

KIRJALLISUUSKATSAUS APUVÄLINEPALVELUIDEN LÄHTÖKOHDISTA

Henna Kangas
Maria Kauppi

Opinnäytetyö
Marraskuu 2009

Kuntoutusohjaus ja -suunnittelu
Sosiaali- ja terveysala



JYVÄSKYLÄN AMMATTIKORKEAKOULU
JAMK UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES



Tekijä(t) KANGAS, Henna KAUPPI, Maria	Julkaisun laji Opinnäytetyö	Päivämäärä 6.11.2009
	Sivumäärä 65	Julkaisun kieli Suomi
	Luottamuksellisuus () saakka	Verkojulkaisulupa myönnetty (X)
Työn nimi KIRJALLISUUSKATSAUS APUVÄLINEPALVELUIDEN LÄHTÖKOHDISTA		
Koulutusohjelma Kuntoutusohjauksen ja -suunnittelun koulutusohjelma		
Työn ohjaaja(t) KOLOMAINEN, Ulla ja PERTTINÄ, Pirkko		
Toimeksiantaja(t) Keski-Suomen sairaanhoitopiirin alueellinen apuvälinekeskus (AVEK) -hanke		
Tiivistelmä Opinnäytetyön toimeksiantaja oli Keski-Suomen sairaanhoitopiirin alueellinen apuvälinekeskus (AVEK) -hanke. Yhteistyönä toimeksiantajan edustajan kanssa oli tarkoituksena tuottaa tietopaketti apuvälineistä ja apuvälinepalveluista. Koottua tietoa hyödynnetään hankkeen tuotoksena syntyvässä Keski-Suomen apuvälinepalveluoppaassa. Työn tavoitteena oli myös tuoda apuvälineiden parissa työskentelevien ammattilaisten sekä päättäjien tietoisuuteen apuvälinealalla käytettäviä mittareita sekä tutkimuksista saatua näyttöä apuvälineiden vaikuttavuudesta. Apuvälineiden tarve kasvaa väestön ikääntymisen ja kotihoidon sekä palveluasumisen lisääntymisen myötä. Toimivat apuvälinepalvelut edistävät väestön itsenäistä suoriutumista ja hyvää elämänlaatua. Kehittämishankkeilla pyritään parantamaan apuvälinepalvelujen tehokkuutta, asiakaslähtöisyyttä ja tasapuolisuutta. Hankkeet ovat tähdänneet alueelliseen apuvälinepalvelujärjestelmään. Työn tavoitteena oli selvittää apuvälinepalveluita määrittävät lait ja säädökset, apuvälineitä ja apuvälinepalveluita arvioivat mittarit sekä niitä koskevat tutkimukset. Työssä kuvataan lisäksi apuvälinepalveluprosessi. Työn aineisto koottiin pääosin kirjallisuudesta ja tutkimuksista. Tietoa analysoitiin ja pohdittiin. Apuvälinepalveluiden järjestämistä kunnissa ohjaavat lainsäädäntö, laatusuosituksiset, kiireettömän hoidon perusteet sekä eettiset näkökulmat. Ohjeistukset ovat pohja apuvälinepalveluiden järjestämiselle. Erilaisia apuvälinealalla käytettäviä mittareita on useita. Mittareita voidaan käyttää arvioinnin apuna apuvälinepalveluprosessin eri vaiheissa. Tutkimus apuvälinealalla on lisääntynyt. Pohjoismaissa apuvälinepalveluiden vaikuttavuutta on tutkittu systemoitujen tutkimuskatsausten avulla. Katsausten avulla voidaan todistaa tutkittujen apuvälineiden vaikuttavuuden olevan hyvä. Tutkimuksia liikkumisen apuvälineistä on tehty muihin apuvälineryhmiin verrattuna enemmän. Tutkimusten tuloksissa todettiin käyttäjätyytyväisyyttä, koettua hyötyä, itsetunnon kohoamista, turvallisuuden ja itsenäisyyden tunteen sekä osallistumisen mahdollisuuden lisääntymistä. Jatkotutkimusaiheeksi nousi eri sairaanhoitopiireissä laadittujen alueellisten apuvälinepalvelusuunnitelmien vertailu, jota voisi käyttää pohjana tulevaisuudessa valtakunnallisten apuvälineiden saatavuusperusteiden laadinnassa.		
Avainsanat (asiasanat) Apuvälineet, apuvälinepalveluprosessi, apuvälinealan mittarit, apuvälinealan tutkimukset, apuvälinepalveluja ohjaava lainsäädäntö, kirjallisuuskatsaus, Keski-Suomen sairaanhoitopiiri, AVEK-hanke		
Muut tiedot		



Author(s) KANGAS, Henna KAUPPI, Maria	Type of publication Bachelor's Thesis	Date 6.11.2009
	Pages 65	Language Finnish
	Confidential () Until	Permission for web publication (X)
Title A LITERATURE REVIEW OF THE ASSISTIVE TECHNOLOGY SERVICE BASELINES		
Degree Programme Rehabilitation Counselling		
Tutor(s) KOLOMAINEN, Ulla and PERTTINÄ, Pirkko		
Assigned by AVEK-project by Central Finland Health Care District		
<p>Abstract</p> <p>This thesis was assigned by AVEK-project which is planning the regional assistive technology (AT) centre of Central Finland. In co-operation with this project main goal was to produce information package about assistive devices and services. Gathered information will be used as a source to separate document, Central Finland's AT service guide. Other goal was to inform professionals and leaders about the latest measure scales that are used in the AT area and make known the effectiveness of assistive device in different researches.</p> <p>The need for AT is growing because population is aging and home and residential care are increasing. Well provided AT services give population more independence and quality of life. The goal with these kind of developing projects are to increase AT services' effectiveness, client based care and equality. Projects' main goal has been to form a regional AT service system.</p> <p>The aim in this thesis is to clarify laws and regulations that define AT services, measurement scales and researches. AT service process is also described. Material used in this thesis is collected mainly from literature and researches. Gathered information was analyzed.</p> <p>Organizing of AT services in communities is guided by law, quality recommendations, basics of non-emergency care and ethical views. These guidelines are the base of arranging AT services. There are many measurement scales used in AT service area. Scales can be used in different phases in AT service process. Research has increased in the area. In the Nordic countries the effectiveness of AT services has been analyzed with systematic research study. These studies have proved that researched AT devices have good effectiveness. There are more studies about mobility devices comparing to other device groups. Studies' results indicate the increase of user satisfaction, experienced benefits, self-worth, security, independency and user involvement.</p> <p>Comparing different hospital districts functional aid service systems became the next research topic. In future it could be used as a guide line for planning national AT accessibility.</p>		
Keywords Assistive devices, assistive technology service process, assistive technology measurement scales, assistive technology researches, assistive technology guiding legislation, literature review, Central Finland Health Care District, AVEK-project		
Miscellaneous		

SISÄLTÖ

1 JOHDANTO.....	3
2 OPINNÄYTETYÖN TAVOITTEET	5
3 KESKI-SUOMEN ALUEELLINEN APUVÄLINEKESKUS (AVEK) -HANKE	5
4 APUVÄLINEPALVELUITA OHJAAVAT SÄÄDÖKSET.....	6
4.1 Apuvälinepalveluita ohjaava lainsäädäntö	7
4.2 Apuvälinepalveluiden laatusuositus.....	8
4.3 Apuvälinepäätös.....	11
4.4 Yhtenäiset kiireettömän hoidon perusteet.....	12
4.5 Apuvälinepalveluiden eettisiä kysymyksiä.....	14
6 APUVÄLINEKUSTANNUKSET	16
7 APUVÄLINEPALVELUPROSESSI	17
7.1 Apuvälinetarpeen havaitseminen	18
7.2 Apuvälinetarpeen arviointi.....	19
7.2.1 Apuvälinetarpeen arviointiprosessin toimijat.....	19
7.2.2 Arvioinnin menetelmiä.....	20
7.2.3 ICF -luokitus apuvälinetarpeen arvioinnissa	22
7.3 Apuvälineen sovitus, kokeilu, valinta ja muutostöiden suunnittelu.....	24
7.4 Apuvälineen hankinta ja luovutus.....	25
7.5 Apuvälineen käytön opetus.....	26
7.6 Apuvälineen käytön seuranta ja seurannan menetelmät.....	26
7.7 Apuvälineen huolto ja korjaus.....	27
8 APUVÄLINEALALLA HYÖDYNNETÄVIÄ MITTAREITA.....	27
8.1 QUEST 2.0.....	28
8.2 NOMO 1.0.....	30
8.3 FIM 5.0.....	31
8.4 COPM.....	32
8.5 GAS	33
8.6 PIADS	33
8.7. Painehaavojen riskiluokitusmittarit	34
8.7.1 Braden Scale	34
8.7.2 Norton Scale	35
8.7.3 Waterlow Scale.....	35
9 TUTKIMUKSET APUVÄLINEISTÄ JA APUVÄLINEPALVELUISTA	36
9.1 Vaikuttavuustutkimuskatsaukset	36
9.2 Apuvälineisiin kohdistuneet tutkimukset.....	37
9.2.1 Liikkumisen apuvälineet.....	37
9.2.2 Ympäristönhallintajärjestelmät.....	40
9.2.3 Älykodit.....	41
9.2.4 Turvahälytysjärjestelmät.....	43

	2
9.2.5 Muistia ja kognitiivisia toimintoja tukevat apuvälineet.....	44
9.2.6 Tietokonepohjaiset kommunikoinnin apuvälineet	45
9.2.7 Kustannusvaikuttavuustutkimukset.....	46
9.3. Apuvälinepalveluihin kohdistuneet tutkimukset	47
9.3.1. Apuvälineiden ja apuvälinepalveluiden saatavuus terveyskeskuksissa ja keskussairaaloissa 2006	47
9.3.2 Laatusuosituksen arviointia.....	48
9.3.3 Selvitys vammaispalvelulain mukaisten apuvälinepalveluiden toteutumisesta	50
9.3.4 Apuvälinepalveluja ohjaavien käsitteiden tulkintaa	51
9.3.5 Tyytyväisyys apuvälinepalveluihin Norjassa	52
10 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA	52
10.1 Apuvälineitä ohjaavat säädökset	52
10.2 Apuvälinealan kustannukset ja tutkimukset.....	54
10.3 Apuvälinepalveluprosessi ja mittarit.....	55
10.4 Opinnäytetyöprosessi ja ammatillinen kehittyminen.....	56
LÄHTEET.....	58
LIITTEET	64
Liite 1. Käsitteet.....	64

TAULUKOT

TAULUKKO 1. Apuvälineiden hankintakustannukset terveyskeskuksissa ja keskussairaaloissa vuosina 2009, 2005, 2004, 1999 ja 1993	17
TAULUKKO 2. Apuvälineitä ja apuvälinepalveluita arvioivat mittarit	28

KUVIOT

KUVIO 1. Apuvälinepalveluprosessi	18
KUVIO 2. Toimintakyvyn ja toiminnanrajoitteiden käsitteellinen malli (ICF)	24

1 JOHDANTO

Apuvälineiden tarve kasvaa väestön ikääntymisen ja kotihoidon sekä palveluasumisen lisääntymisen myötä (Apuvälinepalveluiden laatusuositus 2003, 3). Tilastokeskuksen mukaan yli 65-vuotiaiden osuuden väestöstä arvioidaan kasvavan nykyisestä 17 prosentista 27 prosenttiin vuoteen 2040 mennessä. Vuonna 2060 heidän osuutensa on arvioitu olevan jo 29 prosenttia. (Väestöennuste 2009–2060 2009.) 85 vuotta täyttäneistä vain puolet selviytyy vaikeuksista pukeutumisesta ja riisuutumisesta (Kallanranta, Konola & Töytäri 2008, 565). Terveys 2000-tutkimuksen mukaan joka viidennellä eläkeikäisellä oli näön ja liikkumisen apuvälineitä ja joka kymmenennellä kuulon apuvälineitä. (Terveys ja toimintakyky Suomessa 2002, 90.) Apuvälinetarvetta lisäävät väestön ikääntymisen lisäksi lääketieteen ja teknologian kehittyminen. Pyrkimys turvata vajaakuntoisten asuminen laitoshoidon ulkopuolella on lisännyt apuvälineiden tarpeen lisäksi myös apuvälinekustannuksia. Apuvälinekustannukset ovat nousseet vuosittain. (Kolomainen 2008a, 2.) Vuonna 2005 apuvälinekustannukset olivat koko maassa yhteensä 54 miljoonaa euroa (Töytäri 2007, 37). Vuoteen 2009 mennessä ne ovat nousseet noin 75 miljoonaan euroon (Risikko 2009).

Taloudellisten varojen ollessa rajalliset yhä enemmän vaaditaan verovaroin rahoitettujen sosiaali- ja terveyspalveluiden, kuten kuntoutuksen, vaikuttavuuden osoittamista tieteellisellä tutkimusnäytöllä. Vaikuttavuudella on tärkeä merkitys hoidon ja kuntoutuksen järjestämisen ja korvattavuuden perusteeksi. Yhteiskunnan kannalta on luonnollisesti edullisinta sijoittaa sekä taloudellisia varoja että voimavaroja kohteeseen, josta saadaan mahdollisimman hyvä vaikuttavuus. (Malmivaara & Pohjolainen 2008, 658.) Pohjoismaissa apuvälinepalveluiden vaikuttavuutta on tutkittu systemaattisten tutkimuskatsausten avulla. Systemaattisilla katsauksilla pyritään koamaan ja yhdistämään alkuperäisten tutkimusten näyttöä vaikuttavuudesta (Mts. 661). Katsaukset on toteutettu pohjoismaisina hankkeina Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen (ent. Stakes) johdolla. Ensimmäinen katsaus on liikkumisen apuvälineistä, toinen ympäristönhallintalaitteista ja älykodeista sekä kolmas alaraajaproteeseista. Kaksi ensimmäistä ovat jo valmistuneet, mutta katsaus alaraajaproteeseista on vielä

kesken. Näiden katsausten avulla on voitu todistaa tutkittujen apuvälineiden vaikuttavuuden olevan hyvä.

Apuvälinepalveluiden työnjakoa pyritään selkiyttämään ja verkostointia tiivistämään. Laadukkaam apuvälinepalvelun tulee olla suunnitelmallista, tehokasta, hyvin johdettua sekä ammattitaitoista ja käyttäjälähtöistä (Apuvälinepalveluiden laatusuositus 2003, 3). Toimivat apuvälinepalvelut edistävät väestön itsenäistä suoriutumista ja hyvää elämänlaatua (Apuvälinepalveluiden laatusuositus 2003, 13). Eri puolilla Suomea on toteutettu kehittämishankkeita, joiden tavoitteena on ollut apuvälinepalveluiden tehokkuuden, asiakaslähtöisyyden ja tasapuolisuuden parantaminen. Kehittämishankkeet ovat tähdänneet alueelliseen apuvälinepalvelujärjestelmään. Alueellinen apuvälinekeskus mahdollistaa kansalaisille tasavertaiset palvelut kotikunnasta riippumatta. Suurin osa Suomen sairaanhoitopiireistä on jo siirtynyt tai siirtymässä alueelliseen apuvälinepalvelujärjestelmään. (Kolomainen 2009c.)

Opinnäytetyömme toimeksiantaja on Keski-Suomen sairaanhoitopiirin alueellinen apuvälinekeskus (AVEK) -hanke. Ulla Kolomainen toimii hankkeen projektipäällikkönä ja yhdyshenkilönä. Yhteistyönä toimeksiantajan kanssa oli tarkoituksena tuottaa tietopaketti apuvälinepalveluiden ohjeistuksista, apuvälinealalla käytettävistä mittareista sekä apuvälineitä ja apuvälinepalveluita koskevista tutkimuksista. Koottua tietoa hyödynnetään hankkeen tuotoksena syntyvässä Keski-Suomen apuvälinepalveluoppaassa. Tavoitteena on tuoda apuvälineiden parissa työskentelevien ammattilaisten sekä päättäjien tietoisuuteen apuvälinealalla käytettäviä mittareita sekä tutkimuksista saatua näyttöä apuvälineiden vaikuttavuudesta. Toinen opinnäytetyön tekijöistä on suorittanut syventävän harjoittelun hankkeessa, jonka aikana hän toimi projektipäällikön apuna ja samalla perehtyi hankkeeseen.

Opinnäytetyöhön tietoa on kerätty kirjallisuudesta ja tutkimuksista. Työssä käsitellään ensin sen tavoitteet ja tehtävät, joihin pyritään löytämään ratkaisuja. Tämän jälkeen kuvataan lait ja asetukset, laatusuositukset sekä yhtenäiset kiireettömän hoidon perusteet, jotka kaikki ohjeistavat apuvälinepalveluiden järjestämistä Suomessa. Apuvälinepalveluprosessi käydään läpi vaihe vaiheelta ja siinä hyödynnettävät mitta-

rit kuvataan lyhyesti. Mittareista tarkemmin kerrotaan kahdeksannessa luvussa. Yhdeksännessä luvussa kuvataan tutkimuksia apuvälineistä ja apuvälinepalveluista. Johdopäätöksissä ja pohdinnassa tarkastellaan tavoitteiden saavuttamista, ja pohditaan koottua tietoa sekä opinnäytetyöprosessia kokonaisuutena. Apuvälineprosessiin liittyvät käsitteet, kuten apuväline ja apuvälineen käyttäjä, on selvitetty tarkemmin liitteessä 1.

2 OPINNÄYTETYÖN TAVOITTEET

Työn tavoitteina on selvittää:

1. Mitä ovat terveydenhuollon lääkinällisen kuntoutuksen apuvälinepalveluita määrittävät lait ja säädökset?
2. Millaisten mittareiden avulla apuvälineitä ja apuvälinepalveluja arvioidaan?
3. Millaisia apuvälinealaaan liittyviä tutkimuksia on?

3 KESKI-SUOMEN ALUEELLINEN APUVÄLINEKESKUS (AVEK) - HANKE

Keski-Suomen alueellisen apuvälinekeskuksen perustamishanke (AVEK) käynnistyi Keski-Suomen sairaanhoitopiirin strategisena hankkeena helmikuussa 2008. Hankkeen taustalla olivat muun muassa Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) Keski-Suomen sairaanhoitopiirissä vuonna 2005 tekemä selvitys kuntoutuksen järjestämisestä. Selvitysraportissa suositeltiin alueellisen apuvälinekeskuksen perustamista. Myös Keski-Suomen sairaanhoitopiirin terveydenhuollon järjestämissuunnitelmassa (2005–2008) korostettiin palveluiden alueellista kattavuutta ja perusterveydenhuoltopainotteisuutta. (Kolomainen, 2009a.)

Alueellisen apuvälinekeskuksen perustamishanke ajoittuu vuosille 2008–2010. Vuoden 2008 aikana selvitettiin alueellisen apuvälinekeskuksen perustamisedellytykset sekä luotiin toimintasuunnitelma sen perustamiseksi. Lokakuussa 2008 valmistui toimintasuunnitelma, jossa esitetään Keski-Suomen sairaanhoitopiirissä toteutettavaksi apuvälinepalveluiden alueellinen järjestämismalli. Toimintasuunnitelman pohjalta tehdään kunnissa ja kuntayhtymissä päätös alueellisen apuvälinekeskuksen perustamisesta. Jos päätös on myönteinen, alueellisen apuvälinekeskuksen on arvioitu aloittavan toimintansa vuoden 2011 alussa. (Kolomainen, 2008a.)

Toimintasuunnitelman mukaisesti tavoitteena on järjestää Keski-Suomen sairaanhoitopiirin alueen apuvälinepalvelut sujuviksi palveluketjuiksi, jolloin apuvälinepalveluiden käyttäjät saavat laadukkaat apuvälinepalvelut joustavasti ja tasapuolisesti asuin-kunnasta riippumatta sekä työntekijöiden parempi verkostoituminen mahdollistuu. Alueellinen järjestämismalli sisältää myös apuvälineiden kierrätyksen ja apuvälineiden yhteishankinnat, joilla pyritään apuvälineiden kustannusten hallintaan. Tavoitteisiin päästään toimintasuunnitelman mukaisesti rakentamalla palvelut yhteistyössä eri toimijoiden kanssa ja sopimalla yhteisistä linjauksista ja toimintakäytännöistä. Projektiin osallistuvat Keski-Suomen sairaanhoitopiirin lisäksi kuntien terveys- ja sosiaali-toimet. (Kolomainen, 2008b.)

4 APUVÄLINEPALVELUITA OHJAAVAT SÄÄDÖKSET

Tässä luvussa kuvataan apuvälinepalveluita ohjaavat lait ja asetukset, apuvälinepalveluiden laatusuosituksen, yhtenäiset kiireettömän hoidon perusteet sekä luvussa on tarkasteltu apuvälinepalveluiden eettisiä kysymyksiä. Nämä yhdessä muodostavat pohjan apuvälinepalveluiden järjestämiselle.

tarvitsee selviytyäkseen arjesta. Lääkinnällisen kuntoutuksen apuvälineisiin kuuluu myös kuntoutuksessa tarvittavat hoito- ja harjoitusvälineet. Peruskoulua tai lukiota käyvälle vammaiselle henkilölle järjestetään lääkitäntälliseen kuntoutukseen kuuluvat henkilökohtaiset apuvälineet. (A 1991/1015.)

Vammaispalvelulain 3 §:n mukaan kunnat ovat vastuussa vammaisille tarkoitetuista palveluista ja tukitoimista. Ne tulee järjestää sisällöltään ja laajuudeltaan, niin että ne vastaavat kunnassa esiintyvää tarvetta. Järjestettäessä on otettava huomioon asiakkaan yksilöllinen avun tarve. Vammaispalveluasetuksen 12 ja 13 §:n mukaan korvattavia asunnonmuutostöitä ovat henkilön vamman tai sairauden takia tehtävät välttämättömät rakennustyöt. Muutostöiden suunnittelu sekä esteiden poistaminen asunnon lähiympäristöstä katsotaan myös asunnonmuutostöiksi. Korvattavia välineitä ja laitteita lain mukaan ovat nosto- ja hälytyslaitteet tai muut asuntoon kiinteästi asennettavat apuvälineet. Muutostöistä, laitteista ja välineistä aiheutuvista kustannuksista voi hakea korvausta henkilö, jolle liikkuminen tai omatoiminen suoriutuminen tuottaa vamman vuoksi vaikeuksia. (L 1987/380, A 1987/759.)

