

Tuija Kallio

LÄÄKINNÄLLISEN KUNTOUTUKSEN TOIMINTAPERIAATTEET
JA SAATAVUUSPERUSTEET
Porin perusturvakeskus yhteistoiminta-alue

Kuntoutuksen koulutusohjelma

Ylempi AMK

2015

LÄÄKINNÄLLISEN KUNTOUTUKSEN TOIMINTAPERIAATTEET JA SAATAVUUSPERUSTEET - Porin perusturvakeskus yhteistoiminta-alue

Kallio, Tuija
Satakunnan ammattikorkeakoulu
Kuntoutuksen koulutusohjelma
Maaliskuu 2015
Ohjaaja: Sallinen, Merja
Sivumäärä: 61
Liitteitä: 1

Asiasanat: Kuntoutus, fysioterapia, kuntoutussuunnitelma, yhdenvertaisuus

Tämän kehittämistyön tavoitteena oli tuottaa Porin perusturvakeskuksen yhteistoiminta-alueen käyttöön lääkinällisen kuntoutuksen toimintaperiaatteet ja saatavuusperusteet. Tavoitteena oli myös kuntoutussuunnitelmien juurruttaminen käytäntöön ja kuntoutuspäätösten tekemisen keskittäminen Porin perusturvakeskuksen yhteistoiminta-alueella. Kehittämishankkeen tavoitteena oli tuottaa työväline, jolla tuetaan yksilöllisten päätösten tekemistä. Tällaista ohjaavaa ja tukevaa toimintamallia ei ole aiemmin ollut Porin perusturvakeskuksen lääkinällisen kuntoutuksen kuntoutustyöryhmän käytössä. Yksilön näkökulmasta tässä toteutuu tasa-arvoinen ja kuitenkin yksilöllinen päätöksenteko sekä yhteiskunnan näkökulmasta olemassa olevien resursien oikea-aikainen ja tarkoituksenmukainen kohdentaminen. Opinnäytetyössä sovellettiin kehittävää työntutkimusta, joka on osallistava ja jossa työntekijät analysoivat ja muuttavat omaa työtään.

Historiasta ja nykytilan kartoituksessa tuli selkeästi esille tarve kyseiselle kehittämistyölle. Pitkään on toimittu samankaltaisesti ja kehitys on tuonut haasteita, kuten perusturvan yhteistoiminta-alueen laajeneminen. Tulevaisuuden haasteina on kuntoutussuunnitelmien juurruttaminen käytäntöön, ryhmäterapien kehittäminen ja henkilökunnan koulutukseen panostaminen erityisesti neurologisen kuntoutuksen osalta. Yhtenäisten mittarien kehittämisellä tulevaisuudessa pystyttäisiin yhdenvertaisesti mittaamaan ja arvioimaan kuntoutuksen tarvetta ja sen vaikuttavuutta. Yhtenäiset toimintakyky- sekä muut mittarit mahdollistavat entistä tarkempien kuntoutussuunnitelmien tekemisen sekä vaikuttavuuden seurannan.

OPERATING PRINCIPLES AND AVAILABILITY CRITERIA OF MEDICAL REHABILITATION – Pori basic center cooperation area.

Kallio, Tuija

Satakunta University of Applied Sciences

Degree Programme in Rehabilitation Counselling and Planning

March 2015

Supervisor: Sallinen, Merja

Number of pages: 61

Appendices: 1

Keywords: rehabilitation, physiotherapy, rehabilitation plan, equality

The purpose of this development work was to create principles of medical rehabilitation and bases of availability for Pori Basic Security Centre collaboration area. The secondary goal was to instill the rehabilitation plans into use, and the concentrating of rehabilitation decisions in the working area of Pori Basic Security. The goal of the development project was to produce a tool that supports individual decisions. This kind of guiding and supporting model has not been in use with the medical rehabilitation group of the Pori Basic Security Centre. At the individual level this executes an equal, yet still an individualized decision making and from the point of view of the society the timely and practical allocation of the existing resources. In the thesis an instructive work analysis was applied, this enables the workers analyse and change their own work.

The need for the aforementioned development work was very clear from history and mapping of the current situation. The current way of working has been going in a similar way for a long time, and the evolution has brought new challenges, such as the expansion of the collaboration area of the basic social security. The future challenges will be to instill the new rehabilitation plans, the development of group therapy, and the investing in the schooling of the staff, particularly when it comes to neurological rehabilitation. The development of consistent measures in the future it could be possible to assess equally the need and the effectivity of rehabilitation. Uniform measures for performance and other factors, and other measures, make it possible to make new and more precise rehabilitation plans, and the monitoring of their effectivity.

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	5
2	LÄÄKINNÄLLINEN KUNTOUTUS	7
2.1	Lääkinnällisen kuntoutuksen palvelut.....	7
2.2	Lääkinnällisen kuntoutuksen suunnittelu ja seuranta	8
2.2.1	Kuntoutussuunnitelma.....	9
2.2.2	Kuntoutujan osallisuus kuntoutussuunnitelman laadinnassa	10
2.2.3	Kuntoutuja osana kehittämistä	12
2.2.4	Tutkimuksellista tietoa kuntoutussuunnitelmasta.....	13
3	KEHITTÄMISTYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET.....	18
4	KEHITTÄVÄÄ TYÖNTUTKIMUSTA LÄHESTYMISTAPANA SOVELTAEN. 19	
4.1	Kehittävän työntutkimuksen yleiset piirteet	20
4.2	Kehittävä työntutkimus soveltaen kehittämishankkeessa.....	22
4.2.1	Ristiriidat kehityksen edellytyksenä.....	23
4.2.2	Ekspansiivinen oppiminen.....	24
4.3	Aineiston hankinta	25
4.3.1	Haastattelut	26
4.3.2	Yksilöhaastattelu	27
4.3.3	Ryhmähaastattelu	28
5	KEHITTÄMISHANKKEEN TOTEUTUS.....	30
5.1	Kehittämishankkeen aikataulu	31
5.2	Kuntoutustyöryhmän historiaa.....	31
5.3	Nykytila.....	34
5.3.1	Resurssit	35
5.3.2	Lääkinnällisen kuntoutuksen päätökset.....	36
5.3.3	Palveluseteli	39
5.4	Kehittäminen asiantuntijatyöryhmässä	40
5.4.1	Fysioterapian pienryhmä	46
6	YHTEENVETO KEHITTÄMISEN TULOKSISTA	48
6.1.1	Fysioterapia	50
6.1.2	Kuntoutussuunnitelma.....	51
6.1.3	Lymfaterapia, puheterapia, toimintaterapia ja jalkaterapia	52
6.1.4	Kuntoutusohjaus, sopeutumisvalmennus ja apuvälineet	54
7	POHDINTA.....	55
	LÄHTEET	60
	LIITTEET	

1 JOHDANTO

Kehittämishankkeen tarkoituksena on ollut määritellä Porin perusturvakeskuksen yhteistoiminta-alueella henkilökunnan toimintaohjeiksi lääkinnällisen kuntoutuksen toimintaperiaatteet ja saatavuusperusteet. Kehittämishanke on ollut osa Porin perusturvakeskuksen tämän hetkistä kuntoutus- ja sairaalapalveluiden kehittämistoimintaa. Tavoitteena ovat yksilön näkökulmasta katsottuna kuntalaisten tasavertainen ja yhdenmukainen kohtelu sekä yhteiskunnan näkökulmasta budjetin tarkoituksenmukainen käyttäminen kohdentamalla oikea- aikaisesti lääkinnällisen kuntoutuksen palvelut yhteistoiminta-alueen asukkaille. Kuntoutustyöryhmän työskentelyn kannalta haastavimpana on koettu fysioterapiapalveluiden oikeanlainen kohdentaminen.

Kehittämishankkeen myötä uuden työvälineen yhtenä tarkoituksena on myös sitouttaa palvelujentuottajia ja suositusten laatijoita. Kuntoutustyöryhmässä koetaan tärkeäksi pohtia kuntoutujan kanssa tarkemmin kuntoutuksen tavoitteita ja kannustetaan laatimaan myös kuntoutussuunnitelmia, jotka ohjaavat kuntoutusta kohti asetettuja tavoitteita. Kuntoutussuunnitelma toimii myös tärkeänä asiakirjana ja tiedon välittäjänä niiden organisaatioiden välillä, jotka ovat kuntoutujan muutosprosessissa mukana. Yhtenä osatavoitteena on ollut kuntoutuspäätösten tekemisen keskittäminen yhteistoiminta-alueella.

Kuntoutus käsitteenä on hyvin laaja-alainen ja sitä on määritelty monin eri tavoin, sillä sitä määrittävät yhteiskunnassa vallitsevat säädökset ja erilaiset sopimukset. Kuntoutuksen palvelujärjestelmää on pidetty asiakkaiden, mutta myös ammattilaisten näkökulmasta monimutkaisena. Kuntoutus elää muutoksessa ja valtakunnallisesti se on tällä hetkellä laajasti yhteiskunnallisessa keskustelussa mukana. Yhteiskunnassamme panostetaan jo ministeriötasolta hyvin voimakkaasti ihmisten selviytymiseen kotona. Kaste-hankkeen myötä kunnissa on ollut viimevuosien aikana erilaisia kehittämishankkeita, joissa kyseiseen asiaan on haettu uusia toimintamalleja.

Uusia toimintamalleja kehitettäessä ja haettaessa kuntoutuksen palvelujärjestelmään selkeyttä on kuitenkin muistettava, että tavoitteena on tukea henkilöitä sellaisessa tilanteessa, missä elämässä tapahtuu isoja muutoksia, esim. sairastuminen tai vam-

mautuminen. Tilanteessa, jossa sairaudet tai vammat seurauksineen ovat heikentäneet mahdollisuuksia pärjätä omassa elämäntilanteessa ja – ympäristössä, kuntoutuksen tuki on tärkeä. Ihmiselle kuntoutuminen merkitsee omien voimavarojen ja toimintaedellytysten löytämistä. (THL www-sivut, 2014.)

Kuntoutuksen ollessa jatkuvassa muutoksessa asettaa se haasteet myös Porin perusturvakeskuksessa toimivalle kuntoutustyöryhmälle. Tavoitteena on vastata lääkinnällisen kuntoutuksen järjestämiseen huomioiden kuntoutujien yksilölliset tarpeet taloudellisten raamien puitteissa. Kehittämistyön ajatuksena oli yhdessä asiantuntijatyöryhmän kanssa palvelukuvausten kautta kartoittaa nykyinen käytäntö ja sitä kautta luoda uutta mallia ja yhtenäisiä toimintaperiaatteita ja saatavuusperusteita lääkinnällisen kuntoutuksen koko Porin perusturvakeskuksen toiminta-alueelle. Tavoitteena on yhdenmukainen ja oikea-aikaisten kuntoutuspäätösten tekeminen.

Yhteiskunnassa tarvitaan jatkuvaa keskustelua terveydenhuollon yhteisestä eettisestä perustasta. Niin poliittiset päättäjät kuin yhteiskunnalliset vaikuttajat, kansalaisjärjestöt sekä terveydenhuollon kaikki ammattiryhmät ovat avainasemassa. (Etene www-sivut, 2014.) Yhdenvertaisuuslain tarkoituksena on edistää ja turvata yhdenvertaisuuden toteutumista sekä tehostaa syrjinnän kohteeksi joutuneen oikeussuojaa lain soveltamisalaan kuuluvissa syrjintätilanteissa. (Yhdenvertaisuuslaki 2004/21, 1 §.) Viranomaisten tulee kaikessa toiminnassaan edistää yhdenvertaisuutta tavoitteellisesti ja suunnitelmallisesti sekä vakiinnuttaa sellaiset hallinto- ja toimintatavat, joilla varmistetaan yhdenvertaisuuden edistäminen asioiden valmistelussa ja päätöksenteossa. Viranomaisten tulee erityisesti muuttaa niitä olosuhteita, jotka estävät yhdenvertaisuuden toteutumista. (Yhdenvertaisuuslaki 2004/21, 4 §.)

Kehittämistyö toteutettiin kehittävää työntutkimusta soveltaen. Asiantuntijatyöryhmällä, jossa työntekijät ovat olleet mukana, on suuri merkitys kehittämistyön toteutumiseen. Yhdessä kehitetty on helpompi ottaa vastaan ja käyttöön, joten näin työryhmätyöskentelyn aikana on jo uuden toimintamallin juurruttaminen alkanut.

2 LÄÄKINNÄLLINEN KUNTOUTUS

Terveydenhuoltolain (30.12.2010/1326) tavoitteena ovat asiakaskeskeiset ja saumattomat palvelut. Lain tarkoitus on vahvistaa perusterveydenhuoltoa, hyvinvointia ja terveyttä sekä edistää terveystalouden saatavuutta ja tehokasta tuottamista. Tällä lailla pyritään myös varmistamaan perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon tiivis yhteistyö ja asiakaslähtöisyys. (THL-www-sivut, 2014.) Tarkoituksena on, että kuntoutuksen palveluketju erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon kesken sujuu saumattomasti. Kunnan on järjestettävä hoitovastuullaan olevalle potilaalle lääkinällinen kuntoutus laissa säädetyissä aikarajoissa myös silloin, kun eri toimijoiden välinen vastuu kuntoutuksen järjestämisestä tai kustannuksista ei välttämättä ole vielä selkiytynyt. Tarkoitus on parantaa kuntoutuksen oikea-aikaisuutta ja viivytyksetöntä alkamista sekä varmistaa kuntoutuksen jatkuminen saumattomasti. (THL-www-sivut, 2014.)

Lääkinnällisen kuntoutuksen järjestämisestä säädetään Lääkinnällisen kuntoutuksen asetuksessa 1991/1015. Sen mukaan kunta tai kuntainliitto huolehtii siitä, että lääkinällisen kuntoutuksen palvelut järjestetään sisällöltään ja laajuudeltaan sellaisiksi kuin kuntoutuksen tarve kunnassa tai kuntainliiton alueella sitä edellyttää. Kansaneläkelaitoksen velvollisuudesta järjestää vaikeavammaisten lääkinällistä kuntoutusta sekä vakuutuslaitosten korvattavista kustannuksista työ- ja toimintakykyyn liittyvässä kuntoutuksessa säädetään erikseen.

2.1 Lääkinällisen kuntoutuksen palvelut

Lääkinnällisellä kuntoutuksella pyritään parantamaan ja ylläpitämään kuntoutujan fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista toimintakykyä sekä edistämään ja tukemaan hänen elämäntilanteensa hallintaa ja hänen itsenäistä suoriutumistaan päivittäisissä toiminnoissa.

Lääkinnällisen kuntoutuksen asetuksen, 1991/1015, mukaisesti kuntoutuksen palveluja ovat:

- kuntoutumista ja kuntoutuspalveluja koskeva neuvonta ja ohjaus
- kuntoutustarvetta ja -mahdollisuuksia selvittävä tutkimus työ- ja toimintakyvyn arviointineen ja työkokeiluineen
- fysioterapia, toimintaterapia, puheterapia, neuropsykologinen kuntoutus, psykoterapia ja muut näihin rinnastettavat toimintakykyä parantavat ja ylläpitävät terapiat ja toimenpiteet
- apuvälinepalvelut, joihin kuuluu apuvälineiden tarpeen määrittely, välineiden sovitus, luovutus omaksi tai käytettäväksi, käytön opetus ja seuranta sekä välineiden huolto
- sopeutumisvalmennus, jolla tarkoitetaan kuntoutujan ja hänen omaistensa ohjausta ja valmentautumista sairastumisen tai vammautumisen jälkeisessä elämäntilanteessa;
- edellä mainituista tarpeellisista toimenpiteistä koostuvat kuntoutusjaksot laitost- tai avohoidossa;
- kuntoutusohjaus, jolla tarkoitetaan kuntoutujan ja hänen lähiyhteisönsä tukemista ja ohjausta sekä kuntoutujan toimintamahdollisuuksiin liittyvistä palveluista tiedottamista; sekä
- muut näihin rinnastettavat palvelut.

2.2 Lääkinnällisen kuntoutuksen suunnittelu ja seuranta

Kuntoutujalle laaditaan yhdessä hänen ja tarvittaessa hänen omaistensa kanssa kuntoutussuunnitelma. Kuntoutussuunnitelmassa määritellään tarpeelliset kuntoutustoimenpiteet ottaen huomioon sosiaalihuollon, työvoima- ja opetusviranomaisten sekä kansaneläkelaitoksen ja muiden kuntoutusta järjestävien tahojen palvelut ja yhteen sovitetaan terveydenhuollon lääkinälliset kuntoutuspalvelut näiden tahojen järjestämän kuntoutuksen kanssa. Kuntoutussuunnitelman toteutumista seurataan ja suunnitelmaa arvioidaan määräajoin. (Lääkinnällisen kuntoutuksen asetus 1991/1015.)

Asiakaslähtöisyyden huomioiminen on välttämätöntä oikea-aikaisen, oikein kohdenetun ja vaikuttavan kuntoutuksen toteutumiseksi. Ydinasioita ovat kuntoutujan aktiivinen osallistuminen prosessiin sekä ympäristöön vaikuttaminen. Kuntoutus perustuu sen tarpeen tunnistamiselle. Keskeisimpiä tekijöitä ovat kuntoutujan valmius ja

motivaatio, joita ammattilaisten on osattava tukea. Olennaista on tunnistaa, minkälaiset kuntoutuksen tavoitteet ja tulokset ovat merkityksellisiä kuntoutujan omassa elämässä ja hänen arjessaan. Oikea-aikainen ja vaikuttava kuntoutus, joka lähtee kuntoutujan yksilöllisistä tarpeista, on kaikkien etu. Tästä on saatu Kelan vaikeavammaisten kuntoutuksen kehittämishankkeen (VAKE) julkaisussa runsaasti uutta tietoa. Julkaisu perustuu tutkittuun tietoon ja tieteelliseen näyttöön. (Paltamaa, Karhula, Suomela-Markkanen, Autti-Rämö, 2011, 23.)

Eri sosiaali- ja terveyssektorin palvelutuotanto-organisaatioissa asiakaslähtöisyyttä määritellään hyvin erilaisista lähtökohdista käsin. Asiakaslähtöisyydestä puhutaan eri organisaatioissa, mutta kaikki tarkoittavat vähän eri asiaa ja käytännössä ei tiedetä mitä se tarkoittaa. Sosiaali- ja terveyspalveluiden asiakkaalle asiakaslähtöisyys määrittyy siitä näkökulmasta, miten palveluiden tarjonta kohtaa asiakkaan tarpeet. (Virtanen, Suoheimo, Lamminmäki, Ahonen & Suokas, 2011, 15–16.)

2.2.1 Kuntoutussuunnitelma

Kuntoutusprosessi on useimmiten pitkäaikainen tapahtuma ja sen onnistuminen vaatii suunnitelmallisuutta. Yksilöllisesti laadittu kuntoutussuunnitelma on hyvä työkalu kuntoutusprosessin suunnittelussa ja antaa hyvän mahdollisuuden kuntoutuksen yksilölliseen suunnitteluun, jossa asiakas on keskipisteenä ja tavoitteiden asettajana. Kuntoutujan kuntoutusprosessi, jotta se olisi yksilöllinen ja sujuva, edellyttää kuntoutusjärjestelmässämme organisaatioiden välistä, moniammatillista sekä osaavaa yhteistyötä. On myös huomioitava kuntoutujan oma näkemys sekä hänen elämänsä kokonaistilanne. (Paltamaa, ym., 2011, 3.)

Kuntoutussuunnitelmaa koskevia erityisiä määräyksiä löytyy mm. ”Asetus lääkinnällisestä kuntoutuksesta (1015/1991), Laki Kansaneläkelaitoksen kuntoutusetuuksista ja kuntoutusrahaetuksista (566/2005) ja Valtioneuvoston asetus Kansaneläkelaitoksen kuntoutusetuuksista ja kuntoutusrahaetuksista (646/2005).

Kuntoutujalle laadittu kuntoutussuunnitelma on edelleen valitettavan usein harvinaisuus kuin, että se olisi systemaattisesti vaikeavammaisille, pitkäaikaissairaille henki-

lölle laadittu suunnitelma hänen kuntoutumisprosessistaan. Tämä kyseinen asia on tullut myös Porin perusturvakeskuksen lääkinnällisessä kuntoutustyöryhmässä haasteelliseksi, koska kuntoutuspäätösten tekeminen puutteellisilla tiedoilla on mahdollista ja lisätietojen etsintä toisinaan voi olla hyvinkin vaikeaa. Kuntoutuksen tavoitteita ei aina ole esitetty tarpeeksi konkreettisesti. On hyvin perusteltua, että yhdeksi osatavoitteeksi kehittämistyön suunnittelussa asetettiin kuntoutussuunnitelmien laatimisen juurruttaminen osaksi vaikeavammaisten ja pitkäaikaisesti sairaiden henkilöiden kuntoutusprosessia.

Kuntoutussuunnitelma on asiakirja, johon kirjataan ne tavoitteet, joita kuntoutuja asettaa itselleen omassa tilanteessaan. Vastuu kuntoutussuunnitelman tekemisestä on hoitavalla lääkärillä. On tärkeää, että se tehdään oikea- aikaisesti ja mahdollisimman varhain, jotta kuntoutuksella voidaan vielä vaikuttaa tilanteeseen. Kuntoutussuunnitelmaan tulee kirjata tiedot kuntoutujan terveydestä, toimintakyvystä ja sen kehitymisestä, kuntoutuksen mahdollisuuksista ja motivaatiosta. (Rissanen, Kallanranta, Suikkanen 2008, 627.) Kuntoutussuunnitelma on asiakirja, joka antaa kuntoutujalle mahdollisuuden sitoutua oman kuntoutumisensa edistämiseen ja omalta osaltaan toteuttamaan kuntoutusprosessiaan. (Järvikoski, Härkäpää, 2008, 169).

Kuntoutussuunnitelma on aina tehtävä yhdessä kuntoutujan kanssa, koska kyse on hänen henkilökohtaisesta asiastaan. Tarvittaessa mukana voi olla kuntoutujan perheen jäseniä, läheisiä tai esim. työpaikan edustaja. Lääkäri tarvitsee avukseen moniammatillisen työryhmän, johon voivat kuulua esim. psykologi, fysio- tai toimintaterapeutti, sosiaalityöntekijä, erikoisalan lääkäreitä tai muu työntekijä esim. kuntoutusohjaaja. (Rissanen ym. 2008, 628.)

2.2.2 Kuntoutujan osallisuus kuntoutussuunnitelman laadinnassa

Kuntoutus on useimmiten pitkä prosessi ja sen sujuminen edellyttää suunnitelmallisuutta. Yksilön näkökulmasta kuntoutusprosessia voidaan kuvata myös henkilökohtaisena kasvu- ja oppimisprosessina. Tällöin korostetaan kuntoutujan oman elämäntilanteen uudelleen määrittelyä. (Järvikoski, Härkäpää 2008, 165.)

Asiatuntijatyöryhmän tapaamisissa haluttiin korostaa ja kirjata toimintaperiaatteisiin kuntoutussuunnitelman osalta kuntoutujan omien tavoitteiden ja motivaation tärkeys. Ottamalla kuntoutuja mukaan alusta alkaen suunnitelmiin kyseisten asioiden tärkeys korostuu myös kuntoutujalle ja antaa hyvän lähtökohdan kuntoutussuunnitteluprosessille. Tutkimuksen ”Vaikeavammaiset kuntoutujat Kelan palveluissa” mukaan kuntoutujat haluavat itse olla mukana prosessin suunnittelussa. Tämän tutkimuksen kuntoutujat ja heidän läheisensä pitivät kuntoutuksessa erittäin tärkeänä sitä, että asiakkaan toiveita kuunnellaan ja ne myös huomioidaan.

Härkäpään ym. (2011) mukaan Kosciulek, amerikkalainen kuntoutuksen tutkija, pohdii ammatillisen kuntoutuksen tuloksellisuuteen vaikuttavia tekijöitä käyttäen käsitettä ”consumer direction”. Tämä käsite voidaan suomentaa kuluttajajohtoisuudeksi, mutta se vastannee varsin pitkälle Suomessa yleisesti käytettyä kuntoutuksen asiakaslähtöisyyden käsitettä. Kosciulek kuvaa asiakaslähtöistä toimintatapaa neljän eri osatekijän avulla. Ensimmäisenä tulee esille kuntoutujan mahdollisuus kontrolloida sitä, millaisia palveluja tarvitaan ja millä tavoin, kenen toimesta ja milloin niitä annetaan. Toisena on mahdollisuus tehdä valintoja vaihtoehtoisten palvelujen välillä. Kolmantena on mahdollisuus sellaisen tiedon ja tuen saamiseen, jonka avulla kuntoutuja voi hyötyä järjestelmän palveluista. Neljäntenä hän esittää kuntoutujien mahdollisuutta osallistua kuntoutustoimintaa koskevaan suunnitteluun ja kuntoutuspoliittiseen keskusteluun. Kosciulek korostaa myös sitä, että samalla kun tarjotaan mahdollisuus valintoihin, on myös tuettava asiakkaan kompetensseja niiden käyttöön. Hän arvelee, että kuntoutujien kokemus alistuneisuudesta ja vällanpuutteesta johtuu pääsääntöisesti järjestelmässä vallitsevista asenteista kuin itse sairauden tai vamman aiheuttamista rajoituksista. (Härkäpää, Järvikoski, Gould, 2011, 73.)

Nelikohtaisen osallistujatyypittelyn avulla on tutkittu mm. kuntoutujan osallisuuden kehittymistä. Osallisuutta tutkitaan erittelemällä neljä erilaista osallistujatyyppeä ja selvittämällä kuntoutujan osallistumista asiakirjakäsittelyyn, mukana olemista kokouksissa informantin roolissa, osallistumista kokouksiin ja suunnitelmien laadintaan sekä osallistumista institutionaaliseen vuorovaikutukseen kumppanin roolissa. Tutkimuksen perusteella kuntoutujat pääsevät osallistumaan entistä enemmän, mutta he kohdistavat edelleen kovaa kritiikkiä kohtaamiseen ja vuorovaikutukseen. Asiakkaan

vaikutusmahdollisuuksien todetaan kehittyneen, mutta ei toivotulla tavalla. (Mattila-Aalto, 2009, 35.)

2.2.3 Kuntoutuja osana kehittämistä

Maailman terveysjärjestön kansainvälinen terveyden, toimintakyvyn ja toimintarajoitteiden luokitus korostaa toiminnallisen terveydentilan määrittelyssä aikaisempaa enemmän ympäristötekijöitä ja osallistumista. WHO määrittelee osallistumisen tarkoittavan osallisuutta elämäntilanteisiin. Tarvitaan uusia ajattelu- ja toimintatapoja sekä konkreettisia keinoja ja välineitä kuntoutuksen käytäntöihin asiakkaan osallisuuden vahvistamiseen ja tukemiseen. Osallistumista sekä osallisuutta voidaan jäsentää määrittelemällä, mitä tarkoittaa toimijuus. Toimijuuteen vaikuttavat myös tunteet ja haluaminen osaamisen, kykenemisen, vastuiden, velvollisuuksien ja oikeuksien lisäksi. Asiakkaan näkökulman lisäksi toimijuutta tulisi tarkastella myös siltä kannalta, miten toimijuus rakentuu asiakkaan kohtaamisessa. (Sipari, Mäkinen, 2012, 26–27.)

Asiatuntijatyöryhmä halusi kirjata toimintaperiaatteisiin, kuntoutussuunnitelma-osiin, että kuntoutukselle asetettujen tavoitteiden lisäksi, kuntoutussuunnitelmassa tulee olla myös kuvattuna kuntoutujan toimintakyky, toiminnallinen haitta, hänen vahvuutensa ja voimavaransa sekä niihin vaikuttavat yksilö- ja ympäristötekijät sekä kuntoutujan oma motivaatio. Myös ”Vaikeavammaiset kuntoutujat Kelan palveluissa” (2009) tutkimuksen mukaan pitäisi kirjata laajemmin suunnitelmat huomioiden kuntoutujien elämäntilanne ja elinympäristö sekä muu palvelujen tarve. Tutkimuksen mukaan kuntoutujilta oli tullut toive nimenomaisesti huomioida tilanne enemmän kokonaisuutena.

Tulevaisuudessa asiakas nähdään myös kuntoutustoiminnan kehittämiskumppanina. Uudenlainen asiakasymmärrys ja kehittäjäkumppanuus yhdistyvät siten, että kehitettävä ote rakennetaan osaksi mielekkäitä kuntoutuskokonaisuuksia. Palvelujen käyttäjä (kuntoutuja) osallistuu jatkuvasti yksilöllisten palvelujen kehittämiseen, jotka koskevat häntä itseään, hänen elämäänsä ja arkeaan. Näin yhdessä ammattilaisten kanssa asiakkaat kehittävät itse omia elämäntilanteitaan. Kyseisessä tilanteessa yksilön kun-

toutuksen toteutuminen ja kehittäminen pitää yhdistää uudenlaiseen kuntoutusymärrykseen laajasti. Tämä vaatii uudenlaisia toimintatapoja ja osaamista työntekijöiltä. (Sipari, Mäkinen, 2012, 27–28.)

Yhteisissä keskusteluissa, jotka ovat avoimia kehittämisprosesseja, määritellään tavoitteet. Kuntoutuksen menetelmien tulisi muuttua entistä yhteistoiminnallisemmiksi. Kuntoutuksen tulisi ilmentää asiakkaan ja ammattilaisen yhteistä kehittävää oppimisprosessia. Kehittämisen ja oppimisen teoreettisia ja käsitteellisiä malleja voidaan hyödyntää kuntoutustoiminnassa. Ammattilaisten kanssa yhteisessä innovaatioprosessissa rakennetaan palvelujen käyttäjiltä lähtöisin olevia kuntoutuksen tulevaisuuden innovaatioita. Voisiko kuntoutusprosessi, joka tähtää muutokseen, olla tulevaisuudessa yhteiskehittelyyn ja ihmisten elämän tilanteisiin perustuva innovaatioprosessi? (Sipari, Mäkinen, 2012, 28.)

