



KUNTOUTUMISEN ARVIOINTI ALARAAJAPROTEESIN KÄYTTÄJÄLLÄ

Sosiaali- ja terveysalan ylempi
ammattikorkeakoulututkinto
Terveysalan kehittämisen ja
johtamisen koulutusohjelma
Apuvälineteknikko
Ylempi AMK
Opinnäytetyö
30.11.2009

Tomi Nurminen

Koulutusohjelma		Suuntautumisvaihtoehto
Terveysalan kehittämisen ja johtamisen koulutusohjelma		Apuvälineteknikko Ylempi AMK
Tekijä/Tekijät		
Tomi Nurminen		
Työn nimi		
Kuntoutumisen arviointi alaraajaproteesin käyttäjällä		
Työn laji	Aika	Sivumäärä
Opinnäytetyö	Syksy 2009	43 + 2 liitettä
TIIVISTELMÄ <p>Proteesikuntoutus toteutetaan sairaanhoitopiireissä eri tavoin, joissa noudatetaan tiettyjä toimintaperiaatteita. Proteesikuntoutumisen arviointi on käsitteenä melko tuntematon ja kuntoutuksen jälkeen proteesinkäyttäjä näyttää olevan monessa suhteessa itse velvollinen arvioimaan omaa selviytymistään. Opinnäytetyössä selvitettiin, tekevätkö sairaanhoitopiirit kuntoutumisen arviointia alaraaja-amputoitujen proteesikuntoutuksen jälkeen. Asiantuntijahaastattelulla selvitettiin, millainen on hyvä arviointi ja miksi sitä pitäisi tehdä. Näiden tietojen pohjalta esitetään olennaisimmat asiat, joihin alaraaja-amputoidun kuntoutuksen arvioinnissa tulisi kiinnittää huomiota.</p> <p>Taustatiedot kerättiin kymmeneltä sairaanhoitopiiriltä, avoimena kysymyksenä sähköpostilla tai puhelinhaastatteluilla ja asiantuntijahaastattelu tehtiin teemahaastatteluna. Avoimen kysymyksen vastauksista ilmeni, että sairaanhoitopiireillä ei ole käytössään systemaattista proteesikuntoutuksen jälkeistä arviointikäytäntöä. Asiantuntijahaastattelun pohjalta todettiin, että arviointi kertoo kuntoutumisen lopputuloksen ja palveluntuottajan oman toiminnan tason. Proteesikuntoutujan arviointia tulee tehdä aina yksilöllisellä tasolla, ja se jaetaan useaan eri vaiheeseen. Kaikkien kuntoutusalan ammattilaisten tulisi tehdä kuntoutumisen arviointia. Proteesikuntoutumisen kannalta tärkein arvioinnista saatu tieto on proteesikävelytaito. Arviointien toistettavuus on yksilöllistä ja sitä tulee tehdä kaikille alaraajaproteesin käyttäjille. Arvioinnissa käytettävät mittarit tulisi olla yleisesti tunnettuja ja niiden käyttö tulisi soveltua kaikille käyttökoulutuksen saaneille kuntoutusalan ammattilaisille. Arviointikäytäntö pitäisi saada valtakunnallisesti kaikkien sairaanhoitopiirien käyttöön. Toteutuakseen se edellyttäisi sairaanhoitopiirien välistä yhteistyötä.</p> <p>Arviointia tehdään monella eri sektorilla, mutta systemaattinen ja yleisesti käytetty arviointikäytäntö kuntoutusalalla on vähemmän tunnettua. Tulevaisuudessa proteesinkäyttäjän kuntoutuksessa pitäisi olla valtakunnallisesti yhtenäinen arviointikäytäntö. Näin proteesikuntoutumisen tuloksellisuus varmistuisi.</p>		
Avainsanat		
alaraaja-amputoitu, proteesikuntoutus, arviointi		

Degree Programme in		Degree
Master's Degree Programmes of Development and Leadership in Health Care		Master of Health Care
Author/Authors		
Tomi Nurminen		
Title		
Evaluation of the Rehabilitation with the User of the Lower Extremity Prosthesis		
Type of Work	Date	Pages
Master's Thesis	Autumn 2009	43 + 2 appendices
<p>ABSTRACT</p> <p>The prosthetic rehabilitation is carried out in different ways in the Health care districts that have their own operational principles. The evaluation of the prosthetic rehabilitation is fairly unknown as a concept and it seems that the user of the prosthesis are often left to manage on their own after the rehabilitation. The purpose of the final project was to clarify if the health care districts make the evaluation of the rehabilitation after the prosthetic rehabilitation for lower extremity amputees. It is clarified through the expert interview what good evaluation is like and why it should be done. From this data come up the most relevant issues that the evaluation of the lower extremity amputee rehabilitation should focus on.</p> <p>The data acquisition was performed as an inquiry to ten health care districts with e-mail and telephone. The expert interview was made as a theme interview. The answers to the open question showed that there is no systematic evaluation practice after the prosthetic rehabilitation in use in the health care districts. Based on the expert interview it was stated that the evaluation gives the final result of the rehabilitation and of the activity level of the service producer. The evaluation of prosthetic rehabilitation has to be always made at an individual level and it has to be divided into several separate stages. The evaluation of the rehabilitation should be made by all the professionals of rehabilitation. The most important piece of information based on the evaluation regarding prosthetic rehabilitation was the ability to walk with the prosthesis. The repeatability of evaluation is individual and it has to be made to all the users of the lower extremity prosthetic. The indicators which are used in the evaluation should be generally known to and used by all the professionals of rehabilitation who have user training. The evaluation practice could be nationally used by all the health care districts and in order to be realized it would require cooperation between the hospital districts.</p> <p>Evaluation is made in many various sectors but the systematic evaluation practice that has been generally used within rehabilitation is less known. In the future it would be good if there was a nationally uniform evaluation practice in the prosthetic user's rehabilitation. This way we would be ensured about the profitability of the prosthetic rehabilitation.</p>		
Keywords		
lower extremity amputee, prosthetic rehabilitation, evaluation		

SISÄLLYS

1. JOHDANTO	1
2. OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS	4
3. KUNTOUTUKSEN PALVELUJÄRJESTELMÄ	5
3.1. Tuottajan ja tilaajan rooli	5
3.2. Kuntoutuspalveluiden toteutuminen	7
3.3. Kuntoutumisen arviointi	8
4. APUVÄLINEPALVELUN LAATUSUOSITUS	9
4.1. Laatuvaatimus ja sen seuranta	9
4.2. Apuvälinepalveluiden seuranta ja arviointi	11
5. SAIRAANHOITOPIIIRIT	12
5.1. Sairaanhoitopiirin tehtävät ja apuvälinetoiminnan laatutavoitteet	12
6. ALARAAJA-AMPUTAATIOT	13
6.1. Amputaation syyt	13
6.2. Amputaatioiden määrät	14
7. PROTEESIKUNTOUTUS	14
7.1. Kuntoutuksen vaiheet	14
7.2. Kuntoutuminen eri näkökulmista	15
7.3. Kuntoutumisen vaikutustekijät	16
7.4. Proteesitekniset tekijät	16
8. PROTEESIKUNTOUTUKSEN ARVIOINTI	17
8.1. Kuntoutumista heikentäviä tekijöitä	17
8.2. Proteesikuntoutuksen arvioinnin tavoitteet	17

9. AINEISTON KERUU	18
9.1. Avoin kysymys	18
9.2. Teemahaastattelu	19
10. SAIRAANHOITOPIIRIEN VASTAUKSET	19
10.1. Sairaanhoidopiirien jatkokuntoutuskäytännöt	20
10.2. Sairaanhoidopiirien seurantakäytännöt	21
11. HAASTATTELUN TOTEUTUS	22
11.1. Haastatteluaineiston analysointi	23
12. HAASTATTELUN TULOKSET	23
12.1. Miksi proteesikuntoutumisen arviointia pitää tehdä?	23
12.2. Miten proteesikuntoutumisen arviointia tehdään?	25
12.3. Kuka arviointiin osallistuu ja kenen tiedontarpeeseen sitä tehdään?	27
12.4. Mitä tietoa arvioinnilla tulisi saada?	29
12.5. Kuinka usein arviointia pitäisi tehdä?	29
12.6. Kuinka kauan arviointia tulisi jatkaa?	30
12.7. Mittareiden käyttö, edut ja haitat?	30
12.8. Pitääkö arviointia tehdä ensisijaisesti vain ikääntyneille ja monisairaille kuntoutujille?	32
12.9. Miten arviointikäytäntö saataisiin valtakunnalliseksi käytännöksi?	32
13. JOHTOPÄÄTÖKSET	33
14. POHDINTA	37
LÄHTEET	40
LIITTEET 1-2	

1 JOHDANTO

Kuntoutusta on yleensä perusteltu samanaikaisesti yhteiskunnan hyödyllä sekä yksilön hyvällä. Poikkeuksetta kuntoutuksessa puhuttaessa tuodaan esiin yhteiskunnan hyötynäkökohdat, erityisesti taloudelliset arvot. Kuntoutus on keino vähentää mm. ikääntyneen ja vaikeavammaisen väestön hoidon ja huollon tarvetta sekä kustannuksia. Kuitenkin samaan aikaan kuntoutus on ymmärretty myös yksilön hyvän tuottajana. Usein korostetaan, että kuntoutuksen perustana on ihmisen oikeus ihmisarvoiseen elämään, jolla tarkoitetaan oikeutta onnellisuuteen ja hyvinvointiin, vapautta, itsenäisyyttä ja oikeudenmukaista kohtelua. Kuntoutus on omalaatuinen sekoitus hyödyllistä toimintaa ja humanisia pyrkimyksiä. (Järvikoski - Härkäpää 2001:30.)

Amputaatio on yleensä sanana huonomaineinen ja viittaa epäonnistuneeseen hoitoon. Kehittyneestä verisuonikirurgiasta huolimatta raajaa ei aina kuitenkaan pystytä pelastamaan. Toisaalta amputaatio voi olla hengen pelastava ja rekonstrukttiivinen toimenpide, jolle ei ole ollut muuta vaihtoehtoa. Suunnitelmallisesti etenemällä raaja-amputoitua potilasta voidaan auttaa palaamaan mahdollisimman nopeasti aikaisempaan elinympäristöönsä ja harrastuksiinsa. Raaja-amputoitujen kuntoutuksessa on moniammatillisten ammattiryhmien ryhmätyö tärkeää. Potilaan lisäksi ryhmään kuuluu lääkäri, sairaanhoitaja, fysioterapeutti, apuvälineteknikko ja sosiaalityöntekijä. (Konala – Pohjolainen - Alaranta 2001:453.)

Alaraaja-amputaation jälkeiseen kuntoutumiseen vaikuttavat potilaan leikkausta edeltävän kliinisen ja psykososiaalisen tilan lisäksi kuntoutukseen osallistuvien henkilöiden tavoitteellinen yhteistyö. Koska alaraaja-amputaatiopotilaat ovat yleensä iäkkäitä ja heidän fyysinen kuntonsa on usein heikentynyt, kuntoutuminen proteesinkäyttäjäksi on vaativa tehtävä. Yleisesti kuntoutus alkaa leikkausta edeltävästä valmennuksesta ja kestää noin kaksi vuotta amputaation jälkeen. (Airaksinen – Danner – Kokko - Kovanen 1995:1507.)

Suuret ikäluokat tulevat lisäämään vanhuusväestön osuutta huomattavasti seuraavien 20–30 vuoden aikana. Mikäli ikäryhmittäiset sairaustapausten määrät pysyvät samalla tasolla, amputaatioiden absoluuttinen lukumäärä saattaa lisääntyä huomattavasti. Yli 80 % alaraaja-amputaatioista tehdään vaskulaaristen sairauksien ja diabeteksen takia. (Pohjolainen - Alaranta 2000:689.) Vuonna 2020 yli 65-vuotiaita on arviolta 1,2 miljoonaa eli 45 % enemmän kuin 2000-luvun alussa. Koska pitkäaikaissairaudet ja toiminnalliset rajoitukset yleistyvät iän myötä, tarvitaan vanhuusväestön selviytymisen parantamiseksi nykyistä parempia keinoja. Terveystieteiden kehitys merkitsee vaikeasti vammautuneiden ja sairaiden pelastamista elämälle ja näin ollen asettaa myös kuntoutukselle uusia haasteita. (Järvikoski - Härkäpää 2004:14- 16.)

Alaraaja-amputoidun kuntoutuksen päätavoite on luoda potilaalle edellytys toiminnalliseen riippumattomuuteen ja optimaaliseen sekä osallistuvaan elämään. Protetisointi tulisi ymmärtää osana kokonaisvaltaista kuntoutusta, jossa tarvitaan laajaa yhteistyötä. Parhaassa tapauksessa se mahdollistaa potilaan varman liikkumisen, jossa potilaan on helppo käyttää kosmeettisesti hyväksyttävää proteesiaan. (Airaksinen – Danner – Kokko - Kovanen 1995:1507.) Hyvin ajoitetun ja toteutetun kuntoutustoiminnan avulla voidaan vahvistaa itsenäistä toimintakykyä ja mahdollistaa nopea kotiutuminen. Varsinkin ikääntyneiden kuntoutujien kohdalla on syytä pyrkiä lyhytkestoisiin laitoshaksoihin ja siirtää kuntoutus polikliinisesti tai kotona tapahtuvaksi välittömästi kun kotiympäristössä selviytymisen edellytykset on saavutettu. (Määttä ym. 2006:23.)

Suomessa proteesikuntoutus voidaan jakaa neljään vaiheeseen; 1) leikkausta edeltävään, 2) operatiiviseen, 3) välittömään leikkauksen jälkeiseen ja 4) proteesinvalmistus- ja käytön opetteluvaiheeseen. (Pohjolainen 1993:329.) Näiden toimenpiteiden jälkeen ei ole kuitenkaan yhtenäistä arviointimenetelmää, joka varmistaisi, että useammassa tapauksessa ikääntynyt ja monisairas kuntoutuva proteesinkäyttäjä saisi parhaan mahdollisen hyödyn proteesistaan varsinaisen proteesikuntoutuksen jälkeen.

Sikäli kun sairaanhoitopiireillä on käytössä jonkinlainen seurantakäytäntö, ovat ne melko kirjavia. Proteesikuntoutuksen jälkeen potilaan tilanteessa tapahtuu usein sellaisia muutoksia joissa tarvitaan kuntoutusalan ammattilaista, kuten proteesimestaria ja fysioterapeuttia sekä tarvittaessa lääkärin konsultaatiota. Arvioinnin tarkoitus on varmistaa, että alaraaja-amputoitu kuntoutuja hyötyy proteesistaan ja kykenee itsenäiseen elämään mahdollisimman pitkän ajan.

Pohjolaisen (1993:329) mukaan ikääntynyt amputoitu edistyy hitaasti hän arvostaa turvallisuutta ja tietyn toiminnan mahdollistavaa kävelyä. Ensimmäisen amputaatiota seuraavan vuoden aikana potilas tarvitsee säännöllistä seuranta. Hyvällä lääkinnällisen ja sosiaalisten kuntoutustoimenpiteiden kokonaisuudella on mahdollista välttää potilaan ennen aikaista joutumista laitoshoitoon.

