

**Lääkinnällisen kuntoutuksen apuvälineet -  
luovutuskäytäntöjen päätöksenteko ja hankintamäärärahat  
terveyskeskuksissa 2000**

Outi Töytäri  
Fysioterapian pro-gradu -tutkielma  
Terveystieteiden laitos  
Jyväskylän yliopisto  
Syksy 2003

## TIIVISTELMÄ

Töytäri O. 2003. LÄÄKINNÄLLISEN KUNTOUTUKSEN APUVÄLINEET - LUOVUTUSKÄYTÄNTÖJEN PÄÄTÖKSENTEKO JA HANKINTAMÄÄRÄRAHAT TERVEYSKESKUKSISSA VUONNA 2000. Fysioterapian pro gradu -tutkielma. Jyväskylän yliopisto. Terveystieteiden laitos. 56 s. Liitteitä 2.

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää terveyskeskusten lääkinällisen kuntoutuksen apuvälineiden luovutuskäytäntöjen päätöksentekijöiden yhteyttä apuvälineiden luovutusrajoituksiin, asiakasmaksuihin ja apuvälineiden hankintoihin käytettyjen määrärahojen vaihteluun vuonna 2000. Terveyskeskukset tarvitsevat tutkimuksella saatavaa tietoa tuekseen pyrkimyksissään toteuttaa apuvälinepalvelut laadukkaasti ja kustannustietoisesti.

Tämän tutkimuksen aineisto on osa Stakesin keräämää Apuvälineiden saatavuus 2000 - aineistoa. Kysely lähetettiin kaikille Suomen terveyskeskusten johtaville lääkäreille (N=275) lukuun ottamatta Ahvenanmaata. Vastaukset pyydettiin valmistelevaan yhteistyössä eri ammattiryhmien kesken. Vastausprosentti oli 92 prosenttia. Tähän tutkimukseen valittiin selvityksestä ne terveyskeskukset (N=177), joilla oli käytössään apuvälineiden luovuttamista rajoittavia keinoja (luovutuskriteereitä) tai joilla oli käytössään apuvälineisiin tai apuvälineiden käyttöön liittyviä asiakkailta perittäviä maksuja.

Tutkimuksessa päätöksentekijät jaoteltiin kuuteen ryhmään: 1) moniammatillinen ryhmä, 2) lääkärit, 3) lautakunnat, 4) hallitukset ja valtuustot, 5) muut: johtoryhmät, taloustoimisto, terveydenhuollon johtaja sekä 6) sairaanhoitopiirin tekemät päätökset. Ryhmien suhdetta luovutuskäytäntöihin tarkasteltiin prosenttijakaumien, Khin neliötestin ja riskisuhteen avulla. Apuvälineiden hankintamäärärahoja tarkasteltiin keskiarvoina, suurimpina ja pienempinä arvoina sekä käyttämällä varianssianalyysiä.

Yli puolessa (54 %) tutkituista terveyskeskuksista moniammatillinen ryhmä päätti apuvälineiden luovutuskäytännöistä. Terveyskeskuksilla, joiden apuvälineiden luovutuskäytännöistä oli päättänyt johtoryhmä, taloustoimisto, terveydenhuollon johtaja, hallitus tai valtuusto oli suhteessa muihin ryhmiin verrattuna eniten käytössä apuvälineiden luovuttamista rajoittavia keinoja. Nämä terveyskeskukset käyttivät myös muita ryhmiä vähemmän määrärahoja apuvälineiden hankintoihin (2,03 € asukasta kohden). Apuvälineiden luovutuskäytännöistä päättävillä tahoilla oli osittain yhteyttä siihen mitä apuvälineiden luovutuskriteereitä tai asiakkaiden maksettavaksi tulevia kustannuksia terveyskeskuksissa käytettiin.

Tutkimuksessa nousee esille päätöksentekijöiden vastuun merkitys päätöksen teossa sekä tarve riittävästä ammattitaidosta. Kuntien tulisi järjestää apuvälinepalvelut lainmukaisesti ja yhtenäisin käytännöin, jotta apuvälineiden tarvitsijat saisivat tarvitsemansa itsenäistä suoriutumista tukevat apuvälineet tasapuolisesti eri puolilla Suomea riippumatta siitä mikä taho kunnassa tekee päätökset apuvälineiden luovutuskäytännöistä. Tutkimuksesta saatua tietoa voidaan hyödyntää apuvälinepalveluiden suunnittelussa, kehittämisessä, seurannassa ja arvioinnissa.

**Asiasanat:** apuvälineet, apuvälinepalvelut, luovutuskäytännöt, määrärahat, päättäjät

## ABSTRACT

Töytäri O. 2003. ASSISTIVE TECHNOLOGY AT HEALTH CENTRES IN 2000 - DECISION-MAKING ON PROVISION PRACTICES AND ASSISTIVE TECHNOLOGY FUNDS. Master's thesis in physiotherapy. University of Jyväskylä. Department of Health Sciences. 56 pages, 2 appendices.

The purpose of this study was to examine connections between decision-makers' assistive technology provision practices, restrictions on the provision of technical aids, and funds available for technical aids at public health centres in 2000. Health centres need research information to be able to implement assistive technology services while ensuring high quality and cost-efficiency.

The data of this research study forms part of a study entitled 'Availability of Assistive Technology in 2000', conducted by STAKES. The questionnaire was dispatched to all chief medical officers in health centres in Finland (N=275), with the exception of the province of Åland. It was asked that the answers be prepared in collaboration between different personnel groups. The response rate was 92 per cent. The study was confined to health centres that applied restrictions on the provision of technical aids, based on certain criteria, or charged a fee for the use of technical aids.

Decision-makers were divided into six groups: 1) multiprofessional groups, 2) medical doctors, 3) municipal committees, 4) boards of directors and councils, 5) others, such as management groups, financial offices, health-care directors, and 6) decisions made by hospital districts. Connections between the groups and the provision practices were analysed by percentage distributions, Khi-square test and risk relations. Assistive technology funds were analysed by percentage distributions, mean values, standard deviations and maximum and minimal values and by using variance analysis.

Multiprofessional groups decided on assistive technology provision practices in more than half of the health centres (54%). The health centres where the management group, the financial office, the health-care director, the board of directors or council decided on the provision practices had more restrictions on the provision of technical aids than other groups had. These health centres also had less funds for buying technical aids (€2.03 per municipal inhabitant). According to the study there was some connection between decision-makers and restrictions applied on the provision of technical aids.

The study emphasised the responsibility of decision-makers and the need for adequate professional skill. Municipalities should provide their assistive technology services in compliance with the legislation and the services should be granted using equitable criteria. Assistive technology users in different parts of the country should have equal access to the technical aids they need to manage independently in daily life, irrespective of who will decide on the assistive technology provision practices. The findings of this study will be useful in planning and development work, in monitoring operations and in evaluating assistive technology services.

**Keywords:** assistive technology, assistive technology services, assistive technology funds, decision-makers, provision practice

# SISÄLLYS

## TIIVISTELMÄ

## ABSTRACT

<b>1</b>	<b>JOHDANTO .....</b>	<b>1</b>
<b>2</b>	<b>APUVÄLINEPALVELUT SUOMESSA JA POHJOISMAISSA.....</b>	<b>4</b>
2.1	APUVÄLINEPALVELUJEN JÄRJESTÄMINEN.....	4
2.2	APUVÄLINEPALVELUJEN OHJAUS .....	6
2.3	APUVÄLINEIDEN SAATAVUUS .....	10
2.4	APUVÄLINEIDEN LUOVUTUSKÄYTÄNNÖT .....	13
2.5	PÄÄTÖKSENTEKO APUVÄLINEPALVELUISSA.....	14
2.6	APUVÄLINEIDEN KUSTANNUKSET.....	15
2.7	APUVÄLINEPALVELUJEN JÄRJESTÄMINEN MUISSA POHJOISMAISSA .....	16
2.7.1.	<i>Ruotsin apuvälinepalvelut.....</i>	<i>16</i>
2.7.2	<i>Norjan apuvälinepalvelut.....</i>	<i>17</i>
2.7.3	<i>Tanskan apuvälinepalvelut.....</i>	<i>18</i>
2.7.4	<i>Islannin apuvälinepalvelut.....</i>	<i>19</i>
<b>3</b>	<b>TUTKIMUKSEN TAVOITTEET, KYSYMYKSET JA KÄSITTEET .....</b>	<b>20</b>
3.1	TUTKIMUKSEN TAVOITTEET .....	20
3.2	TUTKIMUKSEN KYSYMYKSET.....	20
3.3	TUTKIMUKSEN KÄSITTEET .....	21
<b>4</b>	<b>AINEISTO JA MENETELMÄT .....</b>	<b>23</b>
4.1	TUTKIMUSAINESTO JA TUTKIMUSASETELMA .....	23
4.2	AINEISTON HANKINTAMENETELMÄ .....	24
4.3	AINEISTON KÄSITTELY .....	25
4.4	AINEISTON ANALYYSIMENETELMÄT.....	26
<b>5</b>	<b>TULOKSET .....</b>	<b>28</b>
5.1	APUVÄLINEIDEN LUOVUTUSKÄYTÄNTÖJEN PÄÄTÖKSENTEKIJÄT TERVEYSKESKUKSISSA ....	28
5.2	APUVÄLINEIDEN LUOVUTTAMISTA RAJOITTAVAT KEINOT (LUOVUTUSKRITEERIT).....	29

5.2.1	<i>Ei-luovutettavien apuvälineiden nimeäminen</i> .....	30
5.2.2	<i>Halpojen apuvälineiden luovuttamisen rajoittaminen</i> .....	32
5.2.3	<i>Apuvälineiden uusimis- ja määrärajoitusten käyttäminen</i> .....	33
5.2.4	<i>Luovutusperusteiden tiukentaminen diagnoosin tai iän mukaan</i> .....	34
5.2.5	<i>Kirjoittamattomien sääntöjen käyttäminen</i> .....	34
5.3	APUVÄLINEISIIN LIITTYVÄT ASIAKASMAKSUT JA APUVÄLINEIDEN KÄYTTÖÖN LIITTYVÄT KÄYTTÖKUSTANNUKSET.....	35
5.3.1	<i>Apuvälineiden käyttäjiltä perityt asiakasmaksut</i> .....	36
5.3.2	<i>Apuvälineiden käyttöön, huoltoon ja korjaukseen liittyvät maksut</i> .....	36
5.4	APUVÄLINEIDEN HANKINTOIHIIN KÄYTETYT MÄÄRÄRAHAT JA PÄÄTÖKSENTEKIJÄT TERVEYSKESKUKSISSA.....	37
<b>6</b>	<b>POHDINTA</b> .....	<b>39</b>
6.1	TULOSTEN TARKASTELU.....	39
6.1.1	<i>Päätöksentekijätahot, apuvälineiden luovutuskäytännöt, apuvälineisiin liittyvät asiakasmaksut ja käyttökustannukset terveyskeskuksissa</i> .....	39
6.1.2	<i>Apuvälineiden hankintaan käytetyt määrärahat ja käytännöistä päättävät tahot terveyskeskuksissa</i> .....	43
6.1.3	<i>Valvonta ja ohjaus</i> .....	44
6.2	TUTKIMUKSEN VALIDITEETTI JA RELIABILITEETTI.....	45
<b>7</b>	<b>JOHTOPÄÄTÖKSET, TUTKIMUKSEN MERKITYS JA JATKOTUTKIMUSHAASTEET</b> .....	<b>47</b>
7.1	JOHTOPÄÄTÖKSET.....	47
7.2	TUTKIMUKSEN MERKITYS.....	48
7.3	JATKOTUTKIMUSHAASTEET.....	49
	<b>LÄHTEET</b> .....	<b>51</b>
	<b>LIITTEET</b> .....	<b>56</b>

# 1 JOHDANTO

Perustuslain mukaan julkisen vallan on turvattava jokaiselle riittävät sosiaali- ja terveyspalvelut ja edistettävä väestön terveyttä. Terveyden, toimintakyvyn ja hyvinvoinnin edistäminen, palvelujen tasapuolinen saatavuus maan eri osissa ja ikääntyvän väestön kotona selviytymisen tukeminen nousevat esille kaikissa viimeaikaisissa sosiaali- ja terveysministeriön sekä läänien strategisissa asiakirjoissa. (Terveys 2015 - Kansanterveysohjelmasta 2001, Sosiaali- ja terveyspolitiikan strategiat 2010. 2001, Pääministeri Matti Vanhasen Hallituksen ohjelma 2003, Etelä-Suomen läänin vammaispoliittinen ohjelma vuosille 2003-2006.)

Palvelujen saatavuuden turvaaminen ja kotona selviytymisen tukeminen korostuvat entisestään vanhusväestön määrän kasvaessa. On laskettu, että yli 75 -vuotiaiden määrä kaksinkertaistuu Suomessa seuraavien kolmen vuosikymmenen aikana. Erityisesti yli 85-vuotiaiden suhteellinen määrä kasvaa nopeasti.

Apuvälinepalveluilla voidaan merkittävästi edistää vammaisten ja ikäihmisten toimintakykyä ja tukea kotona asumista. Vuosille 2000-2003 laaditun sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelman mukaan keskeistä on vanhusten ja vammaisten kotona asumisen mahdollisuuksien parantaminen apuvälinepalvelujen avulla (Sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelma 2000-2003. 1999). Myös vuonna 2002 Valtioneuvoston antamassa kuntoutusselonteossa yhtenä kuntoutuksen kehittämissuunnitelmaksi painotetaan sairaaloiden ja terveyskeskusten tarvetta panostaa erityisesti apuvälinepalveluihin (Kuntoutusselonteko 2002).

Lakien mukaan kunnilla ja sairaanhoitopiireillä on vastuu lääkinällisen kuntoutuksen apuvälinetoiminnan järjestämisestä alueensa väestön tarpeiden edellyttämällä tavalla (Kansanterveyslaki 66/1972, Erikoissairaanhoitolaki 1062/1989). Vuonna 1993 tehty valtiosuunnitelma merkitsi kuntien muodollisen päätösvallan lisääntymistä kuntayhtymissä. Valtion ohjaus väheni merkittävästi ja kunnat saivat aikaisempaa

selkeämmin vallan ja vastuun palvelujen järjestämisestä. (Terveydenhuollon kehittämisprojekti 1998.)

Lääkinnällisen kuntoutuksen asetuksen (1015/1991) tulkinnan mukaan apuvälineitä tulee antaa yksilölliseen tarpeeseen eikä luovuttamista tule etukäteispäätöksin rajoittaa. Lääkinnällisen kuntoutuksen apuvälineet ja niihin liittyvät palvelut ovat asiakkaille maksuttomia. (Eduskunnan oikeusasiamiehen lausunto 2003, Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista 734/1992.)

Apuvälineiden saatavuutta kartoittaneiden selvitysten (Töytäri 2001, Sillanpää ym. 1995) mukaan apuvälineiden luovutuskäytännöt vaihtelivat terveyskeskusten välillä hyvin paljon. Tilanne ei ollut juurikaan muuttunut vuosien 1994 ja 2000 välillä. Apuvälineiden luovuttamista oli rajoitettu monissa terveyskeskuksissa ja keskussairaaloissa erilaisilla etukäteen määritellyillä keinoilla. Joissain tapauksissa apuvälineen käyttäjät joutuivat myös maksamaan apuvälineen käytöstä tai apuvälineiden käyttöön, huoltoon ja korjauksiin liittyviä kustannuksia. Apuvälineiden luovuttamista rajoittavat keinot heikensivät apuvälineitä tarvitsevien keskinäistä tasa-arvoa. Apuvälineiden luovutuskäytännöt oli hyväksytty joko asiantuntijatasolla tai hallinnollisella tasolla.

Apuvälineisiin käytettävät hankintamäärärahat eivät lisääntyneet lamavuosista 90-luvun loppuun mennessä. Apuvälineiden hankintaan käytetyt lääkinällisen kuntoutuksen määrärahat olivat vuonna 1999 yhtä suuret kuin vuonna 1992 (Töytäri 2001, Sillanpää ym. 1995). Kuntien asukaslukuun suhteutettuna käytetyt määrärahat vaihtelivat suuresti terveyskeskusten välillä.

Selvityksissä ei käynyt ilmi minkälainen vaikutus apuvälineiden luovutuskäytäntöjen päätöksentekijöillä oli apuvälineiden luovutuskäytäntöihin. Myöskään terveyskeskusten käyttämien hankintamäärärahojen suuruutta suhteessa apuvälineiden luovutuskäytäntöjen päätöksentekijöihin ei selvitetty. Ainoastaan Sillanpää (1996) käsittelee pro-gradu -tutkielmassaan apuvälineiden luovuttamisen klinisten ja hallinnollisten päätöksentekijöiden päätösten eroja yleisesti kunnissa ja kuntayhtymissä sekä päätösten suhdetta terveyskeskusten käyttämiin terveydenhuollon käyttökustannuksiin.

Tässä tutkimuksessa tarkastellaan terveyskeskusten apuvälineiden luovutuskäytännöistä päättävien tahojen suhdetta päätettyihin apuvälineiden luovutuskäytäntöihin ja apuvälineiden hankintamäärärahoihin. Tarkoituksena on hyödyntää tutkimuksesta saatavaa tietoa apuvälinepalvelujen arvioinnissa ja kehittämistä. Jotta apuvälinepalvelut toteutuisivat laadukkaasti ja kustannustietoisesti ja asiakkaat saisivat tarvitsemiaan apuvälineitä tasa-puolisesti asuinpaikastaan riippumatta. Tästä tutkimuksesta saatava tieto tukee myös apuvälinepalvelujen laatusuosituksen käyttöönottoon tarvittavan koulutuksen ja tiedottamisen suunnittelua ja toteutusta (Apuvälinepalvelujen laatusuositus 2003).

Tämän tutkimuksen aineistona on Apuvälineiden saatavuus 2000 -selvitystä varten keräämääni aineisto terveyskeskusten ja keskussairaaloiden apuvälineiden luovutuskäytännöistä, siihen liittyvästä päätöksenteosta ja apuvälineiden hankintakustannuksista.



## 2 APUVÄLINEPALVELUT SUOMESSA JA POHJOISMAISSA

### 2.1 Apuvälinepalvelujen järjestäminen

Lähtökohtana apuvälinepalveluiden järjestämiselle on Suomen perustuslaki. Se edellyttää, että julkisen vallan on turvattava jokaiselle riittävät sosiaali- ja terveyspalvelut ja edistettävä väestön terveyttä (Suomen perustuslaki 731/1999). Kunnan on osoitettava voimavaroja valtionosuuden perusteena olevaan sosiaali- ja terveydenhuoltoon (Laki sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionosuudesta 733/1992).

Laissa potilaan asemasta ja oikeuksista säädetään, että jokaisella Suomessa pysyvästi asuvalla henkilöllä on oikeus ilman syrjintää hänen terveydentilansa edellyttämään terveyden- ja sairaanhoitoon niiden voimavarojen rajoissa, jotka kulloinkin ovat terveydenhuollon käytettävissä. Laki oikeuttaa potilaan saamaan myös laadultaan hyvää terveyden- ja sairaanhoitoa. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992.)

Kansanterveyslain ja erikoissairaanhoitolain perusteella kunnan tehtävänä on järjestää sairaanhoitoon kuuluva lääkinällinen kuntoutus (Kansanterveyslaki 66/1972, Erikoissairaanhoitolaki 1062/1989). Apuvälinepalvelut, johon kuuluu apuvälineiden tarpeen määrittely, välineiden sovitus, luovutus omaksi tai käytettäväksi, käytön opetus ja seuranta sekä välineiden huolto ovat osa lääkinällistä kuntoutusta. Lääkinälliseen kuntoutukseen kuuluvia apuvälineitä ovat lääkinällisin perustein todetun toimintavajavuuden korjaamiseen tarkoitetut välineet, laitteet tai vastaavat, joita vajaakuntoinen henkilö tarvitsee selviytyäkseen päivittäisissä toiminnoissaan. Apuvälineisiin luetaan myös kuntoutuksessa tarvittavat hoito- ja harjoitusvälineet. Peruskoulua ja lukiota käyvälle vammaiselle oppilaalle järjestetään lääkinällisenä kuntoutuksena henkilökohtaiset koulussa ja muissa elämän tilanteissa tarvittavat apuvälineet. (Asetus lääkinällisestä kuntoutuksesta 1015/1991.)

Lääkinällisen kuntoutuksen asetuksen mukaan kunta tai kuntayhtymä huolehtii siitä, että lääkinällisen kuntoutuksen palvelut järjestetään sisällöltään ja laajuudeltaan sellaisiksi

kuin kuntoutuksen tarve kunnassa tai kuntayhtymän alueella edellyttää (Asetus lääkinnällisestä kuntoutuksesta 1015/1991). Kunnille säädetty vastuu terveystalouden järjestämisestä edellyttää, että kunnassa selvitetään tarvittavien palvelujen sisältö ja laajuus. Lakien soveltamisessa ja toteuttamisessa kunnille on jätetty harkintavaltaa. Tämä on johtanut siihen, että palvelujen järjestämistavoissa ja sisällöissä voi olla suuriakin eroja kuntien välillä.

Oikeus lääkinnälliseen kuntoutukseen kuuluviin apuvälineisiin on kunnan määrärahasidonnainen palvelu, johon asiakkaalla ei ole subjektiivista oikeutta. Kunnilla on mahdollisuus apuvälinepalvelujen priorisointiin silloin, kun se koskee yksittäisen henkilön apuvälineen saantia. (Järvinen 2003.) Narikan (2001, 265-266) mukaan oikeuskäytännössä on kuitenkin vakiintumassa periaate, jonka mukaan kunta ei voi pelkästään puuttuvien määrärahojen perusteella kieltäytyä tarjoamasta sellaisia terveydenhuollon palveluja, joihin potilaalla on näytetty olevan tarve. Tästä on esimerkkinä eräät apuvälineisiin liittyvät oikeustapaukset ([www.kho.fi](http://www.kho.fi)).

Kunta voi järjestää palvelut joko itse, yhteistyössä muiden kuntien kanssa tai olemalla jäsenenä toimintaa harjoittavassa kuntayhtymässä. Kunta voi myös ostaa palveluja julkisilta tai yksityisiltä palvelujen tuottajilta (Laki sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionosuudesta 733/1992).

Maksulain perusteella lääkinnällisen kuntoutuksen apuvälineet ovat potilaalle/asiakkaalle maksuttomia (Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista 734/1992). Poikkeuksena on tilanne, jossa apuvälineen tarve perustuu pakollisesta vakuutuksesta korvattavasta vahingosta. Tällöin kunta laskuttaa vakuutusyhtiötä luovutetuista apuvälineistä.

Ahvenanmaa noudattaa apuvälinepalveluissa samoja periaatteita kuin Suomi sillä poikkeuksella, että ÅHS (Ålands hälso- och sjukvård) vastaa lääkinnällisen kuntoutuksen apuvälineistä kuntien ja kuntainliittojen sijaan. ÅHS:n ohjeessa lääkinnällisestä kuntoutuksesta kerrotaan miten apuvälinepalvelut tulee järjestää ja miten apuvälineitä luovutetaan. Ahvenanmaalla apuvälineitä annetaan käyttöön tai omaksi, jos asiakkaalla on pysyvä vamma tai sairaus ja voimakkaasti alentunut toimintakyky ja tarve kuntoutustoimenpiteisiin, joilla parannetaan toimintaa tai estetään toiminnan huononemista

eikä asiakas ole missään hoitolaitoksessa. Asiakkaat saavat apuvälineet maksusitoumuksella tai lainaavat apuvälineet, jolloin niistä maksetaan lainamaksua. Maksua voi periä maakuntahallituksen päätöksellä. (Nationella system för förmedling av hjälpmedel 2003.)

Lääkinnällisen kuntoutuksen apuvälinepalvelujen lisäksi kunnat ovat velvollisia järjestämään määrättyjä apuvälinepalveluja sosiaalitoimen ja opetustoimen kautta (Laki vammaisuuden perusteella järjestettävistä palveluista ja tukitoimista 380/1987, Asetus vammaisuuden perusteella järjestettävistä palveluista ja tukitoimista 759/1987, Suomen perustuslaki 731/1999, Perusopetuslaki 628/1998. Perusopetusasetus 852/1998, Laki ammatillisesta koulutuksesta 630/1998). Lisäksi Kansaneläkelaitos, vakuutuslaitokset, työvoimahallinto sekä Valtiokonttori korvaavat apuvälineitä näiden korvauspiiriin kuuluville asiakkailleen lakien mukaisesti (Laki kansaneläkelaitoksen järjestämästä kuntoutuksesta 610/1991, Asetus kansaneläkelaitoksen järjestämästä kuntoutuksesta 1161/1991, Laki tapaturmavakuutuslain perusteella korvattavasta kuntoutuksesta 625/1991, Laki liikennevakuutuslain perustella korvattavasta kuntoutuksesta 626/1991, Työvoimapolvelulaki 1005/1993, Asetus työvoimapolveluihin liittyvistä etuuksista 1253/1993 ja Sotilasvammalaki 404/1948).

## **2.2 Apuvälinepalvelujen ohjaus**

Kansanterveystyön ja erikoissairaanhoidon yleinen suunnittelu, ohjaus ja valvonta kuuluvat sosiaali- ja terveysministeriölle (Kansanterveyslaki 66/1972, erikoissairaanhoidolaki 1062/1989). Kansanterveystyötä ja erikoissairaanhoidoa ohjaa ja valvoo sosiaali- ja terveysministeriön ohjauksessa läänin alueella lääninhallitus (Lääninhallituslaki 22/1997).

Sosiaali- ja terveyspalvelujen ohjaus voidaan jakaa normi- tai sääntöohjaukseen, taloudelliseen ohjaukseen ja informaatio-ohjaukseen (Oulasvirta ym. 2002). Suomessa on edetty tiukasta sääntöohjauksesta yksityiskohtaisen ohjauksen purkamisen kautta informaatio-ohjauksen painottamiseen. Aiemmin kuntien toimintaa sitoivat ministeriöiden ja keskusvirastojen antamat normit, määräykset, ohjekirjeet ja yleiskirjeet. Nämä lakeja ja

asetuksia alemmanasteiset säädökset kumottiin vuosina 1986-1991. Myös kuntien valtionosuusjärjestelmä muutettiin laskennalliseksi vuodesta 1993 alkaen. Tällöin suunnittelu- ja valtionosuusjärjestelmään liittynyt sitova ohjaus poistettiin. Uusi kuntalaki, joka korostaa kuntien itsehallintoa aiempaa enemmän, tuli voimaan vuonna 1995. (Hansson 2002, Oulasvirta ym. 2002).

Sosiaali- ja terveydenhuollon laadun nykyistä yksityiskohtaisempaan ohjaukseen on muodostunut paineita valtakunnallisesti, koska kuntien erilaiset taloudelliset mahdollisuudet palvelutuotannon järjestämisessä ovat osin uhanneet palvelujen riittävää laatua ja yhdenmukaisuutta kaikkialla maassa. Tämä tavoite ilmeni muun muassa valtioneuvoston hyväksymässä sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelmassa 2000-2003, jonka eräs toimenpidesuositus koski sosiaali- ja terveydenhuollon laatusuosituksia. (Narikka 2001, 356.)

Vuonna 1994 tehty selvitys apuvälineiden saatavuudesta (Sillanpää ym. 1995) osoitti, että usean sairaanhoitopiirin alueella oli tarpeen selkeyttää ja täsmentää keskussairaaloiden ja terveyskeskusten apuvälinepalveluiden työnjakoa. Selvityksen takia sosiaali- ja terveysministeriö kehotti kesäkuussa 1995 lähettämällään kirjeellään lääninhallituksia alueellaan seuraamaan, että apuvälineitä koskevaa lainsäädäntöä noudatetaan ja tarvittaessa ryhdytään ohjaus- ja valvontatoimenpiteisiin. Ministeriö totesi kirjeessään, että päätökset, joilla etukäteen suljetaan pois apuvälinepalvelujen piiristä määrättyjä potilasryhmiä tai apuvälineitä tai tietyn hintarajan alittavia apuvälineitä ovat lainsäädännön tarkoituksen vastaisia. Lisäksi kirjeessä todettiin, että apuvälineet sekä niiden sovitus, tarpeellinen uusiminen ja huolto ovat lain mukaan asiakkaalle maksuttomia. (Sosiaali- ja terveysministeriön kirje lääninhallituksille 28.6.1995.) Kirje ei kuitenkaan johtanut lääninhallituksia toimenpiteisiin.

Vuonna 2000 uusitun apuvälineiden saatavuus selvityksen mukaan 68 prosenttia terveyskeskuksista ja 87 prosenttia keskussairaaloista toivoi käyttöönsä valtakunnallisia linjauksia ja ohjeita apuvälineiden luovutuskriteereiden ja apuvälinepalvelujen yhdenmukaistamiseksi sekä apuvälinekäsitteen selkiyttämiseksi. Ohjeita toivottiin siitä, mitä ja minkä hintaisia apuvälineitä asiakkaiden tulisi hankkia itse, kuinka usein luovutettuja apuvälineitä tulisi uusia ja mikä yksittäisen apuvälineen ylähintarajan tulisi olla. Tietoa haluttiin myös siitä, miten apuvälineiden käyttöön liittyvät kulut tulisi korvata. Myös

luettelo niistä välineistä, jotka tulisi aina luovuttaa tai jotka liittyvät vamman eri asteisiin, koettiin hyödyllisiksi. Vastaajat arvioivat valtakunnallisten linjausten ja ohjauksen yhdistävän apuvälineitoimintaa, mikä lisäisi apuvälineitä tarvitsevien asiakkaiden keskinäistä tasa-arvoa. (Töytäri 2001.)

Viime vuosina useimmat keskussairaalat ovat laatineet ohjeistuksia sairaanhoitopiirin lääkinnällisen kuntoutuksen apuvälinepalvelujen järjestämisestä ja yhteisesti noudatettavista käytännöistä. Töytärin (2001) selvityksen mukaan terveyskeskukset eivät kuitenkaan aina olleet sitoutuneet sairaanhoitopiireissä tehtyihin ohjeistuksiin.

Saatavuus -selvityksen valmistuttua aloitettiin Stakesissa valmistella sosiaali- ja terveysministeriön toimesta apuvälinepalvelujen laatusuositusta, jonka pääsanoma on apuvälinepalvelujen joustava ja saumaton toimivuus. Suosituksen mukaan kuntien ja kuntayhtymien johto valmistelee sairaanhoitopiireittäin alueellisen suunnitelman, joka sisältää noudatettavan vastuun- ja työnjaon sekä ehdotukset apuvälineisiin liittyvistä yhdenmukaisista käytännöistä. Johdon tulee myös tukea apuvälineiden ja apuvälinepalvelujen saatavuutta ja varmistaa riittävät voimavarat. Suosituksen mukaan ammattihenkilöiden, kuten fysioterapeuttien, tulee noudattaa sairaanhoitopiireittäin sovittua vastuun- ja työnjakoa ja toimintalinjoja sekä tehdä alueellista yhteistyötä. (Apuvälinepalvelujen laatusuositus 2003.)

Laatusuosituksia on pidetty esimerkkinä uudentyyppisestä tiedolla ohjaamisesta. Laatusuositukset eivät ole muodolliselta sitovuudeltaan yhtä vahvoja kuin esimerkiksi lainsäädännössä asetetut normit. Laatusuosituksilla voi kuitenkin olla huomattavaa käytännön merkitystä toimintojen ohjeistuksessa. Laatusuosituksia voidaan käyttää myös valvonnallisena apukeinona esimerkiksi sellaisissa tilanteissa, joissa hoitohenkilökunnan menettelyä joudutaan arvioimaan vahingonkorvausoikeudellisen vastuun näkökulmasta. Muodollisesti ei-sitovat suositukset saattavat riittävän ajan kuluessa vakiintua normeiksi, jotka muodostavat käytännön mittapuun arvioitaessa menettelyn asianmukaisuutta. (Narikka 2002, 356, 358.)

Uusin apuvälinepalveluita ohjaava asiakirja on Eduskunnan oikeusasiamiehen päätös Näkövammaisten Keskusliiton tekemään kanteluun lääkinnällisen kuntoutuksen apuvälinepalveluista. Päätöksessään oikeusasiamies painottaa, että kuntien on otettava

huomioon perustuslain lakisääteinen terveystalvelujen turvaamisvelvoite lääkinällisen kuntoutuksen talveluja järjestäessään, talousarviopäätöksiä tehdessään ja lakia soveltaessaan. Päätöksessä korostetaan myös syrjinnän kiellon merkitystä perusoikeuksien toteutumiseen liittyvänä terveydenhuollon oikeudenmukaisuuskysymyksenä. Täten kuntoutustalvelujen lähtökohtana tulee olla aina yksilöllinen tarve. Siltä osin kuin talvelujen järjestämistä koskevat ohjeet eivät jätä tilaa talvelun tarvitsijan yksilöllisen tarpeen huomioon ottamiselle, ne ovat ristiriidassa lainsäädännön kanssa. (Eduskunnan oikeusasiamiehen lausunto 2003.)

Sellaiset ohjeet, jotka mahdollistavat asiakasmaksujen perimisen apuvälineistä, niiden sovituksesta, tarpeellisesta uusimisesta ja huollosta ovat lainvastaisia (Eduskunnan oikeusasiamiehen lausunto 2003, Järvinen 2003). Apuvälineen tavanomainen puhdistus on asiakkaan vastuulla, mutta esimerkiksi kuulokojeiden ym. välineiden paristojen hankinta on kunnan vastuulla. Jos apuväline rikkoutuu normaalin kulutuksen aiheuttamana, rikkoutumisesta ei voi periä maksua. Asiasta ei ole olemassa nimenomaista säännöstä, mutta joissain tapauksissa vahingonkorvauslaki voi tulla kyseeseen arvioitaessa korvausvelvollisuutta. Myöskään apuvälineiden kuljetuksesta luovutuspaikasta käyttöpaikkaan ei ole olemassa selkeitä ohjeita, mutta periaatteessa apuväline tulee saada käyttöön maksutta. (Järvinen 2003.)

Sitovien normien poistuttua terveystalvelujen ohjaus ja valvonta tarvitsisivat tuekseen järjestelmällistä ja tarpeeksi kattavaa tietoon perustuvaa seurantaa ja arviointia (Hansson 2002, Oulasvirta ym. 2002). Jälkikäteisvalvonnassa asioihin voidaan puuttua vain silloin, kun kantelu tai valitus pannaan vireille (Hansson 2002). Mikäli apuvälineen tarvitsija on tyytymätön terveydenhuollossa tehtyyn ratkaisuun, hän voi tehdä muistutuksen päätöksentekijän esimiehelle tai kannella joko lääninhallitukselle tai oikeusasiamiehelle. Kielteinen päätös voidaan myös saattaa hallinto-oikeuden ja edelleen korkeimman hallinto-oikeuden tutkittavaksi hallintoriita-asiana. (Konola ym. 2003, 45.)

Apuvälinepalveluja ohjaavan lainsäädännön soveltamiseen liittyviä ongelmatapauksia on ollut viime vuosina jonkin verran käsittelyssä hallinto-oikeudessa ja Korkeimmassa hallinto-oikeudessa ([www.kho.fi](http://www.kho.fi)). Esimerkkitapauksessa henkilöllä oli vammansa johdosta kiistaton ortopedisten jalkineiden tarve. Ortopediset jalkineet olivat keskeinen apuväline hänen liikuntakykynsä mahdollistamisessa ja selviytymisessä päivittäisessä elämässä.

Henkilö tarvitsi vammansa laadusta johtuen kolmet jalkineet vuodessa kunnan myöntämän yhden tai kahden parin sijaan. Kunta ei ollut näyttänyt, että kunnan taloudellinen tilanne olisi estänyt tarvittavien useampien jalkineiden hankinnan. Kunta ei ollut osoittanut myöskään sellaisia priorisointiperusteita, jotka olisivat estäneet henkilön yksilöllisten tarpeiden huomioon ottamisen. Korkein hallinto-oikeus velvoitti kuntaa hankkimaan henkilölle tarvittavan määrän ortopedisia jalkineita.

### **2.3 Apuvälineiden saatavuus**

Palvelujen riittävyttä arvioitaessa voidaan lähtökohtana pitää sellaista palvelujen tasoa, joka luo jokaiselle ihmiselle edellytykset toimia yhteiskunnan täysivaltaisena jäsenenä (Hallituksen esitys 309/1993). Harkintavallan perusteiden tulee olla hyväksyttäviä, ennalta tiedossa ja kohdistua kaikkiin samalla lailla. Ketään ei saa ilman hyväksyttävää perustetta asettaa eri asemaan esimerkiksi iän, alkuperän, kielen, uskonnon, terveydentilan, vammaisuuden tai muun henkilöön liittyvän syyn perusteella. (Suomen perustuslaki 731/1999.) Sellaiset ohjeet, joilla etukäteen rajoitetaan lääkinnällisen kuntoutuksen palvelujen saatavuutta sulkemalla palvelujen piiristä kaavamaisesti pois määrättyjä potilasryhmiä, kuten tietyn ikäisiä henkilöitä tai apuvälineitä tai tietyn hintaisia apuvälineitä, ovat lainvastaisia. (Eduskunnan oikeusasiamiehen lausunto 2003.)

Apuvälineiden saatavuus -selvityksessä (Töytäri 2001) tarkasteltiin terveyskeskusten ja keskussairaaloitten lääkinnällisen kuntoutuksen apuvälineiden saatavuutta ja verrattiin saatuja vastauksia vuonna 1994 tehtyyn vastaavan selvityksen (Sillanpää ym. 1995) tuloksiin. Apuvälineiden saatavuutta arvioitiin apuvälineiden luovutuskäytäntöjen ja niihin liittyvien rajoitusten, alueellisten erojen, käytettyjen voimavarojen, päätöksenteon ja yhteistyön kannalta. Kysely lähetettiin kaikille terveyskeskusten johtaville lääkäreille (N=275) ja keskussairaaloitten kuntoutusylilääkäreille (N=23). Vastaaajina toimivat pääasiassa kuntoutushenkilöstö ja lääkärit. (Töytäri 2001.)

Selvityksen mukaan apuvälineiden saatavuus oli lähes samanlainen kuin se oli ollut vuonna 1994. Terveyskeskukset ja keskussairaalat käyttivät edelleen, kuten vertailuvuonnakin, useita erilaisia kriteereitä apuvälineiden luovuttamisen rajoittamiseksi. Halpojen apuvälineiden hankkimisen rajoitukset olivat vähentyneet jonkin verran.

Yksittäisten apuvälineiden ylintä hintarajaa käytettiin aikaisempaa vähemmän keskussairaaloissa, mutta terveyskeskuksissa aikaisempaa enemmän. Joissakin keskussairaaloissa oli alettu lisääntyvästi periä asiakkailta lainamaksua. Apuvälineiden saatavuutta heikensi osittain myös luovutettavissa olevien apuvälineiden riittämätön määrä. (Töytäri 2001.)

Terveyskeskuksista 68 prosenttia ja keskussairaaloista 83 prosenttia ilmoitti rajoittaneensa lääkinnällisen kuntoutuksen apuvälineiden luovutusta joillakin etukäteen sovitulla kriteereillä (Töytäri 2001). Yli kolmannes terveyskeskuksista ja keskussairaaloista oli rajoittanut joko halpojen apuvälineiden luovuttamista tai oli listannut apuvälineitä, joita ei annettu. Noin puolet terveyskeskuksista ja kolme neljästä keskussairaaloista oli rajoittanut luovutettavien apuvälineiden uusimista tai ne olivat käyttäneet apuvälineiden luovutuksessa määrärajoituksia. Joka neljäs terveyskeskus ja joka toinen keskussairaala oli asettanut ylähintarajoja yksittäisille apuvälineille. Noin joka viides vastaajataho oli tiukentanut apuvälineiden luovutusta diagnoosin, vamman asteen tai iän suhteen.

Joka toisessa terveyskeskuksessa ja kolmessa neljästä keskussairaaloista asiakkaat joutuivat itse maksamaan apuvälineidensä käyttöön, huoltoon ja kuljetuksiin liittyviä kustannuksia. Apuvälinepalvelujen asiakasmaksuja ilmoitti perivänsä joissakin tapauksissa noin joka kymmenes terveyskeskuksista ja vajaa viidennes keskussairaaloista.

Suurin osa apuvälineiden luovutuskriteereistä oli kirjattu, mutta käytössä oli myös yhteisesti sovittuja käytäntöjä tai totuttuja tapoja, joita ei ollut kirjattu. Tällaisia kirjoittamattomia sääntöjä oli vajaalla puolella terveyskeskuksista ja noin kolmanneksella keskussairaaloista. Näistä kolmella neljästä oli kirjoittamaton lista apuvälineistä, joita ei luovutettu.

Keskussairaaloitten apuvälineyksiköille tehdyn kyselyn mukaan tietokoneen, sen lisälaitteiden ja ohjelmistojen myöntäminen apuvälineiksi osoittautui vuonna 1996 epäyhtenäiseksi eri puolella maata (Salminen 1997). Vuonna 1996 myönnettiin 136 tietokonetta apuvälineiksi, joista 53 luovutettiin keskussairaaloitten myöntäminä ja loput Kansaneläkelaitoksen kautta (Salminen 1997, Rajaniemi 1997). Vastaava luku Ruotsissa oli vuotta myöhemmin 742 kappaletta (Johansson 1998).



Kuulo- ja puhevammaisten tulkkipalveluita selvittäneen tutkimuksen mukaan tutkimukseen osallistuneista puhevammaisista CP-vammaisista (n=44) ja kehitysvammaisista (n=24) henkilöistä vain osalla oli käytössään kommunikoinnin apuväline. Yli kolmasosa CP-vammaisista ja yli puolet kehitysvammaisista henkilöistä oli ilman apuvälinettä (Topo ym. 2000).

Muiden maiden apuvälineiden saatavuudesta on vain vähän tietoa saatavilla. Jokaisella maalla on omat apuvälinepalveluja ohjaavat lakinsa ja käytäntönsä luovuttaa apuvälineitä. Tämä vaikeuttaa maiden välistä arviointia apuvälineiden saatavuudesta. Vuosina 2002-2003 Euroopan komission teettämä tutkimus käsitteli apuvälineisiin liittyviä lakeja ja niitä organisaatioita, jotka hankkivat ja jakelivat apuvälineitä kahdeksassa Euroopan Unionin jäsenmaassa (Tanska, Ranska, Saksa, Italia, Hollanti, Espanja, Ruotsi ja Iso-Britannia). Tutkimus osoitti, että apuvälineiden jakelu erosi toisistaan maiden kesken. Apuvälineisiin liittyvät käytännöt, kuten tiedottaminen, läheteet, arviointi, luovuttaminen, rahoitus ja menettelytavat oli järjestetty eri lailla eri maissa. Maiden erot yksilön sosiaalisen tuen järjestämisestä vaikuttivat yleensä myös apuvälineisiin liittyviin säännöksiin. Useissa maissa apuvälineiden luovuttamiseen liittyvissä säännöksissä nousi esille toimintakyvyn heikentymisen syy, henkilön sen hetkinen tilanne, henkilön tulot ja varallisuus, työssäkäynti, opiskelu, työttömyys ja asumispaikkakunta. (Marx 2003, 98-102.)

Kuulonhuoltopalveluja Pohjoismaissa ja Iso-Britanniassa kartoittaneessa tutkimuksessa ilmeni, että vuosittain 10 000 henkeä kohti käyttöön otettujen kuulokojeiden määrä oli pienin (2,73 kappaletta) Suomessa ja suurin (12,3 kappaletta) Tanskassa. Kuulokojeita oli käytössä Tanskan ja Iso-Britannian väestöstä noin 3,5 prosentilla, Norjassa 2,8 prosentilla ja Suomessa yhdellä prosentilla. (DACEHTA ym. 2001.)

Ympäristönhallintajärjestelmiä luovutetaan käyttöön määrällisesti hyvin eri tavoin eri sairaanhoitopiirien alueilla. Vuonna 2001 Kanta-Hämeen sairaanhoitopiirissä tehdyn tutkimuksen mukaan ympäristönhallintalaitteiden määrät vaihtelivat sairaanhoitopiireittäin 1,5 kappaleesta 13,1 kappaleeseen 100 000 asukasta kohden. Ympäristönhallintalaitteita oli keskimäärin 5,4 kappaletta 100 000 asukasta kohden Suomessa. Vastaava luku vaihteli Englannissa 7,1 - 9,9 ja Islannissa 20 - 30. Erot eivät ole selitettävissä sairastavuuseroilla. (Rousi ym. 2002.)

## 2.4 Apuvälineiden luovutuskäytännöt

Asetuksessa lääkinnällisestä kuntoutuksesta mainitaan, että apuvälinepalveluihin kuuluu muun muassa apuvälineen luovutus omaksi tai käytettäväksi (Asetus lääkinnällisestä kuntoutuksesta 1015/1991). Apuvälineen luovuttaminen käyttöön apuvälineen tarvitsijalle on osa apuvälinepalveluprosessia (Liite 1. Apuvälinepalveluprosessi ja siihen vaikuttavat tekijät).

Apuvälinetarpeen ilmaantuessa kunnan asukas voi kääntyä kuntansa terveyskeskuksen henkilöstön puoleen. Kuka hyvänsä apuvälineen tarvitsijan hoitoon tai kuntoutukseen osallistuva työntekijä, potilas itse tai hänen omaisensa voi tehdä aloitteen tarvittavan apuvälineen hankkimista varten. Yleisemmin apuvälineen tarpeen arvioinnin tekevät fysioterapeutit tai lääkärit. Tarpeen arvioinnin jälkeen varsinaisen päätöksen apuvälineen luovuttamisesta tekee apuvälineen hinnasta ja luovutustavasta riippuen eri henkilöt. Usein fysioterapeuteilla ja muilla terapeuteilla on oikeus antaa apuvälineitä lyhytaikaislainsäädännön ja lisäksi pitkäaikaislainsäädännön, jos apuväline löytyy suoraan varastosta tai se on tietyn hintainen (50 - 2 523 euroa). (Töytäri 2001.)

Terveyskeskusten ja sosiaalitoimen tulisi järjestää apuvälinepalvelujen peruspalvelut ja erityisen kalliiden ja vaativien apuvälineiden hankinta kuuluu erikoissairaanhoidolle (Apuvälinepalvelujen laatusuositus 2003.) Terveyskeskus luovuttaa lääkinnällisenä kuntoutuksena muun muassa liikkumiseen ja päivittäisiin toimintoihin liittyviä apuvälineitä. Apuvälinetoiminnasta vastaa useimmiten fysioterapeutti tai toimintaterapeutti, joka on perehtynyt apuvälineisiin ja osaa arvioida apuvälineen tarvitsijan toimintakyvyn. Myös kuntotoiminta tai muu ammattihenkilö voi toimia vastuuhenkilönä. Laadukas apuvälinepalvelutoiminta edellyttää moniammatillista yhteistyötä palveluketjun eri toimijoiden välillä. (Konola ym. 2003.)

## 2.5 Päätöksenteko apuvälinepalveluissa

Sillanpään ym. (1995) ja Töytärin (2001) selvitysten mukaan uusien apuvälineiden hankinnasta ja kalliimpien apuvälineiden luovuttamisesta päättivät lääkärit yhdessä terapeuttien kanssa tai päätöksen teki kuntoutustyöryhmä. Terveyskeskuksista noin neljännes mainitsi ainoastaan lääkärin tai johtavan lääkärin apuvälineiden pitkäaikaislainauksista päättävinä henkilöinä. Muissa terveyskeskuksissa lainauksen päätökseen osallistui kuntoutustyöryhmä tai lääkärit yhdessä eri kuntoutushenkilöiden kanssa. Lisäksi joissain terveyskeskuksissa apuvälineiden luovutuspäätöksiin tarvittiin muun muassa sosiaalihoitajan, sosiaalisihteerin tai talouspäällikön hyväksyntä.

Apuvälineiden luovutuskäytännöt oli vahvistettu suurimmassa osassa terveyskeskuksista kuntoutusryhmissä tai lääkärit olivat vahvistaneet käytännöt yhdessä apuvälinepalvelutoimintaan osallistuvien kanssa. Noin joka neljännessä terveyskeskuksessa apuvälineiden luovutuskäytännöt oli vahvistettu hallinnon korkeimmalla tasolla, kuten liittovaltuustossa tai -hallituksessa, sosiaali- ja terveyslautakunnassa, perusturvalautakunnassa tai terveyskeskuksen johtoryhmässä. Pieni osa terveyskeskuksista ilmoitti käyttävänsä sairaanhoitopiirin laatimia luovutuskäytäntöjä. (Sillanpää ym. 1995, Töytäri 2001.)

Tapaa millä apuvälineiden luovuttamista oli rajoitettu ennalta terveyskeskusten hallinnollisten päätöksentekijöiden päätöksillä, voidaan tarkastella myös apuvälinepalvelujen priorisointina. Priorisoinnilla tarkoitetaan nykyisessä terveystieteellisessä kirjallisuudessa kaikkia niitä pyrkimyksiä, joiden tarkoituksena on ohjata terveydenhuollon palvelujen kysyntää tavoitteena vähentää vähiten vaikuttavien ja tehottomampien tutkimusten ja hoitojen käyttöä. Tavallisesti tähän liittyy myös pyrkimys rajoittaa kustannuksia ja jarruttaa niiden kasvua. (Ryynänen ym.1999, 43-44.) Apuvälineiden luovuttamisen rajoittaminen ennalta sovittujen kirjoitettujen kriteereiden avulla on sisäistä priorisointia, joka tapahtuu meso eli alue- ja paikallisella tasolla. Koska jokainen potilas on kuitenkin ainutlaatuinen yksilö ainutkertaisessa elämäntilanteessa, tällaiset hoitosuosituksot tai -määräykset ja rajoitukset ovat vain yleistyksiä, joita sellaisenaan ei saisi soveltaa yksittäiseen potilaaseen. (vrt. Oikeudenmukaisuus ja ihmisarvo suomalaisessa terveydenhuollossa 2001.)

## 2.6 Apuvälineiden kustannukset

Kuntoutusselonteko tähdentää kuntoutuksen kehittämislinjauksissa terveydenhuollon kuntoutustehtävien tehostamista muun muassa niin, että kunnallinen terveydenhuolto osoittaa riittävät määrärahat oman kuntoutustehtävänsä hoitamiseen (Kuntoutusselonteko 2002). Kuntoutusmenoista 20 prosenttia koostuu terveydenhuollon kustantamasta kuntoutuksesta. Vuonna 1999 kustannusten määrä oli 231,3 miljoonaa euroa. Kunnallisen terveydenhuollon kuntoutusmenot on laskettu kuntoutuksen erityistyöntekijöiden palkkakustannusten ja muiden henkilöstökustannusten perusteella sekä arvioimalla ostopalvelujen ja apuvälineiden kustannukset sekä hoitopäiväkustannukset. (Kuntoutuksen kustannuksista ja vaikuttavuudesta 2002.)

Apuvälineiden saatavuus -selvitysten mukaan vuonna 1999 lääkinnällisen kuntoutuksen apuvälineiden hankintaan käytettiin 32 miljoonaa euroa. Tästä terveyskeskusten osuus oli 14,2 miljoonaa euroa. Vastaava luku vuodelta 1992 vuoden 1999 arvoksi muutettuna oli 12 miljoonaa euroa. Laskennallinen keskussairaaloitten ja terveyskeskusten apuvälineiden hankintaan käytetty keskimääräinen kustannus asukasta kohden oli vuonna 1999 noin 6,2 euroa. Terveyskeskusten osuus tästä rahamäärästä oli 2,7 euroa ja vuonna 1992 noin 2,4 euroa. (Sillanpää ym. 1995, Töytäri 2001.)

Apuvälineiden hankintakustannukset vuodessa vaihtelivat eri terveyskeskusten välillä 0,2-7,9 euroa asukasta kohti vuonna 1993. Sillanpään (1997) pro-gradu -tutkielman mukaan vähän terveydenhuollon käyttömenoihin panostaneet terveyskeskukset käyttivät myös muita terveyskeskuksia useimmin apuvälineiden luovutusrajoituksia.

Keskussairaaloitten apuvälineyksiköille tehdyn kyselyn mukaan tietoteknisten apuvälineiden kustannukset olivat vuonna 1996 noin 2 prosenttia kaikista apuvälinekustannuksista (Salminen 1997).

Apuvälineiden ylläpitotoiminnan kehittäminen JYTY -kunnissa -hankkeen tavoitteena oli kartoittaa JYTY -kuntien (kahdeksan Pohjois-Karjalan kuntaa) apuvälinetoiminnan tilanne

ja selvittää kehittämistarpeet. Selvityksen mukaan kuntien asukaslukuihin suhteutetut apuvälinekustannukset vuonna 2000 vaihtelivat 5,4 eurosta 9,2 euroon asukasta kohden. Kustannukset sisälsivät terveyskeskusten kautta myönnettyjen apuvälineiden hankintakulut ja erikoissairaanhoidon kautta kuntalaisille myönnettyjen apuvälineiden kustannukset (sis. välineet, työ, huolto). (Parkkinen 2002.)

Petäkoski-Hultin tekemän väitöskirjan (1995) mukaan apuväline voi yksittäisenä hankintana ylläpito- ym. kuluineen olla kallis, mutta yhteiskunnallisesti se on edullista, sillä apuväline laskee vammais- ja vanhustenhuollon kustannuksia. Apuvälineet voivat tuoda myös säästöjä vähentämällä auttavan ammattihenkilökunnan määrän tarvetta. Suurin osa apuvälineiden hankintakustannuksista saatiin takaisin jo vuodessa muun muassa kotiavustajien palkkasäästöinä.

Suomessa apuvälineisiin käytettyjen määrärahojen vertailu kansainvälisesti on hankalaa maiden erilaisten apuvälineiden luovutusperusteiden ja käytäntöjen sekä puutteellisen seurannan takia. On arvioitu, että Ruotsi käyttäisi neljä kertaa ja Norja viisi kertaa enemmän rahaa apuvälineisiin kuin Suomi (Huolman 2001).

## **2.7 Apuvälinepalvelujen järjestäminen muissa Pohjoismaissa**

Seuraavissa kappaleissa kerrotaan muiden Pohjoismaiden apuvälinepalvelujärjestelmistä sekä maiden tavoista luovuttaa apuvälineitä käyttöön.

### **2.7.1. Ruotsin apuvälinepalvelut**

Ruotsissa maakunnat ja kunnat ovat velvollisia järjestämään apuvälineet toimintarajoitteisille henkilöille. Lain mukaan henkilöllä ei ole subjektiivista oikeutta saada apuvälineitä vaan maakunnat ja kunnat päättävät itse lain puitteissa apuvälineitä koskevista yksityiskohtaisista säännöksistä kuten luovutettavista apuvälineistä ja niihin liittyvistä maksuista. Tämän takia mahdollisuudet saada apuvälineitä käyttöön vaihtelevat eri puolilla Ruotsia. (Nationella system för förmedling av hjälpmedel 2003.)

Maakunnat ja kunnat vastaavat päivittäisiin toimintoihin sekä hoitoon liittyvistä apuvälinepalveluista, samoin koulunkäyntiin ja opiskeluun liittyvistä henkilökohtaisista apuvälineistä. Maakuntiin kuuluvien apuvälinekeskusten tehtävänä on antaa konsultointiapua maakuntien ja kuntien henkilökunnalle lähinnä harvinaisempien apuvälineiden sovituksessa.

Apuvälineet ovat pääasiassa maksuttomia asiakkaille. Joidenkin apuvälineiden hankintaan liittyy omavastuuosa. Tällaisia apuvälineitä ovat esimerkiksi ortopediset kengät, peruukit ja kuulokojeet. On tavallista, että käyttäjä maksaa apuvälineen käyttöön liittyvät kustannukset, kuten pyörätuolien renkaat ja välineisiin tarvittavat patterit. Työssä tarvittavat apuvälineet tarvitsijat saavat maksutta käyttöönsä.

### 2.7.2 Norjan apuvälinepalvelut

Norjassa kunnalla on ensisijainen vastuu asukkaidensa apuvälinepalvelujen järjestämisestä. Apuvälineen tarve arvioidaan kunnissa ja siellä muotoillaan hakemus lähetettäväksi läänin apuvälinekeskukselle. Jos apuvälinekeskus hyväksyy hakemuksen, hakija saa apuvälineen. Läänien apuvälinekeskukset huolehtivat apuvälineen sovituksesta ja muutostöistä. Valtakunnallisesti toimivat esimerkiksi tietoteknologiayksikkö ja kuurosokeiden osaamiskeskus. Kunnan henkilöstö opettaa luovutuksen jälkeen apuvälineen käytön sekä seuraa ja arvioi apuvälineen käyttöä ja hyötyä. Norjassa on meneillään projekti, jossa henkilökohtaisen suunnitelman avulla pyritään kehittämään nykyistä apuvälinepalvelukäytäntöä yksinkertaisemmaksi. (Nationella system för förmedling av hjälpmedel 2003.)

Henkilö, jolla on pysyvä (yli 23 vuotta) ja olennaisesti toimintakykyä heikentävä sairaus, vika tai vamma voi saada kohtuullisesti tukea apuvälineisiin sairausvakuutuksesta (folketrygden). Asiakkailla on oikeus saada tarvitsemansa apuvälineet ja tarvittaessa apuvälineisiin varatun budjetin voi ylittää. Edellytyksenä apuvälineen saamiselle on, että apuväline on tarpeellinen ja tarkoituksenmukainen ratkaisemaan ongelmia päivittäisessä elämässä tai kotihoidossa. Sairausvakuutus ei tue sellaisten välineiden hankintaa kotiin, joita tavallisesti käyttävät myös ei-vammaiset ihmiset. Tällaisia käyttötavaroita ovat esimerkiksi pesukoneet, televisiot ja tavalliset keittiövälineet.

Joillekin apuvälineryhmien luovutukselle on asetettu ehtoja, kuten tuen määrä tai vuosittain luovutettavien apuvälineiden määrää on rajattu. Tällaisia apuvälineitä ovat muun muassa kuulon apuvälineet, avustajakoirat, tietokoneet, koulun apuvälineet, moottoriajoneuvot ja muut kulkuneuvot. Esimerkiksi kuulokojeista asiakkaat maksavat omavastuuosuuden.

### 2.7.3 Tanskan apuvälinepalvelut

Tanskassa henkilölle, jonka toimintakyky on laajasti heikentynyt, maksetaan apuvälineet verovaroin. Henkilön täytyy kuitenkin korvata itse sellaiset kulut, mitkä hänelle aiheutuisi myös silloin, jos hänen toimintakykynsä ei olisikaan alentunut. Toisaalta henkilön ei pidä joutua itse korvaamaan lisäkuluja, joita hänen alentuneesta toimintakyvystään aiheutuu. Yleinen periaate on, että apuvälinettä suositteleva viranomainen on myös maksava viranomainen. Laki antaa mahdollisuuden kullekin kunnalle lain puitteissa asettaa oman palvelutasonsa, mutta apuvälinehakemusta ei voi kuitenkaan hylätä sen perusteella, että budjetti on ylitetty. Päätökset tehdään aina asiakkaan yksilöllisen arvioinnin pohjalta. (Nationella system för förmedling av hjälpmedel 2003.)

Kunnat tukevat toimintakykyrajoitteisten henkilöiden apuvälineiden ja kulutustavaroiden hankintaa. Läänit myöntävät tukea optisiin apuvälineisiin, käsi- ja jalkaproteeseihin, kuulokojeisiin, erityisiin informaatioteknisiin apuvälineisiin ja lisälaitteisiin sekä invalidiautoihin. Läänien apuvälinekeskuksiin on keskitetty myös erityisapuvälineet.

Tanskassa apuvälineet on listattu kolmeen ryhmään: 1) yleiset tarvikkeet, 2) sellaiset kulutustavarat, joista on erityisarvoa käyttäjälle alentuneen toimintakyvyn takia ja 3) apuvälineet. 1) Yleiset tarvikkeet ovat tuotteita, joita jokainen, joka haluaa voi itse hankkia ja näiden hankintaa ei tueta. Tällaisia ovat televisiot, patjat, tuolit, puhelimet jne. 2) Kulutustavarat ovat sellaisia, joita kaikki kansalaiset käyttävät, mutta joilla on erityiskäyttöä niille, joiden toimintakyky on alentunut. Esimerkkinä tällaisesta on tietokone henkilölle, joka käyttää puheohjelmaa. Näistä välineistä korvataan 50 % ja välineistä tulee henkilön omia. 3) Apuvälineet on tarkoitettu auttamaan henkilön toimintakykyä. Apuvälineet lainataan niin kauaksi aikaa kuin tarve vaatii. Luovutuskriteerit ja tuen tarkastusprosessi ovat samanlaisia oli kyseessä sitten kulutustavara tai apuväline.

#### 2.7.4 Islannin apuvälinepalvelut

Islannissa kansanvakuutuslaitos (Rigsforsikringen) vastaa apuvälineistä apuvälinelakien ja -säännösten mukaisesti. Aasukkaat saavat apuvälineitä parantamaan toimintakykyä, lisäämään mahdollisuuksia toimia itse tai helpottamaan sellaisten henkilöiden hoitoa, joiden toimintakyky on alentunut. Apuvälineet annetaan enimmäkseen maksutta käyttäjälle, mutta joissain apuvälineissä on omavastuuosa. Esimerkiksi käyttäjä maksaa 10 % ortopedisistä kengistä tai 30 % ortooseista, kun käyttötarve on lyhyempi kuin vuosi. Yleensä kierrätettävät apuvälineet korvataan kokonaan. (Nationella system för förmedling av hjälpmedel 2003.)

Kansanvakuutuslaitoksen apuvälinekeskus huolehtii päivittäisissä toiminnoissa kotona tarvittavista apuvälineistä, ajamiseen tarvittavista apuvälineistä, kommunikaation apuvälineistä, ortopedisistä apuvälineistä sekä hoitoon liittyvistä apuvälineistä. Kuulo- ja puhekeskus vastaa puhevammaisten apuvälineistä ja näkökeskus sokeiden ja näkövammaisten apuvälineistä.



### 3 TUTKIMUKSEN TAVOITTEET, KYSYMYKSET JA KÄSITTEET

Tämä tutkimus on jatkoanalyysi vuoden 2000 apuvälineiden saatavuus -selvityksen aineistosta (Töytäri 2001.)

#### 3.1 Tutkimuksen tavoitteet

Tämän tutkimuksen tavoitteena on selvittää mikä yhteys suomalaisten terveyskeskusten apuvälineiden luovutuskäytännöistä päättävillä tahoilla on lääkinnällisen kuntoutuksen apuvälineiden luovutusrajoituksiin, asiakasmaksuihin ja apuvälineiden hankintoihin käytettyjen määrärahojen vaihteluun vuonna 2000.

#### 3.2 Tutkimuksen kysymykset

Tällä tutkimuksella pyritään saamaan vastaukset seuraaviin tutkimuskysymyksiin:

1. Mitkä henkilöt, elimet tai tahot tekevät päätöksiä apuvälineiden luovutuskäytännöistä?
2. Miten apuvälineiden luovutuskäytännöistä päättävät tahot eroavat toisistaan:
  - a) apuvälineiden luovuttamista rajoittavien keinojen määrän suhteen
  - b) apuvälineiden luovuttamista rajoittavien keinojen sisällön suhteen
  - c) käytettyjen asiakasmaksujen suhteen
  - d) asiakkaiden maksamien apuvälineiden käyttökustannusten ja
  - e) apuvälineiden hankintoihin käytettyjen määrärahojen suhteen?

### 3.3 Tutkimuksen käsitteet

#### ***Apuväline***

Apuvälineellä tarkoitetaan lääkinnälliseen kuntoutukseen kuuluvia apuvälineitä. Näitä ovat lääkinnällisin perustein todetun toimintavajavuuden korjaamiseen tarkoitetut välineet, laitteet tai vastaavat, joita vajaakuntoinen henkilö tarvitsee selviytyäkseen päivittäisissä toiminnoissaan. Apuvälineisiin luetaan kuuluvaksi myös kuntoutuksessa tarvittavat hoito- ja harjoitusvälineet sekä peruskoululaisen koulutukseen liittyvät apuvälineet, mikäli niitä ei korvata jonkin muun tahon kautta. (Asetus lääkinnällisestä kuntoutuksesta 1015/1991.)

#### ***Apuvälinepalvelu***

Apuvälinepalvelulla tarkoitetaan lääkinnällisen kuntoutuksen apuvälinepalveluita. Palveluihin kuuluvat apuvälineiden tarpeen määrittely, välineiden sovitus, luovutus omaksi tai käytettäväksi, käytön opetus ja seuranta sekä välineiden huolto. (Asetus lääkinnällisestä kuntoutuksesta 1015/1991.)

#### ***Apuvälineiden luovutuskäytäntö***

Apuvälineiden luovutuskäytännöllä tarkoitetaan terveyskeskuksen käyttämää linjaa ja toimintatapoja apuvälineiden luovuttamisessa. Apuvälineiden luovutuskäytäntöihin kuuluvat tässä tutkimuksessa apuvälineiden luovuttamisen rajoittaminen erilaisten keinojen (luovutuskriteerit) avulla sekä asiakkaiden maksamat apuvälineisiin ja niiden käyttöön, huoltoon ja korjaukseen liittyvät maksut ja kustannukset. Luovutuskäytäntö koskee apuvälineen luovuttamista omaksi tai pitkäaikaiskäyttöön, jolloin apuvälineen saaja voi käyttää apuvälinettä tarvitsemansa ajan.

Terveyskeskukset luovuttavat apuvälineitä niitä tarvitseville myös lyhytaikaislainaan. Tällöin laina-aika kestää yleisemmin korkeintaan noin kolme kuukautta. Lyhytaikaislainoihin liittyvät käytännöt on rajattu tämän tutkimuksen ulkopuolelle.

***Apuvälineiden luovuttamisen rajoittaminen (luovutuskriteerit)***

Apuvälineiden luovuttamisen rajoittamisella (luovutuskriteereillä) tarkoitetaan keinoja, joilla terveyskeskukset ovat rajoittaneet apuvälineiden luovuttamista etukäteen tehdyillä päätöksillä.

***Apuvälineiden luovutuskäytäntöjen päätöksentekijät***

Luovutuskäytäntöjen päätöksentekijöillä tarkoitetaan niitä henkilöitä, elimiä ja tahoja, jotka ovat vahvistaneet terveyskeskuksissa käytössä olevien apuvälineiden luovutuskäytännöt.

## 4 AINEISTO JA MENETELMÄT

### 4.1 Tutkimusaineisto ja tutkimusasetelma

Tämän tutkimuksen aineisto on osa Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus Stakesissa tehdyn Apuvälineiden saatavuus 2000 -selvityksen aineistoa. Alkuperäisestä selvityksestä on julkaistu Töytärin (2001) raportti "Apuvälineiden saatavuus 2000. Selvitys apuvälineiden luovutuskäytännöistä, resursseista ja yhteistyöstä terveyskeskuksissa ja keskussairaaloissa".

Apuvälineiden saatavuus 2000 -selvityksessä lähetettiin kysely kaikille maan terveyskeskusten johtaville lääkäreille (N=254) lukuun ottamatta Ahvenanmaata. Terveyskeskusten kokonaismäärä oli vastaavana aikana 275. Tähän tutkimukseen valittiin selvityksestä ne terveyskeskukset (N=177), joilla oli käytössään apuvälineiden luovuttamista rajoittavia keinoja (luovutuskriteereitä) tai joilla oli käytössä apuvälineisiin liittyviä maksuja tai apuvälineiden käyttöön liittyviä asiakkaiden maksamia käyttökustannuksia ja jotka lisäksi olivat vastanneet apuvälineiden luovutuskäytäntöjä vahvistanutta tahoa selvittäneeseen kysymykseen selkeästi.

Kyselyllä selvitettiin myös terveyskeskusten käyttämiä hankkimisrajoituksia kalliille apuvälineille. Eli terveyskeskuksilta kysyttiin, oliko niillä käytössä korvauskattoa eli hintarajaa, jota kalliimpia apuvälinekohtaisia malleja ei korvattu. Tällaiset rajoitukset koskivat lähes poikkeuksetta peruukin luovuttamista. Ne terveyskeskukset, joille tämä luovuttamisen rajoituskeino oli ainoa, jätettiin tämän tutkimuksen ulkopuolelle. Syynä poisjättöön oli se, että osa kysymykseen vastaajista oli ymmärtänyt kysymyksen väärin. Nämä vastaajat selittivät palvelujen porrastukseen liittyviä hintarajoja yksittäisten apuvälineiden hintarajojen sijaan.

Tutkimukseen kuuluvien terveyskeskusten yhteenlaskettu asukasmäärä oli tutkimusvuoden (1999) lopussa 3 988 201 (<http://statfin.stat.fi>). Asukasmäärä oli 77,1 prosenttia koko Suomen sen hetkisestä asukasluvusta.

Tutkimus on luonteeltaan kuvaileva ja vertaileva poikkileikkaustutkimus (cross-sectional study), jota tyypillisesti käytetään haastattelu- ja seulontatutkimuksissa. (Hirsjärvi ym. 1997, 177.)

## 4.2 Aineiston hankintamenetelmä

Tutkimus perustuu Apuvälineiden saatavuus 2000 -selvitystä varten tehtyyn kyselylomakkeeseen, jonka laadinnasta vastasi tämän tutkimuksen tekijä. Kysely muokattiin vuonna 1994 sosiaali- ja terveysministeriön tekemästä apuvälineiden saatavuutta selvittäneestä vastaavanlaisesta kyselystä. Vuonna 1994 tehdyn kyselyn luovutuskäytäntöjen kysymysten laadinnassa oli käytetty hyväksi kirjallisuutta, aiemmin tehtyjen apuvälinetoimintaa koskevien selvitysten tuloksia, käytännön apuvälinetoiminnasta vastaavien sekä apuvälinetoimintaa tutkineiden henkilöiden haastatteluja. Lisäksi kyselyä arvioivat asiantuntijat sosiaali- ja terveysministeriöstä, Stakesista, Suomen Kuntaliitosta ja lääninhallituksista. (Sillanpää 1996.)

Osa vanhoista kysymyksistä säilytettiin entisellään, osaa muokattiin ja lomakkeeseen liitettiin myös uusia kysymyksiä. Kyselyssä oli sekä strukturoituja että avoimia kysymyksiä. Tässä tutkimuksessa käytetyt kysymykset ovat liitteenä (Liite 2. Terveyskeskusten apuvälinepalvelujen saatavuutta kartoittaneen kyselyn saatekirje ja tässä tutkimuksessa käytetyt kysymykset).

Vuoden 2000 kysely kartoitti terveyskeskusten ja keskussairaaloiden lääkinnällisen kuntoutuksen apuvälineiden saatavuutta selvittämällä apuvälineiden luovutuskäytäntöjä ja niihin liittyviä rajoituksia. Kyselyllä kartoitettiin apuvälinepalveluihin käytettyjä voimavaroja sekä palveluihin liittyvää päätöksentekoa ja yhteistyötä. Lisäksi kyselylomakkeeseen

liitettiin Lääkelaitoksen toivomuksesta kysymyksiä, jotka käsittelivät yksilölliseen käyttöön valmistettuja apuvälineitä, apuvälineiden turvallisuutta ja apuvälinerekisteriä.

Kysymysten valmisteluun osallistui Stakesin Vammaispalvelut ja apuvälineet -ryhmän asiantuntijoita, asiantuntijoita sosiaali- ja terveysministeriöstä, lääninhallituksista sekä terveyden- ja sosiaalihuollon klinisiä asiantuntijoita. Myös vuonna 1994 tehdyn kyselylomakkeen tekijää konsultoitiin.

Kyselylomake lähetettiin kaikille johtaville lääkäreille (N=254) sekä kirjallisesti että sähköisessä muodossa. Vastaukset kirjoitettiin sähköisessä muodossa olevaan kyselylomakkeeseen ja ne lähetettiin suoraan Internetin välityksellä Stakesiin. Terveyskeskusten edustajat saattoivat kirjoittaa vastaukset lomakkeisiin itse tai läänien asiantuntijat täyttivät lomakkeet puhelinhaastattelujen avulla terveyskeskusten edustajilta saaduilla tiedoilla. Vastausprosentti oli 92.

Vastaukset pyydettiin valmistelemaan yhteistyössä eri ammattiryhmien kesken. Johtava lääkäri saattoi nimetä vastaajaksi myös jonkun toisen henkilön. Vastaajien (N=177) antamien tietojen mukaan vastaajista 60 oli fysioterapeutteja ja 42 lääkäreitä. Lisäksi vastauksia saatiin kuntahoitajilta (9 kpl), sosiaalityöntekijöiltä (7 kpl), kuntoutussuunnittelijoilta, -ohjaajilta ja -sihteereiltä (6 kpl) ja muilta kuten terveydenhoitajilta (4 kpl). Vastaajiksi oli merkitty useampia 18 tapauksessa ja 31 vastaajaa ei ollut maininnut ammattiaan.

### **4.3 Aineiston käsittely**

Kysymysten vastaukset, joissa oli puuttuvia tietoja jätettiin pois käsittelystä (Uhari & Nieminen 2001, 83-85). Kunkin esitetyn tuloksen yhteydessä on ilmoitettu se vastausten määrä, josta tulos on laskettu. Puuttuvia tietoja oli eniten (19 kpl) apuvälineiden hankintakustannustiedoissa. Puuttuvien vastusten määrä muissa muuttujissa oli 0-3 kappaletta.

Apuvälineiden luovutuskäytäntöjen päätöksentekijöitä kuvaava muuttuja luokiteltiin päätöksentekijän apuvälinealan asiantuntevuuden ja hallinnollisen aseman mukaisesti kuuteen eri ryhmään.

Terveyskeskuksiin, jotka ovat useamman kunnan kuntayhtymiä on asukasluvuksi laskettu kaikkien kuntien yhteenlaskettu asukasluku. Helsinki käsitellään vastauksissa seitsemänä eri terveyskeskuksena ja Helsingin koko asukasluku on jaettu näihin terveyskeskuksiin suurpiirien asukaslukujen mukaisesti ([www.helsinki.fi](http://www.helsinki.fi)).

Tutkimuksessa käytetyn aineiston markkamääräiset luvut on muutettu euroiksi kertomalla ne luvulla 5,945.

#### **4.4 Aineiston analyysimenetelmät**

Tutkimuksessa selvitettiin apuvälineiden luovutuskäytäntöjä ja apuvälineisiin käytettyjä hankintamäärärahoja luovutuskäytännöistä päättävien henkilöiden, elinten ja tahojen suhteen.

Tarkasteltaessa erosivatko apuvälineiden luovuttamiskäytäntöjen päätöksentekijäryhmät toisistaan, käytettiin prosenttijakaumia ja Khin neliötestiä. Tulosten merkitsevyyden raportoinnissa käytettiin seuraavia käsitteitä:  $p < 0,005$  tilastollisesti erittäin merkitsevä,  $p < 0,05$  tilastollisesti merkitsevä ja NS ei tilastollista merkitsevyyttä.

Ryhmiä välisiä keskinäisiä eroja vertailtiin riskisuhteen (odds-ratio, OR-luku) avulla. Riskisuhteen käyttö soveltuu kahden ryhmän välisten erojen tarkasteluun. Arvoa yksi suurempi OR-luku viittaa tilanteeseen, jossa selittävä tekijä lisää vastetapahtuman riskiä. Vastaavasti arvoa yksi pienempi luku kertoo selittävän tekijän vähentävän riskiä. Lähellä yksi oleva OR-luku viittaa tilanteeseen, jossa selittävä tekijä ei vaikuta vastetapahtuman riskiin. (Uhari, Nieminen 2001, 36-40, 188-190.)

Apuvälineiden hankintakustannuksia asukasta kohden tarkasteltiin prosenttilukuina, keskiarvoina, keskihajontoina sekä suurimpina ja pienempinä arvoina. Tarkastelu tehtiin yleisesti sekä erikseen taulukkoina selittävien muuttujien luokissa. Varianssianalyysin (One-Way ANOVA) avulla tarkastettiin onko ryhmien välillä eroja (Heikkilä 2002, 224-229). Ennen analyysiä tarkistettiin, että muuttujan arvot olivat normaalisti jakautuneita kaikilla päättäjärhyillä Kolmogorov-Smirnovin testillä ja Shapiro-Wilk -testillä (Heikkilä 2002, 235-236). Muuttujan homogeenisuus testattiin Levenen testillä (Högmander ym. 2003,10).

Tuloksia havainnollistettiin myös taulukoina ja kuvina.

Aineisto oli Excel -taulukko -muodossa. Aineiston analyysissä käytettiin SPSS Windows 11.0 tilasto-ohjelmaa ja apuvälinemäärärahojen määrä asukasta kohden laskettiin Excel -taulukkolaskentaohjelman avulla.



## 5 TULOKSET

### 5.1 Apuvälineiden luovutuskäytäntöjen päätöksentekijät terveyskeskuksissa

Tässä tutkimuksessa päätöksentekijät on jaettu kuuteen ryhmään. Nämä ovat 1) moniammatillinen ryhmä, keinot päätetty yhteistyössä, 2) lääkärit, myös johtavat lääkärit ja lääkinnällisen kuntoutuksen palveluyksikön päällikkö, 3) lautakunnat: terveyslautakunnat, sosiaali- ja terveyslautakunnat, perusturvalautakunnat, hyvinvointilautakunnat, 4) hallitukset ja valtuustot, 5) muut: johtoryhmät, taloustoimisto, terveydenhuollon johtaja ja 6) sairaanhoitopiirin tai alueen päätösten noudattaminen, jolloin käytäntöjä ei ole vahvistettu omassa terveyskeskuksessa.

Aineistona olleesta 177 terveyskeskuksesta apuvälineiden luovutuskäytännöistä päättivät useimmiten moniammatilliset ryhmät. Johtoryhmät, taloustoimistot ja terveydenhuollon johtaja vastasivat päätöksistä harvimmin. (taulukko 1)

**Taulukko 1** Apuvälineiden luovutuskäytäntöjen päätöksentekijätahot terveyskeskuksissa. N=177.

Päätöksentekijä	Lukumäärät n (%)	
Moniammatillinen ryhmä	96	(54)
Lääkäri	16	(9)
Lautakunta	28	(16)
Hallitus tai valtuusto	17	(10)
Muut: Johtoryhmä, taloustoimisto, terveydenhuollon johtaja	6	(3)
Sairaanhoitopiirin tai alueen päätös	14	(8)
Yhteensä	177	(100)

## 5.2 Apuvälineiden luovuttamista rajoittavat keinot (luovutuskriteerit)

Terveyskeskukset rajoittivat apuvälineiden luovuttamista seuraavilla keinoilla: ei-luovutettavien apuvälineiden nimeäminen, halpojen apuvälineiden luovuttamisen rajoittaminen, apuvälineiden uusimis- ja määrärajoitusten käyttäminen, luovutusperusteiden tiukentaminen diagnoosin tai iän mukaan sekä kirjoittamattomien sääntöjen käyttäminen (kriteerit yksilöimättä, sisältävät myös edellisten kohtien asioita).

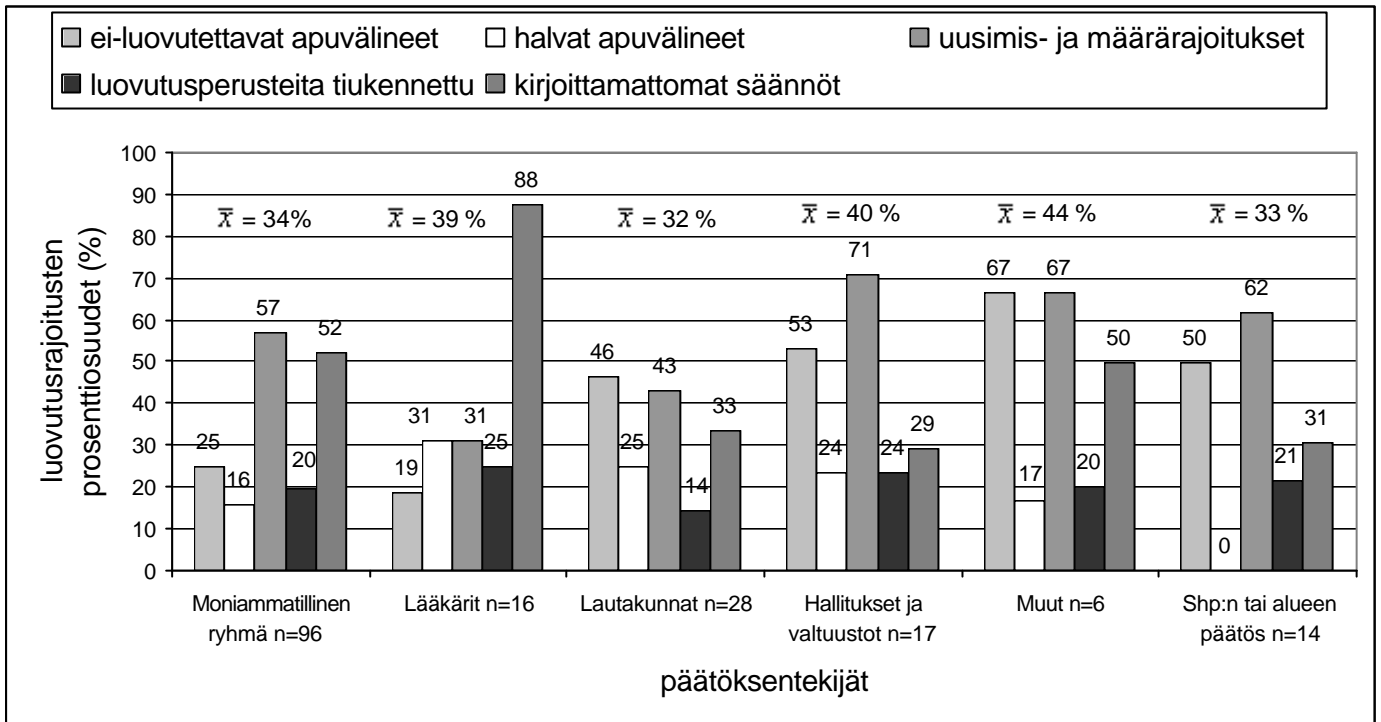
Tutkimuksessa olleista terveyskeskuksista 162 eli 92 % oli käytössään jokin edellä mainitusta viidestä apuvälineiden luovuttamista rajoittavista keinosta. Näillä terveyskeskuksilla oli keskimäärin 1,9 erilaista luovutusta rajoittavaa keinoa käytössään. Yhdellä terveyskeskuksella oli käytössään kaikki viisi rajoitusta ja vain yksi rajoitus oli 63:lla terveyskeskuksella. 15:llä terveyskeskuksella ei ollut käytössään yhtään luovutusta rajoittavaa keinoa. (taulukko 2) Näillä terveyskeskuksilla oli kuitenkin käytössään käytäntöjä, joilla asiakkailta perittiin apuvälineisiin liittyviä asiakasmaksuja tai apuvälineiden käyttöön liittyviä kustannuksia.

**Taulukko 2** Terveyskeskusten käyttämien apuvälineiden luovutusta rajoittavien keinojen määrät. N=177.

Rajoitusten määrä	Terveyskeskusten lukumäärä n
5 rajoitusta	1
4 rajoitusta	9
3 rajoitusta	24
2 rajoitusta	65
1 rajoitus	63
0 rajoitusta	15
<b>Yhteensä</b>	<b>177</b>

Terveyskeskuksilla oli eniten apuvälineiden luovutusta rajoittavia keinoja käytössään silloin, kun apuvälineiden luovuttamistavasta oli päättänyt johtoryhmä, taloustoimisto tai

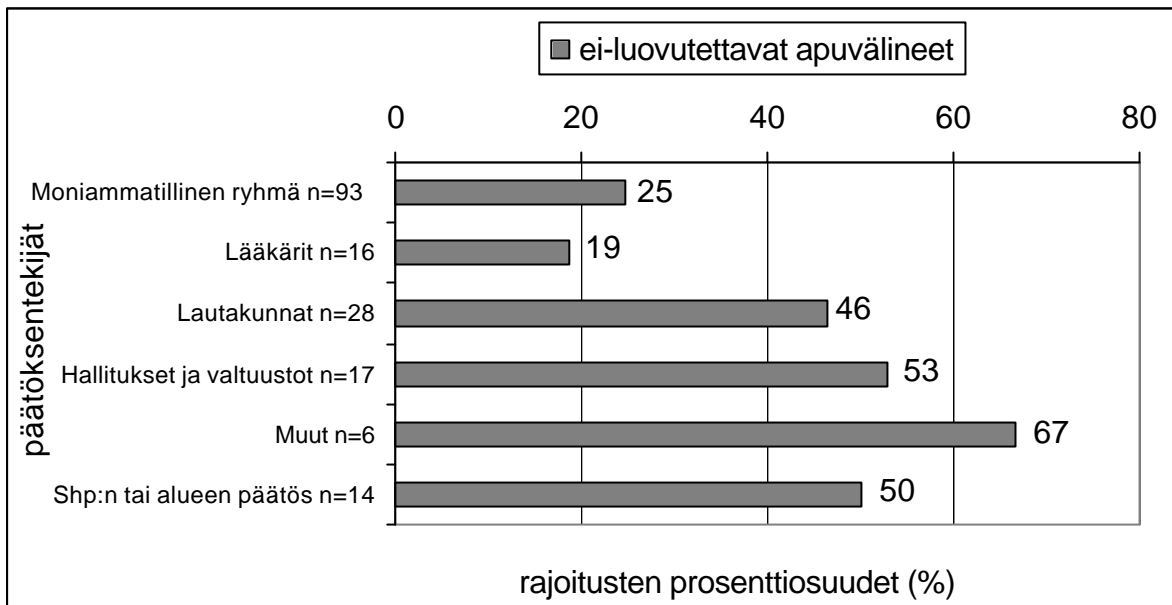
terveydenhuollon johtaja eli ryhmä muut. Lähes yhtä paljon luovutusta rajoittavia keinoja oli keskimäärin kuntien hallitusten ja valtuustojen päätöksillä. Vähiten luovutusta rajoittavia keinoja oli käytössä keskimäärin silloin, kun luovutuskäytännöistä oli tehty päätös lautakunnissa. (kuvio 1)



**Kuvio 1** Apuvälineiden luovutusta rajoittavien keinojen suhteelliset prosenttiosuudet päätöksentekijöiden mukaan. N=177.

### 5.2.1 Ei-luovutettavien apuvälineiden nimeäminen

Tutkimukseen osallistuneista terveyskeskuksista 59 kappaletta (32 %) ilmoitti, että ne olivat nimenneet joitain apuvälineitä, joita ne eivät luovuttaneet apuvälineiden tarvisijoille pitkäaikaiskäyttöön. Eri päätöksentekijäryhmät erosivat tilastollisesti merkitsevästi ( $\chi^2=14,333$ , df 5,  $p=0,014$ ) toisistaan ei-luovutettavien apuvälineiden nimeämisessä (kuvio 2). Tämä luovuttamista rajoittava keino oli prosentuaalisesti tarkastellen eniten käytössä johtoryhmien, taloustoimiston ja terveydenhuollon johtajan (ryhmä muut) tekemissä päätöksissä ja toiseksi eniten hallitusten ja valtuustojen tekemissä päätöksissä. Vähiten tämä keino oli käytössä silloin, kun päättäjänä olivat lääkärit.



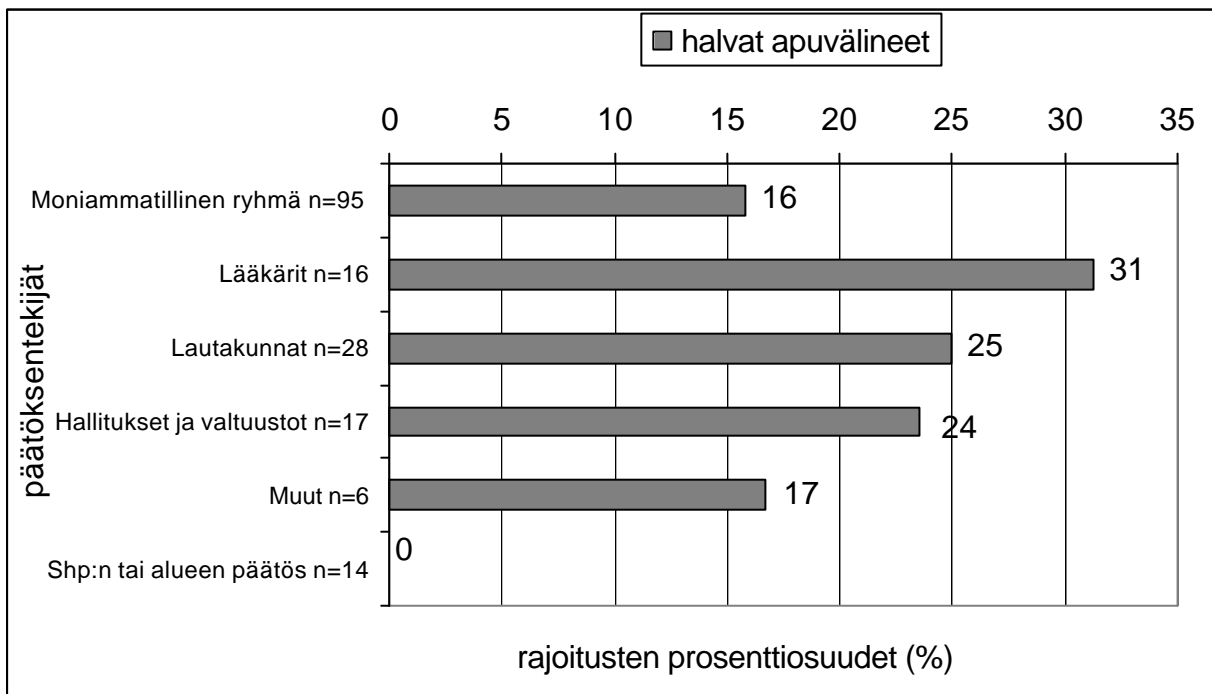
**Kuvio 2** Ei-luovutettavat apuvälineet. Vertailu apuvälineiden luovutuskäytäntöjen päättöksentekijöiden mukaan. N=174.

Mikäli johtoryhmät, taloustoimisto tai terveydenhuollon johtaja päättivät apuvälineiden luovutuskäytännöistä oli 8,6 -kertainen todennäköisyys, että ne nimesivät ei-luovutettavia apuvälineitä verrattuna siihen, että lääkärit päättivät luovutuskäytännöistä. Ero oli tilastollisesti merkitsevä (95 % -luottamusväli oli 1,05 - 71,57 ja  $p=0,032$ ).

Kuntien hallitukset tai valtuustot nimesivät 3,4 kertaa todennäköisemmin ei-luovutettavia apuvälineitä kuin moniammatilliset ryhmät. Ero oli tilastollisesti merkitsevä (95% - luottamusväli oli 1,18 - 9,91,  $p=0,019$ ).

### 5.2.2 Halpojen apuvälineiden luovuttamisen rajoittaminen

Tutkimukseen kuuluneista terveyskeskuksista 32 kappaletta (18 %) ilmoitti rajoittaneensa halpojen apuvälineiden luovuttamista. Halpojen apuvälineiden luovuttamisen rajoituksia oli terveyskeskuksilla käytössä prosentuaalisesti eniten lääkäreiden tehtyä luovutuskäytännöistä päätökset. Niistä terveyskeskuksista, jotka noudattivat sairaanhoitopiirin päätöksiä ei mikään terveyskeskus ollut rajoittanut halpojen apuvälineiden luovuttamista. Ryhmien välillä ei ollut tilastollisia eroja ( $\chi^2 = 6,52$ , df 5 ja  $p = 0,26$ ). (kuvio 3)

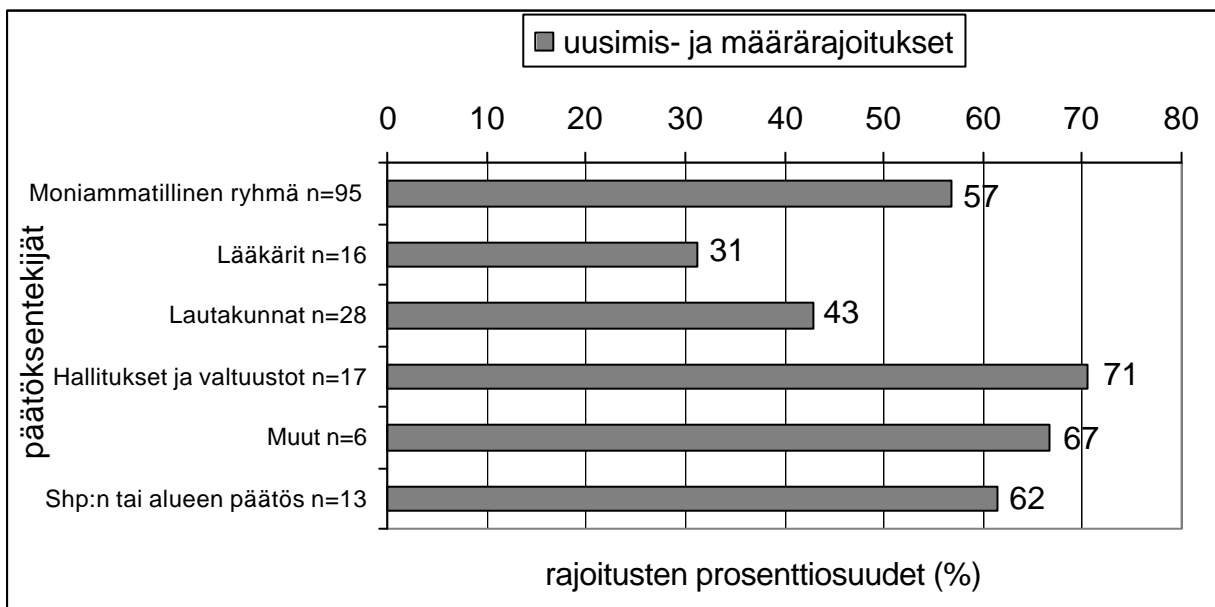


**Kuvio 3** Halpojen apuvälineiden luovuttamisen rajoittaminen. Vertailu apuvälineiden luovutuskäytäntöjen päätöksentekijöiden mukaan. N=176.

Lääkärien tehtyä päätökset apuvälineiden luovutuskäytännöistä terveyskeskukset rajoittivat halpojen apuvälineiden luovuttamista 2,4 kertaa todennäköisemmin kuin, jos luovutuskäytännöistä oli päätetty moniammatillisesti. Ero ei ollut tilastollisesti merkitsevä, (95 % -luottamus väli oli 0,74 - 7,99 ja  $p = 0,13$ ).

### 5.2.3 Apuvälineiden uusimis- ja määrärajoitusten käyttäminen

Tutkimukseen osallistuneista terveyskeskuksista 95 kappaletta (54 %) ilmoitti käyttäneensä ennalta sovittuja rajoituksia apuvälineiden luovutusmäärissä ja/tai apuvälineiden uusimisissa. Apuvälineiden luovutusmääriä ja apuvälineiden uusimisia rajoitettiin terveyskeskuksissa prosentuaalisesti tarkastellen eniten silloin, kun hallitukset tai valtuustot olivat tehneet päätökset luovutuskäytännöistä. Vähiten rajoituksia oli, jos lääkärit olivat tehneet päätökset. Erot ryhmien välillä eivät olleet tilastollisesti merkitseviä  $\chi^2 = 7,612$ ,  $df 5$  ja  $p=0,18$ . (kuvio 4)

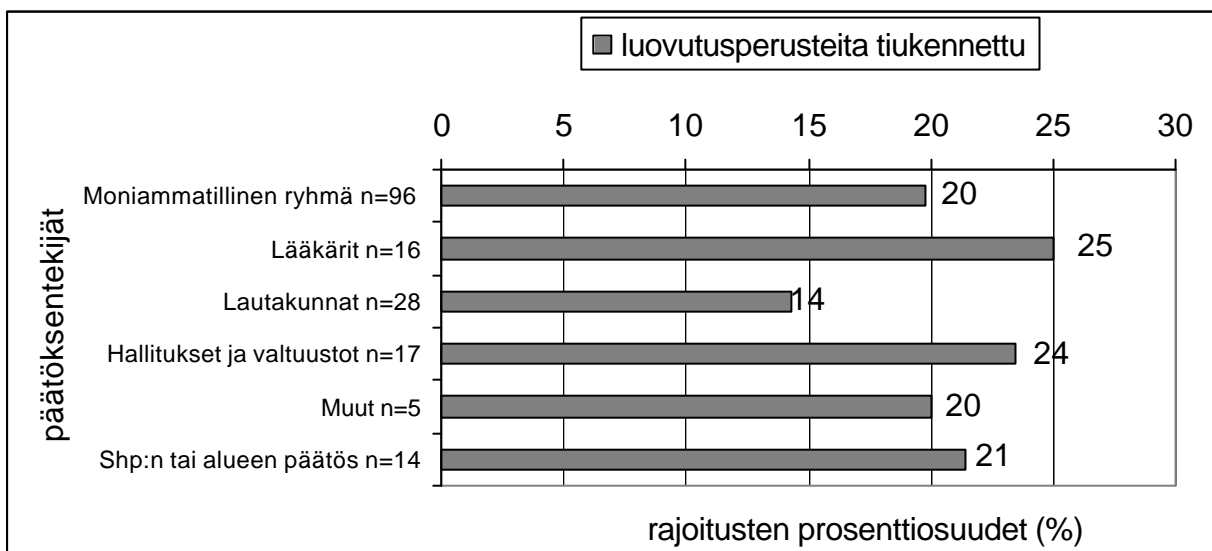


**Kuvio 4** Apuvälineiden luovutusmäärien ja/tai uusimisten rajoittaminen. Vertailu apuvälineiden luovutuskäytäntöjen päätöksentekijöiden mukaan. N=175.

Mikäli luovutuskäytännöistä päätti hallitukset tai valtuustot käytössä oli apuvälineiden uusimis- ja määrärajoituksia 5,3 kertaa todennäköisemmin kuin, jos päättäjinä oli lääkärit. Ero oli tilastollisesti merkitsevä (95% luottamusväli 1, 20 - 23,32 ja  $p=0,024$ ).

#### 5.2.4 Luovutusperusteiden tiukentaminen diagnoosin tai iän mukaan

Tutkimukseen osallistuneista terveyskeskuksista 35 kappaletta eli 20 % oli tiukentanut apuvälineiden luovuttamista apuvälineiden saajien diagnoosien, vammaisuuden asteen tai iän mukaan verrattaessa tilannetta kyselyhetkeä kahta vuotta aikaisemmin vallinneeseen tilanteeseen. Prosentuaalisesti tarkastellen ei havaittu suuria eroavuuksia arvioitaessa tiukentamiskäytäntöä luovutuskäytäntöjen päätöksentekijöiden mukaan. Rajoituskeinojen käyttö vaihteli päättäjätahoittain 14,3 - 25 prosentin välillä. Ryhmien välillä ei ollut tilastollisesti merkitseviä eroja ( $\chi^2 = 0,977$ , df 5 ja  $p=0,96$ ). (kuvio 5)



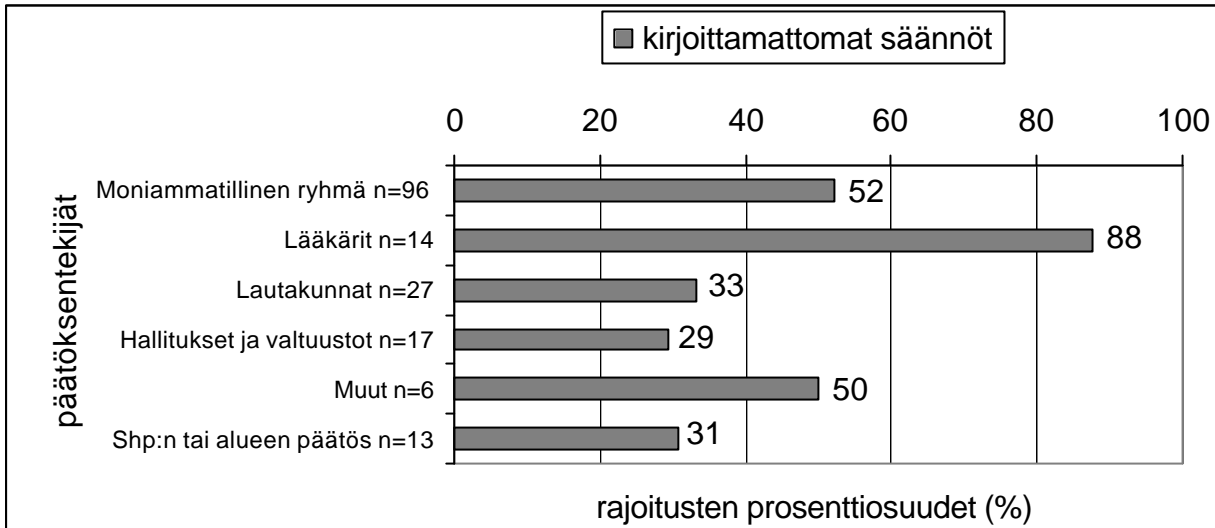
**Kuvio 5** Apuvälineiden luovuttamisperusteita tiukennettu diagnoosista tai iästä johtuen. Vertailu luovutuskäytäntöjen päätöksentekijöiden mukaan. N=175.

#### 5.2.5 Kirjoittamattomien sääntöjen käyttäminen

Edellä esitetyt luovutusta rajoittavat keinot oli kirjattu, mutta lisäksi terveyskeskuksilla oli käytössään edellisten keinojen kaltaisia sovittuja käytäntöjä tai totuttuja tapoja, joita ei oltu kirjattu paperille. Tutkimukseen osallistuneista terveyskeskuksista 85 kappaleella (49 %) oli käytössään tällaisia kirjoittamattomia sääntöjä.

Ryhmien välillä oli tilastollisesti merkitseviä eroja ( $\chi^2 = 16,843$ , df 5 ja  $p=0,005$ ). (kuvio 6)

Kirjoittamattomia sääntöjä oli prosentuaalisesti eniten silloin, kun lääkärit päättivät apuvälineiden luovutuskäytännöistä ja vähiten silloin, kun luovutuskäytännöistä päättivät kuntien hallitukset tai valtuustot.



**Kuvio 6** Apuvälineiden luovuttamisen rajoittaminen kirjoittamattomien sääntöjen avulla. Vertailu luovutuskäytäntöjen päätöksentekijöiden mukaan. N=175.

Lääkärien päätettyä luovutuskäytännöistä terveyskeskukset käyttivät kirjoittamattomia apuvälineiden luovutuskeinoja 16,7 kertaa todennäköisemmin kuin, jos päättäjinä oli hallitukset tai valtuustot. Ero oli tilastollisesti erittäin merkitsevä (95 % -luottamusväli 0,03 - 0,59 ja  $p=0,001$ ).

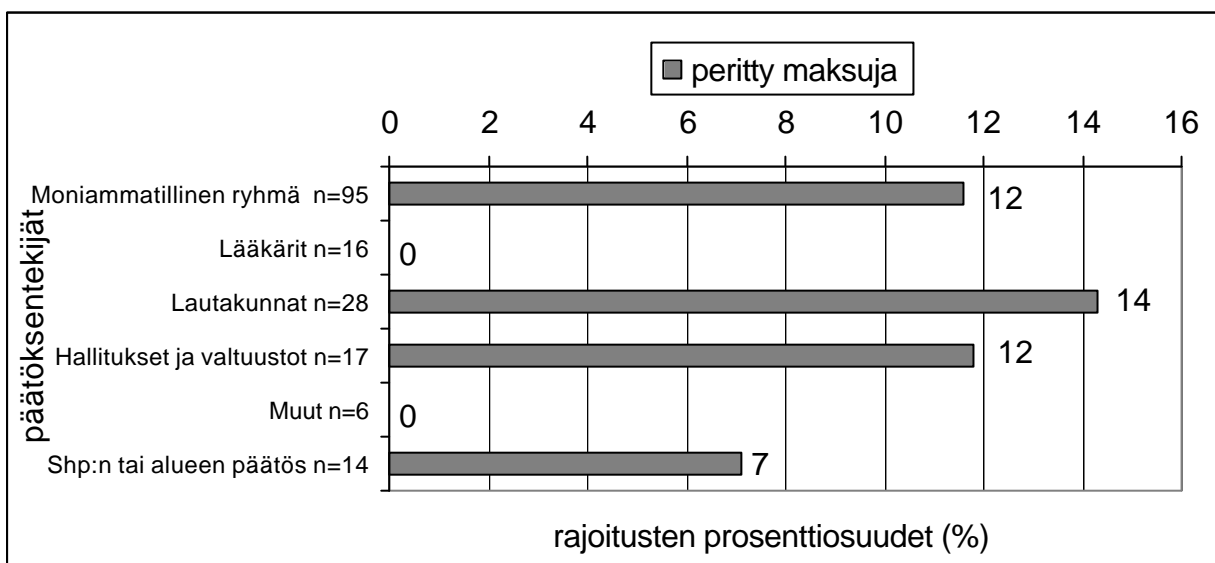
### 5.3 Apuvälineisiin liittyvät asiakasmaksut ja apuvälineiden käyttöön liittyvät käyttökustannukset

Tutkimuksessa olleista terveyskeskuksista 105 eli 60 % oli käytössään apuvälineiden luovuttamiseen liittyviä asiakasmaksuja tai käytäntö, joiden mukaan apuvälineiden käyttäjät joutuivat itse suorittamaan apuvälineisiin liittyviä käyttökustannuksia. Näistä terveyskeskuksista 94 kpl (90 %) oli käytössään jompikumpi edellä mainituista käytännöistä. Lopuilla terveyskeskuksista oli käytössään molemmat käytännöt.



### 5.3.1 Apuvälineiden käyttäjiltä perityt asiakasmaksut

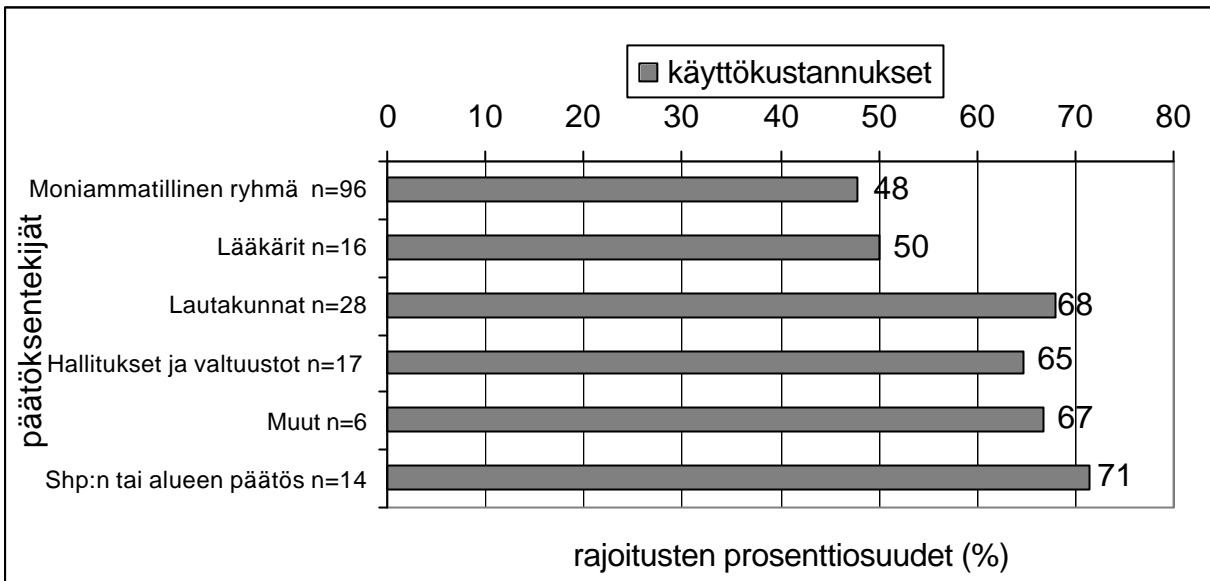
Tutkimukseen osallistuneista terveyskeskuksista 22 peri apuvälineistä maksuja, kuten lainamaksua tai omavastuuosaa apuvälineen hinnasta. Terveyskeskukset käyttivät apuvälineisiin liittyviä asiakasmaksuja saman suuntaisesti apuvälineiden luovutuskäytäntöjen päätöksentekotahosta riippumatta. Terveyskeskuksista 0 - 14,3 prosenttia käytti asiakasmaksuja kussakin ryhmässä. Ryhmien välillä ei ollut tilastollisesti merkitseviä eroja ( $\chi^2 = 3,387$ ,  $df = 5$  ja  $p = 0,64$ ). (kuvio 7)



**Kuvio 7** Apuvälineiden käyttäjiltä perityt asiakasmaksut. Vertailu luovutuskäytäntöjen päätöksentekijöiden mukaan. N= 176.

### 5.3.2 Apuvälineiden käyttöön, huoltoon ja korjaukseen liittyvät maksut

Joissain terveyskeskuksissa apuvälineiden käyttäjät joutuivat itse kustantamaan apuvälineiden käyttöön, huoltoon, kuljetuksiin ja varaosiin liittyviä kustannuksia. Silloin, kun kunnat noudattivat sairaanhoitopiirien tai alueiden päätöksiä oli terveyskeskuksissa asetettu asiakkaille prosentuaalisesti tarkastellen eniten apuvälineiden huoltoon, korjaukseen tai lainaukseen liittyviä itse maksettavia maksuja. Vähiten maksuja oli käytössä, jos apuvälineiden luovuttamisesta oli päätetty moniammatillisissa ryhmissä. Erot ryhmien välillä eivät olleet tilastollisesti merkitseviä ( $\chi^2 = 6,482$ ,  $df = 5$  ja  $p = 0,26$ ). (kuvio 8)



**Kuvio 8** Apuvälineiden käyttöön, huoltoon ja korjaukseen liittyvät maksut. Vertailu apuvälineiden luovutuskäytäntöjen päätöksentekijöiden mukaan. N=177.

Mikäli terveyskeskukset noudattivat sairaanhoitopiirien tai alueiden tekemiä päätöksiä apuvälineiden luovutuskäytännöistä oli terveyskeskuksilla käytössä apuvälineiden käyttöön, huoltoon ja korjaukseen liittyviä maksuja 2,7 kertaa todennäköisemmin kuin, jos päättäjänä oli moniammatilliset ryhmät. Ero ei ollut tilastollisesti merkitsevä (95% luottamusväli 0,80 - 9,27 ja  $p=0,10$ ).

#### 5.4 Apuvälineiden hankintoihin käytetyt määrärahat ja päätöksentekijät terveyskeskuksissa

Tutkimukseen osallistuvista terveyskeskuksista 158 kappaletta (89 %) pystyi antamaan tiedon organisaationsa vuonna 1999 käyttämistä apuvälineiden hankintakustannuksista. Apuvälineiden hankintakustannukset olivat keskimäärin 2,75 € asukasta kohden. Vaihteluväli oli 0,55 - 6,43 €.

Apuvälineiden hankintoihin käytettyjä määrärahoja oli asukasta kohden eniten silloin, kun kunnat noudattivat sairaanhoitopiirin tai alueen päätöksiä apuvälineiden

luovutuskäytännöistä. Vähiten määrärahoja asukasta kohden oli johtoryhmien, taloustoimiston tai terveydenhuollon johtajan päätettyä apuvälineiden luovutuskäytännöistä (taulukko 3). Ryhmien väliset erot eivät olleet tilastollisesti merkitseviä ( $F= 0,985, p=0,43$ ).

**Taulukko 3** Terveyskeskusten käyttämät apuvälineiden hankintamäärärahat asukasta kohden. Keskiarvot, mediaanit, keskihajonnat, pienimmät ja suurimmat arvot, Vertailu apuvälinepalvelujen luovutuskäytäntöjen päätöksentekijöiden mukaan. N= 158.

<b>Päätöksentekijät</b>	<b>Keskiarvo €</b>	<b>Mediaani €</b>	<b>Keski hajon ta</b>	<b>Pienin arvo €</b>	<b>Suurin arvo €</b>
<b>1. Moniammatillinen ryhmä (n=85)</b>	2,8	2,68	5,99	0,55	6,43
<b>2. Lääkäri (n=16)</b>	2,5	2,38	6,26	1,22	5,36
<b>3. Lautakunta (n=24)</b>	2,82	2,55	8,04	0,8	6,24
<b>4. Hallitus tai valtuusto (n=15)</b>	2,52	2,26	5,57	1,45	4,48
<b>5. Muu: johtoryhmä, taloustoimisto, terveydenhuollon johtaja (n=4)</b>	2,03	2,07	0,96	1,81	2,19
<b>6. Sairaanhoidopiirin tai alueen päätös (n=14)</b>	3,09	2,84	7,76	1,64	6,12
<b>Yhteensä (N=158)</b>	2,75	2,55	6,44	0,55	6,43

## 6 POHDINTA

Tutkimuksen aineistona käytettiin Apuvälineiden saatavuus 2000 -selvitystä varten hankittua aineistoa. Kyselyllä selvitettiin minkälaisilla keinoilla tai perusteilla terveyskeskukset rajoittivat apuvälineiden luovuttamista ja käyttöä. Kysymyksillä selvitettiin myös mitä apuvälineitä rajoitukset koskivat ja mikä taho oli päättänyt rajoituksista. Lisäksi selvitettiin minkälaisia apuvälineiden luovuttamiseen liittyviä asiakasmaksuja terveyskeskuksilla oli käytössä. Myös apuvälineiden käyttöön, huoltoon ja korjaukseen liittyvät asiakkaiden maksamat kustannukset selvitettiin.

### 6.1 Tulosten tarkastelu

#### 6.1.1 Päätöksentekijätahot, apuvälineiden luovutuskäytännöt, apuvälineisiin liittyvät asiakasmaksut ja käyttökustannukset terveyskeskuksissa

Vastausten perusteella yli puolessa terveyskeskuksista moniammatillinen ryhmä, kuten kuntoutustyöryhmä tai lääkäri ja fysioterapeutit yhdessä oli päättänyt terveyskeskuksensa apuvälineiden luovutuskäytännöstä. Näissä tapauksissa päätöksiä voidaan pitää kliinisinä päätöksinä. Tällaisiksi voidaan katsoa myös lääkäreiden päätökset, joita oli tehty joka kymmenennessä terveyskeskuksessa. Hallinnollisista päätöksentekijöistä lautakuntien päätöksiä noudatettiin joka kuudennessa terveyskeskuksessa, hallitusten ja valtuustojen joka kymmenennessä ja johtoryhmien ym. tahojen päätöksiä muutamissa terveyskeskuksissa. Sairaanhoidopiirin alueella yhteisesti sovittuja käytäntöjä oli käytössä vain vajaassa kymmenenneksessä terveyskeskuksista. Luovutuskäytäntöjen päätöstä kuvaavat luvut olivat saman suuntaisia kuin Sillanpään (1996) pro-gradu -tutkielmassaan esittämät vastaavat luvut.

Päätöksentekotahoilla oli merkitystä siihen minkälaiset apuvälineiden luovutuskäytännöt terveyskeskuksilla oli käytössä. Päätökset vaihtelivat apuvälineiden luovutusta rajoittavien keinojen suhteen. Yksittäisten apuvälineiden luovuttamista olivat useimmiten rajoittaneet johtoryhmät, taloustoimisto ja terveydenhuollon johtaja. Apuvälineiden määriä ja uusimisia rajoittivat eniten hallitukset ja valtuustot. Halpojen apuvälineiden luovuttamista rajoittivat useimmiten lääkärit. Lääkärien ollessa päätöksentekijöitä oli terveyskeskuksilla myös eniten käytössä luovutusta rajoittavia kirjoittamattomia sääntöjä. Apuvälineiden luovuttamisen rajoittamista oli tiukennettu lähes samalla lailla päätöksentekotahosta riippumatta.

Apuvälineiden luovuttamisen rajoittamista voidaan tarkastella apuvälineen tarvitsijan, apuvälinealan ammattihenkilön, kuten fysioterapeutin sekä johdon ja hallinnollisten päätöksentekijöiden näkökulmasta. Tulosten vertailua muihin pohjoismaihin ei voida tehdä, koska tavat tuottaa apuvälinepalveluja ja korvata apuvälineitä poikkeavat pohjoismaiden kesken.

### ***Apuvälineen tarvitsijan näkökulma***

Apuvälineiden luovuttamista rajoittavat keinot vaihtelivat terveyskeskusten välillä, joten merkittäväksi tekijäksi apuvälineiden saatavuudessa nousee apuvälineen tarvitsijan kannalta henkilön kotikunnan päätöksenteko. Kuntien tekemät päätökset vaikuttavat myös apuvälinepalvelujen saatavuuteen Ruotsissa ja Tanskassa (Nationella system för förmedling av hjälpmedel 2003).

Apuvälineen käyttäjät joutuivat maksamaan apuvälineisiin liittyviä asiakasmaksuja suhteellisesti samalla lailla, oli päätöksen apuvälineiden luovuttamiskäytännöistä tehnyt mikä ryhmä tahansa. Sairaanhoidopiirien ja alueiden tekemät yhteiset päätökset vaikuttivat useimmiten siihen, että asiakkaat joutuivat maksamaan enemmän apuvälineisiin liittyviä käyttökustannuksia verrattuna niihin terveyskeskuksiin, joissa päätökset oli tehnyt jokin toinen taho. Näiden päätösten takia asiakkaat joutuvat suorittamaan asiakasmaksuja lain vastaisesti.

### ***Apuvälinealan ammattihenkilön näkökulma***

Tutkimuksen mukaan moniammatilliset ryhmät lukumääräisesti rajoittivat eniten apuvälineiden saatavuutta. Kun apuvälinealan ammattilaiset osallistuvat apuvälineiden luovutusta rajoittavien keinojen laadintaan ja niiden hyväksymiseen, he toimivat lainvastaisesti ja ammattitaidottomasti. (Eduskunnan oikeusasiamiehen lausunto 2003.)

Voitaneen arvioida, että joissain tapauksissa klinikot vetäytyivät asiantuntemuksen puutteen takia ennalta sovittavien päätösten taakse. Esimerkiksi lääkäreiden päätettyä apuvälineiden luovuttamiskäytännöistä, ammattilaiset käyttivät kirjattujen luovutuskriteereiden lisäksi yhdessä sovittuja kirjattujen kriteereiden kaltaisia kirjoittamattomia rajoituksia lähes 90 prosentissa näistä terveyskeskuksista. Tilanteessa, missä henkilöstön ammattitaito ei riitä kaikissa tilanteissa yksilölliseen apuvälineiden tarpeen arviointiin, voi olla helpottavaa saada päätös ennakkoon joidenkin apuvälineiden luovutuskäytännöistä ja niiden rajoituksista.

Työntekijät voivat myös perustellessaan luovutus päätöksiä apuvälineiden tarvisijoille vetäytyä hallinnollisen päätöksen taakse. Tällaiset käytännöt yksinkertaistavat päätöksentekoa, vähentävät apuvälineiden yksilöllistä tarpeen arviointia ja näin saattavat vähentää työmäärää. Näitä perusteluja ei voida kuitenkaan pitää hyväksyttävänä.

Apuvälinetarpeen arviointi on osa apuvälinepalveluprosessia ja se vaatii aina erityistä ammattitaitoa (mm. Apuvälinepalvelujen laatusuositus 2003, Savela 2001, Salminen 2003, 27-29, vrt. Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä (559/1994) ja Mansikkamäki 2003, 84-85.) Apuvälinetarpeen arvioinnin tarkoituksena on löytää ratkaisu siihen, että ihminen pystyy toimimaan arjessaan erilaisista toiminnan ongelmista huolimatta (Kanto-Ronkanen & Salminen 2003, 57). On ammattitaitokysymys miten erottaa toimintakyvyn vivahteet niin, että osaa arvioida ja päätellä kuka hyötyy apuvälineen käytöstä. Jotta etukäteen tehdyt apuvälineiden luovutuskriteerit eivät ensisijaisesti ohjaisi yksilöllistä apuvälineen tarpeen arviointia, ammattihenkilöiden tulisi ylläpitää ja kehittää ammattitaitoaan muun muassa täydennyskoulutuksen avulla.

Ammattihenkilöiden osuutta apuvälineiden luovutuskäytäntöjen rajoittamisessa voidaan arvioida osaamattomuus -näkökulman lisäksi myös vastakkaisesta näkökulmasta, osaamisesta lähtien. Silloin, kun apuvälineiden luovuttamispäätökset on tehty hallinnollisina päätöksinä, voidaan katsoa, että päätökset rajoittavat apuvälinealan ammattilaisten kliinistä apuvälineiden luovuttamiseen liittyvää päätöksentekoa. Tällöin ammattilaisilta puuttuu toimintavapaus sekä valtuudet kantaa työnsä vastuu, häntä valvotaan ja ohjataan ulkopuolelta, jolloin työ ei tunnu haasteelliselta eikä lisää työmotivaatiota. (Lehikoinen & Seppänen 2000.)

Myös henkilöstön riittämätön määrä voi lisätä apuvälineiden luovutuskriteereiden käyttöönottoa. Tehtyjen selvitysten mukaan apuvälinepalveluja toteuttamaan ei ole aina riittävästi henkilökuntaa ja apuvälinepalvelu hoidetaan usein muun terapiatoiminnan ohella. Henkilökunnan vähäinen määrä huonontaa asiakkaiden saamien apuvälinepalvelujen laatua, kuten apuvälineiden tarpeen arviointia ja heikentää palvelujen saatavuutta. (Hiltunen ym. 1996, Salminen 2001, Töytäri 2001.)

Edellä esitettyjen syiden lisäksi ennalta sovittujen apuvälineiden luovutuskriteereiden käytön takana voi olla lääkinnällisen kuntoutuksen asetuksen tulkinnan vaikeus. Asetuksessa ei yksiselitteisesti määritellä mitä tai minkälaisia lääkinnällisen kuntoutuksen apuvälineet ovat (Hurnasti 2001.)

### ***Hallinnollisten päätöksentekijöiden näkökulma***

Eniten apuvälineiden luovuttamista rajoittavia keinoja oli suhteellisesti käytössä silloin, kun luovuttamiskäytännöistä oli päättänyt hallinnolliset päätöksentekijät: johtoryhmä, hallitus tai valtuusto. Päättäjät ovat toimineet lääkinnällisen kuntoutuksen asetuksen (1015/1991) ja sosiaali- ja terveydenhuollon asiakaslain (734/1992) vastaisesti rajoittamalla apuvälineiden luovuttamista ennalta sovituilla kriteereillä tai periessään asiakasmaksuja. Sama asia todettiin myös ammattihenkilöiden toimintaa arvioitaessa. Rajoitusten perusteluina on monesti pidetty kunnan taloudellista tilannetta, mutta tällöin poliittiset päättäjät eivät riittävästi käsittele sitä miten heidän tekemänsä ratkaisut vaikuttavat kokonaistaloudellisesti ja miten yksittäisen kuntalaisten elämään (Terveydenhuollon kehittämisprojekti. Selvitysmiesraportti 1. 1998.)

Apuvälinealan ammattihenkilön näkökulmassa todettiin, että henkilöstö on liian vähän koulutettua ja sitä on liian vähän. Hallinnollisten päätöntekijöiden tulisikin kiinnittää huomiota täydennyskoulutuksen mahdollistamiseen ja taata riittävä henkilöstön määrä (Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 559/1994.) Apuvälinepalvelujen laatusuositus (2003), valtakunnallinen suositus sosiaali- ja terveydenhuollon laadunhallintaan 2000-luvulle (1999) ja kansallinen terveydenhuollon hanke (2002) korostavat jatkuvan täydennyskoulutuksen merkitystä ja velvoittavat kunnat huolehtimaan henkilöstön mahdollisuuksista osallistua tarvittavaan täydennyskoulutukseen.

Johdon tulisi huomioida myös se, että jos ammattilaisten työtä ohjataan liikaa ammatin ulkopuolelta, ammattilaisten työn haasteellisuus kärsii ja työmotivaatio laskee. Organisaation kannalta tämä merkitsee sitä, että asiantuntijaresurssit eivät ole täysimääräisesti käytössä. (Lehikoinen & Seppänen 2000.)

Tutkimuksessa tuli ilmi, että etenkin silloin, kun lääkäri oli päättänyt apuvälineiden luovutuskäytännöistä, terveyskeskuksissa oli huomattavan paljon käytössä kirjoittamattomia apuvälineiden luovutusrajoituksia. Menetelmää voidaan kutsua piilopriorisoinniksi. (vrt. Ryyänen ym. 1999.) Tällöin päätöksenteko ei ole avointa eikä ratkaisut tapahdu demokraattisesti.

#### 6.1.2 Apuvälineiden hankintaan käytetyt määrärahat ja käytännöistä päättävät tahot terveyskeskuksissa

Terveyskeskuksissa, joissa apuvälineiden luovutuskäytännöistä oli tehty hallinnollinen päätös käytettiin myös muita ryhmiä vähemmän rahaa apuvälineiden hankintoihin. Apuvälineiden hankintoihin käytettyjä määrärahoja oli vähiten asukasta kohden johtoryhmien, taloustoimiston ja terveydenhuollon johtajan päätöksillä ja eniten silloin, kun kunnat noudattivat sairaanhoitopiirin tai alueen päätöksiä apuvälineiden luovutuskäytännöissä.

Apuvälineiden hankintoihin käytetyt määrärahat vaihtelivat suuresti eri terveyskeskuksissa.



Tutkimuksen mukaan eniten rahaa käyttänyt terveyskeskus oli varannut lähes kaksitoista kertaa enemmän rahaa asukasta kohden apuvälinehankintoihin kuin vähiten rahaa käyttänyt terveyskeskus. Tämän täytyy vaikuttaa myös apuvälineiden saatavuuteen, sillä mahdolliset sairastavuus- ja ikärakenne-erot eivät voi selittää kokonaan kyseistä vaihtelua. Suomen kuntien käyttämiä apuvälineiden määrärahoja on vaikeaa vertailla muiden pohjoismaiden kesken, koska palvelujärjestelmät eroavat paljon toisistaan. Yleinen arvio vuodelta 2001 on, että esimerkiksi Ruotsi käyttäisi apuvälineiden hankintaan neljä ja Norja viisi kertaa enemmän rahaa kuin Suomi.

Yleisesti apuvälineiden luovuttamisen rajoituspäätöksiä on perusteltu kuntien heikolla rahatilanteella. Talousarviosta päättävät luottamusmiehet ja asiaa valmistelevat virkamiehet rikkovat perustuslain säännöksissä julkiselle vallalle asetetut velvoitteet, jos talousarvio mitoitetaan tietoisesti tiedossa olevaa tarvetta vähäisemmäksi. (Eduskunnan oikeusasiamiehen lausunto 2003.)

Todennäköisesti päätöksentekijät näkevät apuvälineiden luovuttamisen ainoastaan menoeränä, huomaamatta, että apuväline saattaa olla kokonaistaloudellisesti edullinen. Apuväline voi tuottaa myös säästöjä vähentämällä henkilökunnan tarvetta (Petäkoski-Hult 1995, Jönsson 1999).

### 6.1.3 Valvonta ja ohjaus

Sosiaali - ja terveysministeriö ei ole riittävästi valvonut kuntien tekemiä päätöksiä, joilla kunnat ovat rajoittaneet apuvälineiden luovuttamista eivätkä lääninhallituksetkaan ole puuttuneet kuntien lain vastaiseen päätöksentekoon. Ohjaus- ja valvontavelvollisuus korostuvat erityisesti, kun potilaalla ei ole hoitopäätöksen luonteisen apuvälineen luovutus päätöksen takia käytettäväänään keinoja ratkaisun muuttamiseen (vrt. Hansson 2002.) Tämän takia on tärkeää, että valvovat viranomaiset puuttuvat konkreettisesti apuvälineiden luovuttamista koskeviin lainvastaisiin toimintakäytäntöihin ja -ohjeisiin.

## 6.2 Tutkimuksen validiteetti ja reliabiliteetti

Tutkimus kattaa perusjoukosta eli manner-Suomen terveyskeskuksista 92 prosenttia, joten kyselyn vastaukset voidaan yleistää koko Suomeen. Tutkimuksen ulkoista validiteettia voidaan pitää hyvänä. Hyvän kyselyn tunnusmerkki on myös puuttuvien tietojen pieni määrä (Uhari & Nieminen 2001, 84-85). Tässä kyselyssä saatiin lähes kaikkiin käsiteltäviin kysymyksiin kattavasti vastaukset. Vain vastauksissa apuvälineisiin käytettävistä määrärahoista oli selkeitä puutteita. Puutteet näistä tiedoista johtuivat pääasiassa terveyskeskusten vajavaisista tai vanhanaikaisista tietojärjestelmistä.

Poikkileikkaustutkimuksen vastauksiin saattavat vaikuttaa jotkut tilapäiset tekijät kyselyhetkellä, mikä heikentää tutkimuksen sisäistä validiteettia (Hirsjärvi ym. 1997). Tässä kyselyssä vastaukset pyydettiin valmistelemaan eri ammattiryhmien yhteistyönä, jotta yksittäisen henkilön henkilökohtaiset näkemykset eivät tulisi esiin vastauksissa. Kyselyyn vastaaminen edellytti joissain tapauksissa tietojen hankintaa organisaation eri tahoilta, mutta vastauksiin tarvittavien tietojen keräämiseen oli varattu paljon aikaa. Kysely tehtiin kesällä, jolloin osa terveyskeskusten apuvälinealan asiantuntijoista saattoi olla lomalla, millä on voinut olla vaikutusta joidenkin vastausten luotettavuuteen.

Vastaajat joutuivat osittain arvioimaan toimintatapoja, joista he olivat voineet olla itse päättämässä. Osa näistä päätöksistä on ollut lainvastaisia. Kyselyyn vastaajien yksilöintitiedot, kuten terveyskeskuksen nimi, vastaajan nimi ja ammatti olivat puhelinhaastattelussa lääninhallituksen virkailijan tiedossa ja tiedot tulivat myös vastausten analysoijan tietoon. Raporteissa vastaajatahot eivät enää näy. Vastaajatahon tunnistaminen on voinut vaikuttaa siihen, että vastaajat ovat ehkä antaneet terveyskeskusten käytännöistä todellisuutta positiivisemmän kuvan.

Tutkimuksessa käytettiin osittain aiemmin käytettyä ja testattua kyselylomaketta, joka uusittiin ja koekäytettiin muutamilla terveyden- ja sosiaalihuollon asiantuntijoilla. Yhtä kysymystä lukuun ottamatta vastaajat olivat saatujen vastausten perusteella ymmärtäneet kysymykset tarkoituksen mukaisesti. Kysymys, jolla tiedusteltiin kalliiden apuvälineiden luovuttamisrajoituksia, saatiin vastaukseksi myös perus- ja erikoissairaanhoidon porrastukseen liittyviä päätöksiä, vaikka tarkoituksena oli saada tietoa yksittäisiin

apuvälinemalleihin liittyviä hintarajoituksia. Tämän kysymyksen käsittely jätettiin pois tästä tutkimuksesta.

Tutkimuksessa käytettyä kyselylomaketta ei oltu suunniteltu suoraan tätä tutkimusta varten, mutta soveltuvien osin se antoi luotettavasti vastaukset myös tämän tutkimuksen kysymyksiin. Kysely tehtiin osin kontrolloituna kyselynä (kyselylomakkeen lähettäminen etukäteen ja sen jälkeen puhelinhaastattelu), mikä lisää poikkileikkaustutkimuksen reliabiliteettia (Hirsjärvi ym. 1997). Suurin osa lääninhallitusten virkamiehistä, jotka toimivat kyselyn haastattelijoina, oli tehtävässään kokeneita. Monet heistä olivat tehneet aiemmin vastaavanlaisia kyselyjä sosiaali- ja terveysministeriölle.

Tutkimuksen vastauksia analysoitaessa luovutuskäytännöistä päättävät tahot luokiteltiin kuuteen eri ryhmään. Ryhmäjakoja kokeiltiin myös jakamalla aineisto kahteen: kliiniset päätöksentekijät ja hallinnolliset päätöksentekijät. Useamman ryhmän kannalle kuitenkin päädyttiin, jotta pystyttiin analysoimaan pienempienkin ryhmien erilliset vaikutukset. Mielenkiintoista tietoa olisi voitu saada myös vertailemalla eri kokoisten terveyskeskusten tekemiä päätöksiä toisiinsa.

Tarkasteltaessa erosivatko apuvälineiden luovutuskäytäntöjen päätöksentekijäryhmät toisistaan, käytettiin prosenttijakaumaa ja Khin neliötestiä. Ryhmien välisiä keskinäisiä eroja vertailtiin riskisuhteen avulla. Ryhmien välisiä eroja olisi voinut vertailla myös log-lineaarisen mallin avulla, jolloin ryhmien väliset riippuvuudet olisivat tulleet todennäköisesti tarkemmin esille. Apuvälineiden hankintakustannuksia tarkasteltiin keskiarvoina, suurimpina ja pienempinä arvoina sekä varianssianalyysin avulla tarkastettiin oliko ryhmien välillä eroja. Nämä menetelmät antoivat riittävästi tietoa tutkimuksen tulosten arviointia varten.

## 7 JOHTOPÄÄTÖKSET, TUTKIMUKSEN MERKITYS JA JATKOTUTKIMUSHAASTEET

### 7.1 Johtopäätökset

1. Tutkituista terveyskeskuksista moniammatillinen ryhmä päätti useimmiten (yli puolessa terveyskeskuksista) apuvälineiden luovutuskäytännöistä terveyskeskuksissa. Vähiten luovutusta rajoittavia keinoja käytettiin silloin, kun päätös tehtiin lautakunnissa tai terveyskeskukset noudattivat sairaanhoitopiirien tai alueiden päätöksiä. Terveyskeskusten hallinnolliset päätöksentekijät sekä terveydenhuollon ammattihenkilöt tekevät lain vastaisia päätöksiä asettaessaan etukäteen lääkinnällisen kuntoutuksen apuvälineiden luovuttamista rajoittavia keinoja, periessään asiakkailtaan apuvälinepalveluihin liittyviä asiakasmaksuja ja jättäessään asiakkaiden maksettavaksi apuvälineiden huoltoon ja korjaukseen liittyviä maksuja.

2. Apuvälineiden tarvitsijat ovat epätasa-arvoisessa asemassa keskenään asuinpaikkakunnan suhteen. Terveyskeskusten apuvälineiden saatavuudessa, asiakasmaksuissa sekä apuvälineiden huoltoon ja korjaukseen liittyvissä käytännöissä on eroja suhteessa siihen mikä taho terveyskeskuksessa on päättänyt apuvälineiden luovutuskäytännöistä. Hallinnollisen tahon (johtoryhmät, taloustoimisto, terveydenhuollon johtaja sekä hallitukset ja valtuustot) päättäessä terveyskeskusten apuvälineiden luovutuskäytännöistä, on terveyskeskuksilla suhteellisesti enemmän käytössään apuvälineiden luovuttamista rajoittavia keinoja, asiakasmaksuja sekä asiakkaiden korvattavaksi tulevia apuvälineiden huoltoon ja korjaukseen liittyviä maksuja.

3. Apuvälineiden luovutuskäytännöistä päättävillä tahoilla on osittain yhteyttä siihen mitä apuvälineiden luovutuskriteereitä tai asiakkaiden maksettavaksi tulevia kustannuksia terveyskeskuksissa käytettiin. Tilastollisesti selkeää säännönmukaisuutta apuvälineiden luovutuskäytäntöjen päätöksentekijöillä ja apuvälineiden luovutuksen rajoittamisella ei ollut. Eri päätöksentekijäryhmät erosivat tilastollisesti merkitsevästi toisistaan ei-

luovutettavien apuvälineiden nimeämisessä sekä silloin, kun rajoituskeinot olivat määrittelemättömiä, ns. kirjoittamattomia sääntöjä. Tilastollisesti merkitseviä eroja yksittäisten ryhmien välille tuli tavassa millä hallitukset ja valtuustot käyttivät apuvälineiden uusimis- ja määrärajoituksia verrattuna lääkäri -ryhmän päätöksiin. Tilastollisesti erittäin merkitsevä ero oli lääkärien ollessa päätöksentekijöinä verrattuna hallituksiin ja valtuustoihin silloin, kun rajoituskeinoina oli kirjoittamattomat säännöt.

Luovutusrajoituksia perustellaan monesti kunnan tiukalla budjetilla, mutta rajoitukset voivat kertoa yksilöllisen apuvälinetarpeen arvioinnin asiantuntemuksen puutteesta. Tähän pitäisi kiinnittää huomiota koulutusta lisäämällä.

4. Apuvälineiden luovuttamisesta päättävissä tahoissa ei ollut merkitseviä eroja suhteessa terveyskeskusten käyttämiin apuvälineiden hankintamäärärahoihin. Eniten määrärahoja asukasta kohden käytettiin silloin, kun kunnat noudattivat sairaanhoitopiirin tai alueen päätöksiä apuvälineiden luovutuskäytännöissä. Vähiten määrärahoja asukasta kohden käytettiin johtoryhmien, taloustoimiston ja terveydenhuollon johtajan tehtyä apuvälinekäytäntöjen päätökset. Kuntien välillä oli kuitenkin eroja käytettävissä määrärahoissa. Eniten rahaa käyttänyt terveyskeskus oli varannut lähes kaksitoista kertaa enemmän rahaa asukasta kohden apuvälinehankintoihin kuin vähiten rahaa käyttänyt terveyskeskus.

## **7.2 Tutkimuksen merkitys**

Tutkimuksella saatiin uutta tietoa päätöksenteon vaikutuksesta apuvälineiden luovutuskäytäntöihin. Tietoa voidaan käyttää apuvälinepalvelujen arvioinnin, toteutuksen ja kehittämisen apuna. Saatavaa tietoa voidaan hyödyntää sekä valtakunnallisesti, alueellisesti että paikallisesti. Tiedolla on merkitystä myös suunnattaessa apuvälinepalvelujen laatusuosituksen koulutusta ja tiedottamista läänien virkamiehille, kuntien ja kuntayhtymien päätöksentekijöille, sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisille ja apuvälineiden käyttäjille.

Tutkimuksessa nousee esille päätöksentekijän vastuun merkitys. Päätöksentekijöiden tulisi tiedostaa päätöksensä lainmukaisuus ja päätösten vaikutus yksittäisen kuntalaisen elämään. Myös läänien ja sosiaali- ja terveysministeriön tulisi varmistaa kuntien järjestämien apuvälinepalvelujen oikeudellisuuden valvonta ja ohjaaminen. Kuntien tulisi järjestää apuvälinepalvelut lainmukaisesti ja yhtenäisin käytännöin, jotta apuvälineen tarvisijat saisivat tarvitsemansa itsenäistä suoriutumista tukevat apuvälineet tasapuolisesti riippumatta siitä minkä kunnan alueella he asuvat.

### **7.3 Jatkotutkimushaasteet**

Tässä tutkimuksessa käytetty aineisto on osa Stakesin tekemää Apuvälineiden saatavuus 2000 -aineistoa. Sosiaali- ja terveysministeriö teki vastaavan selvityksen vuonna 1994. Selvitysten raporteista selviää, että apuvälineiden saatavuus kuuden seurantavuoden välillä ei ollut juurikaan muuttunut. Nyt onkin tärkeää, että selvitys uusitaan muutaman vuoden kuluttua. Selvityksen avulla voidaan arvioida myös mahdolliset muutokset apuvälineiden luovutuskäytäntöjen päätöksenteossa. Voitaneen olettaa, että mahdollisiin myönteisiin muutoksiin vaikuttaisivat apuvälinepalveluiden laatusuositus ja käynnistyneet apuvälinepalvelujen kehittämishankkeet. Apuvälineiden saatavuus selvitykset ovat käsitelleet ainoastaan lääkinnällisen kuntoutuksen apuvälinepalveluja. Tärkeää olisi kartoittaa tulevaisuudessa myös sosiaalitoimen kautta luovutettavien välineiden, kojeiden ja laitteiden saatavuuden tilanne.

Apuvälinepalvelujen laatusuositus julkaistiin kesällä 2003. Laatusuositus velvoittaa kuntia valmistelemaan sairaanhoitopiirin johdolla alueellisen suunnitelman apuvälinepalvelujen työn- ja vastuunjaon sekä yhdenmukaisten käytäntöjen sopimiseksi. Keskusteluissa yhdenmukaisista toimintakäytännöistä tulee käsitellä myös käytössä olleita apuvälineiden luovutusrajoituksia ja päätöksentekoa. Tarpeellista on arvioida parin vuoden kuluttua miten kunnat ovat suunnitelmia tehneet ja vieneet niitä käytäntöön. Laatusuositus nostaa esille myös käyttäjälähtöiset palvelut ja asiakaslähtöisyyden. Sen lisäksi, että kunnat seuraavat yksittäisten palvelujen käyttäjien palautteita saamistaan palveluista, tulisi käyttäjien näkökulmaa tutkia laajemminkin.

Apuvälinepalvelujen toteuttamisen seuraamista varten ja tehtävien selvitysten luotettavuuden lisäämiseksi tulisi tiedonkeruujärjestelmät olla yhteismitallisia jokaisessa terveyskeskuksessa ja keskussairaalassa. Valtakunnallisesti tulisi laatia selkeät kriteerit, joiden avulla tietoa kerätään apuvälineistä ja apuvälinepalveluista. Suomen Kuntaliitossa valmistellaan parhaillaan Apuvälinepalvelujen nimikkeistöä, joka valmistuu ensi vuonna. Tämä voi osaltaan auttaa tiedonkeruun yhdenmukaistamista.

Tämän tutkimuksen johtopäätöksenä havaittiin, että apuvälinealan ammattilaisilla on osaamisessa puutteita. Osaamisen tueksi tarvitaan tutkimusta apuvälineiden vaikuttavuuden arvioinnista. Tällainen tutkimus puuttuu Suomesta lähes täysin. Apuvälineiden käytön seuranta varten on kehitetty joitakin mittareita kuten PIADS, QUEST, COMP ja IPPA. Nämä tulisi kääntää suomeksi, pilotoida Suomen oloihin sopiviksi ja ottaa käyttöön. Stakes on tällä hetkellä mukana pohjoismaisessa hankkeessa (NAME), jonka tarkoituksena on kehittää mittari liikkumisen apuvälineiden vaikutuksen arviointia varten. Mahdollisuus käynnistää apuvälineiden käytön vaikuttavuustutkimusta Stakesin FinOHTAssa eli Terveystieteiden tutkimuskeskuksen arviointiyksikössä tulisi selvittää. Kansallinen terveydenhuollon hanke satsaa lähivuosina paljon varoja FinOHTAn toimintaan.

Apuvälinepalvelujen laadukas toteuttaminen edellyttää palvelujen toteuttajilta korkeaa asiantuntemusta ja riittävää kokemusta alalta sekä johdon tukea. Apuvälinealan ammattilaisten tieto-taitoa tulisi lisätä. Myös kaikkien muidenkin sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöiden tulisi saada nykyistä enemmän tietoutta ja osaamista apuvälineistä ja niiden käytöstä jo peruskoulutuksessa (vrt. Salminen 1996.) Samoin täydennyskoulutuksen määrästä ja laadusta tulisi huolehtia. Erityisesti tulisi kiinnittää huomiota niiden henkilöiden koulutukseen, jotka työskentelevät apuvälineiden käyttäjien kotona. Koulutuksen kehittäminen vaatisi nykyisten koulutuskäytäntöjen selvittämistä ja arviointia, jotta voitaisiin laatia yhtenäisiä apuvälinealan opetussuunnitelmia.

## LÄHTEET

Apuvälinepalveluiden laatusuositus. 2003. Sosiaali- ja terveysministeriö ja Suomen Kuntaliitto. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2003:7. Helsinki.

Asetus kansaneläkelaitoksen järjestämästä kuntoutuksesta 1161/1991.

Asetus lääkinnällisestä kuntoutuksesta 1015/1991.

Asetus työvoimapalveluihin liittyvistä etuuksista 1253/1993.

Asetus vammaisuuden perusteella järjestettävistä palveluista ja tukitoimista 759/1987.

DACHETA, FinOHTA, SBU & SMM. 2001. Hearing Impairment Among Adults (HIA). Report of a joint (Nordic-British) project. Helsinki. Edita Oyj.

Eduskunnan oikeusasiamiehen päätös kanteluun. 2003. Dnro 180374/00. Helsinki: Eduskunta.

Erikoissairaanhoitolaki 1062/1989.

Etelä-Suomen läänin vammaispoliittinen ohjelma vuosille 2003-2006 - lyhennelmä ohjelmasta. Erilaisuus on normaalia. 2003. Etelä-Suomen lääninhallitus. Julkaisuja 65. Helsinki. Hakapaino Oy.

Hansson A-I. 2002. Selvitys sosiaali- ja terveyspalvelujen ohjauksesta ja valvonnasta. Selvityshenkilön raportti. Sosiaali- ja terveysministeriö. Työryhmämuistioita 2002:8. Helsinki.

Heikkilä T. 2001. Tilastollinen tutkimus, Vol. 3. uudistettu painos. Helsinki: Edita.

Hiltunen N, Pennanen A-M & Pohjolainen T. 1996. Apuvälinetoiminta Uudellamaalla. Nykytilanne ja kehittämisehdotukset. Helsinki.

Hirsjärvi S, Remes P & Sajavaara P. 1997. Tutki ja kirjoita. Kirjayhtymä Oy. Tampere: Tammer-Paino Oy.

Huolman P. 2001. Sai-Lab vaatii järjestelmän järjeistämistä ja yhdenmukaistamista. IT -lehti 9/2001.

Hurnasti T. 2001. Mikä on apuväline? Fysioterapia -lehti 4/01. Vol 48, 14-16.

Högmander H, Kankainen A, Lehtonen R, Leskinen E, Lyyra A-L, Nissinen K & Oja H. 2003. Tilastolliset analyysimenetelmät. TILA04 Tilastomenetelmien jatkokurssi. Kevät 2003, 2. painos. Jyväskylä: Matematiikan ja tilastotieteen laitos. Jyväskylä, 10.



Johansson L. 1998. Hjälpmedelstatistik 1997: Hjälpmedel för rörelsehindrade och hörselskadade. Handikappinstitutet. Rapport & dokumentation. Vällingby.

Jönsson L. 1999. Rollatorns betydelse för äldre kvinnor i ortnära boende. Hjälpmedelinstitutet. Rapport dokumentation. Stockholm.

Kansallinen projekti terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi. 2002. Sosiaali- ja terveysministeriö. Työryhmämuistioita 2002:3. Helsinki.

Kansanterveyslaki 66/1972.

Kanto-Ronkanen A & Salminen A-L. 2003. Apuvälinetarpeen arviointi ja käytön seuranta. Teoksessa A-L Salminen (toim.) Apuvälinekirja. Kehitysvammaliitto. Helsinki: Tammerpaino Oy, 57.

Konola P, Hurnasti T, Aarnikka T, Leivo H, Hiltunen N & Virtanen P. 2003. Apuvälinepalvelut. Teoksessa A-L Salminen (toim.) Apuvälinekirja. Helsinki: Tammerpaino Oy, 45.

Kuntoutuksen kustannuksista ja vaikuttavuudesta. Tausta-aineisto valtioneuvoston kuntoutusselontekoon. 2002. Sosiaali- ja terveysministeriö. Julkaisuja 2002:5. Helsinki: Edita Prima Oy.

Kuntoutusselonteko 2002. Valtioneuvoston selonteko eduskunnalle. Sosiaali- ja terveysministeriö. Julkaisuja 2002:6. Helsinki: Edita Publishing Oy.

Laki ammatillisesta koulutuksesta 630/1998.

Laki kansaneläkelaitoksen järjestämästä kuntoutuksesta 610/1991.

Laki liikennevakuutuslain perusteella korvattavasta kuntoutuksesta 626/1991.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992.

Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista 734/1992.

Laki sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtiosuudesta 733/1992.

Laki tapaturmavakuutuslain perusteella korvattavasta kuntoutuksesta 625/1991.

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 559/1994.

Laki vammaisuuden perusteella järjestettävistä palveluista ja tukitoimista 380/1987.

Lehikoinen S & Seppänen M. Humanismia vai ekonomiaa terveydenhuollossa? Fenomenografis - fenomenologinen tutkimus tuloksellisvaatimusten ristiriidoista. Pohjois-Karjalan sairaanhoitopiiri. Julkaisuja 28. Joensuu.

Lääninhallituslaki 22/1997.

Mansikkamäki T. 2003. Polkuja fysioterapian tulevaisuuteen. Suomen Fysioterapeuttiliiton 60-vuotisjuhla-julkaisu. Suomen Fysioterapeuttiliitto. Helsinki: Painotalo Auranen.

Marx F. 2003. Access to Assistive Technology In the European Union. European Commission study. In G.M, Craddock, L. P. McCormack, R. B. Reilly and H. T.P. Knops. (eds.) Assistive Technology - Shaping the Future. Assistive Technology Research Series 11. Amsterdam: IOS Press, 98-102.

Narikka J. 2001. Palvelujen laatu. Teoksessa J Narikka (toim.) Sosiaali- ja terveyspalvelujen lainsäädäntö käytännössä. Helsinki: RT- Print, 356, 358.

Nationella system för förmedling av hjälpmedel. Aktuellt i Norden. 2003. NSH - Nordiska samarbetsorganet för handikappfrågor 2003. Solna: Åtta.45 Tryckeri AB.

Oikeudenmukaisuus ja ihmisarvo suomalaisessa terveydenhuollossa. 2001. Sosiaali- ja terveysministeriö. Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta (ETENE). Selvityksiä 2001:1. Helsinki.

Oulasvirta L, Ohtonen J & Stenvall J. 2002. Tasapainoista ratkaisua etsimässä. Kuntien sosiaali- ja terveydenhuollon ohjaus. Sosiaali- ja terveysministeriö. Julkaisuja 2002:19. Helsinki.

Parkkinen S. 2002. Apuvälineiden ylläpitotoiminnan kehittäminen JYTY - kunnissa. Seutukunta-kohtainen raportti. ISAK-kehittämiskeskus. Outokumpu.

Perusopetusasetus 852/1998.

Perusopetuslaki 628/1998.

Petäkoski-Hult T. 1995. Vammaisten apuvälineiden hankintaprosessi, vaikutukset ja kustannukset. Väitöskirja. Kuopion yliopisto. Terveystieteiden ja -talouden laitos. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 29. Kuopio.

Pääministeri Matti Vanhasen hallituksen ohjelma 2003. Valtioneuvoston kanslia. Helsinki.

Rajaniemi S. 1998. Apuvälineistä apua vaikeavammaisten työhön ja opiskeluun. Seurantaselvitys Kelan kuntoutuksena vaikeavammaisten apuvälineitä saaneista ja apuvälineprosessista. Kansaneläkelaitos. Helsinki.

Ryynänen O-P, Myllykangas M, Kinnunen J, Isomäki V-P & Takala J. 1999. Terveystieteiden ja sairauksien valinnat. 2. uudistettu painos. Suomen Kuntaliitto. Helsinki.

Salminen A-L. 1997. Tietokone apuvälineenä. Tietokoneen, sen lisälaitteiden ja ohjelmistojen saatavuus apuvälineeksi 1996. Stakes. Aiheita 50/1997. Helsinki.

Salminen A-L. 2003. Apuvälinepalvelut. Teoksessa A-L Salminen (toim.) Apuvälinekirja. Kehitysvammaliitto. Helsinki: Tammerpaino Oy, 27-29.

Savela A & Hakulinen T. 2001. Apuvälinealan tulevaisuudennäkymiä: Argumentoiva Delfoi-tutkimus. Pohjois-Karjalan ammattikorkeakoulu. Julkaisuja A: Tutkimuksia. Joensuu.

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

Sillanpää M-L. 1996. Apuvälineiden saatavuus - apuvälineiden antamiskäytännöt terveyskeskuksissa [Pro-grad -tutkielma]. Helsingin yliopisto. Kansanterveystieteen julkaisuja M 126:1997. Helsinki.

Sosiaali- ja terveydenhuollon laadunhallinta 2000-luvulle. Valtakunnallinen suositus. 1999. Sosiaali- ja terveysministeriö, Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus & Suomen Kuntaliitto. Helsinki.

Sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelma 2000 - 2003. Valtioneuvoston päätös. 1999. Sosiaali- ja terveysministeriö. Julkaisuja 1999:16. Helsinki: Oy Edita Ab.

Sosiaali- ja terveyspolitiikan strategiat 2010 - kohti sosiaalisesti kestäväää ja taloudellisesti elinvoimasta yhteiskuntaa. 2001. Sosiaali- ja terveysministeriö. Julkaisuja 2001:3. Helsinki: Libris Oy.

Sotilasvammalaki 303/1948.

Suomen perustuslaki 731/1999.

Terveydenhuollon kehittämisprojekti. Selvitysmiesraportti 1. Asiakkaan asema terveydenhuollossa. 1998. Sosiaali- ja terveysministeriö. Työryhmämuistioita 1998:1. Helsinki: Oy Edita Ab.

Terveydenhuollon kehittämisprojekti. Selvitysmiesraportti 2. Terveydenhuollon toimivuus. 1998. Sosiaali- ja terveysministeriö. Työryhmämuistioita 1998:2. Helsinki: Oy Edita Ab.

Terveys 2015 -kansanterveysohjelmasta. Valtioneuvoston periaatepäätös. 2001. Sosiaali- ja terveysministeriö. Julkaisuja 2001:4. Helsinki: Edita Oyj.

Topo P & Saarikalle K. 2000. Miten ihmiset, joilla on kehitysvamma, käyttävät tulkkipalveluja? Teoksessa P Topo, M-L Heiskanen, A Rautavaara, K Hannikainen-Ingman, K Saarikalle & R Tiilikainen. Kuulo- ja puhevammaisten tulkkipalvelut. Vammaispalvelulain toteutuminen. Stakes. Raportteja 255:2000. Helsinki: Gummerus Kirjapaino Oy, 143.

Työvoimapalvelulaki 1005/1993.

Töytäri O. 2001. Apuvälineiden saatavuus 2000. Selvitys apuvälineiden luovutuskäytännöistä, resursseista ja yhteistyöstä terveyskeskuksissa ja keskussairaaloissa. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus. Aiheita 9/2001. Helsinki.

Uhari M & Nieminen P. 2001. Epidemiologia ja biostatistiikka. Kustannus Oy Duodecim. Helsinki: Gummerus Kirjapaino Oy.

### **Ei-julkaistut lähteet**

Järvinen P. 2003. Apuvälinepalveluihin vaikuttava lainsäädäntö. Luentomoniste. Apuvälinepalvelujen laatusuosituspäivä. 25.4.2003. Kajaani.

Rousi T, Korpimaa E, Kuusinen O, Saarelma-Kallio K & Alaranta H. 2002. Vaikeavammaisten ympäristöhallintajärjestelmät Suomessa. Esitelmä apuvälineyksikköjen koulutuspäivillä. 26.4.2002. Rovaniemi.

### **Elektroniset lähteet**

<http://www.helsinki.fi> - <http://hel03.novogroup.com/tulos.asp>. 25.2.2003

<http://www.kho.fi/tietopal/paatokset/2000/T3118.html>

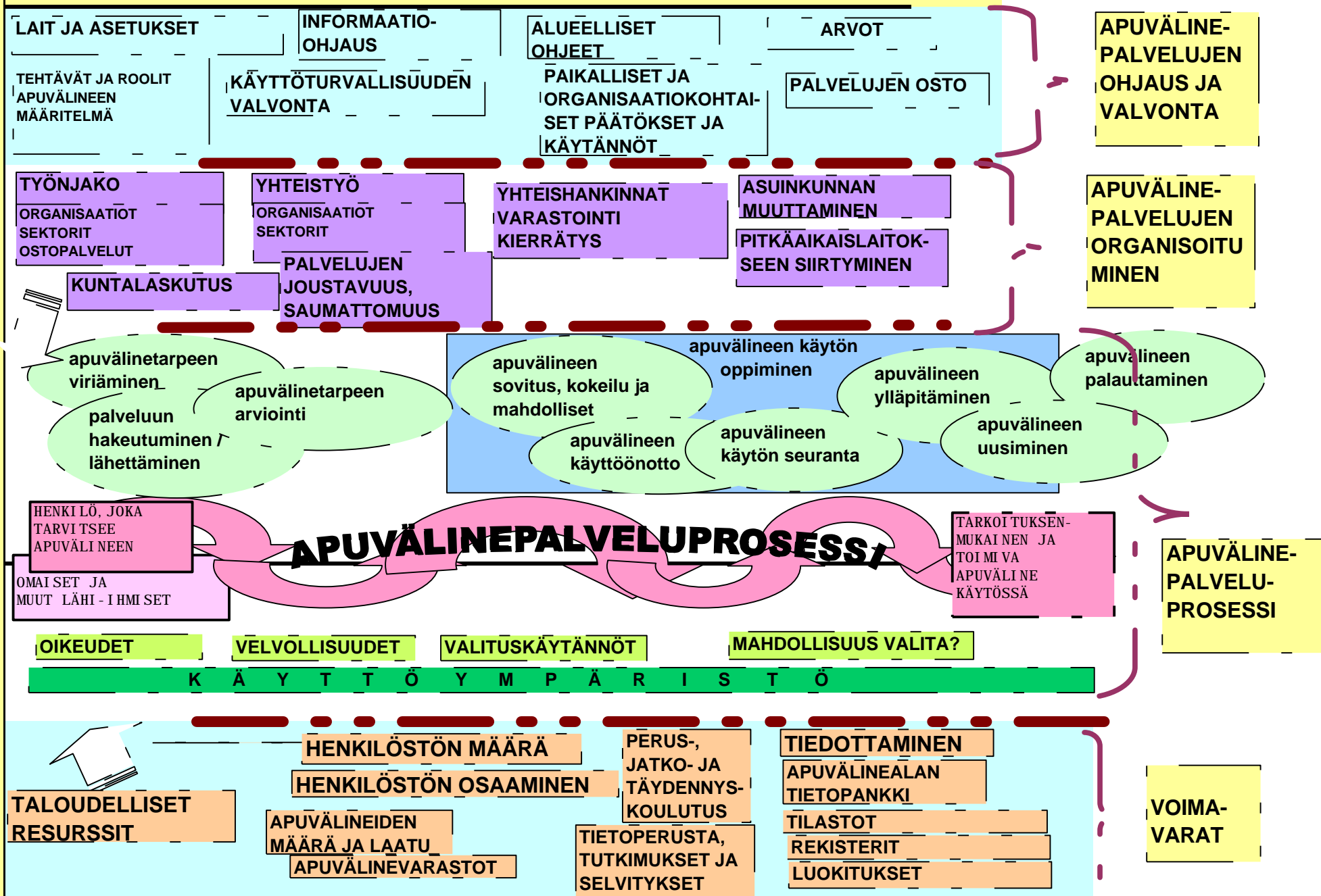
<http://statfin.stat.fi/statweb/start.asp?LA=fi&DM=SLFI&lp=catalog&clg=vaesto>

## LIITTEET

**Liite 1** Apuvälinepalveluprosessi ja siihen vaikuttavat tekijät

**Liite 2** Terveyskeskusten apuvälinepalvelujen saatavuutta kartoittaneen kyselyn saate kirje ja tässä tutkimuksessa käytetyt kysymykset

# APUVÄLINEPALVELUPROSESSI JA SIIHEN VAIKUTTAVAT TEKIJÄT







**STAKES**  
**SOSIAALI- JA TERVEYSALAN**  
**TUTKIMUS- JA KEHITTÄMISKESKUS**

Johtavat lääkärit  
Terveyskeskukset

9.6.2000

## **KYSELY APUVÄLINEIDEN SAATAVUUDESTA**

### **ARVOISA JOHTAVA LÄÄKÄRI**

Stakes tekee selvitystä apuvälineiden saatavuudesta. Tehtävä liittyy sosiaali- ja terveysministeriön ja Stakesin tekemään tulossopimukseen vuodeksi 2000. Osa selvityksestä palvelee Lääkelaitoksen terveydenhuollon laitteet ja tarvikkeet -yksikköä.

Selvityksellä on tarkoitus saada tietoa apuvälineiden saatavuudesta ja tietoa teidän näkemyksistä siitä miten apuvälinepalveluja tulisi kehittää. Osaa tiedoista voidaan verrata vuonna 1994 vastaavanlaisella kyselyllä saatuun aineistoon (*Sillanpää ym. Apuvälineiden saatavuus 1994. Monisteita 1995:11. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki 1995.*)

Selvitys koskee kaikkia terveyskeskuksia ja keskussairaaloita.

Terveyskeskusten selvitys tapahtuu oheisen kyselylomakkeen mukaan puhelimitse haastattelemalla. Koska haastattelussa kysytään monipuolisesti apuvälineasioista, on ehkä tarpeen kerätä tietoa ja keskustella joistakin asioista terveyskeskuksen kuntoutusryhmän jäsenten tai muiden apuvälineasioita hoitavien kanssa ennen haastattelua. Mikäli teillä ei itse ole mahdollisuutta osallistua haastatteluun, pyydämme teitä nimeämään haastatteluun vastaavan henkilön.

Haastattelu tapahtuu lääninhallituksen toimesta. Sieltä teihin otetaan yhteyttä lähiaikoina haastatteluajan sopimista varten.



Kyselyssä käytettyjä käsitteitä:

Apuvälineillä tarkoitetaan tässä kyselyssä lääkinällisen kuntoutuksen apuvälineitä (määritelty asetuksessa 1015/91), joita ovat lääkinällisin perustein todetun toimintavajavuuden korjaamiseen tarkoitettut välineet, laitteet tai vastaavat, joita vajaakuntoinen henkilö tarvitsee selviytyäkseen päivittäisissä toiminnoissaan. Apuvälineisiin luetaan myös kuntoutuksessa tarvittavat hoito- ja harjoitusvälineet sekä peruskoulua tai lukiota käyvän vammaisen oppilaan kuntoutukseen kuuluvat henkilökohtaiset koulussa ja muissa elämän tilanteissa tarvittavat apuvälineet.

Apuvälineiden luovuttamisella tarkoitetaan tässä omaksi tai pitkäaikaiskäyttöön luovuttamista, jolloin apuvälinettä voi käyttää tarvittavan ajan - useita kuukausia, vuosia - , usein koko apuvälineen käyttöiän ajan.

Apuvälinepalveluilla tarkoitetaan tässä apuvälineiden tarpeen määrittelyä, välineiden sovitusta, luovutusta omaksi tai käytettäväksi, käytön opetusta ja seurantaa sekä välineiden huoltoa.

Toivomme, että kesästä ja lomista huolimatta pystytte keräämään tietoa ja vastaamaan esitettyihin kysymyksiin, niiden suuresta määrästä huolimatta. Luotettavat vastaukset hyödyntävät parhaiten apuvälinepalveluiden kehittämistä.

Mikko Mäntysaari  
vt tulosaluejohtaja

Vastaamme mielellämme kaikkiin selvityksen herättämiin kysymyksiin.

Ystävällisin terveisin!

Outi Töytäri  
suunnittelija  
p. 09 3967 2082  
outi.toytari@stakes.fi

Jouko Kokko  
erikoissuunnittelija  
p. 09 3967 2092  
jouko.kokko@stakes.fi

os.PL 220, 00531 Helsinki

9.6.2000

**TERVEYSKESKUKSEN NIMI:**  

---

**I APUVÄLINEIDEN LUOVUTUSKRITEERIT**

1. Onko teillä luettelo apuvälineistä, joita terveyskeskuksessanne ei anneta pitkäaikaiskäyttöön?

1. ei

2. on

Jos on, niin mainitse kuinka monta erilaista apuvälinettä listassa on? \_\_\_\_\_ kappaletta  
Luettele niistä mielestäsi neljä tärkeintä ja selvitä miksi niitä ei anneta.

---

---

---

---

2. Onko teillä asetettu hankkimisrajoituksia halvoille apuvälineille? Onko esimerkiksi omavastuuta eli hintarajaa, jonka alle maksavia apuvälineitä ei hankita?

1. ei

2. on, ilmoita hintarajan markkamäärä \_\_\_\_\_mk

Jos on, niin koskeeko rajoitus kaikkia apuvälineitä? Mitä ei koske?

---

---

3. Onko teillä asetettu hankkimisrajoituksia kalliille apuvälineille? Onko esimerkiksi korvauskattoa eli hintarajaa, jota kalliimpia apuvälinekohtaisia malleja ei korvata?

1. ei

2. on

Jos on, niin anna kolme esimerkkiä rajoituksista (apuväline ja markkamäärä)?

---

---

4. Onko asiakkailta peritty apuvälineistä maksuja? Esimerkiksi omavastuuosa, lainamaksu ym.

1. ei

2. on

Jos on, niin selvitä millaisissa tapauksissa?

---

---

5. Joutuuko asiakas itse kustantamaan joitakin apuvälineen käyttöön, huoltoon, kuljetuksiin, varaosiin ym. liittyviä kustannuksia.

1. ei

2. kyllä

Jos joutuu, niin selvitä lyhyesti millaisissa tapauksissa?

---

---

6. Onko teillä apuvälinekohtaisia uusimisrajoituksia ja/tai määrärajoituksia?

1. ei

2. on

Jos on, niin anna kolme esimerkkiä rajoituksista (apuväline ja rajoitus)?

---

---

---

7. Onko apuvälineiden antamisperusteita tiukennettu apuvälineiden saajan diagnoosista, vammaisuuden asteesta tai iästä johtuen verrattuna vuoteen 1998?

1. ei

2. on

Jos on, niin selvitä asiaa kahdella esimerkillä.

---



---

8. Onko terveyskeskuksessanne olemassa apuvälineiden luovutuskriteereistä ns. kirjoittamattomia sääntöjä? (Toisin sanoen kirjoitettuja kriteereitä ei ole olemassa, mutta rajoituksia ja tiukennoksia on silti olemassa.)

1. ei

2. on

Jos vastasit kyllä, niin kuvaile käytäntö lyhyesti.

---

—

---

—

9. Mikä mielestäsi on tärkein este apuvälineiden saatavuudelle eli henkilön lääkinnällisestä tarpeesta huolimatta hän ei saa apuvälinettä käyttöönsä?

---

—

---

—

## II APUVÄLINEIDEN MÄÄRÄ, KUSTANNUKSET JA KÄYTETTÄVISSÄ OLEVA HENKILÖKUNTA

10. Mitkä olivat apuvälineiden (kaikki alat yhteensä) hankintakustannukset terveyskeskuksessanne?

vuonna 1998 \_\_\_\_\_ markkaa

vuonna 1999 \_\_\_\_\_ markkaa

11. Miten arvioit apuvälineisiin käytettävien määrärahojen riittävyyttä terveyskeskuksessanne tänä vuonna?

1. riittävät hyvin tarpeeseen nähden
2. riittävät melko hyvin, jonkin verran vajausta
3. eivät riitä, selvä vajaus tarpeeseen nähden

### III PÄÄTÖKSENTEKO APUVÄLINEASIOISSA

12. Kuka tai mikä elin on vahvistanut kohdassa II (kysymykset 3-10) mainitut apuvälineiden luovutuskriteerit ?

---

—

---

—

---

—

### IV YHTEISTYÖ APUVÄLINEPALVELUISSA

13. Ovatko terveyskeskuksenne apuvälineiden luovutusperusteet yhtäläiset muiden samassa sairaanhoitopiirissä olevien terveyskeskusten kanssa?

1. luovutusperusteiden suositukset on sovittu ja kirjattu koko sairaanhoitopiirin alueella
2. luovutusperusteiden päälinjoista on sovittu
3. luovutusperusteet vaihtelevat jonkin verran alueen terveyskeskuksissa
4. luovutusperusteet vaihtelevat paljon alueen terveyskeskuksissa

5. en tiedä

## V APUVÄLINEPALVELUJEN TULEVAISUUS

14. Minkälaisia muutoksia terveystieteissä on suunniteltu apuvälinepalveluihin ensi vuodeksi?

	lisätään	pidetään entisellään	vähennetään	en osaa sanoa
hankintamäärärahat	_____	_____	_____	_____
	väljennetään	pidetään entisellään	tiukennetaan	en osaa sanoa
apuvälineiden luovutuskriteerit	_____	_____	_____	_____

Kuvaile e.m. muutokset lyhyesti ja mainitse mahdolliset muut muutokset.

---



---



---



---

**KIITOS VASTAUKSISTANNE!**