2.2.4 Tutkimuksellista tietoa kuntoutussuunnitelmasta

Kuntoutussuunnitelma laaditaan kuntoutujan hoidosta vastaavassa julkisen sektorin terveydenhuollon yksikössä vähintään yhdeksi vuodeksi ja enintään kolmeksi vuodeksi kerrallaan. Kuntoutussuunnitelma tulee laatia yhdessä kuntoutujan tai hänen omaisensa tai muun läheisen henkilön kanssa. (Laki kansaneläkelaitoksen kuntoutusetuksista 2005/566.) Kyseisessä laissa halutaan korostaa kuntoutujan roolia ja myös sitä, että kuntoutuksen suunnittelu on hoitavan tahon eli terveydenhuollon vastuulla.

Kuntoutussuunnitteluun, koskien vaikeavammaisten lääkinnällistä kuntoutusta, on alettu kiinnittää huomiota heti sen jälkeen kun lainsäädäntö tuli voimaan vuonna 1991. Kuntoutuksen lakipaketin, (v. 1991), toteutumista seurattiin hallituksen antamalla selonteolla vuosina 1994, 1998 ja 2002. Kyseisiä selontekoja varten tehtiin selvityksiä ja tutkimuksia myös kuntoutussuunnitelmien toteutumisesta. Kelan oma selvitys v. 1993 totesi vaikeavammaisten lääkinnällisen kuntoutuksen yhdeksi puutteeksi kuntoutussuunnitelmien tekeminen. Selvityksessä tuli esille, että suunnitelmat olivat sisällöltään puutteellisia ja niitä ei ollut kytketty kuntoutujan muuhun palvelu-

tarpeeseen sekä kuntoutujan oma osallistuminen suunnitelmien laatimiseen oli vähäistä. (Järvikoski, Hokkanen, Härkäpää, toim., 2009, 69.)

Kuntoutussuunnittelun puutteellisuuden nähtiin kulminoituvan Kelan ja julkisen terveydenhuollon yhteistyöhön sekä tehtäväjaon epäselvyyksiin. Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö asetti kaksi selvitysmiestä selvittämään ongelmaa ja laatimaan myös ratkaisuehdotuksia tilanteeseen. Kallanranta ja Rissanen toteavat raportissaan (1996), että kuntoutussuunnitelmat olivat heikkotasoisia, tiimityötä suunnittelussa on tapahtunut harvoin, kuntoutussuunnittelua ei ole tehty osana laajempaa palvelusuunnittelua sekä kuntoutuja on jäänyt taka-alalle suunnittelussa. Kelan tekemässä Pohjois-Suomen alueen seurantutkimuksessa todettiin kuitenkin positiivista kehitystä tapahtuneen vuosien 1992–1996 välisenä aikana. Kuntoutussuunnitelmat olivat monipuolistuneet, suunnitelmien laatimisessa oli yhä useammin ollut mukana moniammatillinen ryhmä ja myös kuntoutujan pääsy osallistumaan suunnitteluun oli lisääntynyt. Saattoi olla, että kuntoutussuunnitelmatyöskentelyssä oli tapahtunut myös eriytyvää kehitystä. (Järvikoski ym., 2009, 69.)

Järvikosken ym. (2011) mukaan Kari ja Puukka raportoivat (2001) myös myönteisistä muutoksista vuosien 1992–1998 vaikeavammaisten lääkinnällisen kuntoutuksen suunnitelmissa. Myönteistä kehitystä oli tapahtunut erityisesti suunnitelmien voimaansaoloajan ja kuntoutustoimenpiteiden keston kirjaamisessa. Kuntoutussuunnitelmat olivat kuitenkin edelleen niukkoja ja puutteellisia. Edelleen oli heikosti kirjattu kuntoutujien elämäntilanne ja elinympäristö sekä muu palvelujen tarve. Tavoitteet kuntoutukselle oli esitetty vain yleisellä tasolla ja seurantatietojen kirjaaminen tarkastelujakson aikana jopa vähentynyt. Johtopäätöksissään Kari ja Puukka olivat kirjanneet kaksitoista erilaista kehittämisehdotusta tavoitteena, että suunnitelmasta tulisi selkeämpi ja kokonaisvaltaisempi kuntoutujan ”määräaikainen elämänsuunnitelma”. (Järvikoski, ym., 2009, 70.)

Kelan käynnistämässä vaikeavammaisten kuntoutuksen kehittämishankkeessa v. 2006 tavoitteena oli kehittää hyviä käytäntöjä ja samalla tuoda myös kuntoutuspalveluja lähemmäs arkea ja vammaisten ihmisten omaa elämänpiiriä. Kehittämishankkeen yhteydessä tehtiin tutkimustyötä Lapin yliopiston ja Kuntoutussäätiön muodostamana yhteenliittymänä tarkoituksena selvittää asiakkaiden näkemyksiä ja koke-

muksia vaikeavammaisten lääkinnällisestä kuntoutuksesta. Tutkimushankkeen nimenä oli ”Vaikeavammaiset kuntoutujat Kelan palveluissa”. (Järvikoski, ym., 2009, 8.)

Yksi tutkimuskysymyksistä kohdistui kuntoutuksen suunnitteluun: ”Miten vaikeavammaisten kuntoutuspalvelujen käyttäjät ovat itse osallistuneet kuntoutuksen suunnitteluprosessiin, miten he arvioivat sen toteutusta ja millaisia kehittämistarpeita he siinä näkevät?”.

Tutkimusraportissa, ”Asiakkaan äänellä, odotuksia ja arvioita vaikeavammaisten lääkinnällisestä kuntoutuksesta”, yhteenvedossa todetaan, että edelleenkin ajatus kuntoutussuunnitelmasta vaikeavammaisen ”elämänsuunnitelmana” ei näytä toteutuvan. Osa tutkimukseen osallistuneista kuntoutujista esitti selkeän toiveen siitä, että kuntoutussuunnitelmaa tehtäessä tarkasteltaisiin heidän elämäntilannettaan ja tavoitteitaan kokonaisuutena eikä ainoastaan tiettyä, usein fyysiseen suorituskyykyyn liittyvää osaa. Lakiuudistuksen jälkeen kuntoutussuunnitelmat tehdään aina julkisessa terveydenhuollossa, yleensä lääkärin vastaanotolla. Jotkut kuntoutujista kokivat, että suunnitelman tekoprosessi oli hankaloitunut kohtuuttomasti lakimuutoksen myötä. Ongelmaksi erityisesti koettiin, että kuntoutussuunnitelman laatii asiantuntija, joka ei tunne vaikeavammaisen henkilön tilannetta eikä hänellä ole siihen aikaa perehtyä tai kuulla kuntoutujaa itseään. Saattaa kuitenkin olla, että suunnitteluprosessin siirtäminen julkisen terveydenhuollon piiriin on vielä niin tuore muutos, etteivät käytännöt ole vielä tarpeeksi kehittyneet. (Järvikoski, ym., 2009, 90.)

Kolme neljästä tutkimukseen osallistuneesta ilmoitti saaneensa kuntoutussuunnitelman kirjallisena itselleen. Osalle oli jäänyt epäselväksi milloin kyse oli kuntoutussuunnitelmasta ja milloin kuntoutuspäätöksestä tai mahdollisesti epikriisin loppulauseesta. Kuntoutusprosessin aloitteentekijä oli joka toisessa tapauksessa kuntoutuja itse tai hänen läheisensä ja joka neljännessä lääkäri. Lääkärin rooli prosessissa näyttäytyi kuntoutujille hyvin keskeisenä. Monen kuntoutujan kohdalla erittäin merkittävän panoksen suunnitteluprosessiin tuottivat kuitenkin myös terapeutit ja kuntoutusohjaajat. Varsinainen tiimityö oli suhteellisen harvinaista. Moniammatillinen kuntoutustyöryhmä tai virallinen asiakastyöryhmä oli merkittävästi mukana joka kymmenennessä kuntoutussuunnittelutyöskentelyssä ja tästä onnistuneesta yhteistyöstä kerrottiin paljon erimerkkejä. Paikallisesti kuntoutussuunnittelun toteutuksessa oli

haastattelujen perusteella hyvinkin eriytynyttä käytäntöä, joka heijastui kuntoutujien kokemuksiin. (Järvikoski, ym., 2009, 90–91.)

Huomattava osa vastaajista koki osallistuneensa ainakin jossain määrin kuntoutuksen suunnitteluun ja oli vähintäänkin melko tyytyväinen prosessiin ja suunnitelmansa sisältöön. Aikaisempiin tutkimuksiin verraten ne vaikuttivat jonkin verran myönteisemmiltä. Tutkimuksen kuntoutajat ja heidän läheisensä pitivät kuntoutuksessa erittäin tärkeänä sitä, että asiakkaan toiveita kuunnellaan ja ne myös huomioidaan. Yleisellä tasolla kuntoutajat arvioivat kuntoutuksen suunnittelun varsin myönteiseksi. ”Melko tyytyväisiä” oli kuitenkin enemmän kuin niitä, jotka kokivat, että kuntoutussuunnittelu olisi vastannut kuntoutujan tarpeita erittäin hyvin. Kuntoutujan kuulemiselle keskeisiksi esteiksi nousivat suunnitteluvaiheessa kiire ja rutiininomaisuus julkisen terveydenhuollon toiminnassa. Usein tilanteet ovat monimutkaisia ja yhteisen suunnittelun ja vastuun jakaminen edellyttäisi enemmän aikaa ja useampia tapaamiskertoja. (Järvikoski, ym., 2009, 90, 286.)

Nykyisin, kun kuntoutussuunnitelmat tehdään julkisessa terveydenhuollossa, suunnittelussa läsnä voivat olla lääkäri ja kuntoutuja läheisineen sekä muita asiantuntijoita. On myös mahdollisuus hyödyntää erilaisia asiantuntijoiden lausuntoja. Kuntoutussuunnitelmien laatimistavat vaihtelevat kuitenkin hyvin paljon. Järvikosken ym. mukaan tutkimuksen aineistoon sisältyi muutama kuvaus etukäteen hyvin organisoidusta moniammatillisesta kohtaamisesta, jossa myös kuntoutuja ja hänen läheisensä tiedostettiin keskeisiksi asianomistajiksi. Useimmiten tuli esille, että kyseessä oli kahdenkeskinen, melko nopea tilanne, jossa lääkäri keskustelun perusteella kirjasi erillisen kuntoutussuunnitelman tai maininnan siitä epikriisiin. Tutkimuksessa tuli esille useita mainintoja siitä, miten lääkäri oli tehnyt lausunnon asiakasta näkemättä ja kuulematta, aikaisempien paperien perusteella. (Järvikoski, ym., 2009, 287.)

Lakiuudistus, jossa kuntoutussuunnitelmien laatimisvastuu siirtyi julkiseen terveydenhuoltoon, on johtanut tilanteisiin, joihin ei varmasti uudistuksella pyritty. Valitettavan usein näyttää siltä, että kuntoutussuunnitelman tekemisessä ei hyödynnetä kuntoutusjärjestelmään kertynyttä kokonaistietoa kuntoutujasta. Julkisen terveydenhuollon lääkäri ei välttämättä tunne kuntoutujan tilannetta eikä osallistu muutoin hänen kuntoutusprosessiinsa. Toinen uudistuksen tarkoittamaton seuraus on ollut, että kun-

toutussuunnitelmia tekevät lääkärit ovat entistä harvemmin kuntoutuksen asiantuntijoita. Usein puuttuu tietämys kuntoutusjärjestelmän toiminnasta, kuntoutussuunnitelmien merkityksestä sekä kuntoutuksen erilaisista mahdollisuuksista ja säädöksistä. Kuntoutujien toiveena oli, että heidän kuntoutussuunnitelmiansa laadinnassa oli mukana henkilö, joka on syvällisesti ja laaja-alaisesti tunteva asiantuntija. Tähän toiveeseen olisi pystyttävä mahdollisimman nopeasti vastaamaan. (Järvikoski ym., 2009, 287–288.)

Tutkimuksen puitteissa oli tehty yhdeksän eri suositusta jatkoa ajatellen, tässä yksi niistä:

”Kuntoutussuunnitelma tulisi olla kokonaisvaltainen ”elämänsuunnitelma”, jossa otetaan huomioon myös muut kuin suoranaisesti lääkinnälliseen hoitoon tai kuntoutukseen liittyvät asiat. Vaikeavammaiselle kuntoutujalle ja hänen läheiselleen olisi taattava mahdollisuus kiireettömässä tilanteessa pohtia tulevaisuutta ja sen edellyttämiä tukipalveluja. Asiakasta on kuntoutussuunnitelmaa laadittaessa kuunneltava ja heidän näkemyksensä otettava huomioon. Kuntoutussuunnitelmaa laadittaessa tulisi aina huomioida asiakkaan yksilöllinen tilanne.” (Järvikoski ym., 2009, 294.)

Vaikeavammaisten kuntoutuksen kehittämishankkeeseen (VAKE) kuuluvan tutkimuksen tavoitteena oli kuvata kolmen diagnoosiryhmän (AVH, MS, CP) avulla kuntoutuksen nykytilaa, kuntoutustoimenpiteiden vaikuttavuutta ja kehittämistarpeita. Tarkoituksena oli laatia suositukset tämän perusteella hyvästä kuntoutuskäytännöstä. ”Hyvän kuntoutuskäytännön perusta”-tutkimusraportista tulee esille, että esimerkiksi AVH-kuntoutujien akuutin ja subakuutin vaiheen jälkeisen kuntoutuksen järjestämisen ja suunnittelun vastuu oli selkeästi perusterveydenhuollossa. Erikoissairaanhoidon vastaajista 83 % ja terveyskeskuksen vastaajista 82 % oli tätä mieltä. Tutkimusraportin mukaan terveyskeskuksissa kuntoutussuunnitelmat tehtiin pääsääntöisesti lääkärin vastaanotolla, jolloin hyvin harvoin laatimiseen osallistui muita työntekijöitä. Kuntoutuksen suunnittelua pidettiin osana terveydenhuoltoa ja tärkeänä, että muun hoidon yhteydessä arvioidaan myös kuntoutuksen tarve. Kuntoutuksen suunnittelua ja seurantaan vuosittain pidettiin tärkeänä. Pohdintaa oli aiheuttanut se, jääkö seurannasta vastuu kuntoutujalle. (Paltamaa ym., 2011, 52, 54, 57.)

Raportin mukaan tulisi kiinnittää huomiota AVH- ja MS- kuntoutujien kuntoutuksen suunnittelussa laadun parantamiseen sekä laatimisen toimintatapoihin, kuten asiakaslähtöisyyteen ja moniammatilliseen yhteistyöhön. Näiltä osin tulokset ovat niin erikoissairaanhoidossa kuin perusterveydenhuollossa yleistettävissä myös muihin kuntoutusta edellyttäviin sairauksiin. Moniammatillisuus ja resurssien riittävyys ovat keskeisiä kuntoutuksen suunnittelussa etenkin terveyskeskuksissa ja erikoissairaanhoidon poliklinikoilla, joissa tutkimuksen perusteella AVH ja MS kuntoutujien kuntoutuksen suunnittelun vastuu näytti olevan. (Paltamaa ym., 2011, 60.)

Tutkimushankkeen raportin kehittämisehdotuksena on, että aikuisten neurologisen kuntoutuksen nykykäytännön kehittämisessä tulisi kiinnittää huomiota asiakaslähtöiseen kuntoutuksen suunnitteluun. Hoidon ja kuntoutuksen jatkuvuuteen sekä alueellisesti kattavien kuntoutuspalveluiden saatavuuteen, yhteistyöhön ja työnjakoon tulisi kiinnittää huomiota. Kuntoutuksen kehittäminen jatkossa olisi myös varmistettava. (Paltamaa, ym., 2011, 63.)

3 KEHITTÄMISTYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET

Päätavoitteena on kehittää ja tuottaa Porin perusturvakeskuksen yhteistoiminta-alueen käyttöön lääkinnällisen kuntoutuksen toimintaperiaatteet ja saatavuusperusteet. Kehittämishankkeen tavoitteena on tuottaa työväline, jolla tuetaan yksilöllisten päätösten tekemistä. Jokainen päätös arvioidaan ja tehdään yksilöllisesti sekä asiakaslähtöisesti. Tarkoituksena on hankkeen avulla auttaa Porin perusturvakeskuksen yhteistoiminta-alueella henkilökuntaa sisäistämään lääkinnällisen kuntoutuksen palvelut ja oikealla tavalla ohjaamaan kuntoutujia tarvittavien palveluiden piiriin. Kehittämishanke on ollut osa Porin perusturvakeskuksen kuntoutus- ja sairaalapalveluiden kehittämistoimintaa. Tavoitteena on kuntoutussuunnitelmien laatimisen juurruttaminen käytäntöön sekä kuntoutuspäätösten keskittäminen tulevaisuudessa yhteistoiminta-alueella.

Yksilön näkökulmasta tässä tulee toteutumaan tasa-arvoinen ja kuitenkin yksilöllinen päätöksenteko sekä yhteiskunnan näkökulmasta olemassa olevien resurssien oikea-aikainen ja tarkoituksenmukainen kohdentaminen. Tällaista ohjaavaa ja tukevaa toimintamallia ei ole aiemmin ollut Porin perusturvakeskuksen lääkinnällisen kuntoutuksen kuntoutustyöryhmän käytössä.

4 KEHITTÄVÄÄ TYÖNTUTKIMUSTA LÄHESTYMISTAPANA SOVELTAEN

Laadullisella eli kvalitatiivisella tutkimuksella tarkoitetaan joukkoa erilaisia tulkinnallisia tutkimuskäytäntöjä. Laadullista tutkimusta on vaikea selvästi määritellä, koska sillä ei ole teoriaa ja paradigmaa, joka olisi ainoastaan sen täysin omaa. Laadullisella tutkimuksella ei myöskään ole täysin omia metodeja. (Metsämuuronen 2001, 9.) Laadullista tutkimusta voidaan luonnehtia prosessiksi. Kun tutkija itse on laadullisessa tutkimuksessa aineiston keruun väline, voidaan puhua inhimillisestä välineestä (human instrument), näin voidaan aineistoon liittyvien näkökulmien ja tulkintojen katsoa kehittyvän tutkijan tietoisuudessa vähitellen tutkimusprosessin edetessä. Kyse on siis tutkimustoiminnan ymmärtämisestä ja myös eräänlaisesta oppimistapahtumasta. Laadullisen tutkimuksen etenemisen eri vaiheet eivät välttämättä ole etukäteen jäsennettävissä selkeisiin eri vaiheisiin, vaan esimerkiksi tutkimustehtävää tai aineistonkeruuta koskevat ratkaisut voivat muotoutua vähitellen tutkimuksen edetessä. Siis myös tässä mielessä laadullista tutkimusta voi luonnehtia prosessiksi. (Aaltola, Valli 2007,70.)

Laadullista tutkimusta voidaan luonnehtia myös jatkuvaksi päätöksentekotilanteeksi tai ongelmanratkaisusarjaksi. Näkemyksen kehittyessä, laadullisen tutkimuksen tarkastelu voi kohdentua uusiin mielenkiinnon kohteisiin. Keskeistä on kuitenkin tutkimuksen kuluessa löytää ne johtavat ideat, joihin nojaten tutkimuksellisia ratkaisuja tehdään. On hyvä myös tiedostaa, että avoimuus tutkimustehtävien kehittelyssä ei suinkaan merkitse suunniteltujen ja etukäteen pohdittujen johtoajatusten puutetta. (Aaltola, Valli 2007,71, 73.)

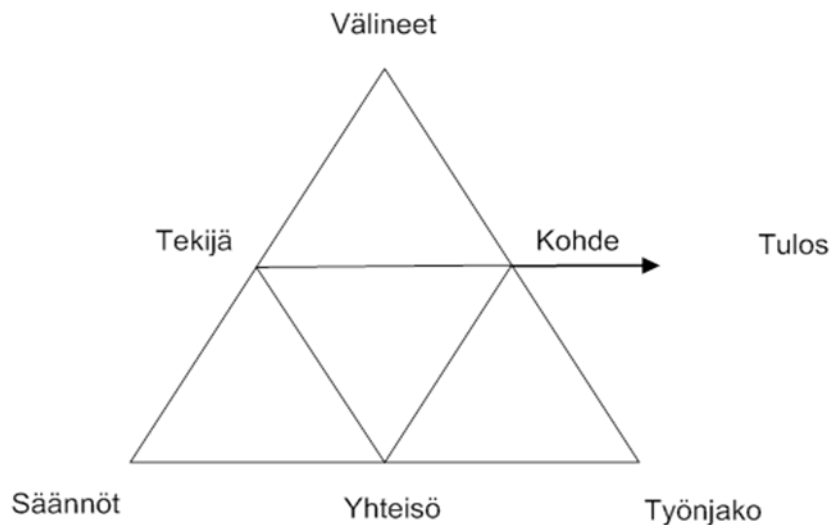
Laadullisessa tutkimuksessa voi katsoa olevan kyse vähitellen tapahtuvasta tutkittavan ilmiön käsitteellistämisestä, ei niinkään etukäteen hahmotetun teorian testauksesta. Esimerkiksi tutkijan teoreettiset näkökulmat ja vähitellen käsitteellistyvät näkemykset tarkasteltavana olevan ilmiön luonteesta ovat osaltaan suuntaamassa tutkimuksen kulkua. Käsitteellistäminen ei aina ole välttämättä yksinomaan aineistolähtöistä, vaan käytännön kentästä tulevien näkökulmien suhdetta tutkimusta käsitteellistäviin teoreettisiin näkökulmiin voi pitää enemmänkin vuorovaikutteisena. (Aalto-la, Valli 2007, 74.)

Kehittämistyön lähestymistapana olen käyttänyt soveltaen kehittävän työtoiminnan tutkimusta. Kehittävä työntutkimus on suomalainen työn osallistavan kehittämisen ja tutkimuksen metodologia, jonka kehittämisjuuret ovat 1980-luvun alussa. Metodologian avulla on tavoitteena löytää uusi toimintamalli, joka vastaa kokonaisvaltaisesti toiminnan ristiriitoihin ja kehittämismahdollisuuksiin. (Engeström, Virkkunen 2007, 67.) Kehittävän työtutkimuksen perusta on L.S.Vygotskin, A.N. Leontjevin ja A.R. Lurian alkuun saattama kulttuurihistoriallinen toiminnan teoria. Toiminnan käsite muodostaa ikään kuin sillan yksilön ja yhteiskunnan välille. Kehittävän työntutkimuksen voidaan luonnehtia toiminnan teorian erityiseksi muodoksi ja sovellutukseksi työtoimintojen tutkimukseen (Engeström 1998, 11.) Siinä analysoidaan yhteiskunnallisia toimintoja toimintajärjestelmän käsitteen avulla. Keskeistä on muutosten analyysi. (Heikkien, Rovio, Syrjälä 2007, 61.)

4.1 Kehittävän työntutkimuksen yleiset piirteet

Kyseisessä työelämän kehittämismenetelmässä on muutosstrategia, joka yhdistää tutkimuksen, käytännön kehittämistyön ja koulutuksen. Lähestymistapa on osallistava, jossa työntekijät analysoivat ja muuttavat omaa työtään. Tässä ei siis tuoteta ulkoapäin valmiita ratkaisuja, vaan se muokkaa työyhteisön sisällä välineitä toiminnan erittelyyn ja uusien mallien suunnitteluun (Engeström 1998, 12.) Toimintatutkimuksen tapaan kehittävässä työntutkimuksessa siis analysoidaan ja kehitetään käytäntöjä yhdessä toimijoiden kanssa. (Heikkinen ym. 2007, 61.)

Tunnusomaiset piirteet kehittävässä työntutkimuksessa voidaan tiivistää kolmeen teoreettiseen ja metodologiseen ideaan. Ensinnäkin analyysiyksikkönä on kollektiivinen toimintajärjestelmä, jossa yhteisellä toiminnalla on tietty kohde. Tämän lisäksi toimintaa määrittävät myös sen eri osatekijät, siis työvälineet, yhteistoimintamuodot, työnjako sekä säännöt. (Muutoslaboratorion www-sivut, 2014.)



Kaavio 1. Toimintajärjestelmän kolmiomalli (Engeström 1998, 47)

Toisen teoreettisen lähtökohdan mukaan toiminnan ongelmat ilmentävät ristiriitoja toimintajärjestelmän osatekijöiden välillä. Analysoimalla poikkeamia työn normaalista kulusta ristiriidat voidaan näin tehdä näkyväksi. Ristiriitoja tarkastellaan takautuvasti toiminnan historiallisen kehityksen varrelta sekä nykytoiminnassa. Näin on mahdollista saada esiin toiminnan kehitysdynamiikka. Toiminnan laadulliset muutokset ovat seurausta toimintajärjestelmän ristiriitojen ratkaisemisesta ja sen myötä syntyvistä uusista toimintamuodoista ja työvälineistä. (Muutoslaboratorion www-sivut, 2014.)

Kehittävässä työntutkimuksessa kolmantena muutoksia ja kehitystä tarkastellaan ja tutkitaan pitkäkestoisin kollektiivisin oppimisprosesseina. Usein ne johtavat koko-

naan uusien yhteisten työvälineiden ja yhteistoimintamallien rakentamiseen. Puhutaan ekspansiivisesta oppimisesta. (Muutoslaboratorion www-sivut, 2014.)

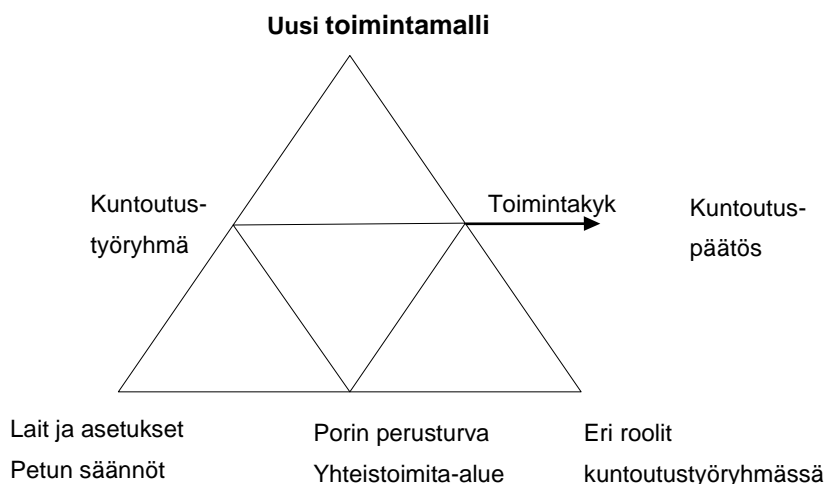
Toimintajärjestelmän kolmiomallin/rakennemallin avulla selvitetään yhdessä toimijoiden kanssa toiminnan ristiriitoja eli muutoksen tärkeimpiä kohteita. Kehittämisen ja oppimisen kannalta keskeisiä ovat sisäiset ristiriidat. Työelämän ongelmat jäsenyvät esim. muuttuvan kohteen ja vanhojen välineiden tai uuden työvälineen ja vanhan työnjaon väliseksi ristiriidaksi. Näin muutostarpeista voidaan keskustella jäsenetysti ja kokonaisvaltaisesti. Ristiriitoja arvioidaan suhteessa menneisyyteen sekä tulevaisuuteen. (Heikkinen ym. 2007, 64.)

4.2 Kehittävä työntutkimus soveltaen kehittämishankkeessa

Porin perusturvakeskuksessa on lääkinnällisen kuntoutuksen kuntoutuspäätöksiä tehty jo kymmeniä vuosia. Toiminta on vuosien varrella kehittynyt. Pitkään on jo toiminut ns. kuntoutustyöryhmä, jossa kuntoutuspäätöksiä on käsitelty moniammatillisesti. Päätöksen tekijöinä vuosien varrella on ollut monia eri henkilöitä ja toimintatapa myös vaihdellut sen mukaisesti. Eletään aikakautta, joka omalta osaltaan vaatii toiminnan kehittämistä. Taloudellisesti tiukkana ajankohtana on olemassa olevat resurssit osattava kohdentaa oikea aikaisesti kuntoutujille, jotta saataisiin paras mahdollinen hyöty olemassa olevista resursseista ja pystyttäisiin myös tekemään yhdenvertaisia päätöksiä koko Porin perusturvan yhteistoiminta-alueella. Tämän seurauksena on haluttu kehittää lääkinnällisen kuntoutuksen kuntoutustyöryhmän päätöksenteon tueksi toimintaperiaatteet ja saatavuusperusteet koko Porin perusturvakeskuksen yhteistoiminta-alueelle. Uusi toimintamalli toimii ohjeena myös muille terveydenhuollon ammattilaisille, kuten lääkäreille ja terapeuteille.

Engeströmin kuvaaman toimintajärjestelmämallin tekijällä viittaa opinnäytetyössän kuntoutustyöryhmään, jonka näkökulmasta toimintaa halutaan kehittää. Toimintajärjestelmän kohteena on kuntoutuja, jonka asioita kuntoutustyöryhmässä kulloinkin käsitellään. Välineillä tarkoitetaan sitä tapaa, millä kuntoutustyöryhmä on kulloinkin toiminut eli millä tavalla kuntoutuspäätökset ovat syntyneet. Yhteisöllä käsitetään sitä joukkoa, johon vaikutetaan kuntoutustyöryhmän toiminnalla eli koko Porin pe-

rusturvan yhteistoiminta-alueella on jatkossa yhtenäiset käytännöt ja malli lääkinällisen kuntoutuksen päätöksentekoprosessissa. Kyseisen yhteisön toimintaa ohjaavat lait ja asetukset sekä Porin perusturvakeskuksen yhteistoiminta-alueella olevat omat säännöt, ohjeistukset, tavoitteet ja arvot. Työnjaolla tarkoitetaan lähinnä kuntoutustyöryhmän sisällä olevia eri rooleja ja asemaa ryhmässä, kuten sihteeri, jäsen, päätöksentekijä. Tässä toimintajärjestelmämallissa halutaan muuttaa toimintatapaa, joka tarkoittaa uuden kehittämistä ja lopputuloksena saadaan uusi toimintamalli kuntoutustyöryhmän käyttöön. Tämä on vaatinut uudenlaista ajattelua ja oppimista kaikilta kehitystyöhön osallistuneilta.



