

Teea Marjamäki

YLI 65 VUOTIAIDEN VAIKEAVAMMAISTEN LÄÄKINNÄLLISEN
KUNTOUTUKSEN TOTEUTUMINEN
JÄRJESTÄMISVELVOLLISUUDEN SIIRTYESSÄ KELALTA
JULKISEN TERVEYDENHUOLLON VASTUULLE

Kuntoutusohjauksen ja -suunnittelun koulutusohjelma

2012

YLI 65-VUOTIAIDEN VAIKEAVAMMAISTEN LÄÄKINNÄLLISEN
KUNTOUTUKSEN TOTEUTUMINEN JÄRJESTÄMISVELVOLLISUUDEN
SIIRTYESSÄ KELALTA JULKISEN TERVEYDENHUOLLON VASTUULLE

Marjamäki, Teea
Satakunnan ammattikorkeakoulu
Kuntoutusohjauksen ja -suunnittelun koulutusohjelma
Huhtikuu 2012
Ohjaaja: Koivuniemi, Merja
Sivumäärä: 37
Liitteitä: 4

Asiasanat: vaikeavammaisten lääkinnällinen kuntoutus, kuntoutussuunnitelma, siirtymävaihe, harkinnanvarainen kuntoutus, teemahaastattelu

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää Sastamalan sosiaali- ja terveystalvet Sotesin lääkinnällisen kuntoutuksen asiakkaiden kokemuksia ja mielipiteitä heidän kuntoutuksensa siirtymävaiheesta, Kelan vaikeavammaisten lääkinnällisestä kuntoutuksesta perusterveydenhuollon vastuulle.

Teemahaastattelun menetelmää käyttäen pyrin saamaan vastauksia viideltä kuntoutujalta seuraaviin, heidän kuntoutustaan koskeviin asioihin; Millaista ohjeistusta / ohjausta kuntoutajat olivat saaneet täyttäessään 65 vuotta Kelan tai perusterveydenhuollon taholta lääkinnällisen kuntoutuksen siirtymävaiheessa, oliko heille laadittu kuntoutussuunnitelmaa kuntoutuksen siirtyessä perusterveydenhuollon vastuulle ja mitä suunnitelma sisälsi, miten kuntoutus on toteutunut perusterveydenhuollon vastuulla, millaisia kehittämistarpeita he tunnistavat siirtymävaihetta tai kuntoutusta koskien sekä onko heillä kokemuksia Kelan 65 vuotta täyttäneille järjestämästä harkinnanvaraisesta kuntoutuksesta.

Teemahaastattelun saamieni vastausten pohjalta siirtymävaiheen ohjauksen kuntoutajat kokivat riittäväksi, vaikkakin kuntoutusvastuun siirtymisestä Kelalta perusterveydenhuollolle saatu tieto oli hajanaista. Kuntoutussuunnitelman laadinnan ja sisällön merkitys kuntoutukselle oli kuntoutujien kokemusten pohjalta merkityksetöntä, koska kuntoutajat eivät itse kokeneet voivansa vaikuttaa suunnitelmaan tai sen sisältöön. Kuntoutuksen ei myöskään koettu jatkuvan yksilöllisten tarpeiden mukaisesti perusterveydenhuollon vastuulla eikä kuntoutusmäärien selkeä lasku verrattuna Kelan myöntämään vaikeavammaisten lääkinnälliseen kuntoutukseen ylläpitänyt riittävää toimintakykyä. Kehittämistarpeina perusterveydenhuollon vastuulla toteutuvaan kuntoutukseen kuntoutajat toivat esille eritoten yksilöllisen kuntoutussuunnittelun ja -ohjauksen merkityksen sekä kuntoutuksen toteutumisen, joka tukee riittävän toimintakyvyn ylläpitämistä. Harkinnanvarainen kuntoutus yli 65-vuotiaille oli hyvin tunnettu ja kuntoutajat kokivat sen oman toimintakykynsä ylläpidon kannalta hyödylliseksi kuntoutusmuodoksi lääkinnällisen kuntoutuksen lisäksi.

IMPLEMENTATION OF THE MEDICAL REHABILITATION WHEN IT'S TRANSITION OBLIGATION MOVES FROM SOCIAL INSURANCE INSTITUTION TO PUBLIC HEALTH CARE AFTER SEVERELY HANDIKAPPED PERSON COMES TO AGE OF 65 YEARS

Marjamäki, Teea

Satakunnan ammattikorkeakoulu, Satakunta University of Applied Sciences

Degree Programme in Rehabilitation Counseling and Planning

April 2012

Supervisor: Koivuniemi, Merja

Number of pages: 37

Appendices: 4

Key words: medical rehabilitation for severely handicapped, rehabilitation plan, period of transition, discretionary rehabilitation, interview with the theme

The purpose of this thesis was to clarify Sastamala's social- and health services – Sotesi – customer's experiences and opinions about their period of transition of a medical rehabilitation from Social Insurance Institution (Kela) to public health care responsibility for severely handicapped persons.

Using a method of an interview with the theme, I tried to get answers from five rehabilitees of their experiences and views for following questions about their rehabilitation; What kind of instructions / guidance rehabilitees were obtained from Kela or from public health care about their period of transition when they turn age of 65? Whether their made rehabilitation plan after period of transition was realized to public health care and what it includes? How rehabilitation has been realized responsibility for health care? What kind of needs to develop rehabilitees have found about their period of transition or rehabilitation? Do they have experiences from discretionary rehabilitation that Kela organizes for 65 years of age and after it?

Answers that I get on the basis of an interview with the theme, rehabilitees felt they had sufficient guidance for their period of rehabilitation transition, although the information that they have get was patchy. Rehabilitees felt that the importance of a making rehabilitation plan or its contents for their rehabilitation was insignificant, because they couldn't affect the substance of a plan. Rehabilitees also felt that rehabilitation didn't continues to be needs of an individual's in responsibility for health care and a clear reduction in the amount of rehabilitation after period of transition maintain an adequate to a functional capacity. Needs to develop in a public's health care organized rehabilitation, rehabilitees brought out especially an individual planning for rehabilitation, meaning of rehabilitation counseling and organized rehabilitation that is enough to support maintain of a functional capacity. The discretionary rehabilitation for 65 years of age and after it was well-known and rehabilitees felt that it was good form of rehabilitation to maintain functional capacity in addition to medical rehabilitation.

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	5
2	VAIKEAVAMMAISTEN LÄÄKINNÄLLINEN KUNTOUTUS.....	6
2.1	Lääkinnällistä kuntoutusta ohjaava lainsäädäntö	7
2.2	Hyvä kuntoutuskäytäntö.....	7
2.3	Kela ja vaikeavammaisten lääkinällinen kuntoutus	9
2.3.1	Vaikeavammaisuus.....	9
2.3.2	Vammaisetuus määrittää vaikeavammaisuutta	10
2.3.3	Suomen vammaispoliittinen ohjelma 2010–2015	11
2.3.4	Kuntoutussuunnitelma.....	11
2.4	Harkinnanvarainen kuntoutus.....	13
2.5	Lääkinnällinen kuntoutus perusterveydenhuollon vastuulla	14
2.6	Toimintakyvyn muutokset ja kuntoutus ikääntyessä.....	15
3	SIIRTYMÄVAIHE	18
3.1	Siirtymävaiheen menettelyohjeistus.....	18
3.2	Sastamalan sosiaali- ja terveystalveluiden toimintatapa lääkinällisen kuntoutuksen siirtymävaiheessa sekä kuntoutuksen toteutus	19
4	TUTKIMUSTEHTÄVÄ JA TOTEUTTAMINEN	20
4.1	Kvalitatiivinen tutkimus ja teemahaastattelu	20
4.2	Tutkimuksen kohderyhmä.....	22
4.3	Teemahaastattelun toteutus	23
5	TUTKIMUSTULOKSET	25
6	TUTKIMUKSEN JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA	31
	LÄHTEET	36
	LIITTEET	

1 JOHDANTO

Kelan vaikeavammaisten lääkinnällisen kuntoutuksen järjestämisvastuu päättyy kuntoutujan täyttäessä 65 vuotta, ja vastuu kuntoutuksesta siirtyy tällöin perusterveydenhuollolle. Sosiaali- ja terveysministeriö on kirjannut Kuntatiedotteessaan 17/2005 menettelytapaohjeet, jotka kuvaavat ja vahvistavat aikaisempaa hyväksi todettua käytäntöä 65 vuotta täyttäneen vaikeavammaisen henkilön kuntoutuksen järjestämisestä. Ohjeet on tarkoitettu varmistamaan, että kuntoutus jatkuu yksilöllisen kuntoutustarpeen mukaisena siirtymävaiheessa ja sen jälkeen.

Tämän opinnäytetyöni tarkoituksena oli selvittää, miten vaikeavammaisten lääkinnällisen kuntoutuksen siirtymävaihe Kelalta julkisen terveydenhuollon vastuulle ja kuntoutuksen jatkuminen toteutuvat Sastamalan alueella kuntoutujan täyttäessä 65 vuotta. Aihe opinnäytetyöhöni nousi esille Aamulehdessä huhtikuussa 2011 olleesta artikkelista, missä 65 vuotta täyttänyt vaikeavammaisen kuntoutuja kertoi kokemuksiaan siirtymävaiheen jälkeisestä kuntoutuksesta ja siinä tapahtuneista muutoksista. (Liite 1)

Opinnäytetyössäni, jonka toteutin teemahaastattelun menetelmää käyttäen, haastattelin viittä Sastamalan sosiaali- ja terveystalvaku - Sotesin yli 65 vuotiasta lääkinnällisen kuntoutuksen asiakasta. Tarkoitukseni oli saada haastateltavilta kokemuksia ja mielipiteitä siirtymävaiheen ohjauksesta / ohjeistuksesta, kuntoutuksen käynnistymisestä ja toteutumisesta perusterveydenhuollon vastuulla, kuntoutussuunnitelman laadinnasta sekä sisällöstä, kuntoutujan tunnistamia kehittämistarpeita siirtymävaiheeseen ja kuntoutukseen liittyen sekä Kelan järjestämästä harkinnanvaraisesta kuntoutuksesta yli 65-vuotiaille.

Kelan vaikeavammaisten lääkinnällisen kuntoutuksen 60–64-vuotiaita asiakkaita oli vuonna 2011 Suomessa 2325, joista Sastamalan alueella kuntoutusta sai 16. Kelan järjestämää harkinnanvaraista kuntoutusta sai vuoden 2011 aikana Suomessa 824, 65–69-vuotiasta asiakasta ja 2147 yli 69-vuotiasta. Sastamalan alueella harkinnanva-

raista kuntoutusta myönnettiin vuonna 2011 neljälle 65–69-vuotiaalle ja kahdeksalletoista yli 69-vuotiaalle asiakkaalle. (Kelan tilastotietokanta Kelasto 2012.)

2 VAIKEAVAMMAISTEN LÄÄKINNÄLLINEN KUNTOUTUS

Suomessa vaikeavammaisten kuntoutusta toteuttavat terveydenhuolto (lääkinnälliset hoito- ja kuntoutuspalvelut) ja sosiaalihuolto (mm. vammaispalvelulain mukaiset palvelut) sekä lisäksi Kansaneläkelaitos ja liikenne- ja tapaturmavakuutusjärjestelmä. Kela on vuodesta 1991 alkaen vastannut lakisääteisesti niiden vaikeavammaiselle henkilölle tarkoitettujen pitkäaikaisten ja vaativien kuntoutusjaksojen järjestämisestä, jotka eivät suoraan liity sairaanhoitoon, ja jotka ovat tarpeen kuntoutujan työ- ja toimintakyvyn säilyttämiseksi tai parantamiseksi. (Järvikoski, Hokkanen & Härkäpää. 2009, 13).

Vaikeavammaisten lääkinällisen kuntoutuksen tavoitteena on vaikeavammaisen kuntoutujan työ- tai toimintakyvyn turvaaminen tai parantaminen. Toimintakyvyn turvaamisen tavoitteena on paitsi ylläpitää nykyistä, sairauden tai vamman vuoksi alentunutta toimintakykyä myös hidastaa etenevän sairauden aiheuttamaa toimintakyvyn heikkenemistä. Kuntoutujan toimintakyvyn parantamista voidaan edesauttaa tukemalla uusien tai menetettyjen taitojen oppimista tai vahvistamalla toimintakykyä tukevia tai korvaavia taitoja. (Kansaneläkelaitoksen www-sivut 2012.)

Kunnallinen terveydenhuolto vastaa lääkinällisen kuntoutuksen järjestämisestä, jos kuntoutus ei kuulu Kelan tai erityislainsäädännön perusteella muun tahon järjestettäväksi. Lääkinällisen kuntoutuksen palveluja järjestävät kunnissa terveystakeskukset tai sairaalat, joko omana toimintana tai ostopalveluna. (Kansaneläkelaitoksen www-sivut 2012.)

