

Asia: VN/16726/2022

Lausuntopyyntö: Valtakunnalliset lääkinnälliseen kuntoutukseen ohjautumisen perusteet. Opas terveyden- ja sosiaalihuollon ammattilaisille ja kuntoutuksen parissa työskenteleville.

Kommentit kappaleittain.

Johdanto

Yleiset huomiot

Johdantokappaleessa olisi hyvä tarkastella tarkemmin kuntoutusjärjestelmän keskeisiä haasteita. Näitä on kuvattu esimerkiksi Valtiontalouden tarkastusviraston (VTT) tuloksellisuustarkastuskertomuksessa 193/2009 (Lääkinnällinen kuntoutus). VTT on selvityksessään todennut, että lääkinnällistä kuntoutusta ei ole aina tarjolla riittävästi ja oikea-aikaisesti, eikä lääkinnällisen kuntoutuksen asema terveydenhuollossa ole toiminnan merkittävyyden ja tavoitteiden saavuttamisen kannalta riittävän vahva. VTT piti ilmeisenä, että kuntoutusta ei ole organisoitu optimaalisesti ja nosti esille mm. hoitoketjujen katkeamisen potilaan siirtyessä perusterveydenhuollosta (PTH) erikoissairaanhoidon (ESH). PTH:n ja ESH:n yhteistoiminnan kehittämistä pidettiin välttämättömänä. VTT ehdotti myös kuntoutuksen yhdyshenkilön määrittämistä ja kannusti kuntoutussuunnitelmien kehittämiseen. Lääkinnällisen kuntoutuksen resursointi todettiin niukaksi ja alueellinen vaihtelevuus merkittäväksi. Kuntoutuksen tietopohja on ollut ohut, hankaloittaen paitsi toiminnan arviointia, myös toiminnan johtamista. Vaikka tarkastus on jo yli kymmenen vuotta vanha, pätevät siinä esitetyt huomiot edelleen paikkansa. (<https://www.vtv.fi/app/uploads/2018/07/02152020/laakinnallinen-kuntoutus-193-2009.pdf>)

Kehitysehdotukset

Suosittellemme lisäämään johdantolukuun kappaleen lääkinnällisen kuntoutuksen nykytilan haasteista. Yleisesti koko opasta koskee sama ongelma, eli nykytilanteen kuvausta on tehty niukasti ja koska nykyisen järjestelmän konkreettisia ongelmia ei ole tunnistettu, oppaan ehdottamat toimenpiteet jäävät kovin yleiselle tasolle, eivätkä siten auta ohjaamaan kuntoutusjärjestelmän toimintaa riittävän konkreettisesti. Jokaiseen lukuun olisi hyvä lisätä kuvaus nykytilanteesta tai ainakin nykytilanteen keskeisistä haasteista.

Kappale neljä

Ensimmäinen lause ehdotetaan muutettavaksi muotoon ”Kuntoutuksen oikea-aikaista käynnistymistä voidaan parantaa muun muassa kuntoutusalan asiantuntijoiden suoravastaanottotoimintaa (esim. fysioterapeutin TULE-suoravastaanotto) kehittämällä, ohjauspalveluita vahvistamalla, terapeuttien antamalla neuvonnalla ja kotikuntoutusta kehittämällä.”

Perustelu

Kuten oppaassa mainitaan, tule-vaivat ovat yleisin syy kuntoutukselle. Tule-vaivojen vuoksi tehdään vuosittain kuusi miljoonaa lääkärikäyntiä, joista arviolta neljä miljoonaa voitaisiin siirtää fysioterapeutin suoravastaanotolla. Suoravastaanottotoiminta on keskeisin keino tehostaa terveydenhuollon toimintaa, nopeuttaa lääkärille pääsyä ja parantaa kuntoutuksen oikea-aikaisuutta.

Fysioterapeutin suoravastaanottotoiminta on osoittautunut maailmalla ja Suomessa kustannustehokkaaksi toimintatavaksi. Suomessa ongelmana on suoravastaanottotoiminnan täysimääräinen hyödyntäminen ja haasteet asiakasohjauksessa. Pidämme keskeisenä, että suoravastaanottotoiminta mainitaan tämän oppaan johdannossa, koska se on ylivoimaisesti tärkein keino parantaa kuntoutuksen (myös muun kuin fysioterapian) oikea-aikaisuutta.

Kpl 2 - Kuntoutus

Yleiset huomiot

Kuntoutuksen käsitteiden uudistaminen

Kuntoutuksen nelikenttäjaon kuvaus ja siihen liittyvä käsitteiden vanhentuminen on tuotu hyvin esiin. Oppaan tulisi kuitenkin kantaa pitkälle tulevaisuuteen, joten siinä voitaisiin rohkeammin käyttää modernimpia käsitteitä. Uusien ja vanhojen käsitteiden rinnakkainen määrittely ratkaisee juridisen tulkinnan haasteet ja antaa toisaalta pohjan käsitteiden uudistamiseen tulevilla lainvalmisteluissa. Jos käsitteistöä ei nyt uudisteta, ei sitä todennäköisesti tulla ilman pohjatyötä tekemään myöskään lainsäädännön uudistuksissa. Nyt tehtävä työ on keskeisin kuntoutuksen uudistamisen kokonaisuudessa ja työryhmällä on nyt ainutlaatuinen mahdollisuus toimia käsitteiden uudistajina.

Kuntoutuksen suhde primääri-, sekundaari- ja tertiääripreventioon

Kuntoutuksen suhde sairauksien ehkäisyyn ja terveyden edistämiseen (primääripreventio), uuden sairastumisen tai vammautumisen ehkäisemiseen (sekundaaripreventio) sekä sairauden tai vamman aiheuttaman pysyvän toimintarajoitteen aiheuttamien komplikaatioiden ehkäisyyn (tertiääripreventio) tulisi määritellä selkeämmin, kuten myös vastuunjako kuntien, hyvinvointialueiden ja muiden toimijoiden välillä. Primääripreventio voidaan yleensä katsoa terveyttä edistäväksi toiminnaksi, joka on kuntien ja hyvinvointialueiden yhteisellä vastuulla ja ehkä selkeimmin lääkinnällisen kuntoutuksen ulkopuolella. Kuitenkin kuntoutusalan ammattilaisilla on terveyttä edistävään toimintaan liittyvää ainutlaatuista osaamista, jolloin kuntoutusalan ammattilaiset voivat kuntoutustyön rinnalla työskennellä myös terveyttä edistävässä työssä. Rajapintaa voitaisiin kuvata luvussa tarkemmin.

Oppaassa tulisi myös ottaa selkeästi kantaa siihen, tulisiko sekundaari- ja tertiääripreventio mieltää selkeästi lääkinnälliseen kuntoutukseen kuuluvaksi toiminnaksi. Toimintaa liittyä kiinteästi kuntoutusprosessiin, mutta on tarpeen selvittää vastuunjakoa kuntoutuspalveluiden toiminnan ja terveyttä edistävän toiminnan osalta.

Kuntoutuja ei aina kykene aktiiviseen toimijuuteen

Oppaassa mielletään kuntoutuja kaikissa tilanteissa aktiiviseksi toimijaksi, jonka osallisuus kuntoutusprosessiin edellyttää aktiivisuutta. Luvussa kaksi jää heikommin tunnistetuksi se laaja kuntoutujajoukko, joka ei sairauden tai vamman vuoksi kykene aktiiviseen toimijuuteen, ainakaan siinä mielessä, kuin luvussa kuvataan tarpeelliseksi. Näitä kuntoutujia ovat esimerkiksi vaikeasti invalidisoituneet, syvästi kehitysvammaiset, vaikeasti muistisairaat, aloitekyvyttömät tai muutoin mittavista kognitiivisista ongelmista kärsivät. Kuntoutuspalveluilla voidaan kuitenkin tukea näiden kaikkein heikoimmassa asemassa olevien henkilöiden elämänlaatua. Oppaasta ei tulisi syntyä sellaista kuvaa, että kuntoutuspalveluiden ulkopuolelle jäävät kaikkein vaikeimmin sairaat tai vammautuneet kansalaiset, jos he eivät aktiivisesti osallistu kuntoutusprosessiinsa.

Luvussa tulisi myös näkyä lapsuus osana yksilön elämänkaarta. Lapsen erityinen asema ja kehityksellisyys tulisi huomioida selkeämmin. Lasten kuntoutuksessa korostuu kuntoutuksen preventiivinen luonne ja ammattilaisten vastuu kuntoutuksen tavoitteiden täsmentämisessä. Vanhemmilla tai lapsella itsellään ei ole tietoa lapsen vian, vamman tai sairauden pitkäaikaisista vaikutuksista, jonka vuoksi kuntoutusalan ammattilaisten ohjaus ja neuvonta on keskeistä kuntoutuksen tavoitteiden asettamisessa.

Kehitysehdotukset

Suosittellemme määrittelemään ja käyttämään oppaassa moderneja kuntoutuksen käsitteitä. Oppaaseen voidaan lisätä luku, jolla kuvataan modernien käsitteiden suhdetta nykyisen lainsäädännön käsitteistöön.

Suosittellemme linjaamaan primääri-, sekundaari- ja tertiäriprevention osalta seuraavasti: Primääripreventio ei ole lääkinällistä kuntoutusta ja se kuuluu kuntien ja hyvinvointialueiden yhteisvastuulle. Kuntoutusalan ammattilaisten osaamista tulee kuitenkin hyödyntää terveyttä edistävässä toiminnassa. Lääkinällisen kuntoutuksen resursoinnissa on huomioitava saman henkilöstön toimiminen myös terveyttä edistävässä työssä, erityisesti pienissä toimintayksiköissä. Sekundaaripreventio kuuluu osaksi lääkinällistä kuntoutusta, josta vastuu voidaan siirtää terveyttä edistävään työhön, kun kuntoutujan tilanne on vakiintunut. Siirtymävaiheeseen on kiinnitettävä erityistä huomiota, ettei kuntoutusjakson aikana saavutettua hyötyä menetetä. Tertiäripreventio kuuluu aina lääkinälliseen kuntoutukseen. Sitä ei tule siirtää kokonaisuudessaan kuntoutujan läheisten tai hoitohenkilöstön vastuulle, vaan moniammatillinen yhteistyö on keskeistä.

Suosittellemme täydentämään lukua kuvauksella sellaisista kuntoutujista, joiden sairaus tai vamma estävät aktiivisen osallistumisen kuntoutusprosessiin. Vaihtoehtoisesti voidaan tarkentaa aktiivisen toimijuuden käsitettä edellä kuvattujen asiakasryhmien osalta. Suosittelemme lisäksi täsmentämään kuntoutuksen roolia sellaisten kuntoutujien kohdalla, joiden toimintakyky on lähes kokonaan menetetty ja osallistumisen tavoitteita on jäljellä enää niukasti, mutta tertiäripreveniolla on merkittävä elämänlaadullinen vaikutus. Esimerkkinä vaikkapa pitkälle edennyt ALS-sairaus.

Yksityiskohtaiset huomiot

Luku 2.1. Kappale viisi.

Kappaleeseen ehdotetaan lisättäväksi tai tiivistettäväksi Aluehallintoviraston kanta terveydenhuollossa tehtäviin kuntoutuspäätöksiin. Oleellista kannanotossa on velvoite perustella erityisesti kielteinen tai kuntoutussuunnitelmasta poikkeava kuntoutuspäätös.

Aluehallintoviraston kannanotto 12/2020.

Terveydenhuollon ammattihenkilöistä annetun lain 22 §:n 1 momentin mukaan laillistettu lääkäri päättää potilaan lääketieteellisestä tutkimuksesta, taudinmäärityksestä ja siihen liittyvästä hoidosta.

Hallintolain 44 §:n 1 momentin 3-kohdan mukaan kirjallisesta päätöksestä on käytävä selvästi ilmi päätöksen perustelut ja yksilöity tieto siitä, mihin asianosainen on oikeutettu tai velvoitettu taikka miten asia on muutoin ratkaistu.

Hallintolain 45 §:n 1 momentin mukaan päätös on perusteltava. Perusteluissa on ilmoitettava, mitkä seikat ja selvitykset ovat vaikuttaneet ratkaisuun sekä mainittava sovelletut säännökset.

Kunta voi tuottaa lääkinällisen kuntoutuksen palvelut omana tuotantonaan tai ostopalveluna. Kuntoutuksen ylläkkärin tekemässä päätöksessä tulisi arvioida, täyttävätkö kunnan järjestämän lääkinällisen kuntoutuksen kriteerit vai kuuluuko kuntoutuksen järjestäminen jollekin muulle taholle. Aluehallintovirasto toteaa, että yleisen hyvän hallintotavan mukaan kielteinen päätös tulisi perustella ja terveydenhuoltolain 30 §:n mukaan henkilölle tulisi antaa tietoja muista kuntoutumismahdollisuuksista ja tarpeen mukaan ohjata muiden palveluiden järjestäjän palvelujen piiriin.

Aluehallintovirasto toteaa, että lääkkärin tekemä hoitoratkaisu ei ole hallintopäätös, jonka perusteella voisi erikseen hakea muutosta. Tämän vuoksi myöskään lääkkärin hoitoratkaisuun perustuva päätös lääkinällisestä kuntoutuksesta ja sitä koskevan maksusitoumuksen epääminen ei ole valituskelpoinen päätös. Hyvä hallinto saattaa toisinaan edellyttää hallintopäätöstä koskevien säännösten noudattamista soveltuvien osin myös muissa kuin varsinaisissa hallintoasioissa. Oikeusasiamiehen ratkaisukäytännössä (esim. Dnro 5341/4/14) onkin katsottu, että lääkinällistä kuntoutusta koskevan maksusitoumuksen epäämisestä tulee tehdä kirjallinen päätös. Maksusitoumuksen epääminen ei täysin rinnastu tavanomaiseen hoitopäätökseen, vaan se muistuttaa eräiltä osin hallintoasian käsittelyä. Kirjallisella ja hallintolain edellyttämällä tavalla perustellulla päätöksellä on potilaalle merkitystä hänen arvioidessaan niitä oikeusturvakeinoja, joita hänellä on käytössään ja joihin hän haluaa turvautua maksusitoumuksen epäämisen vuoksi. Vaikka maksusitoumuksen epäämisestä ei voi valittaa, potilas voi esimerkiksi vakiintuneen oikeuskäytännön mukaan saattaa kysymyksen kunnan velvollisuudesta järjestää lääkinällistä kuntoutusta hallinto-oikeuden tutkittavaksi hallintoriitamenettelyssä.

Perustelu

Julkisessa terveydenhuollossa pitkäaikainen lääkinällinen kuntoutus järjestetään usein palveluseteliä tai ostopalvelua hyödyntäen. Tällöin asiakkaalle laadittu kuntoutussuunnitelma käy läpi hallinnollisen käsittelyn, jossa suunniteltu kuntoutus voi määrältään muuttua tai kuntoutus voidaan jättää myöntämättä. Päätöksen tekee tyypillisesti kuntoutusasioista vastaava ylläkkäri asiakasta tai hoitavaa ammattilaista tapaamatta, eikä lisäselvityspyynnöjä useinkaan käytetä tai keskustelua asiasta käydä hoitavan tahon tai asiakkaan kanssa.

Terveydenhuollossa on tyypillinen ongelma jättää perustelematta hylkäävä kuntoutuspäätös. Tosiasiassa kuntoutuksen hylkäys- ja vähentämispäätökset on mitä ilmeisimmin tehty taloudellisin perustein. Kuntoutujien oikeusturvan kannalta on keskeistä, että he saavat asianmukaisen ja perustellun päätöksen myös julkisesta terveydenhuollosta. Erityistä huomiota tulee kiinnittää hylkäävien päätösten perusteluihin.

Oppaassa on myös toivottavaa korostaa, että kuntoutuksen myöntämisessä perusteiden tulee liittyä pelkästään asiakkaan tosiasialliseen tarpeeseen, ei hyvinvointialueen taloudelliseen tilanteeseen. Tätä näkökulmaa on korostettu hyvin oppaan muissa luvuissa.

Luku 2.1

Luvun 2.1. viimeisen kappaleen lause ”Pedagogisen kuntoutuksen lähtökohtana on oppimisen ja kuntoutumisen rinnakkaisuus. Käytännössä kasvatuksellista kuntoutusta ei voida tarkasti rajata omaksi alueekseen ja se menee osittain päällekkäin erityisopetuksen ja vammaisten lasten varhaiskasvatuksen ja hoidon kanssa. Pedagogisesta kuntoutuksesta vastaavat pääasiassa kunnat ja erityisoppilaitokset sekä järjestöt ja yhdistykset.” ehdotetaan muutettavaksi seuraavasti:

”Pedagogisen kuntoutuksen lähtökohtana on oppimisen ja kuntoutumisen rinnakkaisuus. Käytännössä kasvatuksellista kuntoutusta ei voida tarkasti rajata omaksi alueekseen ja se menee osittain päällekkäin erityisopetuksen ja vammaisten lasten varhaiskasvatuksen, kuntoutuksen ja hoidon kanssa. Pedagogisesta kuntoutuksesta vastaavat pääasiassa kunnat ja erityisoppilaitokset sekä järjestöt ja yhdistykset.”

Perustelu

Kappaleesta puuttuu näkökulma siitä, että lapsi oppii myös kuntoutuksessa. Mikäli lapsella on pysyvä toiminnanrajoite, niin hän oppii kuntoutuksessa (terapiassa) toimimaan omien rajoitteidensa kanssa, jolloin kyseessä on aktiivinen oppimisprosessi, etenkin kun se siirtyy eri toimintaympäristöihin.

Luku 2.2

Luvun 2.2. kuva 2: Kuntoutuksen määritelmästä puuttuu näkökulma siitä, että kaikki kuntoutujat eivät osaa/pysty olemaan aktiivisessa roolissa eivätkä tuottamaan kuntoutuksen tavoitteita tai sisältöä. Kuntoutus voi silti olla tarkoituksenmukaista ja toimintakykyä edistävää. Esimerkiksi kehittyvän vauvan ja lapsen kuntoutuksessa luodaan pohjaa tulevalle aktiivisuudelle. Yleisestikin paitsi lasten ja nuorten kuntoutuksessa, myös aikuisten etenevien sairauksien kuntoutuksessa kuntoutuja ja hänen lähipiirinsä eivät tiedä sairauden kulkua tai sen aiheuttamia haittoja toimintakyvylle. Kuntoutuksen tavoitteiden asettamisessa on tällöin keskeistä hyödyntää asiantuntijoiden tietoa ja osaamista sairauksien kulusta ja odotettavissa olevista haasteista, sekä keinoista niiden minimointiin.

Luku 2.3. Kappale neljä.

Kappaleen toinen lause ehdotetaan muutettavaksi tai täydennettäväksi seuraavasti: ”Lääkinnällinen kuntoutus päättyy, kun asiakkaan tavoitteet on saavutettu tai asiakkaan ei katsota enää hyötyvän lääikinnällisestä kuntoutuksesta. Pitkäaikaisen lääikinnällisen kuntoutuksen päättäminen tulee tapahtua suunnitellusti ja asiakas tulee tarvittaessa ohjata terveyttä edistäviin palveluihin (sekundaaripreventio). Ennen kuntoutuksen päättämisessä on huolellisesti harkittava, voidaanko kuntoutuksella vaikuttaa sairauden tai vamman aiheuttaman pysyvän toimintarajoitteen seurauksena kehittyvien komplikaatioiden ehkäisyyn (tertiääripreventio).”

Perustelu

Kuntoutuksen tarkoitus nähdään sote-kentällä edelleen vahvasti toimintakykyä parantavana ja ylläpitävään kuntoutukseen suhtaudutaan kielteisesti. Kuntoutus tyypillisesti lopetetaan, jos katsotaan ettei sillä enää pystytä edistämään asiakkaan osallistumista. Kuitenkin sekä vaikeasti invalidisoituneet vuodepotilaat että saattohoidossa olevat henkilöt voivat edelleen merkittävästi hyötyä elämänlaatua tukevista kuntoutustoimenpiteistä, kuten kipujen, kontraktuurien (nivelten jäykistyminen), hengitysvaikeuksien tai ahdistuneisuuden helpottamiseksi. Kyseinen kuntoutus integroituu vahvasti asiakkaiden hoitoon, mutta vaatii toteutuakseen kuitenkin kuntoutusalan ammattilaisten osaamista. Kuntoutuksella voidaan myös keventää em. asiakkaiden hoitoa (ns. hoidolliset tavoitteet).

Luku 2.4.

Luvussa jää huomioimatta sellaisten kuntoutujien prosessi, joilla ei ole kognitiivista kapasiteettia osallistua kuntoutukseensa aktiivisena toimijana, mutta jotka tästä huolimatta kiistatta hyötyvät kuntoutustoimenpiteistä. Näitä asiakasryhmiä ovat esimerkiksi vaikeasti kehitysvammaiset, muistisairaat, mielenterveyskuntoutujat sekä asiakkaat, joiden kognitio on alentunut vamman tai sairaiden vuoksi (esim. aivovauriot ja etenevät neurologiset sairaudet). Kuntoutusallalla näiden kuntoutujaryhmien kohtelu on usein ongelmallista ja heiltä voidaan vaatia sellaista omatoimisuutta ja aktiivisuutta, joihin kognitiivinen tai mentaalinen kapasiteetti ei yksinkertaisesti riitä. Näissä tapauksissa avainasemassa ovat toisaalta kuntoutujan lähipiiri ja toisaalta kuntoutusalan ammattilaiset, jotka pystyvät arvioimaan millaisesta kuntoutuksesta asiakas hyötyy.

Esimerkiksi muistisairaana ikääntyneen tiedetään hyötyvän fyysisestä harjoittelusta siitä riippumatta, miten hän harjoitteluun pystyy motivoitumaan tai sitoutumaan. Jos muistisairas kykenee avustettuna harjoittelemaan säännöllisesti, eikä harjoittelusta ole hänelle ilmeistä haittaa, tulisi kuntoutusjärjestelmän mahdollistaa hänelle tarvittavat palvelut myös silloin, kun edellytyksiä aktiiviseen toimijuuteen ei ole.

