

KEMI-TORNION AMMATTIKORKEAKOULU

PELAAKO PALVELU?

Selvitys erikoissairaanhoidon fysioterapiapalveluista Länsi-Pohjan keskussairaalassa sekä selvitys Länsi-Pohjan sairaanhoitopiirin fysioterapiapalvelujen kehittämiskohteista alueen terveyskeskusten ja keskussairaalan fysioterapeuttien näkökulmasta

Aittamaa Salla & Aro Sanna

Fysioterapian koulutusohjelman opinnäytetyö

Fysioterapeutti (AMK)

KEMI 2011

Tekijät: Aittamaa, Salla & Aro, Sanna

Opinnäytetyön nimi: PELAAKO PALVELU? Selvitys erikoissairaanhoidon fysioterapiapalveluista Länsi-Pohjan keskussairaалassa sekä selvitys Länsi-Pohjan sairaanhoitopiiriin fysioterapiapalvelujen kehittämiskohteista alueen terveyskeskusten ja keskussairaalan fysioterapeuttien näkökulmasta

Sivuja 48. Liitteitä 2.

Kuntoutus on käytännössä erilaisista toimenpiteistä muodostuva koordinoitu ja tavoitteellinen kokonaisuus, jonka toimenpiteistä tulisi muodostua katkeamaton ja loogisesti etenevä prosessi eli saumaton palveluketju. Eri toimijoiden ja tahojen välinen saumaton yhteistyö ja tiedonkulku ovat olennaisia tekijöitä prosessin edesauttamisessa. Kuntoutusta koskevan yhteistyön tiedetään kuitenkin olevan pulmallista hajautetussa kuntoutuspalvelujärjestelmässämme. Hyvän fysioterapiapalvelun tulisi olla tehokasta, palvelutuotannon tuottavaa ja terveydenhuollon rahoitusrasituksen tulisi jakautua oikeudenmukaisesti. Yhteistyö ja palvelujen yhteensovittaminen eri sektoreiden kesken painottuukin välttämättömänä edellytyksenä Länsi-Pohjan sairaanhoitopiiriin (L-PSHP) kuntayhtymän laatimassa palvelujen järjestämissuunnitelmassa kustannustehokkaan ja asiakaslähtöisen palvelun tuottamiseksi.

Tämän projektimuotoisen opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää tilastotiedon pohjalta, mitä erikoissairaanhoidon fysioterapiapalveluja Länsi-Pohjan keskussairaалassa (L-PKS) tarjotaan. Kyselyn avulla selvitettiin, mitä L-PKS:n fysioterapiapalveluja L-PSHP:n terveyskeskusten ja L-PKS:n fysioterapeuttien mielestä voisi toteuttaa muualla tai yhteistyössä muun tahon kanssa sekä mitä L-PSHP:n fysioterapiapalveluja heidän mielestään alueella voisi kehittää asiakkaiden fysioterapiaprosessien kannalta.

Selvityksen tulosten pohjalta voitiin todeta, että L-PSHP:n alueen fysioterapiapalvelujen kehittämiskohteita olivat neurologisten potilaiden, operatiivisten selkäpotilaiden, tekonivelpotilaiden ja inkontinenssipotilaiden fysioterapiaprosessit. Tukisukkien mittaaminen ja lainaaminen sekä lasten ja nuorten ryhtiin liittyvä fysioterapia voitaisiin alueen fysioterapeuttien mielestä toteuttaa muualla kuin L-PKS:ssa tai yhteistyössä muun tahon kanssa.

Eri tahojen yhteistyön kehittäminen, paikallisten verkostojen muodostaminen sekä yhtenäisen tiedonkulun ja toimintamallien laatiminen edesauttaisivat huomattavasti saumattoman palveluketjun toteutumista. L-PKS:n olisi ajankohtaista ja tarpeellista kehittää yhteistyötä fysioterapiapalvelujen osalta jonkin muun tahon. L-PKS:n fysioterapian tilastoinnissa on lisäksi kehittämistä ja selvityksen pohjalta tilastoinnilla on merkitystä myös jatkokuntoutuksen seurannalle eikä seuranta vaikuta L-PSHP:ssa toteutuvan tarkoituksenmukaisesti. L-PSHP:n optimaalinen resursointi ei tämän selvityksen ja Kuntamaiseman (2010) selvityksen perusteella mitään ilmeisimmin toteudu ja se luo jatkossakin uhkakuvan kuntien taloudelle.

Asiasanat: Kuntoutuspalvelujärjestelmä, fysioterapiapalvelu, saumaton palveluketju

Authors: Aittamaa, Salla & Aro, Sanna

Title: DOES THE SERVICE WORK? Report of special health care physiotherapy services in Länsi-Pohja central hospital and report of development objects of physiotherapy services in Länsi-Pohja health care district from the perspective of districts health centers and central hospital physiotherapists

Pages 48. Appendices 2.

Rehabilitation is practically a coordinated and goal-oriented whole which measures should form a continuous and logically progressive process otherwise a seamless service chain. Essential elements in assisting the process are seamless cooperation and flow of information between different actors and quarters. Good physiotherapy service should be effective, production of services productive and financial stress of the health care should be divided fairly. Cooperation and reconciliation of services between different sectors are emphasized as necessary requirements to produce cost-effective and customer-oriented services according to organizational plan of services drafted by Länsi-Pohja health care district federation of municipalities.

The purpose of this project-form thesis was to find out through statistics what special health care physiotherapy services are offered in Länsi-Pohja central hospital. In addition the questionnaire was used to find out what physiotherapy services in Länsi-Pohja central hospital could be followed through somewhere else or in cooperation with another quarter and what Länsi-Pohja health care district physiotherapy services could be developed in advantage for customer physiotherapy processes from the perspective of districts health centers and central hospital physiotherapists.

Based on the results of this report can be discovered that the development objects of physiotherapy services in Länsi-Pohja health care district are physiotherapy processes of neurological patients, operative back patients, patients with artificial joint and incontinence patients. The measuring and borrowing of surgical stockings and posture physiotherapy of children and the youth could be followed through somewhere else than in Länsi-Pohja central hospital or in cooperation with another quarter. Developing cooperation between different quarters, creating local networks and creating a uniform flow of information and operational models would assist significantly in carrying out the seamless service chain. It would be topical and necessary to develop cooperation between Länsi-Pohja central hospital and some other quarters. Based on this report the compilation of statistics of physiotherapy in Länsi-Pohja central hospital needs developing and in addition it is significant to postrehabilitative follow up which does not seem to come true appropriately in Länsi-Pohja health care district. Based on this and Kuntamaisema (2010) report optimal resource allocation in Länsi-Pohja health care district does not apparently come true and it creates a threat to finances of the municipalities.

Keywords: Rehabilitation service system, physiotherapy service, seamless service chain

SISÄLLYS

1 JOHDANTO	5
2 PROJEKTIN KÄYNNISTYMINEN	8
2.1 Esiselvitys ja taustatekijät	8
2.2 Tarkoitus ja tavoitteet	9
2.3 Organisaatio ja ohjaus	10
2.4 Rajaus	11
2.5 Tulosten arviointi	11
3 KUNTOUTUSPALVELUJÄRJESTELMÄ	12
3.1 Fysioterapiapalvelujen korvausjärjestelmä	13
3.2 Näkemyksiä saumattomaan palveluketjuun	14
3.3 Fysioterapiapalvelujen tulevaisuus	15
4 HYVÄ FYSIOTERAPIAPALVELU	17
4.1 Asiakkaan näkökulma	18
4.2 Ammatillinen näkökulma	19
4.3 Palvelujärjestelmää johtavien näkökulma	19
5 PROJEKTIN TOTEUTUS	21
6 PROJEKTIN TULOKSET	23
6.1 Länsi-Pohjan keskussairaalan fysioterapiatilastojen tulokset	23
6.2 Kyselylomakkeiden tulokset	24
7 PROJEKTIN ARVIOINTI	29
7.1 Suunnittelun arviointi	29
7.2 Toteutuksen arviointi	29
7.3 Tulosten arviointi	30
7.4 Oman oppimisen arviointi	31
8 POHDINTA	32
9 JOHTOPÄÄTÖKSET	39
LÄHTEET	41
LIITTEET	

1 JOHDANTO

Erikoissairaanhoidosta puhuttaessa, tarkoitetaan seuraavia lääketieteen ja hammaslääketieteen erikoisaloihin kuuluvia terveydenhuollon palveluja: tutkiminen, hoito, lääkinnällinen kuntoutus (tähän lukeutuu myös fysioterapia), sairauden ehkäisy ja lääkinnällinen pelastustoiminta. Kuntoutustarvetta ja – mahdollisuuksia selvittävä tutkimus, neuvonta, sopeutumisvalmennus- ja ohjaustoiminta, apuvälinehuolto sekä muut näihin rinnastettavat toiminnot luetaan kuntouttavien hoitotoimenpiteiden lisäksi kuuluvaksi lääkinnälliseen kuntoutukseen. (Erikoissairaanhoidolaki 1989.)

Kuntoutus on käytännössä erilaisista toimenpiteistä muodostuva koordinoitu kokonaisuus, jonka avulla pyritään tavoitteisiin, jotka lähtevät kuntoutujan omista tarpeista ja elämäntilanteesta. Kuntoutus voidaan luokitella neljään eri lohkoon: lääkinnälliseen, ammatilliseen, kasvatukselliseen ja sosiaaliseen kuntoutukseen. Se on suunniteltua ja eri alojen moniammatillista toimintaa, jonka avulla kuntoutuja saavuttaa paremman elämänhallinnan. (Talvitie & Karppi & Mansikkamäki 2006, 45–46.)

Kuntoutusketjun toimenpiteistä tulisi muodostua katkeamaton ja loogisesti etenevä prosessi riippumatta kuntoutuksen vaiheesta tai kuntoutusta toteuttavasta tahosta. Eri toimijoiden ja tahojen välinen saumaton yhteistyö ja tiedonkulku ovat olennaisia tekijöitä prosessin edesauttamisessa. Tällainen yhteistyö auttaa varmistamaan kuntoutusprosessin jatkuvuuden. (Talvitie ym. 2006, 45.) Lahtelan, Grönlundin, Röbergin ja Virran (2002, 62) arvion mukaan onkin pitkään tiedetty kuntoutusta koskevan yhteistyön olevan pulmallista hajautetussa kuntoutusjärjestelmässämme. Erityisesti yhteistyön lähtökohdissa, toisin sanoen kuntoutustietämyksessä, esiintyy edelleen selviä puutteita, esimerkiksi kuntouttajien tietämyksessä yhteistyökumppaneiden toiminnasta. Kuntoutustahojen yhteistyötä kehittämällä on pyritty parantamaan hajautetun järjestelmän toimintaa mm. lakisääteisiä kuntoutuksen asiakasyhteistyöelimiä perustamalla (Laki kuntoutuksen asiakasyhteistyöstä 2003).

Länsi-Pohjan sairaanhoitopiirin (L-PSHP) kuntayhtymän vuosille 2009 – 2012 laatiman terveydenhuollon palvelujen järjestämissuunnitelman mukaan alueella on terveydenhuollon eri palveluiden tuottajien ja järjestäjien kesken kiinteä yhteistyö. Yhteistyö ja palvelujen yhteensovittaminen eri sektoreiden kesken painottuu

suunnitelmassa välttämättömänä edellytyksenä kustannustehokkaan ja asiakaslähtöisen palvelun tuottamiseksi. Palvelujen järjestämissuunnitelmassa määrätään, että koko palvelujärjestelmän osalta on huolehdittava hoitoketjujen toimivuudesta tekemällä yhteistyötä kuntien kesken sekä ottamalla huomioon myös yksityiset ja kolmannen sektorin palveluntuottajat. Keskussairaalan toimesta tulee kuitenkin tuottaa erikoisalojen asiantuntemusta edellyttävä, vaativa kuntoutus ja määrätetyt kalliit kuntoutusratkaisut. Korkeatasoisten palvelujen kustannustehokas tuottaminen onkin suunnitelmassa mainittu uudistuksen tavoitteena alueen erikoissairaanhoidossa. (Länsi-Pohjan sairaanhoitopiirin kuntayhtymä 2009).

Suomen väestön ikärakenteen vanheneminen ja suurten ikäluokkien siirtyminen eläkeikään merkitsee väistämättä terveystalouden tarpeen kasvua, kansalaisten palvelujen käytön tottumusten muuttumista ja erilaisten terveysongelmien hoitamisen mahdollisuuksien paranemista (Aromaa & Koskinen 2002, 139; Willberg & Valtonen 2007, 11). Kemissä väestön ikärakenteen vanheneminen näkyy kuntoutuksen osalta tällä hetkellä muun muassa siten, että ennen suuren kuntoutustarpeen muodostaneet sotaveteraanit ovat vähenemässä kuntoutuksen piiristä. Vanhemman ikäluokan koon kasvaessa erityisesti toiminta- ja työkykyä ylläpitävän ja edistävän kuntoutuksen tarve kasvaa, ja tästä nousee esimerkiksi ryhmämuotoisen jatkokuntoutuksen lisätarve.

Palvelukeskus Purola on pitemmän aikaa tarjonnut sotaveteraaneille kuntoutuspalveluja. Tämän ryhmän siirtyessä kuntoutuspalvelujen piiristä, on noussut esille tarve selvittää, mille asiakasryhmälle Purola voisi tulevaisuudessa tarjota ryhmämuotoista kuntoutusta. Tämän projektin tarkoituksena onkin selvittää tilastotiedon pohjalta, mitä erikoissairaanhoidon fysioterapiapalveluja Länsi-Pohjan keskussairaalassa (L-PKS) tarjotaan. Kyselyn avulla selvitetään lisäksi, mitä L-PKS:n fysioterapiapalveluja Länsi-Pohjan sairaanhoitopiirin (L-PSHP) terveyskeskusten ja fysioterapeuttien mielestä voisi toteuttaa muualla tai yhteistyössä muun tahon kanssa sekä, mitä L-PSHP:n fysioterapiapalveluja heidän mielestään alueella voisi kehittää asiakkaiden fysioterapiaprosessien kannalta.

Projektin tuotoksena Palvelukeskus Purolalle tuotetaan selvitys L-PKS:n fysioterapiakäyntitilastoista ja kyselylomakkeista saatujen tietojen pohjalta. Purola harkitsee selvityksen perusteella, voisivatko he tarjota ryhmämuotoista jatkokuntoutusta joillekin selvityksestä esille nousseista asiakasryhmistä. Purolan ja L-PKS:n yhteistyö

jatkokuntoutuksen suunnittelussa ja toteutuksessa voisi myös olla yhtenä mahdollisuutena. Projektin viitekehyksessä tullaan käsittelemään tarkemmin seuraavia projektin kannalta keskeisiä asiasanoja: kuntoutuspalvelujärjestelmä, fysioterapiapalvelu ja saumaton palveluketju.

2 PROJEKTIN KÄYNNISTYMINEN

”Projekti on johonkin määriteltyyn tavoitteeseen pyrkivä, harkittu ja suunniteltu hanke, jolla on aikataulu, määritellyt resurssit ja oma projektiorganisaatio”. Lisäksi projektilla on alku ja loppu, ja jokainen projekti on ainutkertainen. (Rissanen 2002, 14.) Tämä opinnäytetyö on projektimuotoinen ja käynnistyi joulukuussa 2010.

