

Petra Lindström

OHJAUSTA VAI OHJEISTUSTA -  
VAIKEAVAMMAISTEN 65 VUOTTA TÄYTTÄNEIDEN  
OHJEISTUS PERUSTERVEYDENHUOLLON  
LÄÄKINNÄLLISEEN KUNTOUTUKSEEN

Sosiaali- ja terveysala Pori  
Kuntoutusohjauksen ja – suunnittelun koulutusohjelma  
Joulukuu 2009

# OHJAUSTA VAI OHJEISTUSTA - VAIKEAVAMMAISTEN 65 VUOTTA TÄYTTÄNEIDEN OHJEISTUS PERUSTERVEYDENHUOLLON LÄÄKINNÄLLISEEN KUNTOUTUKSEEN

Petra Lindström

Satakunnan ammattikorkeakoulu

Sosiaali- ja terveysalan Porin yksikkö  
Kuntoutusohjauksen ja -suunnittelun koulutusohjelma  
Maamiehenkatu 10, 28500 Pori, puh. 02-620 3000  
Joulukuu 2009

Opinnäytetyön ohjaajat: Sirpa Saaristo, Merja Sallinen

---

Avainsanat: saumaton palveluketju, 65-vuotias, vaikeavammainen, siirtymävaihe, ohjaus

Tämän opinnäytetyön tarkoitus oli selvittää, miten kyselylomakkeen ja haastattelujen avulla kartoittaa Pohjois-Satakunnan peruspalvelu-liikelaitoskuntayhtymän (PoSa) alueen lääkinnällisen kuntoutuksen palveluntarjoajilta millaisia palveluja he tarjoavat 65 vuotta täyttäneille vaikeavammaisille ja miten he asiakkaitaan ohjeistavat lääkinnällisen kuntoutuksen piiriin tämän ikäryhmän pudotessa pois Kelan piiristä.

Kyselyyn vastasi kaksitoista yksityistä palveluntuottajaa sekä kahdeksan terveydenhuollosta ja lisäksi haastatteluun osallistui kaksi henkilöä.

Tutkimustulosten perusteella suurin osa kohderyhmän ammatinharjoittajista ohjaa asiakasta joko ottamaan yhteyttä julkiseen perusterveydenhuoltoon tai omaan lääkäriin kuntoutusasioiden eteenpäin viemiseksi ja selvittämiseksi. Jotkut ammatinharjoittajista asiakkaan siirtyessä jopa ottivat itse yhteyttä julkiseen terveydenhuoltoon. Kela ohjaa kuntoutusasiakasta suullisesti ja lomakkeen muodossa.

Tulosten perusteella ohjaukseen haluttiin kiinnittää enemmän huomiota ja ohjaus ei kohderyhmän mielestä suju vielä saumattomasti. Vastaajat ehdottivat parannuksia mm. asiakkaan tärkeään ohjaamiseen jo silloin, kun hän saa jo Kelan kuntoutusta ja on täyttämässä 65 vuotta, Kelan ja perusterveydenhuollon väliseen yhteistyöhön ja yhteistyön kehittämiseen yhteistyöverkoston kanssa.

# GUIDANCE OR DIRECTION - THE DIRECTION OF SEVERELY DISABLED 65-YEAR-OLDS AND ABOVE TO PRIMARY HEALTH CARE MEDICAL REHABILITATION

Petra Lindström

Satakunta University of Applied Sciences

Social Services and Health Care Pori

Degree Programme in Rehabilitation Counselling and Planning

Maamiehenkatu 10, 28500 Pori, tel. 02-620 3000

December 2009

Thesis supervisors: Sirpa Saaristo, Merja Sallinen

---

Key words: seamless chain of services, 65-year-old, severely disabled, transition period, guidance

The aim of this thesis was to find out by means of questionnaires and interviews what kind of services severely disabled people of 65 years and above are offered by the medical rehabilitation service providers of the Northern Satakunta municipal federation for public utilities (PoSa) area, and how they direct their clients to the range of medical rehabilitation as this age group falls out of the Finnish Social Insurance Institution's range.

Twelve private and eight public service providers answered the questionnaire; in addition two people were interviewed. According to the research results most of the practitioners of the target group guide the client to contact either public primary health care or their own doctor in order to further and define their rehabilitation issues. Some practitioners even contacted public health care themselves as their clients were about to be transferred. The Social Insurance Institution guides the rehabilitation client by the means of discussion and forms.

The results produced a will to pay more attention to guidance and the target group's observation of the guidance not being quite seamless yet. The respondents proposed improvements like better guidance of clients while they still receive Social Insurance Institution –paid rehabilitation and are under 65, better cooperation between Social Insurance Institution and primary health care, and development of the co-operative network.

## SISÄLLYS

1	JOHDANTO .....	7
2	TYÖNJAKO KELAN JA TERVEYDENHUOLLON VÄLILLÄ VAIKEAVAMMAISTEN LÄÄKINNÄLLISESSÄ KUNTOUTUKSESSA.....	8
2.1	Kelan kuntoutus .....	10
2.2	Kuntoutussuunnitelma .....	12
2.3	65 vuotta täyttäneen vaikeavammaisen kuntoutus .....	13
3	SAUMATON PALVELUKETJU JA ASIAKKAAN OIKEUDET .....	14
3.1	Saumaton palveluketju .....	15
3.2	Asiakkaan asema ja oikeudet .....	18
3.3	Moniammatillinen asiakasyhteistyö .....	19
3.4	Kuntoutusprosessi .....	21
4	ASIAKASTIETOJEN SIIRTO TERVEYDENHUOLLON JA MUIDEN PALVELUKETJUJEN VÄLILLÄ .....	22
5	TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET.....	25
6	TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN.....	26
6.1	Tutkimusmenetelmä.....	26
6.2	Kyselylomake ja haastattelut.....	27
6.3	Saatekirje.....	29
6.4	Kohderyhmä.....	29
6.5	Tutkimuksen luotettavuus ja pätevyys.....	30
6.6	Aineiston analyysi.....	31
7	TUTKIMUSTULOKSET .....	32
8	JOHTOPÄÄTÖKSET.....	36
9	POHDINTA .....	37
	LÄHTEET.....	40
	LIITTEET	

# 1 JOHDANTO

Yksittäisistä asiakasprosesseja koskevista tiedoista on käynyt ilmi, että asiakkaiden ratkaisut ovat viivästyneet, asiakkaita on jätetty kuulematta tai prosessi on kokonaan katkennut. Jonkin verran on kiinnitetty huomiota myös asiakkaiden eriarvoisuuteen kuntoutuksessa. On väitetty, että se joka tuntee järjestelmän, saa kuntoutusta, mutta se, joka ei osaa perustella tarpeitaan oikealla tavalla, syrjäytyy myös kuntoutuksesta. (Järvikoski & Härkäpää 2006, 67–68.)

Saumattomassa palveluketjussa on keskeistä tiedon jakaminen ja terveyden edistäminen sosiaalihuollon, perusterveydenhuollon, sairaalahoidon, kuntoutuksen ja sosiaalivakuutuksen palveluiden kesken niin, että asiakkaan hoidon ja palvelun kulloinenkin kokonaisuus tulee parhaalla mahdollisella tavalla toteutetuksi. Saumattomalla palveluketjulla tarkoitetaan, että asiakkaan palvelut ja toiminnot organisoidaan hänen tarpeistaan lähtien ja asiakas on selvillä koko ajan palveluketjun kulusta. (Uusi-Kokko 2006.) Eduskunnassa kuntoutuslain hyväksymisen yhteydessä edellytettiin, että hallitus ryhtyy toimenpiteisiin yksiselitteisten menettelytapaohjeiden laatimiseksi, joiden perusteella turvataan 65 vuotta täyttäneiden vaikeavammaisten lääkinnällisen kuntoutuksen joustava jatkuminen yksilöllisen kuntoutustarpeen mukaisena (Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö 2005, 635–638).

Asiakaskasyhteistyölaisissa lain tarkoituksena määrätään auttaa kuntoutujaa saamaan hänen tarvitsemansa kuntoutuspalvelut ja tässä tarkoituksessa edistää viranomaisten sekä muiden yhteisöjen ja laitosten asiakasyhteistyötä tilanteessa, joka edellyttää usean kuntoutusta järjestävän yhteisön toimenpiteitä. Lain tarkoituksena on myös edistää kuntoutujan asemaa ja osallistumista hänen kuntoutustaan koskevan asian käsittelyssä. (L 13.6.2003/497.)

Vammaispalvelulain yleinen tavoite on vammaisen henkilön oikeus yhdenvertaiseen elämään muiden henkilöiden kanssa. Osa vammaispalvelulain mukaisista palveluista on säädetty kuntien erityisen järjestämisvelvollisuuden piiriin. Vammaisella henkilöllä on ehdoton ”subjektiivinen oikeus” saada näitä palveluja. (Räty & Virta 1994,

25.) Vastuu vammaisille järjestettävien palvelujen ja tukitoimien organisoinnista kuuluu kunnalle. Yleisin kunnissa käytössä oleva malli on se, että lääkinnälliseen kuntoutukseen ja muuhun terveyden- ja sairaanhoitoon liittyvät palvelut järjestetään kunnan terveydenhuollon yksiköissä ja sosiaalista toimintakykyä ylläpitävät tai edistävät palvelut organisoidaan sosiaalihuollon yksiköihin. Kunnalla on mahdollisuus järjestää vammaispalvelujen tuotanto monella tavoin. Yksi mahdollisuus on huolehtia vammaispalvelulain mukaisista tehtävistä usean kunnan toimesta kuntayhtymänä. Palvelut voidaan myös ostaa ulkopuolisilta palveluntuottajilta, lähinnä yksityisten järjestöjen tuottamista palveluista. (Räty & Virta 1994, 27–28.)

Vuosien 2005 ja 2007 Kelan kuntoutustilastojen mukaan vaikeavammaisten kuntoutuspalvelupäätöksiä tehtiin vuonna 2005 kaikkiaan 55 517, kun taas vuonna 2007 kuntoutukseen osallistui 21 100 kuntoutujaa, heitä koskevia kuntoutuspalvelupäätöksiä tehtiin 62 000. Huomattava osa kuntoutujista osallistuu samana vuonna useampaan kuin yhteen kuntoutusmuotoon. (Järvikoski, Hokkanen & Härkäpää 2009, 14.)

Opinnäytetyössäni tarkastelen palveluntuottajien ja perusterveydenhuollon yhteistyön näkökulmasta miten he ohjaavat 65 vuotta täyttäviä vaikeavammaisia asiakkaitaan perusterveydenhuollon piiriin. Miten saumattomasti palveluketju toteutuu kullakin alalla. Tutkin työssäni aihetta Kelan ja PoSa:n (Pohjois-Satakunnan peruspalveluliikelaitoskuntayhtymä) alueen lääkinnällisen kuntoutuksen näkökulmasta. PoSa:aan kuuluu Kankaanpään, Karvian, Siikaisten, Jämijärven ja Honkajoen kunnat.

## 2 TYÖNJAKO KELAN JA TERVEYDENHUOLLON VÄLILLÄ VAIKEAVAMMAISTEN LÄÄKINNÄLLISESSÄ KUNTOUTUKSESSA

Vaikeavammaisten lasten ja aikuisten kuntoutusta toteuttavat Suomessa terveydenhuolto (lääkinnälliset hoito- ja kuntoutuspalvelut) ja sosiaalihuolto (mm. vammaispalvelulain mukaiset palvelut) sekä lisäksi Kansaneläkelaitos ja liikenne- ja tapatur-

mavakuutusjärjestelmä. Kelalla on vuodesta 1991 alkaen ollut lakisääteinen vastuu niiden vaikeavammaiselle henkilölle tarkoitettujen pitkäaikaisten ja vaativien kuntoutusjaksojen järjestämisestä, jotka eivät liity suoraan sairaanhoitoon ja jotka ovat tarpeen asianomaisen kuntoutujan työ- tai toimintakyvyn säilyttämiseksi tai parantamiseksi. Kuntoutuksen tavoitteena on kuntoutujan työ- tai toimintakyvyn turvaaminen ja parantaminen sekä kuntoutujan tukeminen selviytymään erilaisissa arkielämän toiminnoissa. (Järvikoski, Hokkanen & Härkäpää 2009, 13.)

Lääkinnällisellä kuntoutuksella pyritään parantamaan ja ylläpitämään kuntoutujan fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista toimintakykyä sekä edistämään ja tukemaan hänen elämäntilanteensa hallintaa ja hänen itsenäistä suoriutumistaan päivittäisissä toiminnoissa. (A 28.6.1991/1015, 3§.) Päävastuu lääkinnällisen kuntoutuksen järjestämisestä kuuluu joka tapauksessa terveydenhuollolle, jos Kela ei kriteeriensä mukaisesti voi asiakkaan lääkinnällistä kuntoutusta toteuttaa. Asetuksessa lääkinnällisestä kuntoutuksessa sanotaan: ”Kunta tai kuntainliitto huolehtii siitä, että lääkinnällisen kuntoutuksen palvelut järjestetään sisällöltään ja laajuudeltaan sellaisiksi kuin kuntoutuksen tarve kunnassa tai kuntainliiton alueella edellyttää.” (A 28.6.1991/1015, 2§). Kela huolehtii alle 65-vuotiaan vaikeavammaisen lääkinnällisen kuntoutuksen.