Kaavio 2. Porin perusturvakeskuksen kolmiomalli kehittämishankkeesta.

4.2.1 Ristiriidat kehityksen edellytyksenä

Sekä kuntoutuspalveluiden sisällä että kuntoutustyöryhmän jäsenistön kesken oli koettu jo pidemmän aikaa ristiriitana, että tehtävät kuntoutuspäätökset eivät ole tasapuolisia eri puolilla perusturvaa asuvien kesken. Tällainen ristiriitainen tilanne luo edellytyksen uuden syntymiselle ja toiminnan kehittämiseksi. Porin perusturvan kuntoutus- ja sairaalapalveluissa meneillään olleet suuret toimintamallien ja organisaation muutokset koskivat myös lääkinällisen kuntoutuksen toiminnan kehittämistä.

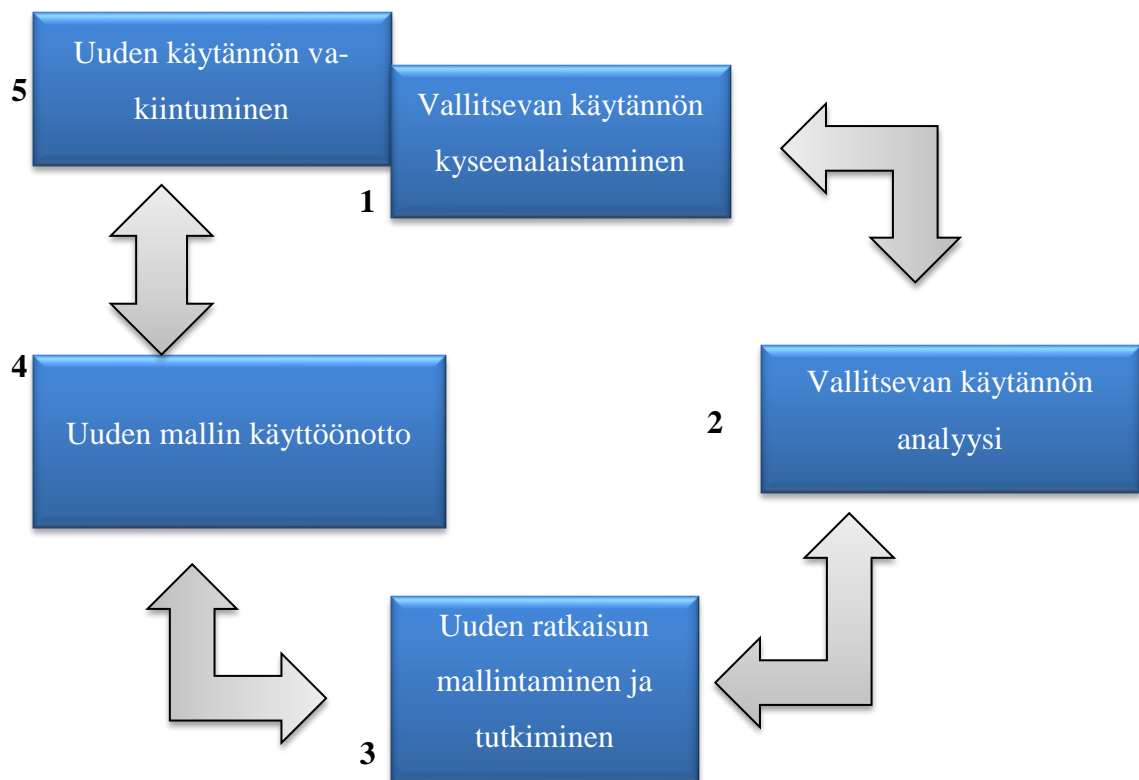
4.2.2 Ekspansiivinen oppiminen

Yrjö Engeström on kehittänyt mallia edelleen laajentaen teoriapohjaa ekspansiivisen oppimisen teoriolla (Engeström & Virkkunen 2007, 67). Kehittävä työntutkimus sisältää erilaisia toimintamalleja, jotka ovat välineitä uuden toimintamallin saavuttamiseksi. Tällaisia toimintamalleja ovat: toimintajärjestelmän malli, ekspansiivinen oppiminen sekä lähityöskentelyn vyöhyke. (Muutoslaboratorion www-sivut, 2014.)

Engeström kuvaa ekspansiivista oppimista ihmisen jatkuvaa muutosta oman elämän ja yhteiskunnan välillä. Oppimista ja kehitystä aidoimmillaan tapahtuu yksilön ja yhteiskunnan välillä. Kehitys on sekä laadullista että konkreettista kehittymistä sekä yksilössä että ympäröivässä yhteiskuntajärjestelmässä. Ihminen ei yksin pysty muuttamaan yhteiskunnallisia toimintajärjestelmiä, vaan muutokset ovat aina sosiaalinen prosessi, jossa on monia toimijoita. (Engeström 2004, 19.)

Engeströmin kuvaaman mallin mukaisesti lääkinnällisen kuntoutuksen asiantuntijatyöryhmä on yhdessä uutta toimintamallia kehittämällä ja samalla yhdessä oppimalla, huomioiden yhteiskunnassa jatkuvasti tapahtuvat muutokset, saanut uuden toimintamallin kuntoutustyöryhmän toiminnan perustaksi, joka tukee ja ohjaa toimintaa tulevaisuudessa. Voidaan todeta, että kyseessä on ollut yhteinen prosessi, jolla on merkitystä niin yksilön kuin yhteiskunnan tasolla.

Työn analysoinnissa käytetään myös ekspansiivisen oppimisen sykliä, tämä toimii myös kehittävän työntutkimuksen vaihemallina (kaavio 3). Alkuvaiheessa arvioidaan toiminnan kehittymistä ja kuvataan nykytilannetta erilaisilla etnografisilla menetelmillä, kuten haastatteluilla ja työtilanteiden videoinnilla. Kerättyä aineistoa käytetään kehittämistilanteessa yhteisen analyysin pohjana. Toimintajärjestelmän ristiriitojen kautta keskustellaan oman työn ongelmista, jonka jälkeen kehitellään uusia toimintamalleja, työvälineitä ja tapoja käsitteellistää työ. Välineitä sovellettaessa käytäntöön, avataan mahdollisuuksia toiminnan muutoksille. Ekspansiivisen oppimissyklin eri vaiheissa toteutetaan erilaista oppimista, kuten kyseenalaistetaan, analysoidaan, kehitetään ja otetaan käytäntöön uusia välineitä. (Heikkinen ym. 2007, 64–65.)



Kaavio 3. Ekspansiivinen oppimissykli ja oppimiseetot. (Heikkinen ym. 2007, 63.)

4.3 Aineiston hankinta

Teoreettisen viitekehyksen perusteella määräytyy millaisen aineiston kannattaa kerätä ja millaista menetelmää sen analyysissä käyttää. Toisin sanoen aineiston luonne asettaa rajat sille, millainen tutkimuksen teoreettinen viitekehys voi olla ja millaisia metodeja voi käyttää. (Alasuutari 2011, 83.)

Kuntoutustyöryhmän toiminnasta ei aikaisemmalta ajalta ollut olemassa materiaalia, josta olisi pystynyt kartoittamaan sen toimintaa vuosien aikana. Mitään aiempia kehittämishankkeita ei ole ollut. Menetelmät mahdollistavat sen, että kehittämistyössä päästiin toimijoiden ns. hiljaiseen tietoon, jolloin aineistoa voidaan kerätä esimerkiksi kyselyllä, ryhmä-haastattelulla tai havainnoimalla. Päädyin kartoittamaan historiaa henkilökohtaisen tiedonannon kautta. Tiedonantajana oli henkilö, joka oli alusta

alkaen ollut toiminnassa mukana. Tilastotietoa sain kuntoutuspäätöksistä v. 2011–2013.

Nykytilaa kartoitin tekemällä yksilöhaastattelun ja ryhmähaastattelun henkilöille, jotka tällä hetkellä ovat olleet kuntoutustyöryhmässä mukana tai tehneet itsenäisesti kuntoutuspäätöksiä. Asiantuntijatyöryhmä perustettiin työstämään yhdessä tulevaa dokumenttia lääkinnällisen kuntoutuksen toimintaperiaatteista ja saatavuusperusteista koko Porin perusturvakeskuksen yhteistoiminta-alueelle. Ryhmä kokoontui yhteensä viisi kertaa ja lisäksi vielä yhden kerran pienemmällä kokoonpanolla päättäen kuntoutustyöryhmän käytännön jatkosta ja miten dokumentin informointi järjestetään. Asiantuntijatyöryhmästä haarautui vielä erikseen fysioterapiatyöryhmä, joka kokoontui yhteensä kolme kertaa ja lisäksi oli yhteydessä sähköpostitse. Molempien ryhmien muistiot ovat tämän työn aineistona.

4.3.1 Haastattelut

Tiedonhankinnan yksi perusmuoto on haastattelu. Haastattelu on joustava menetelmä, joka soveltuu monenlaisiin tarkoituksiin. Sitä voidaan käyttää lähes kaikkialla ja sen avulla voidaan saada syvällistä tietoa. Tutkimuksen eri osapuolet kokevat haastattelun yleensä miellyttäväksi metodiksi. Se on lähellä arkista käytäntöä eli ihmiset tietävät suurin piirtein, mitä on odotettavissa, kun heitä pyydetään haastateltaviksi. (Hirsijärvi, Hurme 2008, 11.) Haastattelusta on tullut ehkä kaikkein käytetyin tiedonhankkimisen menetelmä moninaisilla yhteiskuntaelämän alueilla. Ihmisten arkielämän sosiaalisessa vuorovaikutuksessa kysymistä pidetään ensisijaisena ratkaisuna tiedonpuutteeseen. Jos halutaan tietoa, on hyvin luontevaa kysyä. (Ruusuvuori, Tiit-tula 2005, 9.)

Haastattelun ehdottomasti vahvimpia puolia on sen joustavuus. Erityyppiset haastattelut ja toteutustavat mahdollistavat sen monipuolisen käytön. Eduksi voidaan laskea myös se, että haastateltava ei voi etukäteen tutustua esitettäviin kysymyksiin. Tällöin annettuihin vastauksiin ei voi vaikuttaa myöhemmin esitetyt kysymykset. Haastattelijan ja haastateltavan välinen suora vuorovaikutus tarjoaa mahdollisuuden kysyä asioita, joiden kysymistä ei olisi osattu suunnitella etukäteen. Aineiston keruuta on

mahdollisuus säädellä tilanteen mukaisesti sekä vastaajaa myötäillen. Aineistoa on mahdollista myös täydentää myöhemmin tarvittaessa. Haastatteluissa, joissa on mahdollisuus vastata kysymyksiin omin sanoin, voi vapaasti tuoda esille omia ajatuksiinsa. Kysymyksiä voidaan selventää tarvittaessa haastateltavalle joko haastattelutilanteessa tai myöhemmin, jos haastattelutilanteessa jokin on jäänyt epäselväksi tai ei ole ymmärretty. Haastattelija voi muodostaa haastattelutilanteessa kysymyksiä myös haastateltavan vastausten perusteella. (Vuorela 2005, 42.)

Strukturoidussa eli avoimessa, myös syvähaastatteluksi kutsutussa menetelmässä, käytetään avoimia kysymyksiä, jossa ei ole vastausvaihtoehtoja valmiiksi muotoiltu. (Hirsijärvi, Hurme 2008, 45.) Haastattelija ei yleensä ole sidottu etukäteen laadittuihin kysymyksiin, eikä myös niiden esitysjärjestykseen. Syvähaastattelu sopii mm. menneisyyden tapahtumien, heikosti tiedostettujen tai arkaluontoisten asioiden tarkasteluun. (Aaltola, Valli 2010, 45.) Päätehtävänä haastattelijalla on syventää haastateltavien vastauksia ja rakentaa näin haastattelun jatko. Haastattelut muistuttavat hyvin paljon keskustelua, jossa on tietty aihe. Edellinen vastaus aikaan saa seuraavan kysymyksen. Haastateltavia ei valita satunnaisotoksella, vaan tietojen antamiseen käytetään erikoistuneita henkilöitä, mikä siis usein tarkoittaa muutaman henkilön syvällistä haastattelua. (Hirsijärvi, Hurme 2008, 45–46.)

Avoimia kysymyksiä käyttämällä useimmiten saadaan rikasta materiaalia. Haastattelussa voi tulla esille myös asioita, joita ei ole kysytty tai haastattelija ei ole suoraan osannut kysyä. Tästä kuitenkin seuraa, että runsaan ja vapaan aineiston analysointi on paljon hitaampaa, vaikeampaa ja työläämpää kuin valmiiksi muotoiltujen vastausten analysointi. Tämä haastattelumuoto vaatii haastattelijalta ihmissuhdetaitoja ja –kokemusta enemmän kuin muut haastattelumenetelmät. Haastattelijan tulee ohjata haastattelutilannetta, niin että tarvittavat tiedot tulevat esille, vaikka kyseessä onkin vapaamuotoinen tilanne. (Vuorela 2005, 38–39.)

4.3.2 Yksilöhaastattelu

Haastattelut voidaan toteuttaa erilaisia tapoja käyttäen. Haastattelutyypeistä eniten on käytetty yksilöhaastattelua, jolloin ei ole muita ihmisiä paikalla vaikuttamassa haas-

tateltavan vastauksiin. Vastuu haastattelun suunnasta on täysin haastattelijalla. Yksilöhaastattelu voidaan myös toteuttaa perinteisen kasvokkain tapahtuvan haastattelun lisäksi puhelinhaastatteluna. Puhelinhaastattelua käytetään yleensä tilanteissa, jolloin ei ole mahdollista fyysinen haastattelu. Kehon kieltä ei tietenkään voi havaita puhelimitse, mutta tästä huolimatta puhelinhaastattelulla on paljon yhteistä kasvokkain tapahtuvan haastattelun kanssa. Haastattelija ja haastateltava ovat kielellisessä vuorovaikutuksessa, molemmilla on siis mahdollisuus esittää kommentteja ja kysymyksiä tarvittaessa. Puhelinhaastattelu on yleensä strukturoitu haastattelu. (Vuorela 2005, 40.)

4.3.3 Ryhmähaastattelu

Ryhmähaastattelun suosio on viime vuosina yleistynyt. Ryhmähaastattelut ovat monissa tilanteissa käyttökelpoinen menetelmä. Ryhmähaastattelussa alalajeja on mm. parihaastattelu ja täsmäryhmähaastattelu. Ryhmähaastattelussa tavoitteena on vapaamuotoinen keskustelu. Haastatteluun osallistuvat kommentoivat asioita melko spontaanisti, tekevät huomioita ja tuottavat monipuolista tietoa. Ryhmähaastattelussa haastattelija puhuu useille haastateltaville yhtäaikaisesti ja suuntaa aina väliin kysymyksiä myös yksittäiselle haastateltavalle. Haastattelijan on huolehdittava, että keskustelu pysyy valituissa teemoissa ja myös siitä, että kaikilla osanottajilla on mahdollisuus osallistua keskusteluun. Ryhmähaastattelulla on erityinen merkitys silloin, kun halutaan selvyyttä, miten kyseiset henkilöt muodostavat kantansa johonkin yhteiseen asiaan. (Hirsijärvi, Hurme 2008, 61–62.) Tiedonkeruumenetelmänä ryhmähaastattelu sopii paitsi teorian kehittämiseen myös sosiaalisen vuorovaikutuksen tutkimukseen. Parhaiten ryhmähaastattelun menetelmällisiä vahvuuksia voidaan ehkä hyödyntää laadullisella tutkimusotteella. (Moilanen 2005, 28.)

Kaikissa ryhmähaastattelun muodoissa on joitakin etuja, kun sitä verrataan esim. yksilöhaastatteluihin. Sen avulla saadaan nopeasti tietoa samanaikaisesti usealta vastaajalta. Monet pitävät sitä helpompana muotona kuin yksilöhaastattelut. Etuna mainitaan monesti myös se, että se tulee halvemmaksi kuin saman määrän haastattelu yksilöhaastatteluna. Ryhmähaastattelun haittoina pidetään mm. sitä, että kaikki haastatteluun kutsutut eivät välttämättä saavu paikalle. Osa ihmisistä on vastahakoisia osallis-

tumaan ryhmähaastatteluihin. Erityisesti valtahierarkia ja ryhmädynamiikka ovat asioita, jotka vaikuttavat siihen, kuka puhuu ryhmässä ja mitä puhutaan. Ongelma syntyy, kun yksi tai kaksi henkilöä dominoi ryhmässä. Tällaisessa tilanteessa haastatteli- ja voi pyytää muilta kommentteja ja tämä helpottaa usein tilannetta. Tavallisesti ryhmähaastattelu tallennetaan, usein saattaa olla, että yksi mikrofoni ei riitä. Ennen varsinaista haastattelutilannetta olisi kaikki mm. tekniikkaan liittyvä testattava, jotta varsinaisessa tilanteessa tällaisilta hankaluuksilta vältyttäisiin. (Hirsijärvi, Hurme 2008, 63.)

Alkukartoituksen eli nykytilan selvitin tekemällä ryhmähaastattelun, johon osallistuvat kuntoutustyöryhmässä työskennelleet kuusi henkilöä. Lisäksi toteutin yhden yksilöhaastattelun. Yksilöhaastattelu koski henkilöä, joka on tehnyt itsenäisesti kuntoutuspäätökset Ulvilan alueella.

Haastattelu kysymykset olivat kaikille samat. Kysymysten teema alueina olivat:

- kuntoutustyöryhmän toiminnassa olleet hyvät käytännöt ja toiminnassa onnistuminen
- päätöksentekoprosessiin liittyvät ongelmat
- kuntoutustyöryhmälle osoitettujen kuntoutussuunnitelmien ja suositusten sisällöt
- myönnettyjen terapiamäärien suhde haettuihin/suunniteltuihin määriin
- palveluntuottajilta tulevat palautteet ja niiden suhde uusiin kuntoutussuunnitelmiin
- hyvät ja huonot puolet kuntoutuspäätösten hajautetussa käytännössä (mikä on siis nykytilanne)
- kuntoutuspalveluiden tasapuolinen saatavuus yhteistoiminta-alueella

Jokaiselle haastateltavalle (myös asiantuntijatyöryhmään kutsutuille) lähetin sähköisenä etukäteen kirjeen, jossa kerroin kehittämistyön tarkoituksesta ja tavoitteista. Kerroin myös aikomuksestani käyttää haastatteluja ja asiantuntijatyöryhmän muistioita aineistonani. Kirjeessä mainitsin myös sitoutumisestani noudattamaan voimas-

saolevia tutkimusaineiston säilyttämiseen ja tietosuojalainsäädäntöön liittyviä ohjeita.

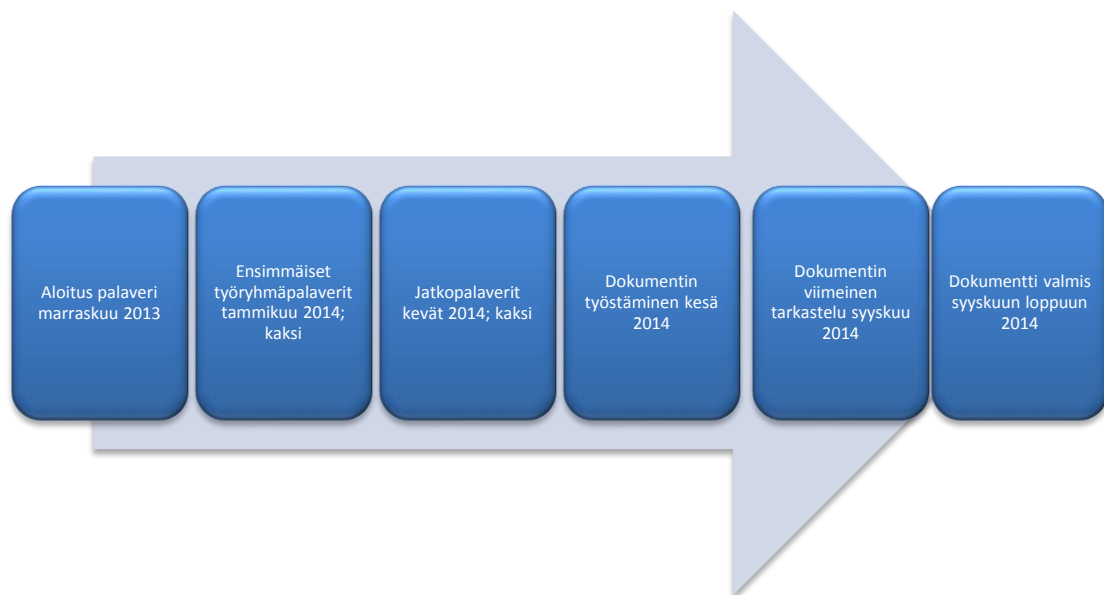
Jokaiselta haastateltavalta pyysin vielä erikseen luvan haastattelun äänittämiseen etukäteen. Jokainen haastateltava antoi suostumuksensa äänittämiseen. Ennen varsinaista haastattelun alkua pyysin haastateltavia puhumaan selkeästi ja välttämään päällekkäin puhumista. Kerroin selkeästi koska haastattelu alkoi ja loppui. Avoin haastattelu teki tilanteesta hyvin keskustelunomaisen, jota haastattelijana johdattelin eteenpäin etukäteen mietittyjen teema-alueiden mukaisesti. Litteroin haastattelujen asialliset sisällöt ja teemoittelin ne aineistolähtöisesti ryhmiin analyysia varten.

5 KEHITTÄMISHANKKEEN TOTEUTUS

Porin perusturvakeskuksen lääkinnällisen kuntoutuksen kuntoutustyöryhmä kokoontui marraskuussa 2013, keskustelemaan lääkinnällisen kuntoutuksen toimintaperiaatteiden ja saatavuusperusteiden laatimisesta koko perusturvan yhteistoiminta-alueelle ja näin kehittämään kuntoutustyöryhmän toimintaa ja yhtenäistämään päätöstentekoa. Todettiin, että kyseisen dokumentin laatiminen aloitetaan. Opiskelija, Tuija Kallio (YAMK, kuntoutus), kokoaa dokumentin, jonka hän toteuttaa opiskelujen lopputyönä. Allekirjoittanut työskentelee vakituisesti Porin perusturvassa, kuntoutuspalveluissa, työn alkaessa lääkinnällisen kuntoutuksen apuvälinepalveluissa ja myöhemmin geriatristen kuntoutujien kuntoutusohjaajana.

Kuntoutustyöryhmä päätti perustaa työryhmän ideoimaan uutta toimintamallia. Tammikuulle 2014 sovittiin kaksi palaveria, eri kokoonpanoilla, joihin kutsutaan asiantuntijoita eri ammattiryhmistä. Tapaamisia sovittiin keväälle tarpeen mukaan ja tavoitteena oli, että 30.9.2014 mennessä olisi valmis työväline kuntoutustyöryhmän käyttöön.

5.1 Kehittämishankkeen aikataulu



Kaavio 4. Porin perusturvakeskuksen lääkinällisen kuntoutuksen toimintaperiaatteiden ja saatavuusperusteiden kehittämisen kautta toteutuvan uuden toimintamallin aikataulu.

Asiantuntijatyöryhmän tapaamiset alkoivat tammikuussa 2014 ja päättyivät syyskuussa 2014. Kokouksia oli yhteensä viisi ja asiantuntijatyöryhmästä eriytyneen fysioterapiatyöryhmän tapaamisia kolme. Tämän lisäksi oli vielä yksi tapaaminen laajennetussa kuntoutustyöryhmässä, jossa sovittiin lääkinällisen kuntoutuksen toimintaperiaatteiden ja saatavuusperusteiden käyttöönotosta Porin perusturvakeskuksen yhteistoiminta-alueella, käyttöönoton informoinnista ja koulutuksesta sekä lääkinällisen kuntoutuksen päätösten tekemisestä jatkossa.

5.2 Kuntoutustyöryhmän historiaa

Seuraava teksti perustuu alusta alkaen mukana olleen kuntoutustyöryhmän sihteerin tiedonantoon.

Vaikeavammaisten kuntoutusta tuettiin ja kustannettiin sosiaalihuollon kautta vuoteen 1984 asti. Tämän jälkeen Invalidihuoltolain perusteella annettu lääkinällinen

kuntoutus siirtyi 1984 terveydenhuollon järjestettäväksi siten, että kuntoutettavien tarvitsemat palvelut tuli turvata vähintään entisen tasoisina ja määräisinä.

Porissa kuntoutus- ja apuvälinepäätösten käsittely siirtyi terveystalouden toimistossa työskentelevälle toimistovirkailijalle ja päätökset teki ja hyväksyi johtava ylilääkäri. Käsiteltävien asioiden työmäärä lisääntyi ja toiminta siirrettiin taloustoimistolta avoterveydenhuoltoon. Johtavan lääkärin ja – ylihoitajan ehdotuksesta vuoden 1985 lopulla haastateltava (terveydenhuollon sihteeri) siirtyi hoitamaan lääkinnällisen kuntoutuksen kuntoutus- ja apuvälineasioita, lisäksi tehtäviin kuului rintamaveteraanien kuntoutus.

Ensimmäisinä vuosina tehtiin pääasiassa kuntoutuspäätöksiä sekä apuvälinepäätöksiä erityisjalkineista, tukipohjallisista ja peruukeista. Päätökset teki johtava ylilääkäri ja päätökseksi kirjattiin ainoastaan; ”Hyväksytään”, ”Ei hyväksytä”. Kuntoutuspäätöksiin vaikutti edelleen asiakkaan sairaus/diagnoosi ja vanhaa invalidihuoltolakia pidettiin ”pohjana”.

Vuonna 1987 päätöksenteko delegoitiin terveystaloustaloukslääkärille, joka nimitettiin kuntoutuksesta vastaavaksi. Tämän jälkeen lääkinnällisessä kuntoutuksessa toimi peräkkäin kaksi fysiatria, jotka vastasivat kuntoutusten päätösten teosta. Seuraavana päätöksistä vastasi ylilääkäri, johtava lääkäri ja tällä hetkellä fysiatri.

Aluksi päätettävät kuntoutus- ja apuvälineasiat käsiteltiin ylilääkärin ja sihteerin kanssa, terveystaloustaloukslääkärin aikana ryhmä laajeni apuvälinelainaamon edustajalla ja kuntoutusneuvolan apulaisosastonhoitajalla. Fysiatriin aikana kuntoutustyöryhmä jakaantui kuntoutusta, apuvälineitä ja jalkateräasioita käsitteleviksi ryhmiksi.

Myönnetty ja kustannetut fysioterapian hoitomäärät ovat koko kuntoutustyöryhmän toiminnan ajan olleet 10 – max. 50 hoitokerran hoitosarjoja. Kun Kelan vaikeavammaisten lääkinnällisen kuntoutuksen asetus tuli voimaan vuonna 1991, arveltiin terveystalouden kautta kuntoutettavien lukumäärän vähenevän huomattavastikin. Invalidirahaa saavan kuntoutettavan oli mahdollisuus saada kuntoutuksensa joko Kelan tai terveydenhuollon kautta ja aika usea heistä valitsi terveydenhuollon, vaikka Kelan

kautta olisivat kuntoutusmäärät ja -muodot olleet laajemmat, tällä valinnalla heille maksettiin edelleen ns. suojattua invalidirahaa.

Laitoskuntoutusjaksojen kustantamisen osalta käytäntö oli, että kaupunginsairaalan johtava ylilääkäri teki ja allekirjoitti päätökset niiden osalta, hakemukset menivät myös suoraan hänelle. Laitoskuntoutusjaksojen kustantaminen loppui vuonna 1991. Alkuaikoina käytössä olevat määrärahat olivat vain johtavan ylilääkärin tiedossa. Vuonna 1991 terveyskeskuksen lääkinnällisessä kuntoutuksessa ja apuvälinepalveluissa otettiin käyttöön tietokoneohjelma, jonka avulla oli mahdollisuus määräraha-seurantaan. Määrärahat olivat riittävät aina 1990-luvun lamaan asti. Niin kuntoutuskuin apuvälinepalveluitakin jouduttiin ns. ”järkiperäistämään”. Väestön ikääntyminen ja neurologisten sairauksien lisääntyminen alkoi näkyä kuntoutettavien määrissä.

Alkuvuosina suurimmat lääkinnällisenä kuntoutuksena myönnetyt kuntoutukset olivat pääasiassa aivohalvaus- ja polionjälkitilapotilaille. Nykyisin poliopotilaita on vain muutamia, aivohalvauspotilaiden määrä on kasvanut ja ns. uusina potilasryhminä ovat tulleet MS- ja Parkinson potilaat sekä lymfaterapiapotilaat.

Kuntoutustyöryhmä toiminnan alkutaipaleella oli käytäntönä ”se joka määrää, maksaa kuntoutuksen” eli keskussairaalassa hoidossa olevat saivat maksusitoumuksen sitä kautta, nykykäytännön mukaan keskussairaala siirtää kuntoutusvastuun melko nopeasti perusterveydenhuoltoon.