Suomalaisessa kuntoutusjärjestelmässä tulisi olla yhdenmukainen arviointimalli ensisijaisesti ikääntyneelle ja monisairaalle proteesinkuntoutujalle. Olen itse työskennellyt alaraaja-amputoitujen parissa proteesimestarin tehtävissä ja usein havainnut seurannan ja arvioinnin tarpeen asiakkaiden alaraajaproteesin toiminnallisuudessa. Useammassa tapauksessa asiakkaanani on ikääntynyt ja monisairas alaraajaproteesin käyttäjä, jolle muutokset toimintakykyyn ja proteesin käyttöön voivat tulla lyhyelläkin aikavälillä.

Esimerkkitapauksena on 65-vuotias mies, jolla sääriamputaation lisäksi on aivoinfarktin seurauksena toispuoleinen toiminnanvaja. Tämä vaikeuttaa osaltaan proteesin pukemista ja liikkumista rollaattorin avulla. Kuumien kesien seurauksena asiakkaan tynkään tuli runsas turvotus, joka muutti tyngän volyymia niin paljon, ettei hän kyennyt käyttämään alaraajaproteesia. Sen seurauksena asiakas liikkui ainoastaan pyörätuolilla n. ½- vuotta. Tänä aikana hän ei käyttänyt proteesia lainkaan. Asiakkaan yhteydenotto venyi puolen vuoden päähän akuutista muutoksesta. Se toiminnantaso mikä asiakkaalla oli ennen edellä mainittua muutosta, oli toistaiseksi menetetty ja proteesikuntoutus aloitettiin alusta.

Tarve säännölliselle arvioinnille ilmenee erityisesti esimerkinkaltaisissa tapauksissa, joissa toiminnantasossa tulee muutoksia hyvin pienessä ajassa ja jonka seurauksena proteesin käyttövolyymi heikkenee alkuperäisestä tavoitteesta. Tällöin fyysinen toipuminen ja sen ylläpito hidastuu tai pysähtyy kokonaan. Arvioinnilla varmistetaan optimaalinen proteesinkäyttö ja tekniikka sekä kuntoutujan tarvittava moniammatillinen kuntoutus.

2 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS

Opinnäytetyöni tarkoitus oli selvittää, onko sairaanhoitopiireillä alaraaja-amputoidun proteesikuntoutuksen jälkeistä arviointikäytäntöä. Asiantuntijahaastattelun kautta selvitettiin arvioinnin tarve ja merkitys sekä miten ja kenen toimesta arviointia tulisi toteuttaa. Asiantuntijahaastattelu perustuu yksilön omaan kokemukseen. Opinnäytetyöni on kartoittava kehittämistyö, jossa selvitan vähän tunnettua ilmiötä ja samalla pyrin tuomaan esiin uusia näkökulmia (Tuomi 2007: 126).

Opinnäytetyössä käytetty lähdemateriaali on valittu siten, että ne ovat sisällöltään rinnastettavissa mahdollisimman paljon sairaanhoitopiireihin liittyvään kyselyyn sekä asiantuntijahaastatteluun. Lähdeaineisto käsittelee suomalaista kuntoutusjärjestelmää, apuvälinepalveluiden laatusuositusta, alaraaja-amputaatiota ja proteesikuntoutusta ja sen arviointia.

Tiedonkeruu suoritettiin avoimena kysymyksenä sähköpostitse ja puhelimitse kymmenelle sairaanhoitopiirille. Asiantuntijahaastattelun tehtiin teemahaastatteluna, joka sopii hyvin tilanteissa, joissa halutaan selvittää heikosti tiedostettuja asioita. Haastattelu kohdistui ennalta valittuihin teemoihin, johon haastateltava sai tutustua etukäteen. (Hirsijärvi-Hurme 1985:36.) Haastatteluun osallistuva henkilö esitetään tuloksissa anonyminä ja kaikki kerätty tieto on luottamuksellista. (Henkilötietolaki 22.4.1999/523)

Haastattelun analysoinnissa käytin induktiivista sisällönanalyysimenetelmää. Haastatteluaineisto järjestettiin siihen muotoon, että sen perusteella tehdyt johtopäätökset voitiin irrottaa yksittäisestä henkilöstä ja siirtää yleiselle, käsitteelliselle ja teoreettiselle tasolle (Metsämuuronen 2002:196). Haastattelun tarkoitus oli tuottaa asiantuntijan kokemuksen kautta uutta tietoa proteesikutoutumisen arviointimenetelmän tueksi.

3 KUNTOUTUKSEN PALVELUJÄRJESTELMÄ

3.1 Tuottajan ja tilaajan rooli

Kuntoutusjärjestelmässä on tarkoitus järjestää kuntoutus yleisten palvelujen sekä sosiaalivakuutusjärjestelmien osana. Järjestelmä koostuu useasta melko itsenäisestä osajärjestelmästä, joten kuntoutusvastuu jakaantuu usealle hallinnon toiminnan sektorille. Kuntoutus on integroitunut osaksi yleisiä sosiaali- ja terveystalvaeluja sekä sosiaaliturvaa, mutta näiden järjestelmien sisällä se on silti oma kokonaisuutensa. Kuntoutusjärjestelmän pääelementit ovat lainsäädäntö, toiminnan tuottavat ja rahoittavat organisaatiot sekä kuntoutusalan ammattilaiset. Järjestämis- ja rahoitusvastuussa olevat tahot tuottavat yleensä tuotantopalvelut itse tai ostavat ne muilta palveluntuottajilta. (Paatero- Lehmijoki- Kivekäs- Ståhl 2008:31.)

Suomen hallinnollisesta rakenteesta ja kuntien vahvasta asemasta seuraa, että tavat järjestää kuntoutus ovat hyvin moninaiset. Usean rahoittajan ja toimijan muodostama kuntoutusjärjestelmä on vaikeasti hallittavissa ja ohjattavissa. Vaikka vastuutaho ilmenee lainsäädännöstä, käytännössä vastuukysymykset ovat epäselviä. Toisaalta tarkka työnjako osapuolien välillä johtaa myös siihen, että järjestelmien raja-aidat ovat varsin korkeita. (Socius 2/2008.)

Usein on myös niin, että mikään palvelujärjestelmän yksittäinen osa ei kanna kokonaisvastuuta kuntoutujan kuntoutumisprosessista ja palveluista. Kuntoutusjärjestelmässä onkin havaittavissa asiakkaan osaoptimointia ja vastuun siirtämistä. Pyrkimyksenä on siirtää rahoitusvastuuta muiden osapuolien kannettavaksi. Tämä voi olla kannattavaa yksittäisellä toimijalla, mutta koko järjestelmän tasolla kustannukset nousevat ja kuntoutujan asema heikkenee. Kuntoutuksen palvelujärjestelmä ja eri toimijoiden suuri määrä korostaa osapuolien yhteistyön tärkeyttä. Yhteistyön sujuvuudessa on kuitenkin havaittu ongelmia. Yhteistyökumppaneiden toimintaa ja resursseja ei aina tunneta riittävästi. Nykyisellään palvelujärjestelmä tuottaa liian usein katkonaisen kuntoutusprosessin ja resurssien epätarkoituksenmukaista käyttöä. (Lääkinnällinen kuntoutus 2009:27.)

Terveystieteiden tutkimuskeskuksen kuntoutuspalvelut ovat pääasiassa erityistyöntekijöiden tuottamia palveluja. Näitä ovat esim. fysioterapia-, toimintaterapia-, puheterapia ja apuvälinepalvelut. Kuntoutuspalvelut ovat valtaosin osa asiakkaan muuta hoitoa tai palvelua (Sosiaali- ja terveysministeriö 2002:25.)

Kuntoutuspalvelujen järjestämisestä ja rahoittamisesta vastuussa olevat tahot voivat tuottaa kuntoutuspalvelut itse tai ostaa niitä muilta palvelun tuottajilta. Julkisella sektorilla kuntoutuspalvelujen tuottajia ovat esimerkiksi terveys- ja sosiaalikeskukset, sairaalat, sosiaalihuollon laitokset ja työvoimatoimistot. Yksityisiä palvelun tuottajia ovat kuntoutus-, ja hoitolaitokset, kansanterveys- ja vammaisjärjestöt sekä itsenäiset ammattinharjoittajat. Kuntoutus on pitkäjänteistä työtä, jossa pitää yhdistää eri viranomaisen rahoittamia ja eri tuottajien palveluja kuntoutujan tarpeen mukaiseksi kokonaisuudeksi. (Paatero - Kivekäs - Vilkkumaa 2001:109.) Suurin yhdistetty rooli kuntoutuspalvelujen rahoittajana ja tuottajana on sosiaali- ja terveydenhuollolla. Yksinomaan kuntoutuspalvelujen rahoittajia ovat KELA, Valtionkonttori, työeläkelaitokset, sekä tapaturma- ja liikennevakuutuslaitokset (Sosiaali- ja terveysministeriö 2002:46).

3.2 Kuntoutuspalveluiden toteutuminen

Arvioitaessa kuntoutuspalveluiden toteutumista meillä on samanaikaisesti kolme kysymystä vastattavana. Ensimmäinen niistä on, miten yksilölliset kuntoutustapahtumat sujuvat? Toinen kysymys kuuluu, miten niiden avulla onnistutaan toteuttamaan kuntoutuksen yksilölliset tavoitteet? Ja kolmas kysymys on, miten hallinnollinen palvelujärjestelmä onnistuu tukemaan yksilöllisten tavoitteiden toteutumista. Palvelujärjestelmän työnjaon ja yhteistyön ongelmiin ja kuntoutumisprosessin kitkakohtiin on viime vuosina kiinnitetty huomiota. Erityisiä ongelmia näyttää olevan toisaalta kuntoutustarpeen havaitsemisessa ja kuntoutuksen käynnistämisessä, toisaalta kuntoutusprosessin loppuvaiheessa. Merkittävä haaste palvelujärjestelmälle on umpikujan joutuneet väliinputoamistilanteet, joissa uhrataan sekä inhimillisiä voimavaroja että yhteiskunnan rahoja. (Järvikoski - Härkäpää 2004:14- 16.)

Kaksiportaisessa terveydenhuollon palvelujärjestelmässä potilaan siirtyessä erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välillä ilmenee monesti katkoksia tiedonkulussa ja epäselvyyttä hoitovastuussa. Nämä ongelmat koskevat myös lääkinnällistä kuntoutusta, mahdollisesti suuremmissa määrin kun muuta terveydenhuoltoa. Valtiotalouden tarkistusviraston tekemässä erikoissairaanhoidon asiantuntijahaastattelussa esitettiin varsin pessimistisiä näkemyksiä hoitoketjun toimivuudesta. Erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon väliin jää ikään kuin kuilu, jonka seurauksena hoitoketju katkeaa. Kuntoutus koetaan ylimääräisenä palveluksena ja tästä syystä käytännön kuntoutus toteutuu hyvin vaihtelevasti. Haastateltavat totesivat myös, että potilaalla tulisi olla selvillä seuraava kontaktipinta ennen kun hänet kirjataan ulos erikoissairaanhoidosta. Mikäli tällaista kontaktipintaa ei ole, on seurauksena huonosti toteutettu kuntoutus, joka aiheuttaa lisäkustannuksia. (Lääkinnällinen kuntoutus 2009:30.)

Perusterveydenhuollon järjestämistavat kuntoutuksessa vaihtelevat suuresti, sillä kunnilla on vapaus itse päättää siitä. Vaihtoehtoisia tapoja on esimerkiksi tuottaa palvelut kunnan omana toimintana, kuntayhtymän kautta tai ostopalveluna. Valtiotalouden tarkistusviraston tekemän kyselyn mukaan yleisin tapa oli organisoida kuntoutuspalvelut muun terveydenhuollon ohella kunnan omana toimintana. Myös kuntayhtymien kautta tehdyt järjestelyt olivat yleisiä. Ostopalveluita käytettiin yleisesti täydentämään kunnallisia tai kuntayhtymän palveluita. Kyselyaineiston perusteella ei ole arvioitavissa miten terveydenhuollon järjestämistapa vaikuttaa kuntoutuspalveluihin perusterveydenhuollossa ja erikoissairaanhoidossa. (Lääkinnällinen kuntoutus 2009:31–32.)

3.3 Kuntoutumisen arviointi

Kaikki tavoitteellinen toiminta pyrkii selvittämään, onko asetettuun tavoitteeseen päästy. On tärkeää tietää, onko toiminta, tehdyt päätökset ja niiden perusteella toteutetut toimenpiteet myötävaikuttaneet saavutettuun tulokseen. Monesta syystä terveydenhuolto-organisaation johtaminen ei ole näin selväpiirteistä. Tavoitteen pitää olla mitattavissa tai ainakin toteutettavissa niin, että vertailua voidaan suorittaa tavoitteen ja tuloksen välillä. Yleisesti ollaan sitä mieltä että terveydenhuollon tavoitteet ovat niin monitahoisia ja potilasryhmät niin erilaisia ja heterogeenisiä, ettei tavoitteita voida pelkistää yksittäisiksi muuttujiksi. Terveydenhuolto on myös tieto-organisaatio, jonka muodostavat korkeasti koulutetut erikoistuneet asiantuntijat. He toimivat hyvin itsenäisesti ja asettavat itse hoitamiensa potilaiden ongelmista johdettuja tavoitteita toiminnalleen. Ylhäältä harjoitetun tulosjohtamisen vaikutukset voivat siksi jäädä heikoiksi. Tämä ei vähennä ohjauksen ja koordinaation tarvetta, vaan korostaa, että sitä on harjoitettava hierarkisen ohjauksen haasteita tuntien. (Brommels 2004:390–391.)

Kuntoutumisen seurannan ja näytön pitää olla suhteessa kuntoutuksen tavoitteisiin. Teoriassa todennäköisyys saavuttaa näyttö on sitä suurempi, mitä useampia tavoitteita toiminnalla on. Kuntoutumisen onnistunut seuranta edellyttääkin yksilön ja hänen sosiaalisen ympäristönsä suhteiden huomioonottamista, olipa kyseessä työelämään kuntoutuminen tai yksilön ajatusrakennelmien ja motivaation muuttaminen. Kuntoutusorganisaatio on kuntoutujan elinympäristö ja kuntoutumisen onnistumista voidaan seurata, jotka vallitsevat kuntoutujan, kuntouttajien ja järjestelmien välisten vuorovaikutussuhteiden kautta. Kuntoutumisen yhdeksi onnistumisen indikaattoriksi voisikin valita kuntoutuksen eteneminen paikallisissa järjestelmissä. Toteutuuko kuntoutus odotetusti vai juuttuuko se johonkin staattiseen, kuntoutumista jarruttavaan tilaan ja ympäristön esteisiin? (Talo – Wikström - Melleri 2001:61.)

