

# **Kuntoutusohjauksen kehittäminen erikoissairaanhoidossa - haasteita ja mahdollisuuksia**

*Kirsti Mattsén  
Riitta Mäkilä  
Rajja Pettersson  
Riitta Sjögren*

Pirkanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja  
3/2008

## **Kuntoutusohjauksen kehittäminen erikoissairaan- hoidossa**

### **–haasteita ja mahdollisuuksia**

Kirsti Mattsén, Riitta Mäkilä, Raija Pettersson ja Riitta Sjögren

Tampereen yliopistollinen sairaala  
Toimialue 3  
Tampere 2008

Pirkanmaan sairaanhoitopiirin kuntayhtymä  
PL 2000  
33521 Tampere

ISSN 1238-2639 (painettu)  
ISSN 1797-1225 (verkkajulkaisu)

ISBN 978-951-667-118-8 (nid.)  
ISBN 978-951-667-119-5 (PDF)

Tampereen Yliopistopaino Oy  
Tampere 2008

## KUVAILUSIVU

PIRKANMAAN SAIRAANHOITOPPIIRIN JULKAISUSARJA  
THE PUBLICATION SERIES OF PIRKANMAA HOSPITAL DISTRICT

<b>Julkaisun nimi:</b> Kuntoutusohjauksen kehittäminen erikoissairaanhoidossa -haasteita ja mahdollisuuksia	
<b>Tekijä/tekijät:</b> Kirsti Mattsén, Riitta Mäkilä, Raija Pettersson, Riitta Sjögren	
<b>Julkaisun numero:</b> 3/2008	<b>Kokonaissivumäärä:</b> 42 s. + liitteet
<b>ISSN</b> 1238-2639 (painettu) <b>ISSN</b> 1797-1225 (verkkojulkaisu)	<b>ISBN</b> 978-951-667-118-8 <b>ISBN</b> 978-951-667-119-5
<b>Julkaisupaikka:</b> Tampere	<b>Julkaisija:</b> Pirkanmaan sairaanhoitopiiri
<b>Julkaisun luokitus:</b> <input type="checkbox"/> Alueelliset hoito-ohjelmat ja menettelytapaohjeet <input checked="" type="checkbox"/> Kehittämishankkeiden loppuraportit <input type="checkbox"/> Selvitykset ja tutkimukset <input type="checkbox"/> Muut	
<b>Tiivistelmä:</b> Kuntoutusohjauspalvelut ovat olleet osana terveydenhuollon lääkinällistä kuntoutusta vuodesta 1984 lähtien. Palveluiden kehittäminen erikoissairaanhoidossa on edellyttänyt ajan haasteiden tiedostamista ja jatkuvaa arviointia ja kehittämistä.  Vuosina 2004 -2005 toteutettiin Sosiaali- ja terveysministeriön rahoituksella koko TAYS -erityisvastuualueen kattava hanke: Erikoissairaanhoidon mahdollisuudet kuntoutustoiminnan kehittäjänä. Tämän hankkeen yhtenä osana oli kuntoutusohjauksen uusien toimintamallien kehittäminen ja käyttöönotto Pirkanmaan sairaanhoitopiirissä. Tässä julkaisussa esitetään sekä toteutetun hankkeen että hankkeen jälkeisen kehittämisen tuloksia ja myös kuntoutusohjauksen haasteita ja tulevaisuuden visioita Pirkanmaan sairaanhoitopiirissä.  