2.1 Esiselvitys ja taustatekijät

Aihe tälle projektille saatiin Kemi-Tornion ammattikorkeakoulun fysioterapiaopettaja Pekka Tiitiseltä joulukuussa 2010. Projekti on työelämälähtöinen ja toive sen toteuttamisesta tuli Palvelukeskus Purolasta. Toimeksiantaja Palvelukeskus Purola tarvitsee uusia kuntoutusryhmiä, koska ennen suuren kuntoutustarpeen muodostanut sotaveteraanien ryhmä on poistumassa kuntoutuspalvelujen piiristä.

Kaikissa projekteissa tarvitaan taustaselvitystä, joka selventää projektin lähtökohtatilannetta, sidosryhmiä ja näkemyksiä, projektin toimintaympäristöä ja siihen odotettavia muutoksia (Silfverberg 2007, 49). Taustaselvitys on tehtävä suunnitelmalliseksi ja projektia hyvin palvelevaksi. Taustaselvitystiedoilla edesautetaan ennen kaikkea tavoitteiden määrittelyä oikeiksi, aidoiksi ja realistisiksi sekä valmistellaan hyvän ja toimivan projektisuunnitelman laatimista. (Rissanen 2002, 40.) Tässä projektissa taustaselvitystä tehdään tutustumalla erilaisiin tilastoraportteihin ja aikaisemmin tehtyihin tutkimuksiin liittyen fysioterapiapalvelujen selvittämiseen muualla Suomessa. Samankaltaisia töitä on tehty muun muassa Porissa ja Kemissä.

Porissa vuonna 2007 tehdyssä opinnäytetyössä (Hentonen & Varjonen) kartoitettiin Satakunnan terveyskeskusten fysioterapiapalveluja. Työssä todettiin tulosten pohjalta, että alueellisten fysioterapiapalvelujen yhtenäistäminen on tarpeellista ja että terveyskeskusten fysioterapiapalvelujen tarjonta on osittain vaihtelevaa. Tutkimus koskee Satakunnan sairaanhoitopiiriä eikä tuloksia siksi voida yleistää koko Suomea koskeviksi. Tutkimuksesta on kuitenkin viitteellistä apua tähän opinnäytetyöhön.

Kemissä vuonna 2002 tehdyssä opinnäytetyössä (Aura & Hirvonsalo & Rautio 2002) selvitettiin lääkinnällisen kuntoutuksen sen hetkistä tilannetta ja tulevaisuutta L-PSHP:ssä. Tutkimuksen tulokset osoittivat, että L-PSHP:n palvelujen tuottajien työhön sisältyy vähän elinympäristöön liittyviä muutostyö- ja apuvälinepalveluja sekä moniammatillista yhteistyötä. Tutkimuksen mukaan lähes kaikkien asiakasryhmien lääkinnällisten kuntoutuspalvelujen tarve kohtaa tulevaisuudessa tuotettavien palvelujen kanssa. Kuitenkaan ikääntyville, TULES-asiakkaille sekä lapsille ja nuorille ei tutkimuksen mukaan tulla tuottamaan tarpeeksi fysioterapiapalveluja. Kyseinen opinnäytetyö on kuitenkin melkein kymmenen vuotta vanha, joten tarve uuden selvityksen tekemiseen tälle alueelle on ajankohtainen.

2.2 Tarkoitus ja tavoitteet

Projektin tarkoituksena on vastata kysymyksiin, miksi projekti on aloitettu ja miksi se toteutetaan. Lisäksi se vastaa, mihin tilanteeseen ja tarpeeseen projektilla pystytään vastaamaan ja miten projekti tehdään (Löow 2002, 64). Tämän projektin tarkoituksena on selvittää, mitä erikoissairaanhoidon fysioterapiapalveluja L-PKS:ssa tarjotaan. Lisäksi selvitetään, mitä L-PKS:n fysioterapiapalveluja Länsi-Pohjan sairaanhoitopiirin (L-PSHP) terveyskeskusten ja fysioterapeuttien mielestä voisi toteuttaa muualla tai yhteistyössä muun tahon kanssa sekä mitä L-PSHP:n fysioterapiapalveluja heidän mielestään alueella voisi kehittää asiakkaiden fysioterapiaprosessien kannalta.

Tavoitteella puolestaan tarkoitetaan kuvausta siitä, millaisiin parannuksiin tai muutoksiin nykytilanteeseen verrattuna pyritään (Silfverberg 2007, 80). Karlssonin ja Marttalan (2001, 63) mukaan tavoitteiden on oltava niin hyvin määritelty, ettei niitä voi ymmärtää väärin. Sitä todennäköisemmin projekti tulee onnistumaan, mitä paremmin suunnittelu on toteutettu ja mitä selkeämmät tavoitteet ovat (Kettunen 2003, 83). Löow (2002, 64) tähdentää, että tavoitteen kannalta ryhmän kaikkien jäsenten on tiedostettava tavoite, työskenneltävä sen saavuttamiseksi ja seurattava sekä arvioitava sen saavuttamista. Tavoitteiden toteuttamisen kautta projektin tulisi tuottaa lisäarvoa asettajalleen ja hyötyä kohteelle (Rissanen 2002, 14).

Tämän projektin tulostavoitteena on koota Palvelukeskus Purolalle selvitys L-PKS:n fysioterapiapalveluista ja L-PSHP:n fysioterapiapalvelujen kehittämiskohteista alueen

terveyskeskusten ja L-PKS:n fysioterapeuttien näkökulmasta. Lyhyen aikavälin tavoitteena on lisätä Palvelukeskus Purolan tietoutta L-PKS:n fysioterapiapalveluista sekä L-PSHP:n fysioterapiapalvelujen mahdollisista kehittämiskohteista. Pitkän aikavälin tavoitteena on kehittää L-PSHP:n fysioterapiapalvelujen saumattomuutta asiakkaiden fysioterapiaprosessien kannalta. Projektiorganisaation oppimistavoitteena on ymmärtää paremmin hallinnollisesta näkökulmasta fysioterapiapalveluja, niiden tilastointia ja tulkintaa. Lisäksi tavoitteena on oppia projektityöskentelyä ja harjoitella oman työn kehittämistä tulevaa työelämää ajatellen.

2.3 Organisaatio ja ohjaus

Organisaatio muodostuu kahdesta tai useammasta yksilöstä, jotka yrittävät saavuttaa organisaatioon liittyvän tavoitteen työnjaon kautta (Karlsson & Marttala 2001, 76). Projektin onnistumiselle on hyvät edellytykset, jos projektiorganisaatio koostuu ihmisistä, jotka kykenevät tekemään päätöksiä, esittämään mielipiteitä ja ovat sitoutuneita projektiin. Onnistuminen vaatii kuitenkin hyvää suunnittelua ja johtajuutta. (Löow 2002, 76.) Projektiorganisaation muodostavat tässä projektissa Kemi-Tornion ammattikorkeakoulun fysioterapeuttiopiskelijat Salla Aittamaa ja Sanna Aro.

Projektin etenemistä seuraa ohjausryhmä, jonka muodostavat tärkeimmät sidosryhmät. Ohjausryhmän tehtävä on seurata projektin edistymistä sekä tehdä päätöksiä projektisuunnitelman mahdollisista muutoksista. (Kettunen 2003, 133.) Rissanen (2002, 110) tarkentaa, että ohjausryhmän ei tule ottaa vastuuta projektista, mutta sillä on suuri vastuu siitä, että dialogi toimii ja että projektin toivotut vaikutukset saadaan aikaan. Ohjausryhmään kuuluvat tässä projektissa Palvelukeskus Purolan johtaja Raija Lahti ja fysioterapeutti Minna Lappalainen. Koska työn tavoitteena on tehdä selvitys L-PKS:n fysioterapiapalveluista, toimii myös L-PKS yhtenä projektin yhteistyökumppanina.

Ohjauksen toteuttaminen on projektissa sen tärkeämpää, mitä suurempi, moniulotteisempi tai pitkäkestoisempi projekti on. Ohjaus on vuorovaikutusta sekä dialogia projektin ja sen tärkeiden sidosryhmien välillä. (Rissanen 2002, 110.) Kemi-Tornion ammattikorkeakoulun opettajat Timo Marttala ja Pekka Tiitinen toimivat ohjaajina tässä opinnäytetyössä.

2.4 Rajaus

Rajaus selventää projektin päämäärää ja se on osa sen muotoilua (Karlsson & Marttala 2001, 63). Kettunen (2003, 99–100) tarkentaa, että rajauksen tarkoituksena on projektin läpiviennin ja projektiryhmän työn helpottaminen. Hän korostaa, että projektissa rajaukseen kuuluu oleellisesti myös kirjata ylös ne sisällöt, jotka eivät kuulu projektiin. Rajausten avulla pystytään myös kontrolloimaan projektin kokoa.

Tämä projekti rajataan koskemaan L-PKS:n erikoissairaanhoidon fysioterapiapalvelujen selvittämistä, koska L-PKS on alueen ainoa erikoissairaanhoidon palveluja tarjoava taho. Lisäksi L-PSHP:n terveyskeskusten fysioterapeuteilta (Kemi, Keminmaa, Simo, Tervola, Tornio, Ylitornio) haetaan kyselylomakkeiden avulla näkemystä alueen fysioterapiatarjonnasta ja sen mahdollisista kehittämiskohteista. Projektista rajataan pois perusterveydenhuollon fysioterapiapalvelut sekä yksityisen ja kolmannen sektorin fysioterapiapalveluntuottajat, koska projektin resurssit eivät riitä niin laajaan selvitykseen.

2.5 Tulosten arviointi

Silfverbergin mukaan arvioinnilla pyritään parantamaan meneillään olevan hankkeen toteutusta. Vaikuttavuuden, kestävyys ja tarkoituksenmukaisuuden tarkastelu ovat myös oleellisia arvioinnin kohteita. (Silfverberg 2007, 146.)

Tulostavoitteen toteutumisesta kertoo selvityksen eli tämän opinnäytetyön valmistuminen. Lyhyen aikavälin tavoitetta arvioidaan selvittämällä haastattelun keinoin ohjausryhmältä, onko opinnäytetyö lisännyt heidän tietouttaan ja antanut heille uutta tietoa L-PKS:n fysioterapiapalveluista ja L-PSHP:n fysioterapiapalvelujen kehittämiskohteista. Pitkän aikavälin tavoitetta ei pystytä arvioimaan tämän projektin aikana, koska se vaatii seuranta opinnäytetyön julkaisemisen jälkeen. Tuloksien arvioinnissa käsitellään projektin alussa asetettujen tarkoituksen ja tavoitteiden täyttymistä suhteessa tuloksiin. Tässä projektissa tehdään lisäksi jatkuvaa kriittistä arviointia ja toiminnan kehittämistä projektin edetessä arvioimalla tarkoitusta ja tavoitteita sekä projektisuunnitelman toteutumista.

3 KUNTOOUTUSPALVELUJÄRJESTELMÄ

Suomalainen sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmä perustuu tärkeimmiltä osin kunnalliseen palvelujen järjestämismvastuuseen. Kuntoutuksen järjestäminen yleisten palvelujen ja sosiaalivakuutusjärjestelmien osana on kuntoutusjärjestelmän pääperiaatteena. Kuntoutustoiminta jakaantuu kolmeen sektoriin: julkinen sektori, yksityinen sektori ja ns. kolmas sektori (Kuvio 1), joiden palvelut täydentävät palvelujärjestelmää. (Järvikoski & Härkäpää 2011, 53; Paatero & Lehmijoki & Kivekäs & Ståhl 2008, 31, 33; Ruotsalainen 2000, 12.) Kaikki sektorit ovat velvoitettuja yhteistyöhön niin keskus-, alue- kuin paikallishallinnonkin tasoilla (Lahtela ym. 2002, 16).



Kuvio 1. Suomalainen kuntoutuspalvelujärjestelmä (Koukkari 2010, 126).

Kuntoutuksen toteutus on hajautettu ja kuntoutusta toteutetaan usealla eri hallinnonalalla. Järjestelmän toiminta perustuu yhteiskunnallisiin sopimuksiin ja päävastuu kuntoutuksesta on julkishallinnolla. Yksityissektorin toimijatahoja ovat yksityinen vakuutusjärjestelmä ja yksityiset palveluntuottajat, esimerkiksi kuntoutuslaitokset. Kolmannella, kansalaistoiminnan sektorilla, on myös aktiivinen

rooli kuntoutuksen toteutuksessa. Kolmanteen sektoriin kuuluvaa vapaaehtoistoimintaa ja erilaisia vertaistuen muotoja on käytetty lisääntyvässä määrin kuntoutuksessa viime vuosina, ja onkin havaittu, että julkisen sektorin vastuu kuntoutuksessa vähitellen vähentyy ja julkisen hallinnon tehtäviä siirtyy yhä enemmän kolmannelle sektorille. (Järvikoski & Härkäpää 2011, 53–54.) Karkean arvion mukaan noin puolet kuntoutuspalveluista tuotetaan julkisella ja toinen puoli yksityisellä sektorilla (Paatero ym. 2008, 31–32).

Kuntoutusta ohjaava lainsäädäntö, kuntoutuspalveluja rahoittavat ja tuottavat organisaatiot sekä näissä organisaatioissa toimivat ammattilaiset ovat kuntoutusjärjestelmän pääelementtejä. Kuntoutuksen saamisen edellytykset sekä kuntoutuspalvelut ja etuudet määräytyvät pääosin vuodelta 1991 peräisin olevasta kuntoutuslainsäädännöstä. Kuntoutuspalvelujen järjestämisestä ja rahoittamisesta vastuussa olevat tahot voivat ostaa palveluja muilta palvelujen tuottajilta tai tarjota niitä itse. (Lahtela ym. 2002, 16; Paatero ym. 2008, 31–32.) Mäkitalon, Hautalan, Narikan ja Tuukkasen (2007, 20) mukaan ostopalvelujen osuus olikin nousussa vuoden 2007 alla.

3.1 Fysioterapiapalvelujen korvausjärjestelmä

Hyvinvointipalvelut, joihin myös terveystalot lukeutuvat, rahoitetaan pääosin kuntien verotuloilla ja valtionavulla. Lisäksi osa palvelujen rahoituksista tulee palvelumaksujen käyttäjiltä sekä veroluonteisesta sairausvakuutusmaksusta. (Mäkitalo ym. 2007, 19.) Kuntoutukseen liittyviä taloudellisia tukitoimia järjestävät kunnan sosiaalitoimisto, Kansaneläkelaitos (Kela), työeläkelaitokset, työvoimatoimisto, vakuutusyhtiöt, tullihallitus ja jopa verovirasto (Ståhl & Rissanen 2008, 752).

Suurin osa kuntoutuspalveluista on asiakkaalle maksuttomia. Joistakin kuntoutuspalveluista, kuten terapeutoista ja kuntoutuslaitosjaksoista peritään maksu asiakkaalta. Tapaturma- ja liikennevakuutus korvaa tapaturmasta, ammattitaudista tai liikennevahingosta johtuvan kuntoutuksen kustannukset. Vakuutuslaitos korvaa kuntoutuksen kustannuksista kuntoutujalle sen osan, minkä kuntoutuja joutuisi itse maksamaan ja lisäksi kuntoutujalle korvataan kuntoutuksen ajalta täysimääräinen ansiomenetys. Kela ja työeläkelaitokset maksavat kuntoutusajalta kuntoutusrahaa toimeentuloturvana. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2011.)

