

LÄÄKINNÄLLISEN KUNTOUTUKSEN APUVÄLINEEN LUOVUTUKSEN  
TOTEUTUMINEN PERUSTERVEYDENHUOLLOSSA POHJOIS-KARJALAN  
SAIRAANHOITO- JA SOSIAALIPALVELUJEN KUNTAYHTYMÄSSÄ

Anne Jormakka

Pro gradu –tutkielma

Kansanterveystiede

Itä-Suomen yliopisto

Terveystieteiden tiedekunta,

Kansanterveystieteen ja

kliinisen ravitsemustieteen

yksikkö

Toukokuu 2015

## TIIVISTELMÄ

ITÄ-SUOMEN YLIOPISTO

Terveystieteiden tiedekunta, Lääketieteen laitos

Kansanterveystiede

JORMAKKA, ANNE: Lääkinnällisen kuntoutuksen apuvälineen luovutuksen toteutuminen perusterveydenhuollossa Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymässä

Pro gradu -tutkielma 69 sivua ja 3 liitettä (7 sivua)

Ohjaajat: TtM Pirjo Hakkarainen ja TtM, suunnittelija Maria Luojus

Toukokuu 2015

---

Avainsanat: apuväline, lääkinällinen kuntoutus, apuvälinepalvelut, apuvälineen luovutus

Lääkinnällisen kuntoutuksen apuvälineellä pyritään kompensoimaan vamman, sairauden tai kehitysviivästymän aiheuttamaa toimintakyvyn vajausta. Oikea, turvallinen ja tarkoituksenmukainen apuvälineen käyttö edellyttää ammattitaitoisen arvon sekä sovituksen, säätämisen ja käytön opastuksen. Puutteellisesti tai ammattitaidottomasti toteutettu apuvälineen luovutusprosessi voi johtaa apuvälineen vähäiseen tai epätarkoituksenmukaiseen käyttöön, käyttämättömyyteen tai jopa vaaratilanteisiin. Nämä osaltaan heikentävät käyttäjän itsenäistä toimintaa, osallistumista ja itsetuntoa.

Tutkimuksen tavoitteena oli selvittää, kuinka apuvälineen luovutusprosessi toteutuu Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymän viidessä terveyskeskuksessa. Tietoja kerättiin kahden viikon ajan e-lomakkeella kaikista toistaiseksi tai määräajaksi luovutetuista apuvälineistä. Aineiston analysointimenetelmänä käytettiin sisällönlukittelu.

Lähes kaikki luovutukset tehtiin lääketieteellisin perustein, mutta käyttäjän elinympäristö ja elämäntilanne oli tiedossa noin puolessa luovutuksista. Neljäsosa luovutuksista ei perustunut ammattihenkilön tekemiin arvioihin. Apuvälineen sovitus käyttäjälle luovutuksen yhteydessä jäi toteutumatta noin 40 %:ssa luovutuksista ja käytön opastus käyttäjälle ei toteutunut 55 %:ssa luovutuksista. Nämä jäivät esimerkiksi omaisen, avustajan tai hoivakodin henkilökunnan tehtäviksi myöhemmin, ja osa ei toteutunut lainkaan.

Velvoite- ja suositushjauksen kriteerit apuvälineen luovutukselle eivät täysin toteutuneet tutkimukseen osallistuneissa terveyskeskuksissa. Apuvälineen luovutus toteutui usein riittämättömin tiedoin ja puutteellisin arvioin. Apuvälineen sovitus, säätäminen ja käytön opastus jäivät usein kotihoidon henkilökunnan, omaisten tai muun lähihenkilön vastuulle.

## ABSTRACT

UNIVERSITY OF EASTERN FINLAND  
Faculty of Health Sciences, School of Medicine  
Public Health

JORMAKKA, ANNE: Implementation of the administration and advisory process related to use of assistive device in primary health care in North Carelia  
Master's Thesis, 69 pages 3 appendix (7 pages)  
Supervisors of the Master's Thesis: M.Sc Pirjo Hakkarainen and M.Sc, Maria Luojus  
May 2015

---

Keywords: assistive device, medical rehabilitation, assistive device services, handover of assistive device

The purpose of an assistive device used for medical rehabilitation is to compensate for the deficiency in the ability to function as a result of injury, illness or development disability. Correct, safe and appropriate use of an assistive device requires a professional evaluation and fitting, adjustment and user guidance. A defectively or unprofessionally implemented handover process of an assistive device may lead to abandonment or inappropriate use of the device, or even cause dangerous situations. These in part deteriorate the user's independent operation, participation and self-esteem.

The purpose of this study was to find out how the advisory process of an assistive device is implemented in five health centers within the primary health care in North Karelia. The data were collected on an e-form within two weeks from all assistive devices provided for temporary use or a given period. Data was analysed with content classification method.

In most of cases aids were provided for use based on medical criteria. However, the user's living environment and situation in life were known only in approximately half of the cases. One fourth of the decisions was not based on professional evaluations. In connection with the handover process, an assistive device was not fitted in 40 percent of the cases and user guidance was not provided in 55 percent of the cases. These tasks were to be taken care of by a relative, assistant or care home personnel on a later date, or they were not conducted at all.

The criteria of an advisory process related to the handover of an assistive device were not fully implemented in the health centers participating in this study. The advisory process often included insufficient knowledge and inadequate evaluations. The fitting and adjustment of an assistive device and user guidance often became the responsibility of the home care personnel, relatives or other party.

# Sisällysluettelo

JOHDANTO .....	1
2. APUVÄLINEKÄSITTEIDEN MÄÄRITTELYÄ .....	3
2.1 Lääkinnällisen kuntoutuksen apuväline .....	3
2.2 Apuvälinepalveluprosessi .....	4
2.3 Apuvälineluokitus .....	5
3 APUVÄLINEPALVELUIDEN OHJAUS SUOMESSA .....	7
3.1 Sosiaali- ja terveystieteet .....	8
3.2 Lainsäädäntö .....	8
3.3 Informaatio-ohjaus .....	9
3.3.1 Apuvälinepalveluiden laatusuositus .....	10
3.3.2 Apuvälinepalvelunimikkeistö .....	10
3.3.3 Yhtenäiset kiireettömän hoidon perusteet .....	11
3.3.4 Ohjeita apuvälinepalveluiden toteuttamiseksi .....	11
4 TOIMINTAKYKY .....	13
4.1 Päivittäiset toiminnot .....	14
4.2 Apuvälineet toimintakykyä tukemassa .....	15
5 APUVÄLINEPALVELUIDEN JÄRJESTÄMINEN SUOMESSA .....	17
6 APUVÄLINEIDEN LUOVUTUSKÄYTÄNNÖT .....	19
7 APUVÄLINELUOVUTUKSEN KRITERIT .....	20
7.1 Lääketieteelliset perusteet .....	20
7.2 Apuvälineen käyttäjän osallistuminen .....	21
7.3 Ammattitaitoinen apuvälinearviointi .....	22
7.4 Apuvälineen sopivuus .....	23
7.5 Apuvälineen käytön opastus .....	24
7.6 Yhteenveto aiemmista tutkimuksista .....	26
8 TUTKIMUKSEN TAVOITTEET .....	38
9 TUTKIMUSAINEISTO JA MENETELMÄT .....	39
9.1 Tutkimusaineisto .....	39
9.2 Tutkimuksen toteutus .....	41
9.3 Tutkimusaineiston analyysimenetelmät .....	41
10 TUTKIMUSTULOKSET .....	44
10.1 Seuranta-aikana luovutetut apuvälineet .....	44
10.2 Apuvälineiden luovutus lääketieteellisin perustein .....	46
10.3 Apuvälineen käyttäjän osallistuminen apuvälineen valintaan .....	47
10.4 Ammattitaitoinen tarpeenarvio apuvälineen luovutuksessa .....	47
10.5 Apuvälineen sovitustarpeet ja käytön opastus .....	49
11 POHDINTA .....	53
11.1 Tulokset .....	53
11.2 Tutkimusmenetelmät .....	54

11.3 Tutkimuksen vahvuudet ja heikkoudet .....	55
11.4 Tutkimuksen hyödynnettävyys .....	56
12 JOHTOPÄÄTÖKSET .....	57
LÄHTEET .....	58
LIITTEET .....	63
Liite 1. Kysymyslomake .....	63
Liite 2. Tutkimuslupa-anomus .....	68
Liite 3. Tutkimuslupa .....	69

## JOHDANTO

Oikeanlainen apuväline kompensoi vamman, sairauden tai kehitysviivästyksen aiheuttamia haittoja. Apuväline lisää ja mahdollistaa käyttäjän omatoimisuutta ja osallistumista (Salminen 2010). Apuvälineen tarvitsijan tulee saada palvelut viivytyksettä, oikea-aikaisesti ja vaivattomasti. Tehokas ja ammattitaitoinen palvelu sisältää toimintakyvyn määrittelyn ja yksilöllisen harkinnan, jossa huomioidaan myös apuvälineen käyttöympäristö. Laadukas palvelu takaa, että apuväline luovutetaan käyttöön todetun tarpeen mukaisesti (Sosiaali- ja terveysministeriö asetus 136/2011).

Apuvälineen oikea, turvallinen ja tarkoituksenmukainen käyttö edellyttää aina käytön opetuksen (Hurnasti ym. 2010b). Apuvälinepalveluita tarkasteleva kotimainen tieteellinen tutkimus on niukkaa (Salminen ym. 2009). Ulkomailla aiheeseen liittyvää tutkimusta on tehty vähän, mutta sen mukaan riittämätön käytön opetus, tai jopa kokonaan puuttuminen, voi johtaa esimerkiksi apuvälineen käyttämättömyyteen tai virheelliseen käyttöön. Joten väline ei vastaa tarkoitustaan ja tapaturmariski kasvaa. (Brummel-Smith ja Dangiolo 2009, Stevens ym. 2009)

Uusi terveydenhuoltolaki (2010/1326) korostaa potilaan osallistumista omaan hoitoonsa. Apuvälineen käyttäjän osallistuminen välineen hankintaprosessiin katsotaan merkitykselliseksi ja lisäävän asiakaskeskeisyyttä (Mortenson-Miller 2008). Apuvälineen käyttäjän ja asiantuntijan välisellä yhteistyöllä arvioitu apuväline johtaa parempaan lopputulokseen, ja käyttäjät ovat tyytyväisempiä käyttämiinsä välineisiin. Tällöin välineen käyttöaste kasvaa (Martin ym. 2011, Johnston ym. 2014).

Ikääntyneiden määrän lisääntyessä toimintakyky tulee olemaan yhä tärkeämpi omatoimisuuden edellytysten ja palvelutarpeiden määrittäjä (Salminen 2010). Yhteiskunnassa onkin tärkeä ymmärtää apuvälineiden toimintakykyä ja elämänlaatua ylläpitävä vaikutus (Agree ym. 2011). Apuvälineisiin käytetään julkisessa terveydenhuollossa rahaa aikaisempaa enemmän (Sosiaali- ja terveysministeriö 2010a). Suomessa apuvälinekustannukset vuosittain ovat noin 75 miljoonaa euroa (Keski-Suomen Sairaanhoidopiiri 2012). Pohjois-Karjalan Sairaanhoido- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymän alueella terveydenhuollon apuvälinekustannukset olivat vuonna 2014 noin 3 miljoonaa euroa (Merja Kosonen, henkilökohtainen tiedonanto).

Tässä tutkimuksessa tarkastellaan, kuinka apuvälineen luovutus toteutuu Pohjois-Karjalan Sairaanhoidon- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymän viidessä terveyskeskuksessa. Tarkastelu kohdentuu apuvälineprosessin alkupäähän, tarpeen arviosta apuvälineen luovutukseen ja käytön opastukseen. Prosessin vaiheita tarkastellaan palvelua ohjaavien lakien ja suositusten asettamien velvoitteiden ja ohjeiden mukaisesti. Tutkimuksesta saatua tietoa hyödynnetään alueen apuvälinepalvelujen kehittämisessä.

## 2. APUVÄLINEKÄSITTEIDEN MÄÄRITTELYÄ

### 2.1 Lääkinnällisen kuntoutuksen apuväline

Lääkinnällisen kuntoutuksen avulla pyritään parantamaan ja ylläpitämään kuntoutujan psyykkistä, fyysistä ja sosiaalista toimintakykyä. Tarkoituksena on myös tukea ja parantaa kuntoutujan elämäntilanteen hallintaa ja itsenäistä suoriutumista päivittäisissä toiminnoissa. Lääkinnälliseen kuntoutukseen kuuluvia apuvälineitä ovat lääkitä perustein todettu toimintavajavuuden korjaamiseen tarkoitetut välineet, laitteet tai vastaavat, joita vajaan kuntoinen henkilö tarvitsee selviytyäkseen päivittäisissä toiminnoissaan. Apuvälineisiin luetaan myös kuntoutuksessa tarvittavat hoito- ja harjoitusvälineet (Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus 2011).

Kuntoutusalan ammattihenkilöille käsite ”lääkinnällisen kuntoutuksen apuväline” on epäselvä ja sen määrittely koetaan vaikeaksi. Rajanveto-ongelmia on esimerkiksi apuvälineen ja tavallisen, jokaisen itse hankittavan välineen välillä (Hurnasti 2006). Keskeisiä perusterveydenhuollosta luovutettavia lääkitä perustein todettujen kuntoutuksen apuvälineitä ovat liikkumiseen, siirtymiseen, peseytymiseen, ruokailuun ja muihin päivittäisiin toimintoihin liittyvät apuvälineet (Hurnasti ym. 2010b).

#### *Liikkumisen apuvälineet*

Liikuntakyvyn heikentymiseen on useita syitä, esimerkiksi sairaus tai ikääntymisen tuomat rajoitukset. Tällöin liikkumisen apuvälineellä pyritään mahdollistamaan omatoiminen liikkuminen esimerkiksi kyynärsauvojen avulla, tai avustettu liikkuminen esimerkiksi pyörätuolin avulla. Kevyimpiä ratkaisuja liikkumisen tukemiseen ovat erilaiset raajojen ja vartalon tuet, kepit ja sauvat. Tarvittaessa enemmän tukea saadaan käyttämällä esimerkiksi erilaisia kävelytelineitä, pyörätuoleja tai sähkömopoja (Töytäri ym. 2010).

Henkilön siirtymistä esimerkiksi pyörätuolista sänkyyn voidaan helpottaa erilaisin apuvälinein. Tällaisia ovat muun muassa liukulaudat ja sängyn laitaan kiinnitettävät kohotautumistelineet. Vaikeasti liikuntavammaisen henkilön siirtymisen helpottumiseksi voidaan käyttää henkilönostolaitetta, jossa tulee olla oikein valittu nostoliina. Henkilönostolaite



vähentää vaikeavammaisen avustajan fyysistä kuormitusta siirtymisien aikana (Töytäri ym. 2010).

#### *Henkilökohtaisen hygienian ja suojavälineet*

Jos henkilö ei pysty esimerkiksi yläraajojen liikerajoitusten vuoksi peseytymään tavallisilla pesuvälineillä, voidaan pitkävartisiin harjoin ja pesulapuvin auttaa peseytymistä. Tarvittaessa pesut voidaan tehdä istuen käyttämällä vettä kestäviä jakkaroita tai tuoleja. WC-toiminnot onnistuvat esimerkiksi lonkkaleikkauksen jälkeen WC-istuimen korotusten tai WC-tuolin avulla (Hurnasti ym. 2010a).

#### *Kodinhoitoon ym. tarkoitettujen päivittäisen toiminnon pienapuvälineet*

Ruokailuvälineiden malli, koko ja paino voivat helpottaa ruokailua jos käsissä on vapinaa tai pakkoliikkeitä. Kotona tarvittavien purkkien, kansien, katkaisijoiden sekä oven lukon avaamista tukevia apuvälineitä ovat esimerkiksi erilaiset kaatonokat, avaaajat ja lukonavaajat. Itsenäistä pukeutumista helpottavia apuvälineitä ovat esimerkiksi koukkupäiset kepit ja sukanvetolaitteet. Erilaisien varsien ja otteiden pidentimin helpotetaan kurottamista, tarttumista ja kiinnipitämistä (Hurnasti ym. 2010a).

## **2.2 Apuvälinepalveluprosessi**

Apuvälinepalveluprosessi on suunnitelmallista ja pitkäjänteistä asiakkaan kanssa tehtävää työtä. Aloitteen tekijänä voivat olla apuvälineen tarvitsija, hänen omaisensa, lähihenkilönsä tai hänen kanssaan toimiva ammattihenkilö (Terveystieteiden ja Hyvinvoinnin laitos 2014c). Monitahoisen prosessin toteutuminen vaatii eri toimijoiden yhteistyötä. Prosessin kesto on vaihteleva, riippuen asiakkaan tarpeista, apuvälineestä tai sen käyttöympäristöstä (Suomen Kuntaliitto 2004).

Apuvälineprosessiin kuuluvat:

1. Apuvälineen tarpeen havaitseminen ja palveluihin hakeutuminen. Toiminnan haitta havaitaan usein apuvälinettä tarvitsevan lähipiirissä. Tarve voi tulla esille myös esimerkiksi sairaalassa tai kuntoutuslaitoksessa.

2. Apuvälinetarpeen arviointi. Tarpeen arvioinnin lähtökohtana on toimintakyky ja elämäntilanne sekä näistä nousevat yksilölliset tarpeet.
3. Apuvälineen sovitus, kokeilu, valinta ja mahdollisten muutostöiden suunnittelu. Tavoitteena on löytää asiakkaan tarpeisiin, toimintakykyyn ja -ympäristöön sopiva apuväline.
4. Apuvälineen hankinta ja luovutus. Kunkin organisaation toiminta- ja hankintamenettelyn mukaisesti tehdään päätös apuvälineen myöntämisestä ja hankinnasta.
5. Apuvälineen käytön opetus. Varmistetaan, että käyttäjä ja hänen lähihenkilönsä hallitsevat apuvälineen tarkoituksenmukaisen käytön.
6. Apuvälineen käytön seuranta. Tavoitteena, että apuväline on soveltuva ja että se on tarkoituksenmukaisessa ja aktiivisessa käytössä.
7. Apuvälineen huolto ja korjaus. Huolto- ja korjaustoiminta hoidetaan apuvälineen luovuttajatahon toimesta.
8. Apuvälineen palautus. Apuväline palautetaan käytön tarpeen loppuessa (Suomen Kuntaliitto 2004).

## 2.3 Apuvälineluokitus

Erilaisia toiminnan vajautta kompensoivia apuvälineitä on paljon. Apuvälinepalveluita tuottavat muun muassa sairaanhoitopiirit, terveyskeskukset ja Kela. Yhteisenä käsitteistönä toimii apuvälineluokitus. Luokitus helpottaa välineiden kierrätystä, lainausta, tilastointia ja vertailua (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2014b).

Terveidenhuollon sairaskertomusjärjestelmässä käytetään SFS-EN ISO 9999 kansainvälistä, hierarkkista ja kolmitasoista apuvälineluokitusta, jossa jokainen apuväline saa oman nimikkeen ja sitä vastaavan numerokoodin, ja jossa apuvälineet luokitellaan käytön mukaan (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2014b). Luokitukseen on sisällytetty apuvälineet, joita vammaiset henkilöt itse käyttävät ja ne, joiden käyttämiseen tarvitaan avustajaa (Suomen Standardisoimisliitto SFS 2003).

SFS-EN ISO 9999 apuvälineluokitus koostuu kolmesta otsikoidusta hierarkkisesta tasosta, joista apuvälineet löytyvät kuusinumeroiselta kolmannelta tasolta. Ylimmässä tasossa on

11 kaksinumeroista luokkaa, joiden alla on 130 nelinumeroista alaluokkaa. Näiden alla on 710 kuusinumeroista alaryhmää (Suomen standardoimisliitto 2003).