2.1 Lääkinnällistä kuntoutusta ohjaava lainsäädäntö

Lääkinnällisen kuntoutuksen järjestämisestä ja palveluista säädetään Terveystieteiden tutkimuskeskuksissa 1326/20, Asetuksessa lääkitinnällisestä kuntoutuksesta 1015/1991 sekä laissa Kansaneläkelaitoksen kuntoutusetuuksista ja kuntoutusrahaetuuksista 566/2005.

Terveystieteiden tutkimuskeskuksien 1326/2010 29§:ssä säädetään kunnan velvollisuudesta järjestää potilaan sairaanhoitoon liittyvää lääkitinnällistä kuntoutusta sekä kuntoutukseen kuuluvista palveluista.

Asetuksessa lääkitinnällisestä kuntoutuksesta 1015/1991 säädetään kansanterveyslaissa (66/72) ja erikoissairaanhoidolaissa (1062/89) määritellyn sairaanhoidon osana järjestettävästä lääkitinnällisestä kuntoutuksesta. Asetuksessa säädetään kunnan tai kuntaliiton velvollisuudesta järjestää lääkitinnällistä kuntoutusta, kuntoutuspalveluiden sisällöstä, apuvälineistä sekä lääkitinnällisen kuntoutuksen suunnittelusta ja seurannasta.

Laissa Kansaneläkelaitoksen kuntoutusetuuksista ja kuntoutusrahaetuuksista 2005/566 säädetään Kansaneläkelaitoksen velvollisuudesta järjestää vaikeavammaisten lääkitinnällistä kuntoutusta. Lain 9§:ssä säädetään perusteet, joiden mukaan vakuutetun katsotaan olevan vaikeavammaisen ja täten oikeutettu Kelan järjestämään vaikeavammaisten lääkitinnälliseen kuntoutukseen. Lain 10§:ssä säädetään palvelut, joita Kelan tulee järjestää vaikeavammaisten lääkitinnällisenä kuntoutuksena. Harkinnanvaraisesta kuntoutuksesta säädetään tämän lain 12§:ssä.

2.2 Hyvä kuntoutuskäytäntö

Laissa Kansaneläkelaitoksen kuntoutusetuuksista ja kuntoutusrahaetuuksista 15.7.2005/566 10 §:ssä säädetään, että Kelan järjestämän kuntoutuksen tulee olla hyvän kuntoutuskäytännön mukaista ja perustua erityisasiantuntemukseen ja erityisosaamiseen.

Hyvällä kuntoutuskäytännöllä tarkoitetaan kuntoutuskäytäntöä, jota yleisesti hyväksyttynä noudatetaan Kelan ja julkisen terveydenhuollon kuntoutuksessa (Kansaneläkelaitoksen www-sivut 2012). Hyvän kuntoutuskäytännön mukainen kuntoutus pohjautuu vakiintuneeseen ja kokemusperäisesti perusteltuun kuntoutuskäytäntöön tai tieteelliseen vaikuttavuustietoon. Hyvän kuntoutuskäytännön periaatteet pohjautuvat asiakas- ja perhelähtöisyyteen sekä kuntoutujan arjen tarpeita vastaavaksi. Moniammatillinen työskentely mahdollistaa, että sillä voidaan vastata kuntoutujan monimuotoisiin tarpeisiin sekä varmistetaan asiantuntevan ja laaja-alaisen kuntoutussuunnitelman laatiminen. ICF-luokituksella voidaan luoda kuntoutujan tilannetta laajasti huomioiva rakenne sekä konkreettinen, hyvää kuntoutuskäytäntöä tukeva viitekehys. (Paltamaa, Karhula, Suomela-Markkanen & Autti-Rämö 2011, 27, 35).

Perustana hyvälle kuntoutuskäytännölle on yksilöllisyyden ja yhteisöllisyyden kunnioittaminen, oikea ajoitus, ongelmien ja vahvuuksien tunnistaminen, tiedon ja kokemusten soveltaminen, kuntoutujan ja myös omaisen tai perheen osallistuminen ja sitoutuminen sekä järjestelmien avoin moniammatillinen yhteistyö. Hyvä kuntoutus nähdään vaikuttavana ja tuloksellisena. Tältä edellytetään, että kuntoutuksen eri vaiheet ja prosessit nivELYTÄVÄT sujuvasti toisiinsa. (Alaranta, Lindberg & Holma 2008, 648.)

Vuonna 2006 käynnistettiin Kelan toimesta vaikeavammaisten lääkinnällisten kuntoutuspalvelujen kehittämiseksi VAKE-hanke, joka jatkuu vuoteen 2013 saakka. Tämän kehittämishankkeen tutkimuksen tavoitteena oli kolmen diagnoosiryhmän - aivoverenkiertohäiriö (AVH), multippeliskleroosi (MS), ja Cerebral Palsy (CP) - avulla kuvata Kelan järjestämän vaikeavammaisten lääkinnällisen kuntoutuksen nykytilaa, sen kehittämistarpeita ja eri kuntoutustoimenpiteiden vaikuttavuutta sekä laatia suositukset hyvästä kuntoutuskäytännöstä. (Paltamaa ym. 2011, 5, 28.) Tutkimuksen perusteella on kirjattu joukko suosituksia, jotka koskevat sekä kuntoutuksen suunnittelua, hakuprosessia että kuntoutuksen toteutusta ja seurantaa (Järvikoski ym. 2009, 5).

2.3 Kela ja vaikeavammaisten lääkinällinen kuntoutus

Kelan myöntämään työ- ja toimintakykyä turvaavaan tai parantavaan tarpeelliseen vaikeavammaisten lääkinälliseen kuntoutukseen on oikeutettu alle 65-vuotias vaikeavammaisen henkilö, joka ei ole julkisessa laitoshoidossa, ja saa korotettua tai ylintä vammaisetuutta, eikä annettava kuntoutus liity välittömästi sairaanhoitoon (Kansaneläkelaitoksen www-sivut 2012).

Vaikeavammaisten lääkinällinen kuntoutus perustuu julkisessa terveydenhuollossa laadittuun kirjalliseen kuntoutussuunnitelmaan, jossa on suositeltu asiakkaalle tarpeellinen kuntoutus (Kansaneläkelaitoksen www-sivut 2012). Kuntoutussuunnitelma laaditaan vähintään yhdeksi vuodeksi ja enintään kolmeksi vuodeksi kerrallaan (Laki Kansaneläkelaitoksen kuntoutusetuksista ja kuntoutusrahaetuksista 566/2005 9§). Kuntoutussuunnitelma on suositus, jonka perusteella Kela tekee kuntoutuspäätöksen (Järvikoski ym. 2009, 13). Kuntoutuksena myönnettävien toimenpiteiden tulee olla hyvän kuntoutuskäytännön mukaisia, tehostettuja, yksilöllisesti suunniteltuja kuntoutusjaksoja, jotka voidaan toteuttaa laitos- tai avomuotoisesti. Myönnettävien kuntoutuspalveluiden tulee olla tarpeellisia työ- ja toimintakyvyn turvaamiseksi tai parantamiseksi. (Kansaneläkelaitoksen www-sivut 2012.)

2.3.1 Vaikeavammaisuus

Kelan lääkinällistä kuntoutusta järjestettäessä vaikeavammaisena pidetään henkilöä

- jolla sairaudesta, viasta tai vammasta aiheutuu yleinen lääketieteellinen ja toiminnallinen haitta, josta aiheutuu vähintään vuoden kestävä kuntoutustarve.
- jolle aiheutuu haitasta huomattavia vaikeuksia tai rasituksia jokapäiväisistä toiminnoista selviytymisessä kotona, koulussa, työelämässä ja muissa elämäntilanteissa julkisen laitoshoidon ulkopuolella.
- jonka itsenäistä selviytymistä arkiympäristössä voidaan lääkinällisen kuntoutuksen toimenpiteillä tukea (Kansaneläkelaitoksen www-sivut 2012).

Lääketieteellistä ja toiminnallista haittaa arvioidaan jokapäiväisen elämän toimintojen ja kuntoutuksen tavoitteen kannalta. Vaikeavammaisuutta ei määritä pelkkä sairauden diagnoosi, vaan sairaudesta aiheutuva haitta arvioidaan aina yksilöllisesti. Vaikeavammaisuuden määrittämisessä otetaan huomioon vammaisetuuden myöntämisen perusteena käytettyyn sairauteen myös kokonaistilanne, kaikki hakijalla olevat sairaudet, viat tai vammat ja niiden aiheuttamat vaikeudet tai rasitukset, sekä niiden vaikutus työ- tai toimintakykyyn. Hakijan sairaudella, vialla tai vammalla ja tästä aiheutuvalla kuntoutustarpeella sekä kuntoutuksella tulee kuitenkin olla syy-yhteys. (Kansaneläkelaitoksen www-sivut 2012.)

2.3.2 Vammaisetuus määrittää vaikeavammaisuutta

Kelan vaikeavammaisten lääkinnällisen kuntoutuksen myöntäminen edellyttää, että hakija saa alle 65-vuotiaana vammaisetuuksista annetun lain (570/2007) 2 luvun perusteella jotakin seuraavista, kolmeen ryhmään porrastetuista vammais- tai hoitotuisista;

Korotettua tai ylintä alle 16-vuotiaan vammaistukea, johon on oikeutettu alle 16-vuotias Suomessa asuva lapsi, jonka sairauteen, vikaan tai vammaan liittyvästä hoidosta, huolenpidosta ja kuntoutuksesta aiheutuu vähintään kuuden kuukauden ajan tavanomaista suurempaa rasitusta ja sidonnaisuutta verrattuna vastaavanikäiseen terveeseen lapseen. (Laki vammaisetuuksista 570/2007, 7§.)

Korotettua tai ylintä 16 vuotta täyttäneen vammaistukea, johon on oikeutettu 16 vuotta täyttänyt vammainen henkilö, jonka toimintakyvyn arvioidaan olevan sairauden, vian tai vamman vuoksi yhtäjaksoisesti heikentynyt vähintään vuoden ajan. Lisäksi edellytetään, että sairaudesta, viasta tai vammasta aiheutuu haittaa, avuntarvetta tai ohjauksen ja valvonnan tarvetta tai erityiskustannuksia. Tuen tarkoituksena on tukea työikäisten vammaisten henkilöiden selviytymistä jokapäiväisessä elämässä sekä työelämässä ja opiskelussa ja korvata ylimääräisiä kustannuksia jotka aiheutuvat vammaisuudesta. (Laki vammaisetuuksista 570/2007, 8§.)

Korotettua tai ylintä eläkettä saavan hoitotukea, jonka tarkoituksena on tukea sairaan tai vammaisen henkilön kotona asumista ja kotona annettavaa hoitoa sekä korvata sairaudesta tai vammaisuudesta aiheutuvia erityiskustannuksia. Hoitotukea voidaan maksaa alle 65-vuotiaalle, joka saa työkyvyttömyyseläkettä, kuntoutustukea tai yksilöllistä varhaiseläkettä. Eläkettä saavan hoitotuki on avuntarpeen, ohjauksen ja valvontatarpeen sekä erityiskustannusten määrän perusteella porrastettu kolmeen ryhmään. (Laki vammaisetuksista 570/2007, 9§.)

Ylintä 16 vuotta täyttäneen vammaistukea työkyvyttömyyseläkkeen lepäämisajalta. (L. Kansaneläkelaitoksen kuntoutusetuksista ja kuntoutusrahaetuksista 566/2005 9§).

2.3.3 Suomen vammaispoliittinen ohjelma 2010–2015

Hallitus on käynnistänyt vammaispoliittisen ohjelman (VAMPO) valmistelun, jolla halutaan turvata vammaisten henkilöiden oikeudenmukainen asema yhteiskunnassa puuttamalla epäkohtiin konkreettisin korjaus- ja kehittämistoimenpitein. Ohjelmassa linjataan vuosien 2010–2015 konkreettiset vammaispoliittiset toimenpiteet. Kuntoutuksen osalta on tarkoituksena selvittää mahdollisuutta poistaa Kelan järjestämän vaikeavammaisten henkilöiden lääkinnällisen kuntoutuksen sidos vammaisetuksiin, sekä valmistella kuntoutuksen ikärajan nostamista 67 vuoteen muuttamalla lakia Kansaneläkelaitoksen kuntoutusetuksista ja kuntoutusrahaetuksista. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2010, 3, 105–106.)

2.3.4 Kuntoutussuunnitelma

Vaikeavammaisen henkilön kuntoutus perustuu kirjalliseen kuntoutussuunnitelmaan, joka laaditaan kuntoutujan hoidosta vastaavassa julkisen terveydenhuollon toimintayksikössä (Sosiaali- ja terveysministeriö 2005, 1). Kuntoutussuunnitelman laatiminen on lakisääteinen velvoite ja vastuu sen tekemisestä on hoitavalla lääkärillä.