4 APUVÄLINEPALVELUN LAATUSUOSITUS

4.1 Laatuvaatimus ja sen seuranta

Apuvälinepalvelujen laatusuosituksen tarkoituksena on kehittää ja ohjata apuvälinepalveluja siten, että ne toimivat käyttäjälähtöisesti ja yhtäläisin perustein. Näin kuntalainen saa apuvälineen käyttöönsä todetun tarpeen mukaisesti asuinpaikasta riippumatta. Tavoitteena on myös, että apuvälineet tukevat käyttäjänsä itsenäistä suoriutumista. Tarve suositukselle tuli Apuvälineiden saatavuus 2000 -selvityksessä. Sen mukaan apuvälineiden saatavuus ja luovutuskäytännöt vaihtelivat alueittain ja organisaatioittain. (Töytäri.2006.)

Laatusuositus perustuu apuvälinepalveluiden eri toimijoiden yhteiseen näkemykseen siitä, millaisia laadukkaiden apuvälinepalveluiden tulisi olla. Suositus on tarkoitettu ensisijaisesti sosiaali- ja terveydenhuollon johdolle ja päättäjille. Sitä voidaan käyttää apuvälinepalvelujen suunnittelun, kehittämistyön sekä toiminnan seurannan ja arvioinnin apuna. (Apuvälinepalveluiden laatusuositus 2003:13.)

Palvelukuvauksessa tulee määrittää palvelun laatutaso, joka vastaa vähintään kunnan itse tuottamilleen palveluille asettamia laatuvaatimuksia. Vaatimusten tulee ylittää tuo taso, mikäli nykytasoon ei olla tyytyväisiä. Optimaalinen laatutaso tulkitaan yleensä parhaan mahdollisen ja kunnan voimavarojen kompromissiksi. Laatuvaatimuksia esitetään yleensä hoitoon pääsystä ja odotusajasta. Palvelun tuottajaa voidaan velvoittaa esittämään mm. asiakastyytyväisysmittauksia. Laatuksiteerien määrittämisessä tulisi sopia palvelun laadun seurantamittareista ja niiden raportoinnista sekä mm. yhteistyöstä muiden palveluntuottajaketjuun kuuluvien toimijoiden kanssa. Palvelun kuvaus ja sen laadun sekä palvelutarpeen laajuuden määrittäminen mahdollistaa palvelun tuotteistuksen ja sen pohjalta tehtävän kustannusarvion tekemisen. Kun kunta yleensä tilaa palveluja yksityiseltä sektorilta, tavoittelee se usein entistä laadukkaampia palveluita. Tämä voi usein merkitä suurempaa asiantuntemusta hoitojen järjestämisessä tai sekä kunnan että potilaiden kannalta joustavampaa palvelujen tuotantoa. Ostosopimusta tehtäessä tulee tilaajan (kunnan) ja tuottajan määrittellä tuotannon laadun seurantakriteerit ja tavat. Kriteerejä voivat olla esim. tilausmäärissä pysyminen, uusintahoidojen määrä jne. Mikäli suunnitellusta laadusta ilmenee poikkeamia, tulee korjattaviin toimenpiteisiin olla mahdollisuus kesken sopimuskauden. (Korhonen – Eloheimo – Mattila - Heistaro 2004:292–306.)

Myös apuvälinepalveluiden järjestämisvastuu sekä vastuu toiminnan laajuudesta ja kattavuudesta on sairaanhoitopiireillä ja kunnilla. Palvelut tulisi järjestää sosiaali- ja terveydenhuollon eri tasoilla siten, että apuvälinehuollon peruspalvelut saadaan terveyskeskuksista ja sosiaalitoimistoista. Erityisen kalliiden apuvälineiden hankintavastuu kuuluu erikoissairanhoidolle. Apuvälinepalvelujen tuottaminen ja vastuunjaon selkiyttäminen on haasteellinen tehtävä, sillä kunnallisen sosiaali- ja terveydenhuollon lisäksi apuvälinepalveluja kustantavat myös KELA, vakuutus- ja työeläkelaitokset sekä Valtionkonttori. Erilaiset kuntoutuslaitokset tuottavat apuvälinepalveluja ja osan palveluista toteuttavat järjestöt, yksityiset palveluntuottajat ja apuvälineyritykset. Apuvälinepalvelun haasteina ovat ikäihmisten määrän lisääntyminen ja eliniän piteneminen, jotka lisäävät kustannuspainetta. (Apuvälinepalveluiden laatusuositus 2003:13–14.)

Tehokkaalla palveluiden järjestämisellä sekä organisaatioiden välisellä työnjaolla ja yhteisillä hankintamenettelyillä voidaan tasapainottaa käytettävissä olevia voimavaroja. Apuvälineen käyttäjän tulee voida itse vaikuttaa saamiinsa apuvälinepalveluihin. Tiedon puute saattaa estää tällaisten palveluiden saannin. Sosiaali- ja terveydenhuollon eri toimintayksikköjen ja yksittäisten ammatinharjoittajien tulisi noudattaa sairaanhoitopiireittäin sovittua vastuun- ja työnjakoa sekä yhteisiä menettelytapoja. Tarvittaessa ammatinharjoittajat selvittävät apuvälineen tarvitsijan palvelut ja niistä aiheutuvat kustannukset yhteistyössä muiden toimijoiden kanssa. (Apuvälinepalveluiden laatusuositus 2003:14–15.)

4.2 Apuvälinepalveluiden seuranta ja arviointi

Laatusuosituksen mukaan kuntien ja sairaanhoitopiirien tulisi seurata apuvälinepalvelun toimintaa, toteutumista ja laatua vuosittaisilla tilastoilla tai määräaikaisseurannoilla, erillisselvityksillä ja/tai otannoilla sekä asiakastyytyväisyyskyselyllä. Seuranta koskee myös ostettavien palveluiden laatua. Apuvälinepalveluiden seurannassa pyritään ottamaan huomioon toiminnan kattavuus ja kohdentuvuus, joissa kuvataan esimerkiksi palveluiden saajien ikärakenne ja apuvälineiden käytön seuranta. Seurannan kohteita ovat myös apuvälinepalveluiden kustannukset suhteessa toteutuneisiin palveluihin ja mahdollisten asiakastyytyväisyyskyselyjen tulokset. Palveluiden toimivuus kuvataan mm. apuvälineiden käyttöasteella, apuvälineen saannin odotusaikana, apuvälinepalveluiden tiedottamisen määränä ja laatuna, ammattihenkilöstön kouluttautumisena, vaaratilanteiden määränä sekä muutoksenhakujen ja kanteluiden määränä ja niiden ratkaisuna. (Apuvälinepalveluiden laatusuositus 2003:21.)

Vuonna 2006 tehtiin selvitys apuvälinepalveluista sosiaali- ja terveysministeriön toimesta, jossa verrattiin sen hetkistä tilannetta vuoden 2000 tilanteeseen. Selvityksessä todettiin, että apuvälineiden saatavuus oli kohentunut ja apuvälinepalveluihin pääsi vuonna 2006 kohtuajassa. (Lääkinnällinen kuntoutus 2009: 36.)

Selvityksessä todettiin, että suurin osa sairaanhoitopiireistä on toteuttanut tai on toteuttamassa laatusuosituksen tavoitteita alueellisin kehittämishankkein. Selvityksen mukaan apuvälineprosessi toimii terveyskeskuksissa ja keskussairaaloissa pääsääntöisesti hyvin. Heikommaksi kohdaksi selvityksessä arvioitiin toiminnan seuranta. (Lääkinnällinen kuntoutus 2009: 37.) Palvelun terveysvaikutusmittaukset olisivat sekä yksilö- ja väestötasolla parhaita, mutta sopivia mittareita on olemassa nykyaikana melko vähän. Tällaiset mittarit kuitenkin kertoisivat parhaiten, mikä palvelun vaikuttavuus todellisuudessa on. Tieto siitä voisi parhaiten ohjata resurssien tarkoituksenmukaista käyttöä vaikka luotettavien mittareiden kehitystyö on hyvin haasteellinen tehtävä. (Wilskman – Heistaro – Ashorn 2004:42.)

5 SAIRAANHOITOPIIIRIT

Sairaanhoitopiirejä on 20, joista suurimman, Helsingin ja Uudenmaan väestöpohja oli vuoden 2008 lopussa lähes 1 495 000 asukasta ja pienimmän, Itä-Savon runsaat 52 000 asukasta. Jäsenkuntien määrä vaihtelee sairaanhoitopiireittäin. Jäsenkuntia on vuoden 2009 alusta vähiten 6 (Länsi-Pohja) ja enimmillään 35 (Pohjois-Pohjanmaa). Sairaanhoitopiirillä on sairaala tai sairaaloita ja muita toimintayksiköitä. Suomalaisista reilu neljännes eli yli 1,6 miljoonaa käyttää vuoden aikana sairaanhoitopiirien sairaaloiden palveluja. (Sjöholm 2009.)

5.1 Sairaanhoitopiirin tehtävät ja apuvälinetoiminnan laatutavoitteet

Kuntien ja kuntayhtymien johto tekee päätöksen sosiaali- ja terveydenhuollon apuvälinepalveluiden vastuun- ja työnjaosta kirjallisessa suunnitelmassa. Johdon on käytävä yhteistyöneuvottelut sosiaali- ja terveydenhuollon toimijoiden kanssa, jossa sovitaan alueella vallitsevasta apuvälineisiin liittyvästä yhdenmukaisesta käytännöstä. Suunnitelma tehdään sairaanhoitopiireittäin keskussairaalan apuvälineyksiköiden ja kuntien sosiaali- ja terveystoimien yhteistyönä. (Apuvälinepalveluiden laatusuositus 2003:16.)

Apuvälinetoiminnan tulee olla asiakaslähtöistä ja tehokasta, oikea-aikaista, suunnitelmallista ja ammattitaitoista ja se perustuu hyviin käytäntöihin. Jokaisen sairaanhoitopiirien alueellinen suunnitelma tulee sisältää mm. työn- ja vastuunjaon, yhteishankintamenettelyn ja tietojärjestelmän sekä varastoinnin, odotusajat, toimitilat ja aukioloajat, henkilöstön määrän ja koulutustason, tiedottamisen kuntalaisille ja kuntien sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstölle sekä suunnitelman seurannan. Vastuun- ja työnjaossa tulee vastata siihen, mitä apuvälinepalveluja kuntien sosiaali- ja terveystoimi järjestää itse asukkailleen? Mistä apuvälinepalveluista kuntayhtymät vastaavat? Mitä apuvälinepalveluja tuotetaan kuntien yhteistoimintana ja mitä apuvälinepalveluja kunnat hankkivat ostopalveluna, esimerkiksi järjestöistä, yksityisiltä palveluntuottajilta, toisesta kunnasta tai kuntayhtymästä? (Apuvälinepalveluiden laatusuositus 2003:16.)

6 ALARAAJA-AMPUTAATIO

6.1 Amputaation syyt

Amputaatio tarkoittaa raajan tai sen osan tai muun ruumin ulkoneman osan poistamista. Sana amputaatio tulee latinan sanasta; amputare, joka tarkoittaa leikata, typistää, lyhentää, katkaista. Amputaatioiden syyt ovat yleisyysjärjestyksessä verisuonisairaudet, tapaturmat, kasvaimet, infektiot ja synnynnäiset raajapuutokset tai epämuodostumat. (Solonen-Huittinen 1991:21.)

Alaraaja-amputaatio on yleensä seurausta ääreisvaltimotaudista eli ateroskleroosista ja se on merkittävästi yleisempi toimenpide diabeetikoille kun ei-diabeetikoille. Todennäköisyys joutua alaraaja-amputaatioon on 20 kertaa suurempi kuin ei-diabeetikolle (Siitonen ym. 1993:16; Rayman ym.2004:1892; Houtum ym. 1996: 325).

6.2 Amputaatioiden määrät

Kaikista alaraaja-amputaatioista eri tutkimusten mukaan tehdään 40–60 % diabeetikoille (Apelqvist ym. 2000:75). Vuonna 2006 julkaistussa Alaraaja-amputaatiopotilaiden kuntoutuksen kehittämishankkeessa raportoitiin 79 helsinkiläisen potilaan amputaatiosta, joiden keski-ikä oli 71,8 vuotta. Diabetes oli diagnosoitu 61 %:lla potilaista ja arteriosklerosis obliterans (ASO) eli valtimoita tukkeava kovettumistauti 83 %:lla. Alaraaja-amputaatioista 65 % oli reisi- ja 35 % sääriamputoituja. Kriittinen alaraajaiskemia oli amputaation syynä 29 %:ssa ja iskemia yhdessä diabeteksen kanssa 46 %:ssa (Määttänen ym. 2006:11).

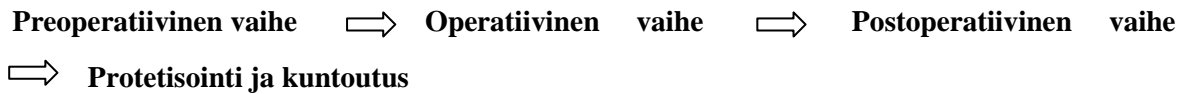
Pohjolaisen ja Alarannan(2000:690) mukaan sääri- ja reisiamputaatioiden suhteen pitäisi olla lähempänä kahta kun yhtä. Vuonna 1995 suhdeluku oli 0,95. Etelä-Suomen alueella vuonna 1995 toispuolisen sääriamputaation jälkeen proteesin oli saanut 62–68% potilaista, mikä Pohjolaisen ja Alarannan mukaan on ulkomaisiin aineistoihin verrattuna varsin pieni määrä.

7 PROTEESIKUNTOUTUS

7.1 Kuntoutuksen vaiheet

Alaraaja-amputoidun optimaaliseen kuntoutumiseen vaikuttaa neljä tekijää. Ensimmäinen tekijä on amputaatiotaso, joka perustuu käytännöllisellä ja teknisellä tasolla haavan todennäköiseen paranemiseen, sekä yhtä hyvin lääketieteellisten tekijöiden kontrolliin. Toinen tekijä on leikkaustiimin ammattitaito, joka varmistaa tyngän hyvän muodon, jossa kriteerinä on tyngän optimaalinen paraneminen ja sen valmius proteesin sovitukseen. Kolmas tekijä on pre-operatiivinen arviointi ja asianmukainen postoperatiivinen hoito, sekä leikkauksen jälkeisen paranemisen seuranta. Viimeiseksi on proteesin asianmukainen suunnittelu ja sovitus, sekä kuntoutusprosessin viimeisen vaiheen aloittaminen eli proteesikuntoutus (Lusardi - Nielsen 2000:347).

Pohjolainen (1993:329) jakaa alaraaja-amputoidun kuntoutuksen yleisesti myös neljään vaiheeseen: 1) preoperatiiviseen eli leikkausta edeltävään, 2) operatiiviseen, 3) postoperatiiviseen eli välittömään leikkauksen jälkeiseen ja 4) proteesinvalmistus- ja kuntoutus/ käytön opetteluvaiheeseen. Jokainen vaihe vaikuttaa potilaan toipumiseen sekä toiminta ja liikuntakykyyn. Iäkkäät potilaat vaativat lähes aina sosiaalityöntekijän apua. Nuoret ja keski-ikäiset potilaat vaativat ammatillisen kuntoutuksen, jotta amputaation aiheuttamaa haittaa voidaan vähentää ammattia harjoittaessa.



