

Multippeliskleroosi- (MS) ja aivoverenkiertohäiriö- (AVH) kuntoutujien  
kuntoutussuunnitelmien laatu

Knuutila Pirjo  
Fysioterapian pro gradu -tutkielma  
Jyväskylän yliopisto  
Terveystieteiden laitos  
Kevät 2008

## TIIVISTELMÄ

Multippeliskleroosi- (MS) ja aivoverenkiertohäiriö- (AVH) kuntoutujien kuntoutussuunnitelmien laatu  
Knuutila Pirjo

Jyväskylän Yliopisto, Liikunta- ja terveystieteiden tiedekunta, terveystieteiden laitos, kevät 2008  
45 sivua, liitteet 2

Ohjaajat: Professori Heinonen Ari Jyväskylän Yliopisto, TtM Paltamaa Jaana Jyväskylän Yliopisto ja  
FT Peurala Sinikka Jyväskylän Yliopisto.

---

**Tutkimuksen tarkoitus:** Tämän rekisteritutkimuksen tarkoituksena oli selvittää Kansaneläkelaitokselle (Kela) tehtyjen vaikeavammaisten lääkinnällisen kuntoutuksen kuntoutussuunnitelmien laatua tarkastelemalla suunnitelmien laatimiseksi annettujen ohjeiden toteutumista. Tarkoituksena oli myös selvittää kuntoutussuunnitelmien laadussa olevia eroja laatijatahojen välillä sekä kuntoutuslaki uudistuksen vaikutusta suunnitelmien laatuun.

**Tutkimuksen aineisto ja menetelmät:** Tutkimuksen perusjoukon muodostivat koko Suomen alueelta Kelalta myönteisen vaikeavamman lääkinnällisen kuntoutuspäätöksen (KKL 610/1991, 3§) vuonna 2006 saaneet multippeliskleroosia (MS G35) tai aivoverenkiertohäiriötä (I61, I63, I67 tai I69) sairastavat kuntoutujat. Molemmista diagnoosiryhmistä mukaan analyysiin otettiin sata kuntoutussuunnitelmaa. MS-kuntoutussuunnitelmat olivat ajalta 19.3.2003-14.12.2006 ja AVH-kuntoutussuunnitelmat ajalta 24.9.2003-10.11.2006. Aineisto käsitti alle 65-vuotiaiden aikuisten, 97 miehen ja 103 naisen kuntoutussuunnitelmat. Aineisto käsiteltiin SPSS 15.0.1 -ohjelmistolla. Muuttujille laskettiin frekvenssit, prosenttiosuudet, keskiarvo, keskihajonta ja vaihteluväli. Ryhmien vertailut tehtiin Pearson Chi Square -testillä.

**Tulokset:** MS- ja AVH-kuntoutussuunnitelmien sisältö vastasi huonosti Kelan antamia kuntoutussuunnitelman laadintaohjeita ja kokonaisuudessaan kuntoutussuunnitelmien laatu oli heikko. Kuntoutussuunnitelmien moniammatillinen laadinta (9%) ja kuntoutujan osallistuminen oman kuntoutussuunnitelman laatimiseen (7%) oli vähäistä. Kuntoutussuunnitelmissa toimintakyky (74%) ja liikkuminen (85%) oli kuvattu puutteellisesti ja niistä usein puuttui myös tieto perustoiminnoissa mahdollisesti olevasta avuntarpeesta ja tukipalvelujen käytöstä. Lisäksi kuntoutuksen tavoitteiden ja seurantasuunnitelman kirjaaminen oli puutteellista. Kuntoutussuunnitelmien huono laatu näytti liittyvän moniammatilliseen kuntoutustyöryhmän puuttumiseen, kuntoutussuunnitelmalomakkeen vähäiseen käyttöön ja siihen, että kuntoutujan osallistumista suunnitelman laatimiseen ei ollut kirjattu.

MS-suunnitelmista perusterveydenhuollossa ja muualla kuin julkisen terveydenhuollon yksikössä laaditut suunnitelmat olivat laadultaan parempia kuin erikoissairaanhoidossa laaditut suunnitelmat. Laadultaan parempia kuntoutussuunnitelmia näyttää selittävän kuntoutussuunnitelmien moniammatillinen laadinta ( $p=0,033$ ) ja perusterveydenhuollossa myös kuntoutussuunnitelmalomakkeen käyttö suunnitelmien laadinnassa ( $p<0,001$ ). AVH-suunnitelmien laadussa ei ollut merkitsevää eroa suunnitelmien laatijatahojen välillä.

Kelan kuntoutuslain (KKRL 566/2005) voimaan astumisen jälkeen tehtyjen MS-suunnitelmien laatu osin heikkeni ja osin parani, mutta sen sijaan AVH-suunnitelmien laadinnassa ja laadussa ei tapahtunut tilastollisesti merkitsevää muutosta. Tätä tulosta tarkasteltaessa on otettava huomioon, että tutkimus ajoittui lakiuudistuksen ajankohtaan ja vertailu tapahtui lyhyellä ajanjaksolla.

**Johtopäätökset:** Tulosten perusteella voidaan suositella erityisesti kuntoutuksen suunnitteluun laaditun KU207-lomakkeen käyttöä ja kuntoutussuunnitelmien laatimista moniammatillisessa työryhmässä. Jatkotutkimusta tarvitaan selvittämään, ovatko suunnitellut ja Kelan myöntämät terapiamuodot ja laitoskuntoutukset intensiteetiltään ja toteutustavaltaan näyttöön perustuvan tiedon ja suositusten mukaisia. Tärkeää olisi myös selvittää, vaikuttaako kuntoutussuunnitelman laatu kuntoutujan saaman kuntoutuksen laatuun. Myös Kelan vakuutusalueiden välinen vertailu suunniteltujen ja toteutuneiden laitoskuntoutusjaksojen ja terapioiden määrässä, intensiteetissä sekä toteuttamistavassa on tarpeen selvitetäessä terapiapalveluiden tasapuolista jakautumista koko maan alueella.

---

## ABSTRACT

---

The quality of rehabilitation plans for Multiple Sclerosis (MS) and Stroke clients.

Knuutila Pirjo.

University of Jyväskylä, Faculty of Sport and Health Sciences, Department of Health Sciences, Spring 2008.

Master's thesis, physiotherapy, pages 45, appendices 2

Advisors: Professor Heinonen Ari University of Jyväskylä, Paltamaa Jaana M.Sc. University of Jyväskylä and Peurala Sinikka PhD University of Jyväskylä

---

Purpose of this register based study was to determine the quality of rehabilitation plans of severely disabled person's. Rehabilitation plans were made for the Social Insurance Institution (Kela), Finland. The aims were also to determine the differences in quality of rehabilitation plans between the different types of health care units and to determine the influence of rehabilitation law reform in the quality of rehabilitation plans.

The study population of this study consist all Multiple sclerosis (MS G35) and Stroke clients (I61, I63, I67 or I69) from all around Finland who received positive decision of Kela to the rehabilitation of severely disabled person (KKL 610/1991, 3§) in 2006. All the insurance regions of Kela in Finland were included. One hundred fresh rehabilitation plans of both diagnostic groups were analyzed. The MS-rehabilitation plans were from period 19.3.2003-14.12.2006 and Stroke-rehabilitation plans 24.9.2003-10.11.2006. The plans that included into the analysis consisted of 97 men and 103 women, all of them under 65 years. The data was analyzed by SPSS 15.0.1-programme. Frequencies and descriptive statistics were used to describe the data. The group differences were compared using the Pearson Chi<sup>2</sup>-test.

According to the results the contents of the MS- and the Stroke-rehabilitation plans fulfilled poorly the standards of rehabilitation planning set by Kela and overall quality of the rehabilitation plans was poor. Only few rehabilitation plans were made by multiprofessional teams (9%) and client's involvement (7%) in the process was poorly described. In addition, rehabilitation goals and follow up plans was not properly stated. The descriptions of client's functional ability (74%), mobility (85%) and the need of help in daily living were lacking. The lack of multiprofessional teams, lack of using a form for rehabilitation plan and lack of recorded client's involvement in making rehabilitation plans seemed to be related to the poor quality of the rehabilitation plans.

The quality of the MS-rehabilitation plans made in primary health centres and private medical clinics were significantly better than of the ones made in specialised hospital care. The difference in quality was partially explained by the multiprofessional input ( $p=0,033$ ) and in the primary health centres also by use of the rehabilitation planning form ( $p<0,001$ ). The quality of the Stroke-rehabilitation plans did not differ significantly between the different institutions. After the new rehabilitation law the quality of the MS-rehabilitation plans partly got better and partly worse, but no significant differences were found in the quality of the stroke-rehabilitation plans. It should be notice that the study was done by the time when the reforms had recently come into operation.

In the light of these findings it could be recommended that the MS- and the Stroke-rehabilitation plans should be made by multiprofessional team and by using the rehabilitation planning form K207.

Further research is needed to find out if the therapies planed and approved by Kela are based on scientific evidence and recommendations. It would be important to know if the quality of rehabilitation plans influences the quality of the therapy received by client. Comparison between Kela regions is needed to find out if rehabilitation plans and actualised rehabilitation are equal within the country.

---

Keywords: Multiple Sclerosis, Stroke, rehabilitation plan

## SISÄLLYS

1. JOHDANTO .....	1
2. MULTIPPELISKLEROOSIN (MS) JA AIVOVERENKIERTOHÄIRIÖN (AVH) EPIDEMIOLOGIA .....	3
2.1 MULTIPPELISKLEROOSI (MS) .....	3
2.2 AIVOVERENKIERTOHÄIRIÖ (AVH) .....	4
3. KUNTOUTUS JA SEN SUUNNITTELU .....	5
3.1 MITÄ KUNTOUTUS ON? .....	5
3.2 KUNTOUTUKSEN SUUNNITTELU .....	5
3.3 MS JA KUNTOUTUKSEN SUUNNITTELU .....	8
3.4 AVH JA KUNTOUTUKSEN SUUNNITTELU .....	10
4. VAIKEAVAMMAISTEN KUNTOUTUKSEN SUUNNITTELU KELAN STANDARDIEN MUKAISESTI .....	12
5. YHTEENVETO KIRJALLISUUSKATSAUKSESTA .....	14
6. TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSONGELMAT .....	15
7. AINEISTO JA MENETELMÄT .....	16
7.1 AINEISTO .....	16
7.2 MENETELMÄT .....	17
7.2.1 Kuntoutujien taustatiedot .....	18
7.2.2 Kuntoutussuunnitelmien laadinta .....	18
7.2.3 Toimintakyvyn kuvaus kuntoutussuunnitelmissa .....	18
7.2.4 Kuntoutuksen tavoitteet ja seurantasuunnitelma kuntoutussuunnitelmissa .....	19
7.2.5 Terapiat ja laitospäätyminen kuntoutussuunnitelmissa ja -päätöksissä .....	19
7.3 TILASTOLLISET MENETELMÄT .....	20
8. TUTKIMUSTULOKSET .....	21
8.1 KUNTOUTUJIIEN TAUSTATIEDOT .....	21
8.2 KUNTOUTUSSUUNNITELMIEN LAATIMINEN JA SISÄLTÖ .....	22
8.2.1 Kuntoutussuunnitelmien laadinta .....	22
8.2.2 Moniammatillisuus ja kuntoutujan osallistuminen kuntoutussuunnitelman laadintaan .....	24
8.2.3 Toimintakyvyn kuvaus kuntoutussuunnitelmissa .....	25
8.2.4 Kuntoutuksen tavoitteet ja seurantasuunnitelma kuntoutussuunnitelmissa .....	26
8.2.5 Terapiat ja laitospäätyminen kuntoutussuunnitelmissa ja -päätöksissä .....	27
8.3 KUNTOUTUSSUUNNITELMIEN LAATU ERI LAATIJATAHOILLA .....	31
8.4 KUNTOUTUSLAKIUDISTUKSEN VAIKUTUS KUNTOUTUSSUUNNITELMIEN LAATUUN .....	34
9. POHDINTA .....	35
LÄHTEET .....	42
Liite 1	Kuntoutussuunnitelmissa käytetyt mittarit
Liite 2	Esimerkkejä kuntoutussuunnitelmiin kirjatuihin kuntoutuksen toiminnallisista tavoitteista

## 1. JOHDANTO

Multippeliskleroosi (MS-tauti) on yleisin nuorten aikuisten vakava keskushermoston sairaus (Mustajoki 2007), kun taas aivoverenkiertohäiriön (AVH) sairastaneista kaksi kolmesta on yli 65-vuotiaita (Kaste ym.2006). Suomessa MS-tautia sairastaa noin seitsemän tuhatta henkilöä (Mustajoki 2007). Aivoverenkiertohäiriöön sairastuu joka päivä noin 38 suomalaista ja vuosittain sairastuneita on 14 000 henkeä, joista noin 5 000 tarvitsee lääkinnällistä kuntoutusta. Lisäksi noin 30 000 aiemmin sairastunutta potilasta tarvitsee ainakin ajoittain toimintakykyä ylläpitävää kuntoutusta (Kaste ym. 2006). MS-tautia sairastavat ja AVH:n sairastaneet ovat suuria kuntoutujaryhmiä, joiden kuntoutus kuntoutusprosessin eri vaiheissa poikkeaa toisistaan oleellisesti.

MS-taudilla (Ruutiainen ja Tienari 2006) ja AVH:lla (Kaste ym.2006) on merkittäviä vaikutuksia Suomen kansantalouteen. MS-taudista on arvioitu aiheutuvan Suomessa 270 miljoonan euron kokonaiskustannukset, joista lääkinnällisen kuntoutuksen ja sairaalahoidon osuus on noin 10 % (Ruutiainen ja Tienari 2006). Aivoverisuonisairauksien aiheuttamat suorat kustannukset Suomessa vuonna 1999 olivat arviolta 436 miljoonaa euroa eli noin 6,1 % sairaanhoidon ja terveydenhuollon kustannuksista (Kaste ym.2006). Väestön ikääntyminen voi vuoteen 2030 mennessä kaksinkertaistaa AVH:n sairastuneiden ja sairaanhoitopäivien määrän, ellei ehkäisyssä, hoidossa ja kuntoutuksessa saavuteta huomattavaa edistystä (Kaste ym. 2006).

Kuntoutuksen suunnittelu tähtää kuntoutujan arkipäivässä pärjäämisestä huolehtimiseen ja sen tulisi kohdistua kuntoutujan toimintakykyyn, toimintarajoihteisiin sekä ympäristö- että yksilötekijöihin. MS-tautiin (Ruutiainen ja Tienari 2006) ja aivohalvaukseen (Kaste ym.2006) sairastuneiden tehokkaalla hoidolla ja kuntoutuksella voidaan vähentää sairauden aiheuttamaa toimintakyvyn vajautta. MS-tautia sairastavan kuntoutusketjuun Käypä hoito -suosituksen (2007) mukaan kuuluvat hyvä ensitieto sairaudesta, riittävä sopeutumisvalmennus, lihashuolto- ja liikuntaneuvonta, yksilölliset terapiat ja laitostenmuotoinen ammatillinen ja lääkinnällinen kuntoutus havaittujen tarpeiden mukaisesti. AVH:n tärkeimmät hoidon lopputulosta parantavat tekijät Käypä hoito -suosituksen (2007) mukaan ovat ohimenevän oireen varhainen tutkimus ja hoito sekä kuntoutustarpeen arviointi AVH-yksikössä kaikille

sairastuneille. Käypä hoito -suositus (2007) suosittaa aivoinfarktin varhaista akuuttihoitoa siihen erikoistuneessa neurologisessa aivoverenkierron häiriöiden (AVH) hoitoyksikössä mukaan luettuna liotushoito siihen soveltuville potilaille ja tämän jälkeen kuntoutusta kuntoutukseen erikoistuneessa moniammatillisessa yksikössä.

Suomessa Kansaneläkelaitos (Kela) vastaa vaikeavammaisten lääkinällisestä kuntoutuksesta. Sitä sai vuonna 2006 21 400 henkilöä ja kustannukset olivat 101,7 miljoonaa euroa. Lääkinällisen kuntoutuksen yleisin kuntoutustoimenpide oli fysioterapia. Fysioterapiaa Kelan kustantamana vuonna 2006 sai 14 700 vaikeavammaista. Yksilöllisille laituskuntoutuslaitosjaksoille osallistui 4 400 henkilöä ja sairausryhmäkohtaisille kuntoutuskursseille 2 000 henkilöä. Kokonaisuudessaan kuntoutukseen käytettävät menot vuonna 2006 kansaneläkelaitoksella olivat 289 miljoonaa euroa ja kuntoutuspalveluja sai 88 400 henkilöä, mikä on 1,9 % enemmän kuin vuonna 2005 (Kelan kuntoutustilasto 2006). Vaikeavammaisen kuntoutuksen tulee perustua kirjalliseen kuntoutussuunnitelmaan (KKRL 9 §), ja myös kuntoutujan tai hänen omaisensa tulee osallistua kuntoutussuunnitelman laatimiseen (KKRL 9 §).

Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää Kelalle tehtyjen vaikeavammaisten lääkinällisen kuntoutuksen kuntoutussuunnitelmien laatua MS- ja AVH-kuntoutujien osalla. Tutkimuksen tarkoituksena oli myös selvittää kuntoutussuunnitelmien laadussa olevia eroja suunnitelmien laatijatahojen välillä sekä Kelan kuntoutuslakiuudistuksen (KKRL 566/2005) vaikutusta suunnitelmien laatuun.

## **2. MULTIPPELISKLEROOSIN (MS) JA AIVOVERENKIERTOHÄIRIÖN (AVH) EPIDEMIOLOGIA**

### **2.1 Multippeliskleroosi (MS)**

Multippeliskleroosi eli MS-tauti on maailmanlaajuisesti epätasaisesti jakautunut. Se on yleisimmillään alueilla, joissa asuu pohjoiseurooppalaisperäistä väestöä (Ruutiainen ja Tienari 2006). Suomessa MS-tautia sairastaa noin 7 000 henkilöä ja sairautta on naisilla lähes kaksi kertaa enemmän kuin miehillä. Yleisin sairastumisikä on noin 30 vuotta (Mustajoki 2007). Suomalainen epidemiologinen tutkimus osoittaa, että MS-taudin ilmaantuvuus on lisääntynyt, mutta paikalliset erot ovat suuria. Taudin esiintyvyys on suurinta Etelä-Pohjanmaalla, jossa sairautta ilmenee kaksinkertainen määrä muihin alueisiin verrattuna (Sumelahti ym. 2000). MS-taudin esiintyvyys on Suomessa keskimäärin 100/100 000 asukasta kohden (Sumelahti 2002). Vuotuinen ilmaantuvuus vuosina 1979–93 oli Uudellamaalla 5/100 000, mikä vastaa maan keskiarvoa. Vastaavana aikana Seinäjoen keskussairaalapiirin alueella vuotuinen ilmaantuvuus oli 12/100 000 (Ruutiainen ja Tienari 2006).

MS-tauti on hajapesäkkeinen keskushermoston sairaus, jonka oireet aiheutuvat suoranaisesta hermokudoksen vauriosta (demyelinaatio ja aksonivaurio) tai kemiallisten tulehduksen välittäjäaineiden vaikutuksesta hermosoluihin (Ruutiainen ja Tienari 2006). Demyelinisaatiota tapahtuu aivoissa, selkäytimessä ja näköhermossa. Oireet ovat hyvin vaihtelevat ja riippuvat siitä, missä keskushermoston osassa demyelinisaatiopesäkkeet sijaitsevat (Mustajoki 2007). Sairauden syytä ei tunneta, mutta sekä ympäristö- että perintötekijät vaikuttavat sairastumiseen, mikä heijastuu selvästi taudin epidemiologiassa (Ruutiainen ja Tienari 2006). MS-taudin etenemistä on mahdoton tarkkaan ennustaa. Parantavaa hoitoa ei tunneta ja lääkkehoidoilla voidaan ainoastaan hidastaa sairauden etenemistä eräissä sairauden muodoissa (Ruutiainen 1997).

Yleisimmät alkuoireet ovat halvausoire jossakin raajassa, tuntoaistin häiriintyminen ja näköhäiriö. Muita oireita ovat epävarma kävely, puhehäiriö ja suolen sekä virtsarakon toimintahäiriöt. Tyypillistä oireissa on aaltomaisuus. Vuosien kuluessa oireet

kuitenkin pyrkivät tulemaan vaikeammiksi (Mustajoki 2007). Noin 30 % potilaista sairastaa useita vuosia lieväoireista sairautta, joka ei merkittävästi haittaa toimintakykyä. Moni MS-tautia sairastava jatkaa sairaudestaan huolimatta työssä pitkään, mutta eläkkeelle siirrytään muuta väestöä aiemmin. Fatiikkioireet ovat usein syynä aikaiseen eläkkeelle siirtymiseen (Sumelahti 2002).

## **2.2 Aivoverenkiertohäiriö (AVH)**

AVH on yleisnimitys aivoverenkierron sairaustiloille joiden seurauksena on yleensä aivohalvaus. AVH esiintyvyys on vähentynyt Suomessa 1970-luvun alusta 1990-luvun loppupuolelle noin 30 % miehillä ja 25 % naisilla ja kuolleisuus hieman yli 60 % miehillä ja noin 55 % naisilla. Samanlainen kehitys on todettavissa muissakin teollisuusmaissa lukuun ottamatta Itä-Eurooppaa ja Venäjää (Kaste ym. 2006). AVH-esiintyvyys kasvaa iän mukana jyrkästi ikäryhmästä 20–44 vuotta ikäryhmään yli 75-vuotiaat. Kansainvälisissä tutkimuksissa AVH-esiintyvyys on miehillä 160-2 759/100 000 ja naisilla 110-3 510/100 000. Suomalaisessa tutkimuksessa yli 20-vuotiailla AVH-esiintyvyys oli miehillä 1 030/100 000 ja naisilla 580/100 000 (Kaste ym. 2006).

Hemipareesi on tyypillinen AVH:n aiheuttama oire, jota esiintyy kolmella neljäsosalla potilaista akuuttivaiheessa. Usein esiintyy myös kognitiivisia häiriöitä ja afasiaa. Vaikka AVH-hoito on kehittynyt, sairastumisesta seuraa useimmiten aivovaurio, josta puolestaan on seurauksena haittaa aiheuttava vajaatoiminta (Kaste ym. 2006).

AVH on vakava ja yleinen sairaus. Potilaista yksi kolmannes on alle 65-vuotiaita. Noin 38 suomalaista sairastuu joka päivä aivoverenkiertohäiriöön, ja vuosittain sairastuneita on 14 000 henkeä, joista noin 5 000 tarvitsee lääkinnällistä kuntoutusta. Lisäksi noin 30 000 aiemmin sairastunutta potilasta tarvitsee ainakin ajoittain toimintakykyä ylläpitävää kuntoutusta. AVH on kolmanneksi yleisin kuolinsyy, ja siihen kuolee vuosittain 5 000 henkilöä. Noin 70 % eloonjääneistä AVH-potilaista selviytyy myöhemmin kotonaan ja viidennes palaa työelämään (Kaste ym. 2006).



### **3. KUNTOUTUS JA SEN SUUNNITTELU**

Kuntoutukselle on ominaista pitkäjänteisyys ja prosessinomaisuus. Kuntoutusta prosessina tarkasteltaessa, erotetaan seuraavat vaiheet: kuntoutustarpeiden ja voimavarojen kartoitus, kuntoutussuunnitelman laadinta, toteutus ja arviointi (Kettunen ym.2003).

#### **3.1 Mitä kuntoutus on?**

Valtioneuvoston kuntoutusselonteossa (2002), jonka kokoamisesta vastasi kuntoutusasiain neuvottelukunta, kuntoutus määritellään ihmisen tai ihmisen ja ympäristön muutosprosessiksi, jonka tavoitteena on toimintakyvyn, itsenäisen selviytymisen, hyvinvoinnin ja työllisyyden edistäminen. Kuntoutus on sen mukaan suunnitelmallista ja monialaista toimintaa, jonka tavoitteena on auttaa kuntoutujaa hallitsemaan elämäntilanteensa.

Kuntoutus on pääosin julkisin tai julkisesti rahoitettuihin palveluihin ja lakiin perustuvaa toimintaa. Suomalainen kuntoutusjärjestelmä on moniosainen ja hajautunut monille eri hallinnonaloille, jotka toimivat toisistaan suhteellisen irrallisina järjestelminä (Lahtela ym. 2002). Kela järjestää ammatillista kuntoutusta, vaikeavammaisten lääkinnällistä kuntoutusta, harkinnanvaraista kuntoutusta sekä maksaa kuntoutustoimenpiteiden ajalta toimeentulon turvaksi kuntoutusrahaa (KKRL 566/2005).

#### **3.2 Kuntoutuksen suunnittelu**

Kuntoutustarpeiden ja voimavarojen kartoitus luo pohjan kuntoutumisen tavoitteiden asettamiselle ja siten koko kuntoutukselle (Kettunen ym. 2003). Kuntoutussuunnitelma on osa vaikeavammaisen tarvitsemien palvelujen kokonaissuunnitelmaa. Hyvään kuntoutussuunnitelmaan sisältyy tieto myös muista palveluista, joita vaikeavammaisen tarvitsee. Näin kuntoutus voidaan ajoittaa oikein, sopia kuntoutuksen ja hoidon yhteen sovittamisesta sekä varmistua siitä, ettei

kuntoutus- ja muu palveluketju katkea missään olosuhteissa (Rissanen ja Vilkkumaa 1997). Kuntoutussuunnitelma on kuntoutumisen tärkein asiakirja. Siinä on ilmaistuna kuntoutumisen tavoitteiden ohella ne keinot ja palvelut, joilla asiakasta autetaan tavoitteiden saavuttamisessa, sekä aikataulu ja vastuunjako eri toimijoiden välillä (Kettunen ym. 2003).

Kuntoutuksen suunnittelussa voidaan käyttää viitekehyksenä toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälistä luokitusta, josta käytetään lyhennettä ICF-luokitus (International Classification of Functioning, Disability and Health). ICF-luokitus kuvaa tilanteita ihmisen toimintakyvyn ja sen rajoitteiden näkökulmasta ja toimii viitekehyksenä, joka jäsentää tätä informaatiota yhdistäen toimintakyvyn eri osat toisiinsa (ICF. World Health Organisation 2004). ICF-luokitus viitekehyksenä kuntoutuksen suunnittelussa merkitsee eri toimialojen yhteistoimintaa, jossa myös kuntoutuja on osallisena oman elämänsä suunnittelussa. Kuntoutuksen tulisi kohdistua kuntoutujan toimintakykyyn, toimintarajoitteisiin sekä ympäristö- että yksilötekijöihin niin että se tukee kuntoutujan arkipäivässä selviämistä. Tempest (2006) toteaa, että ICF-luokitusta voidaan hyödyntää kliinisessä päättelyssä ja kuntoutustiimin roolin tarkennuksessa erityisesti silloin, kun on kysymys moniammatillisesta interventtiosta AVH-kuntoutuksessa.

Kun kuntoutuja ja/tai omainen on itse voinut olla asettamassa kuntoutustavoitteita, hänet saadaan myös paremmin sitoutumaan kuntoutukseen ja kantamaan vastuu kuntoutumisestaan (Järvikoski 1994, Kallaranta ja Rissanen 1996). Eurooppalaisen hyvän käytännön oppaassa (Euroopan komissio 1996) on määritelty toiminnallisen kuntoutuksen hyvän käytännön periaatteet. Oppaassa on kirjattu kuntoutuksen asiakaslähtöisyys ja kuntoutujan oikeus osallistua täysipainoisesti kuntoutusprosessiin päätöksentekoa ja toiminnan arviointia myöten. Kuntoutujan halutessa myös perhe ja muut tukihenkilöt on otettava mukaan kuntoutusprosessiin. Englantilaisen kansallisen kliinisen osaamiskeskuksen, NICE (National Institute for Clinical Excellence 2004) laatimien ohjeiden mukaan moniammatillisen kuntoutustiimin tulee työskennellä yhdessä MS- kuntoutujan ja hänen perheensä kanssa, yhdessä sovittujen tavoitteiden saavuttamiseksi käyttäen yhdessä sovittuja terapiamuotoja.

Tavoitteiden asettaminen on kuntoutuksen ammattilaisten perustaitoja, mutta tietoa siitä, kuinka potilas ymmärtää tavoitteiden asettamisen on vähän. Kuntoutuksen alueella työskentelevien tulee tutkia kuntoutujien ymmärrystä sairaudestaan, kokemuksistaan ja odotuksistaan tavoiteasetteluun ja varmistaa, että tavoiteasettelu on tarkoituksenmukaista toimintaa (Holliday 2007). Levackin (2006) tekemä systemoitu kirjallisuuskatsaus selvitti tavoitesuunnittelun vaikuttavuutta kuntoutukseen. Kirjallisuuskatsauksessa identifioidut neljä kuntoutuksen tavoiteasettelun päätarkoitusta olivat standardoidulla tulostittarilla määriteltyjen potilaan tulosten parantaminen, potilaan autonomian vahvistaminen, tulosten evaluointi sekä ammatillisiin ja lainmukaisiin vaatimuksiin vastaaminen.

Gauggel ja Fischer (2002) totesivat tavoiteasettelun olevan hyödyllistä tekniikkaa aivovauriopotilaiden motivoimisessa ja tutkimuksen antavan näyttöä tavoiteasettelun vaikuttavuudesta neuroterapiassa. Systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessa Levack (2006) tuo esille vahvan näytön kuntoutustavoitteen merkityksestä. Kirjallisuuskatsauksen mukaan spesifinen ja haasteellinen tavoite voi lisätä välitöntä potilaan suoriutumista spesifissä kliinisessä tilanteessa. Gauggel ja Fischer (2002) tutkivat tavoiteasettelun vaikutusta yksinkertaisessa motorisessa tehtävässä. Tutkimus osoitti, että vaativan ja spesifin tavoitteen saaneet aivovauriopotilaat suoriutuivat motorisesta tehtävästä paremmin kuin potilaat, joiden tavoitteeksi asetettiin ”tee parhaasi -tavoite”. NICE:n (2004) mukaan kuntoutuksessa tavoitteet tulee olla relevantteja ja tärkeitä MS-kuntoutujalle. Tavoitteiden tulee olla haastavia ja korkeita, mutta saavutettavissa olevia. Niiden tulee kattaa sekä lyhyen aikavälin toimintoja että pidempiaikaisia tuloksia. Kuntoutuksen tavoitteiden asetteluun ja kuntoutusprosessin seurantaan NICE (2004) suosittelee käytettäväksi tavoitteiden saavuttamisen asteikkoa.

Pedro ja Pais (2007a) osoittivat tutkimuksellaan, että autonomia ja osallistuminen ovat tärkeitä tekijöitä MS-potilaiden elämänlaadussa. Tämä tieto auttaa fysioterapeutteja tarkentamaan kuntoutuksen tuloksia. Holliday (2005) tutki Britanniassa käytössä olevia kuntoutuksen suunnittelumenetelmiä ja selvitti potilaiden osallisuutta kuntoutuksen tavoitteiden asettamisessa. Ongelmalähtöinen menetelmä, jossa kuntoutustiimi määrittelee, muodostaa ja evaluoi tavoitteet, oli yleisemmin käytössä. Tässä menetelmässä kuntoutuksen aikana potilaat saivat

rajoitetusti tietoa kuntoutuksen tavoitteista, vaikkakin tutkimukseen vastanneista British Society for Rehabilitation Medicine (BSRM) jäsenistä 60 % kertoi antavansa kopion tavoitteista myös potilaalle. Standardoidut tavoiteasettelut eivät olleet yleisesti käytössä. Vastaajista 30 % käytti kuntoutuksen tavoitteita myös kuntoutuksen arviointiin. Holliday (2007) tutki myös, kuinka neurologiset potilaat kokivat kahdenlaisen tavoiteasettelun ja kuinka he identifioivat asiat, jotka tukivat heidän kokemuksiaan tavoiteasettelusta. Tutkimuksessa identifioidut neljä potilaille merkityksellistä teemaa olivat kuntoutusprosessi, persoonallinen vaste tavoiteasettelulle, aikaisemmat kokemukset ja sairauden aiheuttamat rajoitukset.

Suomessa Kelalle tehtävien vaikeavammaisten kuntoutussuunnitelmien sisältöä ja rakennetta sekä mahdollisia muutoksia vuosien 1992 ja 1998 välillä tutkivat Kari ja Puukka (2001). Tulosten mukaan kolmannes Lounais-Suomen terveyskeskuksissa ja vajaa viidennes erikoissairaanhoidossa laadituista kuntoutussuunnitelmista perustui pääosin asiakirjatietoihin. Kuntoutussuunnitelmien heikkoa sisältöä selittää se, että kuntoutujaa ei tavattu. Toimintakyvyn kuvaaminen oli vajaata, ja kuntoutustarpeen perustelemisen ja tavoitteen asettelu oli ylimalkaista. Seurantatiedon kirjaaminen oli myös vähäistä. Moniammatillisten tiimien laatimat kuntoutussuunnitelmat olivat laadultaan merkittävästi parempia kuin yksittäisten lääkäreiden laatimat suunnitelmat. Moniammatillisten suunnitelmien lisääntymisessä tapahtui positiivinen muutos vuosien 1992 ja 1998 välillä. Tämän tutkimuksen tulokset osoittivat myös, että kuntoutussuunnitelmien perusteella kuntoutujan osallistuminen oman kuntoutuksen suunnitteluun oli vähäistä. Kyselytutkimukset antoivat kuitenkin kuntoutujan osallisuudesta positiivisemmän kuvan (Kari ja Puukka 2001).

### **3.3 MS ja kuntoutuksen suunnittelu**

Viime vuosina kohonnut MS-taudin esiintyvyys Suomessa merkitsee sekä iäkkäämpien potilaiden että nuorempien vasta sairastuneiden lisääntyntä terveys- ja kuntoutuspalvelujen tarvetta (Sumelahti 2002). Taudin alkuvaiheessa vammautumisen prognoosi ei ole ennustettavissa, mutta riski merkittävään toiminnallisen vajavuuteen on korkea.

Kuntoutus on osa MS-taudin kokonaisvaltaista hoitoa (Kesselring 2005), ja MS-potilailla kuntoutuksen on todettu lisäävän aktiivisuutta ja sosiaalista osallistumista sekä elämän laatua (Pedro ja Pais 2007b). Kuntoutuksen vaikuttavuuden tutkiminen on kuitenkin todettu vaikeaksi muun muassa eettisistä ja MS-taudin luonteeseen liittyvistä syistä (Ruutiainen 1997). MS-taudin edetessä ja toimintakyvyn heiketessä on vaikea tutkia esimerkiksi sitä, olisiko sairastuneen toimintakyky ilman kuntoutustoimenpiteitä heikennyt vielä enemmän. Kuntoutuksen vaikuttavuuden arviointi on yleensäkin vaikeaa, sillä on vaikea todentaa, että mahdollinen muutos syntyy juuri kuntoutustoiminnan aikaansaamana eikä muista syistä (Järvikoski ja Härkäpää 2004). Huolellisesti suunnitelluilla satunnaistetuilla koeasetelmilla voidaan kuitenkin kuntoutuksen vaikuttavuutta tutkia.

Suomalaisen Käypä hoito -suosituksen (2006) mukaan MS-kuntoutujan kuntoutukseen kuuluu sopeutumisvalmennus, lihahuolto- ja liikuntaneuvonta sekä yksilölliset terapiat ja laitosten ammatillinen ja lääkinällinen kuntoutus havaittujen tarpeiden mukaisesti. Ruutiainen ja Tienari (2006) toteavat moniammatillisen työskentelytavan olevan MS-kuntoutuksessa välttämätöntä. Tuloksellisen kuntoutuksen perusvaatimuksia ovat potilaan riittävä motivaatio ja MS-tautiin perehtynyt, neurologisesti orientoitunut hoitoyhteisö. He suosittelevat laitospainotteisia kuntoutusjaksoja aloitettavaksi jo MS-taudin aikaisessa vaiheessa ja vaikeavammaisille MS-kuntoutujille laitospainotteisia kuntoutusjaksoja vuosittain.

Systemoidun Cochrane-katsauksen (Khan 2007) mukaan moniammatillisen laitospainotteisen ja avokuntoutuksen hyödyistä aikuisille MS-kuntoutujille on vahvaa näyttöä. Laitospainotteinen kuntoutus voi lisätä kuntoutujan aktiivisuutta ja kykyä sosiaaliseen osallisuuteen huolimatta siitä, että varsinaisessa vajaakykyisyydessä ei tapahdu paranemista. Rajoitunutta näyttöä (Khan 2007) on myös siitä, että kuntoutuksen vaikutus kuntoutujan oireisiin ja elämänlaatuun on riippuvainen kuntoutuksen intensiteetistä. Korkean intensiteetin kuntoutuksella (1/2-1t jaksoissa yhteensä 2-3t/vrk vähintään 4vrk/viikko) on lyhytaikaista vaikutusta oireiden ja vammaisuuden lievittymiseen sekä osallistumiseen ja elämänlaadun paranemiseen. Avopuolella matalan intensiteetin (ei määritelty) ja pidemmän ajanjakson kuntoutuksella saavutetaan elämänlaadussa paranemista pidemmälle ajalle (Khan 2007). Patti ym.

(2002) ja Patti ym. (2003) toteavat myös avopuolella tapahtuvan moniammatillisen laituskuntoutuksen kohentavan suorituskykyä vaikeavammaisilla.

Fysioterapia on MS-kuntoutuksen kulmakiviä. Sairauden alkuvaiheessa riittää fysioterapeutin konsultaatio tai lyhyt hoitosarja. Säännöllinen fysioterapia tulee aloittaa, kun potilaalla on liikuntaongelmia. Terapiakertojen tarve kasvaa potilaan liikuntahaitan kasvun myötä (Ruutiainen ja Tienari 2006). Sekä laitoksessa että kotona annettu yksilöllinen fysioterapia kohentaa ja ylläpitää MS-tautia sairastavan suorituskykyä (Wiles 2001). Rietbergin (2004) mukaan riittävä terveysliikunta, erityisesti voima- ja kestävyysharjoittelu, kohentaa MS-tautia sairastavan elämänlaatua, lihasvoimaa ja toimintakykyä sekä vähentää sairauteen liittyvää patologistä väsymystä ainakin potilailla, joilla ei ole vaikeaa toimintahaittaa.

### **3.4 AVH ja kuntoutuksen suunnittelu**

AVH aiheuttaa enemmän laatupainotteisten elinvuosien menetystä kuin mikään muu sairaus, koska puolelle eloonjääneistä jää pysyvä haitta. Niistä työikäisistä, jotka selviävät hengissä AVH:n akuutista vaiheesta, kolmasosa palaa takaisin työelämään. Kuntoutuksella pyritään korjaamaan tai vähentämään vajaatoimintaa ja haittaa (Kaste ym.2006). Suomalaisen Käypä hoito -suosituksen (2006) mukaan akuuttivaiheella tarkoitetaan tilannetta, jossa potilaan tila ei ole vakiintunut. Subakuuttivaihe tarkoittaa yleensä kuntoutumisen nopeinta vaihetta, keskimäärin kolmeen kuukauteen asti. Kelan kustantama kuntoutus ajoittuu yleensä subakuutin vaiheen jälkeen, jolloin on kyseessä myöhäisvaiheen/ylläpitävän vaiheen/kroonisen vaiheen kuntoutus.

AVH-kuntoutuksessa intensiivinen kuntoutus sairaalassa ja sairaalavaiheen jälkeen kestää 6-12 kuukautta. Intensiivistä kuntoutusvaihetta seuraa ylläpitävä kuntoutusvaihe, jolloin tavoitteena on ylläpitää saavutettu kuntoutustulos. Ylläpitävä kuntoutus sisältää tavallisesti yksilöllisen harkinnan mukaan fysioterapiaa sekä muita terapiamuotoja. Kotihoidossa oleville vaikeavammaisille on vuosittainen 3-4 viikon laituskuntoutusjakso suositeltavaa. Sillä voidaan ylläpitää potilaan omatoimisuutta ja parantaa omaisten motivaatiota hoitaa potilasta kotona (Kaste ym. 2006).

AVH-kuntoutujat hyötyvät moniammatillisessa kuntoutusyksikössä toteutetusta kuntoutuksesta riippumatta iästä, sukupuolesta tai halvauksen vaikeusasteesta (Jörgensen ym. 2000). Eurooppalaisen Stroke-suosituksen mukaan moniammatilliseen kuntoutustyöryhmään sekä AVH-yksikössä että myöhemmin kuntoutusyksikössä kuuluu lääkäri, sairaanhoitaja, fysioterapeutti, toimintaterapeutti, puheterapeutti, neuropsykologi ja sosiaalityöntekijä (Hack ym. 2003).

Systemoidun Cochrane-katsauksen (2003) johtopäätösten mukaan moniammatilliseen terapiaan perustuva kuntoutuspalvelu kotona asuville AVH-potilaille vähentää mahdollista huonoa lopputulosta kuten kuolemaa tai vaikeutta selviytyä päivittäisistä toiminnoista. Katsauksessa arvioitiin terapiakeskeisen, kotona tapahtuvan kuntoutuksen vaikuttavuutta. Katsaus tehtiin tutkimuksista, joissa aivohalvauksen sairastaneet potilaat olivat siirtyneet kotihoitoon eli pystyivät asumaan kotona. Chamberlain ym. (1981) totesivat kotikäynnin olevan toimiva menetelmä apuvälineiden tarpeen arvioissa. Ajan kuluessa erilaisten apuvälineiden tarve muuttuu, joten tilannetta pitää arvioida säännöllisesti uudelleen.

AVH-kuntoutujat, joilla on liikkumisvaikeuksia yli vuoden kuluttua aivoinfarktista, voivat hyötyä vielä tällöin annetusta fysioterapiasta (Ada ym. 2003, Dean ym. 2000, Green ym. 2002, Teixeira-Salmela ym. 1999). Fysioterapian vaikuttavuudesta on erityisen hyvää näyttöä itsenäisesti liikkuvilla potilailla, alaraajoihin keskittyvässä harjoittelussa ja harjoitustiheydellä vähintään 3 kertaa viikossa 4 viikon ajan (Green ym. 2002). Fysioterapiasta on hyötyä myös muilla kuin itsenäisesti liikkuvilla potilailla. ( Aivoinfarktin jälkeen vielä myöhäisessäkin vaiheessa on mahdollista edistää toimintakykyä oikein kohdistetuilla ja riittävän intensiivisillä menetelmillä, josta hyvänä esimerkkinä käden pakotetun käytön kuntoutusohjelmalla siihen soveltuvilla potilailla. (Miltner ym. 1999, Sivenius ym. 2002, Wittenberg ym. 2003).

#### **4. VAIKEAVAMMAISTEN KUNTOUTUKSEN SUUNNITTELU KELAN STANDARDIEN MUKAISESTI**

Kelan järjestämää kuntoutusta ja kuntoutusrahaa koskeva lainsäädäntö uudistettiin vuonna 2005. Laki kansaneläkelaitoksen kuntoutusetuuksista ja kuntoutusrahaetuksista tuli voimaan 1.10.2005. Kelan kuntoutuslaki (KKRL 566/2005) turvaa vaikeavammaisten oikeuksia lain tasolla. Lain nojalla Kela järjestää ammatillista kuntoutusta, vaikeavammaisten lääkinnällistä kuntoutusta, harkinnanvaraista kuntoutusta sekä maksaa kuntoutustoimenpiteiden ajalta toimeentulon turvaksi kuntoutusrahaa. Kansaneläkelaitos järjestää Kelan kuntoutuslain (566/2005) mukaisesti alle 65-vuotiaille, lain edellytykset (KKRL 9 §) täyttävälle vaikeavammaisille muuta kuin sairaanhoitoon välittömästi liittyvää lääkinnällistä kuntoutusta. Kuntoutusta toteutetaan tehostettuina ja yksilöllisesti suunniteltuina jaksoina, jotka ovat kuntoutus- ja sopeutumisvalmennusjaksoja kuntoutuslaitoksessa tai avohoidossa (KKRL 10§). Kelan kuntoutuslaissa määritellään, että vaikeavammaisen kuntoutuksena järjestetään vain sellaisia toimenpiteitä, jotka ovat tarpeen vaikeavammaisen työ- tai toimintakyvyn säilyttämiseksi tai parantamiseksi (KKRL 9§). Kuntoutus toteutetaan siten, että kuntoutuspalvelun intensiteetti on riittävä tavoitteen saavuttamiseksi. Tämä edellyttää, että kuntoutuja saa hänelle tarpeelliseksi katsottua kuntoutusta sellaisella tiheydellä ja jaksotuksella, että realistisena tavoitteena oleva työ- ja toimintakyvyn turvaaminen on saavutettavissa annetulla kuntoutuspalvelulla (KKRL 10§).

Vaikeavammaisen kuntoutus perustuu kirjalliseen kuntoutussuunnitelmaan, joka laaditaan vähintään yhdeksi ja enintään kolmeksi vuodeksi. Kuntoutussuunnitelma laaditaan kuntoutujan hoidosta vastaavassa julkisen terveydenhuollon toimintayksikössä lääkärin tai lääkärin ja moniammatillisen tiimin toimesta. (KKRL 9 §). Kelan kuntoutussuunnitelman laatimiseen osallistuu myös kuntoutuja, hänen omaisensa tai muu läheisensä (KKRL 9 §).

Kela, Sosiaali- ja terveysministeriö ja Suomen Kuntaliitto ovat yhdessä laatineet vaikeavammaisen lääkinnällistä kuntoutussuunnitelmaa varten KU207-lomakkeen. KU207-lomakkeen lomake on otettu käyttöön 1.1.2006 ja Kela suosittaa sitä käytettäväksi vaikeavammaisten kuntoutussuunnitelmien pohjana. Tämän uuden



lomakkeen tulisi korvata aiemmin käytetyt lomakkeet (esim. kuntalomake 7440, B-todistus, C-todistus, epikriisi). Kuntoutussuunnitelmaa laadittaessa otetaan huomioon aikaisemmilta kuntoutusjaksoilta tai muilta palveluntuottajilta saadut palautteet ja suositukset (Kuntatiedote 2005).

Kuntoutussuunnitelmassa ilmoitetaan sen laadintaan osallistuneet henkilöt ja siinä on oltava seuraavat tiedot:

- sairautta koskevat tiedot
- kuntoutujan elämäntilanne
- lääketieteellinen ja toiminnallinen haitta tai rasitus päivittäisissä toiminnoissa, työssä, opiskelussa yms.
- kuntoutuksen tavoite ja kuntoutujan sitoutuminen tavoitteisiin
- kuntoutujan tarvitsemat kuntoutuspalvelut ja niiden ajoitus, kesto, jaksotus ja tiheys perusteluineen sekä toteuttajataho
- aikaisempi kuntoutus ja sen tulokset
- yhdyshenkilö, seurantasuunnitelma ja hoitovastuu

Tarvittaessa kirjataan:

- perusteet omaisen tai muun läheisen osallistumisesta kuntoutukseen
- kotikäytinä suoritettujen terapioiden perustelut

(Kelan järjestämän vaikeavammaisten lääkinnällisen avokuntoutuksen standardi. 2006).

Kelan järjestämän kuntoutuksen tulee olla hyvän kuntoutuskäytännön mukaista. Hyvällä kuntoutuskäytännöllä tarkoitetaan sitä käytäntöä, jota Kelan ja julkisen terveydenhuollon kuntoutuksessa yleisesti hyväksyttynä noudatetaan. Yleisesti hyväksytyksi kuntoutus katsotaan vakiintuneen, kokemuspäisesti perustellun kuntoutuskäytännön tai tieteellisen vaikuttavuustiedon perusteella (Kuntatiedote. Sosiaali- ja terveysministeriö 17/2005).

## **5. YHTEENVETO KIRJALLISUUSKATSAUKSESTA**

Kelan järjestämän kuntoutuksen tulee olla hyvän kuntoutuskäytännön mukaista ja osana vaikeavammaisen kokonaisvaltaista hoitoa. Kuntoutuksella pyritään työ- ja toimintakyvyn turvaamiseen. Kuntoutus ylläpitää kuntoutujan omatoimisuutta, lisää aktiivisuutta ja sosiaalista osallistumista sekä parantaa elämän laatua. Se myös ylläpitää kuntoutujan omatoimisuutta ja parantaa omaisten motivaatiota hoitaa kuntoutujaa kotona. Kuntoutus aiheuttaa suuria kustannuksia yhteiskunnalle. Jotta se olisi vaikuttavaa, tulisi sen olla tavoitteellista ja hyvin suunniteltua ja sen toteutumista tulisi myös seurata. Kelan vaikeavammaisten kuntoutus perustuu kirjalliseen kuntoutussuunnitelmaan, jonka tulisi olla laadittu moniammatillisesti julkisen terveydenhuollon toimintayksikössä ja johon kuntoutujan/omaisten tulisi osallistua.

## **6. TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSONGELMAT**

Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää Kelalle tehtyjen vaikeavammaisten lääkinällisen kuntoutuksen kuntoutussuunnitelmien laatua MS- ja AVH-kuntoutujien kohdalla. Laatua tarkasteltiin Kelan antamien vaikeavammaisten lääkinällisen kuntoutuksen kuntoutussuunnitelmien laadintaohjeiden toteutumisella. Tarkoituksena oli myös selvittää kuntoutussuunnitelmien laadussa olevia eroja laatijatahojen välillä sekä kuntoutuslakiuudistuksen vaikutusta kuntoutussuunnitelmien laatuun.

### **Tutkimusongelma 1**

Missä määrin Kelan antamat ohjeet vaikeavammaisten lääkinällisen kuntoutuksen suunnittelusta toteutuvat Kelalle tehdyissä MS- ja AVH-kuntoutussuunnitelmissa?

### **Tutkimusongelma 2**

Onko kuntoutussuunnitelmien laadussa eroa suunnitelmien laatijatahojen välillä?

### **Tutkimusongelma 3**

Onko Kelan kuntoutuslain (KKRL 566/2005) voimaan astumisella (1.10.2005) ollut vaikutusta kuntoutussuunnitelmien laatuun?

## 7. AINEISTO JA MENETELMÄT

### 7.1 Aineisto

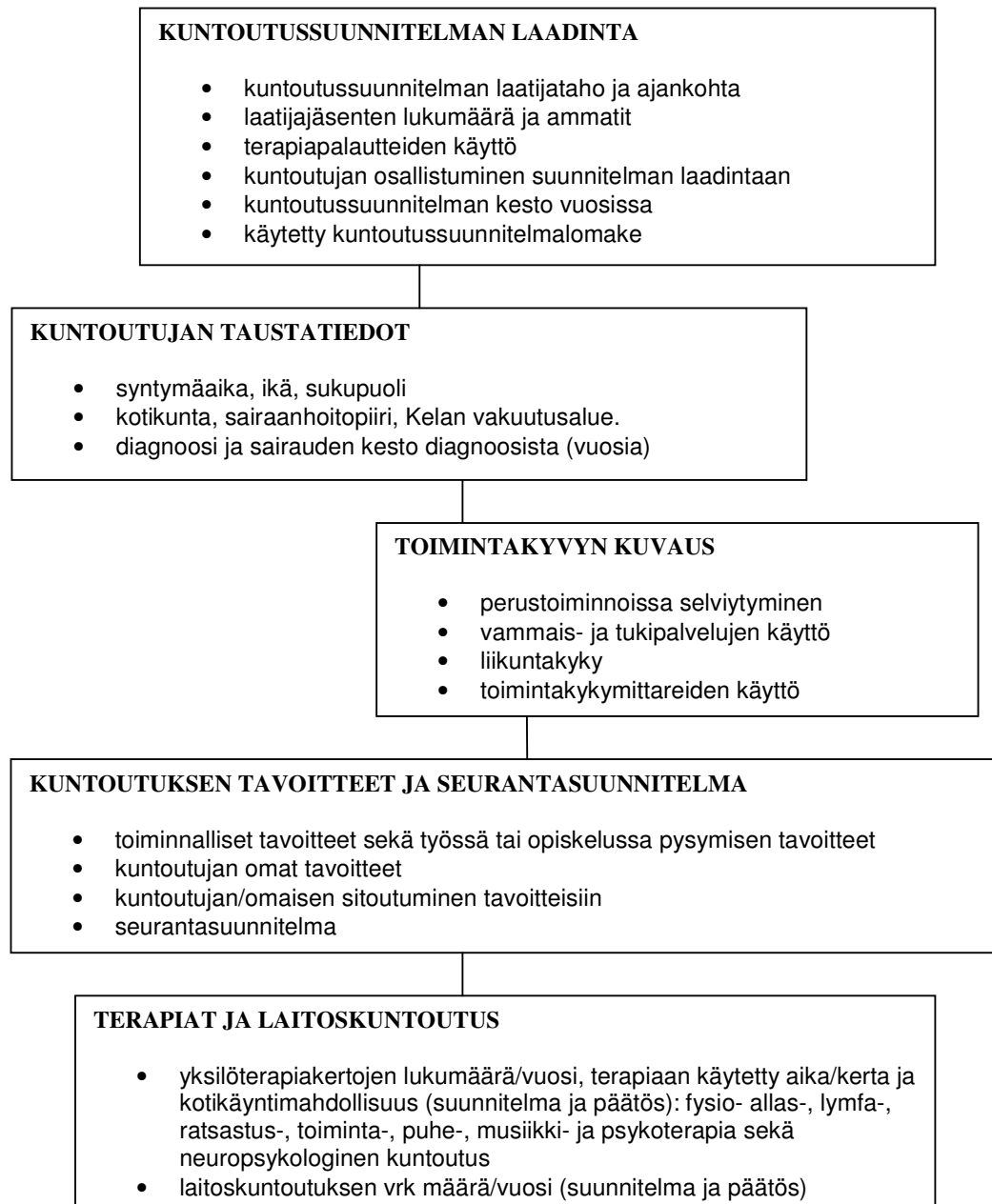
Tämä rekisteritutkimus liittyi Kelan vaikeavammaisten kuntoutuksen kehittämishankkeeseen (VAKE-hanke). Tutkimuksen perusjoukon muodostivat koko Suomen alueelta Kansaneläkelaitokselta (Kela) myönteisen vaikeavammaisten lääkinnällisen kuntoutuksen (KKL 610/1991, 3§) päätöksen vuonna 2006 saaneet AVH- ja MS-kuntoutujat. Kelan tietokannoista poimittiin yhteensä 240 kuntoutujan kuntoutuspäätökset, niihin liittyvät kuntoutussuunnitelmat ja niitä edeltävät terapiapalautteet. Valintakriteereinä oli sairausdiagnoosi G35 (MS, n=119) tai aivoverenkiertohäiriöön liittyvä diagnoosi I61 ja I63 (AVH, n=121). Otoksen tapaukset poimittiin Kelan vakuutusalueiden mukaan alueellisesti painotettuna ja AVH:n kohdalla myös eri diagnoosien osalta samassa suhteessa kuin perusjoukossa.

Saaduista kuntoutussuunnitelmista seitsemän MS-kuntoutussuunnitelmaa jouduttiin hylkäämään puutteellisten tietojen takia. AVH-kuntoutussuunnitelmia hylättiin 18, joista kahdessa oli muu kuin AVH-diagnoosi, seitsemässä oli puutteelliset tiedot ja yhdeksän ei täyttänyt kuntoutuslain ehtoja. Lisäksi Kelan tietokannoista poimituista MS-kuntoutussuunnitelmista (n=119) käyttämättä jäi 12 kuntoutujan tiedot (n=100) ja AVH-kuntoutussuunnitelmista (n=121) kolmen kuntoutujan tiedot (n=100).

Analyyseihin mukaan otetut sata MS-kuntoutussuunnitelmaa olivat ajalta 19.3.2003–14.12.2006 ja sata AVH-kuntoutussuunnitelmaa ajalta 24.9.2003–10.11.2006. Kummassakin sairausryhmässä 65 % kuntoutussuunnitelmista oli tehty uuden kuntoutuslain voimaan astumisen jälkeen (1.10.2005). MS-kuntoutuspäätökset olivat ajalta 1.4.2005–16.1.2007 ja AVH-kuntoutuspäätökset ajalta 7.2.2005–21.1.2007.

## 7.2 Menetelmät

Kuntoutussuunnitelmista ja -päätöksistä kerättiin kuntoutujien taustatiedot ja kuntoutussuunnitelmien laadintaan liittyvät tiedot. Kuntoutussuunnitelmista kerättiin tiedot toimintakyvyn kuvauksesta, kuntoutuksen tavoitteiden ja seurantasuunnitelman kirjaamisesta. Lisäksi kerättiin tiedot terapioiden ja laitostuntoutuksesta kuntoutussuunnitelmissa ja -päätöksissä (Kuvio 1).



**Kuvio 1.** Tietojen keruu

### 7.2.1 Kuntoutujien taustatiedot

Kelan kuntoutuspäätöksistä ja niihin liittyvistä kuntoutussuunnitelmista ja terapiapalautteista poimittiin kuntoutujan taustatietoina syntymäaika, ikä kuntoutuspäätöksen aikana, sukupuoli ja kotikunta. Kotikunnan perusteella selvitettiin sairaanhoitopiiri, Kelan vakuutuspiiri ja vakuutusalue.

### 7.2.2 Kuntoutussuunnitelmien laadinta

Kuntoutussuunnitelmista selvitettiin laatijataho, kuntoutussuunnitelman kesto vuosissa ja kuntoutussuunnitelmalomakkeen muoto (Kuntoutussuunnitelmalomake KU207, kuntalomake 7440, B-todistus, C-todistus, epikriisi). Kuntoutussuunnitelmien laatijatahot jaettiin neljään luokkaan: erikoissairaanhoidon, perusterveydenhuollon, jokin muu (esim. MS-neuvola) tai laatijataho, joka ei ilmene kuntoutussuunnitelmasta. Mikäli laatijataho ei ollut kirjattuna kuntoutussuunnitelmaan, mutta ilmeni muista asiakirjoista, sitä ei otettu huomioon tiedon keruussa kuntoutussuunnitelmassa olleeksi laatijatahotiedoksi.

Kuntoutussuunnitelman laadintaa selvitettiin laatijajäsenten lukumäärällä, ammatilla, käytettyjen terapiapalautteiden lukumäärällä. Terapiapalautteet huomioitiin käytetyksi, mikäli niihin oli viitattu tai niistä oli lainaus kuntoutussuunnitelmassa. Mikäli kuntoutussuunnitelman laatija/laatijat olivat lainanneet toisen lääkärin lausuntoa, tämä merkittiin luokkaan ”muut lausunnot”. Laitoskuntoutuspalautteet huomioitiin yhtenä palautteena, vaikka ne usein sisältävätkin usean ammattihenkilön palautteet. Tässä tutkimuksessa terapiapalautteiden sisältöä ei analysoitu.

### 7.2.3 Toimintakyvyn kuvaus kuntoutussuunnitelmissa

Tämä tutkimus ei erotellut fyysistä, psyykkistä eikä sosiaalista toimintakykyä. Toimintakyky huomioitiin kuvatuksi, mikäli kuntoutussuunnitelmassa oli maininta perustoiminnoissa selviytymisestä, liikuntakyvystä tai vammais- ja tukipalvelujen käytöstä. Liikuntakyky jaettiin seitsemään luokkaan liikkumisen apuvälinetarpeen

mukaisesti: 1) kävelee ilman apuvälinettä, 2) yksipuoleinen kävelyn apuväline, 3) kaksipuoleinen kävelyn apuväline esim. rollaattori, sauvat, 4) manuaalipyörätuoli, 5) sähköpyörätuoli, 6) kuntoutuja ei liiku itsenäisesti, 7) liikkumista ei ole kuvattu. Kuntoutujat, jotka käyttävät eri liikkumisen apuvälineitä ympäristön ja voinnin mukaan, kirjattiin selvitykseen ”raskaimman” apuvälineen mukaan. Jos kuntoutussuunnitelmassa mainittiin, että kuntoutuja istuu pyörätuolissa eikä hänen kykyään liikkua pyörätuolilla tullut esille, tämä merkittiin luokkaan ”liikkumista ei ollut kuvattu”. Toimintakyvyn kuvausta selvitettiin myös kuntoutussuunnitelmissa käytettyjen toimintakykymittareiden lukumäärällä. Toimintakykymittareiden nimet kirjattiin myös sanallisesti (Liite 1). Ne merkittiin käytetyiksi toimintakyvyn kuvauksessa, mikäli kuntoutussuunnitelmassa oli viittaus tai lainaus edellä mainittuihin testeihin.

#### 7.2.4 Kuntoutuksen tavoitteet ja seurantasuunnitelma kuntoutussuunnitelmissa

Kuntoutuksen tavoitteita selvitettiin merkitsemällä, oliko päivittäisiin toimintoihin ja itsenäiseen selviytymiseen liittyviä tavoitteita kirjattu. Nämä yhdistettiin yhdeksi muuttujaksi: ”toiminnalliset tavoitteet”. Työssä tai opiskelussa pysymisen tavoitteet otettiin huomioon erillisenä. Kuntoutujan osallisuutta kuntoutussuunnitelman laatimiseen selvitettiin kuntoutujan omien tavoitteiden sekä kuntoutujan ja omaisten sitoutumisen kirjaamisella. Tavoitteet merkittiin kirjatuiksi tai puuttuviksi. Tavoitteiden kirjaamisesta kirjoitettiin myös sanallisia esimerkkejä (Liite 3). Kuntoutussuunnitelmassa olleet kuntoutuksen seurantasuunnitelmat merkittiin joko kirjatuiksi tai puuttuviksi.

#### 7.2.5 Terapiat ja laituskuntoutus kuntoutussuunnitelmissa ja -päätöksissä

Kuntoutussuunnitelmista ja -päätöksistä kerättiin myös seuraavat tiedot: yksilöterapiakertojen lukumäärä vuodessa, terapiakerran pituus minuuteissa sekä kotikäyntimahdollisuus. Yksilöterapiat jaettiin yhdeksään ryhmään: 1) fysioterapia, 2) allasterapia, 3) lymfaterapia, 4) ratsastusterapia, 5) toimintaterapia, 6) puheterapia, 7) musiikkiterapia, 8) psykoterapia sekä 9) neuropsykologinen kuntoutus.

Fysioterapeutin tuottamat palvelut eli fysio-, allas- ja lymfaterapia käsiteltiin myös yhdistettynä. Kuntoutussuunnitelmista ja -päätöksistä kerättiin myös laitostuntoutuksen tiedot: vuorokausien lukumäärät vuotta kohden sopeutumisvalmennuskurssilla, yksilöllisellä laitostuntoutusjaksolla tai kurssimuotoisella laitostuntoutusjaksolla.

### **7.3 Tilastolliset menetelmät**

Aineisto analysoitiin SPSS 15.0.1 -ohjelmistolla. Muuttujien jakaumat kuvattiin frekvensseinä, prosentiosuuksina tai keskiarvoina ja keskihajontoina. Kuntoutussuunnitelmien laadintatahojen väliset vertailut tehtiin sekä ennen ja jälkeen kuntoutuslakiuudistuksen laadittujen kuntoutussuunnitelmien välillä. Kuntoutussuunnitelmien laadinnan ja sisällön vertailut tehtiin Pearson Chi Square -testillä. Tilastollisen merkitsevyyden rajana käytettiin arvoa  $p < 0,05$ .



## 8. TUTKIMUSTULOKSET

### 8.1 Kuntoutujien taustatiedot

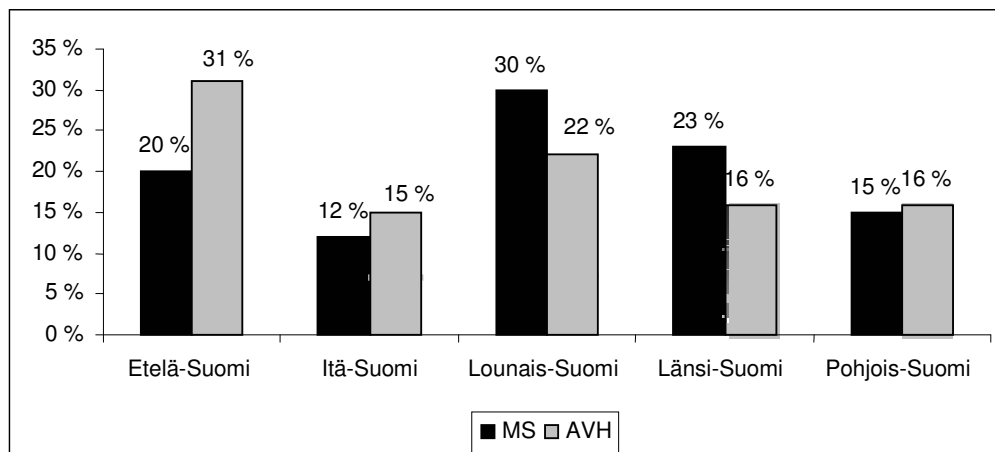
Analysoidut kaksisataa kuntoutussuunnitelmaa käsitti 97 miestä ja 103 naista. Otoksessa MS-kuntoutujat olivat nuorempia, heissä oli vähemmän miehiä ja heillä sairauden kesto oli vuosissa pidempi kuin AVH-kuntoutujilla (Taulukko1). Enemmistöllä AVH-kuntoutujista oli diagnoosina aivoverisuonisairauden myöhäisvaikutukset. MS-kuntoutussuunnitelmat jakautuivat Kelan vakuutusalueiden välillä tasaisemmin kuin AVH-kuntoutussuunnitelmat. AVH-kuntoutujia oli Etelä-Suomen alueelta kaksinkertainen määrä verrattuna muihin alueisiin (Kuvio 2).

**Taulukko 1.** MS- ja AVH-kuntoutujien taustatiedot.

	MS		AVH		Yhteensä	
	N = 100		N = 100		N = 200	
Sukupuoli (miehiä/naisia) (n)	33 / 67		64 / 36		97 / 103	
Ikä (vuosi) <sup>1</sup>	51 (9)	23 - 64	57 (6)	34 - 65	54 (8)	23 - 65
Sairauden kesto dg:sta (vuosi) <sup>1</sup>	19 (9)	2 - 44	6 (6)	0,3 - 33	13 (13)	0,3 - 44
Ei dg. kesto (%)	3		0		2	
ICD-10 tautiluokitus <sup>2</sup> (n)	G35 (100)		I61 (15) I63 (35) I67 (1) I69 (49)			

<sup>1</sup> keskiarvo (SD), vaihteluväli

<sup>2</sup> G35 = multippeli skleroosi, I61 = aivoverenvuoto, I63 = aivoinfarkti, I67 = muut aivoverisuonisairaudet,  
I69 = aivoverisuonisairauden myöhäisvaikutukset



**Kuvio 2.** Otoksen jakautuminen Kelan vakuutusalueittain

## 8.2 Kuntoutussuunnitelmien laatiminen ja sisältö

### 8.2.1 Kuntoutussuunnitelmien laadinta

Taulukossa 2 esitetään kuntoutussuunnitelmien laatijatahot, kuntoutussuunnitelmissa käytettyjen lomakkeiden muoto ja suunnitelman kesto. MS-kuntoutussuunnitelmista puolet oli laadittu erikoissairaanhoidossa. Muualla kuin julkisen terveydenhuollon yksikössä laadituista kahdeksasta suunnitelmasta kuusi oli laadittu MS-neuvolassa. AVH-kuntoutussuunnitelmat oli yleisimmin (72 %) laadittu perusterveydenhuollossa. Kuntoutussuunnitelmien laatijatahojen jakauma oli samansuuntainen Itä-Suomen, Pohjois-Suomen, Etelä-Suomen ja Lounais-Suomen vakuutusalueilla. Länsi-Suomi erosi muista vakuutusalueista, sillä MS-kuntoutujien kuntoutussuunnitelmia tehtiin yhtä paljon sekä erikoissairaanhoidossa että perusterveydenhuollossa. Länsi-Suomessa kaikki AVH-kuntoutussuunnitelmat tehtiin perusterveydenhuollossa.

**Taulukko 2.** Kuntoutussuunnitelman laatijataho, käytetty suunnitelmalomake ja suunnitelman kesto.

	MS	AVH	Yhteensä
	N = 100	N = 100	N = 200
	%	%	%
Laatijataho			
Erikoissairaanhoido	50	16	33
Perusterveydenhuolto	31	72	52
Muu	8	2	4
Ei tietoa	11	10	11
Suunnitelmalomake			
Ku207	1	2	2
Kuntalomake	14	18	16
B-lausunto	53	59	56
C-lausunto	0	4	2
Epikriisi	32	17	25
Suunnitelman kesto			
1 vuosi	22	35	28
2 vuotta	13	12	13
3 vuotta	49	25	37
Kestoa ei määritetty	16	28	22

Kuntoutussuunnitelmista 83 % oli tehty käyttäen muuta kuin kuntoutussuunnitelmaa varten olevaa lomaketta. Noin puolet kuntoutussuunnitelmista oli kirjattu B-lausuntoon (taulukko 2). Vaikeavammaisen lääkinnällistä kuntoutussuunnitelmaa varten olevaa KU207 lomaketta oli käytetty kuntoutuslain (566/2005) voimaan astumisen jälkeen vain kolmessa kuntoutussuunnitelmassa (2 %), joista yksi MS-suunnitelma oli laadittu perusterveydenhuollossa Länsi-Suomessa ja kaksi AVH-suunnitelmaa erikoissairaanhoidossa, toinen Lounais-Suomessa ja toinen Etelä-Suomessa.

Kuntoutussuunnitelman kestoa ei ollut raportoitu 22 %:ssa kuntoutussuunnitelmista. MS-kuntoutussuunnitelmat oli yleisimmin laadittu kolmeksi vuodeksi ja AVH-kuntoutussuunnitelmat yhdeksi vuodeksi (taulukko 2). MS-kuntoutussuunnitelmista 30 % oli ensisuunnitelmia, 58 % jatkosuunnitelmia ja 12 % suunnitelmien tarkastuksia. MS-kuntoutussuunnitelmien ensi- ja jatkosuunnitelmista puolet oli laadittu erikoissairaanhoidossa ja suunnitelmien tarkastuksista puolet perusterveydenhuollossa. MS-kuntoutussuunnitelmien ensi- ja jatkosuunnitelmien sekä suunnitelman tarkastusten jakautumisessa laatijatahojen välillä ei ollut

tilastollisesti merkitsevää eroa ( $p=0,648$ ). AVH-kuntoutussuunnitelmista noin joka kolmas oli ensisuunnitelmia, 58 % jatkosuunnitelmia ja 8 % suunnitelmien tarkastuksia. AVH-kuntoutussuunnitelmista perusterveydenhuollossa oli laadittu ensisuunnitelmista 65 %, jatkosuunnitelmista 78 % ja suunnitelmien tarkastuksista 63 %. AVH-ensisuunnitelmien, jatkosuunnitelmien ja suunnitelman tarkastusten jakautumisessa ei ollut tilastollisesti merkitsevää eroa laatijatahojen välillä ( $p=0,256$ ).

### 8.2.2 Moniammatillisuus ja kuntoutujan osallistuminen kuntoutussuunnitelman laadintaan

Taulukossa 3 esitetään kuntoutussuunnitelman laatijajäsenet, kuntoutujan/omaisen osallistuminen suunnitelman laatimiseen sekä suunnitelmassa käytetyt lausunnot. Kaikissa kuntoutussuunnitelmissa lääkäri oli mukana sitä laatimassa, mutta 3 %:ssa allekirjoittajana oli kuntoutusohjaaja tai kuntoutussihteeri lääkärin sijasta. Lääkärin lisäksi noin joka kymmenenteen kuntoutussuunnitelman laadintaan osallistui fysioterapeutti. MS- kuntoutussuunnitelmien laatimiseen osallistui toimintaterapeutti 2 %:ssa ja joku muu 8 %:ssa (esim. kuntoutusohjaaja tai hoitaja). Kokonaisaineistossa fysioterapialausuntoa oli käytetty joka neljännessä suunnitelmassa (taulukko 3).

**Taulukko 3.** Kuntoutussuunnitelmien laatimiseen osallistuneet henkilöt ja suunnitelmien laatimisessa käytetyt palautteet

	MS	AVH	Yhteensä
	N = 100	N = 100	N = 200
	%	%	%
Laatimiseen osallistuneet ammattihenkilöt			
Lääkäri yksin	92	89	91
Lääkäri + yksi muu ammattihenkilö	3	4	4
Lääkäri + useita muita ammattihenkilöitä	5	7	6
Kuntoutujan osallistuminen kirjattu	7	7	7
Käytetyt palautteet <sup>1</sup>			
Fysioterapeutti	22	27	25
Toimintaterapeutti	1	9	5
Puheterapeutti	1	7	4
Laitoskuntoutus	19	12	16
Muu lausunto <sup>2</sup>	2	2	2
Ei aikaisempien palautteiden käyttöä	65	65	65

<sup>1</sup> Palautteet, joihin suunnitelmassa on viitattu (yhdessä suunnitelmassa saattaa olla useampi viittaus)

<sup>2</sup> Muu ammattihenkilö (esimerkiksi kuntoutussihteeri, sosiaalityöntekijä, fysiatri)

### 8.2.3 Toimintakyvyn kuvaus kuntoutussuunnitelmissa

Taulukossa 4 esitetään toimintakyvyn tason määrittämiseen liittyvien merkintöjen esiintymistä kuntoutussuunnitelmissa. Yli kolmanneksessa MS-kuntoutussuunnitelmista (37 %) ja useassa AVH-kuntoutussuunnitelmassa (16 %) toimintakykyä ei ollut kuvattu lainkaan. Kuntoutussuunnitelmissa liikkumisen, perustoiminnoissa olevan avuntarpeen sekä tukipalvelujen tarpeen kuvaus olivat myös puutteellisia. Alle neljänneksessä MS-kuntoutussuunnitelmista (22 %) ja harvassa AVH-kuntoutussuunnitelmassa (8 %) oli hyödynnetty toimintakyvyn mittareita.

**Taulukko 4.** Toimintakyvyn, liikkumisen, avuntarpeen ja tukipalvelujen käytön kuvaus kuntoutussuunnitelmissa

	<i>MS</i>	<i>AVH</i>	<i>Yhteensä</i>
	<i>N = 100</i>	<i>N = 100</i>	<i>N = 200</i>
	%	%	%
Toimintakyky kuvattu <sup>1)</sup>	63	84	74
Liikkuminen:			
Kävelee ilman apuvälinettä	7	13	10
Yksipuoleinen kävelyn apuväline	6	24	15
Kaksipuoleinen kävelyn apuväline	14	12	13
Manuaalinen pyörätuoli	39	35	37
Sähköpyörätuoli	11	2	7
Ei liiku itsenäisesti	5	3	4
Liikkumista ei ole kuvattu	18	12	15
Perustoiminnot:			
On avun tarve	58	65	62
Ei ole avun tarvetta	6	12	9
Ei tietoa	36	23	30
Tukipalvelujen käyttö:			
Käyttää	25	35	30
Ei käytä	16	15	16
Ei tietoa	52	39	46
Asuu palvelutalossa	7	11	9
Toimintakykymittareiden käyttö suunnitelmassa:			
0 mittaria	78	92	85
1 mittari	13	4	9
2-6 mittaria	9	4	7

<sup>1)</sup> Toimintakyky todettiin kuvatuksi, mikäli kuntoutussuunnitelmassa oli maininta perustoiminnoissa selviytymisestä, liikuntakyvystä tai vammais- ja tukipalvelujen käytöstä.

#### 8.2.4 Kuntoutuksen tavoitteet ja seurantasuunnitelma kuntoutussuunnitelmissa

Taulukossa 5 esitetään kuntoutussuunnitelmiin kirjatut kuntoutuksen tavoitteet ja kuntoutuksen seurantasuunnitelmat (Liite 2). Kuntoutuksen toiminnalliset tavoitteet oli kuvattu MS-suunnitelmissa noin puolessa ja AVH-suunnitelmissa 2/3:ssa. Kuntoutujan omien tavoitteiden kirjaaminen oli harvinaista sekä MS- että AVH-suunnitelmissa.

**Taulukko 5.** Kuntoutussuunnitelmiin kirjatut kuntoutuksen tavoitteet ja kuntoutuksen seurantasuunnitelma.

	<i>MS</i>	<i>AVH</i>	<i>Yhteensä</i>
	<i>N = 100</i>	<i>N = 100</i>	<i>N = 200</i>
	%	%	%
Tavoitteet kuvattu:			
Toiminnalliset tavoitteet	53	71	62
Työelämässä/opiskelussa pysyminen	5	3	4
Kuntoutujan omat tavoitteet	5	1	3
Kuntoutujan/omaisen sitoutuminen tavoitteisiin	4	10	7
Seurantasuunnitelman kirjaaminen	37	22	30

#### 8.2.5 Terapiat ja laituskuntoutus kuntoutussuunnitelmissa ja -päätöksissä

Taulukossa 6 esitetään kuntoutussuunnitelmien ja -päätösten kerta- ja aikamäärät sekä kotikäyntimahdollisuus fysioterapeutin toteuttamille terapiamuodoille. Terapia-aikojen puuttuminen kuntoutussuunnitelmista oli yleistä. Päätöksissä aikamäärät oli kuitenkin määritelty lähes kaikissa. Kokonaisuudessaan terapeutoista useimmin suositeltiin fysioterapeutin toteuttamia terapiamuotoja. Fysioterapia esiintyi sekä yksittäisenä että yhdessä muiden terapioiden kanssa. Allasterapia, lymfaterapia ja ratsastusterapia olivat kuntoutussuunnitelmissa sekä -päätöksissä aina liittyneenä fysioterapiaan. Näissä terapeutoissa palveluntuottaja ei aina kuitenkaan ollut sama kuin fysioterapiassa.

**Taulukko 6.** Prosenttiosuudet kuntoutussuunnitelmista ja –päätöksistä, joissa oli suositeltu tai tehty päätös fysioterapeutin toteuttamille terapioille sekä terapioiden kerta- ja aikamäärät.

	MS			AVH			Yhteensä		
		N = 100		N = 100		N = 200			
	%	$\bar{x}$ (SD)	vaihteluväli	%	$\bar{x}$ (SD)	vaihteluväli	%	$\bar{x}$ (SD)	vaihteluväli
Fysioterapiakerrat									
Suunnitelma <sup>1</sup>	93	73 (25)	22 - 150	81	65 (25)	15 - 135	87	69 (25)	15 - 150
Päätös	93	72 (25)	22 - 140	80	61 (24)	20 - 108	87	67 (25)	20 - 140
Fysioterapia min/kerta									
Suunnitelma <sup>2</sup>	47	59 (7)	45 - 90	37	58 (5)	45 - 60	42	59 (6)	45 - 90
Päätös	90	59 (7)	45 - 90	79	58 (5)	45 - 60	85	59 (6)	45 - 90
Ft-kotikäyntimahdollisuus									
Suunnitelma <sup>2</sup>	28	NA	NA	27	NA	NA	28	NA	NA
Päätös	28	NA	NA	32	NA	NA	30	NA	NA
Allasterapiakerrat									
Suunnitelma <sup>1</sup>	15	32 (28)	5 - 120	11	27 (13)	10 - 45	13	30 (20)	5 - 120
Päätös	12	33 (30)	15 - 120	11	27 (13)	10 - 45	12	30 (20)	10 - 120
Allasterapia min/kerta									
Suunnitelma <sup>2</sup>	4	64 (8)	60 - 75	6	58 (15)	30 - 75	5	61 (12)	30 - 75
Päätös	12	60 (6)	45 - 75	10	59 (11)	30 - 75	11	60 (8)	30 - 75
Lymfaterapiakerrat									
Suunnitelma <sup>1</sup>	5	16 (5)	10 - 20	NA	NA	NA	NA	NA	NA
Päätös	4	16 (5)	10 - 20	NA	NA	NA	NA	NA	NA
Lymfaterapia min/kerta									
Suunnitelma <sup>2</sup>	1	90 (NA)	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
Päätös	2	45 (21)	30 - 60	NA	NA	NA	NA	NA	NA
Ratsastusterapiakerrat									
Suunnitelma <sup>1</sup>	12	22 (10)	10 - 45	1	10 (NA)	NA	7	16 (5)	10 - 45
Päätös	11	23 (12)	10 - 50	1	10 (NA)	NA	6	17 (6)	10 - 50
Ratsastusterapia min/kerta									
Suunnitelma <sup>2</sup>	4	60 (NA)	NA	0	NA	NA	2	30 (NA)	NA
Päätös	10	59 (5)	45 - 60	1	60 (NA)	NA	6	60 (3)	45 - 60

<sup>1</sup> terapiamuotoa suositeltu kuntoutussuunnitelmassa, % sisältää myös ilman tarkkaa kertamäärää olevat suositukset

<sup>2</sup> sisältää vain ne suositukset, joissa mainittu terapiakerran kesto (min)



Tarkasteltaessa fysioterapeutin tuottamia palveluita yhdistettyinä (fysioterapia, allasterapia, lymfaterapia ja ratsastusterapia) fysioterapiaa suositeltiin 91 %:ssa MS-kuntoutussuunnitelmia ja kuntoutuspäätös tehtiin 93 %:ssa kaikista selvityksessä mukana olleista sadasta MS-suunnitelmasta. AVH-kuntoutussuunnitelmissa fysioterapiaa suositeltiin 76 %:ssa ja kuntoutuspäätös tehtiin 80 %:ssa kaikista selvityksessä mukana olleista AVH-suunnitelmista. Suositukset sisältävät myös ilman tarkkaa kertamäärää olevat suositukset.

Kuntoutussuunnitelmissa ja -päätöksissä olleet vuosittaiset kertamäärät fysioterapeutin suorittamille eri terapiamuodoille vaihtelivat suuresti. MS-kuntoutussuunnitelmissa fysioterapiakertoja fysio-, allas-, lymfa- ja ratsastusterapiat yhteenlaskettuina oli keskimäärin 81 kertaa/vuosi (SD 26, vaihteluväli 30–180) ja MS-kuntoutuspäätöksissä 79 kertaa/vuosi (SD 27, vaihteluväli 30–180). Vastaavasti AVH-kuntoutussuunnitelmissa yhteenlaskettuja fysioterapiakertoja oli 69 kertaa/vuosi (SD 25, vaihteluväli 15–145) ja AVH-kuntoutuspäätöksissä 65 kertaa/vuosi (SD 65, vaihteluväli 20–118).

Taulukossa 7 esitetään kuntoutussuunnitelmien ja -päätösten kerta- ja aikamäärät toimintaterapiaan, puheterapiaan ja neuropsykologiseen kuntoutukseen. Nämä terapiat olivat yleisempiä AVH-kuntoutujille kuin MS-kuntoutujille. Neuropsykologista kuntoutusta MS-kuntoutujille ei ollut kuntoutussuunnitelmissa eikä -päätöksissä. Kokonaisaineistossa ei ollut yhtään suunnitelmaa tai päätöstä musiikki- tai psykoterapiaan.

**Taulukko 7.** Prosenttiosuudet kuntoutussuunnitelmista ja –päätöksistä, joissa oli suositeltu tai tehty päätös toimintaterapiaan, puheterapiaan ja neuropsykologiseen kuntoutukseen sekä näiden terapioiden vuosittaiset kerta- ja aikamäärät.

	MS			AVH		
		N = 100		N = 100		
	%	$\bar{x}$ (SD)	vaihteluväli	%	$\bar{x}$ (SD)	vaihteluväli
Toimintaterapiakerrat						
Suunnitelma <sup>1</sup>	1	20 (NA)	NA	20	31 (22)	10 - 90
Päätös	1	20 (NA)	NA	10	31 (24)	10 - 90
Toimintaterapia min/kerta						
Suunnitelma <sup>2</sup>	1	60 (NA)	NA	7	69 (15)	60 - 90
Päätös	1	60 (NA)	NA	10	69 (14)	60 - 90
Tt-kotikäyntimahdollisuus						
Suunnitelma	1			7		
Päätös	1			7		
Puheterapiakerrat						
Suunnitelma <sup>1</sup>	4	28 (8)	20 - 30	10	24 (11)	10 - 40
Päätös	3	28 (8)	20 - 30	6	35 (24)	15 - 80
Puheterapia min/kerta						
Suunnitelma <sup>2</sup>	1	45 (NA)	NA	1	60 (NA)	NA
Päätös	3	45 (15)	30 - 60	5	60 (NA)	NA
Neuropsykologisen kuntoutuksen kerrat						
Suunnitelma	NA	NA	NA	1	35 (NA)	NA
Päätös	NA	NA	NA	1	45 (NA)	NA
Neuropsykologinen kuntoutus min/kerta						
Suunnitelma	NA	NA	NA	1	60 (NA)	NA
Päätös	NA	NA	NA	1	60 (NA)	NA

<sup>1</sup> terapiamuotoa suositeltu kuntoutussuunnitelmassa, % sisältää myös ilman tarkkaa kertamäärää olevat suositukset

<sup>2</sup> sisältää vain ne suositukset, joissa mainittu terapiakerran kesto (min)

Yksilöllistä laituskuntoutusjaksoa suositeltiin MS-kuntoutussuunnitelmissa 76 %:ssa ja kuntoutuspäätös tehtiin 57 %:ssa. AVH-kuntoutussuunnitelmissa suosituksia yksilölliseen laituskuntoutukseen oli 52 %:ssa ja kuntoutuspäätös tehtiin 50 %:ssa. Suositukset sisältävät myös ilman tarkkaa vuorokausimäärää olevat suositukset.

MS-kuntoutussuunnitelmissa laituskuntoutusjaksojen suositeltu pituus oli keskimäärin 24 vrk/vuosi (SD 4, vaihteluväli 14–42) ja vastaavissa Kelan kuntoutuspäätöksissä 23vrk/vuosi (SD 4, vaihteluväli 14–28). AVH-suunnitelmissa suositeltu laituskuntoutusjaksojen vuorokausimäärä oli keskimäärin 23 vrk/vuosi (SD 5, vaihteluväli 14–28) ja vastaavissa Kelan kuntoutuspäätöksissä 20vrk/vuosi (SD 5, vaihteluväli12–28).

### 8.3 Kuntoutussuunnitelmien laatu eri laatijatahoilla

MS-kuntoutussuunnitelmissa kuntoutussuunnitelmalomakkeiden käytössä oli tilastollisesti merkitsevää eroa laatijatahojen välillä ( $p < 0.001$ ) Perusterveydenhuollossa laadituista MS-suunnitelmista 42%:ssa ja erikoissairaanhoidossa laadituista 4%:ssa oli käytetty kuntoutussuunnitelmalomaketta kun taas muualla kuin julkisen terveydenhuollon yksikössä laadituissa MS-suunnitelmissa kuntoutussuunnitelmalomaketta ei ollut käytetty ollenkaan.

Kuntoutussuunnitelmalomakkeiden käytössä AVH-kuntoutussuunnitelmissa ei ollut tilastollisesti merkitsevää eroa laatijatahojen välillä ( $p = 0,081$ ). Perusterveydenhuollossa laadituista AVH-kuntoutussuunnitelmista joka neljännessä oli käytetty kuntoutussuunnitelmalomaketta. Erikoissairaanhoidossa laadituista AVH-suunnitelmista 6 % oli laadittu kuntoutussuunnitelmalomaketta käyttäen.

Taulukossa 8 esitetään Kelan antamien kuntoutussuunnitelmien laadintaohjeiden toteutumisen eroja kuntoutussuunnitelmien laatijatahojen välillä. Perusterveydenhuollossa ja muualla kuin julkisen terveydenhuollon yksikössä laaditut MS-kuntoutussuunnitelmat vastasivat paremmin Kelan antamiin ohjeisiin kuntoutussuunnitelman laadinnasta kuin erikoissairaanhoidossa laaditut kuntoutussuunnitelmat. MS-kuntoutussuunnitelmien moniammatillinen laadinta oli yleisintä perusterveydenhuollossa (19%) ja moniammatillisuudessa oli tilastollisesti merkitsevää eroa eri laatijatahojen välillä ( $p = 0,033$ ). Aikaisempien terapiapalautteiden käytössä MS-kuntoutussuunnitelmien laadintaan ei ollut tilastollisesti merkitsevää eroa laatijatahojen välillä ( $p = 0,757$ ). Kuntoutujan osallistuminen kuntoutussuunnitelman laadintaan oli kirjattu harvoin kaikissa laatijatahoissa.

MS-kuntoutussuunnitelmissa toimintakyvyn kuvaus oli puutteellista kaikissa laatijatahoissa. Perusterveydenhuollossa ja muualla kuin julkisen terveydenhuollon yksikössä oli tilastollisesti merkitsevästi yleisemmin kuvattu tukipalvelujen käyttö ja perustoiminnoissa olevan avuntarve sekä kuntoutuksen toiminnalliset tavoitteet kuin erikoissairaanhoidossa (taulukko 8).

AVH-kuntoutussuunnitelmissa ei ollut tilastollisesti merkitsevää eroa kuntoutussuunnitelmien laatijatahojen välillä Kelan antamien kuntoutussuunnitelmien laadintaohjeiden toteutumisessa. Kaiken kaikkiaan AVH-suunnitelmien moniammatillinen laadinta oli vähäistä ja kuntoutujan osallistuminen kuntoutussuunnitelman laatimiseen oli kirjattu harvoin ja toimintakyvyn kuvaus oli puutteellista kaikissa laatijatahoissa. Yleisimmin (8 %) kuntoutujan osallistuminen oli kirjattu perusterveydenhuollossa laadituissa AVH-kuntoutussuunnitelmissa. (taulukko 8).

**Taulukko 8.** Kuntoutussuunnitelmien laadintaohjeiden toteutumisen erot laatijatahojen välillä.

	MS					AVH				
	N = 100					N = 100				
	esh (n=50)	pth (n=31)	muu (n=8)	ei tietoa (n=11)		esh (n=16)	pth (n=72)	muu (n=2)	ei tietoa (n=10)	
	%	%	%	%	p-arvo <sup>1</sup>	%	%	%	%	p-arvo <sup>1</sup>
Kuntoutussuunnitelman laadinta										
2 tai useampia laatijoita	2	19	13	0	,033	6	14	0	0	,482
1 tai useampaa terapiapalautetta käytetty	28	45	38	36	,757	44	35	50	20	,967
Kuntoutujan osallisuus kirjattu	4	16	0	0	,107	6	8	0	0	,774
Kuntoutussuunnitelman sisältö										
Toimintakyky ADL:ssä kuvattu	54	68	88	73	,208	63	76	50	90	,551
Liikuntakyky kuvattu	58	77	75	82	,195	88	89	100	80	,817
Tukipalvelujen käyttö kuvattu	32	68	75	46	,006	38	63	100	80	,087
Avuntarve perustoiminnoissa kuvattu	52	80	88	55	,027	63	78	100	90	,324
Toiminnalliset tavoitteet kirjattu	50	68	63	18	,036	63	76	50	50	,246
Kuntoutujan omat tavoitteet kirjattu	4	10	0	0	,469	0	1	0	0	,942
Kuntoutujan sitoutuminen tavoitteisiin kirjattu	4	3	0	9	,771	0	13	0	10	,475
Seurantasuunnitelma kirjattu	40	45	25	9	,154	44	20	0	10	,107

esh= erikoissairaanhoido; pth= perusterveydenhuolto; muu= muu taho; ei tietoa= laatijatahoa ei ole kirjattu

<sup>1</sup> Pearson Chi Square -testi

## 8.4 Kuntoutuslakiuudistuksen vaikutus kuntoutussuunnitelmien laatuun

Taulukossa 9 esitetään kuntoutuslakiuudistusta ennen ja jälkeen laadittujen kuntoutussuunnitelmien väliset erot suunnitelmien laadussa. MS-kuntoutussuunnitelmissa oli kuntoutuslakiuudistuksen jälkeen tapahtunut tilastollisesti merkitsevää muutosta. MS-kuntoutussuunnitelmissa avuntarpeen kuvaaminen oli vähentynyt tilastollisesti merkitsevästi ( $p=0,045$ ), mutta toisaalta toiminnallisten tavoitteiden kirjaaminen oli lisääntynyt tilastollisesti lähes merkitsevästi ( $p=0,056$ ). AVH-kuntoutussuunnitelmissa ei ollut tilastollisesti merkitsevää eroa Kelan antamien kuntoutussuunnitelmien laadintaohjeiden toteutumisessa ennen kuntoutuslakiuudistusta ja sen jälkeen laadittujen kuntoutussuunnitelmien välillä.

**Taulukko 9.** Ennen kuntoutuslakiuudistusta ja sen jälkeen (1.10.2005) laadittujen kuntoutussuunnitelmien laadinnan ja sisällön vertailu.

	MS			AVH		
	N = 100			N = 100		
Kuntoutuslaki (KKLR566/2005) 1.10.2005	Ennen (n=35) %	Jälkeen (n=65) %	p-arvo <sup>1</sup>	Ennen (n=35) %	Jälkeen (n=65) %	p-arvo <sup>1</sup>
Kuntoutussuunnitelman laadinta						
2 tai useampi laatija	3	11	,081	11	8	,441
1 tai useampaa terapiapalautetta käytetty	23	42	,099	37	34	,346
Kuntoutujan osallisuus kirjattu	3	9	,233	6	8	,712
Kuntoutussuunnitelman sisältö						
Toimintakyky ADL:ssä kuvattu	63	63	,983	91	80	,137
Liikuntakyky kuvattu	63	71	,419	89	88	,897
Tukipalvelujen käyttö kuvattu	51	46	,615	67	57	,255
Avuntarve perustoinnoissa kuvattu	77	57	,045	83	74	,307
Toiminnalliset tavoitteet kirjattu	40	60	,056	74	69	,595
Kuntoutujan omat tavoitteet kirjattu	3	6	,471	3	0	,171
Kuntoutujan sitoutuminen tavoitteisiin kirjattu	0	6	,134	11	9	,727
Seurantasuunnitelma kirjattu	29	42	,200	29	19	,244

<sup>1</sup> Pearson Chi Square -testi

## 9. POHDINTA

Kelan järjestämää kuntoutusta ja kuntoutusrahaa koskeva lainsäädäntö uudistettiin vuonna 2005 (KKRL 566/2005). Uuden kuntoutuslain mukaan vaikeavammaisen kuntoutus perustuu kirjalliseen kuntoutussuunnitelmaan, jonka laatii lääkäri tai lääkäri ja moniammatillinen tiimi hoidosta vastaavassa julkisen terveydenhuollon yksikössä (KKRL 9§). Tämän tutkimuksen tavoitteena oli selvittää vaikeavammaisten lääkinnällisen kuntoutuksen kuntoutussuunnitelmien laatua ja Kelan antamien kuntoutussuunnitelman laadintaohjeiden toteutumista MS- ja AVH-kuntoutussuunnitelmissa. Tutkimus osoittaa, että vaikeavammaisten lääkinnällisen kuntoutuksen kuntoutussuunnitelmat ovat yleensä yhden ihmisen laatimia ja kuntoutujat eivät yleensä osallistu oman kuntoutuksensa suunnitteluun. Koska kuntoutussuunnitelmista yleisesti puuttuu toimintakyvyn kuvaus ja kuntoutuksen tavoitteet ovat suunnitelmat laadultaan heikkoja.

Tutkimuksen otoksen jakautuminen vastasi MS-taudin ja AVH:n epidemiologista jakautumista (Mustajoki 2007, Kaste ym. 2006). MS-otoksessa oli naisia kaksinkertainen määrä miehiin verrattuna, ja AVH-otoksessa miesten osuus oli suurempi. MS-kuntoutujat olivat iältään nuorempia kuin AVH-kuntoutujat. MS-kuntoutujia oli enemmän maan lounais- ja länsiosista. Sumelahden (2002) mukaan MS-tauti on noin kaksi kertaa yleisempää naisilla kuin miehillä ja sen on todettu olevan yleisempi maan lounais- ja länsiosissa kuin itä- tai eteläosissa. AVH esiintyvyys on yleisempää miehillä kuin naisilla (Kaste ym. 2006). Tässä tutkimuksessa MS- ja AVH-kuntoutussuunnitelmat ja -päätökset käsiteltiin erillisinä, koska MS-taudin ja AVH:n ilmeneminen ja prognoosi ovat toisistaan poikkeavat. MS on etenevä sairaus (Ruutiainen ja Tienari 2006), kun taas AVH-potilaista osa toipuu ja osalla potilaista AVH on krooninen sairaus (Kaste ym. 2006). MS-taudin ja AVH:n erilaisuus näkyi kuntoutussuunnitelmissa niin, että MS-kuntoutujilla sairauden kesto oli vuosissa pidempi kuin AVH-kuntoutujilla ja MS-kuntoutussuunnitelmat oli yleisimmin laadittu kolmeksi vuodeksi ja AVH-kuntoutussuunnitelmat yhdeksi vuodeksi.

Kela suosittelee vaikeavammaisten kuntoutussuunnitelmien laadintaan kuntoutussuunnitelmalomaketta (KU207). Tämä lomake on otettu käyttöön 1.1.2006

ja sen tulisi korvata aiemmin käytetyt lomakkeet (Kuntatiedote. Sosiaali- ja terveysministeriö 17/2005). Tässä tutkimuksessa olleissa kuntoutussuunnitelmissa KU207-lomakkeen käyttö oli lähes olematonta. Kuntoutussuunnitelman vähäistä käyttöä selittää suosituksen uutuus ja KU207-kuntoutussuunnitelmalomakkeen vaikea saatavuus. Tammikuussa 2007 eli vuosi KU207-kuntoutussuunnitelmalomakkeen käyttöön oton jälkeen lomaketta ei ollut saatavana mm. Kelan internet-sivuilta eikä lääkäreille tarkoitetuilta internet-tietokantasivuilta, joissa on lääkäreille saatavana muun muassa lääkärintodistus, -määräys ja -lausuntolomakkeet ([www.terveysportti.fi/Kelan lomakkeet](http://www.terveysportti.fi/Kelan_lomakkeet), [www.laakariportaali.fi](http://www.laakariportaali.fi) ja [www.univadis.fi](http://www.univadis.fi)). Selvitys KU207-kuntoutussuunnitelmalomakkeen mahdollisista vaikutuksista kuntoutussuunnitelmien sisältöön ja laatuun vaatii pidempiaikaista seuranta, kuin tämän tutkimuksen aikana oli mahdollista tehdä. Tässä tutkimuksessa laadultaan parempia MS-kuntoutussuunnitelmia näyttäisi selittävän kuntoutussuunnitelman laatimista varten suunnitellun lomakkeen käyttö kuntoutussuunnitelmaa laadittaessa. KU207-lomakkeen lisäksi tutkimuksessa otettiin huomioon kuntalomakkeen 7740 käyttö, vaikka sitä ei ole suunniteltu ohjaamaan kuntoutussuunnitelman sisältöä vastaamaan Kelan nykyisiä suosituksia kuntoutussuunnitelman sisällöstä.

Aivoinfarktin Käypä hoito -suosituksen (2006) mukaan kuntoutuksen hyödyn arviointi edellyttää moniammatillisen asiantuntijaryhmän kuntoutujakohtaista yksilöllistä arviota, ja AVH-kuntoutusta tarvitseville tulisi laatia moniammatilliseen näkemykseen perustuva kuntoutussuunnitelma. Tämän tutkimuksen tulosten mukaan moniammatillisuus ei toteutunut vaikeavammaisten kuntoutuksen suunnittelussa, sillä vain kymmenes osa suunnitelmista oli laadittu moniammatillisesti, ja aikaisempia terapiapalautteita oli käytetty alle puolessa kuntoutussuunnitelmista. Sosiaali- ja terveysministeriön kuntatiedotteen (2005) mukaan kuntoutussuunnitelmaa laadittaessa tulee ottaa huomioon aikaisemmilta kuntoutusjaksoilta tai muilta palveluntuottajilta saadut palautteet ja suositukset.

Kari ja Puukan (2001) mukaan moniammatillisten tiimien laatimat kuntoutussuunnitelmat olivat merkittävästi yksittäisten lääkäreiden laatimia suunnitelmia parempia. Tässä tutkimuksessa kuntoutussuunnitelmien moniammatillinen laadinta näyttäisi lisäävän Kela:n laadintaohjeiden toteutumista kuntoutussuunnitelmien



sisällössä. Perusterveyden huollossa laadituissa MS-kuntoutussuunnitelmissa, joissa kuntoutussuunnitelmien laatu todettiin paremmaksi kuin erikoissairaanhoidossa laadituissa suunnitelmissa, oli myös kuntoutussuunnitelmien moniammatillinen laadinta yleisempää.

MS-taudin Käypä hoito -suosituksen (2006) mukaan MS-kuntoutuksen on hyvä perustua hoitovastuussa olevan tahon yhdessä kuntoutujan kanssa tekemään yksilölliseen kuntoutussuunnitelmaan. Tämän tutkimuksen tulosten mukaan AVH-kuntoutussuunnitelmien laadussa ei ole merkitsevää eroa suunnitelmien laatijatahojen välillä. Aivoinfarktin Käypä hoito -suositus (2006) kuitenkin suosittaa kuntoutustarpeen arviointia AVH-yksikössä riippumatta halvauksen vaikeusasteesta, koska se on Käypä hoito -suosituksen mukaan yksi tärkeimmistä AVH-hoidon lopputulosta parantavista tekijöistä.

Kuntoutujan osallistuminen oman kuntoutuksen suunnitteluun on todettu merkitykselliseksi (Kari ja Puukka 2001, Pedro ja Pais 2007). Kari ja Puukka (2001) tutkimuksen mukaan kuntoutujan osallistuminen oman kuntoutussuunnitelman laadintaan oli vähäistä. Myös tässä tutkimuksessa kuntoutussuunnitelmissa maininta kuntoutujan osallistumisesta oman kuntoutussuunnitelman laatimiseen oli harvinaista, sillä vain 7%:ssa kuntoutussuunnitelmista oli maininta kuntoutujan osallistumisesta kuntoutussuunnitelman laatimiseen.

Kuten Kari ja Puukka (2001) toteavat tutkimuksessaan, myös tässä tutkimuksessa vaikeavammaisten kuntoutussuunnitelmissa toimintakyvyn kuvaus oli vajaata. Kuntoutuksen tavoitteiden asettelu on todettu merkitykselliseksi kuntoutujalle (Holliday 2007, Levack ym.2006). Kuntoutuksen alalla toimivien terveydenhuollon ammattilaisten tulee selvittää potilaiden ymmärrys sairaudestaan sekä heidän kokemukset ja odotukset kuntoutuksen tavoitteiden asettamisessa (Holliday 2007). Vastaten Kari ja Puukka (2001) tutkimusta vaikeavammaisten kuntoutussuunnitelmista, myös tässä tutkimuksessa tavoitteiden asettelu oli ylimalkaista sekä kuntoutuksen seurantatiedot puutteellisia. Tässä tutkimuksessa kuntoutuksen toiminnalliset tavoitteet oli kirjattu useimmiten hyvin yleisellä tasolla esimerkiksi: *"toimintakyvyn paraneminen"* tai *"selviytymisen parantaminen"*. Yksilöllisesti määritellyt tavoitteet olivat poikkeuksia. Seuraavassa esimerkkinä

kuntoutussuunnitelmiin kirjatuiista yksilöllisesti määritellyistä toiminnallisista tavoitteista: *”ylläpitää itsenäisen asumisen edellyttämä itsehoitokyky”* tai *”kykenisi itse siirtymään sängystä ja seisomaan mahdollisimman pitkään”*. Tässä tutkimuksessa myös kuntoutujan omien tavoitteiden kirjaaminen oli lähes olematonta. Seuraavassa esimerkki kuntoutujan omasta tavoitteesta, jonka kuntoutussuunnitelman tekijä oli kirjannut kuntoutussuunnitelmaan: *”Kuntoutuja asettanut tavoitteeksi nykyisen fyysisen tilan säilymisen tai paranemisen, painehaavojen ehkäisyn”*. Seuraavassa esimerkki hyvin puutteellisesta kuntoutussuunnitelmasta, jossa kuntoutussuunnitelma oli kokonaisuudessaan kahden lauseen mittainen: *”Potilaasta tullut ft-palaute, jossa suositellaan avoft.2x/vk 104 käyntikertaa. Lisäksi suositeltu 2x2viikon kunt.jakso. Hyväksytään kuntoutussuositus ja laitetaan Kelalle.”*

MS-kuntoutujille suunniteltiin ja myönnettiin enemmän fysioterapiaa, lymfaterapiaa ja ratsastusterapiaa kuin AVH-kuntoutujille. Toimintaterapiaa, puheterapiaa ja neuropsykologista kuntoutusta suositeltiin hyvin vähän, mutta kuitenkin AVH-kuntoutujille useammin kuin MS-kuntoutujille. Toimintaterapian, puheterapian ja neuropsykologisen kuntoutuksen vähyys yllättää huomioon ottaen AVH- ja MS-kuntoutujien monimuotoiset ongelmat. Näitä terapiamuotoja on kuitenkin oletettavasti tarjolla laituskuntoutusjaksoilla.

Vaikka kuntoutussuunnitelmat olivat laadultaan heikkoja ja puutteellisia myös terapiamäärien suosituksilta, kuntoutuspäätösten perusteella näytti, että kuntoutujat olivat saaneet etunsa mukaisen päätöksen. Kelan päätöksissä on kuntoutussuunnitelmien lisäksi mahdollisesti käytetty aikaisempia lausuntoja ja päätöksiä sekä asiantuntijalääkäreiden kommentteja. Tutkimuksen perusteella näytti siltä, että puutteellisia kuntoutussuunnitelmia ei ole lähetetty takaisin kuntoutussuunnitelmien laatijoille. Kuntoutussuunnitelmien sisällön tarkentamisen ja myönnettävän kuntoutuksen sopivuuden ja vaikuttavuuden kannalta kuntoutussuunnitelmien takaisin palauttaminen voisi olla merkityksellistä. Tämä kuitenkin viivästyttäisi kuntoutuspäätöksen saamista ja kuntoutuksen aloittamista ja näin ollen voisi olla myös haitallista kuntoutujalle.

Tässä tutkimuksessa MS- ja AVH-kuntoutussuunnitelmien moniammatillinen laadinta, kuntoutujan osallistuminen oman kuntoutussuunnitelman laatimiseen ja kuntoutuksen

tavoitteiden asettamiseen oli vähäistä. Kuntoutussuunnitelmissa toimintakyvyn ja liikkumisen kuvaus sekä kuntoutuksen tavoitteiden ja seurantasuunnitelman kirjaaminen oli puutteellista. Kuntoutussuunnitelmista puuttui usein myös tieto perustoiminnoissa mahdollisesti olevasta avuntarpeesta ja tukipalveluiden käytöstä. Kuntoutussuunnitelmien huono laatu näyttää liittyvän kuntoutussuunnitelmien moniammatillisen laadinnan ja kuntoutujan osallistumisen vähyyteen sekä kuntoutussuunnitelmalomakkeen vähäiseen käyttöön.

Perusterveydenhuollossa ja muualla kuin julkisen terveydenhuollon yksikössä laaditut MS-suunnitelmat todettiin laadultaan paremmiksi kuin erikoissairaanhoidossa laaditut MS-kuntoutussuunnitelmat. Vaikeavammaisten kuntoutussuunnitelmien sisällön heikkous on tullut esille aikaisemmissakin tutkimuksissa, ja moniammatillisesti laaditut suunnitelmat on todettu laadultaan paremmiksi kuin yhden henkilön laatimat suunnitelmat (Kari ja Puukka 2001). Myös tässä tutkimuksessa todettiin moniammatillisella kuntoutussuunnitelman laatimisella olevan vaikutusta kuntoutussuunnitelman laatuun. Toisin kuin tämä tutkimus Kari ja Puukan (2001) tutkimus oli seurantatutkimus, jossa käytettiin myös asiakas- ja hoitoyksikkökyselyä ja joka toteutettiin yhdellä Kelan vakuutusalueella. Kari ja Puukan (2001) tutkimuksen otoksessa oli edustettuna myös lapsia ja heidän sairaustautansa oli laajempi kuin tässä tutkimuksessa. Näistä eroista huolimatta tämän tutkimuksen tulokset vahvistavat Kari ja Puukan (2001) tutkimuksen tuloksia vaikeavammaisten kuntoutussuunnitelmien sisällön puutteellisuudesta ja laadun heikkoudesta.

Tämän tutkimusten tulosten mukaan laadultaan parempia kuntoutussuunnitelmia näyttäisi selittävän suunnitelmien laatiminen moniammatillisessa työryhmässä ja kuntoutussuunnitelmalomakkeen käyttö kuntoutussuunnitelmien laadinnassa. Näin ollen voidaan suositella, että Kelalle tehtävät MS- ja AVH-kuntoutussuunnitelmat tulisi laatia moniammatillisesti ja Kelan suosittamaa KU207-kuntoutussuunnitelmalomaketta käyttäen. Kuntoutussuunnitelmalomake on suunniteltu ohjaamaan kuntoutussuunnitelman laatijoita muun muassa toimintakyvyn kuvaukseen, toiminnallisten tavoitteiden ja kuntoutuksen seurantasuunnitelman sekä kuntoutujan osallistumisen kirjaamiseen. Jotta kuntoutus olisi vaikuttavaa, tulisi sen olla tavoitteellista ja hyvin suunniteltua.

Kelan kuntoutuslain (KKRL 566/2005) voimaan astumisen jälkeen MS-kuntoutussuunnitelmissa tapahtunutta tilastollisesti merkitsevä avuntarpeen kuvauksen vähentymistä ei voida pitää suuntaa antavana kuntoutussuunnitelmien laadun heikkenemiseen, koska vastaavasti toiminnallisten tavoitteiden kuvauksen lisääntyminen MS-kuntoutussuunnitelmissa oli tilastollisesti lähes merkitsevä. AVH-kuntoutussuunnitelmien laadinnassa ja sisällön laadussa ei ollut tapahtunut muutosta kuntoutuslain (KKRL 566/2005) voimaan astumisen jälkeen.

Tutkimus tehtiin otantana, mikä on tämän tutkimuksen vahvuus. Tutkimuksen aihe on hyvin ajankohtainen ja kansantaloudellisesti tärkeä. Tutkimuksen heikkoutena voidaan nähdä, ettei se pysty antamaan täysin luotettavaa tietoa muun muassa kuntoutujan osallistumisesta kuntoutussuunnitelman laadintaan tai aikaisempien terapiapalautteiden käytöstä kuntoutussuunnitelman laadinnassa. Tarkasteltaessa kuntoutuslakiuudistuksen vaikutusta kuntoutussuunnitelmien laatuun, tulee ottaa huomioon, että tämä tutkimus ajoittui lakiuudistuksen ajankohtaan ja vertailu tapahtui pienellä otoksella ja lyhyellä ajanjaksolla. Selvitys kuntoutuslakiuudistuksen vaikutuksista kuntoutussuunnitelmien laatuun vaatii pidempiaikaista ja laajempaa selvitystä, kuin oli mahdollista tehdä tässä tutkimuksessa.

#### Johtopäätökset:

Tämän tutkimuksen tulokset osoittivat, että MS- ja AVH-kuntoutussuunnitelmien sisältö ei vastannut Kelan antamia kuntoutussuunnitelman laadintaohjeita ja kuntoutussuunnitelmien laatu oli heikko. MS-kuntoutussuunnitelmista perusterveydenhuollossa ja muualla kuin julkisen terveydenhuollon yksikössä laaditut kuntoutussuunnitelmat olivat laadultaan parempia kuin erikoissairaanhoidossa laaditut kuntoutussuunnitelmat. Sen sijaan AVH-kuntoutussuunnitelmien laadussa ei ollut merkitsevää eroa suunnitelmien laatijatahojen välillä. Laadultaan parempia kuntoutussuunnitelmia näyttäisi selittävän kuntoutussuunnitelmien moniammatillinen laadinta ja perusterveydenhuollossa myös kuntoutussuunnitelmalomakkeen käyttö kuntoutussuunnitelmien laadinnassa. AVH-kuntoutussuunnitelmien laadussa ei ollut merkitsevää eroa kuntoutussuunnitelmien laatijatahojen välillä. Tulosten perusteella

voidaan suosittaa erityisesti kuntoutuksen suunnitteluun laaditun KU207-lomakkeen käyttöä.

Jatkotutkimusta tarvitaan selvittämään, ovatko suunnitellut ja Kelan myöntämät terapiamuodot ja laituskuntoutukset intensiteetiltään ja toteutustavaltaan näyttöön perustuvan tiedon ja suositusten mukaisia. Tärkeää olisi myös selvittää, vaikuttaako kuntoutussuunnitelman laatu kuntoutujan saaman kuntoutuksen laatuun. Myös Kelan vakuutusalueiden välinen vertailu suunniteltujen ja toteutuneiden laituskuntoutusjaksojen ja terapioiden määrässä, intensiteetissä sekä toteuttamistavassa on tarpeen selvittämään terapiapalveluiden tasapuolista jakautumista koko maan alueella.

## LÄHTEET

Ada L, Dean CM, Hall JM, Bampton J, Crompton S. A treadmill and overground walking program improves walking in persons residing in the community after stroke: a placebo-controlled, randomized trial. *Arch Phys Med Rehabil* 2003;84:1486-91.

Chamberlain MA, Thornley G, Stowe J, Wright V. Evaluation of aids and equipment for the bath: II. A possible solution to the problem. *Rheumatol Rehabil* 1981;20:38-43.

Dean CM, Richards CL, Malouin F. Task-related circuit training improves performance of locomotor tasks in chronic stroke: a randomized, controlled pilot trial. *Arch Phys Med Rehabil* 2000;81:409-17.

Gauggel S, Fischer S. The effect of goal setting on motor performance and motor learning in brain-damaged patients. *Neuropsychol Rehabil* 2002;11:33-44.

Green J, Forster A, Bogle S, Young J. Physiotherapy for patients with mobility problems more than 1 year after stroke: a randomised controlled trial. *Lancet* 2002;359:199-203.

Hack W, Kaste M, Bogousslavsky J. European Stroke Initiative Recommendations for Stroke Management - update 2003. *Cerebrovasc Dis* 2003;16:311-37.

Holliday R C. A survey of goal setting methods used in rehabilitation. *Neurorehabil Neural Repair* 2005;19:227-231.

Holliday RC. Goal setting in neurological rehabilitation: Patients' perspectives. *Disabil Rehabil*. 2007;29:389-394.

Järvikoski A. Vajaakuntoisuudesta elämän hallintaan? Kuntoutuksen viitekehysten ja toimintamallien tarkastelua. Helsinki: Kuntoutussäätiö, Tutkimuksia 1994:46.

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

Jørgensen HS, Kammergaard LP, Houth J. Who benefits from treatment and rehabilitation in a stroke unit? A community-based study. *Stroke* 2000;31:434-9.

Kallaranta T, Rissanen P. Vaikeavammaisen lääkinnällisen kuntoutuksen tehtäväjako ja yhteistyö. Selvitysmiesten raportti. Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistioita 1996:5.

Kari A, Puukka P. Vaikeavammaisen kuntoutussuunnitelma-velvollisuus vai mahdollisuus? Kansaneläkelaitos. Sosiaali- ja terveysturvan katsauksia. 2001;44. Gummerus Kirjapaino Oy. Jyväskylä.

Kaste M, Hernesniemi J, Kotila M, Lepäntalo M, Lindsberg P, Palomäki H, Roine R, Sivenius J. Aivoverenkiertohäiriöt. Teoksessa Soinila S, Kaste M, Somer H (toim.) *Neurologia*. Duodecim 2006:271-331.

Kesselring J, Beer S. Symptomatic therapy and neurorehabilitation in multiple sclerosis. *Lancet Neurol* 2005;4:643-52.

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

Khan F, Turner-Stokes L, Ng L, Kilpatrick T. Multidisciplinary rehabilitation for adults with multiple sclerosis. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2007;2.

Lahtela K, Grönlund R, Röberg M ja Virta L. 2002 Arvioita suomalaisesta kuntoutusjärjestelmästä. Kuntoutusbarometrihankkeen ensimmäisen vaiheen havaintoja. Kansaneläkelaitos. Gummerus Kirjapaino Oy. Jyväskylä.

Levack W, Taylor K, Siegert R, Dean S, McPherson K, Weatherall M. Is goal planning in rehabilitation effective? A Systematic Review. *Clin Rehabil* 2006;20:739-55.

Miltner WH, Bauder H, Sommer M, Dettmers C, Taub E. Effects of constraint-induced movement therapy on patients with chronic motor deficits after stroke: a replication. *Stroke* 1999;30:586-92.

Mustajoki P. MS-tauti (múltippliskleroosi). Lääkärikirja Duodecim. Duodecim terveyskirjasto. [WWW-dokumentti] Päivitetty 2.1.2007 [viitattu 23.8.2007] ([http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_haku=MS-tauti&p\\_artikkeli=dlk00048](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_haku=MS-tauti&p_artikkeli=dlk00048))

Patti F, Ciancio MR, Reggio E ym. The impact of outpatient rehabilitation on quality of life in multiple sclerosis. *J Neurol* 2002;249:1027-33.

Patti F, Ciancio MR, Cacopardo M ym. Effects of a short outpatient rehabilitation treatment on disability of multiple sclerosis. *J Neurol* 2003;250:861-6.

Pedro L, Pais R. The joint contribution of participation/autonomy and neurological disability for quality of life in people with multiple sclerosis. *Centro Hospitalar Lisboa/ Faculdade Psicologia Ciencias da Educacao- U. Porto. Physiotherapy* 2007a ;93(S1):S229.

Pedro L, Pais R. Relationship between participation and autonomy assessment and neurological assessment in people with multiple sclerosis. *Centro Hospitalar Lisboa/ Faculdade Psicologia Ciencias da Educacao- U. Porto. Physiotherapy* 2007b ;93(S1):S423.

Rietberg MB, Brooks D, Uitdehaag BM, Kwakkel G. Exercise therapy for multiple sclerosis. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2004;3.

Rissanen P, Vilkkumaa I. Mitä kuntoutus on? Julkaisussa: Alaranta H. Pohjolainen T. 1997.

Rissanen P, Vanharanta H. Fysiatria 2.painos. Helsinki: Duodecim. 1997.

Ruutiainen J, Tienari P. MS-tauti ja muut demyelinaatiosairaudet. Teoksessa Soinila S, Kaste M, Somer H (toim.) Neurologia. Duodecim 2006;379-394.

Ruutiainen J. MS-potilaan lääkehoito. Suomen lääkäri-lehti 1997;52;20-21.

Sivenius J, Pitkänen K, Peurala S, Tarkka IM. Käden pakotettu käyttö - lupaava aivohalvauspotilaiden kuntoutusmuoto. Duodecim 2002;118:1021-6.

Sumelahti ML, Tienari PJ, Wikström J, Palo J, Hakama M. Regional and temporal variation in the incidence of multiple sclerosis in Finland 1979-1993. Neuroepidemiology 2000;19:67-75.

Sumelahti ML. Occurrence, survival and prognostic factors of multiple sclerosis in Finland. Tampereen yliopistopaino OY. Juvenes Print. 2002.

Tempest S. Using ICF to clarify team roles and demonstrate clinical reasoning in stroke rehabilitation. Disabil Rehabil. 2006 May 30;28(10): 663-7.

Teixeira-Salmela LF, Olney SJ, Nadeau S, Brouwer B. Muscle strengthening and physical conditioning to reduce impairment and disability in chronic stroke survivors. Arch Phys Med Rehabil 1999;80:1211-8.

Wittenberg GF, Chen R, Ishii K ym. Constraint-induced therapy in stroke: magnetic-stimulation motor maps and cerebral activation. Neurorehabil Neural Repair 2003;17:48-57.

Wiles CM, Newcombe RG, Fuller KJ. Controlled randomised crossover trial of the effects of physiotherapy on mobility in chronic multiple sclerosis. J Neurol Neurosurg Psychiatry 2001;70:174-9.

### **Ilman henkilötekijää olevat lähteet:**

Eurooppalainen hyvän käytännön opas. Kohti vammaisten yhdenvertaisia mahdollisuuksia. Helios II. Euroopan komissio. 1996.

ICF, Toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälinen luokitus. World Health Organisation. Stakes. Ohjeita ja luokituksia 2004:4.

Kela. Edellytyksenä kuntoutussuunnitelma. [WWW-dokumentti] [viitattu 1.4.2007] (<http://www.kela.fi/>).

Kelan järjestämän vaikeavammaisten lääkinnällisen avokuntoutuksen standardi. Kansaneläkelaitos. Versio 5/1.1.2006. [WWW-dokumentti] [viitattu 1.3.2007] (<http://www.kela.fi/in/internet/liite.nsf>).

Kelan kuntoutustilasto 2006. Kansaneläkelaitos, tilastoryhmä. Helsinki 2007.



Kelan kuntoutuslaki (KKRL 566/2005). [WWW-dokumentti] [viitattu 1.2.2007] (<http://www.stm.fi/Resource.phx/publishing/documents/5452>).

Kuntatiedote 17/2005. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki.

Käypä hoito –suositus. Aivoinfarkti. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Neurologinen Yhdistys ry:n asettama työryhmä. Duodecim 2006;122(22):2770-2790.

Käypä hoito –suositus. MS-taudin lääkehoito ja kuntoutus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Neurologinen Yhdistys ry:n asettama työryhmä. Duodecim 2002;118(13):1411–23. Päivitetty 3.7.2006,

Laki Kansaneläkelaitoksen kuntoutusetuuksista ja kuntoutusrahaetuksista 15.7.2005. [WWW-dokumentti] [viitattu 30.8.2008] (<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2005/>)

National Institute for Clinical Excellence (NICE). Guidelines for the management of Multiple Sclerosis (MS) in primary and secondary care. [WWW-dokumentti] [viitattu 5.2.2008] ([www.nice.org.uk](http://www.nice.org.uk)).

Suomen tilastollinen vuosikirja. 2004. Tilastokeskus.

Outpatient Service Trialists. Therapy-based rehabilitation services for stroke patients at home. Cochrane Database of Systematic Reviews 2003;1.

Valtion kuntoutusselonteko 2002. [WWW-dokumentti] [viitattu 1.10.2007] (<http://pre20031103.stm.fi/suomi/eho/julkaisut/kuntaselonteko2002>).

## Kuntoutussuunnitelmissa käytetyt mittarit.

		<i>MS</i>	<i>AVH</i>	<i>yhteensä</i>
<b>Mittari</b>	<b>Käyttötarkoitus</b>	<b>n</b>	<b>n</b>	<b>n</b>
Box & Block -testi	hienomotoriikka	1		1
Bergin tasapainotesti	tasapaino ja huojunta	1	1	2
EDSS, Expanded Disability Status Scale	sairauden vaikeusasteen määrittely	4		4
FIM, Functional Independence Measure	toiminnallinen omatoimisuus	4	1	5
GaitRite	kävelyn analyysi	1		1
huojuntatesti voimalevyanturilla	huojunta	1		1
Jamar (tai muu puristuvoimamittari)	käden puristusvoima	4		4
kipujana	kipu	1		1
LOTCA-G, Loewenstein Occupational Therapy Cognitive Assessment	geriatrisen potilaan kognitiiviset valmiudet		1	1
LURIAN	neuropsykologisten häiriöiden laajuus ja vaikeusaste	1	1	2
MMAS, Modified Motor Assessment Scale	motorinen suorituskyky		1	1
MMSE, Mini Mental state examination	älyllinen toimintakyky	1	1	2
MSFC, Multiple Sclerosis Functional Composite	kolme osa-aluetta sisältävä toiminnallinen testi	1		1
PASAT, Paced Auditory Serial Addition Task	tarkkaavuus ja huomionkiinnittäminen	1		1
Romberg	tasapaino ja huojunta	5	1	6
Smith	kävelyn nopeus	1		1
SNP, sormi-nenänpää testi	koordinaatio ja hahmotus		1	1
Spirometria	hengityskapasiteetti	1		1
Tsvetkova	ongelmaratkaisu		1	1
yhtäjaksoinen kävelymatka	kävely	1		1
9-Hole Peg-testi	hienomotoriikka	1		1
10m kävelytesti	kävely		2	2
		<b>30</b>	<b>11</b>	<b>41</b>

Esimerkkejä kuntoutussuunnitelmiin kirjatusta kuntoutuksen toiminnallisista tavoitteista.

## MS

- tämänhetkisen omatoimisuusasteen säilyttäminen
- ylläpitää itsenäisen asumisen edellyttämä itsehoitokyky
- jotta kotona selviytymistä ja kokonaistilannetta voitaisiin parantaa
- toimintakyvyn ylläpitämiseksi ja hoitoisuuden helpottamiseksi
- nykyisen toimintakyvyn ylläpitäminen ja omatoimisuuden turvaaminen. Kotona selviytymisen tukeminen
- tukea edelleen työelämässä säilymistä sekä itsenäistä selviämistä kotona
- ylläpitää motivaatiota kuntoutukseen, auttaa pysymään omatoimisena ja sillä on myös virkistävä vaikutus. Vertaistuen saaminen.
- omatoimisuuden, siirtymiskyvyn ja lihasvoimien ylläpito, laitoshoidon ehkäisy, spastisuuden lievitys
- pidempiaikaisen fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen pääoman kasvattaminen. Lasten kanssa yksinhuoltajana selviäminen vaatii myös henkistä pääomaa. Nämä laituskuntoutuksen tavoitteena
- kykeneisi itse siirtymään sängystä pyörätuoliin ja olemaan pystyssä mahdollisimman paljon
- kuntoutuja asettanut tavoitteeksi nykyisen fyysisen tilan säilymisen tai paranemisen, painehaavojen ehkäisy
- kävelyn ylläpitäminen ja omatoimisuuden lisääntyminen
- jotta jaksaa työ ja pienen lapsen kanssa kotona, omatoimisen kuntoilun tukemiseksi, työkyvyn säilyttäminen.
- pystyä kelaamaan, ottamaan kännykän vyölaukustaan ja soittamaan
- Kuntoutuksen tavoitteena edesauttaa tutkittavan pärjäämistä kotona. Terapialla huomattava jäykkyyttä alentava vaikutus, joka helpottaa päivittäisissä toiminnoissa, mm. pukeutumisessa huomattavasti. Laituskuntoutusjaksolla on suuri merkitys myös perheen jaksamisen kannalta.
- kuntoutujan omana tavoitteena on saada vartalon hallinta paremmaksi. Yleistavoitteena on työkyvyn ylläpysyminen ja parantuminen. Kuntoutus tukee työkyvyn ylläpysymistä.
- haluaa suoriutua askareissa mahd. paljon itsenäisesti...toimintakyvyn ylläpysymiseksi

Esimerkkejä kuntoutuksen perusteluista tai tavoitteista, jotka eivät ole toiminnallisia tavoitteita:

- suositellaan...tarvitsee...
- kuntoutussuunnitelman on kokenut erittäin myönteisenä ja toimintakykyä edistävänä/ylläpitävänä
- hyötyy ylläpitofysioterapiasta
- nivelliikkuvuus, lihasvoima- ja liikuntakykytavoitteet
- lisäksi alaraajaturvotusten vuoksi lymfaterapiaa
- fysioterapiaa jotta pystytään estämään lihasten heikkenemistä ja virheasentojen syntyminen
- kuntoutustarve on vakioitunut...suoitellaan

**AVH**

- ohjattu fysioterapia oikeanlaisten harjoittelun ohjaamiseksi, spastisuuden ehkäisemiseksi ja oikean alaraajan toimintakyvyn parantamiseksi aiheellista. Allasterapia aiheellista kehon ja raajojen hallinnassa, tasapaino- ja kävelyharjoituksia
- säilyttää nykyinen kunto, jotta pystyisi tulemaan toimeen avohoidossa
- on odotettavissa että intensiivisellä kuntoutuksella kuntoutuminen vielä jonkin verran edistyy ja kuntouttaminen on perusteltua toimintakykyä ylläpitävänä kotona pärjäämiseksi.
- laituskuntoutuksen tavoitteena hoitoisuuden pysyttäminen nykyisellä tasolla ja toimintakyvyn ylläpito
- tukea ja rohkaista/opettaa asiakasta liikkumaan/toimimaan mahdollisimman omatoimisesti/itsenäisesti eri päivittäisten toimintojen aikana fysioterapeuttisen palautteen mukaan.
- lisätä omatoimisuutta sekä sosiaalista selviytymistä ja tietysti pitkántähtäimen tavoitteena on myöskin pyrkiä asumaan muualla kuin palvelutalossa
- rohkaisu liikkumaan omassa kotiympäristössä, käden toimintojen aktivoituminen kotitöihin
- potilaan mahdollista jonkinasteinen työhön paluu nuori ikä huomioiden.
- vas. käden aktivoiminen ja käsien yhteiskäytön vahvistaminen siten että potilaan omatoimisuus päivittäisissä toiminnoissa edelleen lisääntyisi
- toimintakyvyn ylläpysymiseksi ja jäljellä olevien toimintojen hiomiseksi
- liikuntatoimintakyvyn parantaminen, kommunikoinnin käytön aktivoiminen ja vertaistuen saaminen
- kävelyn varmistamiseksi ja käden harjoittamiseksi ja rentouttamiseksi
- laitoshoidon välttäminen, toimintakyvyn ylläpito ja selviytymisen parantaminen
- itsenäinen selviytyminen, hemikäsi apukädeksi
- itsenäisen toimintakyvyn ja omatoimisuuden lisääntyminen
- siirtymisen varmistuminen edelleen turvallisemmaksi ja kokonaistoimintakyvyn paraneminen mahdollisimman hyväksi. Tavoitteena viikkorytmin aikaansaaminen, sosiaalisen toiminnan lisääminen sekä elämän mielekkään sisällön luominen
- orientaatioharjoittelut, tasapainon varmentuminen, omatoiminen liikkuminen, vessa-asioiden yhteydessä housujen ylös huolehtiminen sekä vaimon jaksaminen
- toimintakyvyn ja liikkumiskyvyn kehittymiseksi. Kuntoutuja on aktiivinen terapeutilanteissa ja omainen on motivoitunut kuntoutukseen.

Esimerkkejä kuntoutuksen perusteluista tai tavoitteista jotka eivät ole toiminnallisia tavoitteita:

- hyötyisi edelleenkin intensiivisemmästä laituskuntoutuksesta
- tarvittaisiin...
- kuntoutusjaksot perusteltuja aivan entiseen tapaan liikkuvuuden ylläpitämiseksi
- suositellaan kohteliaimmin...
- erittäin myönteinen kokemus aiemmasta moniammatillisesta jaksosta
- todettu pysyvästi työkyvyttömäksi joten ei tavoitteita työhön kuntoutumiseen
- alaraajan turvotuksen hoitamiseksi
- kokonaisvaltaisen kuntoutussuunnitelman muokkaamiseksi