Suunnitelma tulee tehdä mahdollisimman varhain, jotta kuntoutuksella voidaan vaikuttaa kuntoutuvan henkilön tilanteeseen. Kansaneläkelaitoksen rahoittaman vaikeavammaisten lääkinnällisen kuntoutuksen ehdottomana edellytyksenä on kirjallinen kuntoutussuunnitelma. (Lääkinnällinen kuntoutus 2009, 52.) Kuntoutussuunnitelman laatii lääkäri tai lääkäri ja moniammatillinen tiimi yhdessä kuntoutujan tai hänen omaisensa tai muun läheisensä kanssa (Kansaneläkelaitoksen www-sivut 2012).

Kuntoutussuunnitelma syntyy kuntoutustarpeen ja kuntoutusmahdollisuuksien selvityksen tuloksena ja sen tarkoituksena on hahmottaa ne tavoitteet ja toimenpiteet, joiden pohjalta kuntoutusprosessia lähdetään toteuttamaan (Järvikoski & Härkäpää 2008, 167). Kuntoutussuunnitelman toteutumista tulee seurata ja arvioida määräajoin. Kuntoutujan kanssa sovitaan yhteydenpidosta ja tarvittaessa hänelle määrätään yhteyshenkilö. (Lääkinnällinen kuntoutus 2009, 52).

Kuntoutussuunnitelman laadinnasta säädetään Asetuksessa lääkinnällisestä kuntoutuksesta 1015/1991 5§, Terveystieteiden laissa 1326/2010 29§ sekä Laissa Kansaneläkelaitoksen kuntoutusetuuksista ja kuntoutusrahaetuksista 566/2005 9§.

Kuntoutusprosessin etenemistä ohjaavassa kuntoutussuunnitelmassa tulisi olla kuvaus kuntoutujan toimintakyvystä ja arviointimenetelmistä joita käytetään toimintakykyä arvioidessa, sairautta koskevat tiedot (sairaus, vika tai vamma) ja kuvaus elämäntilanteesta, sairaudesta aiheutuva lääketieteellinen ja toiminnallinen haitta päivittäisissä toiminnoissa, työssä, opiskelussa tms. Kuntoutussuunnitelmassa tulee näkyä myös kuntoutuksen tavoitteet, yhdyshenkilöt, seurantamenetelmät ja hoitovastuu sekä suositeltavat kuntoutustoimenpiteet ja niiden ajoitus, kesto, käyntitiheys sekä toteuttaja. Kuntoutussuunnitelmaan tulee kirjata lisäksi aikaisemmat kuntoutustoimenpiteet sekä niiden tulokset, seurantasuunnitelma ja –taho sekä suunnitelman laatijoiden yhteystiedot. (Kansaneläkelaitoksen www-sivut 2012.)

Tarvittaessa kuntoutussuunnitelmaan tulee kirjata ohjauskäyntien perustelut ja määrät lasten avoterapioissa, perustelut kotikäynneille tai kuntoutuksen toteuttamiselle arjen ympäristössä sekä perusteet omaisen tai muun läheisen osallistumisesta kuntoutukseen (Kansaneläkelaitoksen www-sivut).

Kela käynnisti vuonna 2006 vaikeavammaisten kuntoutuksen kehittämishankkeen, jonka tavoitteena on kehittää hyviä käytäntöjä ja tuoda kuntoutuspalveluja lähemmäs arkea ja vammaisten ihmisten elämänpiiriä (Järvikoski ym. 2009, 3). Osana kehittämishanketta Kuntoutussäätiö julkaisi vuonna 2009 tutkimusraportin, jonka tehtävänä oli selvittää asiakkaiden näkemyksiä ja kokemuksia vaikeavammaisten lääkinnällisestä kuntoutuksesta. Tämän raportin pohjalta annettiin seuraava suositus kuntoutussuunnitelman laadintaa koskien; ”Kuntoutussuunnitelman tulisi olla kokonaisvaltainen ”elämänsuunnitelma”, jossa otetaan huomioon myös muut kuin suoranaisesti lääkinnälliseen hoitoon tai kuntoutukseen liittyvät asiat. Vaikeavammaiselle kuntoutujalle ja hänen läheisilleen olisi taattava mahdollisuus kiirettömässä tilanteessa pohtia tulevaisuutta ja sen edellyttämiä tukipalveluja. Asiakasta on kuntoutussuunnitelmaa laadittaessa kuunneltava ja heidän näkemyksensä otettava huomioon. Kuntoutussuunnitelmaa laadittaessa tulisi aina ottaa huomioon asiakkaan yksilöllinen tilanne.” (Hokkanen, Härkäpää, Järvikoski, Martin, Nikkanen, Notko & Puumalainen 2009, 294–295.)

2.4 Harkinnanvarainen kuntoutus

Kelan kuntoutuslain 12§:n perusteella Kela voi järjestää ja korvata harkinnanvaraista kuntoutusta, jonka myöntäminen edellyttää, että henkilöllä on jokin toiminnanrajoitus, josta aiheutuu kuntoutuksen tarve (Kansaneläkelaitoksen www-sivut 2012).

Kela järjestää harkinnanvaraisen kuntoutuksen toimenpiteinä yksilöllisiä kuntoutusjaksoja, reumaa ja muita TULE-sairauksia sairastavien lasten ja nuorten yksilöllisiä kuntoutusjaksoja, kuntoutuskursseja eri sairausryhmille, sopeutumisvalmennuskursseja, ASLAK-kursseja, psykoterapiaa, neuropsykologista kuntoutusta sekä ammatillisen kuntoutuksen toimenpiteitä (Kansaneläkelaitoksen www-sivut 2012). Harkinnanvaraista kuntoutusta järjestetään Kelan laatiman kolmivuotissuunnitelman mukaisesti eduskunnan vuosittain päättämän rahamäärän puitteissa (v.2005 100 miljoonaa euroa) (Rissanen, Kallanranta & Suikkanen 2008, 38). Kolmivuotissuunnitelmalla määritetään kuntoutukseen, sairauksien ehkäisyyn sekä tutkimukseen ja kehittämistoimintaan painoalueittain käytettävät rahamäärät. Lakisääteisyytensä takia ammatil-

linen kuntoutus ja vaikeavammaisten lääkinällinen kuntoutus ovat hitaammin muuttuvia. Harkinnanvaraisuudella tarjotaan tärkeä mahdollisuus järjestää kuntoutuspalveluja erityisesti silloin, kun kuntoutuksen tarve on ilmeinen, mutta kaikki lakisääteisen kuntoutuksen kriteerit eivät yksittäistapauksessa täyty. (Rissanen ym. 2008, 38).

Harkinnanvaraisen kuntoutuksen tavoitteena on turvata tai parantaa työ- tai toimintakykyä, sekä tavoitteena voi olla myös itsenäisen selviytymisen tukeminen. Harkinnanvaraisena kuntoutuksena myönnetyn palvelun tulee edistää kuntoutujan työ- tai toimintakykyyn liittyvän tavoitteen saavuttamista, eikä se näin ollen voi olla pelkästään hoitoa tai virkistystä. (Kansaneläkelaitoksen www-sivut 2012.)

Pääasiassa harkinnanvarainen kuntoutus kohdistuu työikäisiin, työelämässä oleviin henkilöihin, mutta sitä järjestetään ja korvataan jonkin verran myös työelämän ulkopuolella oleville, kuten työkyvyttömyys- tai vanhuseläkkeellä oleville sekä lapsille. Periaatteena on, että harkinnanvaraisen kuntoutuksen toimenpiteillä ei täydennetä tai korvata terveydenhuollolle säädettyä vastuuta yli 65-vuotiaiden kuntoutuksesta. Laitosmuotoista kuntoutusta voidaan tapauskohtaisen harkinnan perusteella myöntää tilanteessa, jossa on selkeästi todettavissa, että kuntoutujan itsenäinen toimintakyky kotona selviytymiseksi on vaarantumassa ja siihen voidaan vaikuttaa kuntoutuksen keinoin. Tällöin tulee erityisesti huomioida, että harkinnanvaraisena järjestettävä palvelu on kuntoutujan tarpeita vastaava ja että kuntoutujalla on osallistumiseen riittävästi itsenäistä toimintakykyä. (Kansaneläkelaitoksen www-sivut 2012.)

2.5 Lääkinällinen kuntoutus perusterveydenhuollon vastuulla

Kelan lakisääteinen velvollisuus vaikeavammaisen kuntoutuksen järjestämisessä päättyy henkilön täyttäessä 65 vuotta. Lääkinällisen kuntoutuksen järjestämisvastuu on tämän jälkeen kunnallisella terveydenhuollolla siltä osin, kuin sitä ei ole säädetty Kelan tehtäväksi. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2005, 2.)

Vuonna 2011 voimaan tulleen terveydenhuoltolain 2010/1326 29 §:n mukaan kunnan lääkinnällisen kuntoutuksen järjestämistä vastaavalle kuuluvat; kuntoutusneuvonta ja kuntoutusohjaus, toiminta- ja työkyvyn sekä kuntoutustarpeen arviointi, kuntoutusmahdollisuuksia selvittävä kuntoutustutkimus, toimintakykyä parantavat ja ylläpitävät terapiat sekä kuntoutumista edistävät toimenpiteet, apuvälinepalvelut, sopeutumisvalmennus sekä tarpeellisista toimenpiteistä koostuvat kuntoutusjaksot laitospalvelu- tai avohoidossa.

Potilaan lääkinnällisen kuntoutuksen suunnittelusta vastaa kunta siten, että kuntoutus yhdessä tarpeenmukaisen hoidon kanssa muodostaa toiminnallisen kokonaisuuden. Kirjallisessa yksilöllisessä kuntoutussuunnitelmassa on määriteltävä lääkinnällisen kuntoutuksen tarve, tavoitteet ja sisältö. Kunta vastaa myös kuntoutuspalvelun ohjauksesta sekä seurannasta ja nimeää potilaalle tarvittaessa kuntoutuksen yhdyshenkilön. (Terveydenhuoltolaki 2010, 29§.)

2.6 Toimintakyvyn muutokset ja kuntoutus ikääntyessä

Nykyisen kuntoutuslainsäädännön ja sosiaali- ja terveystieteiden näkökulmasta lasketaan vanhuuden ikävaihe alkavaksi 65 ikävuoden jälkeen tai kun siirrytään työelämästä eläkkeelle (Kuntoutusportin www-sivut 2012).

Ikääntyneistä yli 65-vuotiaista ei yleensä käytetä kuntoutuslainsäädännön mukaista vaikeavammaisen, kuntoutusta tarvitsevan kuntoutujan nimikettä, eikä heitä pidetä myöskään työkykyä ylläpitävää kuntoutusta tarvitsevina aikuisina. Nykyinen vanhuus- ja ikäpolitiikka kuitenkin edellyttää ikääntyneiden kansalaisten pysyvän toimintakykyisinä ja aktiivisina kansalaisina sekä asuvan kotonaan mahdollisimman pitkään. (Kuntoutusportin www-sivut 2012.) Valmisteilla olevaan vanhustalouteen on luonnosteltu sisällölliset peruslinjaukset. Lain tarkoituksena on parantaa ikääntyneen väestön hyvinvointia, toimintakykyä ja itsenäistä suoriutumista ja lisätä mahdollisuuksia osallistua elinoloihinsa vaikuttavien päätösten valmisteluun ja palveluiden kehittämiseen kunnassa. Lisäksi tarkoituksena on parantaa iäkkään henkilön mahdollisuuksia saada tarpeitaan vastaavaa tukea ja palveluita hänen heikentyneen

toimintakyvyn edellytysten mukaan ja vahvistaa mahdollisuutta vaikuttaa palveluidensa sisältöön ja tehdä niihin liittyviä valintoja. (Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus 2012, 1.)

Työ- ja toimintakykyisyyttä määritellään yhteiskunnallisesti eri tavalla elämänselämyksiä, vaikka nykyisten ikääntyneiden sukupolvien yhteiskunnallinen hyöty on usealla tavalla niin laajaa, että sen ylläpitämiseen kuntoutuksen avulla voidaan pitää erittäin tarkoituksenmukaisena ja taloudellisesti kannattavana ja eritoten inhimillisesti oikeudenmukaisena (Kuntoutusportin www-sivut 2012).