Ylimmän tason luokat ovat:

- 04 Hoito- ja harjoitusvälineet, esimerkiksi 0433 painehaavojen ehkäisyvälineet, 043303 istuintyynt ja -alustat painehaavojen ehkäisyyn.
- 05 Välineet taitojen harjoittamiseksi, esimerkiksi 0506 puhetta tukevan ja korvaavan kommunikoinnin harjoitusvälineet, 050621 Kuvasymbolien harjoitusvälineet.
- 06 Tukilaitteet ja proteesit, esimerkiksi 0603 vartalon ja selkärangan ortoosit, 060306 lannerangan tai ristiselän ortoosit.
- 09 Henkilökohtaisen hygienian ja suojan välineet, esimerkiksi 0933 peseytymis-, suihku ja kylpyvälineet, 093303 suihkutuolit, ammeistuimet, pyörälliset ja pyörättömät, kylpyjakkarat, selkätuet ja istuimet.
- 12 Liikkumisen apuvälineet, esimerkiksi 1203 kävelyn apuvälineet yhdellä kädellä käytettävät, 120303 kävelykeppi.
- 15 Kodinhoitovälineet, esimerkiksi 1509 syömisen ja juomisen välineet, 150912 ruokailuvälineet.
- 18 Asuntojen ja muiden tilojen varusteet ja lisälaitteet, esimerkiksi 1830 hissit, porrashissit ja luiskat, 183012 porraskiipijät.
- 21 Kommunikointivälineet ja havaitsemisvälineet, esimerkiksi 2142 lähikommunikaatiivälineet, 214209 kommunikaatiolaitteet kannettavat.
- 24 Tuotteiden ja tavaroiden käsittely- ja kuljetusvälineet, esimerkiksi 2421 otteiden pidentimet, 242103 tarttumapihdit käsikäyttöiset.
- 27 Ympäristöolosuhteita parantavat välineet, työvälineet ja työkonet, esimerkiksi 2709 työkalusteet, 270903 työskentelypenkit.
- 30 Vapaa-ajan välineet ja leikkivälineet, esimerkiksi 3003 lelut (Suomen Standardoimisliitto 2003).

### 3 APUVÄLINEPALVELUIDEN OHJAUS SUOMESSA

Sosiaali- ja terveyspalveluiden ohjaus voidaan jakaa normi- tai sääntöohjaukseen, taloudelliseen ohjaukseen ja informaatio-ohjaukseen (Oulasvirta ym. 2002). Normiohjaus on lailla, asetuksilla ja alemmanasteisilla säädöksillä toteutettua ohjausta. Informaatio-ohjaus on vaikuttamaan pyrkivää, tavoitteellista informaation ja tiedon kaksisuuntaista välittämistä (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2011a). Kuviossa 1 esitetään lääkinnällisen kuntoutuksen apuvälineiden luovutukseen liittyvä normi- ja informaatio-ohjaus.



KUVIO 1. Yhteenvedo lääkinnällisen kuntoutuksen apuvälineen luovutukseen liittyvistä velvoitteista ja ohjauksesta julkisessa terveydenhuollossa.

### **3.1 Sosiaali- ja terveystalitiikka**

Suomessa yhtenä keskeisenä sosiaali- ja terveystalitiikan tavoitteena on terveyden ja toimintakyvyn edistäminen (Sosiaali- ja terveystalitiisteriö 2006a). Suomen perustuslaki (1999/731) takaa vammaisten henkilöiden yhdenvertaisuuden ja kieltää syrjinnän. Suomen vammaispolitiikassa korostetaan vammaisten henkilöiden oikeutta yhdenvertaisuuteen, osallisuuteen ja tarpeellisiin palveluihin ja tukitoimiin (Sosiaali- ja terveystalitiisteriö 2006a).

Keskeisiä vammaispolitiittisia tavoitteita ovat vammaisten henkilöiden yhdenvertainen kohdeltu sekä elämäntalitiinnan, omatoimisuuden ja työ- ja toimintakyvyn tukeminen. Silloin kun yleiset palvelut ja yhteiskunnan esteettömyys eivät riitä vastaamaan vammaisen henkilön tarpeisiin, tuetaan itsenäistä elämää erityispalveluin, tukitoimin ja mukautumistalitiimien. Tällöin on varmistettava henkilön yksilöllisiä tarpeita ja elämäntalitiannetta vastaavat asumisen, liikkumisen, kommunikoinnin ja tiedonsaannin ratkaisut (Sosiaali- ja terveystalitiisteriö 2010c).

Apuvälinepalvelu on osa hoitoa ja kuntoutusta. Palvelun tulee nivoutua osaksi saumatonta palveluketjua. Lähtökohtana on, että apuvälineet vastaavat henkilön yksilöllisiä tarpeita, niitä on saatavana ja ne ovat laadukkaita (Sosiaali- ja terveystalitiisteriö 2011).

Sosiaali- ja terveystalitiikan strategiat 2015 -asiakirjassa korostetaan ikääntyneiden ja vammaisten henkilöiden itsenäisen elämän tukemista palveluiden avulla. Esiin nostetaan uuden teknologian hyödyntäminen, asuntojen esteettömyys sekä turvalliset ratkaisut toimintakyvyn ja itsenäisen selviytymisen parantamisessa (Sosiaali- ja terveystalitiisteriö 2006b).

### **3.2 Lainsäädäntö**

Terveystalitiiluiden lähtökohtana on Suomen perustuslaki (1999/731), joka velvoittaa julkisen vallan edistämään väestön terveyttä ja turvaamaan jokaiselle riittävät sosiaali- ja terveystalitiilut. Terveystalitiiluiden järjestämisvastuu on kunnilla. Perustuslain velvoitetta täsmentää terveydenhuoltolaki, joka tuli voimaan 1.5.2011. Laissa korostetaan terveyden,

hyvinvoinnin, työ- ja toimintakyvyn sekä sosiaalisen turvallisuuden lisäksi muun muassa väestön tarvitsemien palvelujen yhdenvertaista saatavuutta, laatua ja potilasturvallisuutta. Terveystieteiden tutkimuskeskusten mukaan apuvälinepalvelut kuuluvat lääketieteelliseen kuntoutukseen. Laissa korostetaan kuntoutuksen ja hoidon toiminnallista kokonaisuutta, jossa lääketieteellisen kuntoutuksen tarve, tavoitteet ja sisältö on määriteltävä kirjallisessa yksilöllisessä kuntoutussuunnitelmassa (Terveystieteiden tutkimuskeskuslaki 2010/1326).

Sosiaali- ja terveysministeriön päätöksen mukaisesti on laadittu asetus, jolla annetaan säännöksiä apuvälineen käyttöön luovutuksen perusteista. Asetus tuli voimaan 1.1.2012. Asetukseen liittyy perustelumuistio (19.12.2011), johon on kirjattu yksityiskohtaiset perusteet muun muassa apuvälineen tarpeen arviointiin ja käytön luovutukseen (Sosiaali- ja terveysministeriö 2011).

Apuvälinepalveluprosessi käynnistyy apuvälineen tarpeen havaitsemisesta ja sen seurauksena palveluihin hakeutumisesta (Suomen Kuntaliitto 2004). Lääketieteellisen kuntoutuksen apuvälinepalveluissa on noudatettava hoitoon pääsyä koskevia aikarajoja (Sosiaali- ja terveysministeriö 2011). Terveystieteiden tutkimuskeskuksessa asiakkaan on päästävä palvelun tarpeen arviointiin kolmen arkipäivän sisällä yhteyden otosta, ja apuvälinearviointiin tulee päästä kolmen kuukauden sisällä tarpeen toteutamisesta. Erikoissairaanhoidossa vastaavasti palvelun tarpeen arviointi tulee tehdä kolmen viikon kuluttua lähetteen saapumisesta ja apuvälinearviointi ja – hankintaprosessi tulee käynnistyä kuuden kuukauden kuluessa siitä, kun tarve on todettu (Terveystieteiden tutkimuskeskuslaki 2010/1326).

### **3.3 Informaatio-ohjaus**

Informaatio-ohjaus on luonteeltaan suosittavaa ja perustuu vuorovaikutukseen. Informaatio voi olla kuvailevaa esimerkiksi tilastot, vertailevaa esimerkiksi vertaisanalyysit tai hyviä käytäntöjä välittävää esimerkiksi hankkeiden ja projektien tuoman informaation välittäminen (Terveystieteiden tutkimuskeskus ja hyvinvoinnin laitos 2011a). Informaatio-ohjausta pidetään välineenä, jonka avulla kehitetään apuvälinepalveluja toimimaan käyttäjälähtöisesti ja yhtäläisin perustein (Töytäri 2008).

### **3.3.1 Apuvälinepalveluiden laatusuositus**

Apuvälinepalveluiden laatusuositus julkaistiin vuonna 2003. Suosituksen pohjana oli valtioneuvoston sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelma 2000-2003. Suositus on laadittu tukemaan kuntien ja sairaanhoitopiirien apuvälinepalveluiden suunnittelua, toteuttamista, kehittämistä, seuranta ja arviointia. Laatusuosituksessa tarkastellaan palveluita apuvälineiden tarvitsijoiden ja käyttäjien, sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöiden, sekä sosiaali- ja terveydenhuollossa toimivan ammatillisen johdon ja päätöksentekijöiden näkökulmasta. Suositus tähtää siihen, että kyseiset palvelut ovat kuntalaisille joustavia ja saumattomia, sekä apuvälineen saa tarvearvioon perustuen asuinpaikasta riippumatta (Sosiaali- ja terveysministeriö ja Suomen Kuntaliitto 2003).

Laatusuositukset tunnetaan terveydenhuollossa, ja sairaanhoitopiirit ovat hyödyntäneet niitä aktiivisesti toimintaa kehittäessään. Kuitenkaan suosituksen mukaisista henkilöresursien määristä ei ole huolehdittu riittävästi. Terveyskeskuksissa ja keskussairaaloissa on liian vähän ammattihenkilöitä, joilla on tarvittava osaaminen apuvälineistä. Myös täydennyskoulutus on ollut puutteellista (Töytäri 2008).

### **3.3.2 Apuvälinepalvelunimikkeistö**

Suomen Kuntaliiton palvelunimikkeistöihin kuuluva apuvälinepalvelunimikkeistö ryhmittelee ja kokoaa yhteen käytännön työhön sisältyvät palvelut ja toiminnot. Palvelunimikkeistö on tarkoitettu pääosin terveydenhuollon eri toimintasektoreilla ja erikoisaloilla työskentelevien ammattilaisten käyttöön esimerkiksi tilastointiin, työn ja ajankäytön seurantaan sekä käsitteiden yhdentämiseen. Nimikkeistöjen avulla toimintaa yhtenäistetään ja tehdään näkyväksi. Valtakunnallinen nimikkeistö mahdollistaa alan palvelujen, työn sisällön ja ajankäytön vertailut. Apuvälinepalvelunimikkeistön avulla voidaan tarkastella palvelujen kokonaisuutta. Se kuvaa kaikki apuvälinepalveluprosessin osa-alueet (Suomen Kuntaliitto 2004).

### 3.3.3 Yhtenäiset kiirettömän hoidon perusteet

Yhtenäiset kiirettömän hoidon perusteet ohjaavat apuvälinepalveluiden hoitoon pääsyn lisäksi työn jakoa perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä. Suosituksen mukaan perusterveydenhuollossa vastataan perusosaamista vaativista apuvälinepalveluista, kun taas erikoissairaanhoidon vastuulla ovat erityistä asiantuntemusta vaativat palvelut. Myös hankintahinnaltaan kalliimmat välineet pyritään keskittämään erikoissairaanhoidon (Sosiaali- ja terveysministeriö 2010b).

Suositus määrittää keskeisille erikoissairaanhoidon vastuulla oleville lääkinnällisen kuntoutuksen apuvälineille saatavuusperusteet. Niiden tavoitteena on kirjata alalla muotoutuneet toimivat käytännöt, sekä poistaa saatavuudessa esiintyviä alueellisia eroja (Sosiaali- ja terveysministeriö 2010b).

Saatavuusperusteet on laadittu seuraaville sähköisen liikkumisen apuvälineryhmille:

- sähköpyörätuoleille
- sähkömopedeille
- käsikäyttöisille pyörätuolin sähköisille kelauksen keventäjille
- pyörätuolin sähköisille työntöapulaitteille

Saatavuusperusteen on laadittu myös seuraaville apuvälineryhmille:

- Kommunikoinnin ja tietokoneen käytön apuvälineet
- Ympäristöhallintalaitteille, jotka esimerkiksi mahdollistavat asunnossa olevien sähkökäyttöisten kojeiden ja laitteiden, esimerkiksi oven avaus, kauko-ohjauksen.
- Lasten liikkumisen ja päivittäisten toimintojen apuvälineille
- raaja-amputoidun proteesipalveluille
- näkövammaisten apuvälinepalveluille esimerkiksi lukutelevisiot ja opaskoirien hankinta (Sosiaali- ja terveysministeriö 2010b).

### 3.3.4 Ohjeita apuvälinepalveluiden toteuttamiseksi

Sosiaali- ja terveysministeriön nimeämä työryhmä täsmensi asetusta lääkinnällisen kuntoutuksen apuvälineiden luovutuksesta. Työryhmä valmisteli ohjeet terveydenhuollon apuvälinepalveluiden toteuttamiseksi. Ohjeet on suunnattu ensisijaisesti apuvälinealan asiantunti-



joille, mutta niistä hyötyvät myös esimerkiksi apuvälineen käyttäjät ja muut terveydenhuollon työntekijät (Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos 2014a).

Ohjeisiin on kirjattu laadukkaiden apuvälinepalveluiden periaatteet. Niissä on kuvattu myös apuvälineprosessin eri vaiheiden ammattitaitoinen toteuttaminen. Lisäksi ohjeissa on määrittelyä apuvälineisiin liittyvistä käsitteistä ja apuvälineiden käyttäjien oikeusturvakeinoista (Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos 2014a).

## 4 TOIMINTAKYKY

Toimintakyvyllä voidaan väljästi ilmaistuna tarkoittaa ihmisen fyysisten, psyykkisten ja sosiaalisten ominaisuuksien suhdetta häneen kohdistuviin odotuksiin. Odotukset voivat olla peräisin usealta elämän osa-alueelta, esimerkiksi työstä tai kotoa. Keskeistä on ihmisen mahdollisuudet elää ja toimia yleisesti hyväksytyjä odotuksia vastaavasti (Lehto 2004). Toimintakyky on selviytymistä niistä tavoitteista ja toiveista, joita omalle elämälle on asetettu, esimerkiksi lapsena leikeistä ja ikääntyneenä mahdollisimman itsenäisistä toiminnoista (Karppi 2009).

Toimintakykyinen ihminen kokee selviytyvänsä jokapäiväisistä tehtävistä ja haasteista kotona, työssä ja vapaa-aikana (Järvikoski ja Härkäpää 2005). Toimintakyky on jotain muuta kuin fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen suorituskyvyn summa. Toisinaan toimintakyky on heikompi, mitä sen osatekijöitä arvioiden voisi olettaa, ja joskus se on oletettua parempi (Karppi 2009).

Terveydenhuolto on tärkeässä asemassa silloin, kun vaikutetaan toimintakykyyn. Sen ratkaistavaksi usein jää, mitä toimintakyvyn parantamiseksi tulisi tehdä ja onko toimintakyvyn vajaus sellainen, että se oikeuttaa tiettyihin ratkaisuihin esimerkiksi etuisuuksien saamiseen. Näin ollen on tärkeää, miten toimintakyvyn mittaamisessa ja arvioinnissa onnistutaan. Sen tulisi perustua selkeisiin kriteereihin, indekseihin tai mittareihin. Kynnysarvojen määrittelyllä arvioidaan toimintakyvyn riittävyys tai riittämättömyys päätöstä tehtäessä (Lehto, 2004).

Toimintakyvyn käsitettä on viime vuosina tarkasteltu toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälisen International Classification of Functioning, Disability and Health, eli ICF-luokituksen avulla (WHO 2004, Niemelä 2011). ICF-luokituksessa on kaksi osaa, joista ensimmäinen käsittelee toimintakykyä ja toimintarajoitteita ja toinen taustatekijöitä. Kumpikin osa koostuu kahdesta osa-alueesta siten, että toimintakykyä ja toimintarajoitteita tarkasteltaessa huomioidaan suoritukset ja osallistuminen. Taustatekijät koostuvat ympäristö- ja yksilötekijöiden tarkastelusta (Smolander ym. 2004).

Steel työryhmineen (2012) tutki apuvälinepalveluiden kehittämistä ja esteitä palveluiden järjestämisessä Euroopan alueella. He totesivat, että apuvälinepalveluiden kehittämispro-

jektit ovat lisänneet useassa maassa tietämystä ja palveluihin suunnattuja resursseja, mutta projektien tuloksia on julkaistu vähän tieteellisissä julkaisuissa. Yhteisten strategioiden kehittämisessä tulee huomioida maiden välinen erilaisuus sosiaali- ja terveydenhuollon järjestelmissä. Tällöin tutkijoiden mukaan ICF-luokituksen käyttäminen tarjoaa yhteisen rakenteen ja työvälineen monikansallisten projektien toteuttamiselle apuvälinepalveluiden kehittämisessä ja tutkimuksessa.

#### **4.1 Päivittäiset toiminnot**

Päivittäiset toiminnot on kuntoutuksen peruskäsitteistöä ja se on käännös englanninkielisestä ”Activities of Daily Living” eli ADL-termistä (Hartikainen ja Kivelä 2001). ADL-toiminnoissa käsitellään elämiseen liittyviä perustoimintoja esimerkiksi syöminen, pukeutuminen ja henkilökohtaisesta hygieniasta huolehtiminen. Instrumental activities of daily living (IADL) käsittää toiminnot, joita henkilö käyttää selviytyäkseen omassa elinympäristössään. Tällaisia ovat esimerkiksi aterioiden valmistaminen, rahan käsittely ja ostoksilla käynti (Zeller ym. 2007).

IADL edellyttää perustoimintojen lisäksi sosiaalisia taitoja ja psyykkisiä voimavaroja. Tästä esimerkkinä ovat taloustöiden tekeminen, yleisten kulkuvälineiden käyttö ja ompelukoneella ompelu. Toimintakyvyn heikkeneminen ilmenee ensin IADL-toiminnoissa. Täten näitä toimintoja kartoittamalla voidaan löytää ajoissa ne henkilöt, joiden toimintakyky on vaarassa heikentyä ennen avun tarpeen muodostumista (Laukkanen 2007).

Päivittäiset toiminnot on lääkinnällisen kuntoutuksen asetuksen mukainen käsite. Kuitenkin se on kuntoutusalan ammattihenkilöille käsitteenä epäselvä. He katsovat päivittäisiksi toiminnoiksi henkilökohtaisiin tarpeisiin liittyvät toiminnot esimerkiksi peseytymisen ja ruokailun. Kotitöistä he mieltävät asetuksen mukaisiksi päivittäiseksi toiminnaksi: ruuan valmistamisen, ostoksilla käymisen, pyykin pesemisen, siivoamisen, virastoissa asioimisen, lasten hoitamisen ja leipomisen. Puutarhan hoitaminen ja kodin korjaus- ja huoltotöiden tekeminen ei sitä vastoin ole lääkinnällisen kuntoutuksen asetuksen mukaista päivittäistä toimintaa. Vähiten ammattihenkilöt pitävät päivittäisinä toimintoina vapaa-aikaan liittyviä toimintoja esimerkiksi elokuvissa käymistä ja kalastamista (Hurnasti 2006).