Kelan mukaan vaikeavammaisen on henkilö, jolla on sairaudesta aiheutuva yleinen lääketieteellinen ja toiminnallinen haitta, joka aiheuttaa vähintään vuoden kestävästä kuntoutustarpeen sekä tuottaa huomattavia vaikeuksia selviytyä jokapäiväisistä toimista. Lisäksi henkilön pitää saada korotettua tai ylintä vammaistukea tai työkyvyttömyyseläkettä ja eläkkeensaajan korotettua tai ylintä hoitotukea vammasta aiheutuvan haitan tai avuntarpeen vuoksi. 65 vuotta täyttäneellä ei ole oikeutta Kelan lakisääteiseen kuntoutukseen, vaan heidän kuntoutuksestaan vastaa kunnan terveydenhuolto. (Suomen MS-liitto Ry.) Kuntoutus perustuu kirjalliseen kuntoutussuunnitelmaan, joka laaditaan yhteistyössä kuntoutujan tai hänen omaisensa tai läheisensä ja hänen hoidosta vastaavan julkisen terveydenhuollon yksikön kanssa. Luonteeltaan se on suositus, jonka perusteella Kela tekee kuntoutuspäätökset. (Järvikoski, Hokkanen & Härkäpää 2009, 13.)

## 2.1 Kelan kuntoutus

Kansaneläkelaitoksen kuntoutusta toteutetaan kuntoutuslain (L 1991/610) ja sitä täydentävän asetuksen (A 1991/1161) perusteella (Sosiaali- ja terveysministeriö 2005, 635–638). Kansaneläkelaitoksen on järjestettävä vaikeavammaiselle hänen työ- tai toimintakykynsä turvaamiseksi tai parantamiseksi tarpeelliset kuntoutus- ja sopeutumisvalmennusjaksot. Kansaneläkelaitoksen järjestämän kuntoutuksen tulee olla hyvän kuntoutuskäytännön mukaista ja perustua erityisasiantuntemukseen ja erityisosaamiseen. (L 15.7.2005/566, 10§.) Kuntoutus on tehostettua, yksilöllisesti suunniteltua ja se toteutetaan laitos- ja avojaksoina. (Järvikoski, Hokkanen & Härkäpää 2009, 13–14). Omainen tai muu läheinen voi osallistua Kansaneläkelaitoksen järjestämään sopeutumisvalmennukseen tai perhekuntoutukseen, jos se on kuntoutujan työ- ja toimintakyvyn tavoitteiden saavuttamisen kannalta tarpeen. Omaisen tai muun läheisen osallistumisen tarpeellisuus tulee perustella kuntoutussuunnitelmassa. (L 15.7.2005/566, 10§.)

Kansaneläkelaitoksen kuntoutusetuuksia ja kuntoutusrahaetuksia koskeva lainsäädäntö uudistui lokakuun alusta 2005. Uuteen lakiin Kansaneläkelaitoksen kuntoutusetuuksista ja kuntoutusrahaetuksista on koottu Kansaneläkelaitoksen järjestämästä kuntoutuksesta annetun lain ja kuntoutusrahalain säännökset. Uuden lain nojalla Kela järjestää edelleen ammatillista kuntoutusta, vaikeavammaisten lääkinnällistä kuntoutusta, harkinnanvaraista kuntoutusta sekä maksaa kuntoutustoimenpiteiden ajalta toimeentulon turvaksi kuntoutusrahaa. Uusi laki vastaa pääpiirteissään aikaisempaa lainsäädäntöä, mutta joiltain osin säännöksiä on täsmennetty. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2005, 635–638.)

Muutoksia on tehty muun muassa vaikeavammaisen lääkinnällistä kuntoutusta koskeviin säännöksiin. Kela järjestää edelleen alle 65-vuotiaille, lain edellytykset täyttävälle vaikeavammaisille muuta kuin sairaanhoitoon välittömästi liittyvää lääkinnällistä kuntoutusta, joka on tarpeellista heidän työ- tai toimintakykynsä turvaamiseksi ja parantamiseksi. Kelan kuntoutusta ei kuitenkaan järjestetä julkisessa laitoshoidossa olevalle. Kelan järjestämä lääkinnällinen kuntoutus on kuntoutus- ja sopeutumisvalmennusjaksoja kuntoutuslaitoksessa tai avohoidossa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2005, 635–638.) Yksilölliset kuntoutus- ja sopeutumisvalmennuskurssit sisältävät



useamman toimintamuodon kokonaisuuksia ja ne toteutetaan kuntoutuslaitoksissa. Avoterapioina järjestetään fysioterapiaa, toimintaterapiaa, musiikkiterapiaa, neuropsykologista kuntoutusta, psykoterapiaa ja puheterapiaa. (Järvikoski, Hokkanen & Härkäpää 2009, 13–14.) Kuntoutukseen oikeutettujen piiriin tai kuntoutuksen myöntämisedellytyksiin ei uudistuksen yhteydessä ole tehty muutoksia. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2005, 635–638.)

Kelan kuntoutuslainsäädännön eduskuntakäsittelyn yhteydessä todettiin, että eduskunnan sosiaali- ja terveystieteiden valiokunta pitää tärkeänä kuntoutuksen jatkumista vammaisen yksilökohtaisen tarpeen mukaisena kuntoutuksen järjestämisvastuun siirtyessä Kelalta kunnalle. Valiokunta ehdotti sen selvittämistä, voidaanko ohjeistuksella ja menettelytapojen uudistamisella vähentää kuntoutuksesta vastuussa olevan tahon vaihtumisesta aiheutuvia epäkohtia. Kuntoutuslain hyväksymisen yhteydessä edellytettiin, että hallitus ryhtyy toimenpiteisiin yksiselitteisten menettelytapohjeiden laatimiseksi, joiden perusteella turvataan 65 vuotta täyttäneiden vaikeavammaisten lääkinnällisen kuntoutuksen joustava jatkuminen yksilöllisen kuntoutustarpeen mukaisena. Kelan kuntoutuslaissa säädetään Kelan velvollisuudesta huolehtia siitä, että vakuutetulle annetaan tietoja muista kuntoutusmahdollisuuksista ja hänet ohjataan tarpeen mukaan asianmukaiseen kuntoutukseen tai muiden palvelujen piiriin yhteistyössä niitä järjestävien tahojen kanssa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2005, 635–638.)

Kelan järjestämää ja kustantamaa vaikeavammaisen lääkinnällistä kuntoutusta saaneen henkilön lähestyessä 65 ikävuotta lähettää Kela viimeisen kuntoutusta koskevan päätöksen yhteydessä asianomaiselle henkilölle tiedon, jossa ilmoitetaan Kelan järjestämisvelvollisuuden päättymisestä. Kela voi järjestää vaikeavammaisen lääkinnällistä kuntoutusta sen kuukauden loppuun, jolloin henkilö täyttää 65 vuotta. Tämän jälkeen järjestämisvelvollisuus siirtyy henkilön kotikunnalle. Tieto tästä lähetetään myös hoidosta vastaavalle kunnallisen terveydenhuollon yksikölle. Järjestämisvelvollisuuden siirtyminen kotikunnalle tulee ottaa huomioon hoidosta vastaavan yksikön laatimassa kuntoutussuunnitelmassa jo hyvissä ajoin ennen kuin vammaisen henkilö täyttää 65 vuotta. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2005, 635–638.)

## 2.2 Kuntoutussuunnitelma

Terveyden- ja sairaanhoitoa toteutettaessa on tarvittaessa laadittava tutkimusta, hoitoa, lääkinnällistä kuntoutusta koskeva tai muu vastaava suunnitelma. Suunnitelmas-  
ta tulee ilmetä potilaan hoidon järjestäminen ja toteuttamisaikataulu. Suunnitelma on laadittava yhteisymmärryksessä potilaan, hänen omaisensa tai läheisensä taikka hänen laillisen edustajansa kanssa. (L 17.8.1992/ 785, 4a §.) Utta on se, että omaisen tai muun läheisen kuntoutukseen osallistumisen tarpeellisuus on jatkossa aina perusteltava kuntoutussuunnitelmassa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2005, 635–638).

Kuntoutustarpeen ja kuntoutusmahdollisuuksien selvittelyn tuloksena syntyy kuntoutussuunnitelma, jonka tarkoituksena on hahmottaa ne tavoitteet ja toimenpiteet, joiden pohjalta kuntoutusprosessia lähdetään toteuttamaan. Yksinkertaisimmillaan siinä pitäisi ilmetä

- kuntoutustarpeen perusteet nykyisen elämäntilanteen pohjalta
- kuntoutukselle asetetut tavoitteet
- se toiminta ja ne toimenpiteet, joilla tavoitteisiin suunnitellaan pyrittävän ja päästävän sekä
- suunnitelma siitä, miten tilannetta seurataan.

(Järvikoski & Härkäpää 2006, 167.)

Kuntoutussuunnitelman tekee aina lääkäri tai lääkäri ja moniammatillinen tiimi. Suunnitelma laaditaan vähintään yhdeksi ja enintään kolmeksi vuodeksi kerrallaan. Kuntoutussuunnitelmaa laadittaessa otetaan huomioon aikaisemmilta kuntoutusjaksoilta tai muilta palvelujen tuottajilta saadut palautteet ja suositukset, mutta suunnitelma tehdään hoidosta vastaavan julkisen terveydenhuollon toimintayksikön arvioinnin perusteella. Suunnitelman laatijana ei voi olla taho, joka samalla toimii suunnitellun kuntoutuksen palveluntuottajana. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2005, 635–638.)

Kela, sosiaali- ja terveysministeriö ja Suomen Kuntaliitto ovat yhdessä laatineet vaikeavammaisen lääkinnällistä kuntoutussuunnitelmaa varten lomakkeen KU207. Tämä lomake on tullut käyttöön 1.1.2006 alkaen ja sitä suositellaan käytettäväksi Kelal-

le toimitettavien vaikeavammaisten kuntoutussuunnitelmien pohjana. Lomaketta ollaan uusimassa ja sen vuoksi lomaketta ei löydy tällä hetkellä Kelan sivuilta. Lomake on myös saatavissa sähköisenä Duodecimin ylläpitämästä Terveysportista [www.terveysportti.fi](http://www.terveysportti.fi) - Kelan lomakkeet. Lomakkeeseen voidaan tarvittaessa liittää kuntoutujan epikriisi ja muita täydentäviä sairauskertomustietoja. (A 28.6.1991/1015, 5§.) Suunnitelma laaditaan ottaen huomioon vaikeavammaisen henkilön elämäntilanne ja ikääntyminen, yksilöllinen kuntoutuksen ja muiden tukipalvelujen tarve sekä aikaisemmin järjestetty kuntoutus. Suunnitelman laatinut yksikkö vastaa suunnitelman toteutumisesta. Kuntoutussuunnitelma lähetetään maksutta paperiversiona suoraan Kelan toimistoon. Kuntoutujalle lähetetään suunnitelmasta kotiin myös oma kappale. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2005, 635–638.) Kuntoutussuunnitelman toteutumista seurataan ja suunnitelmaa arvioidaan määräajoin. Kuntoutujan kanssa sovitaan kuntoutuksen toteutumisen kannalta tarpeellisesta yhteydenpidosta. (A 28.6.1991/1015, 5§.)

Nouko-Juvonen, Ruotsalainen & Kiikkala toteavat kirjassaan, että kuntoutussuunnitelmat voivat – ainakin periaatteessa – tarjota jatkuvuutta ja turvallisuutta myös kuntoutusasiakkaalle. Kuntoutukseen kuuluvien erillisten palvelujen tai toimenpiteiden tulisi aina liittyä kokonaissuunnitelmaan, jonka tarkoitukset ja logiikka ovat kuntoutujan tiedossa ja tiedostamia. Esimerkiksi terveydenhuollossa tehdyt kuntoutussuunnitelmat ovat toisinaan pelkkiä luetteloita eri hoitotoimenpiteistä. Toisaalta selvitykset ovat toistuvasti viitanneet siihen, että suurehko osa kuntoutusjärjestelmän asiakaista ei lainkaan tiedä, että heille on laadittu kuntoutussuunnitelma, saati että he olisivat olleet itse suunnitelmaansa laatimassa. (Nouko-Juvonen, Ruotsalainen & Kiikkala 2000, 88.)

### 2.3 65 vuotta täyttäneen vaikeavammaisen kuntoutus

Kelan lakisääteinen velvollisuus järjestää vaikeavammaisen kuntoutus päättyy henkilön täyttyessä 65 vuotta. Kunnallisen terveydenhuollon tehtävänä on huolehtia lääkinnällisen kuntoutuksen järjestämisestä siltä osin kuin sitä ei ole säädetty Kelan tehtäväksi. Lääkinnällinen kuntoutus tulee järjestää kansanterveyslain ja erikoissairaanhoitolain sekä lääkinnällisestä kuntoutuksesta annetun asetuksen perusteella (L

1991/605, 14§, L 1991/606, 1§ ja A 1991/1015). Tältä osin Kelan ja kunnallisen terveydenhuollon välinen vastuunjako ei ole muuttunut Kelan uudistetun kuntoutuslain myötä. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2005, 635–638.)

65-vuotiaan vaikeavammaisen kuntoutus järjestetään terveyskeskuksen tai sairaalan toimesta siten kuin sairaanhoitopiirin ja terveyskeskuksen kesken on sovittu, esimerkiksi sairaanhoitopiirin terveydenhuollon palvelujen järjestämissuunnitelmaan liittyvässä lääkinnällisen kuntoutuksen palvelujen suunnitelmassa. Kuntoutus voidaan järjestää omana toimintana, sopimuksin toisen kunnallisen yksikön kanssa tai ostopalveluna. Kuntoutuksesta peritään asiakasmaksulain ja –asetuksen mukaiset maksut. (L 1992/734 & A 1992/912). Menettelytavan toimivuutta voidaan seurata ja varmistaa paikallisessa kuntoutuksen asiakasyhteistyöryhmässä tai alueellisessa asiakasyhteistyötoimikunnassa, joissa muun muassa Kela ja kunnallinen sosiaali- ja terveydenhuolto ovat edustettuina. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2005, 635–638.)