Kuntoutussuunnitelmien käytöstä ja niiden laatimisesta on keskusteltu vuodesta 1991 alkaen. Jo silloin todettiin, että määrärahat huomioiden, kuntoutussuunnitelmien noudattaminen on vaikeaa, lähes mahdotonta. Ilmeni myös, että lääkärit eivät kovin mielellään laatineet kuntoutussuunnitelmia. Asiakkaiden, jotka siirtyivät Kelan piiriin, oli vaikeuksia saada kuntoutussuunnitelmaa, vaikka Kela sitä edellytti.

Esimerkki tehdystä kuntoutussuosituksesta:

”jos saa kuntoutuksen Kelan kautta, kuntoutustarve 50 x vuodessa, jos terveyskeskuksen kautta, niin x 30 vuodessa.” Tämä kirjattuna samaan suositukseen.

Sopeutumisvalmennusta on pääasiassa myönnetty Satakunnan Afasia- ja aivohalvausyhdistyksen järjestämälle sopeutumisvalmennuskurssille, jota Porissa on järjestetty jo yli kaksikymmentä vuotta. Puolet osallistujista on ollut porilaisia. Parkinson potilaiden sopeutumisvalmennuskurssi järjestettiin Porissa omana toimintana ensimmäisen kerran v. 2011 opiskelijoiden opinnäytetyönä ja oli samalla pilotointi kurssista. Nykyään Porin perusturvakeskuksessa myönnetään vuorovuosina Satakunnan AVH-yhdistys ry:n järjestämälle sopeutumisvalmennuskurssille maksusitoumuksia ja joka toinen vuosi järjestetään omana toimintana Parkinson potilaiden sopeutumisvalmennuskurssi. (Valtanen henkilökohtainen tiedonanto 17.2.2014.)

5.3 Nykytila

Kuntoutuspäätöksiä on tehty viimevuosien aikana perusturvan alueilla Porissa, Ulvilassa ja Noormarkussa. Noormarkussa on hoidettu Merikarvian kuntoutuspäätökset. Vuoden 2010 alussa Noormarkun liityttyä Poriin käytäntö kuntoutuspäätösten tekemisessä jatkui ennallaan. Vuoden 2012 käytäntö muuttui, tällöin Noormarkussa ei kuntoutuspäätöksiä enää tehty, vaan ne siirtyivät Porin kuntoutustyöryhmän päätettäväksi ja samalla myös yhteistoiminta-alueeseen edelleen kuuluneen Merikarvian kuntoutusasioiden käsittely siirtyi Poriin. Ulvilassa säilyi edelleen kuntoutuspäätösten käsittely ja niiden myöntäminen. (Metsänen henkilökohtainen tiedonanto 3.11.2014)

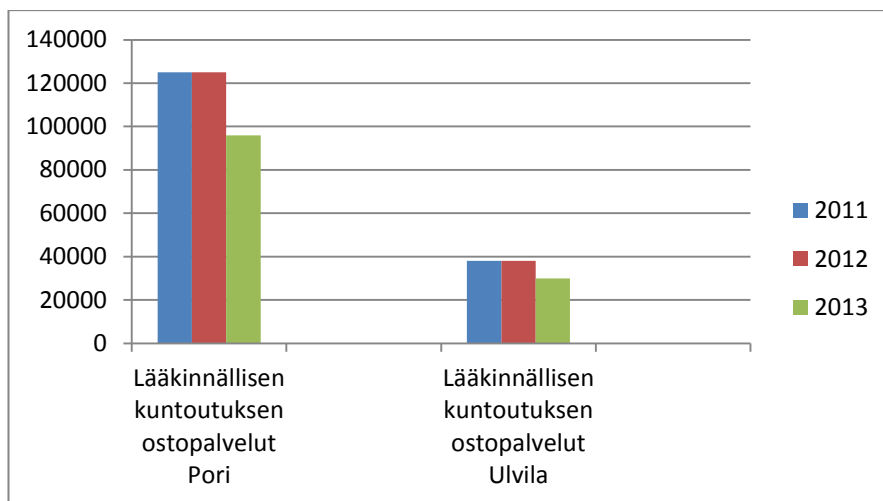
Lääkinnällisen kuntoutuksen kuntoutustyöryhmä kokoontuu säännöllisesti käsittelemään asiakkaiden asioita ja päättämään kuntoutuksen myöntämisestä. Työryhmään kuuluvat fysiatri, joka toimii puheenjohtajana ja päätöksentekijänä, sihteeri sekä asiantuntijoita. Vakituksena jäsenenä fysioterapeutti/apulaisosastonhoitaja, joka esittelee puheenjohtajalle asiakkaat fysioterapian osalta. Tarvittaessa työryhmä konsultoi toimintaterapeutteja, puheterapeutteja ja lymfaterapeutteja. Päätökset kirjataan Effector-tietojärjestelmään ja kuntoutujalle lähetetään kirjallinen päätös perusteluineen. Maksusitoumuksen tilalle on 1.9.2014 käyttöön otettu palvelusetelijärjestelmä, jonka johdosta ennen säännöllisin väliajoin tehty kilpailutus palvelutuottajien välillä on jäänyt pois. (Metsänen henkilökohtainen tiedonanto 3.11.2014.) Ulvilassa kuntoutuspäätökset on tehnyt itsenäisesti alueylilääkäri tulleiden suositusten perusteella. Tarvittaessa

on pyydetty lisätietoa suosituksen lähettäneeltä henkilöltä. Sihteeri on kirjannut päätökset järjestelmään ja lähettänyt päätöksestä tiedon asiakkaalle. (Kleemola henkilökohtainen tiedonanto 25.2.2014.)

Kuntoutustyöryhmän toimintaa on ollut pitkään ja kyseistä kehittämishanketta tehdessä voin tutkijan ominaisuudessa todeta, että vuosien aikana on toki historiaan peilaten toiminnassa tapahtunut muutoksia ja pieniä kehityksiä. Kuitenkin pääsääntöisesti toiminta on tapahtunut samansuuntaisena kymmeniä vuosia. Viime vuosina tapahtuneet isot muutokset, kuten kuntien yhdistyminen ja yhteistoiminta-alueen perustaminen, ovat tuoneet todellista haastetta myös lääkinnällisen kuntoutuksen työryhmän toiminnan kehittymiselle. Porin perusturvakeskuksen yhteistoiminta-alueella asukkaita on 100 084 ja vuoden 2015 alusta Lavia, jossa asukkaita on 1904, liittyi Poriin. (Tilastokeskuksen www-sivut, 2014). Toiminta on kasvanut tasaisesti ja vaatii ehdottomasti suunnitelmallisuutta ja läpinäkyvyyttä toimiakseen.

5.3.1 Resurssit

Olemassa olevien taloudellisten resurssien määrästä päätetään kuntatasolla. Lääkinnällisen kuntoutuksen järjestäminen on lakisääteistä. Käytännössä sen järjestäminen on sidottu olemassa oleviin resursseihin. Porissa vuosina 2011 ja 2012 lääkinnällisen kuntoutuksen ostopalveluihin kului n. 125 000 €. Vuodelle 2013 ostopalveluihin oli budjetoitu 96 616 €. Ulvilassa vuosina 2011 ja 2012 ostopalveluihin oli budjetoitu kumpanakin vuonna 38 000 € ja 30 000€ vuonna 2013. (Metsänen henkilökohtainen tiedonanto 3.11.2014.)



Kaavio 5. Lääkinnällisen kuntoutuksen ostopalvelujen budjetit vuosina 2011–2013.

Resurssien arvioiminen oman toiminnan osalta on vaikeampaa, koska tilastoista on vuosilta 2011–2013 vaikea poimia, juuri näitä kyseisiä lääkitinnällisen kuntoutuksen asiakkaita. Henkilökohtaisina tiedonantoina olen saanut arviot fysioterapeuteilta Myllykoski, Sistonen ja Lohikoski, jotka toimivat kuntoutuspalveluiden eri alueilla. Fysiatrian poliklinikalla on toiminut yksi neurologisiin kuntoutujiin erikoistunut fysioterapeutti, joka on käytännössä päätoimisesti hoitanut lääkitinnällisen kuntoutuksen asiakkaita. Esimerkiksi neurologiselta kuntoutusosastolta kuntoutujat ovat jatkaneet ensimmäisen vuoden hänellä. Luoteisella lähipalvelualueella on arvion mukaan käytetty keskimäärin viikoittain n. 13 tuntia, Ulvilan lähipalvelualueella keskimäärin n. 10 tuntia ja kuntoutusneuvolassa n. 5 tuntia.

5.3.2 Lääkitinnällisen kuntoutuksen päätökset

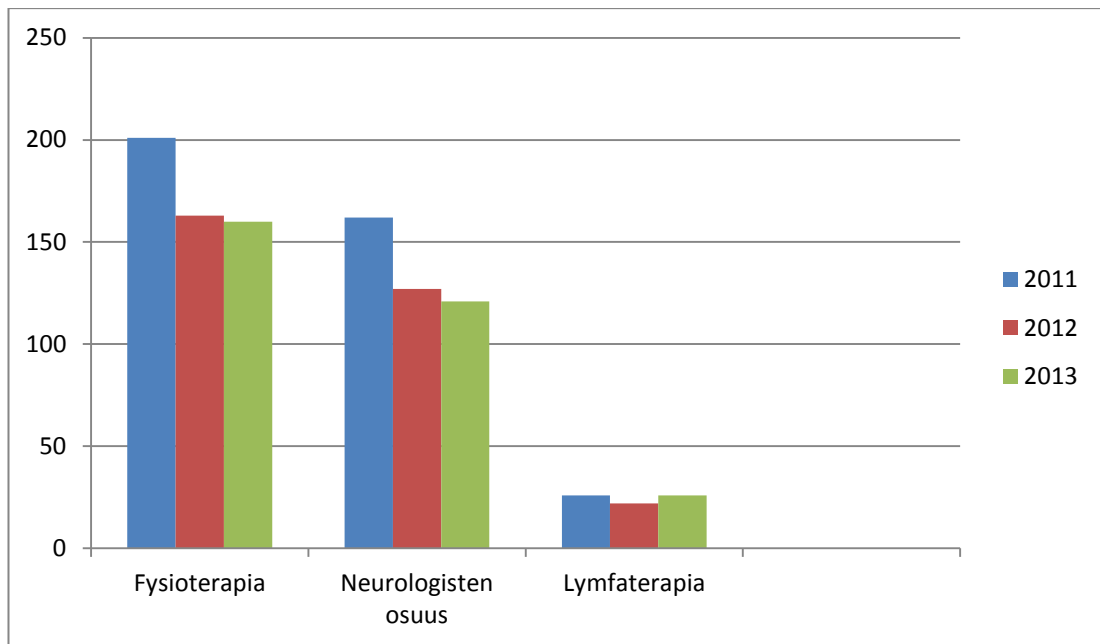
Lääkitinnällisen kuntoutuksen päätöksiä on tehty Porin perusturvakeskuksen yhteistoiminta-alueella Ulvilassa ja Porissa. Ulvilassa päätökset on tehnyt alueylilääkäri ja Porissa toiminut kuntoutustyöryhmä, jonka puheenjohtajana ja päätöksen tekijänä on toiminut lääkäri, viimeksi fysiatri.

Lääkitinnällisen kuntoutuksen palveluista fysioterapia on ylivoimaisesti eniten haettu ja myönnetty terapia. Tämä todetaan myös tutkimusraportissa, ”Asiakkaan äänellä, odotuksia ja arvioita vaikeavammaisten lääkitinnällisestä kuntoutuksesta”. (Järvikoski ym., 2009, 14). Porin perusturvakeskuksen yhteistoiminta-alueella lääkitinnällisen

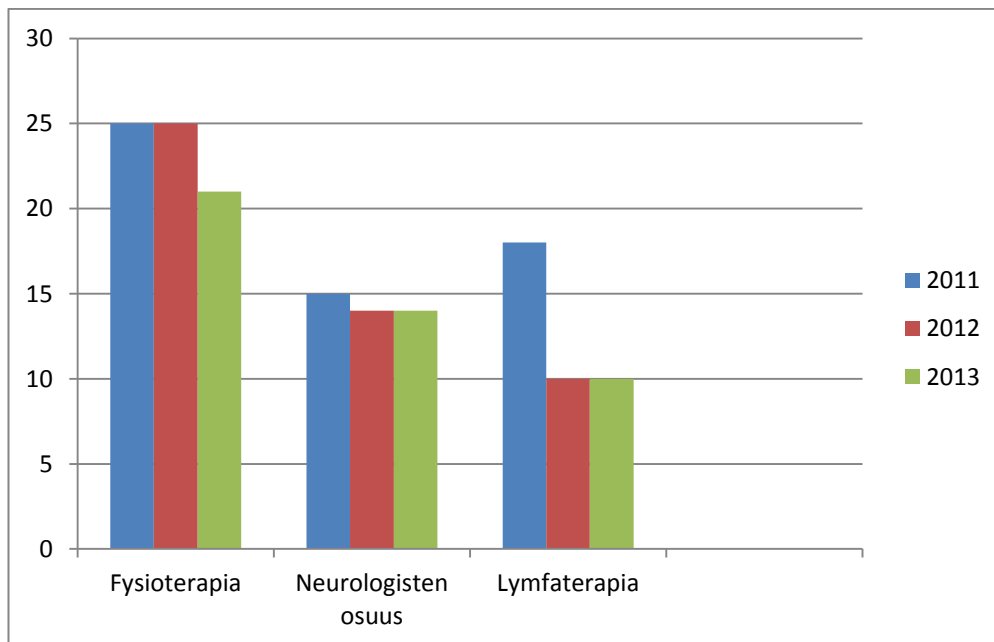
kuntoutuksen maksusitoumuksia myönnetään pääsääntöisesti Parkinson-, MS-, ALS- ja AVH-potilaille eli neurologisille sairausryhmille. AVH-potilaille ensimmäisen vuoden ajan sairastumisen jälkeen kuntoutus järjestetään fysiatrian poliklinikalla ja tämän jälkeen mahdollinen jatkokuntoutus toteutetaan ostopalveluna. Myös yli 65-vuotiaiden vaikeavammaisten kuntoutusvastuu on perusterveydenhuollolla (alle 65-vuotiaiden Kelalla).

Porin perusturvakeskuksen lääkinnällisen kuntoutuksen kuntoutustyöryhmässä on vuosittain keskimäärin tehty n. 200 maksusitoumusta fysioterapiaa varten ja n. 25 maksusitoumusta lymfaterapiaa varten. Fysioterapian maksusitoumuksista n. 20 % myönnetään kotikäynteinä. Neurologisten kuntoutujien osuus on koko fysioterapiamäärästä keskimäärin vuosittain 75,6 %. Toimintaterapiaa ja ratsastusterapiaa ei ole ostettu ostopalveluna vuosina 2011–2013 ja allasterapiaa on myönnetty 2-3 asiakkaalle. (Metsänen henkilökohtainen tiedonanto 3.11.2014.) Ulvilan osalta tarkasteltaessa v. 2011–2013, fysioterapia päätöksiä on tehty vuosittain keskimäärin n. 24 ja lymfaterapia päätöksiä n. 13. (Bragge henkilökohtainen tiedonanto 21.11.2014.) Neurologisten kuntoutujien osuus fysioterapiasta on keskimäärin vuosittain 66,6 %.

Porin perusturvakeskuksen kuntoutus- ja sairaalapalveluissa toimii kaksi toimintaterapeuttia, toinen osastoilla ja toinen avopuolella polikliinisesti. Toimintaterapia on toteutettu pääsääntöisesti omana toimintana. Puheterapiaa ei ole voitu ostaa, koska puheterapeutin palveluita ei ole ollut saatavilla. Vuoden 2013 lopulla tilanne muuttui, jolloin taas puheterapiaa oli tarvittaessa mahdollisuus ostopalvelunakin toteuttaa. Viimeisen puolentoista vuoden aikana on ollut oma puheterapeutti käytössä. Jalkaterapia on toteutettu omana toimintana.



Kaavio 6. Porin kuntoutustyöryhmän kautta myönnetyt terapiat asiakasmäärinä v. 2011–2013



Kaavio 7. Ulvilan myönnetyt terapiat asiakasmäärinä v. 2011–2013

5.3.3 Palveluseteli

Porin perusturvan yhteistoiminta-alueella on kilpailutettu lääkinnällisen kuntoutuksen ostopalvelut (yksilöllinen fysioterapia, lymfaterapia, toimintaterapia, allasterapia ja ratsastusterapia aikuisille) vuosiksi 2011–2012 ja v. 2013 käyttöön otettiin optiovuosi. Vuonna 2013 harkittavaksi tuli palvelujen järjestäminen palvelusetelillä. Palveluseteli on kuntoutuksen hankinnassa lisääntyvä käytäntö; Satakunnan sairaanhoitopiiri on vuonna 2012 aloittanut fysioterapian ja toimintaterapian järjestämisen palveluseteleillä.

Valmistelutyö aloitettiin jo keväällä 2013. Perusturvalautakunnan päätettyä palveluseteli järjestelmän käyttöönotosta, lähdettiin prosessia viemään eteenpäin. Tarkoituksena oli saada järjestelmä käyttöön 1.1.2014, mutta asia mutkistui ja lopulta palveluseteli otettiin käyttöön 1.9.2014. (Metsänen henkilökohtainen tiedonanto, 14.11.2014.)

Palvelusetelillä tarkoitetaan palvelun järjestämisvastuussa olevan kunnan myöntämää sitoumusta korvata palveluntuottajan antaman palvelun kustannukset kunnan ennalta määräämään arvoon asti. Palveluseteli on yksi tapa järjestää kunnan lakisääteisiä sosiaali- ja terveydenhuoltopalveluja. Tämän vuoksi asiakkaan asemaan vaikuttavat samat erityislainsäädännön säännökset kuin muillakin tavoin järjestetyissä sosiaali- ja terveydenhuoltopalveluissa. Palvelusetelin käyttäjällä on kuitenkin muista järjestämistavoista poiketen oikeus valita haluamansa kunnan hyväksymä palvelun tuottaja. (Palveluseteliportaalin www-sivut, 2014.)

Lähtökohtana on, että palveluseteli on yksi kuntien käytössä oleva palveluiden järjestämistapa. Kunta päättää otetaanko kunnassa palveluseteli käyttöön vai ei. Kunta päättää myös siitä, missä palveluissa ja missä laajuudessa palveluseteliä käytetään. Palvelusetelilain mukaan palvelusetelin arvon tulee pääsääntöisesti olla asiakkaan kannalta kohtuullinen. Kohtuullisuutta arvioitaessa huomioidaan kustannukset, jotka aiheutuvat kunnalle vastaavan palvelun tuottamisesta omana toimintana tai hankkimisesta ostopalveluna sekä asiakkaan maksettavaksi jäävä arvioitu omavastuuosuus. (Laki sosiaali- ja terveydenhuollon palvelusetelistä 2009/569.) Asiakasmaksulainsäädännössä asiakkaalle maksuttomiksi säädettyistä palveluista ei saa jäädä omavas-

tuosuutta asiakkaan maksettavaksi. Palvelusetelin omavastuuosuudet eivät kerrytä asiakasmaksulain 6 a §:n mukaista maksukattoa. (Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista 1992/734.)

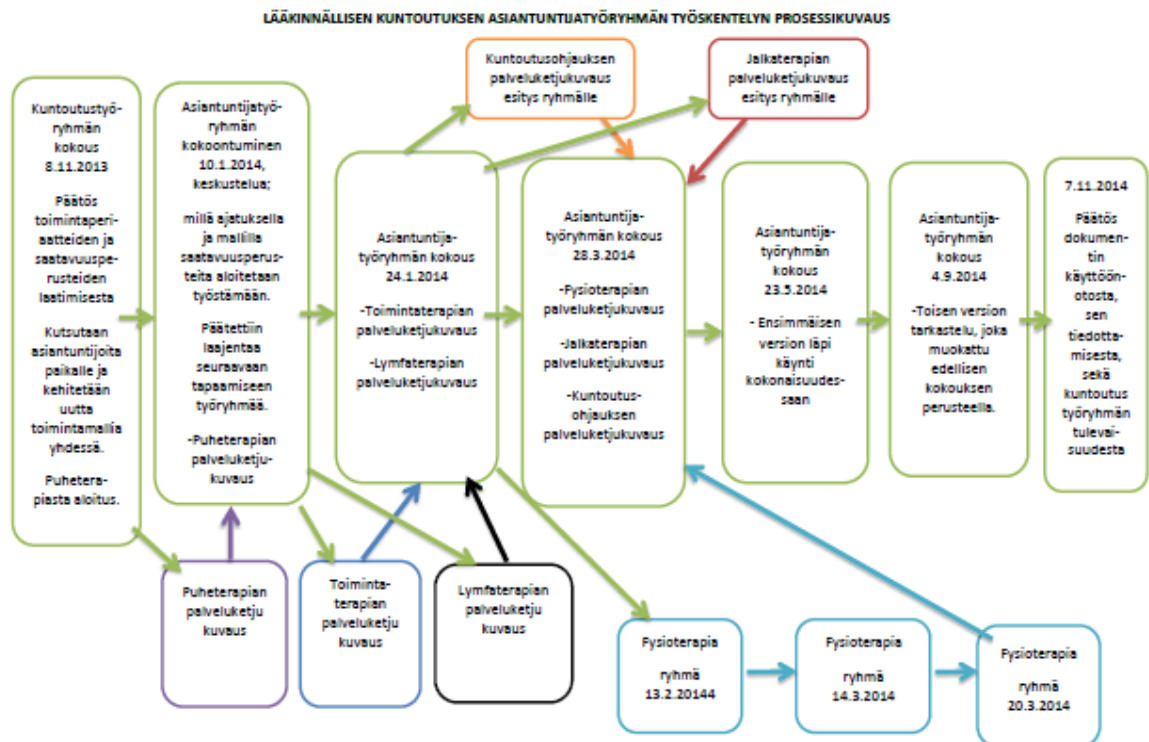
Palveluseteli myönnetään, jos lääkinnällisen kuntoutuksen myöntämisperusteet täyttyvät ja palvelusetelin käyttäminen soveltuu asiakkaalle. Päätös palvelusetelin myöntämisestä tehdään lääkinnällisen kuntoutuksen kuntoutustyöryhmässä puheenjohtajana toimivan lääkärin toimesta. Kuntoutustyöryhmän päätökset perustuvat aina yksilölliseen tarveharkintaan ja perustuvat voimassaolevaan kuntoutussuunnitelmaan. Palvelusetelin voimassaolo määritetään palvelusetelissä ja palveluseteli myönnetään korkeintaan vuodeksi. Kunta voi tarjota palveluseteliä palvelun hankkimiseksi asiakkaalle, joka täyttää lääkinnällisen kuntoutuksen palvelun myöntämiskriteerit. Asiakkaalla on oikeus kieltäytyä hänelle tarjotusta palvelusetelistä, jolloin kunnan tulee ohjata hänet kunnan muilla tavoin järjestämien palvelujen piiriin. (Palveluseteliportaalien www-sivut, 2014.)

5.4 Kehittäminen asiantuntijatyöryhmässä

Marraskuussa v. 2013 kuntoutustyöryhmä päätti aloittaa lääkinnällisen kuntoutuksen toimintaperiaatteiden ja saatavuusperusteiden laatimisen kuntoutustyöryhmän toiminnan tueksi ja henkilökunnan tietoisuuden lisäämiseksi lääkinnällisen kuntoutuksen palveluiden järjestämisestä Porin perusturvassa. Päätettiin perustaa asiantuntijatyöryhmä, jossa yhdessä viedään asiaa eteenpäin. Opiskelija Tuija Kallio (YAMK Kuntoutus) koosti dokumentin työryhmän kanssa ja kutsui työryhmän sovitusti koolle. Ensimmäinen työryhmän tapaaminen päätettiin kutsua koolle tammikuulle 2014, jäseniksi kutsuttiin johtava lääkäri, fysioterapeutti, apulaisosastonhoitaja, toimintaterapeutti, puheterapeutti, kuntoutustyöryhmän sihteerit sekä allekirjoittanut.

Tapaamisessa keskusteltiin lähinnä siitä, mistä näkökulmasta kyseistä dokumenttia tullaan lähestymään. Tulisiko dokumenttiin tarkkoja määriä ja kertoja terapioiden suhteen vai lähdetäänkö asioita avaamaan palveluketjukuvausten kautta. Työryhmä päätti lähteä työstämään dokumenttia palveluketjukuvausten kautta. Ensimmäisenä sovittiin aloitettavaksi puheterapiasta ja puheterapeutti laati ensimmäisen kaavion puhetera-

pian kulusta, kun henkilö saapuu neurologiselle kuntoutusosastolle. Ensimmäisessä asiantuntijatyöryhmän tapaamisessa käydään puheterapian kuvaus yhdessä läpi ja keskustellaan aiheesta.



Kaavio 8. Porin perusturvakeskuksen lääkinällisen kuntoutuksen asiantuntijatyöryhmän kehittämistyön prosessikuvaus.

Ensimmäinen työryhmä tapaaminen tammikuu v. 2014

Työryhmälle kerrottiin ryhmän tarkoitus ja se, että työryhmää tullaan laajentamaan asiantuntijoilla vielä jatkossa. Opiskelija Kallio esitteli kehittämishankkeen toteutusstrategiaa ja keskusteltiin yhdessä tavoitteista ja osatavoitteista.

Käytiin keskustelua, millä toiminta-ajatuksella kyseistä dokumenttia aletaan laatia. Tulisiko kyseeseen sairausryhmäkeskeinen jaottelu ja olisiko mahdollista kirjata esimerkiksi terapioiden määriä tai ainakin maksimi määriä. Keskustelujen jälkeen päädyttiin käyttämään hoitopolku/palveluketjuprosessin kuvausta, joka tehdään toi-

mintaterapiasta, puheterapiasta, fysioterapiasta, jalkaterapiasta, lymfaterapiasta ja kuntoutusohjauksesta.

Todettiin, että palveluketjukuvaus pitäisi edetä aikajanan mukaisesti. Aikajanan kautta määritellään hoitopolun kuvausta ja sitä mitä tapahtuu ajan eri vaiheissa. Tätä kautta pystyttäisiin määrittämään, missä vaiheessa henkilön hoitopolkua panostetaan mihinkin asioihin. Puheterapeutti oli jo laatinut alustavaa graafista kuvausta puheterapian hoitopolun kuvauksesta lähtien liikkeelle siitä, kun potilas tulee kuntoutusosastolle. Kuvaus perusteena oli aikajana ja sen varrella tapahtuvat asiat.

Toinen ryhmän tapaaminen tammikuu v. 2014

Asiantuntijatyöryhmää oli laajennettu kutsumalla mukaan entisten jäsenten lisäksi alueylilääkäri, kolme fysioterapeuttia, lymfaterapeutti.

Opiskelija Tuija Kallio kertoi kehittämishankkeen ajatelluista tavoitteista ja osatavoitteista sekä hankkeen etenemisestä. Keskusteltiin tavoitteista, jotka vielä yhteisesti asetettiin. Myös aikataulusta käytiin keskustelua ja asetettiin tavoitteeksi kevään aikana työryhmätyöskentelyn kautta saada aineistoa valmiiksi, jota kootaan yhteen loppukevään ja kesän aikana. Dokumentti olisi lopullisesti valmiina syyskuussa 2014.

Toimintaterapeutti oli laatinut sanallista ja graafista kuvausta tämän päivän toimintaterapian hoitopolun toteutumisesta. Käytiin asiasta keskustelua. Pohdintaa aiheutti mm. toimintaterapiassa ns. ylläpitävä toimintaterapia, onko se aiheellista. Olisiko toimintaterapiassa keskittyttävä enemmän akuutin ja subakuutin vaiheen terapiaan? Toimintaterapian graafiseen palveluketjukuvaukseen palataan vielä seuraavassa kokouksessa.

Lymfaterapeutti oli myös laatinut palveluketjukuvausta, josta sillä hetkellä jo olikin hyvät kuvaukset ja luokitukset saatavuutta ajatellen. Ne ovat yhteneväiset Kelan saatavuusperusteiden kanssa. Tällä hetkellä Ulvilassa kaikki lymfaterapia toteutetaan ostopalveluna. Porin perusturvassa on kaksi lymfaterapeuttia, joten Porissa on karkean arvion mukaan n. hieman yli puolet toteutettu omana toimintana ja vajaa puolet

ostettu ostopalveluna. Tällä hetkellä kaikki lymfaterapiat menevät lymfaterapeutin arvion kautta. Tavoitteeksi asetetaan, että myös Ulvilan alueelta tulevat lymfaterapi-an suositukset menisivät arvion kautta ennen lopullista päätöksen tekoa. Näin saavutettaisiin yhtenäistä käytäntöä tämänkin suhteen.

Keskusteltiin alustavasti fysioterapian palveluketjukurvauksen aloittamisesta. Päätettiin perustaa työryhmä pohtimaan fysioterapian palveluketjun kuvausta. Ryhmään valittiin koollekutsujaksi Luoteisen- ja Pohjoisen alueen lähipalvelukeskuksesta fysioterapeutti sekä Ulvila-Itä-porin alueelta fysioterapeutti, osaamiskeskuksesta neurologiaan suuntautunut fysioterapeutti ja fysioterapeutti/apulaisosastonhoitaja myös osaamiskeskuksesta. Lisäksi ryhmään osallistuu lääkinnällisen kuntoutuksen sihteerit sekä opiskelija Tuija Kallio.

Kolmas työryhmän tapaaminen maaliskuu v. 2014

Uusina kutsuttuina työryhmän jäseninä olivat mukana kuntoutusohjaaja ja uudet tiimivastaavat. Käytiin läpi toimintaterapian palveluketjun graafiset kuvaukset, joita oli kaksi; Avopuolen toimintaterapian palveluketju ja AVH eli aivohalvaus potilaan toimintaterapian palveluketju. Päätettiin kuitenkin puhua vuodeosastolla toimintaterapiaa tarvitsevan palveluketjusta, ei käytetä AVH:ta. Kuvaukset käytiin kohta kohdalta ja todettiin, että kuvauksen aukikirjoitusvaiheessa, olisi hyvä vielä tarkemmin kuvata määriä ja esim. mitä alkukartoitus ajallisesti sisältää. Todettiin vielä, että kaikissa kuvauksissa lähdetään liikkeelle ongelmalähtöisesti, ei diagnoosipohjaisesti.