Kela korvaa kuntoutuksesta aiheutuneita kustannuksia joko kuntoutujalle suoraan tai kuntoutuspalvelujen tuottajalle, esimerkiksi kuntoutuslaitokselle tai terapeutille (Kansaneläkelaitos 2011a). Kelan kuntoutusrahan lisäksi muita kuntoutuksen ajan etuuksia ovat ylläpitokorvaus ja harkinnanvarainen kuntoutusavustus. 16–67 –vuotias, jonka kuntoutuksen tavoitteena on työelämässä pysyminen, työelämään palaaminen tai työelämään pääsy. Tähän kuntoutukseen tulee Kelalta tai työterveyshuollosta olla hyväksytty kuntoutuspäätös. Kuntoutusrahan lisäksi Kela maksaa mm. nuoren kuntoutusrahaa, ylläpitokorvausta, kuntoutusavustusta ja matkakorvauksia. (Kansaneläkelaitos 2011b.)

3.2 Näkemyksiä saumattomaan palveluketjuun

Sosiaali- ja terveydenhuollon saumattoman palveluketjun kokeilulaissa (2000) tarkoitetaan saumattomalla palveluketjulla:

toimintamallia, jossa asiakkaan sosiaali- ja terveydenhuollon ja muun sosiaali- turvan asiakokonaisuuteen liittyvät palvelutapahtumat yhdistyvät asiakaslähtöiseksi ja joustavaksi kokonaisuudeksi riippumatta siitä, mikä toiminnallinen yksikkö on palvelujen järjestäjä tai toteuttaja. (Laki sosiaali- ja terveydenhuollon saumattoman palveluketjun kokeilusta 2000.)

Järvikoski ja Härkäpää (2011, 201) selventävät, että saumattomalla palveluketjulla tarkoitetaan siis asiakkaan ongelmiin kohdistuvaa, organisaatorajat ylittävää sekä suunnitelmallisesti ja yksilöllisesti toteutuvaa hoito- ja kuntoutusprosessien kokonaisuutta. Vuoren (2000, 79–80) mukaan olennaista saumattomassa palveluketjussa olisi välttää tilanteita, joissa eri palveluntarjoajat tuottavat toisistaan tietämättä tietoa erikoissairaanhoidon tarpeisiin. Yhtenä vaihtoehtona tällaisten tilanteiden välttämiseksi on esitetty julkisten ja yksityisten organisaatioiden yhteistyötä, joka poliittisena strategisena linjanvetona etsii aitoja vaihtoehtoja resurssien tehokkaalle käytölle erilaisissa kuntaorganisaatioissa ja paikalliskulttuureissa. Tällaista strategiaa valittaessa ei Vuoren mukaan sosiaali- ja terveydenhuollon rakenteellisia uudistuksia voi automaattisesti kyseenalaistaa esimerkiksi resursseihin vetoamalla, koska yhteistyön esteet häviävät vähitellen julkisen ja yksityisen palveluntarjoajan yhteisvastuun konkretisoituessa uudeksi toimintakulttuuriksi. (Vuori 2000, 67–70.)

Vuori (2000, 67–70) jatkaa toteamalla, että 1990 -luvun lopulla havaittiin, että

saumattoman palveluketjun esteitä ovat organisaatiokeskeinen palvelujen tuottaminen, yhteistyön vastaiset työtavat ja – asenteet, kokonaisvastuun puuttuminen palveluketjun kokonaisuudesta ja tiedonsaannin puutteet. Kun mikään taho ei koordinoi ammatillista osaamista kokonaisvaltaisesti kodin, terveyskeskuksen, erikoissairaanhoidon ja hoivakodin välillä, seurauksena on usein asiakkaan ”pompottelua”. (Vuori 2000, 67–70.) Järvikoski ja Härkäpää (2011, 201) viittaavatkin teoksessaan Leena Silvennoinen-Nuoran väitöskirjaan, jossa todetaan nimenomaan jatkohoidon ja kuntoutuksen ongelmien heikentävän hoitoketjujen vaikuttavuutta. Hänen tutkimissaan hoitoketjuissa oli kaikissa vaikea päästä kuntoutukseen ja jatkohoitoon hakeutuminen jäi asiakkaan omalle vastuulle.

Useissa meneillään olevissa kuntoutuksen kehittämishankkeissa korostuu tarve rakentaa paikallisten toimijoiden verkostoja sekä sopia yhteisistä toimintamalleista, joihin liittyy olennaisena moniammatillinen työote ja asiakkaan kuntoutukseen osallistuvien tahojen yhteistyö, kuntoutuksen sitominen kuntoutujan ympäristöön, lähiyhteisöön ja työpaikkaan sekä kuntoutuksen oikea kohdentaminen ja varhainen aloittaminen (Sosiaali- ja terveysministeriö 2002, 19).

Julkisen ja yksityisen yhteistyön etuja on kuitenkin vaikea tiedostaa Vuoren mielestä silloin, kun yhteistyötä ohjaavat sisällöllisen kehittämistyön sijasta taloudelliset lyhytaikaiset tavoitteet. Todellisia kustannuksia palveluketjun hidastumisesta on myös vaikea laskea, mutta oletettavasti erikoissairaanhoidon viivästyneet kotiuttamiset voivat ylittää maksusitoumusten aiheuttamat kustannukset. (Vuori 2000, 79–80.)

3.3 Fysioterapiapalvelujen tulevaisuus

Kuntoutusta on kohdistettu työikäiseen väestöön, koska sitä pidetään taloudellisesti kannattavana (Talvitie ym. 2006, 32). Tilastokeskuksen (Tilastokeskus) tutkimusten mukaan 2010 vuoden lopussa 65 vuotta täyttäneitä oli noin 941 000 ja vuoteen 2020 mennessä heitä tulee arvion mukaan olemaan noin 1,29 miljoonaa. Ryynäsen ja Notkolan (2007, 286) laskelmien mukaan yli 65- vuotiaita on enimmillään noin 1,4 miljoonaa 2030-luvun alkupuolella. Nykyään odotetaan, että väestön vanheneminen tulee olemaan merkittävin hoito- ja kuntoutustarvetta yhteiskunnassa aiheuttava

taustatekijä. Kuntoutuksen tarvetta on tälläkin hetkellä enemmän kuin toteutunutta kuntoutusta. (Puumalainen 2008, 24.)

Kehittämishaasteita kuntoutuksen lähivuosille ovat väestön ikääntymisen lisäksi mm. lisäpalvelujen järjestäminen vanhenevalle väestölle toiminta- ja työkyvyn ylläpitämiseksi, hoidon saatavuuden parantaminen ja kuntoutuksen lisääminen (Puumalainen 2008, 24). Pystytäänkö kysynnän kasvuun ja kansalaisten odotus- ja vaatimustason nousuun tulevaisuudessa vastaamaan, on myös olennainen kysymys terveydenhuollon tulevaisuuden kannalta (Willberg & Valtonen 2007, 11).

Nykyään yleisimmät suomalaisten sairaudet ovat sydän- ja verisuonisairaudet, syöpä ja tapaturmat. Pitkäaikaista toimintakyvyn heikkenemistä ja sairautta aiheuttavat mielenterveyshäiriöt, tuki- ja liikuntaelinten sairaudet, diabetes ja allergiset sairaudet. Tuhannet aivohalvauspotilaat tarvitsevat myös vuosittain kuntoutusta. Pitkäaikaista fysioterapiaa sairaaloissa ja kuntoutuslaitoksissa käyttivät runsaasti aivoverenkiertohäiriöihin sairastuneet henkilöt. (Talvitie ym. 2006, 32.)

4 HYVÄ FYSIOTERAPIAPALVELU

Hyvän fysioterapiapalvelun toteutumiseksi terveydenhuollon tulisi reagoida kansalaisten tarpeisiin herkästi ja kohdella erilaiset tarpeet omaavia väestöryhmiä tasapuolisesti. Palveluiden tulisi lisäksi olla tehokkaita, palvelutuotannon tuottavaa ja terveydenhuollon rahoitusrasituksen ja sen tuottaman hyvinvoinnin tulisi jakautua oikeudenmukaisesti. (Willberg & Valtonen 2007, 13.) Hyvä kuntoutus puolestaan on toimintaa, joka on suunnitelmallista, monialaista ja tuloksellista. Tilanteissa, joissa päivittäinen selviytyminen ja sosiaalinen integraatio ovat uhattuina tai heikentyneet, on hyvän kuntoutuksen tavoitteena parantaa ihmisen elämänhallinta. (Alaranta & Lindberg & Holma 2008, 647.)

Ammatillisen, lääkinnällisen ja harkinnanvaraisen kuntoutuksen laatua valvotaan standardein, joissa on kuvattu kuntoutuksen toimittamisen prosessi ja eteneminen, sekä asetettu kuntoutukselle laatuvaatimukset. Valvonnasta vastaa Kela. (Kansaneläkelaitos 2011c.) Korkealaatuisten terveydenhuoltopalvelujen tasapuolinen mahdollistaminen onkin Suomen terveystalouden tavoitteena. (Willberg & Valtonen 2007, 16.) Hyvien kuntoutuskäytäntöjen toteutumiseksi on Paltamaan, Karhulan, Suomela-Markkasen ja Autti-Rämön (2011, 231) mielestä oltava riittävät resurssit kuntoutusprosessin kaikissa vaiheissa. Yhteistyötä on lisäksi parannettava avo- ja laitospalveluista toteuttavien, avoterapeuttien ja kuntoutusta suunnittelevan sekä Kelan ja kuntoutusta suunnittelevan tahon välillä.

Sosiaali- ja terveydenhuollossa laadun voi määrittellä kyvyksi tunnistaa, määrittää ja täyttää asiakkaiden palvelujen tarve ammattitaitoisesti ja eettisesti kestäväällä tavalla, edullisin kustannuksin sekä lakien, asetusten ja määräysten mukaan. Laatua voidaan tarkastella kolmesta eri näkökulmasta: asiakkaan kokemana, ammatillisesta ja palvelujärjestelmää johtavien näkökulmasta. Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen ketjuun osallistuvat painottavat laadussa eri asioita ja ovat vastuussa eri ulottuvuuksista. (Alaranta ym. 2008, 648).

4.1 Asiakkaan näkökulma

Alarannan ym. (2008, 648, 653) mukaan asiakkaan näkökulmasta laatua arvioitaessa painottuvat palvelujen saatavuus, täyttääkö palvelu sen, mitä asiakas tuntee tarvitsevansa ja onko tulos asiakkaan mielestä hyvä. He määrittelevät laadun tavoitteet asiakkaan näkökulmasta seuraavanlaisesti:

- Kuntoutujaa kohdellaan tasavertaisena ja kunnioitetaan hänen itsemääräämisoikeuttaan ja yksityisyyttään.
- Otetaan huomioon kuntoutujan toiveet ja erityistarpeet. Hänen antamansa palaute on perusta jatkosuunnittelulle ja laadun kehittämiseksi.
- Kuntoutuja ja hänen perheensä tai läheisensä saavat olla mukana heitä koskevassa päätöksenteossa kuntoutujan suostumuksella.
- Kuntoutuja saa tietoa ja taitoa voidakseen osallistua täysivaltaisesti, tehdä ratkaisuja ja hoitaa asioitaan kotikunnassa kuntoutuksen jälkeen.
- Kuntoutuja osallistuu vastuullisesti kuntoutusjakson tavoitteiden ja sisällön suunnitteluun ja toteutukseen.
- Kuntoutuksessa tuetaan kuntoutujan itsenäistä selviytymistä ja täysivaltaistumista sekä hänen oikeuttaan tehdä omia valintojaan.
- Kunnioitetaan kuntoutujan oikeutta suostua toimenpiteisiin tai kieltäytyä niistä.
- Kuntoutuksen vuorovaikutussuhde rakentuu luottamukselle ja turvallisuudelle.
- Huolehditaan asiakastietojen salassapidosta.

Asianmukaisten terveydenhuoltopalvelujen tulisi olla vaivattomasti kansalaisten saatavilla tarpeen vaatiessa. Kuntoutusprosessin tulisi asiakkaan kannalta olla mahdollisimman selkeä ja ymmärrettävä. Prosessia hidastavat ja hankaloittavat esimerkiksi asioiden siirrot, viivytykset, katkot ja päällekkäisyydet. Palvelujen saatavuus ei ole koko väestölle tyydyttävä eikä samanlainen välimatkojen, hoitokäytäntöjen ja muiden tekijöiden vuoksi. Tämä nostaa asiakkaan suorita ja epäsuoria kustannuksia, sekä taloudellisesti että ajallisesti, ja voi lisäksi aiheuttaa kysynnän siirtymistä esimerkiksi yksityiselle sektorille. (Lillrank & Venesmaa 2010, 70–71, 85; Sosiaali- ja terveysministeriö 2002, 9.)

Koukkari (2010, 125) alleviivaa, että tiedon saaminen palveluista ja niiden edellytyksistä onkin tullut suureksi ongelmaksi asiakkaille, koska kuntoutuksen hahmottaminen koetaan vaikeaksi asiakkaan aseman ja vaikutusmahdollisuuksien toteutumisen näkökulmasta. Tähän vaikuttaa hänen mukaansa oleellisesti se, että kenelläkään toimihenkilöllä yksinään ei ole riittävästi edellytettävää tietämystä kuntoutusasioiden hoitamisesta käytännössä.

4.2 Ammatillinen näkökulma

Ammattilaisen näkökulmasta tarkasteltaessa laatua korostuu oma osaaminen ja sen kehittäminen, tehokkaiden ja vaikuttavien kuntoutusmenetelmien valinta sekä vaikutusten arviointi (Alaranta ym. 2008, 648). Fysioterapian ammattilaisten velvollisuus on fysioterapeuttien maailmanjärjestön WCPT:n (World Confederation of Physical Therapy) suosituksen mukaan varmistaa korkealaatuinen fysioterapiapalvelun tarjonta asianmukaisten resurssien, tilojen ja kouluttautumismahdollisuuksien kautta. Fysioterapeuttien tulee lisäksi käyttää sellaisia menetelmiä, jotka perustuvat parhaaseen mahdolliseen ja tutkittuun käytettävissä olevaan tietoon. Huomioitavaa on, että vastuuseen liittyy myös sellaisten tekniikoiden ja teknologian käyttämättä jättäminen, jotka on osoitettu tehottomiksi tai vaarallisiksi. (World Confederation of Physical Therapy.)

Lääkinnällisen kuntoutuksen asetuksen mukaan asiakkaalle tulee laatia kuntoutussuunnitelma asiakkaan ja tarvittaessa hänen omaistensa kanssa. Kuntoutuksen suunnittelu ja seuranta edesauttavat tavoitteiden saavuttamista. Asiakkaan fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen toimintakyvyn ylläpitäminen ja parantaminen sekä elämäntilanteen hallinnan ja päivittäisistä toiminnoista suoriutumisen tukeminen ja edistäminen kuuluvat lääkinällisen kuntoutuksen tavoitteisiin. (Asetus lääkinällisestä kuntoutuksesta 1991.)