Terveydenhuollon kuntoutuspalveluja järjestetään kansanterveyslain ja erikoissairaanhoitolain perusteella. Tavoitteena on parantaa ja ylläpitää kuntoutujan fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista toimintakykyä ja tukea hänen elämäntilanteensa hallintaa ja itsenäistä suoriutumistaan päivittäisissä toiminnoissa. Terveydenhuollon kuntoutuspalvelut ovat pääosin erityistyöntekijöiden tuottamia palveluja, esimerkiksi fysioterapia-, toimintaterapia-, puheterapia- ja apuvälinepalveluja sekä terveydenhuollon psykologin tai sosiaalityöntekijän palveluja. Terveydenhuollossa toteutetaan myös kuntoutustutkimuksia, sopeutumisvalmennusta ja kuntoutusjaksoja avohoidossa tai sairaalassa. (Järvikoski & Härkäpää 2006, 60.)

### 3 SAUMATON PALVELUKETJU JA ASIAKKAAN OIKEUDET

Palveluketju on ennen kaikkea toimintamalli, jossa asiakkaan ongelmakokonaisuu- den vaatimat toimet muodostavat ajasta, paikasta ja toteuttamisorganisaatioista riippumattoman kokonaisuuden. Palveluketju on siis toimintatapa, jossa ammattilaisten verkostomaisella yhteistyöllä sekä ammattilaisen ja asiakkaan vuorovaikutuksella on

keskeinen tehtävä. Palveluketjuajattelu on myös sukua sosiaalipalveluissa käytetylle toimintamallille, jossa asiakkaan ja ammattilaisten sopimusperäinen vuorovaikutus korostuu mm. yhteisesti laaditussa palvelusuunnitelmassa. (Nouko-Juvonen, Ruotsalainen & Kiikkala 2000, 15.) Asiakasyhteistyölain tarkoituksena on auttaa kuntoutujaa saamaan hänen tarvitsemansa kuntoutuspalvelut ja tässä tarkoituksessa edistää viranomaisten sekä muiden yhteisöjen ja laitosten asiakasyhteistyötä tilanteessa, joka edellyttää usean kuntoutusta järjestävän yhteisön toimenpiteitä. Lain tarkoituksena on myös edistää kuntoutujan asemaa ja osallistumista hänen kuntoutustaan koskevan asian käsittelyssä. (L 13.6.2003/497, 1§.) Asiakasyhteistyölailla pyritään takaamaan yhteistyö asiakkaan ja yhteistyöverkostojen kesken koko kuntoutusprosessin ajan.

Asiakas-käsitettä käytetään kuvaamaan kaikkia sosiaali- ja terveydenhuollon yksilö- ja ryhmäasiakkaita, myös potilaita. Potilas on asiakas, jolla on terveydentilaan liittyviä ongelmia. Asiakaskeskeisyydellä tarkoitetaan sitä, että asiakas on palvelujen keskipisteessä ja tarvittava palvelu ja hoito järjestetään asiakkaan tarpeista lähtien. Palveluketju on saman asiakkaan tiettyyn ongelmakokonaisuuteen kohdistuva, suunnitelmallinen ja yksilöllisesti toteutuva palveluprosessien kokonaisuus. Palveluprosessi puolestaan koostuu palvelutapahtumista, palvelun tuottajan ja vastaanottajan välisistä vuorovaikutustilanteista. Asiakkaan ei välttämättä itse tarvitse olla läsnä kyseisessä tilanteessa. (Nouko-Juvonen, Ruotsalainen & Kiikkala 2000, 15–16.)

### 3.1 Saumaton palveluketju

Saumaton palveluketju edellyttää rinnalleen saumatonta tiedonkulkua. Palveluketjua ei olekaan järkevää kuvata erillään tiedosta ja tiedonkulusta. Koska sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastieto on arkaluontoista, tulee tiedonkulun ja – saannin yhteydessä tarkastella palveluketjussa toteutuvaa yksityisyyden suojaa. Saumattoman palveluketjun keskeisiä ominaisuuksia ovat palvelujen järjestämisen asiakaslähtöisyys, asiakkaan itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen ja tukeminen, saumaton, organisaatorajat ylittävä palvelu ja esteetön tiedon kulku. Keskeistä on, että palvelu ja hoito järjestetään siten, että lähtökohtana on asiakkaan joustava palvelu hänen asiansa kulloinkin edellyttämässä paikassa. (Nouko-Juvonen, Ruotsalainen & Kiikkala 2000, 18.)

Jos terveyskeskuksen potilas tarvitsee kuntoutusta, jota ei ole säädetty terveyskeskuksen tehtäväksi tai jota ei ole tarkoituksenmukaista järjestää kansanterveystyönä. Tällöin terveyskeskuksen tehtävänä on huolehtia siitä, että asianomaiselle annetaan tietoja muista kuntoutusmahdollisuuksista. Asiakas ohjataan tarpeen mukaan sairaanhoitopiiriin, sosiaali-, työvoima-, opetusviranomaisen tai Kansaneläkelaitoksen tai muun palvelujen järjestäjän palveluihin yhteistyössä niitä järjestävien tahojen kanssa. (L 13.6.2003/498, 23§.)

Hallintomenettelylaissa on säännökset viranomaisen velvollisuudesta neuvoa ja palvelella asiakasta. Säännökset koskevat myös vammaispalveluja. Keskeistä palveluperiaatteen toteuttamisessa on viranomaisen neuvontavelvollisuus. Jos asiakas on tullut väärään paikkaan, ei osaa täyttää hakemuslomaketta, ei tiedä miten asia pannaan muutoin vireille tai miten viranhaltijan päätökseen haetaan muutosta, asiakasta on ehdottomasti neuvottava menettelytapakysymyksissä. Asiakasta ei saa kehottaa poistumaan vain ilmoituksin, ettei asia tänne kuulu. Työntekijä ei ole kuitenkaan velvollinen toimimaan asiakkaan asiamiehenä toisin sanoen hänen ei tarvitse tehdä asiakkaan puolesta hakemusta tai muutoksenhakua viranhaltijan päätöksestä. Tietenkin myös sosiaalityöntekijä voi toimia kuten kuka tahansa kansalainen asiakkaan asiamiehenä. (Räty & Virta 1994, 9-10.)

Yksi palveluketjun keskeisiä ominaisuuksia on, että asiakas on aktiivinen toimintaa ohjaava resurssi eikä, kuten perinteisessä palvelujärjestelmässä, passiivinen objekti. Tämä näkyy sekä asiakkaan osallistumisessa aktiivisena toimijana häntä koskevaan päätöksentekoon siinä, että hänen valinnanvapauttaan ja itsemääräämisoikeuttaan kunnioitetaan. Nämä ominaisuudet merkitsevät sitä, että asiakkaan asioiden hoitaminen perustuu ammattilaisten muodostaman palvelutiimin ja asiakkaan väliseen sopimukseen, jonka asiakas voi myös halutessaan purkaa. Palveluketjun toteutus perustuu asiakkaan ja toimijoiden keskinäiseen sopimukseen. Itsestään selvä palveluketjun ominaisuus on se, että ketjun kaikissa vaiheissa kunnioitetaan asiakkaan määräämisoikeutta häntä koskevien tietojen käytöstä ja taataan asiakkaan yksityisyyden suoja. (Nouko-Juvonen, Ruotsalainen & Kiikkala 2000, 20.)

Saumaton palveluketju edellyttää toimiakseen saumatonta tiedon välitystä ja saantia. Nykyisellään sosiaali- ja terveydenhuollon palveluntuottajilla ei ole aina tietoa siitä, mitä palveluja asiakas on saanut muualla. Siksi ei pystytä myöskään arvioimaan, miten aikaisempi palvelu ja hoito vaikuttavat nyt annettavaan palveluun ja jatkohoittoon. Tavallista on myös, että kun asiakas kääntyy yksityisen palveluyksikön tai ammatinharjoittajan puoleen, ei julkinen lähipalveluyksikkö saa tietoa tästä palveluketjun osasta, vaikka jatkohoidosta huolehtisi julkinen taho. Esteettömän tiedonkulun toinen puoli on asiakkaan yksityisyyden suoja. Palveluketjun tiedonkulku edellyttääkin asiakkaan antamaa suostumusta hänen tietojensa luovuttamiseen ja sitä, että asiakas voi halutessaan seurata kuka on käyttänyt hänen tietojaan ja mihin tarkoitukseen. (Nouko-Juvonen, Ruotsalainen & Kiikkala 2000, 20.) Yksilökohtaisessa palveluohjauksessa monimutkaisten ja vaikeiden tilanteiden tunnistaminen on erityisen tärkeää. Tällaisia tilanteita ovat mm. siirtymävaiheet ja muutostilanteet, esimerkiksi sairaalasta kotiutuminen, äkillinen toimintakyvyn heikkeneminen tai muu oman tai läheisen elämäntilanteen muutos. (Nouko-Juvonen, Ruotsalainen & Kiikkala 2000, 78.)

Palveluketjun toimijoina ovat asiakas, palvelun tarjoavat ammattilaiset, mahdollinen ketjun ”asiamies tai omaneuvoja”, palvelun edellyttämät laitteet, rakennukset ja teknologia, asiakkaan mahdollisesti valtuuttamat sivulliset ja ketjun laadunvalvonnan ja seurannan toimijat (Makropilotti-kutsu 1998). Kaikkien edellä mainittujen ei tarvitse kuulua samalla kertaa ketjun toimijoihin. Omaneuvojan tehtävä palveluketjussa on huolehtia, että asiakkaalle laaditaan tarvittaessa palveluketjusuunnitelma. Omaneuvoja myös seuraa palveluketjun etenemistä ja palveluketjusuunnitelman toteutumista ja edistää palvelujen saumatonta toteutumista. Omaneuvoja pitää säännöllistä yhteyttä asiakkaaseen ja vastaavasti hän on asiakkaan tavoitettavissa. Omaneuvojan menestyksellinen toiminta edellyttää, että hänellä on käytössään tarpeelliset tiedot asiakkaan palvelutilanteesta. Tavallisimmin omaneuvoja on tähän tehtävään koulutettu sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilainen. (Nouko-Juvonen, Ruotsalainen & Kiikkala 2000, 20–21.) Omaneuvojana voi toimia esimerkiksi kuntoutuksen ohjaaja.

Palveluketjun suunnittelussa otetaankin huomioon sekä asiakkaan elinympäristön vaatimukset ja mahdollisuudet että käytettävissä olevat palvelut. Palveluketjussa asiakas on saanut tarpeelliset tiedot ja hän voi osallistua ja vaikuttaa palveluketjun

suunnitteluun, toteutukseen ja sen seurantaan. Hänellä on koko ajan kokonaiskuva omasta palveluketjustaan, siitä miten hänen palveluprosessinsa etenee ja mitkä ovat ketjun tavoitteet ja toimenpiteet. Voidaan sanoa, että hyvässä palveluketjussa tiedonkulkua ja vuorovaikutusta asiakkaan ja palveluntarjoajan välillä on saumatonta. (Nouko-Juvonen, Ruotsalainen & Kiikkala 2000, 21–22.)

Sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilön kannalta tärkeimpiä saumattoman palveluketjun ominaisuuksia ovat luottamuksellinen vuorovaikutus asiakkaan kanssa ja sujuva eri ammattiryhmien ja muiden yhteisöjen välinen, organisaatorajat ylittävä yhteistyö. Saumaton palvelu edellyttää myös saumatonta tiedonkulkua ja – saantia, vastuiden selkeyttä palveluketjussa sekä kykyä ja mahdollisuutta hallita ja seurata palveluketjua. Tärkeää on myös se, että ammattilaisilla on riittävä osaaminen palveluketjun toimintatavoista ja tavoitteista sekä kykyä asiakaslähtöiseen vuorovaikutteeseen palveluun. Se missä määrin tieto palvelujen kokonaisuudesta välittyy eri vastuuhenkilöille, riippuu palvelua antavien henkilöiden välisen yhteistyön ja tiedonvälityksen toimivuudesta ja toimijoiden asenteista. Käytännössä tiedonvälitystä vaikeuttaa myös se, että sosiaali- ja terveydenhuollon ammattiryhmien käyttämä kieli ja käsitteet ovat erilaisia. Ketjun sujumiseksi tarvitaan sosiaali- ja terveydenhuollon yhteisiä käsitteitä, termejä ja luokituksia. Lisäksi tarvitaan tietoa toisten ammattiryhmien ja palveluorganisaatioiden toimintatavoista ja arvoista. (Nouko-Juvonen, Ruotsalainen & Kiikkala 2000, 22–23.)

### 3.2 Asiakkaan asema ja oikeudet

Potilaan oikeudet nousevat ihmis- ja perusoikeuksista. Niistä on säädetty perustuslaissa, Suomea koskevissa kansainvälisissä ihmisoikeussopimuksissa, potilaslaissa, sosiaalihuollon asiakaslaissa ja holhoustoimilaissa. (Kokkonen, Holi & Vasantola 2004, 30.) Suomi on ensimmäinen maa, jossa on säädetty erillinen potilaan oikeuksia koskeva laki. Potilaslaki koskee laajasti koko julkista ja yksityistä terveydenhuoltoa. (Kokkonen, Holi & Vasantola 2004, 25.) Potilaalla on oikeus laadultaan hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon. Hänen hoitonsa on järjestettävä ja häntä on kohdeltava siten, ettei hänen ihmisarvoaan loukata sekä että hänen vakaumustaan ja hänen yksityisyyttään kunnioitetaan. (L 17.8.1992/785, 3§.)



Potilaan asemaa ja oikeuksia koskeva laki hyväksyttiin eduskunnassa vuonna 1992 ja se astui voimaan 1.3.1993. Lain tarkoituksena oli selkiinnyttää ja vahvistaa potilaan oikeusturvaa sekä edistää luottamuksellisen hoitosuhteen syntymistä moniulotteisessa ja teknistyvässä terveydenhuollossa. Laki koskee sekä julkista että yksityistä terveydenhuoltoa. Laissa tarkoitetaan potilaalla terveydenhuollon terveyden- ja sairaanhoitopalveluja käyttävää tai muuten niiden kohteena olevaa henkilöä. Laki sisältää keskeiset potilaan hoitoon ja kohteluun liittyvät periaatteet. Yksi potilaslain keskeisimmistä tavoitteista on vahvistaa potilaan itsemääräämisoikeutta. (Kokkonen, Holi & Vasantola 2004, 26, 39.) Vähintään yhtä tärkeää kuin suojata yksilöä on turvata se, että ihmiset voivat päättää omista asioistaan niin kauan kuin he siihen kykenevät. (Kokkonen, Holi & Vasantola 2004, 30).