7.2 Kuntoutuminen eri näkökulmista

Koska liikkuminen on ainoa merkittävä itsenäisyyden tekijä, tulisi kuntoutuksessa keskittyä lisäämään proteesikävelyn harjoittelua (Pell ym. 1993:451). Pohjolaisten (1993:329) mukaan toiminnan ja liikuntakyvyn palauttaminen liittyy suoraan amputaatiotasoon, johon vaikuttavat erityisesti amputoitavan ikä ja yleiskunto, raajan toiminnallinen tila ja toimenpiteen syy. Valinnaisissa tapauksissa amputaatiotaso tulee valita siten, että potilaan yleiskunnon perusteella on odotettavissa hyvä paranemistulos sekä mahdollisimman hyvä kyky toimia ja liikkua proteesillaan. Pohjolainen muistuttaa että alaraaja-amputoidun kuntoutuksessa on erityisen tärkeää hoitavan lääkärin, fysioterapeutin ja proteesimestarin yhteistyö. Hoidosta ja kuntoutuksesta vastaavan lääkärin tulisi huolehtia siitä, että potilaalle järjestetään riittävästi proteesikävelyharjoitusta ja tavoitteista ja suunnitelmista välitetään tarkat tiedot jatkokuntoutuspaikkaan. Käytännössä proteesin odotteluun kuuluva aika on pitkä ja pienestä potilasmäärästä johtuen potilas kotiutetaan odottelemaan proteesiaan, kenenkään huolehtimatta kotiutuksen jälkeisistä toimenpiteistä ja niiden aikatauluista. (Pohjolainen 1993:329.)

7.3 Kuntoutumisen vaikutustekijät

Alaraaja-amputoidun korkeampi ikä heikentää mahdollisuutta parantaa kuntoutujan itsenäistä tasoa. Yleensä kuntoutuja saavuttaa riittävän itsenäisyyden pyörätuolin avulla. Ikääntyminen ei estä kuntoutushoitoa mutta vähentää sen vaikutusta parantaa itsenäistä aktiviteettia amputoidun päivittäisessä elämässä. (Trabballesi ym. 2007:1.)

Useassa eri tutkimuksessa todetaan, kun amputoitu ei ole monisairas ja hän hallitsee hyvän proteesikävelytaidon, syntyy näiden kahden tekijän välille myönteinen suhde (Cruts ym.1987:14; Munin ym. 2001:379; Pernot ym. 2000:90; Schoppen ym. 2003:811; Melchiorre ym. 1996:9; Mueller ym. 1985:1037; Pohjolainen ym. 1991:36) Amputaatiotaso ja ikä ovat ennusmerkkejä protetisoinnin lopputuloksessa. (Leung ym.1996:605.) Myös amputaation ja proteesin hyväksyminen korreloivat merkittävästi proteesin pukemiseen ja sen aktiiviseen käyttöön sekä sisä- ja ulkokäytössä. (Gauthier-Gagnon ym.1998:99).

7.4 Proteesitekniset tekijät

Proteesikuntoutusvaiheessa on noudatettava tiettyä varovaisuutta, jotta tynkään kohdistuviin tukipintoihin tuleva rasitus ei ylitä tyngän sietokykyä. Mikäli tynkää kuitenkin kuormitetaan virheellisesti, sen iho hiertyy ja tulehtuu ja näin ollen proteesin käytönopettelu vaikeutuu ja pakottaa virheelliseen kävelyyn (Solonen-Huittinen 1991:134).

Proteesikuntoutuksessa yleisiä arviointikohteita proteesin sovitinosan toiminnallisuus, joissa usein ilmenee myös ongelmia. Sen ongelmia voi olla joko sen liiallinen väljyys, tiukkuus tai virheelliset tukipinnat. Nämä ongelmat johtuvat yleensä tyngän volyymin muutoksesta. Myös proteesin liian kireä, löysä tai muuten toimimaton kiinnitystekniikka aiheuttaa ongelmia proteesikävelyssä. Tyngässä käytettävän silikonitupen sopimattomuus aiheuttaa tupen rikkoutumista ja hiertymiä ihoon. (May 2002:173–183.)

Proteesin linjauksen virheellisyys aiheuttaa ongelmia proteesikävelyssä ja kuormittaa myös tynkään virheellisesti, aiheuttaen erilaisia ongelmia tyngän ihossa. Myös proteesin virheellinen pituus vaikeuttaa proteesikävelyä ja kuormittaa lannerangan aluetta. Toiminnaltaan sopimaton polvinivel reisiproteesissa sekä sen virheellinen linjaus vaikeuttaa luonnollisesti proteesin käyttöä (May 2002: 173–185.) Proteesiteknisesti vaatimaton tekniikka, kuten esimerkiksi toiminnallisesti löysä jalkaterä tai yksinkertainen polvinivel ei aina vastaa asiakkaan todellista tarvetta, mutta myöskään liian korkeatasoinen tekniikka ei ole aina tarpeellinen, mikäli proteesinkäyttäjän oma fyysisen kapasiteetti ei riitä hyödyntämään sitä.

8 PROTEESIKUNTOUTUKSEN ARVIOINTI

8.1 Kuntoutumista heikentäviä tekijöitä

Alaraaja-amputoidun kuntoutumisen kannalta olisi erityisen tärkeää että käytössä olisi toimiva kuntoutussuunnitelma. Kuntoutusyksikköön pääsemisen viivästyminen heikentää potilaan yleistilaa ja hidastaa toipumista. Pahimmassa tapauksessa kuntoutusarvio puuttuu tai niiden taso vaihtelee. Kuntoutuksen aloittamista hidastavat myös tyngän paranemisiongelmat sekä liitännäissairaudet. Monessa tapauksessa amputaatioon päädytään pitkien hoitoprosessien jälkeen, jolloin potilaan fyysiset ja/tai psyykkiset voimavarat voivat olla vähissä. Monisairaana potilaan siirtyessä useaan eri hoitoyksikköön, kuntoutuksen jatkuvuuden varmistaminen ei ole helppoa. (Pohjolainen ym. 2007: 1057.)

8.2 Proteesikuntoutuksen arvioinnin tavoitteet

Kuntoutuksen tavoitteena on toimintakyvyttömyyden ja huono-osaisuuden vähentäminen yhteiskunnassa. Kuntoutuksen tulos on mielekäs käsite vasta sitten, kun pystytään kuvaamaan lähtötilanne, kuntoutus- ja kuntoutumisprosessi sekä lopputila (Eräsaari- Lindqvist- Mäntysaari- Rajavaara 1999:71–72.)

Äärimmillään tuloksellisuuden vaatimus tarkoittaa sitä, että jokainen hoito- ja kuntoutusmenetelmä on kuvattava aukottomana toimintaohjeena, jota voidaan seurata samanlaisena kaikissa tilanteissa (Feinberg 1996:89). Ikääntyneitä kuntouttaessa on hyvä pyrkiä lyhytkestoisiin laitosjaksoihin. Kuntoutus tulisi järjestää välittömästi kotona tapahtuvaksi ja polikliinisesti, eli kävelykoulun tapaisena alaraajaproteesin valmennuskurssina, kunnes kotiympäristössä selviytymisen edellytykset on saavutettu. Nopean kuntoutumisen kautta vähennetään myös kustannuksia ja sen merkittävä etu on valmennuskurssin kautta säilyvä seuranta. Kuntoutujan edistymistä voidaan seurata ja ongelmiin puuttua useiden kuukausien aikana kotiutumisen jälkeenkin. Liikuntaan ja toimintakykyyn keskittyvän kuntoutuksen lisäksi pyritään ylläpitämään ja tukemaan alaraaja-amputoidun potilaan itsenäistä selviytymistä. (Pohjolainen ym. 2007:1056.)

Alaraaja-amputaatiopotilaiden kuntoutuksen kehittämishanke Helsingissä 2004–2006 ehdottaa loppuraportissaan; johtopäätökset ja ehdotukset, että amputoitujen seuranta järjestettäisiin 6-12 kuukauden välein tapahtuvin arvioinnein. Eri kuntoutusvaiheiden toiminnan ja laadun varmistaminen toteutetaan arvioimalla kuntoutuksen laatua, toteutumista ja tuloksellisuutta yhdessä eri toimijoiden kanssa. Kehittämishankkeen kuntoutuspolkumallin yksi merkittävimmistä eduista on laitospotilaan jälkeinen, pitkäaikainen kontakti kuntoutujaan. Tämä toteutetaan polikliinisesti toteutettavan valmennuskurssin ja seurantakäynnin avulla. Siinä kuntoutumista seurataan useiden kuukausien ajan kotiutumisen jälkeen. (Määttä ym. 2006:24–25.)

9 AINEISTON KERUU

9.1 Avoin kysymys

Avoimessa kysymyksessä esitetään vain kysymys ja jätetään tyhjä tila vastausta varten. Avoimet kysymykset antavat vastaajalle mahdollisuuden sanoa mitä hänellä on mielessään. (Hirsijärvi- Remes- Sajavaara 2007:193–196.) Avoimeen kysymyksen liittyen vastaukset käsittelivät pääosin amputaation jälkeiseen kuntoutukseen liittyviä käytäntöjä.

Sairaanhoitopiirien käytännöt alaraaja-amputoidun kuntoutumisen arvioinnista selvitettiin sähköpostilla tai puhelinkeskustelussa suoritettulla avoimella kysymyksellä. Tiedustelu esitettiin alaraaja-amputoidun kuntoutuksesta vastaavalle fysioterapeutille tai sairaanhoitopiirin fysiatriaosaston vastaavalle lääkärille. Kysely esitettiin kymmeneen sairaanhoitopiiriin. Kysymyksessä tiedusteltiin, onko sairaanhoitopiirillä käytössään alaraaja-amputoidun kuntoutumisen arviointia proteesikuntoutuksen jälkeen?

9.2 Teemahaastattelu

Teemahaastattelu on lomake- ja avoimen haastattelun välimuoto. Teemahaastattelussa tyypillistä on, että haastattelun aihepiirit eli teema-alueet ovat tiedossa, mutta kysymysten tarkka muoto ja järjestys puuttuvat. (Hirsijärvi- Remes- Sajavaara 2007: 203.) Teemahaastattelu ottaa huomioon sen, että haastateltavien antamat tulkinnat asioista ja heidän asioille antamansa merkitykset ovat keskeisiä, samoin kun myös sen, että asioiden merkitykset syntyvät vuorovaikutuksessa. (Hirsijärvi- Hurme 2009: 48.)

Teemahaastattelu on sopiva haastattelumuoto esimerkiksi silloin, kun halutaan tietoa vähemmän tunnetuista ilmiöistä ja asioista. Tutkittaviksi tulee valita sellaisia ihmisiä, joilta arvellaan parhaiten saatavan aineistoa kiinnostuksen kohteena olevista asioista. (Saaranen- Kauppinen- Puusniekka 2006.) Teemahaastattelun luonteeseen kuuluu haastattelujen tallentaminen, koska tällä tavoin saadaan haastattelu sujumaan nopeasti ja ilman katkoja. Kun pyritään saamaan aikaan mahdollisimman luontevaa ja vapautunutta keskustelua, olisi haastattelijan pystyttävä toimiaan ilma kynää ja paperia. (Hirsijärvi- Hurme 2009:92.)

10 SAIRAANHOITOPIIRIEN VASTAUKSET

Tässä työssä selvitettiin 10 sairaanhoitopiirin käytäntöä sähköpostin tai puhelinkeskustelun kautta siitä, onko heillä käytössä alaraaja-amputoidun proteesikuntoutuksen jälkeistä arviointimenetelmää.

Nämä kymmenen sairaanhoitopiiriä ovat; Päijät-Hämeen sairaanhoitopiiri, Kanta-Hämeen sairaanhoitopiiri, Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri, Keski-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri, Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri, Keski-Suomen sairaanhoitopiiri, Pohjois-Savon sairaanhoitopiiri, Kymenlaakson sairaanhoitopiiri, Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri ja Satakunnan sairaanhoitopiiri. Kysymys joka heille esitettiin oli: *‘Onko sairaanhoitopiirillä käytössä systemaattista seurantaa ja arviointimenetelmää alaraaja-amputoidun proteesikuntoutumisessa?’*

10.1 Sairaanhoitopiirien jatkokuntoutuskäytännöt

Suurin osa kymmenestä vastauksista antoi selkeän kuvauksen alaraaja-amputoidun jatkokuntoutuksesta ja yksi sairaanhoitopiiri kehotti hakemaan tiedon sairaanhoitopiirin internetsivuilta, jossa kuvataan apuvälineiden saatavuusperusteet ja sen prosessit. Näissä kuvattiin pintapuolisesti alaraajaproteesin saatavuusperusteet ja proteesikuntoutuksen työnjako. Sairaanhoitopiirien proteesikuntoutuksen prosesseissa ei kuitenkaan mainittu sanallakaan kuntoutumisen arvioinnista. Muutamassa sairaanhoitopiirissä mainittiin proteesikuntoutuksen jälkeisistä kontroleista, joita toteutettiin vaihtelevasti 2-3 kertaa. Osa sairaanhoitopiireistä kuvailivat amputaation jälkeiset preoperatiiviset toimenpiteet hyvin selkeästi (liite 1). Kaikki sairaanhoitopiirit eivät maininneet amputoinnin jälkeisiä perustoimenpiteitä, jotka ovat; tyngän asentohoito, liikehoito ja sidonta. Mutta käytännön kokemuksen kautta oletan että nämä toimenpiteet tehdään kaikissa sairaanhoitopiireissä. Kaksi sairaanhoitopiiriä kertoi aloittavansa mobilisoinnin ilmalastaproteesilla, tapauksesta riippuen 7-10 vrk kuluttua amputaatiosta, lääkärin luvalla.

Riippuen protetisoinnin palveluntuottajasta, osassa sairaanhoitopiirejä potilaalle tehdään ns. ensiproteesi, paikanpäällä sairaalassa 1,5-2 kk amputaatiosta. Muissa sairaanhoitopiireissä, tietyt palveluntuottajat eivät tee varsinaista ensiproteesia vaan potilaalle tehdään suoraan käyttöproteesi. Tyngän saavuttaessa normaalin volyyminsa, tapauksesta riippuen n.6kk amputaatiosta, proteesiin uusitaan ainoastaan yläosa.