## 4.2 Apuvälineet toimintakykyä tukemassa

Silloin kun henkilön toimintakyky on heikentynyt, voidaan apuvälineiden avulla ylläpitää tai lisätä toimintaa ja osallistumista, ja siten myös terveyttä ja hyvinvointia. Apuvälineiden avulla voidaan ennaltaehkäistä mahdollisia suurempia toimintakyvyn vaikeuksia. Apuvälineet eivät paranna sairauksia eivätkä tuo uutta elämää, mutta ne mahdollistavat käyttäjälle monipuolisen toiminnan ja joillekin itsenäisen suoriutumisen aikaisemmin mahdottomasta tehtävästä. Näin ollen apuvälineet lisäävät toimintamahdollisuuksia, itsenäisyyttä ja oma-toimisuutta (Salminen 2010).

Apuvälineiden vaikuttavuustutkimuksia on tehty toistaiseksi vähän. Tämä tuli esiin yhteis-pohjoismaisessa järjestelmällisessä kirjallisuuskatsauksessa, jossa Salminen työryhmineen (2009) arvioi liikkumisen apuvälineiden vaikuttavuustutkimuksia. Katsaukseen vaadittuja kriteeriä täyttäviä tutkimusartikkeleita oli vähän, mikä vaikeutti tulosten yleistettävyyttä. Kuitenkin kaikkien katsaukseen hyväksytyjen tutkimusten mukaan, apuvälineiden vaikutus on merkittävä. Niiden käytöllä on positiivisia vaikutuksia liikkumiseen, toimintaan ja osallistumiseen, sekä tyytyväisyyteen ja elämänlaatuun. Viitteitä on myös siitä, että apuvälineet voivat lisätä myös yhteiskunnallista osallistumista.

Vaikka ikääntyneiden omaa näkemystä ja kokemusta apuvälineiden käytöstä on tutkittu vähän, niin näyttöä on siitä, että heidän mielestään liikkumisen apuvälineet mahdollistavat aktiivisen toiminnan ja osallistumisen. He myös kokevat, että toimintakyvyn lisääntyminen lisää terveyttä ja hyvinvointia. Ikääntyneiden oma käsitys ja näkemys voivat vaikuttaa yleiseen mielipiteeseen, ja sitä kautta apuvälineiden käyttöön yleensä (Gooberman-Hill ja Ebrahim 2007). Ikääntyneillä rollaattorin käyttö liikkumisen apuvälineenä lisää liikkuvuutta, lihasvoimaa ja tasapainoa. Rollaattori voi tukea ja myös osittain korvata kuntoutusta (Vogt ym. 2010)

Apuvälineiden käytön oletetaan helpottavan ja vähentävän avustavan henkilön toimintaa päivittäisten toimintojen tukemisessa. Tätä olettamusta tukee hieman 22 tutkimusta sisältävän systemaattisen kirjallisuuskatsauksen tutkimustulos. Sen mukaan on näyttöä siitä, että avustajan tarve vähenee, tai työ helpottuu. Kuitenkin syy-seuraussuhdetta on vaikea arvioida, koska tutkimuksissa käytetyt tutkimusmenetelmät olivat tältä osin rajoittuneita (Mortenson ym. 2012). Vahvempaa näyttöä apuvälineiden vaikutuksista avustavan henkilökun-

nan työn keventymiseen on esitetty satunnaistetussa kontrolloidussa tutkimuksessa. Siinä todettiin apuvälineiden lisäävän käyttäjän toimintakykyä ja myös helpottavan avustajan toimintaa. Tutkimus toi esille, että apuvälineet helpottivat avustajien fyysistä ja psyykkistä kuormitusta, lisäsivät turvallisuutta sekä säästivät aikaa (Mortenson ym. 2013).

## 5 APUVÄLINEPALVELUIDEN JÄRJESTÄMINEN SUOMESSA

Apuvälinepalveluiden järjestämisestä vastaa pääasiassa julkinen terveydenhuolto, jonka palvelut on porrastettu perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä. Kun apuvälineetarve perustuu sotavamma- liikenne tai tapaturmalakien perusteella korvattavaan toimintakyvyn vajeeseen, niin apuvälineprosessi toteutuu kyseessä olevan lainsäädännön mukaisessa vakuutuslaitoksessa. Kuntien sosiaalitoimen vastuulla on vaikeavammaisen asumiseen liittyvien apuvälinepalveluiden toteuttaminen, esimerkiksi vakituisen asunnon muutostyöt. Opetustoimi vastaa lasten ja nuorten perusopetukseen kuuluvista välineistä. Vaikeavammaisten työssä tai opiskelussa tarvittavat apuvälineet ovat Kansaneläkelaitoksen vastuun piirissä (Hurnasti ym. 2010b).

Sairaanhoitopiirit ovat sopineet terveyskeskusten kanssa alueellisesta työnjaosta. Näin ollen sairaanhoitopiirien väliset toimintakäytännöt vaihtelevat alueellisten sopimusten ja tarpeiden mukaan (Suomen Kuntaliitto 2004). Pääsääntöisesti perusterveydenhuollon vastuulla ovat liikkumisen, päivittäisten toimintojen ja muiden toimintojen perusapuvälineet. Apuvälineen tarvitsija tai hänen lähihenkilönsä voi olla suoraan yhteydessä terveyskeskuksen apuvälinelainaamoon havaittuaan apuväline tarpeen. Kuitenkin palvelun piiriin tullaan yleensä lääkärin, terapeutin, kotisairaanhoido- tai kotipalveluhenkilökunnan suosituksesta (Hurnasti ym. 2010b).

Erikoissairaanhoidon puolestaan vastaa kuulon, näön, hengityksen, kommunikoinnin ja ympäristönhallinnan apuvälineistä. Erikoissairaanhoidon vastuulla ovat yleensä myös lasten apuvälineet, sähköisen liikkumisen, sekä muut vaativampaa toimintakyvyn arviointia tarvitsevat apuvälineet (Hurnasti ym. 2010b). Erikoissairaanhoidon sisäinen työnjako vaihtelee sairaanhoitopiireittäin. Lääkinnällisen kuntoutuksen apuvälinepalveluita voidaan järjestää eri erikoisaloilla, sekä apuvälineyksiköissä alueellisten käytäntöjen mukaisesti (Suomen Kuntaliitto 2004). Näön, kuulon, hengityksen ja kommunikaation apuvälinepalvelut toteutetaan pääsääntöisesti kyseisillä erikoisaloilla. Erikoissairaanhoidon apuvälinepalveluihin edellytetään lähetettä. Lähettäjänä voi olla esimerkiksi terveyskeskus, yksityislääkäri tai kuntoutuskeskuksen lääkäri (Hurnasti ym. 2010b).

Apuvälinepalveluiden laatusuosituksessa (Sosiaali- ja terveysministeriö ja Suomen Kuntaliitto 2003) edellytetään, että sairaanhoitopiirit käyvät alueellisesti yhteistyöneuvotteluja

sosiaali- ja terveydenhuollon toimijoiden kanssa, ja sopivat alueella vallitsevasta apuvälineisiin liittyvästä yhdenmukaisista käytännöistä. Kaikki sairaanhoitopiirit ovatkin kehittäneet laatusuosituksen mukaisesti alueellista toimintaa ja toimintojen keskittäminen toteutuu lähivuosina lähes kaikissa sairaanhoitopiireissä. Keskitetty alueellinen toiminta tarkoittaa sitä, että apuvälineet ovat yhteisomistuksessa keskussairaalan ja terveyskeskusten kanssa ja niistä pidetään yhteistä rekisteriä. Erikoissairaanhoidossa hoidetaan keskitetysti myös apuvälineiden hankinta, vastaanotto, yksilöinti ja laskujen käsittely. Erikoissairaanhoidolla on myös vastuu palvelun alueellisesta kehittämisestä, tiedottamisesta ja koulutuksesta (Hurnasti ym. 2010b).

## 6 APUVÄLINEIDEN LUOVUTUSKÄYTÄNNÖT

Apuvälinepäätös on terveydenhuollossa lääkärin tekemä hoitopäätös, joka perustuu lääkärin toteamaan vammaan, sairauteen, kehitysviivästymään tai ikääntymiseen. Apuvälineen tarpeen voi kuitenkin todeta ja sen luovuttamisesta päättää muukin terveydenhuollon ammattihenkilö (Sosiaali- ja terveysministeriö 2011). Terveyskeskuksissa ja keskussairaaloissa apuvälinetarpeen arvioi yleensä fysioterapeutti tai muu fysioterapiaoaston tai apuvälineyksikön ammattilainen, esimerkiksi kuntohoitaja tai toimintaterapeutti. Apuvälineen luovutus päätöksen terveyskeskuksissa tekevät useimmiten fysioterapeutit, kuntohoitajat tai lääkärit. Keskussairaaloissa luovutus päätöksen tekevät lääkärit ja rajatusti apuvälinealan asiantuntijat, joilla on rajattu päätöksenteko-oikeus. Päätöksenteko rajautuu perustuen apuvälineen tuoteryhmään, hintaan tai hankintatapaan. (Töytäri 2007).

Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymän alueella luovutetaan lääkinnällisen kuntoutuksen apuvälineitä lainaan määräajaksi silloin, kun tarve on lyhytaikainen, esimerkiksi lonkkaleikkauksen jälkeen Toistaiseksi käyttöön lainataan apuvälineitä, joiden tarve on pysyväluonteinen, eikä tarpeen aikaa voida määritellä. Tällainen laina on esimerkiksi itsenäisen liikkumisen mahdollistava pyörätuoli CP-vammaiselle lapselle. Määräajaksi tai toistaiseksi käyttöön luovutetut apuvälineet palautuvat käytön tarpeen lakkautua joko apuvälinepalvelut-yksikköön tai terveyskeskuksen fysioterapia- tai kuntoutusosastolle. Apuvälineitä luovutetaan myös omaksi, jolloin niitä ei palauteta. Tällaisia omaksi luovutettavia välineitä ovat esimerkiksi yksilöllisesti valmistettavat ortoosit kuten tukipohjalliset ja proteesit (Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä 2007a, Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä 2007b).



## 7 APUVÄLINELUOVUTUKSEN KRITEERIT

Apuvälinepalveluiden velvoite- ja suositushjauksesta nousseet kriteerit apuvälineen luovutukselle ovat seuraavat:

- Lääkinnällisen kuntoutuksen apuvälineen saamisen edellytyksenä on lääketieteellisin perustein todettu sairaus, vamma tai kehitysviivästymä, joka heikentää toimintakykyä ja vaikeuttaa itsenäistä selviytymistä (Sosiaali- ja terveysministeriö 2011).
- Apuvälineen valinta tehdään yhteisymmärryksessä potilaan kanssa ja tarvittaessa hänen laillisen edustajansa, läheisensä tai omaisten kanssa (Sosiaali- ja terveysministeriö 2011).
- Apuvälineen käyttöön luovutus edellyttää apuvälineisiin perehtyneen terveydenhuollon ammattilaisen tai kuntoutuksen apuvälinealan asiantuntijan tekemää käyttäjälähtöistä oikea-aikaista ja yksilöllistä apuvälinetarpeen arviota (Sosiaali- ja terveysministeriö 2011).
- Apuvälineen luovutuksen yhteydessä varmistetaan apuvälineen sopivuus, tehdään tarvittavat säädöt ja annetaan tai järjestetään käytön opastus (Sosiaali- ja terveysministeriö ja Suomen Kuntaliitto 2003, Suomen Kuntaliitto 2004).

### 7.1 Lääketieteelliset perusteet

Lääkärin tekemä hoitopäätös perustuu useasta eri lähteistä saatuun tietoon ja kokemukseen. Päätökseen vaikuttaa myös se, kuinka potilas ymmärtää hänelle esitetyn tiedon ja kuinka hän tarkastelee tietoa suhteessa omiin mahdollisiin kokemuksiinsa. Päätöksen teossa on tärkeä tiedostaa, mitä eri lähteistä saatu tieto tarkoittaa kunkin yksittäisen potilaan elämässä. Tieteelliset teoriat tukevat päätöksen tekoa ja ohjaavat toimintaa (Reyna 2008).

Terveydenhuollon päätöksentekoa tukevat vaikuttavuustieto ja sen arviointi, esimerkiksi pohdinta siitä, mikä on riittävää näyttöä. Näyttöön perustuvan lääketieteen avulla päätöksentekoon oikeutetut tahot kykenevät tekemään hyviä hoitotason päätöksiä luotettavasti kerätyn ja tiivistetyn tiedon pohjalta. Kuitenkin lopullisen yksilötason päätöksen tekevät potilas ja lääkäri (Saarni 2010).

Lääkärin rooli on merkityksellinen potilaan motivoitumisessa apuvälineen käyttöön. Ikään-tyneiden uskomusten ja asenteiden vaikutusta liikkumisen apuvälineiden käyttöön selvittävässä tutkimuksessa ilmeni, että lääkärin osallistuminen arviointiin ja suositus apuvälineestä sitoutti ja motivoi välineen käyttöön. Tutkimuksessa havaittiin myös, että osa potilaista tuo lääkärikäynnillä esille mahdollisen apuvälinetarpeen vain silloin, jos lääkäri ottaa asian puheeksi (Resnik ym. 2009).

## **7.2 Apuvälineen käyttäjän osallistuminen**

Terveystuotetuotannossa asiakkaalle tuotettava arvo on terveys, joka voidaan määrittellä henkilön pärjäämisenä omassa arjessaan. Arvo syntyy kun sen tuotannossa on myös asiakas mukana. Tällöin yhteinen arvotuotanto perustuu asiakkaan (tai tämän omaisen) osallistumisesta oman prosessinsa edistämiseen (Koivuniemi ja Simonen 2011).

Apuvälineen hankinta on osallistavaa ja asiakaskeskeisyyteen perustuvaa silloin, kun apuvälineen käyttäjällä on ollut mahdollisuus osallistua prosessiin. Hän tuo oman kokemuksensa ja tietonsa päätöksen tueksi. Kokemuksia ja tietoa lisää esimerkiksi erilaisten vaihtoehtojen kokeilu käyttöympäristössä (Mortenson ja Miller 2008). Aktiivinen asiakkuus edellyttää valinnan mahdollisuuksien ja vaihtoehtojen olemassaoloa. Käyttäjän osaamisen ja tiedon lisäämiseksi, hänelle tulee tarjota luotettavaa ja asiallista tietoa apuvälinevaihtoehdoista (Valkama 2009). Asiantuntijan suositus perustuu hänen kokemukseensa tietoonsa. Päätöksentekoon osallistuvien terapeuttien mielestä päätökset hankittavasta apuvälineestä tehdään käyttäjien mielipiteet huomioiden. Kuitenkin osa apuvälineiden käyttäjistä on sitä mieltä, että he eivät ole voineet vaikuttaa apuvälineen valintaan (Mortenson ja Miller 2008).

Apuvälineen käyttäjän ja asiantuntijan välisellä yhteistyöllä arvioitu apuväline johtaa parempaan lopputulokseen, verrattuna jos päätöksen olisi tehnyt ainoastaan asiantuntija tai käyttäjä. Yhteistyössä arvioitu apuväline on useimmin käyttäjän tarpeisiin sopiva ja tuntuu käyttäjälleen oikealta. Mikäli yhteistyö on jäänyt puutteelliseksi ja päätös apuvälineestä on vain asiantuntijan suositus, niin siitä voi seurata turhautumista ja sen myötä apuvälineen vähäistä käyttöä (Johnston ym. 2014).

Samansuuntaisia tuloksia yhteistyön ja tiedon saannin merkityksestä apuvälineen käyttöön sitoutumiseen sai Martin työryhmineen (2011) tekemässään kirjallisuuskatsauksessa. Apuvälineiden käyttäjät jotka kokivat, että ovat voineet osallistua päätöksen tekoon ja saaneet myös kokeilun kautta tietoa ja taitoa käyttää välinettä, olivat tyytyväisempiä apuvälineeseen ja välineen käyttöaste lisääntyi.

Asiakaskeskeisyyden toteutumiseksi apuvälinealan asiantuntijan oikeudenmukainen toiminta on välttämätöntä. Käyttäjien mielestä oikeudenmukaisuutta apuvälinepalveluissa kuvaavat prosessiin osallistuminen, mahdollisuus sovittaa useita apuvälineitä ja löytää niistä paras vaihtoehto sekä hyvä ja asiallinen palvelu. Apuvälineen käyttäjät kokevat tärkeänä, että he voivat olla täysvaltaisena osallistujana prosessissa, ja että he voivat osallistua apuvälineen valintaan (Arthanat ym. 2012). Käyttäjän näkökulman tärkeyttä apuvälinepalveluissa korostaa myös Horton (2008). Hän esittää, että apuvälineiden käyttäjien kokemukset ja odotukset on huomioitava palvelurakenteita suunniteltaessa.

### **7.3 Ammattitaitoinen apuvälinearviointi**

Apuvälineen hankinta voi olla monimutkainen prosessi, jossa käyttäjä ja arvion tekevä ammattihenkilö yhdessä arvioivat ja neuvottelevat valittavasta apuvälineestä. Ammattihenkilön mielipide tarvittavasta apuvälineestä perustuu hänen työuransa aikana saatuun kokemukseen sekä arvioon, jonka hän on tehnyt asiakkaan tarpeista. Vastavalmistuneet ammattihenkilöt kokevat tämän vaikeana, koska heiltä puuttuu kokemuksen tuoma tieto (Mortenson ja Miller 2008).

Päätöksentekoon vaikuttavat kokemuksen lisäksi toimintakulttuuri ja paikalliset ohjeistukset. Päätöksentekoon liittyvää tutkimusta tarvitaan lisää apuvälinepalveluiden kehittämiseksi (Anttila ym. 2012). Tutkimustiedon puuttumisen vuoksi ammattihenkilöiden päätöksenteko perustuu aiempiin kokemuksiin, sekä vailla luotettavaa perustaa oleviin tietoihin. Tästä johtuen apuvälineen vaikuttavuudesta saattaa olla moninaisia käsityksiä (Hughes 2014).

Arvioitaessa apuvälinettä ja sen tarvittavia ominaisuuksia, voidaan arvio tehdä moniammatillisissa tiimissä. Tiimiin osallistuvat ne henkilöt, jotka osallistuvat käyttäjän toimintaky-

vyn ylläpitämiseen ja parantamiseen. Tiimiin voi kuulua lähihenkilöiden lisäksi muun muassa oma fysioterapeutti sekä opettaja (Lotan 2007).

Demografisilla tekijöillä, asuinolosuhteilla ja terveydellisillä tekijöillä on merkitystä apuvälineen malliin ja ominaisuuksiin. Tämä tuli esille tutkimuksessa, jossa selvitettiin liikumisen apuvälineiden (manuaalinen pyörätuoli, sähköpyörätuoli ja sähkömopo) mallia ja ominaisuuksia suhteessa käyttäjien ikään, sukupuoleen, asuinolosuhteisiin ja terveydellisiin tekijöihin. Tutkimuksessa todettiin, että manuaalipyörätuolien käyttäjät olivat yleensä iäkkäämpiä miehiä, jotka eivät asuneet kotona. Tyypillisiä sähkömopon käyttäjiä olivat kotona asuvat, sydän- ja verenkiertoelinsairauksia sairastavat henkilöt. Tässä ryhmässä ei iän ja sukupuolen suhteen ollut eroja. Demografisten tekijöiden, asuinolosuhteiden ja terveydellisten tekijöiden huomioiminen apuvälineen arvioinnissa voi osaltaan ohjata tarkoituksenmukaisen apuvälineen hankintaa (Karmarkar ym. 2011).

Apuvälineen käyttäjät kokevat ammattitaitoisen, käyttöympäristön ja yksilölliset tarpeet huomioivan apuvälinearvion oikeudenmukaisena toimintana. Apuvälineen on vastattava käyttäjän tarpeita ja taitoja käyttää sitä, joten arviossa on huomioitava käyttäjän potentiaali välineen käyttöön. Taitojen aliarvioiminen ja käyttöympäristön huomioimattomuus koetaan epäoikeudenmukaisina toimintoina, jotka rajoittavat käyttäjän sosiaalista aktiivisuutta. (Arthanat ym. 2012).