Suomessa potilaalla on oikeus saada viiveetöntä, tasa-arvoista, oikeudenmukaista ja korkealaatuista hoitoa. Terveydenhuollon ammattilainen on sitoutunut edistämään potilaan terveyttä ja kohtaamaan hänet yksilönä. Nykyisessä hoitoteollisuudessa ilmenee kuitenkin ristiriitoja monien potilaan oikeuksien ja tavoitteena olevan laadukkaan hoidon toteutuksen välillä. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista tuli voimaan vuonna 1993 (uudistettu 1999). Lain tarkoituksena on turvata terveydenhuollossa hoidossa olevien potilaiden oikeus saada hyvää ja tasa-arvoista hoitoa. Laki velvoitti terveydenhuoltoyksiköt käynnistämään potilasasiamiestoiminnan. (Sundman 2000, 135.) Terveydenhuollossa tarvitaan sekä eettisiä sääntöjä että lainsäädäntöä. Molempien päämääränä on määritellä toimintasäännöt, parantaa toiminnan laatua ja estää konflikteja. Molempien sisältöön vaikuttavat sekä tosiasiat että vallitsevat arvot. (Kokkonen, Holi & Vasantola 2004, 13.)

### 3.3 Moniammatillinen asiakasyhteistyö

Keskeistä väestövastuudessa, moniammatillisessa työtavassa on yhteistyö. Eri ammattiryhmien tiedot, taidot ja kokemukset yhdistetään, jotta asiakkaiden ongelmat voidaan ratkaista. (Taipale ym. 2006, 226.) Kuntoutuksen asiakasyhteistyöstä on omat norminsa. Asiakasyhteistyö edellyttää monien eri viranomaisten, asiakkaiden ja asiakkaiden omaisten ja järjestöjen intensiivistä vuorovaikutussuhdetta. (Nouko-

Juvonen, Ruotsalainen & Kiikkala 2000, 20.) Sosiaali- ja terveydenhuollon viranomaisten, työvoima- ja opetusviranomaisten sekä Kansaneläkelaitoksen on oltava keskenään yhteistyössä paikallisella, alueellisella ja valtakunnallisella tasolla. Näiden viranomaisten tulee toimia yhteistyössä myös muiden kuntoutusta järjestävien yhteisöjen kanssa. Asiakasyhteistyö toteutetaan ensisijaisesti osana asianomaisten viranomaisten tavanomaista toimintaa. Lisäksi yhteistyötä toteutetaan paikallisen, alueellisen ja valtakunnan tason yhteistyöelimissä. (L 13.6.2003/497, 2§.) Laissa kuntoutuksen asiakasyhteistyöstä asiakasyhteistyöllä tarkoitetaan toimintaa, joka sisältää viranomaisten ja palvelun järjestäjien keskinäisen yhteistyön periaatteista ja menettelytavoista sopimisen sekä kuntoutujien kuntoutustarpeita vastaavien ratkaisujen etsimisen. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2005, 635–638.)

Asiakaslähtöiseen toimintamalliin kuuluu asiakkaan näkeminen osana sosiaalista verkostoa, johon kuuluvat perhe, muut omaiset, ystävät, naapurit, muu lähiyhteisö sekä sosiaali- ja terveyspalvelut. Palveluketju on enemmän kuin vain asiakkaan ja palveluntarjoajien yhteistyöverkko. Se on osa asiakkaan hyvinvointia, terveyttä ja itseenäistä selviytymistä tukevaa sosiaalista verkostoa. Asiakaslähtöisyyden keskeinen ominaisuus on se, että palveluita ei järjestetä organisaation vaan asiakkaan näkökulmasta mahdollisimman toimiviksi. Asiakaslähtöisyyteen sisältyy myös asiakassuhteen jatkuvuus, joka on todettu tärkeäksi tekijäksi palvelujen laadulle. Nykyisen palvelujärjestelmän suurimmat toiminnalliset ongelmat liittyvät asiakkaalle annettavan palvelun ja hoidon sujuvuuteen. Perusterveydenhuollon väestövastuinen toimintatapaan ei sinänsä automaattisesti takaa hoidon jatkuvuutta. Tyypillistä on, että terveydenhuollon hoitoketju katkeaa asiakkaan siirtyessä perusterveydenhuollosta erikoissairaanhoidon ja päinvastoin. Käy usein jopa niin, että jatkohoidon järjestäminen on asiakkaan tai omaisten vastuulla. Myös yksityisen ja julkisen sektorin yhteistyö ei usein toimi. Tähän ongelmaan haetaan muutosta juuri palveluketjun saumattomuudella. Palveluketjun perusominaisuus onkin sujuva ja joustava palvelu, jossa katkoksia ja viiveitä ei pitäisi olla. (Nouko-Juvonen, Ruotsalainen & Kiikkala 2000, 18–19.)

### 3.4 Kuntoutusprosessi

Kuntoutuspalvelujen käyttäjästä on suomalaisessa järjestelmässä monta rinnakkaista ilmaisua. Terveystieteiden kuntoutuspalvelujen käyttäjää nimitetään usein edelleen ”potilaaksi”, koska hoitopalveluihin osallistuva henkilö on aina potilas eikä rajanvetoa hoidon ja lääketieteellisen kuntoutuksen välillä voida yksiselitteisesti tehdä. Viime vuosina uusi käsite ”kuntoutuja” on alkanut selvästi vallata alaa. Nimityksellä pyritään korostamaan sitä, että kuntoutuspalvelujen käyttäjä on itsenäinen toimija, jolla on tärkeä rooli kuntoutukselle annetun tavoitteen saavuttamiseksi. Kuntoutuksen kuuluu yleensä suunnitelmallisuus ja prosessinomaisuus. Prosessi etenee eri vaiheiden, toimenpiteiden ja palvelujen kautta kohti tavoiteltua tilaa, jossakin suhteessa nykytilaa parempaa elämää. Kuntoutusprosessia on myös tarkasteltu rationaalisena, tavoitteeseen suuntautuneena toimintana, jolloin siinä edetään tavoitteen määrittelystä toimintaan ja sen tulosten arviointiin, minkä jälkeen vuorossa on uusien tavoitteiden asettaminen. (Järvikoski & Härkäpää 2006, 152.)

Palvelut ovat tärkeä osa prosessia, mutta kuntoutusprosessia ei yleensä kuitenkaan kuvata pelkästään palvelujen ketjuna. Toimenpiteiden sarjan tai palveluketjun rinnalla kulkee kuntoutujan oma ”sisäisen kuntoutumisen, sopeutumisen ja kasvamisen prosessi”. Tämän vuoksi asiakkaan mukaan ottamista oman kuntoutuksensa suunnitteluun onkin pidetty kuntoutuksen ydinkysymyksenä. Vaikka siis prosessit, polut ja ketjut ovat kuuluneet kuntoutusalaa käsittelevään keskusteluun vuosikymmeniä, käytännön toiminnassa on osoittautunut vaikeaksi saada aikaan yhtenäinen ketju tai toimenpiteiden koordinoitu kokonaisuus. Kuntoutuksessa on usein kyse yksittäisistä toimenpiteistä, joiden yhteys toisiinsa ei aukea kuntoutujalle itselleen eikä aina myöskään kuntoutusorganisaatioille. (Nouko-Juvonen, Ruotsalainen & Kiikkala 2000, 87–88.)

Kuntoutusjärjestelmämme koostuu useasta erillisestä osajärjestelmästä. Muun muassa sosiaali- ja terveydenhuollolla, työhallinnolla, Kansaneläkelaitoksella, yksityisellä vakuutussektorilla ja opetustoimella on kullakin omat tavoitteensa sekä vastuunsa kuntoutuksen alueella. Kuntoutuja voi usein saada samanaikaisesti palveluja useammassa kuin yhdessä järjestelmässä, ja sen vuoksi vastuu kuntoutuksen toteutuksesta jakautuu. Kuntoutusprosessiin voi syntyä katkoksia muun muassa siksi, että eri orga-

nisaatioilla on keskenään ristiriitaisia käsityksiä asianomaisen henkilön kuntoutuksen tavoitteista ja mahdollisuuksista tai omasta tehtävästään hänen kuntoutuksessaan. Silloinkin kun kuntoutustarvetta ja – mahdollisuuksia selvitetään huolellisesti, kuntoutuksen toteutusvastuu saattaa jäädä määrittelemättä. Ei ole myöskään tavatonta, että kuntoutuksena toteutuu arviointi, mutta ei mitään sen jälkeen. (Nouko-Juvonen, Ruotsalainen & Kiikkala 2000, 88.)

Tavoitteena kuntoutuksessa on katkeamaton palveluketju, ja kuntoutuslainsäädännön avulla on pyritty varmistamaan, että ohjaus kuntoutusjärjestelmästä toiseen tapahtuu sujuvasti, mikäli kuntoutujan asioita ei syystä tai toisesta voida hoitaa omassa järjestelmässä. Siitä huolimatta monet tutkimukset viittaavat siihen, että palveluketjun etenemisessä on edelleen ongelmia. Tutkimuksissa on osoittautunut asiakkailta olevan runsaasti kriittisiä kommentteja, jotka johtuvat tiedon puutteesta: asiakas ei ole esimerkiksi ymmärtänyt tutkimusten merkitystä eikä ole saanut riittävästi informaatiota niiden perusteluista. Kuntoutus on usein käynnistynyt kovin hitaasti, mikä on aiheuttanut turhautumista. Osalla asiakkaista prosessi on pysähtynyt kuntoutustutkimukseen, toisin sanoen asiat eivät ole sen jälkeen edenneet, vaikka siitä on kulunut jo runsaasti aikaa. Kuntoutajat toivovat aktiivista seuranta; tutkijat pitävät parhaana ratkaisua, jossa kunkin kuntoutujan asioita hoitamaan on nimetty henkilö, joka vastaisi yhteydenpidosta koko prosessin ajan ja antaisi kuntoutujalle tarvittavaa tukea ja ohjausta. (Järvikoski & Härkäpää 2006, 178.)

#### 4 ASIAKASTIETOJEN SIIRTO TERVEYDENHUOLLON JA MUIDEN PALVELUKETJUN VÄLILLÄ

Kaikki potilasasiakirjoihin sisältyvät tiedot ovat salassa pidettäviä. Terveystieteiden ammattihenkilö tai muu terveydenhuollon toimintayksikössä työskentelevä taikka sen tehtäviä suorittava henkilö ei saa ilman potilaan kirjallista suostumusta antaa sivullisille potilasasiakirjoihin sisältyviä tietoja. Salassapitovelvollisuus säilyy myös palvelussuhteen tai tehtävän päättymisen jälkeen. Potilaan tutkimuksen ja hoidon

järjestämiseksi tarpeellisia tietoja saadaan kuitenkin antaa toiselle terveydenhuollon toimintayksikölle tai terveydenhuollon ammattihenkilölle. (L 17.8.1992/785, 13§.)

Potilasasiakirjoihin sisältyvien tietojen antaminen sivullisille edellyttää pääsääntöisesti kuitenkin potilaan kirjallista suostumusta. On huomattava, että sivullisia ovat myös kaikki ne terveydenhuollon yksikössä työskentelevät, jotka eivät osallistu potilaan hoitoon tai hänen asioidensa käsittelyyn. Myös potilaan lähiomaisia pidetään tietosuojamielessä sivullisina. Potilaan tutkimuksen ja hoidon järjestämiseksi tarpeellisia tietoja saa antaa toiselle terveydenhuollon toimintayksikölle tai terveydenhuollon ammattihenkilölle potilaan suullisen suostumuksen tai asiayhteydestä ilmenevän suostumuksen mukaisesti. On tärkeää muistaa, että säännökset on tarkoitettu suojaamaan potilaan intimitteettiä suhteessa sivullisiin. Niiden tarkoitus ei ole hankaloittaa potilaan hoitoa. (Kokkonen, Holi & Vasantola 2004, 64.) Asiakaskuntoutusprosessin tällaiseksi luokiteltuja asiakirjoja ovat esim. Kelan kuntoutuspalaute, sosiaalitoimen itsellään käytössä olevat asiakirjat ja myös muiden asiakkaan kanssa yhdessä työskentelevien tahojen asiakirjat.

Perusterveydenhuollon yksiköllä on taas esimerkiksi velvollisuus antaa Kansaneläkelaitokselle, vakuutusyhtiöille, työvoimahallinnolle ja sosiaalitoimelle heidän tarvitsemansa tiedot asiakkaan etuuskäsittelyä varten. Esimerkiksi Kansaneläkelaitokselta perusterveydenhuollon potilasarkistolle saapuvassa tietojenluovutuspyynnössä lakipykäliin on viitattu näin:

”Kansaneläkelaitoksella on oikeus saada käsiteltävänä olevan asian ratkaisemiseksi tarvittavat tiedot (sairausvakuutuslaki 19 luku 1 §, kansaneläkelaki 86 §, laki Kansaneläkelaitoksen kuntoutusetuuksista ja kuntoutusrahaetuksista 59 §, laki vammaisuuksista 43 §, laki maahanmuuttajan erityistuesta 33 §).”

Potilaslain sekä henkilötietolain mukaan potilasasiakirjoja voidaan siis luovuttaa toiselle terveydenhuollon toimintayksikölle ja muille sivullisille potilaan vapaaehtoisella, nimenomaisella, informoidulla, yksilöidyllä ja kirjallisella suostumuksella. Kaikkien edellä mainittujen vaatimusten on toteuduttava suostumusta annettaessa. Jos potilaalla ei ole edellytyksiä arvioida annettavan suostumuksen merkitystä, tietoja saa antaa hänen laillisen edustajansa vastaavalla suostumuksella. Tarpeettomia tietoja ei ole lainmukaista käsitellä, eikä siten myöskään luovuttaa edes potilaan

suostumuksella. (Ylipartanen 2001, 69, 71–72.) Tämä koskee myös 65 vuotta täyttävää vaikeavammaista, joka siirtyy Kelan kuntoutettavista julkisen terveydenhuollon lääkinnällisen kuntoutuksen piiriin. Kelan on saatava lupa asiakkaalta hänen tietojensa siirtämiseen.