Lääkitäntällisen kuntoutuksen apuvälineet sekä niiden sovitus, tarpeellinen uusiminen ja huolto ovat asiakasmaksulain 5 §:n kohdan 7 perusteella maksuttomia, paitsi silloin, kun apuvälineen tarve aiheutuu tapaturmavakuutuslain, maatalousyrittäjien tapaturmavakuutuslain, sotilasvammalain, liikennevakuutuslain, potilasvahinkolain mukaan korvattavasta tapaturmasta tai ammattitaudista. (L 1992/734.)

4.2 Apuvälinepalveluiden laatusuositus

Apuvälinepalveluiden laatusuositus on laadittu ohjaamaan ja kehittämään apuvälinepalveluja. Suositusta voidaan käyttää apuvälinepalveluiden suunnittelun, kehittämisen ja arvioinnin tukena. Suositus perustuu apuvälinepalveluja ohjaavaan voimassa olevaan lainsäädäntöön. (Apuvälinepalveluiden laatusuositus 2003, 15.) Apuvälinepalveluja tarkastellaan laatusuosituksessa apuvälineiden tarvitsijoiden ja käyt-

täjien, sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöiden sekä sosiaali- ja terveydenhuollon ammatillisen johdon ja päätöksentekijöiden näkökulmasta. (Mts. 3.)

Joustavat ja saumattomat palvelut

Apuvälinepalveluiden laatusuosituksen mukaan tulee apuvälineen tarvitsijan saada palvelut nopeasti ja vaivattomasti, kun apuvälineen tarve on todettu. Palvelun on tapahduttava yhdessä toimipisteessä niin, että yhteistyö ja tiedonvälitys toimivat eri organisaatioiden välillä. Ohjauksen ja neuvonnan täytyy olla riittävää. Toiminta apuvälinepalveluissa tulee olla asiakaslähtöistä, tehokasta, oikea-aikaista, suunnitelmallista, ammattitaitoista ja palvelun on perustuttava hyviin käytäntöihin. Ammattihenkilöstö noudattaa sairaanhoitopiireittäin sovittua vastuun- ja työnjakoa sekä yhteisiä menettelytapoja. Tarpeen tullen ammattihenkilöstö selvittää apuvälinepalveluihin liittyviä asioita muiden toimijoiden kanssa. (Mts. 15.)

Jos apuvälineen tai sen osan hankinta on kiireellistä, se luovutetaan käyttäjälle välittömästi tai korvataan toisella vastaavalla apuvälineellä. Ammattihenkilöstö ohjaa tarvittaessa asiakkaan muihin hänen tarvitsemiinsa palveluihin. Yksilöllisesti sovitettujen apuvälineiden käyttö pitää turvata myös, jos henkilö siirtyy hoitoyksikköön tai toimintayksiköstä toiseen. (Mts. 15.)

Sosiaali- ja terveydenhuollon apuvälinepalveluiden vastuun- ja työnjaosta päättää kuntien ja kuntayhtymien johto. Johdon tulee tehdä yhteistyötä sosiaali- ja terveydenhuollon muiden toimijoiden kanssa ja sopia apuvälineisiin liittyvistä yhdenmukaisista käytännöistä. Sovitut käytännöt on kirjattava. Suunnitelma käytännöistä tehdään sairaanhoitopiireittäin yhteistyönä keskussairaalan apuvälineyksiköiden ja kuntien sosiaali- ja terveystoimien kanssa. (Mts. 16.)

Käyttäjälähtöiset palvelut

Laatusuosituksen mukaan apuvälineen käyttäjän täytyy saada apuvälineet ja niihin liittyvät palvelut nopeasti ja vaivattomasti. Hänen tulee saada tietoa apuvälineen

valintaan liittyvistä vaihtoehtoista. Apuvälineen käyttäjä voi osallistua itse valintaan. Apuvälinettä on kokeiltava sen todellisessa ympäristössä tarpeeksi pitkään. Käyttäjää pitää ohjeistaa niin, että hän tietää, mihin ottaa yhteyttä apuvälineen käyttöön, huoltoon, korjaukseen ja palautukseen liittyvissä tilanteissa. Käyttäjän tulee myös tietää, kuinka toimia tilanteessa, jossa hän ei ole tyytyväinen palveluun. (Mts. 17.)

Apuvälinepalvelun lähtökohtana on tarvitsijan ja ammattihenkilön yhdessä toteama tarve. Tarpeen arviointi perustuu tarvitsijan kokonaistilanteeseen. Arvioinnissa on otettava huomioon muun muassa henkilön toimintakyky, elämäntilanne, apuvälineen käytön turvallisuus ja käyttöympäristö sekä muut käyttäjän saamat palvelut. Ammattihenkilöstön täytyy seurata apuvälineen käyttöä. Jos ratkaisu ei ole apuväline, tarvitsija ohjataan muihin palveluihin. Mahdollisissa ongelmatilanteissa pyritään nopeaan ratkaisuun yhteistyössä potilaan ja muiden toimijoiden kanssa. (Mts. 17.)

Kuntien johdon tulee seurata järjestelmällisesti kuntalaisten antamia palautteita apuvälinepalveluiden kehittämiseksi. Kunnilla on oltava yhteinen tietojärjestelmä, jonka avulla voidaan taata, että sosiaalitoimen kautta myönnettyt varusteet ja välineet kuuluvat saman kirjaamis- ja luokituskäytännön piiriin kuin lääkinnällisenä kuntoutuksena asiakkaille myönnettävät apuvälineet. Kuntoutuksen toimikunnat ja asiakaspalvelun työryhmät käsittelevät tarvittaessa apuvälineisiin ja palveluihin liittyviä yhteistyö- ja periaatekysymyksiä. (Mts. 18.)

Ammattitaito ja osaaminen

Tarpeeksi hyvällä ammattitaidolla ja osaamisella taataan apuvälineen käyttäjälle hänen tarvitsemansa hyöty apuvälineestä. Käytön opetuksessa ja ohjauksessa otetaan huomioon apuvälineen käyttäjän voimavarat ja edellytykset. Tarvittaessa opetusta tarjotaan myös käyttäjän läheisille. Apuvälineen palautuksesta sovitaan yhteisesti. Apuvälinepalveluissa toimivien ammattihenkilöiden ammattitaitoa tulee kehittää ja ylläpitää täydennyskoulutusten, verkostoitumisen ja yhteistyön avulla. Ammattihenkilöstö käyttää hyviä palveluperiaatteita ja kohtelee asiakkaitaan kunnioittavasti. Kaikki apuvälinettä ja palveluja koskeva henkilökohtainen tieto kirjataan asiakkaan

asiakirjoihin. Henkilöstö tiedostaa turvallisuusriskit, jotka liittyvät apuvälineiden käyttöön. Ammattihenkilöstö vastaa yhdessä johdon kanssa apuvälinepalveluiden laadusta, jota tulee jatkuvasti seurata, arvioida ja kehittää. Kattavat apuvälinepalvelut taataan riittävän ja osaavan henkilöstön avulla. Johto vastaa yksityiseltä palvelun tuottajilta hankittujen apuvälinepalveluiden laadun valvonnasta. (Mts. 18–19.)

Tiedottaminen kuntalaisille

Apuvälineiden laatusuosituksen mukaan kuntalaisten on saatava riittävästi tietoa apuvälinepalveluista ja siitä, mitä palveluja on saatavilla, mistä palveluja saa ja miten niihin hakeudutaan. Kuntien pitää tiedottaa aktiivisesti apuvälinepalveluista ja heidän tulee sisällyttää tietoa palveluista sosiaali- ja terveydenhuollon esitteisiin ja oppaisiin. Sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöstö osaa ohjata apuvälineen tarvitsijan sopivan palvelun pariin ja ammattihenkilöiden luo. (Mts. 19.)

4.3 Apuvälinepäättös

Terveydenhuollossa apuvälinepäättös on lääkärin tekemä hoitopäättös, mutta apuvälineetarpeen voi todeta ja apuvälineen luovuttamisesta voi päättää muukin terveydenhuollon ammattihenkilö (Aarnikka, Hiltunen, Hurnasti, Konola, Leivonen & Virtanen 2004, 45). Töytärin (2007, 32) mukaan apuvälineetarpeen arvioi terveyskeskuksissa 87 prosentissa tapauksista fysioterapeutti tai muu fysioterapiaoaston ammattilainen. Keskussairaaloissa tarpeen arvioi apuvälineyksikön henkilöstö. Lääkäri arvioi tarpeen 63 prosentissa tapauksista. Apuvälineen luovuttamisesta päättävät pääasiassa fysioterapeutit (73 %) tai lääkärit (67 %). Keskussairaaloissa luovutus päätöksen tekevät lääkärit tai apuvälinealan asiantuntijat riippuen tuoteryhmästä, hinnasta ja hankintatavasta.

Kantelu ja valitusmenettely

Kielteinen apuvälinepäätös perusteluineen kirjataan potilaan sairauskertomukseen, ja hänelle annetaan pyydettyä siitä kopio. Potilaalle kerrotaan muistutus- ja kantelumahdollisuudesta. Mikäli potilas on tyytymätön terveydenhuollon apuvälinepäätökseen, hänen tulee ensin ottaa yhteyttä kyseisestä päätöksestä vastaavaan henkilöön. Asiakkaalla on myös mahdollisuus saattaa apuvälinepalveluaan koskevat ratkaisut uudelleen arvioitaviksi potilaslain 10 §:n muistutusmenettelyssä. Terveydenhuollosta vastaava johtaja voi muuttaa aikaisempaa apuvälineratkaisua. Muistutuksesta tehtyyn ratkaisuun ei voi hakea muutosta valittamalla. (L 1992/785.)

Potilas voi saada asian uudelleen arvioitavaksi tekemällä hallintokantelun esimerkiksi lääninhallitukselle tai terveydenhuollon oikeusturvakeskukselle (Aarnikka ym. 2004, 45). Apuvälinepäätös voi olla myös hallintoriidan kohteena. Sellaisen riidan ratkaiseminen, joka koskee julkisoikeudellista maksuvelvollisuutta tai muuta julkisoikeudelliseen oikeussuhteeseen perustuvaa oikeutta tai velvollisuutta, kuuluu hallintolainkäyttölain mukaan hallinto-oikeuden ratkaistavaksi. (L 1992/785; L 1996/586.)

Sosiaalitoimessa apuvälinepäätökset tekee sosiaalityöntekijä, joka on vastuussa vammaispalveluista. Kalliimmissa ratkaisuisa päätöksen tekee sosiaalilautakunta (Aarnikka ym. 2004, 47). Sosiaalihuoltolain ja vammaispalvelulain perusteella hakija voi hakea muutosta lautakunnalta 14 vuorokauden kuluessa päätöksestä. Lautakunnan päätökseen muutosta voi hakea hallinto-oikeudelta tai korkeimmalta hallinto-oikeudelta 30 vuorokauden kuluessa päätöksestä. (L 1987/380; L 1982/710.)

4.4 Yhtenäiset kiireettömän hoidon perusteet

Hoitokäytännöissä on eri puolilla Suomea ollut vaihteluita. Päätöksiä kiireettömän hoidon antamisesta on tehty erilaisin perustein. Lainsäädännön tavoitteena on turvata kansalaisille kiireettömään hoitoon pääsy samoin perustein riippumatta asuinpaikasta. Näitä hoidon järjestämisen enimmäisaikoja sääteleviä lakeja ovat kansanterve-

yslaki, erikoissairaanhoidolaki, potilaslaki sekä asiakasmaksulaki. (Yhtenäiset kiireettömän hoidon perusteet 2009, 3.)

Yhtenäisissä kiireettömän hoidon perusteissa on kuvattu lääkinnällisen kuntoutuksen apuvälinepalveluiden lähtökohdat. Edellytyksenä on lääkärin toteama sairaus, vamma tai toimintavajavuus, jonka seurauksena itsenäinen ja omatoiminen selviytyminen päivittäisissä toiminnoissa on heikentynyt. Apuvälinetarve arvioidaan huomioiden apuvälineen tarvisijan kokonaistilanne: toimintakyky, elämäntilanne, apuvälineen käytön turvallisuus ja käyttöympäristö sekä hänen saamansa muut palvelut. Apuvälineen käytön opetuksella varmistetaan, että apuvälineen käyttäjä ja hänen lähipiirinsä osaavat käyttää apuvälinettä tarkoituksenmukaisesti ja turvallisesti. Apuvälineen käyttäjän muuttaessa toiselle paikkakunnalle apuvälineet muuttavat makсутta hänen mukanaan. Tieto apuvälineistä tulee antaa uudelle taholle, jolle siirtyy vastuu seurannasta ja huollosta. (Mts. 218.)

Ensisijaisesti turvataan apuvälineet, jotka ovat välttämättömiä elintärkeiden ja keskeisimpien päivittäisten toimintojen ylläpitämiseksi tai jotka ovat välttämättömiä henkilön itsenäisen suoriutumisen kannalta (Mts. 218).

Ensisijaisuutta arvioitaessa huomioidaan:

1. sairauden etenemisnopeus
2. tapaturman/vamman aiheuttama tarve
3. sairaalasta kotiutuksen mahdollistavat apuvälineet
4. laitoshoidon joutumisen uhka
5. lasten kehityksen ja kasvun vaatimukset
6. apuvälineen käytön vaikutus turvallisuuteen

(Mts. 3.)

Kiireettömän hoidon perusteissa on kuvattu erikoissairaanhoidon apuvälinepalveluiden periaatteet eri apuvälineiden kohdalla. Palvelut on kuvattu sähköisten liikkumisen apuvälineiden, kommunikoinnin ja tietokoneen käytön apuvälineiden, ympäris-

tönhallintalaitteiden, lasten liikkumisen ja päivittäisten toimintojen, raaja-amputoitujen sekä näön apuvälineiden kohdalla. (Mts. 218–224.)

4.5 Apuvälinepalveluiden eettisiä kysymyksiä

Apuvälinepalveluita koskevat samat eettiset periaatteet, jotka ohjaavat kaikkia terveydenhuollon palveluita. Apuvälineiden käyttäjien kohdalla on kuitenkin oltava erityisen herkkä, sillä he ovat usein heikommassa asemassa muihin teknologian käyttäjiin verrattuna. Eettisiä ulottuvuuksia on mietittävä myös, koska apuvälineet ovat toimintaa kompensoivia ja siksi lähellä käyttäjää ja hänen persoonaansa. (Rauhala 2007, 11.) Yleisten eettisten periaatteiden lisäksi on arvioitava lainsäädännön käsitteisiin liittyviä eettisiä kysymyksiä, tarpeiden arviointiin liittyvää eettistä näkökulmaa sekä hyvinvointiteknologian käyttöä ikääntyneiden itsenäisen selviytymisen tukena.

Terveydenhuollon yleiset eettiset periaatteet ovat:

1. Oikeus hyvään hoitoon
2. Ihmisarvon kunnioitus
3. Itsemääräämisoikeus
4. Oikeudenmukaisuus
5. Hyvä ammattitaito ja hyvinvointia edistävä ilmapiiri
6. Yhteistyö ja keskinäinen arvonnanto

(Terveydenhuollon yhteinen arvopohja, yhteiset tavoitteet ja periaatteet 2001, 12–15.)

Oikeus hyvään hoitoon tarkoittaa, että potilas sekä hänen omaisensa saavat palveluita asiantuntevasti ja turvallisesti ilman viiveitä. Ihmisarvon kunnioittamista on inhimillinen kohtelu, luottamus, yksityisyyden suoja, toimiva vuorovaikutus, rehellisyys, tiedonsaannin sujuvuus sekä itsemääräämisoikeus. Ihmisellä on oikeus päättää omista asioistaan sekä osallistua häntä koskevaan päätöksentekoon. Asiakkaalla on oikeus hoitoon ja hyvään kohteluun riippumatta iästä, asuinpaikasta, sosiaalisesta asemasta, äidinkielestä, sukupuolesta, etnisestä taustasta, kulttuurista, sukupuolisesta suuntau-

tuneisuudesta tai vakaumuksesta. Jokainen terveydenhuollossa toimiva on sekä oikeutettu että velvoitettu ylläpitämään ja kehittämään ammattitaitoaan. (Mts. 12–15.)

Jokaisella työyhteisön jäsenellä on vastuu omasta ja toisten hyvinvoinnista. Hyvinvointia edistävät ongelmien selvittely, kuulluksi tuleminen, vaikuttamismahdollisuus ja arvostuksen kokeminen. Terveydenhuollossa tarvitaan yhteistyötä eettisten näkökulmien, kustannusten hallinnan sekä tehokkuuden ja vaikuttavuuden tasapainottamisessa. Luottamus, vastavuoroinen tuki sekä aito kumppanuus terveydenhuollon ammattilaisten ja päättäjien välillä edistää yhteistyötä ja arvonantoa. (Mts. 12–15.)

Lainsäädäntöön liittyvät eettiset kysymykset koskevat käsitteitä, sillä käsitteet vaikuttavat apuvälinepalveluihin. Jotta palvelut olisivat kaikille asiakkaille yhdenmukaisia, on niitä ohjaavia säädöksiä koskevat käsitteet ymmärrettävä samoin (Salminen 2004, 27; Hurnasti 2006, 3). "Päivittäiset toiminnot" on kuntoutuksen yksi peruskäsite, jota muun muassa vammaispalvelulaissa käytetään, mutta jota ei kuitenkaan ole laissa määritelty (Salminen 2004, 27). Päivittäisiä toimintoja kuvaavia mittareita on monia, mikä sekä osoittaa, ettei tehokasta ja yleistä mittaria eri toiminnanrajoitteisten henkilöiden toimintakyvyn mittaamiseksi ole, ja sen kehittäminen on vaikeaa. Vaikeus taas johtuu ihmisen toiminnan monimuotoisuudesta, kulttuurieroista, elämän tilanteista, ympäristöstä ja arvoista. (Hurnasti 2006, 13.)

Apuvälinepalveluiden yksi eettisesti tarkasteltava aspekti on tarpeiden arviointi. Apuvälinepalvelun tulee lähteä asiakkaan tarpeesta. Häntä tulee kuulla ja palvelun tulee olla asiakaslähtöistä. On mietittävä, millä perusteilla ihmisen tarpeita voidaan arvioida ja voidaanko niitä esimerkiksi asettaa tärkeysjärjestykseen. Huomioitavaa tarpeen arvioinnissa on, että toiselle ihmiselle vapaa-ajan apuvälineisiin luokitettava väline voi taas toiselle olla kommunikoinnin väline, sillä tarpeeseen voi vaikuttaa vamman lisäksi myös henkilön elämäntarina. Samalla kuitenkin on huomioitava maksavan tahon säästötarpeet, jolloin nämä kaksi muodostavat ongelmallisen parin. Missä määrin voidaan puhua asiakaslähtöisyydestä, jos tarpeen määrittelee kukkaron nyröistä kiinni pitävä apuvälinepäättöksen tekijä? Toisaalta voidaan kyseenalaistaa

myös asiakaslähtöisyyden rajat. Onko asiakkaalle myönnettävä kaikki hänen halua-mansa apuvälineet? (Salminen 2004, 27–28.)

Koska hyvinvointiteknologian käyttöönotto on nähty yhtenä ratkaisuna vanhenevan väestön omatoimiseen selviytymiseen, on sen eettisyyttä pohdittava. Hyvinvointitek-nologian käyttöönoton eettisiä näkökulmia ovat ikääntyvän itsemääräämisoikeuden vaarantuminen, itsenäisyyden ja vapauden menetys ja tietosuojaan liittyvät ongel-mat. Epävarmoja vanhuksia voidaan ohjata apuvälineen hankintaan kuuntelemalla heidän mielipiteitään ja antamalla heille riittävästi aikaa päätöksentekoon. Hyvin-vointiteknologisten apuvälineiden käytettävyyden kehittämisen ongelmia ovat insi-nööri- ja tekniikkalähtöinen suunnittelu, laitteiden suunnittelijoiden tietämättömyys ikääntyvien arjessa selviytymisen problematiikasta, laitteiden vähäinen testaus ja moniammatillisen suunnittelutyön puuttuminen (Juntunen 2005). Apuvälineiden käyttäjien kuuleminen voi myös korjata teknologian kehittäjien ennakkokäsityksiä kohderyhmästä ja sen tarpeista (Rauhala 2007, 11). Kehittyvään apuvälineteknologi-aan liittyy siis monia eettisiä kysymyksiä.

6 APUVÄLINEKUSTANNUKSET

Apuvälineiden ja apuvälinepalveluiden saatavuusselvityksen (2006) mukaan apuväli-neisiin käytettävät laskennalliset määrärahat ovat kasvaneet vuodesta 1999 vuoteen 2005. Yhteenlaskettuna laskennalliset hankintakustannukset terveyskeskuksissa ja keskussairaaloissa olivat kasvaneet noin 24 miljoonaa euroa vuodesta 1999 vuoteen 2005. Vuonna 2005 kustannukset olivat yhteensä 54 miljoonaa euroa. Eriteltyinä ter-veyskeskukset käyttivät vuonna 2005 apuvälineiden hankintaan keskimäärin 4,4 eu-roa asukasta kohden. Luku on 1,4 euroa suurempi kuin vuonna 1999. Kaikkien terve-ykeskusten laskennalliset hankintakustannukset olivat yhteensä 23 miljoonaa euroa. Vuonna 1999 luku oli 7,5 miljoonaa pienempi. Keskussairaaloitten yhteen laskettu kokonaismääräraha apuvälinehankintoihin vuonna 2005 oli 36 miljoonaa euroa, ja tämä summa oli noussut 16,4 miljoonaa euroa vuodesta 1999. Vuonna 2005 keskus-

sairaalat käyttivät rahaa keskimäärin 6,9 euroa asukasta kohden apuvälinehankintoihin. Yksittäisiä eroja löytyi terveyskeskusten, sairaanhoitopiirien ja keskussairaaloiden välillä. Sairaanhoitopiirien ja keskussairaaloiden väliset erot olivat pienempiä, mutta terveyskeskuksissa kustannuserot saattoivat olla kymmenkertaiset. Apuvälineiden saatavuus selvityksen mukaan kolmannes organisaatioista raportoi, että määrärahat apuvälineisiin eivät vastaa tarvetta. (Töytäri 2007, 37.)