## **7.4 Apuvälineen sopivuus**

Luovutuksen yhteydessä varmistetaan apuvälineen sopivuus ja tehdään tarvittavat säädöt (Suomen Kuntaliitto 2004). Apuvälineen sovituksen merkitystä korostivat nuoret vaikeavammaiset heille kohdistuneessa selvityksessä. Noin puolet tutkittavista (N=60) oli tyytymättömiä saamiinsa apuvälinepalveluihin. Tyytymättömyys kohdistui apuvälineiden huonoon saatavuuteen, byrokratiaan, sekä siihen, että apuvälineet eivät olleet sopivia. Nuorten mielestä puuttui ammattitaitoisia henkilöitä vastaamaan apuvälineiden sovituksesta, säätämisestä ja korjaamisesta (Ajasto ym. 2012).

Samansuuntaisia tuloksia saatiin tutkimuksessa, jossa selvitettiin aivohalvauspotilaiden ja heidän lähihenkilöiden, sekä terveydenhuoltoalan ammattilaisten kokemuksia ja näkemyk-

siä kuntoutuksesta, sekä kliinisessä työssä käytetyistä apuvälineistä. Tutkimuksessa selvisi, että 64 % ammattihenkilöistä ei käyttänyt työssään apuvälineitä, esimerkiksi lastoja. Tähän katsottiin olevan syynä puutteellinen osaaminen. Potilaista tai heidän lähihenkilöistään 41 % ei tiennyt apuvälineistä lainkaan. Koulutuksen tärkeys nousi yhdeksi keskeiseksi tutkimustulokseksi (Hughes ym. 2014).

Ammattihenkilöiden tehtävä on varmistaa apuvälineen sopivuus ja tarkoituksenmukaisuus käyttötärpeeseen nähden. Epäsopiva, puutteellisella tekniikalla käytetty tai käyttöympäristöön soveltumaton väline on turvallisuusriski, ja alentaa käyttäjän omatoimisuutta. Apuvälineen vähäiseen käyttöön tai käyttämättömyyteen on syynä asiakkaan kokemus siitä, että väline ei vastaa tarkoitustaan, se on säädöiltään sopimaton tai asiakkaalla on ongelmia sen käyttämisessä (Lotan 2006).

Apuvälineen käytettävyydellä on ratkaiseva merkitys sen käyttöön tai käytöstä luopumiseen. Käyttäjät ja heidän lähihenkilönsä toivovat, että apuväline on helppo asentaa tai purkea ja että se on turvallinen, kestävä ja sopiva. Apuvälineen muunneltavuus toimintakyvyn muutosten mukaan katsotaan myös eduksi. (Hughes ym. 2014).

## **7.5 Apuvälineen käytön opastus**

Apuvälineen käyttö opetetaan pääsääntöisesti aina, kun uusi tai malliltaan uusi apuväline luovutetaan asiakkaalle käyttöön (Hurnasti ym. 2010b). Käytön opetuksen tavoitteena on, että apuvälineen käyttäjä ja hänen tukiverkkonsa, esimerkiksi omaiset ja avustajat, hallitsevat välineen tarkoituksenmukaisen ja turvallisen käytön. Tämä edellyttää, että he ovat tietoisia apuvälineen toimintaan liittyvistä teknisistä ominaisuuksista, kunnossapidosta ja huoltomenettelystä (Suomen Kuntaliitto 2004, Hurnasti ym. 2010b). Pelkästään vertaistietoon tai omais- ja läheisapuun perustuvaan tietoon liittyy kysymys tiedon oikeellisuudesta ja luotettavuudesta. Mikäli apuväline luovutetaan ainoastaan ulkopuoliselle henkilölle, esimerkiksi taksin kuljettajalle, voi käyttäjä jäädä täysin vaille tarvittavia tietoja (Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos 2011b).

Apuvälineen käytön opetus suunnitellaan niin, että huomioidaan käyttäjän oppimiskyky, voimavarat ja apuvälineen vaativuus. Sanallisen ohjauksen lisäksi on tärkeää kokeilla apu-

välineen käyttöä, sekä antaa asiakkaalle kirjalliset käyttöohjeet. Kaikki käyttäjän kannalta merkittävät asiat harjoitellaan, edeten yksinkertaisemmasta monimutkaisempaan (Sosiaali- ja terveysministeriö ja Suomen kuntaliitto 2003, Hurnasti ym. 2010b ). Informoinnissa on huomioitava, että apuvälineen käyttäjä ymmärtää hänelle annetun tiedon (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992/785 ). Yksilöllinen käytön opastus vaatii aina riittävää asiantuntemusta ja osaamista, jota ei voi ilman koulusta saavuttaa (Töytäri 2007).

Horton (2008) tutki laadullisella tutkimuksella hälytysjärjestelmän käyttöä kaatumisten vähentämiseksi iäkkäillä henkilöillä. Osa tutkimukseen osallistuneista henkilöistä koki, että heillä ei ollut tarpeeksi tietoa apuvälineen toiminnasta ja se aiheutti epätietoisuutta ja välineen vähäistä käyttöä. Tutkimus toi esille, että apuvälineen käyttäjälle on selkeästi opetettava välineen toiminta, ominaisuudet ja käyttö.

Osana laajempaa uuden teknologian soveltamista kartoittavaa tutkimusta selvitettiin, kuinka kognitiivisia häiriöitä potevat nuoret aikuiset sekä heidän perheensä omaksuivat apuvälineiden käyttöön otton. Tutkimuksessa selvisi, että apuvälineet jäivät käyttämättä noin 40 %:lla tutkimushenkilöistä, koska käytön oppiminen jäi puutteelliseksi. Henkilöt kokivat myös apuvälineiden toimintakuntoon saattamisen liian monimutkaiseksi (Dawe 2006).

Apuvälineen oikean käytön merkitys korostui tutkimuksessa, jossa käsiteltiin vuosien 2001–2006 välillä tapahtuneita kävelyn apuvälineitä käyttävien iäkkäiden henkilöiden kaatumistapaturmia. Raportin mukaan USA:ssa hoidetaan vuosittain noin 47 000 iäkkäiden henkilöiden kaatumistapaturmaa, joissa hoidettavalla on käytössä joko kävelyteline, kävelykeppi tai molemmat. Kävelytelinettä käyttävien kaatumisia raportoitiin seitsemän kertaa enemmän kuin keppiä käyttävien. Kaatumisista 60 % tapahtui kotiloissa ja 16 % hoitokodeissa. Suurin osa tapaturmista tapahtui ilman kompastumista tai muuta erityistä tapahtumaa. Tutkimus osoitti, että etenkin kävelytelinettä käyttävillä henkilöillä on vaikeuksia käyttää apuvälinettä tehokkaasti ja oikein. Tutkimuksessa todettiin, että turvallisuuden parantamiseksi apuvälineen sovitusta ja käytön opastusta on toteutettava laadukkaasti (Stevens ym. 2009).

Kirjallisuuskatsaus, jossa selvitettiin iäkkäiden henkilöiden kotona selviytymistä apuvälineiden avulla, painotti ammattitaitoisen apuvälinearvioinnin ja käytön opastuksen tärkeyttä. Mikäli nämä ovat toteutettu puutteellisesti, jäävät apuvälineen hyödyt saavuttamatta. Luovutettu väline voi jäädä käyttämättä tai käyttö voi aiheuttaa tapaturman. Tämän katsa-

uksen mukaan hyötyä ei saavuteta myöskään silloin, kun ikääntynyt henkilö ei ole motivoitunut apuvälineen käyttämiseen (Brummel-Smith ja Dangiolo 2009).

Apuvälineen käytön opastuksella ja harjoittelulla on merkitystä käyttäjän itsetuntoon. Tämä tuli esille ikääntyneille tehdyssä tutkimuksessa, jossa tutkittiin pyörätuolin käyttäjien itsetunnon ja osallistumisen välistä yhteyttä. Tutkimuksessa ilmeni, että luottamus omaan osaamiseen apuvälineen käytössä lisää käyttäjän itsetuntoa. Tällä on positiivinen vaikutus esimerkiksi käyttäjän aktiivisuuteen osallistua harrastuksiin, ja sen myötä hyvinvointi lisääntyy (Sakakibara ym. 2014). Apuvälineen käyttö sinänsä vaikuttaa motorisen toimintakyvyn kohentumisen lisäksi itsetunnon lisääntymiseen (Vogt ym.2010).

## **7.6 Yhteenveto aiemmista tutkimuksista**

Taulukkoon 1 on kuvattu yhteenveto kirjallisuuskatsauksen tutkimuksista.

TAULUKKO 1. Yhteenveto kirjallisuuskatsauksen tutkimuksista

Tutkimuksen tekijät ja julkaisuvuosi	Tutkimuksen nimi	Tutkimuksen tyyppi ja tutkimusmenetelmät	Otos (N)	Tutkimusaineiston analyysi	1. Tutkimuksen tarkoitus 2. Tutkimuksen keskeiset tulokset 3. Tutkimuksen johtopäätökset
Agree E, Freedman V 2011	A quality-of-life scale for assistive technology: Results of a pilot study of aging and technology	Poikittaistutkimus, johon aineisto saatiin Pilot Study of Aging and Technology (PSAT) kansallisesta pilottitutkimuksesta.	360	Rakenneyhtälömalli  Vaikutusta elämänlaatuun selvittävän mittariston kysymykset kysyttiin kolme kertaa. Jokaisen kerran jälkeen tehtiin muutokset palautteiden perusteella.	1. Tavoitteena kehittää väestötutkimuksiin mittari Assistive Technology Quality-of-Life (ATQoL), jolla voidaan mitata apuvälineiden vaikuttavuutta elämänlaatuun ikääntyneillä. 2. Faktorilataus (factor loading) ATQoL ja turvallisuus =.75, ATQoL ja käytön hallitseminen =.87 sekä ATQoL ja osallistuminen =.60. 3. Apuvälineiden vaikuttavuuden määrittely lisää niistä saatua hyötyä iäkkäillä henkilöillä.
Ajasto M, Ajasto H, Arvio M 2012	Vaikeasti liikuntavammaisten nuorten elämäntilanne ja palvelujärjestelmien toimivuus.	Katsaus: haastattelu, strukturoitu kyselylomake.	60	Ei mainittu	1. Kuvaa vaikeasti liikuntavammaisen, pyörätuolia tarvitsevien nuorien kokemuksia apuvälinepalveluista 2. Tutkimushenkilöistä 58 %:lla oli ollut tarve uusille apuvälineille, joita eivät olleet saaneet käyttöönsä. Tyytymättömiä saamiinsa apuvälinepalveluihin oli 47 %, syynä: apuvälineiden huono saatavuus, raskas byrokratia, apuvälineet eivät sopivia, ammattitaidottomuus apuvälineiden sovituksissa, säätämisessä ja korjaamisessa. 3. Apuvälinepalveluiden laatusuosituksen mukaiset laatuksiteerit eivät täyttyneet lähes puolessa asiakassuhteista. Useat ilmaisivat tyytymättömyyttään myös työntekijöiden asenteita ja suhtautumista kohtaan.

Jatkuu



Taulukko 1 jatkuu

Tutkimuksen tekijät ja julkaisu vuosi	Tutkimuksen nimi	Tutkimuksen tyyppi ja tutkimusmenetelmät	Otos (N)	Tutkimusaineiston analyysi	1. Tutkimuksen tarkoitus 2. Tutkimuksen keskeiset tulokset 3. Tutkimuksen johtopäätökset
Anttila H, Samuelsson K, Salminen A-L, Brandt Å 2012	Quality of evidence of assistive technology interventions for people with disability	Järjestelmällinen kirjallisuuskatsaus, jossa tarkasteltiin vuosien 2000-2010 välisen ajan tutkimuksia apuvälineiden vaikuttavuudesta	44	Explicit method  GRADE (Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation).  Vaikuttavuustiedon näyttö luokiteltiin: korkea, kohtalainen, matala, epäselvä	1. Selvittää vammaisten henkilöiden käyttämien apuvälineiden vaikuttavuustietoa. 2. Tasokasta tutkimusnäyttöä yksittäisistä apuvälineistä. Heikko tai epäselvä vaikuttavuusnäyttö: Kenkien liukuesteet, sähköpyörätuolit ja skootterit, istuinlaudat ja tyynyt, lasten apuvälineet, kotien laitteet ja varusteet. 3. Näytön laatu oli heikko tai epäselvä, joten apuvälineiden käytöstä saatu hyöty on vaikea määrittellä. Tarvitaan parempia tutkimuksia ja tulosten raportointia.
Arthanat S, Simmons C.D, Favreau M 2012	Exploring occupational justice in consumer perspectives on assistive technology.	Tutkimus: haastattelu, jossa käytettiin puoli strukturoitua lomaketta.	7	Sisällön analyysi	1. Selvittää apuvälinepalveluiden ammatillista oikeudenmukaisuutta. 2. Neljä keskeistä teemaa oikeudenmukaisuuden saavuttamiseksi: Kyky tehdä oikeita apuvälinevalintoja, hyvän toimintakyvyn saavuttaminen, käyttäjän osallistuminen ja apuvälineen yksilöllisyys 3. Ammatillinen oikeudenmukaisuus edistää asiakaslähtöisyyttä ja apuvälineprosessin laadukasta toteutumista.

Jatkuu

Taulukko 1 jatkuu

Tutkimuksen tekijät ja julkaisuvuosi	Tutkimuksen nimi	Tutkimuksen tyyppi ja tutkimusmenetelmät	Otos (N)	Tutkimusaineiston analyysi	1. Tutkimuksen tarkoitus 2. Tutkimuksen keskeiset tulokset 3. Tutkimuksen johtopäätökset
Brummel-Smith K, Dangiolo M 2009	Assistive technologies in the home.	Kirjallisuuskatsaus			1. Selvitti iäkkäiden henkilöiden kotona selviytymistä apuvälineiden avulla. 2. Tärkeää apuvälineen sopivuus. Mikäli käytön opetus on puutteellista, voi se olla turvallisuusriski tai apuväline jää käyttämättä. 3. Apuvälineiden avulla kotona asuminen pidentyy.
Dawe M 2006	How young adults with cognitive disabilities and their families adopt assistive technologies.	Tutkimus: teema-haastattelu	20	Grounded theory	1. Selvitti apuvälineiden merkitystä nuoren ja heidän lähihenkilöiden elämässä, apuvälineiden hankintaa ja käyttöä. 2. Lähihenkilöiden ristiriitaiset näkemykset voivat johtaa väärinymmärryksiin ja apuvälineen hyväksymättömyyteen. Tärkeää: helppokäyttöisyys, siirrettävyys, muunneltavuus ja vaihdettavuus. Apuvälineen sujuvassa käytössä 35 %:lla käyttäjistä on ongelmia. 3. Käyttöön otto on oppimisprosessi, jossa huomioidaan käyttöympäristö ja lähihenkilöt.
Goberman-Hill R ja Ebrahim S. 2007	Making decision about simple interventions: older people's use of walking aids.	Pitkittäistutkimus: haastattelu	24	Vertailu	1. Selvitti ikääntyneiden omia näkemyksiä liikkumisen apuvälineen käytöstä. 2. Ikääntymisen myötä suhtautuminen kävelyn apuvälineeseen muuttuu myönteisemmäksi. Apuväline mahdollistaa aktiivisen toiminnan ja osallistumisen, sekä lisää terveyttä ja hyvinvointia. 3. Terveystieteiden ammattilaiset voivat motivoida ikääntyneitä käyttämään tarvittaessa liikkumisen apuvälinettä informoimalla positiivisista vaikutuksista toimintakykyyn. Jatkuu

Tutkimuksen tekijät ja julkaisu vuosi	Tutkimuksen nimi	Tutkimuksen tyyppi ja tutkimusmenetelmät	Otos (N)	Tutkimusaineiston analyysi	1. Tutkimuksen tarkoitus 2. Tutkimuksen keskeiset tulokset 3. Tutkimuksen johtopäätökset
Horton K. 2008	Falls in older people: The place of tele-monitoring in rehabilitation.	Seurantatutkimus, jossa oli interventioryhmä (N=17) ja seurantaryhmä (N=18).	35	Qualitative data analysis consists of systematic consideration of data – Systemaattinen aineiston luokittelu	<ol style="list-style-type: none"> <li>Selvitti hälytysjärjestelmien mahdollisuutta vähentää iäkkäiden henkilöiden kaatumisia ja kaatumisen pelkoa.</li> <li>Ikääntyneiden kokemus ja tieto tulee hyödyntää palveluiden kehittämisessä ja suunnittelussa. Käytön opastus ja perehdytys on tärkeää hyödyn mahdollistamiseksi.</li> <li>Tekniikkaa hyödyntäen voidaan vähentää ikääntyneiden kaatumisia ja kaatumisen pelkoa</li> </ol>
Hughes AM, Burridge JH, Demain SH, Ellis-Hill C, Meagher C, Tedesco-Triccas L, Turk R, Swain I. 2014	Translation of evidence-based Assistive Technologies into stroke rehabilitation: user's perceptions of the barriers and opportunities.	Kuvaileva tutkimus.	415	Lukumäärät ja prosentit.  Alaryhmäanalyysi	<ol style="list-style-type: none"> <li>Selvitti aivohalvauspotilaiden, heidän lähihenkilöiden ja terveydenhuoltoalan ammattihenkilöiden kokemuksia kuntoutuksesta ja siinä käytettävistä apuvälineistä sekä apuvälinepalveluiden haasteet ja mahdollisuudet.</li> <li>Ammattihenkilöt saivat lisätietoa apuvälineistä koulutuksen, internetin ja apuvälineyritysten kautta. Muina tiedon lähteinä olivat konferenssit ja kollegat. Potilaiden ja heidän lähihenkilöiden tiedon lähteitä olivat internet, sairaala, apuvälineyritykset, valmennuskurssit ja muut ryhmät. Ammattilaisista 59 % käytti apuvälineitä kliinisessä työssään.</li> <li>Haasteena näyttöön perustuvan tiedon puute, käytettävyyden varmistus, tiedon ja koulutuksen niukkuus ja apuväline tietoisuus.</li> </ol>

Tutkimuksen tekijät ja julkaisu vuosi	Tutkimuksen nimi	Tutkimuksen tyyppi ja tutkimusmenetelmät	Otos (N)	Tutkimusaineiston analyysi	1. Tutkimuksen tarkoitus 2. Tutkimuksen keskeiset tulokset 3. Tutkimuksen johtopäätökset
Johnston P, Currie L, Drynan D, Stainton T, Jongbloed L 2014	Getting it "right": how collaborative between people with disabilities and professionals can lead to the acquisition of needed assistive technology.	Tutkimus: Poikkeileikkaus, monimuototutkimus (Mixed Method). Kyselylomake ja haastattelu, jossa puolistrukturoitu lomake. Haastatteluun osallistui 16.	357	$\chi^2$ tai Wilcoxonin merkittyjen sijalukujen testi, rank sum, t-testi tai varianssianalyysi (ANOVA)  Temaattinen analyysi.	1. Selvittää asiakkaan osallistumisen merkitystä apuvälineprosessissa. 2. Parhaiten käytettävän (#1) apuvälineen arvio tehdään yhteistyössä, verrattuna toiseksi ja kolmanneksi parhaiten (#2,#3) listattuihin (oma arvio 31 %, ammattilaisen arvio 26 % ja yhteistyönä tehty arvio 43 %); $\chi^2(16,180) = 39.604, p < 0.001$ . Yhteistyönä toteutettu arvio johtaa useimmin oikean apuvälineen hankintaan (99.6 %:ssa arvioista) 3. Asiantuntijan ja apuvälineen käyttäjän välinen yhteistyö johtaa tarkoituksen mukaisen apuvälineen hankintaan.
Karmarkar A, Dicianno B, Cooper R, Collins D, Matthews J, Koontz A, Teodorski E, Cooper R 2011	Demographic Profile of Older Adults Using Wheeled Mobility Devices	Tutkimus. Strukturoitu kyselylomake.	723	P-testi, $\chi^2$	1. Selvitti, demografisten tekijöiden, asuinolosuhteiden ja terveydellisten tekijöiden merkitystä liikkumisen apuvälineen käyttöön ja valintaan. 2. Manuaalipyörätuolin käyttäjät ovat iäkkäämpiä ja yleensä naisia. Yksilöllisesti muokattu pyörätuoli on peruspyörätuolia yleisempi iäkkäimmillä naisilla ( $\chi^2=8.8, p=.003$ ), joilla on neurologinen tai sydän ja verenkiertoelin ongelma ( $\chi^2=66.7, p<.001$ ), eivätkä asu kotona ( $\chi^2=97.2, p<.001$ ). 3. Demografisilla tekijöillä, asuinolosuhteilla ja terveydellisillä tekijöillä on merkitystä pyörätuolin mallin ja ominaisuuksien suhteen. Tällä on merkitystä apuvälineen arviota ja valintaa tehtäessä.

