

Satakunnan ammattikorkeakoulu

Anne Huuskonen

**TURUN MS-NEUVOLASSA LAADITTUJEN KUNTOUTUKSEEN  
LIITTYVIEN SUUNNITELMIEN TOTEUTUMINEN**

Sosiaali- ja terveysala, Pori  
Kuntoutusohjauksen ja -suunnittelun koulutusohjelma

2007

## TURUN MS-NEUVOLASSA LAADITTUJEN KUNTOUTUKSEEN LIITTYVIEN SUUNNITELMIEN TOTEUTUMINEN

Huuskonen Anne  
Satakunnan ammattikorkeakoulu  
Sosiaali- ja terveysala Pori  
Kuntoutusohjauksen ja –suunnittelun koulutusohjelma  
Kuntoutuksen ohjaaja AMK  
Marraskuu 2007  
Ohjaajat: Kangassalo Ritva, TtL ja Saaristo Sirpa, SHO  
YKL: 59.55  
Sivumäärä: 53

Avainsanat: kuntoutus, kuntoutuspalvelut, kuntoutussuositus, kuntoutussuunnitelma, MS-tauti

---

Tämän opinnäytetyön tavoitteena oli selvittää Turun MS-neuvolassa laadittujen kuntoutukseen liittyvien suunnitelmien toteutumista. Tarkoituksena oli myös selvittää onko toteutumisessa asiakas- tai palvelukohtaisia eroja sekä sitä, miten tietoisia kuntoutujat itse olivat suunnitelmien olemassaolosta.

Kohderyhmänä olivat ne Turun MS-neuvolassa 9.1.2007 – 12.6.2007 välisenä aikana käyneet MS-potilaat, joille oli tehty MS-neuvolakäynnin yhteydessä kuntoutussuunnitelma tai muu kuntoutukseen liittyvä suositus tai hakemus. Aineiston hankintamenetelmänä käytettiin puhelimitse suoritettua teemahaastattelua. Kyselyjä puhelinsoitto-lupa-an lähetettiin yhteensä 44 henkilölle, joista 36 henkilöä antoi luvan puhelimitse suorittavaan haastatteluun. Opinnäytetyön vastausprosentti oli 81,8 %. Tutkimuksen lähestymistapa oli fenomenologinen ja opinnäytetyössä yhdistettiin sekä kvalitatiivista että kvantitatiivista tutkimusotetta.

Tutkimustuloksissa havaittiin, että suositellut lääkinnälliseen kuntoutukseen liittyvät avohoidon terapiat toteutuivat lähes suunnitelmien mukaisesti. Kelan alle 65-vuotiaiden vaikeavammaisten lääkinnällistä kuntoutusta myönnettiin kaikille sitä hakeneille. Terveyskeskuksilta anotut terapiat toteutuivat nekin lähes täydellisesti, joidenkin kohdalla päätös terapian myöntämisestä kesti odotettua kauemmin. Samoin suositellut apuvälineet oli myönnetty. Anottuja laituskuntoutusjaksoja myönnettiin selvästi prosentuaalisesti vähemmän kuin avoterapioita. Vaikeavammaisten lääkinnällisenä kuntoutuksena anottuja yksilöllisiä laituskuntoutusjaksoja hylättiin selvästi enemmän kuin Kelassa keskimäärin. Muut kuntoutukseen liittyvät hakemukset toteutuivat yhtä lukuun ottamatta. Vain 2/3 tutkimukseen osallistuneista muisti itse kaiken sen, mitä MS-neuvolakäynnillä oli kuntoutukseen liittyen suositeltu. Kokonaisuudessaan kuntoutukseen liittyvien asioiden hakemisprosessi oli sujunut vaivatta.

Tutkimuksen tuloksia voidaan hyödyntää, kun Turun MS-neuvolan henkilökunta miettii oman toimintansa kehittämistä, jotta potilaalla on paremmat mahdollisuudet saada kuntoutusta.

## THE PRACTICABILITY OF THE REHABILITATION PLANS MADE IN THE TURKU MS CLINIC

Huuskonen Anne

Satakunta University of Applied Sciences

School of Social Services and Health Care in Pori

Degree Programme in Rehabilitation Counselling

November 2007

Tutors: Kangassalo Ritva, LicNSc and Saaristo Sirpa, PT

PLC: 59.55

Number of pages: 53

Key words: multiple sclerosis, rehabilitation, rehabilitation plan, rehabilitation recommendation, rehabilitation service

---

The purpose of this study was twofold. The main aim was to find out whether the rehabilitation plans made at the Turku MS Clinic are put into practice as suggested. The other aim was to analyze whether the realization of the plans is client- or service-dependent and, furthermore, to evaluate how aware the patients are about the plans made for them.

The study sample consisted of the patients of the Turku MS Clinic who received a rehabilitation plan or a rehabilitation suggestion between the 9<sup>th</sup> of January and the 12<sup>th</sup> of June, 2007. The study was conducted as a structured telephone interview. Of the 44 patients asked 36 agreed to participate. Consequently, 81,8 % of the suitable patients were interviewed. The study approach was phenomenological and the data collected was analyzed both qualitatively and quantitatively.

The results showed that the out-patients therapies were put into practise as almost as recommended in the rehabilitation plans. Out-patient services suggested for the patients under 65 years of age, paid by Kela, the Social Insurance Institution of Finland and supplied by private therapy producers were put into practice almost as suggested. The therapies suggested to be conducted in the local health centers were also realized, although with a delay. The rehabilitation aids were admitted as suggested. However, the amount of admitted in-patient rehabilitation courses paid by the Kela was clearly lower than the amount of admitted out-patient rehabilitation services. In this study sample, the percentage of admitted in-patient rehabilitation courses was clearly lower than the mean percentage of admitted in-patient rehabilitation courses in Finland. Only 67 % of the patients remembered all suggestions made during their visit to the MS Clinic. The patients evaluated that they did not have special problems in putting the suggestions in practice.

The results of this study can be utilized at the personnel of the Turku MS Clinic develop their own methods to provide better possibilities for their patients to get successful rehabilitation.

## SISÄLLYS

1	JOHDANTO .....	6
2	KUNTOUTUKSEN PALVELUJÄRJESTELMÄ.....	7
	2.1 Kuntoutustoimintaa ohjaava lainsäädäntö .....	8
	2.1.1 Terveystieteiden tutkimuskeskuksen kuntoutustoiminta .....	8
	2.1.2 Kelan kuntoutustoiminta .....	10
	2.1.3 Sosiaalitoimen järjestämä kuntoutus.....	11
	2.1.4 Muu kuntoutuslainsäädäntö .....	12
	2.2 Yhteistyö kuntoutuksessa.....	13
	2.3 Kuntoutussuunnitelma .....	13
	2.4 Ohjaus ja neuvonta kuntoutuksessa .....	15
3	MS-TAUTI.....	16
	3.1 MS-taudin esiintyvyys ja oireet .....	17
	3.2 MS-taudin muodot ja toimintakyky .....	18
	3.3 MS-potilaan kuntoutus .....	19
4	TURUN MS-NEUVOLA.....	22
	4.1 Turun MS-neuvolan toiminta.....	22
	4.2 Turun MS-neuvolassa laaditut kuntoutukseen liittyvät toimenpiteet.....	25
	4.2.1 MS-neuvolassa laaditut kirjalliset kuntoutussuunnitelmat .....	25
	4.2.2 MS-neuvolassa laaditut suositukset .....	26
	4.2.3 MS-neuvolassa laaditut muut kuntoutukseen liittyvät hakemukset .....	27
5	TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TEHTÄVÄT .....	27
6	TUTKIMUKSEN TOTEUTUS .....	28
	6.1 Tutkimusmenetelmät.....	28
	6.2 Aineiston keruu .....	29
	6.3 Aineiston analysointi.....	30
	6.4 Tutkimuksen eettisyys.....	31
	6.5 Tutkimuksen luotettavuus ja pätevyys .....	32
7	TUTKIMUSTULOKSET .....	33
	7.1 Tutkimukseen osallistujat .....	33
	7.2 Kuntoutussuunnitelmien toteutuminen .....	35

7.3	Terveyskeskukseen tai keskussairaalaan osoitettujen suositusten toteutuminen .....	36
7.4	Muiden kuntoutukseen liittyvien hakemusten toteutuminen .....	38
7.5	Asiakaskohtaiset ja palvelukohtaiset erot toteutumisessa.....	39
7.6	Tietoisuus itseään koskevista suunnitelmista.....	41
7.7	Hakemisprosessin sujuminen .....	41
8	TULOSTEN TARKASTELUA .....	42
8.1	Kuntoutussuunnitelmien, kuntoutukseen liittyvien suositusten ja muiden kuntoutukseen liittyvien hakemusten toteutuminen.....	43
8.2	Tietoisuus itseään koskevista suunnitelmista.....	45
8.3	Kuntoutukseen liittyvien palveluiden hakemisprosessin sujuvuus .....	46
9	POHDINTAA .....	46
9.1	Opinnäytetyön luotettavuuden ja pätevyyden arviointi .....	46
9.2	Opinnäytetyön eettisyyden arviointi .....	48
9.3	Opinnäytetyön prosessin arviointi .....	48
9.4	Tutkimustulosten hyödyntäminen ja jatkohankkeet.....	49
	LÄHTEET .....	50
	LIITTEET	

# 1 JOHDANTO

MS-tauti eli multippelliskleroosi on keskushermoston sairaus, joka diagnosoitetaan yleensä 20–40 vuoden iässä. Sitä sairastaa Suomessa noin 6000 – 7000 henkilöä. MS-tautiin ei ole olemassa parantavaa hoitoa ja siksi kuntoutus on erittäin tärkeässä roolissa MS-potilaan elämässä. Oikein kohdennettuna ja tuloksellisilla menetelmillä toteutettuna kuntoutus lisää ihmisen elämänlaatua ja myös säästää muiden palvelujen ja sosiaaliturvan kustannuksia.

Karin & Puukan 2000-luvun alussa tehdyissä tutkimuksissa on todettu, että laaditut kuntoutussuunnitelmat ovat toteutuneet 97–98 %:sesti. Viimeisissä Kansaneläkelaitoksen tilastoissa puolestaan todetaan, että lääkinnällistä kuntoutusta saaneiden asiakkaiden päätöksissä hylättyjä ratkaisuja on 11–12 % ja vaikeavammaisten laituskuntoutusjaksojen kohdalla hylättyjä päätöksiä tulee noin joka viidennelle hakijalle.

Tämän opinnäytetyön tarkoitus oli selvittää Lounais-Suomen MS-yhdistyksen alaisena toimivassa Turun MS-neuvolassa tehtyjen kuntoutussuunnitelmien, hakemusten ja suositusten toteutumista. Tulosten avulla voidaan kehittää Turun MS-neuvolan toimintaa ja toiminnan kehittymisen myötä parantaa palvelujen laatua. Kohderyhmäksi valittiin 9.1.2007 - 12.6.2007 välisenä aikana Turun MS-neuvolassa käyneet MS-potilaat. Opinnäytetyön tarkoituksena oli myös selvittää, onko toteutuneissa palveluissa asiakas- tai palvelukohtaisia eroja sekä sitä, miten Turun MS-neuvolan henkilökunnan suosituksiin perustuva hakemisprosessi on kokonaisuudessaan sujunut.

Teoriaosuudessa selvitetään kuntoutuksen palvelujärjestelmää ja kuntoutuksen lainsäädäntöä lähinnä MS-taudin näkökulmasta käsin. Myös MS-taudin kuvaaminen teoriaosuudessa on oleellista, jotta lukijalle selviää miten moniongelmaisesta ja oireiltaan vaihtelevasta sairaudesta on kysymys. Lisäksi teoriaosuudessa kuvataan Turun MS-neuvolan roolia tukemassa ja täydentämässä julkista palvelujärjestelmää. Tähän opinnäytetyöhön aineisto kerättiin asiakkaille suoritetuilla puhelinhaastatteluilla. Työssä käytetään termejä kuntoutuja, potilas, asiakas synonyymeinä. Termien vaihtelu johtuu siitä, missä asiayhteydessä sanaa käytetään.

## 2 KUNTOUTUKSEN PALVELUJÄRJESTELMÄ

Suomalaista kuntoutusjärjestelmän tuottajatahoa kuvataan kolmen sektorin mallina, jossa kuntoutustoiminta jakaantuu julkisen sektorin (perusterveydenhuolto, erikoissairaanhoido, sosiaalihoito, työhallinto, opetushallinto) lisäksi myös yksityisen ja ns. kolmannen sektorin tehtäviin. Yksityissektorin toimijoihin kuuluvat ammattinharjoittajat, yksityiset hoitolaitokset, yksityiset sairaalat ja kuntoutuslaitokset. Kolmannen sektorin toimijoihin luetaan kuuluvaksi sosiaali- ja terveysalan järjestöt ja säätiöt sekä niiden ylläpitämät laitokset. (Kuntoutuksen kustannuksista ja vaikuttavuudesta 2002, 48.)

Päävastuu kuntoutuksesta on julkisella sektorilla. Kuntoutuspalvelujen järjestämisestä vastuussa olevat tahot voivat tuottaa kuntoutuspalvelut itse tai ostaa niitä muilta palvelun tuottajilta. Koska julkinen sektori ei pysty yksinään vastaamaan suureen kuntoutuspalvelujen kysyntään, korostuu yksityisen ja kolmannen sektorin rooli kuntoutuksen järjestäjänä. Karkeasti arvioiden noin puolet kuntoutuspalveluista tuotetaan julkisella sektorilla ja toinen puoli yksityisesti tai kolmannen sektorin toimesta. (Paatero 2001, 109.)

Vuoden 2002 kuntoutusselonteossa määritellään kuntoutus suunnitelmalliseksi, monialaiseksi toiminnaksi, jonka tavoitteena on toimintakyvyn, itsenäisen selviytymisen, hyvinvoinnin ja työllisyyden edistäminen. Järvikoski ja Härkäpää (2004) määrittelevät kuntoutuksen suunnitelmalliseksi, monialaiseksi kuntoutujalähtöiseksi toiminnaksi, jonka tavoitteena on auttaa kuntoutujaa toteuttamaan elämänprojektejaan ja ylläpitämään elämäntilanteensa tilanteissa, joissa sosiaalinen selviytyminen on uhattuna tai heikentynyt. Kotilan ja Palomäen (2006) mukaan kuntoutus tarkoittaa tavoitteellista ja määräaikaista prosessia, jonka tarkoituksena on auttaa vammaista henkilöä saavuttamaan paras mahdollinen älyllisen, fyysisen ja sosiaalisen toiminnan taso, joka antaa hänelle keinot oman elämänsä muuttamiseen.

Kuntoutukselle on ominaista suunnitelmallisuus, prosessinomaisuus sekä monialaisuus ja -ammattillisuus. Ilman yhteistä suunnitelmaa kuntoutuksen perusideat eivät täyty, vaan kyse on tällöin yksittäistä, toisistaan erillisistä toimenpiteistä. Tavoitteellinen ko-

konaissuunnitelma ja sen etenemisen seuranta erottaa kuntoutuksen yksittäisistä palveluista. Kuntoutumista tuetaan tarpeen tullen myös kuntoutumistavoitteeseen pääsyn jälkeenkin. Kuntoutuksessa kysymyksessä on erilaisista vaiheista ja palveluista muodostuva prosessi, jossa on tärkeää sen katkeamattomuus. Prosessi etenee eri vaiheiden, toimenpiteiden ja palvelujen kautta kohti tavoiteltua tilaa. Kuntoutusprosessiin sisältyy yleensä monenlaisia toimenpiteitä, joissa käytetään hyväksi usean eri ammatin edustajien asiantuntemusta. (Paatero 2003, 109; Järvikoski 2004, 35–36.)

## 2.1 Kuntoutustoimintaa ohjaava lainsäädäntö

Suomalainen kuntoutuslainsäädäntö on monimutkainen, koska kuntoutuksen järjestäminen on säädetty usean eri hallinnonalan vastuulle. Kuntoutuksen ympärille on Suomessa syntynyt monipuolinen, monitahoinen ja monimutkainen rakennelma lainsäädäntöä, palvelujen järjestäjiä, rahoittajia ja tuottajia. Kuntoutuksen keskeisiä toteuttajia ja rahoittajia ovat sosiaali- ja terveystoimi, opetustoimi, työhallinto, Kela ja muut vakuutus- ja työeläkelaitokset. (Järvikoski 2004, 56–59.)

### 2.1.1 Terveystoiminnan kuntoutustoiminta

Terveystoiminnan velvoitteena oleva kuntoutus on määritelty kansanterveyslaissa, mielenterveyslaissa, erikoissairaanhoidolaissa ja asetuksessa lääkinnällisestä kuntoutuksesta. Kansanterveyslain (66 / 1972) 14 §:n mukaan kansanterveystyöhön kuuluvana tehtävänä kunnan tulee järjestää asukkaidensa sairaanhoito, johon kuuluvaksi lääkinnällinen kuntoutus erikseen mainittuna luetaan.

Lääkinnällinen kuntoutus tarkoittaa arjen selviytymistä edistäviä kuntoutus- ja apuvälinepalveluita, joita on mahdollisuus saada vamman tai sairauden vuoksi. Kuntoutuksen järjestäjätahosta riippumatta potilaiden kuntoutuksen seurantavastuu kuuluu aina terveydenhuollolle. Kunnan / kuntainliiton tulee huolehtia siitä, että lääkinnällisen kuntoutuksen palvelut järjestetään sisällöltään ja laajuudeltaan sellaisiksi kuin kuntoutuksen tarve kunnassa tai kuntainliiton alueella edellyttää. Ensisijainen lääkinnällisen kuntou-



tuksen vastuu on kotikunnan terveydenhuollolla. Lääkinnällisen kuntoutuksen palveluja ovat

- kuntoutumista ja kuntoutuspalveluja koskeva neuvonta ja ohjaus
- kuntoutustarvetta ja -mahdollisuuksia selvittävä tutkimus
- fysioterapia, toimintaterapia, puheterapia, neuropsykologinen kuntoutus, psykoterapia ja muut näihin rinnastettavat toimintakykyä parantavat ja ylläpitävät terapiat ja toimenpiteet
- apuvälinepalvelu, johon kuuluu apuvälineen tarpeen määrittely, välineiden sovitust, luovutus, käytön opetus ja seuranta sekä välineiden huolto
- sopeutumisvalmennus
- kuntoutusjaksot laitos- tai avohoidossa
- kuntoutusohjaus sekä
- muut näihin rinnastettavat palvelut.

(Asetus lääkinnällisestä kuntoutuksesta 1015 / 1991.)

Erikoissairaanhoitolaki velvoittaa sairaanhoitopiirit järjestämään lääkinnällisen kuntoutuksen palveluja piirinsä alueella asuville, ellei sitä ole järjestetty kansanterveystyönä kotikunnassa (Erikoissairaanhoitolaki 1062 / 1989).

Outi Töytärin (2007) tuoreessa apuvälineiden saatavuutta koskevassa tutkimuksessa todetaan, että apuvälineiden tarvitsijat saivat käyttöönsä aikaisempaa useammin tarvitsemiaan apuvälineitä. Apuvälineiden parantuneesta saatavuudesta huolimatta muutaman terveystieteellisen tutkimuksen kohdalla polvi- ym. tukien saatavuus oli heikompaa kuin muiden apuvälineiden saatavuus.

1.3.2005 on tullut voimaan valtioneuvoston asetus hoitoon pääsyn toteuttamisesta ja alueellisesta yhteistyöstä, ns. hoitotakuu. Lääkinnällinen kuntoutus on osa kansanterveystieteellistä ja erikoissairaanhoitolaissa tarkoitettua sairaanhoitoa. Siten hoitoon pääsyn enimmäisajat koskevat myös kansanterveystieteellisen tai erikoissairaanhoitolain mukaan järjestettyä lääkinnällistä kuntoutusta. Jos henkilö tarvitsee lääketieteellisen arvion perusteella esimerkiksi apuvälineitä tai fysioterapiaa sairautensa hoitoon tai kuntoutukseen, se pitää toteuttaa kohtuullisessa ajassa: perusterveydenhuollossa enintään kolmen ja erikoissairaanhoitossa enintään kuuden kuukauden kuluessa siitä, kun hoidon tarve on

arvioitu. (Valtioneuvoston asetus hoitoon pääsyn toteuttamisesta ja alueellisesta yhteistyöstä 1019 / 2004.)

### 2.1.2 Kelan kuntoutustoiminta

Laki Kansaneläkelaitoksen kuntoutusetuuksista ja kuntoutusrahaetuksista määrittelee ne henkilöt, joille ko lain mukaisesti järjestetään ja korvataan alle 65-vuotiaiden vaikeavammaisten lääkinnällistä tai harkinnanvaraista kuntoutusta. Kelalle on säädetty alle 65-vuotiaiden vaikeavammaisten lääkinnällisen kuntoutuksen järjestämisvelvollisuus työtai toimintakyvyn turvaamiseksi tai parantamiseksi niiltä osin kuin em. lain asettamat velvollisuudet täytyvät. Kelan kustantama vaikeavammaisten lääkinnällinen kuntoutus on joko laitoksissa tai / ja avohoidossa toteutettavia kuntoutusjaksoja, joita annetaan kuntoutussuunnitelmassa mainitun ajan. Kelan toteuttama lääkinnällinen kuntoutus perustuu terveydenhuollossa laadittuun kirjalliseen kuntoutussuunnitelmaan. (Laki Kansaneläkelaitoksen kuntoutusetuuksista ja kuntoutusrahaetuksista 566 / 2005.)

Kelan lakisääteisen ammatillisen kuntoutuksen piiriin kuuluvat ensisijaisesti ne henkilöt, joiden työkyky ja ansiomahdollisuudet ovat olennaisesti heikentyneet sairauden, vian tai vamman vuoksi tai joilla on asianmukaisesti määritelty työkyvyttömyyden uhka. (Kuntoutusasiain neuvottelukunta 2003, 6; Laki Kansaneläkelaitoksen kuntoutusetuuksista ja kuntoutusrahaetuksista 566 / 2005.) Ammatillisen kuntoutuksen tavoitteena on työkyvyn parantaminen niin, että asianomainen henkilö voi jatkaa työelämässä tai päästä sinne (Järvikoski 2004, 62).

Muu Kelan kuntoutus on harkinnanvaraista, eduskunnan vuosittain vahvistamaan määrärahaan perustuvaa. Harkinnanvarainen kuntoutus sisältää mm. sopeutumisvalmennuskursseja ja yksilöllisiä laitostuntoutusjaksoja. (Laki Kansaneläkelaitoksen kuntoutusetuuksista ja kuntoutusrahaetuksista 566 / 2005.)

Vaikeavammaisen työssä tai opiskelussa selviytymistä tuetaan hankkimalla tekniseltä tasoltaan vaativia apuvälineitä kuntoutujien käyttöön. Työllistymistä ja työssä jatkamista voidaan tukea elinkeinotuella, jota myönnetään yrityksen perustamiseen ja toimivalle yritykselle sairauden kannalta tarpeellisten työvälineiden hankkimiseen. (Kuntoutusasi-

ain neuvottelukunta 2003, 7; Laki Kansaneläkelaitoksen kuntoutusetuuksista ja kuntoutusrahaetuksista 566 / 2005.)

Anneli Kari on omassa tutkimuksessaan (2001) selvittänyt vaikeavammaisten kuntoutussuunnitelmien sisältöä ja rakennetta Kelan Lounais-Suomen vakuutusalueella 200 vaikeavammaisen asiakirjoista vuosilta 1992 ja 1998. Kari tuo omassa tutkimuksessaan esille, että vaikeavammaisen kuntoutuksen päätökset ovat yleensä kuntoutussuunnitelman mukaisia. Hylkääviä päätöksiä tehtiin koko maassa samaan aikaan keskimäärin 4 %. Oman tutkimuksensa aineistossa vaikeavammaisen kuntoutukseen liittyviä hylkääviä päätöksiä oli v.1992 tehdyistä päätöksistä 2,4 % ja v. 1998 tehdyistä päätöksistä hylkääviä oli 3,2 %.

Lääkinnällisen kuntoutuksen kehittämiseksi Kelassa on meneillään harkinnanvaraisen kuntoutuksen varoilla vuosina 2006–2013 toteutettava vaikeavammaisten lääkinällisen kuntoutuksen kehittämishanke, jonka tavoitteena on mm. hyvien kuntoutuskäytäntöjen määrittäminen ja kuntoutuspalvelujen kehittäminen. Yhtenä kolmesta esimerkkiryhmästä tässä hankkeessa on mukana MS-tauti. (Kansaneläkelaitos 2007.)

### 2.1.3 Sosiaalitoimen järjestämä kuntoutus

Kuntien sosiaalitoimen vastuulla on vammaispalvelulain (Laki vammaisuuden perusteella järjestettävistä palveluista ja tukitoimista) 9 §:n sekä vammaispalveluasetuksen 17 §:n perusteella lähinnä vammaisen henkilön asumiseen liittyvät välineet ja laitteet, joita ei järjestetä lääkinällisen kuntoutuksesta annetun asetuksen perusteella sekä päivittäisistä toiminnoista suoriutumisessa tarvittavat välineet, laitteet ja koneet. Vammaispalvelulain tarkoituksena on edistää vammaisen henkilön mahdollisuuksia elää ja toimia muiden kanssa yhdenvertaisesti yhteiskunnan jäsenenä sekä ehkäistä ja poistaa vammaisuuden aiheuttamia haittoja ja esteitä. Kuljetuspalvelu on määrältään vammaispalvelulain suurin palvelu. Muita vammaispalvelulain perusteella myönnettyjä palveluja ovat mm. tulkkipalvelut, palveluasuminen, asunnon muutostyöt, sopeutumisvalmennus ja kuntoutusohjaus. (Järvikoski & Härkäpää 2004, 60; Laki vammaisuuden perusteella järjestettävistä palveluista ja tukitoimista 759 / 1987.)

Sosiaalinen kuntoutus tarkoittaa yleensä toimenpiteitä, jotka pyrkivät helpottamaan kuntoutujan sopeutumista perheeseen, työelämään ja yhteiskuntaan ja vähentämään vajaakuntoisuuden liittyviä taloudellisia ja sosiaalisia vaikeuksia. Sosiaalisen kuntoutuksen avulla pyritään parantamaan yksilön sosiaalista toimintakykyä: kykyä selviytyä arkipäivän välttämättömistä toiminnoista, vuorovaikutussuhteista sekä oman toimintaympäristön rooleista. Tähän pyritään helpottamalla asumista, liikkumista ja yleistä osallistumista, huolehtimalla taloudellisesta turvallisuudesta ja tukemalla sosiaalisia verkostoja. (Järvikoski & Härkäpää 2004, 60.)

#### 2.1.4 Muu kuntoutuslainsäädäntö

Työelämässä olevien osalta työeläkelaitoksilla on päävastuu ammatillisesta kuntoutuksesta. Työeläkekuntoutukseen on oikeus, mikäli sairaus aiheuttaa lähivuosina työkyvyttömyyseläkkeen uhan ja työkyvyttömyyseläkkeen uhkaa voidaan vähentää työeläkekuntoutuksen keinoin. Tavoitteena on henkilön työ- ja ansiokyvyn ylläpitäminen tai parantaminen ja siten työelämässä pysyminen. Työeläkekuntoutuksen tavoitteena on myös edistää kuntoutustukea tai työkyvyttömyyseläkettä saavan henkilön paluuta takaisin työelämään hänen terveydentilalleen sopivaan työhön. Työeläkekuntoutuksen edellytyksenä on, että työsuhteen päättymisestä on kulunut vähemmän kuin yksi vuosi ja että hakijalla on yhdessä tai useammassa työsuhteessa vakiintunut vähintään noin viiden vuoden työhistoria ja joko koulutuksella tai työssä hankittu ammatti. (Kuntoutusasiain neuvottelukunta 2003, 5.)

Työhallinnon tarjoamat palvelut ovat kaikkien työkäisten kansalaisten käytettävissä. Työhallinnon ammatillinen kuntoutus on tarkoitettu pääasiassa työttömille ja työttömyysuhan alaisille henkilöille. Sen lisäksi palvelujen käyttäjät voivat olla työmarkkinoiden ulkopuolella olevia henkilöitä (esim. nuoret). Työhallinnon ammatillisen kuntoutuksen tarkoituksena on edistää vajaakuntoisen ammatillista suunnittelua ja kehittymistä, työllistymistä ja työssä pysymistä. (Kuntoutusasiain neuvottelukunta 2003, 7-8; Laki julkisesta työvoimapalvelusta 1295 / 2002; Laki kuntouttavasta työtoiminnasta 189 / 2001.)

Kasvatuksellinen kuntoutus tähtää lähinnä vajaakuntoisten lasten päivähoiton ja lasten ja nuorten peruskoulutuksen järjestämiseen. Tästä kuntoutuksesta vastaa pääasiassa kunnallinen sosiaali- ja opetustoimi. (Järvikoski & Härkäpää 2004, 60–61.) MS-tautia sairastaa hyvin harva oppivelvollisuusikäinen ja esim. Turun MS-neuvolassa ei ole alle 16-vuotiaita kuntoutujia (T. Helminen, henkilökohtainen tiedonanto 3.9.2007). Koska kasvatuksellinen kuntoutus ei ole useinkaan tärkeä alue MS-potilaan kohdalla, ei tätä kuntoutuksen osa-aluetta käsitellä tässä työssä.

## 2.2 Yhteistyö kuntoutuksessa

Suomalainen kuntoutusjärjestelmä on varsin hajanainen ja sitä ohjaava lainsäädäntö on moninainen, tämä luo pohjaa ongelmien syntymiselle kuntoutuksen palveluketjun eri osien yhteistoiminnassa. Kuntoutusta järjestävillä tahoilla on velvollisuus tehdä yhteistyötä, jotta kuntoutus voitaisiin järjestää parhaalla mahdollisella tavalla. 1.10.2003 täsmentyi kuntoutuksen asiakasyhteistyötä koskeva lainsäädäntö. Kuntoutujalle on annettava tämän lain nojalla tietoa eri kuntoutusmahdollisuuksista ja on ohjattava asianmukaiseen kuntoutukseen tai muiden palvelujen piiriin yhteistyössä niitä järjestävien tahojen kanssa. Eri tahojen välillä on siis lakisääteinen velvoite tehdä yhteistyötä. Kunnissa tätä yhteistyötä koordinoi kuntoutuksen asiakaspalvelun yhteistyöryhmä. (Laki kuntoutuksen asiakasyhteistyöstä 497 / 2003.) Sosiaali- ja terveydenhuollolla, opetustoimella, työhallinnolla ja vakuutuslaitoksilla on omat kuntoutustehtävänsä. Eri organisaatioiden ja toimijoiden yhteistyö onkin kuntoutuksen kannalta erittäin merkittävää. (Paatero 2003, 109.)

## 2.3 Kuntoutussuunnitelma

Oikea-aikainen kuntoutus vaatii tuekseen hyvin tehdyn kuntoutussuunnitelman, jossa kuntoutustilanteen monitasoisuus ja eri tahojen yhteistyön tarve on otettu huomioon. (Paatero 2003, 115). Kuntoutussuunnitelman tarpeellisuus ja hyöty on ennen muuta siinä, että suunnitelmallisuus lisää kuntoutuksen tuloksellisuutta (Rissanen 2003, 503).

Kuntoutussuunnitelma laaditaan kuntoutujan hoidosta vastaavassa julkisen terveydenhuollon toimintayksikössä. Hoidosta vastaava yksikkö on se julkisen terveydenhuollon yksikkö, joka on vastuussa vaikeavammaisen hoidon ja kuntoutuksen järjestämisestä. (Laki Kansaneläkelaitoksen kuntoutusetuuksista ja kuntoutusrahaetuksista 566 / 2005.)

Kuntoutustarvetta ja -suunnitelmaa mietittäessä lähtökohtana on kuntoutujan elämäntilanne sekä sairauden siihen tuomat muutokset. Otettaessa kuntoutuja ja tarvittaessa hänen läheisensä mukaan kuntoutuksen suunnitteluun, korostetaan kuntoutujan tasavertaista osallistumista ja oikeutta vaikuttaa suunnitelman sisältöön. Silloin kun kuntoutuja on itse voinut olla mukana asettamassa kuntoutustavoitteita, hänet saadaan myös paremmin sitoutumaan kuntoutukseen ja kantamaan siitä vastuuta. Koko kuntoutusprosessi etenee paremmin silloin, kun kuntoutuja kokee osallistuvansa aktiivisesti prosessin suunnitteluun. (Järvikoski & Härkäpää 2004, 169–170; Kari & Puukka 2001, 18–19.) Kuntoutussuunnitelma voidaan nähdä myös suunnitelmana, jonka toteutukseen kuntoutuja sitoutuu ja jossa asiantuntijat ja organisaatiot tukevat häntä. Käytännössä kuntoutussuunnitelmien laadinnassa käy toisinaan niin, että kuntoutuja itse ei aina tiedä tai muista, että hänelle on laadittu kuntoutussuunnitelma. Ehkä kuntoutuja ei ole mieltänyt näkemäänsä tai saamaansa paperia kuntoutussuunnitelmaksi. (Järvikoski & Härkäpää, 2004, 169.) Valtioneuvoston eduskunnalle antamassa kuntoutusselonteossa (2002) painotetaan asiakkaan osallistumista kuntoutusprosessiin ja sitä pidetään koko toiminnan perustana.

Kirjallisen kuntoutussuunnitelman vaatimus liittyy vain lakeihin, joissa kuntoutussuunnitelman laatiminen on kytketty etuuden saamiseen tai toimenpiteisiin ryhtymiseen. Muissa laeissa kirjallinen kuntoutussuunnitelma on määrätty tehtäväksi tarvittaessa, mikä on johtanut siihen, että suunnitelma jää usein tekemättä, koska sen laatimiseen ei liity erityistä velvoitetta. (Kari & Puukka 2001, 16–17.)

Lääkinnällisen kuntoutuksen suunnittelusta ja seurannasta säädetään asetuksessa lääkinnällisestä kuntoutuksesta (5§) seuraavaa:

*Kuntoutujalle laaditaan yhdessä hänen ja tarvittaessa hänen omaistensa kanssa kuntoutussuunnitelma. Kuntoutussuunnitelmassa määritellään tarpeelliset kuntoutustoimenpiteet ottaen huomioon sosiaalihuollon, työvoima- ja opetusviranomaiset sekä kansaneläkelaitoksen ja muiden kuntoutusta järjestävien tahojen palvelut ja yhteen sovitaan terveydenhuollon lääkinnälli-*

*set kuntoutuspalvelut näiden tahojen järjestämän kuntoutuksen kanssa. Kuntoutussuunnitelman toteutumista seurataan ja suunnitelmaa arvioidaan määräjain.*

Koska lääkinnällisen kuntoutuksen asetuksessa ei ole erikseen mainintaa kirjallisesta suunnitelmasta, käytännössä erillisiä terapioida toteutetaan ilman laajemman kirjallisen suunnitelman laatimista (Kari & Puukka 2001, 16).

Kuntoutussuunnitelmassa tulee käydä ilmi sairautta koskevat tiedot, kuntoutujan elämäntilanne, lääketieteellinen ja toiminnallinen haitta, aiempi kuntoutus ja sen tulokset, kuntoutuksen tavoite, yhteyshenkilöt, kuntoutujan sitoutuminen, kuntoutuksen menetelmät, kuntoutustoimenpiteen pituus, kesto, taajuus ja toteuttajataho. Kuntoutussuunnitelma laaditaan 1 – 3 vuodeksi ja siihen voi tarpeen mukaan tehdä muutoksia. (Kari & Puukka 2001, 20–21.) Suunnitelman mitoittamista oikeaan laajuuteen ja oikealle aikajänteelle on aina harkittava (Rissanen 2003, 503). Kuntoutussuunnitelman laatimista varten Kela, sosiaali- ja terveysministeriö ja Suomen Kuntaliitto ovat yhdessä laatineet vaikeavammaisen lääkinnällistä kuntoutussuunnitelmaa varten lomakkeen KU207, jota suositellaan käytettäväksi (Sosiaali- ja terveysministeriö, 2005).

Anneli Kari (2001) on omassa tutkimuksessaan todennut mm. että moniammatillisen työryhmän laatimat asiakirjat olivat parempia kuin yksittäisten lääkäreiden laatimat ja että suositelluista terapioida toteutui lähes kaikki (97–98%). Anneli Kari kiinnitti tutkimuksessaan huomiota myös vaikeavammaisen kuntoutussuunnitelmissa esiintyviin puutteellisuuksiin. Kuntoutussuunnitelmien sisällön heikkoutta selitti hänen tutkimuksessaan se, ettei kuntoutujaa tavattu kuntoutussuunnitelmaa tehtäessä vaan laaditut kuntoutussuunnitelmat perustuivat usein asiakirjatietoihin. (Kari & Puukka 2001, 7.)

#### 2.4 Ohjaus ja neuvonta kuntoutuksessa

Ohjauksen ja neuvonnan tarve ja merkitys sosiaali- ja terveydenhuollon ja kuntoutuksen eri alueilla ovat korostuneet viime vuosina. Tämä johtuu osittain aiempaa kuntoutujalähtöisemmän palvelukulttuurin vähittäisestä synnystä. (Riikonen & Järvikoski 2003, 165.)

Kuntoutumista tukeva ohjaus ja neuvonta on kuntoutuksen palvelumuoto, joka kuuluu terveydenhuollossa kaikkien kuntoutusprosessissa mukana olevien työntekijöiden tehtäviin. Ohjaus- ja neuvontavelvoitteella korostetaan potilaan tiedonsaantioikeutta, jota painotetaan myös laissa potilaan asemasta ja oikeuksista. Ohjauksen ja neuvonnan avulla tuetaan asiakasta ja hänen lähiyhteisöään. Tavoitteena on turvata asiakkaan kuntoutus- ja kuntoutumisprosessin tarkoituksenmukainen eteneminen ja lisätä hänen toimintamahdollisuuksiaan sekä itsenäisen elämän taitoja. Ohjauksen ja neuvonnan velvoite on kirjattu kaikkiin kuntoutusta ohjaaviin lakeihin. (Pirainen & Kallanranta 2003, 98.)

### 3 MS-TAUTI

MS-tauti eli multippeliskleroosi (pesäkekovettumatauti) on pitkäaikaissairaus, joka vahingoittaa keskushermostoa aiheuttaen muutoksia hermoaivossa eli myeliinissä. Vauriot jakautuvat pesäkkeisesti ja sattumanvaraisesti. Osa valkosoluista on tunnistavinaan myeliinissä rakenteita, jotka ovat omalle keholle vieraita. Tästä on seurauksena hermoaivon tuhoutuminen. MS-taudin oireet voidaan suurelta osin selittää hermoaivon rikkoutumisella ja vaurioitumisella. Hermoaivon vauriot aiheuttavat erilaisia oireita eri henkilöille riippuen siitä missä kohdassa vauriot sijaitsevat. Myeliinivaurio voi korjautua, jolloin myös oireet voivat häipyä. Sen sijaan myeliinin alla olevan aksonin vaurioitua ei elimistöllä ole keinoja vaurion korjaamiseen. Aksonivaurioiden syntyminen näyttääkin olevan keskeistä MS-taudin aiheuttaman neurologisen haitan etenemisessä. (Ruutiainen 2005, 4-7; Ruutiainen & Tienari 2006, 379.) Myeliiniä on runsaimmin näköhermoissa, aivokammioiden ympärillä isoissa aivoissa, pikkuaivojen ja aivorungon liitoskohdassa ja erityisesti selkäytimessä. Näiden anatomisten alueiden oireet ovatkin tavallisia: näön hämärtyminen, tasapainovaikeudet ja virtsanpidätyskyvyn vaikeutuminen. (Ruutiainen 2005; 14.)



### 3.1 MS-taudin esiintyvyys ja oireet

MS-tautia sairastaa Suomessa 6000 - 7000 ihmistä ja määrä on kasvussa, koska uusimpien tutkimusmenetelmien ansiosta diagnoosi pystytään tekemään yhä vähäisempien oireiden perusteella. Yli puolet potilaista saa diagnoosin 20 ja 40 ikävuoden välissä ja sairaus on naisilla hieman yleisempi kuin miehillä. MS-taudin esiintyvyys on jakautunut epätasaisesti koko maapallolla ja myös Suomessa: MS-taudin on todettu olevan yleisempi maan länsiosissa kuin itä- tai eteläosissa. Vuosittain MS-tautiin sairastuu neljästä viiteen henkilöä 100 000 asukasta kohden. (Käypä hoito -suositus 2006, 3–4; Ruutiainen 2005, 7; Ruutiainen & Tienari 2006, 382–383.)

MS-tauti voi vahingoittaa mitä tahansa keskushermoston osaa ja tämän vuoksi useita oireita voi esiintyä yhtä aikaa. Uupuminen (fatiikki) eli rasituksen sietokyvyn alentuminen on tavallinen MS-oire ja osa potilaista pitää sitä suurimpana ongelmana. Uupuminen lisääntyy yleensä päivän aikana ja sitä provosoivat ulkoiset tekijät kuten rasitus, stressi ja lämpö. Lihashyökkäykset ja huono rasituksen sieto ovat usein taudin ensimmäisiä oireita ja ovat hyvin tavallisia pitempään sairastaneilla. Lihashyökkäykset ovat tavallisempaa jaloissa kuin käsissä. Voiman heiketessä lihaksiin ilmaantuu usein myös jäykkyyttä eli spastisuutta. Taudin oireisiin voi kuulua myös lihasten yhteistoiminnan eli koordinaation häiriintymistä ja noin 5 %:lla potilaista ne ovat sairauden vaikein oire. (Ruutiainen 2005, 14–16; Ruutiainen & Tienari 2006, 387–391.)

Sairauteen voi liittyä myös erilaisia silmäoireita. Näköhermon tulehdus eli opticus-neuriitti voi olla MS-taudin ensimmäinen oire. Tällöin näkö hämärtyy tuntien tai muutamien päivien kuluessa lähes täysin, mutta useimmilla näkö normalisoituu muutaman päivän tai viikon kuluessa. (Ruutiainen 2005, 15; Ruutiainen & Tienari 2006, 388–389.)

Hyvä tasapaino edellyttää raajojen asentotuntoa välittävien hermoratojen, pikkuaivojen, silmien ja tasapainoelimien moitteetonta yhteistyötä. MS-tauti voi häiritä niiden kaikkien toimintaa ja niinpä tasapainohäiriöt ovatkin sairauden tavallisia oireita. (Ruutiainen 2005, 16; Ruutiainen & Tienari 2006, 388–389.)

Liikuntahaittojen lisäksi MS-potilailla on toimintarajoitteita monien muiden neurologisten oireiden vuoksi. Tällaisia oireita ovat mm. kognitiivisen suorituskyvyn ongelmat,

rakon- ja suolentoiminnan vaikeudet, puhemotoriikan häiriöt ja nielemisongelmat. (Ruutiainen 2005, 18–19; Ruutiainen & Tienari 2006, 390–391.)

### 3.2 MS-taudin muodot ja toimintakyky

MS-tauti voidaan jakaa oireiden alkamistavan perusteella kahteen eri kliiniseen päätyyppiin. Aaltomaisesti etenevässä eli relapsoivassa-remittoivassa taudissa (80–85 %:lla potilaista) potilaan vointi pysyy vakaana akuuttien pahenemisvaiheiden välillä. Pahenemisvaihe eli relapsi tarkoittaa tilannetta, jossa uusi neurologinen oireisto tai vanhojen oireiden äkillinen, selvä paheneminen kestää vähintään 24 tuntia tai enintään 4 viikkoa. Potilas voi toipua oireista täydellisesti ja olla täysin oireeton pahenemisvaiheiden välillä. Suurimmalla osalla potilaista tauti muuttuu 10 vuoden kuluessa kulultaan toissijaisesti eteneväksi (sekundäärisesti progressiiviseksi). Tällöin toimintakyky heikkenee tasaisesti riippumatta siitä, esiintyykö potilaalla pahenemisvaiheita. Osalla tauti käyttäytyy hyvänlaatuisesti eikä potilaille kehity merkittävää toimintakyvyn haittaa vielä 15 vuoden sairastamisen jälkeen. (Käypä hoito -suositus 2006, 4; Ruutiainen & Tienari 2006, 385–386.)

Aaltomaista tautityyppiä harvinaisempi muoto on alusta lähtien etenevä eli primaarisesti progressiivinen. Tässä tautimuodossa oireisto etenee tasaisesti taudin alusta lähtien. (Käypä hoito -suositus 2006, 4; Ruutiainen & Tienari 2006, 385–386.)

Suurella osalla sairaus aiheuttaa vuosien mittaan huomattavia toimintakyvyn rajoitteita. Noin puolet kaikista maamme MS-potilaista liikkuu pääasiassa ilman apuvälineitä. Puolet potilaista tarvitsee jonkin liikkumisen apuvälineen 100 metrin matkalle sairastettuaan tautia 10 vuotta. Ja noin 10 % tarvitsee sähköpyörätuolin sairastettuaan 15 vuotta. (Ruutiainen & Sivenius 2003, 217; Ruutiainen & Tienari 2006, 387.) Norjalaisen tutkimuksen mukaan 50 % sairastuneista siirtyy työkyvyttömyyseläkkeelle 10 vuoden kuluessa diagnoosin saamisesta (Ruutiainen & Tienari 2006, 387).

Työkyvyn kannalta yksi hankalimmin arvioitavista oireista on fatiikki, joka tarkoittaa epänormaalia väsymistä fyysisessä ja psyykkisessä ponnistelussa (Ruutiainen & Sivenius 2003, 217). Suhteellisen harvinaisuudestaan huolimatta MS-tauti on yksi selkeä työ-

kyvyttömyyden aiheuttaja nuoremmissa ikäluokissa. Vuoden 2003 lopulla MS-taudin takia oli työkyvyttömyyseläkkeellä kaikkiaan 3248 henkilöä, joista miehiä 1047 miestä ja naisia 2201. (Aromaa, Huttunen, Koskinen & Teperi 2005, 478.)

MS-taudin kulkuun voidaan vaikuttaa uusilla lääkkeillä mutta useimpien potilaiden tyyppinen sairauden kulku käsittää etenevän toimintakyvyn laskun ja vajaakuntoisuuden lisääntymisen. Ollakseen tehokasta on MS-potilaan kuntoutuksen oltava hyvin koordinoitua, monialaista ja moniammatillista. (Kallanranta 2002, 103.)

### 3.3 MS-potilaan kuntoutus

MS-potilaan kuntoutuksen tavoitteena on kuntoutujan työ- ja toimintakyvyn ylläpitäminen ja edistäminen sekä elämänlaadun parantaminen. Tavoitteiden saavuttaminen edellyttää suunnitelmallisuutta, yhteistyötä, kuntoutuksen hyvää laatua sekä tulosten seuranta. MS-taudin oireiden ja taudinkuvan moninaisuuden vuoksi toimintatavan tulee olla kuntoutujan yksilölliset tarpeet huomioonottava. Sairastumisen alkuvaiheessa kuntoutuksen ensisijainen tavoite on työkyvyn ylläpitäminen. Sairauden edetessä kuntoutuksen tavoitteet muuttuvat yhä enemmän sosiaalisen toimintakyvyn edistämiseen ja itsenäiseen selviytymiseen. (Ruutiainen 2003, 5055.)

MS-potilaan kuntoutuksen tulisi ajoittua sairastuneen elämänkaarella sellaisiin kohtiin, joissa sairaus muuttaa muotoaan tai sairastunut kohtaa elämässään sellaisia kriisejä, joista toipuminen edellyttää kuntoutuksen tuomaa tukea. Tällaisia kohtia ovat diagnoosin saaminen (ensitieto), sairauteen sopeutumisen vaihe ja fysioterapian tai muun avo- tai laitospotilaan tarve silloin, kun fyysinen tai muu toimintakyvyn muutos sitä vaatii. Kun sairastunut jää työkyvyttömyyseläkkeelle tai kun hänen avuntarpeensa kasvaa, voi kuntoutus tukea paitsi sairastunutta itseään myös läheisiä jaksamaan ja löytämään uudenlaisen otteen arkeen. (Ruutiainen & Sivenius 2003, 217–218.)

Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirissä, jossa on maailmanlaajuisesti poikkeuksellisen korkea MS-taudin esiintyvyys, on laadittu esimerkillinen hoito- ja kuntoutusohjelma. Siinä on kuvattu potilaan kahden vuoden hoitopolku keskussairaalan neurologian yksi-

kössä, minkä jälkeen osalla hoitovastuu siirtyy perusterveydenhuoltoon. (Rantamäki ym., 2001.)

Kuntoutus on tärkeä osa MS-taudin kokonaisvaltaista hoitoa. MS-potilaan kuntoutusketjuun kuuluu hyvä ensitieto sairaudesta, riittävä sopeutumisvalmennus, lihahuolto- ja liikuntaneuvonta sekä yksilölliset terapiat ja laitosmuotoinen ammatillinen ja lääkinnällinen kuntoutus havaittujen tarpeiden mukaisesti. Kuntoutuksen on hyvä perustua hoitavan tahon yhdessä kuntoutujan kanssa tekemään yksilölliseen kuntoutussuunnitelmaan. (Käypä hoito -suositus 2006, 17.)

MS-potilaan kuntoutuksen kulmakivet ovat sopeutumisvalmennus, yksilöllinen fysioterapia ja neurologisesti erikoistunut laitoskuntoutus. MS-potilaalle suositellaan sopeutumisvalmennuskurssia, kun sairastumisesta on kulunut vähintään vuosi. Sopeutumisvalmennuskurssi voi olla laitosmuotoinen ja sisältää yksilö- ja ryhmämuotoista kuntoutusta. (Ruutiainen & Sivenius 2003, 217.) Kaikilla ei kuitenkaan ole henkilökohtaisten syiden vuoksi mahdollisuutta osallistua laitosmuotoiselle sopeutumisvalmennuskurssille, heille on nykyisin tarjolla sopeutumisvalmennusta avokuntoutuksena (T. Haukka-Wacklin, henkilökohtainen tiedonanto 9.11.2007). Yksilöllistä fysio-, toiminta- ja puhe-terapiaa sekä muita yksilöllisiä terapioida suositellaan asiakkaille tarpeen mukaan. Hyväkuntoiselle MS-potilaalle riittää ohjaava fysioterapiasarja ja vaikeavammaisen puolestaan voi tarvita fysioterapiaa säännöllisesti kaksi kertaa viikossa. (Ruutiainen & Sivenius 2003, 217.) Viitanen ja Piirainen (2002) tuovat omassa tutkimuksessaan esille, että tutuin kuntoutusmuoto MS-potilaille on fysioterapia.

Sosiaalisen kuntoutuksen toimenpiteinä ovat erilaiset sosiaalisen toimintakyvyn säilyttämiseen ja saavuttamiseen tähtäävät toiminnot. MS-potilaiden osalta niitä voivat olla mm. kuljetuspalvelut, palveluasuminen, asunnonmuutostyöt, kotiapu, -palvelu, tulkki-palvelut, palvelusuunnitelma, henkilökohtainen avustaja, omaishoidontuki ja muu sosiaaliturvaan liittyvien erityiskysymysten käsittely. (Laki vammaisuuden perusteella järjestettävistä palveluista ja tukitoimista 380 / 1987; Saaristo, Sjöblom, Sainio & Romppanen 2006, 20–25.)

Vuoden 2004 alussa voimaan tulleet lainmuutokset Kelan ja työeläkejärjestelmän ammatillisessa kuntoutuksessa vahvistavat kuntoutujan oikeutta ammatilliseen kuntoutuk-

seen. Molemmissa järjestelmissä sairauden, vian tai vamman aiheuttama uhka tulla työkyvyttömäksi tulee ammatillisen kuntoutuksen perusteeksi. Työkyvyttömyyden uhkan lisäksi joudutaan erikseen harkitsemaan voidaanko uhkaa vähentää nimenomaan ammatillisen kuntoutuksen keinoin. Työkyvyttömyyden uhkan käsite on määritelty sekä työeläkelainsäädännössä että kansaneläkelaitoksen kuntoutusta koskevassa lainsäädännössä samalla tavalla. Työelämässä olevien kuntoutustarve selvitetään siis ensisijaisesti työterveyshuollon ja työeläkelaitoksen toimesta ja kuntoutujat ohjataan tarvittaessa suoraan työeläkekuntoutukseen. (Kuntoutusasiain neuvottelukunta 2003, 2.)

Sosiaali- ja terveysministeriön toimeksiannosta ja kuntoutusasiain neuvottelukunnan aloitteesta toteutettiin hanke, jossa arvioitiin eräiden keskeisten kuntoutusmuotojen vaikuttavuutta. Hankkeesta julkaistusta raportissa on myös katsaus tutkimustietoon etenevistä neurologisista sairauksista, johon ryhmään myös MS-tauti kuuluu. (Kallanranta, 2002, 103–104.)

Sirppa Kinos tuo omassa tutkimuksessaan (2006) esiin, että usein laituskuntoutusjaksolla tehtyjen suositusten toteutumattomuuden syynä oli se, ettei potilas halunnutkaan suositeltua palvelua tai tukitoimea. Yhtenä syynä tähän Kinos tuo esille sen, että suositukset eivät vastaa potilaan tarpeita, koska suositukset ovat laadittu kaukana asiakkaan arkielämästä.

Vuonna 2006 Kelan vaikeavammaisten kuntoutukseen osallistui 21 400 asiakasta, joista 2045 sairasti MS-tautia. Lääkinnällistä kuntoutusta saaneiden Kelan asiakkaiden päätöksissä hylättyjen ratkaisujen osuus vuoden 2007 ensimmäisellä puolivuotiskaudella on vuoteen 2006 verrattuna kasvanut hyvin vähän (11,0 % → 11,8 %). Vaikeavammaisten lääkinällisen kuntoutuksen yksilöllisissä laituskuntoutusjaksoissa hylkäävät päätökset ovat lisääntyneet hieman enemmän (19,0 % → 22,1 %) vuoteen 2006 verrattuna. (Kansaneläkelaitos 2007.)

Tämän opinnäytetyön liitteenä on taulukko (Liite 1), johon on kerätty tähän tutkimukseen läheisesti liittyviä aiemmin tehtyjä tutkimuksia ja niiden tärkeimpiä tuloksia, jotka ovat merkityksellisiä tämän työn kannalta.

## 4 TURUN MS-NEUVOLA

Lounais-Suomen MS-yhdistyksen neuvola eli Turun MS-neuvola (myöhemmin käytetään myös nimitystä MS-neuvola) perustettiin vuonna 1974 tukemaan ja täydentämään julkista palvelujärjestelmää. Tänäkin päivänä Turun MS-neuvola toimii julkisen terveydenhuollon tukena. MS-neurolatoiminta toteutuu ostopalveluperiaatteella toimialueen terveystieteiskeskusilta ja Turun Yliopistolliselta Keskussairaалalta (TYKS). Asiakas itse maksaa neuvolakäynnistä ainoastaan toimistomaksun. Tällä hetkellä Lounais-Suomen MS-yhdistys toimii 54 kunnan alueella. Asiakkaina ovat MS-sairautta ja harvinaisia neurologisia sairauksia sairastavat sekä heidän perheensä. (Lounais-Suomen MS-yhdistyksen toimintasuunnitelma 2007.)

Kuntoutus perustuu aina yksilölliseen harkintaan, jossa on tärkeää hoitavan yksikön näkemys kuntoutustarpeesta ja kuntoutuksesta saatavasta hyödystä. Näitä tulee arvioida objektiivisin perustein. Asiakkaan oma näkemys ja toivomukset otetaan aina huomioon. (Rissanen 2003, 503.) Kroonisen etenevän sairauden hoidossa tarvitaan toistuvia tilanarvioita, jolloin arvioidaan mm. kuntoutustarvetta. MS-neurolan toiminnassa painotuu kuntoutustarpeen arvioinnin lisäksi asiakkaan ohjaus ja neuvonta. (A. Anttinen, henkilökohtainen tiedonanto 18.9.2007.)

### 4.1 Turun MS-neurolan toiminta

Turun MS-neurolan tehtävä on edelleen täydentää julkista terveydenhuoltoa, tarjoamalla palveluja sairaanhoitopiirin terveystieteiskeskusille ja keskussairaалalle. MS-neurolan vastaanotot ovat Turun kaupunginsairaalan sisätautipoliklinikalla yhtenä iltana viikossa lukuun ottamatta kesä- ja heinäkuuta. Tällöin paikalla on toinen MS-neurolan neurologista, sairaanhoitaja ja toinen fysioterapeuteista. Yhden illan aikana MS-neurolassa käy 3-6 asiakasta. Yhteensä vuoden aikana MS-neurolassa käy noin 120 asiakasta. (A. Anttinen, henkilökohtainen tiedonanto 18.9.2007.)

Vastaanotolla tehdään kokonaisvaltainen tilannekartoitus sekä annetaan neuvontaa ja ohjausta sairauteen liittyvissä asioissa. Tarvittaessa yhdessä asiakkaan ja hänen lähei-

sensä kanssa laaditaan yksilöllinen kuntoutussuunnitelma. Asiakkaalle laaditaan myös erilaisia suosituksia ja kuntoutukseen liittyviä hakemuksia. MS-neuvolassa asiakas tapaa ensin sairaanhoitajan ja fysioterapeutin, jotka yhdessä haastattelevat ja tarvittaessa tutkivat asiakasta. Samalla tarvittaessa autetaan asiakasta erilaisten hakemusten täyttämässä (esim. kuntoutushakemus Kelalle, hoito- ja vammaistukihakemukset). Vastaanotolla sairaanhoitaja ja fysioterapeutti kirjaavat asiat paperille neurologin vastaanottoa varten. Tämän jälkeen asiakas ohjataan neurologille ja kerrotaan lyhyesti esiin tulleet asiat. Tarvittaessa sairaanhoitaja tai fysioterapeutti on mukana lääkärin vastaanotolla. Asiakkaan neuvolakäynti kestää yhteensä noin 1-1,5 h. (Lounais-Suomen MS-yhdistyksen toimintakertomus 2006; T. Helminen, henkilökohtainen tiedonanto 3.9.2007.)

Turun MS-neuvolan sairaanhoitaja on tavattavissa myös yhdistyksen tiloissa ennalta sovittuina aikoina (noin 6 h / vk). Tällöin hänelle on mahdollisuus soittaa tai tulla tapaamaan häntä yhdistyksen tiloihin. Sairaanhoitaja huolehtii myös MS-neuvolan vastaanoton ajanvarauksesta, laskutuksista sekä yhteydenpidosta esim. terveys- ja sosiaali-toimiin. Sairaanhoitaja huolehtii tehtyjen lausuntojen ja hakemusten postittamisesta eteenpäin. Lausunnot ja hakemukset postitetaan suoraan viranomaisille tai kuntoutujalle itselleen neuvolakäynnillä sovitun käytännön mukaan. (T. Helminen, henkilökohtainen tiedonanto 3.9.2007.)

Enberg ym. on interaktiivisessa tutkimuksessaan (2005) todennut, että kuntoutukseen tyytyväisempiä MS-potilaita olivat ne, joilla oli "oma" neurologi sekä MS-hoitaja ja jotka olivat tietoisia omasta kuntoutussuunnitelmastaan. Myös MS-neuvolassa pyritään siihen, että asiakas pääsee aina samalle tutulle lääkärille, jonka luona on aiemminkin käynyt. Turun MS-neuvolassa molemmat neurologit sekä fysioterapeutit ovat olleet tässä työssä jo yli 20 vuoden ajan. (A. Anttinen, henkilökohtainen tiedonanto 18.9.2007.) Neurologisen kuntoutuksen vaikuttavuutta tutkittaessa on suositeltu, että tulevaisuudessa on kehitettävä alueellisia hoitoketjuja sekä palvelujärjestelmiä siten, että turhia hoitovastuun ja -paikkojen vaihtoja voidaan välttää (Kallanranta 2002, 105).

MS-neuvolassa suunnitelmien laatimiseen osallistuu lääkärin, potilaan ja mahdollisesti potilaan läheisen lisäksi fysioterapeutti ja sairaanhoitaja (A. Anttinen, henkilökohtainen tiedonanto 18.9.2007). Anneli Kari (2001) on omassa tutkimuksessaan todennut mm.

että moniammatillisen työryhmän laatimat asiakirjat olivat parempia kuin yksittäisten lääkäreiden laatimat.

MS-potilaan hoitovastuu Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiriin alueella on diagnostiikkavaiheen aikana TYKS:ssä. Hoitovastuu säilyy TYKS:ssä myös MS-taudin etenemisen hidastamiseksi käytettävien lääkehoitojen suunnittelu- ja toteutusvaiheessa. Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirissä MS-potilaan hoitoketjua ei ole kuvattu (M-T. Sjöberg, henkilökohtainen tiedonanto 19.9.2007).

Asiakas ohjautuu yleensä MS-neuvolaan silloin, kun neurologisen sairauden osalta hoitovastuu erikoissairaanhoidosta siirtyy terveyskeskukselle ja terveyskeskus päätyy ostamaan palvelun Turun MS-neivolalta. Turun kaupungin terveyskeskus tekee MS-neurolan kanssa ostopalvelusopimuksen vuodeksi kerrallaan. MS-neurolan sairaanhoitaja huolehtii siitä, että neurolan palveluja voidaan koko vuoden ajan tarjota turkulaisille MS-potilaille tasapuolisesti. Muiden terveyskeskusten kanssa asiakkaan käynnistä MS-neurolassa sovitaan joka kerta erikseen. MS-neurolan sairaanhoitaja on yhteydessä asiakkaan omaan terveyskeskukseen maksusitoumuksen saamista varten. Asiakas käy MS-neurolassa yleensä kerran vuodessa tai tarpeen mukaan (esim. sairausloma-asiat) useammin. Muut terveydenhuoltoon liittyvät lääkärikäynnit esim. influenssa ja tapaturmat hoituvat omassa terveyskeskuksessa. (T. Helminen, henkilökohtainen tiedonanto 3.9.2007.)

Turun MS-neurolan toimintaan kuuluu myös 2-3 kertaa vuodessa järjestettävät ensitietokurssit vastasairastuneille ja heidän läheisilleen. Ensitietokurssien maksusitoumus neurolaan tulee TYKS:stä. Ensitietopäivät koostuvat 5-6 eri asiantuntijan luennosta, jotka pidetään nykyisin kahtena lauantapäivänä Maskun Neurologisessa Kuntoutuskeskuksessa. Sopeutumisvalmennukseen liittyy myös mahdollisuus ottaa yhteyttä ns. tukihenkilöön, joka on yleensä itse pidempään samaa sairautta sairastava yhdistyksen tukihenkilöksi koulutettu henkilö. MS-neuvola järjestää myös ryhmäliikuntaa ja ratsastusta yhdessä Lounais-Suomen MS-yhdistyksen muun toiminnan kanssa. (T. Helminen, henkilökohtainen tiedonanto 3.9.2007.)

MS-taudin erikoisluonteisuuden vuoksi kuntoutuspalvelujen oikea-aikainen ajoitus on tärkeä. Potilaan fyysinen ja psyykinen kunto saattaa vaihdella runsaasti ja tämän vuok-



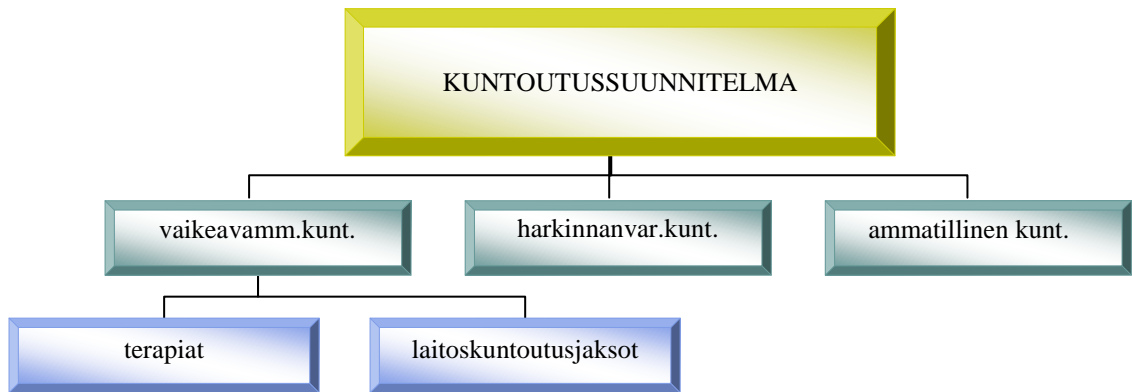
si palveluja on saatava suhteellisen nopeasti. MS-neuvolan työntekijät auttavat pitkäaikaiseen sairauteen sairastunutta asiakasta sekä hänen lähiyhteisöään kohtaamaan muuttanut elämäntilanne. MS-neuvolassa selvitetään asiakkaalle ja hänen läheiselleen, millaisia sosiaali- ja terveyspalveluja sekä tukitoimia on tarjolla asiakkaan tilanteessa sekä kartoitetaan eri mahdollisuuksia ja ratkaisuvaihtoehtoja. Asiakas ohjataan soveltuvien palvelujen piiriin sekä tarvittaessa avustetaan asiakasta erilaisten hakemusten teossa. Asiakkaalle annetaan myös järjestöjen toimintaan sekä harrastustoimintaan liittyvää ohjausta ja neuvontaa. (T. Helminen, henkilökohtainen tiedonanto 3.9.2007.)

## 4.2 Turun MS-neuvolassa laaditut kuntoutukseen liittyvät toimenpiteet

### 4.2.1 MS-neuvolassa laaditut kirjalliset kuntoutussuunnitelmat

Turun MS-neuvolassa kirjallinen kuntoutussuunnitelma laaditaan aina silloin, kun vaikeavammaisen kuntoutusta, harkinnanvaraista kuntoutusta tai ammatillista kuntoutusta haetaan Kansaneläkelaitokselta (Kuvio 1). Kuntoutussuunnitelman pohjana ei käytetä Kelan KU 207 lomaketta vaan suunnitelma kirjoitetaan Kelasta annettujen ohjeiden mukaan vapaamuotoisesti. Kelan harkinnanvaraisena kuntoutuksena haettavaa laitospäivä kuntoutusta haattaessa kuntoutussuunnitelma kirjataan lääkärin ns. B-todistukselle. (T. Helminen, henkilökohtainen tiedonanto 3.9.2007.)

Kelan kustantamana lääkinnällisenä kuntoutuksena anotaan vaikeavammaisten yksilöllisiä laitospäivä kuntoutusjaksoja ja erilaisia terapioiden, harkinnanvaraista kuntoutusta sopeutumisvalmennuksena tai yksilöllisenä laitospäivä kuntoutusjaksona sekä tarvittaessa ammatillista kuntoutusta. Ammatillisena kuntoutuksena kyseessä tulee lähinnä kuntoutustarveselvitys tai kuntoutustutkimus. (T. Helminen, henkilökohtainen tiedonanto 3.9.2007.)



Kuvio 1. MS-neuvolassa laaditut kirjalliset kuntoutussuunnitelmat

#### 4.2.2 MS-neuvolassa laaditut suositukset

MS-neuvolassa laaditaan suosituksia myös muille tahoille. Tällöin on kysymyksessä lähinnä apuvälinetarve tai niiden terapioihin tarve, joita anotaan terveyskeskuksen tai keskussairaalan kautta tai kuntoutujilla on tarve toimintaterapeutin / kuntoutusohjaajan kotikäyntiin esim. asunnonmuutostyöasioissa (Kuvio 2). Näissä suosituksissa tulee esille samoja asioita kuin em. kuntoutussuunnitelmassakin, mutta niistä ei MS-neuvolassa varsinaisesti käytetä kuntoutussuunnitelma nimeä. Nämä suositukset kohdentuvat lähinnä perusterveydenhuoltoon ja / tai erikoissairaanhoidon. (T. Helminen, henkilökohtainen tiedonanto 3.9.2007.)



Kuvio 2. MS-neuvolassa laaditut terveyskeskukseen tai keskussairaalaan osoitetut suositukset

#### 4.2.3 MS-neuvolassa laaditut muut kuntoutukseen liittyvät hakemukset

Hakemuksilla tässä työssä tarkoitetaan kaikkia muita kuntoutukseen liittyviä kirjallisia toimenpiteitä, joita neuvolakäynnin aikana tehdään (Kuvio 3). Yleensä nämä toimenpiteet liittyvät taloudellisiin etuisuuksiin: mm. Kelasta haettavaan vammaistukeen tai eläkkeensaajan hoitotukeen, kunnan vammaispalvelun myöntämään kuljetuspalveluun tai asunnonmuutostöihin, autoveronpalautukseen, pysäköintilupaun sekä eläkelaitokselle osoitettuihin työkyvyttömyyseläke- tai osatyökyvyttömyyseläkehakemuksiin. (Helminen, henkilökohtainen tiedonanto 3.9.2007.)



Kuvio 3. MS-neuvolassa laaditut muut kuntoutukseen liittyvät hakemukset

Tässä opinnäytetyössä kuntoutusta käsitellään erittäin laaja-alaisesti, sillä kuntoutuksen yhtenä tavoitteena on kuntoutujan toimintakyvyn ja itsenäisen selviytymisen edistäminen (Järvikoski & Härkäpää 2004, 13). Tämän vuoksi mm. autoveronpalautus luetaan kuuluvaksi kuntoutuksen piiriin.

## 5 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TEHTÄVÄT

Tutkimuksen tarkoituksena on selvittää, miten MS-neuvolassa tehdyt kuntoutukseen liittyvät suunnitelmat ovat toteutuneet. Tuloksista tullaan informoimaan MS-neuvolan henkilökuntaa ja tulosten pohjalta pyritään parantamaan MS-neuvolan toimintaa ja sitä kautta kunkin kuntoutujan kuntoutuspalvelujen saantimahdollisuuksia.

Tutkimuksen päätehtäväksi määriteltiin:

Miten Turun MS-neuvolassa tehdyt kuntoutussuunnitelmat, kuntoutusta koskevat suositukset ja kuntoutukseen liittyvät hakemukset ovat toteutuneet?

Tutkimuksen osatehtäviksi määriteltiin:

Minkälaisia asiakaskohtaisia tai palvelukohtaisia eroja päätöksissä on?

Miten tietoisia hakijat itse ovat tehdyistä suunnitelmista?

Miten kuntoutukseen liittyvien palveluiden hakemisprosessi oli sujunut?

## 6 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

Tutkimus toteutettiin Turun MS-neuvolassa. Lupa tutkimuksen tekemiseen anottiin Turun MS-neuvolan johtajalta, joka antoi luvan tutkimuksen suorittamiseen. (Liite 2.) Tutkimuksen tekemisestä informoitiin myös Lounais-Suomen MS-yhdistyksen hallitusta toimittamalla tutkimuslupa sekä tutkimussuunnitelma Lounais-Suomen MS-yhdistyksen hallituksen kokoukseen.

### 6.1 Tutkimusmenetelmät

Tässä opinnäytetyössä yhdistetään sekä kvalitatiivista (laadullista) että kvantitatiivista (määrällistä) tutkimusotetta. Puhelimitse suoritettussa teemahaastattelussa on kysymyksiä, joissa on eri vastausvaihtoehdot. Lisäksi kyselylomakkeessa on avoimia, laadullisia jatkokysymyksiä. Tutkimusta lähestytään fenomenologisesti. Fenomenologisessa lähestymistavassa on tavoitteena kerätä tietoa ihmisen elämäkokemuksesta ja sitä kuvaillaan sellaisena kuin tutkittava sen näkee (Lukkarinen 2001, 116).

Aineiston keruutavaksi päädyttiin puhelimitse suoritettavaan teemahaastatteluun. Haastattelulla tavoitetaan enemmän henkilöitä ja edustavuus on näin parempi. MS-taudin aiheuttamien toimintarajoitusten vuoksi tutkimusryhmällä saattaa olla helpompi vastata puhelimitse kuin postitse lähetettyyn kyselylomakkeeseen. Puhelinhaastattelussa pysty-

tään myös tarkentamaan vastauksia ja voidaan tarvittaessa käyttää lisäkysymyksiä. (Hirsjärvi & Hurme 2000, 35–36.) Teemahaastattelulle on tyypillistä, että haastattelun aihepiirit eli teema-alueet ovat tiedossa, mutta kysymysten tarkka muoto ja järjestys puuttuvat. Teemahaastattelu ei etene tarkkojen, yksityiskohtaisten valmiiksi muotoiltujen kysymysten kautta. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2004, 197.)

Teemahaastattelu on astetta strukturoidumpi kuin avoin haastattelu, sillä siinä aiempien tutkimusten ja aiheeseen tutustumisen pohjalta valmistellut aihepiirit, teemat, ovat kaikille haastateltaville samoja, vaikka niissä liikutaankin joustavasti ilman tiukkaa etenemisreittiä. Teemahaastattelua voidaan käyttää sekä kvalitatiivisen että kvantitatiivisen tutkimuksen menetelmänä. (Hirsjärvi ym. 2004, 197.)

## 6.2 Aineiston keruu

Kohderyhmänä olivat ne Turun MS-neuvolassa 9.1.2007 – 12.6.2007 käyneet MS-potilaat, joille oli tehty neuvolakäynnin yhteydessä kirjallinen kuntoutussuunnitelma, kuntoutusta koskeva suositus tai kuntoutukseen liittyvä hakemus.

Kaikille mahdollisille tutkimukseen osallistuville lähetettiin kesällä 2007 kirje (Liite 3), jossa kysyttiin heidän halukkuuttaan osallistua tutkimukseen sekä selvitettiin tutkimuksen tarkoitus. Kirjeen mukana olleen palautuskuoren avulla asiakkaat ilmoittivat halusivatko he mukaan tähän tutkimukseen vai eivät. Kirjeessä ilmoitettiin myös ajankohta puhelinsoitolle, jonka avulla selvitettiin tarkemmin MS-neuvolassa tehtyjen suunnitelmien toteutumista. Kirje lähetettiin noin 3 viikkoa ennen suunniteltua puhelinsoittoa ja kirje pyydettiin palauttamaan puhelinsoittoa edeltävään päivään mennessä. Tiedot, mitä kuntoutukseen liittyviä suunnitelmia MS-neuvolakäynnin aikana oli tehty, saatiin MS-neuvolasta.

Aineisto kerättiin puhelinsoitoilla tehdyillä teemahaastatteluilla (Liite 4). Puhelinsoitto tehtiin Maskun Neurologisesta Kuntoutuskeskuksesta etukäteen sovittuna aikana noin 4-6 kuukauden kuluttua neuvolakäynnistä. Haastattelu tapahtui yksilöhaastatteluna puhelimitse ja puhelinsoittoihin oli Maskun Neurologisen Kuntoutuskeskuksen johtajan lupa. Tiedot kirjattiin ylös kyselylomakkeelle (Liite 5), jossa oli myös avoimia kohtia

puhelinkeskusteluissa esiin tulleita asioita varten. Puhelinsoiton yhteydessä kirjattiin ylös mm. seuraavia asioita:

- muistivatko asiakkaat itse, mitä heille oli suositeltu?
- miten kuntoutukseen liittyvät suunnitellut asiat olivat toteutuneet?
- missä määrin asiakas oli itse ollut yhteydessä palvelun maksajaan?

Haastattelutilanne haastattelijan täyttäessä kyselylomaketta testattiin kahdella asiakkaalla, jotka olivat käyneet MS-neuvolassa syksyllä 2006. Tätä koehaastattelua ei suoritettu puhelimitse vaan kasvotusten asiakkaan ollessa kuntoutusjaksolla Maskun Neurologisessa Kuntoutuskeskuksessa.

### 6.3 Aineiston analysointi

Tutkimus on pääosin kvantitatiivinen, osaan tutkimusongelmiin haettiin vastausta myös kvalitatiivisesti. Lomakkeet, joihin tiedot kerättiin, numeroitiin juoksevalla numerolla. Syntymävuodet vaihdettiin ikävuosiksi ja ne ryhmiteltiin, muut muuttujien arvot oli määritelty etukäteen. Jokaisen havaintoyksikön tiedot kirjattiin havaintomatriisiksi Excel-taulukkolaskentaohjelmaan. Aineiston tilastollinen analyysi tehtiin Tixel-ohjelmaa käyttäen. Aineistosta tehtiin yksiulotteinen jakauma ja tulosten esittämisessä käytettiin keskiarvoja, frekvenssejä ja prosenttijakaumia. Lisäksi aineistoa ristiintaulukoitiin suhteessa taustamuuttujiin (ikä, sukupuoli ja kotikunta).

Tässä tutkimuksessa muuttujien välisiä yhteyksiä tarkastettiin Spearmanin korrelaatiokertoimen avulla. P-arvoa käytettiin tutkimuksen tilastollisessa päättelyssä. Tuloksissa esitettiin ne tulokset, jotka ovat tilastollisesti melkein merkitseviä,  $p < 0,05$ , merkitseviä,  $p < 0,01$  tai erittäin merkitseviä,  $p < 0.001$  (Manninen 2004, 127).

Aineistoa käsiteltäessä kussakin kohdassa merkittiin vain ne asiakkaat, joille tehtiin kirjallinen kuntoutussuunnitelma, suositus tai hakemus. Näin aineiston kokonaislukumäärä laadittujen suunnitelmien osalta ei aina ole koko 36 tutkimukseen osallistunutta. Kolme haastatelluista henkilöistä kävi MS-neuvolassa kyseisenä aikana kaksi kertaa. Nämä käynnit ovat tuloksia analysoitaessa käsitelty kahtena eri käyntinä / henkilönä. Yhdelle henkilölle soitettiin kahteen eri kertaan, 4½ kuukauden ja 7 kuukauden kuluttua neuvo-

lakäynnistä. Tuloksia analysoitaessa on huomioitu se tilanne, joka tuli esiin ensimmäisen puhelinsoiton yhteydessä.

Aineiston analyysissa käytetyissä kuvioissa (kuviot 6-9) on käytetty väreinä liikennevalojen värejä havainnollistamaan selvemmin, mitä suunnitelmista on toteutunut (vihreä), mikä on edelleen kesken (keltainen) ja mikä suunnitelluista asioista ei ole toteutunut (punainen). Kuvioissa on käytetty tulosten ilmaisemisessa joko lukumääriä tai prosenttilukuja. Lukumääräisesti tulokset ovat ilmaistu silloin, kun vastausten lukumäärä on keskimääräisesti alle 20.

#### 6.4 Tutkimuksen eettisyys

Tässä opinnäytetyössä tutkimuslupa haettiin Turun MS-neuvolan johtajalta, joka antoi luvan tutkimuksen tekemiseen. Tutkimuslupahakemuksen liitteenä oli Satakunnan ammattikorkeakoulussa, sosiaali- ja terveysalan Porin yksikössä hyväksytty tutkimussuunnitelma kyselylomakkeineen.

Asiakkaille lähetettiin kirje, jossa kysyttiin lupaa saada soittaa heille kirjeessä ilmoitettuna aikana. Vastaaminen tähän kirjeeseen oli asiakkaille maksuton, koska mukana oli palautuskirjekuori. Kirjeessä kerrottiin, että tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista ja puhelinsoittoilla saadut tiedot käsitellään nimettöminä. Asiakkailta oli oikeus kieltäytyä osallistumasta tutkimukseen ja heille ilmoitettiin, ettei heidän kieltäytymisensä tai osallistumisensa vaikuta myöhemmin heidän palvelujen saantiinsa Turun MS-neuvolassa. Asiakkaille suunnatussa tutkimuslupalomakkeessa oli myös tutkimuksen tekijän yhteystiedot, johon kuntoutuajat saivat ottaa yhteyttä tutkimukseen liittyvissä epäselvissä tapauksissa. Palautetussa lomakkeessa oli myös tieto kenen kanssa tutkija voi asiakkaan asioista puhua puhelimesta, jos asiakas itse ei pysty puhelinta käyttämään. Puhelinsoiton yhteydessä vastaajat yksilöitiin numeroilla 1- 36.

Etukäteen suoritettulla kyselyllä selvittiin henkilöille tutkimuksen tarkoitus sekä se, että heidän antamansa tiedot ovat salassapitovelvollisuuden piiriin kuuluvia eivätkä näin ollen tule muiden tietoon.

Osallistuminen tutkimukseen oli täysin vapaaehtoista, kuten tutkimuksen eettisiin periaatteisiin kuuluukin. Tutkimuksella ei myöskään saa pyrkiä tuottamaan tutkimukseen osallistuville vahinkoa eikä heidän yksityisyyttään saa missään tutkimuksen vaiheessa loukata. (Hirsjärvi ym. 2004, 27.)

Tutkimuksen eettisyyttä korostettaessa keskeinen kysymys on haastateltavien anonymiteetin takaaminen, luottamuksellisuus ja aineiston tallentamisen asianmukaisuus (Hirsjärvi ym. 2004, 27). MS-neuvolan potilaskertomuksista saatuja papereita käsiteltiin vain Lounais-Suomen MS-yhdistyksen ja Suomen MS-liiton tiloissa. Puhelinsoittojen jälkeen haastattelulomakkeissa ei enää tullut esille henkilö- tai yhteystietoja, joten aineiston sai viedä kotiin rikkomatta vaitiolovelvollisuutta.

## 6.5 Tutkimuksen luotettavuus ja pätevyys

Tutkimuksen luotettavuutta eli reliabiliteettia voi laskea suuri kato. Jos kysely kohdennetaan jollekin erityisryhmälle, jolle kyselyn aihe on tärkeä, voidaan odottaa korkeampaa vastausprosenttia. (Hirsjärvi ym. 2004, 185.) Tutkittavien motivaation puute tai väsymys kyselytutkimuksen vastaamiseen voi koitua ongelmaksi. Salmelan mukaan (1997) motivaatiota lisää saatekirjeen maininta, jossa kerrotaan kyselyn tarkoitus. Postimerkillä varustettu vastauskuori nostaa myös vastausprosenttia. (Salmela 1997, 86.)

Tutkimuksen pätevyydellä eli validiudella tarkoitetaan mittarin kykyä mitata juuri sitä, mitä on tarkoituskin mitata. Esimerkiksi kyselylomakkeessa voi olla kysymyksiä, jotka vastaaja käsittää eri lailla kuin tutkija on tarkoittanut. Jos tutkija käsittelee saamiaan vastauksia oman ajattelumallinsa mukaisesti, ei tuloksia voi pitää pätevinä. (Hirsjärvi ym. 2004, 216–217.)

Luotettavuuden ja pätevyuden parantamiseksi tässä tutkimuksessa tiedot kerättiin puhelinhaastattelulla. Puhelimitse suoritettavalla haastattelulla pyrittiin varmistamaan, että kaikki vastaajat ymmärsivät kysymyksen samalla tavalla. Näin pyrittiin estämään sairauden kognitiivisten ongelmien vaikuttaminen vastaustuloksiin. Samoin haastatteleamalla pystyttiin tarkentamaan mahdollisia epäselviä asioita.



Puhelinhaastatteluissa asiakasta ei johdateltu mihinkään suuntaan ja kaikki kuntoutussuunnitelmaa, suosituksia ja hakemuksia koskevat asiat kirjattiin ylös. Tutkittu otos edustaa hyvin koko Turun MS-neuvolan perusjoukkoa ja näin ollen tulokset ovat yleistettävissä.

## 7 TUTKIMUSTULOKSET

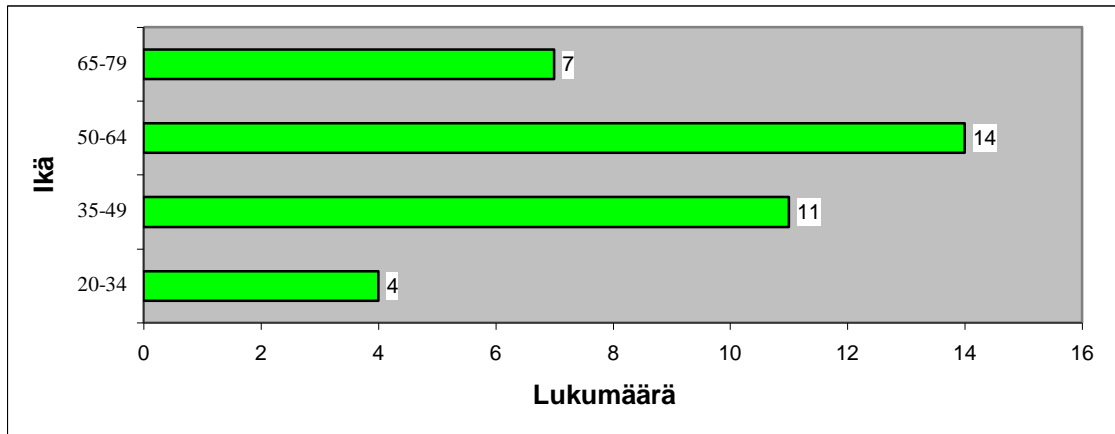
Tässä opinnäytetyössä tutkimustuloksista kuvataan ensin tutkimukseen osallistujat taustamuuttujineen. Toiseksi kuvataan kuntoutussuunnitelmien, suositusten ja hakemusten määrällinen toteutuminen. Sen jälkeen esitetään tutkimustuloksia asiakas- ja palvelukohtaisesti. Seuraavaksi esitetään tulokset siitä, miten hyvin hakijat olivat itse tietoisia siitä, mitä kaikkea kuntoutukseen liittyviä asioita MS-neuvolakäynnin aikana oli suunniteltu. Viimeisenä kuvataan miten hakemisprosessi oli kokonaisuudessaan sujunut.

### 7.1 Tutkimukseen osallistujat

Tutkimusjoukko muodostui niistä MS-potilaista, jotka olivat käyneet 9.1. – 12.6.2007 välisenä aikana Turun MS-neuvolassa ja joille oli tehty kuntoutussuunnitelma tai muu kuntoutukseen liittyvä hakemus tai suositus. Turun MS-neuvolassa oli kyseisenä ajanjaksona käynyt yhteensä 58 MS-potilasta, joista 11 henkilölle ei laadittu kuntoutukseen liittyviä suunnitelmia. Lisäksi jäljelle jääneistä 47 henkilöstä kolmelle ei tehty puhelinhaastattelua kommunikointi- ja kieliongelmiin vuoksi. Yhteensä 44 henkilölle lähetettiin tiedustelukirje halukkuudesta osallistua tutkimukseen. Heistä yksi henkilö kieltäytyi osallistumasta tutkimukseen ja seitsemän henkilöä ei vastannut tiedustelukirjeeseen. Puhelinhaastatteluja tehtiin yhteensä 36 kappaletta, vastausprosentiksi muodostui näin ollen 81,8 %. Yhden henkilön kohdalla keskustelu käytiin asianomaisen kirjallisella luvalla puolison kanssa.

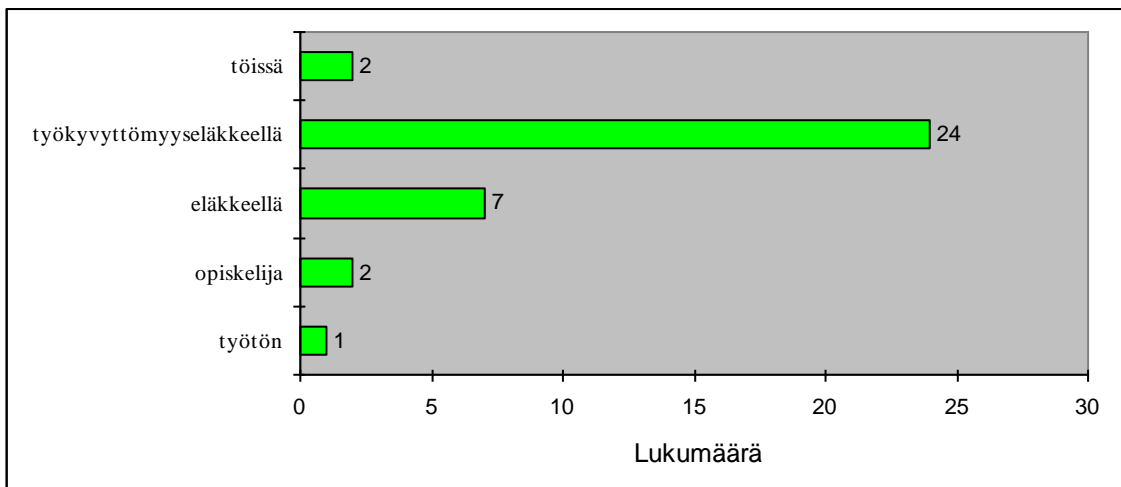
Puhelinhaastatteluihin käytetty aika oli keskimäärin 16 min / puhelu, vaihteluvälin ollessa viidestä minuutista puoleen tuntiin.

Vastaajista 21 oli naisia (58 %) ja 15 miehiä (42 %). Vastaajien ikä vaihteli 24 vuodesta 71 vuoteen, keski-ikä ollessa 53 v. Vastaajista neljä (11 %) kuului nuorimpaan ikäluokkaan eli alle 35 vuotiaisiin, ikäluokkaan 35–49 v kuului 11 henkilöä (31 %) vastaajista, ikäluokkaan 50–64 v kuului 14 vastaajaa (39 %) ja yli 65-vuotiaiden ryhmään seitsemän (19 %) vastaajaa. (Kuvio 4.)



Kuvio 4. Haastateltavat ikäryhmittäin, n=36

Haastateltavista 66 % (24 henkilöä) oli työkyvyttömyyseläkkeellä, vanhuseläkkeellä 19 % (seitsemän henkilöä). Eläkkeellä haastatelluista oli yhteensä 85 %. Yksi henkilö, jolla oli kaksi erillistä käyntikertaa MS-neuvolassa, oli vielä opiskelija (6 %), työttömänä työnhakijana oli yksi henkilö (3 %) ja työelämässä oli mukana ainoastaan kaksi henkilöä (6 %). (Kuvio 5.)



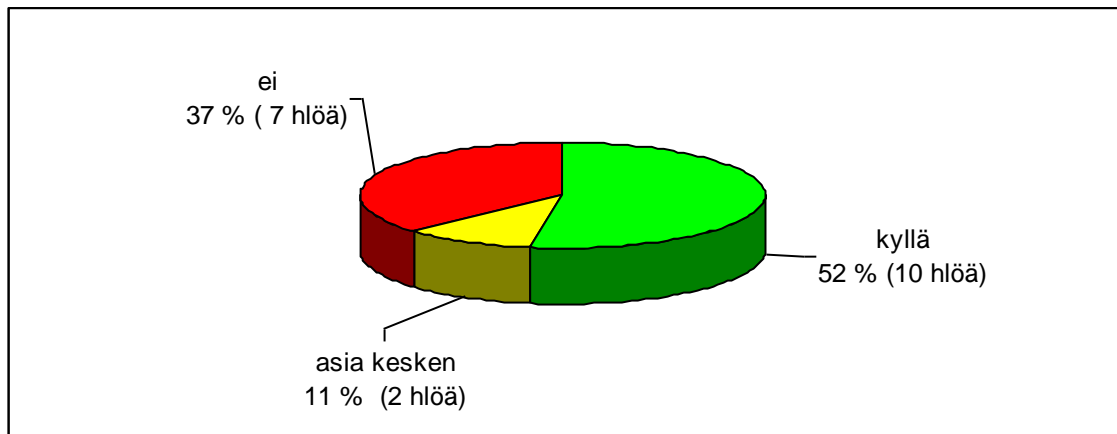
Kuvio 5. Haastateltavien työtilanne, n= 36

Vastaajista suurin osa, 83 % (30 henkilöä) oli turkulaisia, loput 17 % (kuusi henkilöä) oli yksittäisistä kunnista Turun lähialueelta.

## 7.2 Kuntoutussuunnitelmien toteutuminen

Joka toiselle (18) asiakkaalle laadittiin neuvolakäynnin aikana kirjallinen kuntoutussuunnitelma. Laaditulla kuntoutussuunnitelmalla haettiin Kelasta eri terapioiden ja / tai laitostuntoutusjaksoja. Fysioterapiaa (ft) anottiin 13 henkilölle ja se myönnettiin kaikille. Yhden henkilön kohdalla fysioterapiaa anottiin 150 x vuodessa, sitä myönnettiin 140 x vuodessa. Toisen henkilön kohdalla fysioterapiaa anottiin 65 x vuodessa ja sitä myönnettiin 70 x vuodessa. Allasterapiaa anottiin neljälle, ratsastusterapiaa kahdelle ja lymfaterapiaa yhdelle henkilölle. Yhden henkilön kohdalla ratsastusterapiaa anottiin 30 x ja sitä myönnettiin 20 x vuodessa. Muiden henkilöiden osalta myönnetty terapiamäärät olivat määrältään kuntoutussuunnitelman mukaisia. Kahdeksalle henkilölle anottiin ainoastaan fysioterapiaa, viidelle henkilölle anottiin fysioterapian lisäksi muita terapioiden. Kahden henkilön kohdalla anottiin fysioterapian lisäksi sekä allasterapiaa että ratsastusterapiaa. Näiden kaikkien henkilöiden kohdalla terapioiden anottiin Kelalta vaikeavammaisen lääkinnällisenä kuntoutuksena.

Kelaan osoitetuissa kuntoutussuunnitelmissa sopeutumisvalmennus- tai laitostuntoutusjaksoa (myöhemmin käytetään vain termiä laitostuntoutusjakso) anottiin yhteensä 19 henkilölle. Laitostuntoutusjakso myönnettiin kymmenelle henkilölle (52 %), kaksi hakijaa (11 %) ei tiennyt päätöksestä vielä puhelinhaastattelun aikana ja seitsemän henkilöä (37 %) oli saanut Kelalta hylätyn päätöksen laitostuntoutusjaksosta. (Kuvio 6.) Näistä 19 laitostuntoutusjakson hakijasta kuudelle sitä haettiin Kelan harkinnanvaraisena kuntoutuksena ja 13:lle vaikeavammaisen lääkinnällisenä kuntoutuksena.



Kuvio 6. Laitoskuntoutusjakson myöntäminen (n=19)

Harkinnanvaraisena kuntoutuksena anotuista laitoskuntoutusjaksoista (n=6) myönteisen päätöksen sai kaksi hakijaa (33 %), kolmelle hakijalle oli tullut hylätty päätös (50 %) ja yksi hakija ei tiennyt päätöksestä vielä mitään.

Vaikeavammaisen lääkinnällisenä kuntoutuksena anotuista laitoskuntoutusjaksoista (n=13) myönteinen päätös oli tullut kahdeksalle hakijalle (61 %), hylätty päätös neljälle hakijalle (31 %) ja yksi hakija (8 %) ei tiennyt päätöksestä. Hakijat kertoivat itse, että hylättyjen päätösten syyksi oli ilmoitettu, että avokuntoutus katsotaan riittävän toimintakyvyn ylläpitämiseksi.

### 7.3 Terveyskeskukseen tai keskussairaalaan osoitettujen suositusten toteutuminen

Terveyskeskukseen osoitettiin yhteensä 21 eri suositusta 17 eri henkilön kohdalla. Suositus liittyi joko apuvälineisiin, fysioterapiaan tai terveyskeskuksen toimintaterapeutin kotikäyntiin (Taulukko 1, sivulla 37). Yhdenkään henkilön kohdalla suositusta apuvälineistä ei tehty keskussairaalaan. Tässä aineistossa ei tullut myöskään yhtään suositusta kuntoutusohjaajan kotikäynnistä.

Apuvälineitä suositeltiin kolmelle henkilölle, joista yhdelle suositeltiin kahta eri apuvälinettä. Kaksi henkilöä oli saanut suositellun apuvälineen (polvituet, peroneustuki, kol-

mipyöräinen polkupyörä), yhden henkilön kohdalla apuvälineprosessi oli vielä kesken (pyörätuolin vaihtaminen).

Kahdelle henkilölle suositeltiin terveyskeskuksen toimintaterapeutin kotikäyntiä, toinen niistä oli toteutunut. Toista kotikäyntiä, joka liittyi mm. pyörätuolin vaihtamiseen, ei ollut vielä tehty kun suosituksen tekemisestä oli kulunut 4,5 kuukautta. Seitsemän kuukauden kohdalla tehtiin uusi puhelinsoitto, jolloin selvisi, että pyörätuolia oli jo sovitettu mutta henkilö ei ollut sitä vielä itselleen saanut.

Yhdelle henkilölle suositeltiin puheterapeutin konsultaatiota terveyskeskuksen kautta. Tämä konsultaatio oli toteutunut ja kyseisellä henkilöllä oli alkamassa puheterapiajakso terveyskeskuksessa.

Fysioterapiaa suositeltiin järjestettäväksi terveyskeskuksen kautta 15 henkilölle. Myöntöisen päätöksen fysioterapiasta oli saanut 12 henkilöä (80 %), yksi henkilö oli saanut hylätyn päätöksen (7 %) ja kaksi henkilöä (13 %) ei tiennyt päätöksestä itse vielä mitään. Toinen näistä päätöksestä tietämättömistä henkilöistä oli käynyt fysioterapeutin luona arvioissa, mutta ei tiennyt tuleeko fysioterapiaa saamaan, miten paljon ja koska se mahdollisesti alkaisi. Ja toinen ei ollut kuullut asiasta mitään kun neuvolakäynnistä ja suosituksen tekemisestä oli kulunut yli 4 kuukautta. Hylätyn fysioterapiapäätöksen saanut henkilö oli ohjattu 10 käyntikerran ryhmävoimisteluun, kyseinen henkilö käy fysioterapiassa itse maksavana.

Taulukko 1. Terveyskeskukseen osoitettujen suositusten toteutuminen

	suosituksia	myönnetty / toteutunut	asian käsittely kesken	hylätty / ei toteutunut
apuvälineet	3	2	1	
fysioterapia	15	12	2	1
puheterapia	1	1		
kotikäynti	2	1	1	

Kaksi henkilöä, jolle fysioterapiaa oli myönnetty, ei tiennyt terapian kokonaismäärää. Kaksi henkilöä oli voinut aloittaa fysioterapian vasta noin 5 kuukauden kuluttua hake-

muksen tekemisestä, vaikka olisivat halunneet aloittaa jo aiemmin. Kahdelle henkilölle oli vähennetty fysioterapiamäärää anotusta, toiselle 60 anotusta myönnettiin 45 kertaa vuodessa ja toiselle 45 kertaa anotusta myönnettiin 30 kertaa vuodessa. Yksi henkilö oli käynyt keväällä yksilöfysioterapiassa 10 kertaa ja syksyllä hänet ohjattiin tasapainoryhmään (anottu yksilöllistä fysioterapiaa 30 kertaa vuodessa). Yksi yli 65 -vuotias henkilö oli saanut terveystieteiden keskukselta maksusitoumuksen samalle yksityiselle fysioterapeutille, jossa oli käynyt alle 65-vuotiaanakin Kelan kustantamana.

#### 7.4 Muiden kuntoutukseen liittyvien hakemusten toteutuminen

Yhdeksälle henkilölle tehtiin lisäksi muu henkilön kuntoutukseen liittyvä hakemus, yhteensä nämä koskivat 12 eri hakemusta. Viidelle heistä tehtiin myös muita aiemmin tässä työssä esitettyjä suunnitelmia tai suosituksia.

Kahdelle henkilölle haettiin eläkkeensaajan hoitotukea, toiselle se haettiin korotettuna ja toiselle alimmaisena eläkkeensaajanhoitotukena. Kahdelle henkilölle haettiin vammaispalvelulain mukaista kuljetuspalvelua ja kahdelle omaishoidontukea. Kaikki nämä anottu tuet tai palvelut myönnettiin hakijalle. Yhden henkilön kohdalla haettiin vammaistukea mutta sairauteen liittyvät kulut eivät olleet riittävät, jotta vammaistukea olisi myönnetty.

Yksi henkilö tarvitsi lääkärintodistuksen ajokortin uusimista varten ja yksi henkilö haki autoveronpalautusta. Molemmista asioista tuli myönteinen päätös hakijalle. Lisäksi yhtä MS-neuvolassa kävijää ohjattiin olemaan yhteydessä MS-liiton työsuunnittelijaan selvittääkseen opiskeluun liittyviä asioita. Kyseinen henkilö oli ollut yhteydessä työsuunnittelijaan ja he olivat selvittäneet epäselviä asioita yhdessä oppilaitoksen kanssa.

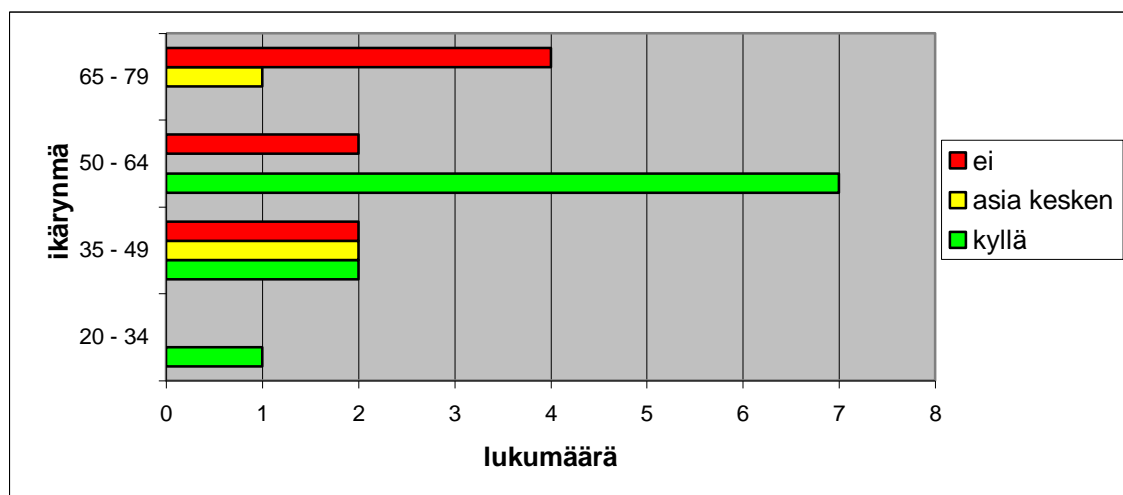
Lisäksi kahden henkilön kohdalla anottiin Suomen MS-liiton järjestämälle ja Raha-automaattiyhdistyksen kustantamalle kuntoutuskurssille. Toinen heistä oli saanut kielteisen päätöksen hakemalleen kurssille ja sama hakemus oli siirretty seuraavalle vastaavanlaiselle kurssille. Toisen hakijan kohdalla kyseiseen kurssin liittyviä valintoja ei ollut vielä tehty vaan ne tullaan tekemään noin 1,5 kuukautta ennen kyseisen kurssin alkua.

## 7.5 Asiakaskohtaiset ja palvelukohtaiset erot toteutumisessa

Kelalle osoitetut terapiahakemukset (fysioterapia, ratsastusterapia, allasterapia ja lymfaterapia) myönnettiin 100 %:sesti. Terveyskeskukselle osoitetuista terapia-hakemuksista (fysioterapia ja puheterapia) toteutui 81 %. Muut kuntoutukseen liittyvät hakemukset toteutuivat yhtä vammaistukihakemusta lukuun ottamatta kaikki.

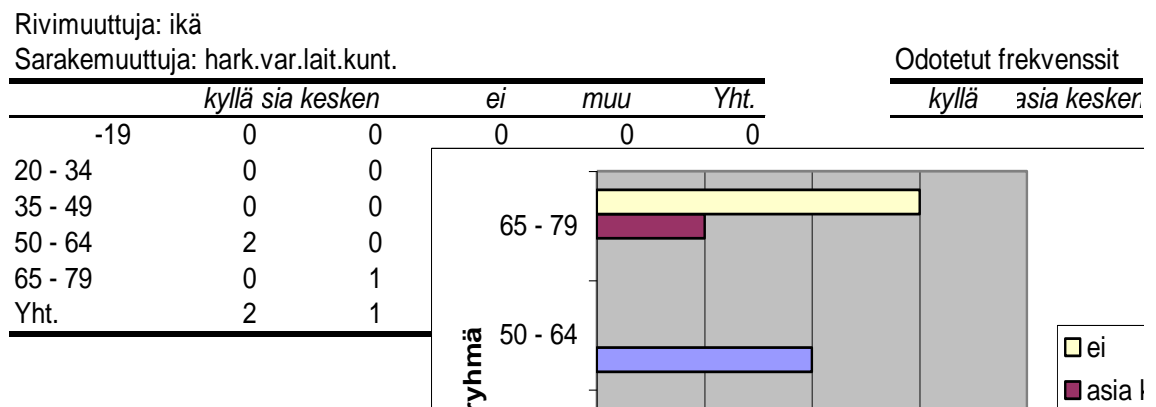
Terapiahakemuksia tehtiin yhteensä 28 henkilölle. Näistä 13 Kelalle vaikeavammaisten lääkinnällisenä kuntoutuksena ja 15 kohdalla hakemus osoitettiin terveyskeskukseen tai keskussairaalaan. Näistä henkilöistä 89 %:lle (25 henkilöä) terapia myönnettiin, 7 % osalta (kaksi henkilöä) lopullista päätöstä ei ollut vielä asiakkaan tiedossa ja 4 % osalta (yksi henkilö) oli arvioitu, ettei yksilöllisen fysioterapian tarvetta ole vaan hänelle riittää ryhmävoimistelu.

Yhteensä laituskuntoutusjaksoja anottiin 21 henkilölle: kuudelle henkilölle Kelan harkinnanvaraista laituskuntoutusta, 13 henkilölle Kelan vaikeavammaisten laituskuntoutusta ja kahdelle Raha-automaattiyhdistyksen kustantamaa laituskuntoutusta. 48%:lle hakijoista laituskuntoutusjaksosta tuli myönteinen päätös, 14 %:lla (3 henkilöä) asian käsittely oli vielä kesken ja 38 % (8 henkilöä) oli saanut hylätyn päätöksen laituskuntoutusjaksosta. Kuvio 7 selviää päätösten jakautuminen lukumääräisesti ikäryhmittäin.



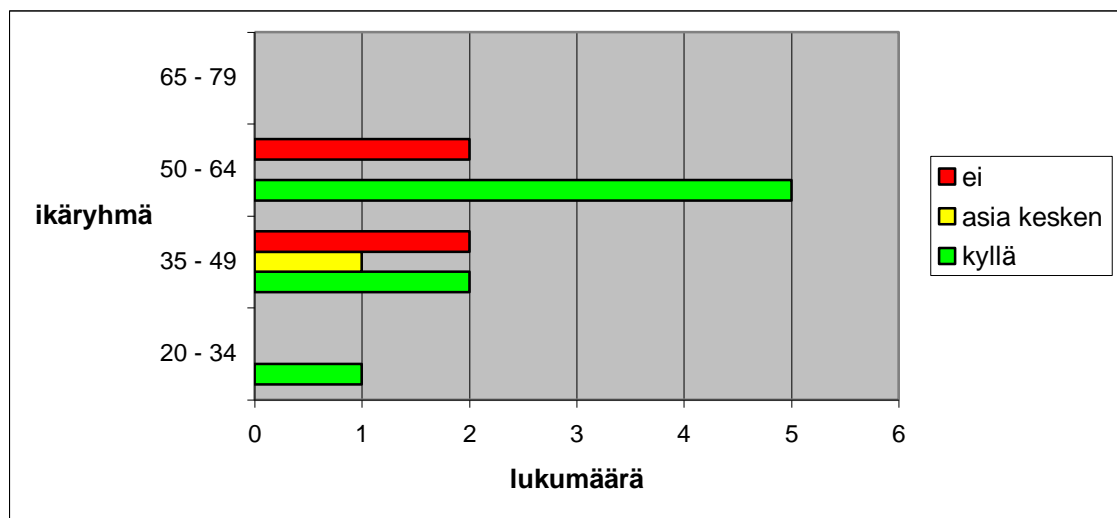
Kuvio 7. Laituskuntoutusjaksojen myöntäminen ikäryhmittäin (n=21)

Kelan harkinnanvaraista laitostuntoutusjaksoa anottiin kuudelle henkilölle, jotka olivat kaikki yli 50-vuotiaita. Molemmat myönnetyt harkinnanvaraiset laitostuntoutusjaksot kohdistuivat alle 65-vuotiaisiin hakijoihin. Yli 65-vuotiaista hakijoista kolme oli saanut kielteisen päätöksen ja yksi hakija ei tiennyt päätöksestä mitään. (Kuvio 8.) Tilastollisesti tämä on melkein merkitsevä ( $p=0,0498$ ).



Kuvio 8. Harkinnanvaraisen laitostuntoutusjakson myöntäminen (n=6)

Kelan vaikeavammaisten laitostuntoutusjaksoa anottiin 13 henkilölle. Tilastollisesti myönnettyillä jaksoilla ei ollut merkitsevyyttä iän suhteen. (Kuvio 9.)



Kuvio 9. Vaikeavammaisten laitostuntoutusjaksojen myöntäminen (n=13)



Muualta kuin Turusta olevien asiakkaiden vähäisyyden vuoksi (17 %) ei selvitystä hakijan kotikunnan mukaan tehty. Samoin selvitystä asiakkaan työtilanteen mukaan ei tehty, koska tutkimukseen osallistuvista 85 % oli eläkkeellä. Tällä haluttiin turvata tutkimukseen osallistujien anonymiteetti. Puhelinhaastattelun yhteydessä ei myöskään selvitetty sitä, missä Kelan paikallistoimistossa hakemukset olivat käsitelty.

## 7.6 Tietoisuus itseään koskevista suunnitelmista

MS-neuvolassa kävijöistä 67 % (24 henkilöä) muisti puhelinkeskustelun yhteydessä, mitä suunnitelmia ja suosituksia neuvolakäynnin aikana oli tehty. Kävijöistä 19 % (seitsemän henkilöä) ei muistanut, mitä käynnillä oli suunniteltu, mutta muistivat asioita hieman paremmin, kun heille annettiin siitä vihjeitä. 14 % tutkimukseen osallistujista (viisi henkilöä) muisti osan suunnitelluista asioista mutta eivät kaikkea. Jokaiseen ikäluokkaan kuului niitä henkilöitä, jotka eivät aktiivisesti muistaneet neuvolakäynnin aikana tehtyjä suunnitelmia. Tilastollisesti iällä ei ollut merkitsevyyttä asioiden muistamiseen.

## 7.7 Hakemisprosessin sujuminen

MS-neuvolassa laaditut hakemukset tarpeellisine liitteineen toimitettiin neuvolakäynnin yhteydessä sovitulla tavalla: postittamalla paperit suoraan viranomaisille tai postittamalla ne asiakkaan kotiin, josta hän ne sitten toimitti eteenpäin viranomaisille. Yhden asiakkaan kohdalla paperit kulkivat kodin kautta. Asiakkaat jäivät odottamaan päätöstä ja heitä ohjattiin olemaan yhteydessä Kelaan tai omaan terveyskeskukseen, jos päätöksen saaminen kesti odotettua kauemmin.

Yksi hakijoista oli tehnyt valituksen eduskunnan oikeusasiamiehelle kuntoutussuunnitelmaan liittyvän päätöksen viipymisestä. Puhelinhaastattelu suoritettiin noin 4 kuukauden kuluttua kuntoutussuunnitelman tekemisestä ja haastatteluvaiheessa hakija oli saanut myönteisen päätöksen Kelalta. Yksi henkilö oli sovitusti yhteydessä MS-liiton työntekijään asioidensa eteenpäin viemiseksi. Muut henkilöt eivät olleet itse yhteydessä kuntoutusviranomaisiin. Henkilöitä, jotka eivät puhelinhaastattelun aikana olleet tietoi-

sia anottujen asioiden päätöksistä, ohjattiin olemaan yhteydessä siihen toimipisteeseen, johon hakemus oli toimitettu.

## 8 TULOSTEN TARKASTELUA

Tässä opinnäytetyössä oli tarkoituksena selvittää, miten Turun MS-neuvolassa tehdyt kuntoutukseen liittyvät suunnitelmat toteutuivat ja oliko niiden toteutumisessa asiakas- tai palvelukohtaisia eroja. Opinnäytetyössä selvitettiin myös sitä, miten hyvin hakijat itse muistivat, mitä suunnitelmia neuvolakäynnin yhteydessä tehtiin ja miten palveluiden hakemisprosessi oli kokonaisuudessaan sujunut.

Opinnäytetyön tulosten avulla pyritään kehittämään Turun MS-neuvolan tarjoamia palveluita. Työn tuloksia on esitetty MS-neuvolan henkilökunnalle ja niiden pohjalta työntekijät ovat tehneet uusia suunnitelmia oman työnsä kehittämiseksi.

Tässä tutkimusjoukossa monelle tehtiin MS-neuvolassa terapia- tai laitostuntoutussuositus. Tuloksia lukiessa tulee huomioida, että on mahdollista, että niillä, joilla ei neuvolassa tehty ko. suosituksia, on ne tehty jossain muussa terveydenhoitoyksikössä tai edellisellä neuvolakäynnillä. Ne, kenelle ei kyseisellä käynnillä esim. kuntoutussuunnitelmaa tehty, ei siis tarkoita sitä, että henkilöllä ei sitä lainkaan olisi.

Huomioitavaa on myös se, että MS-neuvolan asiakaskunta painottuu vaikeavammaisiin kuntoutujiin, koska Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirissä MS-potilaan hoitovastuu säilyy TYKS:ssa MS-taudin etenemisen hidastamiseksi käytettävien lääkehoitojen suunnittelu- ja toteutusvaiheessa.

Soittolupapyyntö saatekirjeineen ja vastauskuorineen lähetettiin niille 44 MS-potilaalle, joille oli tehty Turun MS-neuvolassa 9.1. – 12.6.2007 välisenä aikana kuntoutussuunnitelma, kuntoutukseen liittyvä suositus tai muu kuntoutukseen liittyvä hakemus. Luvan puhelinsoittoon antoi 36 henkilöä ja kaikki nämä henkilöt antoivat luvan tietojen käyttämiseen myös tässä opinnäytetyössä. Vastausprosentti oli 81,8 %. Vastausprosentin

suuruudesta voidaan päätellä, että tutkimuksen aihe koettiin tärkeäksi ja kyseiset MS-potilaat ovat kiinnostuneita osallistumaan omien ja samalla koko potilasryhmän kuntoutusmahdollisuuksien selvittämiseen.

Monet vastaajista kertoivat myös, että puhelimitse kysyttäviä asioita oli helpompi selvittää kuin paperisella kyselylomakkeella. Jotkut totesivat myös, että olisivat harkinneet tarkemmin osallistumistaan, jos vastausmuotona olisi ollut täytettävä kyselylomake. Tutkija oli kaikille vastaajille entuudestaan tuttu, joten kommunikointi sujui puhelimesa helposti. Sovittua yhteydenottoa monet odottivat innolla.

MS-tauti on naisilla hieman yleisempi kuin miehillä. Vaikka tutkimusjoukko oli pieni, tuli tämä esille myös tässä joukossa: vastanneista naisia oli 58 % ja miehiä 42 %.

#### 8.1 Kuntoutussuunnitelmien, kuntoutukseen liittyvien suositusten ja muiden kuntoutukseen liittyvien hakemusten toteutuminen

MS-potilaan kuntoutuksen kulmakivet ovat sopeutumisvalmennus, yksilöllinen fysioterapia ja neurologisesti erikoistunut laituskuntoutus (Ruutiainen & Sivenius 2003, 217). Tässäkin tutkimuksessa eniten kuntoutukseen liittyviä anomuksia tehtiin fysioterapiasta (78 %:lle) ja laituskuntoutusjaksoista (58 %:lle). Näiden molempien kuntoutusmuotojen tavoitteena on tukea MS-potilaan työ- ja toimintakykyä (Ruutiainen & Sivenius 2003, 217). Ammatilliseen kuntoutukseen liittyviä suunnitelmia ei tässä tutkimusaineistossa ollut lainkaan.

Kelalta anotut terapiat (fysioterapia, ratsastusterapia, allasterapia ja lymfaterapia) myönnettiin 100 %:sesti. Joidenkin terapioiden määrät muuttuivat anotusta, mutta muutokset koskivat vain muutamaa hakijaa ja muutosmäärät olivat pieniä. Erityisesti merkille pantavaa on se, että yhden henkilön kohdalla Kelan myönsi fysioterapiaa kuntoutussuunnitelmassa mainittua määrää suurempana. Yhtenä syynä tähän terapiamäärän lisäämiseen oli varmaan se, että kyseisen hakijan kohdalla laituskuntoutusjakso oli hylätty. Terveyskeskuksesta anotun fysioterapioiden myöntämisessä oli hieman enemmän hajontaa. Fysioterapiaa myönnettiin 80 %:lle hakijoista. Suurimpana ongelmana kuntoutujat kokivat sen, että päätöksen saaminen terveyskeskuksesta ja siitä johtuen terapi-

an aloittaminen kestää kauan. Muutama kuntoutuja oli käynyt terveystieteiden keskuksessa fysioterapeutin luona arvioissa, mutta lopullista päätöstä esim. terapiamäärästä ja alkamisajankohdasta ei kuntoutujalla ollut tiedossa.

Anotut laitoskuntoutusjakso toteutuivat tämän tutkimuksen kohteista heikoiten. Vain 48% kaikille laitoskuntoutusjaksoa hakeneille tuli myönteinen päätös, 14 %:lla asian käsittely oli vielä kesken ja 38 % oli saanut hylätyn päätöksen laitoskuntoutusjaksosta. Anottuja laitoskuntoutusjaksoja hylättiin selvästi enemmän kuin Kelassa keskimäärin. Kelan tiedotteen mukaan vuoden 2007 ensimmäisellä puolivuotiskaudella hylättyjä päätöksiä vaikeavammaisten lääkinällisen kuntoutuksen yksilöllisissä laitoskuntoutusjaksoissa on ollut 22,1 % (Kansaneläkelaitos 9.10.2007). Tässä tutkimuksessa vastaavia vaikeavammaisten lääkinällisenä kuntoutuksena anottuja laitoskuntoutusjaksoja hylättiin 31 %. Tässä tutkimuksessa ei selvitetty kuitenkaan sitä, kuinka usein hylätyn laitoskuntoutusjaksopäätöksen saanut henkilö on aiemmin saanut myönteisen päätöksen laitoskuntoutusjaksosta.

Terveystieteiden keskukselta anottujen apuvälineiden myöntäminen oli toteutunut täysin, joskin yhden henkilön kohdalla oli apuvälineprosessi vielä kesken. Nämä kaikki apuvälinetarpeet tulivat esille kuntoutujilta itseltään. Yhdessä kuntoutujien kanssa oli selvitetty sopiva malli ja kuntoutujat saivat anotut apuvälineet. Sirppa Kinoksen (2006) lisensiaattityössä tuli esille, että usein laitoskuntoutusjaksolla tehdyt suositukset eivät aina toteutuneet, koska kuntoutujat eivät halunneetkaan suositeltua palvelua tai tukitoimeita. Yhtenä syynä tähän Kinos tuo esille sen, että suositukset eivät vastaa asiakkaan tarpeita, koska suositukset ovat laadittu kaukana asiakkaan arkielämästä. MS-neuvolassa tehdyt suositukset vastaavat kuntoutujan tarpeisiin ja suositukset on laadittu lähellä kuntoutujan arkielämää. Usein myös apuvälineen tarpeen tuo kuntoutuja itse esille ja näin ollen sen todellinen käyttötodennäköisyys on suurempi kuin esim. laitoskuntoutusjakson aikana tehdyissä suosituksissa. Tämän tutkimuksen aineistossa apuvälineitä suositeltiin kuitenkin niin vähän, että voitaisiin tehdä vertailevia päätöksiä valtakunnallisiin apuvälinesaastavuutta koskeviin selvityksiin.

Kelalta anottiin yhteensä 39 laitoskuntoutusjaksoa ja / tai terapiajaksoa. Joidenkin kuntoutujien kohdalla anomus saattoi sisältää useaa eri terapiaa sekä laitoskuntoutusjaksoa. Näistä myönteinen päätös oli tullut 77 %:lle hakijoista, 5 % ei tiennyt vielä puhelinhaas-

tattelun yhteydessä Kelan päätöstä asiasta ja 18 % hakijoista oli saanut hylätyn päätöksen. Kaikki nämä hylätyt päätökset koskivat laituskuntoutusjaksoa. Anneli Karin (2001) tutkimuksessa Lounais-Suomen alueella noin 97 % Kelalta anotuista laituskuntoutusjaksoista ja terapioista toteutui.

Muut kuntoutukseen liittyvät hakemukset toteutuivat lukuun ottamatta yhtä vammaistukihakemusta, jossa hakijan sairauteen liittyvät kulut eivät olleet riittävät tuen myöntämiseksi.

Valtioneuvoston asetuksessa hoitoon pääsyn toteuttamisesta ja alueellisesta yhteistyöstä (1019 / 2004) on kirjattu hoitoon pääsyn enimmäisajat, jotka koskevat myös lääkinnällistä kuntoutusta. Perusterveydenhuollossa tämä aikaraja lääkinnällisen kuntoutuksen osalta on enintään kolmen kuukautta siitä, kun hoidon tarve on arvioitu. Tässä tutkimuksessa kaikkien mukana olleiden kohdalla ei hoitotakuu toteutunut. Osalla päätös fysioterapian aloittamisesta tai apuvälineen hankkimisesta ei ollut toteutunut, kun tarpeen arvioinnista oli kulunut kolme kuukautta.

## 8.2 Tietoisuus itseään koskevista suunnitelmista

Vain kaksi kolmasosaa (67 %) hakijoista muisti itse kaiken sen, mitä MS-neuvolakäynnillä oli suunniteltu. Jopa viidesosa (19 %) ei muistanut lainkaan mitä neuvolakäynnillä oli suunniteltu. Kaikki kuntoutujat eivät olleet mieltäneet laadittuja hakemuksia ja muita papereita esim. kuntoutussuunnitelmaksi tai joidenkin kohdalla sairauden aiheuttamat muistivaikeudet tulivat selvästi esille haastattelua tehtäessä. Tarkentavia kysymyksiä tehtäessä asiakkaat ilmoittivat tietävänsä, oliko anottuun asiaan tullut jo päätös ja mikä se päätös oli.

Ongelmia asioiden muistamattomuudesta voi tulla esiin silloin, jos asiakas käy monella eri lääkäriä ja asioita laitetaan vireille usealta eri taholta. Jatkossa on syytä miettiä, olisiko tehdyistä suunnitelmista ja lausunnoista hyvä antaa aina asiakkaalle kopio, vaikkei hän sitä itse kokisi tarvitsevänsä.

### 8.3 Kuntoutukseen liittyvien palveluiden hakemisprosessin sujuvuus

Tähän tutkimukseen osallistuneiden kohdalla kuntoutusasioihin liittyvä hakemisprosessi oli sujunut pääasiassa vaivatta. Tarpeellisten papereiden toimittaminen kuntoutusviranomaisille oli tapahtunut MS-neuvolan kautta yhtä poikkeusta lukuun ottamatta.

Kelan kautta anotusta kuntoutuksesta 5 % (kaksi hakemusta) kohdalla päätöstä ei ollut tullut vielä 4 kuukauden kuluttua MS-neuvolakäynnistä. Nämä molemmat anomukset koskivat laituskuntoutusjaksoa. Toisen henkilön kohdalla paperit oli toimitettu Kelaan vasta myöhemmin, koska asiakkaalla oli vielä aiemmin myönnetty laituskuntoutusjakso kesken. Terveyskeskukselle osoitetuissa hakemuksissa kuntoutujat olivat joutuneet odottamaan fysioterapiaa koskevia päätöksiä, joidenkin kohdalla oli terapian myöntäminen epäselvää vielä 4 kuukauden kuluttua MS-neuvolakäynnistä.

Muiden kuin Kelaan ja terveyskeskukseen osoitettujen hakemusten päätökset olivat kuntoutujien tiedossa kun puhelinhaastattelu suoritettiin. Yksi kuntoutuja oli itse ollut sovitusti yhteydessä MS-liiton henkilökuntaan. Muiden kuntoutujien ei ollut tarvinnut ottaa itse yhteyttä mihinkään vaan tieto päätöksistä oli tullut kirjallisesti kotiin.

## 9 POHDINTAA

### 9.1 Opinnäytetyön luotettavuuden ja pätevyyden arviointi

Tutkimuksen luotettavuuteen liittyy tutkimustulosten pysyminen samana, mikäli tutkimus suoritetaan uudestaan samalla kohderyhmälle (reliability). Luotettava tutkimus mittaa myös sitä, mitä sen on tarkoituskin mitata (validity). Opinnäytetyössä olevan aineiston suuruus on riittävä kattamaan tutkimuksen tarkoituksen ja yleistettävyyden, mikä lisää sen luotettavuutta.

Tutkimusjoukko oli tarkasti rajattu ja se oli kohdennettu erityisryhmälle. Haastatteluun osallistui n. 82 % kaikista kyseisenä aikana Turun MS-neuvolassa käyneistä henkilöistä, joille oli tehty kuntoutukseen liittyvä suunnitelma. Korkeasta vastausprosentista johtuen ei ollut enää tarvetta lähettää uusintakirjettä niille, jotka eivät olleet ensimmäiseen kirjeeseen vastanneet.

Haastattelujen aiheet ja tarpeelliset lisäkysymykset suunniteltiin etukäteen tutkimustehtävien pohjalta ja ne esiteltiin kahdella aiemmin MS-neuvolassa käyneellä asiakkaalla. Ennen haastattelujen aloittamista teemahaastattelumenetelmiin perehdyttiin kirjallisuuden avulla. Haastattelutulokset ja niiden kirjaaminen tarkistettiin kahteen eri kertaan virhemahdollisuuksien välttämiseksi.

Teemahaastattelu tehtiin mahdollisimman yhdenmukaisesti liitteessä 4 olevan teemahaastattelurungon mukaisesti. Ensin kysyttiin aina mitä suunnitelmia asiakas itse muisti, että kyseisellä MS-neuvolakäynnillä tehtiin. Heti perään asiakas kertoi myös niiden päätöksistä. Jos asiakas ei muistanut kaikkia kuntoutukseen liittyviä suunnitelmia, häntä autettiin sen tiedon perusteella, jota potilaspaperista oli kerätty.

Luotettavuutta lisää, että puhelinhaastattelussa esitettyjä kysymyksiä pystyttiin tarpeen mukaan tarkentamaan ja selvittämään. Puhelinhaastattelulla pyrittiin myös siihen, että kaikki vastaajat ymmärtävät kysymykset samalla tavalla.

Jokaiseen puhelinsoittoon varattiin riittävästi aikaa ja puhelimessa pyrittiin varmistamaan myös se, että vastaajalla oli riittävästi aikaa. Asiakkaan esittämiin epäselviksi jääneisiin asioihin pyrittiin antamaan vastaukset.

Tutkimus päätettiin tehdä puhelinhaastatteluna, koska tällä menetelmällä arvioitiin vastausprosentin nousevan suuremmaksi kuin kyselylomakkeella suoritettussa tutkimuksessa. Puhelinhaastattelun suoritti vastaajille entuudestaan tuttu henkilö. Lähes kaikki vastaajat vaikuttivat siltä, että haastattelijan tuttuus oli vain eduksi haastattelulle. Tutkimuksessa ei kuitenkaan selvitetty MS-neuvolan henkilökunnan toimintaa tai työskentelytapaa. Tämän vuoksi epäilen, että tutun haastattelijan suorittama puhelinhaastattelu ei muuttanut vastauksia mihinkään suuntaan. Useat haastateltavat kokivat erittäin positiivisena sen, että haastatteliija oli tuttu ja näin ollen hänelle oli helppo kertoa asioita.

## 9.2 Opinnäytetyön eettisyyden arviointi

Asiakkaan tiedot MS-neuvolassa tehdyistä suunnitelmista saatiin MS-neuvolan arkistosta. Potilaspapereita käsiteltiin vain niissä tiloissa ja niistä kirjattiin vain tarpeelliseksi katsotut asiat. Näin kerättyjä tietoja käsiteltiin MS-neuvolan lisäksi Maskun Neurologisessa Kuntoutuskeskuksessa, josta myös suoritettiin kyseiset puhelinsoitot. Puhelinsoitot suoritettiin etukäteen sovittuna aikana suljetussa huoneessa.

Puhelimessa saadut tiedot kirjattiin valmiiksi tehdyille kyselylomakkeelle, jotka numeroitiin numeroilla 1-36. Näissä lomakkeissa ei enää esiintynyt asiakkaan henkilötietoja.

Puhelinhaastattelussa ei vastaajaa johdateltu. Vastaajalle annettiin tarpeeksi aikaa, eikä hänen vastaustaan arvailtu etukäteen. Tarkentavat kysymykset esitettiin vasta sen jälkeen, kun asiakas oli itse ensin vastannut muistamansa asiat.

Etukäteen lähetetyissä kirjeissä kerrottiin jo se, ettei tutkimukseen osallistuminen tai osallistumattomuus vaikuta jatkossa palvelujen saantiin MS-neuvolassa. Samassa kirjeessä pyydettiin myös nimeämään henkilö, jonka kanssa voi asiasta keskustella, jos asiakas ei itse pysty puhelimitse asioimaan. Tätä vaihtoehtoa käytti yksi asiakas hyväksyen.

## 9.3 Opinnäytetyön prosessin arviointi

Opinnäytetyön aihe liittyy läheisesti tutkijan työskentelyyn Turun MS-neuvolassa. MS-neuvolan koko työryhmä on havainnut viime aikoina tekemiensä suositusten hylkäämisprosentin kasvavan aiemmasta. Tältä pohjalta opinnäytetyön aihe valittiin ja sitä lähdettiin tarkemmin pohtimaan teoriaosuuden pohjalta. Aiheen valinnan jälkeen tutustuttiin aiempaan tutkimusmateriaaliin ja teoriaosuuteen, jonka työstäminen alkoi jo alkuvuodesta 2007.

Kirjeiden, vastauskirjeiden, kopioinnin sekä puhelinsoittojen kustannuksista vastasi Maskun Neurologinen Kuntoutuskeskus. Tästä oli suuri taloudellinen apu, sillä osa puhelinsoitoista venyi puoleen tuntiin.



Opinnäytetyöntekijällä on yli 20 vuoden työkokemus MS-neuvolasta. Teoriaosuuden kirjoittamisessa tuli yhtenä hankaluutena esiin lähteiden etsimisen. Kirjoitettaessa tekstiä, joka on oman työkokemuksen pohjalta tiedossa, on vaikea löytää lähteitä. Lukijaa voikin häiritä runsas henkilökohtaisen tiedonannon käyttö teoriaosuudessa, mutta ilman lähdeviitteitä ei teoriaosuutta voinut kirjoittaa.

Tulosten analysoinnissa tulokset ilmaistaan sellaisinaan, kun haastateltava ne sanoo. Tulosten analyysivaiheessa heräsi kiinnostus tietää, miten tutkimukseen osallistuneet henkilöt ovat aiemmin saaneet esim. Kelan myöntämiä laituskuntoutusjaksoja. Tähän ei tutkimuksen eettisyyden vuoksi voitu enää palata, koska tutkittavilta ei ollut pyydetty lupaa näiden asioiden selvittämiseen potilaspapereista käsin.

Johtopäätösten esittäminen oli myös hankalaa ryhmitellä ilman, että tulee liikaa toistoa. Tämän vuoksi asiakas- ja palvelukohtaisia eroja ei enää käsitelty uudestaan johtopäätöksissä.

#### 9.4 Tutkimustulosten hyödyntäminen ja jatkohankkeet

Tutkimuksen tuloksista on informoitu Turun MS-neuvolan henkilökuntaa ja yhdessä on mietitty, miten henkilökunta voisi omaa toimintaansa kehittämällä parantaa asiakkaiden mahdollisuutta saada paremmin kuntoutusta. Todettiin, että erityisesti suositeltaessa laituskuntoutusjaksoja tavoitteiden asetteluun tulee kiinnittää entistä suurempaa huomiota.

MS-neuvolan henkilökunta on laatinut lomakkeen, jonka avulla pyritään entistä paremmin selvittämään kaikki tarpeellinen asia, joita asiakkaan neuvolakäynnin aikana tulee huomioida. Mietinnän alla on myös se, miten seuranta pystytään parantamaan ja varmistamaan.

Tämä oli ensimmäinen varsinainen tutkimus, jossa katsottiin miten Turun MS-neuvolassa laaditut suunnitelmat toteutuvat. Olisi mielenkiintoista selvittää ja verrata miten tulevaisuudessa Turun MS-neuvolassa laaditut kuntoutusta koskevat suunnitelmat toteutuvat.

## LÄHTEET

Anttinen, A. 2007. Neurologi, Lounais-Suomen MS-yhdistys. Turku. Henkilökohtainen tiedonanto 18.9.2007.

Aromaa, A., Huttunen, J., Koskinen, S. & Teperi, J. (toim.) Suomalaisten terveys. Helsinki. Kustannus Oy Duodecim.

Asetus lääkinnällisestä kuntoutuksesta 1015 / 1991. [Luettu 2.8.2007].  
Saataavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1991/19911015>

Asetus vammaisuuden perusteella järjestettävistä palveluista ja tukitoimista 759 / 1987. [Luettu 2.8.2007]. Saataavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1987/19870759>

Enberg, P., Erälinna, J-P., Koivisto, K., Kuusisto, H., Multanen, J., Pirttilä, T., Remes, A., Reunanen, M., Ruutiainen, J., Suhonen, J., Ylinen, A. & Wikström, J. 2005. Interaktiivinen tutkimus MS-tautia sairastavien kokemuksista hoitopalveluiden järjestämisestä Suomessa. Suomen Lääkärilehti 60 (2), 183-187.

Erikoissairaanhoidolaki 1062 / 1989. [Luettu 9.5.2007].  
Saataavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1989/19891062>

Haukka-Wacklin, T. 2007. Avokuntoutusjohtaja. Suomen MS-liitto. Tampere. Henkilökohtainen tiedonanto 9.11.2007.

Helminen, T. 2007. Sairaanhoidtaja. Lounais-Suomen MS-yhdistys. Turku. Henkilökohtainen tiedonanto 3.9.2007.

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

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2004. Tutki ja kirjoita. Helsinki. Tammi.

Järvikoski, A. & Härkäpää, K. 2004. Kuntoutuksen perusteet. Helsinki. WSOY.

Kallanranta, T. 2002. Neurologisen kuntoutuksen vaikuttavuus. Teoksessa Aalto, A-M., Hurri, H., Järvikoski, A., Karjalainen, K., Paatero, H., Pohjolainen, T. & Rissanen, P. (toim.) Kannattaako kuntoutus? Asiantuntijakatsaus eräiden kuntoutusmuotojen vaikuttavuudesta. Stakes raportteja 267. Saarijärvi. Stakes, 99–107.

Kansaneläkelaitos. 2007. Terveys- ja toimeentulo-osasto. Kuntoutusryhmä. Kirjallinen tiedonanto Maskun Neurologiselle Kuntoutuskeskukselle 4.10.2007.

Kansanterveyslaki 66 / 1972. [Luettu 9.5.2007].  
Saataavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1972/19720066>

Kari, A. & Puukka, P. 2001. Vaikeavammaisen kuntoutussuunnitelma – velvollisuus vai mahdollisuus? Kela. Sosiaali- ja terveysturvan katsauksia 44. Turku. Kansaneläkelaitos.

Kinos, S. 2006. MS-kuntoutujien hyvinvointi, koettu terveys ja osallistuminen. Turku. Turun Yliopisto. Lisensiaattitutkimus.

Kotila, M. & Palomäki, H. 2006. Neurologisen potilaan kuntoutus ja työkyvyn arviointi. Teoksessa Soinila, S., Kaste, M. & Somer, H. (toim.) Neurologia. Jyväskylä. Duodecim, 602–605.

Kuntoutuksen kustannuksista ja vaikuttavuudesta. Tausta-aineisto valtioneuvoston kuntoutusselontekoon. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2002:5. [Luettu 9.10.2007]. Saatavissa: <http://pre20031103.stm.fi/suomi/eho/julkaisut/ehosisallys28.htm>

Kuntoutusasiain neuvottelukunta 2003. Vastuunjako ammatillisessa kuntoutuksessa. Muistio 29.9.2003. [Luettu 15.11.2007]. Saatavissa: <http://www.vkk.fi/palveluverkosto/pdf/vastuunjakomuistio.pdf>

Kuntoutusselonteko 2002. Sosiaali- ja terveysministeriö. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2002:6. [Luettu 23.5.2007]. Saatavissa: <http://pre20031103.stm.fi/suomi/eho/julkaisut/kuntselonteko2002/kselte02.pdf>

Käypä hoito –suositus 2006. MS-taudin lääkehoito ja kuntoutus. [Luettu 15.5.2007]. Saatavissa: <http://www.kaypahoito.fi/xmedia/extra/hoi/hoi36070.pdf>

Laki julkisesta työvoimapalvelusta 1295 / 2002. [Luettu 20.5.2007]. Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2002/20021295>

Laki Kansaneläkelaitoksen kuntoutusetuuksista ja kuntoutusrahaetuksista 566 / 2005. [Luettu 9.5.2007]. Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2005/20050566>

Laki kuntouttavasta työtoiminnasta 189 / 2001. [Luettu 20.5.2007]. Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2001/20010189>

Laki kuntoutuksen asiakasyhteistyöstä 487 / 2003. [Luettu 9.5.2007]. Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2003/20030497>

Laki vammaisuuden perusteella järjestettävistä palveluista ja tukitoimista 380 / 1987. [Luettu 9.5.2007]. Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1987/19870380>

Lounais-Suomen MS-yhdistyksen toimintakertomus 2006. Turku.

Lounais-Suomen MS-yhdistyksen toimintasuunnitelma 2007. [Luettu 9.5.2007]. Saatavissa: [www.ms-liitto.fi/index.phtml?=147](http://www.ms-liitto.fi/index.phtml?=147)

Lukkarinen, H. 2001. Ihmisten kokemukset hoitotieteellisenä tutkimusilmionä. Fenomenologinen lähestymistapa. Teoksessa Janhonen, S. & Nikkonen, M. (toim.) Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Helsinki. WSOY, 116–164.

Manninen, P. 2004. Johdatus tilastolliseen data-analyysiin. Sovellus- ja atk-keskeinen näkökulma. Opetusmoniste B 44. Matematiikan, tilastotieteen ja filosofian laitos. Tampereen Yliopisto. Tampere. Tampereen Yliopistopaino OY.

- Paatero, H., Kivekäs, J. & Vilkkumaa, I. 2003. Kuntoutusjärjestelmä. Teoksessa Kallanranta, T., Rissanen, P. & Vilkkumaa, I. (toim.) Kuntoutus. Jyväskylä. Duodecim, 109 – 126.
- Piirainen, K. & Kallanranta, T. 2003. Kuntoutuspalvelut kuntoutuksen ja muutoksen takana. Teoksessa Kallanranta, T., Rissanen, P. & Vilkkumaa, I. (toim.) Kuntoutus. Jyväskylä. Duodecim, 94–108.
- Rantamäki, M., IImanen, I., Rintala, K., Laine, R-H., Muilu, S., Hallila, A., Korpi, J. & Koivisto, K. 2001. MS-potilaan hoito ja kuntoutus Etelä-Pohjanmaalla. Julkaisusarja B. Raportit. Seinäjoen keskussairaala.
- Riikonen, E. & Järvikoski, A. 2003. Mielenterveysongelmat. Teoksessa Kallanranta, T., Rissanen, P., Vilkkumaa, I. (toim.) Kuntoutus. Jyväskylä. Duodecim, 162–172.
- Rissanen, P. 2003. Hoito- ja kuntoutussuunnitelma. Teoksessa Kallanranta, T., Rissanen, P., Vilkkumaa, I. (toim.) Kuntoutus. Jyväskylä. Duodecim, 502–509.
- Ruutiainen, J. 2003. Kuntoutus kannattaa MS-taudissa. Suomen Lääkärilehti 58 (49–50), 5055–5058.
- Ruutiainen, J. 2005. Minulla on MS. Tärkeää tietoa vastasairastuneelle. Suomen MS-liiton julkaisuja n:o 1.
- Ruutiainen, J. & Sivenius, J. 2003. Etenevät neurologiset sairaudet. Kallanranta, T., Rissanen, P., Vilkkumaa, I. (toim.) Kuntoutus. Jyväskylä. Duodecim, 209–222.
- Ruutiainen, J. & Tienari, P. 2006. MS-tauti ja muut demyelinaatiosairaudet. Teoksessa Soinila, S., Kaste, M., & Somer, H. (toim.) Neurologia. Jyväskylä. Duodecim, 379–394.
- Saaristo, A., Sjöblom, P., Sainio, A. & Romppanen, J. 2006. Mistä saan apua? Tärkeää tietoa sosiaaliturvasta. Suomen MS-liiton julkaisusarja n:o 17.
- Salmela, T. 1997. Asiakaspalautteen haaste. Menetelmiä ja esimerkkejä. Stakes. Oppaita 32. Jyväskylä. Gummerus.
- Sjöberg, M-T. 2007. Kuntoutusohjaaja. Turun Yliopistollinen Keskussairaala. Turku. Henkilökohtainen tiedonanto 19.9.2007
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2005. Kuntatiedote 9.12.2005. Kansaneläkelaitoksen ja julkisen terveydenhuollon yhteistyö vaikeavammaisen kuntoutuksen järjestämisessä. Helsinki. [Luettu 3.5.2007]. Saatavissa: [http://www.vane.to/kirjasto/Kuntatiedote\\_17\\_2005.pdf](http://www.vane.to/kirjasto/Kuntatiedote_17_2005.pdf)
- Töytäri, O. 2007. Apuvälineiden ja apuvälinepalvelujen saatavuus terveyskeskuksissa ja keskussairaaloissa 2006. Selvitys apuvälineiden luovutuskäytännöistä ja apuvälinepalvelujen toteutuksesta. Stakesin raportteja 15 / 2007. Helsinki. [Luettu 12.11.2007]. Saatavissa: <http://www.stakes.fi/verkkojulkaisut/raportit/R15-2007-VERKKO.pdf>

Valtioneuvoston asetus hoitoon pääsy toteuttamisesta ja alueellisesta yhteistyöstä 1019 / 2004. [Luettu 9.5.2007]. Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2004/20041019>

Viitanen, E. & Piirainen, A. 2003. Kuntoutujan arvioima kuntoutustarve ja odotukset omalle kuntoutumiselle. Kuntoutus 1, 24-35.

## AIKAISEMMAT

## TUTKIMUKSET

## LIITE 1

tekijä, vuosi	mitä tutkittu, missä	tutkimuksen nimi	keskeiset tulokset oman oppinnäytetyön kannalta
Enberg P ym. Suomen MS-liitto 2005	MS-tautia sairastavien kokemuksia hoitopalveluiden järjestämisestä, 400 MS-potilasta seitsemällä eri paikkakunnalla	Interaktiivinen tutkimus MS-tautia sairastavien kokemuksista hoitopalveluiden järjestämisestä Suomessa	Kuntoutukseen tyytyväisempiä MS-potilaita olivat ne, joilla oli ”oma” neurologi sekä MS-hoitaja ja jotka olivat tietoisia omasta kuntoutussuunnitelmastaan.
Kari Anneli, Puukka Pauli Kansaneläkelaitos, Turku 2001	Selvitettiin kuntoutussuunnitelmien sisältöä ja rakennetta Kelan Lounais-Suomen vakuutusalueella 200 vaikeavammaisen asiakirjoista	Vaikeavammaisen kuntoutussuunnitelma – velvollisuus vai mahdollisuus	Moniammatillisen työryhmän laatimat asiakirjat olivat parempia kuin yksittäisten lääkärin laatimat. Suositelluista terapeutoista toteutui lähes kaikki (97–98%). Vaikeavammaisen kuntoutussuunnitelmissa oli puutteellisuksia.
Kinos Sirppa Lisensiaatin tutkielma, Turun Yliopisto, Sosiaalipoliitikka 2006	Miten Maskun Neurologisessa Kuntoutuskeskuksessa kuntoutusjaksolla annetut suositukset toteutuvat. Pohdittiin myös kuntoutuksen merkitystä hyvinvoinnin tukena. 100 MS-potilasta	MS-kuntoutujien hyvinvointi, koettu terveys ja osallistuminen	Annetut suositukset toteutuivat melko huonosti. Usein suosituksen toteutumattomuuden syynä oli se, ettei kuntoutuja halunnutkaan suositeltua palvelua tai tukitoimea. Syynä oli joskus myös se, että kuntoutuja oli usein epäietoinen siitä, mikä suosituksen kohtalo oli ja miten hänen itsensä pitäisi toimia.
Töytäri Outi Stakes 2007	Miten henkilöt saavat apuvälineitä terveydenhuollossa	Apuvälineiden jaapuvälinepalvelujen saatavuus terveyskeskuksissa ja keskussairaaloissa 2006. Selvitys apuvälineiden luovutuskäytännöistä	Apuvälineiden tarvitsijat saivat tarvitsemiaan apuvälineitä hieman paremmin kuin vuonna 2000. Eniten puutteita oli ulkona käytettävän rolatorin sekä erilaisten tukien saatavuudessa. Joidenkin apuvälineiden luovuttamiseen oli asetettu määrä- ja uusimisrajoituksia.
Viihinen Elina, Piirainen Anja Suomen MS-liitto 2002	Määrittellee MS-potilaan koettua kuntoutustarvetta ja mitä siihen liitetään, millaisia odotuksia omalle kuntoutukselle on olemassa.	Kuntoutujan arvioima kuntoutustarve ja odotukset omalle kuntoutumiselle	Haastateltavilla ei ollut kokonaiskuvaava alueen kuntoutuspalveluista. Laitoskuntoutusjaksoa (2-3vk) pidettiin liian pitkänä. Tutuin kuntoutusmuoto oli fysioterapia. Kuntoutustarve painottui henkisen hyvinvoinnin lisäämiseen ja sosiaalisen tuen saamiseen.

Anne Huuskonen  
Lampolankatu 9 as 37  
20460 TURKU

10.5.2007

Turun MS-neuvolan johtaja Anu Anttinen  
Lounais-Suomen MS-yhdistys  
Sirkkalankatu 4  
20500 TURKU

## ASIA: TUTKIMUSLUPA-ANOMUS

Olen peruskoulutukseltani fysioterapeutti ja opiskelen työn ohella Satakunnan Ammattikorkeakoulussa Kuntoutuksen ohjauksen ja -suunnittelun koulutusohjelmassa. Opiskeluuni liittyy opinnäytetyön tekeminen. Opinnäytetyöni aiheeksi olen valinnut Turun MS-neuvolassa tehdyt kuntoutussuunnitelmat, kuntoutukseen liittyvät suositukset ja hakemukset. Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää, miten Turun MS-neuvolassa tehdyt kuntoutussuunnitelmat, suositukset ja hakemukset ovat toteutuneet.

Työtäni ohjaavat Satakunnan Ammattikorkeakoulussa lehtori Ritva Kangassalo ja opettaja Sirpa Saaristo.

Työni kohderyhmänä ovat tammi – kesäkuussa 2007 Turun MS-neuvolassa käyneet MS-potilaat (yhteensä noin 50 henkilöä). Perustiedot henkilöistä kerään MS-neuvolan potilasarkistosta ja kuntoutussuunnitelmien, suositusten ja hakemusten toteutumista lähdän selvittämään potilaille suunnatuilla puhelinsoitoilla (liite 2), joiden ajankohta on 4 – 6 kuukautta MS-neuvolakäynnin jälkeen. Opinnäytetyön arvioitu valmistumisajankohta on tammikuu 2008.

Kysyn kuntoutujan lupaa haastatteluun kirjallisesti lähettämälläni etukäteiskirjeellä (liite1), jossa ilmoitan myös soittoajan. Kirjeessä kerron tutkimuksen tarkoituksen sekä sen, että heidän antamat tiedot käsitellään luottamuksellisesti, eivätkä yksittäisten henkilöiden antamat tiedot tule sellaisenaan muiden tietoon. Kuntoutujat saavat kieltäytyä osallistumisesta tutkimukseen ja tietojen antamisesta, eikä heidän kieltäytymisensä tai osallistumisensa tule mitenkään vaikuttamaan heidän saamaansa palveluun Turun MS-neuvolassa.

Turun MS-neuvolan henkilökuntaa informoidaan opinnäytetyön tuloksista ja työn tuloksia on mahdollisuus hyödyntää jatkossa MS-neuvolan työtä kehitettäessä.

Pyydän lupaa saada ottaa tietoja tammikuussa – kesäkuussa 2007 Turun MS-neuvolassa käyneiden potilaiden potilaskertomuksista ja niihin mahdollisesti myöhemmin tehdyistä merkinnöistä sekä lupaa soittaa em. potilasryhmälle.

Lupa myönnetty     Lupa eväty

22,5 2007



lupaa käsitelleen henkilön  
allekirjoitus ja nimen selvennys

PALAUTETTAVA LOMAKE /  
KUNTOUTUJALLE JÄÄVÄ LOMAKE

HYVÄ VASTAANOTTAJA

pvm

Olen peruskoulutukseltani fysioterapeutti ja opiskelen työni ohella Satakunnan Ammatikorkeakoulussa kuntoutuksen ohjauksen ja -suunnittelun koulutusohjelmassa. Opiskeluuni liittyy opinnäytetyön tekeminen. Opinnäytetyöni aiheeksi olen valinnut Turun MS-neuvolassa tehdyt kuntoutussuunnitelmat, kuntoutukseen liittyvät suositukset ja hakemukset. Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää, miten Turun MS-neuvolassa tehdyt kuntoutussuunnitelmat, suositukset ja hakemukset ovat toteutuneet. Kohderyhmäksi olen valinnut tammi 2007 – kesäkuun 2007 välisenä aikana MS-neuvolassa käyneet kuntoutujat, joille on tehty em. suunnitelmia, suosituksia ja / tai hakemuksia. Turun MS-neuvolan johtaja Anu Anttinen on antanut luvan opinnäytetyön tekemiseen.

Nyt tiedustelen Teidän halukkuuttanne osallistua kyseiseen tutkimukseen. Antamanne tiedot käsitellään luottamuksellisesti ja nimettöminä, eivätkä yksittäisten henkilöiden antamat tiedot tule sellaisinaan muiden tietoon. Saatte kieltäytyä tietojen antamisesta ja osallistumisesta tutkimukseen. Osallistumisenne tai kieltäytymisenne ei tule mitenkään vaikuttamaan saamaanne palveluun Turun MS-neuvolassa.

Toivon, että palautatte toisen näistä lomakkeista täytettynä \_\_\_/ \_\_\_ 2007 mennessä mukana olevassa palautuskuoressa (postimaksu on maksettu).

Soitan Teille viikolla \_\_\_\_\_. Valitettavasti puhelun tarkkaa ajankohtaa en voi tässä vaiheessa luvata mutta pyrin soittamaan \_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_ kello 16.00 jälkeen.

- Minulle saa soittaa ja aineistoa saa käyttää em. tarkoitukseen.
- Minulle ei saa soittaa.
- Minulle saa soittaa, mutta aineistoa ei saa käyttää em. tarkoitukseen.
- Minulle saa soittaa ja keskustella asioistani \_\_\_\_\_ kanssa.

Jos Teillä on opinnäytetyöni suhteen jotain kysyttävää, voitte jättää minulle soittopyynnön tai sähköpostiviestin niin otan Teihin yhteyttä.

**KIITOS VAIVANÄÖSTÄ!**

---

haastateltavan nimi ja nimen selvennös

---

haastattelijan nimi

Anne Huuskonen

fysioterapeutti, kuntoutuksen ohjauksen ja –suunnittelun opiskelija

02-4392111 (työ)

anne.huuskonen@ms-liitto.fi



## TEEMAHAASTATTELUN RUNKO

Mitä kuntoutukseen liittyviä suunnitelmia sinulle tehtiin viime MS-neuvola käynnillä?

Miten mainitsemasi suunnitelmat ovat toteutuneet?

Onko sinun tarvinnut olla itse yhteydessä kuntoutusviranomaisiin em. päätöksen saamiseksi?

Muistatko, tehtiinkö sinulle muita kuntoutukseen liittyviä suunnitelmia?

Haastattelu-aika: pv \_\_\_\_\_ klo \_\_\_\_\_

Puhelimessa:

1. kuntoutuja itse
2. kuntoutujan puoliso / avopuoliso
3. henkilökohtainen avustaja
4. muu, kuka \_\_\_\_\_

### A) TAUSTATIEDOT:

1. MS-neuvolassa käyntipäivä: \_\_\_\_\_

2. Sukupuoli:

1. mies
2. nainen

2. Syntymävuosi: \_\_\_\_\_

3. Kotikunta: \_\_\_\_\_

4. Työtilanne:

1. töissä
2. työkyvyttömyyseläkkeellä
3. eläkkeellä
4. opiskelija
5. muu, mikä \_\_\_\_\_

### B) MITEN MS-NEUVOLASSA LAADITTU KUNTOUTUSSUUNNITELMA ON TOTEUTUNUT?

5. Onko kuntoutussuunnitelma toteutunut fysioterapian osalta?

1. kyllä
2. asia kesken
3. ei
4. muu, mikä \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

muistiko kuntoutuja itse tämän asian? 1. kyllä 2. ei

Missä määrin olette itse joutuneet olemaan yhteydessä palvelun myöntäjään? Keneen?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**6. Onko kuntoutussuunnitelma toteutunut allasterapian osalta?**

1. kyllä
2. asia kesken
3. ei
4. muu, mikä \_\_\_\_\_

---

---

muistiko kuntoutuja itse tämän asian? 1. kyllä 2. ei

Missä määrin olette itse joutuneet olemaan yhteydessä palvelun myöntäjään? Keneen?

---

---

---

**7. Onko kuntoutussuunnitelma toteutunut ratsastusterapian osalta?**

1. kyllä
2. asia kesken
3. ei
4. muu, mikä \_\_\_\_\_

---

---

muistiko kuntoutuja itse tämän asian? 1. kyllä 2. ei

Missä määrin olette itse joutuneet olemaan yhteydessä palvelun myöntäjään? Keneen?

---

---

---

**8. Onko kuntoutussuunnitelma toteutunut lymfaterapian osalta?**

1. kyllä
2. asia kesken
3. ei
4. muu, mikä \_\_\_\_\_

---

---

muistiko kuntoutuja itse tämän asian? 1. kyllä 2. ei

Missä määrin olette itse joutuneet olemaan yhteydessä palvelun myöntäjään? Keneen?

---

---

---

**9. Onko kuntoutussuunnitelma toteutunut muun terapian osalta?**

mikä terapia \_\_\_\_\_

1. kyllä
  2. asia kesken
  3. ei
  4. muu, mikä \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

muistiko kuntoutuja itse tämän asian? 1. kyllä 2. ei

Missä määrin olette itse joutuneet olemaan yhteydessä palvelun myöntäjään? Keneen?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**10. Onko kuntoutussuunnitelma toteutunut laitoskuntoutusjakson osalta?**

1. kyllä
  2. asia kesken
  3. ei
  4. muu, mikä \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

muistiko kuntoutuja itse tämän asian? 1. kyllä 2. ei

Missä määrin olette itse joutuneet olemaan yhteydessä palvelun myöntäjään? Keneen?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## **C) MITEN MS-NEUVOLASSA TEHDYT KUNTOUTUSTA KOSKEVAT SUOSITUKSET OVAT TOTEUTUNEET?**

### **11. Ovatko suositukset toteutuneet apuvälineiden osalta?**

mikä apuväline \_\_\_\_\_

1. kyllä
2. asia kesken
3. ei
4. muu, mikä \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

muistiko kuntoutuja itse tämän asian? 1. kyllä 2. ei

Missä määrin olette itse joutuneet olemaan yhteydessä palvelun myöntäjään? Keneen?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### **12. Ovatko suositukset toteutuneet fysioterapian osalta?**

1. kyllä
2. asia kesken
3. ei
4. muu, mikä \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

muistiko kuntoutuja itse tämän asian? 1. kyllä 2. ei

Missä määrin olette itse joutuneet olemaan yhteydessä palvelun myöntäjään? Keneen?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### **13. Ovatko suositukset toteutuneet muun terapian osalta?**

mikä terapia \_\_\_\_\_

1. kyllä
2. asia kesken
3. ei
4. muu, mikä \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

muistiko kuntoutuja itse tämän asian? 1. kyllä 2. ei

Missä määrin olette itse joutuneet olemaan yhteydessä palvelun myöntäjään? Keneen?

---

---

---

**14. Ovatko suositukset toteutuneet laitospääntousjakson osalta?**

1. kyllä
2. asia kesken
3. ei
4. muu, mikä \_\_\_\_\_

---

---

muistiko kuntoutuja itse tämän asian? 1. kyllä 2. ei

Missä määrin olette itse joutuneet olemaan yhteydessä palvelun myöntäjään? Keneen?

---

---

---

**15. Ovatko suositukset toteutuneet kotikäynnin osalta?**

kenen suorittama kotikäynti \_\_\_\_\_

1. kyllä
2. asia kesken
3. ei
4. muu, mikä \_\_\_\_\_

---

---

muistiko kuntoutuja itse tämän asian? 1. kyllä 2. ei

Missä määrin olette itse joutuneet olemaan yhteydessä palvelun myöntäjään? Keneen?

---

---

---

## **D) MITEN MS-NEUVOLASSA TEHDYT HAKEMUKSET OVAT MENNET LÄPI?**

### **16. Ovatko hakemukset menneet läpi Kelan tukitoimien osalta?**

vammaistuki

1. kyllä
2. asia kesken
3. ei
4. muu, mikä \_\_\_\_\_

muistiko kuntoutuja itse tämän asian? 1. kyllä 2. ei

Missä määrin olette itse joutuneet olemaan yhteydessä palvelun myöntäjään? Keneen?

---

---

---

eläkkeensaajan hoitotuki

1. kyllä
2. asia kesken
3. ei
4. muu, mikä \_\_\_\_\_

muistiko kuntoutuja itse tämän asian? 1. kyllä 2. ei

Missä määrin olette itse joutuneet olemaan yhteydessä palvelun myöntäjään? Keneen?

---

---

---

### **17. Ovatko hakemukset menneet läpi vammaispalvelua koskevan hakemuksen osalta?**

kuljetuspalvelu

1. kyllä
2. asia kesken
3. ei
4. muu, mikä \_\_\_\_\_

muistiko kuntoutuja itse tämän asian? 1. kyllä 2. ei

Missä määrin olette itse joutuneet olemaan yhteydessä palvelun myöntäjään? Keneen?

---

---

---

asunnon muutostyöt

1. kyllä
2. asia kesken
3. ei
4. muu, mikä \_\_\_\_\_

muistiko kuntoutuja itse tämän asian? 1. kyllä 2. ei

Missä määrin olette itse joutuneet olemaan yhteydessä palvelun myöntäjään? Keneen?

---

---

---

muiden hakemusten osalta

mikä hakemus \_\_\_\_\_

1. kyllä
2. asia kesken
3. ei
4. muu, mikä \_\_\_\_\_

muistiko kuntoutuja itse tämän asian? 1. kyllä 2. ei

Missä määrin olette itse joutuneet olemaan yhteydessä palvelun myöntäjään? Keneen?

---

---

---

**18. Mitä muita suosituksia / hakemuksia MS-neuvolakäynnillä laadittiin ja miten ne ovat toteutuneet?**

---

---

---

---