Ehdotamme luvun 2.4. täydentämistä edellä mainituilla näkökulmilla. Ehdotamme myös piirtämään kuvan 5 mukaisen kuvion tilanteesta, jossa asiakas on sairautensa vuoksi passiivinen toimija, joka kuitenkin hyötyy kuntoutuspalveluista. Keskeistä on tällöin tunnistaa ne kuntoutuksen tukipalvelut, joilla asiakas voi kuntoutuksesta hyötyä.

Luvun 2.4. kuva 4: Lapsen osalta kehityksellinen näkökulma on erilainen, koska tässä vaiheessa vanhemmat tai lapsi itse eivät osaa nimetä näitä asioita vaan asioiden eteenpäin vieminen on ammattilaisten vastuulla. Lapsi tai vanhemmat eivät voi kuntoutuksen alkuvaiheessa vielä tietää mikä on mahdollista ja mikä ei.

Luku 2.5.

Luvussa mainitut kuntoutuksen edellytykset ovat vanhentuneita ja niitä on välttämätöntä uudistaa. Keskeisin ongelma on kuntoutuksen kiinnittäminen ”lääketieteellisesti todettuun toiminta- ja/tai työkyvyn alenemaan ja siitä johtuvaan toimintarajoitteeseen”. Kuntoutustarpeen arviointi ei voi perustua yksinomaan lääketieteelliseen arviointiin, eikä lääketieteellä ole toiminta- tai työkyvyn arvioinnissa sellaisia tarpeellisia keinoja, joilla suoritusten ja osallistumisen tason rajoitteita saataisiin esille.

Toimintakyvyn arvioinnin asiantuntijoita ovat kuntoutusalan ammattilaiset, kuten terapeutit tai sosiaalityöntekijät. Työkyvyn osalta ammattilaisia ovat esimerkiksi työterveyshuollon ja ammatillisen kuntoutuksen toimijat. Nyt esitetty rajausta johtaa myös siihen, että kuntoutus alkaa väistämättä liian myöhään ja varhaisen puuttumisen mahdollisuudet menetetään.

Ehdotamme luvun 2.5 luettelon 1. kohdan muuttamista seuraavasti: ”Lääkinnällisen kuntoutuksen edellytyksenä on, että kuntoutujalla on sosiaali- tai terveydenhuollon ammattihenkilön toteama toiminta- ja/tai työkyvyn alenema ja siitä johtuva toimintarajoite jollain ICF-luokituksen mukaisella toimintakyvyn osa-alueella, tai uhka toimintarajoitteen syntymisestä.

Perustelu

Kuntoutuksen oikea-aikaisuuden parantamiseksi ja mm. kuntoutusalan ammattilaisten suoravastaanotto toiminnan sujumiseksi on välttämätöntä, että kuntoutustarpeen voi todeta sosiaali- tai terveydenhuollon laillistettu ammattihenkilö, ei yksinomaan lääkäri. Varhaisen puuttumisen näkökulmasta on keskeistä, että kuntoutus voidaan aloittaa jo ennen kuin toimintakyky on merkittävästi rajoittunut. Kuntoutustoimia tarvitaan lähtökohtaisesti sitä vähemmän, mitä varhaisemmin tilanteeseen päästään puuttumaan. ICF-luokituksen mukainen toimintakyky pitää sisällään sekä henkilön työkyvyn että ympäristötekijät, elämäntilanteen, sosiaaliset suhteet jne. joten se selkeyttää kyseistä kuntoutuksen saatavuuskriteeriä.

Saman luvun luettelon kohdat kolme ja neljä ovat ongelmallisia. Viittaamme tässä luvun 2.4. yhteydessä antamiimme kommentteihin. Tertiäripreventioon liittyviä kuntoutustoimia ei voida kokonaisuudessaan siirtää hoito- ja hoivahenkilöstön vastuulle, koska heillä ei ole tähän tarvittavaa osaamista. Kuntoutusalan ammattilaisen läsnäolo tertiäripreveniivisessä kuntoutusprosessissa on välttämätöntä kuntoutustoimien tosiasiallisen toteutumisen varmistamiseksi. Kuten luvun 2.4. perusteluissa toteamme, kuntoutuksen edellytykseksi ei voida asettaa asiakkaan aktiivista toimijuutta, koska tämä muodostuisi syrjiväksi niitä henkilöitä kohtaan, jotka eivät sairauden tai vamman jälkitilan vuoksi kykene aktiivisuusvaatimusta täyttämään, mutta joiden kohdalla kuntoutuksesta tiedetään olevan ilmeinen hyöty. Luettelon viides kohta ei kuvaa riittävän konkreettisesti toimintamallia silloin, kun asiakas on kuntoutuksessaan passiivinen toimija. Ehdotamme luettelon kohtaa täydennettäväksi lisäämällä kohdan loppuun seuraava virke: ”Kuntoutusalan asiantuntijoilla on näiden asiakkaiden kohdalla merkittävä vastuu kuntoutujalle hyödyllisten kuntoutusmuotojen tunnistamisessa ja tarvittavien tukitoimien järjestämisessä”.

Kpl 3 - Toiminta- ja työkyky

Yleiset huomiot

Toimintakyvyn kuvauksen dokumentaatio ja ICF-luokituksen konkreettinen käyttö jäävät luvussa ohueksi. Toimintakyvyn kuvausta sekoittavat vanhat ADL-käsitteet, joiden käytöstä tulisi luopua niiden epätasällisuuden vuoksi.

Oppaassa on tässäkin kohtaa ainutlaatuinen mahdollisuus edistää ICF-luokituksen käyttöönottoa ja ”ICF-kielen” vakiintumista kuntoutusalalle. Opas voisi painavammin suositella toimintakyvyn arvioinnin laatimista ICF-kuvauskohteittain ja ohjata myös ICF-ydinlistojen systemaattiseen käyttöön.

Toimintakyvyn arviointi jää luvussa hyvin suppeasti käsitellyksi. Toiminta- ja työkyvyn arviointia olisi mielekästä tarkastella omina kappaleinaan.

Luvussa olisi tärkeää selkeyttää perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon ja työterveyshuollon vastuunjako kuntoutustarpeen tunnistamisessa sekä toiminta- ja työkyvyn arvioinnissa. Selkeä työnajako ja päällekkäisten arviointien välttäminen mahdollistavat kustannustehokkaan ja oikea-aikaisen kuntoutuksen. Oppaassa voitaisiin konkretian tasolla kuvata sekä lähetekäytäntöjä sektoreiden välillä että vastuunjako sen osalta, kuka laatii kuntoutussuunnitelman, kenellä on vastuu sen toteuttamisesta ja miten eri sektoreille tehty työ- ja toimintakykytieto kootaan tarkoituksenmukaisesti yhteen.

Kehitysehdotukset

Suosittelimme oppaaseen selkeää kannanottoa ADL-käsitteistön hylkäämisestä ja ICF-käsitteistön systemaattisesta käytöstä kaikessa kuntoutustyössä.

Suosittelimme laajentamaan toimintakyvyn arvioinnin periaatteet omaksi kappaleekseen ja työkyvyn arvioinnin omaksi kappaleekseen.

Suosittelimme oppaaseen täsmällistä vastuunjakoja työterveyshuollon, erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välille: miten lähetekäytäntö tulee järjestää ja kenen vastuulla on a) kuntoutussuunnitelman laatiminen ja b) kuntoutuksen toimeenpano.

Yksityiskohtaiset huomiot

Luku 3.3

Luvussa käydään läpi vanhentuneita ja epätasällisiä käsitteitä, kuten ADL, IADL ja AADL. Suosittelemme hylkäämään nämä vanhentuneet käsitteet oppaasta ja avaamaan kappaleessa 3.3. ICF-luokituksen pääluokat itsestä huolehtiminen, liikkuminen ja kotielämä, jotka kuvastavat keskeisiä päivittäisiä toimia tasällisesti. Käsitteet voidaan luvussa sillata ja siten perustella siirtymään kohti ICF-perustaista käsitteistöä.

Perustelu

Kuntoutuksessa on tärkeää siirtyä käyttämään yhdenmukaista toimintakyvyn käsitteistöä. ADL-luokitukset ovat epätasällisiä ja päällekkäisiä suhteessa ICF-käsitteistöön ja niiden käytöstä tulee luopua. ICF-luokituksen pääluokkataso ja tarvittaessa tarkemmat yksityiskohtaiset tasot antavat johdonmukaisen kuvan kuntoutujan toimintakyvystä, eikä toimintakyvyn arviota lukevan tarvitse arvuutella mitkä ADL-toimet on arvioitu ja mitkä ovat jääneet arvioinnin ulkopuolelle.

Luku 3.4.

Työkykytalon kuvauksesta puuttuu kuntoutuksen kannalta keskeinen kerros, eli terveys ja toimintakyky. Kappaleessa voitaisiin myös selkeämmin tehdä rajausta sen osalta, mikä osa työkyvyn arvioinnista kuuluu terveydenhuoltoon ja lääkinälliseen kuntoutukseen ja mikä esimerkiksi työterveyshuoltoon tai sosiaalihuoltoon. Työkyvyn arvioinnin monialaisuus ja eri sektoreiden yhteistyö jäävät kappaleessa ohueksi.

Luku 3.5.

Kappaleessa kolme suosittelemme tarkastelemaan toimintakyvyn ja työkyvyn arviointia omina kokonaisuuksinaan. Luvussa tulisi tasällisemmin kuvata, miten arvioinnin tulee perustua ICF-luokitukseen. Kappaleessa voitaisiin selkeämmin ohjata esimerkiksi ICF-ydinlistojen käyttöön.

Työkyvyn arvioinnissa esimerkiksi ammatillisen kuntoutuksen ydinlista antaa hyvän lähtökohdan niille toimintakyvyn osa-alueille, joita työkykyarviossa tulisi huomioida. Kappaleessa voitaisiin myös rohkeammin esittää näkemys niistä toimintakyvyn osa-alueista, jotka tulisi minimissään sisällyttää kaikkiin työkykyarvioihin. Tällöin opas ohjaisi työkyvyn arviointia sisällöllisesti vahvemmin ja nykytilanteeseen (usein liian suppea työkyvyn arvio) saataisiin kehitystä.

Toimintakyvyn arviointi jää kappaleessa hyvin ohueksi. Omana kappaleenaan tulisi tarkastella toimintakykyä esimerkiksi liikkumisen, itsestä huolehtimisen ja kotielämän toimissa, sekä ympäristötekijöiden vaikutusta kokonaisuuteen.

Luvussa 3.7. kappaleessa toimintakykytiedon koostaminen voitaisiin vahvemmin ohjata ICF-luokituksen mukaiseen rakenteiseen kirjaamiseen, joka selkeyttäisi toimintakykykokonaisuuden muodostamista.

Kpl 4 - Hyvät kuntoutuskäytännöt ja vaikuttava kuntoutus

Yleiset huomiot

Luvussa jää niukalle huomiolle kuntoutusalan ammattilaisten suoravastaanottotoiminta ja sen vaikutus kuntoutuksen oikea-aikaisuuden toteutumiseen. Luvun käsitteistöä tulisi yhdenmukaistaa kuntoutukseen sopivaksi.

Kehitysehdotukset

Suosittelemme huomioimaan luvussa kuntoutusalan ammattilaisten suoravastaanottotoiminnan vaikutuksen kuntoutuksen oikea-aikaisuuteen sekä korostamaan kuntoutuksen aktiivista luonnetta käyttämällä johdonmukaisesti kuntoutuksen (ei hoitotyön) käsitteistöä.

Yksityiskohtaiset huomiot

Luku 4.1

Hyvän kuntoutuskäytännön mukaisia toimintaohjeista -listaukseen suositellaan lisättäväksi Hyvä fysioterapiakäytäntö -suositukset:

- » Polven ja lonkan nivelrikon fysioterapia (2008, päivitetty 2020)
- » Sepelvaltimotautipotilaan liikunnallinen kuntoutus (2011, päivitetty 2016)
- » Kaatumisten ja kaatumisvammojen ehkäisy (2011, päivitetty 2017)

Luku 4.3

Luvussa viitataan kiireettömän hoidon perusteisiin. Lukuun suositellaan täsmennettäväksi kuntoutuksen oikea-aikaisuuden merkitys ja kiireettömän hoidon nopeuttaminen esimerkiksi fysioterapeutin suoravastaanottotoiminnalla (ja muiden alojen suoravastanoitoilla). Suoravastanoitojen myötä myös muut ammattiryhmät kuin lääkärit päättävät kiireettömän hoidon määrittelystä.

Luku 4.5.

Suositellaan käyttämään johdonmukaisesti käsitettä kuntoutus (ei hoito). Luvussa todetaan, että ”Kun hoitoon liittyy lisäksi vielä jokin toimenpide (esimerkiksi akupunktio), tehostuu vaikutus edelleen.” Lause on harhaanjohtava ja jättää huomiotta sen, että passiiviset menetelmät ovat harvoin kuntoutuksen ensilinjan keinoja. Vaarana on, että lause ohjaa liittämään kuntoutukseen tarpeettomia passiivisia menetelmiä vain siksi, että asiakaskokemuksen uskotaan sillä parantuvan. Luvussa tulisi tarkastella myös passiivisten menetelmien tiedossa olevia haittoja, kuten noceboilmiön vahvistumista.

Kpl 5 - Lääkinnällisen kuntoutuksen koordinointi ja ohjauspalvelut

Yleiset huomiot

Luvussa olisi tärkeää ottaa selkeämmin kantaa työterveyshuollon rooliin kuntoutuksessa. Oppaassa olisi tarpeen täsmällisemmin kuvata perusterveydenhuollon, työterveyshuollon ja erikoissairaanhoidon keskinäistä vastuunjakoja. Työterveyshuollosta tulisi olla selkeä polku perusterveydenhuollon kuntoutukseen, ilman päällekkäistä toiminta- ja työkyvyn arviointia. Lisäksi on tarpeen täsmentää, kuka laatii kuntoutussuunnitelman ja kenellä on vastuu sen toimeenpanosta. Oppaassa tulisi myös kannustaa toimintamalliin, jossa kuntoutusalan ammattilaiset voivat käynnistää kuntoutuksen suoraan omalta suoravastaanotoltaan.

Kehitysehdotukset

Suosittelemme täsmentämään oppaaseen perusterveydenhuollon, työterveyshuollon ja erikoissairaanhoidon keskinäistä vastuunjakoja ja konkretisoimaan asiakasohjauksen keinot (lähetekäytäntö) sekä vastuun a) kuntoutuksen suunnittelusta ja b) kuntoutuksen toimeenpanosta.

Yksityiskohtaiset huomiot

Luku 5

Lukuun suositellaan täydennettäväksi työterveyshuollossa tapahtuva kuntoutuksen ohjaus. Työterveyshuollolla on keskeinen rooli kuntoutustarpeen tunnistamisessa, mutta vastuu kuntoutuksesta sekä ohjaus kuntoutuspalveluihin ei toteudu tällä hetkellä optimaalisesti. Työterveyshuoltoon tulisi luoda selkeä toimintamalli, joka varmistaa sekä kuntoutustarpeen tunnistamisen että kuntoutukseen ohjaamisen.

Yhtenä vaihtoehtona on määritellä kuhunkin työterveyshuollon yksikköön kuntoutuksen ohjaamisesta vastaava henkilö, joka antaa asiakkaalle tarvittavat tiedot perustasolla olevista kuntoutuspalveluista, laatii lähteen tai muun ohjauksen kuntoutukseen ja huolehtii tarvittaessa yhteydenpidosta perustason kuntoutusohjaajan kanssa. Vastaavaa kuntoutuksen yhdyshenkilöä on esitetty myös perusterveydenhuoltoon.

Resurssien tarkoituksenmukaisen käytön mahdollistamiseksi tulisi välttää tilanteita, joissa työterveyshuollossa jo kertaalleen tunnistettu kuntoutustarve jouduttaisiin uudelleenarvioimaan perusterveydenhuollossa, ennen kuin kuntoutus voitaisiin aloittaa.

Luvussa 5 tulisi ottaa kantaa myös kuntoutuksen organisoinnin konkretiaan. Tällä hetkellä perustason ja monesti myös erityistason kuntoutukseen pääsy vaatii lääkärin laatiman lähteen. Tällöin suurin hidaste kuntoutuksen alkamiselle on lääkäriaikojen niukkuus. Monesti kuntoutustarve ei ole kiireellinen, jolloin kiireettömän hoidon pitkä jonotilanne voi muodostua ongelmaksi.

Kuntoutuksen tarkoituksenmukaisen organisoinnin järkevöittämiseksi asiakas tulisi ohjata jo ajanvarauksessa kuntoutustarpeen arvioon jollekin kuntoutusalan asiantuntijalle, ei lääkärille. Kyseessä olisi fysioterapeutin TULE-suoravastaanoton kaltainen toimintamalli, joka kuitenkin keskittyisi kaikenlaisten asiakkaiden, ei vain tule-asiakkaiden kuntoutustarpeen arvioon. Suoravastaanotot konsultoisivat lääkäri tarpeen mukaan.

Erityisen tärkeää olisi ottaa luvussa 5 kantaa terveydenhuollossa tehtäviin päällekkäisiin kuntoutustarpeen arvioihin. Perusterveydenhuollossa arvioidaan tyypillisesti uudelleen muualla jo todettuja kuntoutustarpeita. Näin tapahtuu esimerkiksi silloin, kun asiakas ohjataan kuntoutukseen erikoissairaanhoidon läheteellä ja arviointia on jo kattavasti tehty erikoissairaanhoidossa. Pahimmillaan asiakkaalle tehdään perusterveydenhuollossa uusi toimintakyvyn arvio, mukaan lukien samat toimintakyvyn testit. Taustalla on toisaalta osaamattomuus hyödyntää olemassa olevia asiakasasiakirjoja, toisaalta tietojärjestelmien yhteensopimattomuus (tietoa ei ole käytettävissä). Lisäksi merkittävä syy on perusterveydenhuollon niukat kuntoutuksen resurssit, jotka ovat pakottaneet kuntoutuksen myöntämiseen taloudellisin perustein. Kuntoutustyöryhmät toimivat joissain kunnissa lähinnä kuntoutussuunnitelmien leikkaajina.

Päällekkäisiä kuntoutustarpeen arvioita tehdään myös silloin, kun kuntoutus on järjestetty ostopalveluna tai palvelusetelillä, tai asiakkaan kuntoutustarpeen arvio on tehty esimerkiksi harkinnanvaraisella kuntoutusjaksolla. Eri sektoreilla tehtyjä kuntoutustarpeen arvioita on tärkeää selkeyttää ja oppaan luvussa viisi on tarpeen kuvata selkeät kuntoutustarpeen arvioinnin perusteet ja vastuunjako. Jos ulkoistettujen kuntoutuspalveluiden tarve nähdään tarpeelliseksi arvioida julkisen terveydenhuollon toimesta, tulee varmistaa, ettei samaa arviointia tehdä ainakaan toimintakykymittausten osalta myös yksityisen palveluntuottajan toimesta. Perusterveydenhuollossa ei tulisi myöskään sivuuttaa tai toistaa uudelleen erikoissairaanhoidon tai työterveyshuollon jo tekemää moniammatillista arviota.

Kuntoutusprosessia merkittävästi hidastava tekijä on päällekkäinen toimintakyvyn ja kuntoutustarpeen arviointi. Toimintamalli lisää kustannuksia ja luo ristivetoa eri sektoreiden välille.

Kpl 6 - Sopeutumista tukevat palvelut

Ei huomautettavaa.

Kpl 7 - Kuntoutuksen suunnittelu, toteutus ja seuranta

Yleiset huomiot

Kuntoutusratkaisujen laatimisen perusteet käsitellään luvussa ohuesti. Oppaassa tulisi painokkaammin korostaa kuntoutusratkaisun erityisluonnetta suhteessa muihin hoitoratkaisuihin ja painottaa, että ratkaisut on perusteltava hallintopäätösten tapaan.

Moniammatillisessa yhteistyössä tulee korostaa eri ammattiryhmien tasavertaista asemaa ja yhteistyön merkitystä. Luvussa ylläpidetään edelleen vanhoja terveydenhuollon ammattilaisten hierarkia-asemia, jotka ovat moniammatillisen yhteistyön esteitä.

Luvussa käsitellään asiakastietoja suppeasti ja osa uuden asiakastietolain vaatimuksista puuttuu. Luvussa tulisi painokkaammin korostaa kuntoutuksen toteuttajien tarvetta päästä käsiksi tarpeelliseen asiakastietoon.

Kehitysehdotukset

Suosittelimme täydentämään lukuun painavan veloitteen kuntoutusratkaisujen perusteluiden kirjaamiselle.

Suosittelimme kuvaamaan moniammatillista yhteistyötä ilman vanhoja ammattien välisiä hierarkia-asemia.

Suosittelimme laajentamaan asiakastietojen käsittelyn ja saatavuuden kappaletta huomioiden erityisesti asiakastietolain vaatimukset sekä yksityisten palvelutuottajien tarve käsitellä ja saada tietoonsa kuntoutuksen kannalta merkityksellinen asiakastieto.

Yksityiskohtaiset huomiot

Luku 7.3 Kuntoutusratkaisu

Lukua 7.3 suositellaan täydennettäväksi kuntoutusratkaisun perusteluiden ja juridisen luonteen osalta. Pohjana voidaan käyttää Aluehallintoviraston linjausta koskien kuntoutuspäätösten laatimisen käytäntöä.

”Terveydenhuollon ammattihenkilöistä annetun lain 22 §:n 1 momentin mukaan laillistettu lääkäri päättää potilaan lääketieteellisestä tutkimuksesta, taudinmäärytyksestä ja siihen liittyvästä hoidosta.

Hallintolain 44 §:n 1 momentin 3-kohdan mukaan kirjallisesta päätöksestä on käytävä selvästi ilmi päätöksen perustelut ja yksilöity tieto siitä, mihin asianosainen on oikeutettu tai velvoitettu taikka miten asia on muutoin ratkaistu.