Lääkinnällisen kuntoutuksen palveluihin lukeutuvat lääkinällisen kuntoutuksen asetuksen (1991) mukaan muun muassa kuntoutusta ja kuntoutuspalveluja koskeva ohjaus ja neuvonta, kuntoutustarvetta ja - mahdollisuuksia selvittävä tutkimus, fysioterapia, toimintaterapia, apuvälinepalvelut, sopeutumisvalmennus, kuntoutusohjaus sekä muuta näihin rinnastettavat palvelut.

4.3 Palvelujärjestelmää johtavien näkökulma

Lääkinnällisen kuntoutuksen järjestämisestä huolehtii kunta ja kuntaliitto, kunnan ja kuntaliiton alueen edellyttämän kuntoutuksen tarpeen mukaisesti. Lääkinnällisen kuntoutuksen palvelut tulee järjestää sisällöltään ja laajuudeltaan tarpeita vastaamaan. (Asetus lääkinällisestä kuntoutuksesta 1991.) Koska mikään

terveydenhuoltojärjestelmä ei pysty järjestämään kaikkia tyydyttävää terveydenhuoltopalvelujen saatavuutta, tasaavat osittaisella valtiontuella saatavuuspaineita Suomessa vaihtoehtoiset jakelukanavat mm. yksityiset palveluntuottajat (Lillrank & Venesmaa 2010, 73).

Laatu johtamisen näkökulmasta kertoo, toteutetaanko palvelu ilman hukkakäyttöä ja virheitä sujuvasti, taloudellisesti sekä lakeja ja määräyksiä noudattaen (Alaranta ym. 2008, 648). Erikoissairaanhoidolaissa (1989) säädetäänkin, että kunnan on kuuluttava johonkin erikoissairaanhoidopiiriin kuntayhtymään, jotta kunta pystyy huolehtimaan kotikuntalaisensa mahdollisesti tarvitsemasta erikoissairaanhoidosta. Erikoissairaanhoidon yleisestä suunnittelusta, ohjauksesta ja valvonnasta vastaa sosiaali- ja terveysministeriö, joista aluehallintovirasto puolestaan vastaa toimialueellaan. Se, mitä kyseisessä toiminnassa ja organisaatiossa tavoiteltavalla laadulla tarkoitetaan, on tärkeää sopia ja määritellä. Yhteinen laatukäsitys tulee lisäksi välittää väestölle, asiakkaille ja ammattilaisille. (Alaranta ym. 2008, 648- 649.)

Kuntoutukselta on muodostunut hajautettu järjestelmä, jonka toimintaa onkin muun muassa pyritty parantamaan eri kuntoutustahojen yhteistyöllä (Koukkari 2010, 125). Lahtela ym. (2002, 62) toteavat, että hallinnonalojen välinen yhteistyö kuntoutuksessa kuitenkin ontuu. Pienempiä toimintaverkostoja, joissa yhteistyö tuntui toimivan, löytyi silti sitä useammin, mitä lähempänä käytännön asiakastyötä oltiin. Entinen Lapin lääninhallitus, nykyisin aluehallintavirasto, asettaa alueellisella tasolla neljäksi toimivuodeksi kerrallaan kuntoutuksen asiakasyhteistyötoimikunnan, jonka tehtävänä on suunnitella, edistää ja seurata lain mukaista viranomaisten sekä muiden yhteistyötahojen ja laitosten yhteistyötä sekä käsitellä asiakasyhteistyötä koskevia periaatteellisesti tärkeitä kysymyksiä. Paikallistasolla jokainen L-PSHP:n kunta on perustanut kuntoutuksen asiakasyhteistyöryhmän, jonka tehtävänä on suunnitella, edistää ja seurata asiakkaiden kuntoutuksen toteumista. Näihin pyritään kehittämällä laissa tarkoitettujen viranomaisten, muiden yhteisöjen ja laitosten välisiä yhteistyömuotoja sekä sopimalla yhteistyön periaatteista ja menettelytavoista. Asiakasyhteistyötoimikunnan tulee huolehtia asiakasyhteistyöryhmän työn edistämisestä ja sen on järjestettävä tarvittavaa ohjausta ja koulutusta. (Länsi-Pohjan sairaanhoidopiiriin kuntayhtymä 2009.)

5 PROJEKTIN TOTEUTUS

Projekti käynnistyi joulukuussa 2010, jolloin aihe projektimuotoiselle opinnäytetyölle saatiin Kemi-Tornion ammattikorkeakoulun fysioterapiaopettaja Pekka Tiitiseltä. Aihe esiteltiin tammikuussa 2011 Kemi-Tornion ammattikorkeakoulun terveystieteiden osaston ensimmäisessä opinnäytetyöseminaarissa. Tammikuun aikana pidettiin myös Palvelukeskus Purolan kanssa tapaaminen, jossa tutustuttiin Purolan toimintaympäristöön, kartoitettiin lähtökohtatilannetta sekä keskusteltiin ohjausryhmän toiveista ja tavoitteista projektin suhteen. Ensimmäisen seminaarin, ohjausryhmän tapaamisen sekä ohjaajien kanssa käydyn palaverin pohjalta tarkennettiin projektin tarkoitusta ja tavoitteita.

Projektiorganisaatio oli tammikuun aikana yhteydessä L-PKS:n fysioterapiaoaston osastonhoitaja Anna-Liisa Laihiseen, jolloin keskusteltiin keskussairaalan fysioterapiapalveluista sekä pyydettiin tilastotietoa vuoden 2010 fysioterapiakäynneistä asiakasryhmittäin ja käyntimääristä kuukausittain. L-PKS:n sekä Kemien alueen fysioterapiapalveluista pyrittiin sähköpostitse saamaan näkemystä Kemien avoterveydenhuollon ylilääkäri Jyri Taskilalta, mutta yhteydenotoista huolimatta vastausta ei saatu. Projektiorganisaatio oli sähköpostin välityksellä yhteydessä myös Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitoksen erikoissuunnittelija Jouni Rasilaiseen, joka auttoi tekemään poiminnan hoitoilmoitusjärjestelmä Hilmosta. Poiminta ei kuitenkaan antanut tuloksia. Kuntaliiton erityisasiantuntija Tupu Holmalta kysyttiin myös sähköpostitse tarkempaa tietoa fysioterapian toimenpiteistä kuntaliiton osalta.

Projektisuunnitelma toimitettiin ohjaajille sekä ohjausryhmälle helmikuun aikana, jonka jälkeen molempien tahojen kanssa pidettiin erikseen palaverit ja täsmennettiin suunta projektin teoreettisen viitekehyksen sisällölle. Ohjausryhmä totesi palaverissa, että projekti etenee toivottuun suuntaan. Projektiorganisaatio sopi tavoitteen rajauksesta ohjausryhmän kanssa siten, että projektin tulosten pohjalta ohjausryhmä punnitsee uuden mahdollisen kuntoutusryhmän perustamista.

Kevään 2011 aikana tehtiin kirjallisuuskatsausta, kerättiin aineistoa projektin viitekehystä varten ja aloitettiin viitekehyksen työstäminen. L-PKS toimitti toukokuun

alussa kaksi fysioterapiakäyntitilastoa, joista vain toisesta oli apua työhön ja siitä kävi ilmi ainoastaan vuoden 2010 fysioterapiakäyntien määrät kuukausitasolla osastoittain sekä kokonaismäärät koko vuodelta ilman erittelyjä. Koska tilastoista ei saatu haluttua tietoa, jouduttiin tarkoitusta ja tavoitteita päivittämään.

Saadun tilaston antamaa tietoa täydentämään laadittiin touko- ja kesäkuun aikana saatekirje ja kyselylomake (Liite 1), jotka toimitettiin Länsi-Pohjan sairaanhoitopiirin keskussairaalan ja terveyskeskusten fysioterapeuteille sekä kuntohoitajille. Kemin, Keminmaan ja Tornion terveyskeskuksiin ja L-PKS:aan lomakkeet toimitettiin henkilökohtaisesti. Kyselylomakkeiden toimittamista varten hankittiin tarvittavat tutkimusluvut jokaisesta yksiköstä, jonne kyselylomake toimitettiin. Viimeiset täytetyt kyselylomakkeet palautuivat heinäkuun kuluessa. Projektin teoreettinen viitekehys toimitettiin kommentoitavaksi ohjausryhmälle kesän alussa ja samalla allekirjoitettiin sopimus opinnäytetyön tekemisestä (Liite 2). Projektin etenemistä esiteltiin kevään ja syksyn 2011 aikana kaiken kaikkiaan neljässä opinnäytetyöseminaarissa.

Projektin tulosten purkaminen aloitettiin elokuussa 2011. Syyskuun aikana työ viimeisteltiin. Syyskuun lopussa pidettiin viimeinen palaveri ohjaajien kanssa ja haastateltiin ohjausryhmää selvityksen onnistumisesta ja sen tuomista tuloksista. Projekti valmistui lokakuun alussa 2011. Lopullinen tuotos esitettiin Kemi-Tornion ammattikorkeakoulun opinnäytetyön loppuseminaarissa marraskuussa 2011.

6 PROJEKTIN TULOKSET

Tämän projektin konkreettisenä tuloksena on tämä opinnäytetyö, joka toimii selvityksenä L-PSHP:n fysioterapiapalvelujen kehittämiskohteista alueen terveyskeskusten ja keskussairaalan fysioterapeuttien näkökulmasta sekä selvityksenä L-PKS:n fysioterapiapalveluista.

6.1 Länsi-Pohjan keskussairaalan fysioterapiatilastojen tulokset

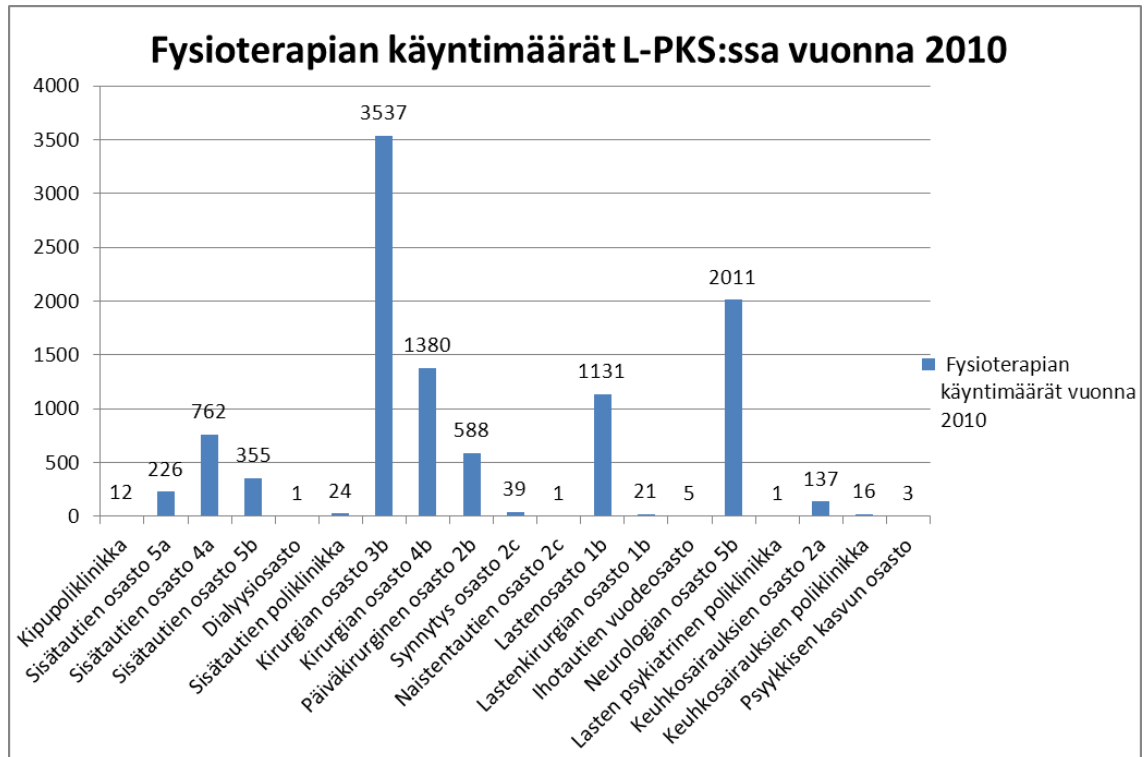
L-PKS:n toimittamista kahdesta tilastosta ensimmäisestä selvisi fysioterapiaosaston käyntimäärät vuodelta 2010 käyntityypin mukaan. Käyntityypit oli luokiteltu tilastossa ainoastaan seuraavalla tavalla: ensiajanvaraus (148 kpl), uusinta-ajanvaraus (3170 kpl), konsultaatio (30 kpl) ja perumatta jäänyt käynti (3 kpl). Yhteensä käyntejä fysioterapiaosastolla oli 3351 kappaletta. Tilastosta ei kuitenkaan käy ilmi asiakkaiden määrää eikä fysioterapiakäynnin aihetta.

Toiseen tilastoon on luokiteltu fysioterapian käyntimäärät osastoittain ja poliklinikoittain joka kuukaudelta. Tilasto perustuu sisäiseen laskutukseen fysioterapian osalta vuodelta 2010. Kuviossa 4. on kuvattu tilastosta ilmenneet käyntimäärät osastoittain ja poliklinikoittain koko vuodelta. Tilastoista ei selvinnyt mitä fysioterapiapalveluja L-PKS:ssa tarjotaan.

Kuviosta 4 nähdään, että selkeästi eniten fysioterapian käyntimääriä oli kirurgian osastolla 3b, jossa käyntejä oli vuoden 2010 aikana yhteensä 3537 kappaletta. Osaston 3b:n asiakasryhmät koostuvat ortopedisista ja traumapotilaista, joihin lukeutuvat muun muassa polvi- ja lonkka TEP - leikatut, selkäpotilaat (prolapsileikatut, selkäydinvammat), luunmurtumat sekä nivelside- ja kierukkavammat. Toiseksi eniten käyntimääriä oli neurologian osastolla 5b, jossa käyntejä oli 2011 kappaletta. Siellä hoidetaan neurologisia asiakkaita, joita ovat muun muassa aivoverenkiertohäiriö-, Parkinson- ja epilepsiapotilaat. (Laihin, Anna-Liisa 2011.)

Osastojen 3b ja 5b lisäksi huomattavia käyntimääriä oli kirurgian osastolla 4b (1380

kpl), jossa on yleis- ja pehmytosakirurgisia potilaita, muun muassa vatsan ja rintakehän alueen leikattavat potilaat (keuhkoleikkaukset, rintasyöpä), verisuonikirurgiset ja urologiset potilaat. Lastenosastolla 1b (1131 kpl), sisätautien osastolla 4a (762 kpl) ja päiväkirurgian osastolla 2b (588 kpl) oli myös käyntejä yli 500 kappaletta vuoden aikana. Sisätautien osastolla 4a hoidetaan sydänpotilaita ja 5a toimii päivystyspoliklinikan tarkkailuosastona (Laihin, Anna-Liisa 2011.)