Alaraaja-amputaation jälkeinen proteesikuntoutus järjestetään pääasiassa oman alueen terveyskeskuksissa. Sairaanhoitopiireissä ei tarkemmin kuvailtu, miten se toteutetaan käytännön tasolla. Muutama sairaanhoitopiiri myönsi käytäntöjen olevan epäselviä ja sekavia. Osa sairaanhoitopiireistä ilmoitti järjestävän kuitenkin protetisoinnin ja proteesikuntoutuksen poliklinisesti, fysioterapeutin ohjaamana keskussairaalassa. Kahdessa sairaanhoitopiirissä järjestetään kävelykoulu, jossa toisen sairaanhoitopiirin jäsenkunta voi halutessaan myöntää maksusitoumuksen proteesikuntoutujalle. Toinen sairaanhoitopiiri ei maininnut maksusitoumuskäytäntöä. Yhdessä sairaanhoitopiirissä ilmoitettiin järjestettävän kuntoutusohjaajan tekemiä kotikäyntejä lähes kaikille alaraaja-amputoiduille, joka lievästi vastaa kuntoutumisen seurantaa.

10.2. Sairaanhoitopiirien seurantakäytännöt

Kaikista 10 sairaanhoitopiiristä kukaan ei selkeästi toteuttanut varsinaista alaraaja-amputoidun kuntoutumisen arviointia. Viisi sairaanhoitopiiriä kertoi järjestävänsä jonkintasoista seurantaa alaraajaproteesin saaneille kuntoutujille. Kaksi sairaanhoitopiiriä järjestää alaraaja-amputoidulle kolme seurantakäyntiä. Ne järjestetään keskussairaalassa 3, 6 ja 12 kuukauden jälkeen ensiprotetisoinnista. Toinen sairaanhoitopiiri jatkaa seurantaa vielä vuoden verran kuntoutujan saadessa varsinaisen käyttöproteesinsa. Kolme muuta sairaanhoitopiiriä ilmoitti järjestävänsä seurantakäyntejä vaihtelevasti. Ne toteutetaan 2 kuukauden, 3 ja 6 kuukauden kuluttua tai 3-6 kuukauden sisällä tarvittaessa, ensiprotetisoinnista. Loput sairaanhoitopiireistä eivät maininneet mitään alaraaja-amputoidun kuntoutumisen seurannasta kuntoutuksen aikana, eikä jatkokuntoutuksen jälkeen.

Ne sairaanhoitopiirit jotka järjestävät säännöllisiä seurantakäyntejä, niiden sisältö kuvailtiin muutamilla yleistoimenpiteillä, eikä niistä ole tehty tarkkaa prosessikuvausta. Kolmen kuukauden jälkeisessä seurannassa arvioidaan ensiproteesin sopivuus, sen käyttöaste ja proteesilla liikkuminen. Kuuden kuukauden jälkeen arvioidaan varsinaisen käyttöproteesin tarve ja hankinta ja 12 kuukauden jälkeen ensiprotetisoinnista arvioidaan kuntoutujan kokonaistilanne.

Tämän jälkeen kuntoutumisen arvio jää kuntoutujan oman aktiivisuuden varaan. Lähes kaikissa sairaanhoitopiireissä noin vuosi ensiprotetisoinnista, proteesikuntoutuja on ns. omillaan. Jotta kuntoutuja tulisi proteesillaan toimeen jatkossakin, riippumatta kuntoutujan yleisilanteesta, on hänen oma aktiivisuus merkittävin tekijä siinä että hänen proteesikuntoutumisessa ei tapahtuisi radikaalia muutosta.

11 HAASTATTELUN TOTEUTUS

Haastattelu suoritettiin Helsingissä 4.11.2009 ja haastattelu tehtiin yksityisellä sektorilla toimivalle kuntoutusalan asiantuntijalle. Hänen tehtäväalueeseen kuuluu amputaatiokuntoutus, sekä siihen liittyen henkilöstön koulutus ja konsultointitehtävät valtakunnallisella tasolla. Aikaisemmin hän on toiminut uudenmaan sairaanhoitopiirin alueella fysioterapeutin tehtävissä, vastuualueenaan mm. amputaatiokuntoutus ja neurologiset kuntoutujat.

Haastattelu kesti 55 minuuttia ja 7 sekuntia ja haastatteluaineistosta kertyi puhdasta tekstiä 12 sivua, fonttikoolla 12 ja fontilla Times New Roman. Haastattelun pääteemoja oli kaiken kaikkiaan 9 (liite 2). Teemat olivat seuraavat:

- Miksi kuntoutumisen arviointia pitää tehdä proteesikuntoutujalle?
- Miten proteesikuntoutumisen arviointia tehdään?
- Kuka arviointiin osallistuu ja kenen tiedontarpeisiin sitä tehdään?
- Mitä tietoa arvioinnilla tulisi saada?
- Kuinka usein arviointi tulisi tehdä?
- Kuinka kauan arviointia tulisi jatkaa?
- Mittareiden käyttö. Niiden edut ja hyödyt?
- Pitäisikö arviointia tehdä ensisijaisesti vain vanhoille ja monisairaille proteesikuntoutujille?
- Miten arviointikäytäntö saataisiin valtakunnalliseksi käytännöksi?

11.1 Haastatteluaineiston analysointi

Kun päätelmiä halutaan kokonaisuudesta tehdä vain yhtä haastateltavaa koskien, poimitaan kaikki tätä henkilöä koskevat lausumat samanaikaisesti tarkasteltavaksi (Hirsijärvi- Hurme 2009: 143). Haastatteluaineisto kirjoitettiin puhtaaksi tekstiksi, eli litteroitiin sanasanaisesti. Päätelmien tekeminen suoraan tallennetusta materiaalista on helpointa juuri tällaisissa tapauksissa kun haastateltavia on vähän. Analyysivaiheessa tarkastellaan sellaisia aineistosta nousevia piirteitä, jotka ovat yhteisiä haastateltavalle (Hirsijärvi- Hurme 2009: 173). Aineiston purkamisessa käytettiin sanelukonetta, johon haastattelu oli tallennettu. (Hirsijärvi- Remes- Sajavaara 2007: 217.) Viitatessani haastateltavan lausuntoihin, merkitsin kesken virkkeen aloitetun lauseen katkoviivalla (-). Jos lausumien aikana tuli sanojen välille tauko, merkkasin tauot tekstiin kolmella pisteellä(...). Haastatteluaineiston analysoinnissa pyrin ottamaan huomioon teemojen kannalta vain merkittävimmät lausumat, jotka parhaiten vastasivat teemojen kysymyksiin. Haastateltava sai tarkastaa haastattelun tulokset ja tarvittaessa tehdä niihin myös muutoksia. Varsinaisiin haastattelun tuloksiin haastateltava teki muutamia asiaoikaisuja, mutta kokonaisuudessaan tulokset pysyivät alkuperäisessä mallissa.

12 HAASTATTELUN TULOKSET

12.1 Miksi proteesikuntoutumisen arviointia pitää tehdä?

Kaikista tärkein näkökulma arvioinnin tarpeesta on paras mahdollinen lopputulos asiakkaan kuntoutumisessa. Maksaja-asiakkaita kiinnostaa kuntoutuksen tuloksellisuus, mutta myös palveluntuottajan oman toiminnan laadun ja ammattitaidon esilletuominen arvioinnin avulla osoittaa tuloksellista työn tulosta.

Palveluntuottajaa voidaan velvoittaa esittämään mm. asiakastyytyväisyysmittauksen tuloksia. Laatuksiteerien määrittämisessä tulisi sopia palvelun laadun seurantamittareiden käytöstä ja tulosten raportoinnista. Palvelun kuvaus, sen laadun ja palvelutarpeen laajuuden määrittäminen mahdollistaa palvelun tuotteistuksen ja sen pohjalta tehtävän kustannusarvion tekemisen. (Eloheimo- Mattila- Heistaro 2004 292.)

Kuntoutus on pitkäjänteistä työtä ja siinä pitää yhdistää eri viranomaisten rahoittamia ja eri tuottajien palveluja, kuntoutuja tarpeen mukaiseksi kokonaisuudeksi. (Paatero- Kivekäs- Vilkkumaa 2001:109.)

” Kaikkein tärkein näkökulma liittyy kuntoutujaan itseensä, eli pystytään saamaan tietoa siitä, mitkä ratkaisut sopivat kenellekin parhaiten ja mitä on tapahtunut ja jos ei olla edistytty toivotulla tavalla, voidaan pohtia syitä siihen ja miettimään ratkaisuja. Kaikkein tärkein näkökulma on tietysti, että saavutettaisiin paras mahdollinen lopputulos, eli mahdollisimman hyvin kävelevä kuntoutuja. ”

Arvioinnin avulla voidaan pohtia onko omalle toiminnalle kehittämisen varaa ja sen pohjalta voi myös miettiä miten toimintaa arvioidaan. Eri protetisointivaiheita arvioidessa voi tehdä johtopäätöksiä sen perusteella, minkälaisia tuloksia on saavutettu ja missä ajassa.

”- Arvioinnin yhteydessä voimme myös miettiä, miten me arvioimme. Eli, kun lähdetään miettimään esimerkiksi protetisoinnin ajankohtaa, proteeseissa käytettäviä ratkaisuja, kuntoutuksessa käytettäviä menetelmiä, niin niistäkin voidaan tehdä johtopäätöksiä sen perusteella, kun nähdään mitä tuloksia on saavutettu, missä ajassa. ”

Kuntoutumisen tulos on mielekäs käsite vasta sitten, kun pystytään kuvaamaan lähtötilanne, kuntoutus- ja kuntoutumisprosessi sekä lopputila (Eräsaari- Lindqvist- Mäntysaari- Rajavaara 1999: 72.) Kuntoutumisen tuloksia ei voida mitata ja arvioida ellei tunneta kuntoutuja taustaa, joka liittyy merkittävästi hänen toiminta- ja liikuntakykyyn. Heiltä odotetaan useasti jopa parempaa liikuntakykyä amputaation jälkeen kun ennen amputaatiota.

Amputaation avulla ei liikuntakykyä voi automaattisesti parantaa, jos kuntoutujan omat resurssit eivät riitä. On ehdottoman tärkeä huomioida lähtökohdat, jossa itse kuntoutuja nousee keskeisimpään asemaan.

12.2 Miten proteesikuntoutumisen arviointia tehdään?

Arvioitaessa kuntoutuspalveluiden toteutumista, voidaan pohtia miten yksilölliset kuntoutustapahtumat sujuvat ja miten niiden avulla onnistutaan toteuttamaan kuntoutuksen yksilölliset tavoitteet. (Järvikoski- Härkäpää 2004:14.)

Kuntoutumisen arviointi tulisi tehdä kuntoutujan oman tarpeiden mukaisesti. Käytössä voi olla erilaisia toimintakyvyn ja kuntoutuksen tuloksellisuutta mittaavia mittareita. Mittareiden käyttöön ja sen valintaan ei sinänsä vaikuta se, onko kuntoutuja amputaatiokuntoutuja tai esimerkiksi neurologinen kuntoutuja, vaan se mikä mittari kuvaa parhaiten kuntoutujan toimintakykyä ja sen muutoksia.

''- valitaan mittaristosta sopiva paketti kullekin yksilölle. Se ei ole yleensä koskaan riippuvainen diagnoosista, esim. että on amputaatio tai neurologinen tausta, ja niin edelleen. Vaan se riippuu siitä, mikä kuvaa parhaiten yksilön toimintakykyä ja siinä tapahtuvia muutoksia''

Esimerkkimittarina mainitaan LIC-mittari jota käytetään mm. amputoitujen kuntoutumisen arvioinnissa. Mutta sen miinuspuolena on se, että kyseinen mittari ei ole yleisessä käytössä, eikä vertailukohtaa ole, kun aikaisempia testituloksia ei ole käytettävissä. Tästä syystä mittarin tuloksia ei voi peilata edeltävään tilanteeseen.

'' Mutta siinä on se miinus puoli, että eihän sitä ole yleensä kukaan muu tehnyt aikaisemmin. Eli me ei voida peilata sitä mittaria edeltävään tilanteeseen eikä akuuttiin muutokseen. Joskus meille tulee esimerkiksi asiakas, joka on 10 vuotta proteesin kanssa liikkunut ja tulee sitten joistakin ongelmista johtuen meille, niin pystytään vaan siinä hetkestä eteenpäin käyttämään sitä työkalua. Eli meillä ei ole mitään tuloksia millä peilata sitten taaksepäin, aiempaan suorituskäytännön.''

Arviointi jaetaan useaan eri vaiheeseen. se alkaa jo ennen amputaatiota, protetisoinnin edellytyksen arvioinnilla. Amputaation jälkeen aletaan välittömästi arvioida protetisointia edeltäviä toimenpiteitä; tyngän paineistamista ja haavan kunnon arviointia. Seuraavassa vaiheessa arvioidaan, onko kuntoutuja valmis aloittamaan protetisointi.

”- ensimmäisenä mitä aletaan hyvinkin pian arvioida, että missä aikataulussa tehdään toimenpiteitä, milloin aletaan tynkää muotouttamaan, paineistamaan, valmistamaan siihen protetisointiin ja arvioidaan sitä, milloin kiputilanne on sellainen että voidaan aloittaa sitomaan tai silikonituppea käyttämään.”

Tämän jälkeen arvioidaan, minkälainen proteesiratkaisu kuntoutujalle sopii parhaiten. Proteesin valmistuttua arvioidaan proteesin sopivuus ja toiminnallisuus sekä proteesin itsenäinen käyttöaste. Proteesin käyttöominaisuuksien arvioinnissa tulisi kiinnittää huomiota siihen että kuntoutuja kykenee hyödyntämään proteesinsa tekniset ominaisuudet.

”- paitsi että arvioidaan proteesin istuvuutta ja asentoa, myös sitä, miten hän osaa proteesia käyttää ja kuinka pian itsenäisesti käyttää, niin sittenhän alkaa se armoton kävelyn analysointi.”

Kävelyn harjoittelun aikana arvioidaan kävelytaidon kehittymisen lisäksi apuvälineiden tarve. Arvioinnilla pyritään siihen että kuntoutuja käyttäisi vain tarpeellisia apuvälineitä ja erityisesti silloin kun niistä on kävelytekniikan kannalta hyötyä.

”- Ja sitten kaiken aikaa, kävelyn harjoittelun aikana, arvioidaan apuvälineen tarvetta, eli tarvitaanko rollaattoria, tarvitaanko kyynärsauvoja vai yhtä sauvaa vai ei yhtään mitään. Ja pyritään arvioimaan tietysti se, että käytetään vain tarpeellisia apuvälineitä, mutta toisaalta käytetään apuvälineitä silloin kun niistä on jotakin hyötyä, esimerkiksi kävelyasennolle, kävelytekniikalle ja niin edelleen.”

Kuntoutusjakson jälkeen arviointia voidaan jatkaa myöhemmin, ja hyödyntää jatkokuntoutuksen aikaista arviointia vertailupohjana. Useammassa tapauksessa kuntoutusjakson jälkeen, kun kuntoutuja kotiutetaan, kävelyasento ja tekniikka huononevat.

''- on aika yleistä, että kun ei ole kukaan huomauttelemassa ja ohjaamassa, niin, mennään vähän niin kuin siitä matalan aidan kohdalta, ''

12.3 Kuka arviointiin osallistuu ja kenen tiedontarpeeseen sitä tehdään?

Valtionalouden tarkastusviraston tuloksellisuustarkastuskertomus mainitsee, että yhteistyön sujuvuudessa on havaittu ongelmia. Nykyisellään palvelujärjestelmä tuottaa liian usein katkonaisen kuntoutusprosessin ja resurssien epätarkoituksen mukaista käyttöä. (Lääkinnällinen kuntoutus 2009: 25.)