Tutkimuksen tekijät ja julkaisu vuosi	Tutkimuksen nimi	Tutkimuksen tyyppi ja tutkimusmenetelmät	Otos (N)	Tutkimusaineiston analyysi	1. Tutkimuksen tarkoitus 2. Tutkimuksen keskeiset tulokset 3. Tutkimuksen johtopäätökset
Lotan M. 2007	Assistive technology and supplementary treatment for individuals with Rett syndrome.	Kirjallisuuskatsaus		Ei sano	1. Selvitti apuvälineteknologian merkitystä ja täydentävänä hoitona Rett:n oireyhtymää sairastavilla. 2. Parantaa toimintakykyä. Ammattitaidoton arvio voi johtaa sopimattomien laitteiden hankintaan ja apuvälineen käyttämättömyyteen 3. Rett:n oireyhtymää sairastavien toimintakyvyn ongelmat ovat moninaisia ja mikäli apuvälineiden avulla niitä voidaan vähentää, suositellaan apuvälineiden käyttöä päivittäisissä toiminnoissa kuin myös terapian tukena.
Martin J, Martin L, Stumbo N, Morrill J 2011	The impact of consumer involvement on satisfaction with and use of assistive technology.	Kuvaileva tutkimus. Sähköinen kyselylomake.	145	Kuvaileva analyysi: frekvenssit, prosentit, keskipoikkeamat ja standardipoikkeamat sekä sisällön analyysi.  Pearsonin korrelaatiokerroin  Regressioanalyysi  Varianssianalyysi	1. Selvitti apuvälineen käyttäjien osallistumisen merkitystä päätöksentekoprosessiin. 2. Enemmän tietoa saaneet apuvälineiden käyttäjät olivat tyytyväisimpiä välineisiinsä. Mikäli päätöksenteko tapahtuu vai ammattihenkilön toimesta ja käyttäjälle suunnattu informaatio on vähäistä, käyttäjät ovat tyytymättömiä apuvälineisiin ja käyttö jää vähäiseksi. Tyytyväisyyden ja informaation välinen korrelaatio on korkea ( $r=0,47$ , $p<0.001$ ). 3. Apuvälineen käyttäjän kokemus prosessiin osallistumisesta vaikuttaa apuvälineen käyttöön ja tyytyväisyyteen apuvälineeseen.

Tutkimuksen tekijät ja julkaisu vuosi	Tutkimuksen nimi	Tutkimuksen tyyppi ja tutkimusmenetelmät	Otos (N)	Tutkimusaineiston analyysi	1. Tutkimuksen tarkoitus 2. Tutkimuksen keskeiset tulokset 3. Tutkimuksen johtopäätökset
Mortenson WB, Demers L, Fuhrer M, Jutai J, Lenker J, DeRuyter F 2013	Effects of an Assistive Technology Intervention on Older Adults with Disabilities and Their Informal Caregivers.	Tutkimus: Satunnaistettu kontrolloitu tutkimus. Mittarit: 1) Assessment of Life Habits. 2) The Individually Prioritized Problem Assessment (IPPA). 3) Caregiver Assistive Technology Outcome Measure (CATOM). 4) Functional Autonomy Measure (FAM). 5) Mini-Mental State Examination (MMSE) Attitudes Toward Assistive Device Scale.	44	Interventio: avustajan ja teknisen avun tarpeen arvio, ikääntyneen ja hänen avustajansa arvio fyysisestä ja psyykkisestä toimintakyvystä, suositus tarvittavista muutoksista apuvälineiden osalta, mahdollisen uuden apuvälineen käyttöön otto tai käytössä olevan välineen käytön kertaus.  t-testi, $\chi^2$  Toistuvien mittausten varianssianalyysi.	1. Selvitti apuvälineiden vaikutuksia ikääntyneiden toimintakykyyn ja avustajien työn kuormitukseen. 2. Intervention jälkeinen tyytyväisyys välittömän käyttäjien ryhmässä merkitsevästi lisääntynyt ( $p < 0.001$ ) ja suorituskky lisääntynyt ( $p < 0.014$ ). Avustajien kuormitus merkitsevästi väheni ( $p < 0.013$ ). Myöhemmän intervention ryhmässä samanlaiset tulokset intervention jälkeen mitattuna. 3. Apuvälineiden käyttö lisää käyttäjän toimintakykyä ja myös helpottaa avustajan toimintaa. Tuloksilla voi olla merkitystä apuvälinepalveluiden järjestämisen ja saatavuuden suunnittelussa.

Tutkimuksen tekijät ja julkaisu vuosi	Tutkimuksen nimi	Tutkimuksen tyyppi ja tutkimusmenetelmät	Otos (N)	Tutkimusaineiston analyysi	1. Tutkimuksen tarkoitus 2. Tutkimuksen keskeiset tulokset 3. Tutkimuksen johtopäätökset
Mortenson WB, Demers L, Fuhrer M, Jutai J, Lenker J, DeRuyter F 2012	How assistive technology use by individuals with disabilities impacts their caregivers.	Kirjallisuuskatsaus	22	Ei sanota	<ol style="list-style-type: none"> <li>Selvittää tutkimusten perusteella apuvälineiden vaikutus aikuisen vammaisen henkilön avustaja työn kuormitukseen</li> <li>1266 tutkimuksesta hyväksyttiin abstraktien lukemisen ja sisäänottokriteerien jälkeen 22 tutkimusta. Näistä 7 oli laadullista, 13 määrällistä ja 2 monimuototutkimusta.</li> <li>Apuvälineet helpottavat jonkin verran avustajan työtä. Tutkimusnäyttö tästä on rajoittunutta ja lisätutkimusta tarvitaan.</li> </ol>
Mortenson WB ja Miller W. 2008	The wheelchair procurement process: Perspectives of clients and prescribers.	Tutkimus: haastattelu. puolistrukturoitu lomake. Haastattelu toteutettiin ensin kaikille: 1) ammattihenkilöt, 2) apuvälineen käyttäjät ja 3) perheenjäsenet ja avustajat. Toisen kerran haastateltiin 10 ammattihenkilöä sekä 4 apuvälineen käyttäjää.	34	Sisällön analyysi	<ol style="list-style-type: none"> <li>Selvitti pyörätuolin hankintaprosessin haasteita käyttäjien ja terapeuttien näkökulmasta arvioituna.</li> <li>Haasteita: Kuka päättää apuvälineen ominaisuuksista ja missä määrin eri osapuolet osallistuvat hankintaprosessiin. Ajoittain haasteena mallin ja toiminnan yhteen sovittaminen. Apuvälinesovitukset paransivat hankintaprosessia.</li> <li>Pyörätuolin hankinta on monimuotoinen prosessi, johon vaikuttaa ammatillinen näkemys, itsetunto sekä kulttuurinen ja fyysinen ympäristö.</li> </ol>

Taulukko 1 jatkuu

Tutkimuksen tekijät ja julkaisu vuosi	Tutkimuksen nimi	Tutkimuksen tyyppi ja tutkimusmenetelmät	Otos (N)	Tutkimusaineiston analyysi	1. Tutkimuksen tarkoitus 2. Tutkimuksen keskeiset tulokset 3. Tutkimuksen johtopäätökset
Sakakibara B, Miller W, Routhier F, Backman C, Eng J 2014	Association Between Self-efficacy and Participation in Community-Dwelling Manual Wheelchair Users Aged 50 Years or Older.	Tutkimus, poikittaistutkimus Mittarit: 1) Late-Life Disability Instrument, 2) Wheelchair Use Confidence Scale, 3) the Life-Space Assessment, 4) Wheelchair Skills Test-Questionnaire Version, 5) ICF	124	Kuvaileva analyysi: prosentit, keskiarvot ja standardipoikkeamat.  Regressioanalyysi  Pearsonin korrelaatiokerroin	1. Selvittää oman suoriutumiskyvyn suorat ja epäsuorat vaikutukset yli 50-vuotiaiden manuaalipyörätuolin käyttäjien osallistumiseen. 2. Tutkimukseen osallistuneista 59.7% oli miehiä ja keski-ikä oli 59.67 vuotta. Neurologisia ongelmia oli 78.2%:lla ja selkäydinvamma 48.4%:lla. Elinpiiri, pyörätuolin käyttötaidot ja koetut osallistumisrajoitukset vaikuttavat välillisesti osallistumismääriin. Piste-estimaatti = 0.14, 95% luottamusväli = 0.04, 0.24. 3. Oma suoriutumiskyky on määräävä tekijä osallistumisen lisäämiseksi yli 50-vuotiailla manuaalipyörätuolin käyttäjillä.
Resnik L, Allen S, Isenstadt D, Wasserman M, Iezzoni L. 2009	Perspectives on Use of Mobility Aids in a Diverse Population of Seniors: Implications for Intervention	Tutkimus: Ryhmäkeskustelu, avoimet kysymykset, puolistrukturoitu lomake.	61	Sisällönanalyysi	1. Selvittää eri rotujen välisten uskomusten ja asenteiden vaikutusta liikkumisen apuvälineiden käyttöön. 2. Kaikissa ryhmissä koettiin apuvälineen lisäävän itsenäisyyttä. Mustat ja latinalaisamerikkalaiset kokivat pelkoa käyttää sopimattomia tai turvattomiksi koettuja välineitä. He myös kokivat tulevansa leimatuksi apuvälineen käytön vuoksi. Lääkärin motiivointi koettiin sitouttavan apuvälineen käyttöön 3. Tulokset viittaavat siihen, että lääkärin roolin ja tietoisuuden vahvistaminen, apuvälineiden mallien valinnan vaihtoehdot sekä turvallisuus ja kohtuuhintaisuus edistetään liikkumisen apuvälineiden hyväksymistä. Jatkuu



Tutkimuksen tekijät ja julkaisu vuosi	Tutkimuksen nimi	Tutkimuksen tyyppi ja tutkimusmenetelmät	Otos (N)	Tutkimusaineiston analyysi	1. Tutkimuksen tarkoitus 2. Tutkimuksen keskeiset tulokset 3. Tutkimuksen johtopäätökset
Salminen A-L, Brandt Å, Samuelsson K, Töytäri O, Malmivaara A 2009	Mobility devices to promote activity and participation	Systemaattinen kirjallisuuskatsaus	8	Kuvaileva analyysi Validiteetti arvio	1. Selvittää liikkumisen apuvälineiden vaikuttavuutta toiminnan ja osallistumisen kannalta. 2. Yleistä johtopäätöstä liikkumisen apuvälineiden vaikuttavuudesta ei voida tämän tutkimuksen mukaan tehdä. Johtopäätös tulee tehdä yksittäisten tutkimusten tulosten perusteella. Neljässä tutkimuksessa vaikuttavuus oli tilastollisesti merkitsevä. Tutkimuksissa raportoitiin positiivisia tuloksia yhteiskuntaa osallistumiseen ja vuorovaikutukseen liittyen. 3. Muutaman tutkimuksen mukaan liikkumisen apuvälineet lisäävät käyttäjän toimintakykyä ja osallistumista. Laadukkaita vaikuttavuustutkimuksia on vähän.
Steel E, Gelderblom G, de Witte L 2012	The role of the International Classification of Functioning, Disability, and Health and quality criteria for improving assistive technology service delivery in Europe.	Narratiivinen kirjallisuuskatsaus, jossa käsiteltiin tutkimusten lisäksi projekti-raportteja ja esitelmiä apuvälinepalveluiden järjestämisestä Euroopassa.		Kuvaileva synteesi	1. Selvittää Euroopan alueella olevat apuvälinepalveluiden kehitysprojektit ja analysoida ICF:n käyttöä yhtenäistämään apuvälinepalveluita. 2. Yksilölliset ammattitaitoiset palvelut tukevat apuvälineen käyttäjää arjessa selviytymisessä. Koulutus ja jatkuva oppiminen turvaa ammattitaidon. Ammattilaisilla vaihteleva koulutustausta. ICF tarjoaa asiakaslähtöisen mallin apuvälinepalveluihin. 3. Tarvitaan enemmän ponnisteluja että saadaan projektien ja tutkimusten tietoa siirrettyä käytäntöön. Tähän voidaan käyttää ICF:n tukea.

Tutkimuksen tekijät ja julkaisu vuosi	Tutkimuksen nimi	Tutkimuksen tyyppi ja tutkimusmenetelmät	Otos (N)	Tutkimusaineiston analyysi	1. Tutkimuksen tarkoitus 2. Tutkimuksen keskeiset tulokset 3. Tutkimuksen johtopäätökset
Stevens J, Thomas K, Teb L, Greenspan A 2009	Unintentional fall injuries associated with walkers and canes in older adults treated in U.S. emergency departments	Kuvaileva tutkimus	47312	Ei sanota	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kuvata kävelytelinettä tai –keppiä käyttävien ikääntyneiden kaatumistapaturmat</li> <li>2. 87.3% kaatumisvammoista tapahtui kävelytelineen käyttäjille ja 12.3 kävelykeppien käyttäjille, 0.4% käytti molempia.</li> <li>3. Kävelyn apuvälinettä käyttävät kuluivat riskiryhmään kaatumisien suhteen.</li> </ol>
Vogt L, Lucki K, Bach M, Banzer W 2010	Rollaator use and functional outcome of geriatric rehabilitation.	Tutkimus: kvasiko-keellinen tutkimus Kolme ryhmää: 1) Ensimmäisen kerran apuvälineen käyttöönsä saaneet 2) Pidempään apuvälinettä käyttäneet. 3) Kontrolliryhmä	90	Kruskall-Wallis testi	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Selvittää rollaattorin käytön vaikutuksia fyysiseen toimintakykyyn ikääntyneiden kuntoutuksen aikana.</li> <li>2. Kontrolliryhmästä 22 (n=30), ensikertalaisista 17 (n=30) ja pitkäaikaiskäyttäjistä 18 (n=30) saavuttivat kaikissa kolmessa motorisessa testissä edistystä. Liikkuvuus, tasapaino ja voima parantuivat.</li> <li>3. Rollaattorin käyttö lisää varmuutta ja luottamusta liikkumiseen sekä myös turvallisuuden tunnetta. Rollaattorin käyttö parantaa tasapainoa ja liikkuvuutta</li> </ol>

## 8 TUTKIMUKSEN TAVOITTEET

Tämän tutkimuksen tavoitteena oli selvittää, kuinka määräaikaiseen ja toistaiseksi lainaan luovutettavien lääkinnällisen kuntoutuksen apuvälineiden luovutus toteutuu Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymän alueen viidessä terveyskeskuksessa.

Tällä tutkimuksella pyrittiin saamaan vastaukset seuraaviin tutkimusongelmiin:

1. Missä määrin lääkinnällisen kuntoutuksen apuväline luovutetaan potilaalle lääketieteellisin perustein?
2. Missä määrin potilas ja/tai hänen lähihenkilönsä osallistuu apuvälineen valintaan?
3. Miten ammattitaitoiseen arvioon perustuva apuvälineen luovutus toteutuu?
4. Millä tavoin apuvälineen yksilöllinen sopivuuden varmistus luovutuksen yhteydessä toteutuu?
5. Millä tavoin apuvälineen käytön opastus luovutuksen yhteydessä toteutuu?

## 9 TUTKIMUSAINEISTO JA MENETELMÄT

Tämä tutkimus on kuvaileva poikkileikkaustutkimus. Tutkimuksessa kuvataan, kuinka apuvälineen luovutus toteutuu Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymän viidessä terveystieteiden keskuksessa. Kuvaileva tutkimus dokumentoi ilmiöistä kiinnostavia piirteitä, ja esittää tarkkoja kuvauksia tapahtumista ja tilanteista (Hirsjärvi ym. 2000). Kuvaileva tutkimus tuo esiin mahdollisimman totuudenmukaisesti ja informatiivisesti, millainen maailma on, oli tai tulee olemaan. Sen avulla kuvaillaan ja selitetään nykyhetkeä ja menneisyyttä, sekä ennustetaan tulevaa (Tuomi 2007).

### 9.1 Tutkimusaineisto

Tämän tutkimuksen aineisto kerättiin strukturoidulla e-lomakemuotoisella kysymyslomakkeella (liite 1). Aineisto kerättiin viidestä Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymän alueen terveystieteiden keskuksista: Juuka, Lieksa, Tohmajärvi, Outokumpu ja Polvijärvi. Terveystieteiden keskuksien rekrytointi tapahtui kysymällä työntekijöiden halukkuutta osallistua tutkimukseen. Terveystieteiden keskuksista pyydettiin tutkimusluvat (liite 2 ja 3).

Lomakkeeseen vastasivat henkilöt, jotka luovuttivat apuvälineen käyttäjälle tai antoivat sen jonkun toisen luovutettavaksi. E-lomakkeita palautettiin 141 kappaletta, joista tutkimukseen hyväksyttiin 137. Neljä lomaketta hylättiin, koska niissä ei ollut merkintää luovutetuista apuvälineistä.

Kysymyslomake pilotoitiin ennen tutkimuksen aloittamista ja pilotoinnin jälkeen tehtiin tarvittavat muutokset. Pilotointiin osallistui Pohjois-Karjalan keskussairaalan fysiatrian klinikan neljä ammattihenkilöä, sekä viisi terveystieteiden keskuksen fysioterapeuttia ja kuntohoitajaa.

Tutkimuskysymykset perustuivat normi- ja informaatio-ohjauksesta nousseisiin apuvälineluovutuksen kriteereihin (taulukko 2).

TAULUKKO 2. Apuvälineluovutuksen kriteerit, tutkimuskysymykset ja niitä vastaavat e-lomakkeen kysymykset.

Kriteeri	Tutkimuskysymys	Tutkimuskysymystä vastaava e-lomakkeen kysymys/kysymykset
Lääkinnällisen kuntoutuksen apuvälineen saamisen edellytyksenä on lääketieteellisin perustein todettu sairaus vamma, tai kehitysviivästymä, joka heikentää toimintakykyä ja vaikeuttaa itsenäistä selviytymistä.	Missä määrin lääkinnällisen kuntoutuksen apuväline luovutetaan potilaalle lääketieteellisin perustein?	Onko apuvälineen luovuttajalla tiedossa potilaan sairaus, vamma tai kehitysviivästymä, josta heikentynyt toimintakyky johtuu?  Arvioiko apuvälineen luovuttaja tai onko hänellä tiedossa potilaan toimintakyky, elämäntilanne ja elinympäristö?
Apuvälineen valinta tehdään yhteisymmärryksessä potilaan kanssa ja tarvittaessa hänen laillisen edustajansa, läheisensä tai omaisen kanssa.	Missä määrin potilas ja/tai hänen lähihenkilönsä osallistuu apuvälineen valintaan?	Osallistuiko potilas hänelle luovutetun apuvälineen valintaan?  Mikäli potilas ei osallistunut apuvälineen valintaan, niin miten valinta toteutettiin?
Apuvälineen käytön luovutus edellyttää apuvälineisiin perehtyneen terveydenhuollon ammattilaisen tai kuntoutuksen apuvälinealan asiantuntijan tekemää käyttäjälähtöistä oikea-aikaista ja yksilöllistä apuvälinetarpeen arviota.	Miten ammattitaitoiseen arvioon perustuva apuvälineen luovutus toteutuu?	Kenelle apuväline luovutettiin?  Kuka on arvioinut apuvälinetarpeen?  Mikäli apuvälinetarpeen on arvioinut joku muu, niin kuka?  Mikä on apuvälineen luovuttajan ammattinimike?

jatkuu

Apuvälineen luovutuksen yhteydessä varmistetaan apuvälineen sopivuus, tehdään tarvittavat säädöt ja annetaan tai järjestetään käytön opastus.