Tietojen luovuttaminen anonyymeinä eli henkilön tunnistetiedot poistettuina siten, että potilas ei ole mitenkään tunnistettavissa, on mahdollista. Tiedot eivät saa olla mitenkään liitettävissä tiettyyn tunnistettavissa olevaan potilaaseen. Tällöin ei ole kyse henkilötietojen käsittelystä eikä tietosuojalainsäädäntö tule sovellettavaksi. Terveydenhuollon tietosuojan kannalta merkittävä on julkisuuslain 26 §, jossa säädetään yleiset perusteet salassa pidettävän tiedon antamiseen. (Ylipartanen 2001, 72, 75.) Tietojensaantioikeus on ehdoton ja syrjäyttää mm. terveydenhuollon vaitiolovelvollisuuden (Räty & Virta 1994, 18).

Viranomaisella on oikeus saada pyynnöstä maksutta tarpeelliset tiedot ja selvitykset

- valtion ja kunnan viranomaiselta
- muulta julkisoikeudelliselta yhteisöltä
- Kansaneläkelaitokselta
- Eläketurvavakuutuslaitokselta
- eläkesäätiöltä ja muulta eläkelaitokselta
- vakuutuslaitokselta
- huoltotoimintaa tai sairaanhoitotoimintaa harjoittavalta yhteisöltä ja laitokselta (Räty & Virta 1994, 18).

Tietojensaantioikeus kohdistuu siis koko julkiseen sektoriin ja yksityisiin sosiaali- ja terveydenhuollon laitoksiin. Erityisesti vammaispalvelujen näkökulmasta on tärkeää, että mainitut tahot ovat sosiaalihuoltolain (SHL) 58 §:n rangaistusseuraamuksen uhalla (sakkoa tai vankeutta enintään 6 kuukautta) velvollisia antamaan palvelujen tarpeen selvittämiseksi tai toteuttamiseksi tarpeellisia tietoja. Tällä perusteella voidaan saada tarpeellisia tietoja vammaisen henkilön potilaskertomuksista tai muista terveydenhuollon salassa pidettävistä asiakirjoista. (Räty & Virta 1994, 18.)

## 5 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Opinnäytetyöni tarkoituksena on selvittää millä tavalla eri palveluntuottajat ohjeistavat 65 vuotta täyttävää vaikeavammaista Pohjois-Satakunnan peruspalvelu-liikelaitos kuntayhtymän (PoSa:n) lääkinnällisen kuntoutuksen piiriin.

Tutkimukseni tavoitteena on kyselylomakkeen ja haastattelujen avulla kartoittaa PoSa:n alueen lääkinnällisen kuntoutuksen palveluntarjoajilta millaisia palveluja he tarjoavat 65 vuotta täyttäneille vaikeavammaisille ja miten he asiakkaitaan ohjeistavat lääkinnällisen kuntoutuksen piiriin tämän ikäryhmän pudotessa pois Kelan piiristä. Haastattelujen avulla pystyn saamaan myös kuntoutusasioita käsittelevältä Kelalta ja Kankaanpään Kuntoutuskeskukselta tietoa kuinka he ohjeistavat 65 vuotta täyttäneitä vaikeavammaisia saumattomasti lääkinnällisen kuntoutuksen piiriin.

Tutkimuskysymykset ovat:

- Millä tavoin Kela neuvoo ja ohjeistaa asiakasta ja terveydenhuoltoa heidän kuntoutusveloitteensa päättyessä 65 vuotta täyttävälle vaikeavammaiselle?
- Miten kuntoutuspalveluja tuottava taho (Kankaanpään Kuntoutuskeskus ja yksityiset palveluntuottajat) toimii vaikeavammaisen asiakkaan täyttäessä 65 vuotta hänen siirtymävaiheessaan lääkinnällisen kuntoutuksen piiriin?
- Millä tavalla Kankaanpään perusterveydenhuollon fysioterapiayksikkö saa tiedon heidän palveluihin siirtyvästä 65 vuotta täyttävästä vaikeavammaisesta tai on asiakkaan kuntoutussuunnitelman laatimisessa mukana?

## 6 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN

Ajatus opinnäytetyöni aiheesta syntyi yhdessä PoSa:n (Pohjois-Satakunnan peruspalvelu- ja liikelaitoskuntayhtymän) fysioterapian osastonhoitajan kanssa jutellessa mahdollisesta tärkeästä aiheesta, joka liittyisi tulevaan työhöni fysioterapiaosaston kuntoutusohjaajana. Suuri osa asiakkaistani kuntoutusohjaajana tulee todennäköisesti olemaan perusterveydenhuollossa 65 vuotta täyttäneitä vaikeavammaisia. Aiempaa opinnäytetutkimusta aiheestani ei ole. Opinnäytetyössäni halusin selvittää miten saumatonta palveluketjua pystytään toteuttamaan ja parantamaan, kun vaikeavammaisen täyttää 65 vuotta ja siirtyy Kelan vastuulta PoSa:n lääkinnällisen kuntoutuksen piiriin. Palveluketju ei ole tähän päivään mennessä vielä edennyt saumattomasti. Tutkimukseni rajasin PoSa:n fysioterapiayksikölle ja heidän kanssaan ostopalveluna työskenteleville palveluntuottajille.

### 6.1 Tutkimusmenetelmä

Opinnäytetyössäni käytän kyselyä ja haastattelua kattavaa survey-tutkimusmenetelmää: haastatteluja ja kyselylomaketta. Survey-tutkimuksessa poimitaan jostakin perusjoukosta, esimerkiksi Suomen lääkinnällisen kuntoutuksen harjoittajista edustava otos, jolta hankitaan tietoja kyselemällä tai haastatteleamalla (Koivula, Suihko & Tyrväinen 2002, 49). Työssäni käytän kvantitatiivista eli määrällistä tutkimusmenetelmää ja aineiston keruun toteutan pääasiassa kyselylomakkeen ja puhelinhaastattelujen avulla. Tutkimuksen kohderyhmäksi valitsin Kelan, Kankaanpään Kuntoutuskeskuksen, perusterveydenhuollon fysioterapiayksikön ja sen ulkoisia palveluntarjoajia, joilla on asiakkaina 65 vuotta täyttäviä vaikeavammaisia. Palautuneet vastauslomakkeet puran laadullisen havainnoinnin ja sisältöanalyysin avulla.

Kyselytutkimuksessa mittaus tapahtuu kyselylomakkeella. Kun vastaaja täyttää lomakkeen, on siihen enää myöhäistä tehdä muutoksia, joten lomake on todella syytä suunnitella huolellisesti. Koko tutkimuksen onnistuminen riippuu mitä suurimmassa määrin lomakkeesta. Ratkaisevaa on se, kysytäänkö sisällöllisesti oikeita kysymyksiä tilastollisesti mielekkäällä tavalla. (Vehkalahti 2008, 20.)



Ennen kyselyn lähettämistä piti saada PoSa:n hoitotyön päällikön lupa (LIITE 1) fysioterapiayksikön ja sen yhteistyössä oleville yksityisille palveluntuottajille lähetettävään kyselyyn ja tilastojen käyttämiseen sekä tietenkin Kelan ja Kuntoutuskeskuksen johtajan lupa tehtäviin haastatteluihin. Eettiseltä toimikunnalta ei lupaa tarvita, koska potilastietoja ei kyselyssä käytetä eikä potilaita haastatella.

## 6.2 Kyselylomake ja haastattelut

Fysioterapiayksikölle ja palveluntuottajille suunnatut kyselylomakkeet (LIITE 2 ja 3) suunnittelin yhdessä ohjaavan opettajan ja fysioterapiayksikön osastonhoitajan kanssa. Kelalle ja Kuntoutuskeskus Kankaanpäälle kohdistetun haastattelulomakkeen suunnittelin itse pohjautuen kyselylomakkeessa kysytyihin kysymyksiin. Kyselylomakkeessa käytin puolistrukturoitua menetelmää, jolloin osaan vastauksista oli valmiit vastausvaihtoehdot ja osaan vastaaja sai vastata omin sanoin vapaasti. Kyselylomakkeen lähetin jokaiselle sähköisesti liitteenä saatekirjeen kanssa. Vastausaikaa annoin kaksi viikkoa, jonka jälkeen lähetin vastaamattomille vielä muistutussähköpostin.

Haastattelulomakkeen (LIITE 4) valmistelussa käytin teemahaastattelua, joka on vapaamuotoinen, keskustelunomainen haastattelumuoto. Kuntoutuskeskus Kankaanpään korkeammassa asemassa oleva henkilö valikoi minulle haastateltavan, joka on 65 vuotta täyttäneiden kuntoutusasioissa tekemisissä ja ohjaa heitä. Myös Kelan Lounais-Suomen läänin kuntoutusasioista vastaava valikoi minulle haastatteluun sopivan henkilön. Haastattelut toteutin haastattelulomakepohjaa apuna käyttäen, johon kokosin samoja kysymyksiä kuin kyselylomakkeeseen, jotta tutkimuksen purkaminen olisi helpompaa.

Kysymysten muotoilussa tulee olla huolellinen, sillä ne luovat perustan tutkimuksen onnistumiselle. Kysymysten muoto aiheuttaakin eniten virheitä tutkimustuloksiin, sillä jos vastaaja ei ajattele samalla tavalla kuin tutkija tarkoittaa, tulokset vääristyvät. Kysymysten tulee olla yksiselitteisiä, eivätkä ne saa olla johdattelevia. Niitä lähdetään rakentamaan tutkimuksen tavoitteiden ja tutkimusongelmien mukaisesti. Vas-

ta kun tutkimusongelmat ovat täsmentyneet, on syytä lähteä keräämään aineistoa, sillä tällöin tiedetään, mitä tietoa aineistonkeruulla pyritään löytämään. Samalla vältytään turhilta kysymyksiltä ja muistetaan kysyä kaikki olennainen. (Aaltola & Valli 2007, 102–103.)

Usein kyselylomakkeessa aloitetaan ns. taustakysymyksillä, esimerkiksi kysymällä sukupuolta, ikää ja koulutusta. Ne toimivat samalla lämmittelykysymyksinä varsinaiseen aiheeseen, jolloin vastaaja pääsee vähitellen mukaan. Nämä taustakysymykset toimivat yleensä ns. selittävinä muuttujina, eli tutkittavaa ominaisuutta tarkastellaan niiden suhteen. (Aaltola & Valli 2007, 103.) Liian pitkä lomake saa vastaajan luopumaan vastaamisesta jo ennen kuin edes tutustuu siihen tarkemmin. Kun lomake on liian pitkä, niin helposti viimeisiin kysymyksiin vastataan ilman suurempaa pohdintaa, joten tutkimuksen luotettavuus voi kärsiä. Yhtä lailla kuin pitkä lomake niin myös täyteen ahdetut sivut saavat mielikuvan pitkästä ja raskaasta työstä, ja kun vastaaminen ei ole pakollista, on siitä helppo luopua. (Aaltola & Valli 2007, 104–105.)

Yksi vaihtoehto kysymyksen asetteluun on luoda valmiit vastausvaihtoehdot kuviteltujen vastausten pohjalta. Tällöin tutkijan tulee ennakolta tietää, millaisia vastauksia koehenkilöt kysymyksiin tuottavat – tutkijalla täytyy olla mielikuva vastausvaihtoehdoista. Ns. taustatietojen selvittämiseen tällaiset kysymykset ovat soveltuvimpia ja käytetyimpiä, mutta toki ne soveltuvat myös muuhun tarkoitukseen. Tärkeää on, että vastaajalle löytyy aina oikea/sopiva vastausvaihtoehto. Tämän vuoksi vastausvaihtoehtoihin tulee usein lisätä ”muu, mikä?” – vaihtoehto. Lisäksi usein on tarkoituksenmukaista, että vastaajalle sopivia vastausvaihtoehtoja on vain yksi. Näin analysointi ja tulkinta ovat huomattavasti yksinkertaisempaa ja helpompaa. (Aaltola & Valli 2007, 123.)

Myös avoimin kysymyksiin annettuja vastauksia voidaan analysoida tilastollisin menetelmin. Vastaukset tulee vain luokitella ryhmiin. Kun luokittelua tehdään, täytyy ennakkoon miettiä ja tarkastella saatuja vastauksia, jotta saadaan selville, millaisia luokkia vastauksissa esiintyy. Toinen vaihtoehto avointen kysymysten analysoinnille on laadullinen tarkastelu. Tällöin turvaudutaan usein teemoitteluun. Eräs etu avointen kysymysten muodossa on se, että vastausten joukossa voi olla hyviä ideoita. Toinen positiivinen puoli on mahdollisuus saada vastaajan mielipide selville perusteellisesti.

Myös mahdollisuus luokitella aineistoa monella tavalla on yksi sen eduista. Avoimet kysymykset ovat työläitä analysoida, sillä vastausten luokittelu ja tulosten laskeminen vie huomattavasti enemmän aikaa kuin valmiiden vaihtoehtojen tulkinta. (Aalto-la & Valli 2007, 124.)

### 6.3 Saatekirje

Saatekirjeessä kerrotaan tutkimuksen tarkoitus ja aiheen tärkeys tutkijalle ja tulevalle yhteistyölle ja tietenkin rohkaistaan vastaajia vastaamaan. Samalla markkinoin heille uutta työnkuvaani ja kehitän näin tulevaa yhteistyötämme. Saatekirjeen tulee olla helppolukuinen, huomiota herättävä, kiinnostava ja lyhyt.