Hallintolain 45 §:n 1 momentin mukaan päätös on perusteltava. Perusteluissa on ilmoitettava, mitkä seikat ja selvitykset ovat vaikuttaneet ratkaisuun sekä mainittava sovelletut säännökset.

Kunta voi tuottaa lääkinällisen kuntoutuksen palvelut omana tuotantonaan tai ostopalveluna. Kuntoutuksen ylilääkäriin tekemässä päätöksessä tulisi arvioida, täyttyvätkö kunnan järjestämän lääkinällisen kuntoutuksen kriteerit vai kuuluuko kuntoutuksen järjestäminen jollekin muulle taholle. Aluehallintovirasto toteaa, että yleisen hyvän hallintotavan mukaan kielteinen päätös tulisi perustella ja terveydenhuoltolain 30 §:n mukaan henkilölle tulisi antaa tietoja muista kuntoutumismahdollisuuksista ja tarpeen mukaan ohjata muiden palveluiden järjestäjän palvelujen piiriin.

Aluehallintovirasto toteaa, että lääkärin tekemä hoitoratkaisu ei ole hallintopäätös, jonka perusteella voisi erikseen hakea muutosta. Tämän vuoksi myöskään lääkärin hoitoratkaisuun perustuva päätös lääkinällisestä kuntoutuksesta ja sitä koskevan maksusitoumuksen epääminen ei ole valituskelpoinen päätös. Hyvä hallinto saattaa toisinaan edellyttää hallintopäätöstä koskevien säännösten noudattamista soveltuvin osin myös muissa kuin varsinaisissa hallintoasioissa. Oikeusasiamiehen ratkaisukäytännössä (esim. Dnro 5341/4/14) onkin katsottu, että lääkinällistä kuntoutusta koskevan maksusitoumuksen epäämisestä tulee tehdä kirjallinen päätös. Maksusitoumuksen epääminen ei täysin rinnastu tavanomaiseen hoitopäätökseen, vaan se muistuttaa eräiltä osin hallintoasian käsittelyä. Kirjallisella ja hallintolain edellyttämällä tavalla perustellulla päätöksellä on potilaalle merkitystä hänen arvioidessaan niitä oikeusturvakeinoja, joita hänellä on käytössään ja joihin hän haluaa turvautua maksusitoumuksen epäämisen vuoksi. Vaikka maksusitoumuksen epäämisestä ei voi valittaa, potilas voi esimerkiksi vakiintuneen oikeuskäytännön mukaan saattaa kysymyksen kunnan velvollisuudesta järjestää lääkinällistä kuntoutusta hallinto-oikeuden tutkittavaksi hallintoriitamenettelyssä.”

Perustelu

Julkisessa terveydenhuollossa on valloillaan erittäin ongelmallinen toimintamalli, jossa kuntoutusratkaisuja ei perustella käytännössä lainkaan. Osa kielteisistä kuntoutusratkaisuksista on ilmiselvästi tehty taloudellisin perustein säästötoimina, eikä niille ole nähtävissä asiakkaan terveyteen tai sosiaaliseen tilanteeseen liittyviä perusteluja. Velvoite kuntoutusratkaisujen perustelulle on linjassa muiden kuntoutuspalveluiden kanssa ja parantaa oleellisesti sekä kuntoutujien asemaa että sote-palvelujen johdon läpinäkyvyyttä.

Luku 7.5.

Luvun 7.5. viimeisen kappaleen ensimmäinen lause ”Kuntoutus voidaan toteuttaa myös muulla tavoin tai menetelmällä kuin kuntoutussuunnitelmaan on kirjattu...” suositellaan muutettavaksi. Kappaleessa viitataan esimerkkinä kuntoutuksen rahoitustahon muuttumiseen. Nykyisen

palvelujärjestelmän keskeisimpiä ongelmia on kuntoutussuunnitelman muuttaminen ”maksajan mukaan sopivaksi”. Nyt esitetty viimeisen kappaleen ensimmäinen lause voidaan kuitenkin tulkita siten, että julkinen terveydenhuolto voisi tarvittaessa kuitenkin suunnitella asiakkaan kuntoutusta oman taloutensa perusteella.

Ehdotamme luvun 7.5 viimeisen kappaleen muuttamista seuraavanlaisesti: ”Lääkinnällinen kuntoutus toteutetaan aina kuntoutussuunnitelmaan kirjattujen, asiakkaan yksilölliseen tilanteeseen perustuvien tavoitteiden mukaisesti. Kuntoutuksen maksajataho ei vaikuta lääkinällisen kuntoutuksen kokonaismäärään, käyntitiheyteen, myönnettäviin terapiaihin tai kuntoutuksen tavoitteisiin. Jos kuntoutuksen maksajataho on epäselvä, julkisen terveydenhuollon tulee järjestää kuntoutussuunnitelman mukainen kuntoutus viiveettä ja selvittää kuntoutuksen maksajataho yhteistyössä asiakkaan kanssa. Tällaisia tilanteita voi tulla arvioitavaksi esimerkiksi silloin, kun kuntoutussuunnitelma on tehty Kelan vaativan lääkinällisen kuntoutuksen hakemiseksi ja Kela on tehnyt siitä hylkäävän päätöksen, tai kuntoutuksen on katsottu kuuluvan vakuutusyhtiölle, joka on kuitenkin evännyt suositellun kuntoutuksen. Näissä tilanteissa julkisen terveydenhuollon tulee järjestää lääkinällinen kuntoutus oikea-aikaisesti ja kuntoutussuunnitelman mukaisesti. Kuntoutusta ei voida evätä tai jättää myöntämättä vähäisten resurssien perusteella. Kuntoutusta ei ole perusteltu jättää järjestämättä myöskään sillä perusteella, että Kelan tai vakuutusyhtiön lääkäri on kyseenalaistanut kuntoutuksen tarpeellisuuden. Muun kuin lääkinällisen kuntoutuksen, kuten Kelan harkinnanvarainen kuntoutus tai työeläkeyhtiön ammatillinen kuntoutus, osalta julkisen terveydenhuollon tulee avustaa asiakasta kuntoutuspäätöksen valitusmenettelyssä ja ohjata asiakas vaihtoehtoisten kuntoutuspalveluiden pariin, esimerkiksi järjestöjen palveluihin.”

Luku 7.7. Moniammatillinen yhteistyö

Luvun 7.7 viimeisessä kappaleessa todetaan, että ”Moniammatillisen työryhmän puheenjohtajana toimii yleensä lääkäri, joka kokoaa yhteen muiden työryhmän jäsenten kirjaukset ja lausunnot.” Toimintamalli on vanhentunut ja sen tarkoituksenmukaisuus voidaan kyseenalaistaa.

Hoidosta vastaavalla lääkärillä on jo vastuullaan kuntoutujan lääketieteellinen hoito ja erilaisiin etuuksiin ja muihin tarpeisiin vaadittavat lausunnot, joita voi olla useita. Ei ole kaikissa tilanteissa tarkoituksenmukaista, että lääkäri toimii työryhmässä sekä puheenjohtajana että sihteerinä. Sen sijaan luontevaa on, että moniammatillisen työryhmän asioiden yhteen kokoajana toimii sama henkilö, joka muutoinkin vastaa kuntoutuksen koordinoinnista.

Emme näe tarpeelliseksi sitoa tehtävää tiettyyn ammattiryhmään, koska eri organisaatioissa henkilöstö on erilainen. Myöskään moniammatillisen työryhmän puheenjohtajuutta ei ole tarkoituksenmukaista kiinnittää oletuksena tiettyyn ammattiryhmään, koska tämä on omiaan ylläpitämään terveydenhuollon vanhoja hierarkkisia toimintamalleja.

Ehdotamme viimeisen kappaleen muuttamista seuraavasti: ”Moniammatillinen työryhmä valitsee keskuudestaan puheenjohtajan ja sihteerin. Puheenjohtajan vastuulla on huolehtia, että

kuntoutuksen kannalta merkitykselliset asiat tulevat käsiteltyä riittävän laajasti. Sihteeri kokoaa yhteen työryhmän jäsenten kirjaukset ja lausunnot sekä huolehtii kuntoutuksen käytännön organisoinnista sekä puuttuvien tietojen kokoamisesta.

Luku 7.8.

Luku on suppea ja se tulee päivittää asiakastietolain (2021/784) neljännen luvun keskeisillä toimintaohjeilla. Voi olla tarkoituksenmukaista viitata tietoturvan osalta muualla oleviin oppaisiin. Luvussa tulee kuitenkin kiinnittää erityistä huomiota tietojen luovuttamiseen ns. kolmansille osapuolille (asiakastietolain 22 §). Lisäksi luvussa tulee huomioida riittävä tiedonkulku silloin, kun kuntoutuspalvelut on ulkoistettu yksityiselle sektorille. Julkisen terveydenhuollon tulee sitoutua toimittamaan palveluntuottajalle kuntoutuksen toteutuksen kannalta merkityksellinen asiakastieto. Tämä voidaan järkevimmin mahdollistaa käyttämällä Kantapalveluiden OSVA-toiminnallisuutta. Toiminto ei ole jalkautunut terveydenhuoltoon ja yksityisen sektorin palveluntuottajille ei tällä hetkellä toimiteta aina edes kuntoutussuunnitelmaa. OSVasta lisää <https://www.kanta.fi/ammattilaiset/ostopalvelun-valtuutus>

Kpl 8 - Kuntoutuspalveluiden järjestäminen

Yleiset huomiot

Luvussa käsitellään moniammatillisen kuntoutuksen käytäntöjä ja erityisesti kirjaamista vain pintapuolisesti. Kuntoutukseen ja etenkin moniammatilliseen kuntoutukseen liittyy merkittävä määrä ylimääräistä ja päällekkäistä kirjaamista, jota tulisi pyrkiä vähentämään. Moniammatilliset lausuntokokonaisuudet ovat usein raskaslukuisia ja niiden kehittäminen on keskeistä. Suosittelemme oppaaseen vahvempaa kannanottoa kirjaamisen kehittämiseksi.

Luvussa tulisi ottaa vahvemmin kantaa kuntoutussuunnitelmien laatimisen vastuunjakoan sekä siihen, mikä taho kuntoutussuunnitelman laatii, voidaanko sitä muokata ja kenellä on toteuttamisvastuu. Opas ei myöskään tunnista nykyistä ongelmaa kuntoutussuunnitelmien leikkauksista ja muutoksista taloudellisin perustein (resurssipula). Oppaan muissa luvuissa kuntoutussuunnitelmien muutoksia on käsitelty keskenään eri tavoin, kokonaisuus tulisi yhdenmukaistaa ja selkeyttää siten, etteivät oppaan eri luvut ole ristiriidassa keskenään.

Luvussa on käsitelty kuntoutuksen hankintoja hyvin pintapuolisesti, vaikka niihin liittyy terveydenhuollossa merkittäviä ongelmia. Ehdotamme lukuisia täsmennyksiä kuntoutuspalveluiden hankintaan liittyen.

Kehitysehdotukset

Lukua täydennetään selkeällä suosituksella moniammatillisesti kirjaamisesta.

Luvussa otetaan kantaa kuntoutussuunnitelmien vastuunjakoon sekä selkeämmin niihin perusteisiin, joilla kuntoutussuunnitelmaa voidaan muuttaa.

Luvussa käsitellään kuntoutuksen hankintoihin liittyviä hyviä hankintamenettelyjä huomattavasti nykyistä laajemmin.

Yksityiskohtaiset huomiot

Johdanto

Luvun kahdeksan johdantokappaleen ensimmäinen lause jättää huomioimatta suurimman kuntoutujajoukon, eli tuki- ja liikuntaelinvaivoista kärsivät. Tule-vaivat eivät yleensä ole sairauksia, eivätkä ne aina ilmene siten äkillisesti, että voitaisiin puhua akuutista sairastumisesta. Tule-vaivat eivät myöskään yleensä ole pitkäaikaisia. Lisäksi huomiotta jäävät ikääntyneet, joilla kuntoutuksen tarve perustuu ikääntymisen aiheuttamaan toimintakyvyn laskuun, ilman yhtä selkeää sairautta tai vammaa.

Ehdotamme luvun kahdeksan ensimmäisen kappaleen ensimmäiseen lauseeseen muuttamista seuraavasti: ” Julkinen terveydenhuolto järjestää kuntoutusta kansalaisille, joiden toimintakyky on heikentynyt tai uhkaa heikentyä vaivan, sairauden, vamman, tapaturman, leikkauksen, etenevän sairauden tai ikääntymisen vuoksi.”

Luvun 8 johdanto-osan ensimmäisen kappaleen toiseen lauseeseen ehdotetaan lisättäväksi ...tai kun kuntoutuksella voidaan ehkäistä uutta sairastumista tai vammautumista (sekundaaripreventio) sekä sairauden tai vamman pysyvän haitan aiheuttamia komplikaatioita (tertiääripreventio).

Perustelut

Lääkinnällisen kuntoutuksen rajapintoja terveyden edistämisen toimintoihin tulee selkeyttää. Ehdotamme lähtökohdaksi sitä, että sairauksien ehkäisy, eli primääripreventio, kuuluu kokonaisuudessaan terveyttä edistävään työhön ja siten kuntien ja hyvinvointialueiden yhteisiin toimintoihin. Sekundaaripreventio ja tertiääripreventio tulee sen sijaan integroida osaksi kuntoutuspalveluita, koska ne ovat kiinteästi yhteydessä kuntoutuksen toteuttamiseen ja usein kuntoutuksen keinot ovat samoja kuin ehkäisevän työn keinot (esim. fyysinen aktiivisuus, elämäntapamuutokset, ravitsemus, päihteiden käytön hallinta tai lopettaminen).

Johdanto (jatkuu)

Luvun 8 johdanto-osan ensimmäisen kappaleen kolmanteen lauseeseen ehdotetaan lisättäväksi etäkuntoutus.

Luvun 8 johdanto-osan toisen kappaleen toinen lause ”Kuntoutus voidaan toteuttaa myös muulla tavoin tai menetelmällä kuin kuntoutussuunnitelmaan on kirjattu.” suositellaan muutettavaksi. Kappaleessa viitataan esimerkkinä kuntoutuksen rahoitustahon muuttumiseen. Saman luvun kolmannessa kappaleessa on hyvin tunnistettu yksi nykyisen palvelujärjestelmän keskeisimpiä ongelmia, eli kuntoutussuunnitelman muuttaminen ”maksajan mukaan sopivaksi”. Nyt esitetty toisen kappaleen toinen lause voidaan kuitenkin tulkita siten, että julkinen terveydenhuolto voisi tarvittaessa kuitenkin suunnitella asiakkaan kuntoutusta oman taloutensa perusteella.

Ehdotamme johdantoluvun toisen ja kolmannen kappaleen muuttamista seuraavanlaisesti:

”Lääkinnällinen kuntoutus toteutetaan aina kuntoutussuunnitelmaan kirjattujen, asiakkaan yksilölliseen tilanteeseen perustuvien tavoitteiden mukaisesti. Kuntoutuksen maksajataho ei vaikuta lääkinällisen kuntoutuksen kokonaismäärään, käyntitiheyteen, myönnettäviin terapioihin tai kuntoutuksen tavoitteisiin.

Jos kuntoutuksen maksajataho on epäselvä, julkisen terveydenhuollon tulee järjestää kuntoutussuunnitelman mukainen kuntoutus viiveettä ja selvittää kuntoutuksen maksajataho yhteistyössä asiakkaan kanssa. Tällaisia tilanteita voi tulla arvioitavaksi esimerkiksi silloin, kun kuntoutussuunnitelma on tehty Kelan vaativan lääkinällisen kuntoutuksen hakemiseksi ja Kela on tehnyt siitä hylkäävän päätöksen, tai kuntoutuksen on katsottu kuuluvan vakuutusyhtiölle, joka on kuitenkin evännyt suositellun kuntoutuksen. Näissä tilanteissa julkisen terveydenhuollon tulee järjestää lääkinällinen kuntoutus kuntoutussuunnitelman mukaisesti. Kuntoutusta ei voida evätä tai jättää myöntämättä vähäisten resurssien perusteella.

Kuntoutusta ei ole perusteltu jättää järjestämättä myöskään sillä perusteella, että Kelan tai vakuutusyhtiön lääkäri on kyseenalaistanut kuntoutuksen tarpeellisuuden. Muun kuin lääkinällisen kuntoutuksen, kuten Kelan harkinnanvarainen kuntoutus tai työeläkeyhtiön ammatillinen kuntoutus, osalta julkisen terveydenhuollon tulee avustaa asiakasta kuntoutuspäätöksen valitusmenettelyssä ja ohjata asiakas vaihtoehtoisten kuntoutuspalveluiden pariin, esimerkiksi järjestöjen palveluihin.”

Luvun 8 johdantoluvun neljännen kappaleen viimeiseen lauseeseen suositellaan lisättäväksi vaatimus kuntoutuksen oikea-aikaisuudesta.

Luvun 8 johdantoluvun viimeiseen kappaleeseen suositellaan lisättäväksi seuraava lause:
”Terveyskeskusten vuodeosastolla ja ikääntyneiden pitkäaikaishoidossa on välttämätöntä ottaa käyttöön kuntouttava työote ja sitouttaa hoitohenkilöstö asiakkaiden kuntoutumista edistävään työskentelytapaan. Vuodeosastoilla tapahtuvasta passivoivasta vuoteeseen hoitamisen kulttuurin lopettamiseen tulee sitoutua organisaation kaikilla tasoilla ja organisaation johdon on välttämätöntä tukea kuntouttavaan työotteeseen siirtymistä aktiivisesti, johdonmukaisesti ja päättäväisesti.”

Luku 8.1.1. Henkilökunta ja osaaminen

Lukuun suositellaan lisättäväksi kannanotto moniammatillisen täydennyskoulutuksen säännöllisestä järjestämisestä. Kuntoutusosastoilla on keskeistä hioa työyksikön omia kuntoutusprosesseja henkilöstön yhteistyönä. Monissa organisaatioissa kuntoutusosaston henkilöstö voi kuitenkin kuulua hallinnollisesti eri yksiköihin, jolloin yhteistä koulutusta ei välttämättä ole. Suosittelemme moniammatillisille osastoille vähintään kahta yhteistä koulutuspäivää vuodessa sekä säännöllisiä yhteisiä kehityskokouksia.

Luku 8.1.1. Kuntoutuksen mittarit

Lukuun suositellaan liitettävän kannanotto monialaisen osastokuntoutusjakson dokumentoinnista. Nykyisessä toimintaympäristössä moniammatillisesta osastokuntoutuksesta ei aina muodostu moniammatillista loppulausuntoa ns. yksissä kansissa, vaan lausunnot ja erityisesti toimintakyvyn kuvaus saattaa pirstaloitua eri erikoisalojen näkymälehdille. Lisäksi eri ammattilaisten lausunnoissa toistetaan samoja asioita, jonka seurauksena osastokuntoutusjakson asiakasasiakirjakokonaisuus on vaikeaselkoinen ja raskaslukuinen.

Suosittelomme laituskuntoutusjaksoille käyttöön otettavaksi yhteistä loppulausuntoa, joka kirjataan LKUN päänäkyville yhteisenä kokonaisuutena (erikoisalat tuodaan lausuntoon lisänäkyminä). Lausunnonle on suositeltavaa luonnostella mallipohja, jossa on lausuntoon tulevat keskeiset asiat rakenteisesti kirjattuna.

Keskeisin uudistus on siirtyä kaikkien ammattiryhmien osalta ICF-otsikoituun toimintakyvyn kuvaamiseen, jolloin päällekkäisestä työstä ja tekstistä päästään eroon. Moniammatillisessa toimintakyvyn kuvauksessa voidaan eri toimintakyvyn osa-alueiden dokumentointia jakaa eri ammattilaisten vastuulle. Loppulausunnon suunnitelmaosioon kirjataan yhteisen moniammatilliset kuntoutuksen jatkotavoitteet sekä kunkin jatkokuntoutuksen oma suunnitelma, jonka sisällöstä vastaavat kunkin kuntoutuksen ammattilaiset.

Monialaisen dokumentoinnin kehittäminen on keskeistä kuntoutusjaksojen selkeyden ja vaikuttavuuden parantamiseksi ja ylimääräisen dokumentaatiotyön karsimiseksi.

Luku 8.2.2.1 Palveluseteli

Lukuun suositellaan lisättäväksi palvelusetelin hinnoittelun perusteet eli palvelusetelilain 7 §: Hyvinvointialueen tulee määrätä palvelusetelin arvo niin, että se on asiakkaan kannalta kohtuullinen. Kohtuullisuutta arvioitaessa on otettava huomioon kustannukset, jotka aiheutuvat kunnalle vastaavan palvelun tuottamisesta kunnan omana tuotantona tai hankkimisesta ostopalveluna sekä asiakkaan maksettavaksi jäävä arvioitu omavastuuosuus.

Julkisen terveydenhuollon palveluseteleiden hinnoittelussa ei ole huomioitu kuntasektorin oman palvelutuotannon kustannuksia, ja setelien hinnat ovat erityisesti fysioterapian osalta vain puolet kunnan oman palvelutuotannon kustannuksista. Hankintapolitiikassa on vältettävä palveluiden alihinnoittelua, koska se vaarantaa palvelujen jatkuvuuden ja alueellisesti kattavan palveluntuottajaverkoston säilymisen.

Saman luvun Luetteloon ”asiakkaalle tiedotettavaa” tulee lisäksi lisätä palvelusetelilain 8 § mukainen velvoite palvelusetelin arvon korottamisesta, jos asiakkaan tai hänen perheensä toimeentulo tai asiakkaan lakisääteinen elatusvelvollisuus muutoin vaarantuu, taikka se on tarpeen muut huollolliset näkökohdat huomioon ottaen.

Luku 8.2.2.1 Maksusitoumus

Luvun tulisi kuvata täsmällisemmin hyvän hankintakäytännön perusteita. Luvussa ei ole kuvattu lainkaan hankintalain velvoitteita eikä otettu kantaa kuntoutuksen laadun huomioimiseen hankinnoissa. Liitämme tähän esimerkkeinä Suomen Fysioterapeutit ry:n näkemyksiä hankintoihin liittyen.

Suosittelomme luvun 8.2.2.1. täydentämistä kuntoutuksen hyvillä hankintakäytännöillä, joilla turvataan erityisesti kuntoutuksen laatua.

Ehdotus lisäykseksi lukuun 8.2.2.1

Hankintalain vaatimukset

Laki julkisista hankinnoista ja käyttöoikeussopimuksista (1397/2016) velvoittaa hyvinvointialueita kilpailuttamaan hankintansa ja käyttöoikeussopimuksensa siten, kuin hankintalaissa säädetään (1 §). Hankintalain tavoitteena on tehostaa julkisten varojen käyttöä, edistää laadukkaiden, innovatiivisten ja kestävien hankintojen tekemistä sekä turvata yritysten ja muiden yhteisöjen tasapuoliset mahdollisuudet tarjota palveluja julkisten hankintojen tarjouskilpailuissa (2 §). Hankintalaki velvoittaa sote-palvelujen hankinnassa huomioimaan palvelun käyttäjien erityistarpeet yksilöllisten ja pitkäaikaisten sekä toistuvien sote-palvelujen turvaamiseksi (108 §). Hankinnassa on lisäksi otettava huomioon palvelujen laatuun, jatkuvuuteen, esteettömyyteen, kohtuuhintaisuuteen, saatavuuteen ja kattavuuteen, eri käyttäjäryhmien erityistarpeisiin, käyttäjien osallistumiseen ja vaikutusmahdollisuuksien lisäämiseen sekä innovointiin liittyvät tekijät (108 §). Pitkäkestoisia hoito- ja asiakassuhteita koskevan sote-palvelun hankinnassa sopimusten kesto ja muut ehdot on määritettävä siten, että sopimuksista ei muodostu kohtuuttomia tai epätarkoituksenmukaisia seurauksia palvelun käyttäjille (108 §).

Hankintalain mukaan tarjouksista on valittava kokonaistaloudellisesti edullisin tarjous (115 §). Kokonaistaloudellisesti edullisin on tarjous, joka on hankintayksikön kannalta hinnaltaan halvin, kustannuksiltaan edullisin tai hinta-laatusuhteeltaan paras (115 §). Hinta-laatusuhteen arvioinnissa käytettävien vertailuperusteiden tulee liittyä hankinnan kohteeseen ja mahdollistaa tarjousten puolueeton arviointi (115 §).

Aiempien hankintojen ongelmia

Kuntien ja sairaanhoitopiirien aiemmissa hankinnoissa on korostunut julkisten varojen käytön tehostaminen ja kokonaistaloudellisesti edullisimman tarjouksen valitseminen. Selvästi vähemmälle huomiolle on jäänyt hankintalain velvoite edistää laadukkaiden, innovatiivisten ja kestävien hankintojen tekemistä.

Keskustelu julkisista hankinnoista keskittyy usein hankintalakiin ja erityisesti sen tavoitteeseen julkisten varojen käytön tehostamisesta. Yhteiskunnallisesta näkökulmasta tämä on välttämätöntä, jotta taloudelliset voimavarat voidaan käyttää mahdollisimman tehokkaasti. Hankintalain muita velvoitteita ei voida kuitenkaan sivuuttaa, vaan niillä on hankinnoissa paljon kustannusnäkökulmaa suurempi merkitys.

Velvoite edistää laadukkaiden, innovatiivisten ja kestävien hankintojen tekemistä tarkoittaa, että hyvinvointialueiden tulee laatia sellaisia hankintamenettelyjä, jotka tosiasiaassa edistävät palvelujen laadun kehittymistä. Ei siis riitä, että hyvinvointialue huolehtii vain laadun minimitason täyttymisestä, vaan hankintamenettelyn tulee pitkällä tähtäimellä johtaa palvelujen laadun kehittymiseen. Tämä tarkoittaa sitä, että hankintamenettelyn tulee luoda palveluntuottajilla oikeanlaiset kannustimet kehittää palvelunsa laatua. Toisaalta hankintamenettely ei voi johtaa tilanteeseen, joka kannustaa tuottamaan palveluita mahdollisimman edullisesti laadun kustannuksella.

Ehdotuksia hyviksi hankintamenettelyiksi

1. Laadua tulee painottaa hankinnoissa vahvasti

Kuntoutuspalveluiden hankinnoissa valinnoissa tulee käyttää sellaista hinta-laatu-suhdetta, jossa laadun painotus on vahva. Hankintamenettelyssä on huomioitava erityisesti hankintalain 108 § velvoitteet. Alueelliseen asiakasmäärään ja tuottajien tarjoamaan kokonaiskapasiteettiin liittyvää hyväksymissäntöä ei tule käyttää osana hankintamenettelyä.

Laadun arvioinnissa tulee huomioida vähintään kuntoutuspalveluita tuottavan henkilöstön osaaminen ja työkokemus. Työkokemuksen suhde osaamiseen ja palvelun laatuun ei ole lineaarinen,

vaan merkitys on suurin työuran alkuvaiheessa. Ehdotamme työkokemuksen pisteyttämistä hankinnoissa logaritmisella asteikolla seuraavasti: $\log(n) \cdot 25$, jossa n =työkokemus vuosina.

Täydennyskoulutusten osalta tulee pyrkiä tasavertaiseen ja tarkoituksenmukaiseen lautapisteytykseen, jossa huomioidaan sekä ammatillinen täydennyskoulutus että akateeminen täydennyskoulutus.

Yrityksen laatua parantavat koulutukset ja toimenpiteet, kuten dokumentointi, tulee huomioida hankinnoissa.

2. Laadun arvioiminen työyksiköittäin

Kuntoutus voi toteutua paitsi yhden terapeutin toimesta, myös tiimityönä, jossa useampi terapeutti työskentelee yhdessä asiakkaan kanssa tavoitteiden saavuttamiseksi. Tiimityöllä on monia etuja yhteen terapeuttiin verrattuna. Asiakas hyötyy monen eri ammattilaisen osaamisesta, toisaalta koska terapeutit suunnittelevat toteutusta yhdessä ja toisaalta koska eri terapeuteilla on erilaista syvempää osaamista, jotka täydentävät toisiaan. Peruutuksia ja ajan siirtoja tulee vähemmän, koska yhden terapeutin sairastuessa sisäinen sijaistaminen on helpompaa. Hiljaisen tiedon siirtäminen, esimerkiksi kokeneilta työntekijöiltä kokemattomille ja täydennyskoulutuksen käyneiltä muille, onnistuu parhaiten yhteisten asiakkaiden kautta. Työyhteisöissä itsessään on lisäksi sellaista yhteistä osaamista (esim. prosesseissa, dokumentoinnissa ja organisoinnissa), joka on enemmän kuin osiensa summa.

Kuntoutuspalvelujen laadun arviointi tulisi tehdä työyksiköittäin, ei yksilöittäin. Muutos mahdollistaa joustavuuden kuntoutuksen toteutuksessa, helpottaa sijaisten ja uusien työntekijöiden rekrytointia ja mahdollistaa organisaatiotason osaamisen hyödyntämisen kuntoutuksessa.

3. Kattavampi laadunarviointi osaksi hankintoja

Laadunarviointia tulisi kehittää pitkällä tähtäimellä siten, että arvioinnissa tunnistetaan kaikki kuntoutuksen kannalta relevantit laatu-ulottuvuudet ja käytetään tarkoituksenmukaisia laadun indikaattoreita. Kansainvälisessä tutkimuskirjallisuudessa löytyy jo pitkälle kehitettyjä laatumalleja, joita voisi implementoida Suomalaiseen järjestelmään sopivaksi. Kattava laadunarviointi mahdollistaa esimerkiksi kuntoutuksen ja palveluntuottajahaun kehittämisen.

Hyvinvointialueiden tulee harjoittaa hankintojen kehittämistyötä. Osana kehittämistyötä tulee selvittää mahdollisuuksia ottaa käyttöön aiempaa kattavampi kuntoutuksen laadunarviointimenetelmä.

Luku 8.2.2.1 (jatkuu)

Lukuun suositellaan täydennettäväksi myös asiakastietojen siirtäminen palvelun hankkijan ja tilaajan välillä. Tässä voidaan viitata esimerkiksi kanta.fi ja THL-ohjeistuksiin. Keskeistä on korostaa sitä, että kuntoutuspalveluita ulkoistettaessa palveluntuottajan tulee saada käyttöönsä kuntoutujan kuntoutussuunnitelma. Lisäksi palveluntuottajalle tulee mahdollistaa pääsy tarvittaviin asiakastietoihin esimerkiksi OSVA-järjestelmällä. OSVasta lisää <https://www.kanta.fi/ammattilaiset/ostopalvelun-valtuutus>

Luku 8.2.3 Kotikuntoutus

Luvun toista kappaletta suositellaan muutettavaksi seuraavasti: ”Kotikuntoutuksella tarkoitetaan moniammatillista kuntoutujan kotona tapahtuvaa kuntoutujalähtöistä, toimintakykyä edistävää ja tukevaa toimintaa. Kuntoutuja on kotikuntoutuksessa aktiivinen toimija ja kuntoutuksen tavoitteen liittyvät arjen toimintojen ja osallisuuden parantamiseen tai ylläpysymiseen asiakkaalle merkityksellisessä arjen ympäristössä. Kotikuntoutus voi olla luonteeltaan myös sekundaaripreventiota, kuten kaatumisten tai syrjäytymisen ehkäisyä tai uusien vakavien sairauskohtausten (esim. sydäninfarkti, aivoverenkiertohäiriö) ehkäisyä. Kotikuntoutusta voidaan toteuttaa eri ikäryhmille moninaisista syistä. Kotikuntoutuksessa kuntoutujan arkiympäristön tulee olla merkityksellinen osa kuntoutuksen sisältöä. Kaikki kotikäynteinä tapahtuva kuntoutus ei ole kotikuntoutusta.”

Kpl 9.1 Lasten ja nuorten kuntoutus (0-18-vuotiaat)

Yleiset huomiot

Luku 9.1. rakentuu sille olettamukselle, että varhaiskasvatuksessa ja perusopetuksessa olisi resursseja, kokemusta, osaamista ja tahtotilaa tukea kuntoutumista. Käytännössä opetustoimen ja kuntoutuksen integraation toteutumisessa on merkittäviä haasteita. Oppaassa ei tunnisteta nykytilan haasteita ja siten toimenpiteet integraation kehittämiseksi jäävät puutteellisiksi.

Käytännössä opetustoimella ei ole riittäviä resursseja tai osaamista kuntoutuksen ja opetuksen tarkoituksenmukaiseen integraatioon, eikä vastuunjako ole selkeä. Opetustoimelle on tyypillistä todeta, että kuntoutumiseen liittyvät asiat eivät kuulu koululle tai varhaiskasvatukselle. Lisäksi varhaiskasvatuksen yksiköiden ja koulujen tilat ovat riittämättömiä lapsen apuvälineille, eikä opetustoimen henkilöstö avusta lasta apuvälineiden käytössä. Tilat eivät aina mahdollista myöskään kuntoutuksen toteuttamista koulun tai varhaiskasvatuksen tiloissa.

Lasten hyvään kuntoutuskäytäntöön kuuluu saumaton yhteistyö kuntoutumisen ammattilaisten sekä opetustoimen välillä. Oppaassa tulisi syvemmin pureutua organisaatioiden vastuunjaon selkeyttämiseen ja käytännön ongelmien ratkaisemiseen.

Kehittämisehdotukset

Lukuun ehdotetaan lisättäväksi selkeä linjaus kuntoutuksen palveluntuottajien, sosiaalitoimen, terveydenhuollon ja opetustoimen keskinäisestä vastuunjaosta.

Lukuun ehdotetaan lisättäväksi konkreettisia esimerkkejä perheiden tukemisen keinoista ja kuntoutuksen koordinoinnin vahvistamisesta.

Yksityiskohtaiset huomiot

Luku 9.1.2.1.

Sivulla 6 todetaan: ”Perheen voimavarat ja perheenjäsenten mahdolliset omat tuen ja palvelujen tarpeet huomioidaan (perhepalvelut, lastensuojelu)”. ”Varmistetaan, ettei kuntoutuksen koordinaatiovastuu jää perheen tehtäväksi”.

Oppaassa jää kuitenkin epäselväksi, miten ja kenen toimesta edellä kuvatut asiat varmistetaan ja kenellä on vastuu kuntoutuksen koordinoinnista? Nykytilanteessa kuntoutuksen koordinoinnin vastuu on vahvasti perheille, joilla ei aina ole tähän tarvittavia tietoja, osaamista tai voimavaroja. Perheen voimavarojen vähyys ei saisi kostautua lapsen kuntoutuksen määrässä tai toteutuksessa.

Kuntoutuksen saatavuutta perustellaan usein arjessa tapahtuvilla asioilla ja mikäli perheen voimavarat ovat heikot eivätkä he pysty tai jaksa toteuttaa asioita arjessaan, se voi pahimmillaan johtaa kuntoutuksen epäämiseen. Kuntoutuksen niukkuus johtaa kurjuuden kierteeseen, jossa lapsi ei saavuta hänelle mahdollisia tavoitteita, perheen voimavarat entisestään kaventuvat ja lapsen hyvinvointi kärsii. Oppaassa tulisi kuvata ratkaisuja perheiden voimavarojen parantamiseksi.

Luku 9.1.2.1.

Sivulla 7 todetaan: ”Suunnitelman laatimiseen on käytettävissä tarpeenmukainen ja riittävä moniammatillinen asiantuntijuus. Suunnitelman laatimiseen osallistuvat lapsen ja perheen lisäksi lapsen kehitysympäristöjen asiantuntijat esimerkiksi varhaiskasvatuksesta, esiopetuksesta ja koulusta”

Suunnitelmissa sovittujen käytännön toimenpiteiden osalta tulisi aina kuulla arkiympäristön edustajia (perhe, varhaiskasvatus, esi- ja perusopetus) siitä, mikä on resurssien osalta mahdollista. Tällä hetkellä esimerkiksi kuntoutussuunnitelmassa on voitu todeta lapsella seisomatelineen tarve ja on todettu lapsen jaksavan parhaiten seistä koulupäivän aikana osana koulutyöskentelyä. Koulusta

kuitenkin voidaan todeta, etteivät koulun resurssit (tila-, henkilö- tai aikaresurssi) riitä seisomaharjoittelun toteutumiseen. Oppaassa tulisi ottaa kantaa opetustoimen ja kuntoutuksen asianmukaiseen resurssointiin, henkilöstön osaamiseen ja yhteistyön kehittämiseen.

Luvun 9.1.2.1. sivulla 8 todetaan: ”Kaikilla yhteistyötahoilla on yhteisesti muodostettu selkeä käsitys siitä, keitä lapsen kuntoutukseen osallistuu ja millaisella tavalla. Yhdessä on sovittu siitä, miten kuntoutumista edistetään lapsen eri kehitysympäristöissä.”

Luvusta puuttuu selkeä vastuunjako osapuolten välillä. Käytännön työssä ongelmana on usein epäselvyys siitä, miten osapuolet voivat ohjata toistensa työskentelytapoja ja miten lapsen etu turvataan silloin, kun osapuolet ovat keskenään erimielisiä.

Luku 9.1.2.4

Kappaleessa HOJKS todetaan: ”HOJKSin laadinnassa voidaan hyödyntää moniammatillista verkostoa, jos oppilaalla on esimerkiksi lääkinällisenä kuntoutuksena toiminta-, puhe- tai fysioterapiaa tai hänellä on psykologin tukikäyntejä. Tällöin HOJKS voi toimia perheen, koulun ja verkostojen yhteisenä oppimisen ja hyvinvoinnin edistämisen työkaluna, jossa määritellään tuen seuranta ja arviointi. Kuntoutuksen ammattihenkilö on toimintakyvyn asiantuntija, jonka tietämystä voidaan hyödyntää asetettaessa oppilaan yksilöllisiä tavoitteita.”

Lausetta ehdotetaan muutettavaksi seuraavasti: ”HOJKSin laadinnassa hyödynnetään moniammatillista verkostoa, jos oppilaalla on esimerkiksi lääkinällisenä kuntoutuksena toiminta-, puhe- tai fysioterapiaa tai hänellä on psykologin tukikäyntejä. Tällöin HOJKS toimii perheen, koulun ja verkostojen yhteisenä oppimisen ja hyvinvoinnin edistämisen työkaluna, jossa määritellään tuen seuranta ja arviointi. Kuntoutuksen ammattihenkilö on toimintakyvyn asiantuntija, jonka tietämystä voidaan hyödyntää asetettaessa oppilaan yksilöllisiä tavoitteita.”

Perustelu

Lapsi hyötyy eri tahojen yhteistyöstä toimintakykynsä edistymiseksi ja oppimisen mahdollistumiseksi. Ehdolliset sanamuodot tällaisessa kohdassa (voi hyödyntää, voi toimia jne) mahdollistavat sen, ettei kuntoutuksen toimintaa huomioida HOJK:ssa millään tasolla. Oppaassa on tärkeää kuvata täsmällisesti, onko jokin toimenpide pakollinen vai vapaaehtoinen. Tällä hetkellä osa kouluista tekee hyvää yhteistyötä kuntoutuksen ammattilaisten kanssa lapsen edun mukaisesti, mutta osassa kouluja on jopa ilmoitettu, että HOJKS:n ei saa kirjoittaa kuntoutuksellisia asioita.

Luku 9.1.4

Kappaleessa 4 todetaan näin: ”Lasten ja nuorten erilaiset kiputilat ovat lisääntyneet. Suurin osa kiputiloista voi perustasolla hoitua muutamalla fysioterapeutin neuvonta- tai ohjauskäynnillä. Jos

kipu pitkittyy ja aiheuttaa liitännäisongelmia (esim. koulupoissaoloja), tulee konsultoida erityistasoa.”

Lausetta ehdotetaan muutettavaksi seuraavasti: ”Lasten ja nuorten erilaiset kiputilat ovat lisääntyneet. Suurin osa kiputiloista voi perustasolla hoitua muutamalla fysioterapiakäynnillä. Mikäli kipua edelleen perusterveydenhuollon fysioterapiakäyntien jälkeen esiintyy, tulee konsultoida erityistasoa ennen kivun pitkittymistä ja liitännäisongelmien esiintymistä.”

Perustelu

Nosiseptiivinen kipu ei poistu neuvonnalla ja ohjauksella, joten sitä on turha korostaa kappaleessa. Suurin osa kroonistuneista kiputiloista sisältää nosiseptiivisen komponentin. Tärkeintä olisi huomioida, että lapsen kipuun tulee reagoida jo ennen kuin se kroonistuu tai aiheuttaa koulupoissaoloja.

Luku 9.1.5.2

Luvussa ”Yhteistoiminta koulupäivän aikana” kuvaillaan ihannetilannetta, jossa opetuksen ja kuntoutuksen tiivis yhteistyö toteutuu. Käytännössä monissa kouluissa on kuitenkin tällä hetkellä kielletty kuntoutuksen toteutuminen oppituntien aikana. Osaan kouluista kuntoutusalan ammattilaiset pääsevät vain iltapäiväkerhon aikana, jolloin paikalla ei enää ole lapsen opetukseen osallistuvia henkilöitä. Suuri osa kouluista on yksipuolisesti kieltänyt kuntoutusalan ammattilaisten tulemisen kouluihin resurssipulaan vedoten.

Luku 9.1.6

Luvun kohdassa ”alle 1,5 vuotias lapsi” todetaan seuraavaa: ”Pään itsenäinen hallinta heikkoa 4 kk iässä; lihasten velttous tai ylijänteisyys; pään ylijännustaipumus”. Lausetta ehdotetaan muutettavaksi seuraavasti: ”Pään itsenäinen hallinta heikkoa 3 kk iässä; lihasten velttous tai ylijänteisyys; pään ylijännustaipumus”

Perustelu

Mikäli pään hallinta on heikkoa suhteutettuna lapsen ikätasoon tai mikäli lapsella on kaikki kohdassa mainitut asiat (pään hallinnan heikkous, lihasten velttous/ylijänteisyys tai pään ylijännustaipumus), tulisi asiaan reagoida jo aikaisemmin kuin 4 kk iässä.

Samassa kappaleessa lause ”3-4 kk ikäinen lapsi ei tuo käsiä keskiviivaan” ehdotetaan muutettavaksi seuraavasti: ”3-4 kk ikäinen lapsi ei tuo käsiä keskilinjaan.”

Luku 9.1.7.4

Luvun lause: "Vanhemmilla, lähiympäristön työntekijöillä ja muilla kuntoutuksen ammattilaisilla tulee olla realistinen kuva kuntoutuksen mahdollisuuksista ja rajallisuudesta. Kuntoutuksella ei voida korjata lapsen vammaa tai parantaa sairautta." Lausetta ehdotetaan muutettavaksi seuraavasti: "Vanhemmilla, lähiympäristön työntekijöillä ja muilla kuntoutuksen ammattilaisilla tulee olla realistinen kuva kuntoutuksen mahdollisuuksista ja rajallisuudesta. Kuntoutuksella ei voida korjata lapsen vammaa tai parantaa sairautta, mutta toimintakyvyn ja osallistumisen mahdollisuuksiin voidaan vaikuttaa merkittävästi."

Perustelu

Pitkässä kuntoutusprosessissa on tärkeää säilyä tietynlainen "toivo" eikä tulevaisuutta täysin tarkkaan voida tietää, joten siitä ei saa maalata liian ruusuista, mutta ei myöskään liian "synkkää". On eri asia sanoa, että lapsi ei opi puhumaan tai sanoa, että lapsi oppii kommunikoimaan erilaisten menetelmien avulla. Toimintakykyisyys on eri asia kuin toiminnan rajoitteet: lapsesta ei tule kävelevää, mutta silti hänestä voi tulla pyörätuolista käsin huippu-urheilija.

Luku 9.1.7.5

Luku nojaa jo 6 vuotta vanhaan suositukseen "Lapsen ja nuoren hyvä kuntoutus". Tämän suosituksen kuntoutusmäärät ja muut suositukset nojaavat siihen olettamukseen, että varhaiskasvatuksessa, esi- ja perusopetuksessa olisi resursseja yhteistyöhön ja kuntoutuksellisten toimenpiteiden toteuttamiseen. Varsinkin alakoululaisten osalta viitataan jatkuvasti kuntoutukselliseen kouluun ja koulun kuntoutuksellisiin vaikutuksiin, joihin ei kuitenkaan tosiasiasa ole monessakaan koulussa tällä hetkellä resursseja. Suosituksissa ja kuntoutuksen suunnittelussa tulisi huomioida rakenteelliset resurssit nykyistä paremmin, jotta lapselta ei vähennetä tarpeellisia tukitoimia luullen jonkun muun tahon ottavan ne huomioon. Tämä koskee erityisesti lapsia, jotka on integroitu esimerkiksi lähikouluun.

Kpl 9.2 - Työikäisten kuntoutus

Yleiset huomiot

Luvussa 9 ei ole käsitelty kaikkia keskeisiä sairausryhmiä. Toisaalta luvussa käsitellään long covid -tautia, joka ilmaantuvuutensa puolesta on varsin marginaalinen. Merkittävistä kansansairauksista luvussa jää kokonaan käsittelemättä diabeteksen ja syövän kuntoutus.

Kuntoutuksen aloituksen kriteerit ovat ristiriidassa oppaan muiden lukujen kanssa. Lukua tulisi muuttaa siten, että kuntoutus voi alkaa jo silloin, kun huoli toiminta- tai työkyvyn uhasta tunnistetaan, eikä kuntoutus vaadi olemassa olevaa toimintarajoitetta. Muutokset vahvistavat kuntoutuksen oikea-aikaisuutta.

Luvussa tulisi luoda selkeitä rajoja Kelan vaativan lääkinnällisen kuntoutuksen ja terveydenhuollon lääkinnällisen kuntoutuksen rajapinnoille, jotta turhilta kuntoutushakemuksilta ja järjestämisvastuun epäselvyyksiltä vältytään.

Työterveyshuollon ja muun terveydenhuollon keskinäistä vastuunjakoa on käsitelty luvussa pintapuolisesti. Oppaassa tulisi luoda selkeitä linjauksia eri sektoreiden väliseen työn- ja vastuunjakoon sekä sujuvaan tiedon siirtymiseen sektorilta toiselle.

Luvussa on otettu niukasti kantaa kuntoutuksen määrään ja tiheyteen. Useissa kansainvälisissä kuntoutussuosituksissa on löydettävissä konkreettisia minimimääriä vaikuttavalle kuntoutukselle. Suomessa kuntoutus on kroonisesti aliresursoitu ja määrät ovat vain murto-osa siitä, mitä vaaditaan vaikuttavan ja kustannusvaikuttavan kuntoutuksen onnistumiseksi. Oppaassa tulisi käydä rohkeammin läpi kuntoutuksen määrän ja tiheyden suuruusluokkaa. Diagnoosi- tai sairausrhyhmäkohtaiseen tarkkuuteen ei ole tarkoituksenmukaista mennä, mutta työryhmien tulisi kyetä tarjoamaan hyvinvointialueille jonkinlainen vaikuttavan ja kustannusvaikuttavan kuntoutuksen asianmukaisen resursoinnin suuruusluokka. Tutkimuskirjallisuudesta on nähtävillä selkeitä trendejä tarvittavista määristä ja näiden pohjalta on mahdollista luoda sellaiset raamit, joiden sisällä yksilökohtaisen harkinnan perusteella tapahtuva kuntoutuksen määrittely tapahtuu.

Kehittämisehdotukset

Lukua täydennetään syövän ja diabeteksen kuntoutuksen sekä nivelrikon varhaisen vaiheen kuntoutuksen osalta.

Kuntoutuksen järjestämisen kriteerit muutetaan siten, että oikea-aikainen kuntoutus on mahdollista, eikä kuntoutuksen alkaminen vaadi toimintakyvyn rajoitetta, vaan uhka tai huoli rajoittumisesta riittää.

Luvussa otetaan selkeämmin kantaa sellaisiin toimintarajoitteisiin, jotka siirtävät kuntoutusvastuun Kelalle.

Luvussa selkeytetään työterveyshuollon ja muiden sektoreiden keskinäistä vastuun- ja työnjakoa.

Luvussa muodostetaan selkeät raamit vaikuttavan ja kustannusvaikuttavan kuntoutuksen määristä ja tiheydestä.

Yksityiskohtaiset huomiot

Luku 9.2.1

Luvun ensimmäisen kappaleen viimeistä lausetta ehdotetaan muutettavaksi seuraavasti: ”Kuntoutustarpeen arvioinnissa on keskeistä tunnistaa paitsi jo syntynyt työ- tai toimintakyvyn alenema, myös mahdolliset uhat työkyvylle. Kuntoutustarpeen arvioinnin yhteydessä kartoitetaan sekä työ- ja toimintakyvyn rajoitteet että asiakkaalla olevat voimavarat.”

Luvun 9.2.1 toisesta kappaleesta ehdotetaan muutettavaksi lause ”Kuntoutujalla tulee olla vähintään lievä toimintakyvyn ongelma.” seuraavasti: ” Kuntoutujalla tulee olla vähintään lievä toimintakyvyn ongelma tai tunnistettavissa on selkeä uhka kuntoutujan työ- tai toimintakyvylle.”

Perustelu

Kuntoutuksen oikea-aikaisuuden ja varhaisen puuttumisen toteutumiseksi ei ole tarkoituksenmukaista odottaa toimintarajoitteen syntymistä. Sen sijaan kuntoutustoimet tulee käynnistää heti, kun tunnistetaan uhka toimintakyvylle. Rajapinta lääkinnällisen kuntoutuksen ja terveyttä edistävän toiminnan kohdalla ei ole tässä selkeä. Oppaassa voitaisiin useammassakin kohdassa ottaa kantaa siihen, milloin asiakas ohjataan terveyttä edistäviin palveluihin ja milloin kuntoutuspalveluihin. Nykyisellään syntyy sellainen kuva, että mitään toimenpiteitä ei tehtäisi ennen kuin toimintarajoite on syntynyt.

Luku 9.2.1 (jatkuu)

Luvun toisen kappaleen loppuun ehdotetaan lisättäväksi lause ”työterveyshuollossa todettu kuntoutustarve tulee toteuttaa perusterveydenhuollossa, jos vapaaehtoinen työterveyshuolto ei pidä sisällään kuntoutuspalveluita. Työterveyshuollossa laaditaan tällöin kuntoutussuunnitelma, joka toteutetaan perusterveydenhuollossa.

Perustelu

Työnjako työterveyshuollon ja perusterveydenhuollon välillä vaatii konkretiaa. Oppaassa olisi tärkeää kuvata selkeästi perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon vastuunjako ja asiakkaan polku näiden toimijoiden välillä. Vastuu kuntoutuksen toteutuksesta on terveydenhuoltolain perusteella perusterveydenhuollolla, mutta käytännössä on epäselvää, kuka kuntoutuksen suunnittelee, jos sen tarve tunnistetaan työterveyshuollossa.

Luku 9.2.2.

Luvun toisessa kappaleessa on kuvattu toimintarajoitteiden vaikeusastetta ICF-luokituksen mukaisesti. Kappaleeseen suositellaan täydennettäväksi lääkinnällisen kuntoutuksen ja vaativan lääkinnällisen kuntoutuksen vastuunjako selkeyttäjä linjaus, joka auttaa asiakasohjauksessa suhteessa Kelan kuntoutukseen.

Ehdotamme linjaukseksi seuraavaa:

”Kelan vaativan lääkinällisen kuntoutuksen kriteerit täyttyvät toimintarajoitteen osalta viimeistään silloin, kun henkilön toimintakyvyn rajoite on vaikea tai ehdoton (>50 % alenema). Kelan vaativaa lääkinällistä kuntoutusta tulisi harkita myös silloin, kun henkilöllä on kohtalaisia toimintarajoitteita useilla hänelle merkityksellisillä elämänalueilla ja muut Kelan vaativan lääkinällisen kuntoutuksen kriteerit täyttyvät. Tarpeettomien Kelan kuntoutushakemusten laatimista tulee välttää.”

Perustelu

Terveystuollolla on taloudellinen kannustin vöryttää kuntoutusta Kelan järjestysvastuulle. Tämä johtaa tarpeettomiin kuntoutushakemuksiin, jotka ruuhkauttavat Kelan hakemusprosessia. Terveystuollolle tulee pyrkiä määrittelemään selkeitä ja tunnistettavia rajoja, jotka ohjaavat Kelan kuntoutukseen ohjaamista.

ICF-luokituksen tarkenteiden käyttöönotto helpottaa vastuunjakoa oleellisesti, mutta jättää kuitenkin tilaa yksilökohtaiselle harkinnalle. Kela voisi myös kuntoutuspäätöksiä tehdessään hyödyntää enemmän automatisoitua käsittelyä, jos toimintakyvyn arvio olisi dokumentoitu ja koodattu ICF-luokituksen ja sen tarkennejärjestelmän mukaisesti.

Luku 9.2.2.

Luvun neljännessä kappaleessa kuvataan työkykyohjelmaa. Kyseinen kappale on asiasisällöltään hyvä, mutta jää epäselväksi kuuluuko kyseinen ohjelma lääkinällisen kuntoutuksen palveluihin ja missä määrin se on luonteeltaan primääripreveniivinen? Työkyvyn arvioinnissa fysioterapeutit ovat työterveyshuollon ammattihenkilöinä keskeisin asiantuntijajoukko tuki- ja liikuntaelinvaivojen osalta, jotka ovat suurin työkyvyn ongelma erityisesti yli 50-vuotiailla. Kappaletta tulisi kirjoittaa uudelleen lääkinällisen kuntoutuksen näkökulmasta.

Luku 9.2.3.1.

Luvussa kerrotaan tuki- ja liikuntaelinvaivojen kuntoutuksesta. Luvun kirjallisuusviitteisiin suositellaan lisättäväksi Näyttöön perustuva tuki- ja liikuntaelinsairauksien kuntoutus (Häkkinen ym.) <http://hdl.handle.net/10138/144093>, jossa on kattavasti kuvattu näytönasteita eri kuntoutusmuotojen osalta. Lisäksi suositellaan lisättäväksi Hyvä Fysioterapiakäytäntö -suositus polven ja lonkan nivelrikosta <https://www.terveysportti.fi/apps/dtk/sfs/article/sfs00001?toc=900>.

Lukuun 9.2.3.1. suositellaan lisättäväksi myös kannanotto tuki- ja liikuntaelinvaivoihin liittyvien kuvantamistutkimusten ja leikkaushoitujen kriittisestä tarkastelusta. Yleisin tule-vaivojen kuvantamistutkimus on edelleen alaselän magneettitutkimus, vaikka lukuisissa tutkimuksissa on todettu kuvantamisesta olevan asiakkaalle enemmän haittaa kuin hyötyä. Suomessa hoidetaan tule-

vaivoja poikkeavan paljon leikkaushoidoilla, vaikka niiden hyöty suhteessa kuntoutukseen on olematon ja riskit ja kustannukset ovat suuria.

Oppaassa tulisi laatia linjaus esimerkiksi kriteereistä kuvantamistutkimuksiin ja/tai erikoislääkärikonsultaatioihin, tai vähintään ottaa kantaa konservatiivisen hoidon eli kuntoutuksen ensisijaisuudesta tule-vaivoissa. Hyviä toimintamalleja on jo käytössä Suomessa ja esimerkiksi ortopedin vastaanotolle ei hyväksytä lähetteitä, jos taustalla ei ole asianmukaista kuntoutusjaksoa. Tarpeetonta tähyystyskirurgiaa ja turhia kuvantamisia tehdään Suomessa kuitenkin edelleen runsaasti ja oppaassa olisi erittäin suositeltavaa ottaa kantaa konservatiivisen hoidon ensisijaisuudesta tule-vaivoissa.

Työikäisten kohdalla erittäin merkittävä kokonaisuus on nivelrikon varhainen vaihe, jonka kuntoutus on Suomessa olematonta. Lukuun 9.2.3.1. tulisi liittää kappale kuvaamaan fysioterapian keskeistä roolia nivelrikon varhaisen vaiheen kuntoutuksessa. Yli 50-vuotiailla tule-vaivat ovat suurin työkyvyn uhka ja merkittävä osa ongelmista johtuu alaraajojen nivelrikosta, jonka suhteen fysioterapiasta on erittäin vahva tutkimusnäyttö.

Luku 9.2.3.2

Luvussa kerrotaan AVH-kuntoutuksesta. Luvun ensimmäiseen kappaleeseen suositellaan lisättäväksi täydennys ”jos kuntoutus on ollut riittävän intensiivistä”.

AVH-kuntoutus on kansainvälisissä tutkimuksissa osoitettu olevan erittäin tehokasta, mutta tutkimuksissa ja suosituksissa kuntoutuksen määrä on huomattavan paljon suurempi kuin Suomessa. Esimerkiksi Kanadan AVH-kuntoutussuosituksessa kuntoutusta tulisi olla laitoksessa kolme tuntia päivässä viitenä päivänä viikossa. Kotiutumisen jälkeen kuntoutusta tulisi olla 1–3 tuntia päivässä 3–5 päivänä viikossa. Kansainvälisessä NICE-suosituksessa kuntoutuksen suositeltu määrä on 45 minuuttia jokaista relevanttia kuntoutusmuotoa päivässä, viitenä päivänä viikossa.

Viittauksiin suositellaan lisättävän seuraavat kansainväliset suositukset, joissa mainittu edellä kuvatut kuntoutusmäärät.

- CANADIAN BEST PRACTICE RECOMMENDATIONS FOR STROKE CARE Fourth Edition Lindsay MP, Gubitz G, Bayley M, Phillips S (Editors), on Behalf of the Canadian Stroke Best Practices and Standards Working Group
- Stroke rehabilitation in adults Clinical guideline Published: 12 June 2013
www.nice.org.uk/guidance/cg162

Luvut 9.2.3.2 ja 9.2.3.3

Luvuissa tulisi selkeämmin täsmentää kuntoutukseen liittyvää vastuuta perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä. Erityisesti suosittelemme ottamaan kantaa siihen, että

erikoissairaanhoidossa laadittua kuntoutussuunnitelmaa ei tule muuttaa tai uudelleenarvioida perusterveydenhuollossa.

Perusterveydenhuollon tulee toteuttaa kuntoutus suunnitelman mukaisesti ja lähetekäytäntö perusterveydenhuollosta erikoissairaanhoidon tulee toimia ilman perusterveydenhuollon hallinnollista kuntoutustyötyhmäkäsittelyä, joka hidastaa kuntoutuksen alkamista merkittävästi (ja altistaa kuntoutuksen joutumiseksi säästöjen kohteeksi).

Oppaassa voitaisiin vahvemmin korostaa sitä, että terveydenhuoltolaki ei mahdollista kuntoutuksesta leikkaamista taloudellisilla perusteilla eivätkä riittämättömät resurssit ole peruste kuntoutuksen viivästymiselle tai toteuttamatta jättämiselle. Perusterveydenhuollon on terveydenhuoltolain mukaisesti tuotettava ostopalveluna sellainen kuntoutus, jota se ei kykene hoitamaan oikea-aikaisesti omana palvelunaan. Oppaassa on tärkeää puuttua näihin tämän hetken ydinongelmiin.

Luku 9.2.3.3

Luvussa kerrotaan etenevistä neurologisista sairauksista. Suosittelemme lisäämään lukuun kappaleen, jossa painotetaan näiden kuntoutujien tarvetta kuntoutuksen tukipalveluille.

Kuntoutujille tulisi aina nimetä sellainen kuntoutuksen yhdyshenkilö, johon he voisivat olla yhteydessä toimintakyvyn, jaksamisen, mielialan tai muiden ongelmien osalta. Omakuntoutus on kyseiselle asiakasryhmälle keskeistä, mutta se vaatii toteutuakseen huomattavasti enemmän tukipalveluita, kuin tällä hetkellä on saatavilla.

Monet neurologiset sairaudet aiheuttavat aloitekyvyttömyyttä, mielialaongelmia sekä yleisesti kuormittavat arkea, jolloin kuntoutujien voimavarat itsestä huolehtimiseen ovat niukat. Kuntoutuksen toteutusta tulisi näiden kuntoutujien kohdalla painottaa aiempaa vahvemmin sairauden alkuvaiheille, jolloin kuntoutus olisi luonteeltaan omakuntoutusta tukevaa. Tällöin pystytään hyvinkin pienillä resursseilla ehkäisemään laajamittaisempi kuntoutustarve. Tällä hetkellä supportiivista kuntoutusta ei käytännössä ole riittämättömien resurssien vuoksi.

Luku 9.2.3.4

Luvussa 9.2.3.4 kerrotaan hengitys- ja verenkiertoelimistön sairauksien kuntoutuksesta. Viiteluetteloon suositellaan lisättäväksi sepelvaltimotautipotilaan kuntoutuksen hyvä fysioterapiakäytäntö (<https://www.terveysportti.fi/apps/dtk/sfs/article/sfs00002?toc=900>)

Luvun 9 loppu ja täydennykset uusina kappaleita

Luvun 9 lopussa olevassa yhteenvedossa todetaan, että ”Kuntoutuksen sisältöä on tarkasteltu tarkemmin sairausryhmäkohtaisesti käypä hoito –suosituksissa.” Tämä ei pidä kaikilta osin paikkaansa, sillä Käypä Hoito -suosituksissa ei ole käsitelty kuntoutusta sellaisella tarkkuudella ja

laajuudella kuin on tarpeen klinisen työn toteutuksessa. Suosittelemme viittaamaan tässä myös kansainvälisiin kuntoutussuosituksiin, jotka ovat huomattavasti laaja-alaisempi, konkreettisempi ja kirjallisuudeltaan monipuolisempia kuin Käypä Hoito. Lisäksi tulisi mainita kotimaiset Hyvä Fysioterapiakäytäntö -suositukset sekä muut, esim. Kelan tutkimusjaoston laatimat kuntoutussuositukset.

Saman yhteenvedon lause ” Kuntoutuksen suunnittelussa kannattaa hyödyntää ICF-luokitusta.” suositellaan muutettavaksi ” Kuntoutuksen suunnittelussa tulee hyödyntää ICF-luokitusta.”

Täydennykset: diabetes, syöpätaudit ja kuntoutuksen määrä ja tiheys

Diabetes

Diabetekseen liittyy runsaasti terveyttä edistävää toimintaa, mutta komplisoitunut diabetes aiheuttaa erittäin paljon kuntoutustarvetta, joka tunnistetaan Suomessa heikosti. Diabeetikoiden kuntoutukseen ohjautumisen vahvistamiseksi olisi tärkeää kuvata oppaassa diabetekseen liittyvää kuntoutusta.

Diabeteksen kuntoutukseen liittyy paitsi vastaava liikunnallinen kuntoutus kuin sydänsairauksiin, myös esimerkiksi amputaatioiden jälkeinen kuntoutus.

Syöpätaudit

Syövän kuntoutuksen osalta tilanne on saman kaltainen kuin diabeteksen. Suomesta puuttuu systemaattinen syöpäsairauksien kuntoutus, joskin alueilla on olemassa hyviä ja toimivia käytäntöjä. Syövän sairastaneista suurin osa toipuu, mutta hoitoihin ja itse syöpään liittyy runsaasti fyysistä ja psyykkistä toimintakykyä rajoittavia tekijöitä, joihin kuntoutuksella voitaisiin vaikuttaa.

Syöpäsairauksien kuntoutus voi olla esimerkiksi keskushermoston vaurioihin, amputaatioon, aistien menetykseen, kipuun, tuki- ja liikuntaelimestön toimintarajoitteeseen, heikkoon yleiskuntoon tai turvotukseen liittyvää. Yhteistä syöpäsairauksien kuntoutuksessa on hallittu fyysinen aktiivisuus, joka vaatii fysioterapeutin ohjausta, tukea ja suunnittelua.

Syöpäsairauksien kuntoutuksen käytäntöjä on kuvattu esimerkiksi seuraavissa lähteissä:

A systematic review of rehabilitation and exercise recommendations in oncology guidelines - Stout - 2021 - CA: A Cancer Journal for Clinicians <https://doi.org/10.3322/caac.21639>

- Effectiveness of Multidimensional Cancer Survivor Rehabilitation and Cost-Effectiveness of Cancer Rehabilitation in General: A Systematic Review | The Oncologist
<https://doi.org/10.1634/theoncologist.2012-0151>

- Full article: Cancer rehabilitation: A Nordic and European perspective
<https://doi.org/10.3109/0284186X.2010.533194>
- Translating 2019 ACSM Cancer Exercise Recommendations for a Physiatric Practice: Derived Recommendations from an International Expert Panel <https://doi.org/10.1002/pmrj.12664>
- CSP – so your patient has cancer
https://www.csp.org.uk/system/files/csp_so_your_patient_has_cancer.pdf
- Syövän ehkäisy, varhaisen toteamisen ja kuntoutumisen tuen kehittäminen vuosina 2014–2025 Kansallisen syöpäsuunnitelman II osa <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-185-3>

Kuntoutuksen määrä ja tiheys

Kuntoutuksen vaikuttavuustutkimus on kattavinta terapeuttiseen harjoitteluun pohjautuvan fysioterapian osalta. Lukuisten RCT-tutkimusten, kirjallisuuskatsausten ja meta-analyysien perusteella voidaan todeta, että terapeuttinen harjoittelu on vaikuttavaa lähes kaikkien vikojen, vammojen ja sairauksien kuntoutuksessa. Harjoittelun vaikuttavuus noudattaa pääpiirteissään kuormitusfysiologisia tai motorisen oppimisen periaatteita, jotka toimivat niin ikään perusteina tarvittavaa kuntoutusmäärää arvioitaessa.

Tutkimuskirjallisuuden perusteella kuormitusfysiologiaan perustuva terapeuttinen harjoittelu (esim. lihasvoiman, liikkuvuuden, luuston vahvuuden, jännekudoksen lujuuden, tai aerobisen kunnon) on vaikuttavaa, jos harjoittelua toteutetaan 2–3 kertaa viikossa á 45 minuuttia, vähintään 8–12 viikon ajan. Kuormitusfysiologiaan perustuvien harjoitusintervention vaikutukset menetetään, jos kuntoutuja ei jatka harjoittelua intervention jälkeen. Itsenäisessä harjoittelussa terveysliikuntasuositukset antavat riittävän pohjan toimintakyvyn ylläpysymiselle. Kuntoutuja voi tarvita kontrolliluonteista supportiivista tukea itsenäisen harjoittelun aikana, esimerkiksi etäkuntoutuksena muutamia kertoja vuodessa.

Motoriseen oppimiseen perustuva harjoittelu (esim. aivovaurioiden kuntoutus) on vaikuttavaa, jos harjoittelua toteutetaan 3–5 kertaa viikossa, 2–6 tuntia päivässä niin pitkään, että kuntoutujan tavoitteet on saavutettu. Motoriseen oppimiseen perustuvassa harjoittelussa kuntoutustarve voi kestää useista kuukausista useisiin vuosiin. Harjoittelun tavoitteiden täytyttyä kuntoutujan arjen aktiivisuus on yleensä riittävää saavutettujen taitojen säilymiseksi.

Kuntoutuksen määrän arvioinnissa keskeistä on tunnistaa asiakkaan voimavarat omaehtoiseen harjoitteluun. Täysin aloitekyvytön ja vaikeasti invalidisoitunut AVH-kuntoutuja tarvitsee paljon ohjattua kuntoutusta, koska edellytyksiä omaehtoiseen kuntoutukseen ei ole. Usein vaikuttava harjoittelu vaatii myös manuaalisesti ohjattua/fasilitoitua harjoittelua keskushermoston plastisuuden optimoimiseksi. Arjen toimissaan itsenäinen ja työelämässä oleva MS-tautia tai nivelrikkoa sairastava sen sijaan pystyy toteuttamaan suurimman osan kuntoutuksesta itsenäisesti, mutta tarvitsee säännöllistä ohjausta, neuvontaa ja tukea kuntoutuksen toteutumiseksi.

Kuntoutuksen määriä arvioitaessa on keskeistä tunnistaa toisaalta vaikuttavaan ja kustannusvaikuttavaan kuntoutukseen tarvittava määrä kuntoutustoimenpiteitä ja toisaalta asiakkaan realistiset voimavarat omakuntoutukseen.

kpl 9.3 - Ikääntyneiden kuntoutus

Yleiset huomiot

Luvussa tulee kiinnittää enemmän huomiota pitkäaikaisesti sairaisiin ja etenkin Kelan kuntoutuksen piiristä terveydenhuollon vastuulle siirtyviin. Luvussa ei ole sisäistetty pitkäaikaisen kuntoutuksen tarkoitusta, tavoitteita tai merkityksellisyyttä.

Ikääntyneiden kuntoutuksessa keskeinen merkitys on paitsi varhaisella puuttumisella, myös sillä miten kuntoutus on integroitu sosiaalihuollon palveluihin, erityisesti asumispalveluihin. Oppaassa voitaisiin ottaa vahvemmin kantaa sosiaalihuollon palveluiden hankintoihin ja kuntoutuksen rooliin.

Muilta osin luku on erinomaisen kattava ja huolellisesti laadittu.

Kehittämisehdotukset

Pitkäaikaisesti kuntoutusta tarvitsevien kuntoutusta suositellaan tarkastelemaan uudelleen huomioimalla kuntoutuksen merkityksellisyys ja pitkien prosessien erityisvaatimukset.

Kuntoutuksen asemaan ja toteutumiseen asumispalveluiden yhteydessä toivotaan kiinnitettäväksi painavammin huomiota.

Yksityiskohtaiset huomiot

Luku 9.3.2

Luvun kolmannen kappaleen ensimmäinen lause suositellaan muutettavaksi seuraavasti: "Ikääntyvän fyysistä toimintakykyä voidaan kohentaa ja kaatumisriskiä pienentää sote-ammattilaisten, liikunnan ammattilaisten ja koulutettujen vertaisohjaajien yhteistyöllä. Vaikuttavia keinoja ovat esimerkiksi nousujohteinen voimaharjoittelu, aerobinen harjoittelu tai näiden yhdistelmä, ohjattu ryhmäliikunta, vuorovaikutteinen etäliikunta sekä kivun kuntoutus. Fyysisen toimintakyvyn, kognition tai muistin heikentyessä tai mielialan alentuessa ikääntyneelle henkilölle on järjestettävä tarpeelliseksi katsottu kuntoutuspalvelu, kuntoutuksen tukipalvelut ja apuvälineet sekä riittävä ja oikeanlainen tuki omaehtoisen terveysliikunnan mahdollistumiseksi."

Luku 9.3.3.

Suosittellemme poistamaan ensimmäisen kappaleen viimeisen lauseen.

Saman luvun taulukon 2 kysymykset ovat osin johdattelevia ja terveysnäkökulmaan keskittyviä. Suosittelemme harkitsemaan kysymysten muotoilua uudelleen. Esimerkiksi ”Tarvitsetteko heikentyneen toimintakykynne vuoksi apua arkipäivän askareissa?” ☐ ”Tarvitsetteko apua arkipäivän askareissa? Jos kyllä, mistä arvelette avuntarpeen johtuvan, minkälaisesta avusta koette hyötyvänne ja missä toimissa tarvitsette apua?”.

Luku 9.3.5.

Luvussa olevaan taulukkoon neljä suositellaan lisättäväksi etenevät neurologiset sairaudet, kuten Parkinsonin tauti, motoneuronisairaudet ja neuropatiat. Lisäksi suositellaan erikseen huomioimaan omana ryhmänään jo työikäisenä kuntoutusta tarvitsevat Kelan vaativan lääkinnällisen kuntoutuksen asiakkaat sekä sellaiset neurologisen sairauden tai vaurion jälkitilat, jotka voivat ikääntymisen seurauksena aiheuttaa kuntoutustarpeen (esimerkiksi epilepsia tai traumaattinen aivovamma).

Luku 9.3.5.2

Luvussa on asiavirheitä, jotka on välttämätöntä korjata ikääntyneiden vammaisten henkilöiden aseman turvaamiseksi. Luvussa jää huomioimatta kuntoutuksen merkityksellisyys vammaiselle henkilölle.

Koko elämänsä ajan kuntoutuspalveluiden piirissä olevan henkilön tarvetta kuntoutukselle ei ole tarkoituksenmukaista uudelleenarvioida 65 ikävuoden kohdalla. Elämänaikainen kuntoutus muodostuu vammaisella henkilöllä vuosien aikana toimintakykyä, osallisuutta ja elämänlaatua tukevaksi kokonaisuudeksi. Luvun 9.3.5.2 toisessa kappaleessa esitetty huomautus ”Ei ole kuitenkaan tarkoituksenmukaista eikä kannustavaa, jos kuntoutus jatkuu pitkiä ajanjaksoja samanlaisena.” tulee poistaa tai muuttaa väärinymmärrysten ehkäisemiseksi.

Ikääntyneellä vammaisella henkilöllä on kuntoutusprosessissa nimenomaan vuosien saatossa hioutuneet ne tarpeelliset ja toistuvat kuntoutustoimet, joista kuntoutuja hyötyy ja joiden avulla hän saavuttaa tavoitteensa. Monissa etenevissä sairauksissa tai pysyvissä vamman jälkitiloissa muodostuu säännöllinen tarve esimerkiksi ylläpitävälle terapeuttiselle harjoittelulle, jonka toteutukseen tarvitaan toimintarajoitteiden vuoksi terapeutin apua. Kuntoutuksen on tällöin tarkoituksenmukaista toistua säännöllisenä ja saman kaltaisena ja suurin haitta syntyy nimenomaan säännöllisyyden rikkoutumisesta.

Luvussa 9.3.5.2 tulee huolellisemmin kuvata sellaisia tekijöitä, jotka aiheuttavat pysyvän, loppuelämän mittaisen ja säännöllisyyttä vaativan kuntoutustarpeen. Tämän kaltaisia tilanteita

syntyy esimerkiksi vaikeasti spastisilla MS- tai AVH-kuntoutujilla, motoneuronitauteja (ALS) sairastavilla, ikääntyvillä CP-vammaisilla tai pitkälle edennyttä Parkinsonin tautia sairastavilla.

Luvussa suositellaan pohdittavaksi lääkinnällisen kuntoutuksen roolia ja asemaa tertiääripreventiossa. Lisäksi tulee huomioida, että vuosien, vuosikymmenten tai koko elämänsä kuntoutuspalveluiden piirissä olevalta henkilöltä ei voida ikääntyessä lakkauttaa kuntoutuspalveluita aiheuttamatta kuntoutujalle merkittävää negatiivista elämänmuutosta. Tasavertaisuuden periaatteen mukaisesti ikääntyneen kuntoutujan kuntoutustarvetta on arvioitava samoin perustein kuin muidenkin ikäluokkien: yksilöllisen tarpeen perusteella.

Kpl 10.1 - Kuulon kuntoutus

Ei huomautettavaa.

Kpl 10.2 - Näönkuntoutus

Ei huomautettavaa.

Kpl 12 - Neuropsykiatristen häiriöiden tukitoimet ja kuntoutus

Ei huomautettavaa.

Kpl 13 - Lääkinnällisen kuntoutuksen terapiat

Yleiset huomiot

Luvussa on tarpeen täsmentää kuntoutuksen käsitteiden käyttöä sekaannusten välttämiseksi. Fysioterapian osalta luvussa tulisi selkeämmin tunnistaa ammattiin kuuluva manuaalinen terapia, jota ei voi verrata luvun 14 passiivisiin (uskomus)hoitoihin. Manuaalinen terapia on osa fysioterapiaa ja sitä tulee voida hyödyntää fysioterapiassa tarvittaessa.

Luvussa voitaisiin täsmentää terapioiden, terveyden edistämisen palveluiden sekä sekundaari- ja tertiääriprevention keskinäistä suhdetta. Lisäksi olisi tarpeen määritellä, millainen jatkoseuranta ja yhteydenottomahdollisuus asiakkaille on kuntoutuksen ammattilaiseen kuntoutusjakson päätyttyä. Luvussa tulisi vahvemmin tunnistaa kuntoutusta tukevien palveluiden järjestäminen.

Kehittämisehdotukset

Käsitteiden täsmentäminen kuntoutukseen sopiviksi.

Terveyden edistämisen, kuntoutuksen ja sekundaari- ja tertiääriprevention rajapintojen selkeyttäminen sekä kuntoutusta tukevien palveluiden vahvempi tunnistaminen.

Luku 13.1.

Kappaleessa kolme puhutaan ”toimintakykyä tukevista ja hoitoon liittyvistä” terapioidista ja esimerkkinä mainitaan lymfaterapia ja ravitsemusterapia. Käsite ”toimintakykyä tukevista ja hoitoon liittyvä” tulisi miettiä uudelleen, jos on tarpeen tehdä selkeä erotus muista lääkinällisen kuntoutuksen terapioidista. Selkeintä olisi puhua esimerkiksi ”muu kuin lääkinällisen kuntoutuksen terapia”. Manuaalisista hoidoista ei tulisi puhua lainkaan, koska kuntoutuksessa ei tehdä hoitotoimenpiteitä. Kuntoutukseen liittyy manuaalinen terapia, joka on käsitteenä määritelty esimerkiksi fysioterapianimikkeistössä.

Luku 13.2.

Kappaleessa viisi suositellaan muuttamaan ensimmäisen lauseen kohta ”itsenäistä tai avustettua harjoittelua” muotoon ”(itsenäistä tai ohjattua) terapeutista harjoittelua. Terapeuttinen harjoittelu voidaan määritellä esimerkiksi seuraavasti:

Terapeuttinen harjoittelu on systemaattista ja suunnitelmallista liikkeiden, asentojen ja aktiviteettien suorittamista, joka tähtää a) toimintakyvyn parantamiseen, b) kehon toimintahäiriöiden vähentämiseen tai ehkäisyyn, c) yleisen terveydentilan optimointiin ja d) fyysisen kunnon ja hyvinvoinnin parantamiseen. Terapeuttinen harjoittelu voi sisältää aerobista kestävyyskuntoa kohottavaa harjoittelua, liikkuvuusharjoittelua, voimaharjoittelua, liikekontrollin harjoittelua, hengitysharjoittelua, koordinaatioharjoittelua, motorisen kehityksen vaiheita tukevaa harjoittelua, lihasten venyvyyden kohdistuvaa harjoittelua, motorisen kontrollin harjoittelua tai uudelleenharjoittelua sekä aistitoimintojen hyödyntämistä tehostavaa harjoittelua. (APTA 2014).

Luku 13.3.

Fysioterapian määritelmätekstiä suositellaan muutettavaksi seuraavasti (kielenhuoltoa):

Fysioterapia on ammattiala, jonka erityisosaamisalueita ovat liikkuminen, toimintakyky ja terveyden edistäminen. Keskeisiä fysioterapian menetelmiä ovat terveyttä ja toimintakykyä edistävä ohjaus ja neuvonta, terapeuttinen harjoittelu, manuaalinen terapia sekä apuvälinepalvelut. Fysioterapia tarjoaa ennaltaehkäiseviä ja kuntouttavia palveluita sekä yksilöllisesti että ryhmämuotoisesti, joko vastaanotolla, etäkuntoutuksena tai kotikuntoutuksena. Ennaltaehkäisevillä palveluilla voidaan mm. vähentää kansantauteihin sairastumista tai ikääntymisen aiheuttamia toimintarajoitteita sekä ehkäistä vammoja ja tapaturmia. Kuntouttavilla palveluilla voidaan parantaa tai ylläpitää vamman, kivun, sairauden, toimintahäiriön tai ympäristötekijöiden vuoksi alentunutta toimintakykyä. Fysioterapia edistää kaiken ikäisten kansalaisten aktiivista osallistumista heille merkityksellisiin arjen ja yhteiskunnan toimiin.

Kappaleessa kaksi kehoitetaan lisäämään esimerkeiksi myös tuki- ja liikuntaelinvaiva ja ikääntyneen alentunut toimintakyky.

Kappaleessa neljä suositellaan muuttamaan ensimmäinen lause seuraavasti: ”Lääkinnällisen kuntoutuksen fysioterapia sisältää pääasiallisesti ohjausta ja neuvontaa sekä terapeuttista harjoittelua. Muita terapiamenetelmiä käytetään tarvittaessa. Fysioterapiassa terapeuttiseen harjoitteluun kuuluu asiakkaan manuaalinen/kinesteettinen, verbaalinen ja visuaalinen ohjaus. Asiakkaan terapeuttisen harjoittelun ohjaaminen etäkuntoutuksena on mahdollista silloin, kun asiakas hyötyy visuaalisesta tai verbaalisesta ohjauksesta eikä manuaaliselle/kinesteettiselle ohjaukselle ole tarvetta”.

Saman kappaleen loppuun ehdotetaan lisättäväksi selkeyden vuoksi lause ”Asiakkaan tarvitsemat apuvälinepalvelut voivat toteutua osana lääkinnällisen kuntoutuksen fysioterapiaa, tai erillisessä apuvälineyksikössä.”

Luku 13.3.2.

Viimeisessä kappaleessa suositellaan lisättäväksi näkökulma tuen ja ohjauksen yksilöllisestä tarpeesta. Työikäinen ei välttämättä pysty toimintakyvyn muutoksen kannalta tarpeelliseen elämänmuutokseen ilman riittävää tukea, ohjausta ja neuvontaa. Kuntoutus ei myöskään ole pelkkää harjoittelua.

Kappaletta voisi täydentää esimerkiksi seuraavasti:

”Ohjaamisen määrä ja toteutustapa (esimerkiksi etäkuntoutus) tulee sovittaa asiakkaan yksilölliseen tarpeeseen. Asiakkaalla tulee aina olla taho, johon olla kuntoutusjakson jälkeen yhteydessä, mikäli lisäohjaukselle on tarvetta.”

Oppaassa voitaisiin ottaa kantaa siihen, miten jatkoseuranta käytännössä järjestetään: kuinka pitkään ”vanha asiakas” voi vielä olla yhteydessä suoraan kuntoutusalan asiantuntijaan, ja missä vaiheessa yhteydenoton tulee tapahtua esim. kuntoutusohjaajan kautta tai aloittamalla uusi kuntoutusprosessi?

Käytännöt ovat tällä hetkellä kentällä hyvin vaihtelevia ja se on johtanut siihen, että kuntoutujien palveluiden pariin ”uudelleenpääsy” on toisaalta eriarvoista ja toisaalta osin liian vaikeaa ja hidasta.

Oppaassa voitaisiin esimerkiksi linjata, että kuntoutujalla tulee olla kuntoutusjakson päättymisen jälkeen kolmen kuukauden ajan mahdollisuus olla suoraan yhteydessä hänen kuntoutuksestaan vastanneeseen ammattilaiseen. Kolmen kuukauden jälkeen asiakkaalle avataan tarvittaessa uusi hoitoprosessi.

Luku 13.3.3

Ensimmäistä kappaletta ehdotetaan täydennettäväksi seuraavasti:

”Ikääntyneiden fysioterapian tavoitteena on toimintakyvyn ja siten arjessa suoriutumisen tukeminen, osallisuuden mahdollistaminen ja vammojen ja tapaturmien ehkäiseminen.”

Saman luvun toisen kappaleen toista lausetta ehdotetaan täydennettäväksi seuraavasi:

”Ikääntyneen fysioterapiassa korostuvat lihaskunnon, tasapainon, luuston terveyden ja aerobisen kunnon tukeminen sekä niiden kompensaation keinot (esim. apuvälineet).”

Toisen kappaleen viimeistä lausetta suositellaan täydennettäväksi seuraavasti:

”Ks. Fysioterapiasuositukset: Kaatumien ja kaatumisen ehkäisyn fysioterapiasuositus ja Sepelvaltimotautipotilaan liikunnallinen kuntoutus.”

Perustelut

Ikääntyneiden kaatumisten ja kaatumisvammojen ehkäisyssä on keskeistä olla varhain liikkeellä. Kaatumiset ja kaatumisvammat ovat ikääntyneiden toimintakyvyn suurimpia uhkia. Fysioterapiassa on tärkeää huomioida lihasvoiman ja tasapainon ohella myös aerobinen kunto sekä luuston terveys. Aerobisella kunnolla on keskeinen merkitys esimerkiksi sydän- ja verisuonisairauksien ja syövän hoidossa, kuntoutuksessa ja ehkäisyssä. Luuston terveys puolestaan vaatii spesifiä harjoittelua.

13.3.4 Fysioterapeutin suoravastaanotto

Luvun alkuun ehdotetaan määritelmää siitä mitä fysioterapeutin suoravastaanotto on ja mitkä ovat sen tavoitteet seuraavasti:

Fysioterapeutin suoravastaanotto tarkoittaa, että potilas voi tulla suoraan fysioterapeutin vastaanotolle lääkärin käynnin sijaan. Fysioterapeutti tekee potilaan hoidontarpeen arvion ja jatkotoimenpidesuunnitelman. Suoravastaanottotoiminnan tavoitteena on potilaan hyvä kliininen tutkiminen, informointi ja ohjaus lääkkeettömään kivun hoitoon, omatoimiseen harjoitteluun sekä käsikaupasta saatavien kipulääkkeiden käyttöön.

Tavoitteena on myös nopea kuntoutustoimenpiteiden käynnistäminen toiminta- ja työkyvyn palauttamiseksi, tukien ja muiden apuvälineiden sekä sairauspoissaolotarpeen, lääkärin vastaanoton ja muun jatkotutkimustarpeen arvio.

Kahta viimeistä työfysioterapeuttien suoravastaanottotoimintaa koskevaa kappaletta ehdotetaan muutettavaksi seuraavasti:

”Työterveyshuollossa suoravastaanottoa voi toteuttaa TULE-suoravastaanottokoulutussuosituksen mukaisen lisäkoulutuksen saanut työfysioterapeutti. KELA korvaa ko. käynnit osana ehkäisevää työterveyshuoltoa ja siihen liittyvää sairaanhoitoa.”

Perustelut

Alkuun on hyvä lisätä määritelmä ja tavoitteet, jotta suoravastaanoton sisältö ja tarkoitus selvenee lukijalle. Suoravastaanottoimintaan viitataan useassa kohdassa muualla oppaassa.

Työterveyshuoltoon liittyvät luonnoksessa olevat lauseet voidaan tulkita väärin, joten ne tulee muuttaa vastaamaan nykyistä lainsäädäntöä. Työfysioterapeutin asema työterveyshuollossa on muuttunut asiantuntijasta ammattihenkilöksi, jolloin kaikki työterveyshuollon asiakkaat voivat hakeutua työfysioterapeutille ilman lähetettä.

Kpl 14 - Toimintakykyä tukevat hoidot

Yleiset huomiot

Luvun otsikko kuvaa sisältöä huonosti. Vaikka kuntoutuksen ja hoitotoimenpiteiden välille ei aina voida vetää selkeää rajaa, kuuluvat lähes kaikki luvussa esitetyt terapiat osaksi kuntoutusta. Sote-alalla on edelleen mittavia ongelmia kuntoutuksen toteutumisessa, koska kuntoutusalan asiantuntijoiden työpanosta kulutetaan hoitotyöhön. Oppaassa tulisi tämän ilmiön kitkemiseksi käyttää hyvin tarkasti kuntoutusalan käsitteitä ja olla tarpeettomasti sekoittamatta selkeitä kuntoutustoimenpiteitä hoitotoimenpiteisiin. Sanalla hoito on myös passiivinen kaiku ja hoitotoimenpiteistä puhuminen on ristiriidassa kuntoutuksen määritelmien kanssa.

Kuntoutusta tukevia hoitotoimenpiteitä on paljon ja luvussa käsitellään näistä ainoastaan jalkahoitoa (muu sisältö on terapioiden esittelyä). Lääkinnällisen kuntoutuksen oppaassa ei ole nähdäksemme tarkoituksenmukaista kuvata kuntoutusta tukevia hoitoja, vaan keskittyä kuntoutuspalveluihin ja niiden perusteisiin.

Lantionpohjan toiminnallisten häiriöiden sijaan tulisi puhua lantionpohjan toimintahäiriöistä. Käsite toiminnallinen häiriö viittaa ylikorostuneisiin kehon fysiologisiin kuormitusvasteisiin. Lantionpohjan toimintahäiriöissä on kyse erilaisesta ongelmasta ja käsitteen ”toiminnallinen häiriö” käyttö voi luoda väärän mielikuvan ongelman syystä.

Kehittämisehdotukset

Ehdotamme luvun otsikoksi ”Muut kuntoutusta tukevat terapiat”.

Ehdotamme jalkahoidon poistamista luvusta.

Yksityiskohtaiset huomiot

Johdanto

Johdantoluvun ensimmäinen kappale suositellaan poistettavaksi. Luvussa esitetyt terapiat eivät ole hoitoa, vaan terveydenhuoltolain 29 § 1. mom. 4-kohdan mukaisia toimintakyvyn parantamiseen ja ylläpitämiseen tähtääviä terapioita sekä muita tarvittavia kuntoutumista edistäviä toimenpiteitä.

Johdantoluvun toisen kappaleen ensimmäinen lause suositellaan muutettavaksi seuraavasti:

”Tässä luvussa mainitut terapiamuodot kuuluvat usein lääketieteelliseen hoitokokonaisuuteen, kuten syövän tai diabeteksen hoitoprosessiin. Luvussa mainitut terapiat voivat kuitenkin olla myös osa asiakkaan kuntoutussuunnitelmaa silloin, kun niille on perusteltu tarve osana kuntoutuskokonaisuutta.”

Luku 14.1

Luvussa tulisi ottaa selkeämmin kantaa siihen, mikä on jalkaterapian rooli suhteessa fysioterapiaan. Fysioterapeutti on liikkumisen vahvin asiantuntija terveydenhuollossa ja tarkastelee asiakasta biopsykososiaalisena kokonaisuutena. Biomekaniikkaan perustuva tuki- ja liikuntaelinvaivojen kuntoutus on lukuisissa tutkimuksissa osoitettu perusteiltaan puutteelliseksi ja sen on havaittu lisäävän asiakkaiden negatiivisia uskomuksia ja kokemuksia omasta kehostaan. Suurin osa kehon ”virheasentojen” ja tule-vaivojen oletetuista yhteyksistä on osoittautunut tutkimuksissa vääräksi. Tarkemmin asiasta luvun 15 palautteessamme.

Luvussa mainitut asiakasryhmät kuuluvat fysioterapeutin osaamisalueelle. Luvusta ei löydy perusteita sille, mitä lisäarvoa jalkaterapia tuo terveydenhuoltoon ja millä sektorilla sitä tulisi järjestää.

Luku 14.1.

Luvussa jää kuvaamatta lymfaattisen turvotuksen (lymfaödeeman) krooninen luonne. Lymfaterapian tarve on tietyissä sairauksissa elinikäinen. Luvussa tulisi myös huomioida tarkemmin lymfaterapian oikea-aikaisuuden merkitys. Jos lymfaödeema pääsee kroonistumaan, ajaututaan kalliisiin plastiikkakirurgisiin toimenpiteisiin (rasvaimu) sekä pahimmillaan mittaviin infektiokierteisiin. Oikea-aikaisella ja pitkäjänteisellä lymfaterapialla voidaan ehkäistä erittäin kallista kroonisen imunestekierto-häiriön seurausta. Lymfaterapia on luonteeltaan tertiäripreventiivinen.

Lymfaterapian saatavuuskriteereihin tulisi lisätä vaikea-asteinen krooninen kipuoireyhtymä (CRPS). Lymfaterapialla on kliinisen kokemuksen perusteella ollut positiivinen vaikutus vaikeiden kipuoireyhtymien kuntoutuksessa ja esimerkiksi CRPS-asiakkaat ovat hyötäneet matalapaineisista kompressiotuotteista. Ongelmaksi on muodostunut se, että lymfaterapian saatavuuskriteerit eivät ole aina mahdollistaneet terapian järjestämistä kipupotilaille, eikä heille ole hankittu myöskään kompressiotuotteita.

Suosittellemme täydentämään lymfaterapian saatavuuskriteeristöä vaikeiden kipuoireyhtymien osalta.

Luku 14.2.

Ei huomautettavaa

Luku 14.3.

Luvussa olisi tärkeää konkreettisemmin kuvata niitä keinoja, joilla seksuaalisuuden puheeksi ottaminen eri kuntoutusmuodoissa toteutetaan. Esimerkiksi WHODAS -tyyppisissä geneerisissä toimintakykymittareissa seksuaalitoiminnot on huomioitu ja niiden kautta puheeksi ottaminen on luontevaa.

Luvussa tulisi lisäksi konkreettisemmin kuvata seksuaalineuvontaan ja terapiaan ohjaamisen käytännöt. Asian puheeksi ottaminen ei ole kuntoutujille helppoa ja kuntoutuspolun tulisi olla asiakkaille mahdollisimman helppo. Ehdotamme, että lukuun lisätään konkreettisia ohjeita asiakkaan ohjaamiseksi seksuaalineuvojalle. Seksuaalineuvontaan pääsy ilman lähetettä on erittäin tärkeää. (Lähtökohtia hoito/kuntoutusratkaisun perusteiksi -luvun toisessa kappaleessa on tämän osalta asiavirhe).

Kannatamme ajatusta siitä, että seksuaalineuvoja voi laatia lähetteen seksuaaliterapiaan.

Luku 14.4.

Ehdotamme luvun otsikon muuttamista muotoon lantionpohjan toimintahäiriöiden kuntoutus.

Ehdotamme luvun ensimmäisen kappaleen määrittelyä täydennettäväksi virtsarakon laskeutuminen.

Ehdotamme luvun toisessa kappaleessa mainittuihin lantionpohjan oireisiin täydennystä: ”(rakko, suoli, genitaalialueet tai vatsa)”

Ehdotamme luvun kolmanteen lukuun täsmennystä konservatiivisen hoidon määrittelyyn: ”(esim. elämäntapaohjaus, ruokavalio, suolen toimintaa säätelevät valmisteet, ohjattu lantionpohjan lihasten motorinen harjoittelu, ...)

Luvun ”Lantionpohjan fysioterapia” viimeinen lause ehdotetaan muutettavaksi seuraavasti: ”tyypillisiä elämänlaatua ja toimintakykyä heikentäviä lantionpohjan toimintahäiriöitä ovat esimerkiksi...”

Luvun ”Uroterapia” toisen kappaleen ensimmäistä lausetta ehdotetaan täsmennettäväksi: ”Erikoissairaanhoidossa uroterapia liittyy pääasiassa virtsaamiseen liittyvien toimintahäiriöiden tutkimiseen ja kuntoutukseen.” Luvussa kehoitetaan huomioimaan, että uroterapeutin asiakaskunta kattaa muitakin asiakasryhmiä kuin syöpäpotilaat. Uroterapeutin työnkuvaan kuuluvat mm. urodynaamiset mittaukset ja oman vastaanoton pitäminen.

Luvun ”Uroterapia” kolmannessa kappaleessa kehoitetaan kiinnittämään huomiota siihen, että seksuaalineuvontaa voi antaa vain seksuaalineuvoja. Kaikilla uroterapeuteilla ei ole seksuaalineuvojan koulutusta. Luvun viimeinen lause kehoitetaan muutettavaksi seuraavasti: ”Seksuaaliterveyden puheeksi ottaminen on kiinteä osa uroterapeutin työtä.”

Lukuun ”uroterapia”- ”lähtökohtia hoito/kuntoutusratkaisun perusteiksi” suositellaan käytettäväksi käsitettä ”kuntoutussuunnitelma” käsitteen ”hoitosuunnitelma” sijaan.

Kpl 15 - Manuaaliset hoidot

Yleiset huomiot

Luku sisällöltään suppea ja sisältään lukuisia asiavirheitä. Luvusta puuttuvat kaikki kirjallisuusviitteet. Lukuun tulisi lisätä manuaalisen terapian määritelmä ja selkeyttää ero manuaalisen terapian ja passiivisten manuaalisten hoitojen välillä.

Koko luku tulisi kirjoittaa uudestaan korostaen näkökulmaa manuaalisen terapian ja manuaalisten hoitojen narratiiveista, niiden hyödyistä ja haitoista sekä tutkimustiedon kautta kumotuista vanhoista uskomuksista.

Luvussa menevät sekaisin manuaalista terapiaa harjoittavat ammatit sekä eri ammattien sisällä käytettävät tekniikat. Keskeistä eroa, eli tekniikoiden narratiiveja, näyttöön perustuvan terveydenhuollon ja uskomushoidon välillä ei käsitellä juuri lainkaan.

Luvussa syntyy virheellisiä käsityksiä etenkin manipulaation vaikuttavuudesta. Luvussa ei ole lainkaan tarkasteltu esiteltyjen ammattien paradigmoja ja tieteellistä taustaa. Suurin osa luvussa mainituista ammanteista perustuu muuhun kuin tieteeseen. Biomekaniikkaan, anatomiaan ja fysiologiaan perustuvat tekniikat on lisäksi lähes poikkeuksetta osoittautuneet tutkimuksissa virheellisiksi ja jopa asiakkaille haitallisiksi.

Viittaukset manuaaliterapeuttien suoravastaanotoista ovat tarpeettomia. Suomessa tuki- ja liikuntaelinvaiat kuuluvat fysioterapeutin suoravastaanotolle. Passiivisiin hoitoihin perustuvilla manuaaliterapia-ammanteilla ei ole tarkoituksenmukaista roolia julkisessa terveydenhuollossa.

Luvun 15.2. yhteenveto manuaalisen terapian vaikuttavuudesta on riittämätön ja sisältää runsaasti asiavirheitä. Luvusta puuttuvat kirjallisuusviitteet, jotka ovat välttämättömiä vaikuttavuudesta keskusteltaessa. Luvun johtopäätökset ovat virheellisiä ja perustuvat vanhentuneisiin ja pääosin kumottuihin käsityksiin manuaalisen terapian vaikutusmekanismeista.

Luvussa ei ole käsitelty lainkaan akupunktiota. Vaikka akupunktio ei ole manuaalinen hoito, tulisi sen asema terveydenhuollossa kuvata, koska se liittyy usein kuntoutusprosessiin.

Luku ”manuaalisten hoitojen asema terveydenhuollossa” antaa väärän käsityksen luvussa kuvattujen ammattien asemasta ja manuaalisen terapian roolista julkisessa terveydenhuollossa.

Manuaalinen terapia voi olla tarpeen monenlaisissa kuntoutusprosesseissa, ei pelkästään tuki- ja liikuntaelinvaikeuksien kuntoutuksessa. Manuaalista terapiaa voidaan hyödyntää osana fysioterapiaa, jos asiakkaalla on esimerkiksi keskushermostovaurion aiheuttama hypertonia tai spastisuus, syövän hoidon seurauksena syntyneitä lymfastrangeja, lymfajärjestelmän toimintahäiriöiden aiheuttamaa turvotusta tai leikkaushoidon jälkeistä arpikudoksen ongelmatiikkaa. Manuaalista terapiaa voidaan luonnollisesti hyödyntää myös nivelten ja pehmytkudosten liikerajoitteiden helpottamisessa.

Terveydenhuollossa tarvittava manuaalisen terapian tarve katetaan fysioterapialla. Terveydenhuollossa ei ole tarvetta luvussa mainituille muille manuaalisia hoitoja tarjoaville ammanteille, eikä terveydenhuollossa ole tarkoituksenmukaista ohjata asiakkaita näihin hoitoihin.

Luvussa kuvattujen ammattien ja lyhyempien koulutuskokonaisuuksien teoreettinen perusta ei ole näyttöön perustuvassa terveystieteessä, vaan vanhentuneissa teorioissa ja hypoteeseissa, jotka on pääosin osoitettu vääriksi. Manuaalisen hoidon tarjoaminen virheellisillä narratiiveilla on omiaan

heikentämään muun kuntoutuksen tuloksellisuutta, koska toiminta vahvistaa asiakkaan negatiivisia uskomuksia oman kehonsa ”viallisuudesta”. Pahimmillaan manuaalisia hoitoja tarjoavat kumoavat terveydenhuollon ammattilaisten ohjeita ja neuvoja.

Yksityiskohtaiset huomiot

Ehdotamme koko luvun kirjoittamista uudelleen. Ohessa liitteenä Suomen Fysioterapeutit ry:n ehdotus luvun sisällöksi.

Manuaaliset hoidot

Kehon manuaalista käsittelyä on harjoitettu pitkään ja ilmiö on tunnistettavissa lähes kaikissa kulttuureissa. Erilaisia manuaalisia tekniikoita harjoitetaan monissa vakiintuneissa nimikesuojatuissa terveydenhuollon ammateissa, kuten kiropraktiikka, osteopatia, naprapatia ja koulutettu hieroja. Edellä mainittujen lisäksi manuaalisia tekniikoita käytetään kansan keskuudessa monissa vaihtoehtohoidoissa.

Manuaalinen terapia eroaa manuaalisesta hoidosta siten, että sitä toteuttavat fysioterapeutit, jotka ovat terveydenhuollon laillistettuja ammattihenkilöitä. Manuaalinen terapia voi olla osa fysioterapiakokonaisuutta. Fysioterapian sisältöä on kuvattu tarkemmin luvussa 13. Fysioterapiaan eivät kuulu manuaaliset hoidot.

Erilaisten manuaalisten tekniikoiden kirjo on laaja ja niiden taustalla vaikuttavat narratiivit perustuvat tyypillisesti anatomian ja fysiologian kautta tehtyyn deduktiiviseen päättelyyn. Tämä selittyy osin manuaalisten tekniikoiden pitkällä historialla, mutta myös sillä, että taustalla on tyypillisesti yhden henkilön luoma teoria ja siitä johdettu hoitomuoto. Esimerkiksi Osteopatian on kehittänyt Andrew Taylor Still, kiropraktiikan Daniel David Palmer ja naprapatian Oakley Smith.

Osa narratiiveista noudattaa länsimaisen lääketieteen näkemystä ihmisen anatomiasta ja fysiologiasta, osa taas kuuluu vaihtoehtoisten hoitojen piiriin. Toisin kuin länsimainen lääke- ja terveystiede, kaikki manuaalisia hoitoja tarjoavat alat eivät ole varmentaneet alansa paradigmoja tieteellisellä tutkimuksella. Aloille on sen sijaan kehittynyt uusia deduktiiviseen päättelyyn perustuvia teorioita kehon toimintahäiriöistä. Teoriat ovat usein ristiriidassa lääke- ja terveystieteellisen tutkimuksen kanssa.

Terveystieteellinen perustutkimus on osoittanut monien manuaalisen terapian narratiivien olevan virheellisiä. Esimerkiksi ajatus selkärangan toimintahäiriöstä tai virheasennosta kipujen tai sairauksien perusteella on kumottu useissa tutkimuksissa (1,2,3,4).

Toisaalta manuaalisella terapialla on useissa vaikuttavuustutkimuksissa osoitettu olevan positiivinen vaikutus kipuun. Usein vaikutus on kuitenkin lyhytaikainen.

Käsitteet ja määritelmät

Eri ammattikunnat käyttävät samoja manuaalisia tekniikoita, joskin suoritustavoissa voi olla enemmän tai vähemmän eroja sekä eri ammattikuntien välillä että saman ammattikunnan sisällä. Merkittävin ero tekniikoiden käytössä on eri ammattikuntien narratiivi tekniikan vaikuttavuuden taustalla. Alla olevat manuaalisen terapian määritelmät koskevat fysioterapiassa harjoitettavaa manuaalista terapiaa. Saman nimisillä tekniikoilla voi manuaalista hoitoa harjoittavissa ammattiteissa olla erilainen, joskin harvemmin tarkemmin määritelty, merkitys.

Manuaalinen terapia

Manuaalinen terapia on fysioterapian muoto, jossa käytetään manuaalisia menetelmiä asiakkaan fyysisen suorituskyvyn sekä hermo-, lihas- ja niveltoimintojen tutkimisessa, tuki- ja liikuntaelimestön toimintarajoitteiden poistamisessa sekä ennaltaehkäisyssä. Tavoitteena on asiakkaan fyysisen toimintakyvyn, hermo-, lihas- ja nivelrakenteiden toiminnan parantuminen ja toimintahäiriöiden ehkäiseminen. Manuaalisia menetelmiä ovat mm. selkärangan nikamien ja raajojen nivelten mobilisaatio ja manipulaatio, lihaskalvojen ja lihasten käsittely sekä neuraalikudoksen mobilisointi. (5).

Pehmytosakäsittely

Pehmytosakäsittely on manuaalisen terapian muoto, jossa tavoitteena on asiakkaan kudosten aineenvaihdunnan paraneminen. Pehmytkudosten manuaalinen käsittely sisältää lukuisia erilaisia tekniikoita. (6).

Nivelen mobilisointi

Nivelen mobilisointi on manuaalinen terapian muoto, jossa asiakkaan toimintakyvyn edellytyksiä lisätään nivelten liikelaajuuksia mobilisoimalla (5). Mobilisoinnilla tarkoitetaan terapeutin toteuttamaa passiivisten täsmäliikkeiden sarjaa, jotka toteutetaan vaihtelevalla nopeudella ja amplitudilla (6).

Nivelen manipulointi

Nivelen manipulointi on manuaalisen terapian muoto, jossa asiakkaan toimintakyvyn edellytyksiä lisätään liikuttamalla niveltä nopeasti lyhyellä liikeradalla, tavoitteena palauttaa nivelen liike normaaliksi ja lievittää kipua. (5).

Manuaalisen terapian ammatit

Manuaaliset käsittelyt kuuluvat useiden ammattien keinovalikoimaan. Julkisen terveydenhuollon ammasteista fysioterapeutit hyödyntävät manuaalista terapiaa osana muuta fysioterapiakokonaisuutta. Manuaaliset hoidot eivät kuulu fysioterapiaan.

Fysioterapia-alalla on runsaasti manuaalisen terapian lisä- ja täydennyskoulutuksia, joista laajin ja vakiintunein on Suomen Ortopedisen Manuaalisen Terapian yhdistyksen (SOMTY) järjestämä 3,5 vuoden mittainen OMT-fysioterapeutin koulutus.

Yksityisellä sektorilla toimivia manuaaliterapiaa harjoittavia nimikesuojattuja terveydenhuollon ammattihenkilöitä ovat osteopaatit, naprapaatit, koulutetut hierojat ja kiropraktikot. Osteopaatteja ja naprapaateja koulutetaan ammattikorkeakoulussa, hierojia opistoissa ja yksityisissä oppilaitoksissa ja kiropraktikkoja vain ulkomailla. Kiropraktikon laillistus vaatii neljän vuoden yhtäjaksoisen koulutuksen ja koulutetun hierojan laillistus aikuiskoulutuksesta annetun lain (631/1998) tarkoitetun näyttötutkinnon suorittamista.

Nimikesuojattujen terveydenhuollon ammattihenkilöiden lisäksi monet manuaalisia hoitoja sisältävät kansanparannuksen perinteet elävät edelleen mm. kansanopistojen kurssitarjonnassa. Esimerkiksi jäsenkorjaus, akupainanta, kraniosakraaliterapia, vyöhyketerapia ja erilaiset perinehoidot eivät vaadi terveydenhuollon pohjakoulutusta, eivätkä menetelmät useinkaan perustu länsimaiseen lääke- tai terveystieteeseen.

Julkisessa terveydenhuollossa harjoitettavan manuaalisen terapian tulee noudattaa länsimaisen terveys- ja lääketieteen periaatteita ja perustua ajankohtaiseen tutkimustietoon. Julkiseen terveydenhuoltoon eivät kuulu sellaiset manuaalista terapiaa harjoittavat ammatit, joiden narratiivit ovat länsimaisen terveys- ja lääketieteen käsitysten vastaisia ja/tai joista voi olla asiakkaille haittaa.

Manuaalisen terapian narratiivit

Manuaalisen terapian narratiivilla tarkoitetaan menetelmän oletettua fysiologista vaikutusmekanismia. Narratiivit vaihtelevat eri tekniikoiden välillä, ja saman menetelmän vaikutusmekanismista on erilaisia näkemyksiä sekä yhden ammattikunnan sisällä, että eri ammattikuntien välillä.

Kuten monissa lääketieteen hoitomuotojen narratiiveissa, myös manuaalisten hoitojen taustalla olevat narratiivit ovat osoittautuneet pääosin virheellisiksi. Manuaalisen palpaation tarkkuus ja täsmällisyys on paljon luultua heikompi (7,8,9) ja mobilisaatio- ja manipulaatiotekniikoiden vaikutus ulottuu kehossa laajemmalle kuin on ajateltu (10,11,12). Mobilisaatiota tai manipulaatiota ei tämän vuoksi ole mahdollista kohdistaa vain tiettyyn kehon rakenteeseen, kuten yksittäiseen rangon segmenttiin, eikä näiden tekniikoiden vaikuttavuus vaadi erityistä täsmällisyyttä.

Mobilisaatiotekniikoiden ei tarvitse myöskään noudattaa tarkkoja biomekaanisia sääntöjä vaikuttaakseen kipuun (13,14).

Pehmytkuduskäsittelyllä on todennäköisesti mahdollista parantaa kudoksen aineenvaihduntaa (15,16), mutta sillä ei voida muuttaa lihasten tai jännekudoksen pituutta (17,18,19,20) eikä ”vapauttaa” sidekudosta (21,22). Triggerpisteisiin perustuvia manuaalisia tekniikoita on useita, vaikka triggerpisteiden olemassaoloa ei ole pystytty vahvistamaan (23).

Joidenkin tekniikoiden taustalla olevat narratiivit ovat länsimaisen lääketieteen anatomian ja fysiologian käsitysten valossa ilmeisen virheellisiä. Esimerkiksi nikamien laittaminen paikoilleen, nivelten virheasentojen tai luksaatioiden korjaaminen tai likvorkiertoon vaikuttaminen eivät ole mahdollisia manuaalisilla tekniikoilla, eikä ole uskottavaa selittää systeemisiä sairauksia selkärangan asento- tai toimintavirheillä.

Manuaalisen terapian narratiiveista näkyy, osin jo niiden historiankin vuoksi, vahva mekanistinen ihmiskäsitys. Biomekaaninen käsitys tuki- ja liikuntaelimistön toimintahäiriöistä kivun taustalla ei ole kuitenkaan saanut tuekseen juurikaan tutkimustietoa. Sen sijaan kivun tutkimuksen tuoma uusi ymmärrys kivun kokemuksellisuudesta ja moniulotteisuudesta on muuttanut kivun hoitoa kohti biopsykososiaalista näkökulmaa.

Jotkin manuaalisen terapian narratiivit ovat uudistuneet tutkimustiedon lisääntyessä. Fysioterapiassa moderni ajatus manuaalisen terapian kipua lieventävän vaikutuksen mekanismista perustuu systeemiseen neurofysiologiseen vaikutusmekanismiin (24). Fysioterapiassa on myös tiedostettu, että manuaalista terapiaa sisältävässä kuntoutusjaksossa vaikutusta on myös prosessin muilla vaiheilla, erityisesti asiakkaan kuulemisella ja kohtaamisella, ei pelkästään manuaalisella käsittelyllä (25). Joillain aloilla suunta on päinvastainen ja esimerkiksi kiropraktikoiden ammattikunta väitti koronapandemian aikana kiropraktisen hoidon ehkäisevän koronavirustartuntoja (26).

Manuaalisen terapian narratiivin tulee luonnollisesti perustua tutkittuun tietoon, tai asiakkaalle on tehtävä selväksi, että menetelmän vaikutusmekanismia ei tunneta. Terveystieteiden ammattilaisten biomedikaalinen katsontapa voi olla asiakkaille myös haitallinen, koska se ohjaa kliinistä päättelyä ja asiakasohjausta epäedulliseen suuntaan, kuten tarpeettomaan kuormituksen ja liikkumisen vähentämiseen (27,28).

Manuaalisen terapian narratiiveilla voi olla myös negatiivinen vaikutus asiakkaan kehon kokemukseen. Ajatus esimerkiksi selkärangan virheasennosta voi johtaa liikkumisen, kuormituksen ja rasituksen pelkoon, joka heikentää kivusta kuntoutumisen ennustetta (29). Monet biomekaniikkaan tai kehon ”virheasentoihin” perustuvat selitykset kivulle voivat vahvistavat asiakkaan kokemusta oman kehon virheellisyydestä tai hauraudesta, joka voi heikentää asiakkaan itsepystyvyyttä ja mahdollisuuksia esimerkiksi omakuntoutuksen toteuttamiseen.

Manuaalinen terapia julkisessa terveydenhuollossa

Manuaalinen terapia on monissa tapauksissa tarpeen osana asiakkaan muuta kuntoutusta. Tuki- ja liikuntaelinvaivoissa manuaalisella terapialla voidaan vahvistaa asiakkaan itsepystyvyyden kokemusta ja helpottaa kipua siten, että asiakas pystyy aloittamaan esimerkiksi terapeuttisen harjoittelun tai omakuntoutuksen. Psykiatrisessa kuntoutuksessa manuaalisella terapialla voidaan mm. vahvistaa kehon kokemusta ja rauhoittaa fyysisiä tai psyykkisiä jännitystiloja. Muistisairaiden kuntoutuksessa voidaan helpottaa muistisairaahan ahdistusta, jännittyneisyyttä tai aggressiivisuutta, syövän hoidossa taas mm. lymfaattista turvotusta tai arpikudoksen kireyttä (mm. lymfastrangit). Neurologisessa kuntoutuksessa manuaalisella terapialla voidaan vaikuttaa esimerkiksi hypertonian ja sensoriikan häiriöiden aiheuttamiin liikkumisen ongelmiin.

Tarkoituksenmukainen manuaalinen terapia toteutuu pääsääntöisesti osana julkisen terveydenhuollon fysioterapiaa. Muut manuaalisia hoitoja tarjoavat alat eivät kuulu terveydenhuollon järjestämään lääkinälliseen kuntoutukseen. Asiakkaita ei tule ohjata sellaisiin manuaalisiin hoitoihin, jotka eivät perustu ajankohtaiseen terveys- tai lääketieteeseen ja joista voi olla asiakkaan omatoimisuudelle ja itsepystyvyydelle haittaa.

Lähteet

- (1) Mirtz TA, Morgan L, Wyatt LH, Greene L. An epidemiological examination of the subluxation construct using Hill's criteria of causation. *Chiropr Osteopat.* 2009 Dec 2;17:13. doi: 10.1186/1746-1340-17-13. PMID: 19954544; PMCID: PMC3238291.
- (2) Grob D, Frauenfelder H, Mannion AF. The association between cervical spine curvature and neck pain. *Eur Spine J.* 2007 May;16(5):669-78. doi: 10.1007/s00586-006-0254-1. Epub 2006 Nov 18. PMID: 17115202; PMCID: PMC2213543.
- (3) Damasceno GM, Ferreira AS, Nogueira LAC, Reis FJJ, Andrade ICS, Meziat-Filho N. Text neck and neck pain in 18-21-year-old young adults. *Eur Spine J.* 2018 Jun;27(6):1249-1254. doi: 10.1007/s00586-017-5444-5. Epub 2018 Jan 6. PMID: 29306972.
- (4) Widhe T. Spine: posture, mobility and pain. A longitudinal study from childhood to adolescence. *Eur Spine J.* 2001 Apr;10(2):118-23. doi: 10.1007/s005860000230. PMID: 11345632; PMCID: PMC3611484.
- (5) Fysioterapianimikkeistö 2018. Suomen Fysioterapeutit ry & Suomen Kuntaliitto ry.

(6) Physical Therapists and Direction Of Mobilization/Manipulation: An Educational Resource Paper. APTA 2013.

(7) Stolz M, von Piekartz H, Hall T, Schindler A, Ballenberger N. Evidence and recommendations for the use of segmental motion testing for patients with LBP - A systematic review. *Musculoskelet Sci Pract.* 2020 Feb;45:102076. doi: 10.1016/j.msksp.2019.102076. Epub 2019 Oct 31. PMID: 31733430.

(8) Nolet PS, Yu H, Côté P, Meyer AL, Kristman VL, Sutton D, Murnaghan K, Lemeunier N. Reliability and validity of manual palpation for the assessment of patients with low back pain: a systematic and critical review. *Chiropr Man Therap.* 2021 Aug 26;29(1):33. doi: 10.1186/s12998-021-00384-3. PMID: 34446040; PMCID: PMC8390263.

(9) Kawchuk GN, Miazga S, Pagé I, Swain M, De Carvalho D, Funabashi M, Breen A, Wong A. Clinicians' Ability to Detect a Palpable Difference in Spinal Stiffness Compared With a Mechanical Device. *J Manipulative Physiol Ther.* 2019 Feb;42(2):89-95. doi: 10.1016/j.jmpt.2019.02.002. Epub 2019 Apr 15. PMID: 31000343.

(10) Dunning J, Mourad F, Barbero M, Leoni D, Cescon C, Butts R. Bilateral and multiple cavitation sounds during upper cervical thrust manipulation. *BMC Musculoskelet Disord.* 2013 Jan 15;14:24. doi: 10.1186/1471-2474-14-24. PMID: 23320608; PMCID: PMC3565891.

(11) Ross JK, Bereznick DE, McGill SM. Determining cavitation location during lumbar and thoracic spinal manipulation: is spinal manipulation accurate and specific? *Spine (Phila Pa 1976).* 2004 Jul 1;29(13):1452-7. doi: 10.1097/01.brs.0000129024.95630.57. PMID: 15223938.

(12) Aquino RL, Caires PM, Furtado FC, Loureiro AV, Ferreira PH, Ferreira ML. Applying Joint Mobilization at Different Cervical Vertebral Levels does not Influence Immediate Pain Reduction in Patients with Chronic Neck Pain: A Randomized Clinical Trial. *J Man Manip Ther.* 2009;17(2):95-100. doi: 10.1179/106698109790824686. PMID: 20046551; PMCID: PMC2700500.

(13) Johnson AJ, Godges JJ, Zimmerman GJ, Ounanian LL. The effect of anterior versus posterior glide joint mobilization on external rotation range of motion in patients with shoulder adhesive capsulitis. *J Orthop Sports Phys Ther.* 2007 Mar;37(3):88-99. doi: 10.2519/jospt.2007.2307. PMID: 17416123.

(14) Sutlive TG, Mabry LM, Easterling EJ, Durbin JD, Hanson SL, Wainner RS, Childs JD. Comparison of short-term response to two spinal manipulation techniques for patients with low back pain in a military beneficiary population. *Mil Med.* 2009 Jul;174(7):750-6. doi: 10.7205/milmed-d-02-4908. PMID: 19685848.

- (15) Sefton JM, Yarar C, Berry JW, Pascoe DD. Therapeutic massage of the neck and shoulders produces changes in peripheral blood flow when assessed with dynamic infrared thermography. *J Altern Complement Med*. 2010 Jul;16(7):723-32. doi: 10.1089/acm.2009.0441. PMID: 20590481.
- (16) Portillo-Soto A, Eberman LE, Demchak TJ, Peebles C. Comparison of blood flow changes with soft tissue mobilization and massage therapy. *J Altern Complement Med*. 2014 Dec;20(12):932-6. doi: 10.1089/acm.2014.0160. PMID: 25420037.
- (17) Konrad A, Tilp M. Increased range of motion after static stretching is not due to changes in muscle and tendon structures. *Clin Biomech (Bristol, Avon)*. 2014 Jun;29(6):636-42. doi: 10.1016/j.clinbiomech.2014.04.013. Epub 2014 May 10. PMID: 24856792.
- (18) Konrad A, Tilp M. Effects of ballistic stretching training on the properties of human muscle and tendon structures. *J Appl Physiol (1985)*. 2014 Jul 1;117(1):29-35. doi: 10.1152/jappphysiol.00195.2014. Epub 2014 May 8. PMID: 24812641.
- (19) Freitas SR, Mendes B, Le Sant G, Andrade RJ, Nordez A, Milanovic Z. Can chronic stretching change the muscle-tendon mechanical properties? A review. *Scand J Med Sci Sports*. 2018 Mar;28(3):794-806. doi: 10.1111/sms.12957. Epub 2017 Oct 9. PMID: 28801950.
- (20) Harvey LA, Katalinic OM, Herbert RD, Moseley AM, Lannin NA, Schurr K. Stretch for the treatment and prevention of contractures. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017 Jan 9;1(1):CD007455. doi: 10.1002/14651858.CD007455.pub3. Epub ahead of print. PMID: 28146605; PMCID: PMC6464268.
- (21) Chaudhry H, Schleip R, Ji Z, Bukiet B, Maney M, Findley T. Three-dimensional mathematical model for deformation of human fasciae in manual therapy. *J Am Osteopath Assoc*. 2008 Aug;108(8):379-90. doi: 10.7556/jaoa.2008.108.8.379. PMID: 18723456.
- (22) Behm DG, Wilke J. Do Self-Myofascial Release Devices Release Myofascia? Rolling Mechanisms: A Narrative Review. *Sports Med*. 2019 Aug;49(8):1173-1181. doi: 10.1007/s40279-019-01149-y. PMID: 31256353.

- (23) Quintner JL, Bove GM, Cohen ML. A critical evaluation of the trigger point phenomenon. *Rheumatology (Oxford)*. 2015 Mar;54(3):392-9. doi: 10.1093/rheumatology/keu471. Epub 2014 Dec 3. PMID: 25477053.
- (24) Bialosky JE, Beneciuk JM, Bishop MD, Coronado RA, Penza CW, Simon CB, George SZ. Unraveling the Mechanisms of Manual Therapy: Modeling an Approach. *J Orthop Sports Phys Ther*. 2018 Jan;48(1):8-18. doi: 10.2519/jospt.2018.7476. Epub 2017 Oct 15. PMID: 29034802.
- (25) Menke JM. Do manual therapies help low back pain? A comparative effectiveness meta-analysis. *Spine (Phila Pa 1976)*. 2014 Apr 1;39(7):E463-72. doi: 10.1097/BRS.0000000000000230. PMID: 24480940.
- (26) Axén I, Bergström C, Bronson M, Côté P, Nim CG, Goncalves G, Hébert JJ, Hertel JA, Innes S, Larsen OK, Meyer AL, O'Neill S, Perle SM, Weber KA 2nd, Young KJ, Leboeuf-Yde C. Misinformation, chiropractic, and the COVID-19 pandemic. *Chiropr Man Therap*. 2020 Nov 18;28(1):65. doi: 10.1186/s12998-020-00353-2. PMID: 33208144; PMCID: PMC7672412.
- (27) Darlow B, Fullen BM, Dean S, Hurley DA, Baxter GD, Dowell A. The association between health care professional attitudes and beliefs and the attitudes and beliefs, clinical management, and outcomes of patients with low back pain: a systematic review. *Eur J Pain*. 2012 Jan;16(1):3-17. doi: 10.1016/j.ejpain.2011.06.006. PMID: 21719329.
- (28) Christe G, Nzamba J, Desarzens L, Leuba A, Darlow B, Pichonnaz C. Physiotherapists' attitudes and beliefs about low back pain influence their clinical decisions and advice. *Musculoskelet Sci Pract*. 2021 Jun;53:102382. doi: 10.1016/j.msksp.2021.102382. Epub 2021 Apr 22. PMID: 33915318.
- (29) Wertli MM, Rasmussen-Barr E, Weiser S, Bachmann LM, Brunner F. The role of fear avoidance beliefs as a prognostic factor for outcome in patients with nonspecific low back pain: a systematic review. *Spine J*. 2014 May 1;14(5):816-36.e4. doi: 10.1016/j.spinee.2013.09.036. Epub 2013 Oct 18. Erratum in: *Spine J*. Aug 1;14(8):a18. PMID: 24412032.

Kpl 16 - Kuntoutuspalveluiden johtaminen ja kehittäminen

Yleiset huomiot

Luvussa kuvataan tiedolla johtamisen yhteydessä kuntoutuksen vaikuttavuuden ja mittaamisen tarpeellisuutta. Toimintakykymittareiden ohella luvussa olisi suositeltavaa tarkastella myös kuntoutuksen vaikuttavuuteen liittyviä indikaattoreita. Indikaattorityötä on tehty mm. THL:n toimesta ja joitain indikaattorisuosituksia on jo julkaistu. Hyvinvointialueilla on keskeistä tarkastella

kuntoutuksen vaikuttavuutta kuvaavia indikaattoreita, joita ovat esimerkiksi sairauspoissaolot työstä ja koulusta, työkyvyttömyyseläkkeet, terveydenhuollossa tehdyt leikkaukset, kuvantamistutkimukset, ikääntyneiden ympärivuorokautisen hoidon tarve, kaatumiset ja kaatumisvammat ja murtumat. Kuntoutuksen vaikuttavuuden arvioinnissa tulisi toimintakykymuuttujien rinnalla tarkastella yleisemmän tason indikaattoreita.

Luvussa viitataan kuntoutuspalveluiden ulkoistuksissa ja julkisissa hankinnoissa palveluiden laatuun. Luvusta syntyy mielikuva, että yksityisen tai kolmannen sektorin palveluiden laatu olisi kuntasektorin toimintaan nähden heikompaa. Tosiasiassa Suomalainen yksityisen sektorin kuntoutuspalvelujen laatu on kuitenkin huomattavasti kuntasektorin toimintaa korkeammalla. Kuntasektorilla kuntoutusalan täydennyskoulutusten määrärahat ovat olleet vuosia riittämättömiä ja pääosa erikoistumiskoulutuksista suoritetaan yksityisellä sektorilla. Oppaassa on toki tärkeää huomioida ulkoistettujen palveluiden laadun arviointi ja seuranta, mutta samalla tavalla on seurattava myös hyvinvointialueiden oman toiminnan laatua.

Kuntoutusalan ammattilaisten täydennyskoulutuksen osalta oppaasta puuttuu konkreettinen näkemys vuosittaisesta täydennyskoulutuksen määrästä. Kuntoutusalalla kouluttautumisen määrärahat ovat olleet vuosia riittämättömiä, eikä kuntasektorilla ole ollut mahdollisuuksia jatko- tai erikoistumisopintoihin. Lisäksi kuntasektorin asenne kuntoutusalan ylempiin korkeakoulututkintoihin (YAMK, maisteri, lisensiaatti & tohtori) on ollut kielteinen, yliopistosairaaloista puuttuu kuntoutuksen tutkiva asiantuntijatyö ja vaativassa kuntoutustyössä ei arvosteta ylempiä korkeakoulututkintoja. Oppaaseen tulisi laatia konkreettinen suositus kuntoutusalan ammattilaisten täydennyskoulutuksen minimivaatimuksista sekä korostaa ylempien korkeakoulututkintojen merkitystä nimenomaan kliinisessä työssä ja moniammatillisessa yhteistyössä. Kuntoutuksen tutkimuksen ja koulutuksen yhteistyöfoorumin (KunFO) kautta on tulossa aiheeseen liittyen kannanottoja vuonna 2023.

Luvussa jää kokonaisuudessaan huomioimatta kuntoutusalan johtamisen monet ongelmat. Sote-alalla on edelleen merkittävää ristivetoa kuntoutuksen ja hoitotyön välillä, eikä kuntouttava työote ole edelleenkään jalkautunut sote-palveluihin. Monia kuntoutusalan ammattilaisia käytetään hoitotyöhön, jolloin vähäinenkin kuntoutustyö jää toteutumatta. Organisaatioissa ei ole sitouduttu kuntouttavan toimintakulttuurin läpiviemiseen ja merkittävä osa kuntoutusalan ammattilaisten esimiehistä on hoitotyötaustaisia, jolloin heiltä puuttuu kuntoutuksen osaaminen ja näkemys. Oppaassa tulisi tunnistaa sote-alan johtamisen monet ongelmakohdat ja ottaa painavammin kantaa kuntoutusalan johtamiseen. Lähtökohdaksi tulee ottaa se, että kuntoutustoiminnan johtajalta edellytetään vahvaa kuntoutusalan osaamista. Kuntoutusalan asiantuntijoiden esihenkilöt eivät voi olla hoitajia. Kuntoutusalalle tulee myös luoda selkeä urapolku perustason työstä asiantuntija- ja erityisasiantuntijatyöhön sekä johtotyöhön.

Koko sosiaali- ja terveydenhuollossa tulee jatkossa luoda valtakunnallisesti selkeät koulutuspolut- ja mahdollisuudet johtamis- ja esihenkilötyön osaamisen parantamiseksi ja takaamiseksi. Nykyinen käytäntö on organisaatiokohtainen, sattumanvarainen ja pirstaleinen eikä se takaa laadukasta

johtamista valtakunnallisesti. Kuntoutusosalalle tulee myös kohdentaa juuri alan erityispiirteisiin liittyvää johtamisen ja esihenkilötyön tutkimusta ja koulutusta.

Kehittämisehdotukset

Oppaaseen suositellaan lisättäväksi seuraavat selkeät suositukset:

- Ammatillisen täydennyskoulutuksen minimimäärä vuodessa.
- Erikoistumiskoulutuksen käyneiden määrä ja rooli kuntoutuspalveluissa
- Korkeakoulututkintojen hyödyntäminen kliinisessä kuntoutustyössä

Oppaaseen suositellaan lisättäväksi kuvaus tarkoituksenmukaisesta kuntoutusalan urapolusta.

Oppaassa tulee tunnistaa sote-alan johtamisen ongelma, ottaa kantaa kuntoutusalan johtajan pätevyysvaatimuksiin.

Oppaassa tulisi laajentaa näkemys johtamisesta kattamaan kuntouttavan työotteen jalkauttaminen kaikkiin sote-palveluihin.

Kpl 17 - Lait ja säädökset

Luvusta 17 puuttuvat seuraavat lait ja asetukset:

- Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä (2021/784)
- Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista (2022/94)
- Laki yksityisestä terveydenhuollosta (1990/152)
- Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista (2012/980)

Sekä seuraavat suositukset

- Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi 2020–2023: Tavoitteena ikäystävällinen Suomi
- Kansallinen ikäohjelma vuoteen 2030: Tavoitteena ikäkyvykäs Suomi

Käsitteet

Ei huomautettavaa.

Liite 1. Oppaan valmisteluun osallistuneet

Suomen Fysioterapeutit ry haluaa huomauttaa Sosiaali- ja Terveysministeriötä kuntoutuksen uudistamistyön valmistelijoiden valinnasta. Kuntoutustyötä toteuttavat pääasiassa kuntoutusalan ammattilaiset, joiden osuus kuntoutuksen uudistamistyössä ei ole riittävän kattava. Valmistelutyötä

tehdään edelleen vahvasti lääkärien ammattikunnan toimesta, jolloin valmistelussa ei tule huomioitua kuntoutuksen toteutukseen liittyvät haasteet ja kehittämistarpeet. Lääkärit vastaavat osaltaan kuntoutuksen suunnittelusta, mutta eivät tee varsinaista kuntoutustyötä. STM:n tulee jatkossa pyrkiä aiempaa monialaisempaan valmistelutyöhön. Kuntoutusalan ammattijärjestöillä on sekä kattavat verkostot että vahva asiantuntemus ja näkemys kuntoutusalan tämänhetkisestä toiminnasta. Ammattijärjestöt osallistuvat mieluusti kuntoutuksen uudistamistyöhön ja ovat valmiita tekemään työtä yhteisen järjestelmän kehittämiseksi. Suosittelemme kohteliaimmin STM:ää huomioimaan kuntoutusalan ammattijärjestöt aina, kun kuntoutusalaa uudistetaan.

Korpi Juho
Suomen Fysioterapeutit ry