

APUVÄLINEIDEN KÄYTÖN OSAAMISEN VARMISTAMINEN  
TERVEYSKESKUKSISSA

Maria Kruus-Niemelä

Gerontologian ja  
kansanterveyden  
pro gradu-tutkielma  
Jyväskylän yliopisto  
Terveystieteiden laitos  
Syksy 2002

UNIVERSITY OF JYVÄSKYLÄ  
Department of Health Sciences

**KRUUS-NIEMELÄ MARIA: ENSURING THE ABILITY TO USE ASSISTIVE  
DEVICES IN HEALTH CENTRES**

Master's Thesis, 44 pages  
Gerontology and Public Health  
Autumn 2002

---

This study was conducted in order to determine how Finnish municipal health centres ensure that their clients know how to use assistive devices. An additional goal was to analyse whether there are any associations between an adequate number of personnel, the estimated level of know-how among the personnel, the use of the verification procedures to ensure clients' proper use of the assistive device(s) they have been assigned, and giving clients written instructions about assistive devices when the devices have been assigned to them.

The data used for this thesis are part of the material collected for the study entitled "The Access to Technical Aids Service 2000" that was carried out by STAKES, the National Research and Development Centre for Welfare and Health. Questionnaires were sent to the chief medical officers of all municipal health centres in Finland (N=275) excluding the Åland Islands. The questionnaire instructions requested that the chief medical officers complete their responses together with other personnel groups. The questionnaire response rate was 92%.

The indicators obtained for the questionnaire material are presented in this study as medians, modes and percentages. The methods applied to ensure the ability to use assistive devices were calculated and the results are given as percentages. Associations between different variables were analysed by using crosstabulations. Logistic regression analysis was employed to examine the associations between other variables and the verification procedures utilised to ensure clients' proper use of assistive devices. The strength of the effects of the explanatory variables is described by means of the odds ratio.

According to this study, oral instructions given when assistive devices are handed over to clients constitute the verification procedure utilised most commonly to ensure clients' proper use of assistive devices. Other, seldom used verification procedures are written instructions, house calls and follow-up. The number of personnel and their experienced level of know-how affect whether or not a verification procedure is utilised to ensure clients' proper use of assistive devices. When the number of personnel is considered to be adequate, it is more probable that a verification procedure is utilised. A verification procedure to ensure the proper use of assistive devices is usually utilised in health centres where the personnel's experienced level of know-how is regarded as good. Neither the number of personnel nor their level of know-how level was associated with the giving of written instructions.

**KRUUS-NIEMELÄ MARIA: APUVÄLINEIDEN KÄYTÖN OSAAMISEN  
VARMISTAMINEN TERVEYSKESKUKSISSA**

Pro gradu-tutkielma, 44 s.

Gerontologia ja kansanterveys

Syksy 2002

---

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää, miten Suomen terveyskeskuksissa varmistetaan annetun apuvälineen käytön osaaminen. Tavoitteena oli selvittää myös terveyskeskusten henkilökunnan määrän riittävyyden, arvioidun apuvälinealan tieto-taito tason, luovutetun apuvälineen oikean käytön varmistusmenettelyn sekä apuvälineen käyttöohjeen asiakkaalle siirtymisen välisiä yhteyksiä.

Aineisto on osa Stakesin keräämästä Apuvälineiden saatavuus 2000 -aineistoa. Kysely osoitettiin kaikille Suomen terveyskeskusten johtaville lääkäreille (N=275) Ahvenanmaata lukuun ottamatta. Vastauksia oli pyydetty valmistelemaan yhteistyössä eri ammattiryhmien kesken. Vastausprosentti oli 92 %.

Aineiston tunnuslukuja on tässä työssä esitetty mediaanina, moodina ja prosentuaalisina lukuina. Apuvälineen käytön osaamisen varmistamistapoja käsiteltiin ja esitettiin prosenttijakaumien muodossa. Eri muuttujien välisiä yhteyksiä tarkasteltiin ristiintaulukoinnin avulla. Muuttujien välisiä riippuvuuksia ja niiden tilastollisia merkitsevyyksiä arvioitiin  $\chi^2$  -testillä. Logistisen regressioanalyysin avulla tarkasteltiin samanaikaisesti muiden muuttujien yhteyttä apuvälineiden oikean käytön varmistusmenettelyyn. Selittävien muuttujien vaikutusten voimakkuutta kuvataan tunnusluvulla odds ratio (OR) eli ristitulosuhte.

Tämän tutkimuksen mukaan yleisin apuvälineiden käytön varmistusmenettely on suullinen ohjeiden anto apuvälineen luovutustilanteessa. Muita, hyvin vähän käytössä olevia keinoja ovat kirjalliset ohjeet, kotikäynnit ja seuranta. Henkilökunnan määrä ja koettu tieto-taito taso vaikuttavat siihen, onko käytössä terveyskeskuksessa jokin ennalta sovittu apuvälineen oikean käytön varmistusmenettely. Kun henkilökunnan määrä koetaan riittäväksi, on todennäköisempää, että varmistusmenettely on käytössä. Oikean käytön varmistusmenettely on käytössä yleensä siellä, missä henkilökunnan koettu tieto-taito taso koetaan hyväksi. Henkilökunnan määrän riittävyydellä tai tieto-taito tasolla ei ole yhteyttä kirjallisten käyttöohjeiden siirtymiseen.

## SISÄLLYS

1	JOHDANTO .....	3
2	APUVÄLINEET IKÄÄNTYNEIDEN IHMISTEN TOIMINTAKYKYÄ TUKEMASSA .....	5
2.1.	Päivittäisistä toiminnoista selviäminen .....	5
2.2.	Toimintakyvyn aleneminen ja kompensointikeinot .....	6
2.3.	Apuvälineet ja niistä saatu hyöty .....	8
3	APUVÄLINEIDEN HANKINTAPROSESSI .....	11
3.1.	Apuvälineitä koskevat lait ja asetukset .....	11
3.2.	Apuvälinepalvelut ja tarpeen määrittely.....	12
3.3.	Apuvälineiden saatavuus .....	13
4	IKÄÄNTYNEIDEN IHMISTEN APUVÄLINEIDEN KÄYTTÖ JA KÄYTÖN OPETTAMINEN.....	15
4.1.	Apuvälineiden käyttö .....	15
4.2.	Apuvälineiden käyttämättömyyden syitä .....	19
4.3.	Käytön opetus, ohjaus ja varmistus .....	20
5	TUTKIMUKSEN TARKOITUS .....	23
6	TUTKIMUSAINIESTO JA MENETELMÄT .....	24
6.1.	Tutkimusaineisto .....	24
6.2.	Aineiston hankintamenetelmät .....	25
6.3.	Aineiston analyysimenetelmät .....	25
7	TULOKSET .....	26
7.1	Taustatietoja .....	26
7.2.	Apuvälineen oikean käytön varmistusmenettely .....	27
7.3.	Varmistusmenettelyyn vaikuttavat tekijät .....	28
8	POHDINTA .....	33

LÄHTEET .....	37
LIITTEET .....	43
Liite 1. Kysymyslomake	

## 1. JOHDANTO

Väestö ikääntyy nopeasti kaikkialla teollistuneissa maissa ja hyvin iäkkäiden määrä kasvaa selvästi. Ikääntyneiden ihmisten lukumäärän kasvaessa erilaisten palveluiden tarve kasvaa. Erityisesti juuri paljon apua tarvitsevien ikääntyneiden ihmisten hoito ja huolenpito asettaa sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämiselle suuria vaatimuksia tulevaisuudessa. (Narikka, 2001, Sillanpää ym.1995.)

Suomalaisen vanhuspolitiikan lähtökohtana on edistää ikäihmisten hyvinvointia, itsenäistä selviytymistä ja hyvää hoitoa vaikuttamalla mm. aktiivisuuden edistämiseen ja omatoimisuuteen. Tavoitteena on turvata kotona tai kodinomaisissa olosuhteissa tapahtuva asuminen kaikille ikääntyneille ihmisille niin, että asumista tukevat tarvittaessa itsenäistä selviytymistä edistävät apuvälineet sekä riittävä apu ja huolenpito. Apuvälineet ovat siis yksi tärkeä keino omatoimisen selviytymisen tukemisessa. (Kaakinen & Törmä 1999, Narikka 2001.) Tulevina vuosina erityisesti kaikkein vanhimpien ikäryhmien apuvälineiden käyttö tulee lisääntymään (Endlich 1998, Hartke ym. 1998). Toisaalta apuvälineiden käytön lisääntymisen on todettu olevan jopa nopeampaa kuin väestön ikääntymisen (Endlich 1998).

Huolimatta selvistä hyödyistä, apuvälineet jäävät usein kuitenkin tehottomalle käytölle tai niiden mahdollisuuksia aliarvioidaan. Tutkimusten mukaan 47-84 % apuvälineistä on kotona aktiivisessa käytössä. Syitä käyttämättömyyteen on useita. Tutkimuksista nousee esille mm. käyttöohjeiden, harjoittelun ja seurannan vähyys tai täydellinen puute, tiedon puute apuvälineen oikeanlaisesta käytöstä. (Finlayson & Havixbeck 1992, Gitlin & Levine 1992, Gitlin ym. 1993, Mann ym. 1993, Gitlin & Burgh 1995, Kärkkäinen 1995, Mann ym. 1995, Gitlin ym. 1996, Sonn ym. 1996, de Klerk ym. 1997, Hartke ym. 1998.)

Haluttaessa korjata apuvälineiden käyttöön liittyviä ongelmia, on syytä aloittaa niiden kanssa tekemisissä olevista terveydenhuollon ammattilaisista. Sosiaali- ja terveydenhuollon henkilökunnalla tulisi olla avoin suhtautuminen apuvälineisiin ja heidän tulisi ymmärtää apuvälineiden käyttö myös ennalta ehkäisevänä toimenä. Tietoutta apuvälineistä tulee lisätä kaikille sosiaali- ja terveydenhuollon ammattiryhmille. (Sonkin ym. 1999.) Kuten Kärkkäinen (1995) tutkimuksessaan toteaa, muun muassa kotihoidon henkilökunta ei koe pystyvänsä

auttamaan ja neuvomaan asiakkaitaan apuvälineiden käytössä apuvälineiden laajan kirjon vuoksi. On myös huomattava, että apuvälineiden tarve muuttuu ajan myötä, ja seuranta ja yhteydenpito apuvälineen luovuttajan ja käyttäjän välillä tulee olla jatkuvaa. Apuvälineen käyttäjä tulee arvioida ja ohjata kunnolla apuvälineen käyttöön. Jotkin apuvälineet tulee korvata toisilla ja joitakin tulee modifioida asiakkaalle sopivaksi tai korjata. (Mann ym. 1993, Sonn ym. 1996.) Apuvälinetarvetta määritellessä ja sen käyttöä opetettaessa on hyvin tärkeää tutustua myös siihen ympäristöön ja niihin olosuhteisiin, jossa apuvälinettä tullaan käyttämään (Gitlin & Levine 1992).

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on tarkastella apuvälineiden oikean käytön varmistusmenettelyyn yhteydessä olevia tekijöitä. Aineisto on osa Stakesin tekemää Apuvälineiden saatavuus 2000 –tutkimusta.

## 2. APUVÄLINEET IKÄÄNTYNEIDEN IHMISTEN TOIMINTAKYKYÄ TUKEMASSA

Vanhenemiseen ja sen mukanaan tuomiin muutoksiin liittyy olennaisesti toimintakyvyn käsite (Heikkinen 1990, Laukkanen & Heikkinen 1990). Toimintakyvyllä tarkoitetaan yleisesti ihmisen mahdollisuuksia ja edellytyksiä suoriutua ja selviytyä erilaisista tehtävistä ja haasteista, kuten päivittäisistä toiminnoistaan (Helin 2000). Toimintakykyä tarkastellessa on otettava huomioon myös elinolot, joissa kukin ihminen elää. (Mann ym. 1995.)

### 2.1. Päivittäisistä toiminnoista selviytyminen

Toimintakyvyn arvioinnin yhteydessä puhutaan yleensä päivittäisistä toiminnoista selviytymisestä eli ADL-käsitteestä (activities of daily living). Tällöin selvitetään iäkkäiden ihmisten selviytymistä päivittäisistä fyysisistä- tai perustoiminnoista (physical activities of daily living eli PADL tai basic activities of daily living eli BADL) ja asioiden hoitamisesta (instrumental activities of daily living eli IADL) selviytymistä. PADL käsittää liikkumiskyvyn ja biopsykologisiin tekijöihin perustuvia toimintoja, kuten peseytyminen, pukeutuminen, WC:ssä käynti ja syöminen. PADL on yleisemmin käytetty riippumattomuuden indikaattori. Jos henkilöllä on vakavia vaikeuksia PADL toiminnoissa, hänellä on todennäköisesti vakavia terveysongelmia ja hän tarvitsee paljon ulkopuolista apua tai on mahdollisesti laitoshoidon tarpeessa. (Katz ym. 1963, Laukkanen 1998, Ostir ym. 1999, Sakari-Rantala ym.1999.) IADL -toiminnoissa korostuvat sosiaaliset tekijät. IADL mittaa yksilön kykyä selviytyä omassa elinympäristössään, kuten kykyä käyttää puhelinta, ajaa autoa tai matkustaa itsenäisesti bussilla tai taksilla, tehdä ostoksia, valmistaa aterioita, tehdä kevyitä kotitöitä, ottaa lääkkeitä, tai käsitellä rahaa. IADL-toiminnot ovat välttämättömiä itsenäisen asumisen ylläpitämiselle. (Lawton & Brody 1969, Laukkanen 1998, Ostir ym. 1999, Sakari-Rantala ym.1999.) Tyypillisesti IADL-toiminnot vaativat suurempaa kognitiivista kyvykkyyttä kuin PADL-toiminnot (Ostir ym. 1999).