Saatekirjeen valmistelin itse (LIITE 5), jonka pilotoin ennen lähettämistä ohjaavalla opettajalla ja osastonhoitajalla. Kirjeessä esittelin itseni, kerroin lyhyesti tutkimukse- ni tarkoituksen, kenelle kysely on suunnattu ja mihin tutkimustuloksia tultaisiin käyt- tämään ja kerroin miksi vastaus kyselyyni olisi tärkeä. Lisäksi tietenkin annoin pa- lautusosoitteeni sähköisessä muodossa ja postiosoitteen PoSa:n fysioterapiao- sastolle. Tarkoituksena oli saada lukija motivoitua vastaamaan kyselyyni.

### 6.4 Kohderyhmä

Perusjoukko ja otos ovat otannan tärkeimmät käsitteet. Otoksen muodostavat tutki- mukseen valituiksi tulleet vastaajat. Jokaisella perusjoukkoon kuuluvalla tulee olla sama todennäköisyys tulla valituksi otokseen. Otokskoko on myös tärkeä, vaikkakin jossain määrin toissijainen kysymys, ja vain yksi tutkimuksen luotettavuuteen vaikut- tavista tekijöistä. (Vehkalahti 2008, 43.)

Vastausprosentti on eräs tutkimuksen luotettavuuden ilmaisin. Se kertoo, kuinka mo- ni otokseen valituista vastasi, siis täytti ja palautti kyselylomakkeen. Tyypilliset ky- selytutkimuksen vastausprosentit lienevät nykyisin alle 50 %:n suuruisia. Tutkimuk- sen luotettavuuden arvioinnin kannalta on syytä raportoida vastausprosentti, jotta nähdään, kuinka moni ylipäättään vastasi kyselyyn. (Vehkalahti 2008, 44.)

Kohderyhmää valitessani käytin harkinnanvaraista otantaa tiedostaen PoSa:n alueen, siihen kuuluvat sivukunnat ja laajan palveluntuottajien verkoston. Päätin rajata tutkimukseni kohderyhmäksi vain PoSa:n fysioterapiayksikön työntekijät ja PoSa:n ostopalveluna toimivat palveluntuottajat, Kelan ja Kuntoutuskeskus Kankaanpään.

## 6.5 Tutkimuksen luotettavuus ja pätevyys

Mittauksen luotettavuuteen ja laatuun vaikuttavat sisällölliset, tilastolliset, kulttuuriset, kielelliset ja teknisetkin seikat, joten on selvää, että laadukas mittaus edellyttää usean asiantuntijan yhteistyötä. Mittaus on ainutkertaista, eikä huonosti mitattuja osioita voi jälkikäteen parantaa millään menetelmällä. Mittauksen laatuun voi kuitenkin vaikuttaa etukäteen. Neuvoja kannattaa kysyä asiantuntijoilta jo lomakkeen suunnitteluvaiheessa. (Vehkalahti 2008, 40.) Itse sain neuvoja opinnäytetyöni rakentamiseen ja tutkimusmenetelmän käyttämiseen ohjaavilta opettajilta ja keskustelin asioista myös fysioterapiayksikön osastonhoitajan kanssa. Pidin itse kyselylomaketta laadukkaana mittausmenetelmänä näin pienelle kohderyhmälle.

Mittauksen luotettavuudesta puhuttaessa erotetaan kaksi perustetta: validiteetti ja reliabiliteetti. Edellistä näkee toisinaan kutsutun pätevyydeksi ja jälkimmäistä joko luotettavuudeksi tai toistettavuudeksi. Luotettavuus on kuitenkin laajempi käsite kuin pelkkä reliabiliteetti. Toistettavuus on puolestaan liian suppea määritelmä reliabiliteetille. (Vehkalahti 2008, 40.) Työssäni validiteetti toteutui, koska käytin harkinnanvaraisia yhteydenottoja ja suunnittelin tarkasti esitetyt kysymykset valmiiksi. Reliabiliteetti voidaan myös todeta, koska tutkimuksen tulokset voidaan yleistää muihin perusterveydenhuollon lääkinnällisen kuntoutuksen ammattiryhmiin. Vastaukset ovat luotettavia ja toistettavia.

Tiivistä ilmaistuna validiteetti kertoo, mitataanko sitä, mitä piti, ja reliabiliteetti kertoo, miten tarkasti mitataan. Toimivia suomennoksia voisivat olla pätevyys ja tarkkuus. Osio tai mittari saattaa todella mitata jotain muuta kuin sen luultiin mittaavan. Validiteetti on mittauksen luotettavuuden kannalta ensisijainen peruste, sillä ellei mitata oikeaa asiaa, ei reliabiliteetillä ole mitään merkitystä. Validiteetin lisäksi on

tavoittelemisen arvoista saada mittaus reliabiliteetiltaan mahdollisimman hyvälle tasolle. Mittauksen reliabiliteetti on sitä parempi, mitä vähemmän siihen sisältyy mittausvirhettä. (Vehkalahti 2008, 41.) Tutkimusmenetelmällä mitattiin oikeaa asiaa, saatiin vastaukset selvitettyihin kysymyksiin. Reliabiliteetti ei toteutunut kokonaan, koska olisi ollut mahdollista saada tutkimuksella vielä tarkempia tuloksia vaikeavammaisten määristä.

## 6.6 Aineiston analyysi

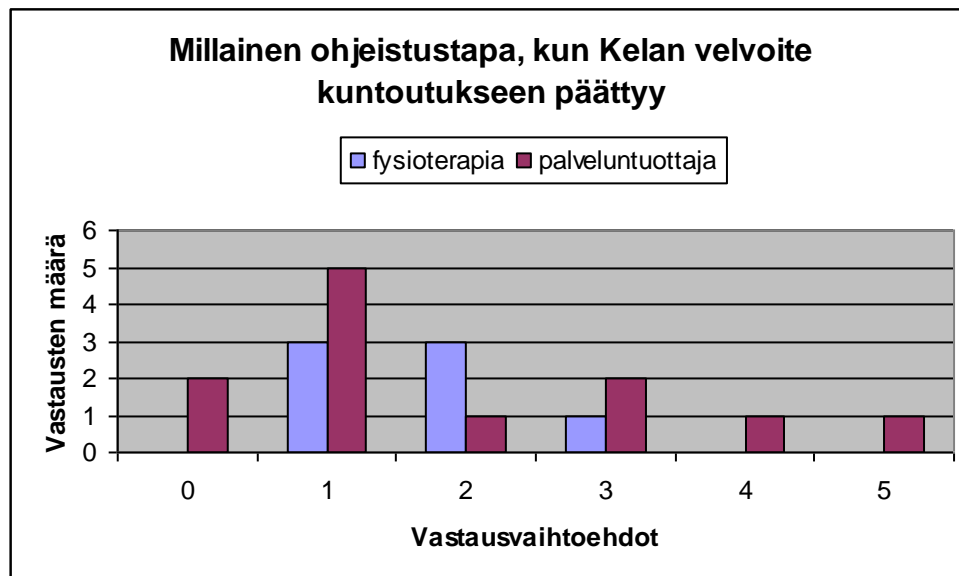
Aineistotulokset kokosin havaintomatriisiksi. Kvantitatiivisen tutkimuksen aineisto on tiivistettävissä havaintomatriisiksi, jossa havaintoyksikköjen saamat muuttujien arvot ovat numeerisessa muodossa valmiina tilastollista käsittelyä varten. (Koivula, Suihko & Tyrväinen 2002, 23). Havaintomatriisin tekemiseen käytin Excel-taulukkolaskentaohjelmaa, johon laitoin molemmat sekä fysioterapiayksikön että palveluntuottajien vastaukset. Havaintomatriisi luodaan laskentataulukkoon, jossa rivit muodostuvat havaintoyksiköistä ja sarakkeet muuttujista. (Koivula, Suihko & Tyrväinen 2002, 23). Teemoittelin vastausten muuttujat hyväksi katsomallani tavalla ja havaintoyksiköt numeroin vastaajien mukaan. Sanallisissa, avoimissa vastauksissa käytin teemoittelua. Jokaisen vastausvaihtoehdon tiivistin ja numeroin joksikin luvuksi, havaintoyksiköksi.

Muuttujina olivat ammattinimike, 65 vuotta täyttäneiden vaikeavammaisten määrä/vuosi ja montako heistä oli saanut lääkinnällistä kuntoutusta Kelan kustantamana. Näiden kolmen ensimmäisen kysymyksen vastaukset olivat strukturoituja. Loput muuttujat olivat: millainen on ohjeistustapa kun Kelan velvoite kuntoutukseen päättyy asiakkaan täytettyä 65 vuotta. Miten ollaan mukana vaikeavammaisen kuntoutussuunnitelman laatimisessa, mitkä tahot kustantavat 65-vuotiaan vaikeavammaisen lääkinnällisen kuntoutuksen ja viimeisenä kysyttiin ehdotuksia 65 vuotta täyttävän vaikeavammaisen siirtymävaiheeseen Kelan keskuudesta perusterveydenhuollon puolelle. Näihin neljään viimeiseen kysymykseen vastattiin avoimesti, joiden vastaukset numeroin helpottaakseni vastausten analysointia kirjoittaessani.

## 7 TUTKIMUSTULOKSET

Kaiken kaikkiaan kyselyn alussa vastaajia oli yhteensä 28 henkilöä. Fysioterapiayksikön vastaajia oli kaikkiaan kahdeksan, joista seitsemän vastasi kyselyyn. Näistä yksi työskentelee terveystieteiden tutkimuskeskuksena ja kuusi fysioterapeutteina. Palveluntuottajia oli kaikkiaan yhdeksätoista, joista kaksitoista vastasi kyselyyni ja joista kymmenen oli naisia ja kaksi miestä. Kolme palveluntuottajaa tämän lisäksi vastasi, että he eivät työskentele vaikeavammaisten 65-vuotiaiden kanssa vaan ottavat vastaan vain lapsia ja eivät sen vuoksi vastanneet kyselyyn. Loput jättivät vastaamatta. Ensimmäisenä palveluntuottajien kyselylomakkeessa piti rastittaa valmiista vaihtoehdoista oma ammattinimike. Vastanneista palveluntuottajista fysioterapeutteja oli seitsemän, toimintaterapeutteja kaksi ja puheterapeutteja kolme. Ainoastaan lasten terapeutteina toimivista kolmesta vastaamatta jättäneestä kaksi olivat puheterapeutteja ja yksi fysioterapeutti. Loput neljä vastaamatta jättänyttä olivat fysioterapeutteja.

Toinen kysymys oli tarkoitettu sekä fysioterapiayksikölle että palveluntuottajille. Piti arvioida kuinka moni 60–65-vuotiaista vaikeavammaisista on keskimäärin saanut vuoden aikana lääkinällistä kuntoutusta Kelan kustantamana. Lääkinällisen kuntoutuksen määrä Kelan kustantamana oli varsin pieni, koska hajontaa ei tapahtunut paljoakaan. Jokaisen vastauksen kohdalla henkilömäärä jäi alle kymmeneen. Palveluntuottajien kolmantena kysymyksenä piti määrittää kuinka paljon keskimäärin vuodessa on lääkinällisen kuntoutuksen asiakkaina 65 vuotta täyttäneitä vaikeavammaisia. Tässäkään hajontaa ei tapahtunut, henkilömäärä jäi alle kymmeneen, muutamalla vastauksena oli jopa nolla. Fysioterapiayksikön kolmantena kysymyksenä kysyttiin yksikön toimintatapaa silloin, kun Kelan velvoite asiakkaan kuntoutuksesta iän vuoksi päättyy. Miten asiakasta tällöin ohjataan/ohjeistetaan (Kaavio 1). Tämä oli ensimmäinen avoin kysymys. Työntekijöistä suurin osa oli samoilla linjoilla vastauksissansa, asiakasta joko ohjataan ottamaan yhteyttä perusterveydenhuoltoon tai asiakkaan asia viedään seuraavan kuntoutustyöryhmän kokoukseen. Yksi vastaaja ajatteli ohjata asiakasta ottamaan yhteyttä omaan lääkäriin ja tätä kautta saisi maksusitoumuksen perusterveydenhuoltoon.



### Vastausvaihtoehdot

0= ei osaa sanoa

1= ohjataan ottamaan yhteyttä perusterveydenhuoltoon

2= viedään asia kuntoutustyöryhmään

3= yhteydenotto omaan lääkäriin

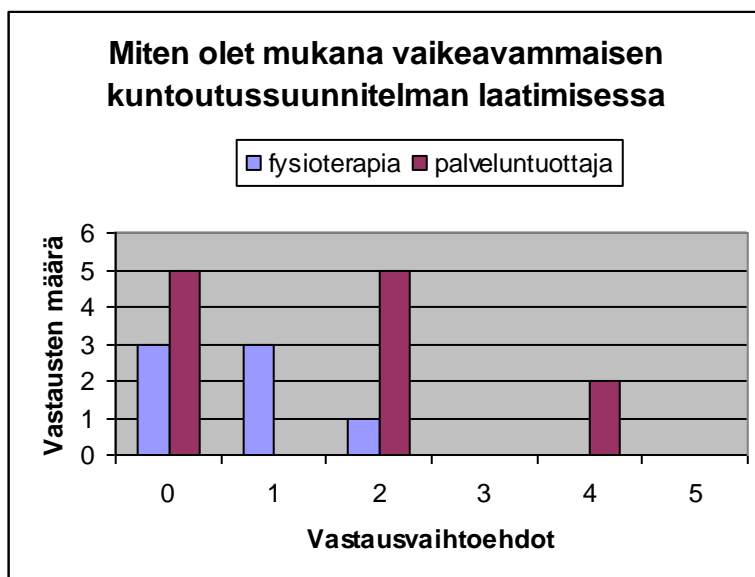
4= kerron eri vaihtoehdot kuntoutuspalveluista

5= jatkosuositus, kirjallisen palautteen kautta

**Kaavio 1.** Fysioterapiayksikön ja palveluntuottajien kyselyn vastauksia.

Sama kysymys esitettiin palveluntuottajille kuudentena (Kaavio 1). Vastaajista viisi oli sitä mieltä, että ohjaavat asiakasta ottamaan yhteyttä perusterveydenhuoltoon. Toiseksi eniten vastaajat ohjaisivat asiakasta ottamaan yhteyttä omaan lääkäriin, josta maksusitoumus. Palveluntuottajien neljäntenä kysymyksenä oli miettiä heidän 65-vuotiaiden vaikeavammaisten asiakkaiden lääkinnällisen kuntoutuksen kustantajatahoja. Suurin osa (kahdeksan) vastaajista sanoi kustantajan olevan terveydenhuolto ja toiseksi eniten (kolme) vakuutusyhtiö. Vastauksista kävi ilmi, että asiakkaissa on myös itse kuntoutuksensa maksavia. Fysioterapiayksikön neljäntenä ja palveluntuottajien viidentenä kysymyksenä kysyttiin heidän mukanaoloaan eri-ikäisten vaikeavammaisten kuntoutussuunnitelman laatimisessa (Kaavio 2). PoSa:n fysioterapeuteista kertoi olevansa mukana toimintakykyarvion tekemisessä kuntoutussuunnitelmaa varten. Osa ei ole ollenkaan ja yksi on mukana kuntoutussuunnitelmapalaverissa. Palveluntuottajista viisi on mukana kuntoutussuunnitelmapalaverissa, viisi kirjallisen palautteen muodossa (joista kolme mukana molemmissa edellisissä) ja

viisi ei ollenkaan. Yksi sanoi vain olevansa mukana kuntoutussuunnitelman laatimisessa yhdessä asiakkaan kanssa.



#### Vastausvaihtoehdot

0= en ollenkaan

1= toimintakykyarviossa kuntoutussuunnitelmaa varten

2= palavereissa koskien kuntoutussuunnitelmaa

3= kuntoutussuunnitelman ja kuntoutuspalautteen teko yhdessä asiakkaan kanssa

4= kirjallinen palaute

5= yhteistyö kaikkien hoitavien tahojen kanssa

**Kaavio 2.** Fysioterapiayksikön ja palveluntuottajien kyselyn vastauksia.

Viimeisen kysymyksen (fysioterapiayksikön viides ja palveluntuottajien seitsemäs) vastauksissa oli suurin hajonta, koska sai esittää ehdotuksia saumattoman palveluketjun toimintatapaan, kun vaikeavammaisen päätyy Kelalta perusterveydenhuollon lääkinnällisen kuntoutuksen piiriin. Miten saumattomuus toteutuisi paremmin. Yhdeksästätoista viisi jätti vain vastaamatta tähän. Yksi ainut fysioterapiayksikön vastaajista oivalsi: ”Ihanaahan olisi jos siirtymistä ei tapahtuisi vaan vaikeavammaisen olisi Kelan kuntoutettava, vaikka olisikin yli 65-vuotias.” Yhdellä heistä oli vastauksena kuntoutusohjaajan tärkeys kuntoutuksen jatkuvuutta ajatellen. Kolme oli sitä mieltä, että kuntouttavan tahon tulisi olla yhteydessä perusterveydenhuoltoon tässä vaiheessa. Kahden mielipiteenä oli Kelasta tehtävä suora tiedotus perusterveydenhuoltoon. Yksi esitti, että olisi hyvä jo asiakkaan kuntoutuksen alkuvaiheessa avata



monimutkaista kuntoutuspolkua ja joidenkin mielestä pitäisi tehdä enemmän yhteistyötä eri palvelutahojen kesken. Yksi ajatteli kaiken toimineen moitteetta ja yksi ajatteli, että asiakkaan on oltava itse aktiivinen.

Kelan ja Kuntoutuskeskus Kankaanpään haastatteluista en saanut uutta tietoa suuremmin irti. Kela vastasi hyvin niukalti haastattelukysymyksiin ja viittasi koko ajan heidän standardikäytäntöihin ja lakipykäliin, jotka ohjaavat heidän toimintaansa. Kela kuitenkin huolehtii 65 vuotta täyttävien vaikeavammaisten ohjaamisesta asiakkaan kotikunnan terveydenhuoltoon kuntoutuksen järjestämisvelvollisuuden muuttuessa. Asiakas saa tiedon kuntoutuksen järjestämisvelvollisuuden siirtymisestä kotikunnan terveydenhuoltoon sen kuntoutuspäätöksen yhteydessä, jossa asiakkaan 65-vuotispäivä osuu myönnetyn kuntoutustoimenpiteen ajalle. Kelan toimisto postittaa päätöksen tiedoksi asiakkaan lisäksi myös siihen kunnalliseen hoidosta vastaavaan yksikköön, jossa asiakkaan kuntoutussuunnitelma on laadittu. Kelan kuntoutusasian käsittelijä luonnollisesti informoi asiakasta myös suullisesti Kelan kuntoutuksen järjestämisvastuun päättymisestä.

Kuntoutuskeskus Kankaanpään vt. sosiaalityöntekijä ei osannut tarkemmin määritellä kuinka paljon heillä käy vuoden aikana kuntoutuksessa 65 vuotta täyttäneitä vaikeavammaisia, mutta arvaili lukeman olevan alle kymmenen. Iäkkäiden vaikeavammaisten kuntoutuksen kustantaa suurelta osin vakuutusyhtiöt liikennetapaturman kautta, jonkin verran kustantajatahoina ovat myös Kelan harkinnanvarainen kuntoutus, perusterveydenhuolto ja yksityiset asiakkaat. Kuntoutussuunnitelman laatimisessa heillä ei olla mukana asiakkaan kanssa, vaan toteutetaan kuntoutussuunnitelman kuntoutusta. Kuntoutuspalautteessa ottavat asiakkaan asioihin kantaa ja tekevät tarpeellisia suosituksia. Kuntoutuskeskus Kankaanpäässä seurataan asiakkaiden ikää ja heti asiakkaiden tuloinfopalaverissa kerrotaan tarpeellisista asiakasta koskevista tulevista muutoksista tai siirtymävaiheesta. Talon oma lääkäri ohjeistaa asiakasta kääntymään Kuntoutuskeskuksen sosiaalityöntekijän puoleen jatkosuunnitelmaa varten, jolloin sosiaalityöntekijä vielä ottaa yhteyttä PoSa:an kertoakseen asiakkaan siirtymisestä. Kuntoutuskeskuksen asiakkailta on kuuleman mukaan kuva, että täytettyään 65 vuotta asiakkaiden maailma ja elämä loppuu siihen, mistään ei saa perusturvaa. Sosiaalityöntekijä ehdotti haastattelussa, että esimerkiksi PoSa:n internetsivuilta löy-

tyisi jo tarkemmat tiedot siirtymävaiheesta, joita asiakas voisi käyttää hyödyksi. Internetsivuilta voisi löytyä myös ohjeet asiakkaan toimimiselle hankalassa tilanteessa.

## 8 JOHTOPÄÄTÖKSET

Tutkimuksen mukaan PoSa:n fysioterapiayksikkö ja sen ostopalveluntuottajat, Kela ja Kuntoutuskeskus Kankaanpää ohjaavat 65 vuotta täyttäviä vaikeavammaisia asiakkaita ottamaan yhteyttä perusterveydenhuoltoon tai omaan lääkäriin, kun asiakas siirtyy perusterveydenhuollon kuntoutuksen piiriin. Vaikeavammaisia asiakkaita on tällä hetkellä PoSa:n alueella vähän, mutta tulevaisuudessa määrän uskotaan nousevan. Kyselyyn osallistuneet pitivät opinnäytetyöni aihetta tärkeänä ja olivat sitä mieltä, että asiaan täytyisi saada muutosta ja parannusta.

Kela ohjeistaa 65 vuotta täyttävää vaikeavammaista neuvomalla asiakasta ottamaan yhteyttä kotikunnan terveydenhuoltoon siinä kuntoutuspäätöksessä, jossa asiakkaan 65-vuotispäivä osuu myönnetyn kuntoutustoimenpiteen ajalle. Kuntoutusasian käsitelijä informoi asiakasta myös suullisesti kuntoutuksen järjestämisvastuun päättymisestä ja ohjaa tällöinkin asiakasta kääntymään julkisen terveydenhuollon puoleen. Kelan toimisto postittaa myös järjestämisvastuun päättymisestä päätöksen siihen kunnallisesta hoidosta vastaavaan yksikköön, jossa asiakkaan kuntoutussuunnitelma on laadittu.

Kuntoutuskeskus Kankaanpäässä asiakkaan tuloinfossa jo kerrotaan siirtymävaiheen tuomasta muutoksesta ja ohjataan asiakasta kotikunnan perusterveydenhuoltoon. Kuntoutuskeskuksen sosiaalityöntekijä ottaa yhteyttä perusterveydenhuoltoon asiakkaan siirtymisestä. Suurin osa yksityisistä ostopalveluntuottajista ohjaa asiakasta ottamaan yhteyttä perusterveydenhuoltoon tai ensin omaan lääkäriin kuntoutusasioissa. PoSa:n fysioterapiayksikössä ohjataan asiakasta joko ottamaan yhteyttä perusterveydenhuoltoon tai asiakkaan asia viedään seuraavan kuntoutustyöryhmän kokoukseen, jossa päätetään asiakkaan tulevista kuntoutuksista.

Fysioterapiayksikölle suunnatussa kyselyssä en saanut selville, millä tavalla Kankaanpään perusterveydenhuollon fysioterapiayksikkö saa tiedon heidän palveluihin siirtyvästä 65 vuotta täyttävästä vaikeavammaisesta.

## 9 POHDINTA

Kuntoutus on runsaan puolen vuosisadan aikana kehittynyt suppean erityisryhmän palvelusta laajaksi ja monipuoliseksi toimintakokonaisuudeksi. Samalla kuntoutuksen palvelujärjestelmästä on muodostunut varsin monimutkainen. (Järvikoski & Härkäpää 2006, 56.) Palveluketjuihin perustuva toimintamalli ei ole vielä lähestulkoonkaan valmis. Se on vasta kehityksensä alkutaipaleella. (Nouko-Juvonen, Ruotsalainen & Kiikkala 2000,6.) Tämän vuoksi juuri saumatonta palveluketjua ja kuntoutusohjaajan työpanosta tarvitaan yhteiskunnassamme.

Tutkimuksen aloittaminen oli aluksi haastavaa, oli vaikea pureutua työhön ja miettiä kysymyksiä, joihin haluan paneutua. Mielestäni tein työni kaikissa vaiheissa oikeat ratkaisut, jotta sain sisältöä työhöni. Kuitenkin tutkimus avasi kuvaani kuntoutuksen mahdollisuuksista ja sen nykyisistä toimintatavoista. Kelalta olisin odottanut haastattelua tehdessäni isompaa tietomäärää itselleni heidän käytännöistään. Vastaukset olivat hyvin suppeita ja minua ohjattiin puhelimitse työntekijältä toiselle monta kertaa. Sain tiedustella eri asioita monelta eri Kelan virkailijalta. Järvikoski, Hokkanen & Härkäpää kokosivat asiakkaiden mielipiteitä Kelan kuntoutusasioiden käsittelyssä Asiakkaan äänellä -kirjassaan: ”Kuntoutusmahdollisuuksista ja käytännön asioiden järjestämisestä toivottiin laajempaa ja yksilöllisempää tiedottamista ja neuvontaa. Muuan vastaaja kannusti Kelaa muuttamaan rooliaan kuntoutuksen järjestäjänä passiivisesta aktiiviseksi: Kelassa pitäisi olla kuntoutusmahdollisuuksien ja – tilaisuuksien tietopankki sen sijaan, että alan tieto on nyt hajallaan.”

Kyselylomake osoittautui mielestäni tehokkaaksi tutkimusmenetelmäksi tutkittaessa näin pientä kohderyhmää. Kyselylomakkeen kysymyksiä laatiessa olisi mielestäni saanut miettiä tarkemmin kysymyksiä ja vastausvaihtoehtoja. Esimerkiksi kyselylo-

makkeen alkukysymykset henkilömääriä laadittaessa olisi kannattanut asettaa pienemmät asiakasmäärävälit esimerkiksi viiden henkilön välein (1-5), näin olisi saatu tarkempia tuloksia. Tämän huomasin tietenkin vasta vastausten saavuttua, asiakasmääristä ei itselläni ollut ennakkokäsitystä. Avoimissa kysymyksissä vastaushajontaa syntyi paljon, koska kysyttiin ammatinharjoittajien mielipiteitä. Muuten tutkimustulokset olivat hyvin suuntaa antavia varsinkin avoimissa kysymyksissä.

Ihmettelin jonkin verran kuitenkin, että kuntoutusohjaajan tärkeyttä asiakkaan kuntoutusprosessissa tai kuntoutussuunnitelman laatimisessa ei paljoakaan mainittu. Keskustelujen perusteella ajattelen, että monikaan fysioterapeuteista PoSa:ssa ei tiedä millä tavalla Kankaanpään perusterveydenhuollon fysioterapiayksikkö saa tiedon heidän palveluihin siirtyvästä 65 vuotta täyttävästä vaikeavammaisesta. Tietysti kuntoutuspalautteet ja päätökset tulevat potilaskertomusarkistoon arkistoitaviksi, josta asiakkaan siirtymäprosessin voi halutessaan tarkastaa. Suurin osa fysioterapeuteista on mukana asiakkaan toimintakykyarvion tekemisessä kuntoutussuunnitelmaa varten ja osastolla toimivat fysioterapeutit taas ovat mukana kuntoutussuunnitelmapalaverissa. Muulla tavalla ei olla mukana asiakkaan kuntoutussuunnitelman laatimisessa.