Koko Suomen apuvälinekustannukset olivat vuonna 2009 noin 75 miljoonaa euroa eli 15 euroa/asukas (Risikko 2009). Keski-Suomen sairaanhoitopiirin toimintakertomuksen (2008) mukaan sairaanhoitopiirin menot olivat yhteensä 232,8 miljoonaa euroa eli noin 862 euroa/asukas (Toimintakertomus 2008 2009, 4). Apuvälinekustannukset on arvioitu olevan Keski-Suomessa noin 4 miljoonaa euroa, mikä on noin 14,8 euroa/asukas (Kolomainen, 2009d).

TAULUKKO 1. Apuvälineiden hankintakustannukset terveyskeskuksissa ja keskussairaaloissa vuosina 2009, 2005, 2004, 1999 ja 1993 Töytäriä mukailleen. (Töytäri 2007, 28.)

	2009 milj. €	2005 milj. €	2004 milj. €	1999 milj. €	1993 milj. €
Terveyskeskukset	-	22,9	21,9	15,5	12,9
Keskussairaalat	-	36,1	32,4	19,6	20,4
Yhteensä	75	59,0	54,3	35,1	33,3

7 APUVÄLINEPALVELUPROSESSI

Lainsäädännön mukaan apuvälinepalveluun kuuluvat apuväline tarpeen määrittely, apuvälineen sovitus, kokeilu, luovutus omaksi tai lainaksi, käytön opetus ja seuranta sekä apuvälineen huolto. (Ks. Kuvio 1) Jokainen apuvälineprosessi on yksilöllinen ja asiakkaan tarpeista lähtevä. (Apuvälinepalvelunimikkeistö 2004, 19.) Prosessi on monitahoinen ja vaatii eri tahoilta yhteistyötä. Prosessiin osallistuu asiakkaan ja hänen

läheistensä lisäksi terveydenhuollon ammattihenkilöitä sekä erilaisia yhteistyötahoja. Apuvälinepalveluprosessi on ainakin osittain tarkoituksenmukaista toteuttaa henkilön toimintaympäristössä. Apuvälinepalveluprosessi on osa kuntoutusta, ja sen jokainen vaihe on tärkeä. Prosessin taustalla tulee olla sitä tukeva kuntoutus- tai hoitosuunnitelma. Kuntoutussuunnitelma huolellisesti toteutetun prosessin lisäksi varmistaa, että apuvälineestä on hyötyä käyttäjälleen, eikä se esimerkiksi jää käyttämättömäksi.

KUVIO 1. Apuvälinepalveluprosessi (Kolomainen 2008b, 4.)



7.1 Apuvälinetarpeen havaitseminen

Prosessin lähtökohtana on vammasta, sairaudesta tai ikääntymisestä johtuva toiminnan haitta, joka rajoittaa henkilön selviytymistä arjessa hänen omassa toimintaympäristössään. Toiminnan haitan havaitsee hyvin usein henkilön lähipiiri. Apuvälineen tarve voidaan myös havaita sairaalassa tai kuntoutuslaitoksessa. Apuvälineprosessi voi käynnistyä näissä toimintaympäristöissä kenen tahansa aloitteesta. Erikoissairaanhoidon apuvälinepalveluihin tarvitaan useimmiten hoitavan lääkärin lähete. (Apuvälinepalvelunimikkeistö 2004, 20.)

Prosessin kannalta suuri merkitys on sillä, kuka tarpeen havaitsee ja milloin. Se vaikuttaa apuvälineen tarvitsijan motivaatioon osallistua prosessiin. Vastavammautunut henkilö ei välttämättä näe apuvälineiden mahdollisuutta helpottaa arkea samalla tavalla kuin jo pidempään vammautuneena ollut henkilö. Näissä tapauksissa usein apuvälineen kokeilu on hyvä ratkaisu. Myös apuvälineen hakijoiden motivaatio on merkityksellistä koko prosessin kannalta. (Kanto-Ronkanen & Salminen 2004, 64.)

7.2 Apuvälinetarpeen arviointi

Apuvälinetarve arvioidaan yksilöllisesti huomioiden asiakkaan kokonaistilanne: toimintakyky, elämäntilanne, apuvälineen käytön turvallisuus ja käyttöympäristö sekä muut palvelut (Yhtenäiset kiireettömän hoidon perusteet 2009, 218). Apuvälinetarpeen arvioinnissa pyritään siihen, että ihminen pystyisi toimimaan arjen erilaisissa tilanteissa ongelmistaan huolimatta. Arvioinnissa selvitetään henkilön toimintaa tukevat ja estävät tekijät sekä hänen omassa toiminnassaan että ympäristössään. Arvioinnin perusteella mietitään keinot, jotka mahdollistavat toiminnan ja osallistumisen. (Kanto-Ronkanen & Salminen 2004, 57.) Usein ratkaisuna ongelmaan on uusi apuväline, mutta ratkaisu voi olla myös muutostyö jo olemassa olevaan apuvälineeseen tai muutos ympäristöön (Kanto-Ronkanen ym. 2004, 57). On myös mahdollista, että tarpeen arvioinnissa havaitaan, ettei apuväline olekaan oikea ratkaisu, vaan tarve on jollekin palvelulle, kuten terapialle. Arviointiprosessi on osa asiakkaan muuta hoito- ja kuntoutumisprosessia. Prosessin aikana asiakas etsii myös itse ratkaisuja selvitäkseen kotona. (Kanto-Ronkanen ym. 2004, 57.)

7.2.1 Apuvälinetarpeen arviointiprosessin toimijat

Apuvälinetarpeen arviointiprosessissa on mukana useita eri toimijoita, joilla kullakin on oma tehtävänsä. Prosessiin osallistuvat apuvälineen käyttäjä itse ja hänen läheisensä, useita apuvälinealan asiantuntijoita sekä muita sosiaali- ja terveysalan ammattilaisia ja apuvälinepalveluiden tuottajia. (Kanto-Ronkanen ym. 2004, 57.) Asiakkaan rooli työryhmässä on oman toiminnan tavoitteiden määrittely. Arvioinnissa on otet-

tava huomioon, että joillekin asiakkaille apuvälineet ovat ennestään tuttuja ja toisille taas täysin vieraita. Uusi apuvälineen käyttäjä tarvitseekin tukea ja aikaa, jotta hän saa tottua ajatukseen, että apuväline on osa hänen toimintaansa. Asiakas on oman elämänsä asiantuntija, jota prosessin muut toimijat tukevat. Muut toimijat opastavat häntä tavoitteiden asettamisessa, saavuttamisessa sekä apuvälineiden valinnassa. (Mts. 58.) Apuvälineen käyttäjän läheinen on tärkeä osallistuja apuvälineprosessissa. Hän osaa kertoa perheen näkökulmasta arjen sujumisesta ja yhteisestä elämästä. Läheinen tukee ja auttaa apuvälineen käyttäjää tavoitteiden asettelussa ja apuvälineen käytössä. Avustajan rooli on samankaltainen kuin läheisen. Hän auttaa asiakasta päivittäisissä toiminnoissa ja tuo arviointiprosessissa esille arjen sujumiseen liittyviä asioita. Hänen roolinsa on apuvälineen käyttöönotossa merkittävä, sillä avustaja opettelee käyttöä yhdessä asiakkaan kanssa ja avustaa sen käytössä. (Mts. 59.)

Ammattilaiset havainnoivat asiakkaan toimintaa arjessa ja selvittävät toiminnan haitan, jota apuvälineellä pyritään helpottamaan. Heidän tehtävänä on osaltaan edesauttaa apuvälineen sisällyttämistä osaksi muuta hoito- ja kuntoutusprosessia. Terveyskeskuksissa arvioita tekevät suurimmaksi osaksi fysioterapeutit sekä fysioterapiaoaston työntekijät ja lääkärit. Lisäksi apuvälinetarvetta arvioivat muun muassa kotisairaanhoidon henkilökunta, kuntohoitajat sekä toimintaterapeutit. Keskussairaaloissa apuvälinetarpeen arvioivat apuvälineyksikön ammattilaiset. (Töytäri 2007, 32.) Apuvälinealan ammattilaiset antavat oman asiantuntijuuspanoksensa työryhmälle. Yksi asiantuntijoista ottaa vastuun arvioinnin kokonaisuudesta sekä yhteydenpidosta työryhmän muihin jäseniin ja mahdollisesta tuesta apuvälineeseen liittyen. Tärkeää prosessin kannalta on kaikkien ammattilaisten apuvälineiden tuntemus ja ymmärrys, jotta he osaavat ohjata apuvälinettä mahdollisesti tarvitsevan asiakkaan varsinaiseen tarpeen arviointiin. (Kanto-Ronkanen ym. 2004, 59.)

7.2.2 Arvioinnin menetelmiä

Apuvälineasiantuntijan kannalta apuvälinetarpeen arviointiprosessi on kahden arvioinnin muodostama kokonaisuus. Siinä arvioidaan toisaalta apuvälineen tarvitsijan

toimintaa eri ympäristöissä ja toisaalta itse apuvälineen toimintaa ja soveltuvuutta. Menetelminä käytetään rinnakkain haastattelua ja havainnointia. Poikkeuksia ovat näön ja kuulon mittaukset sekä proteesit ja ortoosit. Usein haastattelun lomassa voidaan havainnoida myös apuvälineen tarvitsijan toimintaa. (Kanto-Ronkanen ym. 2004, 60.) Apuvälinetarpeen arvioinnin apuna voidaan hyödyntää myös erilaisia mittareita. Käytössä ovat toimintakyvyn arvioinnin mittari FIM, kuntoutuksen tavoitteiden asettamisen ja arvioinnin mittari GAS sekä painehaavojen riskiluokitusmittarit Braden Scale, Norton Scale ja Waterlow Scale. Tarpeen arvioinnin pohjana voidaan käyttää myös ICF-luokitusta. (Ks. 7.2.3 ICF-luokitus apuvälinetarpeen arvioinnissa)

Toiminnan ja tehtävien analysointi

Toiminnan ja tehtävien analysoinnissa tarkastelun kohteina ovat asiakkaan toimintakokonaisuudet, joita ovat muun muassa itsestä huolehtiminen sekä työhön ja vapaa-aikaan liittyvät toiminnot. Toimintoja tarkastellaan vaiheittain ja arvioidaan niihin sisältyviin tehtäviin tarvittavat taidot ja valmiudet. Tarkastelulla pyritään selvittämään, mikä toiminta tarvitsee apuvälineen tuekseen. Arvioinnissa voidaan hyödyntää myös erilaisia testejä, joskin apuvälinearviointiin soveltuvia on vain vähän. (Kanto-Ronkanen ym. 2004, 62.)

Haastattelu

Haastattelun pohjana ovat esitiedot henkilöstä, jotka kuvaavat henkilön toimintaa ja sitä rajoittavia tekijöitä, tavoitteita sekä toiveita apuvälineestä. Asiakkaalle kerrotaan haastattelussa apuvälitarpeen arvioinnista ja sen kulusta. Haastattelussa voidaan käyttää joko valmiiksi suunniteltua kysymyssarjaa tai se voi olla avoin haastattelu. Strukturoidulla haastattelulla halutaan kohdistaa keskustelu niihin asioihin, joihin arvioinnissa kiinnitetään huomiota. Avoimessa haastattelussa haetaan tietoa asiakkaan ajatuksista ja kokemuksista. Avoimen haastattelun etuna on ammattilaisen mahdollisuus tutustua asiakkaaseen paremmin epämuodollisissa ja luovissa tilanteissa. (Kanto-Ronkanen ym. 2004, 60.)

Havainnointi

Havainnoinnilla tarkoitetaan toiminnan tarkkailua. Siinä voidaan käyttää hyväksi haastattelussa tulleita asioita ja toteuttaa osaksi jopa samanaikaisesti. Myös havainnoinnissa voidaan käyttää avointa tai strukturoitua menetelmää. Vapaassa havainnoinnissa kiinnitetään huomiota esimerkiksi siihen, kuinka henkilö liikkuu, hänen ääneensä, kuinka hän itseään ilmaisee, pukeutuu tai suojeleeko hän jotain kipeää kehon osaa. Valmiiksi suunnitellussa havainnoinnissa tarkkailu on systemaattisempaa. Havainnoija käyttää apunaan lomaketta tai muuta ohjetta, joka auttaa häntä havainnoimaan tiettyjä toimintoja, kuten peseytymistä tai pukeutumista. Havainnointi tehdään mieluiten asiakkaan normaalissa toimintaympäristössä. Mikäli tämä ei ole mahdollista, tehdään toiminnasta todellisuutta vastaava versio. Tilanteen on oltava rauhallinen havainnoitavalle henkilölle. Havainnoija ottaa tarkasti huomioon kaikki tekijät, jotka mahdollisesti vaikuttavat havainnointiin, kuten tarvitaanko tilanteeseen mukaan asiakkaan avustajaa tai läheistä ihmistä tukemaan häntä. (Kanto-Ronkanen ym. 2004, 61.)

7.2.3 ICF -luokitus apuvälinetarpeen arvioinnissa

Toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälinen luokitus (International Classification of Functioning, Disability and Health), josta käytetään lyhennettä ICF, on osa Maailman terveysjärjestön WHO:n kansainvälistä ”luokitusperhettä”. ICF-luokitus on kansallinen, kansainvälinen ja eri alojen asiantuntijoiden sekä heidän asiakkaidensa välillä toimiva kieli. (ICF - Toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälinen luokitus 2004, 1.)

Luokitus kuvaa biopsykososiaalista toiminnallista tilaa (functional status) kehon toimintojen, suoritusten ja osallistumisen aihealueilla (Nygård n.d.). ICF-luokitus ei tarjoa toimintakyvyn arviointimenetelmiä, vaan ohjeistaa moniammatillista työnjakoa toimintakyvyn, -rajoitteiden ja terveyden arvioinnissa ja edistämisessä. ICF-luokituksessa toimintaa ja toiminnan rajoituksia tarkastellaan yksilön terveydentilan

ja erilaisten elämänpiirin tilannetekijöiden dynaamisena vuorovaikutuksena. (Ks. Ku-
vio 2) Toimintakyky on yläkäsite, joka sisältää kehon toiminnot ja rakenteet sekä suo-
riutumisen ja osallistumisen jokapäiväisessä elämässä ja yhteiskunnassa. Tilanneteki-
jät ovat erilaisia yksilön ominaisuuksia sekä lähiympäristön piirteitä. (Järvikoski &
Karjalainen 2008, 82.)

Apuvälinetarpeen arviointiprosessin pohjana voidaan ICF-luokitusta käyttää mukail-
len. Kehon toimintoihin ja rakenteisiin liittyvät muun muassa mielen toiminnot, aisti-
toiminnot, äänen ja puheen tuottaminen sekä tuki- ja liikuntaelimestön toiminnot.
Terveysten aihealueita voidaan käyttää hyväksi, kun suunnitellaan haastattelun tai
havainnoinnin runkoa. (Kanto-Ronkanen & Salminen 2004, 65.) ICF-luokituksen avulla
apuvälinetarpeen arvioinnissa ja seurannassa voidaan selvittää, millä osa-alueella
ongelma on. Jos ongelma esimerkiksi sijaitsee ympäristötekijöissä, ovat arvioinnin
lähtökohdat erilaiset kuin, jos ongelma olisi terveydentilassa.

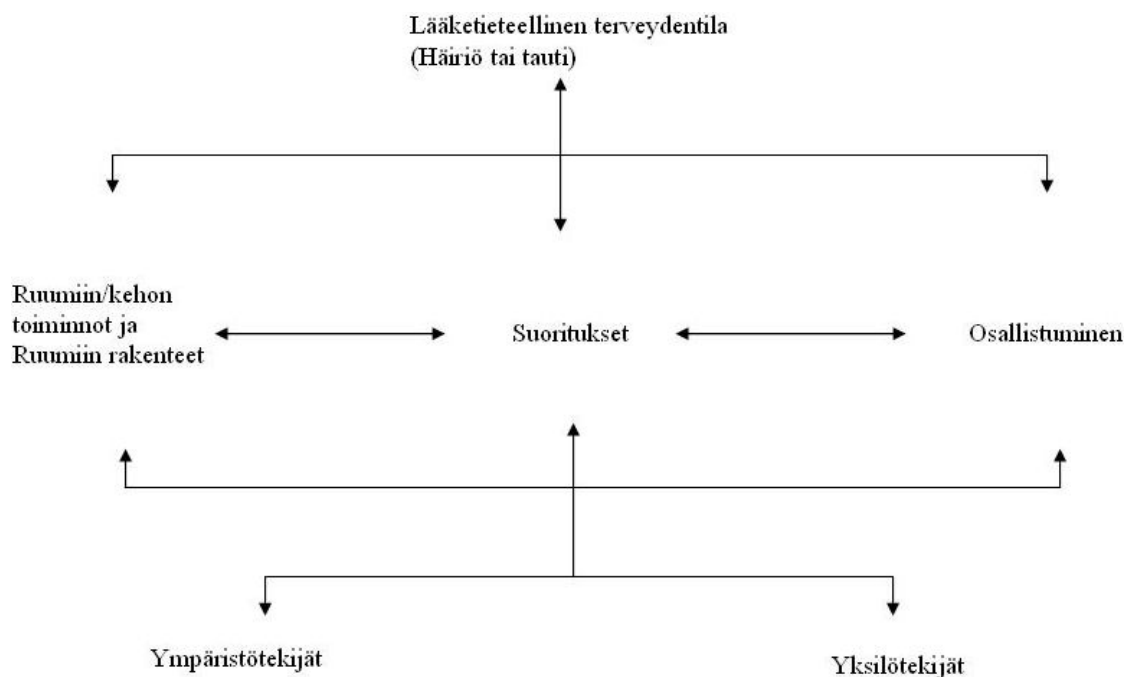
Toiminnalla ICF-mallissa tarkoitetaan henkilön eri rooleja ja osallistumista tukevia
tehtäviä. Niitä voivat olla oppiminen, ajattelu, lukeminen, laskeminen, esineiden kan-
taminen ja käsittely, kävely ja liikkuminen sekä itsestä huolehtiminen. Henkilö kuvaa
haastattelussa omaa toimintaansa ja siihen liittyviä tehtäviä, mutta helpointa on ar-
vioida tehtävistä suoriutumista kokeilemalla ja havainnoimalla. Jos henkilö ei suoriu-
du jostakin tehtävästä, kuten pukeutumisesta, arvioidaan tarkemmin tehtävän edel-
lyttämiä kehon toimintoja. (Kanto-Ronkanen & Salminen 2004, 65.)

Osallistuminen on henkilön suoriutumista erilaisista rooleista. Roolit voivat liittyä
kotiin ja perheeseen, muihin ihmisiin sekä työhön tai opiskeluun. Haastattelussa tai
erilaisissa toimintaympäristöissä käy ilmi, millainen ja kuinka tärkeä henkilön rooli on
hänelle. Voidaan havainnoida myös, miten henkilö suoriutuu rooleista ja kuinka roolit
vaikuttavat hänen suoriutumiseensa. (Kanto-Ronkanen & Salminen 2004, 66.)

Ympäristöllä tarkoitetaan fyysistä, sosiaalista ja asenneympäristöä. Fyysinen ympäris-
tö muodostuu teknologiasta, rakennuksista ja luonnonmukaisesta ympäristöstä. So-
siaalisia ympäristötekijöitä ovat tuki ja ihmisten väliset vuorovaikutussuhteet. Lisäksi

ympäristötekijöitä ovat asenteet, palvelut, erilaiset järjestelmät ja politiikat. Kaikki nämä vaikuttavat henkilön selviytymiseen sekä apuvälineen käyttöön. Haastattelussa henkilö osaa kertoa ympäristönsä fyysisistä esteistä ja palveluista. Arviointiin kuuluu myös apuvälineen käyttömahdollisuuksien arviointi eri toimintaympäristöissä. (Kanto-Ronkanen & Salminen 2004, 66.)

KUVIO 2. Toimintakyvyn ja toiminnanrajoitteiden käsitteellinen malli (ICF). (ICF - Toimintakyvyn, toimintaraajoitteiden ja terveyden kansainvälinen luokitus 2004, 18.)



7.3 Apuvälineen sovitus, kokeilu, valinta ja muutostöiden suunnittelu

Apuvälineen sovituksen ja kokeilun tarkoituksena on löytää asiakkaan tarpeisiin, toimintakyvyn ja toimintaympäristöön soveltuva apuväline (Apuvälinepalvelunimikkeistö 2004, 20). Apuvälineen tarvitsijalle tulee antaa monipuolista tietoa, jotta hän voi osallistua apuvälineen valintaan (VALPAS 2008, 19). Jos on kyseessä vaativampi apuväline, tarvitaan pitempi kokeilu-aika (Apuvälinepalvelunimikkeistö 2004, 20). Joskus on tarpeen kokeilla eri malleja apuvälineestä. Aina, kun on mahdollista, sovitus tulee tehdä asiakkaan omassa toimintaympäristössä. (VALPAS 2008, 19.) Sovituksen

yhteydessä voidaan havaita mahdollisia toimintaympäristön aiheuttamia ongelmia apuvälineen kanssa selviytymisessä. Tällöin tehdään tarvittaessa lausunto asunnon tai toimintaympäristön muutostöistä. Muutostöiden tekemiseen on EU:n sekä Suomen lainsäädännön ohjeistukset. Muutostyö tulee dokumentoida tarkasti, kuten mitä kohtia on muutettu ja millä tavoin. Jos kyseessä on yksilöllinen apuväline, tulee dokumentoinnista käydä ilmi apuvälineen valmistaja, materiaalit sekä kenen määräyksestä väline on valmistettu. (Apuvälinepalvelunimikkeistö 2004, 20.)

7.4 Apuvälineen hankinta ja luovutus

Apuvälineen myöntämisestä ja hankinnasta tehdään päätös kunkin organisaation toiminta- ja hankintamenettelyn mukaisesti. (Apuvälinepalvelunimikkeistö 2004, 20.) Terveystieteiden tutkimuskeskuksissa apuvälineitä hankitaan monin eri tavoin. Esimerkiksi päivittäisten toimintojen ja liikkumisen apuvälineet, jotka eivät vaadi suuria muutostöitä, hankitaan suurina erinä varastoon tai apuvälinelainaamoon. Mittatilaustyönä tilattavat apuvälineet hankitaan erikseen sovituilta toimittajilta. Hankintoja voidaan tehdä myös yhteishankinnalla terveyskeskusten ja keskussairaalojen kesken. Hankintaprosessissa tulee ottaa huomioon, ettei hankinta vie liikaa aikaa. (Aarnikka ym. 2004, 52.) Apuvälinepäätös on lääkärin tekemä hoitopäätös, mutta apuvälinetarpeen ja apuvälineen luovuttamisen voi määrittellä joku muukin terveydenhuollon ammattihenkilö. Lainaustapauksissa tehdään kirjallinen lainaussopimus, josta ilmenee luovutaneen yksikön ja henkilön yhteystiedot sekä ohjeet apuvälineen huolto- ja palautusmenettelyistä. Kun apuväline annetaan käyttäjälle omaksi, tehdään usein päätös apuvälineen myöntämisestä. (Aarnikka ym. 2004, 53.) Luovutuksen yhteydessä varmistetaan apuvälineen sopivuus, tehdään apuvälineeseen tarvittavat säädöt ja järjestetään opetus käyttöä varten. (Apuvälinepalvelunimikkeistö 2004, 20.)

7.5 Apuvälineen käytön opetus

Käytön opetusta annetaan aina, kun käyttäjälle luovutetaan uusi apuväline. (Aarnikka ym. 2004, 53.) Käytön opetuksella varmistetaan, että asiakas ja hänen tukiverkostonsa hallitsevat apuvälineen tarkoituksenmukaisen ja turvallisen käytön. Käyttäjälle tulee selvittää toimintaan liittyvät tekniset ominaisuudet sekä antaa ohjeet apuvälineen kunnossapidosta ja huoltomenettelyistä. (Apuvälinepalvelunimikkeistö 2004, 20–21.)

7.6 Apuvälineen käytön seuranta ja seurannan menetelmät

Apuvälineen käytön seurannan tavoitteena on, että käyttäjällä on soveltuva, toimiva ja hänen käyttötarkoitustaan vastaava apuväline, joka on aktiivisessa käytössä ja toimintakunnossa. Apuvälineen käytön seuranta on tärkeä osa apuvälineprosessia. Seuranta on rinnastettavissa arviointiin, sillä siinä arvioidaan apuvälineen toimivuutta ja sitä, tarvitseeko käyttäjä kenties uutta apuvälinettä. Seurannan yhteydessä saadaan tietoa myös käyttäjän mahdollisista sairauden tai elämäntilanteen aiheuttamista muutoksista. Tarvittaessa arvioidaan uusi apuvälinetarve ja käynnistetään apuvälineprosessi uudelleen. Apuväline on myös saattanut jäädä asiakkaalle tarpeettomaksi tai siitä ei ole enää toivottua hyötyä. (Kosonen 2007, 15.) Apuvälineen käytön seuranta tulee kaikkien ammattilaisten sekä omaisten tehdä aina, kun he ovat tekemisissä asiakkaan kanssa. Käyttöä voidaan seurata kotikäynneillä, terapia- tai hoitosuhteen yhteydessä, asiakaskyselyjen avulla tai käytön seurannan lomakkeita hyödyntämällä. (Kanto-Ronkanen & Salminen 2004, 70.)

Asiakaspalautekyselyjen avulla voidaan seurata asiakkaiden tyytyväisyyttä saamaansa palveluun ja apuvälineeseen. Seurannan apuna voidaan käyttää myös mittareita, joista osasta on jo saatavilla suomenkielinen versio. Tällaisia mittareita ovat PIADS, QUEST ja COPM sekä NOMO. PIADS on mittari, jonka avulla voidaan tutkia apuvälineiden vaikutusta henkilön elämänlaatuun. QUEST-mittari arvioi apuvälineen käyttäjän tyytyväisyyttä apuvälineeseen ja apuvälinepalveluihin. COPM on Kanadan toi-

mintaterapeuttiliiton julkaisema toiminnan mittari. Liikkumisen apuvälineen käytön seurantaan ja apuvälineen vaikuttavuuteen on pohjoismaisena yhteistyönä kehitetty NOMO-mittari. (Kanto-Ronkanen & Salminen 2004, 71; Kallio 2007, 17.)

7.7 Apuvälineen huolto ja korjaus

Apuvälineen huollosta vastuussa ovat sekä apuvälineen käyttäjä että välineen omistava taho. Apuvälineen käyttäjä huolehtii välineen puhtaudesta. Käyttäjän tulee myös ajoittain tarkistaa esimerkiksi ruuvien ja muttereiden kiristys sekä jarrujen ja renkaiden toimivuus. Luovuttamisen yhteydessä sovitaan, kuka apuvälineen huoltaa, jos käyttäjä ei siihen itse pysty. Käyttäjä on itse vastuussa käyttäessään rikkinäistä apuvälinettä. Terveystieteiden tutkimuskeskuksessa apuvälineen korjaa sen lainannut yksikkö. Erikoissairaanhoidossa on usein asiantuntevia ammattilaisia, jotka hoitavat huollot. Hyvällä huollolla apuvälineiden käyttöikä voidaan pidentää huomattavasti. (Aarnikka ym. 2004, 54.)

8 APUVÄLINEALALLA HYÖDYNNETTÄVIÄ MITTAREITA

Apuvälineisiin ja apuvälinepalveluihin kehitettyjä arviointivälineitä on vielä vähän. Näyttöä apuvälineiden vaikuttavuudesta ja hyödystä kuitenkin tarvitaan. Työhön valittiin yhdeksän apuvälineitä ja apuvälinepalveluita arvioivaa mittaria: FIM-toimintakyky mittari, QUEST 2.0-tyytyväisyysmittari, PIADS-elämänlaatumittari, NOMO-liikkumisen apuvälineiden arviointimittari, GAS-kuntoutuksen tavoitteita arvioiva mittari, COPM-selviytymistä arvioiva mittari sekä kolme painehaavojen riskiluokitusmittaria. Nämä yhdeksän mittaria valittiin tarkastelun kohteeksi, koska niistä suurin osa on käynyt läpi reliabiliteetti- sekä validiteettitestauksen. Tarkastelun kohteeksi valittiin mittareita, jotka ovat käyttötarkoitukseltaan erilaisia. Apuvälinealan ammattilaisten tietoisuuteen haluttiin tuoda mahdollisuuksia arvioinnin välineistä. Lisäksi THL on tehnyt mittavaa tutkimus- ja kehittämistyötä QUEST 2.0 sekä NOMO 1.0-

mittareiden osalta. Mittareita kehitettäessä on tehty tiivistä pohjoismaista yhteistyötä.

TAULUKKO 2. Apuvälineitä ja apuvälinepalveluita arvioivat mittarit taulukoituna.

Mittari	Kohderyhmä	Käyttötarkoitus	Vaihe apuvälineprosessissa	Muoto/ menetelmä
QUEST 2.0	kaikki	tyytyväisyyden arviointi apuvälineisiin ja apuvälinepalveluihin	seuranta	kyselylomake, toteutetaan postikyselyinä tai haastatteluna
NOMO 1.0	aikuiset	liikkumisen apuvälineiden arviointi	seuranta	haastattelu
FIM 5.0	kaikki	toimintakyvyn arviointi	apuvälinetarpeen ja vaikuttavuuden arviointi	havainnointi
COPM	kaikki	yksilön selviytymisen arviointi	arviointi/seuranta	kyselylomake
GAS	lapset ja nuoret	kuntoutuksen tavoitteiden asettelu ja arviointi	arviointi	haastattelu
PIADS	yli 10-vuotiaat	apuvälineen vaikutus elämänlaatuun	seuranta	haastattelu/havainnointi
Painehaavariskiluokitusmittarit	kaikki	painehaavariskin arviointi	arviointi	tarkastelu ja havainnointi

8.1 QUEST 2.0

Quebec User Evaluation of Satisfaction with Assistive Technology (QUEST) 2.0 on Kanadassa kehitetty mittari, jonka avulla arvioidaan apuvälineen käyttäjän tyytyväisyyttä apuvälineeseen ja apuvälinepalveluihin. (Salminen 2008, 7.) Se on ensimmäinen standardoitu käyttäjän tyytyväisyyttä arvioiva mittari, joka on suunniteltu ni-

menomaan apuvälineen arviointia varten (Mts. 3). Mittari on tarkoitettu käytettäväksi nuorten, aikuisten ja vanhusten kanssa, jotka ovat saaneet apuvälineen käyttöönsä toiminnan vajavuuden vuoksi (Mts. 7-8).

QUEST 2.0:n tarkoituksena on arvioida sekä apuvälineen käyttäjän tyytyväisyyttä että tarjota alan ammattilaisille mittari tyytyväisyyden arvioimiseen. Mittari on muodoltaan lomakekysely. Apuvälineen käyttäjä voi täyttää kyselyn itsenäisesti tai asiantuntijan avustamana. Arvioinnin tavoitteena on selvittää apuvälineen käyttäjän tyytyväisyyden kahtatoista eri osa-alueetta, joista kahdeksan liittyy apuvälineisiin ja neljä apuvälinepalveluihin. Apuvälineeseen liittyvät kahdeksan osatekijää ovat mittasuhteet, osien kiinnittämisen ja säätämisen helppous, turvallisuus ja luotettavuus, kestävyys, käytön helppous, mukavuus ja miellyttävyys sekä tarkoituksenmukaisuus. Apuvälinepalveluihin liittyvät neljä osatekijää ovat apuvälineen käyttöön saamisen prosessi, huolto ja korjauspalvelut, ammattihenkilöltä saatu käytön opetus sekä apuvälineen käyttöönoton jälkeen saatavilla oleva tuki. (Mts. 8.)

Suomessa mittari on otettu käyttöön vuonna 2005. QUEST 2.0-mittarin pilotointi tehtiin elo-syyskuussa 2005. Pilotoinnissa apuvälinealan ammattilaiset haastattelivat erikäisiä apuvälineen käyttäjiä. Haastattelussa selvitettiin, olivatko pilottilomakkeen kysymykset käyttökelpoisia. Ammattilaiset arvioivat haastattelujen jälkeen mittarin käyttöä, ja heidän mielestään lomake oli pääosin helposti ymmärrettävissä sekä käytettävissä. Suomenkielinen versio QUEST 2.0:sta julkaistiin marraskuussa, minkä jälkeen käynnistyi lomakkeen koekäyttö. Koekäyttäjien mielestä ohjekirja ja lomakkeen kysymykset olivat pääsääntöisesti selkeitä ja ymmärrettäviä sekä asiantuntijan että asiakkaan näkökulmasta. Suomenkielinen versio julkaistiin myös internetkyselynä, jonka tarkoituksena oli tarjota palvelu apuvälinealan asiantuntijoille sekä työkalu oman työnsä seurannassa. (Mts. 13–14.)

Vuonna 2006 kokeiltiin QUEST 2.0-mittarin soveltuvuutta lasten apuvälinetyytyväisyyden arviointiin. Kokeilu toteutettiin postikyselynä, ja osallistuneet lapset olivat erään lastensairaalan asiakkaita. Vastaajien palaute lomakkeesta oli positiivista. Suurin osa oli sitä mieltä, ettei lomakkeessa ollut epäselviä kohtia ja että mittari soveltuu

lapsen tyytyväisyyden arviointiin, kun lapsi on mahdollisuuksiensa mukaan mukana lomakkeen täyttämässä. (Mts. 15–16.)

Mittarin reliabiliteettia ja validiteettia on tutkittu useissa tutkimuksissa. Reliabiliteetilla tarkoitetaan mittauksen kykyä tuottaa tuloksia, jotka eivät ole sattumanvaraisia. Validiteetti kuvaa kykyä mitata mitattavaa asiaa. Reliabiliteettia tutkitaan uudelleenmittauksen, rinnakkaismittauksen ja sisäisen johdonmukaisuuden kautta. Uudelleenmittauksella pyritään osoittamaan, että virheettömällä mittauksella saadaan toistettaessa aikaan sama tulos. Rinnakkaismittauksessa taas samaa asiaa mitataan eri kerroilla eri mittareilla. (Mts. 9.) Sisäinen johdonmukaisuus liittyy yhdistettyjen mittareiden tutkimiseen. Validiteetin lajeja ovat kriteeri-, sisältö- ja rakennevaliditeetti. Kriteerivaliditeetilla tarkoitetaan kahdella eri mittarilla saatujen tulosten samanlaisuutta ja sisältövaliditeetti taas sitä, kuvaako mittari mitattavaa asiaa järkevästi ja perustellusti. Rakennevaliditeetti liittyy tutkimusprosessiin ja mittarin toimivuuteen. QUEST 2.0-mittari on tutkimusten mukaan osoittautunut hyväksi sekä reliabiliteetin että validiteetin lajeiltaan. (Mts. 10.)

8.2 NOMO 1.0

NOMO 1.0 (The Nordic mobility-related participation outcome evaluation of assistive device interventions)-mittaria käytetään liikkumisapuvälineiden vaikuttavuuden arviointiin. Se on kehitetty sen edellisestä versiosta NAME 1.0. Mittari on kehitetty yhteispohjoismaisena yhteistyönä, johon on osallistunut yhdeksän jäsentä viidestä Pohjoismaasta. (Brandt, Iwarsson, Jónsdóttir, Löfqvist, Salminen & Sund 2008, 3.) Mittarin kohderyhmänä ovat 18 vuotta täyttäneet aikuiset, jotka käyttävät tai tulevat käyttämään liikkumisapuvälineitä. (Brandt ym. 2008, 8.)

NOMO 1.0:n avulla arvioidaan, kuinka liikkumista parantavat apuvälineet täyttävät tarkoituksensa eri toiminnoissa. Liikkuminen määritellään siirtymiseksi paikasta toiseen. Liikkumista edellyttävä osallistuminen tarkoittaa sitä, kuinka liikkuminen vaikuttaa suorittamiseen ja osallistumiseen. Liikkumista edellyttävä osallistuminen pe-

rustuu WHO:n kansainväliseen Toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden luokitukseen (ICF). Kysymykset pohjautuvat ICF-pääluokkaan ”Suoritukset ja osallistuminen”. NOMO-mittarilla arvioidaan apuvälineitä, jotka korvaavat alentunutta kävelykykyä tai henkilön kykyä liikkua paikasta toiseen. Tällaisia apuvälineitä ovat yleensä kävelykeppi, kyynärsauva, kävelykehikko, rollaattori, käsikäyttöinen pyörätuoli, kuljetustuoli sekä sähköpyörätuoli. (Mts. 9.)

Arviointi toteutetaan kahtena tai useampana haastatteluna. Lähtötilanteen haastattelu suoritetaan, kun henkilö on joko saamassa uuden apuvälineen tai vanha korvataan toisella mallilla. Seurantahaastattelu suoritetaan vähintään neljän kuukauden kuluttua lähtöhaastattelusta. Näitä haastatteluja voidaan toteuttaa useampia. NOMO:lla mitattava vaikuttavuus on se muutos, joka tapahtuu apuvälineen käyttäjän liikkumisessa ja liikkumista edellyttäviin toimintoihin osallistumisessa näiden haastattelujen välillä. (Mts. 12.) Haastattelut tulee tehdä haastateltavan kotona, koska se auttaa häntä muistamaan, miten päivittäinen liikkumista edellyttävä osallistuminen sujuu (Mts. 13).

Mittari koostuu kahdesta eri osa-alueesta: A-osasta ja B-osasta. A-osassa kysytään asioita, jotka kuvaavat arvioitavaa ryhmää sekä sellaista tietoa, mikä voi vaikuttaa tutkimustuloksiin. B-osassa keskitytään arvioimaan apuvälineen vaikuttavuutta. Haastattelussa esitetään lisäksi avoimia kysymyksiä käyttäjän omista odotuksista apuvälineestä. (Mts. 8.)

8.3 FIM 5.0

Toimintakyvyn arviointi on tärkeä osa kuntoutuksen tavoitteiden ja vaikuttavuuden arviointia. Kuntoutujan elämäntilanteeseen ja kuntoutuksen lopputulokseen vaikuttavat monet asiat. Toimintakyvyssä tapahtuneet muutokset tulee suhteuttaa kuntoutujan taustaan, elinympäristöön ja muihin tekijöihin. Kuntoutuksen vaikuttavuuden arviointi on moniulotteinen prosessi, johon tarvitaan toimiva informaatiojärjestelmä. (Vaara & Wallin 2003, 3.)

Amerikkalaiset tutkijat kehittivät 1980-luvulla kuntoutuksen arviointi- ja tiedonkeruu-järjestelmän, itsenäisen toimintakyvyn mittarin FIM:n (Functional Independence Measure). Järjestelmää voidaan käyttää arvioimaan vamman haittaa ja kuntoutuksen tuloksia. FIM 5.0 mittaa 18 päivittäistä toimintoa sekä pidätyskykyä, liikkumista, kommunikaatiota, sosiaalisia ja kognitiivisia taitoja. (Itsenäisen toimintakyvyn mittari (FIM) 1998, 6; Vaara & Wallin 2003, 5.)

Arvioitaviksi valitut perustoiminnot ovat kuntoutujan toimintakyvyn kannalta olennaisimmat ja tarpeellisimmat. Niistä suoriutumista arvioidaan seitsenportaisella asteikolla. Arviointi tehdään havainnoimalla henkilöä päivittäisissä toiminnoissa. Pisteytyksen suorittaa mittarin käyttöön pätevöitynyt henkilö. Yleensä se tehdään moniammatillisena yhteistyönä. Pisteytys on tarkoitus suorittaa kuntoutusprosessin eri vaiheissa. (Vaara & Wallin 2003, 5.) FIM-mittaria voidaan käyttää apuna apuvälinetarpeen arvioinnissa, kun selvitetään asiakkaan toimintakykyä.

8.4 COPM

Canadian Occupation Performance Measure (COPM) on yksilön selviytymistä arvioiva mittari. Mittari on Kanadan toimintaterapeuttiliiton julkaisema, ja se on suunniteltu erityisesti toimintaterapeuttien käyttöön. (Babtiste, Carswell, Law, McColl, Polatajko & Pollock 2005, esipuhe.) COPM soveltuu avuksi esimerkiksi apuvälineen arviointiin ja seurantaan. Mittari julkaistiin ensimmäisen kerran 1990-luvulla. COPM on käännetty eri 24 kielelle ja sitä on käytetty 35 maassa (Babtiste ym. 2005, esipuhe). Mittarin validiteettia ja reliabiliteettia on tutkittu ympäri maailmaa, kuten Kanadassa, Yhdysvalloissa, Japanissa ja Euroopan maissa (Kanto-Ronkanen & Salminen 2004, 71). Validiteetti ja reliabiliteetti on todettu hyväksi (Babtiste ym. 2005, 24–25).

COPM:a käytetään tunnistamaan ongelma-alueet toiminnoista suoriutumisessa sekä arvioimaan ne. Henkilö arvioi 10-portaisella asteikolla suoriutumistaan toiminnoistaan sekä tyytyväisyyttä suoriutumiseensa. Sen avulla asiakas asettaa suoriutumisen-

sa tavoitteet tärkeysjärjestykseen, ja ammattilainen asettaa tavoitteet terapialle tai apuvälineen käytölle. (Babtiste ym. 2005; Kanto-Ronkanen & Salminen 2004, 71.)

8.5 GAS

GAS (Goal Attainment Scaling) on 1960-luvulta lähtien kehitetty menetelmä, jota käytetään tavoitteiden laatimiseen ja arvioon erityisesti lasten ja nuorten kuntoutuksessa. Se kehitettiin aluksi mielenterveyskuntoutujille ja otettiin myöhemmin laajemmin käyttöön terveydenhuollossa. (Mäenpää 2008, 10.) Tavoitteiden asettamisen viitekehyksenä toimii ICF-malli. Mitattavia tavoitteita voidaan asettaa 3-5. Tämä mittari toimii kuntoutussuunnitelman tai apuvälineprosessin yhteydessä. (Mäenpää 2008, 13–14.)

GAS on suunniteltu toimimaan tilanteissa, missä asiakas ja ammattihenkilö yhdessä ovat asettaneet tarkat tavoitteet asiakkaan kuntoutumiselle. Mittari toimii jokaisessa kuntoutumisprosessissa yksilöllisesti, ja tuloksia mitataan tietyllä aikajaksolla. GAS:n avulla arvioidaan tavoitteita ja odotuksia. Mittarin menetelmänä toimii haastattelu. Haastattelun ajankohdat sovitaan tavoitteita asetettaessa. Ammattihenkilö ja asiakas yhdessä päättävät tavoitteet ja sen, missä ajassa niihin voitaisiin päästä. Samalla kirjataan ylös tarkkaan yksilölliset ensisijaiset menetelmät, joilla saadaan tuloksia tavoitteiden saavuttamiseksi. (Using the Goal Attainment Scaling Tool, n.d.)

8.6 PIADS

PIADS (The Psychosocial Impact of Assistive Devices Scale) on suunniteltu mittaamaan, kuinka apuvälineen käyttäjä havainnoi apuvälineen käytön vaikuttavan elämänlaatuun. Mittari on muodoltaan lomakekysely, jossa on yhteensä 26 kohtaa. PIADS soveltuu yli 10-vuotiaille. Mittarilla arvioidaan kolmea osa-aluetta: pätevyyttä, mukautumista ja itsetuntoa. Pätevyydellä tarkoitetaan toiminnallista kyvykkyyttä, itsenäisyyttä ja suoriutumista. Mukautumiseen liittyvien kysymysten avulla selvite-

tään positiivista riskienhallintaa, uusien asioiden yrittämistä sekä halua hyödyntää uusia mahdollisuuksia. Itsetuntoa koskevat kysymykset käsittelevät yleisiä terveyden tunteita, luottamusta ja onnellisuutta. Eri osa-alueiden pisteytys tapahtuu välillä -3 ja +3. Mittarilla voidaan mitata useiden erilaisten apuvälineiden käyttöä. (Day & Jutai 2008; Kanto-Ronkanen & Salminen 2004, 71.)

8.7. Painehaavojen riskiluokitusmittarit

Painehaava on ihon haavauma, joka johtuu paineen aiheuttamasta pitkäaikaisesta verenkiertohäiriöstä. Painehaavojen ennaltaehkäisyssä tärkeässä asemassa on riskipotilaiden tunnistaminen. (Hietanen & Iivanainen 2003, 190.) Riskiluokitusmittarin avulla tunnistetaan painehaavalle riskialttiit potilaat sekä riskin aste. Tuloksia voidaan käyttää apuna erilaisten painehaavoja ehkäisevien apuvälineiden, kuten patjojen, valinnassa. Tunnetuimmat mittarit ovat Bradenin, Nortonin ja Waterlowin asteikot.

8.7.1 Braden Scale

Bradenin asteikko on Yhdysvalloissa 1980-luvulla aikuisille kehitetty mittari (Hietanen & Iivanainen 2003, 191). Mittari koostuu kuudesta osiosta, joiden avulla arvioidaan painehaavan riskiä lisäävien tekijöiden osuutta: toimintakyky, liikkuminen, tuntoaisti, ravitsemustila, ihon kosteus sekä kudosten hankaus ja venytys. Tuntoaistia arvioidaan tarkastelemalla, millainen kyky henkilöllä on aistia paineesta johtuvaa epämiellyttävää tunnetta ja reagoida siihen. Ihon kosteudelle altistumista arvioidaan selvittämällä, kuinka paljon iho joutuu olemaan tekemisissä kosteuden kanssa. Aktiivisuutta ja fyysistä toimintakykyä arvioidaan kartoittamalla henkilön omatoimista liikkumista. Liikkumista selvitetään arvioimalla, kuinka paljon henkilö kykenee vaihtamaan tarvittaessa asentoaan. Riskiluokitusasteikossa tarkastellaan, millainen henkilön ravitsemustila on ja millä tavoin ravitsemus hoidetaan. Kudosten joutumista venytyksen ja hankauksen kohteeksi havainnoidaan arvioimalla, onko asiassa ongelmia vai ei. (Braden & Bergström 1988; Nousiainen 2007, 121–122.)

Riskiluokituksen pisteytys on 6–23 pistettä (Hietanen & Iivanainen 2003, 191). Kukin riskiä lisäävä tekijä pisteytetään (Nousiainen 2007, 122). Mitä matalammat pisteet potilas saa, sitä suurempi riski hänellä on saada painehaava. Mittari soveltuu vuodeosastokäyttöön. Riskiluokituksessa selvittävät asiat tulevat esille usein jo potilaan tulohaastattelussa. Riskiluokituksen etuna on, että potilaat tulevat arvioiduksi samalla tavalla riippumatta hoitajan kokemuksesta. (Hietanen & Iivanainen 2003, 191.)

8.7.2 Norton Scale

Nortonin riskiluokitus on Englannissa vuonna 1962 kehitetty ensimmäinen painehaavojen riskiluokitusmittari. (The Norton Pressure Sore Risk-Assessment Scale Scoring System. n.d.) Nortonin riskiluokitusasteikko koostuu viidestä osatekijästä, jotka mitaavat fyysistä kuntoa, henkistä tilaa, toimintakykyä, liikuntakykyä ja pidätyskykyä. Henkisen tilan kohdalla arvioidaan vireystasoa ja orientaatiota. Toimintakykyä arvioitaessa tarkastellaan päivittäisistä toiminnoista suoriutumista. Liikuntakykyä arvioitaessa mitataan kykyä liikkua itsenäisesti, liikuttaa itseään vuoteessa sekä kykyä istua ilman tukea. Pisteytys luokituksessa on 5-20. Kriittinen raja saada painehaava on 14 pistettä tai vähemmän. (Hietanen & Iivanainen 2003, 191.)

8.7.3 Waterlow Scale

Waterlowin luokitus mukaillee Nortonin asteikkoa. Se koostuu kahdeksasta tekijästä: henkilön rakenne, kuormituskohdan ihon kuvaus, ikä, sukupuoli, pidätyskyky, liikkuminen, ruokahalu, lääkitys ja muut erityistekijät. Pisteytys eri osioista on joko 0-3 tai 0-5. Mitä enemmän potilas saa pisteitä Waterlowin luokituksessa, sitä suurempi riski hänellä on saada painehaava. Riskiraja on 10 pistettä. (Hietanen & Iivanainen 2003, 192.)

9 TUTKIMUKSET APUVÄLINEISTÄ JA APUVÄLINEPALVELUISTA

Apuvälineet ovat erityisosaamista vaativa, vielä suhteellisen nuori ala, ja siksi tutkimus alalla on ollut vähäistä. Tutkimus on kuitenkin lisääntynyt, ja sen avulla pystytään todistamaan, että apuvälineistä on selvästi hyötyä. Pohjoismaissa apuvälineet ovat niiden tarvitsijoille ilmaisia, jos niiden nähdään auttavan henkilöä hänen päivittäisessä elämässään. Väestön ikääntymisen myötä apuvälineiden tarve kasvaa, minkä seurauksena myös kustannukset nousevat. Tämän vuoksi on tärkeää tutkia apuvälineiden vaikuttavuutta. (Malmivaara & Salminen 2008, 4.) Vaikuttavuustutkimuskatsausten lisäksi tässä luvussa kuvataan tutkimuksia liikkumisen apuvälineistä, ympäristöhallintajärjestelmistä, älykodeista, turvahälytysjärjestelmistä, muistia ja kognitiivisia toimintoja tukevista apuvälineistä sekä tietokonepohjaisista kommunikoinnin apuvälineistä. Työssä käsitellään myös apuvälinepalveluja koskevia tutkimuksia. Työssä on keskitytty pohjoismaisiin tutkimuksiin, sillä sosiaali- ja terveystalvet toimivat näissä maissa pääosin samojen periaatteiden mukaisesti. Suomen THL on tehnyt tiivistä tutkimus- ja kehittämissyhteistyötä muiden pohjoismaisten apuvälinealan ammattilaisten ja organisaatioiden kanssa.

9.1 Vaikuttavuustutkimuskatsaukset

Järjestelmällisiä tutkimuskatsauksia apuvälineiden vaikuttavuudesta Pohjoismaissa on julkaistu yksi ja kaksi on työn alla. Pohjoismainen ryhmä on saanut päätökseen katsauksen liikkumisen apuvälineistä ja tekee katsausta alaraajaproteesien, ympäristöhallintalaitteiden sekä älykotitekniikan vaikuttavuudesta. Katsausten tulokset julkaistaan vuoden 2009 aikana. (Malmivaara & Salminen 2008, 6.)

Suomalais-tanskalais-ruotsalaisessa ”Systematic review of mobility devices outcomes” -yhteistyöhankkeessa arvioitiin liikkumisen apuvälineiden vaikuttavuustutkimuksia. Hankkeessa tehtiin järjestelmällinen katsaus liikkumisen apuvälineiden vaikuttavuudesta yksilön osallistumiseen ja toimintaan. Kaikkien katsaukseen hyväksytyjen tutkimusten mukaan apuvälineiden vaikutus oli merkittävä. Merkittäviä positiiv-

visia vaikutuksia apuvälineillä oli liikkumisen, toiminnan ja osallistumisen, käyttäjätyytyväisyyden ja elämänlaadun kohdalla. (Brandt, Malmivaara, Samuelsson, Salminen, & Töytäri 2009, 697.) Hankkeesta on valmistunut hiljattain englanninkielinen raportti.

Pohjoismainen ryhmä on tehnyt vaikuttavuustutkimusten arviointia liikkumisen apuvälineiden lisäksi myös älykodeista sekä ympäristönhallintalaitteista. Katsauksen tulokset olivat positiivisia: kolme tutkimusta osoitti aktiivisuuden ja osallistumisen parantuneen, kaksi tutkimusta itsenäisyyden ja riippumattomuuden lisääntyneen, yksi tutkimus elämänlaadun sekä yksi tutkimus tyytyväisyyden parantuneen. Katsauksesta on valmistumassa englanninkielinen raportti. (Brandt & Salminen 2008, 24.) Kolmas vielä käynnissä oleva hanke koskee alaraajaproteesitutkimusta. Hankkeessa arvioidaan aikuisten alaraajaproteesitutkimusten laatua aktiivisuuden, osallistumisen ja elämänlaadun alueilla (Samuelsson & Töytäri 2008, 14).

9.2 Apuvälineisiin kohdistuneet tutkimukset

9.2.1 Liikkumisen apuvälineet

Liikkumisen apuvälineet ovat tärkeitä sekä käyttäjälleen että yleisesti. Sekä WHO että YK korostavat niiden merkitystä vammaisten henkilöiden tasa-arvon lisääjänä. Liikkumisen apuvälineitä, kuten keppejä, rollaattoreita eli kävelytelineitä, pyörätuoleja ja sähkömopedeja tarvitsevat henkilöt, joilla on vaikeuksia liikkumisessa ja osallistumisessa. (Malmivaara & Salminen 2008, 4.) Pohjoismaissa liikkumisen apuvälineiden kohdalla tutkimusta on tehty huomattavasti enemmän kuin muiden apuvälineryhmien kohdalla. Merkittäviä tutkimuksia tuottavia tahoja Pohjoismaissa ovat Ruotsin Hjälpmedelinstitutet sekä Suomen THL.

Opinnäytetyöhön on koottu kronologiseen järjestykseen kahdeksan tutkimusta liikkumisen apuvälineistä. Tutkimuksissa on selvitetty käyttäjien kokemuksia rollaatto-

reista, kävelytelineistä, sähköpyörätuoleista ja -mopedeista sekä manuaalipyörätuoleista. Tutkimukset ovat yhtä yhdysvaltalaisista lukuun ottamatta pohjoismaisia.

Rollaattoreiden hyötyjä on selvitetty mm. Ruotsissa ja Tanskassa. Laila Jönsson arvioi kolmesta haastattelututkimuksesta vuosilta 1998, 1999 ja 2001 muodostuvassa tutkielmassaan rollaattorin vaikutusta yli 75-vuotiaiden naisten elämään. Tutkimuksen mukaan rollaattori tuo turvaa ja varmuutta liikkumiseen sekä osallistumiseen ja vaikuttaa näin esimerkiksi sosiaaliseen elämään. Tutkimus osoitti rollaattorin olevan edellytys omassa kodissa itsenäiselle asumiselle. Useimmat tutkimukseen osallistuneesta 59 naisesta kokivat liikkumisen turvallisemmaksi ja arkielämän helpommaksi rollaattorin kanssa. 80 % naisista ilmoitti olevansa osittain tai täysin riippuvaisia rollaattorista ulkona liikkuessaan. (Rollatorns betydelse 2005, 6.)

Toisen ruotsalaisen tutkimuksen tulokset vuodelta 2000 ovat samansuuntaisia. Sonnin (2000) tutkimuksen mukaan vanhukset tunsivat olonsa varmemmaksi, turvallisemmaksi ja itsenäisemmäksi rollaattorin kanssa liikkuessaan. Tutkimukseen osallistui 98 76-vuotiasta tai vanhempaa henkilöä sekä 100 henkilöä, jotka olivat 86-vuotiaita tai vanhempia. Tutkimuksessa selvitettiin muun muassa käyttäjien kokemuksia apuvälineen hyödyistä sekä sen soveltuvuutta heidän elinympäristöönsä. (Rollatorns betydelse 2005, 7.)

Apuvälineiden käyttäjäkokemuksista on tehty suomalainen selvitys, jossa kuvataan eri sairaaloiden seurantakokeiluja. Selvityksen kokeilut rajattiin sähköpyörätuoleihin ja kävelytelineisiin. (Jormakka 2003, 19.) Selvityksen aineisto koostuu 16:sta kävelytelineen ja 36:sta sähköpyörätuolin käyttäjästä (Jormakka 2003, 20). Tulosten mukaan apuvälineen käytön kokemuksina oli esitetty turvallisuuden ja omatoimisuuden lisääntyminen molemmissa ryhmissä. Apuvälineen tuomat mahdollisuudet lisäsivät käyttäjien itsetuntoa ja itseluottamusta. Apuvälineen käyttö mahdollisti useassa tapauksessa itsenäisen asumisen. Käyttäjät kokivat liikkumisen lisääntymisen parantavan heidän fyysistä ja psyykkistä hyvinvointiaan. (Jormakka 2003, 47.) Lähes kaikki haastateltavat kokivat apuvälineen toimivan moitteettomasti, ja kolme neljäsosaa koki saavansa riittävää ohjausta. Suurimmaksi osaksi apuvälineiden huolto oli toimi-

nut hyvin käyttäjien mielestä. Sähköpyörätuolia käyttävät olivat esittäneet ongelmina palveluiden hitautta. Haastateltujen arvion mukaan apuvälineen uusinta ja vaihto olivat pääsääntöisesti sujuneet hyvin. Ongelmina esiintyivät palvelujen hitaus eri organisaatioissa, asioiden työläs hoitaminen, informaatiokatkokset ja pallottelu luukulta toiselle. (Jormakka 2003, 48.)

Tanskalainen tutkimusryhmä (Brandt, Iwarsson & Ståhl) on vuonna 2003 tutkinut rollaattorin käyttäjien tyytyväisyyttä apuvälineeseen QUEST 2.0-mittarin avulla. Suurin osa käyttäjistä oli tyytyväisiä rollaattoreihinsa ja käyttöaste oli korkea. Suuressa osassa tapauksista tyytyväisyys lisääntyi, kun henkilö oli käyttänyt apuvälinettä muutamia kuukausia ja tottunut siihen. Osa käyttäjistä, erityisesti naisista, oli tyytymättömiä apuvälineen ohjattavuuteen ja liikkuvuuteen omassa elinympäristössään. Tutkimuksessa tultiin siihen johtopäätökseen, että rollaattori on arvokas käyttäjälleen. (Rollatorns betydelse 2005, 7-8.)

Ewa Wressle ja Kersti Samuelsson ovat tutkineet käyttäjätyytyväisyyttä liikkumisen apuvälineiden kohdalla Ruotsissa. Postikyselynä toteutetun tutkimuksen pohjana käytettiin QUEST 2.0 -mittaria. Kysely lähetettiin 400:lle rollaattorin, manuaali- tai sähköpyörätuolin käyttäjälle, joista kyselyyn vastasi 208. Useimpien apuvälineiden kohdalla tyytyväisyys ja käyttöaste itse apuvälineeseen olivat korkeat. Sen sijaan tyytyväisyys apuvälinepalveluihin oli matalampi. Erityisesti opastus välineen käyttöön arvioitiin huonoksi, ja yli puolet vastaajista ilmoitti, etteivät he olleet saaneet opastusta ollenkaan. Tutkimus osoitti, että apuvälineillä on positiivinen vaikutus käyttäjän aktiivisuuteen, itsenäiseen liikkumiseen, turvallisuuden tunteeseen ja osallistumiseen. (Samuelsson & Wressle 2004, 143.)

Kallio (2007) on opinnäytetyössään tutkinut apuvälineen käyttäjien tyytyväisyyttä sähköpyörätuoliin sekä samaansa apuvälinepalveluun. Tutkimus toteutettiin QUEST 2.0-tyytyväisyysmittaristolla kyselytutkimuksena. Tutkimukseen osallistui 36 sähköpyörätuolin käyttäjää. Tutkimustulosten mukaan asiakkaat olivat suhteellisen tyytyväisiä käyttöönsä saaneeseen sähköpyörätuoliin. Tyytyväisyys apuvälinepalveluun oli korkeampi kuin tyytyväisyys sähköpyörätuoliin. Asiakkaiden nimeämät tärkeimmät

osa-alueet sähköpyörätuolin ominaisuuksista ja palvelusta olivat turvallisuus ja luotettavuus, tarkoituksenmukaisuus, huolto- ja korjauspalvelut sekä käytön helppous. (Kallio 2007, 2.) Myös Rämö ja Tikkanen (2007) ovat tutkineet sähköpyörätuolin ja sähkömopedin käyttäjien tyytyväisyyttä laitteeseen ja siihen liittyvään palveluun QUEST 2.0-mittarin avulla. Tutkimuksen tulokset kertoivat, että 95 sähköpyörätuolin ja -mopedin käyttäjän tutkimusjoukko oli pääasiassa hyvin tyytyväinen. (Rämö & Tikkanen 2007, 2.) Molempien opinnäytetöiden yhtenä tarkoituksena oli kerätä THL:lle materiaalia mahdollista laajempaa asiakastyytyväisyystutkimusta ja -vertailua varten (Kallio 2007, 2; Rämö & Tikkanen 2007, 2).

Yhdysvaltalaisen tyytyväisyystutkimuksen tulokset ovat samansuuntaisia. Tutkimuksessa selvitettiin vanhusten tyytyväisyyttä manuaali- ja sähköpyörätuoliin QUEST 2.0-mittarin avulla. Tutkimukseen osallistui 132 vanhusta, joista 60 asui julkisen sektorin hoitokodissa, 30 yksityisessä hoitokodissa ja 42 omassa asunnossaan. Omassa asunnossaan asuvat olivat tyytyväisempiä apuvälineeseen kuin yksityisessä hoitokodissa asuvat. Myös julkisten hoitokotien asukkaat olivat tyytyväisempiä kuin yksityisten. (Karmarkar, Collins, Kelleher & Cooper 2009, 337.)

9.2.2 Ympäristönhallintajärjestelmät

Suomessa korostetaan toimintakykyrajoitteisten henkilöiden omatoimista selviytymistä kotona sekä mahdollisuutta asua omassa kodissaan mahdollisimman pitkään. Ympäristönhallintajärjestelmät ovat apuvälineitä, joilla tuetaan vammaisten henkilöiden kotona selviytymistä. (Kanto-Ronkanen 2008, 8.) Ympäristönhallinnalla tarkoitetaan kodissa olevien tai sinne asennettavien sähköisten laitteiden käyttöä kauko-ohjauksella (Kallanranta, Konola & Petäkoski-Hult 2003, 478). Laitteiden avulla vammaisen henkilö voi avata ovia, hälyttää apua tai esimerkiksi säätää kodin valoja. Lisäksi niihin liitettävien tietokonepohjaisten ohjelmien avulla hän voi hankkia tietoa tiedotusvälineistä sekä hoitaa omia asioitaan. (Kallanranta, Konola & Petäkoski-Hult 2003, 480).

Suomessa toteutetussa kyselytutkimuksessa selvitettiin ympäristönhallintajärjestelmien käyttöä, käyttökokemuksia ja kustannusvaikutuksia. Tutkimukseen osallistui 252 suomalaista vaikeavammaista henkilöä sairaanhoitopiirien kautta ja 21 käyttäjää Vakuutus kuntoutukselta (VKK). Osallistujien iän keskiarvo oli 43,1 vuotta ja heistä 60,2 % oli miehiä ja loput naisia. Käyttäjistä noin puolet asui omassa kodissa ja puolet palvelutalossa. Henkilöt arvioivat, että laite mahdollisti heidän asumisensa nykyisessä asumismuodossaan. Käyttäjät arvioivat, että avuntarve ilman käytössä olevaa ympäristönhallintajärjestelmää lisääntyisi huomattavasti. (Alaranta, Korpimaa, Kuusinen, Rousi & Saarelma-Kallio 2002.)

Kanto-Ronkaisen tutkimuksessa vuodelta 2008 oli käytetty aineistona Pohjois-Savon ITSE-hankkeen keväällä 2002 tekemää kyselytutkimusta sekä seitsemän ympäristönhallintajärjestelmän käyttäjän teemahaastattelua syksyltä 2007 (Kanto-Ronkanen 2008, 20). Tutkimukseen osallistuneet olivat saaneet ympäristönhallintajärjestelmänsä Kuopion yliopistollisen sairaalan apuvälineyksiköstä lääkinnällisenä kuntoutuksena (Mts. 23). Heistä 53 % asui palvelutalossa ja 47 % kotona joko yksin tai perheensä kanssa (Mts. 21). Ympäristönhallintajärjestelmä oli käyttäjilleen tärkeä apuväline, sillä se mahdollisti itsenäisen tekemisen, jonka ajankohdan pystyi itse valitsemaan. Itsenäinen tekeminen taas vahvisti järjestelmien käyttäjien omanarvontuntoa ja riippumattomuutta. Tutkimuksen mukaan ympäristönhallintajärjestelmien käyttö vähensi avustamisen tarvetta. Ammattihenkilöiden ja päättäjien puutteelliset tiedot ympäristönhallintajärjestelmien soveltamisen mahdollisuuksista ja merkityksestä käyttäjälleen voivat olla esteenä ympäristönhallintajärjestelmien hankinnalle tai käytön laajuudelle. Järjestelmän käyttöönoton esteenä voi olla myös rakennustekniset ratkaisut. (Mts. 46.)

9.2.3 Älykodit

”Vanhusten hyvä kotona asuminen” -tuottavuushankekokonaisuuden osana tehdyssä tutkimuksessa tarkasteltiin muun muassa vanhusten apuvälineiden käyttöä älykotiympäristöissä. Tarkastelua tehtiin sekä vanhuksen että hoitohenkilökunnan näkö-

kulmasta. (Enojärvi, Makkula, Melkas, & Pekkola, 2008, 1.) Kokeiluälykodit toimivat neljässä asumispalveluyksikössä Lahdessa, Nastolassa ja Hollolassa. (Enojärvi ym. 2008, 1.) Kokeilun tavoitteena oli korostaa ikäihmisten aktiivisuutta ja omiin voimavaroihin tukeutumista (Mts. 26). Älykodit olivat käytössä ikäihmisten lyhytaikaisilla asumisjaksopaikoilla muun muassa sairaalasta kotiutumisen välivaiheessa, omaishoitajien lomajaksoilla ja asumisen arvioinnissa. Älykoteihin oli tuotu yli kuusikymmentä erilaista kotona asumista helpottavaa apuvälinettä ja teknologiaa kokeiltavaksi. Kokeilun aikana tehtiin tutkimusta asiakkaiden ja henkilöstön kokemuksista sekä apuvälineprosesseista. Tutkimusaineistona oli 20 henkilöstön ja asiakkaiden kyselylomaketta, neljä asiakashaastattelua, viisi henkilöstöhaastattelua, 14 yrityksen vastaukset palautekyselyyn sekä muu aineisto, jota kerättiin esimerkiksi perehdyttämistilanteissa. Asiakkaat olivat iältään 62–95-vuotiaita, joilla oli esimerkiksi muistihäiriöitä, sydän- ja verisuonitauteja ja huimausta tai kaatumisia. Näistä johtuen heillä oli ongelmia päivittäisissä toiminnoissa, mikä aiheutti vaikeuksia kotona selviytymiseen. (Mts. 37.) Eri kokeilukodeissa oli osittain erilainen tuotevalikoima. Lisäksi tuotteita lainattiin jonkin verran kokeilukotien ulkopuolelle. Koeasujan terveydentilasta tai muista syistä johtuen kaikkia kokeilukodissa olleita tuotteita ei välttämättä voitu hyödyntää. (Mts. 38.)

Kyselylomakkeiden perusteella tuotteiden käyttöä oli vaikea arvioida, sillä ne oli täytetty eri tavoin. Niiden perusteella kuitenkin eniten kokeiltuja olivat pienapuvälineet, ja vähemmälle olivat jääneet teknisemmät apuvälineet. Yksittäisistä välineistä suosittuja vanhusten keskuudessa olivat puhuva kello, nystyräpallo, liiketunnistavat yövalot sekä apuvälinetuolit. (Mts. 38.) Henkilökunta koki apuvälineiden helpottavan työtä ja asiakkaiden tarkkailemista, tuovan turvallisuutta sekä helpottavan asiakkaiden omatoimisuutta. Liiketunnistava yövalo helpotti heidän mukaansa asukkaan yöllisiä vessareissuja. (Mts. 41.) Henkilökunnan mukaan asiakkaan suhtautuminen apuvälineisiin vaikutti eniten siihen, ottaako asiakas välineitä kotiinsa. Seuraavaksi tärkeimpiä tekijöitä olivat välineiden käytön harjoittelu ja henkilökunnan työpanos. (Mts. 42.) Haastateltavien vanhusten keskuudessa apuvälineisiin suhtauduttiin myönteisesti tai neutraalisti, mutta he eivät kokeneet tarvitsevansa niitä tällä hetkellä. Apuvälineillä nähtiin olevan vaikutuksia turvallisuuteen ja arjen helpottumiseen. (Mts. 45.)

9.2.4 Turvahälytysjärjestelmät

Teknologinen kehitys voi helpottaa ja monipuolistaa ikääntyneiden elämää (Hietikko, Nieminen & Törmä 2001, 2). Turvahälytysjärjestelmien avulla pyritään takaamaan turvallisuutta, joka on perusedellytys itsenäiselle asumiselle, sekä ehkäisemään vakavia terveydellisiä haittoja. Tavoitteena on niiden avulla vähentää tapahtuneiden onnettomuuksien seurauksia. Itsenäisen suoriutumisen tukeminen laitoshoitoon siirtymistä lykkäävien toimien avulla on yhteiskunnan kannalta edullinen ratkaisu, joka vastaa myös ikääntyneiden omia toiveita asumisen ja hoidon järjestelyistä. (Hietikko ym. 2001, 12.)

Tulevaisuusvaliokunnan (2001) käyttäjäkokemuksiin perustuvassa tutkimuksessa arvioitiin ikääntyneiden itsenäistä suoriutumista tukevaa teknologiaa. Raportissa tarkasteltiin kahta erilaista turvarannekeratkaisua: niin sanottua älyranneketta ja perinteistä turvaranneketta, jotka sopivat erilaisiin käyttötarkoituksiin. IST (International Security Technology) -ranneke soveltuu parhaiten ikääntyneille, joilla on selvä sairauskohtauksen riski. Ranneke seuraa jatkuvasti käyttäjänsä elintoimintoja signaalien avulla. (Mts. 13.) Perinteinen turvapuhelin on hyvä turvalaite ikääntyneille, joilla ei ole ennalta tiedossa olevaa sairauskohtauksen riskiä. Ranneke edellyttää, että käyttäjä pystyy tekemään hälytyksen itse. (Mts. 14.)

Käyttäjäkokemusten perusteella ranneke edesauttoi käyttäjän turvallisuuden tunnetta. Lisääntyneellä turvallisuuden tunteella voidaan odottaa olevan myös positiivisia terveydellisiä vaikutuksia. (Mts. 14.) Arvioinnin tulokset osoittivat, että turvahälytysjärjestelmien avulla voidaan keventää läheisten ja hoitajien hoitotaakkaa. Erityisesti yövalvonnan osalta hälytysjärjestelmillä on hoidon sitovuutta vähentävä vaikutus. Turvahälytysjärjestelmillä osoittautui olevan myös sekä omaisten että hoitohenkilökunnan vanhuksesta tuntemaa huolta vähentävää vaikutusta. (Mts. 15.)

Arviointi osoitti, että itsenäistä asumista tukevat turvahälytysjärjestelmät ovat edullisia kuntatalouden kannalta. Säästöt eivät synny suoraan esimerkiksi kotihoitohenkilöstön vähentämisen kautta, vaan turvahälytysjärjestelmät voivat monissa tapauksis-

sa pitkittää kotona asumista ja nopeuttaa sairaalasta kotiutumista. Jo hyvin lyhytaikainenkin laitossijoituksen välttäminen on julkiselle palvelujärjestelmälle edullista. (Mts. 15.) Tarkasteltujen turvateknologioiden käyttäjäkokemuksissa ei kuitenkaan tullut esiin viitteitä siitä, että turvajärjestelmän olemassaolo olisi vähentänyt omaisten tai hoitohenkilöstön yhteydenpitoa ja kontakteja ikääntyneeseen. Kaikki osapuolet korostivat, että teknologian avulla ei saa vähentää inhimillistä kanssakäymistä. Arviointi nosti esiin pikemminkin inhimillisten kontaktien laadun parantamisen mahdollisuuksia kuin eristyneisyyden tai yksinäisyyden lisääntymisen uhkia. Myös ikäihmisten liikkumiseen ja päivittäistoimien hoitamiseen turvahälytysjärjestelmillä on vaikutusta. Käyttäjäkokemukset osoittivat, että turvahälytysjärjestelmät lisäävät turvallisuuden tunnetta, mikä rohkaisee itsenäisempään ja aktiivisempaan toimintaan. Aktivointivaikutukset rajoittuvat kuitenkin kotiin, sillä saatavilla olevat turvalaitteet eivät vielä anna riittävää turvaa kodin seinien ulkopuolella. (Mts. 16.)

9.2.5 Muistia ja kognitiivisia toimintoja tukevat apuvälineet

”Apuvälineet ja dementia” -hankkeen yhteydessä tehtiin tutkimus apuvälineiden käytöstä kognitiivisten toimintojen tukena dementoivaa sairautta sairastavien henkilöiden arjessa. Tutkimukseen koottiin 29 tapauskuvausta perustuen sairautta sairastavien ihmisten, heidän omaisten ja ammattihenkilöstön haastatteluihin. Haastatteluisissa kysyttiin apuvälineiden käytöstä sekä niiden vaikutuksista päivittäiseen elämään. Selvitys osoitti, että muistin apuvälineet voivat auttaa ylläpitämään dementiaoireisten ihmisten päivittäisiä toimintoja. Apuvälineet voivat tukea itsenäisyyttä, lisätä turvallisuuden tunnetta, auttaa hoidossa ja huolenpidossa sekä edistää osallistumista yhteiskuntaan. Perheen ja avustajien työ voi helpottaa apuvälineiden käytön myötä sekä käyttäjän itsetunto voi kohota. (Apuvälineet ja dementia Pohjoismaissa 2008, 6.)

Sairastuneiden omaiset ja dementiahoidon ammattilaiset tuntevat huonosti kognitiivista toimintaa tukevia apuvälineitä. Dementiahoidossa ei ole tarpeeksi tietoa apuvälineiden hyödyistä, tai kuinka apuvälinetarvetta voitaisiin kartoittaa. Omaiset halusivat lisää tietoa apuvälineiden mahdollisuuksista. Sosiaali- ja terveydenhuollossa ei

ole riittäviä resursseja eikä järjestelmällistä toimintatapaa auttaa näitä ihmisiä, jotka hyötyisivät muistin apuvälineistä. Apuvälinearviointi vaatii paljon aikaa luottamuksellisen suhteen luomiselle, jotta asiantuntijat voisivat tehdä kokonaisvaltaisen arvioinnin tilanteesta. Apuvälineet eivät vaikuta joka käyttäjään samalla tavalla. Järjestelmällinen seuranta on tärkeää, ja se edellyttäisi aikaa kotikäynneille ja säännölliselle yhteydenpidolle. Dementoivaa sairautta sairastavien ihmisten palvelun on oltava jatkuvaa vuorovaikutusta apuvälineenkäyttäjän, omaisten ja asiantuntijan välillä, jotta välineestä saataisiin paras hyöty. (Mts. 6–7.) Tämä selvitys osoitti myös, että apuvälinevalinnoilla voi olla vaikutusta niin yksilön elämän kuin yhteiskunnan talouden kannalta. Selvitys sisälsi tapausesimerkkejä, joissa ympärivuorokautiseen hoitoon siirtymistä on voitu siirtää apuvälineiden avulla. (Mts. 7.)

9.2.6 Tietokonepohjaiset kommunikoinnin apuvälineet

Petäkoski-Hult (1995) on tutkinut tietokonepohjaisten apuvälineiden käyttöä. Tapaustudkimukseen osallistui kommunikoinnin laitetta käyttäviä vammaisia henkilöitä sekä heidän verkostoaan, kuten vanhempiaan, opettajiaan, avustajiaan sekä terveydenhuollon työntekijöitä. Tutkimuksessa todettiin kommunikoinnin laitteiden vaikutuksen myönteisesti vammaisten ihmisten elämänlaatuun ja -hallintaan sekä päivittäiseen toimintaan. Tutkimukseen osallistuneet henkilöt olivat tyytyväisiä apuvälineen hankintaprosessin etenemiseen, sisältöön sekä itse apuvälineeseen. (Petäkoski-Hult 1995, 133.)

Suomalais-brittiläis-irlantilaisen tutkimuksessa (2004) selvitettiin Bliss-pohjaisen tietokoneavusteisen kommunikoinnin (Computer Augmented Communication, CAC) vaikutusta kommunikointiin ja aktiviteetteihin. Tutkimukseen osallistui kuusi vaikeavammaista puhevammaista lasta ja nuorta. Tutkimus arvioi tietokoneavusteisen kommunikoinnin käyttöä ensimmäisen vuoden ajan arkipäiväisessä elämässä. Tutkimuksen aikana kaikki henkilöistä oppivat käyttämään CAC-laitteita. Laitteiden uutuudenviehätys laimentui puolen vuoden päästä luovutuksesta. Tutkimusjakson loppupuolella CAC-laitteita käytettiin kasvotusten kommunikointiin vain harvoin, sen

sijaan niitä käytettiin opiskelussa, kirjoittamisessa, leikissä sekä vapaa-ajan toiminnoissa. Syitä siihen, ettei tietokoneavusteista kommunikointia käytetty, olivat huono käytettävyys, hitaus, puutteellinen sanasto sekä palveluiden puute. Puhevammaiset lapset pitivät CAC-laitteita tärkeinä sekä hyvänä apuna koulun käytiin ja leikkeihin. (Petrieb, Ryanc & Salminen 2004, 157.)

9.2.7 Kustannusvaikuttavuustutkimukset

Kustannusvaikuttavuutta on tutkittu vielä suhteellisen vähän. Salmisen (2004, 20) mukaan ruotsalaisen Jönssonin tutkimuksessa selvitettiin kävelytelineen kustannusvaikutuksia. Tutkimuksessa verrattiin rollaattoreiden vuosikustannuksia palvelujen aiheuttamiin kuluihin, mikäli teline ei olisi käytössä. Tutkimus osoitti, että ilman kävelytelinettä kustannukset tulivat lähes nelinkertaisiksi. Rollaattorilla todettiin olevan hyvin merkittävä kustannuksia säästävä vaikutus lonkkamurtumien ehkäisyssä. Tutkimuksen mukaan yhden lonkkamurtuman hoito ja kuntoutus vastaa noin 90 kävelytelinettä.

Ruotsalaisessa tutkimuksessa (2007) selvitettiin rollaattoreiden kustannusvaikuttavuutta. Tutkimukseen osallistui 205 henkilöä, joilla apuväline oli käytössä ensimmäistä kertaa. (Fries, Hellbom, Husberg & Persson 2007, 2.) Keskimääräinen kustannus rollaattorista tutkimuksen mukaan oli 130 euroa. Jos tähän lisätään rollaattoriin liittyvä keskimääräinen työvoimakustannus 30 euroa, on kustannus noin 160 euroa/rollaattori. EuroQol-mittarilla (EQ-5D) mitattuna saavutettu elämänlaatu ja rollaattorin hankinnan kustannukset muodostavat yhtälön, jonka tuloksena kustannus saavutettua laadukasta elinvuotta kohti (kustannus/QALY) on 2 400 euroa. (Fries, Hellbom, Husberg & Persson 2007, 24.) Tutkimuksen mukaan rollaattoreiden kustannusvaikuttavuus on hyvä. 2 400 euroa/QALY:n tasoa voidaan verrata terveydenhuollon kustannuksiin, joissa 10 000 euroa/QALY pidetään alhaisena ja 50 000 euroa vielä kohtalaisena. (Fries, Hellbom, Husberg & Persson 2007, 25.)

Ympäristönhallintajärjestelmien kustannusvaikutuksia on tutkittu Suomessa vuonna 2002. Tutkimukseen osallistui 252 suomalaista vaikeavammaista henkilöä sairaanhoitopiirien kautta ja 21 käyttäjää Vakuutuskuntoutuksesta. 240 käyttäjän laitteet kustansi sairaanhoitopiiri, 28 vakuutusyhtiö ja 5 sosiaalitoimi. Järjestelmien käyttö toettiin tutkimuksessa huomattavasti kustannuksia säästäväksi mitattuna säästetyillä hoiva- ja laitokskuilla. Ympäristönhallintajärjestelmä vähensi kotona asuvien vaikeavammaisten palveluista aiheutuvia kustannuksia. (Alaranta ym. 2002.)

9.3. Apuvälinepalveluihin kohdistuneet tutkimukset

9.3.1. Apuvälineiden ja apuvälinepalveluiden saatavuus terveyskeskuksissa ja keskussairaaloissa 2006

Tutkimus selvitti apuvälineiden ja apuvälinepalveluiden saatavuutta terveyskeskuksissa ja keskussairaaloissa. Tutkimuksen tavoitteena oli saada tietoa apuvälinepalveluihin käytetyistä resursseista. Selvityksiä on tehty vuosina 1994, 2000 ja 2006. Viimeisintä selvitystä toteutettiin kesällä 2006, ja sitä verrattiin aikaisempiin selvityksiin. Menetelmänä käytettiin sähköistä lomakekyselyä, joka lähetettiin jokaiseen terveyskeskukseen ja keskussairaalaan. Terveyskeskusten vastausprosentti oli 88 ja keskussairaaloiden 100. (Töytäri 2007, 3.)

Keskussairaaloista 95 ja terveyskeskuksista 80 % arvioi, että niiden apuvälineiden saatavuus yleisesti vastasi tarvitsijoiden tarpeita hyvin tai erittäin hyvin. Kommunikonin, kuulon ja näön apuvälineiden sekä esimerkiksi polvitukien saatavuus todettiin muita apuvälineitä heikommaksi joissakin vastauksissa. Vuoden 2006 selvityksen mukaan lähes aina terveyskeskuksissa ja keskussairaaloissa apuvälineprosessi käynnistyi lainsäädännön määrittämässä ajoissa. Kuulonhuollon aikataulut eivät aina toteutuneet kahdessa keskussairaalassa, ja odotusaika saattoi olla yli puoli vuotta pitkä. Noin kolme neljäsosaa keskussairaaloista ja terveyskeskuksista arvioi, että niiden apuvälinepalveluprosessit toteutuivat pääsääntöisesti erittäin hyvin tai hyvin. Yksit-

täisesti apuvälineen käytön seurannasta huolehtiminen ei toteutunut lainkaan tai se ei toteutunut kovin hyvin. (Mts. 3.)

Vuonna 2006 toteutetun tutkimuksen mukaan kaikkien terveyskeskusten ja keskussairaaloiden yhteenlasketut laskennalliset apuvälineiden hankintakustannukset olivat noin 59 miljoonaa euroa. Terveyskeskukset käyttivät vuonna 2005 hankintoihin rahaa keskimäärin 4,4 euroa ja keskussairaalat 6,9 euroa asukasta kohden. Yli kolmannes organisaatioista oli sitä mieltä, että apuvälineisiin tarkoitettut rahat eivät vastanneet tarvetta. (Mts. 3.) Verrattuna vuoden 2006 selvitystä vuoden 2000 selvitykseen apuvälineitä luovutettiin käyttöön useammin ja luovutusrajoitusten käyttö oli pääsääntöisesti vähentynyt.

Vuonna 2006 tehdyn selvityksen mukaan keskussairaaloista suurin osa arvioi ammattihenkilöidensä apuvälineosaamisen erittäin hyväksi tai hyväksi. Terveyskeskuksissa neljännes arvioi osaamisen heikoksi tai vain melko hyväksi. Tutkimuksen mukaan organisaatiot kokivat, että niissä työskenteli selvästi liian vähän apuvälinealan ammattilaisia. Suurin osa terveyskeskuksista ja keskussairaaloista arvioi, että apuväline-toimintaan tarvittavat tilat olivat riittämättömät. (Mts. 3.)

Selvityksen mukaan terveyskeskuksista yli puolet ja keskussairaaloista vajaa puolet apuvälineitä saaneista henkilöistä oli yli 65-vuotiaita vuonna 2005. Organisaatioiden välillä oli eroja. Keskussairaaloissa yli 74-vuotiaiden asiakkaiden määrä oli kasvanut 12 %, kun taas terveyskeskusten apuvälineasiakkaiden ikäjakaumat eivät olleet muuttuneet. (Mts. 3.)

9.3.2 Laatusuosituksen arviointia

Apuvälinepalveluiden laatusuositus on tieto-ohjauksen väline, ja sen tarkoituksena on ohjata ja kehittää apuvälinepalveluja siten, että ne toimivat käyttäjälähtöisesti ja yhtäläisin perustein. Suositus on tarkoitettu ensisijaisesti sosiaali- ja terveydenhuollon johdolle ja päättäjille. Tämän vuoksi arviointi toteutettiin heidän näkökulmas-

taan. Arvioinnin tarkoituksena oli saada tietoa 2003 julkaistun laatusuosituksen tunnettavuudesta, käyttöönotosta ja toimivuudesta apuvälinepalveluiden kehittämisen tukena. Arviointi perustuu kyselyihin, jotka on tehty terveyskeskuksille, keskussairaaloille, sosiaalitoimiin ja vammaisjärjestöille. (Töytäri 2008, 3.)

Arvioinnin mukaan laatusuositus tunnetaan hyvin. Sairaanhoidopiirit olivat hyödyntäneet aktiivisesti laatusuositusta sen tavoitteiden mukaisesti, kun taas sosiaalitoimista näin oli tehnyt vain vajaa 20 % omalla alueellaan. Arvioinnissa selvisi myös, että kaikki sairaanhoidopiirit olivat laatineet tai laatimassa palvelujen yhtenäistämiseksi alueellisia palvelusuunnitelmia. Yhdistettyjä toimintoja on erityisesti keskussairaaloitten ja terveyskeskusten välillä, vaikka laatusuositus koskee myös sosiaalitoimea. 15 prosentissa kunnista oli yhdistetty sosiaali- ja terveystoimien apuvälinepalvelut. (Mts. 3.)

Arvioinnin mukaan päätöksentekijät ja apuvälinepalveluista päättävä johto eivät olleet huolehtineet suosituksen tavoitteiden mukaisesti resurssien riittävästä. Myöskään asiakkaiden näkökulmaa ei ollut otettu huomioon järjestelmällisesti kunnissa. Suurin osa organisaatioista oli ilmoittanut apuvälinepalveluista lehdissä, tiedotteissa ja netissä, kuten suositus ohjasi. (Mts. 3.)

Selvityksen mukaan puolet keskussairaaloista ja neljännes terveyskeskuksista koki suosituksen riittämättömäksi. Sosiaalitoimista suurin osa ei osannut arvioida laatusuosituksen riittävyttä. Vammaisjärjestöistä pääosa oli sitä mieltä, että suositus oli hyödyllinen ohjausväline palvelujen tuottamisen ja kehittämisen tukemisessa. Kuitenkaan järjestöt eivät kokeneet laatusuosituksen olevan riittävä ohjausväline ohjaamaan apuvälinepalveluja siten, että ne toimisivat käyttäjälähtöisesti ja yhtäläisin perustein. Lääninhallitusten näkökulmasta suositus oli melko hyvä valvonnan ohjauksen väline. (Mts. 3–4.) Suurin osa organisaatioista toivoi, että laatusuositusta päivitetäisiin ja kehitettäisiin yhdessä kentän toimijoiden kanssa. Vastaajien mielestä saatavuusperusteiden tulisi olla yhtenäiset koko maassa, ja ohjeistusta voisi tarkentaa ”Käypä hoito”-tyylisesti. Sosiaali- ja terveysministeriön toimesta Käypä hoitosuositukseen on jo mahdollista saada apuvälinetietoutta. (Mts. 4.)

9.3.3 Selvitys vammaispalvelulain mukaisten apuvälinepalveluiden toteutumisesta

Suomessa on tehty selvitys vammaispalvelulain mukaisten apuvälinepalveluiden toteutumisesta vuonna 2006. Kysely selvitti palveluiden toteutumista sosiaalitoimen näkökulmasta. Tässä kyselyssä käsiteltiin asuntoon kuuluvia sekä päivittäisten toimintojen välineitä ja laitteita. Vammaispalvelujen mukaiset apuvälinepalvelut kohdistuivat pääasiassa työikäiseen väestöön. Vuodelle 2007 kuntien laskennallinen määräraha oli noin 8,9 miljoonaa euroa, joka oli pysynyt melkein samana vuodesta 2006. Selvitys osoitti, että yleisimpiä korvattuja laitteita ja välineitä olivat tukilaitteet, hälytysjärjestelmät, luiskat, kodinkoneet, autoon liittyvät apuvälineet sekä puhelimet. Apuvälineiden kilpailuttamisessa oli eroja. Kilpailutusta oli huomattavasti enemmän, kun oli kyse asuntoon kuuluvista välineistä. Suurin osa kunnista ei kilpailuttanut päivittäisten toimintojen välineitä. Vain viidessä prosentissa kunnista apuvälineet oli luokiteltu osin, ja vain noin puolet piti rekisteriä välineistä. (Kylmäniemi & Töytäri 2008, 3.)

Selvityksen mukaan laskennallisesti arvioiden vammaispalvelulain mukaisia hakeuksia oli yhteensä noin 7 800 kappaletta, joista noin kahdestakymmenestä tehtiin kielteinen päätös. Päätös perustui yleensä vammaispalvelulakiin. Asiakas sai käyttöönsä apuvälineen noin kolmessa ja puolessa viikossa apuväline tarpeen havainnoinnista. Suurin osa kunnista ei rajannut ennalta apuvälinepalvelujen korvaamista, mutta pieni osa kunnista joutui tekemään näin määrärahojen vuoksi. Selvityksen mukaan apuvälineprosessin aloitteentekijöinä olivat yleensä tarvitsijan omaiset. (Mts. 3.) Prosessissa oli mukana moniammatillinen verkosto. Terveystieteiden ammattilaisten osuus oli runsasta apuvälinepalveluprosessin alkutaipaleella, arvioinnissa, sovituksessa ja käytön opetuksessa. Sosiaalitoimi hankki yleensä välineet, ja kuntien rakennus- ja tekninen toimi tai yksityiset palvelujen tuottajat asensivat ne. Palvelujen tuottajat vastasivat välineiden huollosta ja korjauksesta sekä olivat mukana käytön opetuksessa. Vain 15 prosentissa kunnista oli yhdistetty sosiaali- ja terveystoimien apuvälinepalveluita. Vastaajilla oli vaihtelevasti tietoa alueellisista apuvälinepalveluiden kehittämissuunnitelmista. Noin puolella kunnista oli tehtynä tai tekeillä suunnitelma alueellisista apuvälinepalveluista. (Mts. 4.)

9.3.4 Apuvälinepalveluja ohjaavien käsitteiden tulkintaa

Tuula Hurnasti (2006) on tutkinut, kuinka lääkinnällisen kuntoutuksen ammattilaiset ymmärsivät lääkinnällisestä kuntoutuksesta annetun asetuksen (1991/1015) käsitteet "lääkinnällisen kuntoutuksen apuväline" ja "päivittäiset toiminnot". Tutkimus osoitti, että käsitteitä tulkitaan eri tavoin. Merkittävimmät erot olivat ammattiryhmien välillä (Hurnasti 2006, 3.) Kyselytutkimukseen vastanneista suurin osa mielsi lääkinnällisestä kuntoutuksesta annetun asetuksen mukaisiksi päivittäisiksi toiminnoiksi muun muassa peseytymisen, ruokailemisen, ulkoilemisen, ruuan valmistamisen, keskustelemisen, nukkumisen, seksuaalisen kanssakäymisen ja saunomisen. Mielenpitoja jakoivat sen sijaan esimerkiksi käsitöiden tekeminen, puutarhanhoito, tietokonepelien pelaaminen ja kalastaminen. Ammattikohtaisia eroja oli nähtävissä. Puheterapeutit näkivät tietokoneen käyttöön ja muuhun kommunikaatioon ja osallistumiseen liittyvät toiminnot päivittäisinä toimintoina, kun taas toimintaterapeutit esimerkiksi käsitöiden tekemisen, puutarhanhoidon ja leipomisen. (Mts. 45.)

Päivittäisten toimintojen tulkintaan liittyy kiinteästi käsite lääkinnällisen kuntoutuksen apuväline. Samassa tutkimuksessa Hurnasti käsitteli myös tätä käsitettä. Kyselyyn vastaajista suurin osa oli sitä mieltä, että lääkinnällisen kuntoutuksen apuvälineitä ovat muun muassa säädettävät sängyt, kommunikaatiolaitteet, kävelykepit, happirikastimet, lukutelevisiot, tietokoneohjelmat ja -laitteistot sekä kuvapuhelimet (Mts. 36.) Hajontaa oli esimerkiksi vaippojen, kotirobottien, yksikäätisten kaulimien, puutarhanhoitovälineiden, tietokoneiden ja polkupyörien kohdalla (Mts. 3.) Näiden apuvälineiden kohdalla oli huomattavia ammattikohtaisia eroja. Puheterapeutit suhtautuivat tietokoneisiin sekä muihin vapaa-ajan apuvälineisiin myönteisesti. Lääkärit taas olivat suopeita happirikastinten, vaippojen ja virtsankerääjien suhteen. Toimintaterapeutit olivat muita myönteisempiä itkuhälyttimien ja puutarhanhoitovälineiden suhteen. (Mts. 36.)

9.3.5 Tyytyväisyys apuvälinepalveluihin Norjassa

Norjalaisessa tutkimuksessa (2008) selvitettiin käyttäjien tyytyväisyyttä apuvälinepalveluihin. Tutkimukseen osallistui kaiken ikäisiä henkilöitä, jotka olivat saaneet käyttöönsä apuvälineen loka-marraskuussa 2007. Tutkimuksen tulokset osoittivat, että 82 % käyttäjistä oli joko todella tyytyväisiä tai tyytyväisiä saamaansa palveluihin. Tärkeäksi havaittiin tyytyväisyyden kannalta kontaktihenkilön nimeäminen. Tutkimuksessa huomattiin, että vanhemmat käyttäjät olivat nuoria tyytyväisempiä palveluihin. (Sund 2008, 20.)

10 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA

Työn tarkoituksena oli tuottaa tietopaketti apuvälineistä ja apuvälinepalveluista Keski-Suomen sairaanhoitopiirin apuvälinepalveluopasta varten. Tehtävänä oli etsiä vastauksia kysymyksiin, jotka määrittelivät opinnäytetyön tavoitteet ja rajasivat aiheen. Työn tavoitteeksi muodostui selvittää lääkinnällisen kuntoutuksen apuvälinepalveluita määrittävät lait ja säädökset, apuvälineitä ja apuvälinepalveluita arvioivat mittarit sekä niitä koskevat tutkimukset.

10.1 Apuvälineitä ohjaavat säädökset

Apuvälinepalveluiden järjestämistä ohjaavat lainsäädäntö, laatusuositukset, yhtenäiset kiireettömän hoidon perusteet sekä eettiset näkökulmat. Näiden lisäksi on olemassa palveluiden järjestämistä tukevaa kirjallisuutta. Suomen kuntaliiton Apuvälinepalvelunimikkeistössä sekä Anna-Liisa Salmisen toimittamassa Apuvälinekirjassa on kuvattu monipuolisesti apuvälineitä ja apuvälinepalveluita. Näiden ohjaavien tekijöiden lisäksi apuvälinepalveluiden järjestämiseen kaivattaisiin myös Käypä hoitosuositusten kaltaisia yhtenäisiä ja selkeitä säädöksiä. Näin palvelut olisivat joka puo-

lolla Suomea yhtäläisemmät. Käypä hoito-suositukset selkeyttäisivät ja konkretisoisivat lainsäädännön ja laatusuosituksen mukaisia palveluja.

Lainsäädäntö ohjaa apuvälinepalveluiden toteuttamista kunnissa. Kuntien vastuulla on järjestää terveydenhuollon sekä sosiaalitoimen piiriin kuuluvat apuvälinepalvelut. Kuntien apuvälinepalveluja koskevat lait määrittävät muun muassa apuvälinepalveluprosessiin kuuluvat vaiheet, asunnonmuutostyöt sekä apuvälinepalveluiden maksuttomuuden asiakkaalle. Lainsäädäntö määrittää myös asiakkaan oikeudet. Asiakkaalla on oikeus tehdä valitus sekä terveydenhuollon että sosiaalitoimen apuvälinepäätöksestä, jos hän on siihen tyytymätön. Laatusuositus on laadittu ohjaamaan ja kehittämään apuvälinepalveluja. Suosituksen mukaan tehokkaasti ja ammattitaitoisesti toteutettu palvelu takaa sen, että kuntalainen saa apuvälineen käyttöönsä apuvälinetarpeen mukaisesti ja asuinpaikasta riippumatta. Hyvin järjestetyt, käyttäjälähtöiset apuvälinepalvelut ovat joustavia ja saumattomia. Kuntalaiset saavat riittävästi tietoa sosiaali- ja terveydenhuoltoon liittyvistä apuvälinepalveluista ja niiden saatavuudesta. Lainsäädännön ja laatusuosituksen lisäksi apuvälinepalveluita ohjeistavat yhtenäiset kiireettömän hoidon perusteet. Ne ohjeistavat erityisesti apuvälineiden ensisijaisuuden arvioinnissa. Ensisijaisesti on turvattava apuvälineet, jotka ovat välttämättömiä elintärkeissä ja päivittäisissä toiminnoissa tai jotka auttavat henkilöä itsenäisessä suoriutumisessa.

Apuvälinepalveluihin liittyy, kuten muihinkin terveydenhuollon palveluihin, huomiota otettavia eettisiä näkökulmia. Yleisenä ohjenuorana ovat terveydenhuollon eettiset periaatteet. Apuvälineiden käyttäjien kohdalla on kuitenkin oltava erityisen herkkä, sillä he ovat usein heikommassa asemassa muihin verrattuna. Eettisiä ulottuvuuksia on mietittävä myös, koska apuvälineet ovat toimintaa kompensoivia ja siksi todella lähellä käyttäjää. Apuvälinepalveluprosessin yhteydessä tulee pohtia erityisen tarkasti apuvälinetarpeen arviointia. Arviointi on tärkeä vaihe, jonka sujuminen on oleellinen koko prosessin onnistumisen kannalta. Asiakasta tulee kuunnella ja hänen itsemääräämisoikeuttaan on kunnioitettava, sillä tarve on hänen tarpeensa. Tarve on kuitenkin tasapainotettava yhteiskunnan resurssien kanssa, koska apuvälinekustannukset kasvavat jatkuvasti.

10.2 Apuvälinealan kustannukset ja tutkimukset

Apuvälinekustannukset ovat kasvaneet Suomessa vuodesta 2005 vuoteen 2009 yhteensä 21 miljoonaa euroa. Syynä tähän on jatkuvasti kasvava apuvälinetarve sekä avokuntoutukseen pyrkivä kehitys. Väestön ikääntyessä vanhusten määrä kasvaa, ja heistä moni tarvitsee arjessa selviytymiseen apuvälineitä. Laitoskuntoutuksesta pyritään siirtymään avokuntoutukseen, joka vähentää laitoshoidon kustannuksia, mutta lisää esimerkiksi apuvälinekustannuksia. Tutkimusnäyttö apuvälineiden vaikutuksista osoittaa, että ne tukevat henkilöiden osallistumista ja selviytymistä itsenäisesti. Vaikka yhteiskunnan apuvälinepalveluihin suunnattavat varat ovat rajalliset, niihin kannattaa silti taloudellisia resursseja suunnata. Tämä tukee myös edelleen lisätutkimuksen ja kehittämisen tarvetta. Suomen THL ja Ruotsin Hjälpmedelinstitutet ovat olleet aktiivisia tutkimusten tekemisessä, ja sitä kautta näiden toimijoiden panos alan kehittymiseen Pohjoismaissa on suuri. Apuvälinealan tutkimus on selvästi lisääntymässä, koska viime vuosina tutkimusten määrä on jo lisääntynyt, ja työn alla on tulossa tutkimuksia lisää.

Apuvälineala on jatkuvassa kehityksessä Suomessa, ja siksi tutkimukseen pohjautuvaa näyttöä tarvitaan alalla jatkuvasti lisää. 2000-luku on ollut aktiivista aikaa apuvälinealan tutkimukselle Suomessa ja Pohjoismaissa. Varsinkin tutkimuksia liikkumisen apuvälineistä on tehty paljon. Joistakin apuvälineryhmistä tutkimuksia on taas vähemmän. Apuvälineiden vaikuttavuustutkimuksia Suomessa on julkaistu vasta kaksi, mutta juuri tällä hetkellä yksi on työn alla. Vaikuttavuustutkimuksilla on suuri merkitys apuvälinealan kehittymiselle, koska näin saadaan näyttöä apuvälineistä saatavista hyödyistä. Vaikuttavuutta on mitattu yksilötasolla eri apuvälinekohtaisissa tutkimuksissa esimerkiksi liikkumisen apuvälineiden osalta. Yleisesti apuvälinekohtaisten tutkimusten tuloksissa on todettu käyttäjätyytyväisyyttä, koettua hyötyä, itsenäisyyden tunteen lisääntymistä, itsetunnon kohoamista, turvallisuuden tunteen sekä osallisuuden lisääntymistä. Jotkut apuvälineet mahdollistivat käyttäjän itsenäisen asumisen. Apuvälinepalveluja tutkivat selvitykset osoittivat, että eri organisaatioiden apu-

välinepalveluiden laaduissa on isoja eroja Suomessa. Keskussairaaloissa ja terveyskeskuksissa palvelujen järjestäminen tuntuu olevan paremmin organisoitua kuin sosiaalitoimessa. Selvityksistä on paljon hyötyä palvelujen kehittämisessä, sillä tutkimuksista selviää tämän hetkinen palvelujen laatu ja tilanne.

10.3 Apuvälinepalveluprosessi ja mittarit

Apuvälinepalveluprosessi on osa asiakkaan kokonaisvaltaista kuntoutusta, ja sen tulee olla kirjattuna hoito- tai kuntoutussuunnitelmaan. Prosessin lähtökohtana on asiakkaan vamman tai sairauden aiheuttama tarve, johon haetaan ratkaisua apuvälineen turvin. Apuvälineen hankinta ei ole yksittäinen tapahtuma, vaan monivaiheinen prosessi. Prosessin alkaa tarpeen havaitsemisesta, jonka jälkeen asiakas hakeutuu palvelujen piiriin. Apuvälinetarvetta arvioidaan eri menetelmin ja valitaan tarvetta parhaiten vastaava apuväline. Apuvälinepäätyksen jälkeen väline voidaan hankkia ja luovuttaa käyttäjälleen. Luovutuksen yhteydessä annetaan käytön opetusta. Apuvälineen käyttöä tulee seurata aktiivisesti. Apuvälinettä huolletaan tai korjataan tarvittaessa matkan varrella.

Apuvälinetarpeen arviointi on prosessin tärkein vaihe. Jokaisen apuvälineen käyttäjän tarve on yksilöllinen, ja siksi arvioinnissa on otettava huomioon asiakkaan kokonaistilanne. Asiakas on itse oman elämänsä asiantuntija, ja hänen toiveensa on huomioitava. Apuvälinealan ammattilainen on apuvälineiden puolelta asiantuntija, ja hänellä on tieto ja taito eri apuvälineistä. Hyvässä yhteistyössä molemmat kohtaavat tasa-arvoisina. Arvioinnissa tarvitaan erityistä herkkyyttä, huolellisuutta ja kärsivällisyyttä, jotta apuvälineestä saataisiin paras hyöty. Arvioinnin epäonnistuminen voi johtaa jopa siihen, että jo hankittu apuväline jää käyttämättä ja yhteiskunnan varoja menee hukkaan.

Apuvälineen käytön seuranta on myös arviointia. Seurannalla pyritään arvioimaan, vastaako apuväline edelleen käyttötarvetta. Seurannasta ovat yhtäläillä vastuussa ammattilaiset sekä omaiset. Seuranta on jatkuvaa, ja se tapahtuu asiakkaan omassa

ympäristössä. Seuranta ei tulisi unohtaa eikä laiminlyödä. Seurannan merkitys on tärkeä, sillä mikäli apuväline on tarpeeton tai siitä ei ole toivottua hyötyä, voidaan apuvälinetarve arvioida uudestaan ja käynnistää prosessi alusta.

Erilaiset mittarit ovat luotettavia tapoja apuvälinealan arviointiin. Työssä on kuvattu yhdeksää apuvälinealalla käytettävää mittaria, joista suurin osa sijoittuu apuvälinepalveluprosessissa tarpeen arviointiin tai seurantaan. Niiden sijoittuminen osoittaa, kuinka tärkeää prosessissa on arviointi sekä prosessin alussa että lopussa. Osa mittareista (GAS, COPM ja FIM) ei ole varsinaisesti suunniteltu apuvälineprosessiin, mutta ne ovat sovellettavissa apuvälineidenkin arviointiin. Mittareiden käyttö ei ole vielä yleistä, ja yhtenä tavoitteistamme olikin tuoda niiden käyttötarkoitusta ja -kelpoisuutta esille. Joistakin mittareista on jo olemassa hyvät oppaat ja käyttöohjeet. Hyvinä esimerkkeinä näistä ovat QUEST 2.0 ja NOMO 1.0. THL on kansainvälisenä yhteistyönä kehittänyt näitä kahta ja tutkinut niiden reliabiliteettia ja validiteettia. Muita mittareita tulisi tutkia enemmän, jotta niiden käyttö ja tulokset olisivat luotettavia. On esimerkiksi otettava huomioon, että jos mittari on kehitetty erilaisessa terveydenhuoltojärjestelmän piirissä, voiko sitä soveltaa toiseen.

10.4 Opinnäytetyöprosessi ja ammatillinen kehittyminen

Etsimme aihetta opinnäytetyöllemme loppuvuodesta 2008. Kuulimme AVEK-hankkeesta ja sen tarjoamasta mahdollisuudesta opinnäytetyöaiheeksi ja harjoittelupaikaksi. Mielestämme hanke vaikutti mielenkiintoiselta ja päätimme ottaa haasteen vastaan. Toinen meistä aloitti kahdeksanviikkoisen syventävän harjoittelun projektissa helmikuussa 2009. Kävimme läpi toimeksiantajan kanssa työn sisältöä ja tavoitteita. Työhöemme ei kuulunut perinteistä tutkimusta, jossa olisimme keränneet esimerkiksi haastattelujen avulla aineistoa. Koimme, että prosessin rakenne oli hieman erilainen, ja tämän vuoksi opinnäytetyön aloittaminen oli hieman haastavaa. Saimme kuitenkin muotoiltua työllemme tehtävät, joiden pohjalta aloitimme opinnäytetyöprosessin. Etsimme tietoa kirjoista ja tietokannoista. Meidän oli opittava tunnistamaan oikeanlainen juuri tähän työhön sopiva tieto. Olimme olettaneet lähteitä alalta

löytyvän paljonkin, mutta törmäsimme nopeasti tosiasiaan, ettei kirjallisuutta ja tutkimuksia alasta kaivelematta löytynyt. Tutkimusten osalta huomasimme myös, että vaikka tutkimuksia löytyi eri tietokannoista, ei niihin päässyt käsiksi. Rajallisen ajan ja opinnäytetyön laajuuden vuoksi jouduimme rajaamaan tutkimusten määrää. Kerätyämme riittävästi materiaalia aloimme käsitellä ja koota tietoa. Eryteisesti prosessin loppupuolella pohdimme työtä ja sen sisältöä paljon keskustellen.

Apuvälinepalvelut ovat osa kuntoutuksen kenttää, jossa myös me kuntoutuksen ohjaajat työskentelemme. Tehdessämme opinnäytetyötä meille tuli hyvin tutuksi apuvälinepalveluprosessi. Prosessia käsitellessämme perehdyimme palvelujärjestelmiin, kuntoutustarpeen arviointiin ja moniammatilliseen yhteistyöhön apuvälinepalveluiden näkökulmasta. Matkan varrella muodostimme käsityksen palveluita ohjaavasta lainsäädännöstä ja ohjeistuksista. Saimme hyvän yleiskuvan apuvälinealalla tapahtuvasta tutkimuksesta ja kehittämisestä sekä tutustuimme alalla käytettäviin mittareihin. Tämän teoretiedon lisäksi opimme prosessin aikana tiedonkeruuta, analysointia ja pohdintaa. Yhteistyötaidot tulivat meille tutuiksi. Yhteistyö toimeksiantajan kanssa sujui mutkattomasti. Keskinäinen työskentelymme oli antoisaa ja saimme paljon tukea toisistamme prosessin aikana.

Mielestämme onnistuimme yhdistämään toimeksiantajan asettamat toivomukset ja opinnäytetyön vaatimukset sujuvaksi kokonaisuudeksi. Koottu tieto yhdistetään Keski-Suomen sairaanhoitopiirin oppaaseen. Toivomme, että opinnäytetyötä voisivat Keski-Suomen sairaanhoitopiirin henkilöstön lisäksi hyödyntää kunnan muut työntekijät ja päättäjät sekä sosiaali- ja terveysalan opettajat ja opiskelijat. Toivomme, että työn saisivat käsiinsä kaikki muutkin alasta kiinnostuneet. Jatkotutkimusaiheeksi nousi eri sairaanhoitopiireissä laadittujen alueellisten apuvälinepalvelusuunnitelmien vertailu. Sitä voisi käyttää pohjana tulevaisuudessa valtakunnallisten apuvälineiden saatavuusperusteiden laadinnassa.

LÄHTEET

Aarnikka, T., Hiltunen, N., Hurnasti, T., Konola P., Leivo H. & Virtanen, P. 2004. Apuvälinepalvelut. Teoksessa Apuvälinekirja. Toim. Salminen A-L. 3. p. Tampere: Kehitysvammaliitto. 33–56.

Alaranta, H., Korpimaa, E., Kuusinen, O., Rousi, T. & Saarelma-Kallio, K. 2002. Vaikeavammaisten ympäristöhallintajärjestelmät Suomessa. PowerPoint-esitys. Esitelmä apuvälineyksikköjen koulutuspäivillä, toukokuu 2002. Rovaniemi.

Apuvälinepalveluiden laatusuositus. 2003. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2003:7. Helsinki: Edita.

Apuvälinepalvelunimikkeistö - opas terveydenhuoltoon. 2004. Toim. Holma, T. Helsinki: Suomen Kuntaliitto.

Arve, S. & Routasalo, P. 2002. Iäkkään potilaan kuntoutumista edistävä hoitotyö - Toimintatutkimus. Julkaisuja N:o 6:2002. Turku: Turun kaupungin terveystoimi.

A Asetus lääkinällisestä kuntoutuksesta. 1991/1015. Säädös valtion säädöstietopankki-Finlexin sivustolla. Viitattu 29.9.2009. <http://www.finlex.fi/>, ajantasainen lainsäädäntö.

A Asetus vammaisuuden perusteella järjestettävistä palveluista ja tukitoimista. 1987/759. Säädös valtion säädöstietopankki-Finlexin sivustolla. Viitattu 28.9.2009. <http://www.finlex.fi>, ajantasainen lainsäädäntö.

Babtiste, S., Carswell, A., Law, M., McColl, M. A., Polatajko, H., Pollock, N. 2005. Canadian Occupational Performance Measure. 4 p. CAOT Publications ACE. Ottawa.

Braden, B. & Bergström, N. 1988. Braden Scale for predicting pressure sore risk. Viitattu 23.4.2009. http://nhcqf.org/QI_Services/NursingHomes/Topics/Pressure%20Ulcer%20Toolkit%202006/2-Clinical%20Tools%20&%20Resources/Braden_Scale_and_Protocols_0205-52.pdf

Brandt, Å., Löfqvist, C., Iwarsson, S., Jónsdottir, I., Salminen, A-L. & Sund, T. 2008. NOMO 1.0 Liikkumisapuvälineiden vaikuttavuusmittari. Työpapereita 31/2008. Helsinki: Stakes.

Brandt, Å., Malmivaara, A., Samuelsson, K., Salminen, A-L. & Töytäri, O. 2009. Mobility devices to promote activity and participation: A systematic review. Journal of Rehabilitation Medicine. 41/2009. 697–706.

Enojärvi, S., Makkula, S., Melkas, H. & Pekkola, S. 2008. Vanhusten hyvä kotona asuminen: tutkimusta kuntatuottavuudesta, älykodeista ja

Apuvälinepalveluprosesseista. Tutkimusraportti 17. Lappeenrannan teknillinen yliopisto, Lahden yksikkö.

Fries, A. Hellbom, G. Husberg, M. & Persson, J. 2007. Kostnader och effekter vid förskrivning av rollatorer. CMT Rapport 2007:3. Center for Medical Technology Assessment, Linköping University, Linköping.

Hietanen, H & Iivanainen, A. 2003. Haava. Porvoo: WSOY

Hietikko, M., Nieminen, J. & Törmä, S. 2001. Ikääntyneiden itsenäistä suoriutumista tukevan teknologian arviointia käyttäjänäkökulmasta. Eduskunnan kanslian julkaisu 2/2001. Tulevaisuusvaliokunta, Teknologian arviointeja 7.
[http://www.eduskunta.fi/triphome/bin/thw.cgi/trip?\\${APPL}=erekj&\\${BASE}=erekj&\\${THWIDS}=0.15/1250664615_298987&\\${TRIPPIFE}=PDF.pdf](http://www.eduskunta.fi/triphome/bin/thw.cgi/trip?${APPL}=erekj&${BASE}=erekj&${THWIDS}=0.15/1250664615_298987&${TRIPPIFE}=PDF.pdf)

Hurnasti, T. 2006. Apuvälinepalveluja ohjaavien käsitteiden tulkintaa. Työpapereita 22/2006. Helsinki: Stakes.

ICF - Toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälinen luokitus. 2004. Toim. Salminen, A-L. Helsinki: Stakes

Itsenäisen toimintakyvyn mittari (FIMSM) - Opas kuntoutuksen seuranta- ja arviointijärjestelmään. 1998. Versio 3.1. Helsinki: Suomen Kuntaliitto.

Jormakka, A. 2003. Selvitys apuvälineiden käyttäjäkokemuksista - Kuvaus Kanta-Hämeen keskussairaalan, Kuopion yliopistollisen sairaalan ja Oulun yliopistollisen sairaalan seurantakokeilusta. Kuopio.

Juntunen, A. 2005. Haaste palvelujärjestelmälle, Hyvinvointiteknologia ikääntyvien hoitotyössä. Sairaanhoidajaliitto, Sairaanhoitaja-lehti 4/2005. Viitattu 6.5.2009.
http://www.sairaanhoidajaliitto.fi/ammattilliset_urapalvelut/julkaisut/sairaanhoidajalehti/4_2005/muut_artikkelit/haaste_palvelujarjestelmalle_hyv/

Jutai, JW. N.d. PIADS - Psychosocial Impact of Assistive Devices Scale. Viitattu 16.8.2009. <http://www.piads.ca/9/index1.2.html>

Järvikoski, A. & Karjalainen, V. 2008. Kuntoutus monitieteisenä ja -alaisena prosessina. Teoksessa Kuntoutus. Toim. Kallanranta, T., Rissanen, P. & Suikkanen, A. 2. p. Helsinki: Duodecim. 80 - 93.

Kallanranta, T., Konola, P. & Petäkoski-Hult, T. 2003. Ympäristönhallinta, yhdyskuntasuunnittelu ja telematiikka. Teoksessa Kuntoutus. Toim. Kallanranta, T., Rissanen, P. & Vilkkumaa, I. Helsinki: Duodecim. 478–488

Kallanranta, T., Konola, P. & Töytäri, O. 2008. Apuvälinepalvelujen järjestäminen. Teoksessa Kuntoutus. Toim. Kallanranta, T., Rissanen, P. & Suikkanen, A. 2. p. Helsinki: Duodecim. 565–579.

Kallio, E. 2007. Tyytyväisyys apuvälineeseen ja apuvälinepalveluun QUEST 2.0 tyytyväisyysmittaristolla mitaten. Opinnäytetyö, Satakunnan ammattikorkeakoulu, sosiaali- ja terveysala, kuntoutusohjauksen ja -suunnittelun koulutusohjelma. Viitattu 3.3.2009.

https://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/641/2007_kallio_elina.pdf?sequence=1

Kanto-Ronkanen, A. 2008. Tekemisen mahdollisuus - Käyttäjien kokemuksia ympäristönhallintajärjestelmistä apuvälineenä. Pro gradu -tutkielma. Jyväskylän yliopisto, liikunta- ja terveystieteiden tiedekunta, toimintaterapia.

Kanto-Ronkanen, A. & Salminen, A-L. 2004. Apuvälinetarpeen arviointi ja käytön seuranta. Teoksessa Apuvälinekirja. Toim. Salminen, A-L. 3. p. Tampere: Kehitysvamma-liitto. 57–76.

Karmarkar, A.M., Collins, D.M., Kelleher, A. & Cooper, R. A. 2009. Satisfaction related to wheelchair use in older adults in both nursing homes and community dwelling. Disability and Rehabilitation: Assistive Technology, Volume 4, Issue 5 September 2009, 337 - 343.

Kettunen, R., Kähäri-Wiik, K., Vuori-Kemilä, A. & Ihalainen, J. 2002. Kuntoutumisen mahdollisuudet. Porvoo: WSOY.

Kolomainen, U. 2008a. Alueellisen apuvälinekeskuksen projektisuunnitelma 2008. Keski-Suomen sairaanhoitopiiri, Jyväskylä.

Kolomainen, U. 2008b. Alueellisen apuvälinekeskuksen toimintasuunnitelma 2008. Keski-Suomen sairaanhoitopiiri, Jyväskylä.

Kolomainen, U. 2009a. Kuvaus AVEK -projektista sairaanhoitopiirin hallituksen kokoukseen 25.3.2009. Keski-Suomen sairaanhoitopiiri, Jyväskylä.

Kolomainen, U. 2009b. Projektipäällikkö, Keski-Suomen sairaanhoitopiiri, AVEK-hanke. Suullinen tiedonanto 13.3.2009.

Kolomainen, U. 2009c. Toiminta- ja taloussuunnitelma 2009. Keski-Suomen sairaanhoitopiiri, Jyväskylä.

Kolomainen, U. 2009d. Keski-Suomen sairaanhoitopiirin alueellisen apuvälinekeskushankkeen projektipäällikkö. Sähköpostikeskustelu 14.9.2009. Vastaanottaja: M. Kauppi.

Kosonen, M. 2007. Apuvälinepalveluiden alueellinen palvelusuunnitelma Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymän alueella. Joensuu: Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä.

Kylmäniemi, M. & Töytäri, O. 2008. Vammaispalvelulain mukaiset palvelut. Työpapereita 22/2008. Helsinki: Stakes.

L Erikoissairaanhoidolaki. 1062/1989. Säädos valtion säädöstietopankki-Finlexin sivustolla. Viitattu 29.9.2009. <http://www.finlex.fi>, ajantasainen lainsäädäntö.

L Hallintolainkäyttölaki. 1996/586. Säädos valtion säädöstietopankki-Finlexin sivustolla. Viitattu 1.11.2009. <http://www.finlex.fi>, ajantasainen lainsäädäntö.

L Kansanterveyslaki. 1972/66. Säädos valtion säädöstietopankki-Finlexin sivustolla. Viitattu 29.9.2009. <http://www.finlex.fi>, ajantasainen lainsäädäntö.

L Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. 1992/785. Säädos valtion säädöstietopankki-Finlexin sivustolla. Viitattu 3.10.2009. <http://www.finlex.fi>, ajantasainen lainsäädäntö.

L Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista. 1992/734. Säädos valtion säädöstietopankki-Finlexin sivustolla. Viitattu 2.10.2009. <http://www.finlex.fi>, ajantasainen lainsäädäntö.

L Laki vammaisuuden perusteella järjestettävistä palveluista ja tukitoimista (380/1987) Säädos valtion säädöstietopankki-Finlexin sivustolla. Viitattu 3.10.2009. <http://www.finlex.fi>, ajantasainen lainsäädäntö.

L Sosiaalihuoltolaki. 1982/710. Säädos valtion säädöstietopankki-Finlexin sivustolla. Viitattu 12.10.2009. <http://www.finlex.fi>, ajantasainen lainsäädäntö.

Malmivaara, A. & Pohjolainen, T. 2008. Kuntoutuksen vaikuttavuuden mittaaminen. Teoksessa Kuntoutus. Toim. Kallanranta, T., Rissanen, P. & Suikkanen, A. 2. p. Helsinki: Duodecim. 658–663.

Malmivaara, A. & Salminen, A-L. 2008. Liikkumisen apuväline auttaa aikuista osallistumaan. *Finohta, Impakti 1/2008*, 4–6.

Mäenpää, H. 2008. GAS Helsingissä. Luentomateriaali.

Nousiainen, A-L. 2007. Ikääntyneiden ulkoisen painehaavariskin ehkäisy villahoitotarvikkeilla hoitohenkilökunnan arvioimana. Opinnäytetyö, Rovaniemen ammattikorkeakoulu. Julkaisussa: Lapin lampolasta terveydenhoitotuotteeksi, Hoitava Villa – HoiVi -tutkimus- ja tuotekehityshanke. Toim. Heli Tuovinen. Rovaniemi: Lapin yliopisto. Viitattu 23.4.2009.
http://www.ulapland.fi/includes/file_download.asp?depid=23155&fileid=12670&file=20080221090324.pdf&pdf=1

Nygård, C-H. N.d. ICF - Toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälinen luokitus. PowerPoint -esitys. Viitattu 12.5.
http://www.uta.fi/laitokset/tsph/perttu/pdf/Nygar_d_ICF.pdf

Petrie, H., Ryanc, S. & Salminen, A-L. 2004. Impact of computer augmented communication on the daily lives of speech-impaired children. Part I: Daily communication and activities. *Technology and Disability* 16/2004. IOS Press. 157–167.

Petäkoski-Hult, T. 1995. Vammaisten apuvälineiden hankintaprosessi, vaikutukset ja kustannukset. Kuopion yliopiston julkaisua E. *Yhteiskuntatieteet* 29.

Rauhala, M. 2007. *Ethics and Assistive Technology Design for vulnerable Users: A Case Study*. Helsinki: Stakes.

Risikko, P. 2009. Valtakunnalliset apuvälinealan koulutus- ja neuvottelupäivät 31.8–1.9.2009.

Rollatorns betydelse – för äldre med rörelsehinder. 2005. Undersökning sammandrag. Hjälpmedelinstitutet.

Rämö, K. & Tikkanen, M. 2007. ”Kunhan virtaa riittää...” Tyytyväisyys sähköpyörätuoliin tai sähkömopediin QUEST 2.0-mittarilla mitattuna. *Opinnäytetyö*. Turun ammattikorkeakoulu, toimintaterapian koulutusohjelma.

Salminen, A-L. 2004. Apuväline toimintaa edistämässä. Teoksessa *Apuvälinekirja*. Toim. Salminen, A-L. 3. p. Tampere: Kehitysvammaliitto. 18–32.

Salminen, A-L. (suom.) 2005. QUEST 2.0 Apuvälinetyytyväisyyttä arvioiva mittari. *Työpapereita* 9/2005. Helsinki: Stakes.

Salminen A-L., Brandt, Å., Samuelsson, K., Töytäri, O., Malmivaara, A. 2009. Mobility devices to promote activity and participation: Systematic review. *Journal of Rehabilitation Medicine* 2009; 41: 697–706.

Sund, T. 2008. Assistive technology–user satisfaction with the services provided. *Nordic Assistive Technology Seminar: Outcomes of Assistive Technology – Supporting Practice and Development*. Helsinki: Stakes.

Terveydenhuollon yhteinen arvopohja, yhteiset tavoitteet ja periaatteet. 2001. Terveydenhuollon eettisiä periaatteita. *ETENE-julkaisuja* 1. Viitattu 17.9.2009. <http://www.etene.org/dokumentit/EteneFIN.pdf>

Terveys ja toimintakyky Suomessa, *Terveys 2000-tutkimuksen perustulokset*. 2002. Toim. Aromaa, A. & Koskinen, S. *Kansanterveyslaitoksen julkaisuja* B3/2002. Viitattu 14.11.2009. <http://www.terveys2000.fi/julkaisut.html>

The Norton Pressure Sore Risk-Assessment Scale Scoring System. N.d. Sanitaria Scaligera Srl. http://www.sanitariascaligera.com/index.php?option=com_content&task=view&id=44&Itemid=69&lang=en

Toimintakertomus 2008. 2009. Keski-Suomen sairaanhoitopiirin kuntayhtymän toimintakertomus vuodelta 2008. Jyväskylä: Keski-Suomen sairaanhoitopiiri.

Töytäri, O. 2007. Apuvälineiden ja apuvälinepalveluiden saatavuus terveyskeskuksissa ja keskussairaaloissa - Selvitys apuvälineiden luovutuskäytännöistä ja apuvälinepalvelujen toteutuksesta. Raportteja 15/2007. Helsinki: Stakes.

Töytäri, O. 2008. Laatusuosituksen tunnettavuuden, käyttöönoton ja toimivuuden arviointia. Työpapereita 41/2008. Helsinki: Stakes.

Using the Goal Attainment Scaling Tool. N.d. Viitattu 6.8.2009.
<http://www.socsci.flinders.edu.au/fippm/consult/gasuse.html>

Vaara, M. & Wallin, M. 2003. FIMSM 5.0 -toimintakykymittarin käyttö IKÄ-hankkeessa. Sosiaali- ja terveysturvan selosteita 27/2003. Helsinki: KELA. Viitattu 6.7.2009.
<http://dspace2.lib.helsinki.fi:8081/dspace/bitstream/handle/10250/3372/Fim3.pdf?sequence=1>

VALPAS - Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin alueellinen apuvälinepalveluiden saatavuusperusteet. 2008. Versio 2. Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri.

Väestöennuste 2009–2060. 2009. Julkaistu 30.9.2009. Tilastokeskus. Viitattu 14.11.2009. http://www.stat.fi/til/vaenn/2009/vaenn_2009_2009-09-30_tie_001_fi.html

Yhtenäiset kiireettömän hoidon perusteet. 2005. Sosiaali- ja terveysministeriön op-paita 2005:5. Helsinki.

LIITTEET

Liite 1. Käsitteet

Apuväline

Lääkinnällisen kuntoutuksen asetuksen mukaan apuväline on väline, laite tai muu vastaava, joka ylläpitää tai edistää vajaakuntoisen henkilön toimintakykyä ja osallistumista silloin, kun se on sairauden, vamman, kehitysviivästyksen tai ikääntymisen vuoksi heikentynyt (Salminen 2004, 15; Apuvälinepalvelunimikkeistö 2004, 6; Laatusuositus 2003, 29). Apuväline voi joko kokonaan korvata menetetyn toiminnan tai lisätä käyttäjän itsenäistä suoriutumista tilanteissa, joissa hänellä muutoin olisi vaikeuksia tai joista hän ei selviytyisi lainkaan (Kettunen, Kähäri-Wiik, Vuori-Kemilä & Ihalainen 2002). Apuvälineitä ovat esimerkiksi tukilaitteet, proteesit, liikkumisen apuvälineet, päivittäisten toimintojen apuvälineet, hengitysapuvälineet, asuntojen ja muiden tilojen varusteet ja lisälaitteet sekä kommunikointi- ja havaitsemisvälineet. (Kettunen, Kähäri-Wiik, Vuori-Kemilä & Ihalainen 2002, Laatusuositus 2003, 29.)

Apuvälinepalvelut

Apuvälinepalveluihin lääkinnällisen kuntoutuksen asetuksen mukaan kuuluvat apuväline tarpeen määrittely, välineiden sovitus, luovutus omaksi tai käytettäväksi, käytön opetus ja seuranta sekä välineiden huolto (Apuvälinepalvelunimikkeistö 2004, 6; Laatusuositus 2003, 29). Palvelut sisältävät suunnittelun, tuottamisen ja seurannan, paikallisen ja alueellisen kehittämisen sekä palveluiden koordinoinnin, jolla pyritään muodostamaan toiminnallinen kokonaisuus (Apuvälinepalvelunimikkeistö 2004, 6).

Apuvälinepalveluprosessi

Apuvälinepalveluprosessi liittyy kiinteästi asiakkaan muihin kuntoutus- ja hoitoprosesseihin sekä organisaatorajat ylittäviin palveluketjuihin. Prosessi sisältää asiakkaan

yksilöllisten tarpeiden mukaan apuvälinetarpeen arvioinnin, välineen sovituksen ja kokeilun, hankinnan ja luovutuksen, välineen käytön opetuksen ja seurannan sekä tarvittavan huollon ja korjauksen. Apuvälineprosessi on yhdessä asiakkaan kanssa tehtävää pitkäjänteistä, suunnitelmallista ja ammatillista toimintaa. (Apuvälinepalvelunimikkeistö 2004, 6; Laatusuositus 2003, 29.)

Apuvälineen käyttäjä

Apuvälineen käyttäjä eli asiakas on lääkinnällisen kuntoutuksen asetuksen ja vammaispalveluasetuksen mukaan vajaakuntoinen vammaisen tai vaikeavammaisen henkilö, joka tarvitsee tai käyttää apuvälinettä. Apuvälineen käytössä voivat avustaa tai käyttää henkilön tukena käyttäjän omaiset, avustajat ja ystävät. (Laatusuositus 2003, 30.)

Apuvälinepalveluiden ammattihenkilöt

Ammattihenkilöillä tarkoitetaan apuvälinealan asiantuntijoita, joilla on soveltuva koulutus, tietoa ja osaamista sekä kokemusta apuvälinepalveluista ja apuvälineistä. Ammattihenkilö on jatkuvasti tekemisissä apuvälinepalveluiden tai apuvälineiden kanssa ja pitää ammattitaitoaan ajan tasalla. Asiantuntijalla täytyy olla tarvittaessa tietoa myös eri sairauksien, vammaisryhmien ja ikääntymisen vaikutuksesta toimintakykyyn. Ammattihenkilöitä voivat olla esimerkiksi kuntoutusohjaajat, fysio-, puhe- ja toimintaterapeutit, apuvälineteknikot, lääkärit ja sosiaalityöntekijät. (Apuvälinepalvelunimikkeistö 2004 6; Laatusuositus 2003, 30.)