soinila S, Kaste M, toim. *Neurologia*. Helsinki: Duodecim, 2015. Saatavissa: <[www.oppiportti.fi](http://www.oppiportti.fi)>. Viitattu 27.3.2018.
- Paltamaa J, Karhula M, Suomela-Markkanen T, Autti-Rämö I. Hyvän kuntoutuskäytännön perusta. Käytännön ja tutkimustiedon analyysistä suosituksiin vaikeavammaisten kuntoutuksen kehittämishankkeessa. Helsinki: Kela, 2011.

Peeters W, van den Brande R, Polinder S ym. Epidemiology of traumatic brain injury in Europe. *Acta Neurochirurgica* 2015; 157 (10): 1683–1696.

Pitkänen K, Jäkälä P. Moniammatillinen osastokuntoutus aivovammapotilaan subakuutin vaiheen kuntoutuksessa. Julkaisussa: Lindstam S, Ylinen A, toim. Aivovammojen kuntoutus. Helsinki: Duodecim, 2012: 55–63.

Prigatano GP, Klonoff PS, O'Brien KP ym. Productivity after neuropsychologically oriented milieu rehabilitation. *Journal of Head Trauma Rehabilitation* 1994; 9: 91–102.

Salmelainen U. Tiedon välittyminen ja rakentuminen kuntoutuksessa. Moniammatillinen asiantuntijayhteistyö ikäihmisten laitostuotoisessa kuntoutuksessa. Helsinki: Kela, Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 98, 2008.

Salminen A-L. Ryhmämuotoinen kuntoutus. Julkaisussa: Autti-Rämö I, Salminen A-L, Rajavaara M, Ylinen A, toim. Kuntoutuminen. Helsinki: Duodecim, 2016: 301–305.

Salminen A-L, Järvikoski A, Härkäpää K. Teoriat, viitekehykset ja mallit kuntoutusta ohjaamassa. Julkaisussa: Autti-Rämö I, Salminen A-L, Rajavaara M, Ylinen A, toim. Kuntoutuminen. Helsinki: Duodecim, 2016: 20–36.

Sarajuuri J. Aivovammapotilaan kokonaisvaltainen kuntoutus. Julkaisussa: Jehkonen M, Saunamäki T, Paavola L, Vilkki J, toim. Kliininen neuropsykologia. Helsinki: Duodecim, 2015: 460–462.

Sarajuuri J, Koskinen S. Holistic neuropsychological rehabilitation in Finland. The INSURE program – a transcultural outgrowth of perspectives from Israel to Europe via the USA. *International Journal of Psychology* 2006; 41: 362–370.

Sarajuuri J, Kaipio ML, Koskinen S, Niemelä M, Servo A, Vilkki J. Outcome of a comprehensive neurorehabilitation program for patients with traumatic brain injury. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation* 2005; 86: 2296–2302.

Seppänen-Järvelä R, Aalto AM, Juvonen-Posti P, Laaksonen M, Tuusa M. Yksilöllisesti räätälöity ja työhön kytketty. Kelan työhönkuntoutuksen kehittämishankkeen arviointitutkimus. Helsinki: Kela, Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 139, 2015.

Silverberg ND, Panenka WJ, Iverson GL. Work productivity loss after mild traumatic brain injury. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation* 2018; 99: 250–256.

Sukula S, Vainiemi K. Tavoitteiden laatiminen. Julkaisussa: Sukula S, Vainiemi K, Laukkala T, toim. GAS. Menetelmästä sovellukseen. Helsinki: Kela, 2015: 13–15.

Tashakkori A, Creswell JW. Exploring the nature of research methods in mixed methods research. *Journal of Mixed Methods Research* 2007; 1 (3): 207–211.

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

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. Humanistisen, yhteiskuntatieteellisen ja käyttäytymistieteellisen tutkimuksen eettiset periaatteet ja ehdotus eettisen ennakoarvioinnin järjestämiseksi. Helsinki: Tutkimuseettinen neuvottelukunta, 2009.

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

Vaden V-M. Talousarvion toteutumisen seurantaraportti. Helsinki: Kela, 2018.

Wäljas M, Iverson GL, Lange RT ym. Return to work following mild traumatic brain injury. *Journal of Head Trauma Rehabilitation* 2014; 29 (5): 443–450.

Ylinen A. Aivovamma ja kuntoutus. Julkaisussa: Lindstam S, Ylinen A, toim. Aivovammojen kuntoutus. Helsinki: Duodecim, 2012: 6–8.

## **Liiteluettelo**

Liitteet ovat erillisessä tiedostossa.

**Liite 1.** Intensiivisten kurssien päiväohjelma

**Liite 2.** Kuvailevan kirjallisuuskatsauksen tulokset

**Liite 3.** Kuntoutujien kyselylomake

**Liite 4.** Kuntoutujien läheisten kyselylomake

**Liite 5.** Palveluntuottajan fokusryhmähaastattelun haastattelurunko

**Liite 6.** Asiantuntijalääkäreiden haastattelurunko

**Liite 7.** Kuntoutukseen lähettävien tahojen edustajien haastattelurunko

## SOSIAALI- JA TERVEYSTURVAN RAPORTTEJA

- 8 **Huttunen K, Kosonen J, Waaramaa T, Laakso M-L.** Tunne-etsivät-pelin vaikuttavuus lasten sosioemotionaalisen kehityksen tukemisessa. 2018. ISBN 978-952-284-037-0 (pdf).
- 7 **Saikku P, Rajavaara M, Seppälä U.** Monialainen yhteistyö paikallisessa työllisyyden hallinnassa. Integroiva kirjallisuuskatsaus. 2017. ISBN 978-952-284-030-1 (pdf).
- 6 **Turunen E, Tillman P.** Kun vain lähettäisiin ajoissa. Matkakorvausten käytäjien kokemuksia sairausvakuutuksen korvaamista matkoista. 2017. ISBN 978-952-284-027-1 (pdf).
- 5 **Sipari S, Vänskä N, Pollari K.** Lapsen edun toteutuminen kuntoutuksessa. Osallistumista ja toimijuutta vahvistavat hyvät käytännöt. 2017. ISBN 978-952-284-025-7 (pdf).
- 4 **Paltamaa J, Erkkilä J, Kanelisto K, Mustonen O, Nousiainen E.** Pitkät yhtäjaksoiset yksilöterapiat. Terapioiden merkitys kuntoutujan ja kuntoutuksen eri toimijoiden näkökulmista. 2017. ISBN 978-952-284-024-0 (pdf).
- 3 **Pasternack I, Remahl A, Ahovuo-Saloranta A, Isojärvi J, Mäkinen E.** Krooninen väsymysoireyhtymä. Etiologia, diagnostiikka, hoito sekä kuntoutusinterventiot. 2017. ISBN 978-952-284-023-3 (pdf).
- 2 **Vuori M, Tuulio-Henriksson A, Sandelin I, Nissinen H, Autti-Rämö I.** Kelan monimuotoiseen perhekuntoutukseen ohjautuminen ja perheenjäsenten kuntoutustoiveet. 2016. ISBN 978-952-284-011-0 (nid.), ISBN 978-952-284-012-7 (pdf).
- 1 **Turunen E, Tillman P, Maunula N.** Yöpyminen sairaanhoidon matkalla. Sairausvakuutuksen yöpymiskorvaukset ja potilashotellitoiminta Suomessa sekä katsaus potilashotellitoimintaan ja tutkimuskirjallisuuteen muissa Pohjoismaissa. 2016. ISBN 978-952-284-001-1 (nid.), ISBN 978-952-284-002-8 (pdf).