Kuntoutusohjaajia ei Suomessa vielä paljoakaan ole tai kaikki toimivat isompien sairaanhoitopiirien alaisina, joten työnkuva on varmasti vähän kaikilla ”hakusessa”. Uskon tämän muuttuvan ainakin PoSa:n alueella kunhan saan työni kuntoutusohjaajana pyörimään kunnolla. Opinnäytetyöni kautta olen saanut itselleni syvennettyä kuntoutusasioiden sujuvuutta ja asiakkaiden palvelujen tarvetta. Mihän muutoksiin tulisi tulevaisuudessa kiinnittää huomiota. Olen saanut tutustua uusiin verkostohenkilöihin ja tehnyt työni kuvaa tunnetuksi PoSa:n alueella. Olen saanut työstäni itselleni paljon, osaan suhtautua vaikeavammaisten kuntoutusasioissa ilmeneviin hankaluuksiin ammattitaidolla ja syvennyn jokaisen yksilön kuntoutusprosessiin intensiivisesti. PoSa saa työstäni informaatiota, miten eri verkostotahot käyttäytyvät vaikeavammaisia asiakkaita ohjattaessa ja miten saumaton palveluketju on tähän asti toiminut. Tulevaisuudessa työtäni voisi verrata sen hetkiseen tilanteeseen. Saumaton palveluketju ei saisi missään asiakkaan kuntoutuspolun vaiheessa katketa, muuten sitä ei voi kutsua saumattomaksi. Haluaisin myös itse joskus olla viemässä vaikeavammaisten asiakkaiden saumattoman palveluketjun parantamista eteenpäin. Itse ajattelen, että info-

tilaisuus siirtymävaiheesta 65 vuotta täyttävälle vaikeavammaisille Kelan ja terveydenhuollon yhteistyönä olisi parannusehdotus.

Järvikoski, Hokkanen ja Härkäpää kokosivat asiakkaiden mielipiteitä Kelan kuntoutusasioiden käsittelyssä Asiakkaan äänellä kirjassaan: ” Monet vastaajista alkoivat lähestyä 65 vuoden ikää, ja varsinkin monella oli huolena Kelan kustantaman kuntoutuksen päättyminen. Toiveena oli, että Kelan kustantamaa kuntoutusta olisi mahdollisuus saada vielä 65 vuotta täytettyään. Kehittämisehdotuksissa heijastui vakaa luottamus siihen, että Kelan kuntoutus voisi antaa mahdollisuuden toimintakyvyn säilymiseen ja itsenäiseen selviytymiseen.”

Kela on onneksi käynnistänyt vuoden 2006 lopulla vaikeavammaisten kuntoutuksen kehittämishankkeen, joka toteutetaan vuosina 2006–2013. VAKE – hankkeen tavoitteena on kehittää hyviä käytäntöjä ja tuoda kuntoutuspalveluja lähemmäs arkea ja vammaisten ihmisten omaa elämänpiiriä. Hankkeen lopputuloksena suunnitellaan uudet palvelut ja kuntoutuksen standardit lapsille, nuorille ja aikuisille. Lapin yliopiston ja Kuntoutussäätiön toteuttama tutkimushanke Vaikeavammaiset kuntoutujat Kelan palveluissa liittyy Kelan VAKE -hankkeeseen. Tarkoituksena oli tuoda vaikeavammaisen kuntoutujan ääni kuuluville koetuista tarpeista, kuntoutuksen suunnittelusta ja toteutuksesta kuntoutuspalvelujen kehittämisprosessissa. (Järvikoski, Hokkanen & Härkäpää 2009, 16.) Toivottavasti tämän hankkeen myötä saadaan pysyviä muutoksia kuntoutusstandardeihin ja saumattoman palveluketjun käytäntöihin.

## LÄHTEET

Aaltola, J. & Valli, R. 2007. Ikkunoita tutkimusmetodeihin. Metodien valinta ja aineistonkeruu: virikkeitä aloittelevalla tutkijalla. Juva. WS Bookwell Oy.

A 23.8.1991/1161. Asetus kansaneläkelaitoksen järjestämästä kuntoutuksesta.

A 28.6.1991/1015. Asetus lääkinnällisestä kuntoutuksesta.

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

Järvikoski A. & Härkäpää K. 2006. Kuntoutuksen perusteet. Kolmas painos. Porvoo. WSOY.

Kansaneläkelaitos. 2008. Vaikeavammaisten kuntoutuksen kehittämishanke (VAKE-hanke). [Viitattu 14.10.2009]. Saatavissa:

<http://www.kela.fi/in/internet/suomi.nsf/NET/301008135749SV?OpenDocument>

Koivula, U-M., Suihko, K. & Tyrväinen, J. 2002. Mission: Possible. Opas opinnäytteen tekijälle. Tampere. Pirkanmaan ammattikorkeakoulun julkaisusarja C. Oppimateriaalit. Nro 1.

Kokkonen, P., Holi, T. & Vasantola, S. 2004. Hoitotahto. Potilaan oikeudet ja lääkärin velvollisuudet. Helsinki. Gummerus Kirjapaino Oy.

L 13.6.2003/498. Kansanterveyslaki.

L 15.7.2005/566. Laki Kansaneläkelaitoksen kuntoutusetuuksista ja kuntoutusrahetuuksista.

L 13.6.2003/497. Laki kuntoutuksen asiakasyhteistyöstä.

L 17.8.1992/785. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista.

L 3.8.1992/734. Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista.

L 3.4.1987/380. Laki vammaisuuden perusteella järjestettävistä palveluista ja tukitoimista.

Nouko-Juvonen, S., Ruotsalainen, P. & Kiikkala, I. 2000. Hyvinvointivaltion palveluketjut. Tampere. Tammer-Paino Oy.

Räty, T. & Virta, K. 1994. Vammaispalvelut – vammaispalvelulain soveltamiskäytäntö. Helsinki. Hakapaino Oy.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2005. Kuntatiedote 17/2005. Kansaneläkelaitoksen ja julkisen terveydenhuollon yhteistyö vaikeavammaisen lääkinnällisen kuntoutuksen järjestämisessä. Helsinki.

Sundman, E. 2000. Potilaan asema ja oikeudet. Tampere. Tammer-Paino Oy.

Suomen MS-liitto Ry. Saatavissa: <http://www.ms-liitto.fi/index.phtml?s=193>.

Taipale, V. ym. 2006. Sosiaali- ja terveydenhuollon perusteet. 5.-6. painos. Porvoo. WSOY.

Uusi-Kokko, J. 2006. Potilaan rooli aktiiviseksi – diasarja. Suomen Tekonivelyhdistys ry. Saatavissa: [http://www.piramk.fi/vercox/ajankohtaista/Vammala\\_Uusi-Kokko.ppt#274,16,Saumaton palveluketju](http://www.piramk.fi/vercox/ajankohtaista/Vammala_Uusi-Kokko.ppt#274,16,Saumaton%20palveluketju)

Vehkalahti, K. 2008. Kyselytutkimuksen mittarit ja menetelmät. Vammala. Vammalan Kirjapaino Oy.

Ylipartanen, A. 2001. Tietosuoja terveydenhuollossa. Potilaan asema ja oikeudet henkilötietojen käsittelyssä. Helsinki. Hakapaino Oy.

12.10.2009

## TUTKIMUSLUPA-ANOMUS

Anon lupaa saada käyttää opinnäytetyössäni POSA:n fysioterapiayksikön tietoja heidän palveluntuottajistaan ottaessani heihin kyselylomakkeellani yhteyttä. Anon myös lupaa saada fysioterapian työntekijöiltä ajankohtaista tietoa kuntoutussuunnitelman laatimisesta yksikössä ja tilastotietoa 65 vuotta täyttäneistä vaikeavammaisista. Tutkimuksessani en tule käyttämään asiakastietoja. Tutkimus tapahtuu ajalla 12.10.–31.12.2009.

Opinnäytetyöni ohjaajina toimivat Sirpa Saaristo ja Merja Sallinen.

Opinnäytetyön tekijä



Petra Lindström



Tutkimuslupa myönnetään  ..... Ei myönnetä .....

9.10.2009



Auli Ranta  
Hoitotyön päällikkö



Peruspalvelukeskus Tapala  
Tapalankatu 20, PL 46  
38701 KANKAANPÄÄ



**Kyselylomake fysioterapiayksikölle**

Rastita oikea vaihtoehto tai kirjoita harmaalle kentälle vapaasti tekstiä.  
Tilaa kirjoittamiselle on runsaasti.

1. Kuinka paljon keskimäärin vuodessa teillä on lääkinnällisen kuntoutuksen asiakkaina jo 65 vuotta täyttäneitä vaikeavammaisia?

Rastita oikea vaihtoehto.

- 1-10  
 11-20  
 21-30  
 31-40  
 41-50  
 muu määrä, mikä?

2. Arvioi, montako heistä on saanut Kelan vaikeavammaisten lääkinnällistä kuntoutusta 60-65-vuotiaana?

- 1-10  
 11-20  
 21-30  
 31-40  
 41-50  
 muu määrä, mikä?

3. Millainen toimintatapa on silloin yksikössänne, kun Kelan velvoite asiakkaanne kuntoutuksesta iän vuoksi lakkaa? Miten neuvotte/ohjeistatte silloin asiakasta?

4. Millä tavoin olet mukana eri-ikäisten vaikeavammaisten kuntoutussuunnitelman laatimisessa?

en ollenkaan

olen mukana, kuvaa miten?

5. Onko sinulla ehdotuksia tämän siirtymävaiheen (Kelalta perusterveydenhuoltoon) saumattoman palveluketjun toimintatapaan, miten toimisi paremmin?

Kiitos vaivannäöstänne!

Terveisin,

Petra Lindström

kuntoutusohjaajaopiskelija

## Kyselylomake palveluntuottajille

Rastita oikea vaihtoehto tai kirjoita harmaalle kentälle vapaasti tekstiä.  
Tilaa kirjoittamiselle on runsaasti.

1. Mikä on ammattinimikkeesi?

- fysioterapeutti
- toimintaterapeutti
- puheterapeutti
- muu, mikä?

2. Kuinka paljon Teillä käy lääkinnällisessä kuntoutuksessa keskimäärin vuoden aikana 60–65-vuotiaita vaikeavammaisia asiakkaita, joiden kuntoutuksen kustannukset Kela maksaa? Rastita oikea vaihtoehto.

- 1-10
- 11–20
- 21–30
- 31–40
- 41–50
- muu määrä, mikä?

3. Kuinka paljon keskimäärin vuodessa teillä on lääkinnällisessä kuntoutuksessa asiakkaina yli 65 vuotta täyttäneitä vaikeavammaisia? Rastita oikea vaihtoehto.

- 1-10
- 11-20
- 21-30

- 31-40
- 41-50
- muu määrä, mikä?

4. Mitkä tahot kustantavat yli 65-vuotiaiden vaikeavammaisten asiakkaiden lääkinnällisen kuntoutuksen?

- terveydenhuolto
- muu, mikä?

5. Millä tavoin Teillä ollaan mukana eri-ikäisten vaikeavammaisten kuntoutussuunnitelman laatimisessa?

- ei ollenkaan
- ollaan mukana, kuvaa miten?

6. Millainen toimintatapa on silloin yksikössänne, kun Kelan velvoite asiakkaan kuntoutuksesta iän vuoksi lakkaa? Miten neuvotte/ohjeistatte silloin asiakasta?

7. Onko sinulla ehdotuksia saumattoman palveluketjun toimintatapaa kuntoutuspalveluiden jatkuvuuden toteutumiseksi? Miten toimisi paremmin?

Kiitos vaivannäöstänne!

Terveisin, Petra Lindström

kuntoutusohjaajaopiskelija

## **HAASTATTELULOMAKEPOHJA (Kuntoutuskeskus Kankaanpää ja Kela)**

1. Ammattinimike
2. Kuinka paljon Teillä käy lääkinnällisessä kuntoutuksessa keskimäärin vuoden aikana 60–65-vuotiaita vaikeavammaisia asiakkaita, joiden kuntoutuksen kustannukset Kela maksaa?
3. Kuinka paljon keskimäärin vuodessa teillä on lääkinnällisessä kuntoutuksessa asiakkaina yli 65 vuotta täyttäneitä vaikeavammaisia?
4. Mitkä tahot kustantavat yli 65-vuotiaiden vaikeavammaisten asiakkaiden lääkinnällisen kuntoutuksen?
5. Millä tavoin Teillä ollaan mukana eri-ikäisten vaikeavammaisten kuntoutussuunnitelman laatimisessa?
6. Millainen toimintatapa on silloin yksikössänne, kun Kelan velvoite asiakkaan kuntoutuksesta iän vuoksi lakkaa? Miten neuvotte/ohjeistatte silloin asiakasta?
7. Onko sinulla ehdotuksia saumattoman palveluketjun toimintatapaa kuntoutuspalveluiden jatkuvuuden toteutumiseksi? Miten toimisi paremmin?

Kuntoutusohjaaja-opiskelija  
Petra Lindström

[REDACTED]  
[REDACTED]  
[REDACTED]

19.10.2009

Hei!

Kuntoutusohjaajaopiskelijana tarvitsisin Teidän apuanne opinäytetyötäni varten. Ohessa on liitteenä kyselylomake, jonka mielelläni ottaisin täytettynä vastaan. Opinäytetyössäni selvitän, millä tavalla eri palveluntuottajat ohjeistavat 65 vuotta täyttävää vaikeavammaista PoSa:n lääkinnällisen kuntoutuksen piiriin. Työskentelen tällä hetkellä jo kuntoutusohjaajana PoSa:n fysioterapiayksikössä ja tutkimuksen selvitys on työtäni ajatellen todella tärkeää. Ole hyvä ja auta valmistumisessani.

Kysely on suunnattu PoSa:n lääkinnällisen kuntoutuksen tarjoajille sekä yksityisille palveluntuottajille että muille ammatinharjoittajille.

Työtäni ohjaavat SAMK:n opettajat Sirpa Saaristo ja Merja Sallinen.

Palautus **1.11.2009 mennessä** osoitteeseen:

[REDACTED]

TAI

PoSa/Fysioterapia  
Ko Petra Lindström

[REDACTED]  
[REDACTED]

Kiitos vaivannäöstänne!

Syysterveisin,

Petra Lindström