Millä tavoin luovutuksen yhteydessä apuvälineen yksilöllinen sopivuuden varmistus toteutuu?

Millä tavoin luovutuksen yhteydessä apuvälineen käytön opastus toteutuu?

Taulukko 2 jatkuu

Kenelle apuväline luovutettiin?

Kenelle opastettiin apuvälineen käyttö ja toiminta?

Miten apuvälineen käytön opastus toteutui?

Ohjattiinko henkilölle, jolle apuväline luovutettiin apuvälineen tekniset ominaisuudet esim. säädöt, kiinnitykset jakasaan laitto?

Sovitettiinkö apuvälinettä?

Mikäli apuvälineen sovitusta käytön opastus järjestettiin jotenkin muuten, niin miten?

## 9.2 Tutkimuksen toteutus

Tutkija asensi e-lomakkeet tietokoneiden työpöydille kahdessa terveyskeskuksessa. Tutkimukseen osallistuvat harjoittelivat samalla lomakkeen täyttöä. Kolmessa terveyskeskuksessa osallistujat asensivat lomakkeen itse. Kaikki tutkimukseen osallistujat harjoittelivat lomakkeen täyttöä ennen varsinaista tietojen keruuta. Puhelimitse ja sähköpostitse toteutettiin tarvittaessa opastus lomakkeen täyttöön. Tietoja kerättiin kahden viikon ajan (5.5.2014-22.5.2014). Tietojenkeruulomake täytettiin kaikista toistaiseksi tai määräaikaikseksi luovutetuista lääkinnällisen kuntoutuksen apuvälineistä. Lomake ohjattiin täyttämään myös päivystysaikaan luovutetuista apuvälineistä.

## 9.3 Tutkimusaineiston analyysimenetelmät

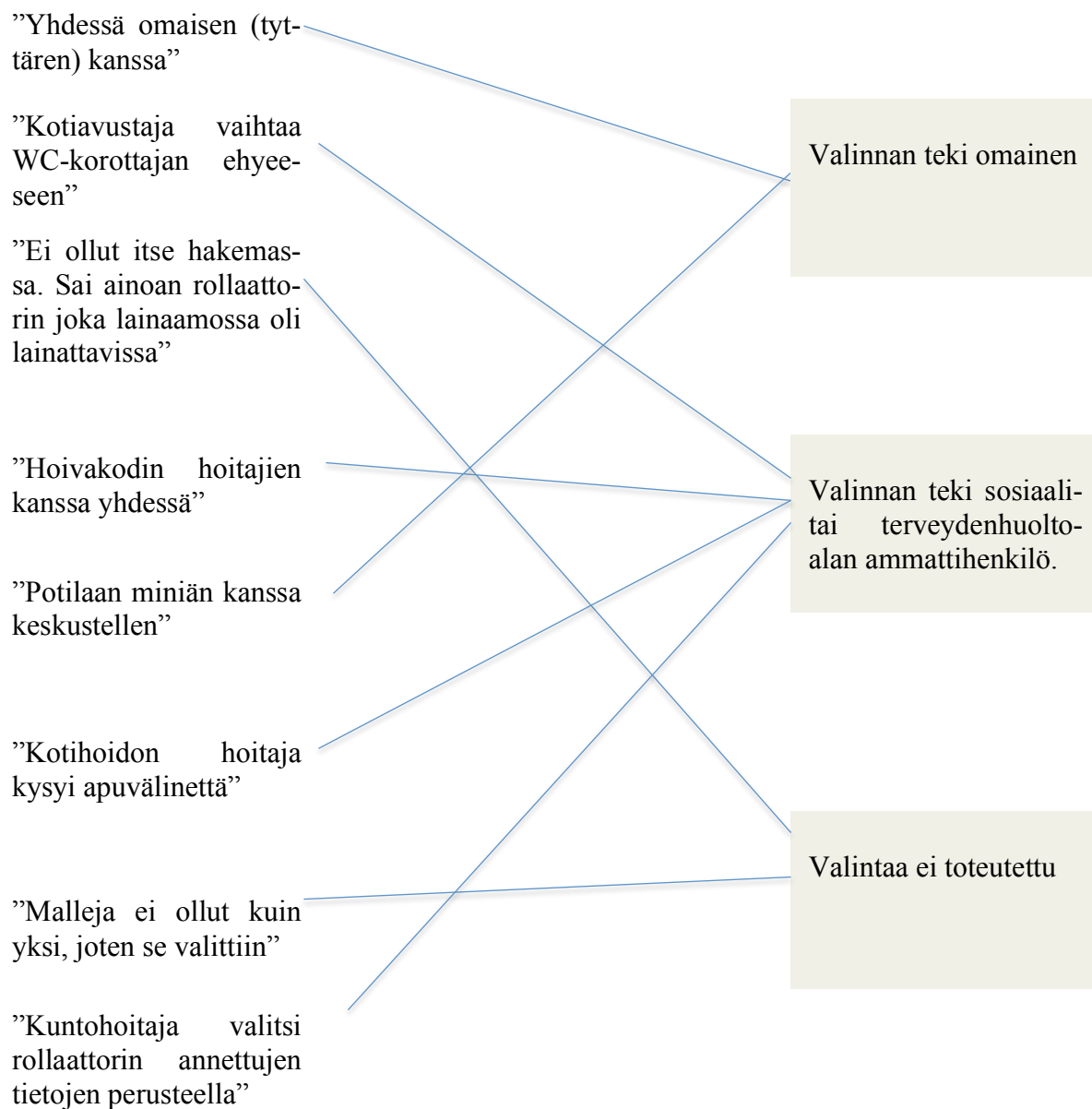
Tässä tutkimuksessa laadullinen aineisto analysoitiin teorialähtöisellä sisällönluokittelumenetelmällä. Aineistosta valitaan ilmiöt ja asiat, jotka ovat kiinnostavia tutkimuksen kan-

nalta. Sen jälkeen aineisto litteroidaan tai koodataan. Kolmantena koodattu aineisto luokitellaan, teemoitetaan tai jäsennellään muuten. Tämän jälkeen kirjoitetaan yhteenveto (Tuomi ja Sarajärvi 2012).

Teorialähtöinen sisällönlukittelu perustuu aikaisempaan viitekehukseen, esimerkiksi teoriaan tai malliin, joka tutkimuksessa kuvataan. Teoria näyttäytyy myös ohjaavana suhteessa kysymysten luomiseen, ja kysymyksissä käytettävät ilmaukset operationalisoidaan teorettisista termeistä (Tuomi 2007). Tässä tutkimuksessa aineisto kerättiin strukturoidulla kyselylomakkeella, jossa oli myös avoimia kysymyksiä. Kysymykset luotiin apuvälineiden luovutusta ohjaavien kriteereiden sisällöistä. Näin ollen aineiston analyysimuoto on teorialähtöinen

Kysymyslomakkeiden vastaukset siirrettiin Excel taulukkoon. Muuttujat kyllä ja ei koodattiin numeeriseen muotoon niin, että kyllä on 1 ja ei on 0. Aineistosta laskettiin frekvenssit ja suhteelliset osuudet.

Avoimista kysymyksistä saatu aineisto koodattiin käyttäen muun muassa värikoodeja. Tämän jälkeen aineisto luokiteltiin. Kuviossa 2 on esimerkkinä kuvattu sisällönlukittelua kysymyksen ”Mikäli potilas ei osallistunut apuvälineen valintaan, niin miten valinta toteutettiin?” vastauksista.



KUVIO 2. Esimerkki tutkimusaineiston sisällönluokittelusta kysymyksen "Mikäli potilas ei osallistunut apuvälineen valintaan, niin miten valinta toteutettiin" vastauksista.



## **10 TUTKIMUSTULOKSET**

### **10.1 Seuranta-aikana luovutetut apuvälineet**

Tuloksissa on sulkuihin merkitty vammaisten henkilöiden apuvälineluokituksen kaksinumeroinen pääluokka sekä nelinumeroinen tarkennus. Seuranta-aikana luovutettiin eniten apuvälineitä käyttöön liikkumisen apuvälineiden (12) luokasta. Luovutusmäärä oli noin 41 % kaikista luovutuksista. Näistä kahdella kädellä käytettävät apuvälineet (1206), esimerkiksi rollaattorit, olivat suurin luovutettu ryhmä. Tukilaitteiden ja proteesien luokasta (06) luovutettiin apuvälineitä noin 31 %. Näistä vartalon ja selkärangan ortoosit (0603) olivat suurin luovutettu apuvälineryhmä. Päivittäisen toiminnan pienapuvälineitä oli useammassa luokassa (15 ja 24) ja niiden luovutusosuus oli noin 9 % . Saman verran luovutettiin myös henkilökohtaisen hygienian ja suojan välineitä (09). Niin sanottuja lonkkapaketteja luovutettiin kolme kappaletta. Nämä sisältävät useamman apuvälineen esimerkiksi: wc-korokkeen, sukanvetolaitteen, istuimen koroketyynyn ja tarttumapihdit (taulukko 3).

TAULUKKO 3. Luovutetut apuvälineet luokittain ja niiden suhteellinen osuus luovutetuista apuvälineistä (N=137)

Luokitus	Apuväline	(n)	(%)
0427	Stimulaattorit	1	0.7
0433	Painehaavojen ehkäisyvälineet	2	1.5
0603	Vartalon ja selkärangan ortoosit	31	22.6
0604	Vatsan ortoosit	1	0.7
0612	Alaraajan ortoosit	9	6.6
0624	Alaraajaproteesit	1	0.7
0906	Suojavälineet	2	1.5
0912	WC-apuvälineet	8	5.8
0933	Peseytymis-, suihku- ja kylpyvälineet	4	3.0
1203	Kävelyn apuvälineet, yhdellä kädellä käytettävät	21	15.3
1206	Kävelyn apuvälineet, kahdella kädellä käytettävät	23	16.7
1227	Muut kulkuvälineet	2	1.5
1222	Pyörätuolit, käsikäyttöiset	9	6.6
1231	Siirtymisen ja kääntymisen apuväline	1	0.7
1812	Sängyt	6	4.4
	Päivittäisen toiminnan pienapuvälineitä	13	9.5
	Lonkkapaketti	3	2.2
<b>Yhteensä</b>		<b>137 kpl</b>	<b>100%</b>

Käyttöön luovutetuista apuvälineistä 60 % luovutettiin määräaikalainaan yhden viikon ja kolmen kuukauden väliseksi ajaksi. Toistaiseksi, eli niin sanottuun pitkäaikaislainaan luovutettujen osuus oli 31 %. Muuksi määritellyksi ajaksi luovutettiin 9 % apuvälineistä. Näitä olivat esimerkiksi ajan tai muun toimintajakson mukaan luovutetut apuvälineet, muun

muassa pyörätuoli, joka lainattiin ”kesän ajaksi”, sekä kainalosauvat ”Pari tuntia, tuotiin takaisin verikokeessa käynnin jälkeen” ja tukiliivi ”Kun ei enää tarvitse selkäleikkauksen jälkeen”.

## 10.2 Apuvälineiden luovutus lääketieteellisin perustein

Noin neljässä prosentissa apuvälineen luovutuksista luovuttajalla ei ollut tietoa apuvälineen käyttäjän sairaudesta, vammasta tai kehitysviivästä, josta heikentynyt toimintakyky johtui. Tässä tapauksessa luovutetut apuvälineet olivat kainalosauvat, tukiliivi, sängynjalan korokkeet, nousutuki ja rollaattori.

Lähes kaikissa luovutuksissa apuvälineen luovuttajalla oli tieto käyttäjän toimintakyvystä, tai hän arvioi sen. Apuvälineen käyttäjän elämäntilanne tai elinympäristö oli tiedossa tai se arvioitiin noin puolessa luovutuksista (taulukko 4).

TAULUKKO 4. Apuvälineen luovuttajan tieto tai oma arvio apuvälineen käyttäjän toimintakyvystä, elämäntilanteesta ja elinympäristöstä. (N=137)

Tieto/Arvio	On tieto tai arvioitiin (n)	Suhteellinen osuus kaikista luovutuksista (%)	Ei tietoa tai Ei arvioitu (n)	Suhteellinen osuus kaikista luovutuksista (%)
Toimintakyky	122	89	15	11
Elämäntilanne	78	57	59	43
Elinympäristö	88	64	49	36

### **10.3 Apuvälineen käyttäjän osallistuminen apuvälineen valintaan**

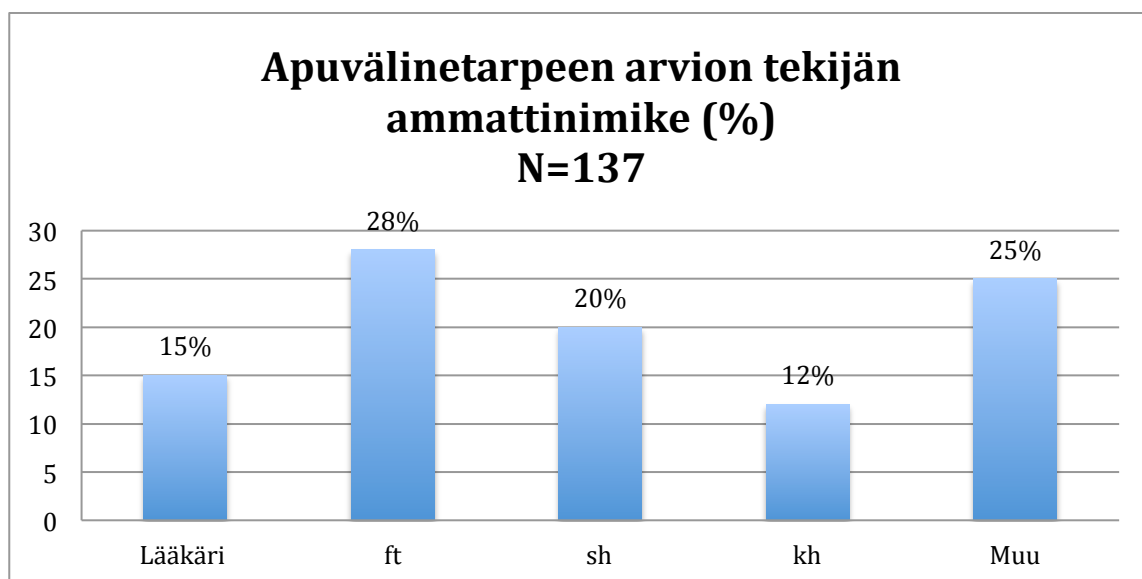
Apuvälineen käyttäjistä 59 % osallistui luovutetun apuvälineen valintaan. Silloin kun käyttäjä ei osallistunut, valintaan osallistuivat omaiset, hoitokodin hoitajat, fysioterapeutit, kuntohoitajat, hoitajat tai kotipalvelun henkilökunta. Valinta ei toteutunut kolmessa luovutuksessa. Näistä kahdessa tapauksessa ei ollut valintamahdollisuuksia, ja yhdessä tapauksessa apuvälineistä oli sovittu puhelimitse tarvitsijan kanssa.

### **10.4 Ammattitaitoinen tarpeenarvio apuvälineen luovutuksessa**

Apuvälinetarpeen oli arvioinut joku muu kuin kuntoutuksen tai terveydenhuollon ammattihenkilö 25 %:ssa (34 kpl) luovutuksista. Näistä apuvälineen käyttäjä itse arvioi tarpeen 16:ssa ja omaisen 10:ssä luovutuksessa. Kuudessa luovutuksessa tarpeen oli arvioinut kotiaavustaja ja kahdessa fysioterapiaopiskelija.

Fysioterapeuttien toteuttamia apuvälinetarpeen arvioita oli noin neljännes kaikista luovutuksista. Sairaanhoitajat olivat seuraavaksi eniten arvioita tehnyt ammattiryhmä. Tähän ryhmään laskettiin kaksi lähihoitajaa. Lääkärien tekemiä apuvälinetarpeen arvioita oli noin viidennes kaikista luovutuksista. Kuntohoitajien toteuttamia arvioita oli noin joka kymmenes (kuvio 3).

Apuvälinetarpeen oli arvioinut useampi henkilö 10 % :ssa. Näistä lääkäri ja fysioterapeutti arvioi tarpeen kahdessa tapauksessa. Lääkärin ja jonkun muun arvio toteutui yhden kerran. Fysioterapeutin ja jonkun muun arvioita oli seitsemän. Yhdessä luovutuksista oli arvion tehnyt lääkäri, fysioterapeutti ja joku muu. Apuvälineen tarvitsijan itsensä ja kotiaavustajan arvioita oli yksi.



KUVIO 3. Apuvälineen tarpeenarvio tekijä: ft=fysioterapeutti, sh=sairaanhoitaja ja kh=kuntohoitaja.

Apuvälineen luovutti lähes kaikissa tapauksissa fysioterapeutti tai kuntohoitaja. Kymmenesosan luovutuksista toteutti sairaanhoitaja tai muuhun ammattiryhmään kuuluva henkilö. Muut ammattiryhmät olivat kotiavustaja, kotipalvelun lähihoitaja, kodinhoitaja ja fysioterapiaopiskelija (Taulukko 5).

TAULUKKO 5. Toteutuneet apuvälineiden luovutukset luovuttajien ammattinimikkeiden mukaan. (N=137)

Ammattinimike	Apuvälineen luovutukset (n)	Suhteellinen osuus luovutuksista (%)
Fysioterapeutti	64	47
Kuntohoitaja	59	43
Sairaanhoitaja	5	3
Muu	9	7

## 10.5 Apuvälineen sovitus ja käytön opastus

Apuväline luovutettiin terveyskeskuksesta suoraan käyttäjälle 62 %:ssa luovutuksista. Näistä kolmessa luovutuksessa oli myös omainen mukana. Apuväline luovutettiin omaiselle 20 %:ssa ja avustajalle 6 %:ssa luovutuksista. Muille henkilöille apuväline luovutettiin 11 %:ssa luovutuksista. Muut henkilöt olivat kotihoidon työntekijöitä, terveyskeskuksen muita kuin kuntoutustyöntekijöitä, hoivakodin henkilökuntaa ja kuljetuspalvelun henkilö. Apuvälineen sovitus käyttäjälle ei toteutettu 39 %:ssa luovutuksista (Taulukko 6).

TAULUKKO 6. Apuvälineiden luovutuksessa toteutuneet ja ei toteutuneet sovitukset sekä niiden suhteellinen osuus.

Luovutettu apuväline	Luovutuksia	Sovitus	Sovitus
	yhteensä	toteutui	ei toteutunut
	(n)	n (%)	n (%)
0427 Stimulaattorit	1	1 (100)	0
0433 Painehaavojen ehkäisyvälineet	2	1 (50)	1 (50)
0603 Vartalon ja selkärangan ortoosit	31	31 (100)	0
0604 Vatsan ortoosit	1	1 (100)	0
0612 Alaraajan ortoosit	9	9 (100)	0
0624 Alaraajaproteesit	1	1 (100)	0
0906 Suojavälineet	2	1 (50)	1 (50)
0912 WC-apuvälineet	8	2 (25)	6 (75)
			jatkuu

Taulukko 6 jatkuu

0933 Peseytymis-, suihku- ja kylpyvälineet	4	1 (25)	3 (75)
1203 Kävelyn apuvälineet, yhdellä kädellä käytettävät	21	13 (62)	8 (38)
1206 Kävelyn apuvälineet, kahdella kädellä käytettävät	23	10 (43)	13 (57)
1227 Muut kulkuvälineet	2	1 (50)	1 (50)
1222 Pyörätuolit, ihmisvoimin käytettävät	9	4 (44)	5 (56)
1231 Siirtymisen ja kääntymisen apuvälineet	1	1 (100)	0
1812 Sängyt	6	2 (33)	4 (67)
Päivittäisen toiminnan pienapuvälineet	13	3 (23)	
			10 (77)
Lonkkapaketti	3	1 (33)	2 (67)
<b>Yhteensä (kpl)</b>	<b>137</b>	<b>85</b>	<b>54</b>

Mikäli apuvälineen sovitusta ei käyttäjälle luovutuksen yhteydessä toteutettu, niin sen teki kotihoidon henkilökunta, omainen tai joku muu myöhemmin.