Kuvio 4. Fysioterapian käyntimäärät L-PKS:ssa vuonna 2010

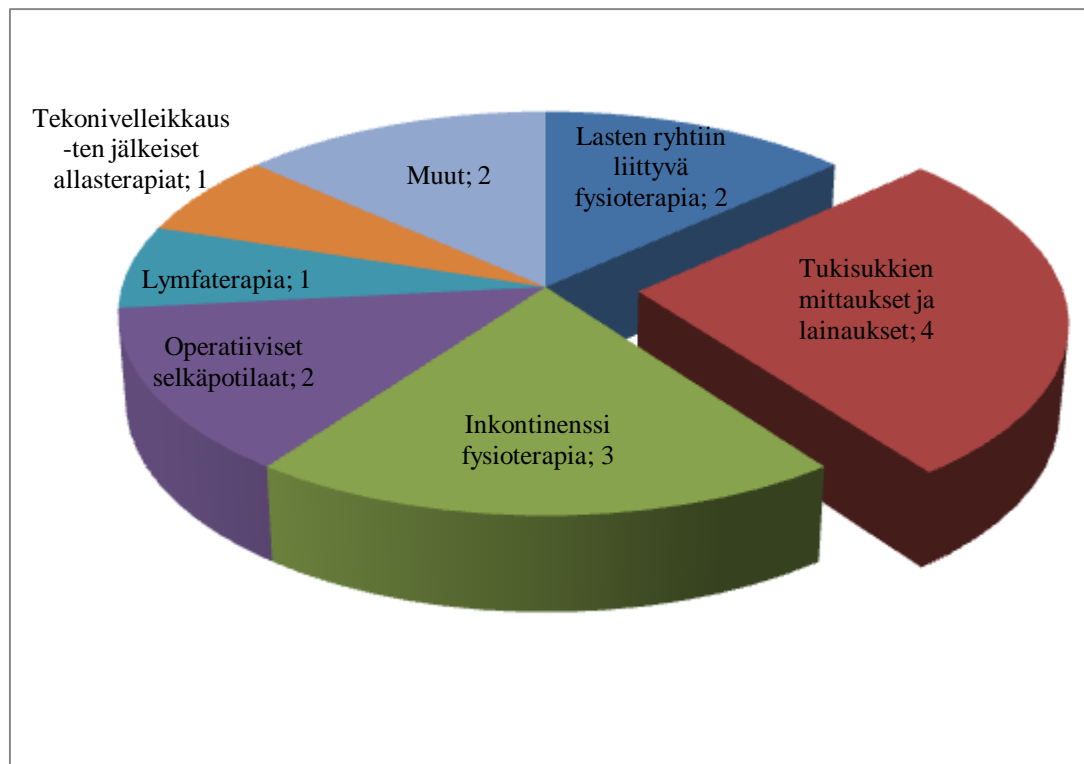
6.2 Kyselylomakkeiden tulokset

Kyselylomakkeita (Liite 1) lähetettiin L-PSHP:n terveyskeskusten ja L-PKS:n fysioterapeuteille ja kuntohoitajille kaikkiaan 29 kappaletta, joihin 15 (51,7 %) vastasi. Lomakkeen kysymyksiin tuli merkitä kyllä tai ei – vastaus ja lisäksi perustella vastaus omin sanoin. Kysymyksiä lomakkeessa oli yhteensä kaksi:

1. Onko L-PKS:n fysioterapiapalveluissa mielestäsi sellaisia palveluita, joita voisi toteuttaa muualla tai yhteistyössä jonkin muun tahon kanssa asiakasprosessien parantamiseksi?

2. Onko mielestäsi L-PSHP:n alueen fysioterapiatarjonnassa puutteita asiakkaiden fysioterapiaprosessien kannalta? (Pohdi myös mahdollisesti kokonaan puuttuvia palveluja)

Ensimmäiseen kysymykseen vastasi kaikkiaan 15 henkilöä. Vastanneista 14:n mielestä joitakin L-PKS:n fysioterapiapalveluja voisi toteuttaa muualla tai yhteistyössä jonkin muun tahon kanssa. Vain yhden vastaajan mielestä palveluihin ei tarvita muutosta. Kaikista 15 vastanneesta yhdeksän kyllä – vastannutta perusteli kysytyä asiaa. Perusteluja saatiin kaikkiaan 15, joista esille nousseet mahdollisesti muualla tai yhteistyössä jonkin muun tahon kanssa toteutettavat L-PKS:n fysioterapiapalvelut, on luokiteltu kuvioon 2.



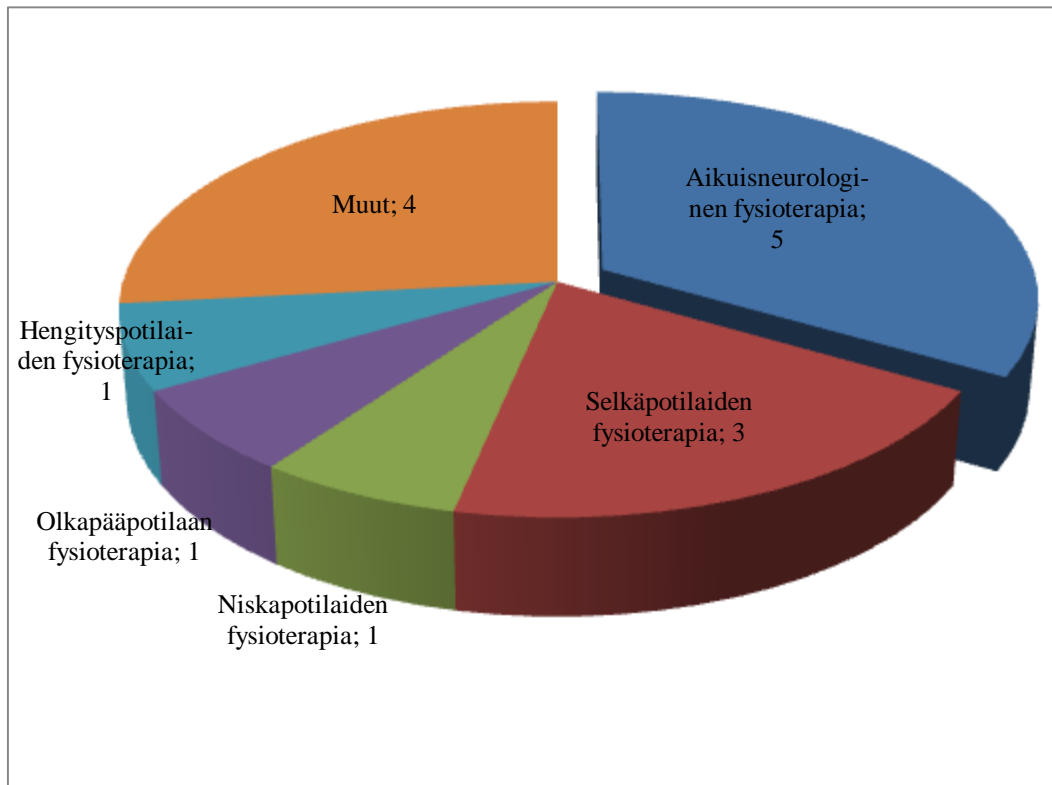
Kuvio 2. Kysymyksen yksi vastauksista esille nousseet L-PKS:n fysioterapiapalvelut, joita voisi toteuttaa muualla tai yhteistyössä jonkin muun tahon kanssa

Tukisukkien mittaaminen ja lainaaminen nousi perusteluista suurimpana osa-alueena esille. Neljä oli sitä mieltä, että kyseinen palvelu voitaisiin toteuttaa muualla kuin L-PKS:ssa tai yhteistyössä jonkin muun tahon kanssa. Yhtä vastauksista perusteltiin muun muassa sillä, että tukisukkiin liittyvä palvelu olisi asiakasprosessin parantamisen kannalta hyvä toteuttaa yhdessä toimipisteessä. Perustelun mukaan tällä hetkellä

ensimmäinen tukisukka luovutetaan L-PKS:sta ja seuraavat terveyskeskuksesta. Inkontinenssifysioterapia oli toiseksi suurin osa-alue, jota perusteli kolme vastanneista. Jokaisen kolmen vastanneen mielestä osaamista inkontinenssihoidoista on L-PSHP:n alueella liian vähän. Perusteluissaan kaksi nosti erityisesti avopuolen osaamisen kehittämisen esille.

Operatiiviset selkäpotilaat sekä lasten ja nuorten ryhtiin liittyvä fysioterapia muodostivat kolmanneksi suurimmat osa-alueet kahdella perustelulla. Pre- ja postoperatiiviset selkärühmät voisi yhden vastaajan mielestä järjestää muualla kuin L-PKS:ssa tai yhteistyössä muun tahon kanssa. Toinen vastaajista toteaa jatkohoidon leikattujen selkäpotilaiden kohdalla olevan puutteellista. Yksi vastanneista painottaa, että lasten ryhtitarkastukset eivät kuulu erikoissairaanhoidon piiriin ja voitaisiin vastaajan mielestä toteuttaa terveyskeskuksissa. Lymfaterapiapalvelun kehittäminen terveyskeskusten kanssa oli yhden vastanneen ehdotus ja yksi vastannut tuo esille tekonivelleikkausten jälkeiset allasterapiat. Kaksi perustelua luokiteltiin lisäksi osa-alueeksi Muut. Nämä olivat ryhmämuotoinen kuntoutus ja vastaajan ilmaisemana: ”jotkut SV3FS – lähetepotilaat”.

Toiseen kysymykseen vastasi 15 henkilöä, joista 11 koki L-PSHP:n alueen fysioterapiapalveluissa puutteita asiakkaiden fysioterapiaprosessien kannalta. Neljän mielestä puutteita ei ollut. Vain kolme kaikista 15 vastanneesta jätti vastauksensa perustelematta. Tähän kysymykseen perusteluja saatiin kaikkiaan 15 kappaletta, joista esille nousseet L-PSHP:n alueen fysioterapiatarjonnan puutteet asiakkaiden fysioterapiaprosessin kannalta jaoteltu kuvioon 3.



Kuvio 3. Kysymyksen kaksi vastauksista esille nousseet L-PSHP:n alueen fysioterapiatarjonnan puutteet asiakkaiden fysioterapiaprosessin kannalta

Viiden vastanneen mielestä aikuisneurologisessa fysioterapiassa on puutteita asiakkaiden fysioterapiaprosesseissa L-PSHP:n alueella. Neurologisten asiakkaiden jatkokuntoutuksen puute painottui suurimpana kehittämiskohteena vastauksista. Kolme vastanneista toi tämän esille. Yksi vastanneista toi esiin neurologisten asiakkaiden kuntoutukseen perehtyneen kuntoutuslaitoksen puuttumisen alueelta, kun taas toisen vastaajan mielestä neurologisten asiakkaiden allasterapia ei toteudu alueella. vastauksissa kommentoitiin myös yli 65 – vuotiaiden, neurologisten asiakkaiden jäämistä Kelan kuntoutuksen ulkopuolelle ja kuntoutuksen epätasa-arvoa.

Selkäpotilaiden fysioterapiaprosesseissa on L-PSHP:n alueella kehittämistä kolmen vastaajan mielestä. Vastausten perusteluissa nousivat esille hoitoon pääsyn pitkittyminen, jonka myötä vaivan kroonistuminen, leikkauksen jälkeinen selkäpotilaiden ohjaus sekä laadukkaan osaamisen vähyys selkäpotilaiden fysioterapiassa avopuolella. Myös niska- ja olkapääpotilaiden laadukkaassa osaamisessa avopuolen fysioterapiassa koettiin olevan kehittämisen varaa yhden vastaajan mielestä. Yksi vastaajista koki, että hengityspotilaiden fysioterapia on puutteellista ja täsmentää syyksi resurssivajeen.

Perusteluissa mainittiin lisäksi fysiatriin puuttuminen alueelta, ennaltaehkäisevän työn lisääminen, vaativan kuntoutuksen osaston perustaminen ja allasterapioiden puuttuminen. Nämä neljä luokiteltiin kuviossa 3 osa-alueeksi Muut. Vastauksissa nousi useassa kohtaa esille myös lomakkeen kysymyksiä sivuavia näkemyksiä, joilla viitattiin asiakkaan fysioterapiaprosessien sujuvuuteen vaikuttaviin tekijöihin. Tällaisia olivat pitkä jonotusaika terveystieteiden kuntoutukseen pääsyyn, tiedonkulun ongelmallisuus sekä resurssien vähyys.

7 PROJEKTIN ARVIOINTI

Silfverbergin (2007, 146) mukaan ainoa mahdollisuus kehittää projektiosaamista on arvioida, miten projektityöskentely on sujunut. Projektista saadut kokemukset on tarkoitus arvioinnin avulla tehdä käyttökelpoisiksi. Karlsson & Marttala (2001, 98–99) tarkentavat, että huomioitavia seikkoja arvioinnissa ovat muun muassa projektisuunnittelu, projektin tarkoituksen ja tavoitteen lopullinen määrittely, tulosten toteuttamiskelpoisuus sekä tavoitteiden toteutuminen.

7.1 Suunnittelun arviointi

Projektin alkuvaiheessa suunnittelua arvioitiin ohjaajien ja ohjausryhmän kanssa käytyjen palaverien sekä projektiorganisaation keskinäisten keskustelujen pohjalta. Keskustelujen ja palaverien pohjalta arvioitiin muun muassa tarkoituksen, tavoitteen ja rajauksen täsmällisyyttä. Näihin liittyen vielä tarkempi aiheeseen ja materiaaliin perehtyminen olisi voinut selkeyttää projektisuunnitelman ja viitekehyksen aloittamista.

Kokonaiskuvan jäsentäminen vei suunnitteluvaiheessa arvioitua enemmän aikaa, koska aihe oli kokonaisuutena kohtalaisen vaativa. Projektin etenemistä ja ajankäyttöä pyrittiin heti alusta asti arvioimaan vaiheittain, jotta se olisi tavoitteellista ja tukisi projektin toteutumista. Tätä varten suunniteltiin kalenteri, johon arvioitiin alustava projektin eteneminen aina opinnäytetyön palautuspäivään saakka.

7.2 Toteutuksen arviointi

Projektin etenemistä arvioitiin jatkuvalla kriittisellä tarkastelulla, jonka pohjalta projektitoimintaa pyrittiin tarvittaessa kehittämään tavoitteen mukaiseksi. Arvioinnissa verrattiin tarkoitusta ja tavoitteita sekä projektisuunnitelman toteutumista aina sen hetkiseen tilanteeseen. Projektin aikana hyödynnettiin aktiivisesti opinnäytetyölle varattua ohjausaikaa. Projektin etenemisen arvioinnin tukena pidettiin lisäksi päiväkirjaa projektin kannalta tärkeistä tapahtumista sekä tehtävälistaa, jota päivitettiin tilanteen mukaan. Toteutuksen etenemisen arvioinnin tukena käytettiin myös laadittua

kalenteria.