Haastattelun mukaan ne jotka tekevät arviointia, ei heidän välillä tulisi olla suurta roolijakoa. Siihen osallistuu yleensä fysioterapeutti mutta useassa tapauksessa arviointiin osallistuu myös hoitaja ja fysiatri. Nämä kolmen ammattiryhmän edustajat osallistuvat arviointiin jossakin vaiheessa kuntoutusta. Arviointiin voi osallistua myös sosiaalityöntekijä tai psykologi. Mutta jos arviointia pohditaan puhtaasti proteesikuntoutuksen kannalta, niin arviointi jää useimmiten lääkärin ja fysioterapeutin vastuulle. Kodinmuutostöiden ja päivittäistarpeeseen kuuluvien apuvälineiden tarpeen arviointi on pääosin toimintaterapeutin vastuulla.

'' Esimerkiksi meidän talossa yleensä aina on fysioterapeutti mutta yllättävän usein myös hoitaja on mukana. Kun meillä on paljon fysiatreja eli erikoislääkäreitä, niin yleensä aina näiden kolmen ammattiryhmän edustajan arviointia jossakin vaiheessa, taikka jossakin muodossa liittyy siihen. ''

Alaraaja-amputoidun kuntoutuksessa on erityisen tärkeää hoitavan lääkärin, fysioterapeutin ja proteesimestarin yhteistyö. (Pohjolainen 1993: 329.) Mikäli kuntoutumisen arviointiin liittyy proteesitekniikka tekijä ja todetaan että ongelma liittyy proteesin käyttöön, osallistuu tilanteen arviointiin fysioterapeutin ja lääkärin lisäksi myös proteesimestari-apuvälineteknikko.

'' jos on syytä miettiä, että johtuuko tämä asia kenties siitä, että tämä ihminen ei pysty tätä proteesia käyttämään tai sen ominaisuuksia hyödyntämään. Tai voisiko toimintakykyyn jollain muulla proteesiratkaisulla vaikuttaa. Semmoisissa tapauksissa tietysti on ihan kiinteästikin apuvälineteknikko-proteesimestari mukana. ''

Arviointia tarvitaan ensisijaisesti palveluntuottajan ja kuntoutujan tiedontarpeisiin, joita kiinnostavat kuntoutumisen tulokset. Kolmantena osapuolena ovat maksajatahot, joita myös kiinnostaa kuntoutuksessa saavutettu tulos, eli ovatko he saaneet ns. rahalleen vastinetta.

''- tietysti meitä kiinnostaa palveluntuottajana tulokset. Kuntoutujaa pitäisi kiinnostaa siinä mielessä, että hänellä on joku taso, että...minkälaisia taitoja on osannut silloin ja jaksanut kävellä niin ja niin paljon. Että hänellä olisi jokin vertailukohta, mihin suuntaan se toimintakyky tai proteesikävely on menossa.''

'' Ja totta kai se nykypäivänä, kun kaikki pyörii rahan ympärillä, niin kyllä myöskin maksajan tarpeisiin tuotetaan tietoa. Eli maksajaa enenevissä määrin kiinnostaa, tulokset, mikä on erittäin hyvä asia. Mielestäni se saisi kiinnostaa vielä enemmän.''

Myös tuotekehittelyn kannalta arviointi tulee apuvälineteknikon, apuvälinevalmistajan ja myyjän tiedon tarpeisiin. Monessa tilanteessa he ottavat mielellään palautetta vastaan siitä, miten väline on toiminut ja miten sitä voisi kehittää. Kokonaisuudessa kun kuntoutumisen tuloksellisuutta arvioidaan, siihen osallistuu kuntoutuja, kuntoutuspalvelun tuottaja, maksava taho, apuvälineteknikko ja apuvälinevalmistaja ja niiden edustaja. Parhaimmillaan tämä kaikki voi johtaa toimintatapojen ja käytäntöjen sekä tuotteiden kehittymiseen.

'' - no silloin tietysti oikeastaan sitä tuloksellisuutta taas arvioidaan, oli se sitten meidän näkökulma, miten hyviä tuloksia ollaan saatu aikaiseksi kuntouttajana, vai onko se maksajan näkökulma, että nyt me ollaan maksettu tän verran ja tulokset on tämmösiä. Ja olipa kyseessä sitten apuvälineteknikko, kuntouttajan edustaja, maksajan edustaja, apuvälinevalmistajan edustaja, niin parhaimmillaan kaikki voi johtaa toiminnan, käytäntöjen ja toimintatapojen kehittymiseen. Eihän arvioinnista ole mitään hyötyä jos se ei johda mihinkään.''

12.4 Mitä tietoa arvioinnilla tulisi saada?

Proteesikuntoutumisen näkökulmasta arvioinnista saatavia tietoja ovat ensisijaisesti proteesin sopivuus ja toimivuus sekä tekniset ratkaisut. Tärkein arvioinnista saatava tieto on proteesikävelytaito ja ylipäättään proteesin käyttö. Kävelytaidon kehittymisen eri vaiheita tulee analysoida hyvin paljon. Se on arvokas tieto koko kuntoutuspolun ja siihen liittyvän arvioinnin aikana. Tämän hetkistä tietoa on hyvä peilata aikaisempaan tietoon, joka kertoo miten kuntoutuminen on edistynyt tietyllä aikajanalla.

''- kävelyä analysoidaan hyvin paljon ja kävelyn kehitystä ja eri vaiheita ja niin edelleen. Se on arvokas tieto, jota pitää kuljettaa kuntoutuspolun ja seurannan läpi. Että meillä on tieto siitä, että mikä on se kävelytekniikka, mikä on kävelyasento ollut, kävelymatkan pituus ja niin edelleen.''

12.5 Kuinka usein arviointia pitäisi tehdä?

Arviointien toistettavuus on yksilöllistä. Varsinaisia säännöllisin väliajoin järjestettäviä arviointitapaamisia ei välttämättä tulisi järjestää, mutta arvioinnin toistettavuudelle tulee luoda jonkinlainen toimintasuunnitelma. Eli arviointia tulisi tehdä aina tarpeen mukaan, yksilöllisesti, kuntoutujan tilanteen mukaisesti.

'' Tätäkin pitäisin yksilöitävänä asiana. Eli, että ei päätettäisi ennakoon, että nyt kolmen kuukauden päästä ja sen jälkeen kerran vuodessa tms. Mutta toki siinä jotkut raamit olisi hyvä olla, koska muuten helposti käy niin, että se unohtuu. Kaikkien kohdalla ehkä ei tule sovittua sitä täsmällistä päivämäärää ja sitten käynti unohtuu.''

Laitoskuntoutuksen tai polikliinisen avokuntoutusjakson jälkeen arviointikäynti järjestettäisiin 1-3 kuukauden päähän. Tämän käynnin perusteella määriteltäisiin seuraavat arvioinnin ajankohdat. Mutta yleisellä tasolla kerran vuodessa järjestettävä arviointi jo pelkästään proteesin sopivuuden ja toiminnallisuuden ylläpitämisen kannalta olisi hyvä tavoite.

” – mutta pitäisin tämmöistä kerran vuodessa tapaamista ihan hyvänä jo pelkästään sen proteesin ylläpidon, sopivuuden ylläpidon ja ikään kuin yleistsekkauksen takia. Ja tarvittaessa sitten tehdään huolto- ja korjaustoimenpiteitä, ”

Mikäli proteesikuntoutumisen arvioinnissa on kyseyleistilanteen seurannasta, säännöllinen seuranta apuvälineteknikko/proteesimestarin toimesta olisi aiheellinen, vaikka varsinaista proteesin käyttöön liittyvää ongelmaa ei olisikaan.

”työnjako seurannan suhteen olisi syytä toteuttaa järkevästi. joka tapauksessa proteesimestarien ja apuvälineteknikkojen on hyvä tavata kuntoutuja säännöllisesti, jo senkin takia, että proteesit pysyisivät kunnossa ja voi tulla muutoksia tyngän kokoon, mikä vaikuttaa proteesin sopivuuteen”

12.6 Kuinka kauan arviointia tulisi jatkaa?

Arviointia tulisi jatkaa yksilöllisen tarpeen mukaan. Mutta yleisellä tasolla arviointia tulisi tehdä kerran vuodessa ainakin apuvälineteknikon toimesta pitkälle tulevaisuuteen. Tällaisella säännöllisellä arvioinnilla on myös proteesin kunnon ylläpitoperuste.

” – esim. iäkkäämmällä, voi tulla toimintakyvyn alenemaa siinä määrin, ettei osaakaan enää arvioida omaa tilannettaan. En pitäisi huonona, vaikka säilyisi tällainen kerran vuodessa -seuranta, apuvälineteknikon toimesta. Ja siinä vielä kannustimena, että yleensä ne eivät ole turhia käyntejä, koska, siellä proteesissa voi ne käytön jäljet näkyä”

Kuitenkin on hyvä huomioda, että kaikki kuntoutujat eivät halua sitoutua säännöllisesti mihinkään, mikäli kuntoutujan oma harkinta- ja toimintakyky ovat riittävät. Tässä tapauksessa he ottavat omatoimisesti yhteyttä kun tarve vaatii.

12.7 Mittareiden käyttö, edut ja haitat?

Kaikella tavoitteellisella toiminnalla pyritään selvittämään, onko tavoitteeseen päästy. Tavoitteet pitää olla mitattavissa tai ainakin toteutettavissa niin, että tavoitteen ja tuloksen välillä voidaan tehdä vertailua. (Brommels 2004: 390.)

Kuntoutuksen arvioinnissa käytettävien mittareiden tulisi olla yleisesti tunnettuja. Amputaatiopotilaille suunnatut mittarit ovat usein tuntemattomia, joita kaikki eivät tiedä ja siitä syystä käytössä tulisi olla muutamia sellaisia käyttökelpoisia mittareita, joita olisi helppo käyttää ja että niissä säilyisi toistettavuus. Tarkoituksena on se, että mittareita voisi käyttää läpi kuntoutusketjun ja sen jälkeenkin. Kuitenkin kaikkien tarpeellisten mittareiden liittäminen yhteen, yhdeksi mittariksi, tekisi siitä raskaan käyttää. Jokaisella tarpeellisella mittarilla mitataan vain tiettyä haluttua asiaa. Sen tulisi olla toimiva työkalu, joka herkästi reagoisi kuntoutumisessa ja toiminta- ja liikuntakyvyssä tapahtuneisiin muutoksiin.

”- voisi olla muutamia käyttökelpoisia mittareita, toistettavia, ja että niitä osattaisiin käyttää läpi koko kuntoutusketjun ja sitten vielä seurantavaiheessakin.”

” että meillä olisi työkalu, jolla me nähtäisiin muutokset, joka pystyisi reagoimaan herkästi niihin muutoksiin - ”

Kuntoutumisen arvioinnin tarkoituksena on, että sen aikana käydään aina tietyt asiat läpi. Tiedot ja samat asiat, joista raportoidaan.

” ylipäänsä mittarin käytön suurin etu on se, että silloin arvioidaan muodollisesti. Eli silloin ei olla riippuvaisia siitä että mikä kiinnitti eniten huomiota taikka mitä muisti kattoi tai mitata.”

” Aina käydään tietyt kohdat läpi, aina raportoidaan tietyt kohdat, että tulisi tietty laajuus siihen arviointiin.”

Hyvä ja toimiva mittari on sellainen, että sitä pystyy käyttämään käyttökoulutuksen jälkeen kaikki jotka ovat osallisena kuntoutusketjussa. Nykykäytännössä on se miinus, että tietyt mittarit on sidottu vain tiettyihin ammattiryhmiin.

”- mittarin käyttöön koulutetut henkilöt pystyisivät kaikki mahdollisimman luotettavasti ja toistettavasti niitä käyttämään.”

12.8 Pitääkö arviointia tehdä ensisijaisesti vain ikääntyneille ja monisairaille kuntoutujille?

Arviointia pitää tehdä kaikille proteesikuntoutujille. Tärkeää siinä on se, että se tehdään yksilöidysti. Yksilöllisyys korostuu siinä, että tiedetään mitä milloinkin arvioidaan ja kuinka usein. Tärkeintä on, että arviointia tehdään ja se dokumentoidaan. Tämän pohjalta voidaan kuntoutumista peilata aikaisempaan arviointiin kun tulee uuden arvioinnin aika.

” Pääasia että arviointia tehtäisiin ja se tulisi dokumentoitua. Silloin me voitaisi sitä vasten peilata, kun tulee tilanne arvioida uudestaan.”

12.9 Miten arviointikäytäntö saataisiin valtakunnalliseksi käytännöksi?

Arviointikäytäntö pitää ensiksi osoittaa hyväksi ja hyödylliseksi sekä toimivaksi. Vaikka se ei näitä kaikkia olisikaan, niin valitaan kaikkein toimivin vaihtoehto. Tällaiset laajasti käyttöön otettavat arviointikäytännöt kaatuvat siihen, että kyseistä käytäntöä ei haluta ottaa käyttöön ja / tai omassa työyhteisössä on monia muita toimivimpia arviointitapoja ja mittareita joita on totuttu käyttämään. Toimivan arviointikäytännön hyväksyminen edellyttäisi hyvää perustelua siitä, miksi tällaista menetelmää käytetään.

”- se pitäisi ensin riittävän kattavasti todentaa, että se on hyvä, hyödyllinen, toimiva. Vaikka se ei näitä kaikkia olisikaan, niin se olisi esimerkiksi kaikkein toimivin vaihtoehtoista.”

Toimivan arviointikäytännön ”myyminen” valtakunnalliseen käyttöön vaatii menetelmän sisäänajon ja sitä kautta hyvät menetelmät, jolla uusi käytäntö saadaan perusteltua muille ihmisille. Selkeän näytön ja perustelun myötä arviointikäytäntöä on helpompi levittää valtakunnallisestikin.

” käytäntöä ja toimintatapaa, pitäisi niin kuin ajaa sisään. Hommata mahdollisimman hyvät työkalut ja tuottaa perusteita ihmisille siitä, että miksi tätä tulisi käyttää.”

Arviokäytännöistä tulisi kerätä kokemuksia ja niiden perusteella miettiä mitkä olivat toimivia ratkaisuja ja mitkä ratkaisut vaativat lisäkehittämistä. Jos jonkun arviointimenetelmän saa valtakunnallisesti laajaan käyttöön, ei kyseessä ole mikään pieni työsuoritus. Alueellisista käytännön eroista ja henkilöstöressurssien käytöstä johtuen, se asettaa suuria haasteita uudistuksen läpiviemiselle. Mutta se on kuitenkin erittäin tavoiteltavaa.