Päivittäisistä toiminnoista selviytymistä voidaan tarkastella vaikeuksien lisäksi myös avuntarpeen kannalta. Tässä näkökulmassa korostuu hoidon ja avun tarve sekä yksilön omista



lähtökohdista arvioituna että yhteiskunnalta edellytettävien palvelujen kehittämisen ja niiden aiheuttamien kustannusten kannalta. (Heikkinen 1990, Laukkanen & Heikkinen 1990, Laukkanen 1998.) ADL-toiminnoista ilman ulkopuolista apua selviytymistä voidaan pitää yhtenä mittarina toimintakyvyn tasoa kuvattaessa (Laukkanen 1998).

## 2.2. Toimintakyvyn aleneminen ja kompensointikeinot

Toimintakyky käsite viittaa resursseihin ja kyvykkyyteen, mutta asiaa lähestytään kuitenkin usein sanan negation eli toiminnanrajoitusten tai toiminnanvajavuuksien perspektiivistä käsin (Helin 2000). Toiminnanvajavuudesta voidaan puhua silloin, kun sairaudet aiheuttavat yksilölle joko lyhyt- tai pitkäaikaisia ongelmia suoriutua normaaleista arkirutiineista. Vanhenemisprosessi ja siihen usein liittyvät pitkäaikaissairaudet ja vammat heikentävät toimintakykyä ikääntyessä. Tänä päivänä ikääntyneiden ihmisten toimintakyvyttömyyden taustalla on useimmiten krooninen sairaus tai monitautisuus. (Laukkanen & Heikkinen 1990, Laukkanen ym. 1991, Ostir ym. 1999.) Tavallisimmat päivittäistä elämää häiritsevät sairaudet, oireet ja vammat liittyivät tuki- ja liikuntaelimestöön sekä verenkiertoelimestöön (Laukkanen & Heikkinen 1990, Laukkanen ym. 1991).

Toimintakyky voi heiketä myös toimintojen vähäisen harjoittamisen takia, vaikka vakavia sairauksia ei olisikaan. Vaikeuksia ilmaantuu iän myötä arkielämän sujumiseen ja itsenäiseen selviytymiseen liittyvissä asioissa. Yksilöiden väliset erot toimintakyvyssä kasvavat iän myötä ja toisaalta eri toimintojen muutokset ihmisen vanhetessa poikkeavat huomattavasti toisistaan. (Laukkanen ym. 1991.)

Omatoiminen selviytyminen ei kuitenkaan riipu yksistään yksilön toimintakyvystä, vaan siihen vaikuttavat lisäksi elin- ja asuinympäristö. Kaikki nämä tekijät, erikseen tai yhdessä, vähentävät ikääntyneen henkilön itsenäisen toiminnan tasoa ja vaikuttavat hänen elämänlaatuunsa. Nämä tekijät myös vähentävät ikääntyneen ihmisen aktiviteettien määrää. (Laukkanen & Heikkinen 1990, Laukkanen ym. 1991, Mann ym. 1995, Lilja & Borell 1997.) Johtaako toiminnanrajoitus toimintakyvyttömyyteen vai ei, riippuu eniten henkilön fyysisestä ja sosiaalisesta ympäristöstä. Fyysiset muutokset johtavat siihen, että yksilö kohtaa ympäristönsä eri tavalla, ja on siitä enemmän riippuvainen. Yksilö ja hänen sosiaalinen

elämänsä on aina yhteydessä ympäristöön, joko asettaen rajoituksia tai tukien päivittäisissä toiminnoissa. Ympäristöä ja erilaisia toimintoja ei voida erottaa, ja siksi ympäristö tulee suunnitella niin, että se tukee ja on suotuisa fyysisille suorituksille. (Lilja & Borell 1997.) Elinympäristön turvallisuus, tarkoituksenmukaiset ergonomiset ratkaisut, toimintaympäristön muokkaaminen vastaamaan alentunutta toimintakykyä, sopivien teknisten apuvälineiden käyttö ja ympäristön suhtautuminen ovat muiden muassa niitä tekijöitä, joilla on merkitystä ikääntyneen ihmisen omatoimisen selviytymisen kannalta. Kun yksilön selviytymistä pyritään parantamaan, voivat toimenpiteet vastaavasti kohdistua joko toimintakyvyn palauttamiseen tai elinolojen parantamiseen tai kumpaankin. (Laukkanen ym. 1991, Mann ym. 1995.)

Toiminnanvajavuutta voidaan kompensoida muuttamalla omaa toimintaa tai välttämällä vaikeutuneiden asioiden tekemistä (Verbrugge 1990, Laukkanen 1998). Verbruggen mukaan (1990) toiminnanvajavuus on nimenomaan kuilu yksilön kyvykkyyden ja ympäristön välillä, minkä vuoksi ympäristöä tulee kehittää toiminnanvajavuuksien vähentämiseksi. Laukkanen (1998) mukaan kompensointikeinoilla, kuten apuvälineillä, muuttamalla ympäristöä tai käyttämällä avustajaa, voidaan helpottaa päivittäisistä toiminnoista selviytymistä.

Helinin (2000) mukaan kompensoivan käyttäytymisen prosessi sisältää ensinnäkin yksilön mielessä tapahtuvan oman tilanteen arvioinnin ja tavoitteiden määrittämistoimet. Toiseksi kompensoivana toimena voi olla toimintakäytäntöjen modifiointi, joka pitää sisällään automaattisen kompensoinnin, yrittämisen ja ponnistelujen lisäämisen, ajankäytön lisäämisen sekä vaihtoehtoisten strategioiden käyttämisen. Kolmas kompensoinnin kategoria on teknisten laitteiden käyttö. Se edellyttää toiminnanrajoitteiden tiedostamista, tunnistamista ja asiaan puuttumista. Tekninen kompensointi sisältää mm. erilaiset apuvälineet ja itse valmistetut laitteet sekä asuinympäristön muutostyöt. Neljäs kompensoivan käyttäytymisen kategoria sisältää sosiaalisen osallistumisen ja toimintojen määrän ja laadun rajaamisen. Viimeisenä kategoriana on toisen ihmisten apuun turvautuva kompensointi.

### 2.3. Apuvälineet ja niistä saatu hyöty

Tässä tutkimuksessa apuvälineillä tarkoitetaan lääkinälliseen kuntoutukseen kuuluvia apuvälineitä, jotka ovat lääkinällisin perustein todetun toiminnanvajavuuden korjaamiseen tarkoitettuja välineitä, laitteita tai vastaavia, joita vajaakuntoinen henkilö tarvitsee selviytyäkseen päivittäisistä toiminnoistaan. Apuvälineisiin luetaan myös kuntoutuksessa tarvittavat hoito ja harjoitusvälineet. (Asetus lääkinällisestä kuntoutuksesta 1015/91.)

Apuvälineitä käytetään lisäämään, kompensoimaan tai parantamaan toimintakykyä toimintarajoitteisella ihmisellä. Ne auttavat yksilöä pärjäämään pidempään itsenäisesti ja lisäävät elämänlaatua. Valikoima on laaja, vaihtelua on niin ulkonäöllisissä ratkaisuisissa kuin toiminnoissakin. Yksinkertaisimmillaan apuväline voi olla tuttu ja helppokäyttöinen (esim. kepit, tarttumapihdit ja pyörätuolit), korkeamman teknologian apuvälineet ovat usein toiminnoiltaan monimutkaisempia ja vaativat runsaampaa harjoittelua käyttäjältä (esim. myoelektroniset proteesit, tietokonepohjaiset kommunikaatioapuvälineet). (de Klerk ym. 1997, Hartke ym. 1998.)

Apuväline voidaan kokea positiivisesti, mekanismina jonka avulla pysytään itsenäisenä, tai negaation kautta, merkinä toimintakyvyn menetyksestä. Tällöin apuvälineen käyttöä varjostaa negatiivisen sosiaalisen leiman pelko. (Gitlin 1995.)

Yksi avainstrategia toiminnanvajauksista kärsivien ikääntyneiden kuntoutuksessa on juuri apuvälineiden käyttöön antaminen. Apuvälineiden päämääränä on luoda silta yksilön toimintarajoitusten ja fyysisen ympäristön välille vähentämään toiminnanvajauden haittaa sekä säilyttää tai ylläpitää toimintoja mahdollisimman korkealla tasolla. Apuvälineillä pyritään myös vähentämään kipua tai tapaturma-alttiutta. Apuvälineet voivat tuoda ikääntyneelle ihmiselle turvallisuuden tunnetta ja auttaa ADL- ja IADL-toiminnoissa. (Gitlin & Levine 1992, Gitlin ym. 1993.)

Ikääntyneiden ihmisten mielestä ikääntymisen vaikutukset ja ikään liittyvät sairaudet tulevat esille toimintakyvyn huonontumisena ja itsenäisyyden menetyksenä (Mann ym. 1993). Yleensä ympäristön ongelmat, korkea ikä, monet sairaudet ja monet liikkumisen ongelmat liitetäänkin apuvälineiden käyttöön (Hartke ym. 1998). Tekniset apuvälineet auttavat

pienentämään iän mukana tuomien muutosten haittaavaa vaikutusta, kuten heikentynyttä lihasvoimaa, notkeutta, koordinaatiota ja heikkoa näkökykyä. Apuvälineet lisäävät aktiivisuuden tasoa ja elämänlaatua. (Gitlin & Levine 1992.) Apuvälineet ovatkin tärkeässä asemassa ikääntyneiden toimintarajoitteisten ihmisten elämässä. Hollantilaisen tutkimusten mukaan 74 % ikääntyneistä, toimintarajoitteisista ihmisistä omistaa ainakin yhden apuvälineen, joka helpottaa selviytymisessä jokapäiväisistä aktiviteeteista (de Klerk ym. 1997).

Apuvälineet voivat olla osaratkaisu kasvavan ikääntyneiden ihmisten ryhmän ja kroonisesti sairaiden lisääntyvän määrän ja sitä kautta lisääntyvän avun tarpeen suunnittelussa. Ne voivat auttaa myös jatkuvasti määrällisesti pienentyntä hoitoalan henkilökuntaa työssään. (de Klerk ym. 1997.) Apuvälineillä voidaan helpottaa myös kotona ikääntyvää henkilöä hoitavan omaisen tai muun hoitajan työtä. Toimintarajoitteisten ikääntyneiden ihmisten kotiin tehtävät ympäristön muutokset ja apuvälineet ovat hyvin tärkeitä, koska toimintarajoitukset lisääntyvät nopeasti iän myötä ja tapaturmariski ja uudelleen loukkaantumisen riski kasvavat nopeasti. (Gitlin & Levine 1992.)

Vaikeasti mitattavat suureet, kuten esimerkiksi itsenäisyys, riippumattomuus ja elämänlaadun koheneminen ovat merkittäviä apuvälinepalveluun liittyviä arvoja ja mahdollisuuksia taloudellisuuden ohella (Ohtonen 1997).

Hyvin toimivan apuvälineen hankkiminen tuottaa sekä suoria, apuvälineen käyttäjään kohdistuvia, että epäsuoria, läheisille ja yhteiskunnalle, koituvia hyötyjä. Suorat tai välittömät hyödyt ilmenevät muun muassa parantuneena toimintakykenä ja epäsuorat vähentyneenä avuntarpeena. Osa kustannuksista ja hyödyistä ilmenee välittömästi, kuten apuvälineen hankintakustannus, osa vasta myöhemmin, kuten sen ylläpitokustannukset. Osa kustannuksista ja hyödyistä kohdistuu välittömästi apuvälineen käyttäjään, osa lähiomaisiin ja osa on luonteeltaan yhteiskunnallisia kustannuksia tai kustannussäästöjä, kuten vähentynyt tuen tarve. (Ohtonen 1997.)

Raha ja apuvälineen hankintahinta ovat suhteellisia suureita. Apuvälineiden hankinnasta ja käytöstä aiheutuvien kustannusten suuruus määräytyy suhteessa niihin vaihtoehtoihin kustannuksiin, joita syntyy mikäli kyseistä välinettä ei oteta käyttöön. Hankintahinnaltaan kallis apuväline voi siis osoittautua edulliseksi ja kannattavaksi investoinniksi.

Arvokkaidenkin apuvälineiden hankintaan tarvittavien varojen puute voi merkitä epädullisten palveluvaihtoehtojen ja sen myötä apuvälinettä kalliimpien toimintavaihtoehtojen ylläpitoa. (Ohtonen 1997.)

### 3. APUVÄLINEIDEN HANKINTAPROSESSI

#### 3.1. Apuvälineitä koskevat lait ja asetukset

Apuvälinepalveluiden järjestämisestä Suomessa säätelevät useat lait ja asetukset. Näitä ovat muun muassa sotilasvammalaki 404/48, laki kansaneläkelaitoksen järjestämästä kuntoutuksesta 610/91, perusopetuslaki 628/98, laki tapaturmavakuutuslain perusteella korvattavasta kuntoutuksesta 625/91, laki liikennevakuutuslain perusteella korvattavasta kuntoutuksesta 626/91, laki kehitysvammaisten erityishuollosta 519/77. Lääkinnällisen kuntoutuksen apuvälineitä käsitellään kansanterveyslaissa ja erikoissairaanhoidolaissa, joiden mukaan vastuu lääkitämisestä kuntoutuksesta ja siihen kuuluvasta apuvälinetoiminnan järjestämisestä, alueensa väestön tarpeiden edellyttämällä tavalla, on kunnilla ja kuntayhtymillä. Apuvälinepalveluita määritellään asetuksessa lääkitämisestä kuntoutuksesta 1015/91. Sen mukaan apuvälinepalveluihin kuuluu apuvälineen tarpeen määrittely, välineiden sovitukset, luovutus omaksi tai käytettäväksi, käytön opetus ja seuranta sekä välineiden huolto.

Myös ikääntyneelle väestölle suunnattu kuntoutus järjestetään monen eri lain puitteissa. Kuntoutus pitää sisällään erilaisia toimenpiteitä, joilla pyritään tukemaan kotona asumista mahdollisimman pitkään, kuten apuvälineitä ja niiden käytön ohjaamista. (Narikka 2001.)

Terveyskeskusten järjestämä lääkitäminen kuntoutus ja siihen liittyvät palvelut ovat asiakkaalle maksuttomia. Näin myös apuvälineet ja niiden tarpeellinen uusiminen ja huolto ovat maksuttomia. Vain silloin, kun apuvälineen tarve aiheutuu tapaturmavakuutuslain, sotilasvammalain, liikennevammalain, potilasvahinkolain tai vastaavan mukaan korvattavasta vahingosta tai ammattitaudista, voi terveyskeskus periä asiakkaalta todellisia kustannuksia vastaavan maksun. Tällöin asiakas saa kuitenkin korvauksen apuvälineen aiheuttamista kustannuksista esimerkiksi vakuutusyhtiöltään. Kunta ei voi esimerkiksi pelkästään puuttuvien määrärahojen takia kieltäytyä tarjoamasta sellaisia terveydenhuollon palveluja, kuten apuvälineitä, joihin asiakkaalla on toteen näytetty tarve. (Narikka 2001.)

### 3.2. Apuvälinepalvelut ja tarpeen määrittely

Apuvälineiden saaminen niitä tarvitsevien käyttöön on monivaiheinen ja usean toimitahon päätöksentekoa vaativa tapahtumasarja (Cook & Hussey 1995, Ohtonen 1997). Apuvälineen toimittaminen sitä tarvitsevalle tapahtuu usein vasta kun toimintavajavuutta on jo ilmentynyt, joten palvelun tulisi tapahtua nopeasti. Apuvälinepalveluissa tulisikin kiinnittää enemmän huomiota ehkäisevään toimintaan sekä mahdollisimman varhaisessa vaiheessa tapahtuvaan palveluun. (Vaarama ym. 2001.)

Jotta palveluita pystytään tarjoamaan lain edellyttämässä määrässä, tulee apuvälinepalveluita tuottavan henkilöstön määrä ja ammattitaito olla kunnossa. Vaikka aiemmissa tutkimuksissa henkilöstömäärän ja palvelun laadun välillä ei ole todettu olevan suoraa kausaalisuhdetta, on kuitenkin löydetty yhteys henkilöstön väsymisen ja palveluiden heikon laadun välillä. Näin myös palvelun laadulla voidaan katsoa olevan määrällisiä edellytyksiä. (Vaarama ym. 2001.)

Ammattitaito määritellään ammattitutkintolaissa ammattirakenteen mukaiseksi, osista koostuvaksi, laaja-alaiseksi tai yksipuoliseksi, kehittyväksi ominaisuudeksi ja valmiudeksi, joka voi vanheta ja joka vaatii ylläpitämistä (Ammattitutkintolaki L 306/1994). Laki määrittelee myös terveydenhuollon henkilön ylläpitämään ja kehittämään ammattitaitoaan. Työnantajan tulee luoda edellytykset sille, että henkilö voi osallistua tarvittavaan ammatilliseen täydennyskoulutukseen. (Vaarama ym. 2001.)

Apuvälineiden kanssa työskentelee monella eri koulutustaustalla olevia ammattilaisia. Apuvälinekirjon ja luovutukseen liittyvän monipuolisuuden vuoksi tarvitaan moniammatillista ryhmää. Asiakkaan tarpeita vastaavan ratkaisun löytäminen edellyttävät yhteistoimintaa sekä näiden sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten kesken, että asiakkaan ja hänen sidosryhmiensä kanssa. (Cook & Hussey 1995, Ohtonen 1997.) Yhteistoiminnan tavoitteena on tutustua asiakkaan tarpeisiin niiden luonnollisissa yhteyksissä, yhdistää sekä palvelun tuottajan että asiakkaan asiantuntemus ja ylittää jo olemassa olevat ratkaisuvaihtoehdot uudella ja juuri kysyntää tyydyttävällä tavalla (Ohtonen 1997).

Gitlin ja Levine (1992) ovat erotelleet tutkimuksessaan neljä eri kohtaa, joiden tulisi opastaa ammattilaisia heidän valitessaan ja opastaessaan ikääntyneitä ihmisiä ja heidän hoitajiaan apuvälineasioissa. Ensinnäkin asiakkaiden tarpeiden määrittelyn yhteydessä hänen yksilölliset

tarpeensa ja arvonsa antavat peruspohjan motivaatiolle kuntoutuksen aikana. Toiseksi tulee huomioida apuvälineen saajaa hoitavien ja auttavien ihmisten sitouttaminen. Apuvälineen antajan tulee ymmärtää jokaisen perheen yksilölliset tavat ja tyyli toimintaympäristössään sekä apuvälineen käyttäjän rooli perheessään. Kolmanneksi tulee muistaa hoidon perustuvan yhteistyölle. Asiakkaan kotona työskentelevän henkilön tulee suhtautua avoimesti yksilön näkökulmaan ja henkilökohtaisiin tavoitteisiin, asiakasta tulee kuunnella avoimin mielin. Neljäntenä huomioon otettavana seikkana mainitaan psykososiaaliset tekijät, joita ovat yksilön omat arvot ja toivomukset apuvälineistä. Sosiaalisen leimautumisen pelko ja toimintakyvyn menetyksen kieltäminen tulee ottaa huomioon osaksi apuvälineiden valintaa ja harjoittelua.

### 3.4. Apuvälineiden saatavuus

Sillanpään ym. (1995) tutkimuksessa oli tavoitteena selvittää apuvälineiden saatavuus eri puolilla Suomea sekä saatavuudessa tapahtuneet muutokset vuosina 1992-1994.

Saatavuus arvioitiin yleisesti, eri käyttäjäryhmien ja eri apuvälineryhmien osalta sekä kustannusmuutoksina. Apuvälinepalvelujen saatavuus oli heikentynyt joillakin alueilla ja joidenkin apuvälineiden osalta. Kehitys ei ollut kuitenkaan yhdensuuntainen kaikissa maan terveyskeskuksissa tai sairaanhoitopiireissä. Valtaosa terveyskeskuksista tai sairaanhoitopiireistä arvioi vanhusten apuvälinepalvelut hyväksi tai melko hyväksi. Muutama sairaanhoitopiiri näki niissä kuitenkin puutteita. Heikennykset ilmenevät selvimmin joko yksittäisten apuvälineiden antamiskäytäntöjen tiukentamisena tai selvinä rajoituksina. Tiukennukset olivat erilaisia eri terveyskeskuksissa ja sairaanhoitopiireissä. Kuntakohtaisia eroja korosti se, että samojen apuvälineiden antamista oli toisissa terveyskeskuksissa helpotettu, toisissa tiukennettu. Useimmiten erilaiset rajoitukset koskivat tukikaiteita, kävelykeppejä, kyynärsauvoja ja sähköistettyjä sänkyjä, eli apuvälineitä, jotka voivat olla kuitenkin ratkaisevia tukia kotona selviytymisessä. (Sillanpää ym. 1995.)

Vaikka apuvälineiden saatavuus oli yleisesti jonkin verran heikentynyt, voitiin apuvälinepalvelujen tasoa pitää keskimääräisesti edelleenkin kohtalaisen hyvänä. Tiettyjä apuvälineitä tai tietyn hintaisia apuvälineitä ei annettu lainkaan. Tämä käytäntö sulkee pois



mahdollisuuden antaa harkinnan perusteella vajaakuntoiselle henkilölle tarpeellisia ja välttämättömiä apuvälineitä. Apuvälineen tarve on aina harkittava yksilöllisesti sen käyttötarkoituksen, sopivuuden ja hyödyn perusteella. Apuvälineen käyttäjän olisi myös osallistuttava tähän harkintaan. ”Paras apuväline on käytössä kulunut apuväline.” (Sillanpää ym. 1995.)

Töytäri (2001) tarkasteli julkaisussaan vuonna 2000 terveyskeskusten ja keskussairaaloiden lääkinnällisen kuntoutuksen apuvälineiden saatavuutta. Tätä arvioitiin lääkinnällisen kuntoutuksen apuvälineiden luovutuskäytäntöjen ja niihin liittyvien rajoitusten, alueellisten erojen, käytettyjen voimavarojen, päätöksen teon ja yhteistyön kannalta. Apuvälineiden luovutuskäytännöt vaihtelivat hyvin paljon ja niiden luovutusta oli edelleen aiempiin vuosiin verrattuna rajoitettu. Terveyskeskuksista 68 % ja keskussairaaloista 83 % ilmoitti rajoittaneensa apuvälineiden luovutusta. Apuvälineiden luovutuskriteerit vaihtelivat kunnittain, ja jopa saman sairaalan eri yksiköillä oli erilaisia luovutuskäytäntöjä. Suurimpia esteitä apuvälineiden saatavuudelle tutkimuksen mukaan ovat voimavarojen, määrärahojen, henkilöstön määrän ja osaamisen vähyys. Rahan vähyden vuoksi eri terveyskeskukset ja keskussairaalat siirsivät vastuuta asiakkaiden apuvälineasioiden hoitamisesta toisilleen sekä itse asiakkaille.

## 4 IKÄÄNTYNEIDEN IHMISTEN APUVÄLINEIDEN KÄYTTÖ JA KÄYTÖN OPETTAMINEN

### 4.1. Apuvälineiden käyttö

Huolimatta selvistä hyödyistä, apuvälineet jäävät usein kuitenkin tehottomalle käytölle tai niiden mahdollisuuksia aliarvioidaan. Tutkimusten mukaan 47 - 84 % apuvälineistä on kotona aktiivisessa käytössä. Apuvälineiden käyttöä on yhdistetty käyttäjän ikään, sukupuoleen, taudin kuvaan ja monisairauksiin, asumisen muotoon, yhteiskunnalliseen asemaan sekä yleensä apuvälineiden saantiin ja niiden ergonomiaan ja teknisiin ominaisuuksiin. (Finlayson & Havixbeck 1992, Gitlin & Levine 1992, Gitlin ym. 1993, Mann ym. 1993, Gitlin & Burgh 1995, Mann ym. 1995, Gitlin ym. 1996, Sonn ym. 1996, de Klerk ym. 1997, Hartke ym. 1998, Covan & Turner-Smith 1999.) Korkea ikä, huono terveydentila, vähäinen koulutustaso, kotiavun tarve sekä naissukupuoli ovat merkittäviä apuvälineiden käytön selittäjiä (de Klerk ym. 1997, Hartke ym. 1998).

Kärkkäinen (1995) on Suomessa tutkinut Nurmijärven terveyskeskus- ja kotipalvelun toimintayksiköissä työntekijöiden (N=128) havaitsemia sosiaalitekniikan ongelma-alueita iäkkäiden asiakkaidensa ympäristöissä. Kartoituksessa on huomioitu myös ikääntyneiden apuvälineissä havaitut käyttöongelmat. Tutkimuksen mukaan apuvälineiden mallivalikoima on laaja, mistä johtuen kotipalveluhenkilökunnan on ajoittain vaikea neuvoa asiakkaita niiden käytössä. Usein on myöskin vaikea saada asiakas mieltämään apuvälineen tarve ja käyttämisen hyödyt sekä asunnon tarvitsevat mahdolliset muutostyöt.

Koski ym. (1998) tutkivat osana kaatumiseen liittyvää tutkimusta ikääntyneiden ihmisten asenteita teknisiin apuvälineisiin ja annetun informaation osuutta teknisten apuvälineiden käyttöön. Tutkitut (alkuvaiheessa N=1159 ja seurantatutkimuksessa N=756) olivat syntyneet ennen vuotta 1920 ja asuivat Pohjois-Suomessa. Tutkimuksen mukaan teknisten apuvälineiden käyttö helpottaa ikääntyneitä ihmisiä pärjäämään paremmin päivittäisissä toiminnoissaan. Kolmas osa vastanneista ei kuitenkaan tiedä miten apuvälineitä hankitaan. Merkittävä määrä (82 %) tutkituista oli sitä mieltä, että teknisten apuvälineiden käyttö lisää

itsenäisyyttä, mutta ei voi koskaan kokonaan korvata ihmisapua. Puolet tutkituista ei kokonaan luottanut teknisiin apuvälineisiin, mutta suurin osa (85 %) kuitenkin uskoi, että apuvälineiden käyttöä tulisi lisätä. Myös apuvälineiden muotoilu ja käyttömukavuus tarvitsevat tutkimuksen mukaan lisää kehittelyä (25 %). Informoimalla ikääntyneitä ihmisiä teknisistä apuvälineistä lisätään tietoutta ja mahdollista käyttöä, mutta se ei lisää käytettävissä olevien apuvälineiden lukumäärää.

Ikivihreät-projektin yhteydessä Jyväskylässä tehdyissä tutkimuksissa vuosina 1988 ja 1996 kysyttiin tutkituilta henkilöiltä myös heidän apuvälineistään. Alkuhaastatteluun vuonna 1988 osallistui 1224 henkilöä, yli 75-vuotiaiden ryhmästä 589 ja nuoremasta eli 65-74-vuotiaiden ryhmästä 635 henkilöä. Seuraututkimukseen vuonna 1996 osallistui vanhemmasta ikäryhmästä 253 henkilöä ja nuoremasta 410 henkilöä, eli yhteensä 663 henkilöä. Tutkimuksen mukaan päivittäisten toimintojen apuvälineitä ei ollut paljon käytössä. Liikkumisen apuvälineistä yleisin oli keppi, jota vuonna 1988 käytti vanhemman ikäryhmän miehistä 14%, naisista 25 % ja nuoremman ikäryhmän miehistä 7 % ja naisista 4 %. Vuonna 1996 keppiä käyttävien osuus oli lisääntynyt vanhempien miesten osalta 40 %:iin ja nuorempien 14 %:iin sekä naisten käyttö 20 %:iin. Käytössä olevien liikkumisen apuvälineiden osuudet kolminkertaistuvat tutkimuksen aikana vanhemmassa ikäryhmässä, kaksinkertaistuivat nuoremmilla miehillä ja nelinkertaistuivat nuoremmilla naisilla. Turvapuhelinten ja muiden avunpyyntöjärjestelmien osuudet lisääntyivät tuntuvasti vanhemmissa ikäryhmissä; miehillä 2 %:sta 13 %:iin, naisilla 8 %:sta 24 %:iin. (Sakari-Rantala ym. 1999.)

Sonn ym. (1996) tutkivat Göteborgin kaupungissa asuvia yli 70-vuotiaita ihmisiä (N=217). Alle 80-vuotiaista 24 % ja 80-vuotta täyttäneiden ikäluokasta 57 % käytti yhtä tai useampaa apuvälineitä päivittäisissä toiminnoissaan. Käyttö liittyi useimmiten peseytymiseen ja liikkumiseen. Siitä tutkittujen ryhmästä, jotka olivat itsenäisiä ADL-toiminnoissaan, käytti 21 % yhtä tai useampaa apuvälinettä, avusta riippuvaisista käytti 64 %. Apuvälineitä oli kaikkiaan 210, niistä yleisin ryhmä oli peseytymisen apuvälineet (39 %), tarttumisen ja ylettymisen apuvälineitä oli 24 %, liikkumisen 19 % ja siirtymisen apuvälineitä 13 % ja muita apuvälineitä 11 %. Useimmat peseytymisen apuvälineet liittyivät kylpyammeeseen menoon ja sieltä pois tuloon. Liikkumisen apuvälineistä kävelykeppi oli kaikkein yleisin, seuraavaksi kävelyteline. Naisilla oli keskimäärin 2,9 apuvälinettä kun taas miehillä oli 1,1 apuvälinettä.

Kaikista apuvälineistä 66 % oli usein käytössä, 18 % joskus käytössä ja 16 % ei koskaan käytössä. Käyttöaste vaihteli eri apuvälineillä. Peseytymisen ja liikkumisen apuvälineistä 15 % ei ollut käytössä, tarttumisen ja ylettyamisen apuvälineistä 24 %. Tutkimuksen yhteydessä todettiin myös täyttämätöntä apuvälineiden tarvetta 16 %:lla osallistuneista. Tästä johtuen 38 uutta apuvälinettä toimitettiin, useimmat olivat peseytymisen apuvälineitä, seuraavaksi eniten oli liikkumisen apuvälineitä. Näistä 12 kk:n seurannassa todettiin 23 apuvälinettä usein käytössä olevaksi, 7 käytössä silloin tällöin ja kuusi ei käytössä. Käyttämättömyyden syynä oli parantunut terveydentila tai vaikeudet laitteen käytössä. (Sonn ym. 1996.)

Gitlinin ym. (1996) tutkimuksessa USA:ssa tutkittiin 86 yli 55-vuotiasta potilasta, jotka kotiutettiin sairaalasta halvauksen (32%), ortopedisen syyn (55%) tai alaraajan amputaation (13%) jälkeen apuvälineiden kanssa. Heidän apuvälineiden käyttöaste tutkittiin yhden, kahden ja kolmen kuukauden kuluttua kotiuttamisesta. Kuntoutuksen aikana he saivat kotikäyttöön 2-16 apuvälinettä/henkilö, keskimäärin 8 kappaletta. Näistä 32 % oli liikkumisen apuvälineitä, 30 % pukeutumisen, 26 % peseytymisen, 6 % ruokailun apuvälineitä. Tutkittavalla ryhmällä apuvälineiden tarpeen arvio tehtiin asiantuntijan taholta ja ohjeita apuvälineiden käyttöön annettiin. Kuukauden kuluttua 50 % kaikista annetuista apuvälineistä oli säännöllisessä käytössä, 3% satunnaisesti ja 47 % harvoin tai ei ollenkaan käytössä. Ne, jotka käyttivät apuvälineitä ensimmäisen kuukauden aikana, todennäköisesti käyttivät niitä myös muilla mittauskerroilla. Suurin ennustava tekijä ensimmäisen kuukauden käytölle oli käyttäjän omat positiiviset odotukset apuvälineen hyödystä todettuun tarpeeseen. Käyttöasteessa ei ollut merkittäviä eroja rodun, sukupuolen, iän tai asumisen suhteen. Toiminnallinen taso, mitattuna Functional Independence Measure (FIM) mittarilla ei ollut myöskään käyttöastetta ennustava tekijä. Tutkimuksen mukaan ensimmäinen kuukausi ratkaisee/ennustaa käytetäänkö apuvälineitä myös jatkossa. Potilaan osallistuminen apuvälineen valintaan, opastaminen ja käytön harjoittelu lisäävät käyttöastetta. Myös seuranta ja siihen liittyvä mahdollinen lisäharjoittelu on tärkeää, jotta apuväline saadaan liittymään käyttäjänsä päivittäisiin rutiineihin. Julkisuudessa esimerkiksi kävelyn apuvälineiden käyttöä rajoittavat häpeä ja leimaantumisen pelko. (Gitlin ym. 1996.)

Gitlin ym. (1993) ovat tutkineet 13:a yli 60-vuotiasta potilasta, jotka olivat palaamassa koteihinsa sairaalan kuntoutusosastolta. Heillä oli yhteensä 72 apuvälinettä, eli keskimäärin 6/potilas. Tutkijat tekivät kolme tutkimusta kuukauden välein ja käytössä olleiden apuvälineiden lukumäärä laski joka kuukausi; viimeisen aikana (3 kk apuvälineen annosta) 42

% välineistä oli harvoin tai ei koskaan käytössä. Syitä käyttämättömyydelle olivat apuvälineen tarpeettomuus, laite oli liian vaikea käyttää, laitteen tehtävän suoritti joku muu potilaan puolesta tai väline oli kadonnut tai rikkoutunut. Samassa yhteydessä myös 31 kotihoidon henkilöä arvioi asiakkaidensa apuvälineiden käyttöä. He listasivat kuusi pääsyytä, miksi apuvälineet eivät olleet käytössä kotona. Tutkituista 35 %:lla syynä oli tiedon puute apuvälineen oikeasta käytöstä ja siitä, mitä pitäisi tehdä rikkoutuneelle tai hyödyttömälle apuvälineelle, 19 %:lla vähentynyt tarve, 10 %:lla epäasianmukainen väline ympäristöönsä, 10 %:lla apuvälineen käytöstä on liikaa vaivaa ja 6 % ilmoitti perheenjäsenten hoitavan saman tehtävän johon apuväline oli tarkoitettu. (Gitlin ym. 1993.)

Gitlin ym. (1993) tutkimuksen mukaan apuvälineiden kotikäyttö riippuu kolmesta tekijästä. Ensinnäkin kyse on yksilökeskeisestä asiasta, johon liittyvät yksilön fyysinen kyvykkyys, henkilökohtaiset mieltymykset sekä arvot. Toinen tekijä on ympäristön tila, fyysiset ja sosiaaliset tekijät kotona. Riittämätön ohjaus lisää todennäköisyyttä, että yksilö joko käyttää väärin tai jättää kokonaan käyttämättä teknologiaa hyväkseen. Kolmanneksi vaikuttaa apuväline itsessään, kuinka se sopii yksilön elämäntyyliin ja voi ottaa paikkansa yksilön elämästä sekä apuvälineen käyttömukavuus ja sen käytöstä johtuva häpeän tunne.

Mann ym. (1993) haastattelivat the State University of New York at Buffalo Rehabilitation Engineering Research Center Consumer Assessment Study -tutkimuksessaan 157 yli 60-vuotiasta henkilöä. Heillä oli keskimäärin 14 apuvälinettä kullakin. Niillä, joilla oli eniten ongelmia fyysisen toimintakyvyn ja näkemisen kanssa, oli eniten myös apuvälineitä. Kongnitiivisistä ongelmista kärsivillä ihmisillä oli eniten toimintakyvyn ongelmia, mutta vähiten apuvälineitä. Syynä voitaneen pitää, että monet apuvälineet ovat heille hankalia käyttää tai hoitajan on helpompi tehdä toimia asiakkaan puolesta. Monet apuvälineet eivät ole helppoja käyttää ilman harjoitusta, ja jollei harjoitusta voida asiakkaalle järjestää, syntyy ongelmia.

Tutkimuksen mukaan 79 % apuvälineistä oli käytössä. Syitä käyttämättömyyteen ovat henkilön terveydentilan muutos, alun alkaen vääränlainen apuväline tai harjoittelun ja opastuksen puute. Yleisesti tyytyväisiä välineisiin oli 72 % haastatelluista. Ongelmalliseen apuvälineeseen liittyy yleensä vaikeus käyttää apuvälinettä. Apuväline ei toimi niin kuin oli aiottu, se voi olla hyödyllinen, mutta riittämätön asiakkaan tarpeisiin tai se vaatii liikaa henkilön huomiota. (Mann ym. 1993.)

Mann ym. (1995) tutkivat myös 66 reumaa sairastavaa 60-vuotta täyttänyttä henkilöä. Tutkimuksen mukaan 87 % haastatelluista oli tyytyväisiä apuvälineisiinsä. Tutkittavat olivat joutuneet luopumaan monista aktiviteeteista, joista useimmat liittyivät vapaa-aikaan, kuten kävely, sosiaaliset suhteet, kotitaloustyöt ja puutarhanhoito ja osallistuminen urheiluun ja liikuntaan. Osa tutkituista ikääntyneistä ihmisistä suositteli uusien apuvälineiden kehittelyä, esimerkiksi apuvälinettä laukun aukaisuun. He listasivat myös monia apuvälineitä, joita he olisivat tarvinneet, mutta joita heillä ei ollut. Tutkimuksen mukaan ikääntyneet reumaa sairastavat ihmiset tarvitsevat enemmän informaatiota ja ammattilaisten sitoutumista valintatilanteeseen, jotta tulee valittua kunnollinen apuväline.

#### 4.2. Apuvälineiden käyttämättömyyden syitä

Syitä apuvälineiden käyttämättömyyteen on useita. Tutkimuksista nousi esille seuraavia syitä: yksilön parantunut terveydentila ja siitä johtuva apuvälineen tarpeettomuus, välineen epätarkoituksenmukaisuus tai soveltumattomuus ympäristöönsä, käyttöohjeiden, harjoittelun ja seurannan vähyys tai täydellinen puute, tiedon puute apuvälineen oikeanlaisesta käytöstä, häpeän tai kömpelyyden tunne apuvälinettä käytettäessä sekä apuvälineen huono esteettisyys. Henkilöllä on voinut myös olla jo aiemmin toinen apuväline samaan tarkoitukseen tai henkilö pyytää mieluummin jonkun toisen ihmisen tekemään "apuvälineen tehtävän". On myös mahdollista, että henkilö ei ole mieltänyt apuvälineen tarvettaan ja siitä saatavaa hyötyä, tai hänen odotuksensa apuvälineen hyödyistä ovat epärealistiset suuntaan tai toiseen. (Finlayson & Havixbeck 1992, Gitlin & Levine 1992, Gitlin ym. 1993, Mann ym. 1993, Gitlin 1995, Gitlin & Burgh 1995, Kärkkäinen 1995, Mann ym. 1995, Gitlin ym. 1996, Sonn ym. 1996, de Klerk ym. 1997, Hartke ym. 1998.)