Viitekehyksen aloittaminen ja jäsentäminen sekä oikeiden asiasanojen löytäminen vaati arvioitua enemmän aikaa ja työstämistä. Viitekehystä aloitettaessa perehtymistä vaativa lähdemateriaali jaettiin projektiorganisaation jäsenten kesken, mutta itse tekstin työstäminen tehtiin yhdessä, jotta työstä tulisi mahdollisimman yhtenäinen. Jäsenet olivat sitoutuneita projektityön tekemiseen ja työn toteutus eteni alusta loppuun sujuvassa yhteistyössä. Projektiorganisaatio kokee projektin kokonaisuudessaan onnistuneeksi, myös luotettavuuden ja eettisyyden kannalta.

7.3 Tulosten arviointi

Projektin tulosten yksi tärkeä arviointikeino oli haastatella ohjausryhmän jäseniä. Haastattelulla selvitettiin heidän näkemystään opinnäytetyön onnistumisesta ja sen tuomista tuloksista. Projektiorganisaatio halusi lisäksi tietää, lisääntyikö ohjausryhmän tietämys L-PKS:n fysioterapiapalveluista ja L-PSHP:n fysioterapiapalvelujen kehittämiskohteista. Ohjausryhmää pyydettiin arvioimaan tietämystään asteikolla yhdestä kymmeneen ennen selvityksen lukemista ja sen jälkeen. Ohjausryhmää pyydettiin myös arvioimaan, mitä uutta tietoa selvitys antoi ja miten he kokivat mahdollisesti hyötyneensä työstä.

Ennen selvityksen lukemista ohjausryhmän molemmat jäsenet arvioivat tietämyksensä L-PKS:n fysioterapiapalveluiden osalta tasolle seitsemän. Lukemisen jälkeen toinen koki tietämyksensä nousseen tasolle yhdeksän, toinen tasolle kahdeksan. L-PSHP:n fysioterapiapalveluista ohjausryhmän jäsenistä toinen arvioi tietämyksensä olevan tasolla kolme ennen selvityksen lukemista ja toinen tasolla viisi. Ohjausryhmän jäsenet kokivat tietämyksensä parantuneen huomattavasti lukemisen jälkeen, sillä toinen arvioi tietämyksen nousseen tasolle seitsemän ja toinen tasolle kahdeksan.

Ohjausryhmä arvioi, että L-PKS:n kuntoutuksen eri osa-alueet selkeytyivät ja tietämys niistä monipuolistui. Ohjausryhmä koki yllättävänä asiana sen, että inkontinenssifysioterapian osaaminen on niin vähäistä ja sitä järjestetään Kemian alueella vain L-PKS:ssa. Yllättäväksi koettiin myös se, että tukisukkien mittaamista ja lainaamista ei ole ohjattu järjestettäväksi muualle. Tilastoinnin heikkous nousi myös

yllättävänä tietona selvityksestä. Ohjausryhmän kesken keskustelua herätti ennaltaehkäisevään työhön panostamisen tärkeys, myös resurssien tehostamisen kannalta. Ohjausryhmää ihmetytti tuloksissa se, että sydänleikattujen kuntoutus ei noussut esille millään tavalla, vaikka se ohjausryhmän mukaan on selkeästi käytännön työn kautta todettu alueella puutteelliseksi.

Ohjausryhmä koki projektin onnistuneeksi, toimivaksi ja informatiiviseksi eikä työssä ollut heidän mielestään täydennettävää tai korjattavaa. He arvioivat työn vastanneen juuri niihin kysymyksiin, joihin vastauksia haettiin. Tarkoitus, tavoitteet, työn sisältö vastasivat toisiaan. Selvitys oli heidän mielestään luettava ja selkeä. Projektin tuloksista ohjausryhmä sai ideoita mahdollisista uusista asiakasryhmistä.

Projektin aikana ei pystytty arvioimaan pitkän aikavälin tavoitetta eli L-PSHP:n fysioterapiapalveluiden saumattomuuden kehittämistä asiakkaiden fysioterapiaprosessien kannalta, koska se olisi vaatinut pitemmän aikavälin seurannan. Tulostavoitteen toteutumisesta kertoi selvityksen, eli tämän opinnäytetyön, valmistuminen.

7.4 Oman oppimisen arviointi

Projektiorganisaation jäsenet kokevat oppineensa kuntoutuspalvelujärjestelmästä ja fysioterapiapalvelujen kehittämiskohteista alueella. Hallinnollisesta näkökulmasta projektiorganisaatio on oppinut pohtimaan kriittisesti kustannustehokkuutta ja sen vaikutusta resursseihin. Oppimista on tapahtunut myös resursseihin vaikuttavien syy – seuraus suhteiden tarkastelutavassa. Projektityöskentely on kehittynyt huomattavasti sekä teoriassa että käytännössä. Tulevaisuudessa mahdollisesti eteen tulevaa uutta projektia ajatellen, tulee projektin työstäminen olemaan alusta asti prosessina selkeämpi. Projektiorganisaatio on työn kautta perehtynyt hallinnolliseen näkökulmaan fysioterapiassa, joka on auttanut ymmärtämään sen merkitystä käytännön työlle sekä asiakkaiden fysioterapiaprosessin sujuvuudelle.

8 POHDINTA

Suomalainen kuntoutuspalvelujärjestelmä vaikuttaa edelleen olevan hyvin rikkonainen ja selkeän yhtenäisen toimintalinjan toteuttaminen käytännössä on haasteellista. Tavoitteellisuus ja pyrkimys yhteistyöhön ja verkostoitumiseen nousevat kuitenkin vahvasti esille lähdemateriaalista, jotta kuntoutusprosessi saataisiin asiakkaan kannalta sujuvaksi, tarkoituksenmukaiseksi sekä saumattomaksi. Tämä vaatii silti vielä paljon työtä käytännön tasolla. Tuoreimmat lähteet antavat toisaalta ymmärtää, että muutoksia on pyritty tekemään jakamalla vastuuta vähitellen eri toimitahojen kesken. Vaikka lait ja säädökset ohjaavat kuntoutuspalvelujärjestelmän toimintaa, on palvelujen sujuvuus edelleen asiakkaan kannalta ongelmallista, koska kuntoutukseen pääsy ja jatkohoitoon hakeutuminen ovat liian usein asiakkaan omalla vastuulla.

Kyseiset jatkohoidon ja kuntoutuksen ongelmat heikentävät kuntoutuksen palveluketjujen saumattomuutta. Palvelujen saumattomuuteen tulisikin pyrkiä, jotta hyvästä fysioterapiapalvelusta saataisiin joustava kokonaisuus, ja se voisi toteutua asiakkaan fysioterapiaprosessin kannalta tavoitteellisesti ja laadukkaasti. Kuntoutuspalvelujen tulisi olla asiakkaille yhdenvertaisia, tavoitteellisia, vaivattomasti saatavilla ja kuntoutusprosessin selkeä ja ymmärrettävä, mutta käytännössä tämä ei kaikilta osin toteudu. Pohdintaa herättää se, miten voidaan varmistaa, että kaikki se tieto, mitä kuntoutusasioiden hoitaminen edellyttää asiakkaan kannalta, on ammattilaisilla hallussa, jotta he voisivat asianmukaisesti tehostaa saumattomuutta ja osaisivat ohjata ja neuvoa asiakasta hakeutumaan oikeisiin paikkoihin? Koukkari (2010, 125) vahvistaa, että tällä hetkellä kuntoutus koetaan asiakkaan aseman ja vaikutusmahdollisuuksien kannalta vaikeasti hahmotettavaksi.

Saumattomuus vaatii toteutuakseen paikallisten toimijoiden verkostoitumista, yhteisistä toimintamalleista sopimista ja näiden toimeenpanemista. Saumattomuus vaikuttaisi mahdollisesti myös valtakunnallisesti kuntoutuspalvelujärjestelmän toimivuuteen, ja siten suoraan myös asiakkaan asemaan kuntoutusjärjestelmässä. Hoito- ja palvelukokonaisuuksien yhdeksi tärkeäksi lähtökohdaksi onkin L-PSHP:n alueelle asetettu perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon alueellinen ja toiminnallinen yhteensopivuus. (Länsi-Pohjan sairaanhoitopiirin kuntayhtymä 2009).

Yhtenä verkostoitumisen haastavana ja toimivuuteen vaikuttavana tekijänä on tietojärjestelmä, joka ei ole yhtenäinen kuntoutusjärjestelmän eri sektoreiden kesken eikä välttämättä yhden sektorin sisälläkään. Tämän ei kuitenkaan tulisi olla este verkostoitumiselle vaan käytännössä eri sektoreilla olisi hyvä olla esimerkiksi vastuuyksiköitä tai -henkilöitä, jotka huolehtisivat tiedonkulusta ja jatkokuntoutuksen seurannasta.

L-PSHP:ssä palvelujen järjestämissuunnitelman mukaan, palvelujärjestelmää tuetaan nimenomaan uuden teknologian ja tietojärjestelmien hyväksikäyttöä tehostamalla (Länsi-Pohjan sairaanhoitopiirin kuntayhtymä 2009). Palvelujärjestelmän tukemiseksi L-PKS otti huhtikuussa 2011 käyttöön uuden Oberon – potilashallintojärjestelmän. Lisäksi kehitteillä on Cressida - ohjelma, jolla saadaan tilastoituna potilasluvut diagnooseittain. (Laihin, Anna-Liisa 2011.) Uuden järjestelmän tulokset ovat kuitenkin nähtävissä vasta parin vuoden sisällä käyttöönotosta, kun järjestelmän käyttö saadaan yhtenäiseksi.

Tämän projektin tarkoituksena oli L-PKS:n tilastojen pohjalta selvittää, mitä erikoissairaanhoidon fysioterapiapalveluja siellä tarjotaan. Tarkoituksena oli myös selvittää kyselylomakkeen (Liite 1) avulla, mitä L-PKS:n fysioterapiapalveluja L-PSHP:n terveyskeskusten ja L-PKS:n fysioterapeuttien mielestä voisi toteuttaa muualla tai yhteistyössä muun tahon kanssa sekä mitä L-PSHP:n fysioterapiapalveluja heidän mielestään alueella voisi kehittää asiakkaiden fysioterapiaprosessien kannalta. Projektin tulostavoitteena oli koota Palvelukeskus Purolalle selvitys L-PKS:n fysioterapiapalveluista ja L-PSHP:n fysioterapiapalvelujen kehittämiskohteista alueen terveyskeskusten ja L-PKS:n fysioterapeuttien näkökulmasta. Lyhyen aikavälin tavoitteena oli lisätä Palvelukeskus Purolan tietoutta L-PKS:n fysioterapiapalveluista sekä L-PSHP:n fysioterapiapalvelujen mahdollisista kehittämiskohteista. Pitkän aikavälin tavoitteena oli kehittää L-PSHP:n fysioterapiapalvelujen saumattomuutta asiakkaiden fysioterapiaprosessien kannalta.

L-PKS:sta saadut kaksi tilastoa olivat kuitenkin suppeita eivätkä vastanneet odotuksia niiden sisällöstä. Ensimmäinen tilasto, jossa käyntimäärää oli vertailtu käyntityypin mukaan, oli sisällöllisesti niin suppea, ettei sitä voitu työhön hyödyntää. Toisesta tilastosta, johon tämän projektin tulokset kyselyn lisäksi perustuvat, kävi ilmi vuoden 2010 fysioterapiakäyntien määrät kuukausitasolla osastoittain sekä kokonaismäärät

koko vuodelta ilman erittelyjä asiakasryhmittäin.

Saatujen tilastotietojen pohjalta heräsi kysymys, millä perusteilla kunnat maksavat L-
PKS:n fysioterapiapalveluista? Vaikka tässä selvityksessä ei perehdytty
erikoissairaanhoidon fysioterapiapalvelujen laskutukseen, mietityttää silti, saavatko
kunnat tilastollisesti eriteltynä tarpeeksi tietoa siitä, miten kustannukset jakautuvat?
Kuntamaiseman (2010) laatimassa selvityksessä on huomattu, että tällä hetkellä
erikoissairaanhoidon tulee L-PSHP:n kunnille merkittävästi kalliimmaksi kuin
esimerkiksi Lapin sairaanhoitopiirin kunnille. Tähän vaikuttavat selvityksen mukaan
muun muassa erikoissairaanhoidon resurssit. Esille tulee myös, että erityisen nopeasti
kustannukset ovat kasvaneet perusterveydenhuollon ohella myös
erikoissairaanhoidossa, joka on uhka useiden kuntien taloudelle. Hallinnon haasteena
onkin erikoissairaanhoidon tukeminen muun muassa optimaalisen resursoinnin keinoin.

Resursointiin vaikuttaviin tekijöihin liittyy olennaisesti yhteistyö muiden tahojen
kanssa. Jos L-PKS:ssa on palveluja, joita voisi toteuttaa muualla tai jos joidenkin
asiakasryhmien fysioterapiaprosessit eivät täysin toteudu, olisi kaikkien kannalta
järkevää kehittää yhteistyötä esimerkiksi palvelukeskus Purolan kanssa. Purolalla on
hyvät puitteet muun muassa ryhmämuotoisen jatkokuntoutuksen järjestämiselle ja
allasterapialle sekä lisäksi tarve uudelle asiakasryhmälle. Yhteistyön kehittyessä
fysioterapian ammattilaisilla olisi parempi mahdollisuus edistää työskentelyn
tehokkuutta ja fysioterapiapalvelun kohdentamista.

Projektiorganisaation kesken keskustelua herätti myös tilastoinnin merkitys
jatkokuntoutuksen toteutumisen seurannassa. Mikäli tilastoinnilla on vaikutusta
jatkokuntoutuksen seurantaan ja se ei ole tarpeeksi kattavaa, onko silloin julkisen,
yksityisen ja kolmannen sektorin yhteistyön mahdollista toteuttaa asiakkaan kannalta
tehokkaasti ja saumattomasti? L-PSHP:n alueen terveydenhuollon palvelujen
järjestämissuunnitelmassa todetaan yksiselitteisesti, että kuntoutuksen toteutumista on
seurattava (Länsi-Pohjan sairaanhoitopiirin kuntayhtymä 2009). Vaikka suunnitelma on
laadittu jo vuonna 2009, jää seurannan asianmukainen toteutuminen silti epäselväksi.
Takala (2009) tukee selvityksellään, myös tämän selvityksen tulosten antamaa käsitystä
tilastoinnista ja vahvistaa epäilyä siitä, että jatkokuntoutuksen seuranta ei toteuteta
riittävästi. Hänen mukaan kuntoutustoimenpiteitä ei useimmiten tilastoida
terveydenhuollossa mitenkään. Takala vahvistaa ajatusta siitä, että olisi perusteltua

luoda tilastointijärjestelmä kuntoutuksen seurannan ja kehittämisen apuvälineeksi.

Aikuisneurologinen fysioterapia oli kyselyn ja tilaston osoittamana alueella merkittävä asiakasryhmä, jonka fysioterapiaprosessi vaatii kyselyyn vastanneiden mielestä kehittämistä. Takalan (2009) tekemän selvityksen mukaan aivoverenkiertohäiriön (AVH) sairastaneiden kuntoutuksen käytännön toteutuminen on valtakunnallisestikin puutteellista. Selvityksessä perehdyttiin nimenomaan AVH:n sairastaneiden kuntoutukseen ohjautumiseen ja kuntoutuksen toteutumiseen. Sairastuneista noin 40 prosenttia on arvioitu tarvitsevan lääkinnällistä kuntoutusta ja Takalan selvityksen mukaan ainoastaan Etelä-Savon sairaanhoitopiirissä päästään tähän tavoitteeseen, kun L-PSHP:ssä luku on vain alle kymmenen prosenttia. Sairaanhoitopiirien välillä, ja niiden sisällä jopa terveyskeskusten välillä on siis selvityksen mukaan eroja.