*” Tytär sovittaa äidille painehaavatyyryn ”*

*”Sovitus ym. ohjaus jää kotipalvelun työntekijöille” (rollaattori)*

*”potilas kertoi, että kyynärsauvat säädetään sairaalassa, ja samalla hän saa opastuksen käyttöön. Annettu kuitenkin kirjallinen ohje kyynärsauvoilla kävelemisestä mukaan”*

Apuvälineen sovitus toteutettiin jollekin muulle, kuin apuvälineen käyttäjälle.  
*”Tyttär on isänsä kokoinen niin sovitti pyörätuolin”.*

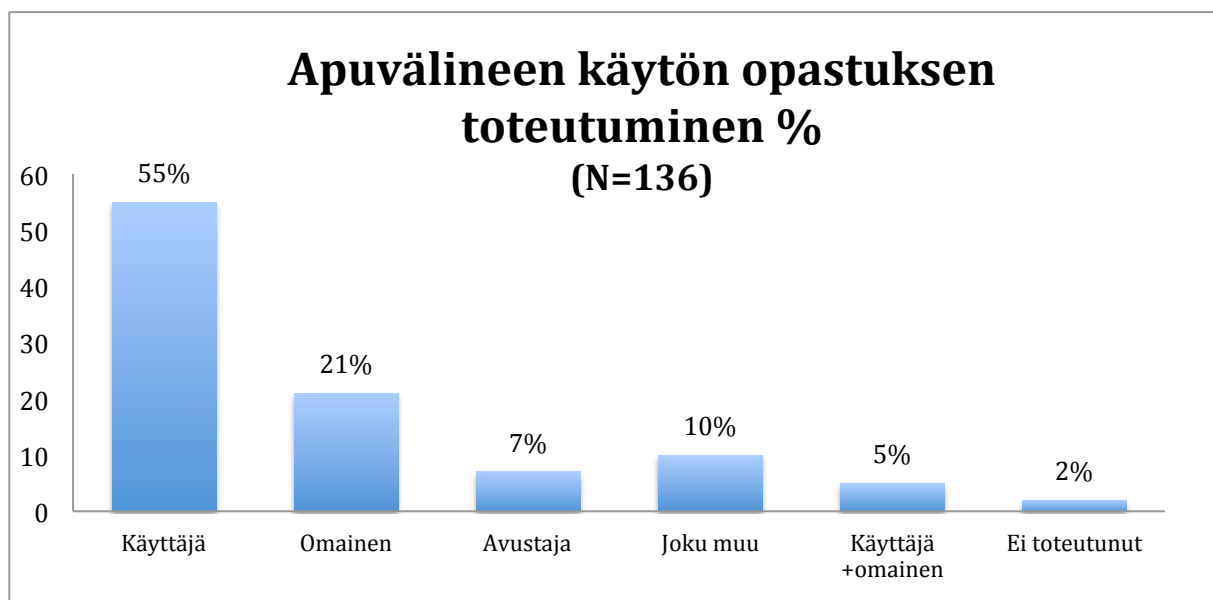
Mikäli apuvälineen sovitusta ei lainkaan toteutettu tai järjestetty, niin sen ei katsottu olevan tarpeellista.

*”Jo aikaisemmin käytössä vastaava”* (tuolin korottajat)

*”Suihkutuoli tilattiin entisen tuolin mitoilla, joten sovitus ei toteutunut, käytön opastus käyty läpi hoitajien kanssa näyttämällä toiminnot ja ohjekirjaset jätetty hoitajille.”*

*”Väliaikainen käyttö tälle”* (rollaattori)

Apuvälineen luovutuksen yhteydessä käyttäjälle opastettiin apuvälineen käyttö noin puolessa kaikista luovutuksista. Omaiselle, avustajalle tai jollekin muulle henkilölle käytön opastus toteutui vajaassa puolessa kaikista luovutuksista. Muut henkilöt olivat kotihoidon ja hoivakodin henkilökuntaa, hoitajia ja ystävä. Kolmessa luovutuksessa opastus ei toteutunut lainkaan (kuvio 4).



KUVIO 4. Apuvälineen käytön opastuksen toteutuminen henkilöryhmittäin suhteessa kaikkiin apuvälineluovutuksiin.



Apuvälineen käytön opastus toteutettiin suullisesti 122:ssa ja kirjallisesti kolmessa luovutuksessa. Suullisesti, kirjallisesti ja kuvallisesti toteutui kolme käytön opastusta ja suullisesti sekä kirjallisesti neljä opastusta.

Apuvälineen tekniset ominaisuudet esimerkiksi säädöt, kiinnitykset ja kasaan laitto ohjattiin 89 %:ssa luovutuksista. Apuvälineet, joiden osalta teknisten ominaisuuksien ohjaus ei toteutunut olivat: kaksi pienapuvälinettä, kaksi nousutukea, neljä kyynär-/kainalosauvaa sekä yksi rollaattori, pyörätuoli, WC-korottaja, polvituki ja pyörällinen suihkutuoli. Kahdeksan vastaaja jätti vastaamatta teknisten ominaisuuksien ohjausta koskevaan kysymykseen.

## 11 POHDINTA

### 11.1 Tulokset

Tutkimuksen mukaan apuvälineen luovutus perustuu usein asiakkaan itsensä, omaisen tai kodinhoitajan tekemään apuvälinetarpeen arvioon. Apuvälineen valintaan osallistuu myös usein käyttäjän sijasta joku muu henkilö. Tällöin käyttäjän toimintakyvystä ja käyttöympäristöstä annettu tieto on toisen henkilön näkemys asiasta. Tämä tulos ei tue Johnstonin ym. (2014) tutkimuksen tulosta, jossa asiantuntijan ja apuvälineen käyttäjän yhteistyö johtaa tarkoituksenmukaisen apuvälineen hankintaan. Epäkohtaa selittänee, että apuvälineitä toimitetaan terveyskeskuksesta käyttäjälle niin, että apuvälinealan asiantuntija ei tapaa apuvälineen käyttäjää lainkaan. Tällöin muun muassa ammattitaitoinen arvio ja käyttäjän osallistuminen valintaan jäävät toteutumatta. Tutkimuksen mukaan terveyskeskuksesta apuvälineen antaa lähes aina kuntoutuksen ammattihenkilö, joten näyttää siltä, että asiantuntijan osaaminen prosessissa jää hyödyntämättä. Ilman asiantuntijan arviota ja käyttäjän osallistumista on mahdollisuus, että käyttäjälle toimitetaan väline, joka ei vastaa hänen tarpeitaan tai sovellu käyttöympäristöön. Tämä heikentää turvallisuutta, tyytyväisyyttä sekä aktiivisuutta.

Tutkimuksen mukaan esimerkiksi kyynärsauvoista ja pyörätuoleista jäi luovutuksen yhteydessä sovittamatta käyttäjälle yli puolet. Tällöin apuvälinettä terveyskeskuksesta noutavalle henkilölle esimerkiksi omaiselle, jää vastuu sovittamisesta, säätämisestä ja käytön opastuksesta ammattihenkilön antamien ohjeiden mukaan. Apuvälineessä voi olla paljon säätöjä, kiinnityksiä sekä käyttökuntoon saattamista. Mikäli osaamista ei ole, nämä voivat olla vaikeita toteuttaa käyttäjän tarpeen ja ympäristön mukaiseksi. Tämä ongelma nousi esiin myös Ajaston ym. (2012) selvityksessä, jossa puolet vaikeavammaisista apuvälineen käyttäjistä oli tyytymättömiä saamiinsa palveluihin. Yhtenä syynä he pitivät apuvälineen sopimattomuutta ja apuvälinealan asiantuntemuksen puuttumista. Suosituksen mukaan kuitenkin riittää, että käytön opastus järjestetään.

Tutkimukseen osallistuneissa terveyskeskuksissa käyttäjät osallistuivat vähän apuvälineprosessinsa toteutukseen. Tämä voi johtaa Martinin ym. (2011) tutkimuksessa saatuun tulokseen, jossa käyttäjän osallistumattomuus lisää tyytymättömyyttä välineeseen, ja sen

käyttö jää vähäiseksi. Tässä tutkimuksessa ei arvioitu kotihoidon tai hoitolaitoksen henkilökunnan apuvälineisiin liittyvää osaamista. Heidän osaamisellaan on kuitenkin merkitystä apuvälineiden käytön onnistumisessa.

Apuvälineiden arvioita ja luovutuksia toteuttavat hoitokotien ja kotipalveluiden henkilökunta, omaiset, läheiset ja avustajat. Tämä ei ole veloitteen ja suosituksen mukainen toimintamalli. Niissä edellytetään asiantuntijan tekemää arviota ja käytön opastusta. Tulos ei myöskään suuntaa apuvälinepalveluita kohti oikeudenmukaista toimintaa, mikä Arthanatin ym. (2012) mukaan on seurausta ammattitaitoisesta, käyttöympäristön ja yksilölliset tarpeet huomioivasta apuvälinearviosta.

Apuvälineen luovuttajalla oli lähes aina tiedossa käyttäjän toimintakyky. Apuväline luovutettiin kuitenkin usein jollekin muulle henkilölle kuin käyttäjälle itselleen. Tutkimuksessa ei selvitetty, kuinka tieto käyttäjän toimintakyvystä tuolloin saatiin. Todennäköisesti tieto saatiin apuvälinettä noutamaan tulleealta henkilöltä, jolloin se on omais- tai läheisapuun perustuvaa, eikä näin voida olla varmoja tiedon oikeellisuudesta ja luotettavuudesta (Terveys- ja hyvinvoinnin laitos 2011). Luovuttajalla oli harvemmin tietoa apuvälineen käyttäjän elämäntilanteesta ja elinympäristöstä. Se ei tuloksena tue Karmarkarin ym. (2011) tutkimuksen päätelmää, että demografisilla tekijöillä, asuinolosuhteilla ja terveydellisillä tekijöillä on merkitystä apuvälineen valinnassa.

## 11.2 Tutkimusmenetelmät

E-lomakkeita palautettiin 141 kappaletta. Näistä neljä jouduttiin hylkäämään, koska niissä ei ollut merkintää luovutetuista apuvälineistä. Kyseinen tieto oli tärkeä, koska toiminnan toteutumista tarkasteltiin myös apuvälinekohtaisesti.

Laadullinen aineisto analysoitiin teorialähtöisellä sisällönlukittelumenetelmällä. Tämä sopi kuvailevaan tutkimukseen hyvin. Avoimista kysymyksistä saadut vastaukset antoivat sisältöä ja lisätietoa tutkimustuloksiin. Kysymyslomakkeeseen olisin voinut laatia enemmän sisällönlukittelumenetelmällä analysoitavia avoimia kysymyksiä, kuten esimerkiksi ”Miksi käytön opetus toteutettiin jollekin muulle”.

Aineistoa kerättiin kahden viikon ajan. Pidempi aika olisi luultavasti antanut kattavamman kuvan luovutetuista apuvälineistä. Nyt välineet olivat keskeisiä terveyskeskuksesta luovutettavia apuvälineitä. Pidemmällä seurannalla tietoa olisi voinut saada harvemmin terveyskeskuksista luovutettavien välineiden, esimerkiksi polkupyörien, prosessien toteutumista.

### **11.3 Tutkimuksen vahvuudet ja heikkoudet**

Hylättyjen lomakkeiden määrä oli pieni, mikä saattaa johtua siitä, että tutkimukseen osallistuvilla oli mahdollisuus opetella lomakkeen täyttöä, ja saada siihen ohjausta ennen tietojen keruun alkamista. Määrän pienuuteen vaikutti todennäköisesti myös lomakkeiden pilotointi henkilöillä, jotka toimivat apuvälinepalveluissa. Lomaketta kehitettiin ja muokattiin palautteiden perusteella.

Lomake oli elektronisessa muodossa, mikä oli vastaajien mielestä helppo ja nopea täyttää. Lomakkeen tiedot siirtyivät välittömästi lähettämisen jälkeen tutkijalle ja se oli suoraan siirrettävissä Excel-taulukoon. Tämä vähentää välivaiheita ja sen myötä virheiden mahdollisuuksia.

Lomakkeita palautettiin kahden viikon aikana paljon. Kuitenkin on syytä pohtia kriittisesti, että täytettiinkö lomake jokaisesta toistaiseksi- tai määräaikaiseksi luovutetusta apuvälineestä. Tarkoitus oli, että myös muut kuin terveyskeskuksen kuntoutusalan asiantuntijat täyttivät lomakkeen, mikäli he apuvälineen luovuttivat. Yleensä nämä ovat niin sanottuja päivystysaikaan tehtäviä luovutuksia. Mitään varmennusta ei luovutusten ja lomakkeiden täytön suhteen toteutettu. Näin ollen ei voida olla varmoja, että kaikista toistaiseksi- tai määräaikaiseksi luovutetuista apuvälineistä saatiin tieto.

Vastaajilta kysyttiin apuvälineen luovuttajan ammattinimike. Tämän kysymyksen kohdalla ei ollut tarkentavaa ohjeistusta. Tämä olisi pitänyt kysymykseen laittaa, koska muutamassa lomakkeessa vastaaja oli tulkinnut luovuttajaksi henkilön, joka on apuvälineen terveyskeskuksesta käynyt noutamassa.

Tuloksissa yhdistettiin kaksi viimeistä tutkimuskysymystä, jotka koskivat apuvälineen sopivuuden varmistamista ja käytön opastusta. Ratkaisuun päädyttiin, koska ne ovat samaan apuvälineluovutuksen kriteeriin kirjattu. Kysymyslomakkeessa oli avoin kysymys, jossa pyydettiin kuvaamaan apuvälineen sovitusta ja käytön opastusta, mikäli ne järjestettiin käyttäjälle jotenkin muuten kuin terveyskeskuksessa ohjaten. Tämän kysymyksen käsittely onnistui yhteisen otsikon alla. E-lomaketta laadittaessa tämä olisi pitänyt huomioida ja muotoilla avoin kysymys niin, että sovitusta ja käytön opastusta olisi kysytty erikseen.

## 11.4 Tutkimuksen hyödynnettävyys

Tutkimuksesta saatuja tietoja voidaan hyödyntää kehitettäessä Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen alueen apuvälinepalveluja käyttäjälähtöisempään suuntaan. Kehittämistyössä on huomioitava laaja muiden henkilöiden osallistuminen käyttäjän apuvälineprosessiin. On tärkeää, että apuväline-tietoutta ja yhteistyötä lisätään kaikkien niiden tahojen kesken, jotka osallistuvat käyttäjän arkeen.

Tämä tutkimus osaltaan voi olla perusteena niille keskusteluille, joissa pohditaan taloudellisten ja henkilöresurssien käyttöä ja toimintamalleja apuvälinepalveluiden toteuttamiseksi. Luovutuksella on merkitystä apuvälineen käyttöasteeseen, sekä turvalliseen ja tarkoituksenmukaiseen käyttöön. Näin ollen on apuvälineen käyttäjän ja yhteiskunnan etu, että apuvälineen arvio, valinta ja käyttöön luovutus tapahtuu niin, että saavutetaan välineen käytön hyvä vaikuttavuus.

Jatkotutkimuksessa olisi hyödyllistä selvittää, miten apuvälineiden käyttö käyttöympäristössä onnistuu, ja mitkä ovat ne mahdolliset käyttöä vaikeuttavat tai estävät tekijät. Näin saataisiin arvokasta tietoa kehitettäessä apuvälineiden luovutuskäytäntöjä. Tehdäksemme oikeita asioita, oikeaan aikaan ja kustannustehokkaasti, tarvitsemme vaikuttavuustietoa apuvälineiden käyttöön liittyen.

## 12 JOHTOPÄÄTÖKSET

1. Apuvälineen luovuttajalla oli lähes aina tiedossa lääkärin toteama sairaus, vamma tai kehitysviivästyminen ja tieto potilaan toimintakyvystä. Luovuttajalla oli harvemmin tiedossa apuvälineen käyttäjän elämäntilanne ja elinympäristö. Apuvälineen tarkoituksenmukaisuuden ja sopivuuden varmistamiseksi nämä tulisi kuitenkin huomioida.

2. Noin puolet apuvälineen käyttäjistä osallistui apuvälineensä valintaan. Valinta toteutui lähes aina yhteistyössä potilaan tai hänen lähihenkilönsä kanssa. Toimintamalleja tulisi kehittää niin, että apuvälineen käyttäjä itse osallistuu oman prosessinsa vaiheisiin aina, kun se on mahdollista.

3. Neljännes apuvälineen luovutuksista perustui asiakkaan itsensä, omaisen tai kodinhoitajan tekemiin apuväline tarpeen arvioihin. Tällöin ammattitaitoinen apuväline arvio jää toteutumatta. Apuväline tietoutta tulee ohjata niille, jotka osallistuvat käyttäjän kotihoidon tukemiseen. Myös toimintamalleja kehittämällä voidaan lisätä kuntoutusalan ammattihenkilöiden riittävyttä apuvälineprosessin toteutumisessa.

4. Noin puolessa luovutuksista apuvälineen sovitusta käyttäjälle ei toteutunut luovutuksen yhteydessä. Vastuu apuvälineen sovittamisesta jäi esimerkiksi omaiselle myöhemmin, tai se ei toteutunut lainkaan. Tällöin apuvälineen säätäminen ja käyttökuntoon saattaminen voi jäädä puutteelliseksi. Apuvälineen käyttö opastettiin käyttäjälle tai järjestettiin muuten lähes aina. Mikäli käytön opastus järjestetään muuten, tulisi varmistaa, että käyttäjä on sen oikein oppinut. Toimintamalleja tulisi kehittää niin, että apuväline sovitetaan, säädetään ja sen käyttö opastetaan ammattitaitoisesti.

## LÄHTEET

Agree E, Freedman V. A. Quality-of-life Scale for Assistive Technology: Results of pilot study of aging and technology. *Physical Therapy* 2011;91:1780-1788.

Ajasto M, Ajasto H, Arvio M. Sopivat apuvälineet ovat vaikeasti liikuntavammaisen nuoren toimintakyvyn edellytys. *Kuntoutus* 2012; 1:66-69.

Anttila H, Samuelsson K, Salminen A-L, Brandt Å. Quality of Evidence of Assistive Technology Interventions for People with Disability: An overview of systematic reviews. *Technology and Disability* 2012; 24:9-48

Arthanat S, Simmons C.D, Favreau M. Exploring Occupational Justice in Consumer Perspectives on Assistive Technology. *Canadian Journal of Occupational Therapy* 2012; 79(5): 309-319.

Brummel-Smith K, Dangiolo M. Assistive Technologies in the Home. *Clinics in Geriatric Medicine* 2009; 25:61-77.

Dawe M. Desperately seeking simplicity: How Young Adults with Cognitive Disabilities and Their Families Adopt Assistive Technologies. *CHI* 2006, April 22-27.

Gooberman-Hill R ja Ebrahim S. Making Decision about Simple Interventions: older people's use of walking aids. *Oxford Journal* 2007;36:669-573

Hartikainen S ja Kivelä S-L. Ikääntyvien ja iäkkäiden kuntoutus. Kirjassa: Kallanranta T, Rissanen P, Vilkkumaa I, toim. *Kuntoutus*. Helsinki: Duodecim 2001, s. 440-451.