Apuvälineiden käytöstä on hyvin hankala tehdä vertailua eri maiden välillä, koska apuvälineiden tarjonta ja hankinta yhteiskunnan taholta on erilaista eri maissa. Esimerkiksi Sonn (1996) ruotsalaisessa tutkimuksessaan toi ainoana tässä työssä käsitellyistä tutkimuksista julki apuvälineen käyttämättömyyden syynä myös säätilojen ja vuodenaikojen muutokset. Pohjoismaisesta näkökulmasta lienee selvää, että esimerkiksi jotkin apuvälineet kuuluvat vain talvikäyttöön. Apuvälinepalveluiden saatavuuden samankaltaisuuden vuoksi vertailukelpoinen on suomalaisten ja ruotsalaisten iäkkäiden henkilöiden tietämättömyys siitä,

mistä apuvälineitä saa. Yllättävän suuri prosentuaalinen osuus tutkituista suomalaisista ikääntyneistä henkilöistä (29 %) ei tiennyt mistä apuvälineitä voi hankkia. Göteborgissa tehdyn tutkimuksen mukaan ruotsalaisten kohdalla vastaava osuus oli 37 % (Sonn ym. 1996, Koski ym. 1998).

#### 4.3. Käytön opetus, ohjaus ja varmistus

Opetus ja ohjaaminen ovat hyvin monimuotoisia. Ainoa muoto ei ole tieteellisen tiedon siirto, vaan kyseessä voi olla esim. taitojen opettaminen. Päämääränä voidaan kuitenkin aina pitää yksilön toimintavalmiuksien kehittämistä yhteisössään ja sitä kautta yhteiskunnan toimivuuden kehittymistä. (Leino & Leino 1997.)

Lain mukaan apuvälinepalveluihin sisältyy myös käytön opetus ja seuranta (Asetus lääkinnällisestä kuntoutuksesta 1015/1991, Petäkoski-Hult 1995). Ohjeilla ja opastuksella on suuri vaikutus apuvälineiden käyttöön sekä asiakkaan itsenäiseen selviytymiseen. Jo harjoitteluvaiheessa apuvälineen käyttäjästä tai käytöstä voi paljastua seikkoja, jotka puoltava esimerkiksi toisenlaisen apuvälineen tarvetta. On myös muistettava, että apuvälineen tarve ja sen suomat mahdollisuudet muuttuvat ajan myötä. Arvioimisen tulee olla jatkuvaa ja se on harkintaa vaativa prosessi. (Burnard 1994, Cook & Hussey 1995, Gitlin 1995, Finlayson & Havixbeck 1992.) Lisäksi harjoittelun yhteydessä tulee aina antaa tietoa siitä, mistä voi hankkia muita apuvälineitä sekä kuinka apuvälineen korjaus tai uusiminen järjestyy (Gitlin 1995).

Apuvälineen sovittamisen lähtökohtana tulee aina olla sen käyttäjä. Apuvälineen arviointi ja käytön harjoittelu vaatii yhteistyötä monien ihmisten ja ammattiryhmien kesken. Myös apuvälineen käyttäjän perheen jäsenet ja hoitoon osallistuvat henkilöt on huomioitava antamalla myös heille opastusta. (Gitlin 1993, Finlayson & Havixbeck 1992, Cook & Hussey 1995, Gitlin 1995.)

Ohjaamis- ja opetustapahtumassa on aina huomioitava oppijaa koskeva tieto. Näistä oppijakohtaisista tekijöistä ikä on yksi keskeisimpiä vaikuttavia tekijöitä. Aikuisten oppiminen perustuu suuremmissa määrin oppijan henkilökohtaisiin tarpeisiin ja on

itseohjautuvaa, kokemuksiin perustuvaa ja ongelmakeskeistä. Lisäksi motivaation merkitys aikuiselle on suuri. (Leino & Leino 1997.)

Apuvälineen käytön opetuksessa voidaan hyvin soveltaa tietämystä iäkkäiden liikunnasta ja liikuntataitojen harjoittamisesta. Opetuksen keskeinen tavoitehan on antaa henkilölle taitoja, joiden avulla hänen toimintakykyisyytensä paranee. Ikä ei ole este oppimiselle, vaan kyse on siitä, miten ikääntyvät parhaiten oppivat. (Karvinen 1993.)

Ikääntyneitä ihmisiä ei pidä ymmärtää yhtenä yhtenäisenä ryhmänä, vaan he ovat yksilöitä. Niinpä heidän ohjaamisensakin tulee olla aina yksilöllistä ja selkeitä ohjeita sisältävää. (Scrutton 1999.) Opetus- ja ohjausmenetelmien valinnassa tulee korostaa yksilöllisten, vaihtelevien opetusmenetelmien käyttöä. Ne takaavat oppijan mielenkiinnon ja edistävät omalta osaltaan sopeutumista muuttuviin tilanteisiin. Opetusmenetelmien tulee tukea ikääntyneiden itsenäisyyttä, omaa vastuuta ja aktiivisuutta. (Karvinen 1993.)

Aistien heikkeneminen ja hidastunut reagointikyky, fyysisten ominaisuuksien heikkous sekä erityisesti koordinaation ja tasapainon heikkeneminen haittaavat uusien taitojen oppimista. Ne on huomioitava kaikissa oppimisen vaiheissa. Oppimista voidaan edistää käyttämällä kaikkia aisteja mahdollisimman tehokkaasti hyväksi. Taitavan suorituksen oppiminen perustuu sekä näkemiseen, kuuloon että tuntoon, ja kaikki ne on huomioitava opetustapahtumassa. Mikäli opetettavalla henkilöllä on havaittavissa tietyn aistin heikkenemistä, on opetuksessa valittava toiset kanavat etusijalle. (Karvinen 1993.)

Ohjaajan on osattava perustella harjoitteita ja niiden tärkeyttä. Tärkeää on luoda luottavainen, rohkaiseva ja stressitön ilmapiiri, jossa ikääntyneellä on mahdollisuus sopeutua ja keskittyä opetteluun omien kykyjensä mukaan. Taitojen oppimiseen liittyy usein epävarmuutta ja pelkoa, joka estää henkilöä käyttämästä kaikkia voimavarojaan hyväksi. Myös itseluottamuksen puute on usein esteenä uuden asian opettelulle. Opettelun tulee olla iloista eikä se saa sisältää liikaa suorituspainetta. Käyttöä ohjaavan henkilön myönteisellä asenteella, uskolla ohjattavan kykyihin ja halulla edistää oppimista on olennainen merkitys oppimistapahtumassa. (Karvinen 1993.)

Opittava aines tulee hajottaa pieniin osiin, pidemmälle ajanjaksolle. Opetustuokioiden tulee olla lyhytkestoisia ja käytännönläheisiä. Ohjeissa tulee huomioida asiakkaan luonnollinen



fyysinen ja sosiokulttuurinen ympäristö. Ikääntyvällä ihmisellä tulee olla enemmän harjoittelumahdollisuuksia joko kotona tai kotia vastaavassa luonnollisessa oloisessa ympäristössä. (Gitlin ym. 1993, Gitlin 1995.)

Päätöksenteossa ja arvioinnissa käytetään yleensä hyväksi erilaisia klinisiä standardeja. Apuvälineitä toimitettaessa tulee olla hyvin selvillä siitä, mitä ollaan mittaamassa. Apuvälinetarve ja apuvälineen hyödyllisyys yksilölle koostuu useammasta osiosta kuin muutamasta kliinisestä mittauksesta. (Cook & Hussey 1995.)

Apuvälineen saannin jälkeen ensimmäinen kuukausi ratkaisee/ennustaa käytetäänkö apuvälineitä jatkossa. Positiivinen opastaminen ja käyttäjän omat odotukset apuvälineen hyödyistä ennustavat apuvälineiden käyttöastetta. Käyttäjän osallistuminen apuvälineen valintaan ja välineen käytön harjoittelu lisäävät käyttöastetta kotona. Ne, jotka eivät heti hyväksy apuvälineitä tai vastustavat niitä eniten, tarvitsevat lisäharjoituksia ja mahdollisuuksia sekä myös seurantaan liittyvää harjoittelua, jolloin apuväline saadaan liittymään käyttäjänsä päivittäisiin rutiineihin ja näin lisättyä käyttöastetta. (Gitlin ym. 1993, Gitlin ym. 1996.)

Joitakin apuvälineiden käyttämättömyyksiä voitaisiin poistaa sillä, että käytäisiin asiakaan kotona katsomassa millaiseen ympäristöön apuvälineet tulevat. Samalla nähtäisiin onko potilaalla jo kotonaan vastaavia apuvälineitä. Tutkimusten mukaan ne, joiden luona käytiin kotona opastamassa, käyttivät kaksi kertaa todennäköisemmin kaikkia heille annettuja apuvälineitä kuin ne, joiden kotona ei käyty. Suurinta tyytymättömyyttä apuvälineeseen ja käyttämättömyyttä esiintyy silloin, kun asiakkaat ovat saaneet apuvälineen käyttöönsä itsenäisesti, ilman opastusta, eivätkä olleet harjoitelleet sen käyttöä. (Finlayson & Havixbeck 1992.)

Apuvälineen käytön opetuksen tavoitteena voidaan pitää taitavaa suoritusta, taitoa käyttää hyväkseen apuvälinettä. Taitavaa suoritusta voidaan kuvata oikea-aikaisena, tavoitteellisena toimintana. Mitä taitavampi suoritus on, sitä vähemmän tietoista tarkkaavaisuutta, ulkoisia vihjeitä ja palautetta se vaatii. Kehittyneen taidon luonteeseen kuuluu myös ennakointi ja suorituksen korkean tason säilyminen vaikeissakin olosuhteissa. (Keskinen 1992.)

## 5 TUTKIMUKSEN TARKOITUS

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää miten terveyskeskuksissa varmistetaan annetun apuvälineen käytön osaaminen. Tavoitteena oli selvittää myös terveyskeskusten henkilökunnan määrän riittävyyden, arvioidun apuvälinealan tieto-taito tason, luovutetun apuvälineen oikean käytön varmistusmenettelyn sekä apuvälineen käyttöohjeen asiakkaalle siirtymisen välisiä yhteyksiä.

Tällä tutkimuksella pyrittiin saamaan vastaukset seuraaviin tutkimusongelmiin:

1. Millaisia apuvälineen käytön osaamisen varmistustapoja terveyskeskuksissa on käytössä
2. Onko henkilökunnan määrä yhteydessä apuvälineen käytön osaamisen varmistamiseen ja käyttöohjeen asiakkaalle siirtymiseen
3. Onko henkilökunnan koettu tieto-taitotaso yhteydessä apuvälineen käytön osaamisen varmistamiseen ja käyttöohjeen asiakkaalle siirtymiseen

## 6. TUTKIMUSAINEISTO JA MENETELMÄT

### 6.1. Tutkimusaineisto

Tämän tutkimuksen aineisto on osa Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus Stakesin Apuvälineiden saatavuus 2000 –tutkimusaineistoa. Tästä alkuperäisestä projektista on julkaistu Töytärin (2001) selvitys ”Apuvälineiden saatavuus 2000. Selvitys apuvälineiden luovutuskäytännöistä, resursseista ja yhteistyöstä terveyskeskuksissa ja keskussairaaloissa.”

Kysely osoitettiin kaikille Suomen terveyskeskusten johtaville lääkäreille (N=275) ja keskussairaaloiden kuntoutusylilääkäreille (N=20) Ahvenanmaata lukuun ottamatta. Vastauksia oli pyydetty valmistelemaan yhteistyössä eri ammattiryhmien kesken. Vastaajista enemmistö oli fysioterapeutteja, lisäksi vastauksia tuli lääkäreiltä, kuntohoitajilta, kuntoutussuunnittelijoilta, kuntoutussihteereiltä, sosiaalityöntekijöiltä, terveydenhoitajilta, johtavilta hoitajilta ja terveyden huollon johtajilta. Terveyskeskusten vastausprosentti oli 92 % ja keskussairaaloiden 100 %.

Aiemmin julkaistussa selvityksessä (Töytäri 2001) apuvälineasiakkaina käsiteltiin kaikkia ikäryhmiä, muutamia iän mukaan erottelevia kysymyksiä lukuun ottamatta. Koska tutkimusten mukaan apuvälineiden käyttö lisääntyy iän myötä, ja tässäkin tutkimuksessa niiden terveyskeskusten, jotka pystyivät kertomaan asiakkaidensa ikäjakauman, asiakkaista yli puolet oli 65 –vuotiaita ja sitä vanhempia, en ole erotellut omassa työssäni apuvälineasiakkaita eri ikäryhmiin.

Sain tätä työtäni varten Stakesista käyttööni omaan aihepiiriini liittyvät Apuvälineiden saatavuus 2000 –tutkimuksen terveyskeskusten kysymykset vastauksineen. Tähän tutkimukseen valitut kysymykset ovat liitteenä 1.

## 6.2. Aineiston hankintamenetelmät

Tutkimus oli toteutettu kyselylomakkein. Kyselyyn oli vastattu joko Internetin välityksellä tai puhelimitse. Tutkimus on luonteeltaan kuvaileva ja vertaileva poikkileikkaustutkimus.

## 6.3. Aineiston analyysimenetelmät

Varsinaisen tutkimusaineiston lisäksi tässä työssä esitetään aiemmin Töytärin (2001) selvityksessä julkaistuja tuloksia. Aineiston tunnuslukuja esitetään tässä työssä mediaanina, moodina ja prosentuaalisina lukuina.

Tuloksia kysymykseen ”kuvaile menettely, jolla varmistetaan, että käyttäjä osaa käyttää saamaansa apuvälinettä” käsitellään ja esitetään prosenttijakaumien muodossa.

Tutkimuksessa tarkasteltiin apuvälineen oikean käytön varmistusmenettelyyn, apuvälineen käyttöohjeen siirtymisen, henkilökunnan riittävyden sekä henkilökunnan koettujen tieto-taito luokkien välisiä yhteyksiä ristiintaulukoinnin avulla. Muuttujien välisiä riippuvuuksia ja niiden tilastollisia merkitsevyyksiä arvioitiin  $\chi^2$  -testillä.

Logistisen regressioanalyysin avulla tarkasteltiin samanaikaisesti edellä mainittujen tekijöiden yhteyttä apuvälineiden oikean käytön varmistusmenettelyyn. Selittävien muuttujien vaikutusten voimakkuutta kuvataan tunnusluvulla odds ratio (OR) eli ristitulosuhte.

Aineiston analyysissä käytettiin SPSS Windows 8.0 tilasto-ohjelmaa.

## 7 TULOKSET

### 7.1. Taustatietoja

Kysyttäessä, kuinka monta apuvälinettä oli annettu pitkäaikaiskäyttöön, vain 63 % terveyskeskuksista vastasi tähän kysymykseen. Luovutettujen apuvälineiden määrässä on valtakunnallisesti hyvin suuria eroja. Vuonna 1998 määrät vaihtelivat viiden ja 6121 luovutetun apuvälineen välillä (mediaani = 160, moodi = 50). Vuonna 1999 määrät vaihtelivat kolmen ja 5783 apuvälineen välillä (mediaani = 170, moodi = 200), joten suuria muutoksia ei vuoden aikana ollut. Yhteensä apuvälineitä ilmoitettiin luovutetun vuonna 1998 73984 kpl ja vuonna 1999 82892 kpl.

Myös apuvälineitä saavien asiakkaiden lukumäärissä oli terveyskeskusten välillä suuria eroja: vuonna 1998 vaihtelu oli viiden ja 4535 asiakkaan välillä (mediaani = 114, moodi = 60) ja vuonna 1999 kolmen ja 4576 asiakkaan välillä (mediaani = 124, moodi = 12). Kuviossa 2 on nähtävissä asiakkaiden lukumäärä vuonna 1998, tilanne seuraavana vuonna ei ollut olennaisesti muuttunut. Yhteensä asiakkaita oli vuonna 1998 45287 ja vuotta myöhemmin 52253 asiakasta. Käytettävissä oli vastaukset 60 %:sta terveyskeskuksista.

Asiakkaidensa ikäjakauman pystyi kertomaan vain 28 % terveyskeskuksista. Näistä yli puolet, vuonna 1998 56 % ja vuonna 1999 58 %, oli 65-vuotiaita ja sitä vanhempia (kts. Töytäri 2001).

Jo aiemmin on raportoitu, miten eri käyttäjäryhmät saivat apuvälineitä. Arvion mukaan ikääntyneiden ihmisten kohdalla 51 % apuvälinepalvelut vastasivat hyvin kysyntää. 39 %:lla palvelu vastasi melko hyvin kysyntää ja 10 %:lla oli havaittavissa selviä puutteita. Yleisesti apuvälinepalvelujen saatavuus arvioitiin parhaimmaksi ikääntyneiden ihmisten ja niiden kohdalla, jotka tarvitsivat lähinnä liikkumisen ja päivittäisten toimintojen perusapuvälineitä. Toisaalta kuitenkin juuri liikkumisen ja päivittäisten toimintojen apuvälineiden saamista oli eniten rajoitettu.

Henkilökunnan määrän riittävyttä arvioitaessa terveyskeskuksista kolmannes arvioi henkilökunnan määrän riittävän hyvin. Noin puolet terveyskeskuksista arvioi määrän riittävän melko hyvin. Henkilökunnan tieto-taito tason arvioi hyväksi samoin hieman reilu kolmannes vastaajista, ja melko hyväksi yli puolet vastaajista. Selviä puutteita oli omasta mielestään vain 4 %:lla terveyskeskuksista. (Taulukko 1)

**Taulukko 1.** Arvio henkilökunnan riittävydestä ja tieto-taito tasosta ( %).

Arvio	hyvä	melko hyvä	huono	vaikea vastata	yht.
Henkilökunnan määrän riittävyys	(n=83) 33	(n=126) 50	(n=41) 16	(n=4) 1	(n=254) 100
Henkilökunnan tieto-taito taso	(n=91) 36	(n=147) 58	(n=10) 4	(n=4) 2	(n=254) 100

Kyselyssä kysyttiin myös, saavatko vastaajat apuvälinetoimittajilta koulutusta ennen uusien apuvälineiden käyttöönottoa. Koulutusta uusiin laitteisiin sai aina 23 % (n=58) vastaajista. Joissakin tapauksissa koulutusta sai 74 % (n=189) vastaajista ja täysin ilman koulutusta jäi 2 % eli 4 vastaajista. Vastaajista kolme oli jättänyt kokonaan vastaamatta kyseiseen kohtaan.

## 7.2. Apuvälineen oikean käytön varmistusmenettely

Kysyttäessä, onko terveyskeskuksessa yhteisesti sovittua menettelyä, jolla varmistetaan, että käyttäjä osaa käyttää saamaansa apuvälinettä oikein ja turvallisesti, 49 % (n=124) vastasi kyllä ja 50 % (n=126) vastasi ei. Kokonaan vastaamatta jätti neljä vastaajaa. Vastaajia pyydettiin myös kuvailemaan se menettely, jolla heillä varmistetaan, että käyttäjä osaa käyttää saamaansa apuvälinettä. Vastausprosentti tähän kysymykseen oli 53 % (n=135), vastaamatta jätti siis 47 % (n=119).

Yleisin tapa varmistua käytön osaamisesta oli ohjeiden anto luovutettaessa (95 % vastanneista, n=128). Vastausten mukaan ongelmaksi kuitenkin muodostuivat tilanteet, joissa

apuväline luovutetaan jollekin muulle kuin käyttäjälle (esim. omainen tai taksikuski) tai apuväline toimitetaan esim. kotipalvelun tai kotisairaanhoidon kautta.

Kirjallisia ohjeita apuvälineistä ilmoitti antavansa vain 10 % (n=14) vastanneista. Vastauksista kävi ilmi, että vain harvoin apuvälineistä oli saatavilla kirjallisia ohjeita. Kirjalliset ohjeet koskivat myös vain joitakin tiettyjä tuotteita, kuten kyynär- ja kainalosauvoja. Kysymykseen, siirtykö käyttöohje apuvälineen mukana käyttäjälle, silloin kun luovutettavaan apuvälineeseen on olemassa kirjallinen ohje, vastattiin sen siirtyvän aina apuvälineen mukana 57 %:ssa (n=144) terveyskeskuksista. Olemassa oleva kirjallinen ohje siirtyy satunnaisesti apuvälineen käyttäjälle 41 %:lla (n=103) ja ei siirry lainkaan 2 %:lla (n=5) terveyskeskuksista. Tähän kysymykseen oli jättänyt vastaamatta kaksi vastaajaa (1 %).

Kotikäynti mainittiin oikean käytön varmistusmenettelynä 16 % vastauksia (n=22). Kuitenkin osa kotikäynneistä oli delegoitu kotisairaanhoidolle tai kotipalvelulle ja osassa mainittiin kotikäynti tehtävän tarvittaessa.

Apuvälineiden käytön ja sopivuuden seuranta, joko kotipalvelun, kotisairaanhoidon tai terapiahenkilökunnan toimesta, mainittiin 8 % vastauksia (n=11).

Vastaukset eivät olleet toisiaan poissulkevia, joten yhdessä terveyskeskuksessa on voinut olla käytössä useampi varmistusmenettelytapa. Kokonaan vastaamatta jättäminen, jonka osuus (47 %) on varsin korkea, kertonee varmistusmenettelyn puuttumisesta.

### 7.3. Varmistusmenettelyyn vaikuttavat tekijät

Oikean käytön varmistusmenettelyn, apuvälineen käyttöohjeen siirtymisen ja muiden tekijöiden välisiä yhteyksiä tarkasteltiin ristiintaulukoiden ja  $\chi^2$  -testin avulla.

Tarkasteltaessa henkilökunnan koetun tieto-taito tason ja oikean käytön varmistusmenettelyn välistä yhteyttä, yhdistettiin luokat melko hyvä (n=147) ja selviä puutteita (n=10) sekä poistettiin luokka vaikea arvioida (n= 4). Näin saatiin analyysia varten luokat hyvä ja melko hyvä tai selviä puutteita.

**Taulukko 2.** Henkilökunnan koetun apuvälinealan tieto-taito tason yhteys oikean käytön varmistusmenettelyyn

tieto-taito taso	oikean käytön varmistusmenettely				yht.	(%)
	kyllä		ei			
	n	(%)	n	(%)		
hyvä	61	(69,3)	27	(30,7)	88	(100)
melko hyvä tai selviä puutteita	62	(39,7)	94	(60,3)	156	(100)
yht.	123		121		244	
$\chi^2 = 19,685$ $df=1$ $p<.01$						

Henkilökunnan koetun tieto-taito tason ja olemassa olevan käytön varmistusmenettelyn välinen yhteys on tilastollisesti erittäin merkitsevä (Taulukko 2). Apuvälineiden oikean käytön varmistusmenettely on useimmiten käytössä siellä, missä henkilökunnan koettu tieto-taito taso on joko hyvä tai melko hyvä. Niistä, jotka kokevat apuvälinealan tieto-taito tason puutteelliseksi 80 % ei myöskään omaa menettelyä, jolla varmistettaisiin apuvälineen oikea käyttö. Toisaalta niistäkin, joilla ei ole käytössä apuvälineen oikean käytön varmistusmenettelyä, kuitenkin lähes kaikki uskovat oman tieto-taito tasonsa olevan hyvä tai melko hyvä.

Tarkasteltaessa henkilökunnan riittävyyden ja oikean käytön varmistusmenettelyn välistä yhteyttä, luokiteltiin henkilökunnan riittävyys kaksiluokkaiseksi yhdistämällä riittää hyvin ja riittää melko hyvin luokat sekä poistamalla vaikea vastata (n = 4) luokka.

**Taulukko 3.** Henkilökunnan riittävyyden yhteys apuvälineen oikean käytön varmistusmenettelyyn

henkilökunnan riittävyys	oikean käytön varmistusmenettely				yht.	(%)
	kyllä		ei			
	n	(%)	n	(%)		
hyvä tai melko hyvä liian vähän	112	(54,4)	94	(45,6)	206	(100)
	10	(25,0)	30	(75,0)	40	(100)
yht.	122		124		246	
$\chi^2 = 11,557$ $df=1$ $p<.001$						



Henkilökunnan riittävyyden ja oikean käytön varmistusmenettelyn välillä oli tilastollisesti erittäin merkitsevä yhteys (Taulukko 3). Kun henkilökunnan määrä katsotaan riittämättömäksi, on todennäköisempää, ettei ole käytössä myöskään apuvälineen oikean käytön varmistusmenettelyä.

Analysoitaessa henkilökunnan riittävyyden ja apuvälineen käyttöohjeen siirtymisen välistä yhteyttä, käyttöohjeen siirtyminen luokiteltiin kaksiluokkaiseksi yhdistämällä satunnaisesti ja ei ollenkaan luokat.

**Taulukko 4.** Henkilökunnan riittävyyden yhteys apuvälineen käyttöohjeen siirtymiseen

henkilökunnan riittävyys	siirtykö käyttöohje aina		satunnaisesti tai ei ollenkaan		yht.	(%)
	n	(%)	n	(%)		
hyvä tai melko hyvä	123	(59,4)	84	(40,6)	207	(100)
liian vähän	20	(48,8)	21	(51,2)	41	(100)
yht.	143		105		248	
$\chi^2 = 1.587$ $df=1$ $p=.208$						

Henkilökunnan riittävyyden ja käyttöohjeen siirtymisen välillä ei ollut tilastollisesti merkitseviä yhteyttä ( $p=.208$ ) (Taulukko 4).

Myös henkilökunnan koetun tieto-taito tason ja apuvälineen käyttöohjeen siirtymisen yhteyttä tarkasteltiin.

**Taulukko 5.** Henkilökunnan koetun tieto-taito tason yhteys apuvälineen käyttöohjeen siirtymiseen

henkilökunnan tieto-taito taso	siirtykö käyttöohje aina		satunnaisesti tai ei ollenkaan		yht.	(%)
	n	(%)	n	(%)		
hyvä	58	(65,2)	31	(43,8)	89	(100)
puutteita	82	(52,2)	75	(47,8)	157	(100)
yht.	140		106		246	
$\chi^2 = 3,878$	df=1	p=.049				

Henkilökunnan koetun tieto-taito tason ja käyttöohjeen siirtymisen välillä oli tilastollisesti vain vähäinen riippuvuus ( $p < 0,05$ ) (Taulukko 5).

Logistisella regressioanalyysillä tarkastelin samanaikaisesti usean taustamuuttujan yhteyttä apuvälineen oikean käytön varmistusmenettelyyn (0 = on käytössä apuvälineen oikean käytön varmistus menettely, 1 = ei ole käytössä apuvälineen oikean käytön varmistus menettelyä). Selittäviä muuttujia olivat henkilökunnan koettu tieto-taito taso (1 = henkilökunnan tieto-taito taso koetaan hyväksi, 2 = henkilökunnan tieto-taito tasossa on puutteita), henkilökunnan riittävyys (1 = henkilökunnan riittävyys on hyvä, 2 = henkilökunnan riittävydessä on puutteita) sekä siirtykö käyttöohje apuvälineen mukana (1 = apuvälineen käyttöohje siirtyy aina apuvälineen mukana, 2 = käyttöohje siirtyy satunnaisesti tai ei koskaan apuvälineen mukana). Taulukossa 6 on logistisessa regressioanalyysissä mukana olleiden muuttujien ristitulosuhteet, 95 % luottamusvälit sekä p-arvot.

**Taulukko 6.** Apuvälineiden oikean käytön varmistusmenettelyn tapahtumiseen yhteydessä olevien muuttujien ristitulosuhteet, 95 %:n luottamusvälit ja p-arvot logistisen regressioanalyysin mukaan

Muuttuja	Ristitulosuhde (OR)	95 %:n luotta musväli (CI)	p-arvo
Tieto-taito luokat (hyvä)	3,21	1,77 - 5,73	.000
Henkilökunnan riittävyys (hyvä)	3,34	1,47 - 7,58	.004
Siirtykö käyttöohje (aina)	2,18	1,25 - 3,80	.006

Tässä aineistossa kaikki kolme valittua selittävää muuttujaa olivat yhteydessä oikean käytön varmistus menettelyyn. Mikäli henkilökunnan tieto-taito taso koetaan hyväksi on yli kolminkertainen todennäköisyys, että apuvälinettä luovutettaessa varmistetaan myös sen oikea käyttö, verrattuna siihen, että tieto-taito tasoa ei koettu hyväksi. Henkilökunnan riittävyyden kohdalla todennäköisyys apuvälineen oikean käytön varmistusmenettelystä on kolminkertainen, jos henkilökunnan määrä koetaan riittäväksi, verrattuna tilanteeseen, jolloin henkilökunnan määrää ei koeta riittäväksi. Mikäli apuvälineen mukana siirtyy aina käyttöohje, on apuvälineen oikean käytön varmistusmenettelyn todennäköisyys kaksinkertainen.

## 8 POHDINTA

Tässä tutkimuksessa pyrittiin selvittämään, millaisia apuvälineen käytön osaamisen varmistustapoja on käytössä maamme terveyskeskuksissa. Samalla tutkittiin, onko henkilökunnan määrä tai koettu tieto-taito taso yhteydessä apuvälineen käytön osaamisen varmistamiseen ja käyttöohjeiden asiakkaalle siirtymiseen. Yleisin tapa varmistua apuvälineen oikeasta käytöstä oli suullisten ohjeiden anto apuvälinettä luovutettaessa. Kirjalliset ohjeet olivat harvinaisia. Muita mainittuja varmistuskeinoja olivat kotikäynnit ja seuranta.

Tämän tutkimuksen perusteella apuvälinepalveluita tarjoavan henkilökunnan määrä on yhteydessä apuvälineen käytön osaamisen varmistamiseen. Kun henkilökunnan määrä koetaan riittäväksi, on todennäköisempää, että varmistusmenettely on käytössä. Henkilökunnan määrän riittävydellä ei ole kuitenkaan yhteyttä kirjallisten käyttöohjeiden siirtymiseen. Tähän vaikuttanee se, että kirjallisia ohjeita on heikosti ja vain hyvin harvoista apuvälineistä saatavilla.

Henkilökunnan koetulla tieto-taito tasolla ja oikean käytön varmistusmenettelyllä oli erittäin merkitsevä yhteys. Varmistusmenettely on käytössä yleensä siellä, missä henkilökunnan koettu tieto-taito taso on joko hyvä tai melko hyvä. Kun tieto-taito taso koetaan selvästi puutteelliseksi, puuttuu myös oikean käytön varmistusmenettely. Tieto-taito tasolla ei ole merkitsevää yhteyttä kirjallisten käyttöohjeiden siirtymiseen.

Huolimatta selvistä hyödyistä, apuvälineet jäivät usein kuitenkin tehottomalle käytölle. Yleisimpiä tutkimuksissa ilmoitettuja käyttämättömyyden syitä ovat juuri harjoittelun ja seurannan vähyys tai täydellinen puute sekä tiedon puute apuvälineen oikeanlaisesta käytöstä. (Finlayson & Havixbeck 1992, Gitlin & Levine 1992, Gitlin ym. 1993, Mann ym. 1993, Gitlin 1995, Gitlin & Burgh 1995, Kärkkäinen 1995, Mann ym. 1995, Gitlin ym. 1996, Sonn ym. 1996, de Klerk ym. 1997, Hartke ym. 1998.) Tämän tutkimuksen mukaan puolet terveyskeskuksista ilmoitti omaavansa menettelyn, jolla varmistetaan apuvälineen käytön osaaminen. Ja heistä suurin osa antaa suullista ohjausta apuvälinettä luovutettaessa. On kuitenkin huomattava, että tässä aineistossa tulee esille vain ammattilaisten näkökulma. Tämän tutkimuksen perusteella ei voida sanoa mitään sen ohjauksen laadusta ja esim. siitä,

otetaanko ohjaustilanteessa huomioon ikääntyneen ihmisen erityistarpeet. Kirjallisia ohjeita oli harvoin tarjolla, ja nekin rajoittuivat yleensä vain osaan apuvälineistä. Vaikka ohjausta ja opetusta apuvälineen oikeasta käytöstä suullisesti annettaisiinkin, voivat nämä käyttäjän saamat ohjeet esim. tilanteen jännittävyyden takia unohtua, ennen kuin apuvälinettä päästään kunnolla käyttämään. Kirjallisiin ohjeisiin olisi helppoa varsinkin ikääntyneen ihmisen palata aina tarvittaessa. Niihin olisi myös mahdollista liittää yhteystiedot, mistä saa tarvittaessa lisätietoja sekä huolto- ja korjaus palveluita.

Viime kädessä lakikin velvoittaa ohjaamaan ja seuraamaan annettujen apuvälineiden käyttöä (Asetus lääkinnällisestä kuntoutuksesta 1015/1991). Tässä tutkimuksessa vain noin puolet terveyskeskuksista vastasi kysymykseen, jossa pyydettiin kuvailemaan, millaisilla menettelytavoilla he pyrkivät varmistamaan, että käyttäjä osaa käyttää saamaansa apuvälinettä. Tarkoittaako vastaamatta jättäminen sitä, ettei terveyskeskuksella ole käytössä mitään menettelytapaa, jolla he varmistaisivat apuvälineen oikean käytön ?

Kysyttäessä menettelytapoja, joilla varmistetaan apuvälineen oikea käyttö, tuli vastauksissa esille usein monien eri ammattiryhmien toimiminen apuvälinepalveluiden yhteydessä. Negatiivisesti asia tuli ilmi, kun apuvälineen luovutti joku muu kuin terapiahenkilökuntaan kuuluva, päivystysaikaan vaikkapa talonmies, tai kun apuväline toimitettiin asiakkaalle kotiin välikäden, esim. taksikuskin, välityksellä. Täyttä varmuutta apuvälineen käytön ohjauksesta ei voitu antaa silloinkaan, kun apuväline toimitettiin esim. kotipalvelun henkilökunnan kautta asiakkaalle. Vastausten perusteella kaivataan yhteistyön kehittämistä eri ammattiryhmien kesken. Koulutusta apuvälineistä, niiden oikeasta käytöstä, käytön ohjaamisesta ja seurannasta on lisättävä kaikille sosiaali- ja terveydenhuollon ammattiryhmille. Tähän on suhteellisen helppoa vaikuttaa, jos vain ongelma tiedostetaan ja sen korjaamiseen on halua. (Mann ym. 1993, Sonn ym. 1996.)

Vastaajista noin kolmannes ilmoitti apuvälinealan henkilökunnan koetun tieto-taito tason olevan hyvä. Tähän tieto-taito tasoon voidaan vaikuttaa mm antamalla apuvälineistä ajan tasalla olevaa koulutusta. Koulutusta uusiin laitteisiin ilmoitti aina saavansa vain 22,8 % vastanneista, vaikka lakikin velvoittaa pitämän yllä ja kehittämään ammattitoiminnan edellyttämää ammattitaitoa (Ammattitukintolaki L 306/1994). Tässä on niin työnantajalla kuin apuvälineitä toimittavilla tahoillakin korjattavaa. Mikäli koulutusta ei osata tarjota silloin kun uusia laitteita toimitetaan, on sitä osattava vaatia.

Yllättävää tuloksissa oli henkilökunnan määrän riittävyyden arviointi. Lähes kaikki vastanneista arvioivat joko hyväksi tai melko hyväksi. Julkisuudessa on ollut vallalla se näkemys, että terveydenhuollon eri sektoreilla henkilökunnan riittämättömyys työmäärään nähden on jatkuva ongelma.

Tässä tutkimuksessa käytetystä aineistosta vain vajaa kolmannes terveyskeskuksista pystyi kertomaan apuvälineasiakkaidensa ikäjakauman. Tämä kertoo erilaisten seurantajärjestelmien vähyydestä ja heikkoudesta. Saatujen vastausten perusteella apuvälineasiakkaista kuitenkin jo tällä hetkellä yli puolet on 65 vuotta täyttäneitä. Tulevaisuudessa sekä ikääntyneiden että kroonisesti sairaiden lukumäärä tulevat kasvamaan, joten voimme odottaa varsinkin ikääntyneiden henkilöiden apuvälineiden käytön lisääntyvän. Tämä huomioon ottaen tulee apuvälinepalveluita suunniteltaessa huomioida enenevässä määrin juuri ikääntyneet ja heidän mahdolliset erikoistarpeensa. (Gitlin ym. 1993, Sillanpää 1995, de Klerk ym. 1997, Hartke ym. 1998.)

Apuvälinealan tutkimusta on Suomessa tehty vähän. Apuvälineet ovat vain pieni osa koko terveydenhuoltosektoria, ja siksi usein unohdetussa asemassa. Apuvälineitä tulee kuitenkin miettiä myös käyttäjänsä näkökulmasta. Pienelläkin apuvälineellä voi olla suuri merkitys yksilölle. Tämä voi tulla esille mm. toiminnan vajavuuden kompensoimisessa niin, että henkilö pärjää kotonaan ilman ympärivuorokautista hoitoa. Tätä kautta pienikin apuväline voi olla suuressa merkityksessä myös koko terveydenhuollon sektoria ajatellen.

Apuvälinealalla on paljon tutkittavia kohteita. Ohjaamiseen ja sen vaikuttavuuteen apuvälineiden aktiiviseen ja turvalliseen käyttöön olisi hyvä paneutua huomioiden useat eri tekijät. Ohjaamisen merkityksen ymmärtäminen, niin yksilötasolla kuin valtakunnallisestikin olisi hyvin tärkeää. Käyttämätön apuväline on aina yhteiskunnalle kaikkein kallein apuväline. Tässä aineistossa tulee esille vain ammattilaisten näkökulma. Jatkossa olisi kiinnostavaa tehdä kysely myös toiselle osapuolelle, heille, jotka ovat apuvälineasioissa asiakkaan asemassa esimerkiksi siitä, miten he ovat omasta mielestään saaneet ohjausta ja millainen heidän oma kokemuksensa ohjaustilanteesta on ollut.

Mielenkiintoista olisi ollut tehdä tästä aineistosta mm. erilaisia alueellisia vertailuja, siitä miten apuvälinepalveluissa toimitaan eri puolilla Suomea tai miten terveyskeskuksen koko vaikuttaa apuvälinepalveluiden toimintaan. Kuten aineistosta käy ilmi, terveyskeskuksemme

ovat hyvin eri kokoisia ja niiden apuvälinepalveluiden asiakasmäärät vaihtelevat suuresti. Näin niillä lienee hyvin erilaiset intressit ja mahdollisuudet hoitaa apuvälinepalveluitaan. Huomioon on kuitenkin otettava, että asiakkaat eivät saa olla erilaisessa asemassa eri puolilla Suomea. Näin ollen apuvälinepalveluiden uudelleen järjestelyitä kaivataan, jotta kaikki kansalaiset olisivat tasavertaisessa asemassa.