Lymfaterapeutti oli laatinut uuden graafisen kuvauksen lymfaterapian palveluketjusta, jossa huomioitiin kuvausta enemmän aikajanan kautta. Kuvaus tuntui nyt selkeältä. Keskusteltiin kriteeristöön kirjatuista luokista, jotka ohjaavat lymfaterapian määriä. Luokkia on neljä. Lymfaterapian palveluketjun avaamisessa olisi hyvä avata luokat ja niiden määrät sekä tuoda esille painetekstiilien käyttö lymfaterapian tukena.

Fysioterapiaryhmä esitteli palveluketjukurvaukset. Niitä oli laadittu kaksi. Lääkinnällisen kuntoutuksen etenevää/pitkäaikaista sairautta sairastavan asiakkaan fysioterapian palveluketju ja lääkinnällisen kuntoutuksen AVH-kuntoutujan fysioterapian palveluketju. Keskusteltiin vilkkaasti kuntoutustyöryhmän roolista. Tuotiin esille, että

kuntoutustyöryhmän kautta pitäisi mennä ainoastaan ostopalveluna ostettava fysioterapia. Omana toimintana järjestettävästä ja myönnettävästä fysioterapiasta päättäisi kulloinkin terapiasta vastaava fysioterapeutti. Fysioterapian palveluketjuun tehtiin muutoksia, jotka fysioterapiatyöryhmä tekee ja keskusteltiin myös näiden nyt tehdyn kahden kuvauksen mahdollisesta yhdistämisestä. Todettiin, että myös fysioterapian osalta ensisijainen pyrkimys on toteuttaa terapiat omana toimintana, jota ostopalvelun kautta tarvittaessa täydennetään.

Käytiin läpi kuntoutusohjauksen palveluketjukuvaus, joka oli kuvattu kahteen kaavioon. Ensimmäisessä tuotiin esiin tahot, jota kautta yhteydenottoja tulee ja myös ne tahot, joiden kanssa moniammatillinen yhteistyö tapahtuu kuntoutujien asioiden järjestämiseksi. Toisessa kaaviossa oli kuvaus, miten kuntoutusohjaus etenee kuntoutusohjaajaan otetun yhteydenoton jälkeen.

Jalkaterapeutti ja jalkojenhoitaja olivat laatineet jalkaterapian ja – hoidon palveluketjukuvauksen. Tässä tulivat esille tahot, jota kautta lähetteitä tulee. Kyseisille asiakkaille tehdään riskiluokitus, jonka mukaan terapiat ja hoidot toteutetaan. Käypähoitosuosituksen mukaisesti riskiluokkien mukaan toteutuvat asiakkaiden käynnit vastaanotolla. Tarvittaessa, esim. haavahoidon yhteydessä käyntejä toki tulee enemmän. Jalkaterapiaan kuuluu myös pohjallisterapia/arvio, jalkateräanalyysit, kevennyshoito ja haavakontrollit. Jalkaterapian ja – hoidon palveluketjukuvauksen auki kirjoittamisessa olisi myös jotenkin määriteltävä aikoja ja määriä.

Palveluketjukuvausten jälkeen aletaan niiden pohjalta avata niiden tarkoitusta ja tarkennetaan kirjoittamalla asioita, jotta kaavioihin saataisiin ymmärrettävyyttä.

Neljäs tapaaminen toukokuu v. 2014

Uutena kutsuttuna jäsenenä paikalla oli jalkaterapeutin sijainen. Asiantuntijatyöryhmä oli saanut jo etukäteen tarkasteltavaksi ensimmäisen version Porin perusturvakeskukseen lääkinnällisen kuntoutuksen toimintaperiaatteista ja saatavuusperusteista. Dokumentissa oli koottuna kaikki kuntoutustyöryhmän toimintaan liittyvät periaatteet, ohjeistusta kuntoutussuunnitelmasta ja palvelusetelistä sekä lääkinnällisen kuntoutuksen palvelut kuvattuna palveluketjukuvauksina, nämä oli myös sanallisesti

avattuna. Nyt ensimmäistä kertaa lähdettiin alusta alkaen käymään läpi kokonaisuutta ja tehtiin vielä runsaasti erilaisia korjauksia niin palveluketjukuvauxsiin kuin teksteihinkin. Tekstejä ja kuvauksia käytiin läpi siltä pohjalta, että niihin saataisiin ymmärrettävyyttä, olisi lukija kuka tahansa. Sovittujen muutosten jälkeen dokumentti lähetetään työryhmän jäsenille uuteen tarkasteluun ennen seuraavaa tapaamista.

Viides työryhmän tapaaminen Syyskuu v. 2014

Käytiin läpi viime kokouksen perusteella muokattu dokumentti kokonaisuudessaan. Pieniä korjauksia ja muokkauksia tuli edelleen. Työryhmä halusi korostaa ymmärrystä siitä, että kysymys on pitkäaikaisesti ja vaikeasti sairaista kuntoutujista. Kysymyksessä on siis kuntoutussuunnitelmaan liittyvät fysioterapiat. Tärkeää on erottaa toisistaan hoitoon liittyvät fysioterapiasarjat ja kuntoutussuunnitelmaan liittyvä fysioterapia. Haluttiin vielä korostaa, että kuntoutussuunnitelman painopisteenä tulisi olla kotona selviytyminen. Myös ryhmäkuntoutukseen panostamista haluttiin korostaa, se tulisi olemaan tulevaisuuden tavoitteena entistä enemmän. Akuuteissakin tilanteissa käytetään ryhmäkuntoutusta, mikäli se on mahdollista kuntoutujan fyysinen kunto huomioiden.

Keskusteltiin kuntoutustyöryhmän tulevaisuudesta. Tulisiko se mahdollisesti jatku-
maan samalla tavalla vai laajennetaanko jäsenistöä esim. perusturvan yhteistoiminta-
alueelta (Ulvila).

Dokumentin käyttöönoton virallista ajankohtaa ei vielä sovittu. Dokumentin informointiin liittyviin asioihin palataan vielä myöhemmin. Todettiin, että on tärkeää viedä asiasta tietoa, ainakin lääkäreille esim. lääkärin meeting tilaisuuteen. Kuntoutustyöryhmän jatkon toiminnasta, dokumentin käyttöönotosta ja informoinnista käydään vielä keskustelua pienemmässä ryhmässä. Dokumentti muokataan vielä sovitusti ja lähetetään viimeisin versio kaikille työryhmän jäsenille tarkasteltavaksi. Työryhmän työskentely päättyi tähän kokoukseen.

Kuudes tapaaminen marraskuu 2014

Kokoonpanona oli laajennettu kuntoutustyöryhmä. Palaverin tavoitteena oli sopia lääkinnällisen kuntoutuksen toimintaperiaatteiden ja saatavuusperusteiden käyttöönotosta Porin perusturvakeskuksen yhteistoiminta-alueella, käyttöönoton informoinnista ja koulutuksesta sekä lääkinnällisen kuntoutuksen päätösten tekemisestä jatkossa.

Dokumentin käyttöönotto tehdään kuntoutus- ja sairaalapalveluiden johtavan lääkärin Anna-Liisa Koiviston päätöksellä, hän esittelee dokumentin johtoryhmälle. Tätä ennen tehdään kooste dokumentista ja suunnitelma tiedotuksesta/koulutuksesta. Dokumentti tullaan tallentamaan Patarumpuun/Perusturva/Toimintaohjeet, Efficiaan-Yleinen kansio sekä henkilökunnan tiedotteeseen, Hyrrään, laitetaan infoa asiasta.

Aikataulu suunniteltiin seuraavasti; joulukuussa 2014 esittely johtoryhmässä, tammi-kuussa 2015 infotilaisuudet; lääkärimiting, kuntoutuspalveluiden kuukausikokous, avoterjo, laaja esimiestyöryhmä ja päällikköpalaveri. Lisäksi alkuvuoteen 2015 järjestetään palveluiden tuottajille tilaisuus, jossa esitellään dokumentti ja saadaan heiltä lisäksi tunnelmia ja palautteita palvelusetelin käytöstä, ideoidaan ryhmätoimintaa ja keskustellaan kuntoutuspalautteiden sisällöstä. Päätettiin laatia fysiatriin kanssa yhteistyössä kuntoutussuunnitelman laatimisesta ohjeistus perusturvan lääkäreille.

Lääkinnällisen kuntoutuksen kuntoutuspäätösten tekeminen tullaan 1.1.2015 alkaen keskittämään yhteen paikkaan koskien Porin perusturvan yhteistoiminta-aluetta. Ulvilan ja Porin kuntoutuspalveluiden budjetti tulee yhdistymään.

5.4.1 Fysioterapian pienryhmä

Fysioterapian ryhmä päätettiin eriyttää varsinaisesta asiantuntijatyöryhmästä pohtimaan yhdessä lääkinnällisen kuntoutuksen fysioterapian palveluketjukuvausta. Fysioterapian palveluketjun yleinen kuvaus on haastava sen monitahoisuuden vuoksi. Ryhmään valittiin neljä fysioterapeuttia eri alueilta sekä kuntoutustyöryhmän sihteeri ja dokumentin kokoajana toimi opiskelija Tuija Kallio.

Fysioterapia ryhmän ensimmäinen tapaaminen helmikuu 2014

Keskustelua käytiin fysioterapian palveluketjukuvausten teemasta. Oli vaikeaa saada kiinni lähtökohdasta; miten kuvausta alettaisiin laatia ja mitä sen pitäisi sisältää. Työryhmä pohti eritoten lääkinnällisen kuntoutuksen polkua, mutta ohjeistuksen mukaan piti miettiä koko fysioterapian palveluketjukuvausta. Ryhmä koki vaikeana miettiä mistä lähdetään liikkeelle. Fysioterapia on niin moninainen alue ja riippuu paljolti asiakkaan/potilaan sairaudesta esim. onko kyseessä etenevä sairaus vai sairastumisen jälkeen vakiintuneeksi muodostunut tilanne, millainen hoitopolusta tulee.

Päätettiin kuitenkin lähteä liikkeelle lääkinnällisen kuntoutuksen palveluketjun kuvauksesta ja tehdä sen jälkeen kuvausta muusta fysioterapiasta ja mahdollisesti yhdistelemällä näitä kahta. Dokumentin tulisi olla selkeä ja helposti tulkittava, jotta jokainen kuntoutuspäätöksiä tekevä, pystyisi tekemään päätöksen yksilöllisesti. Yhdenvertaisuus olisi toteuduttava, on sitten kyse omasta toiminnasta tai ostopalvelusta.

Fysiatriin kantana oli, että fysioterapeutit tekisivät mahdollisimman paljon päätöksiä kuntoutusten suhteen omana toimintana ja vain ostopalveluna toteuttavat menisivät kuntoutustyöryhmään. Tämä edellyttää, että kehitettävät toimintaperiaatteet ja saata-
vuusperusteet tulisi olla helposti tulkittavissa ja jokaisen tiedossa tulevaisuudessa, jotta pystytään tasapuolisesti toimimaan kuntoutusten myöntämisten suhteen eli tehdäänkö päätös kuntoutustyöryhmässä vai tekeekö sen fysioterapeutti kenelle päätösvalta on delegoitu. Seuraavaan tapaamiseen päätettiin kutsua fysiatri mukaan asiantuntijaksi.

Fysioterapia ryhmän toinen tapaaminen maaliskuu v. 2014

Alustavien graafisten kuvausten pohjalta lääkinnällisen kuntoutuksen fysioterapian palveluketjukuvauksesta jatkettiin keskusteluja. Päädyttiin tekemään kolme eri palveluketjukuvausta, AVH-potilaille, etenevän sairauden palveluketjukuvaus sekä muun fysioterapian palveluketjukuvaus, koska näitä on vaikea erottaa toisistaan, kun mietitään Porin perusturvakeskuksen yhteistoiminta-alueen resursointia kuntoutuksen sektorilla.

Fysioterapeutit kokivat haastavana sen, että lähetteet tulevat suoraan heille. Lähetteisä suositellaan fysioterapiaa joitain tiettyjä määriä tai niissä ei ole ollenkaan määriä. Lähetteisä saattaa olla niukasti tietoa henkilöstä ja mitään kuntoutussuunnitelmaa ei ole tehty. Tällaisessa tilanteessa pitäisi terapeutin tehdä päätös henkilön sen hetkisestä fysioterapiajaksosta ja myös ehkä jatkosta. Pohdinnan jälkeen päädyttiin siihen, että lähetteet/suosituksot/kuntoutussuunnitelmat, jotka ovat selkeästi lääkinällisen kuntoutuksen tarkoittamia henkilöitä, joiden vajaakuntoisuus on pitkäaikaisista ja pysyvää, lähetetään kuntoutustyöryhmän käsittelyyn. Työryhmässä tehdään päätös, toteutetaanko jakso omana toimintana vai ostopalveluna, ja miten terapiajakso toteutetaan.

Fysioterapia ryhmän kolmas tapaaminen maaliskuu v. 2014

Edelliseen palaveriin pohjautuen oli laadittu kaksi palveluketju kuvausta; AVH-potilaan palveluketjukuvaus ja etenevää sairautta sairastavan palveluketjukuvaus. Pohdintojen ja tarkastelujen jälkeen päädyttiin pitäytyä näissä kahdessa palveluketjukuvauksessa. Kaavioiden muokkailun jälkeen päästiin lopulta kaikkia tyydyttävään lopputulokseen, jotka päätettiin esittää isommassa työryhmässä.

6 YHTEENVETO KEHITTÄMISEN TULOKSISTA

Haastattelutilanteissa on selvästi tullut esille, että nykyisen kaltaista kehittämistyötä olisi kaivattu jo pidempäänkin. Kuntoutuspäätösten laadintaan osallistuneiden työryhmän jäsenten keskuudessa oli tiedostettu, että vanha malli ei enää toimi. Lääkinällisen kuntoutuksen resurssit eivät olleet kasvaneet ja kuntoutusta tarvittiin entiseen malliin. Noormarkun liittyminen Poriin sekä yhteistoiminta-alueen perustaminen olivat tuoneet omaat haasteensa toimintaan, joten kaivattiin uutta yhteistä linjasta asioihin.

Haastattelujen perusteella selvästi keskeiseksi asiaksi tuli käytäntöjen erilaisuus kuntoutuspäätösten teossa. Eri alueilla/kunnissa on ollut omassa toiminnassa erilaista osaamista. Porissa on ollut käytössä fysioterapeuttien lisäksi toimintaterapeutti, lymfaterapeutti ja viime aikoina myös puheterapeutti. Tämä on vaikuttanut siihen, että alueellinen ero eri palveluiden saatavuudessa on ollut erilainen riippuen siitä, missä on asunut. Jos ei ole ollut omassa toiminnassa laajaa ammattilaisten käyttö- ja konsultointimahdollisuutta on jouduttu enemmän ostamaan palveluita yksityissektorilta. Perusturvan yhteistoiminta-alueella ei ole ollut tietoa edes mahdollisuudesta käyttää kaikkia palveluita, esim. toimintaterapian tai puheterapian osalta, kun kyse oli omasta toiminnasta.

Hajautetussa päätösten teon mallissa koettiin suurimmaksi ongelmaksi se, että yhdenvertaisuus ei ole toteutunut. Päätökset ovat olleet erilaisia riippuen, missä kuntoutuja on asunut. Kuntoutusten määrät ovat lähinnä olleet erilaisia. Myös omana toimintana järjestetyt terapiat ovat poikenneet toisistaan. Myös jonkin verran on esiintynyt päällekkäisyyttä, koska ei ole ollut tietoa toisten tekemistä päätöksistä. Nämä kaikki em. ongelmat ovat korjattavissa uuden toimintamallin myötä, jossa tulee yhtenäinen linjaus päätösten suhteen koko Porin perusturva-alueelle. Lisäksi päätöksen teon keskittäminen ja yhtenäinen kirjaaminen tulevat vaikuttamaan aiemmin olleisiin ongelmiin. Kaikkien haastateltavien keskuudessa oli selvästi halukkuutta yhtenäistää käytäntöjä ja luoda yksi yhteinen malli lääkinnällisen kuntoutuksen päätösten suhteen.

Hankaluutena on koettu myös kuntoutuspäätösten kirjaaminen. Päätöksen tekijän vaihtuessa, on sillä ollut vaikutus myös päätöksiin. Erilaisia linjauksia on ollut havaittavissa. Päätöksentekijöillä ja myös työryhmän jäsenillä on usein omassa ”päässä” selkeät kriteerit, niitä ei ole kuitenkaan kirjattuna mihinkään, joten on hankalaa kirjata päätöksiä ja perusteluja kuntoutujalle menevään päätökseen. Päätöksentekijän työskentelytapaan ja ajatteluun on pitänyt perehtyä aina uudelleen, jotta on kulloinkin selvinnyt, minkälainen linjaus hänellä asioihin on. Kun kriteerit ovat selkeästi kirjattuna ja linjaus näkyvissä, on huomattavasti helpompaa ja läpinäkyvämpää kirjata ja myös perustella päätöstä. Haastateltavien keskuudessa oli halukkuutta tulevaisuudessa ajatella koko yhteistoiminta-alueetta laajemmin kokonaisuutena ja tehdä toiminnasta yhdenvertaista.

Kuntoutuspäätöksiä tehdessä on koettu, että ryhmätoiminnassa on vahvuutena ollut erityisesti ryhmän tuki ja mahdollisuus yhteiseen keskusteluun ja pohdintaan. Yhdessä pohdinnan vaikutus on ollut ehdottomasti positiivinen. Yksin on vaikeampi tehdä päätöksiä. Ryhmässä on ollut mahdollisuus saada laajempi näkemys asioihin. Sihteerin on aina tarvittaessa hakenut etukäteistietoa ja asiantuntija on etukäteen perehtynyt ja esitellyt sen yhteisessä tapaamisessa. Kyseinen työskentely on koettu hedelmälliseksi ja toimivaksi. Tämä yhteinen kokemus ryhmätoiminnan toimivuudesta puoltaa kuntoutuspäätösten keskittämistä tulevaisuudessa.

6.1.1 Fysioterapia

Fysioterapia on ollut eniten haettu ja myönnetty terapia. Suurin osa fysioterapiaa hakenneista henkilöistä on ollut neurologisia kuntoutujia. Myönnettyistä fysioterapioista toteutetaan suurin osa tällä hetkellä ostopalveluna. Uuden toimintamallin ja linjauksen myötä tavoitteena on toteuttaa mahdollisimman paljon omana toimintana ja täydentää tarvittaessa ostopalveluilla. Ainoastaan vanhoista malleista luopumalla ja sisäistämällä uuden toimintamallin muutosta voidaan saada aikaiseksi. Uuden kehittämisessä ja suunnan muutoksessa menee aina aikaa, kun on kyse oppimisesta kaikilla tasoilla, niin kuntoutujilla, palveluntilaajilla kuin – tuottajillakin.

Asiantuntijaryhmässä ymmärrettiin hyvin ryhmätoiminnan kehittämisen tärkeys kyseisessä tilanteessa. Ryhmätoiminnan kehittäminen asetettiin selkeästi tavoitteeksi. Ryhmähaastattelussa tuli esille haasteellinen tilanne ns. pitkäaikaisten vakiintuneiden asiakkaiden ohjaamisesta yksilöterapiasta esim. ryhmäterapiaan. Asiaa on pohdittu, mutta se on koettu vaikeaksi ja haasteelliseksi. Tällaisessa tilanteessa on usein mietittäväksi tullut, onko kyse enää vamman tai sairauden aiheuttamasta kuntoutustarpeesta vai iän tuoman toimintakyvyn heikkenemisestä. Uusi kehittämistyön tuloksena saatu linjaus helpottaa myös tässä kyseisessä haasteellisessa tilanteessa. Tulevaisuudessa tarvitaan kulttuurin muutosta, jotta voidaan ymmärtää ryhmäterapian tärkeys ja sen arvo yksilöterapian rinnalla niin ammattilaisten kuin kuntoutujien taholtakin.

Ryhmäterapian kehittäminen ja neurologisten kuntoutujien terapiatarpeeseen vastaaminen omana toimintana vaatii koulutusta. Tämä tuli myös selkeästi ilmi, että henkilökunnan keskuudessa on koettu osaamattomuutta neurologisten kuntoutujien suhteen. Jokaisella fysioterapeutilla on perusosaaminen olemassa, mutta neurologinen kuntoutuja koetaan ammatillisesti haasteellisena. Jotta pystyttäisiin tarjoamaan kuntoutujalle tarpeellinen tieto/taito, vaadittaisiin koulutuksen suhteen panostamista asiaan. Tämä on selkeä haaste tulevaisuuteen.

Ryhmätoiminnan kehittäminen ja henkilökunnan kouluttaminen antaa mahdollisuuden siihen, että pystytään yksilöterapian osalta panostamaan sairastuneen akuutin ja sen jälkeiseen kuntoutukseen enemmän, tämä on nyt myös kirjattuna uuteen linjaukseen. Haastatteluissa tuli hyvin esille ymmärrys siitä, että esim. neurologisten kuntoutujien kohdalla pitäisi ehdottomasti alkuvaiheessa panostaa kuntoutukseen enemmän.

6.1.2 Kuntoutussuunnitelma

Kuntoutussuunnitelmien suhteen ollaan perusterveydenhuollossa oltu melko ”alkutekijöissä”. Vaikeavammaiselle henkilölle Kelan kautta haettuihin kuntoutuksiin kuntoutussuunnitelmia on laadittu, koska ilman kuntoutussuunnitelmaa Kela ei kuntoutuksia myönnä. Sama koskee myös Kelan kautta haettuja harkinnanvaraisia kuntoutuksia. Se jää arvoitukseksi, kuinka paljon näissä suunnitelmien laatimisessa ovat olleet mukana kuntoutajat ja/tai heidän omaisensa tai läheisensä sekä kuinka kokonaisvaltaisesti heidän elämäntilanteensa on suunnitelmaa tehdessä huomioitu, esimerkiksi muiden palveluiden tarve.

Tilanne on ollut täysin toinen, kun perusterveydenhuollossa lääkinnällisenä kuntoutuksena on haettu kuntoutuksia, kun Kelan kriteerit eivät ole täyttyneet. Haastateltavat muistivat yhden hakemuksen/suosituksen, jota voi kuntoutussuunnitelmaksi kutsua. Lähinnä ne ovat olleet suosituksia, joissa on ollut kovin puutteellistakin tietoa. Pääsääntöisesti kuntoutustyöryhmän sihteerit ovat joutuneet etsimään tulleisiin suosituksiin lisätietoa, jotta päätökset ylipäätään on pystytty tekemään.

Kuntoutussuunnitelmia kaivataan ja suunnitelmallisempaa, selkeämpää tavoitteiden asettelua. Kuntoutussuunnitelmassa tulisi olla myös kuvattuna kuntoutujan toimintakyky, toiminnallinen haitta konkreettisesti, hänen vahvuutensa ja voimavaransa sekä niihin vaikuttavat yksilö- ja ympäristötekijät sekä kuntoutujan oma motivaatio. Tavoitteena on jatkossa, että lääkinnällisen kuntoutuksen toimenpiteet ja päätökset perustuvat voimassaolevaan kuntoutussuunnitelmaan. Kuntoutussuunnitelman laatii asiakasta hoitava julkisen terveydenhuollon lääkäri yhdessä kuntoutujan ja muiden hänen hoitoonsa ja kuntoutukseensa osallistuvien tahojen kanssa. Kuntoutussuunnitelmien tarkoituksenmukainen suunnittelu ja laadinta edustavat tässä kehittämissankkeessa asiakasnäkökulmaa, joka pitää myös ehdottomasti huomioida. Kuntoutussuunnitelmien laatiminen ja seuranta ovat kuntoutujan vaikutusmahdollisuuksien kannalta keskeisiä kuntoutusprosessin tapahtumia.

Kuntoutustyöryhmässä on viimeaikoina käytetty ns. ”apuvälineenä” oman fysioterapeutin arviota, kun suunnitelmat ovat olleet puutteelliset ja on tarvittu lisätietoa ja suunnitelmallisuutta asioihin. Työryhmän jäsenet pitivät hyvänä kyseistä toimintamuotoa. Tulevaisuudessa pitäisi ehdottomasti paneutua yhteisten mittarien käytön suunnitteluun. On vaikeaa tehdä arvioita toteutuneesta ja suunnitella tulevaa ilman yhtenäisten mittareiden käyttöä. Useasti haastattelun aikana tuli esille selkeämpi tavoitteellisuus ja ongelman konkretisointi, johon suositeltu terapia kohdistuu. Väyläteltiin esim. Kelan käyttämää GAS-menetelmää, jossa juuri kuntoutuja asettaa selkeät ja konkreettiset tavoitteet kuntoutuksen alkaessa, jolloin voidaan mitata yhteneväisesti saavutettuja tai saavuttamattomia tavoitteita.

6.1.3 Lymfaterapia, puheterapia, toimintaterapia ja jalkaterapia

Lymfaterapiaan oli jo aiemmin laadittu selkeät kriteerit, jotka ohjasivat lymfaterapia-toimintaa ja sen myöntämistä kuntoutujille. Lymfaterapiaa oli toteutettu sekä omana toimintana että ostopalveluina. Porin perusturvakeskuksen kuntoutuspalveluissa toimii kaksi lymfaterapeuttia. Lymfaterapeutit eivät kuitenkaan olleet toimineet muualla kuin Porin alueella, esim. Ulvila oli toteuttanut lymfaterapian kokonaan ostopalveluna. Tässä tulee nyt jatkossa uudelleen pohdinnan paikka, kun kuntoutuspäätösten tekeminen ja budjetit tulevat yhdistymään.

Porin perusturvan kuntoutus- ja sairaalapalveluista puheterapian palvelut ovat puuttuneet pitkään. Puheterapeutti on ollut nyt käytettävissä n. puolitoista vuotta. Alku on mennyt paljon sen suunnitteluun, miten puheterapia tullaan toteuttamaan. Aika ja toiminta ovat sitä pikkuhiljaa muokanneet. Puheterapeutin asiantuntemuksesta on ollut suuri apu kuntoutustyöryhmän toiminnalle. Puheterapeutti on voinut osallistua kuntoutujan puheterapian suunnitteluun, jonka kuntoutustyöryhmä on sitten mahdollisesti myöntänyt. Kuntoutustyöryhmän kautta on voitu tarvittaessa lähettää ennen kuntoutuspäätöksen tekemistä kuntoutuja oman puheterapeutin arvioon. Tämän avulla ovat myös toiminta ja kriteerit muodostuneet.

Porin perusturvan kuntoutus- ja sairaalapalveluissa toimii kaksi toimintaterapeuttia, toinen osastoilla ja toinen avopuolella polikliinisesti. Toimintaterapia on toteutettu pääsääntöisesti omana toimintana. Haastattelujen puitteissa kävi selväksi, että toimintaterapiaa ei ole juurikaan haettu ostopalveluna. Tästä voisi päätellä, että omana toimintana pystytään vastamaan tämän hetkiseen toimintaterapian palvelutarpeeseen. Tai voidaan myös tulkita, että mahdollisesti toimintaterapiaa ei ole haettu, koska ajatuksena on ollut, että sitä ei myönnetä tai yksityisiä palveluntarjoajia ei ole saatavissa. Toisaalta olisi tärkeää tuoda tarve esille hakemalla palveluita, vaikka tiedossa on, että palvelua ei olisi saatavilla, jotta saadaan todellinen palveluiden tarve näkyväksi.

Porin perusturvakeskuksen jalkaterapiassa toimii jalkaterapeutti ja jalkojenhoidon ammattilainen. Jalkojenhoito määräytyy diagnoosin mukaan. Hoitoa saavat diabeetikot, reumaatikot, ASO ja psoriaatikot. Aiemmin on jo laadittu diabeetikkojen hoitoon riskiluokat, joiden mukaan hoidot määräytyvät. Jalkaterapiaan kuuluu myös haavahoidot ja -kontrollit, kevennyshoito, tukipohjallisten ja erityisjalkineiden arviot ja maksusitoumussuosituksset (diagnoosit huomioiden). Jalkaterapeutin ja jalkojenhoitajan palvelut ovat koskeneet koko perusturvan yhteistoiminta-alueetta. Lisäksi Noormarkun kaupunginosassa on ollut henkilö, joka on tehnyt osittain jalkojenhoitoa Noormarkun ja Merikarvian alueella.

Nämä ns. erikoisterapiat ovat toteutuneet lähinnä Porissa omana toimintana, koska muualla näitä ei ole ollut käytössä. Uudet linjaukset terapioiden myöntämisille on laadittu, mutta nyt tulevaisuudessa jää vielä pohdittavaksi, miten toteutetaan omana

toiminta ja ostopalveluina kyseiset terapiat. Vuoden 2015 alusta kuntoutuspäätösten tekeminen keskittyy ja myös budjetointi yhdistyy, joten tilanne tulee muuttumaan nyt konkreettisemmaksi yhteistoiminnaksi.