'' – kun on paljon alueellisia eroja, niin olisi tärkeää, että kehittämistyöhön osallistuisi laajalta alueelta ihmisiä. Ja muutenkin, kun ihmiset pääsevät itse vaikuttamaan työnsä kehittämiseen ja esittämään mielipiteensä, niin se työväline kehittyy semmoiseen suuntaan että se voisi toimiaakin. ''

Tällainen valtakunnallinen arviointimenetelmä vaatii toteutuakseen sairaanhoitopiirien välisen yhteishankkeen.

''- jonkunlainen yhteinen, joko hanke, tai yhteinen sopimus, esimerkiksi sairaanhoitopiirien välillä. Että nyt me alamme, kokeilemaan tällaista käytäntöä ja tämä kestää tietyn ajan, se raportoidaan ja kommentoidaan. Silloin se voisi onnistua''

13 JOHTOPÄÄTÖKSET

Tärkein näkökulma arvioinnin tarpeesta on paras mahdollinen lopputulos asiakkaan kuntoutumisessa. Mutta myös palveluntuottajan oman toiminnan laadun ja ammattitaidon esilletuominen arvioinnin avulla osoittaa työn tuloksellisuutta. Kolmantena osapuolena ovat maksaja-asiakkaat, joita kiinnostaa kuntoutuksen tuloksellisuus. Arvioinnin avulla voidaan pohtia oman toiminnan kehittämistä ja sen pohjalta voi pohtia arvioidaanko toimintaa oikein. Eri protetisointivaiheita arvioidessa voi tehdä johtopäätöksiä sen perusteella, minkälaisia tuloksia on saavutettu ja missä ajassa. Osa sairaanhoitopiireistä kuvasi amputaation jälkeiset toimenpiteet vaiheittain ennen proteesikuntoutusta, jotka olivat asentohoito, liikehoito ja sidonta. Nämä toimenpiteet oletettiin toteutuvan kaikissa sairaanhoitopiireissä. Kaksi sairaanhoitopiiriä kertoi aloittaneensa mobilisoinnin ilmalastaproteesilla, tapauksesta riippuen 7-10 vrk kuluttua amputaatiosta.

Kaikkien vastausten mukaan ensiproteesi tehdään potilaalle keskimäärin n. 1,5-2 kk amputaatiosta. Noin kuusi kuukautta amputaatiosta, potilas saa varsinaisen käyttöproteesinsa. Proteesikuntoutus toteutetaan kaikissa sairaanhoitopiireissä pääpiirteittäin oman kotikunnan terveyskeskuksissa.

Kyselyjen perusteella ei selvinnyt miten terveyskeskukset toteuttavat alaraaja-amputoidun proteesikuntoutuksen ja muutamat sairaanhoitopiirit myönsivät käytäntöjen olevan hyvin epäselviä ja sekavia. Osa sairaanhoitopiireistä järjestää seurantakäyntejä säännöllisesti 3, 6 ja 12 kuukauden jälkeen ensiprotetisoinnista tai 2 kuukauden, 3 ja 6 kuukauden kuluttua tai 3-6 kuukauden sisällä tarvittaessa, ensiprotetisoinnista. Yksi sairaanhoitopiiri kertoi jatkavansa seuranta vielä kuntoutujan saadessa ensimmäisen käyttöproteesinsa, seuraavan vuoden sisällä. Loput sairaanhoitopiireistä eivät maininneet mitään alaraaja-amputoidun kuntoutumisen seurannasta ensiprotetisoinnin jälkeen. Kaikista kyselyyn osallistuneista kymmenestä sairaanhoitopiiristä kenelläkään ei ole käytössä alaraaja-amputoidun proteesikuntoutumisen arviointikäytäntöä.

Kuntoutumisen tuloksia ei voida mitata ja arvioida ellei tunneta kuntoutujan taustaa. Kuntoutujan taustatekijät liittyvät merkittävästi hänen toiminta- ja liikuntakykyyn. Amputaatio ei tilannetta paranna, ellei henkilökunnalla ole resursseja ja ennen kaikkea kuntoutujan omat resurssit eivät ole riittävät, saavuttaakseen normaalin liikkumiskyvyn. Kuntoutumisen arviointia tulisi tehdä kuntoutujan oman tarpeiden mukaisesti. Arvioinnin työkaluina voi käyttää erilaisia toimintakyvyn ja kuntoutuksen tuloksellisuutta mittaavia mittareita. Arviointi voidaan jakaa useaan eri vaiheeseen ja se alkaa jo ennen amputaatiota, protetisoinnin edellytyksen arvioinnilla.

Amputaation jälkeen tulee välittömästi arvioida protetisointia edeltäviä toimenpiteitä, tyngän paineistamista ja haavan kunnon arviointia. Näiden toimintojen seurauksena voidaan arvioida, onko kuntoutuja valmis aloittamaan protetisointia ja minkälainen proteesiratkaisu sopii kuntoutujalle parhaiten. Proteesin valmistuttua arvioidaan proteesin sopivuus ja toiminnallisuus sekä sen itsenäinen käyttöaste.

Proteesin käyttöominaisuuksien arvioinnissa tulisi erityisesti kiinnittää huomiota siihen, että kuntoutuja kykenee hyödyntämään proteesinsa tekniset ominaisuudet. Kävelyharjoittelun aikana arvioidaan kävelytaidon kehittymisen lisäksi myös apuvälineiden tarve. Tavoitteena on että kuntoutuja käyttäisi vain tarpeellisia apuvälineitä ja erityisesti silloin kun niistä on kävelytekniikan kannalta hyötyä. Kuntoutusjakson jälkeen arviointia tulee jatkaa myöhemmin, koska kävelyasento ja tekniikka huononevat melko pian kuntoutuksen päätyttyä. Proteesikuntoutuksen aikainen arviointi kuntoutujasta on valmiina vertailupohjana tulevaa arviointia varten. Arviointia tekevien ammattilaisten välillä ei tulisi olla suurta roolijakoa. Yleensä siihen osallistuu fysioterapeutti ja lääkäri mutta siihen voi osallistua myös hoitaja, sosiaalityöntekijä tai psykologi.

Jos arviointia pohditaan puhtaasti proteesikuntoutuksen kannalta, niin se jää useimmiten lääkärin ja fysioterapeutin vastuulle. Mikäli kuntoutumisen arviointiin liittyy proteesitekkinen tekijä ja todetaan että ongelma liittyy proteesin käyttöön, osallistuu tilanteen arviointiin fysioterapeutin ja lääkärin lisäksi myös proteesimestari-apuvälineteknikko.

Arviointia tarvitaan palveluntuottajan, kuntoutujan ja maksajatahon tiedontarpeisiin. Sen avulla apuvälineteknikko, apuvälinevalmistaja- myyjä pystyy kehittämään omaa tuotettaan ja toimintaansa. Kokonaisuudessa kun kuntoutumisen tuloksellisuutta arvioidaan, sen tavoitteena on, että tämä johtaa toimintatapojen ja käytäntöjen sekä tuotteiden kehittämiseen.

Tärkein arvioinnista saatava tieto on proteesikävelytaito ja proteesin käyttö. Arvioinnista saatavia tietoja ovat myös ensisijaisesti proteesin sopivuus ja toimivuus sekä tekniset ratkaisut. Kävelytaidon kehittymisen eri vaiheita tulee analysoida paljon, sillä se on arvokas tieto koko kuntoutuspolun aikana. Sitä peilataan aikaisempaan tietoon, joka kertoo miten kuntoutuminen on edistynyt tietyllä ajan jaksolla.

Arviointien toistettavuus on yksilöllistä ja varsinaisia säännöllisin väliajoin järjestettäviä arviointitapaamisia ei välttämättä kaikissa tapauksissa tule järjestää. Sen toistettavuudelle tulee luoda yksilöllinen toimintasuunnitelma, koska arviointia tulee tehdä aina tarpeen mukaan, yksilöllisesti ja kuntoutujan tilanteen mukaisesti. Laitoskuntoutuksen tai poliklinisen avokuntoutusjakson jälkeen arviointikäytäntö tulisi järjestää 1-3 kuukauden päähän, jonka perusteella määriteltäisiin seuraavat arvioinnin ajankohdat.

Yleistilanteen seurannan kannalta, säännöllinen seuranta apuvälineteknikko/proteesimestarin toimesta on aiheellinen, vaikka varsinaista proteesin käyttöön liittyvää ongelmaa ei olisikaan. Tällaisella säännöllisellä arvioinnilla on myös proteesin kunnon ylläpitoperuste. Arvioinnissa käytettävien mittareiden tulee olla yleisesti tunnettuja. Käytössä tulisi olla muutamia sellaisia käyttökelpoisia mittareita, joita olisi helppo käyttää ja niiden toistettavuus säilyisi. Tarkoituksena on, että mittareita voisi käyttää läpi kuntoutusvaiheen ja sen jälkeen.

Jokaisella tarpeellisella mittarilla mitataan vain tiettyä haluttua asiaa, koska toimivien mittareiden liittäminen yhteen, yhdeksi mittariksi, tekisi siitä raskaan käyttää. Mittareiden tulee olla toimiva työkalu, jonka avulla havaitaan kuntoutumisessa tapahtuvat muutokset ja että arvioinnin aikana käydään läpi aina tietyt ja samat asiat, joista raportoidaan. Toimivaa mittaria pystyy käyttämään käyttökoulutuksen jälkeen kaikki jotka ovat osallisena kuntoutujan proteesikuntoutuksessa. Arviointia pitää tehdä kaikille proteesikuntoutujille, iäkkäille ja monisairaille, mutta myös nuorille ja aktiivisille. Se pitää tehdä yksilöidysti, jolloin tiedetään mitä milloinkin arvioidaan ja kuinka usein.

Toimivan arviointikäytännön hyväksyminen edellyttää hyvää perustelua siitä, miksi tällaista menetelmää tulisi käyttää. Käytännöistä tulisi kerätä kokemuksia ja niiden perusteella miettiä mitkä olivat toimivia ratkaisuja ja mitkä ratkaisut vaativat läsekehittämistä.

Arviointikäytännön ”myyminen” valtakunnalliseen käyttöön, vaatii menetelmän sisäänajon jonka kautta voidaan todentaa hyvät ja toimivat menetelmät. Tällä tavoin uusi käytäntö saadaan perusteltua muille, vastaavissa tehtävissä oleville kuntoutusalan ammattilaisille.

Noin vuosi ensiprotetisoinnista, sairaanhoitopiirien nykykäytäntöjen mukaan, proteesikuntoutuja on ns. omillaan ja kuntoutumisen vastuu siirtyy kuntoutujalle itselleen. Tämä on hyvä peruste sille, että sairaanhoitopiireillä tulisi olla yhteinen ja selkeä arviointikäytäntö kaikille proteesikuntoutujille. Tällaisella toimenpiteellä voidaan ehkäistä hänen väliinputoaminen kuntoutusvaiheen päättyessä. Selkeän näytön ja perustelun myötä arviointikäytännöstä on helppo tiedottaa valtakunnallisestikin. Tällainen valtakunnallinen arviointimenetelmä vaatii toteutuakseen sairaanhoitopiirien välisen yhteishankkeen.

13 POHDINTA

Opinnäytetyöni on pyritty tekemään kehittämistyönä, jonka tarkoituksena on ollut selvittää sairaanhoitopiirien käytännöt alaraaja-amputoidun proteesikuntoutumisen arvioinnista. Tämän lisäksi olen tehnyt teemahaastatteluna yhden asiantuntijahaastattelun jossa esitin yhdeksän teeman kysymyssarjan proteesikuntoutumisen arvioinnista. Tämän kehittämistyön tarkoituksena oli nostaa esiin ne tärkeimmät osa-alueet, jotka kuuluvat proteesikuntoutuksen arviointiin. Haastattelun ja aineiston keruun pohjalta voin todeta että olen saanut vastaukset kehittämistyön olennaisimpiin kysymyksiin. Näiden tietojen pohjalta voi jatkossa pohtia, miten ja minkälaista arviointiohjelmaa voi kehittää valtakunnallisesti, kaikkien sairaanhoitopiirien yhteiseen käyttöön.

Aihe on ollut itselleni hyvin kiintoisa, koska olen itse työskennellyt proteesikuntoutujien parissa. Näissä tehtävissä olen havainnut tarpeen arviointikäytännölle, joka soveltuisi alaraaja-amputoitujen ja erityisesti proteesikuntoutujien pitkäaikaiseen arviointiin.

Tärkeää arviointiohjelmassa on se, että sitä pystyisi tekemään kaikki kuntoutusohjelmaan osallistuvat, ammattiryhmään katsomatta. Tämä osaltaan mahdollistaisi arviointiohjelman yleisemmän käytön. Suurin ongelma tässä työssä on ollut, että arviointikäytäntö on proteesikuntoutuksessa melko vieras käsite. Kaikki kymmenen sairaanhoitopiiriä ilmoitti, ettei heillä ole käytössään minkäänlaista proteesikuntoutumisen arviointia. Sairaanhoitopiireille esitetty kysymys osoitti, että ylipäätään proteesikuntoutus on monelle sellainen asia, josta on vähän kokemusta. Syynä lienee useammassa tapauksessa se, että varsinaisia proteesikuntoutujia on suhteessa muihin kuntoutujiin melko vähän.

Haastattelin yhtä asiantuntijaa, koska en tuntenut vastaavia muita asiantuntijoita tämän asian tiimoilta. Työn sisällön kannalta olisi voinut olla hyvä, että asiantuntijajoukossa olisi ollut useampi asiantuntija. Mutta kuten aikaisemmin totesin, niin arviointikäytäntö tällä sektorilla on vähäinen ja myös melko tuntematon. Sinänsä hyvin merkillinen asia, koska nykyaikana arviointia tehdään jokaisella alalla.

Myös kirjallisuus joka käsittelee puhtaasti terveydenhuolto- sekä kuntoutusalan arviointia, sekä proteesikuntoutusta ja sen arviointia, oli saatavissa varsin niukasti. Tieteelliset artikkelit jotka käsittelevät ylipäätään proteesikuntoutusta, ei varsinaisesti liittynyt kuntoutumisen arviointiin. Suurin osa niistä liittyi proteesikuntoutumiseen vaikuttaviin tekijöihin.

Asko Suikkanen (2008:104) toteaa kirjassa *''Vaikuttavuus muutoksessa''*, että kuntoutuksen järjestelmäkeskeinen arviointi ylikorostaa liiaksi politiikan tavoitteista lähtevää arviointia, jossa kuntoutus näyttäytyy hoitotoimenpidepohjaisena normin mukaisena toimintana, missä asiantuntijoilla on ratkaiseva rooli ja asiakas on toimenpiteiden kohde. Kuntoutettujen ja ei kuntoutettujen välisestä vertailusta tulisi siirtyä toiminta- ja työkykyongelmista kärsivien yksilöiden ja heidän selviytymisensä tutkimiseen. Arvioinnin kohteena tulisi olla asiakkaassa tapahtuvan muutoksen ja erilaisten vaikuttavien tekijöiden yhteyksien ja vuorovaikutustekijöiden tutkiminen. Kuntoutuksen arviointi ja kuntoutuksen vaikuttavuuden arviointi tulisi eriyttää toisistaan. (Suikkanen 2008: 104.)