Olen kiitollinen, että sain käyttää tässä työssäni Stakesin tuottamaa hyvin mielenkiintoista ja suurta, koko Suomen kattavaa aineistoa. Materiaaliin tutustuessa ja sitä työstettäessä tulee esille aina muitakin kiinnostavia tutkimusongelmia, joihin haluaisi perehtyä. Samoin valmiin, alun perin toisiin tarkoituksiin kerätyn materiaalin kanssa törmää moniin odottamattomiin haasteisiin, kuten jo tutkimuskirjallisuudessakin mainitaan. Kaikista haasteista jää kuitenkin jotain uutta ja opittua jäljelle. Niin tästäkin.

## LÄHTEET

Ammattitutkintolaki L 306/1994.

Asetus lääkinnällisestä kuntoutuksesta 1015/1991.

Burnard, P. 1994. *Counselling Skills for Health Professionals*. Stanley Thornes Ltd. Scotprint Ltd, Musselburgh, Great Britain.

Cook, A. M., Hussey, S. M. 1995. *Assistive Technologies: Principles and Practice*. USA, Missouri. Mosby –Year Book, Inc.

Cowan, D. M. & Turner-Smith, A. R. 1999. The user's perspective on the provision of electronic assistive technology: equipped for life ? *British Journal of Occupational Therapy*. January, 62(1), 2-6.

Endlich, S. 1998. Aids for old and young. *American Demographics*, Apr., Vol. 20 Issue 4, p 34.

Erikoissairaanhoitolaki 1062/1989.

Finlayson, M. & Havixbeck, K. 1992. A post-discharge study on the use of assistive devices. *Can J Occup Ther*. Oct;59(4), 201-7.

Gitlin, L. N. 1995. Why older people accept or reject assistive technology. *Generations*, Spring, Vol 19, Issue 1, p 41.

Gitlin, L. N. & Burgh, D. 1995. Issuing assistive devices to older patients in rehabilitation: an exploratory study. *Am J Occup Ther* Nov-Dec;49(10), 994-1000.

Gitlin, L. N. & Levine, R. E. 1992. Prescribing adaptive devices to the elderly: principles for treatment in the home. *International Journal of Technology and Aging*. Vol. 5, No. 1, Spring/Summer, 107-118.



Gitlin, L. N., Levine, R. & Geiger, C. 1993. Adaptive device use by older adults with mixed disabilities. *Arch Phys Med Rehabil* Feb;74(2), 149-52.

Gitlin, L. N., Schemm, R. L., Landsberg, L. & Burgh, D. 1996. Factors predicting assistive device use in the home by older people following rehabilitation. *J Aging Health* Nov;8(4), 554-75.

Hartke, R. J., Prohaska, T. R. & Furner, S. E. 1998. Older adults and assistive devices: use, multiple-device use, and need. *J Aging Health*. Feb; 10(1), 99-116.

Heikkilä, T. 1999. Tilastollinen tutkimus. Edita. Helsinki.

Heikkinen, E. 1990. Toimintakyvyn tutkimisen lähtökohdat ja tutkimusasetelma Ikivihreät-projektissa. Teoksessa E. Heikkinen, R-L. Heikkinen, M. Kauppinen, P. Laukkanen, I. Ruoppila & T. Suutama. Iäkkäiden henkilöiden toimintakyky. Ikivihreät-projekti Osa 1. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö, Suunnitteluosasto. Valtion Painatuskeskus.

Helin, S. 2000. Iäkkäiden henkilöiden toimintakyvyn heikkeneminen ja sen kompensatioprosessi. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto, Studies in sport, physical education and health 71.

Kaakinen, J. & Törmä, S. 1999. Esiselvitys geronteknologiasta. Ikääntyvä väestö ja teknologian mahdollisuudet. Tulevaisuusvaliokunnan teknologiajaosto, Teknologian arviointeja 5. Eduskunnan kanslian julkaisu 2/1999.

Kansanterveyslaki 66/1972.

Karvinen, E. 1993. Ikääntyvät. Teoksessa Erityisliikunta I – soveltavan liikunnan perusteet. Toim. Mälkiä, E. Valmennuskolmio Oy. Gummerus Kirjapaino Oy, Jyväskylä.

The index of ADL, a standardized measure of biological and psychosocial function. *Journal of the American Medical Association* 185, 914-919.

Keskinen, E. 1992. Taitojen oppiminen. Teoksessa Kasvatuspsykologia. Toim. J. Kuusinen. WSOY, Juva.

de Klerk, M. M., Huijsman, R. & McDonnell, J. 1997. The use of technical aids by elderly persons in The Netherlands: an application of the Andersen and Newman model. *Gerontologist* Jun;37(3), 365-73.

Koski, K., Luukkinen, H. & Kivelä, S-L. 1998. Attitudes on technical devices among the elderly, aged 74 years or over. Teoksessa J. Graafmans, V. Taipale & N. Charness (toim.) *Gerontechnology. A sustainable investment in the future. The Netherlands. IOS Press.*

Kärkkäinen, H. 1995. Nurmijärven terveystieteiden keskuksen sosiaalitekniikkaongelmien kartoitus. Teknillinen korkeakoulu. Arkkitehtiosasto. Sosiaali- ja terveydenhuollon tekniikan ja rakentamisen instituutti SOTERA. Teknillisen korkeakoulun arkkitehtiosaston julkaisuja 1995/19.

Laki kansaneläkelaitoksen järjestämästä kuntoutuksesta 610/1991.

Laki kehitysvammaisten erityishuollosta 519/1977.

Laki liikennevakuutuslain perusteella korvattavasta kuntoutuksesta 626/1991.

Laki tapaturmavakuutuslain perusteella korvattavasta kuntoutuksesta 625/1991.

Laukkanen, P. 1998. Iäkkäiden henkilöiden selviytyminen päivittäisistä toiminnoista. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto, *Studies in sport, physical education and health* 56.

Laukkanen, P. & Heikkinen, E. 1990. Päivittäisistä toiminnoista selviäminen. Teoksessa E. Heikkinen, R-L. Heikkinen, M. Kauppinen, P. Laukkanen, I. Ruoppila & T. Suutama. Iäkkäiden henkilöiden toimintakyky. Ikivihreät-projekti Osa 1. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö, Suunnitteluosasto. Valtion Painatuskeskus.

Laukkanen, P., Heikkinen, E. & Ruoppila, I. 1991. Päivittäisistä toiminnoista selviytyminen. Teoksessa R-L. Heikkinen & T. Suutama (toim.) Iäkkäiden henkilöiden toimintakyvyn ja

terveyden arviointi. Ikivihreät-projekti Osa II. STM Kehittämisosaston julkaisuja 1991:10. Jyväskylä: Yliopistopaino.

Lawton, P. M., Brody, E. M. 1969. Assessment of older people: Self-maintaining and instrumental activities of daily living. *The Gerontologist* , 179-186.

Leino, A-L., Leino, J. 1997. Opettaminen ammattina. Kirjayhtymä Oy. Kirjapaino West Point Oy.

Lilja, M. & Borell, L. 1997. Elderly people's daily activities and need for mobility support. *Scand J Caring Sci* 11(2), 73-80.

Mann, W. C., Hurren, D. & Tomita, M. 1993. Comparison of assistive device use and needs of home-based older persons with different impairments. *Am J Occup Ther* Nov;47(11), 980-7.

Mann, W. C., Hurren, D. & Tomita, M. 1995. Assistive devices used by home-based elderly persons with arthritis. *Am J Occup Ther* Sep;49(8), 810-20.

Metsämuuronen, J. 2000. SPSS aloittelevan tutkijan käytössä. Metodologia –sarja 5. Jaabes OU, Viro.

Narikka, J. (toim.) 2001. Sosiaali- ja terveystalvelujen lainsäädäntö käytännössä. Helsinki. Tietosanoma.

Nummenmaa, T., Konttinen, R., Kuusinen, J., Leskinen, E. 1997. Tutkimusaineiston analyysi. Helsinki. WSOY.

Ohtonen, J. 1997. Vaikeasti monivammaisten apuvälineteknologiaprojektin arviointiraportti. Vatti 1993-95. Helsinki. Kehitysvammaliitto.

Ostir, G. V., Carlson, J. E., Black, S. A., Rudkin, L., Goodwin, J. S. & Markides, K. S. 1999. Disability in older adults. 1: Prevalence, causes, and consequences. *Behav Med*. Winter; 24(4), 147-56.

Perusopetuslaki 628/1998.

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

Sakari-Rantala, R., Laukkanen, P. & Heikkinen, E. 1999. Iäkkäiden Jyväskyläläisten itsearvioitu toimintakyky kahdeksan vuoden seuruututkimuksessa. Teoksessa T. Suutama, I. Ruoppila & P. Laukkanen. Iäkkäiden henkilöiden toimintakyvyn muutokset. Havaintoja Ikivihreät-projektin 8-vuotisesta seuruututkimuksesta. Helsinki: Kela, Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 42.

Scrutton, S. 1999. Counselling Older People. Arnold. J. W. Arrowsmith, Bristol, Britain.

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

Sonnkin, L., Petäkoski-Hult, T., Rönkä, K. & Södergård, H. 1999. Seniori 2000. Ikääntyvä Suomi uudelle vuosituhatluvulle. Suomen itsenäisyyden juhlarahasto Sitra (Sitra 233). Helsinki. Taloustieto Oy.

Sonn, U., Davegarth, H., Lindskog, A-C. & Steen, B. 1996. The use and effectiveness of assistive devices in an elderly urban population. *Aging (Milano)*. Jun;8(3), 176-83.

Sotilasvammalaki 404/1948

Töytäri, O. 2001. Apuvälineiden saatavuus 2000. Selvitys apuvälineiden luovutuskäytännöistä, resursseista ja yhteistyöstä terveyskeskuksissa ja keskussairaaloissa. Stakes, Aiheita 9/2001.

Vaarama, M., Luomahaara, J., Peiponen, A., Voutilainen, P. 2001. koko kunta ikääntyneiden asialle. Näkökulmia ikääntyneiden itsenäisen selviytymisen sekä hoidon ja palvelun kehittämiseen. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus STAKES. Raportteja 259.

Verbrugge, L . M. 1990. The iceberg of disability. Teoksessa S. M. Stahl (ed.) The legacy of longevity. Health and health care in later life. Sage Publications, Inc.

**LIITE 1.** Tässä tutkimuksessa käytetyt kysymykset

1. Arvioi seuraavien käyttäjäryhmien apuvälineiden saatavuutta terveyskeskuksenne /sairaalanne osalta. Arvioi jokaisen käyttäjäryhmän kohdalla erikseen, miten apuvälinepalvelut vastaavat niiden tarpeita. Ryhmät eivät ole toisiaan poissulkevia

	hyvin	melko hyvin	jonkin verran puutteita	selviä puutteita	en osaa sanoa
a. vanhukset	_____	_____	_____	_____	_____

12. Kuinka monta apuvälinettä terveyskeskuksessanne/sairaalassanne luovutettiin pitkäaikaiskäyttöön

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

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

13. Kuinka monta asiakasta terveyskeskuksessanne/sairaalassanne sai apuvälineitä pitkäaikaiskäyttöön

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

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

14. Minkä ikäisiä apuvälineitä saavat asiakkaanne olivat

	vuonna 1998	vuonna 1999
65 – 74	_____	_____ henkilöä
75 –	_____	_____

17. Arvioi apuvälinepalveluja antavan henkilökunnan määrän riittävyyttä

terveyskeskuksessanne/sairaalassanne

1. riittää hyvin tarpeeseen nähden
2. riittää melko hyvin, jonkin verran puutetta
3. selvästi liian vähän
4. vaikea vastata

18. Arvioi apuvälinepalveluja antavan henkilökunnan tieto-taito -tasoa

terveyskeskuksessanne/sairaalassanne

1. hyvä
2. melko hyvä, jonkin verran puutteita
3. selviä puutteita
4. vaikea arvioida

Jos puutteita on, niin luettele niistä tärkeimmät.

27. Saatteko apuvälinetoimittajilta koulutusta ennen uusien apuvälineiden käyttöönottoa ?

1. kyllä aina
2. kyllä joissakin tapauksissa, ei kuitenkaan aina
3. ei

28. Onko terveyskeskuksessanne/sairaalassanne yhteisesti sovittua menettelyä, jolla varmistetaan, että käyttäjä osaa käyttää saamaansa apuvälinettä oikein ja turvallisesti ?

1. kyllä
2. ei

Jos vastasit kyllä, niin kuvaile menettely lyhyesti.

29. Siirtyykö apuvälineen käyttöohje apuvälineen mukana käyttäjälle (siltoin kun käyttöohje on olemassa) ?

1. kyllä
  2. satunnaisesti
  3. ei
-