Hirsjärvi S, Remes P, Sajavaara P. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi 2000.

Horton K. Falls in older people: The Place of Telemonitoring in Rehabilitation. *Journal of Rehabilitation Research&Development* 2008; 45(8): 1183-1194.

Hughes AM, Burridge JH, Demain SH, Ellis-Hill C, Meagher C, Tedesco-Triccas L, Turk R, Swain I. Translation of Evidence-based Assistive Technologies into Stroke Rehabilitation: user's perceptions of the barriers and opportunities. *BMC Health Service Research* 2014 Mar 12; 14:124

Hurnasti T, Kanto-Ronkanen A, Saaranto E-M, Ruutiainen J. Päivän toiminnot. Kirjassa Salminen A-L, toim. *Apuvälinekirja*. Kehitysvammaliitto 2010a, s. 229-249.

Hurnasti T, Kanto-Ronkanen A, Töytäri O, Hakkarainen M, Aarnikka T, Konola P. Apuvälinepalvelut. Kirjassa: Salminen A-L, toim. *Apuvälinekirja*. Kehitysvammaliitto 2010b, s. 29-52.

Hurnasti T. Apuvälinepalveluja ohjaavien käsitteiden tulkintaa. Stakesin työpapereita 22/206, Helsinki, Valopaino Oy 2006.

Johnston P, Currie L, Drynan D, Stainton T, Jongbloed L. Gettin it "right": how collaborative between people with disabilities and professionals can lead to the acquisition of needed assistive technology. *Disability and Rehabilitation: Assistive Technology* 2014; 9:421-431.

Järvikoski A, Härkäpää K. Kuntoutuksen perusteet. WSOY Oppimateriaalit Oy, Helsinki 2005, s. 94.

Karmarkar A, Dicianno B, Cooper R, Collins D, Matthews J, Koontz A, Teodorski E, Cooper R. Demographic Profile of Older Adults Using Wheeled Mobility Devices. *Journal of Aging Research* 2011; Article ID 560358

Karppi S-L. Toimintakyky on selviytymistä elämän haasteista. [www.kela.fi/in/internet/suomi.nsf/NET/261006153959HJ?OpenDocument](http://www.kela.fi/in/internet/suomi.nsf/NET/261006153959HJ?OpenDocument) (luettu 22.2.2014)

Keski-Suomen Sairaanhoidopiiri. Keski-Suomen Sairaanhoidopiirin alueen apuvälinepalveluopas. Toim. Kolomainen U. [www.ksshp.fi/download/noname/%7BE9E5FFEE-8413-4F58-A665-3A433DF3EF9D%7D/36099](http://www.ksshp.fi/download/noname/%7BE9E5FFEE-8413-4F58-A665-3A433DF3EF9D%7D/36099) (päivitetty 3/2012)

Koivuniemi K. ja Simonen K. Kohti asiakkuutta. Helsinki: Duodecim 2011. s.80-110.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992/785  
[www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785](http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785) (luettu 12.3.2015)

Laukkanen P. Päivittäisistä toiminnoista selviytymistä arvioivat haastattelu- ja kyselytutkimukset. Kirjassa: Heikkinen E ja Rantanen T, toim. *Gerontologia*. Helsinki: Duodecim 2008, s. 294-308.

Lehto Markku. Toimintakyky terveydenhuollon tulosmuuttujana. Kirjassa: Matikainen E, Aro T, Huunan-Seppälä A, Kivekäs J, Kujala S, Tola S, toim. *Toimintakyky*. Helsinki: Duodecim 2004, s.18.

Lotan M. Assistive Technology and Supplementary Treatment for Individuals with Rett Syndrome. *The Scientific World Journal* 2007; 7:903-948.

Martin J, Martin L, Stumbo N, Morrill J. The Impact of Consumer Involvement on Satisfaction with and Use of Assistive Technology. *Disability and Rehabilitation: Assistive Technology* 2011;6:225-242.

Mortenson WB, Demers Fuhrer M, Jutai J, Lenker J, DeRuyter F. Effects of an Assistive Technology Intervention on Older Adults with Disabilities and Their Informal Caregivers. *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation* 2013; 92:297-306.

Mortenson WB, Demers L, Fuhrer M, Jutai J, Lenker J, DeRuyter F. How Assistive Technology Use by Individuals with Disabilities Impacts their Caregivers. *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation* 2012; 91:984-998.



Mortenson WB ja Miller W. The Wheelchair Procurement Process: Perspectives of Clients and Prescribers. *Canadian Journal of Occupational Therapy* 2008;75:167-175.

Niemelä K. Iäkkäiden tuettu kuntoutuminen. Väitöskirja. Itä-Suomen yliopisto 2011.

Oulasvirta L, Ohtonen J, Stenvall J. Kuntien sosiaali- ja terveydenhuollon ohjaus- tasapainoista ratkaisua etsimässä. *Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja* 2002:19. Helsinki.

Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä. Apuvälinepalveluiden alueellinen palvelusuunnitelma Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymän alueella. 2007a.

Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä. Lääkinnällisen kuntoutuksen ja sosiaalitoimen apuvälineiden saatavuusperustesuositus Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymän alueella. 2007b.

Resnik L, Allen S, Isenstadt D, Wasserman M, Iezzoni L. Perspectives on Use of Mobility Aids in a Diverse Population of Seniors: Implications for Intervention. *Disabil Health J.* Apr 1 2009; 2: 77–85

Reyna V. A Theory of Medical Decision Making and Health: Fuzzy Trace Theory. *Med Decis Making* 2008;28:850-865.

Saarni S. Vaikuttavuuden huomiointi terveydenhuollon päätöksenteossa. Väitöskirja. Turun yliopisto 2010.

Sakakibara B, Miller W, Routhier F, Backman C, Eng J. Association Between Self-efficacy and Participation in Community-Dwelling Manual Wheelchair Users Aged 50 Years or Older. *Physical Therapy* 2014;94:664-674.

Salminen A-L. Apuväline toimintaa edistämässä. Kirjassa: Salminen A-L, toim. Apuvälinekirja. Kehitysvammaliitto 2010 s. 13-28.

Salminen A-L, Brandt Å, Samuelsson K, Töytäri O, Malmivaara A. Mobility Devices to Promote Activity and Participation: a systematic review. *Journal of Rehabilitation Medicine* 2009;41:697-706.

Smolander J, Hurri H ym. Toiminta- ja työkyvyn fyysisten arviointi- ja mittausten menetelmien kartoittaminen ICF-luokituksen aihealueella ”liikkuminen”. *Aiheita* 25/2004. Stakes. Helsinki 2004.

Sosiaali- ja terveysministeriö. Sosiaali- ja terveysministeriön asetus lääkinnällisen kuntoutuksen apuvälineiden luovutuksesta 1363/2011.  
<http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2011/20111363> (luettu 1.2.2015).

Sosiaali- ja terveysministeriö. Muistio 19.12.2011. Sosiaali- ja terveysministeriön asetus lääkinnällisen kuntoutuksen apuvälineiden luovutuksesta.

Sosiaali- ja terveysministeriö. Sosiaali- ja terveystiedot 2010, Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2010:1. Helsinki 2010a.

Sosiaali- ja terveysministeriö. Yhtenäiset kiireettömän hoidon perusteet 2010. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2010:31. Helsinki 2010b.

Sosiaali- ja terveysministeriö. Vahva pohja osallisuudelle ja yhdenvertaisuudelle: Suomen vammaispoliittinen ohjelma Vampo 2010-2015. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2010:4. Helsinki 2010c.

Sosiaali- ja terveysministeriö. Sosiaali- ja terveyspolitiikan strategiat 2015:Kohti sosiaalisesti kestäväää ja taloudellisesti elinvoimaista yhteiskuntaa. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2006:4. Helsinki 2006b

Sosiaali- ja terveysministeriö. Valtioneuvoston selonteko vammaispolitiikasta 2006. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja. Helsinki 2006a.

Sosiaali- ja terveysministeriö ja Suomen kuntaliitto 2003: Apuvälinepalveluiden laatusuositus. Oppaita 2003:7, Helsinki 2003:Edita Prima Oy.

Suomen Kuntaliitto. Apuvälinepalvelunimikkeistö – opas terveydenhuoltoon. Helsinki 2004

Suomen perustuslaki 1999/731 <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1999/19990731> (luettu 12.1.2015)

Suomen standardisoimisliitto SFS 2003: Vammaisten apuvälineet. Luokitus ja terminologia. Standardi SFS-EN ISO 9999.

Steel E, Gelderblom G, de Witte L: The Role of the International Classification of Functioning, Disability, and Health and Quality Criteria for Improving Assistive Technology Service Delivery in Europe. *American Journal of Physical Medicine&Rehabilitation* 2012; 91:55-61.

Stevens J, Thomas K, Teb L, Greenspan A: Unintentional Fall Injuries Associated with Walkers and Canes in Older Adults Treated in U.S Emergency Departments: *J Am Geriatr Soc* 2009; 57:1464-1469.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Apuvälineluokitus. 2014b  
[http://www.thl.fi/fi\\_FI/web/fi/aiheet/tietopakettit/apuvälinepalvelut/apuvälineluokitus](http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/aiheet/tietopakettit/apuvälinepalvelut/apuvälineluokitus) (päivitetty 9.10.2014)

Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos. Apuvälinepalveluprosessi. 2014c.  
<https://www.thl.fi/fi/web/toimintakyky/apuvälineet/>(päivitetty 30.11.2014)

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Ohjeita apuvälinepalveluiden toteuttamiseksi. 2014a.  
[www.thl.fi/fi/web/toimintakyky/apuvälineet/ohjeita-apuvälinepalveluiden-toteuttamiseksi](http://www.thl.fi/fi/web/toimintakyky/apuvälineet/ohjeita-apuvälinepalveluiden-toteuttamiseksi) (päivitetty 30.11.2014)

Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos. Informaatio-ohjaus kuntien tukena. Tukiä H, Wilska-man K toim. Raportti 57. Tampere 2011a.

Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos. Laki ja asiakkaan oikeudet- sosiaali- ja terveydenhuollon ulkopuoliset tekijät-työryhmä loppuraportti IV, Raportti 48/2011, Tampere 2011b.

Terveydenhuoltolaki 2010/1326 <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>. (luettu 15.2.2015)

Tuomi J. Tutki ja lue. Helsinki: Tammi 2007.s126

Tuomi J ja Sarajärvi A 2004. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Jyväskylä: Tammi 2002. S. 93-121

Töytäri O. Apuvälineiden ja apuvälinepalveluiden saatavuus terveyskeskuksissa ja keskussairaaloissa 2006. Stakesin työpapereita 15/2007. Helsinki: Valopaino Oy 2007.

Töytäri O. Suosituksella laatua apuvälinepalveluihin. Stakesin työpapereita 41/2008. Helsinki: Valopaino Oy 2008.

Töytäri O, Koistinen A-K, Mustonen M, Leivo H. Liikkuminen. Kirjassa: Salminen A-L, toim. Apuvälinekirja. Kehitysvammaliitto 2010 s. 111-147.

Valkama K. Muuttuneen asiakkuuden haaste sosiaali- ja terveydenhuollossa. Hallinnon tutkimus 2/2009; 26-40.

Vogt L, Lucki K, Bach M, Banzer W. Rollaator Use and Functional Outcome of Geriatric Rehabilitation. Journal of Rehabilitation Research&Development 2010;47:151-156.

WHO. ICF – toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälinen luokitus. Stakes. Ohjeita ja luokituksia 2004:4. Gummerus Kirjapaino Oy, Jyväskylä 2005.

Zeller J, Burke A, Glass M. Assessing Disability. The Journal of The American Medical Association 2007; 298:2096 luettavissa:  
<http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=209374>

Ei painetut lähteet

Kosonen Merja, palvelupäällikkö Apuvälinepalvelut-yksikkö. Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä. Haastattelu 2.4.2015.

# LIITTEET

## Liite 1. Kysymyslomake



### Apuvälineen luovutus PKSSK:n alueella

Tällä kyselyllä selvitetään lääkinnällisen kuntoutuksen apuvälineen luovutuksen perusteita Pohjois-Karjalan sairaanhoitopiirin alueella. Tavoitteena on kehittää apuvälinepalveluiden luovutuskäytäntöjä.

**Vastaukset kerätään niin, että vastaajaa tai terveyskeskusta ei voida tunnistaa.**

Lomake täytetään jokaisesta luovutetusta apuvälineestä. Vastaa kaikkiin kysymyksiin.

Klikkaamalla kysymyksen jäljessä olevaa punaista kysymysmerkkiä (?) löydät tarvittaessa ohjeet vastaamiseen.

Tutkimukseen on saatu tutkimuslupa niistä terveyskeskuksista, joista tietoja kerätään. Tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista.

### Lainaustiedot

Mikä apuväline potilaalle luovutettiin? Jokaisesta luovutetusta apuvälineestä vastataan omalle lomakkeelleen, paitsi jos luovutettiin useampi päivittäisen toiminnan pienapuväline, niistä tehdään yksi vastaus. ?

Kuka on arvioinut potilaan apuvälinetarpeen? ?

- Lääkäri
- Fysioterapeutti
- Toimintaterapeutti
- Sairaanhoitaja
- Kuntohoitaja
- Joku muu
- En tiedä

Mikäli apuvälinetarpeen on arvioinut jokin muu, niin kuka? ?

Apuvälineen luovuttajan ammattinimike on

- Fysioterapeutti
- Toimintaterapeutti
- Kuntohoitaja
- Sairaanhoidtaja
- Joku muu

Mikäli apuvälineen luovuttajan ammattinimike on joku muu, niin mikä? [?](#)

Onko apuvälineen luovuttajalla tiedossa potilaan sairaus, vamma tai kehitysviivästyminen, josta heikentynyt toimintakyky johtuu?

Kyllä Ei

Arvioiko apuvälineen luovuttaja tai onko hänellä tiedossa

Kyllä Ei

potilaan toimintakyky

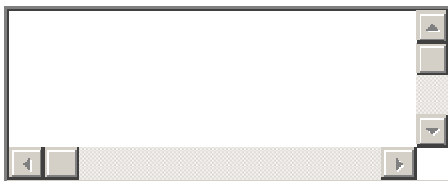
potilaan elämäntilanne

Potilaan elinympäristö

Osallistuiko potilas hänelle luovutetun apuvälineen valintaan? [?](#)

Kyllä Ei

Mikäli potilas ei osallistunut apuvälineen valintaan, niin miten valinta toteutettiin. [?](#)



Luovutetun apuvälineen laina-aika.

- 1 viikko
- 2 viikkoa
- 3 viikkoa
- 1 kuukausi
- 2 kuukautta
- 3 kuukautta
- muu aika
- toistaiseksi käyttöön (ns. pitkäaikaislaina)

Mikäli laina-aika on "muu aika", niin mikä? [?](#)



Kenelle apuväline luovutettiin? [?](#)

- Potilaalle
- Potilaan omaiselle
- Potilaan avustajalle
- Jollekin muulle

Jos apuväline luovutettiin jollekin muulle, niin kenelle? [?](#)



Kenelle opastettiin apuvälineen käyttö ja toiminta? [?](#)

- Potilaalle
- Potilaan omaiselle
- Potilaan avustajalle
- Jollekin muulle
- Käytön opastus ei toteutunut

Mikäli käytön opastus toteutettiin jollekin muulle, niin kenelle? [?](#)

Miten apuvälineen käytön opastus toteutui? [?](#)

- Suullisesti
- Kirjallisesti
- Kuvallisesti
- Ei toteutunut

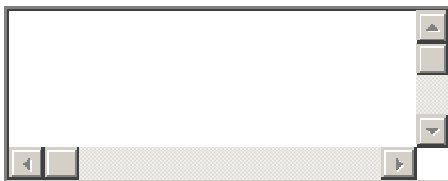
Ohjattiinko henkilölle, jolle apuväline luovutettiin, apuvälineen tekniset ominaisuudet esim. säädöt, kiinnitykset ja kasaan laitto?

Kyllä Ei

Sovitettiin apuvälinettä?

Kyllä Ei

Mikäli apuvälineen sovitust ja käytön opastus järjestettiin jotenkin muuten, niin miten? [?](#)



Tehtiinkö lainauksesta lainaussopimus

Kyllä Ei

Tietojärjestelmä, minne käyttöön luovutus kirjattiin? [?](#)

- Effector
- Mediatri
- Jokin muu
- Ei kirjattu

**Tietojen lähetyk**

1395213734.8322	8218	true	true
-----------------	------	------	------

KIITOS VASTAUKSESTASI.

LISÄTIETOJA:

ANNE JORMAKKA P. 040-5459037 anne.jormakka@elisanet.fi

Järjestelmänä Edux E-lomake

Järjestelmänä Edux E-lomake 3.1, [www.e-lomake.fi](http://www.e-lomake.fi)



## Liite 2. Tutkimuslupa-anomus

### TUTKIMUSLUPA-ANOMUS

Haen lupaa kerätä tutkimustietoa terveyskeskuksessanne lääkinällisen kuntoutuksen apuvälineitä luovuttavilta henkilöiltä pro gradu-tutkielmaani varten.

Opiskelen Itä-Suomen yliopistossa terveystieteiden maisteriksi kansanterveystieteen pääaineessa. Tutkielmani aiheena on ”*Lääkinällisen kuntoutuksen apuvälineen luovutuksen toteutuminen perusterveydenhuollossa Pohjois-Karjalan sairaanhoidon ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymän alueella*”. Tutkimuksen tavoitteena on selvittää, miten normi- ja suositusohjauksen velvoitteet toteutuvat apuvälineen käyttöön luovutuksen yhteydessä.

Tarkoitukseni on kerätä tietoa elomake –muodossa olevalla strukturoidulla kyselylomakkeella, joka täytetään jokaisen apuvälineluovutuksen jälkeen. Saadut tiedot ovat ainoastaan tutkimusta suorittavan henkilön käytössä, eikä niistä voida tunnistaa vastaajaa, terveyskeskusta tai henkilöä, jolle apuväline on luovutettu.

Tutkimuksen ohjaajina toimivat TtM, tutkija Pirjo Hakkarainen Itä-Suomen yliopistolta sekä TtM, KM suunnittelija, opettaja Maria Luojus Itä-Suomen yliopistolta ja Koulutus- ja kehittämispalvelut Aducate/Avoimesta yliopistosta.

Liitteenä on tutkimussuunnitelma ja tutkimuslupalomake. Pyydän teitä täyttämään tutkimusluvan ja lähettämään sen allekirjoittaneelle. Mukana on osoitteella ja postimerkillä varustettu kirjekuori luvan lähettämistä varten.

Yhteistyöterveisin,

Anne Jormakka

TtM-opiskelija

Itä-Suomen yliopisto

Lääketieteen laitos

Kansanterveystiede

p. 040 5459037

[anne.jormakka@elisanet.fi](mailto:anne.jormakka@elisanet.fi)

Maria Luojus

Ft, TtM, KM suunnittelija terveystieteet Itä-

Suomen yliopisto

puh. 040 355 3388

[maria.luojus@uef.fi](mailto:maria.luojus@uef.fi)

## Liite 3. Tutkimuslupa

### Tutkimuslupa

Pro gradu tutkielma: Lääkinnällisen kuntoutuksen apuvälineen luovutuksen toteutuminen perusterveydenhuollossa Pohjois-Karjalan sairaanhoidon ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymän alueella

### Terveyskeskus:

#### Myöntäjä:

- Myönnän tutkimusluvan
- Hakemus / tutkimussuunnitelma palautetaan korjattavaksi seuraavin muutoksin:

- Hakemus / tutkimussuunnitelma hylätään, perustelut:

Päiväys:

Myöntäjän allekirjoitus ja nimenselvennys: