

**SÄHKÖISTEN LIIKKUMISAPUVÄLINEIDEN  
MYÖNTÄMISKÄYTÄNNÖT  
SAIRAAHOITOPUIREISSÄ**

Ulla Kolomainen  
Erityispedagogiikan laitos  
Jyväskylän yliopisto  
Kevät 2003

Kolomainen, U. 2003. Sähköisten liikkumisapuvälineiden myöntämiskäytännöt sairaanhoitopiireissä. Jyväskylän yliopisto. Erityispedagogiikan laitos. Erityiskasvatuksen asiantuntija -koulutus. Pro Gradu –työ.

## TIIVISTELMÄ

Suomessa 1990-luvun alkupuolella toteutettu yhteiskunnan palvelurakenteen muutos avopalvelupainotteiseksi lisäsi kuntoutuksen ja apuvälinepalveluiden tarvetta merkittävästi. Laitoshoitoa korvattiin palveluasumisella, mikä tarkoitti palvelutalojen ja hoivakotien ym. vastaavien pienkotien perustamista. Samanaikaisesti lisääntyivät myös apuvälineetarve ja niiden kysyntä. Hallituksen eduskunnalle keväällä 2002 antamassa kuntoutusselonteossa apuvälinepalvelut oli nostettu yhdeksi tärkeäksi kuntoutuksen kehittämisalueeksi. Selonteon mukaan on tärkeä sopia yhteisistä apuvälineiden myöntämisperiaatteista ja toimintakäytännöistä. Tässä tutkimuksessa selvitettiin sähköisten liikkumisen apuvälineiden myöntämiskäytäntöjä eri sairaanhoitopiireissä.

Tutkimusaineisto kerättiin kyselylomakkeella, joka lähetettiin 20 sairaanhoitopiiriin. Kyselylomakkeita lähetettiin 21 kpl, koska Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirissä lasten ja aikuisten apuvälinepalvelut järjestetään eri apuvälineyksiköistä. Kysely osoitettiin apuvälineyksiköiden osastonhoitajille tai vastaaville työntekijälle. Ahvenanmaa jätettiin tämän tutkimuksen ulkopuolelle. Vastaus saatiin 16:sta sairaanhoitopiiristä. Tutkimukseen vastasi 17 vastaajaa (81 %), sillä Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin molemmat apuvälineyksiköt osallistuivat tutkimukseen.

Tutkimuksen mukaan sairaanhoitopiirien välisiä eroja löydettiin apuvälinemäärissä ja apuvälineisiin käytetyissä määrärahoissa. Erot määrärahoissa olivat jopa kolmikertaiset. Yhdessä sairaanhoitopiirissä ei myönnetty lääkinnällisenä kuntoutuksena sähkömopoja eikä toisessa sairaanhoitopiirissä myönnetty kelauksen keventäjiä. Eroja löytyi myös myöntämisperusteissa silloin, kun sähköpyörätuoli tai sähköinen lisävoimalaite tarvitaan helpottamaan avustajan työtä tai asiakas tarvitsee useamman sähköisen apuvälineen käyttöönsä. Viidessä sairaanhoitopiirissä apuväline voidaan myöntää avustajan työtä helpottamaan ja neljässä sairaanhoitopiirissä niitä ei myönnetä. Kymmenessä sairaanhoitopiirissä myönnetään useampi kuin yksi sähköinen liikkumisen apuväline, mutta seitsemässä niitä ei myönnetä. Vaikka vastaajat katsoivat, että heillä ei ole vaikeuksia apuvälineetarpeen arvioinnissa, niin silti heidän näkemyksensä erosivat toisistaan siinä, mitä lääkinnällisen kuntoutuksen asetuksessa mainituilla päivittäisillä toiminnoilla tarkoitetaan. Erilaiset tulkinnat johtavat myös erilaisiin apuvälinepäätöksiin. Vastaajista yli puolet (53 %) toivoi sairaanhoitopiirien yhteisiä myöntämisperusteita, koska niiden arvioitiin selkeyttävän päätöksentekoa ja lisäävän eri sairaanhoitopiirien asiakkaiden tasa-arvoisuutta.

Avainsanat: apuvälinepalvelut, kuntoutussuunnitelma, lääkinnällinen kuntoutus, päivittäiset toiminnot, sähköiset liikkumisapuvälineet

# SISÄLTÖ

<b>1</b>	<b>JOHDANTO</b>	<b>5</b>
<b>2</b>	<b>APUVÄLINEET AIEMMISSA TUTKIMUKSISSA</b>	<b>7</b>
<b>3</b>	<b>NÄKÖKULMIA VAMMAISUUTEEN</b>	<b>7</b>
	3.1 VAMMAISEN OIKEUS OSALLISTUMISEEN	7
	3.2 KÄSITTEITÄ VAMMAISUUDESTA	8
<b>4</b>	<b>NÄKÖKULMIA KUNTOUTUKSEEN</b>	<b>9</b>
	4.1 KUNTOUTUKSEN TAVOITTEET	9
	4.2 KUNTOUTUS USEAN ERI HALLINTOKUNNAN TEHTÄVÄNÄ	9
	4.3 KUNTOUTUJAN ASEMA PALVELUJÄRJESTELMISSÄ	10
	4.4 KUNTOUTUSSUUNNITELMA	11
<b>5</b>	<b>LÄÄKINNÄLLINEN KUNTOUTUS</b>	<b>12</b>
	5.1 LÄÄKINNÄLLISEN KUNTOUTUKSEN TAVOITTEET, MÄÄRITELMÄ JA TOTEUTTAJAT	12
	5.2 LÄÄKINNÄLLISEN KUNTOUTUKSEN APUVÄLINEET	13
	5.3 APUVÄLINEET VAMMAISEN HENKILÖN OSALLISTUMISEN MAHDOLLISTAJINA	14
	5.4 APUVÄLINEARVIOT MONIAMMATILLISENA YHTEISTYÖNÄ	16
	5.5 TOIMINTAKYKY JA PÄIVITTÄISET TOIMINNOT	17
	5.6 APUVÄLINEPÄÄTÖKSET TERVEYDENHUOLLOSSA	17
	5.6.1 Apuvälinepäätökset osana muuta hoitoa ja kuntoutusta	17
	5.6.2 Päätöksenteon eettiset ongelmat	19
<b>6</b>	<b>SAIRAAHOITOPIIRIEN APUVÄLINEYKSIKÖT</b>	<b>20</b>
<b>7</b>	<b>SÄHKÖISET LIIKKUMISEN APUVÄLINEET</b>	<b>21</b>
	7.1 SÄHKÖPYÖRÄTUOLIT	21
	7.2 SÄHKÖISET LISÄVOIMALAITTEET	23
<b>8</b>	<b>PERUSPALVELUT</b>	<b>24</b>
	8.1 YHTEISKUNNAN RAKENNEMUUTOS	24
	8.2 PERUSPALVELU –KÄSITE	25
	8.3 PERUSPALVELU-KÄSITE APUVÄLINEIDEN TARPEELLISUUDEN ARVIOINNISSA	26
<b>9</b>	<b>TUTKIMUSONGELMAT</b>	<b>28</b>
<b>10</b>	<b>TUTKIMUKSEN MENETELMÄLLISET RATKAISUT</b>	<b>29</b>
	10.1 KYSELYTUTKIMUS	29
	10.2 TUTKIMUKSEN LUOTETTAVUUS	32

<b>11</b>	<b>TUTKIMUSTULOKSET</b>	<b>34</b>
11.1	LAITEMÄÄRÄT JA MÄÄRÄRAHAT	35
11.2	MYÖNTÄMISPERUSTEET JA KÄYTÄNNÖT	39
11.2.1	Sähköisten liikkumisen apuvälineiden myöntämisperusteet	39
11.2.2	Päivittäiset toiminnot	43
11.2.3	Apuvälineiden myöntäminen vammaisuuden mukaan	45
11.2.4	Apuvälinetarpeen arviointi	48
11.2.5	Sähkökäyttöisen neli- tai kolmipyörän (sähkömopo) myöntäminen	48
11.2.6	Myöntämisvelvollisuuden laajuus	49
11.3	SAIRAAHOITOPIIRIEN VÄLISET EROT	52
11.4	TUTKIMUSTULOKSET JA PÄÄTELMÄT	53
<b>12</b>	<b>POHDINTA</b>	<b>59</b>
	<b>LÄHTEET</b>	<b>66</b>
	<b>LIITE 1</b>	<b>72</b>

## 1 JOHDANTO

Sosiaali- ja terveydenhuollon apuvälinepalvelut eivät koskaan aiemmin Suomessa ole olleet niin suuren julkisen tarkastelun kohteina kuin ne ovat tällä hetkellä. Yhtenä tekijänä keskustelun avaamiselle oli Töytärin vuonna 2001 tekemä apuvälineiden saatavuus -tutkimus julkisen terveydenhuollon apuvälinepalveluista. Hallituksen eduskunnalle antamassa kuntoutusselonteossa (2002) on apuvälinepalveluiden kehittäminen nostettu tärkeäksi kehittämisalueeksi. Yhteiskunnassamme 1990-luvun alkupuolella toteutettu palvelurakenteen muutos avopalvelupainotteiseksi lisäsi apuvälinetarvetta merkittävästi. Laitoshoitoa korvattiin palveluasumisella. Laitosten tilalle perustettiin laitosmaisia palvelutaloja ja hoivakoteja ym. vastaavia pienkoteja, joiden asukkaat tarvitsevat paljon kodinhoito-, kotisairaanhoido-, ateria-, ym. tukipalveluja. (Lehto 1995, 42). Yhteiskunnallinen rakennemuutos merkitsi myös apuvälinepalvelujen kysynnän lisääntymistä, koska palveluasunnoissa asuvien henkilöiden apuvälinepalvelujen järjestämisvelvollisuus siirtyi laitoksilta lääkinnällisenä kuntoutuksena järjestettäviin avopalveluihin. Apuvälineet tukevat vammaisten henkilöiden kokonaiskuntoutusta ja ne ovat mahdollistamassa vammaisten henkilöiden tasa-arvoisia osallistumismahdollisuuksia.

Vammaiset ja pitkäaikaissairaat henkilöt tarvitsevat usein monen eri hallintokunnan palveluja. Palvelujen yhteensovittaminen ja yhteisen suunnittelun tärkeys korostuvat. Terveydenhuollossa tehtävässä kuntoutussuunnitelmassa tulee määritellä kuntoutustoimenpiteet ottaen huomioon sosiaalitoimen, työvoima- ja opetusviranomaisten sekä kansaneläkelaitoksen ja muiden kuntoutusta järjestävien tahojen palvelut. Myös apuvälinetarve tulee suunnitella kuntoutussuunnitelmassa. Kuntoutussuunnitelmia tehdään edelleenkin vähän. Erikoissairaanhoidosta myönnettävillä liikkumisen apuvälineillä voidaan tukea vammaisen henkilön yhteiskuntaan integroitumista, ja siksi on tärkeää, että niitä tarvitsevat henkilöt saavat niitä samoilla perusteilla riippumatta siitä, minkä sairaanhoitopiirin alueella he asuvat.

Tässä kyselytutkimuksessa selvitettiin sähköisten liikkumisapuvälineiden myöntämisperusteita ja toimintakäytäntöjä eri sairaanhoitopiireissä. Kyselylomake lähetettiin kahdenkymmenen sairaanhoitopiiriin apuvälineyksikön osastonhoitajalle tai vastaavalle työntekijälle. Ahvenanmaa jätettiin tämän tutkimuksen ulkopuolelle samoin kuin Töytärin (2001) tutkimuksessakin. Kyselylomakkeita postitettiin 21, koska Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiireissä lasten ja aikuisten apuvälinepalvelut järjestetään eri apuvälineyksiköistä. Kyselylomakkeen palautti 17 vastaajaa kuudestatoista sairaanhoitopiiristä. Vastausprosentti oli 81 %.

Tutkimuksen pääongelmana oli selvittää, millaisia sairaanhoitopiirien välisiä eroja on sähköisten liikkumisen apuvälineiden myöntämisperusteissa ja toimintakäytännöissä. Alaongelmilla pyrittiin kartoittamaan sairaanhoitopiirien välisiä eroja apuvälineiden lukumäärissä ja apuvälineisiin käytetyissä määrärahoissa. Lisäksi selvitettiin, miten sähköpyörätuoli määritellään eri sairaanhoitopiireissä ja mitä tarkoitetaan lääkinnällisen kuntoutuksen asetuksessa mainituilla päivittäisillä toiminnoilla, miten vammaisuuden aste vaikuttaa apuvälineiden myöntämiseen ja millaisia vaikeuksia vastaajilla on apuvälineen tarpeellisuutta arvioitaessa.

Tämä tutkimus on ajankohtainen, koska apuvälinepalvelut ovat valtakunnallisesti kuntoutuksen kehittämisalueena. Myös Töytärin (2001) tutkimuksessa todettiin apuvälineiden myöntämiskäytäntöjen vaihtelevan eri sairaanhoitopiireissä. Tällä tutkimuksella selvitettiin sähköisten liikkumisapuvälineiden myöntämiskäytäntöjä ja tutkimustuloksia voidaan hyödyntää sairaanhoitopiirien apuvälinepalveluita kehitettäessä. Tutkimuksessa löydettiin sairaanhoitopiirien välisiä eroja sähkömopoja ja kelauksen keventäjiä myönnettäessä. Yhdessä sairaanhoitopiirissä niitä ei myönnetty ollenkaan eikä toisessa sairaanhoitopiirissä kelauksen keventäjiä. Eroja löytyi myös apuvälinemäärissä ja määrärahoissa, sähköisten lisävoimalaitteiden myöntämisperusteissa sekä lääkinnällisen kuntoutuksen asetuksessa mainittujen päivittäisten toimintojen sisällön määrittelyssä. Apuvälinemäärissä oli jopa kolmikertaiset erot. Kahdessa sairaanhoitopiirissä ei myöskään ole erillistä apuvälineyksikköä. Tutkimuksen mukaan yli puolet vastaajista (53 %) toivoi yhteisiä apuvälineiden myöntämisperusteita.

## 2 APUVÄLINEET AIEMMISSÄ TUTKIMUKSISSA

Apuvälineitä on sekä kotimaassa että ulkomailla tutkittu eri näkökulmista. Usein tutkimuksen kohteena on ollut apuvälineiden vaikutus vammaisen henkilön kokemaan elämänlaatuun ja –hallintaan sekä apuvälineiden hankintaprosessin eri vaiheisiin. Apuvälineiden vaikuttavuus- ja kustannustutkimuksia on kuitenkin vähän. (Petäjälkoski-Hult 1995.) Terveysthuollon palvelujärjestelmiin kohdentuneita tutkimuksia on Sillanpään, Marjamäen ja Paateron (1995) *Apuvälineiden saatavuus 1994* -tutkimus ja Töytärin (2001) samasta aiheesta tekemä seurantatutkimus.

Suomessa mikään tieteenala tai ammattiryhmä ei ole tunnustanut omakseen apuvälinepalveluita. Sen vuoksi tieteellisiä tutkimuksia on vähän ja nekin on tehty eri tieteenaloilla. Viimeisimmät apuvälineisiin liittyvät suomalaiset väitöskirjatutkimukset ovat Korpelan (1993) lääketieteellinen tutkimus, Petäjälkoski-Hultin (1995) yhteiskuntatieteellinen ja Salmisen (1997) terveystieteellinen tutkimus. Tutkimusten vähäisyys Suomessa selittyy osittain sillä, että apuvälinetoiminta on varsin nuorta eikä apuvälinetietoutta ole riittävästi missään tutkintoon johtavassa koulutuksessa.

## 3 NÄKÖKULMIA VAMMAISUUTEEN

### 3.1 Vammaisen oikeus osallistumiseen

Kuntoutuksen tavoitteeksi on määritelty vammaisen tai vajaakuntoisen henkilön osallistuminen yhteiskuntaan sen täysivaltaisena jäsenenä. Osallistumista painotetaan entistä voimakkaammin, koska vammaisiin kohdistuva sosiaalinen ja yhteiskunnallinen syrjintä ovat edelleen usein suurempi ongelma kuin vamma tai sairaus itsestään (Eigner, Knol, Neuer-Miebach, Rioux, Van de Vate & Bunch 1994, 35).

Integraatiopyrkimyksen lähtökohtana on yhteiskunnallinen oikeudenmukaisuus ja demokraattinen ihmiskäsitys. Oppivelvollisuusiässä integraation pyrkimyksenä on

sosiaalinen integraatio ja aikuisiässä sekä sosiaalinen että yhteiskunnallinen integraatio. (Hautamäki, Lahtinen, Moberg & Tuunainen 2001, 183–184.)

Erityiskasvatuksen ihmiskäsitykseen sisältyy ihmisarvo, integriteetti, itsemääräämisoikeus ja osallisuus. Integriteetillä tarkoitetaan yksilön fyysistä ja psyykkistä ainutkertaisuutta. Itsemääräämisoikeus ja integriteetti yhdessä tarkoittaa yksilön oikeutta elää omaa ainutkertaista elämäänsä ja osallistua aktiivisesti häntä koskeviin päätöksiin. Osallisuuden periaatteen mukaan yksilöllä on oikeus osallistua elämään ja yhteisöön sekä olla osa elämän kokonaisuutta. (Hautamäki ym. 2001, 79-81.)

### **3.2 Käsitteitä vammaisuudesta**

Vammaisuutta on pyritty tarkastelemaan eri näkökulmista ja muodostamaan erilaisia malleja sen selittämiseen. Vammaisuuden sosiaalinen malli on syntynyt vastareaktionä lääketieteelliselle ja funktionaalisille näkemyksille, jotka määrittelevät vammaisuuden yksilöstä johtuvana ongelmana. Vammaisuuden sosiaalisessa mallissa vammaisuus nähdään rakennetun ympäristön ja sosiaalisten instituutioiden luomana tilana. Sosiaalisessa mallissa korostetaan täyttä integraatiota, jossa yhteisö on valmis hyväksymään jäsenikseen erilaiset ihmiset. (Vehkakoski 1998, 91.) Jos vammaisuus nähdään pelkästään ympäristön luomana tilana ja yksilössä olevat vauriot jätetään kokonaan huomioon ottamatta, saattaa se lisätä vammaisuutta ja epätasa-arvoa. Silloin, kun elimellinen vaurio on vakava, ei sitä voida poistaa vain ympäristöä muokkaamalla. Tarvitaan sekä yhteisöön että yksilöön kohdistuvia toimenpiteitä. (Vehmas 1998.) Kun vammaisuutta tarkastellaan ihmisoikeusnäkökulmasta, voidaan vammaisuutta synnyttäväksi tekijäksi nähdä yhteisön tapa suhtautua ja kohdella vammaisia. (Hautamäki ym. 2001, 160.)



## 4 NÄKÖKULMIA KUNTOUTUKSEEN

### 4.1 Kuntoutuksen tavoitteet

Kuntoutus-sanalla on monta ulottuvuutta. Sitä käytetään yläkäsitteenä, jolla tarkoitetaan mm. oppialaa, järjestelmää, yhteisössä tai yksilössä tapahtuvaa muutosta. (Rissanen & Aalto 2002, 2.)

Järvikosken ja Härkäpään (2001, 36) mukaan kuntoutuksella tarkoitetaan:

”Suunnitelmallista ja monialaista toimintaa, jonka yleistavoitteena on auttaa kuntoutujaa toteuttamaan elämänprojektejaan ja ylläpitämään elämäntilanteensa tilanteissa, joissa hänen mahdollisuutensa sosiaaliseen selviytymiseen ja integraatioon ovat sairauden tai muiden syiden vuoksi uhattuina tai heikentyneet.”

Rissanen ja Aallon (2002) mukaan kuntoutuksen tavoitteena on yksilön itsenäisen selviytymisen, toimintakyvyn, hyvinvoinnin ja työllisyyden edistymisen. Varsinkin etenevissä sairauksissa kuntoutustavoitteet muuttuvat toimintakyvyn heikentyessä työkyvyn ylläpitämisestä itsenäisen selviytymisen ylläpitämiseen ja sosiaalisen toimintakyvyn edistämiseen (Kallanranta 2002, 103). Kuntoutuksen tavoitteena voidaan Siirtolan (1994, 17) mukaan pitää vammaisten ja pitkäaikaissairaiden yhteiskuntaan integroitumista, jota tuetaan eri hallintokuntien toimintaa ohjaavalla lainsäädännöllä.

### 4.2 Kuntoutus usean eri hallintokunnan tehtävänä

Suomalainen kuntoutuslainsäädäntö on monimutkainen, koska kuntoutuksen järjestäminen on säädetty usean eri hallinnonalan vastuulle. Kuntoutuksen keskeisiä toteuttajia ja rahoittajia ovat sosiaali- ja terveystoimi, opetustoimi, työhallinto, Kela ja muut vakuutus- ja työeläkelaitokset. (Rissanen & Aalto 2002, 1.) Laki kuntoutuksen asiakasyhteistyöstä (604/1991) velvoittaa eri toimijat yhteistyöhön ja lain tavoitteena on erityisesti moniongelmaisten kuntoutujien kokonaistilanteen parantaminen (Rissanen 2001, 617). Oikein asetetuilla ja kohdennetuilla toimenpiteillä voidaan parantaa henkilön mahdollisuuksia osallistua yhteiskuntaan

sen tasavertaisena jäsenenä. Eri ammattiryhmät suunnittelevat kuitenkin oman toimintansa usein hyvin itsenäisesti, jolloin toiminta on palveluiden käyttäjien kannalta heikosti koordinoitua. (Burder 2001, 207.) Palvelut ja niiden toteutus tulisi suunnitella yhdessä kuntoutujan ja eri ammattiryhmien kesken hallintokunnasta riippumatta (mm. Kari & Puukka 2001; Järvikoski & Härkäpää 2001; Leikas 1993).

### **4.3 Kuntoutujan asema palvelujärjestelmissä**

Valtioneuvoston eduskunnalle antamassa kuntoutusselonteossa (2002) painotetaan asiakkaan osallistumista kuntoutusprosessiin ja sitä pidetään koko toiminnan perustana. Kuntoutujan aseman vahvistumiseen liittyy Järvikosken ja Härkäpään (2001) mukaan palvelujärjestelmien kannalta asiaa tarkasteltaessa monia hankalia ja vaikeasti ratkaistavia kysymyksiä. Esimerkiksi kuntoutustarvetta arvioitaessa on tarkasteltava toisaalta asiakkaan kokemaa palvelutarvetta kuntoutumisen toteutumiseksi ja toisaalta yhteiskunnan velvollisuuksia järjestää kuntoutuspalveluita. (Järvikoski & Härkäpää 2001, 38; Hiltunen 2002; Satka 2002.)

Erilaiset palvelut mahdollistavat vammaisen henkilön tasavertaisen osallistumisen yhteiskuntaan mielekkäällä tavalla (Satka 2002; Guralnik 2001). Yhteiskunnan velvollisuudet palvelujärjestelmän laajuudesta on säädetty laeissa, säädöksissä sekä erilaisissa toimintaohjeissa, joita kuntoutuksen ammattihenkilöstö käyttää työnsä perustana. (Järvikoski & Härkäpää 2001, 38.)

Kun tavoitteena on lisätä vammaisten aktiivista osallistumista itseään koskeviin päätöksiin voidaan Oliverin (1996) mukaan ammattilaisten toimintaa verrata konsultteihin. Konsultin tehtävänä on selvittää asiakkaan yksilölliset tarpeet ja tuoda niihin erilaisia ratkaisuvaihtoehtoja sen sijaan, että he omatoimisesti määrittelevät asiakkaan tarpeet hoito-, kuntoutus- tai opetus suunnitelmissa. (Vehkakoski 1998, 95-96.)

#### 4.4 Kuntoutussuunnitelma

Vammaiset ja pitkäaikaissairaat henkilöt ja heidän omaisensa tarvitsevat monen ammattiryhmän ja hallintokunnan palveluja (mm. Burder 2001). Kuntoutus etenee parhaiten silloin, kun sekä kuntoutujan että asiantuntijan arviot kuntoutustarpeesta ja toimintatavoista ovat yhtenevät (Järvikoski & Härkäpää 2001, 39). Palvelut ja niiden toteutus tulisi kirjata kuntoutus- ja / tai palvelusuunnitelmaan (mm. Kari & Puukka 2001; Järvikoski & Härkäpää 2001; Leikas 1993), sillä oikein asetetuilla kuntoutustavoitteilla ja oikein kohdennetuilla toimenpiteillä voidaan parantaa henkilön mahdollisuuksia osallistua yhteiskuntaan sen tasavertaisena jäsenenä (Burder 2001, 207). Ilman yhteistä eri ammattikuntarajoja ylittävää ihmiskäsitystä erilaiset kasvat-, hoito- ja kuntoutusjärjestelmät eristyvät helposti omiksi saarekkeikseen (Hautamäki ym.2001, 78).