AVH:n sairastaneesta jopa kaksi kolmesta on tilastojen mukaan yli 65 – vuotias ja ikääntyvien määrän kasvaessa tämä aiheuttaa huolestusta (Kaste, Hernesniemi, Kotila, Lepäntalo, Lindsberg, Palomäki, Roine & Sivenius 2006, 327). L-PKS:n osalta tämä tarkoittaa käytännössä sitä, että neurologisten potilaiden määrä tulee kasvamaan entisestään, määrän ollessa jo nyt fysioterapiakäynneiltään toiseksi kuormittavin. Toisaalta Kuntamaiseman (2010) selvityksessä kuitenkin suositellaan L-PSHP:n neurologian - sisätautien osaston yhdistämistä keuhko-osaston kanssa, mikä ei osaltaan tue neurologisten potilaiden tulevaisuudessa lisääntyvää hoidon tarvetta, varsinkaan kun AVH – sairastuneiden määrän on vielä ennustettu kaksinkertaistuvan vuoteen 2030 mennessä (Kaste ym. 2006, 271).

Koska yli 65 – vuotiaiden määrä tulee kasvamaan ja he eivät kuulu enää Kelan kuntoutuksen piiriin, ehdottaa Takala (2009) Kelan kuntoutusvelvollisuuksien laajentamista myös iäkkäisiin potilaisiin tasa-arvon parantamiseksi. Sama huoli kuntoutukseen pääsemisen epätasa-arvosta tuli esille myös tämän selvityksen tuloksista. Ikääntyvien määrän kasvaessa kuntoutuksen järjestämiselle muodostuu lisähaasteita ja on pohdittava, miten kuntoutuksen ohjautuvuutta ja saatavuutta pystytään parantamaan sekä miten varmistetaan riittävät valmiudet kasvavaan kuntoutuksen tarpeeseen? Kuntoutuksenhan tulisi olla laadukasta vaikka kuntoutustarve lisääntyisikin nopeasti.

Ikääntyvien määrän kasvu saattaa tulevaisuudessa vaikuttaa myös tekonivelpotilaiden määrään. Tämä lisäisi myös kuntoutustarvetta. L-PKS:n tilaston mukaan suurin

kuormittavuus vuoden 2010 fysioterapiakäyntimäärien perusteella kohdistui kirurgian osastolle 3b. Myös kysely vahvisti kirurgisten potilaiden kuormittavuutta muun muassa tekonivelleikkauspotilaiden ja operatiivisten selkäpotilaiden asiakasprosessien kannalta. Nämä koettiin kyselyn perusteella sellaisiksi asiakasryhmiksi, joiden kuntoutusta voisi toteuttaa myös muualla kuin L-PKS:ssa tai yhteistyössä muun tahon kanssa.

Jatkokuntoutuksen tarve alueella kirurgisten potilaiden kohdalla on jo nyt todennäköisesti huomattava, koska myös tilasto vahvistaa kirurgisten asiakkaiden paljouden. Ainakin osalle tämän asiakasryhmän potilaista voisi järjestää jatkokuntoutusta yhteistyönä muun tahon kanssa esimerkiksi ryhmämuotoisena. Kyselyn vastauksista ei käy ilmi, mitä tekonivelpotilailla tarkoitetaan, mutta koska esille tuotiin nimenomaan tekonivelpotilaiden allasterapia, tulee käsitys, että kyse on polvi- tai lonkkapotilaista.

Selkäasiakkaiden fysioterapiaprosessi koettiin myös L-PKS:n ja L-PSHP:n palveluista selkeästi puutteelliseksi ja kehittämiskohteeksi asiakkaan fysioterapiaprosessin kannalta. Pre- ja postoperatiivista selkäpotilaiden fysioterapiaa voisi järjestää esimerkiksi ryhmämuotoisena kuntoutuksena. Jos L-PKS:lla ei riitä resurssit järjestää ryhmiä yksin, tulisi tällaisissa tilanteissa harkita yhteistyötä jonkin muun tahon kanssa. Kehittämällä yhteistyötä esimerkiksi Purolan kanssa, L-PKS voisi ohjata muun muassa leikatut selkä- ja tekonivelpotilaat suoraan jatkokuntoutukseen Purolaan. Tämän kaltainen yhteistyön kehittäminen on askel kohti saumattomampaa palveluketjua.

L-PKS:n tarjoamaa inkontinenssifysioterapiaa ehdotettiin järjestettäväksi myös muun tahon toimesta, koska alueella tarvitaan kyselyn perusteella osaamista erityisesti avopuolella lisää. Yksilöterapihana tämä osa-alue vaatii kouluttautumisen ja omat välineistöt. Inkontinenssiasiakkaille voisi ajatella järjestettävän myös ryhmämuotoista kuntoutusta.

Kyselyn vastauksissa yhteistyötä ehdotettiin lisättäväksi myös terveyskeskusten kanssa esimerkiksi tukisukkien mittaamisen ja lainaamisen osalta. Kyselyn mukaan erikoissairaanhoidon resursseja kuormittaa lisäksi lasten ja nuorten ryhtiin liittyvä fysioterapia, jota ei koettu erikoissairaanhoidon kuuluvaksi ja sitä ehdotettiin toteutettavaksi terveyskeskuksissa. Vaikka osa vastauksista sivusi kysytyjä asioita, nousi niistä siitä huolimatta esille tärkeitä huomioita laadukkaan fysioterapiaprosessin

toteutumisen kannalta kuten fysiatrin ja vaativan kuntoutuksen osaston puuttuminen alueelta, ennaltaehkäisevän työn lisääminen, terveyskeskuksen kuntoutukseen pääsyn pitkät jonotusajat, allasterapioiden puuttuminen, tiedonkulun ongelmallisuus sekä resurssien vähyys.

Projektin onnistumista arvioitaessa huomattiin, että kyselylomakkeesta ei käynyt ilmi se, että vastauksia haluttiin vain fysioterapeuteilta. Tästä johtuen luultavasti myös muutama kuntohoitaja on vastannut kyselyyn. Projektiorganisaation käytännön kokemusten pohjalta myös alueen kuntohoitajilla on työnkuvansa puolesta kattava näkemys L-PSHP:n fysioterapiapalveluista, joten tällä ei todettu olevan merkittävää vaikutusta tuloksiin. Asian tarkentamiseksi lomakkeessa olisi tullut mainita halutuiksi vastaajiksi fysioterapeutit tai pyytää merkitsemään, onko vastaaja fysioterapeutti vai kuntohoitaja.

Kyselylomakkeen ohessa lähetetyssä saatekirjeessä olisi ollut hyvä selostaa tarkemmin projektin sisältöä, jotta vastaaja olisi mahdollisesti saanut paremman käsityksen projektin tarkoituksesta ja tavoitteista. Toisaalta kyselyyn osallistuneihin tahoihin oltiin kuitenkin yhteydessä puhelimitse, jolloin myös projektin tarkemmasta sisällöstä käytiin keskustelua. Lomakkeen kysymykset pyrittiin muotoilemaan niin, että ne eivät ohjaisi vastauksia. Jälkeenpäin kuitenkin huomattiin, että kysymyksessä kaksi oli väärä sanavalinta. Koska kysymyksen tarkoituksena oli selvittää mahdollisia kehittämiskohteita kyselyyn vastanneilta, saattoi kysymyksessä käytetty termi ”puute” ohjata vastauksia jossakin määrin. Tämä huomattiin kuitenkin ennen vastausten käsittelyä ja pyrittiin huomioimaan vastausten analysoinnissa. Saatekirjeen ja lomakkeen laatimisessa tuli kiire, koska tilastot saatiin vasta toukokuun alussa, jolloin huomattiin niiden olevan niin suppeita, että tarvittiin kyselylomake lisätiedon hankkimiseksi. Kyselylomakkeet haluttiin saada vastaajille ennen kesälomien alkua, jotta projekti tulisi valmiiksi aikataulussa. Kiire vaikutti todennäköisesti saatekirjeen ja lomakkeen sisältöön.

Vasta projektin loppuvaiheessa kävi ilmi, että tarkempaa tilastotietoa L-PKS:sta olisi mahdollisesti ollut saatavissa paperiarkistoista poimimalla joiltakin osastoilta, esimerkiksi lonkka- ja polviproteesipotilaiden määrät. On todettava, että lisätilastoista olisi voinut saada tarkempaa tietoa tulosten tueksi muun muassa kyseisten asiakasryhmän kohdalta. Resurssien kannalta näiden tietojen poimiminen jouduttiin

kuitenkin toteamaan niin myöhäisessä vaiheessa projektia käytännössä mahdottomaksi. Projektiorganisaatiolle jäi kuitenkin pieni epävarmuus siitä saatiinko useasta tiedustelusta huolimatta, projektin käyttöön kaikkia sen kannalta oleellisia tilastoja.

Projektin luotettavuuden tukemiseksi käytettiin mahdollisimman uusia ja luotettavia lähteitä sekä niitä pyrittiin tarkastelemaan kriittisesti. Samankaltaisia, aikaisemmin tehtyjä opinnäytetöitä ei löytynyt kuin kaksi ja aihealue vaikuttaakin vähän tutkitulta. Tilastojen saamiseksi ja kyselylomakkeiden toimittamista varten hankittiin asianmukaiset tutkimusluvut. Osa lomakkeista toimitettiin henkilökohtaisesti vastausprosentin parantamiseksi. Kyselyn vastaukset käsiteltiin anonyymisti ja luottamuksellisesti. Kyselyn vastausprosentti oli yli 50, joka lisäsi kyselyn luotettavuutta.

Tulosten perusteella voidaan luoda kuva vain L-PSHP:n fysioterapiapalvelujen kehittämiskohteista. Kyselyn tulokset koskevat L-PSHP:n aluetta eikä niitä voida yleistää koko Suomea koskeviksi. Selvityksestä on ensisijaisesti hyötyä Palvelukeskus Purolalle, mutta myös muille L-PSHP:n fysioterapiapalvelujen tuottajille sekä palvelujärjestelmää johtaville. Selvitys voi toimia myös alueen saumattoman yhteistyön kehittämisen tukena, mikä palvelisi projektin pitkän aikavälin tavoitteen toteutumista.

Tämän projektin rajauksen ja tulosten perusteella voisi jatkotutkimuksen aiheeksi ehdottaa tehtäväksi laajempaa selvitystä L-PSHP:n alueen fysioterapiapalvelujen tarjonnasta ja kehittämiskohteista mukaan lukien kaikki alueen fysioterapiapalvelun tuottajat. Toisena jatkotutkimusaiheena olisi aiheellista perehtyä perusteellisemmin kustannustehokkuuteen ja miten tilastoinnilla pystyttäisiin siihen vaikuttamaan. Palvelujen saumattomuuden kehittämisen kannalta voisi kolmanneksi aiheeksi ajatella fysioterapiapalveluprosessin selvittämistä asiakkaiden näkökulmasta. Jatkotutkimusaiheina voisivat lisäksi olla alueella toteutuvan yhteistyön ja eri tahojen toimintamallien selvittäminen asiakkaan fysioterapiaprosessin kehittämiseksi.

9 JOHTOPÄÄTÖKSET

Länsi- Pohjan sairaanhoitopiirin strategisessa suunnitelmassa, joka on laadittu vuosille 2007 - 2012, toimintaa ohjaaviksi arvoiksi määritellään asiakaslähtöisyys, vastuullisuus, avoimuus, luotettavuus ja yhteistyökykyisyys. Sairaanhoitopiirin yhdeksi strategiaksi puolestaan mainitaan erikoissairaanhoidon palvelujen järjestäminen ja tuottaminen alueen asukkaille onnistuneella yhteistyöllä ja työnjaolla. Asiakkaiden tarpeita vastaavien laadukkaiden, sujuvien ja terveyttä edistävien erikoissairaanhoidon palvelujen saanti ja toiminnan kehittäminen vastaamalla muuttuviin tarpeisiin resurssien oikealla kohdentamisella, on myös mainittu osaksi strategiaa. (Länsi-Pohjan sairaanhoitopiiri 2011.)

L-PSHP:ä ohjaavien arvojen ja strategioiden toteutumista hidastavat kuntoutuspalvelujärjestelmän rikkonaisuus sekä jatkohoidon ja kuntoutuksen ongelmat, jotka heikentävät saumattoman palveluketjun toteutumista. L-PSHP:n alueella ei toiminnallinen yhteensopivuus siis edelleenkään toteudu. Selvityksessä kävi ilmi, että kuntoutuspalvelut eivät ole asiakkaan kannalta täysin yhdenvertaisia, vaivattomasti saatavilla eikä kuntoutusprosessi ole selkeä ja ymmärrettävä. Eri tahojen yhteistyön kehittäminen, paikallisten verkostojen muodostaminen, yhtenäisen tiedonkulun ja yhtenäisten toimintamallien laatiminen edesauttaisivat huomattavasti saumatonta palveluketjua. L-PKS:n fysioterapiapalvelujen osalta yhteistyön kehittäminen esimerkiksi paikallisten tahojen kanssa olisi ajankohtaista ja tarpeellista.

L-PSHP:n alueen fysioterapiapalvelujen kehittämiskohteita ovat neurologisten potilaiden, operatiivisten selkäpotilaiden, tekonivelpotilaiden ja inkontinenssipotilaiden fysioterapiaprosessit. Ikääntyneiden määrän kasvaessa voidaan olettaa, että erityisesti tekonivelpotilaiden sekä AVH – sairastuneiden kuntoutuksen tarve tulee kasvamaan. Neurologiset potilaat ovat L-PKS:n tilaston mukaan edelleen fysioterapiakäyntimäärältään suuri ryhmä, eikä Takalan (2009) kaksi vuotta sitten tekemän selvityksen mukaan AVH – kuntoutus silloinkaan toteutunut L-PSHP:n alueella tarpeeksi kattavasti. AVH – sairastuneiden kuntoutus onkin todennäköisesti edelleen puutteellista.

Tukisukkien mittaaminen ja lainaaminen sekä lasten ja nuorten ryhtiin liittyvä fysioterapia voitaisiin tulosten perusteella toteuttaa jossakin muualla kuin L-PKS:ssa tai yhteistyössä jonkin muun tahon kanssa. Näissä asioissa kyseeseen tulisivat todennäköisesti alueen terveyskeskukset. Muita kehittämisalueita ovat ennaltaehkäisevän työn ja allasterapioiden lisääminen, terveyskeskusten fysioterapian pitkät jonotusajat sekä resurssien määrä.