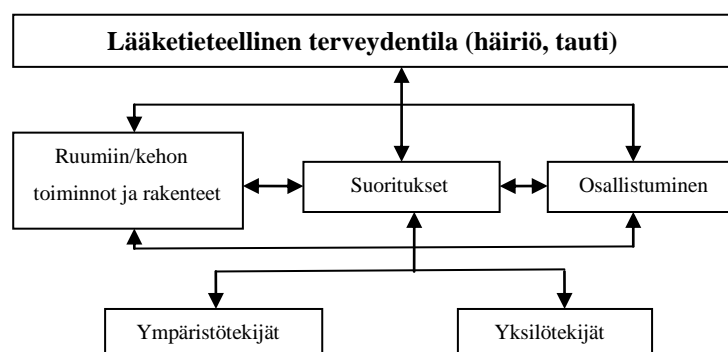
Toimintakyvyllä tarkoitetaan ihmisen valmiutta selviytyä päivittäisen elämän tehtävistä kotona, työssä ja vapaa-aikana. Tutkimusten mukaan ikääntyneen väestön kuntoutuksella on saatu aikaan merkittäviä tuloksia sekä fyysisessä toimintakyvyssä että arkielämässä selviytymisessä. Ehkäisemällä toiminnanrajoitusten ja sairauksien pahenemista sekä järjestämällä tarpeen mukaista kuntoutusta voidaan vielä vanhimmissakin ikäryhmissä parantaa arjessa selviytymistä. (Järvikoski ym. 2008, 94, 102.)

Huolimatta iän mukanaan tuomista lisääntyneistä vaikeuksista päivittäistoiminnoissa, säilyttävät monet henkilöt hyvän toimintakyvyn korkeaan ikään saakka. Välttämättä toimintakyky ei yksistään huonone iän mukana, vaan joillakin toimintakyky korjaantuu ja esimerkiksi avun tarve vähenee. Toimintakyvyn heikentyessä ilmenee yleensä ensimmäisenä vaikeuksia asioiden hoitamisessa (IADL-toiminnot). Toiminnanvajausten vaikeutuessa ilmenee myös hankaluuksia perustoiminnoissa, kuten pukeutuminen ja peseytyminen. IADL-toiminnoissa eniten hankaluuksia tai avun tarvetta ilmenee raskaissa taloustöissä (esim. siivoaminen). Lisäksi ulkona ja portaissa liikkuminen vaikeutuvat jo toimintakyvyn heikkenemisprosessin alkuvaiheessa. Pisimpään säilyvät yleensä kyky suoriutua päivittäisistä perustoiminnoista kuten syömisestä ja henkilökohtaisesta hygieniasta. Vaikeuksien ilmennyttyä näissä toiminnoissa, on kyseessä jo melko pitkälle edennyt vakava toiminnanvaja. (Heikkinen & Rantanen, 2008, 265–267.)

Kuntoutuksen tuloksellisuuteen ja toimintakyvyn ylläpitämiseen ei useinkaan riitä, että asiakas saa kuntoutusta kahdesta kolmeen kertaan viikossa. Kuntoutuksen ja toimintakykyä ylläpitävien harjoitteiden tekeminen tulee niin pitkälti kuin on mah-

dollista liittää osaksi asiakkaan jokapäiväistä elämää normaalitoimintojen yhteyteen. Kotioloissa toteutettu kuntoutus auttaa näkemään asunnoissa olevat muutostarpeet ja tilanteet, joista asiakasta täytyy ohjata selviytymään toisin kuin esimerkiksi laitospäristössä. (Heikkinen ym. 2008, 432.)

Toimintakyky-käsitettä voidaan jäsentää erilaisten mallien avulla. Toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälinen luokituksen eli ICF-luokituksen mukaan, toimintakyky koostuu ruumiin / kehon toiminnoista ja rakenteesta, suorituksista ja osallistumisesta. Toimintakyvyn nähdään olevan vuorovaikutuksessa terveydentilan sekä erilaisten yksilö- ja ympäristötekijöiden kanssa. (Kuvio 1.)



Kuvio 1. ICF-luokituksen osa-alueiden vuorovaikutussuhteet

(Martelin & Kuosmanen 2007, 15.)

ICF-luokituksen tarkoituksena on auttaa hahmottamaan toimintakyvyn käsitettä ja pyrkiä varmistamaan riittävän monipuolinen ja kattava arviointi, kuntoutujan yksilöllinen elämäntilanne ja ympäristö huomioiden (Sosiaaliportin www-sivut 2012). ICF-viitekehyksen suoritusten ja osallistumisen osa-alueilla eteneminen voidaan tulkita lääkinällisen kuntoutuksen perimmäiseksi tavoitteeksi, joiden perusteella kuntoutuksen tuloksia voidaan tarkastella (Järvikoski ym. 2009, 23). Vuorovaikutus on kaksisuuntaista, sekä suoritusten ja osallistumisen muokatessa terveydentilaa, mutta myös päinvastoin (Järvikoski ym. 2008, 100). Kuntoutusprosessin suunnittelun tukena, vuorovaikutuksellinen malli tarjoaa systemaattisen apuvälineen kuntoutustarpeen taustalla olevien ongelmien, tai kuntoutuksen esteiden paikallistamiseen (Rissanen ym. 2008, 83).

3 SIIRTYMÄVAIHE

Vastuu vaikeavammaisen lääkinällisen kuntoutuksen järjestämisestä kuntoutujan täyttäessä 65 vuotta siirtyy Kelalta perusterveydenhuollolle. Lääkinällisen kuntoutuksen järjestämisestä vastaa kunnallinen terveydenhuolto siltä osin, kuin sitä ei ole säädetty Kelan tehtäväksi. Lääkinällinen kuntoutus tulee tällöin järjestää terveydenhuoltolain (1326/2010) 29 §:n sekä lääkinällisestä kuntoutuksesta annetun asetuksen (1015/1991) perusteella. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2005, 2.)

Sosiaali- ja terveysministeriön kuntatiedotteessa 17/2005 on kirjattu menettelyohjeet 65 vuotta täyttäneen vaikeavammaisen henkilön lääkinällisen kuntoutuksen järjestämisestä. Näillä ohjeilla pyritään varmistamaan, että 65 vuotta täyttävän vaikeavammaisen henkilön kuntoutus jatkuu yksilöllisen kuntoutustarpeen mukaisena järjestämisvelvollisuuden siirtyessä Kelalta kunnalliselle terveydenhuollolle.

Lain Kansaneläkelaitoksen kuntoutusetuuksista ja kuntoutusrahaetuksista 54 §:ssä yhteistoiminnasta säädetään Kelan velvollisuudesta huolehtia siitä, että vakuutetulle annetaan tietoja muista kuntoutusmahdollisuuksista, ja että hänet ohjataan tarpeen mukaan asianmukaiseen kuntoutukseen tai muiden palveluiden piiriin yhteistyössä niitä järjestävien tahojen kanssa.

3.1 Siirtymävaiheen menettelyohjeistus

Kelan järjestämää ja kustantamaa vaikeavammaisten lääkinällistä kuntoutusta saavan kuntoutujan lähestyessä 65 ikävuotta, Kela lähettää kuntoutujalle viimeisen kuntoutusta koskevan päätöksen yhteydessä tiedon, jossa ilmoitetaan Kelan järjestämisvelvollisuuden päättymisestä. Kelan järjestämä vaikeavammaisten lääkinällinen kuntoutus jatkuu sen kuukauden loppuun, jolloin kuntoutuja täyttää 65 vuotta. Tämän jälkeen lääkinällisen kuntoutuksen järjestämisvelvollisuus siirtyy kuntoutujan kotikunnalle. Kela lähettää tästä myös tiedon hoidosta vastaavalle kunnallisen terveydenhuollon yksikölle. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2005, 3.) Kelan vaikeavam-

maisten kuntoutuksen etuusohjeissa 20.5.2011 ohjeistetaan ennakoimaan mahdollisuuksien mukaan siirtymätilanne, jotta kuntoutusvastuun siirtyminen voidaan toteuttaa sujuvasti (Kansaneläkelaitoksen www-sivut 2012).

Kelan kuntoutusvastuun päätyttyä tulee vaikeavammaisen kuntoutujan hoidosta vastaavan yksikön huolehtia lääkinnällisen kuntoutuksen järjestämisestä terveydenhuoltolain säädösten mukaisesti. Tämän vuoksi hoidosta vastaavan yksikön tulee ottaa huomioon laatimassaan kuntoutussuunnitelmassa jo hyvissä ajoin järjestämisvelvollisuuden siirtymisestä kotikunnalle vammaisen henkilön täyttäessä 65 vuotta. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2005, 3.)

3.2 Sastamalan sosiaali- ja terveystalouden toimintatapa lääkinnällisen kuntoutuksen siirtymävaiheessa sekä kuntoutuksen toteutus

Sastamalan seudun sosiaali- ja terveystaloudet – Sotesilla ei ole toimintamallia asiakkaiden siirtymävaiheeseen liittyen. Vastuu asiakkaan informoimisesta lääkinnällisen kuntoutusvastuun siirtyessä Kelalta perusterveydenhuollolle on Kelalla ja tämän pohjalta kuntoutuksen jatkuminen on asiakkaan vastuulla. Asiakas ottaa yleensä yhteyttä perusterveydenhuollon fysioterapiaan kysyäkseen miten toimia. Koska perusterveydenhuoltoon siirtyminen vaatii kuntoutussuunnitelman, asiakas ohjataan varaamaan aika perusterveydenhuollon lääkäriltä, joka laatii suunnitelman vuodeksi kerrallaan. (Lönnqvist henkilökohtainen tiedonanto 9.3.2012.)

Sotesissa lääkinnällinen kuntoutus toteutetaan pääsääntöisesti omana työnään. Ostopalveluna vamman tai toimintakyvyn vajauksen takia muualla asuvat asiakkaat saavat ostopalveluna lääkinnällisen kuntoutuksen. (Lönnqvist henkilökohtainen tiedonanto 9.3.2012.) Ostopalvelulla tarkoitetaan kunnan mahdollisuutta täyttää lakiin perustuvan järjestämisvastuunsa esim. hankkimalla palveluita valtiolta, toiselta kunnalta, kuntayhtymältä tai muulta julkiselta tai yksityiseltä palveluntuottajalta (Suomen kuntaliiton www-sivut 2012).

4 TUTKIMUSTEHTÄVÄ JA TOTEUTTAMINEN

Tutkimukseni tarkoituksena oli selvittää, miten Sastamalan sosiaali- ja terveystalut (Sotesi) toimii 65 vuotta täyttävän vaikeavammaisen kuntoutujan siirtymävaiheessa, ja miten kuntoutus toteutuu perusterveydenhuollon vastuulla ja onko näitä käytäntöjä tarve kehittää sekä ovatko kuntoutujan tietoisia Kelan järjestämästä harkinnanvaraisesta kuntoutuksesta yli 65-vuotiaille. Lähtökohtana oli selvittää perusterveydenhuollon käytäntö, kuntoutussuunnitelman laatimista / toteutumista ja asiakkaan sekä omaisen kokemuksia siirtymävaiheesta ja kuntoutuksen toteutumisesta perusterveydenhuollon osalta sekä Kelan harkinnanvaraisesta kuntoutuksesta yli 65-vuotiaille.

Tutkimuskysymykseni tiivistyivät seuraavaan muotoon;

- 1) Miten siirtymävaihe Kelan vaikeavammaisten lääkinnällisestä kuntoutuksesta perusterveydenhuollon vastuulle toteutuu kuntoutujan täyttäessä 65 vuotta (asiakkaan ohjaus / ohjeistus Kelan ja perusterveydenhuollon taholta).
- 2) Miten lääkinnällinen kuntoutus toteutuu perusterveydenhuollon vastuulla.
- 3) Onko kuntoutuja tietoinen Kelan tarjoamista harkinnanvaraisen kuntoutuksen kuntoutusmahdollisuuksista yli 65-vuotiaille.

4.1 Kvalitatiivinen tutkimus ja teemahaastattelu

Opinnäytetyöni aihetta päädyin tutkimaan kvalitatiivisen tutkimuksen kautta, koska halusin teemahaastattelun menetelmää käyttäen selvittää kuntoutujien omakohtaisia kokemuksia ja näkemyksiä lääkinnällisen kuntoutuksen siirtymävaiheesta ja kuntoutuksen toteutumisesta julkisen terveydenhuollon vastuulla ja koska aikaisempaa tutkimusta kyseisestä aiheesta ei ole tehty.

Kvalitatiivisessa eli laadullisessa tutkimuksessa lähtökohtana on todellisen elämän kuvaaminen, jossa kohdetta pyritään tutkimaan mahdollisimman kokonaisvaltaisesti. Tyypillistä kvalitatiiviselle tutkimukselle on, että aineisto kootaan luonnollisissa, todellisissa tilanteissa. Tiedon hankinnan välineenä käytetään ihmistä, joka keskuste-

lemalla ja havainnoimalla kerää tietoa. Tutkimuksessa analysoidaan saatu aineisto, jolloin tarkoituksena on tarkastella sitä monitahoisesti ja yksityiskohtaisesti. Aineiston hankinnassa käytetään laadullisia menetelmiä (mm. teemahaastattelu) ja kohdejoukko valitaan tarkoituksenmukaisesti, ei satunnaisotoksen menetelmää käyttäen. Tutkimus toteutetaan joustavasti ja suunnitelmia voidaan muuttaa olosuhteiden mukaisesti. Tapauksia käsitellään ainutlaatuisina ja tulkitaan aineistoa sen mukaisesti. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 1997, 161,164.)