Kuntoutussuunnitelmalla tarkoitetaan tässä tutkimuksessa yhdessä kuntoutujan kanssa tehtyä terveydenhuollon kokonaissuunnitelmaa kuntoutustoimenpiteistä. Kuntoutussuunnitelmassa on otettu huomioon sosiaalitoimen, työvoima- ja opetusviranomaisten, Kelan ja muiden kuntoutusta järjestävien tahojen palvelut, jotka sovitetaan yhteen terveydenhuollon lääkinnällisten kuntoutuspalvelujen kanssa. Kuntoutussuunnitelma perustuu moniammatilliseen arvioon asiakkaan kuntoutustarpeesta ja -mahdollisuuksista. (Kuntoutusohjausnimikkeistö. 2003, 23.)

Terveydenhuollossa tehty kuntoutussuunnitelma on edellytyksenä Kelan järjestämälle kuntoutukselle. Kuntoutussuunnitelma on asiakirja, jonka perusteella Kansaneläkelaitoksessa tehdään päätökset myönnettävistä kuntoutustoimenpiteistä. Terveydenhuollossa tehdään vielä melko vähän kuntoutussuunnitelmia silloin, kun terveydenhuolto itse on kuntoutuksen järjestäjänä ja toteuttajana (Kari & Puukka 2001). Kuntoutussuunnitelman merkitys nähdäänkin lähinnä Kelan edellyttämänä veloitteena eikä kuntoutuksen kokonaissuunnitelmana, jossa olisi kirjattu kaikki tieto niistä palveluista, joita kuntoutuja tarvitsee (Kari & Puukka 2001, 21). Kuntoutujan toimintakyvyn kuvaaminen mahdollisimman laajasti on erityisen tärkeää silloin, kun asetetaan kuntoutustavoitteita ja pyritään arvioimaan

kuntoutuksesta saatua hyötyä. Toimintakyvyn kuvaaminen on perustana myös vammaisuuden asteen määrittelyssä. (Kari & Puukka 2001, 29.)

Kuntoutussuunnitelmaan tulee kirjata myös kuntoutujan apuvälineet. Pullin ja Roiskon (1991) mukaan erityisesti kehitysvammaisten hoito-, kuntoutus- ja palvelusuunnitelmaa tai erityishuolto-ohjelmaa laadittaessa tulee myös apuvälinetarve arvioida. Vaikeavammaisten kuntoutussuunnitelmissa apuvälineiden käyttö on kuvattu puutteellisesti. (Kari & Puukka 2001.) Yksi syy saattaa olla, että vaikka Kela kustantaa laajasti vaikeavammaisten henkilöiden eri kuntoutustoimenpiteitä, jää apuvälineiden järjestämismvastuu suurelta osin julkisen terveydenhuollon tehtäväksi.

## **5 LÄÄKINNÄLLINEN KUNTOUTUS**

### **5.1 Lääkinnällisen kuntoutuksen tavoitteet, määritelmä ja toteuttajat**

Lääkinnällinen kuntoutus on osa kokonaiskuntoutusta ja sen tavoitteena on parantaa ja pitää yllä psyykkistä, fyysistä ja sosiaalista toimintakykyä sekä edistää ja tukea kuntoutujan elämäntilanteen hallintaa sekä itsenäistä suoriutumista (asetus lääkitieteellisestä kuntoutuksesta 1015/1991). Koska lääkitieteellisen kuntoutuksen tavoitteena on täydentää mm. lääketieteellisen hoidon vaikutusta, ei sitä voi täysin rajata muun hoidon ja muiden kuntoutuspalveluiden ulkopuolelle (mm. Paatero, Kivekäs & Vilkkumaa 2002, 109; Valtioneuvoston kuntoutusselonteko eduskunnalle 2002, 3). Sen tavoitteet poikkeavat kuitenkin lääketieteellisen hoidon tavoitteista ja mm. hyvä perushoito rajautuu lääkitieteellisen kuntoutuksen käsitteen ulkopuolelle (Siirtola, 1994, 8; Rissanen 2001).

Julkisen terveydenhuollon tehtävänä on suurimmalta osin järjestää lääkitieteellisen kuntoutuksen apuvälinepalvelut. Terveydenhuollon on myös huolehdittava siitä, että lääkitieteellisen kuntoutuksen sisältö ja laajuus vastaavat paikallista tai alueellista tarvetta. (Rissanen 2001, 607; Siirtola 1994, 13.) Apuvälineitä myöntävät myös Kela, vakuutuslaitokset, työvoimahallinto, Valtiokonttori sekä kunnan eri hallintokunnat

laeissa säädyttyjen ohjeiden mukaisesti (Konola, Sormunen & Kallanranta 2001, 492). Suomalainen lääkinnällisen kuntoutuksen palvelujärjestelmä on Siirtolan mukaan (1994, 17) kansainvälisestikin arvioituna hyvin edistyksellinen mm. sen vuoksi, että kuntoutujan asema on lainsäädännöllä vahvistettu.

## **5.2 Lääkinnällisen kuntoutuksen apuvälineet**

Apuvälineiden käyttäjät saavat välttämättömimmät ja tarpeelliset apuvälinepalvelunsa useimmiten julkisen terveydenhuollon kautta. Lääkinnällisen kuntoutuksen apuvälinepalveluista on säädetty lääkinnällisen kuntoutuksen asetuksessa (1015/1991, 3§). Apuvälinepalvelut voidaan kuvata prosessina, johon kuuluvat toisiaan seuraavat vaiheet. Apuvälineiden hankintaprosessi sisältää apuvälineen tarpeen määrittelyn (arvioinnin), apuvälineiden sovituksen, luovutuksen omaksi tai käytettäväksi, käytön opetuksen ja seurannan sekä apuvälineiden huollon. Apuvälineiden tulee olla osa saumatonta hoito- ja kuntoutusprosessia (mm. Taipale 2001, 7; Siirtola 1994, 72-73) ja asiakkaalla on oikeus saada riittävästi ohjausta ja neuvontaa apuvälineistä sekä niiden käyttöön liittyvistä seikoista (Konola ym. 2001, 497; Korpela 1993, Satka 2002).

Apuvälinetarve on aina yksilöllinen eikä se ole pääteltävissä diagnooseista. Apuvälinetarvetta tulee tarkastella monipuolisesti ottaen huomioon fyysinen, psyykinen ja sosiaalinen tai yhteiskunnallinen näkökulma. (Petäjäkoski-Hult, 1995, 128.) Apuvälinearviointia tehtäessä ei toiminnan kohteena saa olla pelkkä tekninen laite vaan apuvälineen tarvitsijan sairauden tai vamman lisäksi myös hänen psykologinen ja sosiaalinen tilanteensa (Siirtola 1994, 72 - 73 ; Leikas 1992). Church ja Glennen painottavat, että pelkän teknisen laitteen valinta ei ole riittävä perusta apuvälineen hankinnalle vaan apuvälineratkaisua arvioitaessa tulee kuntoutujan kognitiiviset, sensoriset ja motoriset taidot arvioida (Church, G. & Glennen, S. 1992, 171). Tämän vuoksi apuvälinearviot tulee tehdä yhdessä kuntoutujan ja hänen kuntoutukseensa osallistuvien henkilöiden kanssa.

***Vammaispalvelulainmukaiset apuvälineet.*** Kunnan sosiaalitoimen tehtävänä on järjestää vammaispalvelulain mukaiset palvelut. Osaan lain mukaisiin palveluihin

kuntoutujalla on subjektiivinen oikeus esim. kuljetuspalvelut. Osa vammaispalvelulain mukaisista palveluista voidaan myöntää harkinnanvaraisesti sen mukaan, kuinka paljon määrärahoja niihin on varattu. Harkinnanvaraisena palveluna voidaan vammaisen henkilön käyttöön myöntää päivittäisissä toiminnoissa tarvittavia välineitä, koneita ja laitteita sekä liikkumisen ja harrastuksen apuvälineitä. Tällöin päivittäisistä toiminnoista suoriutumisessa tarvittavien välineiden, koneiden ja laitteiden kustannuksista voidaan korvata puolet. Mikäli laitteisiin tehdään vamman vuoksi muutostöitä korvataan ne kuitenkin kokonaan. (Vammaisuuden perusteella järjestettävät palvelut ja tukitoimet 1988, 17.)

*Terveydenhuollon ja sosiaalitoimen välinen yhteistyö.* Huolimatta siitä, että vammaispalvelulaki on ollut voimassa yli 10 vuotta, ei terveydenhuollon ja sosiaalitoimen välinen työnjako ole selkeä. Vammaisuutta koskevien asioiden käsitteleminen sekä terveydenhuollossa että sosiaalitoimessa saattaa vaikeuttaa kuntoutuksen kokonaistavoitteiden hahmottamista. (Hurnasti, Talvenheimo-Pesu & Peltokallio 2002.) Hiltusen (2002) mielestä työnjako lääkinnällisen kuntoutuksen ja vammaispalvelulain mukaan myönnettävistä apuvälineistä on epäselvä, ja hän kritisoikin erityisesti terveydenhuollon apuvälinepalveluja rajoittuneiksi, koska niillä ei tueta kuntoutujan kokonaisvaltaista elämää kuten harrastuksia. Eri hallintokuntien kesken sovittu työnjako ja yhteiset myöntämisperusteet vähentäisivät virheellisiä tulkintoja apuvälinepalveluiden järjestämisvelvollisuudesta, selkiyttäisivät päätöksentekoa sekä ennen kaikkea parantaisivat kuntoutujan asemaa (Töytäri, 2001, 41-42).

### **5.3 Apuvälineet vammaisen henkilön osallistumisen mahdollistajina**

Apuvälinepalveluita järjestettäessä on tavoitteena parantaa kuntoutujan heikentyneitä toimintakykyä apuvälineiden avulla. Vammaisen tai vajaakuntoisen henkilön toiminta- ja työkyky voivat erilaisten apuvälineiden avulla parantua oleellisesti, ja siten apuvälineet voivat edistää tai mahdollistaa itsenäistä suoriutumista (mm. Konola ym. 2001; Taipale 2001). Apuvälineillä on useiden tutkijoiden mukaan (mm. Ronski, Sevcik & Forrest 2001; Cowan, D. & Turner-Smith, A. 1999; Petäjäkoski-Hult 1995, Korpela 1993; Ronski 1991) tärkeä merkitys yksilön toimintakyvyn

paranemisessa tai ylläpitämisessä sekä osallistumismahdollisuuksien lisäämisessä. Apuvälineet helpottavat myös omaisten ja hoitajien työtä vammaisten henkilöiden avustamisessa (Cowan ja Turner-Smith 1999). Leskisen (2001, 23) mukaan apuvälineiden avulla mahdollistetaan vammaisten henkilöiden kotona asumista, itsenäistä selviytymistä sekä helpotetaan vammaisen henkilön hoitamista ja avustamista.

Usein apuvälineiden ajatellaan parantavan vammaisen henkilön fyysistä toimintakykyä, mutta niiden on todettu parantavan myös psyykkistä ja sosiaalista toimintakykyä (Petäjäkoski-Hult 1995, 34; Paulsson, K. & Christofferson, M. 1984).

Korpelan, Niemelän ja Tammelan (1991) mukaan liikkumisen ja kommunikaation apuvälineet lisäävät vammaisten lasten sosiaalisia kontakteja. Petäjäkoski-Hultin (1995) mukaan apuvälineet helpottavat asioiden hoitamista, vähentävät avun tarvetta, parantavat itsetuntoa, lisäävät omatoimisuutta ja itsenäisyyttä sekä nopeuttavat koulutyöskentelyä. Teknisillä apuvälineillä on myös vammaisten kasvatuksessa merkitystä, koska niiden avulla vammaisen henkilö voi kommunikoida, liikkua ja hallita ympäristöään itsenäisemmin. (Hautamäki, Lahtinen, Moberg & Tuunainen, 2001, 169). Apuvälineet voivat erityisesti parantaa mahdollisuuksia sosiaaliseen integraatioon. (Guralnik 2001, 531-532.)

Apuvälinepalvelut yhdessä muiden tukitoimien kanssa (esim. ympäristön suunnittelu), ovat mahdollistamassa vammaisen henkilön osallistumista. Ne poistavat esteitä yksilön mahdollisuudelle osallistua erilaisiin toimintaympäristöihin, joita ovat mm. koti, lähiympäristö, koulu ja opiskelupaikka. Esimerkiksi pyörätuolin käyttö ja rakennetun ympäristön muokkaaminen ovia leventämällä tai rakentamalla kulkureiteille pyörätuoliluiskat vähentävät osallistumisen esteitä. (Vehkakoski 1998, 92.) Vaikeasti vammaisen henkilö tarvitsee erilaisia apuvälineitä ja muita tukipalveluita koko elämänsä ajan.

Oikein valituilla apuvälineillä on tärkeä merkitys vammaisen henkilön arjessa selviytymisessä. Vaikeavammaisen Jukka Sariola on kuvannut apuvälineiden vaikuttavuutta omaan elämäänsä seuraavasti:

”Ilman hengityskonetta en olisi hengissä, ja varsinkin sähköpyörätuoli on vapauttanut minut elämään ja liikkumaan vapaammin. Olen voinut matkustella ulkomaita myöten, opiskella keskiasteen tutkinnon, asua itsenäisesti ja tehdä työtä”.(Sariola 2002, 15.)

Eri asiat ja esineet saavat merkityksen yksilön elämässä vasta sitten, kun henkilö itse kokee ne merkityksellisiksi (Vehmas 1998, 104). Samalla apuvälineellä voi olla erilainen merkitys eri henkilöiden elämässä, sillä henkilö määrittää viime kädessä itse, mikä on hänen arkensa kannalta välttämätöntä ja tarpeellista.

#### **5.4 Apuvälinearviot moniammatillisena yhteistyönä**

Apuvälineiden hankinta tulee olla suunniteltua ja apuvälineet tulee arvioida osana asiakkaan kuntoutustavoitteita (mm. Konola ym. 2001; Leikas 1992; Siirtola 1994, 72). Terveystieteiden toimintaa ohjaavissa säädöksissä painotetaan asiakkaan (potilaan) oikeuksia ja osallistumista. Terveystieteiden ammattilaisten mukaan asiakkaan osallistuminen apuvälinehankintaprosessiin on sekä hänen oikeutensa että velvollisuutensa. (Petäkoski-Hult 1995.)

Apuväline tarpeen määrittely on aina tehtävä arvioimalla kuntoutettavan henkilön tilanne kokonaisvaltaisesti hänen yksilölliset tarpeensa huomioon ottaen. Tällainen toiminta edellyttää moniammatillista työotetta, jota painotetaan laajasti kuntoutusta käsittelevässä kirjallisuudessa. Erityisesti apuvälinepalveluiden osalta eri ammattiryhmien välistä yhteistyön tärkeyttä korostetaan. (mm. Valtakunnallinen apuvälinesuosituksen luonnos 2002; Valtion selonteko eduskunnalle 2002, Konola ym. 2001; Töytäri 2001; Siirtola 1994, 72; Leikas 1992; Karjalainen 1991.)

Henkilökunnan vähäinen apuväline tietous ja apuväline palveluja antavan henkilökunnan riittämättömyys vähensivät Töytäriin (2001) tutkimuksen mukaan apuvälineiden saatavuutta (Tausta-aineisto valtioneuvoston kuntoutus selontekoon 2002, 28).



## **5.5 Toimintakyky ja päivittäiset toiminnot**

Lääkinnällisessä kuntoutuksessa vammaisuus nähdään laajana, kokonaisvaltaisena toimintakyvyn alenemisena, jossa asiakkaan diagnoosi ei ole ratkaiseva palvelujen saamisessa ja järjestämisessä (Konola ym. 2001, 490). Lääkinnällisen kuntoutuksen mielekkyys kärsii, jos arvioinnin kohteena on vain vamma tai sairaus. Arvioinnin tulee kohdistua kuntoutujan yksilöllisestä haitasta ja toimintakyvyn alenemisesta johtuvasta kuntoutustarpeesta. (Leino, Lindgren & Jormakka 1994, 34.) Tavoitteena on tukea kuntoutujaa niin, että hän suoriutuu mahdollisimman omatoimisesti elämästään (Konola ym. 2001; Siirtola 1994, 8).

**Toimintakyky.** Vammaisuuden määrittäminen tehdään arvioimalla kuntoutujan toimintakykyä. Toimintakyky voidaan määrittellä monella eri tavalla eikä siitä ole yksiselitteistä mallia. Päivittäistä toiminnoista selviytymisen kuvaamisella voidaan selvittää henkilön toimintakykyä. Kuntoutusohjausnimikkeistön (2003) mukaan toimintakyky on ihmisen kyky suoriutua elämän jokapäiväisistä vaatimuksista fyysisellä, psyykkisellä ja sosiaalisella osa-alueella.

**Päivittäiset toiminnot.** Päivittäisten toimintojen kuvaamiseen on terveydenhuollossa eniten käytetty Katzin päivittäisten toimintojen luokittelua. Siinä päivittäisillä toiminnoilla tarkoitetaan vammaisen henkilön jokapäiväisen elämän tehtäviä eri toimintaympäristöissä, jotka toistuvat päivittäin tai useita kertoja viikossa. (Petäjäkoski-Hult 1995, 49.)

## **5.6 Apuvälinepäätökset terveydenhuollossa**

### **5.6.1 Apuvälinepäätökset osana muuta hoitoa ja kuntoutusta**

Terveydenhuollon apuvälinepäätökset tehdään osana muuta hoitoa ja kuntoutusta, ja päätöksentekijänä on useimmiten lääkäri. Apuvälineistä päätettäessä perustana on aina jokin diagnoosi ja siitä johtuva toimintakyvyn aleneminen. Sairaalassa

myöntämispäätöksen (myös kielteisen) tekee useimmiten erikoislääkäri joko itsenäisesti tai kuntoutustyöryhmässä.

Terveystieteiden tutkimuskeskuksen tutkimuksen mukaan terveydenhuollossa sovitun työnjaon mukaisesti kalliiden ja erityisasiantuntemusta tarvittavien apuvälineiden hankintaprosessi on keskitetty erikoissairaanhoidon. Näiden apuvälineiden osalta apuvälinepäätöksen tekee joko kuntoutuslääkäri tai hän antaa hyväksymisensä apuvälineen myöntämiseksi. (Töytäri 2001, 28). Petäjäkoski-Hultin (1995) mukaan kuntoutustyöryhmää tarvitaan ongelmallisissa tapauksissa. Hänen mukaansa tulisi pohtia työryhmän tarpeellisuutta ja miettiä, milloin apuvälinepäätökset voidaan tehdä ilman kollegiaalista päätöksentekoa asiakkaan oikeuksia heikentämättä (Petäjäkoski-Hult 1995).

***Päivittäiset toiminnot ja toimintakyky päätöksenteossa.*** Lääkinnällisen kuntoutuksen asetuksen (1015/1991) mukaan apuväline on väline, laite tai vastaava, jota vammaisen henkilö tarvitsee sairaudestaan tai vammastaan johtuen suoriutuakseen päivittäisistä toiminnoista. Päätöksentekijän tehtävänä on määrittellä *päivittäiset toiminnot* ja niiden välttämättömyys suhteessa kuntoutujan toimintakykyyn ja sen paranemiseen.

Päätöstä tehdessään lääkärin ja / tai työryhmän on selvitettävä, miten apuvälinettä tarvitsevan kuntoutujan toimintakyvyn aleneminen haittaa henkilön jokapäiväistä elämää. (Konola ym. 2001, 490.) Toimintakyky käsitteenä näyttää kuitenkin Karin ja Puukan (2001) mukaan olevan epäselvä terveydenhuollon ammattilaisille. Palveluita myöntävän viranomaisen on kyettävä tekemään oikea ja objektiivinen päätös apuvälineen myöntämisestä voimassa olevien säädösten puitteissa.

***Apuvälineen välttämättömyys päivittäisistä toiminnoista selviytymisessä.*** Terveydenhuollon kautta myönnettävät apuvälineet ovat niitä, joita henkilö tarvitsee välttämättä jokapäiväisessä elämässään. Käsite on tulkinnallinen ja epämääräinen. Tätä on pohtinut Hurnasti (2001). Hän kysyykin, onko olemassa yhteisesti hyväksyttävissä oleva käsite sille, mitä päivittäisillä toiminnoilla tarkoitetaan, milloin toiminta kuuluu jokapäiväisestä elämästä selviytymiseen ja milloin vapaa-aikaan.

Hurnasti ehdottaa, että apuvälineiden myöntämisestä päättävien tahojen tulee tehdä tulkinnat yhdessä sovittujen periaatteiden mukaisesti. (Hurnasti 2001, 14-16.)

***Tavanomaiset elämän toiminnot vammaispalvelulaissa.*** Vammaispalvelulaissa päivittäisistä toiminnoista käytetään käsitettä *tavanomaiset elämän toiminnot*, joilla tarkoitetaan mm. asumista, työssä käymistä, opiskelua, osallistumista, liikkumista, asioimista ja vapaa-ajan toimia (Vammaisuuden perusteella järjestettävät palvelut ja tukitoimet 1998, 6). Vaikeavammaisuuden määrittelemisen tapahtuu yksilökohtaisesti suhteessa haettuihin palveluihin ja tukitoimiin. Vammaisuudella tarkoitetaan lääketieteellisen tekijöiden lisäksi myös henkilön sosiaalisia ja elinympäristöön liittyviä tekijöitä. Palveluita järjestettäessä tulee lähtökohtana olla henkilön tarpeet ja niiden selvittäminen (Vammaisuuden perusteella järjestettävät palvelut ja tukitoimet 1998, 2-6.). Lain pyrkimyksenä on vaikeavammaisten henkilöiden osallistumisen mahdollistaminen yhteiskunnan eri toimintoihin vähentämällä tai poistamalla sairaudesta tai vammasta aiheutuvaa sosiaalista haittaa. (Vammaispalveluja kuntalaisille, 11.)

### **5.6.2 Päätöksenteon eettiset ongelmat**

Eri ammateissa korostuvat erilaiset oikeudenmukaisuusperiaatteet. Lääkäreiden käyttämä tarpeen mukaan jakaminen voidaan selittää lääkärin etiikalla, jossa potilaan terveyden edistäminen ja ylläpito vaatii vaikeissa sairaustapauksissa suurempia resursseja kuin lievimpien sairauksien ja vammojen kohdalla. (Hautamäki ym. 2001, 83.) Tarpeen mukaan jakaminen tarkoittaa heikomman puolella olemista ja se edustaa sitoumuksellista etiikkaa, jossa arvot pohjautuvat yhteisiin sopimuksiin. Tarpeen mukaan toimittaessa saattaa syntyä ristiriitilanteita, koska joku voi kokea jäävänsä vähemmälle kuin toiset, ja tulevansa siten kohdelluksi epäoikeudenmukaisesti. (Hautamäki ym. 2001, 83.) Kun pohditaan yksilön kuntoutustarvetta suhteessa yhteisölliseen kuntoutustarpeeseen, on korostettu yksilön subjektiivisuutta ja asiantuntija-arvion objektiivisuutta (Järvikoski & Härkäpää 2001, 38-39).

Priorisointikysymykset ovat lääkäreille vaikeita (Niemelä, Knuutinen, Hyvärinen; Kainulainen, Myllykangas & Ryyänen 1995). Priorisointia tapahtuu arkipäivässä, kun päätetään kuka saa kuntoutuspalveluja, ja mitä kuntoutusmenetelmiä käytetään (Rissanen & Aalto 2002, 23 –24). Päätöksenteon selkiyttämiseksi monet terveyskeskukset ja sairaalat ovat tiukentaneet apuvälineiden myöntämisperusteita diagnoosin, vamma-asteen tai iän suhteen sekä rajoittaneet apuvälineiden saantia. (Töytäri 2001, 39). Tällainen toiminta helpottaa päätöksentekijän asemaa, mutta heikentää samalla kuntoutujan asemaa.

Laineen (2000) mukaan terveydenhuollon päätöksiin liittyy eettisiä näkökulmia ja niihin sisältyy aina myös erilaisia arvoja. Ne voivat olla päätöksentekijän omia tai yhteiskunnassa vallitsevia arvoja. Yhteiskunnassa vallitsevat arvot ovat lähinnä taloudellisia, kun taas ammattilaisten henkilökohtaiset arvot ovat enimmäkseen oman ammattialan yleisesti hyväksytyjä arvoja. Silloin, kun päätöksenteko tapahtuu ryhmässä, saattaa jonkun jäsenen yksittäinen mielipide olla painavampi kuin muiden. Myös tunteilla on eettisissä valinnoissa ja päätöksissä merkitystä, koska ne saattavat ohjata ratkaisuja joko tietoisesti tai tiedostamatta. Ammatillisesti tehty päätös ei välttämättä ole oikein. (Laine 2000, 14.)

## **6 SAIRAANHOITOPIIRIEN APUVÄLINEYKSIKÖT**

Vuonna 1984 tehdystä lakimuutoksessa ohjattiin apuvälinepalveluiden järjestäminen entistä keskeisemmin terveydenhuollon tehtäväksi. Tämän johdosta sairaanhoitopiirit perustivat apuvälineyksiköjä, joiden yhdeksi tehtäväksi on muodostunut alueensa liikkumisapuvälineiden järjestäminen. (Karjalainen 1991, 1.)

Apuvälineyksiköt toimivat myös alueensa asiantuntija- ja palveluiden koordinoitikeskuksina (Siirtola 1994). Työnjaosta terveyskeskusten kanssa on jokainen sairaanhoitopiiri sopinut alueellisesti ja siten käytännöt vaihtelevat toisistaan eri sairaanhoitopiirien välillä. Asiakkaan kannalta alueelliset eroavaisuudet saattavat näkyä erityisesti kalliiden apuvälineiden saatavuuden vaihtelevuutena.

(Karjalainen 1991, 6.)

Sairaanhoitopiireissä on apuvälineyksiköihin keskitetty mm. sähköpyörätuolien ja muiden erityisen kalliiden sekä erityisasiantuntemusta vaativien apuvälineiden arviointi, valinta, hankinta, käytön opetus ja seuranta (Leikas 1992, 31).

## **7 SÄHKÖISET LIKKUMISEN APUVÄLINEET**

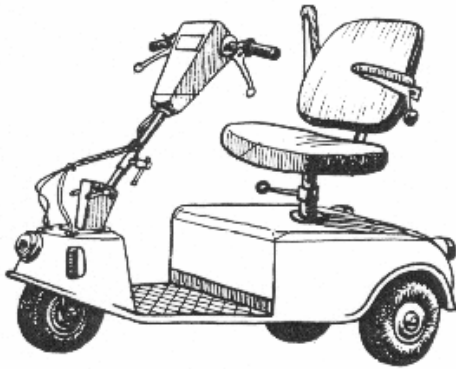
Lääketieteellisten hoitomahdollisuuksien parantuessa vammaisten elinikä on noussut. Samanaikaisesti teknologian kehittyminen on tuonut uusia mahdollisuuksia kehittää apuvälineitä yksilölliset tarpeet huomioon ottaen. Sähköpyörätuoli ja kommunikaation apuvälineet voidaan mainita esimerkkeinä niistä teknologian sovelluksista, jotka ovat kiistatta hyödyllisiä vammaisten elämässä (Eigner ym. 1994). Paulssonin ja Christoffersenin (1984) tutkimuksessa sähköisten liikkumisapuvälineiden todettiin lisäävän lasten fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista itsenäisyyttä (Petäjäkoski-Hult, 1995, 34).

### **7.1 Sähköpyörätuolit**

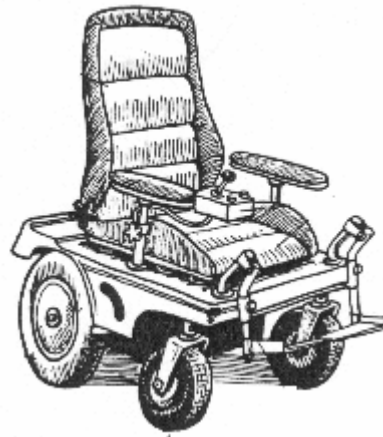
Sähköpyörätuoli mahdollistaa vammaisen henkilön itsenäisen liikkumisen silloin, kun hänen toimintakykynsä ei ole riittävä käsikäyttöisellä pyörätuolilla kelaamiseen tai itsenäinen liikkuminen ei onnistu muillakaan keinoilla. Sähköpyörätuolia kuten muitakaan apuvälineitä ei tule arvioida diagnoosin mukaan vaan arviointi tulee kohdistua asiakkaan toimintakykyyn ja hänen toimintaympäristöihinsä. Useimmin sähköpyörätuoli myönnetään henkilölle, jolla on neurologinen sairaus tai vaikea tuki- ja liikuntaelinsairaus. Sähköpyörätuoli saattaa olla tärkeä toimintakyvyn parantaja myös vaikeissa keuhko- ja sydänsairauksissa. Se voidaan myöntää myös määrääjäksi esim. leikkausten jälkeen silloin, kun sillä estetään laitoshoido. (Leikas 1991, 32 – 33.)

Sähköpyörätuolia myönnettäessä asiakkaan sosiaaliset näkökohdat tulisi aina ottaa huomioon. Sähköpyörätuoli saattaa mahdollistaa vammaisen henkilön liittymisen lähiyhteisöön (Leikas 1991, 33). Se voi tukea lapsen itsemääräämisoikeutta (Leikas 1991, 46) ja lisätä hänen mahdollisuuksiaan itsenäisempään elämään esim. mahdollistamalla irtautumisen vanhemmista.

Sähköpyörätuolilla tarkoitetaan akkukäyttöistä, moottorilla kulkevaa pyörätuolia, jossa ohjaus tapahtuu joko mekaanisesti tai moottoroidusti (kuvio 1.)



*12 21 24 Sähkökäyttöiset pyörätuolit, käsiohjaus*



*12 21 27 Sähkökäyttöiset pyörätuolit, moottoriohjaus*

KUVIO 1. Lähde: Sähköpyörätuoli apuvälineenä (Leikas 1992, 4).

Pohjoismaisen apuvälineluokituksen 1993 mukaisesti sähköpyörätuolilla tarkoitetaan seuraaviin ryhmiin kuuluvia apuvälineitä:

12 21 24 Sähkökäyttöiset pyörätuolit, käsiohjaus sekä

12 21 27 Sähkökäyttöiset pyörätuolit, moottoriohjaus

Moottoriohjauksella toimivaa sähköpyörätuolia voidaan ohjata erilaisten yksilöllisesti valittujen ohjauksauvojen ja painikkeiden avulla (Leikas 1992, 21-24). Yleensä ohjaaminen tapahtuu asiakkaan omana toimintana, mutta ohjaus voidaan asettaa myös sähköpyörätuolin taakse, jolloin sähköpyörätuolia kuljettaa

liikuntavammaisen avustaja (Leikas & Eräkanto, 1994, 41). Sähköpyörätuoli voidaan tuolloin määritellä apuvälineluokitus 1993 mukaisesti joko luokkaan

12 21 27 Sähkökäyttöiset pyörätuolit, moottoriohjaus tai  
 12 21 21 Sähkökäyttöiset kuljetustuolit  
 (Leikas & Eräkanto, 1994.)

## 7.2 Sähköiset lisävoimalaitteet

Sähköisillä lisävoimalaitteilla tarkoitetaan käsikäyttöisiin pyörätuoleihin liitettäviä sähköisiä voimalaitteita, joita voidaan ohjata joko ohjaussauvan avulla esim. kädellä tai kelaamalla (kelauksen keventäjä). Mikäli kuntoutuja ohjaa lisävoimalaitetta itse on yhdistelmä toiminnallisesti sähköpyörätuoli. Jos ohjain siirretään pyörätuolin taakse ja ohjaajana toimii avustaja, on laitteen käyttötarkoitus avustajan työn keventäminen.

Kelauksenkeventäjillä tarkoitetaan sähkökäyttöisiä kelaamisen helpottamiseen tarkoitettua voimalaitteita, joiden käyttö tapahtuu kelaamalla (Valtonen 2002, 29). Kelauksen keventäjät on melko uusi apuvälineryhmä eikä niistä ole vielä paljon käyttökokemuksia. Käyttäjiltä kerätyssä palautteessa kelauksen keventäjä koettiin omatoimisuutta ja riippumattomuutta lisäävänä apuvälineenä.(Valtonen 2002, 50 - 56.)

Apuvälineluokituksessa lisävoimalaitteet kuuluvat ryhmään:

12 24 09 Pyörätuolien ohjaus- ja lisävoimalaitteet  
 (Leikas & Eräkanto1994, 42).

## 8 PERUSPALVELUT

### 8.1 Yhteiskunnan rakennemuutos

Suomalaisessa yhteiskunnassa on 1990 -luvun alkupuolella koetun laman seurauksena jouduttu arvioimaan uudelleen yhteiskunnan järjestämien palvelujen laajuutta ja kohdentumista. Lama myös keskeytti yhteiskunnassa jatkuneen kasvun kauden, minkä jälkeen palvelut eivät enää palautuneet lamaa edeltävälle tasolle. (Lehto 1997.) Palvelujärjestelmien rakennemuutoksella pyrittiin keskittymään avopalveluihin, jolloin laitospaikkoja vähennettiin erityisen paljon. Avopalvelun voimavaroja lisättiin, mutta ei siinä suhteessa, mitä laitospaikkojen purkaminen olisi edellyttänyt (Uusitalo 1997, 27). Laitospaikkojen tilalle perustettiin avopalveluiden piiriin kuuluvia erityisryhmäkohtaisia pienyksiköitä, joissa asuu vanhuksia, kehitysvammaisia ja muita vammaisia henkilöitä. (Lehto 1997.) Edellä mainitut yhteiskunnalliset muutokset ovat lisänneet apuvälinetarvetta. Yhä vaikeammin vammaiset henkilöt elävät kodeissa tai kodinomaisissa palvelukodeissa, joissa selviytymistä voidaan tukea erilaisilla apuvälineratkaisuilla. Kuitenkin apuvälineisiin suunnatut määrärahat olivat vuonna 2000 tehdyn selvityksen mukaan edelleen vuoden 1992 tasolla (Töytäri 2001). Apuvälineiden käyttö kuntoutuksessa alentaa muita sosiaali- ja terveydenhuollon kustannuksia (Petäjäkoski-Hult 1995, 43).

Yhteiskunnan tarjoamat palvelut jakautuvat epätasaisesti eri kuntien ja sairaanhoitopiirien välillä ja erojen on arvioitu jäävän suhteellisen pysyviksi (Häkkinen & Laukkanen 1999). Myös apuvälinepalveluissa kuntien ja sairaanhoitopiirien väliset erot olivat suuret. Siksi onkin tärkeää, että sovitaan yhteisistä toimintalinjauksista ja myöntämisperusteista. (Töytäri 2001). Palvelujärjestelmien tulee pääperiaatteiltaan olla samanlaisia. Mikäli yhteiskunnan tarjoamat palvelut poikkeavat alueellisesti toisistaan ei kansalaisten tasa-arvoperiaate toteudu.

Apuvälinepalvelut nostettiin eduskunnan hallitukselle antamassa kuntoutuslonteossa (2002) yhdeksi tärkeäksi kehittämisalueeksi. Samalla painotettiin, että kunnan tai kuntayhtymän on osoitettava riittävät resurssit toiminnan

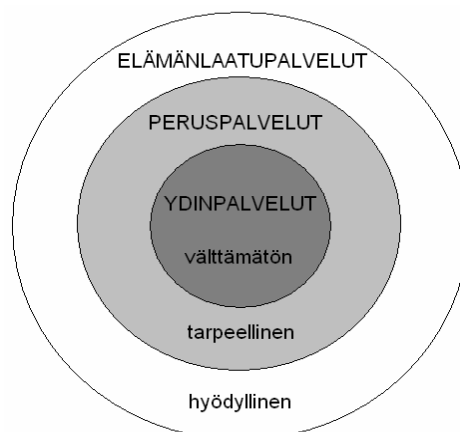


turvaamiseksi ja apuvälineiden käytännöistä tulee sopia sekä valtakunnallisesti että paikallisesti.

## 8.2 Peruspalvelu –käsite

Peruspalvelujen taustalla on kyse sekä yksilön tarpeista että yhteiskunnassa vallitsevista arvoista. Kulttuuriset arvot määrittävät myös kansalaisen perusoikeudet. Länsimaissa vallalla oleva humanismi korostaa ihmisten samanlaista arvoa, mistä johtuen länsimaissa on keskeisinä arvoina vapaus ja tasa-arvo. (Niemelä ym. 1995.)

Rajallisia resursseja jaettaessa, joudutaan palveluiden määrä ja sisältö määrittelemään. Peruspalvelu –käsite on myös määritelty uudelleen. Ei ole ollut selvää, mitä ovat ne peruspalvelut, joita kunnan tai kuntayhtymän tulee järjestää. Peruspalvelut voidaan jakaa sisällön mukaan kolmeen tasoon niiden tärkeysasteen mukaan (kuvio 2). Tasot käsittävät ydinpalvelut, peruspalvelut ja elämänlaatupalvelut. Koska tämä määrittely ei ole vielä riittävä, on otettu käyttöön lisäkäsitteet: välttämättömät, tarpeelliset ja hyödylliset. Niillä on puolestaan merkitystä palveluiden tärkeysastetta arvioitaessa. Käytännössä peruspalvelut määritellään poliittisin perustein ja ne voidaan järjestää siinä laajuudessa, kuinka paljon on mm. taloudellisia resursseja käytettävissä. (Niemelä ym. 1995.)



KUVIO 2. Peruspalvelu-käsite (Niemelä ym. 1995)

### 8.3 Peruspalvelu-käsite apuvälineiden tarpeellisuuden arvioinnissa

Peruspalvelu –käsitteen käyttö apuvälineistä päätettäessä voi selkiyttää yksilöön kohdistuvaa päätöksentekoa. Apuvälinepalveluita ohjaavissa säädöksissä mainitaan käsitteet päivittäiset toiminnot (Asetus 1015/1991) ja tavanomaisen elämän toiminnot (Vammaisuuden perusteella järjestettävät palvelut ja tukitoimet, 1988), joiden sisältö on vaikeasti määriteltävä. Mikäli yksilön kokemaa apuvälinetarve tarkastellaan peruspalvelu-käsitettä apuna käyttäen (taulukko 1), voi päätöksenteko selkiytyä.

**TAULUKKO 1. Apuvälineen tarpeellisuuden arvioiminen peruspalvelukäsitteen avulla Niemelän ym. (1995) peruspalvelu -käsitettä mukaellen.**

PERUSPALVELU-KÄSITE	TARPEELLISUUDEN ASTE	JÄRJESTÄMISVELVOLLISUUS	ESIMERKKI SISÄLLÖSTÄ
Ydinpalvelut	Välttämätön	Terveystenhoito	Itsenäinen liikkuminen Asioiden hoitaminen
Peruspalvelut	Tarpeellinen	Terveystenhoito	Ulkoilu
Elämänlaatu- palvelut	Hyödyllinen	Sosiaalitoimi (harkinnanvarainen)	Harrastukset Matkustelu Luonnossa liikkuminen

Terveystenhoidon tehtävänä on myöntää asiakkaan tarvitsemat välttämättömät ja tarpeelliset apuvälineet. Tällöin peruspalveluiksi voidaan määritellä ne päivittäiset toiminnot, jotka sisältävät sekä ydin- että peruspalvelut. Peruspalveluihin kuuluu em. jaottelun mukaan mm. mahdollisuus päivittäisten asioiden hoitamiseen, itsenäiseen liikkumiseen eri toimintaympäristöissä (koulussa, kotona ja lähiympäristössä). Elämänlaatu-  
palvelujen järjestäminen kuuluu sosiaalitoimelle vammais-  
palvelulain perusteella myönnettäviin palveluihin. Elämänlaatu-  
palveluiksi voidaan katsoa mm. luonnossa liikkuminen ja matkustelu. Niillä pyritään mahdollistamaan kuntoutujan

vapaa-aikaan ja sosiaaliseen elämään osallistuminen. Asiakkaan kannalta mm. luonnossa liikkuminen voi olla kuntouttavaa ja virkistävää, mutta palvelujärjestelmillä ei ole yksiselitteisestä velvollisuutta tukea sitä. Elämänlaatupalvelut määritellään peruspalvelu -käsitteen mukaan sosiaali- ja terveydenhuollon apuvälinepalveluissa vammaispalvelulain mukaisiksi harkinnanvaraisiksi palveluiksi, jotka ovat riippuvaisia kunnan määrärahoista.

## 9 TUTKIMUSONGELMAT

### Pääongelma

- 1 Millaisia sairaanhoitopiirien välisiä eroja on sähköisten liikkumisen apuvälineiden myöntämiskäytännöissä?

### Alaongelmat

- 1.1 Millaisia sairaanhoitopiirien välisiä eroja on apuvälinemäärissä ja käytetyissä määrärahoissa?
- 1.2 Millaisia sairaanhoitopiirien välisiä eroja on myöntämisperusteissa ja käytännöissä?
  - 1.2.1 Miten päivittäiset toiminnot tulkitaan eri sairaanhoitopiireissä?
  - 1.2.2 Miten vammaisuuden aste vaikuttaa sähköisten liikkumisen apuvälineiden myöntämiseen?
  - 1.2.3 Millaisia vaikeuksia on apuvälineen tarpeellisuutta arvioitaessa?
  - 1.2.4 Määritelläänkö sairaanhoitopiireissä sähkökäyttöinen neli- tai kolmipyörä terveydenhuollon kautta myönnettäväksi sähköpyörätuoliksi?
  - 1.2.5 Millaisia eroja eri sairaanhoitopiirien apuvälineasiantuntijoiden näkemysten välillä on sähköpyörätuolien ja sähköisten lisävoimalaitteiden myöntämisvelvollisuudessa?

## 10 TUTKIMUKSEN MENETELMÄLLISET RATKAISUT

### 10.1 Kyselytutkimus

Tutkimus on kartoittava. Tutkimusaineisto kerättiin kyselylomakkeella (liite 1), joka lähetettiin 20 sairaanhoitopiiriin apuvälineyksikön osastonhoitajalle, vastaavalle työntekijälle tai sairaanhoitopiirissä apuvälinepalveluista vastaavalle työntekijälle. Kahdessa sairaanhoitopiirissä ei ole erillistä apuvälineyksikköä. Kyselylomakkeita lähetettiin 21 kpl, koska Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirissä (HUS) lasten ja aikuisten apuvälinepalvelut järjestetään eri apuvälineyksiköistä. Ahvenanmaa jätettiin tämän tutkimuksen ulkopuolelle kuten Stakesin Apuvälineiden saatavuus 2000 -tutkimuksessakin (Töytäri 2001).

Tutkimuksen tavoitteena oli luoda moniulotteinen kuva sähköisten liikkumisapuvälineiden myöntämisperusteista ja toimintakäytännöistä eri sairaanhoitopiireissä ja tutkia sairaanhoitopiirien välisiä eroja. Tutkimukselle asetettujen tavoitteiden saavuttaminen pyrittiin turvaamaan monipuolisilla kysymyksillä, joten kyselylomakkeesta tuli pitkä (saate ja 24-sivuinen kyselylomake). Kyselylomake jakautui kahteen osaan. Ensimmäisessä osassa kerättiin tietoja sairaanhoitopiirin väestöpohjasta, apuvälinemääristä, määrärahoista, myöntämisperusteista ja toimintakäytännöistä. Strukturoituja kysymyksiä täydennettiin avokysymyksillä. Kyselylomakkeen jälkimmäisessä osassa kerättiin Likert-tyyppisillä kysymyksillä tietoa työntekijöiden mielipiteistä lääkinnällisen kuntoutuksen asetuksessa tarkoitettujen päivittäisten toimintojen sisällöstä, apuvälinepäätöksenteossa huomioon otettavista seikoista ja sosiaali- ja terveydenhuollon työnjaosta sähköisiä liikkumisapuvälineitä myönnettäessä. Kyselylomakkeella pyrittiin selvittämään kaikkia tutkimusongelmia monipuolisesti (taulukko 2)

**TAULUKKO 2. Tutkimusongelmien sijoittuminen kyselylomakkeessa.**

<b>Tutkimusongelmat</b>	<b>Kyselylomake I osa</b>	<b>Kyselylomake II osa</b>
1.1 erot apuvälinemäärissä ja määrärahoissa	1,2,19	
1.2 erot myöntämisperusteissa ja – käytännöissä	3,5,6,7,12,13,14,15,16,17,18, 20	1,2
1.2.1 päivittäisten toimintojen tulkinta		1,2,3
1.2.2 vammaisuuden aste	4,16,17,18	
1.2.3 vaikeus arvioida apuvälineen tarpeellisuutta	9	1,4,5
1.2.4 sähkömopon määrittely	1,2,8	4,5
1.2.5 vastaajien näkemykset myöntämisvelvollisuuden laajuudesta	5, 10, 11, 16, 20d	

Kyselylomake lähetettiin vastaajille joulukuun alussa 2002 ja se pyydettiin palauttamaan 14.12.2002 mennessä. Määräaikaan mennessä kyselylomakkeita oli palautettu kahdeksan. Niihin sairaanhoitopiireihin, joista ei määräaikaan mennessä oltu vastattu, lähetettiin sähköposti jouluviikolla 2002. Sähköpostitse käytyjen keskustelujen perusteella vastausaikaa jatkettiin useamman vastaajan pyynnöstä vuoden 2003 tammikuun loppuun asti. Tutkimukseen osallistui 17 (81%) vastaajaa kuudestatoista sairaanhoitopiiristä. Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin molemmat apuvälineyksiköt osallistuivat tutkimukseen. Neljästä sairaanhoitopiiristä (19 %) ei saatu vastauksia. Tutkimukseen eivät osallistuneet Kainuun, Lapin, Varsinais-Suomen ja Vaasan sairaanhoitopiirit.

Yhdeksässä sairaanhoitopiirissä tutkimukseen vastaaminen oli tehty kahden – kolmen hengen ryhmässä. Tutkimukseen osallistui yhteensä 29 terveydenhuollon ammattilaista. He olivat apuvälineyksiköiden osastonhoitajia, vastaavia työntekijöitä tai liikkumisen apuvälinearvioita ja -hankintoja toteuttavia työntekijöitä kuten kuntoutusohjaajia ja toiminta- tai fysioterapeutteja.

Tutkimustuloksia tarkasteltaessa on kuvioissa käytetty sairaanhoitopiirien virallisia lyhenteitä (taulukko 3).

---

**TAULUKKO 3. Sairaanhoitopiirien nimet ja viralliset lyhenteet.**

---

<b>SAIRAANHOITOPiIRI</b>	<b>SHP</b>
Etelä-Karjalan sairaanhoitopiiri	EKSHP
Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri	EPSHP
Etelä-Savon sairaanhoitopiiri	ESSHP
Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri	HUS
Itä-Savon sairaanhoitopiiri	ISSHP
Kainuun sairaanhoito- ja erityishuoltopiirin ky	KASS
Kanta-Hämeen sairaanhoitopiiri	KHSHP
Keski-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri	KPSHP
Keski-Suomen sairaanhoitopiiri	KSSHP
Kymenlaakson sairaanhoitopiiri	KYMSHP
Lapin sairaanhoitopiiri	LSHP
Länsi-Pohjan sairaanhoitopiiri	LPSHP
Pirkanmaan sairaanhoitopiiri	PSHP
Pohjois-Karjalan sairaanhoitopiiri	PKSHP
Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri	PPSHP
Pohjois-Savon sairaanhoitopiiri	PSSHP
Päijät-Hämeen sairaanhoitopiiri	PHSHP
Satakunnan sairaanhoitopiiri	SATSHP
Vaasan sairaanhoitopiiri	VSHP
Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri	VSSHP

---

Tutkimustulosten analysointi tehtiin pääosin SPSS 11.0 –ohjelmalla. Kyselylomakkeessa kysyttiin sairaanhoitopiirin väestöpohjaa. Tätä tietoa käytettiin tulosten analysointivaiheessa, kun laskettiin apuvälinemääriä ja käytettyjä määrärahoja 10 000 asukasta kohden. Näin saatiin vertailukelpoiset luvut eri sairaanhoitopiirien osalta. Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin apuvälineyksikköjen vastaukset yhdistettiin tutkimustuloksissa laitemäärien osalta.

Kyselylomakkeessa sähköpyörätuolilla tarkoitetaan moottoriohjauksella toimivaa sähköpyörätuolia vaikka myös käsiohjauksella toimiva kolmi- ja nelipyörä (sähkömopo) määritellään tutkimuksen teoriaosassa sähköpyörätuoliksi.

## 10.2 Tutkimuksen luotettavuus

**Mittauksen reliabiliteetti.** Mittauksen reliabiliteetilla tarkoitetaan mittauksen virheettömyyttä, joka aiemmin liitettiin mittarin ominaisuuksiin. Virheitä voi kuitenkin esiintyä kaikissa tutkimusprosessin vaiheissa, joten pelkkä mittarin tarkastelu reliabiliteettia arvioitaessa ei ole riittävä takaamaan mittauksen virheettömyyttä. Tutkimusaineiston laadulla on suuri merkitys mittaustuloksista tehtäviin tulkintoihin ja sen vuoksi tutkimusaineisto tulee käsitellä huolella esim. SPSS-ohjelmalla ja on huolehdittava siitä, että mm. lomakkeet on esitestattu. Tutkimuksen virheet liittyvät kuitenkin mittaustuloksista tehtäviin vaihtoehtoisin tulkintoihin. (Nummenmaa, Konttinen, Kuusinen & Leskinen. 1997.) Tutkimuksen reliabiliteetti voidaan osoittaa empiiristen reliabiliteettiestimaattien avulla, joita ei tässä tutkimuksessa laskettu.

Mittauksen reliabiliteetti on pyritty turvaamaan laatimalla monipuolinen kyselylomake tutkimusaiheesta. Asioita on kysytty eri näkökulmasta usealla eri kysymyksellä, joilla varmistetaan se, että tulosten perusteella tehtävät tulkinnat ovat relevantteja. Kyselylomakkeen esitestasivat Päijät-Hämeen ja Pirkanmaan sairaanhoitopiirien apuvälineyksikköiden vastaavat työntekijät. Esitestaukseen osallistuvat apuvälineyksiköt valittiin sattumanvaraisesti. Vastaajien antaman palautteen perusteella kyselylomakkeeseen tehtiin vielä tarkennuksia ja korjauksia.



Tutkimusaineiston analysointivaiheessa todettiin, että molemmissa esitestaukseen osallistuneessa apuvälineyksikössä on käytössä sama apuvälinepalveluiden tilastointi- ja seurantaohjelma, josta on helppo saada tarkkoja ja yksityiskohtaisia tilastotietoja. Mikäli esitestauksen olisi osallistunut sellainen apuvälineyksikkö, jossa olisi ollut jokin toinen apuvälinepalveluiden tilastointi- ja seurantaohjelma, olisi tutkija tehnyt kyselylomakkeeseen muutoksia. Muutoksia olisi ollut aiheellista tehdä määrärahoja, laitekohtaisia jakautumisia, käyttäjien ikäjakaumia ja diagnooseja kysyttäessä, koska eri sairaanhoitopiireissä tietojen tilastointi on toteutettu eri tarkkuudella.

Tätä tutkimusta analysoitaessa tutkija huomasi virheen kyselylomakkeessa. Virhe on kyselylomakkeen Likert-väittämien järjestyksessä. Jokseenkin eri mieltä (JEM) ja hiukan eri mieltä (HEM) oli pitänyt olla käänteisessä järjestyksessä. Koska virhe toistuu samanlaisena kaikissa väittämissä ja väittämien selitteet ovat näkyvillä sivun yläosassa, ei vastaajilla ole tutkijan mielestä ollut tulkintaongelmia eikä se siten aiheuttanut satunnaisvirheitä.

***Mittauksen validiteetti.*** Validiteettia tarkastellaan Nummenmaan ym. (1997) mukaan yhtenäisenä käsitteenä. Se, miten tietoa on hankittu, voidaan tarkastella mm. sisällön validiteetin ja konstruktiovaliditeetin avulla. Validiteetti kuvaa mittarilla hankituista tuloksista tehtäviä päätelmiä (Nummenmaa ym. 1997, 203). Mittauksen validiteettia on pyritty varmistamaan monipuolisilla ja kattavilla kysymyksillä, joita täydennettiin avoimilla kysymyksillä.

Kyselylomaketta laadittaessa ei tutkijalla ollut tietoa tietojärjestelmien vaihtelevasta laadusta. Heikot tilastointijärjestelmät tekivät kyselyyn vastaamisen hankalaksi ja aikaa vieväksi. Myös tutkimusajankohta olisi tullut valita paremmin. Hirsjärven, Remeksen ja Sajavaaran (1997, 200) mukaan kyselyn lähettämistä joulukuussa tulisi välttää. Tutkimukseen osallistui kuitenkin 17 (81%) vastaajaa kuudestatoista sairaanhoitopiiristä, joten vastausprosenttia voidaan pitää hyvänä. Kaikkiin merkittävimpiin kysymyksiin saatiin kuitenkin siinä määrin vastauksia, että kaikkia tutkimusongelmia pystyttiin tarkastelemaan ja tulosten perusteella niistä voitiin tehdä johtopäätöksiä. Se, että tarkkoja tuloksia ei saatu kaikkiin kysymyksiin, ei kuitenkaan vähennä tutkimuksen luotettavuutta.

Sisällön validiteetilla tarkoitetaan sitä, miten hyvin mittari kattaa tutkittavan tutkimusalueen (Nummenmaa ym. 1997,204). Sisällön validiteettia varmistaa osaltaan se, että tutkija on työskennellyt yli 10 vuotta Keski-Suomen sairaanhoitopiirin apuvälineyksikön osastonhoitajana, ja tuntee tutkimusalueen hyvin. Kyselylomake on pyritty laatimaan monipuolisesti tutkimusaluetta käsitteleväksi. Kyselylomakkeet lähetettiin sairaanhoitopiirien apuvälineyksikköjen osastonhoitajille tai vastaaville työntekijöille, jotka tuntevat myös tutkimusalueen. Vaikka vastaajat olivat ymmärtäneet kysymykset oikein, vaikeuttivat sairaanhoitopiirien vaihtelevat tilastointijärjestelmät tarkkojen tietojen antamista kysyttäessä hankintamääriä, määrärahoja ja käyttäjämääriä sekä laitteiden diagnoosien mukaista jakautumista. Näihin kysymyksiin oli jätetty vastaamatta tai ne olivat puutteellisia.

Tutkija on osallistunut kyselylomakkeen vastaamiseen Keski-Suomen sairaanhoitopiirissä niiden kysymysten osalta, joissa kerättiin numeraalisia tietoja. Näitä olivat hankintamäärät, määrärahat, käyttäjämäärät ja laitteiden jakautuminen diagnoosien mukaan. Tutkijan osallistuminen kyselyn vastaamiseen ei heikennä tutkimuksen luotettavuutta.

Konstruktiovaliditeetti tarkoittaa Nummenmaan ym. (1997) mukaan sitä, että tutkija on tehnyt tutkimusalueen valinnan, käsitteiden määrittelyn ja tulosten esittämisen suhteessa tutkimusongelmiin luotettavasti ja pätevästi. Koska tutkija tuntee tutkimusalueen hyvin, on hän pyrkinyt selkeyteen, tarkkuuteen ja johdonmukaisuuteen koko tutkimusprosessin ajan.

Tämän tutkimuksen validiteettia voidaan tutkijan arvion mukaan pitää hyvänä.

## **11 TUTKIMUSTULOKSET**

Tutkimustulokset on esitelty samassa järjestyksessä kuin tutkimusongelmat on asetettu (ks. s. 27). Aluksi on kerrottu apuvälinemäärät ja -määrärahat, jotka liittyvät

tutkimusongelmaan 1.01. Tämän jälkeen on kuvattu tutkimusongelmaan 1.02 liittyvät tulokset. Sähköisten liikkumisapuvälineiden myöntämisperusteet -otsikon alla on käsitelty sairaanhoitopiirien periaatteita ja käytäntöjä esim. sopimuksia apuvälineiden myöntämisestä, miten apuvälineyksiön asiakkaaksi hakeudutaan ja kuntoutussuunnitelman sisältöä. Tutkimusongelman 1.02 alaongelmien tulokset on esitetty seuraavien otsikoiden yhteydessä:

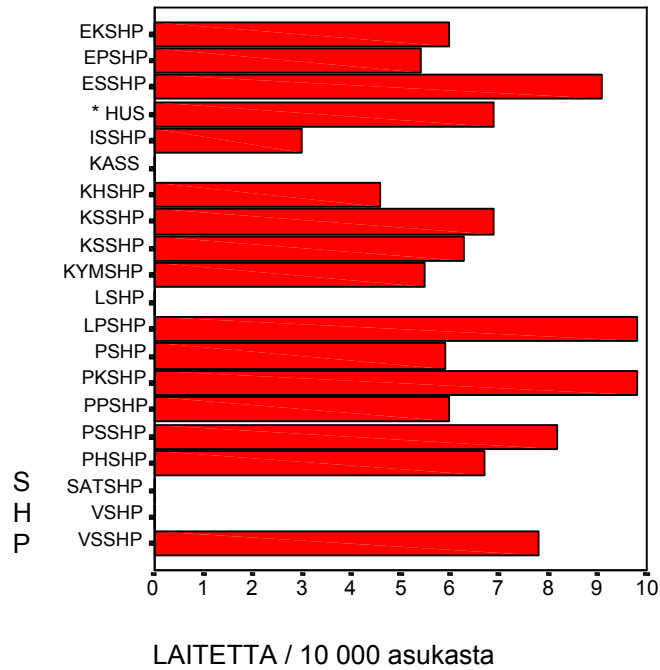
- Päivittäiset toiminnot: ongelma 1.2.1
- Apuvälineiden myöntäminen vammaisuuden mukaan: ongelma 1.2.2
- Apuvälineen tarpeenarviointi: ongelma 1.2.3
- Sähkömopon myöntäminen: ongelma 1.2.4
- Myöntämisvelvollisuuden laajuus: ongelma 1.2.5

Tutkimustulosten lopussa on yhteenveto sairaanhoitopiirien välisistä eroista sähköisiä liikkumisen apuvälineitä myönnettäessä.

### **11.1 Laitemäärät ja määrärahat**

Tutkimuksessa kerättiin tieto sairaanhoitopiirien laitemäärästä tuoteryhmittäin. Kappalemääriä kysyttiin sähköpyörätuoleista, sähkömopoista, sähköisistä lisävoimalaitteista ja kelauksenkeventäjistä. Jokaisen sairaanhoitopiirin omat laitteet laskettiin yhteen ja niiden määrä laskettiin 10 000 asukasta kohden (kuvio 3).

Sähköisiä liikkumisen apuvälineitä oli sairaanhoitopiireissä keskimäärin 6.7 laitetta 10 000 asukasta kohden. Länsi-Pohjan ja Pohjois-Karjalan sairaanhoitopiireissä laitemäärät olivat suurimmat 9.8 laitetta 10 000 asukasta kohden ja Itä-Savon sairaanhoitopiirissä pienimmät 3.0 laitetta 10 000 asukasta kohden.



\* HUS:n apuvälineyksiköiden tiedot on yhdistetty

**KUVIO 3. Sähköiset liikkumisapuvälineet sairaanhoitopiireittäin  
10 000 asukasta kohden**

*Laitemäärät apuvälineryhmittäin.* Sairaanhoitopiireissä sähköiset liikkumisen apuvälineet laskettiin yhteen tuoteryhmittäin, jolloin saatiin eri laiteryhmiä jakauma (taulukko 4).

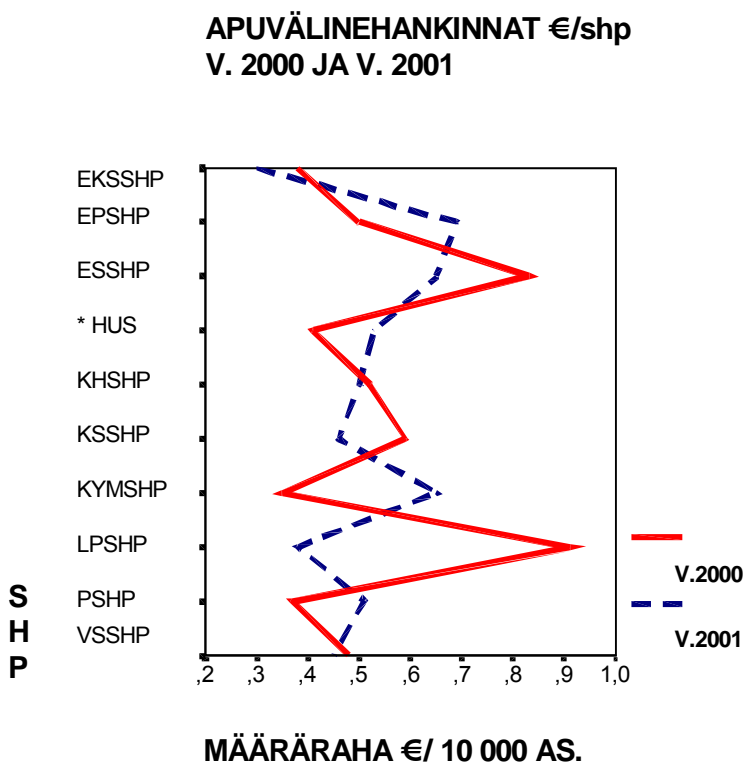
**TAULUKKO 4. Sähköisten liikkumisen apuvälineet apuvälineryhmittäin prosentteina ja kappalemäärittäin**

Laitemäärät	f	%
Sähköpyörätuoli	2438	78
Sähkömopo	544	17
Sähköinen lisävoimalaite	110	4
Kelauksen keventäjä	42	1
Yhteensä	3134	100

Sähköpyörätuoleja oli 78 % kaikista sähköisistä liikkumisen apuvälineistä. Sähkökäyttöisiä kolmi- ja nelipyöriä (sähkömopoja) oli 17 %. Sähköisten lisävoimalaitteiden osuus oli 4 % ja kelauksen keventäjiä 1 %.

**Hankintamäärät ja niihin käytetyt määrärahat vuosina 2000 ja 2001.** Sähköisten liikkumisen apuvälineiden hankintamääristä saatiin vastaus 12 sairaanhoitopiiristä vuoden 2000 osalta ja 13 sairaanhoitopiiristä vuoden 2001 osalta. Vuonna 2000 hankintoihin käytetyt tarkat määrärahatiedot antoi 10 sairaanhoitopiiriä ja vuoden 2001 tiedot antoi 11 sairaanhoitopiiriä.

Apuvälinehankintoihin käytetyt määrärahat asukasta kohden vuosina 2000 ja 2001 (kuvio 4).



HUS\* = Apuvälineyksikkö, josta hankitaan HUS:n shp:n alueen yli 16-vuotiaiden apuvälineet; lasten ja nuorten osalta tietoja ei saatu

**KUVIO 4. Sähköisten liikkumisapuvälineiden kustannukset sairaanhoitopiireittäin asukasta kohden (euroa /10 000 asukas; n = 10)**

Sähköisiin liikkumisen apuvälineisiin käytetyt määrärahat sairaanhoitopiireissä 10 000 asukasta kohden vuonna 2000 olivat pienimmillään 0.35 euroa ja suurimmillaan 0.91 euroa. Vuonna 2001 vaihteluväli oli 0.30 ja 0.80 euron välillä. Sairaanhoitopiirit käyttivät vuonna 2000 hankintoihin keskimäärin 0.53 euroa 10 000 asukasta kohden ja vuonna 2001 0.62 euroa. Apuvälineisiin käytetyt määrärahat vuonna 2001 nousivat 17 % edelliseen vuoteen verrattuna.

Sairaanhoitopiirien hankkimat laitemäärät nousivat vuonna 2001 edelliseen vuoteen verrattuna 38 %. Vuoden 2000 hankintamäärien keskiarvo oli 23 laitetta ja vuonna 2001 32 laitetta. Sairaanhoitopiireihin hankitut laitemäärät yhteensä vuonna 2000 olivat 326 kpl ja vuonna 2001 niiden määrä oli 449 kpl.

***Määrärahat ja apuvälineiden kysyntä seuraavan viiden vuoden aikana.***

Apuvälinemäärärahojen arvioi kaksi vastaajaa (12 %) vähenevän ja 4 vastaajaa (23 %) arvioi määrärahojen pysyvän ennallaan. Määrärahojen arvioi nousevan jonkin verran kahdeksan (47 %) vastaajaa. Kaksi vastaajaa (12 %) arvioi määrärahojen lisääntyvän paljon. Yksi vastaaja (6 %) ei ilmoittanut mielipidettään.

Kaksitoista vastaajaa (71 %) arvioi apuvälineiden kysynnän lisääntyvän jonkin verran ja 5 arvioi (29 %) kysynnän lisääntyvän paljon seuraavan viiden vuoden aikana. Kukaan ei arvioinut kysynnän pysyvän ennallaan tai vähenevän (n = 17)

Keinoiksi, joilla apuvälineiden kysyntä ja tarjonta saadaan vastaamaan toisiaan, arvioi seitsemän vastaajaa määrärahojen korottamisen. Viisi vastaajaa arvioi kierrätyksen tehostamisen, ja kaksi vastaajaa tehostamalla apuvälineiden huoltoja. Kaksi vastaajaa oli sitä mieltä, että tehostamalla apuvälineiden käytön seuranta, voidaan kysyntä ja tarjonta saada toisiaan vastaaviksi (n = 14). Yhdessä vastauksessa oli lisäksi mainittu, että suuntaamalla apuvälinetietoutta poliittisille päättäjille voidaan vaikuttaa apuvälinemäärärahoihin. Yhdessä vastauksessa oli mainittu, että yhteiskunnalliset ikärakennemuutokset ja sen aiheuttama apuvälineiden tarpeen lisääntyminen on tiedostettava ja tehtävä niistä oikeat johtopäätökset. Apuvälinepalveluiden suunnitelmallisuutta ja ennakointia

painotettiin myös yhdessä vastauksessa. Kolme vastaajaa ei uskonut, että millään keinoilla saadaan kysyntä ja tarjonta samalle tasolle.

## 11.2 Myöntämisperusteet ja käytännöt

### 11.2.1 Sähköisten liikkumisen apuvälineiden myöntämisperusteet

Sähköisten liikkumisapuvälineiden myöntämisperusteet on sovittu kirjallisesti neljässä (24 %) sairaanhoitopiirissä. Kolmessatoista sairaanhoitopiirissä (76 %) asia on sovittu suullisesti (n = 17).

Avoimella kysymyksellä kerättiin tietoa eri laiteryhmiä myöntämisperusteista. Kahdeksan (57 %) vastaajan mukaan sähköiset liikkumisapuvälineet arvioidaan suhteessa asiakkaan yksilölliseen tarpeeseen (n = 14). Laitteet arvioidaan siten, että kaikkia apuvälineryhmiä arvioidaan suhteessa asiakkaan tarpeeseen. Laitteen valinta tehdään sen mukaan, mikä on asiakkaan käyttöön parhaiten soveltuva apuväline.

Vastaajien (n = 14) mukaan sähköpyörätuolin myöntämisen perusteeksi arvioi 10 vastaaja (71 %) asiakkaan liikunnallisen toimintakyvyn heikkenemisen, jota arvioidaan suhteessa asiakkaan päivittäisiin toimintoihin. Kun omatoiminen liikkuminen on mahdollista vain sähköpyörätuolilla ja se mahdollistaa asiakkaan päivittäisistä toiminnoista selviytymisen eikä asiakkaalla ole esteitä (esim. hahmotusongelmat, psyykkiset ongelmat) laitteen käytölle, täyttyvät myöntämisperusteet. Yhdessä vastauksessa oli perusteeksi katsottu asiakkaan mahdollisuus sosiaaliseen osallistumiseen ja virkistymiseen.

**Yksilöllinen tarve.** Apuvälineiden myöntämisperusteiksi mainitsi 10 vastaajaa (59 %) asiakkaan yksilöllisen tarpeen. Kun apuvälinetarve on todettu, myönnetään apuväline, jos sairaanhoitopiirin myöntämisperusteet samalla täyttyvät.

Lisävoimalaitteiden myöntämisperusteita kysyttäessä vastaus saatiin yhdeksältä vastaajalta (n = 9). Heistä 4 (44 %) ilmoitti, että laitteita ei myönnetä lääkinnällisenä kuntoutuksena. Viisi vastaajaa (56 %) ilmoitti, että periaatteet ovat kuten yleensäkin

sähköisiä liikkumisapuvälineitä myönnettäessä. Lisäksi kaksi vastaajaa mainitsi perusteeksi sen, että kun asiakas tarvitsee pientä, kevytsähköpyörätuolia, myönnetään sähköinen lisävoimalaite.

***Kelauksen keventäjän myöntäminen.*** Kelauksen keventäjiä oli myönnetty vain kymmenessä sairaanhoitopiirissä, vaikka estettä niiden myöntämiselle ei ollut. Kelauksen keventäjän myöntämisperusteet ovat kahdeksan (80 %) vastaajan mukaan samat kuin muidenkin sähköisten liikkumisen apuvälineiden myöntämisperusteet (n = 10). Yhdessä sairaanhoitopiirissä ei kelauksen keventäjiä myönnetä terveydenhuollosta lääkinnällisenä kuntoutuksena.

***Sairaanhoitopiirien yhteiset myöntämisperusteet.*** Yhteiset myöntämisperusteet tarvitaan yhdeksän vastaajan mukaan (53 %). He kaikki perustelivat vastaustaan kansalaisten tasa-arvolla asuinpaikasta riippumatta. Kahdessa vastauksessa oli lisäksi mainittu päätöksenteon selkiytyminen (n = 17).

Neljän vastaajan (24 %) mielestä yhteisiä myöntämisperusteita ei tarvita. Kaksi vastaajaa perusteli vastaustaan sillä, että koska laitteiden myöntäminen tapahtuu hoitopäätöksenä, on yksilöllinen tarve määräävä tekijä laitteita myönnettäessä. Yhdessä vastauksessa pelättiin asian kääntyvän itseään vastaan. Vastaajan mukaan sairaanhoitopiirissä on määrärahoja ollut riittävästi ja kysyntään on voitu vastata. Jos asiasta sovitaan yhteisesti, saattaa se vastaajan mukaan heikentää heidän sairaanhoitopiirinsä alueen asiakkaitten apuvälineiden saatavuutta. Kaksi vastaajaa (12 %) ei osannut sanoa mielipidettään. Toinen heistä perusteli, että hän ei tarvitse yhteisiä myöntämisperusteita oman toimintansa tueksi.

***Asiakkaaksi hakeutuminen.*** Apuvälineiden hankintaprosessin käynnistämiseen tarvitaan 12 sairaanhoitopiirissä (57 %) lääkärin lähete. Viidessä sairaanhoitopiirissä (24 %) riittää jonkun henkilön yhteydenotto hankintaprosessin käynnistämiseen. Neljä sairaanhoitopiiriä (19 %) ei vastannut kyselyyn.

***Apuvälineet kuntoutussuunnitelmassa.*** Apuvälineet on vastaajien (n = 17) mukaan otettu huomioon kuntoutussuunnitelmassa yhden vastaajan mukaan aina, kuuden



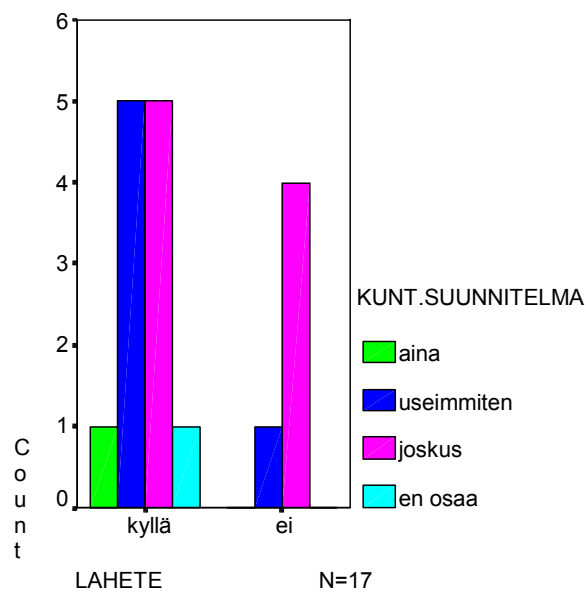
vastaajan mukaan useimmiten ja yhdeksän vastaajan mukaan joskus. Yksi vastaaja ei osannut sanoa onko apuvälineet huomioitu kuntoutussuunnitelmassa (taulukko 5).

**TAULUKKO 5. Apuvälineet kuntoutussuunnitelmassa**

	f	%
Aina	1	6
Useimmiten	6	35
Joskus	9	53
En osaa sanoa	1	6
Yhteensä	17	100

Neljätoista vastaajan (82 %) mukaan apuvälineet tulisi olla mainittuina kuntoutussuunnitelmassa. Kolme vastaajaa (18 %) ei osannut sanoa mielipidettään (n = 17).

Tuloksia tarkasteltaessa verrattiin apuvälineiden huomioon ottamista kuntoutussuunnitelmassa ja apuvälineyksikön asiakkaaksi hakeutumisessa sen mukaan tarvitaanko lääkärin lähete vai ei (kuvio 6).



**KUVIO 6. Apuvälineet kuntoutussuunnitelmassa sen mukaan tarvitaanko lähete apuvälineyksikön asiakkaaksi hakeutumisessa (n = 17).**

Apuvälineet on otettu huomioon kuntoutussuunnitelmassa yhden vastaajan (6 %) mukaan aina sellaisissa sairaanhoitopiireissä, joissa tarvitaan lääkärin lähete apuvälineyksikön asiakkaaksi hakeutumisessa. Viiden vastaajan (29 %) mukaan ne on otettu usein huomioon ja joskus samoin viiden vastaajan (29 %) mukaan. Yksi vastaaja (6 %) ei osannut sanoa mielipidettään.

Niissä sairaanhoitopiireissä, joissa lähetettä ei tarvita, on apuvälineet mainittu kuntoutussuunnitelmassa yhden vastaajan (6 %) mukaan aina ja neljän vastaajan (24 %) mukaan joskus.

Vastaajat (n = 13) perustelivat apuvälineiden huomioon ottamista kuntoutussuunnitelmassa siten, että 10 vastaajaa (77 %) katsoi apuvälineiden olevan osa kokonaiskuntoutusta ja –suunnitelmaa ja siksi ne tulee olla mainittuina kuntoutussuunnitelmassa. Kolmen vastaajan mukaan kuntoutussuunnitelma toimii tiedonvälittäjänä eri toimijoiden kesken. Yhdessä vastauksessa oli mainittu, että mikäli apuvälinetarve on esitetty kuntoutussuunnitelmassa, se selkeyttää omaa työtä ja päätöksentekoa.

***Apuvälineiden myöntäminen ja päätöksenteko.*** Apuvälinepäätös tehdään aina työryhmässä kolmen vastaajan mukaan. Neljän vastaajan mukaan päätöstä ei tehdä koskaan työryhmässä (taulukko 6).

**TAULUKKO 6. Apuvälinepäätös tehdään työryhmässä**

	f	%
Aina	3	19
Useimmiten	4	25
Joskus	5	31
Ei koskaan	4	25
Yhteensä	16	100

Sähköisten liikkumisapuvälineiden myöntämisestä päättää joko kuntoutusylilääkäri tai muu ylilääkäri 15 sairaanhoitopiirissä ja hoitava lääkäri yhdessä

sairaanhoidopiirissä (n = 16). Kuntoutustyöryhmän kokoonpano vaihteli sairaanhoidopiireittäin. Yhdessä sairaanhoidopiirissä työryhmään kuului lääketieteen ja terveydenhuollon koulutuksen saaneiden työntekijöiden lisäksi myös taloushallinnon edustaja. Yhdessä sairaanhoidopiirissä työryhmään osallistui myös terveystieteiden lääkäri.

Kuntoutustyöryhmään osallistujia olivat:

Kuntoutuslääkäri, ylilääkäri, muu erikoislääkäri, vastuulääkäri, terveystieteiden lääkäri, lastenneurologi, fysioterapeutti, toimintaterapeutti, kuntoutussuunnittelija, talousjohtaja, apuvälineyksikön työntekijä. Asiakkaan tai hänen omaisensa osallistuminen päätöksentekoon mainittiin yhdessä vastauksessa.

**Sosiaaliset tekijät päätöksenteossa.** Kymmenen vastaajaa (59 %) oli täysin, jokseenkin tai hiukan sitä mieltä, että vammaispalvelulain mukaan päätöksiä tehtäessä voidaan sosiaaliset tekijät paremmin ottaa huomioon kuin lääkinnällisenä kuntoutuksena myönnettäessä. Seitsemän vastaajaa (31 %) oli puolestaan täysin, jokseenkin tai hiukan eri mieltä asiasta (n = 17).

Kymmenen vastaajaa oli (59 %) täysin, jokseenkin tai hiukan samaa mieltä siitä, että lääkinnällisenä kuntoutuksena myönnettävät apuvälinepalvelut liittyvät usein asiakkaan sosiaalisiin tilanteisiin. Seitsemän vastaajaa (31 %) oli hiukan, jokseenkin tai täysin eri mieltä väittämästä (n = 17).

### 11.2.2 Päivittäiset toiminnot

Vastaajien mielipidettä lääkinnällisen kuntoutuksen asetuksessa mainittuihin päivittäisiin toimintoihin pyrittiin selvittämään väittämien avulla (taulukko 7). Vastaajilla oli hyvin samanlainen näkemys siitä, että päivittäisiin toimintoihin kuuluu asiakkaan omatoiminen selviytyminen kotona ja lähiympäristössä sekä suoriutuminen asiointimatkoista. Suhteellisen säännöllisesti tapahtuvat matkat kuuluivat viiden vastaajan (31 %) mukaan päivittäisiin toimintoihin ja viisi vastaajaa

(31 %) oli asiasta hiukan eri mieltä. Yhden vastaajan (6 %) mukaan suhteellisen säännöllisesti tapahtuvat matkat eivät kuulu asetuksessa tarkoitettuihin päivittäisiin toimintoihin. Ajoittain tapahtuvat matkat kuuluvat päivittäisiin toimintoihin kahden vastaajan mukaan ja kolme vastaaja oli eri mieltä asiasta.

**TAULUKKO 7. Lääkinnällisen kuntoutuksen asetuksessa mainittujen päivittäisten toimintojen sisältö vastaajien mukaan**

ARVIOITU TOIMINTO	tsm	jsm	hsm	hem	jem	tem	eos	F
								%
<b>Asiakkaan mahdollisimman omatoiminen selviytyminen kotona ja lähiympäristössä tapahtuvista toiminnoista</b>	<b>16</b> 94		<b>1</b> 6					<b>17</b> 100
<b>Selviytyminen asiointimatkoista</b>	<b>10</b> 63	<b>1</b> 6	<b>4</b> 25	<b>1</b> 6				<b>16</b> 100
<b>Suhteellisen säännöllisesti tapahtuvat matkat</b>	<b>5</b> 31	<b>1</b> 6	<b>3</b> 29	<b>5</b> 31	<b>1</b> 6	<b>1</b> 6		<b>16</b> 100
<b>Ajoittain tapahtuvat matkat</b>	<b>2</b> 12	<b>4</b> 25	<b>3</b> 20	<b>2</b> 12	<b>2</b> 12	<b>3</b> 19		<b>16</b> 100
<b>Ulkoilu</b>	<b>10</b> 59	<b>4</b> 23	<b>3</b> 18					<b>17</b> 100
<b>Luonnossa liikkumiseen</b>	<b>4</b> 25	<b>2</b> 12	<b>5</b> 31	<b>1</b> 6	<b>3</b> 20	<b>1</b> 6		<b>16</b> 100
<b>Muut harrastukset (esim. joukkuepelit)</b>		<b>4</b> 25	<b>4</b> 25	<b>1</b> 6	<b>5</b> 32	<b>1</b> 6	<b>1</b> 6	<b>16</b> 100

**Väittämien selitteet:**

Täysin samaa mieltä	(=tsm)
Jokseenkin samaa mieltä	(= jsm)
Hiukan samaa mieltä	(=hsm)
Hiukan eri mieltä	(=hem)
Jokseenkin eri mieltä	(=jem)
täysin eri mieltä	(=tem)
En osaa sanoa	(=eos)

Ulkoilun katsottiin enimmäkseen kuuluvaksi päivittäisiin toimintoihin. Luonnossa liikkuminen jakoi mielipiteet. Kuusi vastaajaa (37 %) oli täysin tai hiukan samaa mieltä väittämästä. Harrastukset jakoivat mielipiteitä, sillä viiden vastaajan mukaan ne eivät kuulu lääkinnällisen kuntoutuksen asetuksessa mainittuihin päivittäisiin toimintoihin. Neljä muuta vastaajaa ilmoitti olevansa väittämästä jokseenkin samaa mieltä.

Kaksi vastaajaa oli sitä mieltä, että heillä ei ole vaikeuksia määritellä lääkinnällisen kuntoutuksen asetuksessa tarkoittamia päivittäisiä toimintoja. Seitsemän vastaajan mukaan (41 %) heillä ei juurikaan ole vaikeuksia määritellä lääkinnällisen kuntoutuksen asetuksessa tarkoittamia päivittäisiä toimintoja. Kaksi vastaajaa puolestaan ilmoitti, että on vaikea määritellä asetuksessa tarkoitettuja päivittäisiä toimintoja. Neljä vastaajaa (23 %) oli asiasta hiukan samaa mieltä.

### **11.2.3 Apuvälineiden myöntäminen vammaisuuden mukaan**

Hengityshalvauspotilaalle sähköpyörätuoli myönnetään asiakkaan sitä anoessa aina tai useimmiten 14 vastaajan (47 %) mukaan ja joskus 3 vastaajan (13 %) mukaan (n = 17).

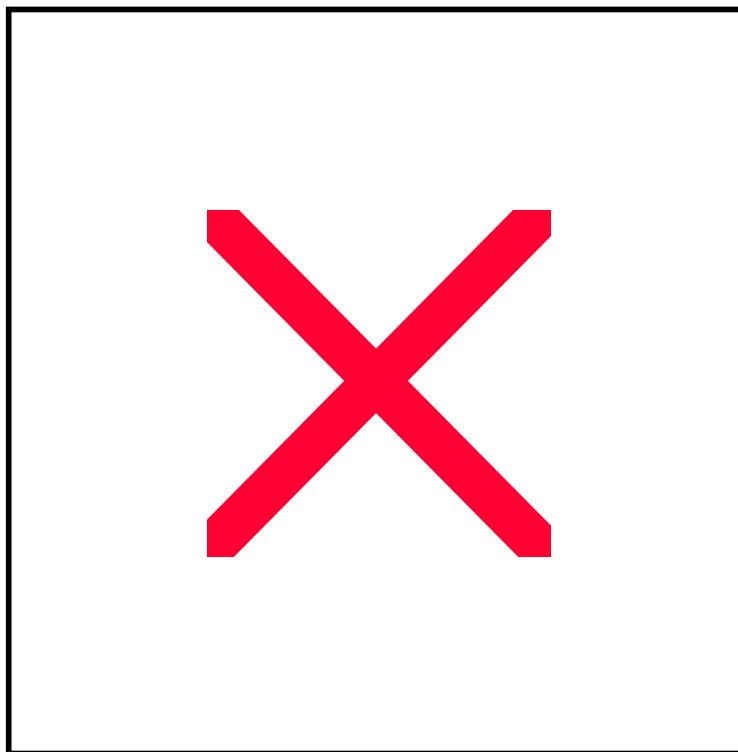
Vanhukselle, jonka toimintakyky on alentunut usean eri sairauden vuoksi, sähköpyörätuoli myönnetään aina yhden vastaajan mukaan (6 %) tai useimmiten 5 vastaajan (29 %) mukaan. Laite myönnetään joskus kahden vastaajan mukaan (12 %). Kolme vastaajaa (18 %) ei osannut sanoa mielipidettään (n = 17).

Lyhyitä matkoja kävelevälle henkilölle, jolla on esim. vaikea katkokävelyoireisto, sähköpyörätuoli myönnetään asiointimatkoille tai ulkoiluun aina yhden vastaajan (6 %) mukaan. Useimmiten viiden vastaajan (30 %) mukaan. Joskus kuuden vastaajan mukaan (35 %) ja ei koskaan kahden vastaajan (12 %) mukaan. Kolme vastaajaa (18 %) ei osannut sanoa mielipidettään (n = 17).

Henkilöille, joilla on paraplegia ja olkanivelten kulumat sekä kipuja sähköisiä liikkumisen apuvälineitä myönnetään (n = 17) viiden vastaajan (30 %) mukaan aina, useimmiten yhdeksän vastaajan mukaan (53 %), joskus kolmen vastaajan (18 %) mukaan.

Henkilölle, jolla on hemiplegia ja joka on aiemmin selviytynyt kepin tai manuaalisen pyörätuolin avulla, sähköpyörätuoli myönnetään neljän vastaajan (24 %) mukaan aina, useimmiten ja joskus molemmat kuuden vastaajan (70 %) mukaan. Yksi vastaaja (6 %) ei osannut sanoa mielipidettään.

**Käyttäjät diagnoosien mukaan.** Tutkimuksessa selvitettiin, mikä perussairaus sähköisten liikkumisenapuvälineiden käyttäjillä on (kuvio 7).



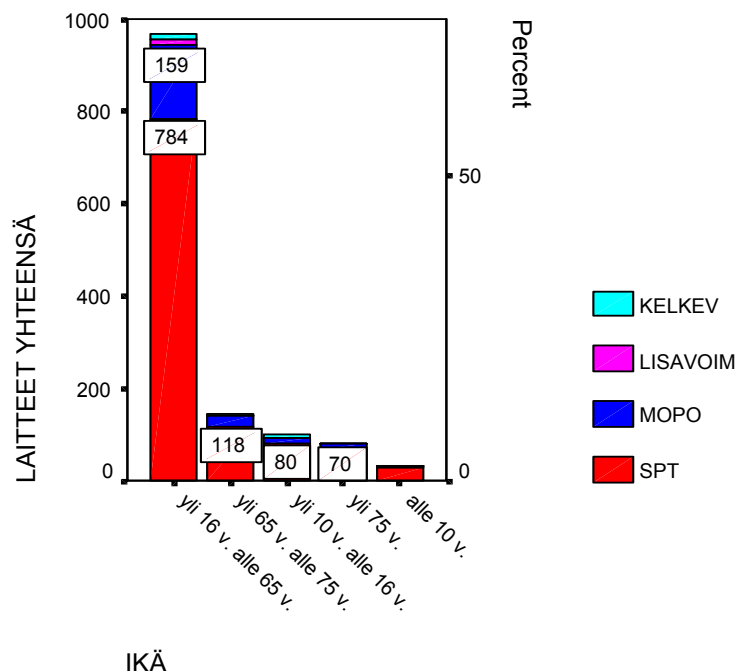
**Lyhteiden selitteet:**

ALS	Nopeasti etenevä lihassairaus	MS	MS-tauti
AMPUT	Alaraaja amputaatio	REUMA	Reumasairaudet
CP	CP-vamma	TULES	Tuki- ja liikuntaelinten sairaudet
LIHASSAIR	Lihassairaus (Duschenne, Becker)	SYVAMMA	Selkäydinvamma
LYHYTKAS	Lyhytkasvuisuus (eri syyt)	MUU	Muu sairaus

**KUVIO 7. Apuvälineiden käyttäjien diagnoosit**

Suurin diagnoosiryhmä, jolla on käytössään sähköisiä liikkumisen apuvälineitä, on CP-vammaiset (31 %). Seuraavaksi yleisin diagnoosi oli MS-tauti ja lihassairaudet, joita molempia oli 15 %. Selkäydinvamma oli 8 %:lla ja reuma 5 %:lla, alaraaja-amputaatio 4 %:lla ja ALS 3 %:lla laitteiden käyttäjistä. Lyhytkasvuisten osuus oli 1 %. Ryhmään muut (16 %) oli mainittu useita eri diagnooseja. Yleisin oli hemiplegia. Laitteita oli käytössä myös polion jälkitiloissa ja muissa neurologisissa sairauksissa ja kolmen vastaajan mukaan myös keuhkosairauksissa. Kaikki vastaajien mainitsemat sairaudet, ovat sellaisia, jotka heikentävät oleellisesti henkilön fyysistä toimintakykyä.

**Käyttäjien ikäjakauma.** Kyselylomakkeella kerättiin tietoa, miten sähköiset liikkumisen apuvälineet jakautuvat iän mukaan. Yhdeksän vastaajaa (n = 9) antoi kysymykseen tarkat tiedot (kuvio 8). Apuvälineiden käyttäjistä 73 % on 16 – 65-vuotiaita. Yli 65-vuotiaita on 11 % ja yli 75-vuotiaita 6 %. Alle 10-vuotiaitten lasten osuus käyttäjistä on 3 %. HUS:n lasten ja nuorten sairaalan apuvälineyksikkö, josta järjestetään ko. sairaanhoitopiirin alle 16-vuotiaiden apuvälinepalvelut, ei ilmoittanut laitemääriä eikä ikäjakaumia. Vastauksen puuttuminen vähentää alle 16-vuotiaiden osuutta.



**KUVIO 8.** Sähköisten liikkumisen apuvälineiden jakautuminen iän mukaan.

#### 11.2.4 Apuvälinetarpeen arviointi

*Terveystenhuollon ja sosiaalitoimen välinen työnjako.* Terveystenhuollon ja sosiaalitoimen lainsäädäntö antaa kahden (12 %) vastaajan mukaan (n = 17) päätöksentekijälle melko vapaat mahdollisuudet tulkita lainsäädäntöä. Kuusi vastaajaa (35 %) oli jokseenkin samaa mieltä ja viisi vastaajaa (29 %) hiukan samaa mieltä. Neljä vastaajaa (24 %) ilmoitti olevansa hiukan eri mieltä.

Yhdeksän vastaajaa (53 %) oli sitä mieltä, että asetus lääkinällisestä kuntoutuksesta ja vammaispalvelulaki antavat mahdollisuudet päällekkäisiin tulkintoihin. Viisi vastaajaa (29 %) oli hiukan eri mieltä ja kolme vastaajaa (18 %) jokseenkin eri mieltä (n = 17).

Toimintaa ohjaavassa lainsäädännössä tulisi käsitteet esim. päivittäiset toiminnot olla viiden vastaajan (30 %) mielestä tarkemmin määritelty. Kolme vastaajaa (18 %) oli väittämästä jokseenkin samaa mieltä ja kolme vastaaja (18 %) hiukan samaa mieltä. Yksi vastaaja (6 %) ilmoitti olevansa täysin eri mieltä ja kaksi vastaajaa (12 %) jokseenkin eri mieltä. Samoin kaksi vastaajaa (12 %) ilmoitti olevansa väittämästä hiukan eri mieltä (n = 17).

#### 11.2.5 Sähkökäyttöisen neli- tai kolmipyörän (sähkömopo) myöntäminen

Neljätoista vastaajan (82 %) mielestä sähkömopojen myöntäminen on terveydenhuollon tehtävä. Yksi vastaaja (6 %) oli hiukan samaa mieltä ja yksi vastaaja (6 %) katsoi sen olevan sosiaalitoimen tehtävä. Yhdessä sairaanhoitopiirissä ei oltu hankittu yhtään sähkömopoa. Muissa sairaanhoitopiireissä niitä oli myönnetty.

Sähkömopojen myöntämisperusteeksi oli yhdessä vastauksessa mainittu ulkona liikkuminen ja sen, että käyttäjällä on parempi toimintakyky kuin sähköpyörätuolia myönnettäessä. Lisäksi yhdessä vastauksessa oli mainittu, että myöntämiseen vaikuttavat asiakkaan mahdollisuudet sosiaaliseen kanssakäymiseen esim. koulumatkat, kavereiden tapaaminen, syrjäytymisen ehkäiseminen. Samassa



vastauksessa oli myös mainittu, että asiakas saattaa pystyä kävelemään lyhyitä matkoja jopa ilman apuvälineitä ja silti sähkömopo voidaan myöntää.

### 11.2.6 Myöntämisvelvollisuuden laajuus

**Sähköiset liikkumisapuvälineet laitteen ohjaajan mukaan.** Seitsemän vastaajaa (46 %) oli täysin, jokseenkin tai hiukan sitä mieltä, että sähköpyörätuoli ja sähköiset lisävoimalaitteet tulee myöntää sosiaalitoimesta vammaispalvelulain perusteella silloin, kun sillä helpotetaan avustajan työtä. Kuusi vastaajaa (41 %) puolestaan oli väittämästä hiukan, jokseenkin tai täysin eri ja katsoi niiden myöntämisen kuuluvan terveydenhuollon vastuulle. Kaksi (12 %) ei osannut sanoa mielipidettään (n = 15).

Tutkimuksessa kerättiin tietoa siitä, myönnetäänkö sairaanhoitopiireissä sähköpyörätuoli tai sähköinen lisävoimalaite silloin, kun laitetta ohjaa avustaja (taulukko 8).

**TAULUKKO 8. Sähköpyörätuolin tai sähköisen lisävoimalaitteen myöntäminen kun laitetta ohjaa avustaja.**

	f	%
Aina	1	6
Joskus	9	56
Ei lainkaan	2	13
En osaa sanoa	4	25
Yhteensä	16	100

Vastaajien mukaan (n = 16) avustajan ohjaama sähköpyörätuoli tai sähköinen lisävoimalaite myönnetään asiakkaalle joskus yhdeksän vastaajan (56 %) mukaan, yhden vastaajan mukaan (6 %) laite myönnetään aina, kaksi vastaajaa (13 %) ilmoitti, että laitteita ei myönnetä avustajaohjauksella. Neljä vastaajaa (25 %) ei osannut sanoa mielipidettään.

Avustajan ohjaamia sähköpyörätuoleja tai lisävoimalaitteita on vastaajien mukaan käytössä yhteensä 29 asiakkaalla yhdeksässä sairaanhoitopiirissä (n = 17). Viidessä vastauksessa kuvattiin tilanne, jossa avustaja (usein puoliso) on niin heikkokuntoinen, että hän ei jaksaisi avustaa vammaista henkilöä ilman sähköistä lisävoimalaitetta. Myös maaston vaativuus oli mainittu kahdessa vastauksessa myöntämisen perusteeksi. Yhden vastaajan mukaan asiakkaan perussairauden edetessä omatoiminen ohjaaminen oli käynyt mahdottomaksi, jolloin laite sai jäädä asiakkaalle avustajan ohjattavaksi apuvälineeksi.

**Asiakkaan kustannukset.** Vastaajien mielestä (n = 17) apuvälineiden kuljetus kuuluu pääsääntöisesti sairaanhoitopiirille 14 vastaajan mukaan (82 %) ja asiakkaalle kahden vastaajaan (18 %) mukaan. Huoltoon liittyvistä kuljetuksista on kuudessa sairaanhoitopiirissä (35 %) sovittu kirjallisesti (n = 17). Yksi (6 %) ei osannut sanoa, mitä asiasta on sovittu. Kymmenessä (59 %) sairaanhoitopiirissä asia on sovittu suullisesti.

Kun apuväline luovutetaan asiakkaalle, maksaa 14 vastaajan mukaan (87 %) sairaanhoitopiiri apuvälineen kuljetuskustannuksista. Kahden (13 %) vastaajan mukaan kustannuksista vastaa asiakas (n = 16).

Huoltoon liittyvät kuljetukset maksaa 15 vastaajan mukaan (88 %) sairaanhoitopiiri ja kahden vastaajan (12 %) mukaan asiakas (n = 17).

**Useampi laite asiakkaan käytössä.** Kymmenen vastaajaan mukaan (59 %) sähköpyörätuoleja myönnetään asiakkaalle tarvittaessa useampia ja seitsemän vastaajan mukaan (41 %) useampaa kuin yhtä sähköpyörätuolia ei myönnetä (n = 17).

Useampaa kuin yhtä sähköpyörätuolia oli anottu samalle asiakkaalle kymmenen vastaajan (59 %) mukaan ja seitsemän (41 %) vastaajan mukaan niitä ei oltu anottu (n = 17). Useampi kuin yksi sähköpyörätuoli on käytössä yhteensä 85:llä asiakkaalla 11 sairaanhoitopiirissä (n = 15).

Tilanteet, joissa useamman sähköpyörätuolin tai sähköisen liikkumisen apuvälineen tarve tulee kyseeseen, ovat 12 vastaajaan (80 %) mukaan erilaiset käyttöympäristöt. Vastauksissa mainittiin, että kun toinen tarvitaan ulko- ja toinen sisäkäyttöön. Kahdessa vastauksessa oli lisäksi mainittu, että asiakkaalla on toisena laitteena kelauksen keventäjä ja toisena ulkokäyttöön soveltuva sähköpyörätuoli. Kahden vastaajan mukaan toinen laite on asiakkaan työpaikalla ja toisella hän liikkuu työmatkat. Kolmen (20 %) vastauksen mukaan asiakkaalla ei ole useampia laitteita käytössä. Yksi vastaaja oli maininnut, että yksi laite riittää asiakkaalle.

***Apuvälineen myöntäminen tilapäiskäyttöön.*** Kahdeksan vastaajaa (47 %) katsoi, että sairaanhoitopiirillä on velvollisuus myöntää apuvälineitä tilapäiseen käyttöön, mikäli tarvittava apuväline löytyy varastosta (n = 17). Perusteluna yksi vastaaja mainitsi, että asiakkaan elämänlaatua tulee pyrkiä parantamaan aina kun se on mahdollista. Hän totesi myös, että terveyskeskuksilla, joilla on velvollisuus järjestää tilapäiseen käyttöön apuvälineitä, ei ole sähköisiä liikkumisen apuvälineitä ja siksi niitä tulee lainata sairaanhoitopiiristä. Yksi vastaaja mainitsi, että ”vanhalle asiakkaalle” tulee laite myöntää myös tilapäiskäyttöön.

Yhdeksän vastaajaa (53 %) puolestaan katsoi, että sairaanhoitopiirillä ei ole velvollisuutta järjestää laitteita tilapäiseen käyttöön. Neljässä vastauksessa todettiin, että laitteita lainataan tilapäiskäyttöön vaikka järjestämisvelvollisuutta ei olekaan. Kaksi vastaajaa totesi resurssien vähyyden olevan perusteena nykyiseen käytäntöön.

Sähköpyörätuoleja myönnetään tilapäiskäyttöön 12:ssä sairaanhoitopiirissä (71 %), jos tarvittava laite löytyy varastosta. Kahdessa vastauksessa oli vastauksen perään kirjoitettu, että laite myönnetään varalaitteeksi huollon ajaksi (n = 17). Neljässä sairaanhoitopiirissä (29 %) laitteita ei myönnetä tilapäisen tarpeen perusteella. Kahdessa vastauksessa todettiin, että heillä ei ole resursseja tilapäiseen käyttöön tarvittavien laitteiden myöntämiseen taloudellisesta eikä henkilöstöresurssien osalta, koska laitteen käytönopetukseen ei jää riittävästi aikaa. Yhdessä vastauksessa oli mainittu, että he eivät ole joutuneet tällaista tilannetta pohtimaan, koska kysyntää ei ole ollut.

### 11.3 Sairaanhoidopiirien väliset erot

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli tutkia sairaanhoidopiirien sähköisten liikkumisapuvälineiden myöntämiskäytäntöjä ja etsiä sairaanhoidopiirien välisiä eroja myöntämiskäytännöissä. Eroja löydettiin apuvälineyksikön asiakkaaksi hakeutumiskäytännöissä, sairaanhoidopiirien laitemäärissä ja niihin käytetyissä määrärahoissa sekä sähkömopojen, kelauksen keventäjien myöntämisperusteissa ja lisävoimalaitteiden myöntämisessä silloin, kun niillä helpotetaan avustajan työtä (taulukko 9). Myöntämiskäytännöissä eroja löytyi myös silloin, kun asiakas tarvitsee useampaa sähköistä liikkumisen apuvälinettä. Tutkimustuloksina löydettiin sairaanhoidopiirien välillä suuret erot apuvälinetoimintojen tilastoinnin laadussa ja laajuudessa.

---

#### TAULUKKO 9. Yhteenveto sairaanhoidopiirien välisistä eroista sähköisiä liikkumisen apuvälineitä myönnettäessä

---

<b>Asiakkaaksi hakeutuminen</b>	Lääkärin lähete tarvitaan 12 shp:ssä, 5:ssä shp:ssä asiakkaaksi pääsee ilman lähetettä
<b>Laitemäärät 10 000 asukasta kohden</b>	shp:ien välinen ero (vähiten ja eniten laitteita) 6.8 laitetta
<b>Määrärahat 10 000 asukasta kohden v.2000 ja v. 2000</b>	v. 2000 pienimmät määrärahat oli 0.35 € ja suurimmat 0.91 € (shp:ien keskiarvo 0.53 €)
	v. 2001 pienimmät määrärahat oli 0.30 € ja suurimmat 0.81 € (shp:ien keskiarvo 0.62 €)
<b>Sähkömopojen myöntäminen</b>	16 shp:ä myöntää; yksi shp ei myönnä
<b>Kelauksen keventäjien myöntäminen</b>	16 shp:ä myöntää; yksi shp ei myönnä
<b>Lisävoimalaitteiden myöntämisen helpottamaan avustajan työtä</b>	5 shp:ä myöntää, 4 shp ei myönnä
<b>useampi laite asiakkaan käytössä</b>	10 shp:ä myöntää, 7 ei myönnä
<b>Vastaajien näkemykset asetuksessa tarkoitetuista päivittäisistä toiminnoista</b>	luonnossa liikkuminen, matkustaminen ja harrastukset jakoivat mielipiteitä
<b>(tilastointi)</b>	(tilastoinnin laatu ja laajuus vaihtelivat shp:ssä)

---

Vastaajien näkemykset lääkinnällisen kuntoutuksen asetuksessa mainittujen päivittäisten toimintojen sisällöstä poikkesivat toisistaan luonnossa liikkumisen, matkustamisen ja harrastusten osalta.

#### **11.4 Tutkimustulokset ja päätelmät**

Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää sairaanhoitopiirien välisiä eroja sähköisiä liikkumisen apuvälineitä myönnettäessä. Sairaanhoitopiireissä oli paljon samanlaisia toimintakäytäntöjä ja periaatteita, mutta erojakin löytyi. Jokaisella sairaanhoitopiirillä oli omat alueelliset toimintatapansa (vrt. Karjalainen 1991, 6) mikä näyttää tekevän toiminnan joustavaksi. Periaatteellisella tasolla suurimmat erot olivat kahdessa sairaanhoitopiirissä, joista toisessa ei myönnetty lainkaan sähkömopoja eikä toisessa kelauksen keventäjiä. Muissa sairaanhoitopiireissä oli laitteita myönnetty tai niiden myöntämiselle ei ollut periaatteellista estettä.

***Määrärahat ja laitemäärät.*** Sairaanhoitopiirien välisiä eroja löytyi sekä laitemäärissä että määrärahoissa. Sairaanhoitopiirien väliset erot olivat suurimmillaan kolminkertaiset. Syitä eroihin ei tutkittu. Sairaanhoitopiirissä, jossa oli pienimmät laitemäärät, ei ole erillistä apuvälineyksikköä. Samassa sairaanhoitopiirissä ei myöskään myönnetty sähkömopoja. Laitemäärien eroja voivat osaltaan selittää myös sairaanhoitopiirien väestörakenteessa tai sairastavuudessa ilmenevät erot, joita ei tässä tutkimuksessa selvitetty.

***Sähkömopo ja kelauksen keventäjä.*** Sähkökäyttöisiä kolmi- ja nelipyöriä oli laitemäärissä toiseksi eniten ja niiden myöntäminen yhtä sairaanhoitopiiriä lukuun ottamatta järjestetään terveydenhuollosta. Vaikka sähkömopo määritellään Leikkaan (1994) mukaan sähköpyörätuoliksi ei sitä yhden sairaanhoitopiirin mukaan kuitenkaan myönnetä terveydenhuollon kautta.

Kelauksen keventäjistä ei ole vielä paljon käyttökokemuksia, mutta yhtä sairaanhoitopiiriä lukuun ottamatta ne myönnetään erikoissairaanhoidosta

lääkinnällisenä kuntoutuksena. Kelauksen keventäjien määrä oli lisääntynyt vuonna 2001 edelliseen vuoteen verrattuna.

***Lisävoimallaitteiden myöntäminen avustajan työn helpottamiseksi.***

Sairaanhoitopiirien myöntämiskäytännöt vaihtelivat silloin, kun lisävoimallaitteilla pyrittiin helpottamaan avustajan työtä. Osa vastaajista oli sitä mieltä, että ne tulisi myöntää sosiaalitoimesta vammaispalvelulain perusteella. Jos näiden laitteiden myöntäminen on joissakin sairaanhoitopiireissä sosiaalitoimen tehtävä ja joissakin erikoissairaanhoidon, asiakkaat ovat epätasa-arvoisessa asemassa. Epätasa-arvoiseksi toiminnan tekee se, että sosiaalitoimi voi harkinnanvaraisesti myöntää laitteiden kustannuksista puolet kun terveydenhuollon kautta myönnettäessä apuväline myönnetään kokonaisuudessaan. Kun asiakkaiden tasa-arvoa pyritään parantamaan, tulee eri sairaanhoitopiirien myöntämisperusteet olla samanlaisia ja sähkömopojen keskittäminen erikoissairaanhoitopiireihin olisi tutkijan mielestä oikea ratkaisu.

Tutkimuksen mukaan yli puolet (53 %) vastaajista toivoi, että sähkömopojen, kelauksen keventäjien ja sähköisten lisävoimallaitteiden myöntämisestä sovitaan yhteisesti eri sairaanhoitopiirien kesken, jolloin myös päätöksenteko selkiytyisi.

***Sähköiset apuvälineet vammaisuuden mukaan.*** Tutkimuksen mukaan sähköisten liikkumisapuvälineiden käyttäjät olivat vaikeasti vammaisia tai pitkäaikaissairaita. Asiakkaan yksilöllinen tarve ratkaisee apuvälineen myöntämisen kuten muussakin terveydenhuollon hoito- ja kuntoutuspäätöksessä. Asiakkaan vammaisuuden aste määrittellään toimintakyvyn ja yksilön kokeman tarpeen mukaan eikä pelkän diagnoosin avulla. Vaikka kaikissa sairaanhoitopiireissä yksilön tarve apuvälineen myöntämiselle oli arvioinnin perustana, näyttää siltä, että vammaisuuden asteessa on eroja. Joissakin sairaanhoitopiireissä voidaan laite myöntää henkilölle, jonka toimintakyky on toisen sairaanhoitopiirin arvion mukaan liian hyvä laitteen myöntämiselle.

Sähköisiä liikkumisen apuvälineitä oli eniten käytössä CP-vammaisilla (31 %:lla laitteiden käyttäjistä). Tämä on tärkeä tutkimustulos erityispedagogiikan näkökulmasta, koska CP (Cerebral Palsy) on synnynnäinen vamma ja siten näitä lapsia ja nuoria on myös kouluissa. Myös lihastaudeissa (esim. Duchenne) sairaus

alkaa lapsen ollessa ala-asteella, jolloin apuvälineet ovat usein tärkeitä sekä liikkumisessa, osallistumisessa että opetuksessa.

Tässä tutkimuksessa ei saatu tarkkoja tutkimustuloksia lasten ja nuorten osuudesta, mutta kaikista laitteiden käyttäjistä se on selvästi alhaisin. Moni CP-vammaisen tai lihassairautta sairastava lapsi ja nuori saattaisi oleellisesti hyötyä sähköisestä liikkumisen apuvälineestä. Apuvälineiden mahdollisuuksista tulee eri ammattiryhmillä olla riittävästi tietoa, jotta he voivat tehdä aloitteita terveydenhuoltoon apuvälineiden myöntämiseksi. Erityisesti vammaisten lasten ja nuorten kohdalla kuntoutuksellisia asioita tulee suunnitella yhdessä eri ammattiryhmien kesken.

***Lääkärin lähete ja kuntoutussuunnitelma.*** Niissä sairaanhoitopiireissä, joissa tarvittiin lääkärin lähete asiakkaaksi hakeutumiseen, apuvälineet oli otettu huomioon useammin kuntoutussuunnitelmassa kuin niissä sairaanhoitopiireissä, joissa lähetettä ei tarvita. Kun asiakkaaksi hakeudutaan lääkärin läheteellä, on apuvälineen hankintaa mietitty jo paikallistasolla perusterveydenhuollossa ennen sairaalaan lähettämistä. Vaikuttaa siltä, että niissä sairaanhoitopiireissä, joissa asiakkaaksi voi hakeutua suoraan, joudutaan asiaa arvioimaan enemmän irrallaan kokonaiskuntoutuksen tavoitteista. Tällöin saatetaan joutua tilanteeseen, jossa yksittäistä asiaa (esim. ajoittain tapahtuva matkustaminen) joudutaan pohtimaan apuvälinepäätöstä tehtäessä, ja kuntoutujan kokonaistavoitteet jäävät selvittämättä. Kuntoutussuunnitelman tärkeyttä on painotettu kuntoutusalan kirjallisuudessa. Tästä huolimatta kuntoutussuunnitelmia tehdään vielä vähän muulloin kuin silloin, kun kuntoutussuunnitelma tarvitaan Kelan etuuksia haettaessa (Kari & Puukka 2001). Apuvälineet tulisi 14 vastaajan (82 %) mukaan ottaa huomioon kuntoutussuunnitelmassa, koska apuvälineet tukevat kuntoutuksen kokonaistavoitteita. Oikealla suunnittelulla ja ajoituksella voidaan saada aikaan säästöjä ja oikein arvioidut apuvälineet ovat kustannusvaikuttavuudeltaan edullisia.

***Päivittäiset toiminnot.*** Vastaajilla ei ollut omasta mielestään vaikeuksia määritellä asiakkaan päivittäisiä toimintoja. Kun verrataan eri vastaajien mielipiteitä päivittäisten toimintojen sisällöstä, on sairaanhoitopiirien välisissä tulkinnoissa

suuriakin vaihteluita. Päivittäisten toimintojen sisältö vaihteli siten, että joissakin sairaanhoitopiireissä satunnainen matkustelu ja harrastukset katsottiin myös lääkinnällisen kuntoutuksen asetuksessa tarkoitettuihin päivittäisiin toimintoihin kuuluviksi. Päivittäisten toimintojen sisältöä tulisi pohtia laajemmin. Päätöksentekoa voisi helpottaa mikäli apuvälinetarve olisi määritelty osana kokonaiskuntoutuksen tavoitteita kuntoutussuunnitelmaa laadittaessa. Tällöin apuvälinepäätöksiä ei tarvitsisi määritellä irrallisina, yksittäisinä toimenpiteinä.

***Apuvälineiden myöntäminen (päätöksenteko).*** Apuvälineet myönnetään työryhmässä tai lääkärin päätöksellä sairaanhoitopiirin oman käytännön mukaan. Myös Petäkoski-Hulti (1995) on sitä mieltä, että työryhmää ei tarvita kaikissa apuvälinepäätöksissä. Tärkeintä on saada selville asiakkaan tarve apuvälineen käytölle. Sillä, miten yksilön apuvälinetarve tulkitaan paikallisesti, on merkitystä laitteiden saamiseen. Tämän tutkimuksen mukaan vaikuttaa siltä, että joissakin sairaanhoitopiireissä yksilön apuvälinetarve arvioidaan laajasti elämän eri alueille kun taas joissakin sairaanhoitopiireissä tarkastelu tapahtuu huomattavasti suppeammalle alueella asiakkaan liikunnalliseen toimintakykyyn rajattuna toimintana. Merkittäviä eroja ei kuitenkaan sairaanhoitopiirien myöntämiskäytännöissä ollut.

Suuria periaatteellisia eroja sairaanhoitopiirien myöntämiskäytännöissä ei tämän tutkimuksen mukaan ollut. Näyttää siltä, että 1980-luvulla tehty päätös apuvälineyksiköiden perustamisesta sairaanhoitopiireihin ja kalliiden sekä erityisasiantuntemusta vaativien apuvälineiden keskittäminen apuvälineyksikköihin on ollut oikea päätös. Kahdessa sairaanhoitopiirissä ei ollut apuvälineyksikköä vaan apuvälinepalveluiden järjestäminen hoidettiin osana muuta työtä. Toisessa sairaanhoitopiireistä oli mm. pienimmät apuvälinemäärät. Saman sairaanhoitopiirin vastauksessa tuotiin voimakkaasti esille huoli apuvälinemäärärahojen riittävydestä seuraavan viiden vuoden aikana. Sähköisten liikkumisapuvälineiden hankintaprosessi näyttäisi olevan aiheellista järjestää kaikissa sairaanhoitopiireissä keskitetysti apuvälineyksikön kautta.



Käytännön erot olivat määrärahoissa sekä sähkömopoja ja lisävoimalaitteita myönnettäessä. Sähkömopojen ja kelauksen keventäjien myöntämiskäytännöt tulisi yhdistää siten, että ne myönnettäisiin kaikissa sairaanhoitopiireissä lääkinnällisenä kuntoutuksena. Mikäli osa apuvälinetoiminnasta ohjataan sosiaalitoimen kautta myönnettäviksi apuvälineiksi, on toiminta harkinnanvaraista ja asiakas maksaa itse puolet kustannuksista. Tällöin apuvälineitä tarvitsevat henkilöt eivät ole tasa-arvoisia keskenään.

***Peruspalvelu -käsite apuvälinepalveluiden arvioinnissa.*** Palvelujärjestelmien kannalta arvioituna peruspalvelu –käsite voi olla toimiva käsite apuvälinetarpeen määrittelyssä. Apuvälineyksiköiden vastuuhenkilöiden olisi hyvä pohtia yhdessä apuvälinepalveluiden sisältöä peruspalvelukäsitteen avulla. Vaikka tulosten perusteella vastaajat näyttävätkin suhteellisen hyvin pystyvän arvioimaan asiakkaan tarvitsemat apuvälineet toimintakyvyn ja päivittäisten toimintojen perusteella, voisi asioiden tarkastelu em. käsitteen avulla selkeyttää päätöksentekoa. Erityisesti käsitettä voisi käyttää niissä tilanteissa, joissa joudutaan päättämään peruspalveluihin kuuluvien tarpeellisten ja elämänlaatu palveluihin kuuluvien hyödyllisten palveluiden sisältöä. Mikäli apuvälinetarve on asiakkaan kannalta välttämätöntä (ydinpalvelut) ja tarpeellista (peruspalvelut) tulisi apuväline myöntää lääkinnällisenä kuntoutuksena. Tarpeellisia ja välttämättömiä päivittäisiä toimintoja ovat mm. asiakkaan omatoiminen selviytyminen kotona ja lähiympäristössä tapahtuvista toiminnoista, asiointimatkoista, suhteellisen säännöllisesti tapahtuvista matkoista ja ulkoilusta. Sisällöistä tulisi sopia yhdessä. Kuntoutuksen tavoitteissa painotetaan kokonaiskuntoutuksellisia päämääriä niin fyysisessä, psyykkisessä, sosiaalisessa kuin kasvatuksellisessakin kuntoutuksessa. Tavoitteiden saavuttamista rajoittaa kuitenkin se, että palvelut on hajautettu eri palvelujärjestelmien tehtäviksi.

Asioiden pohtiminen myös yhdessä vammaispalveluista vastaavien työntekijöiden kanssa olisi tarpeellista. Tämän hetkinen lainsäädäntö jakaa julkishallinnon apuvälinepalvelut kuntoutujan kannalta tarkasteltuna kahdelle eri hallintoalalle, mikä vaikeuttaa kuntoutuksen kokonaisuuden hahmottamista. Saattaisi olla jopa taloudellista ja tuloksellista keskittää kaikki yhteiskunnan vastuulla olevat apuvälinepalvelut terveydenhuoltoon. Tällä voitaisiin selkiyttää työnjakoa ja

päätöksentekoa sekä turvata kuntoutujan asemaa. Toimintatavan muutos vaatisi muutoksia lainsäädännössä.

Apuvälineiden merkitys tulee tiedostaa tasa-arvon ja osallistumisen näkökulmasta. Kuntoutuksen vaikuttavuuden arviointi on hallituksen kuntoutusselonteossa (2002) nostettu tärkeäksi kehitysalueeksi yhdessä apuvälinepalveluiden kanssa.

***Terveydenhuollon ja sosiaalitoimen välinen työnjako.*** Hurnasti, Talvenheimo-Pesu ja Peltokallio (2002) ovat todenneet, että terveydenhuollon ja sosiaalitoimen välinen työnjako ei ole selkeä. Tämä tutkimus tukee samaa väittämää. Tutkimukseen osallistuneista 76 % oli täysin, jokseenkin tai hiukan samaa mieltä siitä, että sosiaalitoimen ja terveydenhuollon lainsäädäntö antaa mahdollisuuden päällekkäisiin tulkintoihin. Kun kuntoutuksen tavoitteena on esim. sosiaaliseen toimintaan osallistuminen tai harrastustoiminta, tulkitaan ne terveydenhuollossa elämänlaatu palveluiksi, joiden järjestäminen on sosiaalitoimen kautta vammaispalvelulain perusteella, harkinnanvaraisesti järjestettyä toimintaa. Jokainen tarvitsee sosiaalisia kontakteja voidakseen kasvaa yhteiskunnan osallistuvaksi jäseneksi. Sosiaalisen kuntoutuksen merkitystä tulee korostaa myös apuvälinepalveluja järjestettäessä.

***Tilastointi.*** Vertailukelpoisten tietojen saaminen osoittautui melko vaikeaksi, koska tilastointijärjestelmät ovat eritasoisia ja toiminta on tilastoitu eri tarkkuudella eri sairaanhoitopiireissä. Toiveena on, että tietojärjestelmiä uusittaessa, käydään keskustelua toisten sairaanhoitopiirien kanssa toimivan tilastointijärjestelmän löytämiseksi. Yhtenäiset tilastointijärjestelmät helpottaisivat vertailukelpoisten tilastojen saamista ja siten auttaisivat toimintojen suunnittelussa ja kehittämisessä.

## 12 POHDINTA

Tässä tutkimuksessa kerättiin tietoa sähköisten liikkumisapuvälineiden myöntämiskäytännöistä eri sairaanhoitopiireissä ja tutkittiin niiden välisiä eroja. Jokainen sairaanhoitopiiri on omalla toiminta-alueellaan sopinut toimintakäytännöistä. Toimintakäytännöissä on paljon yhteisiä käytäntöjä, mutta tämän tutkimuksen mukaan erojakin löytyi. Suurimpana erona myöntämisperusteissa oli se, että kahdessa sairaanhoitopiirissä oli tehty muista sairaanhoitopiireistä poikkeava päätös. Ne koskivat sähkömopoja ja kelauksen keventäjiä. Toisessa sairaanhoitopiirissä ei myönnetä sähkömopoja ja toisessa ei myönnetä kelauksen keventäjiä. Erilaisia toimintakäytäntöjä löytyi mm. silloin, kun sähköisiä liikkumisen apuvälineitä tarvittiin avustajan työtä helpottamaan sekä silloin, kun asiakas tarvitsee useampaa sähköistä apuvälinettä. Nämä tutkimustulokset ovat samansuuntaiset kuin Töytärinkin (2001) tutkimuksessa. Kun sairaanhoitopiireissä on erilaisia toimintakäytäntöjä, ovat kuntoutujat eri sairaanhoitopiireissä epätasa-arvoisessa asemassa. Mielestäni sairaanhoitopiireissä tulee olla samat periaatteet apuvälineiden myöntämisperusteista. Yli puolet tutkimukseen vastanneista (53 %) toivoikin yhteisiä myöntämisperusteita.

Sairaanhoitopiirien välisiä eroja löytyi myös laitemäärien ja määrärahojen osalta. Määrärahoissa erot olivat jopa kolminkertaiset, mikä on merkittävä tutkimustulos. Ero selittyy mielestäni apuvälinetarpeen paikallisilla tulkinnoilla. Vaikka vastaajat katsoivat, että heillä ei ole vaikeuksia apuvälinetarpeen arvioinnissa, niin heidän tulkintansa esim. päivittäisten toimintojen sisällöstä vaihteli toisistaan. Näyttääkin siltä, että asiakkaan apuvälinetarve arvioidaan paikallisesti muotoutuneen tavan ja käytännön mukaan vaikka käytäntöjä ei ole kirjattu kuin muutamassa sairaanhoitopiirissä. Sillä miten kuntoutujan apuvälinetarve tulkitaan, on merkitystä apuvälineiden myöntämiselle. Tämän tutkimuksen mukaan näyttää siltä, että joissakin sairaanhoitopiireissä yksilön apuvälinetarve arvioidaan laajasti elämän eri alueet huomioon ottaen, kun taas joissakin sairaanhoitopiireissä tarkastelu tapahtuu huomattavasti suppeammin, lähinnä asiakkaan liikunnalliseen toimintakykyyn rajattuna toimintana. Apuvälinetarvetta arvioitaessa tulee Siirtolan (1994) ja Leikkaan (1992) mukaan arvioida myös kuntoutujan sosiaalista tilannetta, jotka tulee ottaa huomioon apuvälinepäätöstä tehtäessä. Tutkimustulosten perusteella näyttää

kuitenkin siltä, että vastaajilla oli erilaiset näkemykset siitä, miten paljon sosiaaliset tekijät liittyvät lääkinnällisen kuntoutuksen apuvälineisiin. Vastauksissa oli myös sellaisia mielipiteitä, että sosiaaliset tekijät eivät liity lainkaan tai vain hyvin vähän. Mielestäni sähköisiä liikkumisen apuvälineitä arvioitaessa pelkkä liikunnallisen toimintakyvyn arviointi ei ole riittävä oikealle ja oikeudenmukaiselle apuvälinepäätökselle. Asiakkaan omat tavoitteet ja kuntoutuksen kokonaistavoitteet tulee olla arvioinnin lähtökohtana. Sen, kuinka tärkeä apuväline on kuntoutujan päivittäisessä elämässä, määrittelee viime kädessä kuntoutuja itse.

***Kuntoutussuunnitelman merkitys korostuu.*** Kuntoutuksen tulee olla suunnitelmallista ja tavoitteellista. Mikäli kuntoutussuunnitelman käyttöä kokonaisvaltaisten kuntoutustavoitteita asetettaessa lisättäisiin se helpottaisi myös apuvälineiden päätöksentekoa. Kuntoutussuunnitelma tulisi mielestäni nähdä laajana asiakkaan ja monen ammattikunnan yhteisenä kuntoutuksen kokonaissuunnitelmana. Siinä voisi olla kirjattuna niin terveydenhuollon, sosiaalitoimen kuin opetustoimenkin tavoitteet ja ehdotukset toimenpiteistä. Myös apuvälineiden osuus ja niiden antamat mahdollisuudet tulisi arvioida kuntoutussuunnitelmaa tehtäessä. Tämänkin tutkimuksen tulosten perusteella voidaan todeta, että apuvälineet on liian harvoin otettu huomioon kuntoutussuunnitelmassa. Jos apuvälineet joudutaan arvioimaan muusta kuntoutuksesta irrallisina toimenpiteinä, joudutaan valintatilanteisiin, joissa päätöksentekijän tulkinta määrää apuvälineen saamisen. Hyvä kuntoutussuunnitelma selkeyttäisi päätöksentekoa kuvaamalla kuntoutujan kokonaisvaltaisia tavoitteita.

***Eri hallintokuntien välinen työnjako.*** Tämän tutkimuksen mukaan työnjako terveydenhuollon ja sosiaalitoimen kesken ei ole selkeä (vrt. Hurnasti ym. 2002) ja mielestäni olisi tarpeellista keskustella apuvälinetoiminnan työnjaon selkiyttämistä ja jopa yhdistämisestä. Ei ole mielekästä, että asiakkaan kuntoutustavoitteet asetetaan laajasti, mutta lainsäädännöstä johtuen kuntoutustavoitteet jäävät saavuttamatta. Näin voi käydä esimerkiksi silloin, kun tavoitteena on lapsen sosiaalinen integraatio myös vapaa-aikana. Lainsäädännön mukaan harrastustoimintaan liittyvät apuvälineet voidaan arvioida harkinnanvaraisesti ja määrärahasidonnaisesti kotikunnan sosiaalitoimen kautta. Lapsen osallistumiselle asetetut tavoitteet voivat jäädä toteutumatta. Hiltunen (2001) on arvostellut terveydenhuollon päätöksentekoa

asiakkaan kannalta liian suppeaksi. Olen hänen kanssaan samaa mieltä siitä, että kuntoutuksen tavoitteet on asetettu, niitä tulee myös tukea palvelujärjestelmillä eikä tehdä liian jyrkkiä ja lyhytnäköisiä tulkintoja. Kallanranta (2002) ja Siirtola (1994) painottavat kuntoutuksen tavoitteissa mm. yhteiskuntaan osallistumista ja sosiaalista integraatiota, joita tulisi mielestäni voida tukea terveydenhuollon apuvälinepäätöksiä tehtäessä. Asioita ei tule siirtää muiden hallintokuntien vastuulle.

***Moniammatillisen yhteistyöhaasteet.*** Se, miten palvelut järjestetään, vaikuttaa viime kädessä yksittäisten henkilöiden elämänlaatuun ja osallistumismahdollisuuksiin. Paula Määttä (1999) on tuonut suomalaiseen vammaiskeskusteluun ekokulttuurisen näkökulman. Hänen mukaansa tarve uudenlaisiin toimintamalleihin ja kokonaisvaltaiseen työotteeseen on olemassa, koska ammattilaiset jakavat pirstaleista tietoa vastuukysymysten jäädessä epäselviksi (Määttä, P. 1999, 106 – 109.) Yhteistyötä tarvitaan erityisesti vaikeavammaisten henkilöiden kuntoutuksessa kuntoutus-, opetus- ja palvelusuunnitelmia laadittaessa, koska asiakkaat ovat yhteiset ja heidän yksilölliset tarpeensa määrittelevät palveluiden sisällön. Vaikka yhteistyöstä puhutaan ja sitä veloitetaan yhteistyölaissa tehtävän, tulee siihen edelleen panostaa ja ymmärtää sen merkitys palveluja käyttävän yksilön kannalta. On aika avata ammatillisia raja-aitoja. Eri ammattiryhmien tulee tiivistää yhteistyötä yhteisten asiakkaittemme kokonaiskuntoutukselle asetettujen tavoitteiden saavuttamiseksi. Hyvin tehty tavoitteiden asettelu ja etukäteissuunnittelu säästävät pitkällä aikavälillä monen ammattilaisen aikaa.

***Apuvälineyksiöt yhteistyöhön.*** Vastaajista yli puolet (53 %) toivoi sairaanhoitopiirien yhteisiä myöntämisperusteita. On toivottavaa, että sairaanhoitopiirien apuvälineyksiköiden vastuuhenkilöt miettivät yhdessä tämän tutkimuksen tuloksia ja tekevät tarpeelliseksi katsomansa jatkotoimenpiteet.. Yhdessä sovitut myöntämisperusteet lisäisivät kansalaisten tasa-arvoa. Ne saattaisivat helpottaa päätöksentekoa niissä tilanteissa, jotka eivät ole selkeitä esim. kun lisävoimalaitetta myönnettäessä avustajan työtä helpottamaan. Yhteiset myöntämisperusteet sähköisten liikkumisapuvälineiden osalta tulisi sopia ja lisäksi tulisi käydä laaja-alainen keskustelu apuvälinepalveluiden valtakunnallisesta järjestämisestä ja tehdä niistä johtopäätökset sekä ehdotukset käytännön toimiksi.

Kahdessa sairaanhoitopiirissä ei ole erillistä apuvälineyksikköä ja toinen sairaanhoitopiiri oli se, jossa ei myönnetty sähkömopoja ja siellä olivat myös pienimmät apuvälinemäärärahat. Vaikuttaa siltä, että apuvälinepalvelujen keskittäminen apuvälineyksiköihin on perusteltua. Tällöin myös valtakunnallinen alueellinen kehittäminen saattaisi onnistua paremmin.

Tutkimuksen teoriaosuudessa esitettyä peruspalvelu –käsitettä voidaan käyttää työvälineenä apuvälinekäytäntöjä luotaessa. On löydettävä yhteinen näkemys periaatteellisella tasolla sille, mitä yhteiskunnan tulee julkisin varoin tukea ja mitkä apuvälinepalvelut kuuluvat asiakkaan maksettaviksi. Tasa-arvoisuutta pohdittaessa on syytä muistaa, että myöskään vammaisuus ei voi olla etuus, minkä vuoksi kaikki apuvälinepalvelut kuuluvat yhteiskunnan järjestämisvastuulle. Tarvitaan sekä potilasjärjestöjen että eri viranomaisten välistä keskustelua. Näissä keskusteluissa tarvitaan sairaanhoitopiirien apuvälineyksiköiden kokemusta ja asiantuntemusta.

Valtakunnan tasolla on parhaillaan menossa useita apuvälinepalveluiden kehittämisprojekteja, joista on valmistumassa Stakesin työstämä apuvälineiden laatusuositus, jonka Sosiaali- ja Terveysministeriö tulee julkaisemaan tämän vuoden aikana. Sen perusteella apuvälineyksiköiden merkitys alueellisina apuvälinepalveluiden koordinoijana tulee korostumaan.

***Apuvälinepalvelujen kehitysnäkymiä.*** Yhteiskunnan avopalvelupainotteisuus, lääketieteen kehittyminen ja teknologian uudet sovellukset lisäävät edelleen apuvälinepalveluiden kysyntää. Myös apuvälinepalveluihin suunnattujen määrärahojen tarve kasvaa. Apuvälineiden merkitys kuntoutujan arkeen tulee tiedostaa. Apuvälineiden kysyntä tulee kaikkien tähän kyselyyn osallistuneiden vastaajien mukaan lisääntymään seuraavan viiden vuoden aikana. Vastaajat olivat myös huolissaan apuvälinemäärärahoista ja niiden riittävydestä. Tässä tutkimuksessa selvitettyihin apuvälineisiin käytetyt määrärahat olivat nousseet 17 % vuodesta 2000 vuoteen 2001. Silti vastaajat olivat huolissaan resursseista kysynnän lisääntyessä. Huoli on aiheellinen, sillä Suomessa apuvälinemäärärahat ovat edelleenkin Pohjoismaiden pienimmät ja Töytärin (2001) mukaan vuoden 1994 tasolla. Tarvitaan nopeita toimenpiteitä.

Erityisesti apuvälinetietoutta tulee lisätä poliittisille päättäjille. Kun yhteiskunnallisia rakenteita muutetaan, on tärkeää, että samanaikaisesti tarkastellaan niiden aiheuttamia vaikutuksia kaikilla osa-alueilla. Suuntaamalla yhteiskunnan palvelut avopalvelupainotteisiksi pyrittiin yhteiskunnallisiin säästöihin ja toisaalta yksilön elämänlaadun parantumiseen. Toimintojen taloudellisuutta tulee tarkastella laajasti. Apuvälineet vaativat määrärahoja, mutta ne ovat mahdollistamassa vammaisten ja pitkäaikaissairaitten henkilöiden yhteiskuntaan integroitumista ja niiden käyttämisellä voidaan saada aikaan säästöjä asiakkaan omatoimisuuden lisääntyessä (vrt. Petäkoski-Hult. 1995). Kun yhteiskunnan palveluja mietitään, on kysymys viime kädessä samasta yhteiskunnan rahasta, jota jaetaan eri hallintokunnille. Mielestäni terveydenhuollon ja sosiaalitoimen tulisi sopia tarkemmin työnjaosta apuvälinepalveluita järjestettäessä, mitä myös Hurnasti, Talvenheimo-Pesu ja Peltokalliokin (2002) ehdottavat.

***Uudet käyttäjäryhmät haasteena.*** Kuntoutuksen tarve tulee edelleen lisääntymään. Väestön vanheneminen lisää myös apuväline tarvetta ja kysyntää edelleenkin (Järvikoski, A., Lind, J. & Härkäpää, K. 2001). Sähköiset liikkumisen apuvälineet voivat olla tarpeellisia kotona asuville vanhuksille, joiden toimintakyky heikkenee ikääntymisestä johtuen. Apuvälineillä voidaan tukea heidän kotona selviytymistään mahdollisimman pitkään. Myös kehitysvammaisissa, joista nykyään suurin osa asuu avopalvelujen piirissä, saattaa olla huomattavasti nykyistä enemmän taitavia sähköisten liikkumisapuvälineiden käyttäjiä. Heitä ei olla osattu ohjata apuvälinepalvelujärjestelmien piiriin. Apuvälinetietouden lisääntyessä tulee myös apuvälineiden kysyntä lisääntymään.

***Jatkotutkimusaiheita.*** Apuvälineistä tarvitaan lisää tieteellistä tietoa. Pelkkä käyttäjiin kohdistuva tutkimus ei riitä, koska sillä ei ole riittävää merkitystä palvelujärjestelmiin eikä poliittiseen päätöksentekoon. Tarvitaan tutkimuksia, joissa tarkastellaan apuvälinepalveluiden yhteiskunnallista vaikuttavuutta. Kuntoutuksen vaikuttavuustutkimuksien tärkeyttä korostetaan myös hallituksen eduskunnalle antamassa kuntoutusselonteossa (2002).

Apuvälineiden osuutta ammattiin johtavissa koulutuksissa tulisi myös tutkia. Eri ammattiryhmien kuten terveydenhuollon, sosiaalitoimen ja opetustoimen

ammattilaisten apuvälineosaamista tulisi tutkia. Apuvälineet tulee arvioida moniammatillisesti ja jokaisen ammattiryhmän osaamista tarvitaan oikeiden apuvälineratkaisujen löytämiseksi. Eri alojen ammattilaisten tulee myös osallistua apuvälineiden käytön opetukseen ja apuvälineen käytön seurantaan. Tieteellisen tutkimuksen avulla voidaan apuvälinetietoutta lisätä ja saada ne osaksi kokonaiskuntoutusta sekä mahdollisesti saada apuvälinealan koulutusta lisätyksi opetussuunnitelmissa.

**Ajatuksiani tutkimusprosessista.** Tämän tutkimuksen tekeminen on vahvistanut ajatuksiani ammattilaisten yhteistyön tärkeydestä. Vaikka tutkimuksessa selvitettiin teknisiä apuvälineitä ja niiden myöntämiskäytäntöjä, voi tutkimustulosten perusteella todeta, että kyse on palveluista, joilla voi olla oleellista merkitystä vammaisen henkilön yhteiskuntaan intergroitumisessa. Koska eri palvelujärjestelmillä on yhteiset asiakkaat, tulee eri alojen ammattilaisten rohkeammin opetella tavoitteellista yhteistyötä asiakkaitten kokonaiskuntoutuksen tavoitteiden saavuttamiseksi.

Olen tehnyt tutkimuksen aiheesta, johon monellakaan ei ole kiinnostusta tai osaamista. Se myös on osaltaan vahvistanut sitä, että apuvälineisiin kohdistuvaa tutkimusta tarvitaan myös erityispedagogiikan näkökulmasta. Saattaa olla, että tutkimusaiheeni on vaikea sijoittaa erityispedagogiikan viitekehykseen. En kuitenkaan itse näe siinä ongelmaa, koska opiskelen erityiskasvatuksen ja opetuksen asiantuntijakoulutuksessa ja tarkastelukulmani on kuntoutuksellinen. Pyrin osaltani raivaamaan tilaa ammatillisten raja-aitojen ylittämiseksi. Toimin tiiviissä yhteistyössä mm. Jyväskylän ammattikorkeakoulun kanssa eri suuntautumisvaihtoehtojen ammatteihin johtavissa koulutuksissa. Apuvälinepalveluihin ja lähiympäristöön vaikuttamiseen on opetussuunnitelmissa varattu 3-4 opintoviikkoa, joista koulutusohjelmasta riippuen, on 1-2 opintoviikkoa suunnattu apuvälineisiin. Ammattilaisten tulisi osata työssään arvioida apuvälinetarvetta. Tarvitaan lisää apuvälinepalveluihin kohdistuvia tutkimuksia ja toivon tämän tutkimuksen rohkaisevan opiskelijoita tekemään apuvälineisiin liittyvä opinnäytetöitä.

**Tutkimuksen arviointi.** Olen tehnyt laajan teoriaosuuden, koska olen pyrkinyt kuvaamaan apuvälinepalveluiden todellista merkitystä kuntoutuksessa. Apuvälineet nähdään liian usein teknisinä laitteina, joihin ei ole riittävää tietämystä. Teoriaosuus



olisi voinut olla suppeampi, mutta monen pohdinnan jälkeen päädyin säilyttämään sen monipuolisena tutkimusaluetta kattavana kokonaisuutena. Tutkimuksen teoriaosassa esitelty peruspalvelu –käsite jäi hieman irralliseksi asiayhteydestä, koska tutkimustulosten perusteella tulin siihen johtopäätökseen, että kuntoutussuunnitelma on sittenkin kaikkein tärkein apuvälinepalveluita suunniteltaessa. En kuitenkaan pidä virheenä sitä, että jätin peruspalvelu –käsitteen teoriaosuuteen, koska se voi toimia viitekehyksenä silloin, kun pohditaan valtakunnallisesti apuvälinepalveluiden myöntämisvelvollisuutta ja päätetään siitä. Olisin voinut nostaa apuvälineiden osuuden kuntoutussuunnitelmissa yhdeksi tutkimusongelmaksi, koska olin esitellyt sen merkitystä myös teoriassa. Sen tärkeyden havaitsin vasta tuloksia analysoidessani. Tutkimusongelma, jossa selvitettiin vastaajien näkemyksiä myöntämisvelvollisuuden laajuudesta, jäi vähimmälle tarkastelulle. Se johtui siitä, että samaa asiaa tarkasteltiin jo melko paljon päivittäisten toimintojen sisältöä tutkittaessa. Sairaanhoidopiirien omilla tulkinnoilla ja käytännöillä näyttää olevan eniten merkitystä palveluiden laajuuteen. Tutkimukseni antoi kuitenkin riittävästi näyttöä siitä, että peruspalvelut tulee olla suhteellisen saman suuntaiset riippumatta siitä, missä sairaanhoidopiirissä kuntoutujat asuvat ja tutkimustuloksia voidaan käyttää palveluita yhdenmukaistaessa.

## LÄHTEET

- Aalto, A-M.; Hurri, H.; Järvikoski, A.; Järvisalo, J.; Karjalainen, V.; Paatero, H.; Pohjolainen, T. & Rissanen, P. 2002. Kannattako kuntoutus? Asiantuntijakatsaus eräiden kuntoutusmuotojen vaikuttavuudesta. Raportteja 267. Saarijärvi: Stakes.
- Asetus lääkinnällisestä kuntoutuksesta 1015/1991.
- Burder, M. B. 2001. Inclusion of Infants and Toddlers. Teoksessa M. J. Guralnik (toim.) Early Childhood Inclusion. Seattle: University of Washington, 203–228.
- Church, G. & Glennen, S. 1992. The Handbook on Assistive Technology. Singular Publishing Group, Inc. San Diego, California.
- Cowan, D. & Turner-Smith, A. 1999. The User`s Perspective on the Provision of Electronic Assistive Technology: Equipped for Life? 1, 2-6. The British Journal of Occupational Therapy
- Eigner, W.W., Knol, H., Neuer-Miebach, T., Rioux, M.H., Van de Vate, K. & Bunch, M. (toim.)1994. Just Technology? From Principles to Practice in Bio-ethical Issues. Canada: L`Institut Roeher Institute.
- Guralnik, M. J. 2001. An Agenda for Change in Early Childhood Inclusion. Teoksessa M. J. Guralnik (toim.) Early Childhood Inclusion. Seattle: University of Washington, 531- 541.
- Hiltunen, N. 2002. Harrastusapuvälineet – apuvälinepalvelun harmaa alue. Fysioterapia 6, 20-23.
- Hirsjärvi, S.; Remes, P. & Sajavaara, P. 1997. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Kirjayhtymä Oy.
- Hurnasti, T. 2001. Mikä on apuväline. Fysioterapia 4, 14–16.

- Hurnasti, T., Talvenheimo-Pesu, A. & Peltokallio, L. 2002. Sosiaali- ja kuntoutustyöntekijöiden yhteistyö apuväline- ja asunnon muutostyöasioissa. *Toimintaterapia* 1, 14 – 16.
- Häkkinen, U & Laukkanen, M. 1999. Terveyspalvelujen tarve ja kustannukset alueittain 1990- 1997. *Aiheita* 30. Helsinki: Stakes.
- Järvikoski, A. & Härkäpää, K. 2001. Kuntoutuksen käsitteet kuntoutustarve – kuntoutujan, ammattihenkilön ja yhteiskunnan näkökulmat. Teoksessa T. Kallanranta, P. Rissanen & Vilkkumaa (toim.) *Kuntoutus*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 30 – 54.
- Järvikoski, A., Lind, J. & Härkäpää, K. 2001. Kuntoutuksen tuloksellisuus, vaikuttavuus ja uudistuminen. Teoksessa T. Kallanranta, P. Rissanen & Vilkkumaa (toim.) *Kuntoutus*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 570 – 596.
- Kallanranta, T. 2002. Neurologisen kuntoutuksen vaikuttavuus. Teoksessa *Kannattaako Kuntoutus? Asiantuntijakatsaus eräiden kuntoutusmuotojen vaikuttavuudesta*. Raportteja 267. Saarijärvi: Stakes, 99 – 107.
- Kari, A. & Puukka, P. 2001. Vaikeavammaisen kuntoutussuunnitelma - velvollisuus vai mahdollisuus? *Kela. Sosiaaliturvan katsauksia* 44. Jyväskylä.
- Karjalainen, V., Ahonen, J. & Ylönen, J. 1991. Apuvälinepalvelut keskussairaaloissa. Helsinki: Valtion painatuskeskus. Sosiaali- ja terveyshallitus, raportteja 25:1991
- Konola, P., Sormunen, E. & Kallanranta, T. 2001. Apuvälinepalvelujen järjestäminen. Teoksessa T. Kallanranta, P. Rissanen & Vilkkumaa (toim.) *Kuntoutus*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 489 –499.
- Korpela, R.; Nieminen, R. & Tammela, A. (toim.) 1991. Monivammaisen lapsen apuvälineet. Osa III. Apuvälineet ja monivammaisen lapsen sosiaalinen toimintakyky. Valtion teknillinen tutkimuskeskus. *Tutkimuksia* 720. Espoo.

Korpela, R. 1993. The use of Technical Aids by disabled children. University of Tampere. Department of Clinical Sciences. Väitöskirja.

Kuntoutusohjausnimikkeistö 2003. Suomen Kuntaliitto. Helsinki.

Laki kuntoutuksen asiakasyhteistyöstä 604 / 1991.

Laine, M. 2000. Eettinen päätöksenteko. Fysioterapia 7, 14-16.

Laki ja asetus vammaisuuden perusteella järjestettävistä palveluista ja tukitoimista (380/1987, 759/1987).

Leikas, J. (toim.) 1992. Sähköpyörätuoli apuvälineenä. Helsinki: Valtion painatuskeskus. Sosiaali- ja terveyshallitus, oppaita 12.

Leikas, J. & Eräkanto, S. 1994. Apuvälineluokitus 1993, Valtion teknillinen tutkimuskeskus. Jyväskylä: Gummeruksen Kirjapaino Oy, Stakes, luetteloita 2.

Lehto, J. 1997. Rahoituksen ja rakenteen muutoksia sosiaali- ja terveystalouksissa. Teoksessa, H. & Staff. M. (toim.) Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsaus. Stakes. Raportteja 214. Jyväskylä: Gummeruksen kirjapaino, 29 – 45.

Leino, E., Lindgren, K-L. & Jormakka, A. 1994. Lääkinnällinen kuntoutus - avohoito. Teoksessa M. Haataja (toim.) Lääkinnällinen kuntoutus. Helsinki: Kuntatalon painatuskeskus, 34-37.

Leskinen, K. 2001. Näin meillä, Kymenlaakson sairaanhoitopiirin apuvälinetoiminta. Fysioterapia 4, 22-24.

Määttä, P. 1999. Perhe asiantuntijana. Erityiskasvatuksen ja kuntoutuksen käytännöt. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

- Niemelä, P.; Knuutinen, M.; Hyvärinen, S.; Kainulainen, S.; Myllykangas, M. & Ryynänen, O-P. 1995. Sosiaali- ja terveydenhuollon priorisointi. Tutkimus priorisointiprosessista ja – näkemyksistä kunnissa. Raportteja 174. Jyväskylä: Stakes.
- Nummenmaa, T.; Konttinen, R.; Kuusinen, R. & Leskinen, E. 1997. Tutkimusaineiston analyysi. Porvoo: WSOY Kirjapainoyksikkö.
- Paatero, H., Kivekäs, J. & Vilkkumaa, I. 2002. Kuntoutusjärjestelmä. Teoksessa T. Kallanranta, P. Rissanen & I. Vilkkumaa (toim.) Kuntoutus. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 109 - 126.
- Paulsson, K. & Christofferson M. 1984. Teoksessa Petäjäkoski-Hult, T. 1995. Vammaisten apuvälineiden hankintaprosessi, vaikutukset ja kustannukset. Väitöskirja. Kuopion yliopiston painatuskeskus, 34.
- Petäjäkoski-Hult, T. 1995. Vammaisten apuvälineiden hankintaprosessi, vaikutukset ja kustannukset. Väitöskirja. Kuopion yliopiston painatuskeskus, 34.
- Pulli, T. & Roisko, E. 1991. Kehitysvammainen apuvälineen tarvitsijana ja käyttäjänä. Teoksessa Kehitysvammaisuus ja apuvälineet. Raportteja 31. Helsinki: Valtion Painatuskeskus, 8–17.
- Rissanen, P. & Aalto, A-M. 2002. Yhteenveto kuntoutuksen vaikuttavuuden arvioinnista. Teoksessa Kannattaako kuntoutus? Asiantuntijakatsaus eräiden kuntoutusmuotojen vaikuttavuudesta. Stakes raportteja 267. Saarijärvi: Gummerus Kirjapaino Oy, 1-26.
- Rissanen, P. 2001. Keskeinen kuntoutuslainsäädäntö. Teoksessa T. Kallanranta, P. Rissanen & I. Vilkkumaa (toim.) Kuntoutus. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 601-621.
- Romski, M. A, Sevrik, R. A. & Forrest, S. 2001. Assistive Technology and Augmentative and Alternative Communication in Inclusive Early Childhood

Programs. Teoksessa M. J. Guralnik (toim.) Early Childhood Inclusion. Seattle: University of Washington. 465-479.

Salminen, A-L. 2000. Computer Augmented Communication in the Daily Life of Severely disabled Speech Impaired Children. University of east London.

Satka , J.2002. Apuvälineasiat kaipaavat asennemuutosta. Fysioterapia 6, 24-25.

Sariola, J. 2002. Osallistuminen on parasta kuntoutusta. IT-lehti 9, 15-16.

Sillanpää, M-L., Marjamäki, P. & Paatero, H. 1995. Apuvälineiden saatavuus 1994. Monisteita 1995:11. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki.

Siirtola, T. 1994. Apuvälinehuolto. Teoksessa M. Haataja (toim.) Lääkinnällinen kuntoutus Helsinki: Kuntatalon painatuskeskus, 72-79.

Siirtola, T. 1994. Lääkinnällinen kuntoutus. Teoksessa M. Haataja (toim.) Lääkinnällinen kuntoutus Helsinki: Kuntatalon painatuskeskus, 5-18.

Taipale, V. 2001. Teoksessa Töytäri, O. Apuvälineiden saatavuus 2000. Stakesin aiheita 9. Helsinki: Stakesin monistamo.

Tausta-aineisto valtioneuvoston kuntoutusselontekoon. Kuntoutuksen kustannuksista ja vaikuttavuudesta 2002:5. Helsinki:

Töytäri, O. 2001. Apuvälineiden saatavuus 2000. Stakesin aiheita 9:2001, Helsinki: Stakesin monistamo.

Uusitalo, H. 1997. Sosiaali- ja terveystalot sosiaaliturvan osana. Teoksessa (toim.) Uusitalo, H. & Staff. M. Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsaus. Stakes. Raportteja 214. Jyväskylä: Gummeruksen kirjapaino, 21-28.

Valtioneuvoston selonteko eduskunnalle. Kuntoutusselonteko 2002:6. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.

Valtonen, L. 2002. Pyörätuolin kelauksenkeventäjät liikkumisen apuvälineenä. Jyväskylän ammattikorkeakoulu. Tekniikka ja liikenne. Terveysteknologian koulutusohjelma.

Vammaispalveluja kuntalaisille 1992, Sosiaalhallitus, opas 2:1989. Helsinki: Valtion painatuskeskus.

Vammaisuuden perusteella järjestettävät palvelut ja tukitoimet. 1988. Sosiaalhallitus, ohjekirje 1997:2. Helsinki: Valtion painatuskeskus.

Vehkakoski, T. 1998. Erityiskasvatuksen merkitys ja arvopohja. Teoksessa (toim.) Ladonlahti, T., Naukkarinen, A. ja Vehmas, S. Poikkeava vai erityinen. Juva: WSOY, 88-102.

Vehmas, S. 1998. Vammaisuuteen liittyvien rajoitteiden vähentäminen – yksilöön ja yhteisöön kohdistettavien toimenpiteiden moraalinen oikeutus. Teoksessa Ladonlahti, T., Naukkarinen, A. ja Vehmas, S. (toim.) Poikkeava vai erityinen. Juva: WSOY, 103-22.

**LIITE 1****Hyvä apuvälineyksikön osastonhoitaja / vastaava työntekijä**

Teen tutkimusta sähköpyörätuolien ja sähköisten lisävoimalaitteiden myöntämisperusteista ja – käytännöistä sairaanhoitopiireissä.

Hallituksen keväällä 2002 eduskunnalle antamassa selonteossa apuvälinepalvelut on asetettu yhdeksi kehittämisalueeksi, koska sekä taloudelliset resurssit että apuvälineiden myöntämiskäytännöt poikkeavat toisistaan eri sairaanhoitopiirien alueella. Kansalaiset ovat apuvälinepalveluiden osalta eriarvoisessa asemassa riippuen siitä, mikä on heidän kotikuntansa.

Tutkimusaineisto kerätään oheisella kyselylomakkeella. Se on pitkä, mutta toivon Sinun jaksavan vastata kyselyyn mahdollisimman tarkasti. (Vastaamiseen voi osallistua useampikin henkilö)

**Pyydän Sinua palauttamaan kyselylomakkeen palautuskuoressa joulukuun 14. päivään mennessä.**

Tutkimus on pro gradu –työ, joka tehdään Jyväskylän yliopiston erityispedagogiikanlaitoksella. Ohjaajana toimii professori Sakari Moberg.

Tutkimus valmistuu vuoden 2003 aikana.

Yhteistyöterveisin!

Ulla Kolomainen



**SAIRAAHOITOPIIRIN NIMI:**

---

**SAIRAAHOITOPIIRIN VÄESTÖPOHJA:**

---

**SÄHKÖISTEN LIIKKUMISEN APUVÄLINEIDEN HANKINTAAN  
KÄYTETYT MÄÄRÄRAHAT (€) JA LAITEMÄÄRÄT (kpl) SEKÄ  
KÄYTTÄJIEN JAKAUTUMINEN IKÄRYHMITÄIN:**

**Huom! summat ilman arvonlisäveroa (Alv 0%)**

**1. Mitkä olivat apuvälineiden hankintaan käytetyt määrärahat vuosina 2000 ja 2001 ja miten hankinnat jakoutuivat eri tuoteryhmien kesken?**

HANKINNAT TUOTERYHMITÄIN	Vuonna 2000		Vuonna 2001	
	Kpl	€	Kpl	€
sähköpyörätuolit				
sähkökäyttöiset 3- ja 4-pyörät(=sähkömopot)				
sähkökäyttöiset lisävoimalaitteet				
kelauksen keventäjät				
<b>YHTEENSÄ</b>	<b>Kpl</b>	<b>€</b>	<b>Kpl</b>	<b>€</b>

## LIITE 1

**2. Kuinka monta sähköpyörätuolia, sähkömopoa, lisävoimalaitetta ja kelauksen keventäjää teillä on yhteensä (sekä lainassa että varastossa)?**

<b>LAITEMÄÄRÄT</b>	
	<b>kpl</b>
<b>Sähköpyörätuolit</b>	
<b>Sähkömopot</b>	
<b>Lisävoimalaitteet</b>	
<b>Kelauksenkeventäjät</b>	
<b>YHTEENSÄ</b>	<b>kpl</b>

**3. Miten apuvälineiden käyttäjät jakautuvat ikäryhmittäin?**

<b>VUOTTA</b>	<b>&lt; 10</b>	<b>&gt; 10 &lt; 16</b>	<b>&gt; 16 &lt; 65</b>	<b>&gt; 65 &lt; 75</b>	<b>&gt; 75</b>	<b>KPL</b>
<b>Sähköpyörätuolit</b>						<b>kpl</b>
<b>Sähkömopot</b>						<b>kpl</b>
<b>Lisävoimalaitteet</b>						<b>kpl</b>
<b>Kelauksenkeventäjät</b>						<b>kpl</b>
<b>YHTEENSÄ (kpl)</b>						<b>Kpl</b>

**SÄHKÖISTEN LIIKKUMISEN APUVÄLINEIDEN KÄYTTÄJIEN  
JAKAUTUMINEN VAMMAISUUSASTEEN JA DIAGNOOSIN MUKAAN:**

**4. Mitkä on tällä hetkellä käytössä olevien laitteiden käyttäjien sairaus- tai vammadiagnoosit?**

<b>LAITTEIDEN KÄYTTÄJÄT SAIRAUSRYHMITÄIN JA MÄÄRÄT</b>					
	<b>Sähköpyörä- tuolien käyttäjät</b>	<b>Sähkömopojen käyttäjät</b>	<b>Sähköinen lisävoima- laitteiden käyttäjät</b>	<b>Kelauksen keventäjien käyttäjät</b>	
<b>ALS</b>					<b>kpl</b>
<b>MS</b>					<b>kpl</b>
<b>Cp-vamma</b>					<b>kpl</b>
<b>Selkäydinvamma</b>					<b>kpl</b>
<b>Lihastaudit</b>					<b>kpl</b>
<b>Reuma</b>					<b>kpl</b>
<b>Alaraaja- amputaatio</b>					<b>kpl</b>
<b>Tules-sairaus</b>					<b>kpl</b>
<b>Lyhytkasvu- isuus (eri syyt)</b>					<b>kpl</b>
<b>Muut - Esim:</b>					<b>kpl</b>

**KÄYTTÖSSÄ OLEVIEN SÄHKÖISTEN LIIKKUMISEN APUVÄLINEIDEN  
KÄYTTÄJIEN JAKAUTUMINEN LAITTEEN OHJAAJAN MUKAAN:**

**5. Sähköpyörätuolien ja lisävoimalaitteiden jakautuminen  
sen mukaan, kuka laitetta ohjaa:**

<b>LAITTEIDEN JAKAUTUMINEN LAITTEEN KÄYTTÄJÄN MUKAAN</b>	<b>Asiakas ohjaa</b>	<b>Avustaja ohjaa</b>	<b>Sekä asiakas että avustaja ohjaavat</b>
<b>Sähköpyörätuolit</b>			
<b>Sähkökäyttöiset lisävoimalaitteet</b>			
<b>YHTEENSÄ</b>	<b>kpl</b>	<b>kpl</b>	<b>kpl</b>

**HANKINTAPROSESSIN KÄYNNISTYMINEN:****6.****a) Tarvitaanko sairaanhoitopiirissänne lääkärin lähete hankintaprosessin käynnistämiseksi?**Kyllä Ei **b) Onko apuvälineet otettu huomioon kuntoutussuunnitelmassa, jos / kun sellainen on tehty?**Aina Useimmiten Joskus Ei lainkaan En osaa sanoa **c) Tulisiko apuvälineet olla mainittuna kuntoutussuunnitelmissa?**Kyllä **perustelut:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ei **Perustelut:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

en osaa sanoa

**LAITTEIDEN MYÖNTÄMISPERUSTEET:****7. Onko teillä käytössä kirjalliset tai muuten yhteisesti sovitut ohjeet laitteiden myöntämisperusteista sairaanhoitopiirissänne?**▪ **sähköpyörätuolien**Kyllä , kirjalliset  Ei Kyllä , muuten sovitut  Ei ▪ **sähkömopojen**Kyllä , kirjalliset  Ei Kyllä , muuten sovitut  Ei ▪ **sähkökäyttöisten lisävoimalaitteiden**Kyllä , kirjalliset  Ei Kyllä , muuten sovitut  Ei ▪ **kelauksen keventäjien**Kyllä , kirjalliset  Ei Kyllä , muuten sovitut  Ei **8. Mitkä ovat sairaanhoitopiirinne myöntämisperusteet alla olevia apuvälineitä myönnettäessä?**▪ **Sähköpyörätuolit**


---



---



---



---

- **Sähkömopot**

---

---

---

- **Sähkökäyttöiset lisävoimalaitteet**

---

---

---

- **Kelauksen keventäjät**

---

---

---

***Huom! Mikäli mahdollista, niin lähettäkää kirjalliset myöntämisperusteet vastauksen liitteenä.***

**9. Tarvitaanko eri sairaanhoitopiirien yhdessä laatimia kirjallisia myöntämisperusteita?**

Kyllä

**perustelut:** \_\_\_\_\_

---

---

Ei

**Perustelut:** \_\_\_\_\_

---

---

En osaa sanoa

**10. Lainaatteko apuvälineyksiköstänne seuraavia laitteita tilapäiskäyttöön?**

▪ **Sähköpyörätuoleja**

Kyllä

Ei

▪ **Sähkökäyttöisiä 4- ja kolmipyöriä**

Kyllä

Ei

▪ **Sähköisiä lisävoimalaitteita**

Kyllä

Ei

**11.**

**a) Jos varastossa on vapaana (esim. käytöstä palautunut laite) asiakkaan tilapäiskäyttöön tarvitsemia laitteita, niin lainaatteko niitä (esim. kuntoutusjakson ajalle tai matkusteluun)?**

Kyllä

Ei

**Perustelut:**

---

---

---



**b) Onko sairaanhoitopiirillä mielestänne velvollisuus lainata tilapäiskäyttöön laitteita?**

Kyllä

Ei

**Perustelut:**

---

---

---

En osaa sanoa

**APUVÄLINEIDEN MYÖNTÄMINEN****12.****a) Tehdäänkö sähköpyörätuolien ja lisävoimalaitteiden myöntämispäätös kuntoutustyöryhmässä?**Aina Useimmiten Joskus Ei koskaan En osaa sanoa **b) Keitä työryhmään kuuluu?**

---

---

**c) Kuka on päätöksentekijä?**

---

**13. Myönnättekö tarvittaessa asiakkaan käyttöön useampia kuin yhden sähköpyörätuolin asiakkaan yksilöllisten tarpeiden mukaan?**Kyllä Ei En osaa sanoa

**14. Onko teiltä anottu useampaa kuin yhtä sähköpyörätuolia tai sähköistä lisävoimalaitetta?**

Kyllä

Ei

En osaa sanoa

**15.**

**a) Kuinka monella asiakkaalla on käytössään useampi kuin yksi sähköpyörätuoli ja/tai sähköinen lisävoimalaite / kelauksen keventäjä?**

\_\_\_\_\_ kpl

**b) Millaiseen käyttötarkoitukseen laitteet on myönnetty?**

(esim. ulko- ja / tai sisäkäyttöön)

---

---

---

---

---

**c) Kuvaa yksi asiakastapaus**

---

---

---

---

---

**16.**

**a) Myönnättekö sähköpyörätuolin tai lisävoimalaitteen asiakkaalle silloin, kun sitä käyttää asiakasta avustava henkilö?**

Aina

Useimmiten

Joskus

Ei lainkaan

En osaa sanoa

**b) Kuinka monta laitetta on käytössä? \_\_\_\_\_ kpl**

**c) Mitkä ovat myöntämisperiaatteet?**

---

---

---

**17.**

**a) Myönnättekö heng.halv. potilaille käyttöön sähköpyörätuolin asiakkaan sitä anoessa?**

Aina

Useimmiten

Joskus

Ei koskaan

En osaa sanoa

**b) Kuinka monta laitetta on heng.halv.potilaiden käytössä?  
\_\_\_\_\_ kpl**

**c) Myönnättekö heng.halv. potilaille käyttöön sähköpyörätuolin silloin, kun sitä ohjaa avustaja?**

Aina

Useimmiten

Joskus

Ei koskaan

En osaa sanoa

**Mitkä ovat myöntämisperustelut?**

---

---

---

**d) Myönnättekö vanhukselle, jonka toimintakyky on monen eri sairauden vuoksi alentunut, käyttöön sähköpyörätuolin asiakkaan sitä anoessa?**

Aina

Useimmiten

Joskus

Ei koskaan

En osaa sanoa

**e) Myönnättekö vanhukselle, jonka toimintakyky on monen eri sairauden vuoksi alentunut, käyttöön sähköpyörätuolin, kun sitä ohjaa avustaja? (esim. puoliso)**

Aina

Useimmiten

Joskus

Ei koskaan

## LIITE 1

En osaa sanoa

**Mitkä ovat myöntämisperusteet?**

---

---

---

---

---

**f) Myönnättekö lyhyitä matkoja kävelevälle henkilölle (esim. vaikea katkokävely) sähköpyörätuolin ulkoiluun / asiointiin asiakkaan sitä anoessa?**

Aina

Useimmiten

Joskus

Ei koskaan

En osaa sanoa

**18. Myönnättekö ko. laitteita käyttöön niitä anottaessa seuraavissa tapauksissa:**

**a) Henkilölle, jolla on paraplegia ja olkanivelten kulumat ja kivut?**

Aina

Useimmiten

Joskus

Ei koskaan

En osaa sanoa

## LIITE 1

**b) Henkilölle, jolla on hemiplegia ja ikääntymisen vuoksi heikentynyt liikuntakyky (aiemmin henkilö on selviytynyt kepin / manuaalisen pyörätuolin avulla)?**

Aina

Useimmiten

Joskus

Ei koskaan

**En osaa sanoa**

**APUVÄLINEIDEN KYSYNTÄ JA MÄÄRÄRAHAT LÄHIVUOSINA:****19.****a) Arvioi sähköpyörätuolien ja lisävoimalaitteiden kysyntää seuraavan viiden vuoden aikana**Vähenee Pysyy ennallaan Lisääntyy jnk verran Lisääntyy paljon En osaa sanoa **b) Arvioi ko. laitteisiin osoitettavia määrärahoja seuraavan viiden vuoden aikana**Vähenee Pysyy ennallaan Lisääntyy jnk verran Lisääntyy paljon En osaa sanoa **c) Millä keinoilla sairaanhoitopiirissänne tarjonta voidaan järjestää kysynnän mukaiseksi?**

---

---

---

---



**ASIAKKAALLE KUULUVAT KUSTANNUKSET:****20.****a) Maksaako asiakas itse jotain laitteiden käyttöön ja huoltoon liittyviä kuluja?**Kyllä Ei 

Mitä asiakkaan omat maksut ovat?

---

  
En osaa sanoa **b) Kuka maksaa pääsääntöisesti apuvälineen kuljetuksen, kun se luovutetaan asiakkaan käyttöön?**Asiakas sairaala En osaa sanoa **c) Kuka maksaa pääsääntöisesti apuvälineen huoltoon liittyvän kuljetuksen?**Asiakas Sairaala En osaa sanoa

**d) Apuvälineen huoltoon liittyvä kuljetus kuuluu mielestänne  
ensisijaisesti**

Asiakkaalle

Sairaalalle

En osaa sanoa

**e) Onko shp:ssä sovittu käytännöistä huoltoon liittyvien kustannusten  
osalta**

**Kirjallisesti:** Kyllä

Ei

En osaa sanoa

**Suullisesti:** Kyllä

Ei

En osaa sanoa

**II OTA KANTAA SEURAAVIIN VÄITTÄMIIN:**

<b>Täysin samaa mieltä</b>	<b>(=tsm)</b>
<b>Hiukan samaa mieltä</b>	<b>(=hsm)</b>
<b>Jokseenkin samaa mieltä</b>	<b>(=jsm)</b>
<b>Hiukan eri mieltä</b>	<b>(=hem)</b>
<b>Jokseenkin eri mieltä</b>	<b>(=jem)</b>
<b>Täysin eri mieltä</b>	<b>(=tem)</b>
<b>En osaa sanoa</b>	<b>(=eos)</b>

**APUVÄLINEPÄÄTÖKSET:**

**1. SÄHKÖPYÖRÄTUOLEJA, SÄHKÖMOPOJA, SÄHKÖISIÄ LISÄVOIMALAITTEITA JA KELAUKSEN KEVENTÄJIÄ MYÖNNETTÄESSÄ OTETAAN HUOMIOON ASIAKKAAN:**

	tsm	hsm	jsm	hem	jem	tem	eos
<b>mahdollisuus selviytyä kotona ja lähiympäristössä mahdollisimman omatoimisesti</b>							
<b>mahdollisuus asiointimatkoihin</b>							
<b>mahdollisuus suhteellisen säännöllisesti tapahtuvaan matkustamiseen</b>							
<b>mahdollisuus ajoittain tapahtuvaan matkustamiseen</b>							
<b>mahdollisuus ulkoiluun,</b>							
<b>mahdollisuus luonnossa liikkumiseen</b>							

**II OTA KANTAA SEURAAVIIN VÄITTÄMIIN:**

Täysin samaa mieltä (=**tsm**)  
 Hiukan samaa mieltä (=**hsm**)  
 Jokseenkin samaa mieltä (=**jsm**)  
 Hiukan eri mieltä (=**hem**)  
 Jokseenkin eri mieltä (=**jem**)  
 Täysin eri mieltä (=**tem**)

En osaa sanoa (=**eos**)

**2. APUVÄLINEPÄÄTÖSTÄ TEHTÄESSÄ:**

	tsm	hsm	jsm	hem	jem	tem	eos
Asiakkaan toiveet ovat ensisijaiset							
Shp:n myöntämisperusteet ovat ensisijaiset							
Asiakkaan toiveet otetaan huomioon ja niihin pyritään vastaamaan käytettävissä olevien periaatteiden mukaisesti							
Apuvälinetarve pyritään arvioimaan myös suhteessa muiden käyttäjien tarpeisiin							

## II OTA KANTAA SEURAAVIIN VÄITTÄMIIN:

Täysin samaa mieltä	(=tsm)
Hiukan samaa mieltä	(=hsm)
Jokseenkin samaa mieltä	(=jsm)
Hiukan eri mieltä	(=hem)
Jokseenkin eri mieltä	(=jem)
Täysin eri mieltä	(=tem)
En osaa sanoa	(=eos)

## PÄIVITTÄISET TOIMINNOT

### 3. Lääkinnällisestä kuntoutuksesta annetussa asetuksessa mainittuihin päivittäisiin toimintoihin sisältyy:

	tsm	hsm	jsm	hem	jem	tem	eos
Asiakkaan mahdollisimman omatoiminen selviytyminen kotona ja lähiympäristössä tapahtuvista toiminnoista							
Selviytyminen asiointimatkoista							
Suhteellisen säännöllisesti tapahtuvat matkat							
Ajoittain tapahtuvat matkat							
Ulkoilu							
Luonnossa liikkumiseen							
Muut harrastukset (esim. joukkuepelit)							

**II OTA KANTAA SEURAAVIIN VÄITTÄMIIN:**

<b>Täysin samaa mieltä</b>	<b>(=tsm)</b>
<b>Hiukan samaa mieltä</b>	<b>(=hsm)</b>
<b>Jokseenkin samaa mieltä</b>	<b>(=jsm)</b>
Hiukan eri mieltä	(=hem)
Jokseenkin eri mieltä	(=jem)
Täysin eri mieltä	(=tem)
<b>En osaa sanoa</b>	<b>(=eos)</b>

---

**4. PÄIVITTÄISTEN TOIMINTOJEN MÄÄRITTELY**

	tsm	hsm	jsm	hem	jem	tem	eos
<b>Apuvälinetarvetta arvioitaessa on vaikeaa määritellä ne päivittäiset toiminnot, jotka ovat asiakkaan kannalta välttämättömät</b>							
<b>Apuvälinetarvetta arvioitaessa on vaikeaa määritellä ne päivittäiset toiminnot, jotka ovat lääk. kuntoutuksen asetuksessa tarkoitettuja toimintoja</b>							

## 5.TERVEYDENHUOLLON JA SOSIAALITOIMEN VÄLINEN TYÖNJAKO:

### II OTA KANTAA SEURAAVIIN VÄITTÄMIIN:

Täysin samaa mieltä	(=tsm)
Hiukan samaa mieltä	(=hsm)
Jokseenkin samaa mieltä	(=jsem)
Hiukan eri mieltä	(=hem)
Jokseenkin eri mieltä	(=jem)
Täysin eri mieltä	(=tem)

En osaa sanoa (=**eos**)

	tsm	hsm	jsem	hem	jem	tem	eos
Vammaispalvelulain ja lääkinnällisen kuntoutuksen lainsäädäntö antaa mahdollisuuksia päällekkäisiin tulkintoihin							
Vammaispalveluin mukaan myönnettäessä on mahdollisuus enemmän ottaa huomioon asiakkaan sosiaalisia tekijöitä kuin lääkinnällisenä kuntoutuksena myönnettäessä							
Lääkinnällisenä kuntoutuksena myönnettävät apuvälinepalvelut liittyvät usein asiakkaan sosiaalisiin tilanteisiin							
Terveysthuolto ja sosiaalitoimen toimintaa ohjaava lainsäädäntö antaa päätöksentekijän melko vapaasti tulkita sitä							
Toimintaa ohjaavassa lainsäädännössä tulisi olla tarkemmin määritellyt käsitteet (esim. päivittäiset toiminnot)							
Sähkökäyttöiset kolmi- ja nelipyörät tulee myöntää lääkinnällisenä kuntoutuksena							
Sähkökäyttöiset kolmi- ja nelipyörät tulee myöntää vammaispalvelulain perusteella							

**II OTA KANTAA SEURAAVIIN VÄITTÄMIIN:**

Täysin samaa mieltä	(=tsm)
Hiukan samaa mieltä	(=hsm)
Jokseenkin samaa mieltä	(=jsm)
Hiukan eri mieltä	(=hem)
Jokseenkin eri mieltä	(=jem)
Täysin eri mieltä	(=tem)
En osaa sanoa	(=eos)

**TERVEYDENHUOLLON JA SOSIAALITOIMEN VÄLINEN TYÖNJAKO:**

	tsm	hsm	jsm	hem	jem	tem	eos
<b>Sähkökäyttöiset kolmi- ja nelipyörät tulee myöntää joko terveydenhuollon tai sosiaalitoimen (vammaispalvelulain mukaan) kautta sen mukaan, mikä on anomisperuste</b>							
<b>Jos spt / tai sähköinen lisävoimalaite tarvitaan käyttöön lähinnä avustajan työn helpottamiseksi, tulee se myöntää vammaispalvelulain perusteella</b>							

Kyselyyn vastasi /-vat:

---

***Huom. Muistathan postittaa myös kirjalliset myöntämisperusteet!***

**Kiitos vastauksesta!**