6.1.4 Kuntoutusohjaus, sopeutumisvalmennus ja apuvälineet

Terveydenhuollossa kuntoutusohjausta toteutetaan osana kuntoutujan kokonaisuhoitoa. Vuoden 2010 keväästä alkaen Porin perusturvan yhteistoiminta-alueella on toteutunut myös kuntoutusohjaus. Tuolloin ensimmäinen kuntoutusohjaaja on aloittanut toimintansa. Hän on toiminut koko perusturvan yhteistoiminta-alueella. Kuntoutusohjaukselle on ollut tarvetta, on tarvittu ammattilaista, joka ymmärtää ja tuntee koko kuntoutuksen palvelujärjestelmän. Viime vuoden aikana ei tarpeeseen ole pystytty vastaamaan ilman ylitöitä. Kuntoutus- ja sairaalapalveluiden toiminnan kehittämisen seurauksena saatiin toinen kuntoutusohjaaja avopuolelle syyskuun alusta 2014. Samanaikaisesti neurologisella kuntoutusosastolla T2 sekä Keski- ja Länsiporin arviointiyksikössä T3 aloittivat kuntoutusohjaajat, jotka toimivat osastoilla. Tämä on helpottanut tilannetta ja nyt pystytään tarjoamaan kuntoutusohjaajan palveluita tarvittaessa nopeastikin. Avopuolen kuntoutusohjaajat jakavat perusturvan yhteistoiminta-alueen siten, että toinen hoitaa neurologiset kuntoutujat ja toinen geriatriset kuntoutujat. Muista sovitaan tarvittaessa erikseen.

Porin perusturvakeskuksen yhteistoiminta-alueella tuetaan kuntoutujan lähellä tapahtuvaa sopeutumisvalmennusta. Aivohalvaus- ja afasiayhdistyksen järjestämälle sopeutumisvalmennuskurssille Porissa myönnetään hakemusten perusteella maksusitoumuksia. Lisäksi Porin perusturvakeskus järjestää omana toimintana sopeutumisvalmennuskursseja yli 65-vuotiaille Parkinson potilaille. Porin perusturvakeskus myöntää edellä mainituille sopeutumisvalmennuskursseille maksusitoumuksia vuoro vuosin kulloinkin olemassa olevien resurssien mukaan.

Apuvälinepalveluita ei ole tämän kehittämishankkeen yhteydessä käsitelty. Porin perusturvakeskus on liittynyt Satakunnan alueelliseen apuvälinekeskukseen v. 2010. Apuvälinekeskus toimii sairaanhoitopiirin apuvälinepalveluiden asiantuntijana ja koordinoijana. Apuvälinekeskus tuottaa erikoissairaanhoidon kuuluvat apuvä-

linepalvelut lukuun ottamatta hengityksen, näön ja kuulon apuvälinepalveluita, jotka tuotetaan kyseisillä erikoisaloilla. Lisäksi apuvälinekeskus tuottaa erikseen sovitut palvelut alueelliseen toimintamalliin kuuluville kunnille, kuten Porille ja myös yhteistoiminta-alueen kunnille. Kuntia laskutetaan apuvälinepalveluista asukaslukuun perustuvalla perusmaksulla ja hinnaston mukaisilla palvelumaksuilla. Yhteinen toimintakäsikirja ja saatavuusperusteet ohjaavat apuvälinepalveluita apuvälinekeskukseen kuuluvissa kunnissa. Toimintakäsikirja ja saatavuusperusteet päivitetään tarvittaessa Satakunnan sairaanhoitopiirin apuvälinekeskuksen toimesta.

7 POHDINTA

Tämän työn tarkoituksena oli kehittää ja tuottaa Porin perusturvakeskuksen yhteistoiminta-alueen käyttöön lääkinnällisen kuntoutuksen toimintaperiaatteet ja saatavuusperusteet. Kehittämishankkeen tavoitteena oli tuottaa työväline, jolla tuetaan yksilöllisten päätösten tekemistä. Jokainen päätös, ehdottomasti myös jatkossa, arvioidaan ja tehdään yksilöllisesti sekä asiakaslähtöisesti. Tavoitteena on ollut hankkeen avulla auttaa Porin perusturvakeskuksen yhteistoiminta-alueen henkilökuntaa sisäistämään lääkinnällisen kuntoutuksen palvelut ja ohjaamaan oikealla tavalla kuntoutujia tarvittavien palveluiden piiriin. Kehittämishanke on ollut osa laajaa Porin perusturvakeskuksen kuntoutus- ja sairaalapalveluiden kehittämistoimintaa. Tavoitteena on kuntoutussuunnitelmien laatimisen juurruttaminen käytäntöön sekä kuntoutuspäätösten keskittäminen tulevaisuudessa yhteistoiminta-alueella. Yksilön näkökulmasta tässä tulee toteutumaan tasa-arvoinen ja kuitenkin yksilöllinen päätöksenteko sekä yhteiskunnan näkökulmasta olemassa olevien resurssien oikea-aikainen ja tarkoituksenmukainen kohdentaminen. Tällaista ohjaavaa ja tukevaa toimintamallia ei ole aiemmin ollut Porin perusturvakeskuksen lääkinnällisen kuntoutuksen kuntoutustyöryhmän käytössä.

Tavoitteisiin on päästy ainakin osittain, sillä lääkinnällisen kuntoutuksen toimintaperiaatteet ja saatavuusperusteet-dokumentti valmistui syyskuun lopulla 2014. Sen käyttöönotosta ja informointiin liittyvistä asioista sovittiin marraskuussa 2014. Kun-

toutus- ja sairaalapalveluiden johtava lääkäri esitteli dokumentin johtoryhmälle joulukuussa 2014 ja sen käyttöönotosta tehtiin päätös. Virallinen käyttöönotto tapahtui 1.1.2015. Tästä päivästä alkaen myös kuntoutuspäätökset tehdään keskitetysti perusturvan yhteistoiminta-alueella. Kuntoutustyöryhmän uusi nimi on lääkinnällisen kuntoutuksen työryhmä. Laadittiin informaatio suunnitelma, joka myös on vielä vastuullani. Ensimmäinen informointi tapahtui joulukuussa 2014 kuntoutuspalveluiden henkilökunnalle. Seuraava on sovittu lääkäreille, silloin myös kuntoutussuunnitelma tavoite otetaan tarkemmin esille. Yhteistyössä fysiattrin kanssa on laadittu ohjeistus kuntoutussuunnitelman laatimisesta lääkäreille. Alkuvuodesta 2015 on tarkoitus vielä jatkaa informointitilaisuuksia mm. laajaan esimiestyöryhmään ja päällikkötasolle. Päätettiin myös kevään 2015 aikana järjestää yksityisille palvelujen tuottajille tilaisuus, jossa keskustellaan palvelusetelin käyttöönoton sujuvuudesta sekä informoidaan uudesta lääkinnällisen kuntoutuksen dokumentista ja sen käyttöönotosta. Dokumentti tallennettiin perusturvan henkilökunnan käyttöön Patarumpuun/toimintaohjeisiin.

Lääkinnällisen kuntoutuksen päätöksenteon yhtenäistäminen laadituilla toimintaperiaatteilla ja saatavuusperusteilla tekee kansalaisten näkökulmasta päätöksenteon näkyväksi ja selkeäksi toiminnaksi, jossa toteutuu yhteisesti noudatettava linja. Tämän olen kokenut hyvin merkittäväksi kehittämistyön näkökulmasta. Useamman vuoden ajan nykyinen kuntoutustyöryhmä on toiminut samalla tavalla. Haasteellisena on koettu kuntoutuksen järjestäminen siinä laajuudessa, mikä tarve on ollut, suhteutettuna se olemassa oleviin resursseihin. Ajatuksen tasolla on pitempään ollut jo toiminnan uudistaminen ja kehittäminen. Toisaalta ei ole ollut henkilöä, joka olisi käynnistänyt kehittämistyön ja ottanut vastuun sen loppuun saattamisesta. Nyt kuntoutus- ja sairaalapalveluissa tapahtunut laajempi toiminnan suunnittelu antoi tähän hyvän mahdollisuuden ja johtava lääkäri oli myös hankkeen kannalla sekä oma innostukseni sen toteuttamiseen mahdollistivat juuri nyt kyseisen kehittämistyön.

Kuntoutuspalveluiden sisällä ja kuntoutustyöryhmän jäsenistön kesken, ristiriitana oli koettu, että tehtävät kuntoutuspäätökset eivät ole tasapuolisia eri puolilla perusturva asuvien kesken. Tällainen ristiriitainen tilanne loi edellytyksen uuden syntymiselle ja toiminnan kehittämiselle. Porin perusturvan kuntoutus- ja sairaalapalveluissa meneillään ollut suuri toimintamallien ja organisaatiomuutokset ulottuivat

myös lääkinnällisen kuntoutuksen toiminnan kehittämiseksi. Muutoksen onnistuminen ja uuden oppiminen vaatii aina henkilökunnalta uudenlaista ajattelua ja toimintatapojen muutosta, jotta uutta voidaan kehittää ja oppia. Uuden toimintamallin ja –tapojen jalkautuminen käytännöksi ei tule koskaan onnistumaan, jos näin ei tapahdu. Voidaan ajatella, että kyseeseen tulee uuden kulttuurin omaksuminen erilaisten toimintatapojen käyttöönoton suhteen, kuten esimerkiksi ryhmäterapien arvostaminen ja sen kehittäminen.

Kuntoutussuunnitelmien juurruttaminen on nyt tulevaisuuden haaste, tähän pyritään jatkossa systemaattisesti. Perehdyttyäni tehtyihin tutkimuksiin sain sellaisen käsityksen, että joissakin asioissa on menty eteenpäin, mutta paljon olisi vielä parannettavaa. Tutkimustieto tukee omaa käsitystäni siitä, että usein kuntoutussuunnitelman laadintatilanne on sellainen, että kuntoutuja on lääkärin vastaanotolla, joko yksin tai läheisensä kanssa ja sen yhden vastaanottokäynnin perusteella lääkäri tekee suunnitelman. Jos on mahdollista, hän saattaa käyttää esimerkiksi fysioterapeutin tai puhe-terapeutin tekemää arviota tai suunnitelmaa hyväksi, mutta ei aina ole näitäkään käytettävissä. Tilanne on varmasti siinä mielessä mennyt eteenpäin, että kuntoutuja on mukana jollakin tasolla suunnitelman laadinnassa. Tutkimuksessa ”Vaikeavammaiset kuntoutuja Kelan palveluissa”, kuitenkin mainittiin, että moni kuntoutuja kokee kohutuuttomana yrityksen valistaa lääkäriä sekä omasta tilanteestaan, kuntoutustarpeistaan ja –odotuksistaan että kuntoutusjärjestelmän mahdollisuuksista ja toiminnasta.

Tulevaisuuden kehittämistarpeena on ryhmäterapien kehittäminen. Kehittäminen alkoi jo syksyllä 2014. Ei ole mahdollista toimia siten, että kuntoutustyöryhmän taholta on päätetty panostaa ryhmäterapiaan ja ohjata kuntoutujia siihen suuntaan, jos ei ole luotu tarvittavia resursseja, jotka mahdollistavat suunnan muutoksen. Tarjolla pitää olla erilaista ryhmätoimintaa erilaisille kuntoutujille. Esille on tullut nimenomaan neurologiset ryhmät. Kyseisiin ryhmiin on tarvetta, mutta nykyisillä resursseilla ei tarpeeseen pystytä riittävästi vastaamaan. Neurologinen ryhmä saattaa usein tarvita kaksikin ohjaajaa. Kehittämishankkeen edetessä on pohdittu, olisiko mahdollista määritellä palvelusetelille ryhmäterapien hinta. Yksityisten palveluntuottajien kanssa voisi neuvotella heidän halukkuudestaan järjestää ryhmätoimintaa neurologisille kuntoutujille. Tämä on ollut nyt konkreettisemmin ajatuksissa, ryhmätoiminnasta keskustellaan varmasti kevään aikana enemmän palveluntuottajien kanssa. Omana

toimintana järjestettävää ryhmäterapiaa tulee vielä tarkastella uudelleen. Olisiko mahdollisuus koulutuksen ja aikataulutusten järjestämisellä vielä suunnitella toimintaa tehokkaammaksi.

Koulutus on asia, johon tulisi jatkossa kiinnittää huomioita. Hankkeen aikana tuli useamman kerran esille, että henkilökunnan keskuudessa koetaan osaamattomuutta neurologisten kuntoutujien terapiassa/ohjauksessa, tämä koetaan haasteellisenä ryhmänä, vaikka olisi fysioterapeutin perustaidot olemassa. Jos halutaan kehittää ja laajentaa omana toimintana tapahtuvia neurologisten kuntoutujien terapioita, on koulutukseen satsattava. Itse näkisin uuden kuntouttavan sairaalan toiminnan käynnistyttyä, että nykyisen neurologisen kuntoutusosaston jatkoksi pitäisi myös avopuolella kehittää juuri kyseisen sairausryhmän kuntoutustoimintaa. Toki kehitystä on jo tapahtunut ja uusia ryhmiäkin perustettu. Kehitystyötä on kuitenkin jatkettava, jotta kysyntään pystytään vastaamaan. Koulutukseen panostaminen on erityisen tärkeää, jotta nykyisellä henkilökuntamäärällä pystytään vastaamaan haasteisiin ja henkilökuntakin kokee omat taidot riittäviksi.

Kolmantena jatkokehittämistarpeena näen, että yhteisten mittarien käyttöä olisi syytä jatkossa pohtia. Tulevaisuudessa pystyttäisiin yhdenvertaisesti mittaamaan ja arvioimaan kuntoutuksen tarvetta ja sen vaikuttavuutta. Yhtenäiset toimintakyky- sekä muut mittarit mahdollistavat entistä tarkempien kuntoutussuunnitelmien tekemisen sekä vaikuttavuuden seurannan.

Työryhmän keskusteluissa jäi vähäisemmäksi arvopohjalta tapahtuva keskustelu, enemmänkin keskusteluista näkyi huoli siitä, miten tulevaisuudessa pystytään vastaamaan jatkuvasti kasvavaan kysyntään lääkinnällisen kuntoutuksen suhteen ja vähäisten resurssien oikea kohdentaminen, niiden riittäminen sekä tehokas käyttö. Keskusteluista tuli selkeästi esille huoli siitä, miten kunnille jatkuvasti tulevat uudet velvoitteet pystyttäisiin hoitamaan ja miten erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuoltoon siirtyvistä tehtävistä selviydytään. Perusterveydenhuoltoon siirretään yleisesti enenevässä määrin erikoissairaanhoidosta tehtäviä, jotka omalta osaltaan kuormittavat perusterveydenhuollon paineita ja näin uutta osaamista tarvitaan jatkuvasti lisää.

Olen työskennellyt vakituisesti Porin perusturvassa, kuntoutuspalveluissa, työn alkamassa lääkinnällisen kuntoutuksen apuvälinepalveluissa ja myöhemmin geriatrinen kuntoutujien kuntoutusohjaajana. Kyseisen opinnäytetyön olen kokenut erittäin haasteellisena, mutta erittäin mielenkiintoisena ja opettavaisena. On erittäin motivoivaa tehdä työtä työelämään, kun on tiedossa, että työ menee tarpeeseen ja se tullaan ottamaan käyttöön. Oma roolini oli pitää ns. ”langat käsissä”, jotta prosessi eteni suunnitellun aikataulun mukaisesti ja päästiin tavoiteltuun lopputulokseen. Olin tapaamisten koollekutsujana ja pidin muistioita tapaamisista. Muistiot olivat aineistoani. Olin aktiivisena mukana kehittämisessä, mutta tarvittaessa vetäydyin enemmän tarkkailijan rooliin. Pidin huolen siitä, että sovitut asiat toteutuivat aina seuraaviin tapaamisiin ja asioissa edettiin suunnitellusti. Oli erittäin mielenkiintoista työskennellä asiantuntijatyöryhmän kanssa ja todeta miten ”porukalla” päästiin sovittuihin tavoitteisiin. Ryhmä oli aluksi pienempi ja suureni kohti loppua asiantuntijoiden lisääntyessä. Jokaisella ryhmän jäsenellä oli annettavana työskentelyyn oma asiantuntijuus ja näin kyseiseen lopputulokseen päästiin. Mielestäni työryhmän työskentely tapahtui kitkatomasti ja erittäin tärkeänä koen, että mukana oli kokenut fysiatri, jonka mielipiteitä kuunneltiin ja pidettiin merkittävänä. Oppimista ajatellen tämä hanke oli mitä parhain työelämään sijoittuva kehittämisestä. Opintojen tavoitteena on antaa valmiuksia tämän kaltaiseen toimintaan ja vastuunottamiseen. Sain erittäin hyvän kokonaiskuvan hankkeen kulusta ja sen loppuun viemisestä.

Olen pohtinut sanaa kuntoutuja, mitä ajatuksia herää kyseisestä sanasta. Oma mielikuvani on, kun puhutaan kuntoutujasta, että se viittaisi akuuttiin tilanteeseen ja sen jälkeiseen aikaan. Mutta voidaanko vielä vuosienkin jälkeen puhua kuntoutujasta. Joidenkin kohdalla tilanne on vakiintunut, joillakin on etenevä sairaus, mutta ovatko he loppuikänsä kuntoutujia. Tähän ei varmasti löydy yhtä oikeaa vastausta tai näkökulmaa, mutta on mielenkiintoista miettiä asiaa. Missä vaiheessa voidaan puhua henkilön aktivoimisesta ja innoittamisesta omatoimiseen tekemiseen esimerkiksi ryhmäterapiassa ja muun toiminnan kautta.

LÄHTEET

Aaltola J. & Valli R. (toim.) 2007. Ikkunoita tutkimusmetodeihin II. Näkökulmia aloittelevalle tutkijalle tutkimuksen teoreettisiin lähtökohtiin ja analyysimenetelmiin. WS Bookwell. Juva.

Aaltola J. & Valli R. 2010. Ikkunoita tutkimusmetodeihin I. Metodien valinta ja aineistokeruu: virikkeitä aloittelevalle tutkijalle. WS Bookwell. Juva.

Alasuutari, P. 2011. Laadullinen tutkimus 2.0. Vastapaino. Riika.

Asetus lääkinnällisestä kuntoutuksesta. 1991. L 28.6.1991/1015

Bragge, A. 2014. Sihteeri. Ulvila lähipalvelu alue. Henkilökohtainen tiedonanto 21.11.2014.

Engeström, Y. 1998. Kehittävä työntutkimus. Perusteita, tuloksia ja haasteita. Edita. Helsinki.

Engeström, Y. 2004. Ekspansiivinen oppiminen ja yhteiskehittäminen työssä. Vastapaino, Yrjö Engeström, Tampere.

Engeström, Y. ja Virkkunen, J. 2007. Artikkelin Muutoslaboratorio – kehittävän työntutkimuksen uusi vaihe. Kirja; Työelämän tutkimusavusteinen kehittäminen Suomessa <http://www.tekes.fi/Julkaisut/r53-teksti-jjj-korjattu-final.pdf>

Etene www-sivut. 2014. Viitattu 7.4.2014. Terveystieteiden yhteinen arvopohja, yhteiset tavoitteet ja periaatteet. http://www.etene.fi/c/document_library/get_file?folderId=17185 & name=DLFE-543.pdf

Heikkinen, H.L.T. Rovio, E. Syrjälä, L. (toim.) 2007. Toiminnasta tietoon; toimintatutkimuksen menetelmät ja lähestymistavat. Dark Oy. Vantaa

Hirsijärvi, S., Hurme. H. 2008. Tutkimushaastattelu.

Härkäpää, K. Järvikoski, A. Gould, R. 2011. Asiakaslähtöisyys, tiedonsaanti ja tuki kuntoutusprosessissa. Teoksessa Järvikoski, Lindh, Suikkanen (toim.) Kuntoutus muutoksessa. Tampere. Juvenes Print.

Järvikoski, A. & Härkäpää, K. 2008. Kuntoutuksen perusteet. Helsinki: WSOY.

Järvikoski, A., Hokkanen, L., Härkäpää, K. toim. 2009. Asiakkaan äänellä. Odotuksia ja arvioita vaikeavammaisten lääkinnällisestä kuntoutuksesta. Yliopistopaino. Helsinki.

Kleemola, T. 2014. Alueylilääkäri. Porin perusturvakeskus, Ulvilan lähipalvelualue. Haastattelu 25.2.2014. Haastattelijana Tuija Kallio.

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

Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista 1992/734.

[Laki sosiaali- ja terveydenhuollon palvelusetelistä 24.7.2009/569](#)

Mattila-Aalto, M. 2009. Kuntoutusosallisuuden diagnoosi. Helsinki. Yliopistopaino.

Metsämuuronen, J. 2001. Laadullisen tutkimuksen perusteet. Metodologia – sarja 4. Viro.

Metsänen, M. 2014. Kuntoutustyöryhmän sihteeri. Porin perusturvakeskus. Lääkinnällinen kuntoutus. Henkilökohtainen tiedonanto 3.11.2014

Metsänen, M. 2014. Kuntoutustyöryhmän sihteeri. Porin perusturvakeskus. Lääkinnällinen kuntoutus. Henkilökohtainen tiedonanto 17.11.2014.

Moilanen, L. 2005. Ryhmähaastattelu työyhteisössä. Tiedonkeruun ja vaikuttamisen väline. Työterveyslaitos. Miktor. Helsinki.

Muutoslaboratorion www-sivut. <http://www.muutoslaboratorio.fi>. Viitattu 18.4.2014.

Myllykoski, T. 2014. Fysioterapeutti, tiimivastaava. Luoteinen-Pohjoinen lähipalvelualue. Henkilökohtainen tiedonanto 12.11.2014.

Paltamaa J., Karhula, M., Suomela-Markkanen, T., Autti-Rämö, T. (toim.).2011. Hyvän kuntoutuskäytännön perusta. Käytännön ja tutkimustiedon analyysistä suoriin vaikeavammaisten kuntoutuksessa. Kelan tutkimusosasto. Helsinki.

Palveluseteliportaali. Lääkinnällisen kuntoutuksen palvelusetelisääntö kirja. Viitattu 14.11.2014. www.palse.fi

Porin kaupungin www-sivut. 2014. Viitattu 18.4.2014. Perusturva 2016- yhteistointa-alueen strategia. <http://www.pori.fi>

Rissanen, P. Kallanranta T, Suikkanen, A. (toim.). 2008. Kuntoutus. Helsinki: Duo-decim.

Ruusuvuori, J. & Tiittula, L. Haastattelu. Tutkimus, tilanteet ja vuorovaikutus. Gummerus. Jyväskylä.

Sipari, S. Mäkinen, E. 2012. Yhdessä rakentuva kuntoutusosaaminen. Metropolia ammattikorkeakoulun julkaisusarja. <http://www.metropolia.fi>. Viitattu 18.4.2014.

Sistonen, S. 2014. Fysioterapeutti. Ulvila-Itä-Porin lähipalvelu alue. Henkilökohtainen tiedonanto 17.11.2014

Terveyden- ja hyvinvoinninlaitoksen www-sivut. 2014. Viitattu 23.4.2014. <http://www.thl.fi>.

Terveydenhuoltolaki 1326/2010.

Tilastokeskus www-sivut, 2014. Viitattu 30.12.2014.

<http://www.stat.fi/tup/kunnat/kuntatiedot/413.html>

Valtanen, H. 2014. Kuntoutustyöryhmän sihteeri. Porin perusturvakeskus. Lääkinnällinen kuntoutus. Henkilökohtainen tiedonanto 17.2.2014.

Valtioneuvoston asetus kansaneläkelaitoksen kuntoutusetuuksista ja kuntoutusrahaetuksista. 2005. L 25.8.2005/646

Virtanen, P. Suonheimo, M. Lamminmäki, S. Ahonen, P & Suokas, M. 2011. Matkaopas asiakaslähtöisten sosiaali- ja terveystalvelujen kehittämiseen. Tekesin katsaus 281/2011. Viitattu 29.10.2014 <http://www.tekes.fi/Julkaisut/matkaopas.pdf>

Vuorela, S. 2005. Haastattelumenetelmät. Ovaska, S., Aula, A. & Marjaranta, P. (toim.) Käytettävyystutkimuksen menetelmät. Tampereen yliopisto.

Yhdenvertaisuuslaki. 20.1.2004/21.



AIKUISVÄESTÖN LÄÄKINNÄLLISEN KUNTOUTUKSEN
TOIMINTAPERIAATTEET JA SAATAVUUSPERUSTEET PORIN
PERUSTURVAKESKUKSEN YHTEISTOIMINTA- ALUEELLA

PORI  **PERUSTURVAKESKUS**

Pori, Ulvila, Merikarvia

1.1.2015

Asiantuntijatyöryhmässä työskennelleet:

Kuntoutus- ja sairaalapalveluiden johtava lääkäri Anna-Liisa Koivisto

Fysiatri Erkki Asikainen

Alue ylilääkäri Taru Kleemola

Apulaisosastonhoitaja Tiina Lohikoski

Puheterapeutti Jenny Harmsen

Toimintaterapeutti Anne Järvensivu

Kuntoutusohjaaja Marinella Virta

Jalkaterapeutti sij. Eeva-Liisa Näyrä

Fysioterapeutti/Lymfaterapeutti Kirsi Nykänen

Fysioterapeutti Maija Vihermäki

Fysioterapeutti Sami Sistonen

Fysioterapeutti/tiimivastaava Tuula Myllykoski

Fysioterapeutti/tiimivastaava Mari Levonen

Fysioterapeutti/tiimivastaava Sari Väkiparta

Fysioterapeutti/tiimivastaava Maija Mäki

Fysioterapeutti/lääkinnällisen kuntoutuksen sihteeri Maarit Metsänen

Lääkinnällisen kuntoutuksen sihteeri Hannele Valtanen

Dokumentin laatinut yhdessä asiantuntijatyöryhmän kanssa kuntoutusohjaaja Tuija Kallio, Ylempi AMK kuntoutuksen linjan opiskelija.

SISÄLLYS

1 JOHDANTO.....	4
2 LÄÄKINNÄLLINEN KUNTOUTUS	4
2.1 Lääkinnällisen kuntoutuksen palvelut.....	5
2.2 Kuntoutussuunnitelma	6
2.3 Palveluseteli.....	6
2.3.1 Palvelusetelin uusinta	8
3 LÄÄKINNÄLLISENÄ KUNTOUTUKSENA TOTEUTETTAVA FYSIOTERAPIA.....	8
4 LÄÄKINNÄLLISENÄ KUNTOUTUKSENA TOTEUTETTAVA TOIMINTATERAPIA	11
5 LÄÄKINNÄLLISENÄ KUNTOUTUKSENA TOTEUTETTAVA PUHETERAPIA.....	14
6 LÄÄKINNÄLLISENÄ KUNTOUTUKSENA TOTEUTETTAVA LYMFATERAPIA	17
7 JALKATERAPIA/JALKOJENHOITO	20
8 KUNTOUTUSOHJAUS	22
9 SOPEUTUMISVALMENNUS	26
10 APUVÄLINEET	26

1 JOHDANTO

Porin perusturvakeskuksen yhteistoiminta- alueella (Pori, Ulvila, Merikarvia) lääkin-
nällisellä kuntoutuksella pyritään parantamaan ja ylläpitämään kuntoutujan fyysistä,
psykkistä ja sosiaalista toimintakykyä sekä tukemaan ja edistämään hänen itsenäistä
suoriutumistaan päivittäisistä toiminnoista. Nämä lääkinällisen kuntoutuksen toi-
mintaperiaatteet ja saatavuusperusteet on tarkoitettu Porin perusturvakeskuksen yh-
teistoiminta-alueen henkilökunnan toimintaohjeiksi ja tukemaan kuntoutustyöryhmän
toimintaa kuntoutuspäätösten teossa, jossa pyrkimyksenä on kohdentaa olemassa
olevat resurssit kuntoutujille oikea aikaisesti ja yhdenvertaisesti koko yhteistoiminta-
alueella. **Kuntoutuspäätökset perustuvat aina yksilölliseen tarveharkintaan.**
Toimintaperiaatteita päivitetään tarvittaessa lääkinällisessä kuntoutuksessa.

2 LÄÄKINNÄLLINEN KUNTOUTUS

Terveystenhuollon järjestämän lääkinällisen kuntoutuksen kohderyhmänä ovat hen-
kilöt, joiden vajaakuntoisuus on pitkäaikaista tai pysyvää. Kuntoutus- ja apuvä-
linepalvelut kohdistuvat henkilöihin, joiden toimintakyky on heikentynyt vamman,
sairauden tai kehitysviivästymän vuoksi sekä itsenäinen ja omatoiminen selviytymi-
nen päivittäisissä toiminnoissa on heikentynyt.

Lääkinällisen kuntoutuksen järjestämisestä huolehtii kunta tai kuntainliitto. Palvelut
tulee järjestää sisällöltään ja laajuudeltaan sellaisiksi kuin kuntoutuksen tarve kun-
nassa tai kuntainliiton alueella edellyttää (Lääkinällisen kuntoutuksen asetus
1015/1991, 3 §.)

Terveystenhuollolla on päävastuu lääkinällisestä kuntoutuksesta. Tämä koskee ei-
vaikeavammaisten 0-64 vuotiaiden sairaanhoitoon liittyvää kuntoutusta, kaikkien yli
65-vuotiaiden kuntoutusta, kuntoutussuunnitelman laadintavastuuta, terveydentilan ja
toimintakyvyn seurantaan sekä apuvälinepalveluja. Terveystenhuollon järjestämä lää-

kinnällinen kuntoutus koskee myös Kelan vaikeavammaisia, jotka eivät saa korotettua tai ylintä hoitotukea.

Palveluita tuotetaan yhteistoiminta-alueen asukkaille, jotka asuvat kotona ja joilla on terveydenhuollon ammattihenkilön toteama toimintakyvyn vajuus tai uhka sellaisesta. Lääkinnällisenä kuntoutuksena myönnetään terapiota, joiden vaikuttavuus perustuu näyttöön tai hyvään kuntoutuskäytäntöön. Yksityislääkäreiden, kuntoutuslaitosten tms. tahojen antamat suositukset lääkitinnällisestä kuntoutuksesta ovat suuntaa antavia päätöstä tehtäessä.