Opinnäytetyöni tutkimus muovautui tapaustutkimukseksi (case study), sillä hain yksityiskohtaista, intensiivistä tietoa pienestä, toisiinsa suhteessa olevia tapauksia sisältävästä joukosta. Tutkimuksessani kohderyhmä koostui kuntoutujista, jotka olivat käyneet läpi siirtymävaiheen Kelan lääkinnällisestä kuntoutuksesta julkisen terveydenhuollon vastuulle, minkä asiakkuus edelleen jatkui.

Tutkimukseeni liittyen, tapaustutkimuksen (case study) tyypilliset piirteet tulivat esiin valitsemastani joukosta tapauksia, jonka kohteena oli ryhmä kuntoutujia, joita yhdisti heidän kuntoutusprosessinsa Kelan ja perusterveydenhuollon vastuulla, aineiston kerääminen haastatteleamalla ja havainnoimalla sekä tavoitteeni, joka oli kuvailla kuntoutujien kuntoutusprosessiin liittyviä ilmiöitä tutkimuksessani määritteliäni teemojen pohjalta. (Hirsjärvi ym. 1997, 134–135.)

Tutkimuksessani käytin teemahaastattelua, joka on lomake- ja avoimen haastattelun välimuoto. Tyypillistä teemahaastattelulle on, että haastattelun aihepiirit eli teemat ovat tiedossa, mutta kysymysten tarkka muoto ja järjestys puuttuvat. (Hirsjärvi ym. 1997, 208.)

Tutkimuksessani menetelmänä käyttämäni teemahaastattelun kysymyksiä pohdin tarkasti etukäteen ja sitä, että kysymykset etenevät loogisessa ajallisessa järjestyksessä. Haastattelukysymykset pilkoin vielä pienempiin osa-alueisiin, jolloin haastateltavan olisi helpompi laajasta asiayhteydestä erottaa asiat, joihin erityisesti halusin vastauksia tutkimuksessani.

4.2 Tutkimuksen kohderyhmä

Kohdejoukoksi tutkimukseeni rajasin tarkoituksenmukaisesti 65–70-vuotiaat Kelan vaikeavammaisten lääkinnällisen kuntoutuksen vastuulta perusterveydenhuollon vastuulle siirtyneet kuntoutujat, joiden siirtymävaiheesta on kulunut mielellään alle 2, mutta enintään 5 vuotta. Rajasin siirtymävaiheen ajanjakson ajoittuvan ensisijaisesti niin, että siitä on kulunut enintään kaksi vuotta, sillä siirtymävaiheeseen liittyvät asiat koin luotettavammin säilyvän muistissa tämän ajan. Pohtiessani kuitenkin lääkinnällisen kuntoutuksen asiakasmääriä Sastamalan kokoluokkaan kuuluvassa kunnassa, tulin siihen tulokseen, että raja on haastateltavien määrää silmällä pitäen järkevää laajentaa. Olettamukseni osoittautuikin oikeaksi, koska siirtymävaiheen läpikäyneitä kuntoutujia tällä aikajanelalla löytyi ainoastaan kolme kappaletta.

Otin yhteyttä perusterveydenhuollon lääkinnällisestä kuntoutuksesta vastaavaan osastonhoitajaan sähköpostitse, jossa kerroin tutkimukseni tarkoituksesta ja aineiston keräämisestä teemahaastattelun menetelmää käyttäen. Yhteydenotossa tiedustelin mahdollisuutta saada tutkimukseni kohderyhmään sopivia haastateltavia perusterveydenhuollon lääkinnällistä kuntoutusta toteuttavan henkilökunnan avustuksella. He kävivät asiakkaistaan läpi rajaamaani kohderyhmään sopivia kuntoutujia, joita informoivat tutkimuksesta laatimallani tiedotteella (Liite 2). Kohderyhmään sopivilla kuntoutujilla oli mahdollisuus ottaa suoraan minuun yhteyttä tai he antoivat lääkinnällisen kuntoutuksen osastonhoitajalle luvan luovuttaa yhteystietonsa minulle.

Kohderyhmään sopivia kuntoutujia ilmoitettiin perusterveydenhuollon lääkinnällisen kuntoutuksen asiakkaista löytyneen viisi kappaletta, jotka kaikki olivat suostuneet osallistumaan tutkimukseeni. Kaksi heistä otti suoraan yhteyttä minuun, jolloin sovimme haastatteluajan ja kolmen kuntoutujan yhteystiedot sain lääkinnällisen kuntoutuksen osastonhoitajalta jolloin otin heihin yhteyttä sopiaksemme haastatteluajan kohtaa.

Haastateltavista miehiä oli neljä ja yksi nainen, iältään he olivat 66–69 -vuotiaita. Kolme haastateltavista liikkui pyörätuolilla, yksi käytti liikkumisen apuvälineenä kyynärsauvoja ja yksi nelipiste-keppiä, pääsääntöisesti ulkona liikkuessaan.

Haastatteluiden yhteydessä ilmeni, että kahden haastateltavan kohdalla kohderyhmälle asettamani kriteerit eivät täyttyneet. Yksi haastateltavista ei ollut missään vaiheessa saanut Kelan järjestämää vaikeavammaisten lääkinnällistä kuntoutusta. Hänen kohdallaan päädyin haastattelun teemoista käsittelemään perusterveydenhuollon kuntoutuksen laatua ja määrää, sekä harkinnanvaraista kuntoutusta, jota hän oli hakenut ja joka hänelle oli myönnetty. Toisen haastateltavan kohdalla, Kelan järjestämä kuntoutus oli katkennut noin vuotta ennen kuin haastateltava täytti 65 vuotta. Syy kuntoutuksen katkeamiseen oli korotetun hoitotuen lakkauttaminen. Hänen kuntoutuksensa oli siirtynyt perusterveydenhuollon vastuulle Kelan kuntoutuksen päätyttyä. Teemat hänen kohdallaan keskittyivät perusterveydenhuollon kuntoutuksen määrään ja laatuun.

4.3 Teemahaastattelun toteutus

Tammikuussa 2012 hain tutkimuslupaa Sastamalan sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksesta ja helmikuun alussa sain ilmoituksen, että tutkimuslupani oli hyväksytty. Helmikuussa informoin sähköpostitse opinnäytetyöstäni ja saamastani tutkimusluvasta Sotesin fysioterapian osastonhoitajaa ja hänen kauttaan sain mahdollisten haastateltavien lukumäärän sekä niiden haastateltavien yhteystiedot, jotka halusivat minun ottavan heihin yhteyttä. Maaliskuun alkupuolella otin puhelimitse yhteyttä haastateltaviin, jolloin sovin haastatteluajat. Toteutin haastattelut kohderyhmään kuuluvien viiden haastateltavan kanssa maaliskuun kahden ensimmäisen viikon aikana.

Haastattelut toteutettiin jokaisen kuntoutujan kotona, koska koin, että tuttu ympäristö vähentää tilanteeseen liittyvää jännitystä ja luo vapautuneemman ilmapiirin haastattelulle. Haastattelutilanteissa kolmella haastateltavalla oli omainen mukana haastattelutilanteessa. Ennen haastattelua kerroin kuntoutujalle ja mukana olleelle omaiselle haastatteluni tarkoituksesta ja kävin heidän kanssaan läpi laatimani lupalomakkeen (Liite 3), jolla he antoivat kirjallisesti suostumuksensa osallistua haastatteluun, haastattelun luottamuksellisuudesta, mahdollisuudesta keskeyttää haastattelu heidän halutessaan ja että voin käyttää heidän kokemuksiaan ja mielipiteitään opinnäytetyössäni.

Haastatteluiden kesto vaihteli suuresti. Ensimmäiseen haastatteluun kului aikaa 71 minuuttia ja viimeiseen 33 minuuttia. Ensimmäistä haastattelua tehdessäni tilanne oli itsellenikin uusi ja outo ja eteni sen vuoksi rauhalliseen tahtiin. Pyrin haastattelussa etenemään kuntoutusprosessin ajallisen kulun mukaisesti. Haastatteluiden edetessä haastattelutilanteet kävivät luontevimmiksi, ja eteneminen kuntoutusprosessin kulkua mukaillen eteni kerta kerralta sujuvammin. Tästä johtuen haastatteluihin käyttämäni aika lyheni kerta toisensa jälkeen. Haastatteluissa käytin nauhuria, jolloin kaikki oleellinen asia tuli rekisteröityä ja haastattelutilanne eteni katkeamatta. Nauhurin käytön merkityksestä kerroin haastateltaville ja kysyin heiltä luvan haastattelun nauhoittamiselle. Nauhurin pyrin sijoittamaan haastattelutilanteessa niin, ettei se häiritse haastateltavan keskittymistä. Ainoastaan yhden haastateltavan kohdalla havainnoin etenkin haastattelun alkupuolella nauhurin häiritsevän haastattelutilannetta, joka kuitenkin hieman hälveni haastattelun edetessä.

Litteroin nauhurille tallennetut haastattelut heti saman päivän kuluessa, jolloin nauhurille tallentuneissa ns. epäselvissä kohdissa pystyin vielä tukeutumaan muistiini kyseisen haastattelun sisällöstä. Ensimmäisen haastattelun litterointiin kului aikaa kuusi tuntia ja tästä oppineena, seuraavia haastatteluja litteroidessani kirjasin ainoastaan tutkimukseeni liittyviä asioita, jotka eivät liittyneet haastattelukysymyksiini esim. oman terveydentilan kuvaukset. Litteroitua tekstiä joihin kirjasin myös omat kysymykseni tuli yhteensä 54 sivua. Litteroidusta tekstistä alleviivasin ja merkitsin teemoittain kysymyksiini liittyvät merkitykselliset vastaukset, jolloin tuloksia käsiteltäessä oli helppo erottaa eri teemat tekstin sisällöstä.

Haastatteluni teemat joihin hain vastauksia olivat siirtymävaiheen ohjaus /ohjeistus Kelan ja perusterveyden taholta kuntoutujan täyttäessä 65 vuotta, kuntoutussuunnitelman laadinta ja sen sisältö, kuntoutuksen toteutuminen perusterveydenhuollon vastuulla, kuntoutujan tunnustamat kuntoutuksen kehittämistarpeet sekä harkinnanvarainen kuntoutus. Haastattelun olin teemoittanut kuuteen laajempaan kysymykseen (Liite 4), jotka haastattelutilanteessa pilkoin pienempiin osa-alueisiin, jotta haastateltava saattoi selkeämmin jäsentää vastauksiaan.

Lääkinnällisen kuntoutuksen kautta haastateltaville jaetussa infokirjeessä olin kertonut aihepiirit, joihin tutkimukseni liittyy, mutta valmiita haastattelukysymyksiä en

tähän ollut liittänyt. Tällä halusin varmistaa, että vastauksia ei ole valmisteltu etukäteen ja että vastaukset ovat aitoja tuntemuksia siirtymävaiheeseen liittyen sekä tämän hetkisestä kuntoutuksen tilasta.

Haastattelutilanteet olivat luontevia ja haastateltavat kertoivat avoimesti sairastumisestaan, sen tuomista muutoksista elämässään, kuntoutuksestaan sekä ongelmista, joita he ovat kohdanneet kuntoutumisensa aikana.

5 TUTKIMUSTULOKSET

Haastateltavien kokemuksista ja mielipiteistä heidän kuntoutuksensa siirtymävaiheeseen sekä tämän hetkiseen kuntoutukseensa perusterveydenhuollossa liittyen nousi esille merkittävää tietoa etenkin kuntoutussuunnitelman laadinnasta ja kuntoutuksen toteutumisesta perusterveydenhuollon vastuulla, sekä kehittämistarpeista kuntoutusasioiden tiedonsaannin suhteen.

Tutkimuksen tuloksia käsitellen tässä kappaleessa teemoittain, joissa haastateltavien vastaukset näkyvät kursivoidulla tekstillä. Haastateltavien pienen määrän vuoksi, en erittele vastausten yhteydessä vastaajan sukupuolta tai onko hän kuntoutuja tai omainen, säilyttääkseni haastateltavien anonymiteetin. Haastateltavien vastauksia selvittävät kohdat olen laittanut hakasulkumerkkeihin

Siirtymävaiheen ohjauksesta / ohjeistuksesta oli kaikilla kuntoutujilla erilaisia kokemuksia. Kukaan haastateltavista ei täysin varmasti osannut kertoa, mistä sai tiedon kuntoutuksen siirtymisestä Kelan vastuulta perusterveydenhuollon vastuulle 65 vuotta täyttäessään. Yhtenäistä siirtymävaiheen läpikäyneille oli, ettei kukaan muistanut saaneensa Kelan taholta tähän ohjeistusta. Kaikki siirtymävaiheen läpikäyneet kuntoutujat olivat kuitenkin sitä mieltä, että ohjaus siirtymävaiheeseen liittyen oli ollut riittävää ja kaikki olivat tietoisia kuntoutuksen vastuun siirtymisestä Kelalta perusterveydenhuollolle.