Selvityksen perusteella voidaan päätellä, että L-PKS:n fysioterapian tilastoinnissa on kehittämistä. Tilastossa kuvataan fysioterapian käyntimäärät suurpiirteisesti eikä niistä saa käsitystä, mistä asiakasryhmistä tai kuinka monesta asiakkaasta käyntimäärät tarkalleen koostuvat. Tilastoinnilla on lisäksi merkitystä myös jatkokuntoutuksen seurannalle eikä seuranta tulosten perusteella vaikuta L-PSHP:ssa toteutuvan edelleenkaan tarkoituksenmukaisesti. Jos erikoissairaanhoidon fysioterapiapalvelujen tilastollinen erittely kuntien ja L-PKS:n välillä on yhtä suppeaa kuin tämän projektin tulokset ovat L-PKS:n sisäisestä fysioterapiapalvelujen tilastoinnista antaneet ymmärtää, maksavat kunnat oletettavasti ”könttäsunnan” terveydenhuollonpalveluista tietämättä, mistä kustannukset sen tarkemmin koostuvat. L-PSHP:n optimaalinen resursointi ei tämän projektin tulosten ja Kuntamaiseman (2010) selvityksen perusteella mitä ilmeisimmin toteudu ja se luo jatkossakin uhkakuvan kuntien taloudelle. Mikäli L-PKS:ssa käyttöön otetun uuden potilashallintojärjestelmän tilastointi tulee olemaan kattavampaa, saisivat kunnatkin tarkempaa tietoa siitä, mistä he maksavat. Fysioterapiapalvelu ei siis tämän selvityksen pohjalta L-PSHP:n alueella pelaa tarpeeksi saumattomasti asiakkaan fysioterapiaprosessin kannalta.

LÄHTEET

Alaranta, Hannu & Lindberg, Heidi & Holma, Tupu 2008. Hyvä kuntoutuskäytäntö. Teoksessa Rissanen, Paavo & Kallanranta, Tapani & Suikkanen, Asko (toim.). Kuntoutus. Duodecim, Helsinki. 647–657.

Aromaa, Arpo & Koskinen Seppo 2002. Yhteenvedo ja tarkastelu. Teoksessa Aromaa, Arpo & Koskinen, Seppo (toim.) Terveys ja toimintakyky Suomessa. Terveys 2000 - tutkimuksen perustulokset. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B3/2002, Helsinki. 126-141.

Asetus lääkinnällisestä kuntoutuksesta 1991. 28.6.1991/1015.

Aura, Maarit & Hirvonsalo, Heta & Rautio, Jenni 2002. Lääkinnälliset kuntoutuspalvelut: Länsi-Pohjan sairaanhoitopiirin lääkinnällisten kuntoutuspalvelujen nykyhetki ja tulevaisuus. Kemi-Tornion ammattikorkeakoulu, terveystalon koulutusyksikkö. Opinnäytetyö.

Erikoissairaanhoitolaki 1989. 1.12.1982/1062.

Hentonen, Liisi & Varjonen, Laura 2007. Fysioterapiapalvelukartoitus Satakunnan sairaanhoitopiirin terveyskeskuksissa. Satakunnan ammattikorkeakoulu, terveystalon koulutusyksikkö. Opinnäytetyö.

Järvikoski, Aila & Härkäpää, Kristiina 2011. Kuntoutuksen perusteet. WSOYpro Oy, Helsinki.

Kansaneläkelaitos 2011a. Korvaukset kuntoutuksen ajalta. Luettu 27.5.2011 <<http://www.kela.fi/in/internet/suomi.nsf/NET/190608091730HL?OpenDocument>>.

Kansaneläkelaitos 2011b. Kuntoutusraha. Luettu 27.5.2011 <<http://www.kela.fi/in/internet/suomi.nsf/NET/160801133054EH?OpenDocument>>.

Kansaneläkelaitos 2011c. Kuntoutuksen standardit. Luettu 29.8.2011 <<http://www.kela.fi/in/internet/suomi.nsf/NET/030903104122KM>>.

Karlsson, Åke & Marttala, Anders 2001. Projektikirja: Onnistuneen projektin toteuttaminen. Talentum Media Oy, Tampere.

Kaste, Markku & Hernesniemi, Juha & Kotila, Mervi & Lepäntalo, Mauri & Lindsberg, Perttu & Palomäki, Heikki & Roine, Risto O. & Sivenius, Juhani 2006. Aivoverenkiertohäiriöt. Teoksessa Soinila, Seppo & Kaste, Markku & Somer, Hannu (toim.). Neurologia. Duodecim, Helsinki. 271 – 331.

Kettunen, Sami 2003. Onnistu projektissa. WSOY, Helsinki.

Koukkari, Marja 2010. Tavoitteena kuntoutuminen: Kuntoutujien käsityksiä kokonaisvaltaisesta kuntoutuksesta ja kuntoutumisesta. Lapin yliopisto tiedekunta, Rovaniemi.

Kuntamaisema 2010. Lapin alueen sairaanhoitopiirien yhteistyön ja työnjaon selvitys. Luettu 29.9.2011. < http://www.lapinliitto.fi/c/document_library/get_file?folderId=18283&name=DLFE-8301.pdf>.

Lahtela, Kari & Grönlund, Rainer & Röberg, Monica & Virta, Lauri 2002. Arvioita suomalaisesta kuntoutusjärjestelmästä. Kuntoutusbarometrihankkeen varhaisen vaiheen havaintoja. Luettu 29.8.2011 <https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10250/3378/KU_BA_net.pdf?sequence=2>.

Laihin, Anna-Liisa 2011. Fysioterapian osastonhoitaja, Länsi-Pohjan keskussairaala, 23.9.2011, Kemi.

Laki kuntoutuksen asiakasyhteistyöstä 2003. 13.6.2003/497.

Laki sosiaali- ja terveydenhuollon saumattoman palveluketjun kokeilusta 2000. 22.9.2000/811.

Lillrank, Paul & Venesmaa, Julia 2010. Terveydenhuollon alueellinen palvelujärjestelmä. Talentum media Oy, Hämeenlinna.

Länsi-Pohjan sairaanhoitopiiri 2011. Sairaanhoitopiirin strateginen suunnitelma 2011. Luettu 13.6.2011 < <http://www.lpshp.fi/fi/kuntayhtyma/strategia.html>>.

Länsi-Pohjan sairaanhoitopiirin kuntayhtymä 2009. Terveydenhuollon palvelujen järjestämissuunnitelma 2009-2012. Luettu 13.6.2011 < http://www.lpshp.fi/media/files/palvelujen_jarjestamissuunnitelma_2009_2012.pdf>.

Lööw, Monica 2002. Onnistunut projekti - Projektijohtamisen ja -suunnittelun käsikirja. Tietosanoma, Helsinki.

Mäkitalo, Raili & Hautala, Urpo & Narikka, Jouko & Tuukkanen, Jorma 2007. Näkökohtia tulonsiirtojen ja palvelujärjestelmien yhteensovittamisesta ja uudistamisesta. Valtiovarainministeriö, Helsinki.

Paatero, Heidi & Lehmijoki, Pentti & Kivekäs, Jukka & Ståhl, Tomi 2008. Kuntoutusjärjestelmä. Teoksessa Rissanen, Paavo & Kallanranta, Tapani & Suikkanen, Asko (toim.). Kuntoutus. Duodecim, Helsinki. 31- 50.

Paltamaa, Jaana & Karhula, Maarit & Suomela-Markkanen, Tiina & Autti-Rämö, Ilona (toim.) 2011. Suositukset hyvistä kuntoutuskäytännöistä. Kelan tutkimusosasto, Helsinki.

Puumalainen, Jouni 2008. Kuntoutuksen historiaa. Teoksessa Rissanen, Paavo & Kallanranta, Tapani & Suikkanen, Asko (toim.). Kuntoutus. Duodecim, Helsinki. 16–30.

Rissanen, Tapio 2002. Projektilla tulokseen: Projektin suunnittelu, toteutus, motivointi ja seuranta. Kustannusosakeyhtiö Pohjantähti, Jyväskylä.

Ruotsalainen, Pekka 2000. Asiakaslähtöinen palveluketju ja tietoteknologia. Teoksessa Nouko-Juvonen Susanna & Ruotsalainen Pekka & Kiikkala Irma (toim.). Hyvinvointivaltion palveluketjut. Kustannusosakeyhtiö Tammi, Helsinki. 7-32.

Ryytänen, Markku & Notkola, Veijo 2007. Väestönkehitys ja sen ennustaminen.

Teoksessa Koskinen, Seppo & Martelin, Tuija & Notkola, Irma-Leena & Notkola, Veijo & Pitkänen, Kari & Jalovaara, Marika & Mäenpää, Elina & Ruokolainen, Anne & Ryyänen, Markku & Söderling, Ismo (toim.). Suomen väestö. Gaudeamus, Helsinki. 271–298.

Silfverberg, Paul 2007. Ideasta projektiksi: Projektityön käsikirja. Edita, Helsinki.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2002. Kuntoutusselonteko 2002. Valtioneuvoston selonteko eduskunnalle. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2011. Kuntoutuksella parannetaan toimintakykyä. Luettu 19.5.2011 <http://www.stm.fi/sosiaali_ja_terveyspalvelut/sosiaalipalvelut/kuntoutus>. Ståhl, Tomi & Rissanen, Paavo 2008. Kuntoutuksen taloudelliset tukimuodot. Teoksessa Rissanen, Paavo & Kallanranta, Tapani & Suikkanen, Asko (toim.). Kuntoutus. Duodecim, Helsinki. 752- 762.

Ståhl, Tomi & Rissanen, Paavo 2008. Kuntoutuksen taloudelliset tukimuodot. Teoksessa Rissanen, Paavo & Kallanranta, Tapani & Suikkanen, Asko (toim.). Kuntoutus. Duodecim, Helsinki. 752- 762.

Takala, Teemu 2009. AVH:n sairastaneiden kuntoutukseen ohjautuminen ja kuntoutuksen toteutuminen 2006-2009. AVH – kuntoutuksen loppuraportti. Luettu 28.9.2011 <http://www.aivoliitto.fi/files/751/AVH-kuntoutusprojekti_loppuraportti.pdf>.

Talvitie, Ulla & Karppi, Sirkka-Liisa & Mansikkamäki, Tarja 2006. Fysioterapia. Edita Prima Oy, Helsinki.

Tilastokeskus. Väestö. Luettu 10.5.2011 <http://www.stat.fi/tup/suoluk/suoluk_vaesto.html>.

Vuori, Jari 2000. Sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioiden yhteistyö ja palveluketjut. Teoksessa Sundman Eila (toim.). Potilaan asema ja oikeudet. Kustannusosakeyhtiö Tammi, Helsinki. 67–86.

Willberg, Mirja & Valtonen, Hannu 2007. Pohjoismaiden terveydenhuollon rahoitus- ja palvelujärjestelmien vertailu. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki.

World Confederation of Physical Therapy. WCPT policy statement: Evidence based practice. Luettu 20.9.2011 <<http://www.wcpt.org/policy/ps-EBP>>.



Hei!

Olemme fysioterapeuttiopiskelijoita Kemi-Tornion ammattikorkeakoulusta ja teemme opinnäytetyötä. Tarkoituksenaamme on selvittää mitä fysioterapian asiakasprosesseja voidaan parantaa L-PSHP:n alueella.

Pyydämme teitä ystävällisesti vastaamaan oheiseen kyselylomakkeeseen ja postittamaan täytetyn lomakkeen oheisessa, postimerkillä varustetussa, kirjeknossa siihen merkittyyn osoitteeseen.

Kyselyn vastaukset käsitellään luottamuksellisesti ja anonyymisti ainoastaan opinnäytetyöntekijöiden toimesta. Ohjaajina opinnäytetyössämme toimivat fysioterapiaopettaja Pekka Tiitinen (pekka.tiitinen@tokem.fi) ja lehtori Timo Marttala. Vastaukset lähetämme tarvittaessa tutkimukseemme liittyviä kysymyksiä.

Ystävällisin terveisin,

Salla Aittamaa
Fysioterapeuttiopiskelija
puh. 044 298 7654

Sanna Aro
Fysioterapeuttiopiskelija
puh. 040 552 7173

KYSELYLOMAKE

1. Onko Länsi-Pohjan keskussairaalan fysioterapiapalveluissa mielestäsi sellaisia palveluita, joita voisi toteuttaa muualla tai yhteistyössä jonkin muun tahon kanssa asiakasprosessien parantamiseksi?

Kyllä

Ei

Mitä palveluja? Miksi?

2. Onko mielestäsi Länsi-Pohjan sairaanhoitopiirin alueen fysioterapiatarjonnassa puutteita asiakkaiden fysioterapiaprosessien kannalta? (Pohdi myös mahdollisesti kokonaan puuttuvia palveluja)

Kyllä

Ei

Mitä puutteita? Miksi?

Kiitos vastauksistasi! ☺

**SOPIMUS**

Kemi-Tornion ammattikorkeakoulun terveyden toimiala ja alla mainittu toimeksiantaja sopivat tällä sopimuksella opiskelijatyönä tehtävän opinnäytetyön tekemisestä alla mainituin ehdoin.

TOIMEKSIANTAJATIEDOT

Toimeksiantajan nimi ja osoite: Tolvola- Luotolan vanhustenkotiyhdistys Ry/ Palvelukeskus Purola

Yhdysenkilö/työelämäohjaaja: Johtaja Raija Lahti, fysioterapeutti Minna Lappalainen

Yhdysenkilön/työelämäohjaajan yhteystiedot: Puhelinnumero 016-2110711

OPPILAITOSTIEDOT

Oppilaitoksen nimi ja osoite: Kemi-Tornion Ammattikorkeakoulu, Meripuistokatu 26, 94100 Kemi

Opinnäytetyön tekijä(t) ja yhteystiedot: Fysioterapiaopiskelijat Salla Aittamaa (Puh. 014- 2987654) ja Sanna Koivuranta (Puh. 040- 5527173)

Opinnäytetyön ohjaava(t) opettaja(t) ja yhteystiedot: Pekka Tiitinen (pekka.tiitinen@tokem.fi) ja Timo Marttala (timo.marttala@tokem.fi)

OPISKELIJATYÖNÄ TEHTÄVÄN OPINNÄYTETYÖN TIEDOT

Opinnäytetyön nimi/aihe: Selvitys erikoissairaanhoidon fysioterapiapalveluista Länsi-Pohjan keskussairalassa

Työn aikataulu: Valmis lokakuussa 2011

Opinnäytetyöstä aiheutuvista kustannuksista vastaa: Kansituksista ja kopiaista vastaa toimeksiantaja

Työn tulosten tekijänoikeuksista ja hyödyntämisestä sovitaan seuraavaa: Työntekijöillä on läydet tekijänoikeudet

Tulosten salassapidosta sovitaan seuraavaa: -

Työn ohjaajina toimivat: Raija Lahti ja Minna Lappalainen

TOIMEKSIANTAJAN OPINNÄYTETYÖSTÄ MAHDOLLISESTI MAKSAMA KORVAUS

Korvaussumma: -


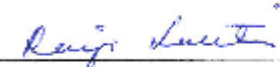
Korvauksen saaja: -

Korvauksen maksun ajankohta: -

Jos tähän sopimukseen tulee muutoksia, on se jokaisen osapuolen uudelleen hyväksyttävä ja allekirjoitettava.

Tämä sopimus on tehty kahtena kappaleena, yksi jokaiselle sopijaosapuolelle.

Palkka: Kuusi Aika: 23.6.2011

 29.11 
AMK:n edustaja Toimeksiantajan edustaja

 Salla Jettamaa 
Opiskelija Opiskelija