2.1 Lääkitinnällisen kuntoutuksen palvelut

- ❖ kuntoutusneuvonta ja kuntoutusohjauus
- ❖ potilaan toiminta- ja työkyvyn ja kuntoutustarpeen arviointi
- ❖ kuntoutustutkimus, jonka avulla selvitetään potilaan kuntoutusmahdollisuuksia
- ❖ toimintakyvyn parantamiseen ja ylläpitämiseen tähtäävät terapiat sekä muut tarvittavat kuntoutumista edistävät toimenpiteet
- ❖ apuvälinepalvelut
- ❖ sopeutumisvalmennus
- ❖ edellä mainituista tarpeellisista toimenpiteistä koostuvat kuntoutusjaksot laitostai avohoidossa

Porin perusturvan toiminta-alueella terapiat tuotetaan resurssien mukaan joko omana toimintana tai ostopalveluna. Ensisijaisesti palvelut järjestetään omana toimintana ostopalvelujen täydentäessä tarvittaessa. Lääkitinnälliseen kuntoutukseen ryhdytään silloin, kun voidaan olettaa, että kuntoutustoimenpiteistä on merkittävää hyötyä kuntoutujan toimintakyvyn parantumiseksi tai säilyttämiseksi ja kuntoutuja on itse motivoitunut laadittuun kuntoutussuunnitelmaan. Lääkitinnällisen kuntoutuksen päätös on lääkärin tekemä hoitopäätös. Hoitopäätös toteutetaan kulloinkin käytössä olevien resurssien mukaan. Perusterveydenhuollossa lääkitinnällisestä kuntoutuksesta vastaa lääkitinnällisen kuntoutuksen yksikkö. Lääkitinnällisen kuntoutuksen päätöksen teko vastuuta delegoidaan oman toiminnan osalta terapiasta vastaavalle terapeutille.

2.2 Kuntoutussuunnitelma

Lääkinnällisen kuntoutuksen tarkoittamia palveluja haettaessa tulee laatia kuntoutujalle kuntoutussuunnitelma, joka päivitetään tarvittaessa, kuitenkin vähintään kolmen vuoden välein. Suunnitelmassa pitää näkyä kuntoutukselle asetetut tavoitteet ja perustelut lääkitäntällisenä kuntoutuksena haettaville palveluille. Kuntoutussuunnitelmassa tulee olla myös kuvattuna kuntoutujan toimintakyky, toiminnallinen haitta, hänen vahvuutensa ja voimavaransa sekä niihin vaikuttavat yksilö- ja ympäristötekijät sekä kuntoutujan oma motivaatio ja yhdyshenkilö.

Lääkinnällisen kuntoutuksen toimenpiteet ja päätökset perustuvat voimassaolevaan kuntoutussuunnitelmaan. Kuntoutussuunnitelman laatii asiakasta hoitava julkisen terveydenhuollon lääkäri yhdessä muiden asiakkaan hoitoon ja kuntoutukseen osallistuvien tahojen kanssa. Kuntoutus toteutetaan ensisijaisesti omana toimintana ja täydennetään tarvittaessa ostopalveluilla. Kun kyseessä on työtaturma tai liikennevahinko, kuntoutussuunnitelma osoitetaan ensisijaisesti vakuutusyhtiöön. Jos kyseessä on Kelan vaikeavammaisen henkilö, kuntoutussuunnitelma osoitetaan Kelaan.

2.3 Palveluseteli

Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelusetelilaki (569/2009) ja siihen liittyvä sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksulain 12 §:n muutos (570/2009) ovat tulleet voimaan 1.8.2009. Laissa määritellään palvelusetelin käytön toimintaperiaatteet kunnallisia sosiaali- ja terveystalveluja järjestettäessä. Palvelusetelilain tavoitteena on lisätä asiakkaan valinnan mahdollisuuksia, parantaa palvelujen saatavuutta, monipuolistaa palvelutuotantoa sekä edistää kuntien, elinkeinotoimen ja yksityisten palveluntuottajien yhteistyötä. Palveluseteli on yksi tapa järjestää lääkitäntällisen kuntoutuksen palveluita.

Palvelusetelillä järjestettävään kuntoutukseen kuntoutuja hakeutuu samalla tavalla kuin muita järjestämistalveluja käytettäessä. Lääkitäntällisen kuntoutuksen yksikkö arvioi kuntoutuksensaannin edellytykset ja kuntoutuksen järjestämisestä päätöksen tekee työryhmän puheenjohtajana toimiva lääkäri. Kuntoutujalla on oikeus kieltäytyä pal-

palvelusetelillä järjestetystä kuntoutuksesta, jolloin kuntoutus järjestetään muulla tavalla. Porin perusturva hyväksyy yksityiset palveluntuottajat, joiden palvelujen maksamiseen myönnettyä palveluseteliä voi käyttää. Palvelusetelipalveluntuottajaksi hyväksyminen edellyttää lakisääteisten ja kunnan asettamien kriteerien täyttymistä. Hyväksytyjen palveluntuottajien ajantasainen luettelo löytyy internetissä olevasta palveluseteliportaalista (<https://palse.fi>). Palveluseteliportaalista löytyy myös lääkinnällisen kuntoutuksen palvelusetelin sääntökirja.

Palveluseteli on palveluntuottajia kohtaan tasavertainen, kunta maksaa samasta palvelusta saman hinnan. Palvelusetelipalveluntuottajat määrittävät todellisen hintansa itse, palvelusetelin arvon ylittävä osuus jää asiakkaan maksettavaksi (omavastuuosuus). Palvelusetelin omavastuuosuus ei kerrytä terveydenhuollon maksukattoa. Oma toimintana tai maksusitoumuksella järjestettävästä terapiasta aikuinen kuntoutuja maksaa omavastuuosuutena asetuksen mukaisen maksun (8 €/käynti).

Porin perusturvakeskus on määritellyt palvelusetelin arvon seuraavasti aikuispotilaille (taulukko 1); Palvelusetelin arvo tarkistetaan vuosittain.

Tarjottu palvelu	Palvelusetelin arvo
fysioterapia hoitolaitoksessa 45min	33,10 €
fysioterapia hoitolaitoksessa 60min	39,75 €
fysioterapia asiakkaan kotona 45min	49,65 €
fysioterapia asiakkaan kotona 60min	59,60 €
toimintaterapia hoitolaitoksessa 45min	49,90 €
toimintaterapia hoitolaitoksessa 60min	59,90 €
toimintaterapia asiakkaan kotona 45min	74,85 €
toimintaterapia asiakkaan kotona 60min	89,85 €
lymfaterapia hoitolaitoksessa 60min	44,70€
lymfaterapia asiakkaan kotona 60min	67,05 €

2.3.1 Palvelusetelin uusinta

Palvelusetelin uusiminen edellyttää voimassa olevaa kuntoutussuunnitelmaa. Haettaessa jatkoa kuntoutukselle, toteutetusta terapiasta pitää olla palvelutuottajan terapiapalaute. Palautteessa tulee olla kuvaus kuntoutujan kokonaistoimintakyvystä ja toimintakyvyn eri osa-alueista sekä kuvaus annetun terapian vaikuttavuudesta ja sen muutoksesta toimintakyvyn suhteessa terapialle asetettuihin tavoitteisiin. Palvelutuottajan tulee toimittaa terapiapalaute toteutuneesta terapiasta yhdyshenkilölle kuukauden kuluessa terapiajakson päättymisestä ja ennen terapiajakson laskuttamista. Palveluseteli myönnetään korkeintaan vuodeksi. Erityisin perustein palvelusetelin voimassaoloaika voi olla pitempi kuin yksi vuosi. Lääkinnällisen kuntoutuksen palveluseteliä ei myönnetä jälkikäteen jo ostetuista tai saaduista palveluista.

3 LÄÄKINNÄLLISENÄ KUNTOUTUKSENA TOTEUTETTAVA FYSIOTERAPIA

Fysioterapiassa arvioidaan kuntoutujan terveyttä, liikkumista, toimintakykyä ja toimintarajotteita. Kuntoutussuunnitelman painopisteenä on kotona asuvan ihmisen toimintakyky ja liikkuminen sekä itsenäinen suoriutuminen. Fysioterapiaa myönnetään kotona asuvalle kuntoutujalle. Fysioterapiassa korostetaan aktiivista terapeuttista harjoittelua. Fysikaalisia hoitoja ja hierontaa ei lääkinällisenä kuntoutuksena myönnetä. Hoitoon liittyvät fysioterapiasarjat pyydetään Effican FYS-lehdellä/lähetteellä (esim. lonkkakuluma, tension neck).

Saatavuusperusteet ovat samat riippumatta siitä, toteutetaanko terapia organisaation omana toimintana lähipalvelukeskuksissa tai ostopalveluna. Ostopalveluissa noudatetaan terapiamäärissä samaa periaatetta kuin omassa toiminnassakin eli myönnetään enintään 30–45 x/vuodessa. Erityisin perustein terapiamäärää voidaan ylittää. Tarvittaessa voidaan kuntoutussuunnitelman tarkistamiseksi/päivittämiseksi arviokäyntinä/jaksona toteuttaa 1-5 kertaa.

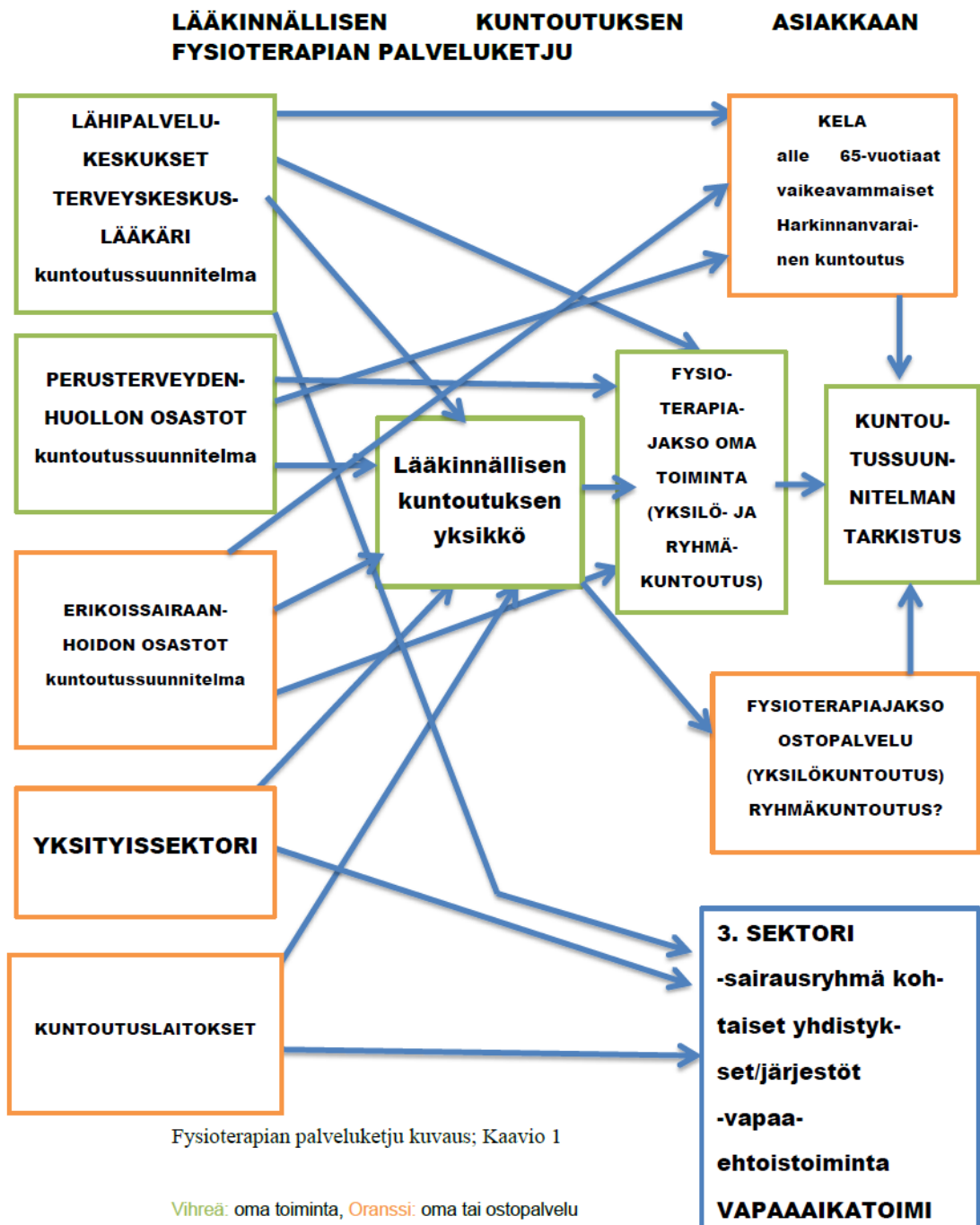
Kuntoutuspäätösten tukena on palveluketjukuvaus (kaavio 1). Kuntoutukseen panostetaan **sairauden akuutti- ja sen jälkeisessä vaiheessa yksilöllisen tarpeen mukaan**. Terapia voidaan toteuttaa joko yksilö- tai ryhmäterapiana. Yksilöfysioterapia voidaan myöntää vastaanotto- tai kotikäynteinä. Ryhmäterapiaan panostetaan aiempaa enemmän.

- ❖ **Yksityissektorilta ja kuntoutuslaitoksista tulevat kuntoutussuunnitelmat osoitetaan lääkinälliseen kuntoutukseen.**
- ❖ **Perusterveydenhuollosta ja erikoissairaanhoidosta tulevat kuntoutussuunnitelmat osoitetaan asiakkaan lähipalvelukeskukseen tai lääkinälliseen kuntoutukseen.**
- ❖ **Kuntoutussuunnitelman mukaisesti voidaan hakea myös Kelan vaikeavammaisten kuntoutusta tai harkinnanvaraista kuntoutusta.**

Aivohalvaus- ja aivovammapotilaiden fysioterapian onnistumisen edellytyksenä on, että kuntoutujalla on riittävät kognitiiviset taidot, vireystaso ja motivaatio. Kuntoutujan on kyettävä osallistumaan fysioterapiatilanteeseen aktiivisena toimijana sekä vastaanottamaan ja noudattamaan toimintaohjeita.

Lääkinällisenä kuntoutuksena fysioterapiaa toteutetaan lääkärin laatiman kuntoutussuunnitelman mukaisesti ensimmäisen vuoden ajan silloin, kun siitä arvioidaan olevan merkittävää hyötyä kuntoutujan toimintakyvyn edistymiseksi. AVH-kuntoutujien fysioterapia toteutetaan ensimmäisen vuoden ajan omana toimintana. Yksilöllisen tarpeen arvioinnin ja kuntoutussuunnitelman perusteella fysioterapiaa voidaan jatkaa siihen saakka kun on tarpeen toimintakyvyn edistymisen tai heikkenemisen ehkäisyn kannalta.

Muissa neurologisissa sairauksissa (esim. MS-tauti, Parkinsonin tauti, lihassairaudet, CP-vammat) ja muissa sairauksissa (esim. polio, selkäydinvammat, traumatologiset sairaudet) fysioterapiaa myönnetään kuntoutussuunnitelman ja yksilöllisen tarpeen arvioinnin perusteella silloin, kun potilaan toimintakyky on pysyvästi alentunut ja kun voidaan olettaa, että fysioterapiasta on merkittävää hyötyä kuntoutujan toimintakyvyn edistymiseksi tai ylläpysymiseksi.



4 LÄÄKINNÄLLISENÄ KUNTOUTUKSENA TOTEUTETTAVA TOIMINTATERAPIA

Porin perusturvakeskus järjestää toimintaterapiaa sairaalan osastoilla ja avopuolella aikuisille ja ikääntyneille kuntoutujille. Avopuolen toimintaterapian keskeiset potilasryhmät ovat: AVH ja MS kuntoutujat, nivelreumaa sairastavat sekä TULE- ja artroosipotilaat. Sairaalan osastoilla pääosa kuntoutujista on neurologisia kuntoutuspotilaita.

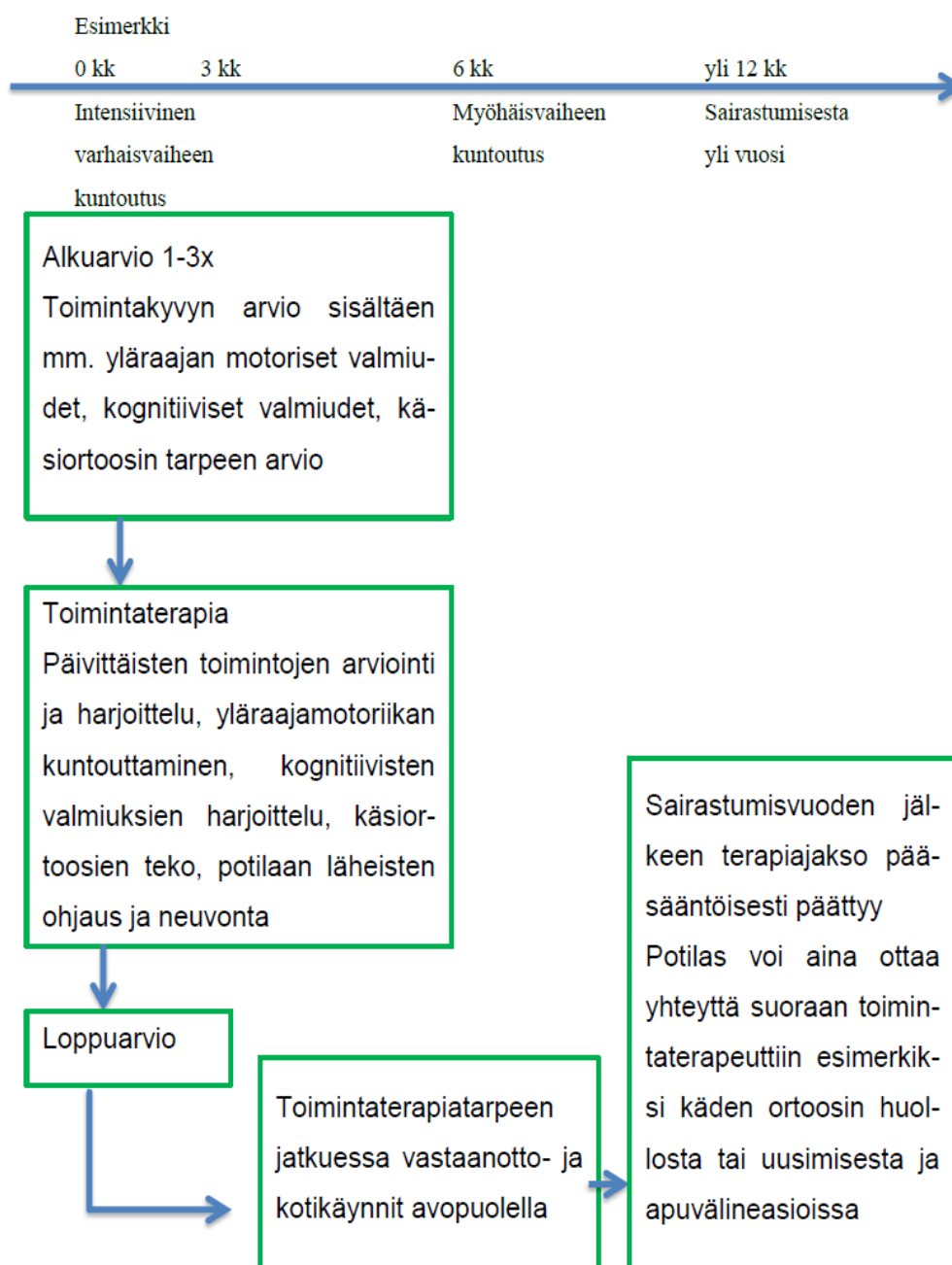
Toimintaterapiaan tullaan pääosin lääkärin läheteellä, mutta myös esimerkiksi fysioterapeutin, kuntoutusohjaajan ja kotihoidon pyynnöstä palveluita tarjotaan mm. pienapuvälineasioissa. Toimintaterapian terapiajaksot toteutetaan aina lääkärin läheteellä.

Toimintaterapian sisältö:

Toimintaterapiassa arvioidaan ja edistetään kuntoutujan toimintakykyä ja toimintakokonaisuuksien hallintaa. Yläraajan toimintakyvyn arvioinnissa käytetään yläraajojen karkea- ja hienomotoriikkaa mittaavia standardoituja testejä: Box and Block, Nine Hole Peg, Purdue Pegboard ja Valpar 9. Toimintaterapiassa arvioidaan ja harjoitellaan kognitiivisia valmiuksia, kuten toispuoleista huomiotta jättämistä, hahmottamista, muistia ja tarkkaavaisuuden ylläpitoa.

Toimintaterapiassa arvioidaan ja harjoitellaan päivittäisiä toimintoja, esimerkiksi pukemista, kasvojen ja hampaiden pesuja ja keittiötoimintoja. Tehtäviin kuuluu myös käsiortoosien valmistaminen ja erilaisten elastisten sormi- ja rannetukien sovittaminen. Kuntoutujan omatoimisuutta edistämään tehdään pienapuvälinearvioita, joiden pohjalta lainataan pienapuvälineitä. Työkykyarvio sisältää toimintaterapeutin lausunnon kuntoutujan yläraajojen motoriikasta ja erilaisissa työasennoissa tapahtuvasta työskentelystä. Toimintaterapeutti osallistuu osastolla olevan kuntoutujan asunnonmuutostyöarvioon.

Vuodeosastolla olevan kuntoutujan toimintaterapian palveluketju



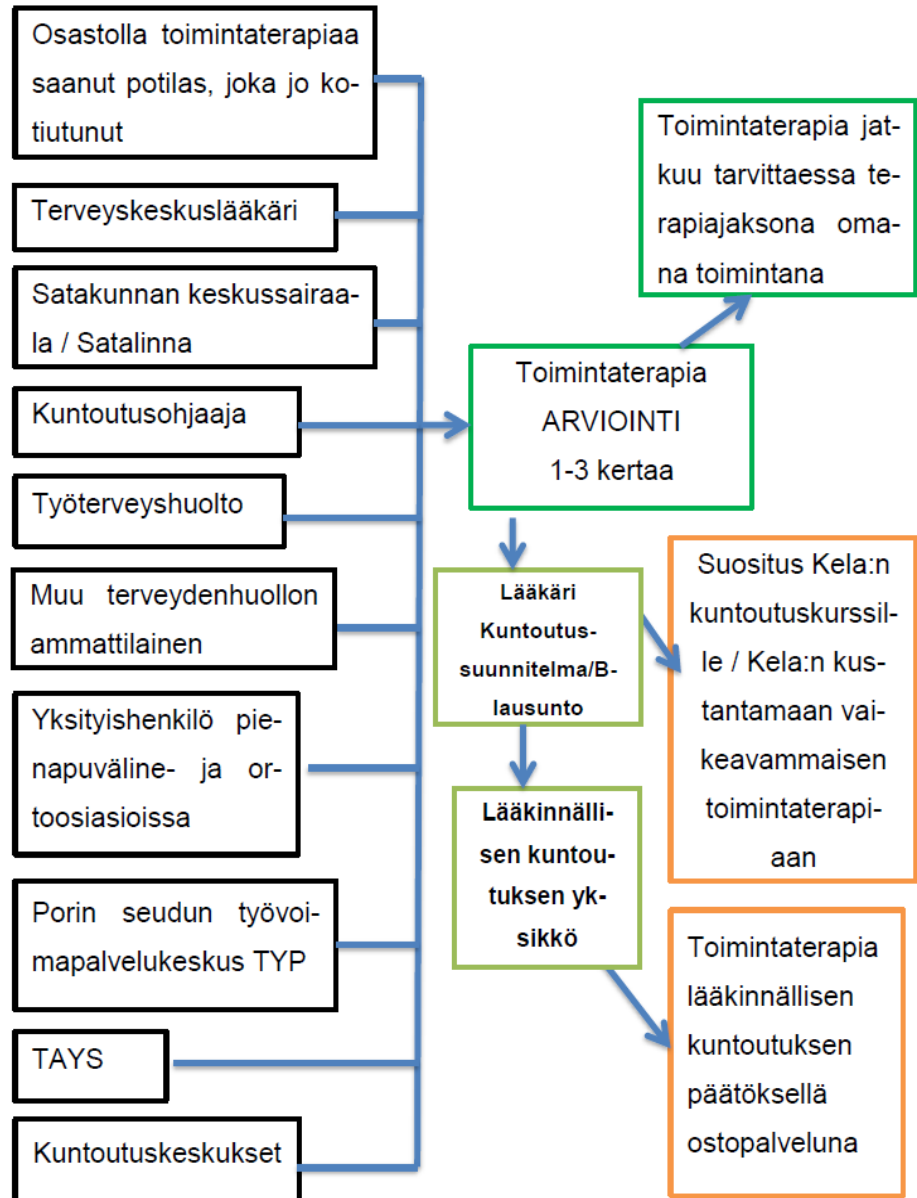
Toimintaterapian palveluketjukuvaus, vuodeosastolla oleva kuntoutuja; Kaavio 2

Vihreä: oma toiminta, Oranssi: oma tai ostopalvelu

Sininen: 3 sektori

Avopuolen toimintaterapiaketju

Toimintaterapiaan ohjautuminen



Toimintaterapian palveluketjukuvaus avopuolella; Kaavio 3

Vihreä: oma toiminta, Oranssi: oma tai ostopalvelu

Sininen: 3 sektori

5 LÄÄKINNÄLLISENÄ KUNTOUTUKSENA TOTEUTETTAVA PUHETERAPIA

Puheterapia määritellään lääkinälliseksi kuntoutukseksi, jonka tarkoituksena on ehkäistä, lievittää ja poistaa esimerkiksi kielellisten taitojen, kommunikaation, äänen ja nielemisen kehityksellisiä tai myöhemmin hankittuja häiriöitä.

Tavallisin aikuisen puheterapiaan ohjautumisen syy on aivohalvauksesta aiheutuva **afasia, dysartria tai nielemisen häiriö**. Monilla etenevää neurologista sairautta sairastavilla asiakkailla tulee myös muutoksia puheen, kommunikaation, äänen tai nielemisen toiminnoissa muutoksia.

Puheterapeutti tutkii, diagnosoi ja kuntouttaa edellä mainittuja häiriöitä sairastavia henkilöitä. Lisäksi hän antaa asiakkailleen ja heidän lähiympäristölleen tietoa vaman tai sairauden aiheuttamista toimintakyvyn muutoksista logopedian näkökulmasta ja ohjaa heitä toimimaan mahdollisimman hyvin muutoksista huolimatta.

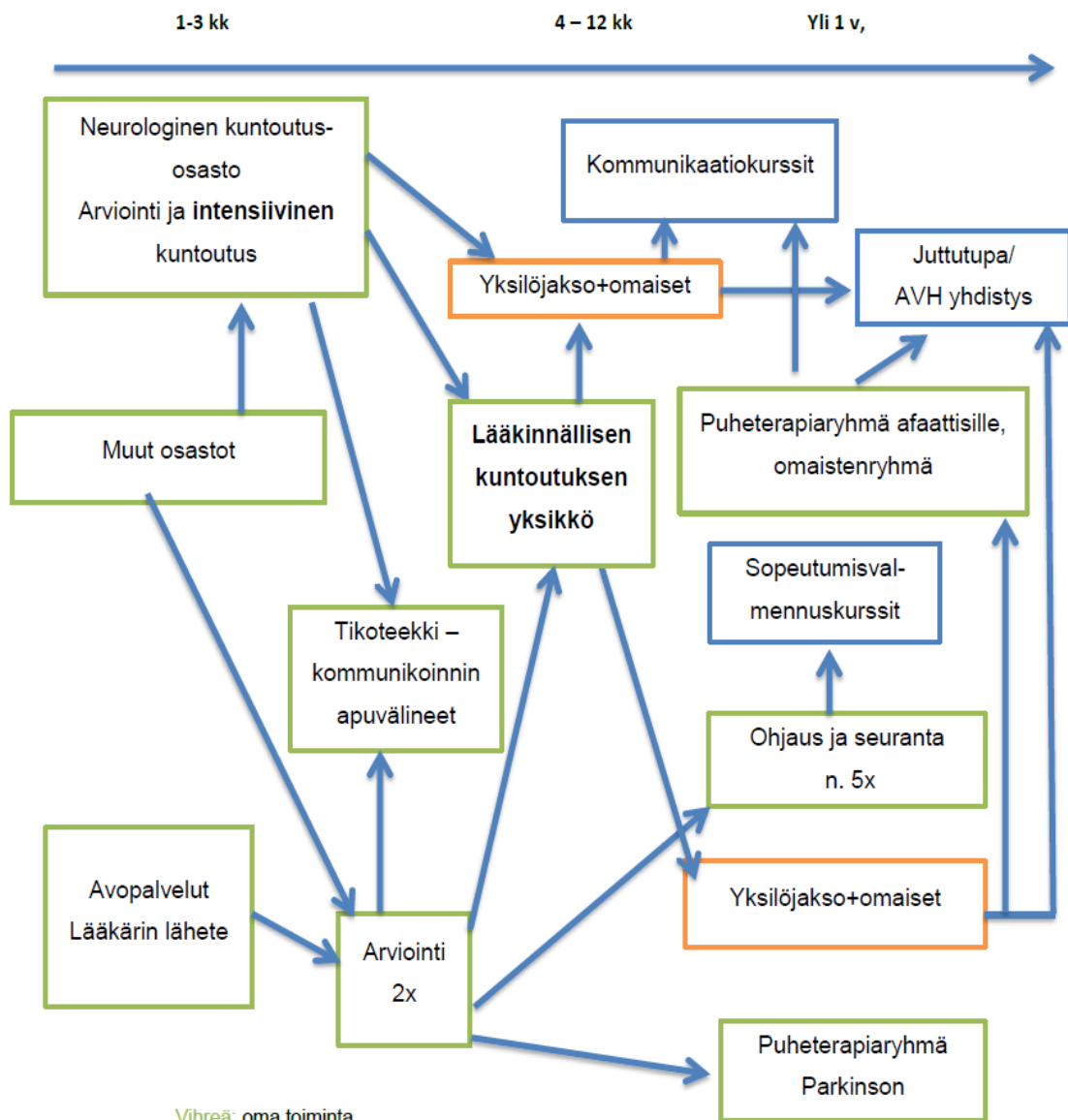
Porin perusturvakeskuksessa työskentelee yksi puheterapeutti aikuisasiakkaiden kanssa. Asiakkaat ohjautuvat puheterapiaan pääosin lääkärin läheteellä, mutta myös esimerkiksi fysioterapeutin, kuntoutusohjaajan, kotihoidon tai toisessa organisaatiossa työskentelevän puheterapeutin pyynnöstä puheterapeutti voi tutkia asiakkaan.

Kuntoutukseen panostetaan sairauden akuutti- ja sen jälkeisessä vaiheessa yksilöllisen tarpeen mukaan. Puheterapiaa pyritään mahdollisuuksien mukaan antamaan päivittäin, mikäli potilas on sairaalan vuodeosastolla ja hänellä afasia tai dysfagia. Puheterapiaa voidaan ostaa jaksoittain yksityisiltä palveluntuottajilta. Saatavuusperiaatteet ovat samat riippumatta siitä toteutetaanko terapia organisaation omana toimintana tai ostopalveluna. Puheterapiaa voi polikliinisesti enintään saada 45x ensimmäisen vuoden aikana sairastumisesta. Erityisin perustein terapiamäärä voidaan ylittää. Puheterapia voidaan toteuttaa yksilö- tai ryhmäterapiana tai näiden yhdistelmänä.

Milloin lähete puheterapeutille?

- ❖ Kun huomaat, että asiakkaasi toistuvasti ymmärtää väärin/ei ymmärrä ollenkaan mitä sanot
- ❖ Kun sinun on vaikea saada selvää asiakkaasi puheesta esim. puheen tuoton epäselvyyden tai sanojen löytämisen vaikeuden takia
- ❖ Kun huomaat tai asiakas valittaa, että lukeminen ja/tai kirjoittaminen on hankalampaa kuin aiemmin
- ❖ Kun asiakkaasi tarvitsee puhetta tukevia tai korvaavia keinoja voidakseen ilmaista itseään
- ❖ Kun asiakkaasi valittaa, että ääni on hiljalleen heikentynyt ja/tai puheen muodostaminen on muuttunut työläämmäksi
- ❖ Kun asiakasta yskittää ruokaillessa tai juodessa
- ❖ Kun ruoan/juoman käsittely suussa on vaikeutunut
- ❖ Kun mietit saako asiakas riittävästi ravintoa suun kautta
- ❖ Kun mietit voisiko asiakkaan nielemistoimintoja kuntouttaa, jotta esim. nenämahaletkusta tai peg-letkusta pääsisi eroon
- ❖ Kun asiakkaan äänen tuottaminen on vaikeaa esim. tracheakanyylista johtuen
- ❖ Kun asiakkaallasi on puhetoimintoihin vaikuttava perussairaus esim. als tai parkinson. Mitä varhaisemmin lähete tulee puheterapeutille sitä enemmän puheterapeutti pystyy auttamaan.
- ❖ Kun vuorovaikutus ei aivovaurion takia toimi

Puheterapian palveluketju



Vihreä: oma toiminta

Oranssi: oma tai ostopalvelu

Sininen: 3 sektori

Puheterapian palveluketjukuvaus; Kaavio 4

6 LÄÄKINNÄLLISENÄ KUNTOUTUKSENA TOTEUTETTAVA LYMFATERAPIA

Lymfaterapiaan **tarvitaan lääkärin lähete**, joka lähetetään Porin perusturvakeskuksen kuntoutuspalveluiden polikliiniseen osaamiskeskukseen (Maantiekatu 31). Lähetettä tulee terveystieteidenkeskuksesta, Satakunnan keskussairaalan, työterveyshuollosta tai yksityissektorilta. Yhteistoiminta-alueen lymfaterapia toteutuu joko omana toimintana osaamiskeskuksessa tai ostopalveluina yksityissektorilla. Syöpäpotilaat ovat pääsääntöisesti käyneet ensimmäisen hoitjakson keskussairaalan maksusitoumuksella yksityissektorilla. Perusturvan lymfaterapian piiriin kuntoutujat tulevat yleensä noin 1,5 vuotta sairastumisensa jälkeen.

Porin perusturvan lääkinällisen kuntoutuksen lymfaterapiaan päästäkseen henkilön tulee täyttää **joku seuraavista kriteereistä**:

- ❖ syöpäleikkaus tai muu imusolmukkeisiin kohdistuva laaja kirurginen toimenpide
- ❖ sädehoito nivustaipeeseen, lantioon tai kainaloon
- ❖ krooninen infektio, lähinnä ruusu
- ❖ synnynnäinen imusuoniston kehityshäiriö

Samoilla kriteereillä on mahdollista saada yksityissektorilla toteutuneesta lymfaterapiasta korvausta Kelalta.

Kaikki lymfaterapiaa tarvitsevat käyvät ensin omana toimintana toteutettuna neljän kerran arviojakson, jossa arvioidaan sen hetkinen lymfaterapian tarve. Tämän jälkeen tehdään tarvittaessa suositus lääkinälliseen kuntoutukseen, jossa asia käsitellään ja toiminta toteutetaan mahdollisuuksien mukaan omana toimintana tai ostopalveluna. Yksityissektorilla lymfaterapiassa käyvien kontrollit järjestetään omana toimintana muutamien vuosien välein uusina arviojaksoina.

Lymfaterapian hoitokerrat on määritelty neljään luokkaan. Lymfaterapeutti määrittelee mihin luokkaan kuntoutuja kuuluu.

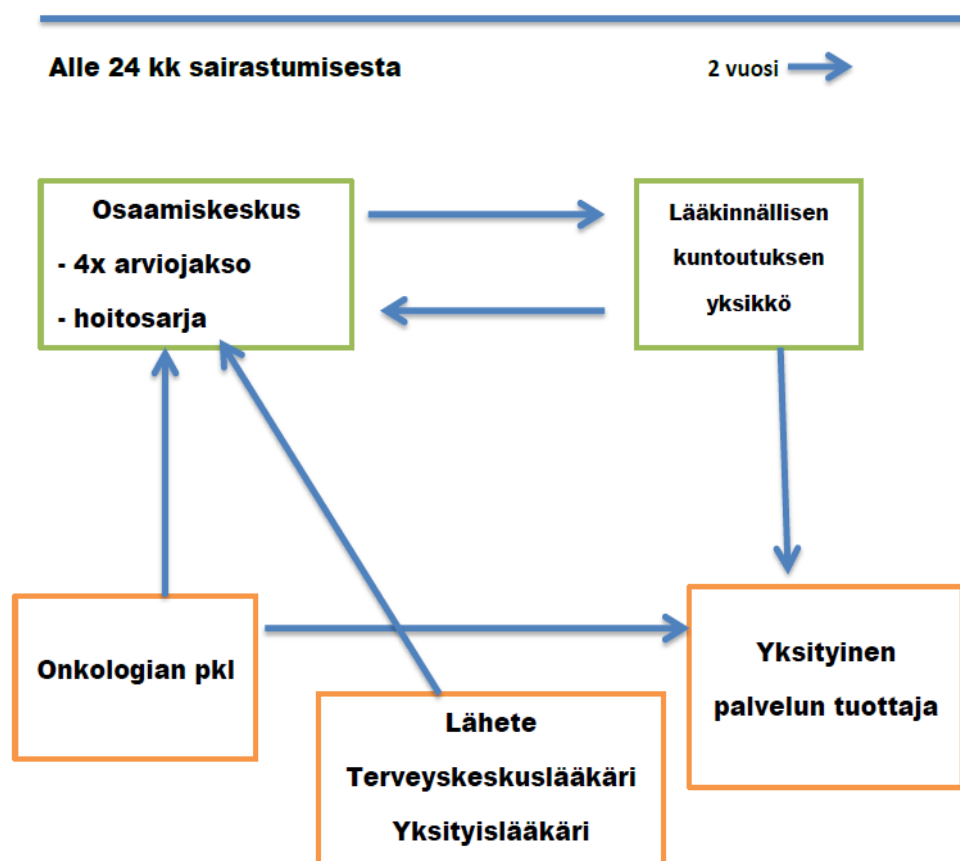
- | | |
|--------------|--|
| ❖ I luokka | arviokäynnit 4 käyntiä, omana toimintana |
| ❖ II luokka | 8 - 12 käyntiä, toteutetaan pääasiassa omana toimintana |
| ❖ III luokka | 12 - 16 käyntiä, toteutuu osin omana toimintana,
osin ostopalveluna |
| ❖ IV luokka | 16 - 25 käyntiä, toteutetaan ostopalveluna |

Suurin osa kuntoutujista kuuluu luokkaan III. Hoidot jaksotetaan kuntoutujien kanssa yhteistyössä vuoden ajalle. Pääsääntöisesti lymfaterapiassa käydään kerran viikossa, osa käy kahden viikon välein ylläpitävässä hoidossa. Turvotuksesta riippuen hoitoja voidaan antaa aluksi kaksi kertaa viikossa.

Lymfahoidon tukena ovat lääkinnälliset hoitotuotteet sukat, hihat, hanskat. Näitä myönnetään maksusitoumuksella esim. syöpäleikkauksen ja ruusuinfektion jälkeen. Kuntoutujan tulee sitoutua lääkinnällisten hoitotuotteiden käyttöön lymfaterapian tukena. Lymfaterapian määrää voidaan vähentää, mikäli kuntoutuja ei osaltaan huolehdi turvotuksen hoidosta lääkinnällisillä hoitotuotteilla.

Henkilöt, jotka eivät täytä edellä mainittuja kriteereitä, ohjataan yksityissektorille.

Lymfaterapian palveluketju



Lymfaterapian palveluketjukuvaus: Kaavio 5

Vihreä: oma toiminta, Oranssi: oma tai ostopalvelu

Sininen: 3 sektori

7 JALKATERAPIA/JALKOJENHOITO

Porin perusturvakeskuksen jalkaterapiassa toimii jalkaterapeutti ja jalkojenhoidon ammattilainen.

Jalkojenhoito määräytyy diagnoosin mukaan. Hoitoa saavat diabeetikot, reumaatikot ASO ja psoriaatikot.

Diabeetikot hoidetaan riskiluokan mukaan. Riskiluokkaan 0 ja 1 kuuluvien jalkojenhoito tapahtuu asiakkaan itsensä tekemänä tai he hakeutuvat yksityisen jalkojenhoitajan vastaanotolle. Riskiluokat 2 ja 3 hoidetaan jalkaterapiassa.

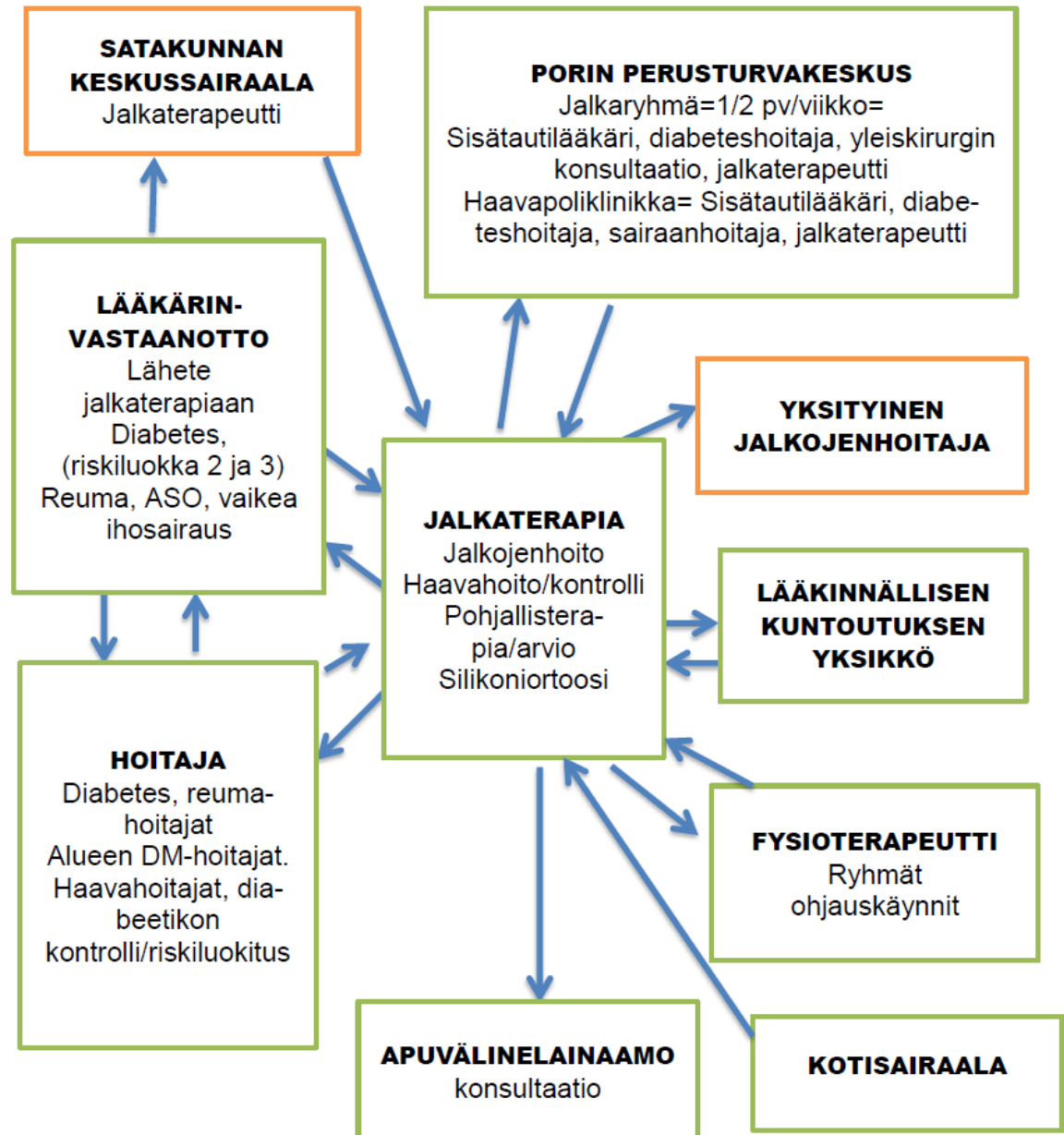
Riskiluokkaan 0 ja 1 kuuluvien asiakkaiden jalkojen kunto kontrolloidaan vuosittain joko lääkärin tai diabeteshoitajan vastaanotolla. Riskiluokkaan 2 kuuluvat asiakkaat hoidetaan jalkaterapiassa 3-4 kk:n välein ja riskiluokkaan 3 kuuluvat 2-3 kk:n välein tai tarpeen mukaan.

Jalkaterapiaan kuuluu myös haavahoidot ja -kontrollit, kevennyshoito, tukipohjallisten ja erityisjalkineiden arviot ja maksusitoumussuositukset (diagnoosit huomioiden). Jalkaterapiaan tullaan lääkärin, diabeteshoitajan, reumahoitajan, terveydenhoitajan tai Satakunnan keskussairaalan jalkaterapeutin läheteellä. Lähetteitä tulee myös perusturvakeskuksessa toimivan jalkaryhmän ja haavapoliklinikan vastaanotolta.

Jalkaterapiasta voidaan tarvittaessa lähettää asiakas lääkärin tai diabetes- ja reumahoitajan vastaanotoille, sekä haavahoitoon alueiden haavahoitajille tai terveydenhoitajille.

Jalkaterapeutti tekee yhteistyötä, lähinnä konsultaation muodossa, apuvälinelainamon ja fysioterapeutin kanssa.

Jalkaterapian ja -hoidon palveluketju



Jalkaterapian- ja hoidon palveluketju; Kaavio 6.

Vihreä: oma toiminta, Oranssi: oma tai ostopalvelu

Sininen: 3 sektori

8 KUNTOUTUSOHJAUS

Terveystieteiden tutkimuskeskuksessa kuntoutusohjausta toteutetaan osana kuntoutujan kokonaisuhoitoa joko kuntoutujan omassa elinympäristössä tai sairaalassa. Kuntoutusohjauksen prosessit ja toimintamuodot kehittyvät kuntoutujan tarpeiden ja hoidon toteutuksen ja painopisteiden myötä. Kuntoutuspalveluja tarvitseva asiakas on kuntoutuja, jolla on palveluprosessissa keskeinen asema ja oma aktiivinen roolinsa.

Kuntoutusohjauksen toiminta-ajatuksena on luoda edellytyksiä vammaisten ja pitkäaikaisesti sairaiden kuntoutumiselle tukemalla toimintakyvyn ja elämänhallinnan paranemista muuttuneessa elämän tilanteessa. Kuntoutusohjaus on kuntoutujien ja heidän läheistensä ohjaamista ja neuvomista löytämään tarkoituksenmukaisia ratkaisuja kuntoutumisen edistämiseksi.

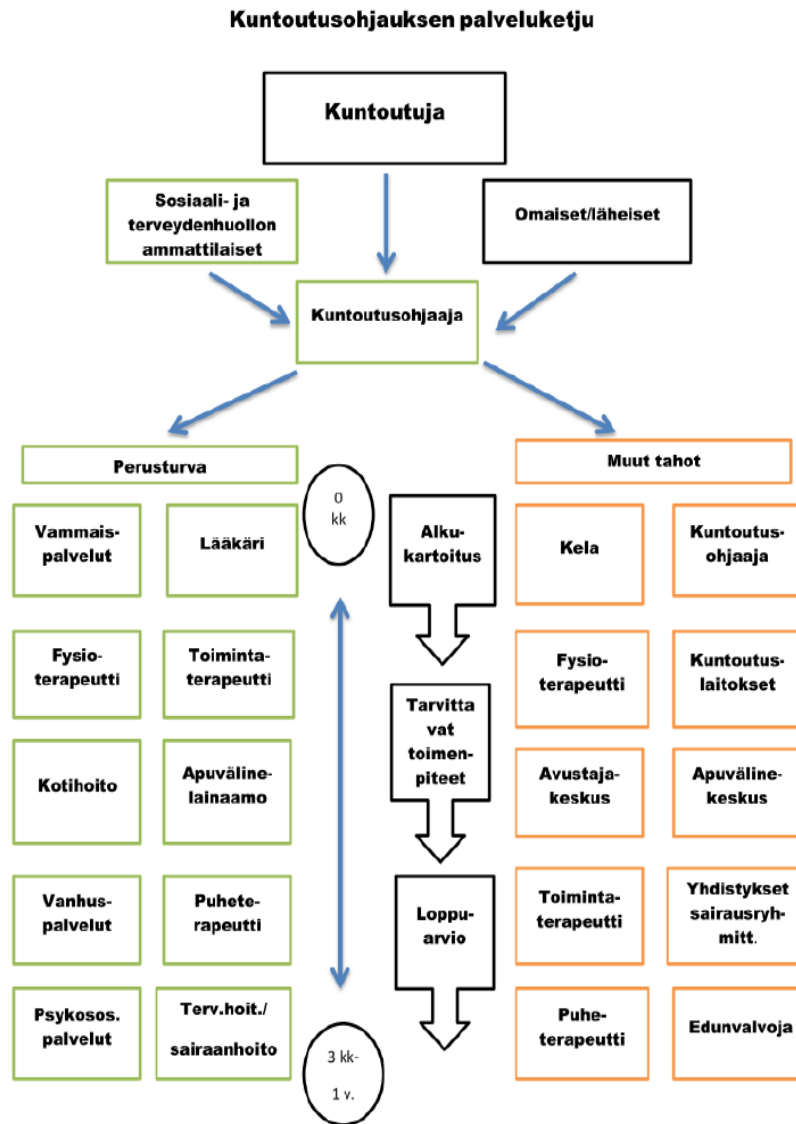
Kuntoutusohjauksen lähtökohdaksi on kuntoutujan tarvitsemien palvelujen tarjoaminen. Omaisten ja läheisten osuus kuntoutumisprosessissa on usein ratkaisevan tärkeä. Läheinen voi toimia yhteistyössä kuntoutusohjaajan kanssa ja tarvittaessa myös kuntoutujan asioiden hoitajana silloin, kun tämä itse ei siihen pysty, esim. aivohalvauspotilaat. Kuntoutusohjaaja toimii yhteistyössä moniammatillisesti useiden eri tahojen kanssa (palveluketjukuvaus kuva 7).

**Kuntoutusohjaajaan voi ottaa yhteyttä kuntoutuja itse, hänen läheisensä, sosi-
aali- ja terveydenhuollon edustaja tai muu viranomainen. Erillistä lähetettä
kuntoutusohjaukseen ei tarvita. Kuntoutusohjaus on kuntoutujalle maksutonta.
Kuntoutusohjaajan tapaamisia voi olla muutamasta kerrasta vuosittain tapahtu-
vaan säännölliseen arviointiin.**

Toimintamuodot

Kuntoutusohjaus voi toteutua tapaamalla kuntoutuja **henkilökohtaisesti tämän kotona, osastolla, kuntoutusohjaajan vastaanotolla sekä sosiaalihuollon tai muiden yhteistyötahojen toimipisteissä**. Henkilökohtaisen tapaamisen lisäksi kuntoutusohjausta toteutetaan myös puhelimitse.

Kotikäyntien, tapaamisten ja puhelinkontaktien tarkoituksena on neuvoa, tukea ja suunnitella kuntoutujan selviytymistä hänen omassa koti- ja elinympäristössään. Kuntoutujan toimintakyvyn mahdollisuuksista, vahvuuksista ja rajoituksista hankittu ennakkotieto on avuksi kuntoutuksen suunnittelussa. Tapaamisten perusteella laaditaan lausuntoja tai suosituksia mm. kuntoutuksen järjestelyistä, vammaispalvelulain mukaisista palveluista ja tukitoimista, kuten asunnonmuutostyöarvioista sekä apuvälinetarpeesta. Lisäksi selvitetään sosiaalisia etuuksia ja tarvittaessa avustetaan hakemusten täyttämässä.

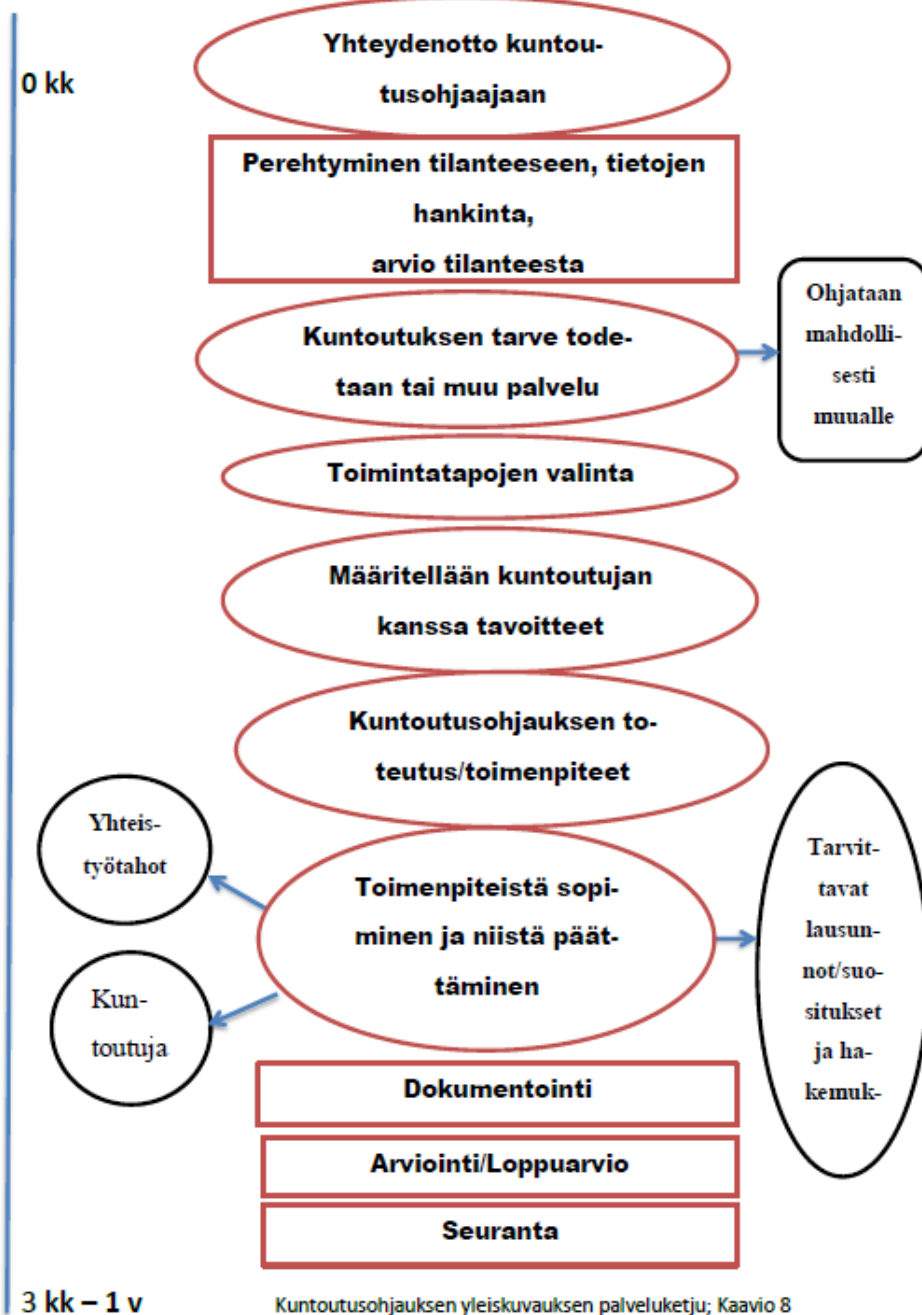


Kuntoutusohjauksen palveluketju kuvaus; Kaavio 7.

Vihreä: oma toiminta, Oranssi: oma tai ostopalvelu

Sininen: 3 sektori

Kuntoutusohjauksen yleiskuvauksen palveluketju



Kuntoutusohjauksen yleiskuvauksen palveluketju; Kaavio 8

9 SOPEUTUMISVALMENNUS

Kuntoutujalla on mahdollisuus hakea Kelan kuntoutuksena järjestettäville sopeutumisvalmennuskursseille. Kurseja voidaan myöntää vaikeavammaisen lääkinnällisenä- tai harkinnanvaraisena kuntoutuksena.

Porin perusturvakeskuksen yhteistoiminta-alueella tuetaan kuntoutujan lähellä tapahtuvaa sopeutumisolennusta. Aivohalvaus- ja afasiayhdistyksen järjestämälle sopeutumisolennuskurssille Porissa myönnetään hakemusten perusteella maksusitoumuksia. Lisäksi Porin perusturvakeskus järjestää omana toimintana sopeutumisolennuskursseja Parkinson potilaille. Porin perusturvakeskus myöntää edellä mainituille sopeutumisolennuskursseille maksusitoumuksia vuoro vuosin kulloinkin olemassa olevien resurssien mukaan.

10 APUVÄLINEET

Apuvälinepalveluiden järjestäminen on pääsääntöisesti kunnan tehtävä. Apuvälinepalvelut ovat osa terveydenhuollon perusturvaan kuuluvia palveluita, joiden saatavuus on julkisen terveydenhuollon turvattava. Vaikka kunnilla on kansanterveyslain ja erikoissairaanhoidon lain soveltamisessa ja toteuttamisessa harkintavaltaa, lainsäädännön hyväksymää erilaisuutta apuvälinepalveluiden toteuttamisessa rajoittavat perustuslain yhdenvertaisuussäännökset. Tästä johtuen harkintavaltaa on käytettävä niin, että kaikilla kunnan asukkailla on mahdollisuus saada palveluja yhtäläisin perusteiden, jotta alueellinen tasa-arvo toteutuu. Perusteiden tulee olla hyväksyttävää, ennalta tiedossa olevia ja kohdistua kaikkiin samalla tavoin.

Porin perusturvakeskus on liittynyt Satakunnan alueelliseen apuvälinekeskukseen v. 2010. Apuvälinekeskus toimii sairaanhoitopiirin apuvälinepalveluiden asiantuntijana ja koordinoijana. Apuvälinekeskus tuottaa erikoissairaanhoidon kuuluvat apuvälinepalvelut lukuun ottamatta hengityksen, näön ja kuulon apuvälinepalveluita, jotka tuotetaan kyseisillä erikoisaloilla. Lisäksi apuvälinekeskus tuottaa erikseen sovitut

palvelut alueelliseen toimintamalliin kuuluville kunnille, kuten Porille. Poria laskutetaan apuvälinepalveluista asukasluvuun perustuvalla perusmaksulla ja hinnaston mukaisilla palvelumaksuilla. Yhteinen **toimintakäsikirja ja saatavuusperusteet** ohjaavat apuvälinekeskukseen kuuluvia kuntia.

[www.satshp.fi/Toimipaikat/Satalinnan sairaala/Osastot ja poliklinikat/Apuvalinekeskus/ Hyvä tietää/](http://www.satshp.fi/Toimipaikat/Satalinnan_sairaala/Osastot_ja_poliklinikat/Apuvalinekeskus/Hyva_tietaa/) Apuvälineiden saatavuusperusteet Satakunnan sairaanhoitopiirissä

Linkki toimintakäsikirjaan ja saatavuusperusteisiin:

http://www.satshp.fi/toimipaikat/satalinnan-sairaala/Documents/Apuvalineiden%20Saatavuusperusteet_Satshp_%20versio%203.1.pdf