Toivon että tämän kehittämistyön anti on se, että proteesikuntoutujan arviointia voidaan kehittää valtakunnallisesti ja se koettaisiin tärkeäksi osa-alueeksi suomalaisessa kuntoutusjärjestelmässä. Lopuksi ehdotan, että tätä kehittämistyötä jatkettaisiin lähitulevaisuudessa eteenpäin, esimerkiksi selvittämällä kaikkien 20 sairaanhoitopiirien toiveet, millainen proteesikuntoutujalle suunnatun arviointijärjestelmän tulisi olla. Tähän liittyen tulee selvittää minkälaisia mittareita arvioinnissa voi käyttää valtakunnallisesti ja miten käytännön tasolla arviointia tulisi toteuttaa, jotta kaikkia kuntoutujia arvioidaan ja sitä voi tehdä moniammatillisesti. Kolmantena asiana mainittakoon vielä arvioinnin toistettavuus ja sen yksilöllinen toteutus.

LÄHTEET:

- Airaksinen, Olavi- Danner, Rolf- Kokko, Satu-Mari- Kovanen, Pekka 1995: Alaraaja-amputaatiopotilaiden kuntoutus proteesin käyttöön ja seuranta. Suomen lääkärilehti 13.1507.
- Apuvälinepalveluiden laatusuositus 2003: Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö. Helsinki.
- Apelqvist, J- Larsson, J 2000: What is the most effective way to reduce incidence of amputation in the diabetic foot? Diabetes Metab Res Rev 16(suppl1). 75-83.
- Brommels, Mats 2004. Mitä ei voi mitata...arviointi johtamisen ja suunnittelun välineenä. Teoksessa Mäntyranta, Taina- Elonheimo, Outi- Mattila, Jukka- Viitala, Juha: Terveyspalveluiden suunnittelu. Helsinki: Duodecim.
- Cruts, HE- Vries de, J- Zilvold, G- Huisman, K-Alste Van, JA- Boom, HB 1987. Lower extremity amputees with peripheral vascular disease: graded exercise testing and results of prosthetic training. Archives of Physical Medicine and Rehabilitation 68.14-19.
- Feinberg, Steven D 1996: AAPM President's Message. Outcomes: Measuring and Documenting Success. The Clinical Journal of Pain 12. 88-89.
- Gauthier-Gagnon, C- Grise, M-C- Potvin, D 1998: Predisposing factors to prosthetic use by people with a trans-tibial and trans-femoral amputation. Journal of Prosthetics and Orthotics 10. 99-109.
- Hirsijärvi, Sirkka- Hurme, Helena 1985: Teemahaastattelu. Helsinki. Yliopistopaino.
- Hirsijärvi, Sirkka- Remes, Pirkko- Sajavaara, Paula 2007: Tutki ja kirjoita.. Jyväskylä. Tammi.
- Hirsijärvi, Sirkka- Hurme, Helena 2009: Tutkimushaastattelu. Helsinki. Yliopistopaino.
- Henkilötietolaki 22.4.1999/523. Finlex. Verkkodokumentti.
<<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1999/19990523>>. Luettu 25.10.2009
- Järvikoski, Aila- Härkäpää, Kristiina 2001: Kuntoutuksen käsitteet ja kuntoutustarve. Teoksessa Kallaranta, Tapani- Rissanen, Paavo- Vilkkumaa, Ilpo: Kuntoutus. Helsinki: Duodecim.
- Järvikoski, Aila- Härkäpää, Kristiina 2005: Kuntoutuksen perusteet. Helsinki: WSOY.
- Konala, Pirjo-Pohjolainen, Timo- Alaranta, Hannu 2001: Tukisidokset, proteesit sekä liikkumisen päivittäisten toimintojen apuvälineet. Teoksessa Kallaranta, Tapani- Rissanen, Paavo- Vilkkumaa, Ilpo (toim): Kuntoutus. Helsinki: Duodecim.

- Korhonen, Kari- Idänpää-Heikkilä, Ulla- Heistaro Sami 2004. Terveyspalveluiden tilaaminen. Teoksessa Mäntyranta, Taina- Elonheimo, Outi- Mattila, Jukka- Viitala, Juha: Terveyspalveluiden suunnittelu. Helsinki: Duodecim.
- Leung, EC-C- Rush, PJ- Devlin, M 1996: Predicting prosthetic rehabilitation outcome in lower limb amputee patients with the functional independence measure. Archives of Physical Medicine and Rehabilitation 77. 605-608.
- Lusardi, Michelle M-Nielsen, Cardiene C 2000: Orthotics and Prosthetics in rehabilitation.
- May, Belle J 2002: Amputations and Prosthetics: A Case Study Approach. F.A. Davis Company. Philadelphia.
- Metsämuuronen, Jari 2002: Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmistieteissä. Helsinki. International Methelp.
- Mueller, MJ- Delitto, A 1985: Selective criteria for successful long-term prosthetic use. Phys Ther 65.1037-1040. Mueller, MJ- Delitto, A 1985: Selective criteria for successful long-term prosthetic use. Phys Ther 65.1037-1040. Mueller, MJ- Delitto, A 1985: Selective criteria for successful long-term prosthetic use. Phys Ther 65.1037-1040.
- Munin, MC- Espejo-De, Guzman MC- Boninger, ML 2001: Predictive factors for successful early prosthetic ambulation among lower-limb amputees. Journal of rehabilitation research and development 38. 379-384.
- Määttänen, Mika- Pohjolainen, Timo- Lepäntalo, Mauri- Heikkilä, Pertti- Hurri, Heikki- Cajan, Veli-Pekka- Lukinmaa, Asko- Weselius, Eeva-Liisa- Redsvén, Raija- Kärkkäinen, Tero- Haavisto, Eija- Härkönen, Helena- Forsman, Satu 2006: Alaraaja-amputaatiopotilaiden kuntoutuksen kehittämishanke Helsingissä 2004–2006. Helsingin kaupunki.
- Ostojic', Ljerka- Ostojic', Zdenko- Rupcic, Edita- Punda-Basic, Mira 2001: Intermediate rehabilitation outcome in below-knee amputations: Descriptive study comparing war- related with other cause of amputation. Croatia Medical Journal 42 (5). 535–538.
- Paatero, Heidi- Kivekäs, Jukka- Vilkkumaa, Ilpo 2001: Kuntoutusjärjestelmä. Teoksessa Kallaranta, Tapani- Rissanen, Paavo- Vilkkumaa, Ilpo (toim): Kuntoutus. Helsinki: Duodecim.
- Paatero, Heidi- Lehmijoki, -Kivekäs, Jukka- Ståhl, 2008: Kuntoutusjärjestelmä. Teoksessa Kallaranta, Tapani- Rissanen, Paavo- Suikkanen, Asko (toim): Kuntoutus. Helsinki: Duodecim.

- Pell, JP-Donnan, PT-Fowkes,FGR-Ruckley,CV 1993: Quality of life following lower limb amputations for peripheral arterial disease. European journal of vascular surgery 7.448-451.
- Pernot, HF- Winnubst, GM- Cluitmans, JJ- Witte de, LP 2000: Amputees in Limburg: incidence, morbidity and mortality, prosthetic supply, care utilisation and functional level after one year. Prosthetics and Orthotics International 24. 90-96.
- Pohjolainen, Timo- Alaranta, Hannu 2000: Miksi amputaatiot eivät vähene ja kuntoutus ontuu? Duodecim 116. 689–691.
- Pohjolainen, Timo 1993: Käypä hoito. Duodecim 109 (4).329.
- Pohjolainen, Timo- Määttänen, Mika- Heikkilä, Pertti- Lepäntalo, Mauri- Hurri, Heikki 2007: Verkottumismalli alaraaja-amputaatiopotilaiden hoidossa ja kuntoutuksessa. Suomen lääkirilehti 62 (10).1053–1057.
- Pohjolainen, Timo- Alaranta, Hannu 1991: Predictive factors of functional ability after lower-limb amputation. Ann Chir Gynaecol 80.36-39.
- Rayman, G-Krishnan, S-Baker, N- Wareham, A- Rayman, A 2004: Are we understanding diabetes-related lower-extremity amputation rates. Diabetes care 27.1892-1896.
- Saaranen-Kauppinen, Anita - Puusniekka, Anna. 2006: KvaliMOTV - Menetelmäopetuksen tietovaranto [verkkajulkaisu]. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoaristo [ylläpitäjä ja tuottaja]. <<http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/>>. luettu:11.11.2009.
- Siitonen, O- Niskanen, L- Laakso,M- Siitonen, J- Pyörälä, K 1993: Lower-extremity amputations in diabetic and nondiabetic patients. Diabetes Care 1.16-20.
- Sjöholm, Mari 2009. Kuntaliitto. Päivitetty 4.6.2009
<http://www.kunnat.net/k_perussivu.asp?path=1;29;353;553> luettu 23.10.2009.
- Solonen-Huittinen 1991: Amputaatiot ja proteesit. Helsinki: Gummerus kirjapaino Oy.
- Suikkanen, Asko 2008: Vaikuttavuus muutoksessa. Teoksessa Mäkitalo, Jorma- Turunen, Jari- Vilkkumaa, Ilpo: Vaikuttavuus muutoksessa. Oulu: Kalevaprint Oy.
- Talo, Seija- Wikström, Juhani-Metteri, Anna 2001: Kuntoutuminen monitieteisenä ja - tasoisena prosessina. Teoksessa Kallaranta, Tapani- Rissanen, Paavo- Vilkkumaa,Ilpo(toim): Kuntoutus. Helsinki: Duodecim.
- Tausta-aineisto valtioneuvoston kuntoutusselontekoon 2002: Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki.

- Traballesi, M- Porcacchia, P- Aversa, T- Angioni, C- Lubich, S- Di Meo, F- Brunelli, S 2007: Prognostic factors in prosthetic rehabilitation of bilateral dysvascular above-knee amputee: is the stump condition an influencing factor? *Eura Medicophys* 43. 1-6.
- Tuomi, Jouni 2007: Tutki ja lue: johdatus tieteellisen tekstin ymmärtämiseen. Helsinki. Tammi.
- Töytäri, Outi 2006: Apuvälinepalvelut laatusuositus. Terveysten- ja hyvinvoinnin laitos. Verkkodokumentti. Päivitetty 9.1.2007.
<<http://www.stakes.fi/FI/Kehittaminen/valineet/laatusuosituksia/apuvälinepalvelut/index.htm>> luettu 16.11.2009.
- Wilskman, Kaarina- Heistaro, Sami- Ashorn, Per 2004: Poliittinen päätöksenteko kunnan terveystalouden järjestämisessä. Teoksessa Mäntyranta, Taina- Elonheimo, Outi- Mattila, Jukka- Viitala, Juha: Terveystalouden suunnittelu. Helsinki: Duodecim.
- Valtiorikoksen tarkastusvirasto 2009. Lääkinnällinen kuntoutus. Helsinki. Edita Prima Oy.
- Van Houtum, W- Lavery, L-Harkless, L 1996: The impact of diabetes-related lower-extremity amputations in Netherlands. *Diabetes complications* 10(6).325-330.
- Vilkkumaa, Ilpo 1999: Kuntoutuksen tuloksellisuus. Teoksessa Eräsaari, Risto- Lindqvist, Tuija- Mäntysaari, Mikko, Rajavaara, Marketta: Arviointi ja asiantuntijuus. Helsinki. Gaudeamus.

	Asentohoito	Liikeharjoittelu	Ilmalastaproteesi harjoittelu	Sidonta	Kävelykoulu	Seurantakäynnit 3kk,6kk,12kk ensiproteesista	Kotikäynnit	Proteesikuntoutuksen jälkeinen arviointi
Varsinais-Suomen Shp	järjestetään	järjestetään	ei tietoa	järjestetään	järjestetään	ei tietoa	ei tietoa	ei järjestetä
Satakunnan Shp	järjestetään	järjestetään	ei tietoa	järjestetään	ei tietoa	ei tietoa	järjestetään	ei järjestetä
Etelä-Pohjanmaan Shp	järjestetään	järjestetään	järjestetään	järjestetään	järjestetään	järjestetään	ei tietoa	käyttöproteesin saatua 3kk, 6kk ja 12kk seuranta
Keski-Pohjanmaan Shp	järjestetään	järjestetään	ei tietoa	järjestetään	ei tietoa	ei tietoa	ei tietoa	ei järjestetä
Pohjois-Pohjanmaan Shp	järjestetään	järjestetään	järjestetään	järjestetään	järjestetään	järjestetään	ei tietoa	ei järjestetä
Pohjois-Savon Shp	järjestetään	järjestetään	ei tietoa	järjestetään	ei tietoa	3-6kk sisällä tarvittaessa	ei tietoa	ei järjestetä
Keski-Suomen Shp	järjestetään	järjestetään	ei tietoa	järjestetään	ei tietoa	ei tietoa	ei tietoa	ei järjestetä
Kymenlaakson Shp	järjestetään	järjestetään	ei tietoa	järjestetään	ei tietoa	järjestetään 3kk ja 6kk jälkeen	ei tietoa	ei järjestetä
Päijät-Hämeen Shp	järjestetään	järjestetään	ei tietoa	järjestetään	ei tietoa	ei tietoa	ei tietoa	ei järjestetä
Kanta-Hämeen Shp	järjestetään	järjestetään	ei tietoa	järjestetään	ei tietoa	järjestetään 3kk,6kk ja 12kk jälkeen	ei tietoa	ei järjestetä

Haastattelukysymykset

1. Miksi kuntoutumisen arviointia pitää tehdä proteesikuntoutujille?
 - Mitkä tekijät nostavat tarpeen arvioinnille?
2. Miten proteesikuntoutumisen arviointia tehdään?
 - Tulisiko arvioinnin olla yksilöllisesti suunniteltua?
 - Minkälaisia vaiheita arviointiin kuuluisi?
3. Kuka arviointiin osallistuu ja kenen tiedontarpeisiin sitä tehdään?
 - Pitäisikö jokaisen kuntouttajan tehdä arviointia myös itsenäisesti?
4. Mitä tietoa arvioinnilla tulisi saada?
 - Proteesitekniset tekijät?
 - Fyysinen/psykykinen tila?
 - Lisäkuntoutuksen tarve?
5. Kuinka usein arviointia pitäisi tehdä (3,6,12,18kk?) ja miksi?
 - Pitäisikö pyrkiä jatkossa harventamaan arviointia?
6. Kuinka kauan arviointia tulisi jatkaa?
 - Mitkä ovat ne kriteerit jotka asettavat arvioinnin jatkamisen?

Tomi Nurminen
Vanhaviertotie 23
00350 Helsinki

Metropolia ammattikorkeakoulu
Tomi.I.Nurminen@metropolia.fi

LIITE 2

2(2)

7. Mittarin käyttö. Edut ja hyödyt?

- Toimintakykymittarit?

8. Pitäisikö arviointia tehdä ensisijaisesti vaan vanhemmille ja monisairaille proteesikuntoutujille?

9. Miten arviointikäytäntö saataisiin valtakunnalliseksi käytännöksi?