Haastateltava, jonka Kelan järjestämä vaikeavammaisten lääkinällinen kuntoutus loppui hänen menetettyään oikeuden korotettuun hoitotukeen, sai tiedon kuntoutuksen siirtymisestä perusterveydenhuollon vastuulle sukulaiseltaan, joka työskentelee Sotesissa. Hän ei myöskään muistanut saaneensa Kelalta hylätyn kuntoutuspäätöksen yhteydessä tietoa kuntoutusvastuun siirtymisestä tai jatkumisesta kuntoutussuunnitelman mukaisesti perusterveydenhuollon järjestämänä.

”No määh tiesin sen siitä, kun siellä [perusterveydenhuollossa] on sukulaisia töissä.”

”Ei me Kelasta saatu, ei varmaan... ei Kela siihen mitenkään puuttunut.”

Siirtymävaiheen ohjaukseen / ohjeistukseen liittyen, yhden haastateltavan omainen esitti kehittämistoiveen, josta kävisi ilmi yli 65-vuotiaan lääkinällisen kuntoutuksen asiakkaan kuntoutuksen vastuutaho ja kuntoutusmahdollisuudet.

”Olis joku tiedote, en määh tiedä vaikka olis olemassakin joku tiedote mahdollisuuksista mitä on tai mitä sitten seuraa [Kelan vaikeavammaisten lääkinällisen kuntoutuksen siirtyessä perusterveydenhuollon vastuulle].”

Kuntoutussuunnitelman laadinta oli yhtä haastateltavaa lukuun ottamatta jäänyt tekemättä. Muut neljä kertoivat saaneensa perusterveydenhuollon lääkäriltä lähetteen lääkinälliseen kuntoutukseen, eikä heille ollut kuntoutuksen jatkuessa perusterveydenhuollon vastuulla annettu missään vaiheessa tietoa kuntoutussuunnitelman laatimisesta. Kukaan viidestä haastateltavasta ei ollut tietoinen, mitä heidän mahdollinen kuntoutussuunnitelmansa sisältää. Kukaan haastateltavista ei myöskään muistanut, että heidän kanssaan olisi perusterveydenhuollossa keskusteltu kuntoutussuunnitelman tai lähetteen sisällöstä. Kaikki kuitenkin tiesivät myönnettyjen kuntoutuskertojen määrän.

”Joo, lähete on sinne, mitään suunnitelmaa ei oo ollut sitten niin kun mun mielestäni ei oo ollut enää. Vai oliko silloin alkuun, määh en sitä muista mutta, nyt on ollut että määh en tiedä onko niillä sitten se joku suunnitelma, mutta meitillä ei sitten, määh en muista ainakaan että ois.”

”Käytiin juu lääkäriillä ja lääkäri tota sitten teki sen suunnitelman ja siitä se lähti. Ja joka vuosi on sitten käyty uudestaan, että se tehdään niin kun joka vuosi uudestaan.”

”Ei oo tehty, eikä silloin oo [lääkäriin vastaanotolla] puhuttukaan kuntoutus-suunnitelmasta mitään.”

”Miten se mahtoi sitten olla... eiks se niin mahtanut mennä, että kun mää sitten toi... lääkäriiltä sitten kysyin sitä terapeutti-hommaa sinne [fysioterapiaa perusterveydenhuoltoon], ja hän kirjoitti sitten lähetteen sinne ja eiks sieltä mahtanut tulla sitten soitto, koska tota noin niin voitaa aloittaa. Näin se visiiniin meni.”

Haastateltavan jolle **kuntoutussuunnitelma** oli laadittu, koki ettei hän ollut voinut vaikuttaa / osallistua **suunnitelmansa laadintaan tai sen sisältöön**.

”Se oli ihan varmaan lääkäriin... silloin kun me käytiin lääkäriissä ja puhuttiin siitä kuntoutuksesta niin tota lääkäri sanoi, että hän tekee sitten suunnitelman ja lähettää eteenpäin.”

”Ei kai se meiltä kysynyt. Se on vaan tehty sitten aina, lääkäri on niin kun sen, sen jälkeen tehnyt kun me on tultu lääkäriiltä pois. Eikä siinä kyllä paljon meiltä kysely.”

Muiden haastateltavien kohdalla, joilla kuntoutus perusterveydenhuollon vastuulla oli jatkunut lääkäriin kirjoittaman **lähetteen** perusteella, eivät myöskään kokeneet voineensa vaikuttaa läheteeseen kirjattuun sisältöön.

”Läheteellä [kuntoutus perusterveydenhuollossa], taikka en mä tiedä, kyllä niitten jotain suunnitelmaa piti tehdäkin että, se [erikoissairaanhoidosta] lähetti papereita tonne [perusterveydenhuoltoon] ja kyllä niillä semmoinen suunnitelma pitäis olla, muttei siinä sitten mitään sen erikoisempaa ainakan nyt oo sitten ...”

”Niin mä sain sen lähetteen ja siinä sitten terapeutin kanssa... en mä tiedä oliko [kuntoutussuunnitelmaa]... siellä me sitten vissiin suunnittelimme sen että, tai siis paremmin hän [fysioterapeutti] suunnitteli, että millai tässä toimitaan.”

Kuntoutuksesta perusterveydenhuollon vastuulla nousi esiin kuntoutuskertojen määrä, joka oli koko kuntoutushistoriansa perusterveydenhuollon vastuulla ollutta haastateltavaa lukuun ottamatta laskenut huomattavasti Kelan järjestämään lääkinnälliseen kuntoutukseen verrattuna. Neljällä haastateltavalla lääkinnällinen kuntoutus perusterveydenhuollon taholla on jatkunut kymmenellä yhden tunnin mittaisella yksilöajalla ja yhdellä haastateltavalle kuntoutusta on myönnetty kaksi kertaa kymmenen kerran jakso vuodelle. Kelan järjestämää vaikeavammaisten lääkinnällistä kuntoutusta haastateltavat olivat saaneet ennen siirtymävaihettaan 45:stä sataan kertaan vuodessa, eli keskimäärin 1-2 kertaa viikossa. Lisäksi ryhmämuotoiseen kuntoutukseen haastateltavista oli siirtymävaiheen jälkeen ohjattu kaksi kuntoutujaa, jotka kävivät ryhmissä säännöllisesti viikoittain. Yksi kuntoutujista käy perusterveydenhuollon järjestämän kuntoutuksen lisäksi lääkärin läheteellä, omalla kustannuksellaan 15 kerran jakson fysikaalisessa hoidossa yksityisellä palveluntuottajalla.

”Mutta ei tää kymmenen kertaa kyllä oo semmonen, mä tiä mistä ne semmonen on siihen saanu. Se on varmaan joku päättäny, että annetaan kymmenen kertaa.”

”Se on varmaan yleinen käytäntö... tai siis se on terkkarissa yleinen käytäntö ollutkin se kymmenen kertaa. Kun ylilääkäri on määrännyt sen sillai, millai ne mulle sano.”

Kuntoutujan, jonka Kelan järjestämä vaikeavammaisen lääkinnällinen kuntoutus evättiin korotetun hoitotuen oikeuden menettämisen vuoksi noin vuotta ennen 65-vuoden ikää, kuntoutus jatkui perusterveydenhuollon vastuulla kymmenen kertaa vuodessa. Kuntoutus oli Kelan vastuulla toteutunut tätä ennen noin kaksi kertaa viikossa jo 2-3 vuoden ajan.

Kuntoutuksen ajoittuminen lyhyelle jaksolle vuodessa nousi esille haastateltavien kokemuksista. He eivät kokeneet lyhyelle ajanjaksolle ajoittuvan kymmenen kerran kuntoutusjakson olevan riittävää ylläpitämään toimintakykyä ja pitivät tärkeänä kuntoutuksen säännöllistä jatkumista läpi vuoden. **Toimintakyvyn lasku** kuntoutuksen vähäisen määrän seurauksena kahden pyörätuolilla liikkuvan kuntoutujan sekä heidän omaistensa mukaan näkyi arjessa selviytymisessä.

”Ja sitten siinä tulee kun se on kuitenkin se kymmenen kertaa niin sillai, se on niin kun aika lyhyen ajan sisällä ja sitten jää aina kummastakin päästä [vuotta] semmoista aikaa ettei oo ollenkaan [kuntoutusta].”

”Niin, meni se [kunto] alamäkee. Kyllä sen heti huomaa. Jos hän [kuntoutuja] ihan säännöllisesti kävis koko vuoden kerran viikossa siellä, niin kyllä pysyis paljon paremmassa kunnossa.”

...”No esim. et sää pysy jaloillas enää ollenkaan, ees kepin kans et pääse käveleen, nelipistekepin kans ei pääse käveleen vaikka vielä jokin aika sitten pääsi.”

”Ei oo [toimintakyky pysynyt ennallaan]. Siirtymisissä vaatii enemmän voimaa.” [lisää kysyttäessä toimintakyvyn laskun näkymisestä arjessa] ...”On se tossa kun, silloin harvoin kun nousta seisoon niin ei jaksa niin paljon, pitkään kun ennen. Mähän pesinkin (kuntoutujan nimi) sillai kun se seiso pe-suhuoneessa, mutta ei enää.”

Kehittämistarpeissa perusterveydenhuollon lääkinnällisen kuntoutuksen osalla nousi vahvasti esille kuntoutuskertojen vähäinen määrä vuosittain, mikä ei haastateltavien kokemuksen mukaan ole riittävä ylläpitämään riittävää toimintakykyä. Kuntoutusmahdollisuuksista tiedottaminen koettiin puutteelliseksi ja kuntoutusasioista vastaavan yhdyshenkilön tarvetta tuotiin esiin.

”Ei oo [kuntoutuskertojen määrä riittävä ylläpitämään toimintakykyä]. Siirtymisissä [omaiselta avustaessa] vaatii enemmän voimaa.”

”Miksei olisi kun onhan diabetekseen liittyen, muistihoitaja, miksei voisi olla semmoinen joka on kuntoutukseen erikoistunut?...

... ihan oikeesti, eikä sen tarttisi olla siellä fysioterapiassa töissä vaan terveyskeskuksessa.”

”Se on ihan sama kun on toi kaupungilta vammaispalvelupäällikkö tai mikä se on, kun se kerran vuodessa ottaa yhteyttä. Niin olis semmoinen hyvä kun semmoinen olis.”

”Se on ihan tosi, että informaatioo tarvis olla paljon enempi omaisille tosta että mitä voi hakee.”

Sosiaalihoitajan merkitys kuntoutukseen liittyvien asioiden informoijana nousi esille kahden kuntoutujan osalta.

”Mää oon ottanut tohon terveyskeskuksen, ottanut yhteyttä siihen sosiaalihoitajaan, että se on niin kun neuvonut vähän ainakin, mutta eihän sekään sille kuulu sitten varmaankaan, mutta kyllä se antanut on aina jotain kun kysynyt on.”

”Kaiken enemmän me saatiin tietoo tolta Kankaanpään kuntoutuskeskuksen sosiaalityöntekijältä.”

Harkinnanvaraista kuntoutusta oli haastateltavista hakenut neljä kuntoutujaa, joista kolmelle sitä oli myönnetty ja yhdellä haastateltavista ei ollut aikaisempaa tietoa mahdollisuudesta hakea Kelalta kuntoutusta yli 65-vuotiaana. Harkinnanvaraista kuntoutusta hakeneet haastateltavat olivat kukin saaneet tästä kuntoutusmuodosta tietoa eri tahoilta. Haastateltava, joka ei ollut tietoinen harkinnanvaraisesta kuntoutuksesta, koki mahdollisuuden hakea tätä kuntoutusta erittäin tärkeäksi oman toimintakyvyn ylläpitämisen kannalta.

”Me saatiin tieto siitä tyttäreltä. Hän on Kelassa töissä.”

”Lääkäriltä kuultiin ja lääkäri kirjoitti niin kun suosituslapun, mutta kyllä kieltävä vastaus silti tuli. Ko siinä Kela sitten... tota... sanoi että yli 65 vuotaina kuntoutus kuuluu niin kun terveystieteille”

”Tää, toi sitä alkoi puhua toi fysioterapeutti, se sitä mulle ensimmäiseksi puhui, että koita semmoista...”

...Lääkäri teki (lausunnon) ja kyllä mä sitten tota... viikon päästä tuli tuolta (Kelasta) tota noin, että on hyväksytty.”

6 TUTKIMUKSEN JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA

Tässä kappaleessa käsittelen tutkimuskysymyksiä ja pyrin antamaan niille johtopäätökset tutkimukseni pohjalta sekä pohtimaan tutkimukseni merkityksellisyyttä ja luotettavuutta.

Työni tarkoituksena oli nostaa esiin siirtymävaiheen läpikäyneiden kuntoutujien kokemuksia ja mielipiteitä kuntoutuksen siirtymävaiheesta sekä kuntoutuksen toteutumisesta perusterveydenhuollon vastuulla ja kuntoutujien tunnistamia kehittämistarpeita.

Siirtymävaiheen ohjauksesta / ohjeistuksesta, kuntoutujan siirtyessä Kelan järjestämästä vaikeavammaisten lääkinnällisestä kuntoutuksesta perusterveydenhuollon vastuulle ei vastauksista ilmennyt selkeää käytäntöä, joka ohjaisi kuntoutujaa siirtymävaiheessa. Haastateltavat eivät kuitenkaan kokeneet, etteivätkö he olisi saaneet riittävästi siirtymävaiheessa ohjausta kuntoutuksen vastuun siirtymisestä perusterveydenhuollolle. Siirtymävaiheen ohjauksesta kaksi haastateltavaa toi esille sosiaalityöntekijän/ ohjaajan, jonka kautta he olivat mielestään saaneet tietoa kattavasti.

Sosiaali- ja terveysministeriön kuntatiedotteeseen 17/2005 on kirjattu siirtymävaiheen menettelyohjeistus, jonka mukaan Kela lähettää viimeisen kuntoutuspäätöksen yhteydessä tiedon Kelan järjestämisvelvollisuuden päättymisestä ja kuntoutuksen

siirtymisestä perusterveydenhuollon vastuulle. Koska siirtymävaiheen läpikäyneiden kolmen haastateltavan muistikuvat Kelan viimeisimmässä kuntoutuspäätöksessä olleeseen tietoon kuntoutusvastuun siirtymisestä perusterveydenhuollolle ja siirtymävaiheesta ulottuvat jo 5-6 vuoden taakse, on mahdollista että haastateltavien muistikuvat ohjauksen lähteestä eivät ole luotettavia. On kuitenkin huomioitava, että Kelan lähettämän viimeisen kuntoutuspäätöksen ja siirtymävaiheen välillä, jolloin kuntoutuja täyttää 65 vuotta, saattaa aikaa kulua yli vuosikin. Tästä johtuen siirtymävaiheen ohjeistus Kelan taholta olisi mielestäni mielekkäämpää sijoittaa lähemmäksi ajanjaksoa, jolloin siirtymävaihe toteutuu ja jolloin tiedon tarve tulee konkreettisemmin ajankohtaiseksi.

Haastateltavilla ei ollut selkeää mielikuvaa **perusterveydenhuollon lääkinnällisen kuntoutuksen järjestämisvastuusta**, eikä **kuntoutussuunnitelman laadinnasta tai sen merkityksestä** kuntoutukselle. Kuntoutussuunnitelman laatimisen velvollisuus perusterveydenhuollon lääkinnälliseen kuntoutuksen saamisen edellytykseksi ei yhtä haastateltavaa lukuun ottamatta ollut tiedossa. Kuntoutussuunnitelman merkityksen haastateltavat kokivat kuuluneen vain Kelan järjestämän kuntoutuksen saannin edellytykseksi ja velvollisuudeksi. Perusterveydenhuollon järjestämään kuntoutukseen haastateltavista neljä, kertoi päässeensä lääkärin kirjoittamalla lähetteellä.

Kuntoutussuunnitelmalla eivät haastateltavat kokeneet olevan merkitystä perusterveydenhuollon järjestämässä lääkinnällisessä kuntoutuksessa, koska kuntoutusta ei heidän näkemyksensä mukaan toteuteta yksilöllisten tarpeiden mukaisesti. Niin haastateltava, jolle oli siirtymävaiheen jälkeen vuosittain tehty kuntoutussuunnitelma, kuin kokemuksensa mukaan kuntoutukseen lähetteellä ohjatut, eivät tieneet mitä heitä koskevaan suunnitelmaan tai lähetteeseen oli kirjattu. Kaikki haastateltavat totesivat, etteivät olleet osallistuneet oman kuntoutussuunnitelmansa tai kuntoutukseen ohjaavan lähetteen laatimiseen tai sisältöön.

Kelan vaikeavammaisten lääkinnälliseen kuntoutukseen oikeuden, korotetun hoitotuen lakkauttamisen myötä menettäneen kuntoutujan kuntoutussuunnitelman merkitys kuntoutuksen siirtyessä perusterveydenhuollon vastuulle herätti ajatuksia. Terveystieteiden tutkimuskeskuksen tutkimusraportin 1326/2010 29 §:ssä todetaan, että ”Kunnan on kuitenkin järjestettävä kuntoutussuunnitelmassa määritelty lääkinnällinen kuntoutus, jos kuntoutuksen jär-

jestämis- ja kustannusvastuu ei selkeästi ole osoitettavissa”. Kuntoutujan kohdalla kuntoutuskertojen määrä romahti perusterveydenhuollon kuntoutuksen vastuulle siirtyessä kymmeneen kertaan vuodessa, kun se Kelan järjestämänä oli kuntoutujan mukaan ollut noin kahta kertaa viikossa. Tässä tapauksessa ei kuntoutussuunnitelman mukainen kuntoutuksen järjestäminen toteutunut Terveystieteiden mukaisesti, kun vastuu kuntoutuksesta siirtyi perusterveydenhuollon järjestettäväksi. Kuntoutussuunnitelman merkityksen katkeaminen kuntoutuksen järjestäjätahon vaihtuessa nousi tässä tapauksessa vahvimmin esille. Laaditussa kuntoutussuunnitelmassa suositeltuun kuntoutukseen ja sen kertamääriin, joilla suunnitelman laatija arvioi saavutettavan kuntoutuksen tavoitteet, ei toteutunut siirtymävaiheen jälkeen.

Perusterveydenhuollon järjestämän lääkinällisen kuntoutuksen **kehittämistarpeina** haastattelussa nousi esille kuntoutuskertojen vähäinen määrä vuodessa, joka ei kuntoutujien mielestä ollut riittävää ylläpitämään tai parantamaan toimintakykyä. Kaksi haastateltavista osallistui säännöllisesti järjestettyyn ryhmämuotoiseen kuntoutukseen, joka omalta osaltaan tuki toimintakyvyn säilyttämistä. He eivät kokeneet sen kuitenkaan olevan heidän yksilöllisiä kuntoutustarpeitaan vastaavaa ja riittävää. Kuntoutusasioista vastaavan yhdyshenkilön tarve koettiin myös oleelliseksi. Säännöllinen yksilöllisten kuntoutuspalveluiden kartoittaminen nähtiin myös tarpeellisenä, sekä omaisten informointi mahdollisista kuntoutuspalveluista, joita kuntoutujan toimintakyvyn tueksi voisi hakea. Mahdollisen kuntoutuksesta vastaavan yhdyshenkilön toimenkuvaan voisi kuulua kuntoutusneuvonta, oikea-aikaisten ja tarpeenmukaisten kuntoutuspalveluiden piiriin ohjaaminen, niistä tiedottaminen sekä yksilöllisen kuntoutustarpeen ja – palveluiden arviointi. Tällä voitaisiin tukea kuntoutujan toimintakykyä ja sitä kautta parempaa itsenäistä selviytymistä arjessa.

Kelan järjestämä **harkinnanvarainen kuntoutus** oli hyvin tunnettu haastateltavien keskuudessa. Yhtä kuntoutujaa lukuun ottamatta, olivat muut hakeneet Kelalta kyseistä kuntoutusta ja kolmelle kuntoutus oli myönnetty. Harkinnanvarainen kuntoutus koettiin erittäin hyödylliseksi oman toimintakyvyn ylläpitämisen kannalta ja tarpeellisenä lisänä nykyiselle kuntoutusmäärälle. Tiedon saanti mahdollisuudesta hakea harkinnanvaraista kuntoutusta oli hajanaista ja jokainen kuntoutujista oli saanut tiedon eri taholta.

län tuomat toimintakyvyn muutokset ja sairauden aiheuttaman toimintakyvyn heikkeneminen vaatii terveydenhuollolta mielestäni tehokkaampaa ja yksilöllisempää kuntoutuksen suunnittelua vaikeavammaisille kuntoutujille. Säännöllisillä kuntoutustoimenpiteillä voidaan ylläpitää tai jopa parantaa ikääntyneen kuntoutujan toimintakykyä ja tällä turvata mahdollisimman itsenäinen selviytyminen päivittäisissä toiminnoissa. Kuntoutuksen toteuttaminen kaikkien kuntoutujien kohdalla samaa kaavaa noudattaen, yksilöllisiä tarpeita huomioimatta, ei tue kuntoutujien yhtäläisen toimintakyvyn ylläpitämistä. Kuntoutujien ohjaaminen ryhmäkuntoutukseen, lisänä yksilöllistä kuntoutusta täydentämään, on mielestäni hyvä keino resurssipulasta johtuvan yksilölliselle kuntoutukselle. Mutta tukeeko se riittävästi kuntoutujan yksilöllisiä tarpeita toimintakyvyn ylläpitämiseksi?

Opinnäytetyöni työstäminen ei edennyt alkuperäisen suunnitelmani mukaisesti, sillä tutkimussuunnitelman laatiminen ja tutkimusluvan hakeminen osoittautui tutkimukseni hankalammaksi osioksi. Tutkimussuunnitelman valmistuttua ja -luvan saatuaani työ lähti etenemään mukavasti, vaikka opinnäytetyön viitekehysten rajaamisessa ja kokonaisuuden hahmottamisessa oli ajoittain haasteita. Haastatteluiden toteuttamisen koin hyödyllisenä oppimisprosessina, jossa huomasin kehittyväni niiden edetessä. Ensimmäistä haastattelua tehdessäni tukeuduin liialti lomakkeille laatimiini kysymyksiin, mutta jo seuraavien haastatteluiden kohdalla keskustelu eteni luontevasti kuntoutujan kuntoutusprosessia mukaillen.

Haastattelemalla kuntoutujia sekä heidän omaisiaan, osoittautui teemahaastattelun menetelmä hyväksi välineeksi saada tietoa tutkimastani aiheesta. Haastattelu saattoi edetä kunkin haastateltavan tilanteen ja näkemysten mukaan, ja jo esitettyihin kysymyksiin voitiin palata sekä pohtia niitä haastattelun kuluessa. Haastateltavilla oli tiedossaan heille jaetun, laatimani infokirjeen pohjalta aihealueet, joita haastattelussani tulen käymään läpi ja siltä osin saattoivat valmistautua haastatteluun. Tutkimuksen varsinaiset kysymykset esitin vasta haastattelutilanteessa, koska koin, että kuntoutujan tai omaisen näkemykset ja mielipiteet olisivat näin mahdollisimman aitoja, ei valmiiksi mietittyjä ja pohdittuja. Kuntoutuksen toteutumista perusterveydenhuollon vastuulla sekä kehittämistarpeita käsittelevät kysymykset olivat selkeästi hankalimmat haastateltaville. Todennäköisesti näihin olisin saanut laajempia vastauksia, jos haastateltavat olisivat voineet pohtia näitä jo etukäteen.

Tutkimukseni kohdistuminen Sastamalan kokoisen, melko pienen paikkakunnan perusterveydenhuollon lääkinällisen kuntoutuksen asiakkaiden kokemuksiin ja näkemyksiin, heidän kuntoutuksestaan esille tulleita asioita ei voida yleistää koko maata koskeväksi. Pienen kohderyhmän yhtenevät kokemukset ja näkemykset kuitenkin tukivat toisiaan ja siitä johtuen, voin pitää tutkimukseni antamia tuloksia luotettavina. Koin, että haastatteluiden kautta nousi esiin tärkeitä asioita kuntoutuksen järjestämisestä ja toteutumisesta, joita tulisi kehittää tulevaisuudessa. Tärkeimmäksi nostaisin yksilöllisten tarpeiden huomioimisen niin kuntoutussuunnitelman laadinnassa kuin kuntoutuksen toteutumisessakin. Haastateltavien mielestä tutkimukseni aihe oli tarpeellinen ja kokivat tärkeäksi saada tuoda mielipiteitään ja näkemyksiään ilmi kuntoutuksestaan.

Tulosten hyödyntäminen ja jatkotutkimusaiheita

Tässä tutkimuksessa kuntoutujien esille tuomia, heidän kuntoutustaan koskevia mielipiteitä ja näkemyksiä on mahdollista hyödyntää perusterveydenhuollon lääkinällistä kuntoutusta kehitettäessä. Kuntoutujien kokemukset ja ajatukset kuntoutussuunnitelman laadinnasta, kuntoutuksen järjestämisestä sekä kehittämistarpeista olivat yhteneväisiä ja antoivat täten merkittävää tietoa yksilöllisen kuntoutussuunnittelun ja kuntoutuksen merkityksestä.

Tutkimukseni myötä, nousi vahvasti esille mielenkiintoisia jatkotutkimusaiheita, joissa tarkastelun kohteena olisivat ikääntyneen kuntoutujan toimintakyvyn arvioinnin ja seurannan toteutuminen perusterveydenhuollossa sekä yksilöllistä kuntoutusta tukevien kuntoutuspalveluiden vaikuttavuus toimintakykyyn. Resurssien lisääminen ikääntyneiden kuntoutuksen palveluiden tuottamiseen, voi pidemmällä aikavälillä tulla edullisemmaksi, kuin kuntoutujien toimintakyvyn laskun seurauksena aiheutuvat kulut. Tämän vuoksi uskon, että ikääntyneiden kuntoutukseen kannattaa panostaa ennaltaehkäisevässäkin mielessä.

LÄHTEET

Alaranta, H., Lindberg, H. & Holma, T. 2008. Hyvä kuntoutuskäytäntö. Teoksessa P. Rissanen, T. Kallanranta & A. Suikkanen (toim.) Kuntoutus. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy, 647–657.

Asetus lääkinnällisestä kuntoutuksesta. 1991. A 28.6.1991/1015.

Heikkinen, E. & Rantanen, T. toim. 2008. Gerontologia. Keuruu. Otavan Kirjapaino Oy.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 1997. Tutki ja kirjoita. Hämeenlinna. Kariston Kirjapaino Oy.

Hokkanen, L., Härkäpää, K., Järvikoski, A., Martin, M., Nikkanen, P., Notko, T. & Puumalainen, J. Asiakkaan äänellä vaikeavammaisten kuntoutuksesta – tulkintoja ja johtopäätöksiä. Teoksessa A. Järvikoski, L. Hokkanen & K. Härkäpää (toim.) Asiakkaan äänellä. Helsinki: Yliopistopaino, 283–296.

Järvikoski, A., Hokkanen, L. & Härkäpää, K. (toim.) 2009. Asiakkaan äänellä. Odotuksia ja arvioita vaikeavammaisten lääkinnällisestä kuntoutuksesta. Helsinki. Kuntoutussäätiö.

Järvikoski, A. & Härkäpää, K. 2008. Kuntoutuksen perusteet. Porvoo. WSOY.

Kansaneläkelaitoksen www-sivut. <http://www.kela.fi>

Kansaneläkelaitoksen tilastotietokanta Kelasto. 2012. Kelan kuntoutuspalvelujen saajat ja kustannukset.

http://raportit.kela.fi/ibi_apps/WFServlet?IBIF_ex=NIT099AL

Koskinen, S., Martelin, T. & Sainio, P. 2007. Iäkkäiden toimintakyky: ulottuvuudet, viimeaikaiset muutokset ja kehitysnäkymät. Teoksessa T. Martelin & N. Kuosmanen (toim.) Ikääntyminen ja toimintakyky: Haasteet tutkimukselle. Kolmas Kansallinen ikääntymisen foorumi 9.11.2006. Helsinki: Edita Prima Oy, 15.

http://www.ktl.fi/attachments/suomi/julkaisut/julkaisusarja_b/2007/2007b24.pdf

Kuntoutusportin www-sivut. <http://kuntoutusportti.fi>.

Laki kansaneläkelaitoksen kuntoutusetuuksista ja kuntoutusrahaetuksista. 2005. L 15.7.2005/566.

Laki vammaisuuksista. 2007. L 11.5.2007/570.

Lääkinnällinen kuntoutus. 2009. Valtiontalouden tarkastusviraston tuloksellisuustarkastuskertomukset 193/2009. Helsinki. Edita Prima Oy.

http://www.vtv.fi/files/1837/1932009_Laakinnallinen_kuntoutus_netti.pdf

Lönnqvist, M. 2012. Osastonhoitaja, Sotesi – Sastamalan sosiaali- ja terveystyö. Sastamala. Henkilökohtainen tiedonanto 9.3.2012.

Paltamaa, J., Karhula, M., Suomela-Markkanen, T. & Autti-Rämö, I. 2011. Hyvän kuntoutuskäytännön perusta. Käytännön tutkimustiedon analyysistä suositukseen vaikeavammaisten kuntoutuksen kehittämishankkeessa. Sastamala. Vammalan kirjapaino Oy.

Rissanen, P., Kallanranta, T. & Suikkanen, A. (toim.). 2008. Kuntoutus. Keuruu. Otavan Kirjapaino Oy.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2005. Kuntatiedote 17/2005. Kansaneläkelaitoksen ja julkisen terveydenhuollon yhteistyö vaikeavammaisen lääkinnällisen kuntoutuksen järjestämisessä. Helsinki.
<http://www.stm.fi/tiedotteet/kuntainfot/kuntainfo/view/1247543>

Ohjausryhmän muistio: Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta ja iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista. 2012. Sosiaali- ja terveysministeriö. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 4/2012.
http://www.stm.fi/julkaisut/nayta/-/_julkaisu/1794765

Sosiaaliportin www-sivut. <http://www.sosiaaliportti.fi>.

Suomen Kuntaliiton www-sivut. <http://www.kunnat.net>.

Terveydenhuoltolaki. 2010. L 30.12.2010/1326.

Vahva pohja osallisuudelle ja yhdenvertaisuudelle. Suomen vammaispoliittinen ohjelma VAMPO 2010–2015. 2010. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 4/2010. Viitattu 24.4.2012.
http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=1087414&name=DLFE-12157.pdf

LIITE 1

Aamulehti: Päivitetty 7.4.2011 07:22, julkaistu 7.4.2011 07:19

Kelan lahja 65-vuotissyntymäpäivänä: Kuntoutus loppu nyt

Kuva: Jukka Ritola

Heli Keskinen, Aamulehti



Kari Lähteenmäki täyttää tänään 65 vuotta, mutta juhlatuulta saa etsiä.

MS-tautia sairastava Kari Lähteenmäki täyttää tänään 65 vuotta, ja olisi aika juhlia. Juhlatuuli on kuitenkin kateissa, sillä Kelan maksama kuntoutustuki loppuu 65 ikävuoteen ja kuntouttamisvastuu siirtyy kunnalle.

Kari Lähteenmäen kokemusten mukaan välivaiheessa monen vaikeasti vammaisen ihmisen kuntouttaminen lakkaa hetkeksi ja jatkuu myöhemmin, mutta sitä vähennetään.

Tampereen Hämeenpuistossa asuvan Lähteenmäen toimintakyky on täysin riippuvainen viikoittaisesta fysioterapiasta, jota jatketaan Kelan kustantamana vielä kuluvan kuun loppuun.

– Me vaikeavammaiset ihmiset aina haaveilemme, että meidän sairautemme paranisi samana päivänä kun täytämme 65, Lähteenmäki hymyilee.

Näin ei valitettavasti kuitenkaan käy. Tällä hetkellä miehen kumpikaan jalka ja vasen käsi eivät liiku. Oikea käsi toimii sen verran, että hän pystyy ohjaamaan sähköpyörätuoliaan.

Tuolin kauko-ohjaimella Lähteenmäki voi avata ulko-ovet, radion ja television sekä käyttää lankapuhelinta ja valoja.

– Ilman tätä vaimoni **Irmeli** olisi vanki – tarvitsisin häntä kaikessa.

HYVÄ LÄÄKINNÄLLISEN KUNTOUTUKSEN ASIAKAS

Opiskelen Satakunnan ammattikorkeakoulun kuntoutuksenohjauksen ja – suunnittelun koulutusohjelmassa ja teen opinnäytetyötäni Sastamalan seudun sosiaali- ja terveyspalveluiden (Sotesi) lääkinnällisen kuntoutuksen asiakkaiden ja heidän omaistensa kokemuksista Kelan järjestämän lääkinnällisen kuntoutuksen siirtymävaiheesta ja kuntoutuksen toteutumisesta julkisen terveydenhuollon vastuulla.

Opinnäytetyötäni varten tarvitsen haastateltaviksi Sotesin lääkinnällisen kuntoutuksen asiakkaita, jotka ovat iältään 65–70-vuotta ja ovat siirtyneet Kelan järjestämän lääkinnällisen kuntoutuksen vastuulta julkisen terveydenhuollon järjestämän lääkinnällisen kuntoutuksen vastuulle viimeisen viiden vuoden aikana.

Osallistumalla haastatteluun autatte minua opinnäytetyöni tekemisessä ja uuteen ammattiin valmistumisessa, sekä antamalla arvokasta tietoa lääkinnällisen kuntoutuksen asiakkaan kokemuksista lääkinnällisen kuntoutuksen siirtymävaiheesta ja kuntoutuksen toteutuksesta julkisen terveydenhuollon vastuulla.

Haastattelu toteutetaan yksilöhaastatteluna ja haastattelun kesto on noin 1 tunti. Antamianne vastauksia käytetään osittain opinnäytetyössä ja vastaukset sekä vastaajan henkilöllisyys ovat ehdottoman luottamuksellisia.

Halukkuutenne osallistua haastatteluun voitte ilmoittaa lääkinnällisen kuntoutuksen henkilökunnalle, joilta luvallanne saan yhteystietonne tai voitte ottaa suoraan yhteyttä minuun.

Teea Marjamäki puh. XXXXX

LIITE 3

SUOSTUMUS HAASTATTELUUN OSALLISTUMISESTA

Teen opinnäytetyötäni Satakunnan ammattikorkeakoulussa, kuntoutuksenohjauksen ja –suunnittelun koulutusohjelmaan liittyen.

Opinnäytetyöni aiheena on Yli 65-vuotiaiden vaikeavammaisten lääkinnällisen kuntoutuksen toteutuminen järjestämisvelvollisuuden siirtyessä Kelalta julkisen terveydenhuollon vastuulle.

Opinnäytetyöni kohteena ovat 65–70-vuotiaat Sotesin lääkinnällisen kuntoutuksen vastuulla olevat asiakkaat. Keskeistä haastattelussa olisi saada kuulla asiakkaiden kokemuksia ja mielipiteitä muun muassa seuraavista asioista:

- Ohjeistus / ohjaus Kelan ja perusterveydenhuollon taholta kuntoutuksen järjestämisvastuun siirtyessä Kelalta terveydenhuollolle täyttäessänne 65 vuotta
- Kokemuksia siirtymävaiheeseen liittyen
- Kuntoutussuunnitelma, sen laadinta, sisältö sekä toteutuminen
- Kuntoutuksen käynnistyminen ja toteutuminen perusterveydenhuollossa
- Kokemuksia kuntoutuksen merkityksestä sekä kehittämistoiveita
- Kelan harkinnanvarainen kuntoutus

Haastattelu toteutetaan yksilöhaastatteluna. Haastattelun mielipiteitä ja ajatuksia käytetään osittain opinnäytetyössä ja vastaajan henkilöllisyys on ehdottoman luottamuksellista.

Haastateltavalla on lupa keskeyttää haastattelu niin halutessaan, missä vaiheessa tahansa.

Annan suostumukseni tähän haastatteluun _____

Sastamalassa _____.____.2012

Haastateltavan allekirjoitus

Opinnäytetyön ohjaaja: Merja Koivuniemi
Lehtori, KM
gsm 044 710 3770
merja.koivuniemi@samk.fi
Satakunnan ammattikorkeakoulu
Sosiaali- ja terveysala Pori
Maamiehenkatu 10
28500 PORI
www.samk.fi

LIITE 4

HAASTATTELUKYSYMYKSET

1. Millaista ohjeistusta tai ohjausta saitte Kelan ja perusterveydenhuollon taholta lääkinnällisen kuntoutuksenne siirtyessä Kelan järjestämisvastuulta julkisen terveydenhuollon vastuulle täyttäessänne 65 vuotta ja oliko se riittävää?
2. Onko Teille laadittu kuntoutussuunnitelmaa lääkinnällisen kuntoutuksen jatkuessa julkisen terveydenhuollon vastuulla? Miten Teidän tarpeenne huomioitiin kuntoutussuunnitelmaa tehtäessä? Oletteko tyytyväinen nykyiseen kuntoutussuunnitelmaanne?
3. Mitä kuntoutussuunnitelmanne sisältää?
4. Miten kuntoutus on toteutunut julkisen terveydenhuollon vastuulla (kuntoutussuunnitelman mukaisesti)? Oletteko tyytyväinen järjestettyyn lääkinnälliseen kuntoutukseen?
5. Millaisia kehittämistarpeita toivotte siirtymävaiheeseen tai lääkinnällisen kuntoutuksen toteutumiseen julkisen terveydenhuollon vastuulla?
6. Oletteko hakeneet tai oletteko tietoinen mahdollisuudesta hakea Kelan järjestämää harkinnanvaraista laituskuntoutusta? Oletteko kiinnostunut tai koetteko itsellenne tarpeelliseksi hakea kyseistä kuntoutusta?