Lähtökohta erikoissairaanhoidon kuntoutusohjauksen kehittämiselle ja uusien toimintamuotojen etsimiselle oli se, että tavoitteiden toteutumiseksi ja seuraamiseksi tarvitaan kuntoutuksen koordinoijaa ja konsultoitavissa olevaa erityistyöntekijää. Tarkoituksena on ollut kehittää kuntoutusohjaajan koordinoimaa seurantamallia sellaiseksi, että se kattaa mahdollisimman hyvin asiakkaiden ja yhteistyötahojen tarvitsemat palvelut.  Kuntoutusohjaushankkeen kehittämiskohteeksi valittiin selkäydinvamma- ja aivovammapotilaiden kuntoutusohjaus ja myöhemmin osittain myös aivoverenkiertohäiriöpotilaiden kuntoutusohjaus. Näiden ryhmien kuntoutusohjaajille annettiin aiempaa enemmän koordinoitavastuuta kuntoutumisen seurannan suunnittelemiseksi ja järjestämiseksi. Koordinointivastuun lisääminen on edellyttänyt myös sopimista uusista, joustavista käytännöistä asiakkaiden tarvitsemien palveluiden järjestämiseksi.  Julkaisussa kuvataan kehittämisen kohteiksi otettujen ryhmien kuntoutusohjaus, projektin tuloksena syntyneet seurantamallit ja uudet selkäydinvamma- ja aivovammapoliklinikakäytännöt Pirkanmaan sairaanhoitopiirissä. Aivovamma- ja selkäydinvammapoliklinikoiden toiminta jatkuu ja niitä kehitetään edelleen. AVH -potilaiden seurannan kehittämistä jatketaan yhteistyössä AVH -yhdyshenkilöiden kanssa. TAYS -erityisvastuualueen kuntoutusohjaajien yhteistyö on tiivistynyt ja TAYS:sta annetaan tarvittaessa alueelle erityispalveluita, kuten uroterapia- ja seksuaalineuvonnan palveluja, kuntoutusohjaajan konsultaatioita sekä moniammatillisen kuntoutumisosaston palveluja. Hankkeen tulosten soveltamista muille kuntoutusohjausalueille jatketaan.  Pirkanmaan sairaanhoitopiiri ei vastaa kirjoittajien esittämistä mielipiteistä, eikä julkaisu muodosta PSHP:n virallista kantaa.	
<b>Ydinternejä indeksointia varten:</b> Kuntoutusohjaus, kuntoutusohjauspalvelu, kuntoutuksen koordinointi	
<b>Hinta:</b> (sis. alv 8%) 12 €	
<b>Julkaisu tulostettavissa osoitteesta:</b> <a href="http://www.pshp.fi">http://www.pshp.fi</a> >Tutkijoille>Julkaisut>Julkaisusarja	<b>Julkaisu ostettavissa Juvenes Kirjakaupasta:</b>
<b>Julkaisu tilattavissa</b> <a href="http://www.juvenes.fi/verkkokauppa/">http://www.juvenes.fi/verkkokauppa/</a> <a href="http://granum.uta.fi/granum">http://granum.uta.fi/granum</a>	<b>Yliopiston Kirjakauppa</b> Kalevantie 4, 33014 Tampereen Yliopisto puh. 020 760 0392
<b>Julkaisu indeksoituna osoitteessa:</b> <a href="http://helecon.lib.hkkk.fi/MEDIC/">http://helecon.lib.hkkk.fi/MEDIC/</a>	

## SISÄLLYSLUETTELO

<b>1. JOHDANTO</b> .....	<b>7</b>
<b>2. KUNTOUTUSOHJAUS PIRKANMAAN SAIRAANHOITOPUIRISSÄ (PSHP)</b> .....	<b>8</b>
2.1 Ostopalveluista sairaanhoitopiiriin omaksi toiminnaksi .....	8
2.2 Toiminta-alue, asiakkaiden ohjautuminen ja kustannukset .....	8
2.3 Toiminta-ajatus .....	9
2.4 Kuntoutusohjauksen toimintamuodot.....	9
2.5 Kuntoutusohjaajan asema ja rooli .....	10
2.5.1 Yhteistyö peruskuntien työntekijöiden kanssa .....	10
2.5.2 Kuntoutusohjauksen asiakastyön toimintakaavio .....	10
<b>3. KUNTOUTUSOHJAUKSEN KEHITTÄMINEN OSANA HANKETTA</b> .....	<b>12</b>
3.1 Kehittämishankkeen lähtökohta.....	12
3.2 Hankkeen toteutus.....	12
3.3 Kokonaishankkeen tavoitteet.....	13
3.4 Kuntoutusohjauksen osaprojektin tavoitteet.....	13
3.5 Toteutus kuntoutusohjauksen osalta.....	13
<b>4. SELKÄYDINVAMMAISTEN ELINIKÄINEN SEURANTA</b> .....	<b>14</b>
4.1 Taustaa .....	14
4.2 Projektin tavoitteet .....	14
4.3. Lähtötilanteen kartoitus vuonna 2004 .....	15
4.3.1 Selkäydinvammaisten kuntoutus ja seuranta – nykyiset käytännöt.....	15
4.3.2 Selkäydinvammaisen palvelukuvaus .....	15
4.3.3 Selkäydinvammaisten hoidon, kuntoutuksen ja seurannan kehittäminen kuntoutumisosastolla .....	16
4.3.4 Selkäydinvammaisten lukumäärän selvitys .....	16
4.3.5 Seurannan piiriin otetut selkäydinvammaryhmät .....	17
4.3.6 Selkäydinvammaisen terveydentilan ja kuntoutumisen seurantalomake.....	17
4.3.7 ERVA-yhteistyö selkäydinvammaisten seurannan suunnittelussa .....	17
4.4 PSHP:n malli selkäydinvammaisten seurannan toteuttamisesta .....	18
4.5 Projektin tavoitteiden toteutuminen .....	20
4.6 Yhteistyö TAYS-erityisvastuualueella .....	21
<b>5. AIVOVAMMAPOTILAIDEN KUNTOUTUMISEN SEURANTA</b> .....	<b>21</b>
5.1 Taustaa .....	21
5.2 Projektin tavoitteet .....	22
5.3 Projektin toteutus .....	23
5.3.1 Lähtötilanteen selvitys.....	23
5.3.2 Aivovamman saaneiden määrä .....	23
5.4 Uusi seurantamalli.....	24
5.4.1 Aivovammapoliklinikka ja kuntoutusohjaajan seuranta.....	24
5.5 Kalloaivovammapotilaan prosessin mallinnus.....	26
5.6 Yhteistyön kehittyminen .....	27
5.7 Projektin tavoitteiden toteutuminen .....	28
5.8 Uutta toimintaa ja kehittämishankkeita .....	29

<b>6. AIVOVERENKIERTOHAIRIÖPOTILAIDEN KUNTOUTUSOHJAUS .....</b>	<b>30</b>
<b>6.1. AVH -potilaan hoidon ja kuntoutuksen kulku Pirkanmaan sairaanhoitopiirissä .....</b>	<b>30</b>
<b>6.2 Kuntoutusohjauksen toteutus .....</b>	<b>31</b>
6.2.1 Aloite kuntoutusohjaukseen .....	31
6.2.2 Toiminta TAYS:n osastoilla ja poliklinikoilla .....	31
6.2.3 Kotikäynnit ja verkostopalaverit .....	32
6.2.4. Ensietotilaisuudet .....	32
<b>6.3. Yhteistyö järjestön ja AVH-yhdyshenkilöiden kanssa .....</b>	<b>32</b>
<b>6.4. Kehittämishankkeet .....</b>	<b>33</b>
6.4.1. AVH-potilaan omaistenohjaus .....	33
6.4.2. AVH-potilaan seurannan tehostaminen hoitoketjussa osana kuntoutusohjaustyön kehittämistä .....	35
<b>6.5. Tulevaisuuden näkymät AVH-potilaan kuntoutusohjauksessa .....</b>	<b>36</b>
<b>7. KUNTOUTUSOHJAUKSEN UUDET TOIMINTAMALLIT JA MALLIEN SOVELTAMINEN .....</b>	<b>37</b>
<b>7.1 Kehittämishankkeen tavoitteiden toteutuminen .....</b>	<b>37</b>
<b>7.2 Yhteisten toimintamallien kehittäminen TAYS-erityisvastuualueelle .....</b>	<b>37</b>
<b>7.3 Mallien soveltaminen muihin sairaus- ja vammaryhmiin .....</b>	<b>37</b>
<b>7.4 Erikoissairaanhoito ja perusterveydenhuolto - kuntoutuksen ohjauksen toiminnallinen kokonaisuus .....</b>	<b>38</b>
7.4.1 Kuntoutusohjaajat yhdyshenkilöinä ja kuntoutuksen koordinoijina .....	38
7.4.2 Erikoissairaanhoidon kuntoutusohjaus – kuntien palveluohjaus .....	38
<b>7.5 Yhteistyö vammaisjärjestöjen kanssa .....</b>	<b>39</b>
<b>8. KUNTOUTUSOHJAUKSEN TULEVAISUUDEN NÄKYMIÄ JA HAASTEITA .....</b>	<b>39</b>
<b>LÄHTEET .....</b>	<b>41</b>
<b>LIITTEET .....</b>	<b>43</b>
Liite 1 Pirkanmaan sairaanhoitopiirin kuntoutusohjaajat .....	43
Liite 2 Selkäydinvammaisen kuntoutusohjaus .....	46
Liite 3 Selkäydinvauriot - ICD 10 –luokitus .....	49
Liite 4 Aivovamman tai selkäydinvamman saaneiden henkilöiden terveydentilan ja kuntoutuksen seuranta Tampereen yliopistollisessa sairaalassa .....	50
Liite 5 Kallon sisäiset vammat - ICD 10 -luokitus .....	52
Liite 6 Aivoverenkiertohäiriöt - ICD 10 -luokitus .....	53
Liite 7 Prosessikaavio; AVH -potilaan omaisten ohjausmateriaali hoitoketjussa .....	54

## 1. JOHDANTO

Kuntoutusohjaus on ollut osana terveydenhuollon lääkinällistä kuntoutusta vuodesta 1984 lähtien. Yli 20 vuoden ajan toimintaa on kehitetty vastaamaan kulloisenkin ajan tarpeita ja vaatimuksia. Kuntoutusohjaus on osa hoitoa ja kuntoutusta ja tarve sen uudistumiseen syntyy hoitomenetelmien kehittymisen, organisaation palvelujärjestelmän ja lainsäädännön muutosten myötä. Hyvän palvelun ylläpitäminen edellyttää jatkuvaa arviointia ja kehittämistä. Perustana kehittämiselle on ollut tieto eri sairaus- ja vamma-ryhmien laajuudesta, niiden palvelutarpeesta ja palveluja käyttäneiltä asiakkailta saatu palaute.

Kuntoutusohjauksen sisältöä, toteutusta ja kehittämistä Pirkanmaan sairaanhoitopiirissä (PSHP) on aiemmin kuvattu mm. vuonna 2002 ilmestyneessä raportissa *Kuntoutusohjaus ja kuntoutusohjauksen prosessit Pirkanmaan sairaanhoitopiirissä*. Tässä raportissa pääpaino oli kuntoutusohjauspalveluiden sisällön ja toteutuksen sekä kunkin kuntoutusohjaajan työn ja palveluprosessin kuvauksessa (1). Edellä mainittu raportti on melko laaja ja seikkaperäinen, minkä vuoksi nyt julkaistava raportti sisältää taustatietoa ja kuntoutusohjauksen kuvausta suppeammin ja vain niiltä osin kuin se on katsottu tarpeelliseksi nyt esiteltävän kehittämistyön kuvaamiseksi.

Viime vuosina on tavoitteena ollut hioa ja kehittää kuntoutusohjaajan toimintatapoja erikoissairaanhoidossa, erityisesti kuntoutusohjaajan roolia kuntoutumisen koordinoijana ja yhdyshenkilönä. Haasteellisena tavoitteena on kehittää kutakin kuntoutusohjaajan toiminta-alueita siten, että mahdollisimman moni asiakas saa tarvitsemansa palvelun. Haasteellista on myös luoda toimiva palvelujärjestelmä ja yhteistyömalli kuntoutusohjaajien, sairaanhoitopiirin kuntien työntekijöiden sekä erityisvastuualueen toimijoiden kesken. Erityisesti perusterveydenhuollon kanssa tehtävä yhteistyö ja uusien, toimivien mallien etsiminen asiakastyöhön on tärkeää. Ennakkoluulottomien kokeilujen ja toteutettujen kehittämishankkeiden avulla onkin löydetty mahdollisuuksia näiden haasteiden ratkaisemiseksi.

Vuosina 2004-2005 toteutettiin Sosiaali- ja terveysministeriön rahoituksella hanke *Erikoissairaanhoidon mahdollisuudet kuntoutustoiminnan kehittäjänä*. Tämän hankkeen yhtenä osana oli kuntoutusohjauksen uusien toimintamallien kehittäminen ja käyttöönotto PSHP:ssä ja mahdollinen hyödyntäminen myös laajemmin Tampereen yliopistollisen sairaalan (TAYS) erityisvastuualueella (ERVA-alue) ja myös valtakunnallisesti.

Tässä julkaisussa esitetään sekä toteutetun hankkeen että hankkeen jälkeisen kehittämisen tulokset sekä myös yleisemmin kuntoutusohjauksen haasteita ja tulevaisuuden visioita Pirkanmaan sairaanhoitopiirissä. Koko kehittämishankkeesta ja kuntoutusohjauksen osaprojektista on laadittu loppuraportti Sosiaali- ja terveysministeriölle keväällä 2006, mistä syystä tämä julkaisu ei pitäydy vain tähän hankkeeseen, vaan sisältää myös sen, mitä hankkeen jälkeen on tehty ja suunnitteilla.

## 2. KUNTOUTUSOHJAUS PIRKANMAAN SAIRAANHOITOPIIRISSÄ (PSHP)

### 2.1 Ostopalveluista sairaanhoitopiiriin omaksi toiminnaksi

Yliopisto- ja keskussairaalat lähtivät vuoden 1984 SVOL-lakiuudistuksen (2) jälkeen kehittämään ja toteuttamaan kuntoutusohjaustoimintaa ostaen ensin palvelut järjestöiltä ja muuttaen toimintaa vähitellen omaksi toiminnaksi. Nykyään suurin osa kuntoutusohjaajista toimii sairaaloiden omissa toimissa. Kuntoutusohjaustoiminnan siirtyminen terveydenhuollon vastuulle lisäsi resursseja ja nyt koko maassa on terveydenhuollossa vähän yli 200 kuntoutusohjaajaa, joista suurin osa toimii yliopisto- ja keskussairaaloissa.

Pirkanmaan sairaanhoitopiirissä aloitti vuonna 1984 toimintansa kahdeksan kuntoutusohjaajaa. Vähitellen lukumäärä on kasvanut ja vuonna 2007 on sairaanhoitopiirissä 18 kuntoutusohjaajan tointa, joista kaksi hankitaan edelleen järjestöiltä ostopalveluna. Kuntoutusohjaajien toimipisteet sijaitsevat Tampereen yliopistollisessa sairaalassa (TAYS). Kuntoutusohjaajien luettelo liitteenä (Liite 1).

### 2.2 Toiminta-alue, asiakkaiden ohjautuminen ja kustannukset

PSHP:n kuntoutusohjaajien toimipisteet sijaitsevat TAYS:n eri yksiköissä, mutta toiminta-alueena on koko Pirkanmaan sairaanhoitopiiri sekä tarvittaessa myös TAYS-erityisvastuualue.

Pirkanmaan sairaanhoitopiiri ja TAYS:n erityisvastuualue vuonna 2007

-erityisvastuualueella on yhteensä noin 1,2 miljoonaa asukasta



Kuva 1: Pirkanmaan sairaanhoitopiiri ja TAYS:n erityisvastuualue



Asiakkaita ohjautuu kuntoutusohjaajille sekä TAYS:n yksiköistä että muista sosiaali- ja terveydenhuollon toimipisteistä. Lähetettä ei välttämättä tarvita, vaan yhteyden voi ottaa joko asiakas itse, hänen läheisensä tai hoito-/yhteistyötahon edustaja. Yhteydenotto voi tapahtua joko puhelimitse tai kirjallisesti.

Kuntoutusohjauksen asiakkaita ovat, paitsi kuntoutujat henkilöasiakkaina, myös tilaajat, toimeksiantajat, eri yhteistyötahojen edustajat sekä palveluiden kustantajat. Asiakkaan saama kuntoutusohjauspalvelu koostuu useimmiten monen eri tahon yhteistyöstä.

Kuntoutusohjauspalvelu on asiakkaalle maksutonta. Palveluista laskutetaan asiakkaan kotikuntaa tai esim. vakuutusyhtiötä vuosittain hyväksytyin PSHP:n suoritehinnaston mukaisesti.

### 2.3 Toiminta-ajatus

Pirkanmaan sairaanhoitopiiri vastaa korkealaatuisten erikoissairaanhoidon palvelujen ja terveyspalvelujen tuottamisesta ihmisläheisesti, tuloksellisesti ja vaikuttavasti (3). Kuntoutusohjaus on erikoissairaanhoidon palvelu, jonka toiminta-ajatuksena on luoda edellytyksiä vammaisten ja pitkäaikaisesti sairaiden asiakkaiden kuntoutumiselle.

*Asetus lääkinällisestä kuntoutuksesta, 3§*, määrittelee kuntoutusohjauksen ”toiminnaksi, jolla tarkoitetaan kuntoutujan ja hänen lähiyhteisönsä tukemista ja ohjausta sekä kuntoutujan toimintamahdollisuuksiin liittyvistä palveluista tiedottamista”(4).

Käytännössä kuntoutusohjaus on asiakkaiden, heidän läheistensä ja heidän kanssaan toimivien ohjaamista, neuvomista ja tukemista löytämään tarkoituksenmukaisia ratkaisuja kuntoutumisen edistämiseksi. Se, millä tavalla ohjaus käytännössä kussakin asiakasryhmässä toteutetaan, riippuu ryhmän suuruudesta ja sairauden tai vamman erityispiirteistä.

### 2.4 Kuntoutusohjauksen toimintamuodot

Kuntoutusohjaajien toimintamuodot riippuvat siitä, mikä on asiakkaan tarve, asiakasryhmän laajuus ja erityispiirteet. Ohjaus voi tapahtua joko sairaalan osastoilla tai poliklinikoilla tai sairaalan ulkopuolella, puhelimitse, asiakkaan kotona, työpaikalla tai muussa paikassa. Kuntoutusohjaajat osallistuvat sairaus- ja vamma ryhmän asiantuntijana kuntoutus- ja palvelusuunnitelmeneuvotteluihin sekä asiakkaan kotona että terveydenhuollon ja sosiaalitoimen eri toimipisteissä.

Toiminnan alkuvuosina kuntoutusohjaajien toimintamuotona oli lähinnä yksilökohtainen asiakastyö. Nopeasti yleistyivät myös erilaiset ryhmämuotoiset ohjaukset, kuten ensi-tieto- ja sopeutumisvalmennusryhmissä tapahtuva ohjaus. Eri sairaus- ja vamma ryhmi- en ohjausmuotojen kehittyminen on tapahtunut eri tavoin johtuen ryhmien koosta sekä sairauden edellyttämän ohjaus-/seurantatarpeen määrästä ja pituudesta.

Kuntoutusohjauksen yhtenäisemmälle käytännölle eri toimipisteissä, sekä myös avuksi palveluiden kuvaamiseen ja tuotteistamiseen, on laadittu valtakunnallinen kuntoutusohjausnimikkeistö. Nimikkeistöä käytetään kuntoutusohjaustoiminnan tilastoinnin välineenä jo muutamassa yliopisto- ja keskussairaalassa, mm. TAYS:ssa (5).

## 2.5 Kuntoutusohjaajan asema ja rooli

Kuntoutusohjaaja toimii kuntoutusasioiden asiantuntijana sekä yksityisille asiakkaille ja asiakasryhmille että myös yhteistyökumppaneille, kuten kuntien työntekijöille, vakuutusyhtiöille, Kelalle ja muiden tahojen yhdyshenkilöille. Kuntoutusohjaaja varmistaa, että tarvittava erikoissairaanhoidon tietämys on käytettävissä mm. silloin kun tehdään kuntoutussuunnitelmaa asiakkaalle. Kuntoutusohjaaja on myös käytettävissä konsulttina ja kouluttajana kuntoutusasioissa ja on keskeinen henkilö asiakkaan hoitoon ja kuntoutukseen osallistuvan verkoston luomisessa.

### 2.5.1 Yhteistyö peruskuntien työntekijöiden kanssa

Kuntoutusohjaaja on kuntoutusasioissa yhdyshenkilö erityisesti erikoissairaanhoidon ja peruskunnan palvelujärjestelmien välillä. Asiakas tarvitsee peruskunnan palveluja säännöllisesti ja erikoissairaanhoidon palveluja vain ajoittain ja lyhytaikaisesti. Palvelujen järjestäminen ja yhteensovittaminen edellyttää tiivistä yhteistyötä kuntoutusohjaajan ja peruskunnan eri työntekijöiden kesken. Kuntoutusohjaajien yhteistyökumppaneina kunnissa voi olla mm. sosiaalityöntekijöitä, fysioterapeutteja, palveluohjaajia tai terveydenhoitajia. Tärkeintä on se, että kuntoutusohjaajalla on tiedossa henkilö, jonka kanssa hän tekee yhteistyötä ja joka jatkaa asiakkaan asioiden hoitoa kotikunnassa. Yhteistyötahojen kanssa voidaan sopia asiakkaan kuntoutukseen liittyvistä käytännöistä, tehdä yhdessä tarvittavat kotikäynnit ja sopia jatkoseurannasta.

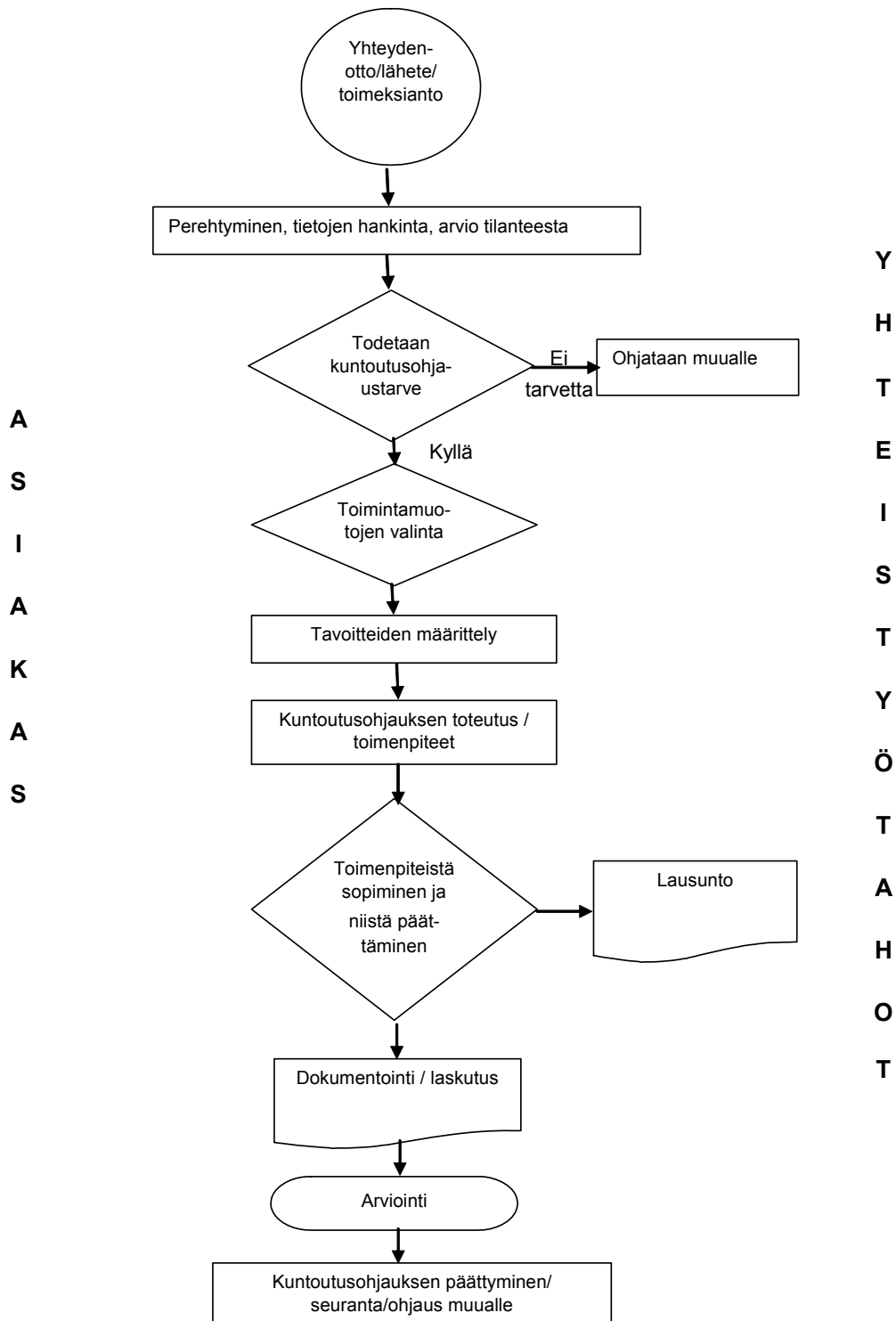
Yhteydenpidon ja tiedonvälityksen kitkaton sujuminen erikoissairaanhoidon ja asiakkaan kotikunnan sosiaali- ja terveydenhuollon välillä on tärkeää, mutta on huomattava, että asiakastietojen välittäminen kolmannelle osapuolelle edellyttää aina asianomaisen asiakkaan kirjallisen suostumuksen.

### 2.5.2 Kuntoutusohjauksen asiakastyön toimintakaavio

Kuntoutusohjauksen asiakastyön toimintaprosessi on kuvattu kaaviona (kuva 2). Kuntoutusohjausprosessi alkaa asiakkaan tai muun tahon yhteydenotosta kuntoutusohjaajaan. Toimintaprosessin ensimmäinen tärkeä ratkaisu - todetaan kuntoutusohjauksen tarve - tehdään, kun on perehdytty asiakkaan tilanteeseen. Tämän jälkeen valitaan toimintamuoto ja määritellään tavoite. Tarvittavista toimenpiteistä sovitaan ja asiat dokumentoidaan. Tärkeätä on, että koko prosessin ajan tehdään yhteistyötä asiakkaan kanssa ja tarpeen mukaan eri yhteistyötahojen kanssa. Jos prosessin aikana ilmenee, että asiakkaan ongelma edellyttää muun organisaation toimenpiteitä tai palveluja, ohjataan asiakas näiden palvelujen piiriin.

Oheinen toimintakaavio on pelkistetty kuvaus yksittäisen henkilöasiakkaan kuntoutusohjauksesta. Prosessikuvaukset kuntoutusohjaajan kotikäynnistä, ryhmäohjauksesta, järjestetystä työpaikkatapaamisesta ja neuvottelusta asiakkaan ja yhteistyötahojen kanssa on esitetty selostuksineen raportissa Kuntoutusohjaus ja kuntoutusohjauksen prosessit Pirkanmaan sairaanhoitopiirissä (1).

## Kuntoutusohjauksen asiakastyön toimintakaavio



Kuva 2: Kuntoutusohjauksen asiakastyön toimintakaavio

### 3. KUNTOUTUSOHJAUKSEN KEHITTÄMINEN OSANA HANKETTA

*Erikoissairaanhoidon mahdollisuudet kuntoutustoiminnan kehittäjänä*

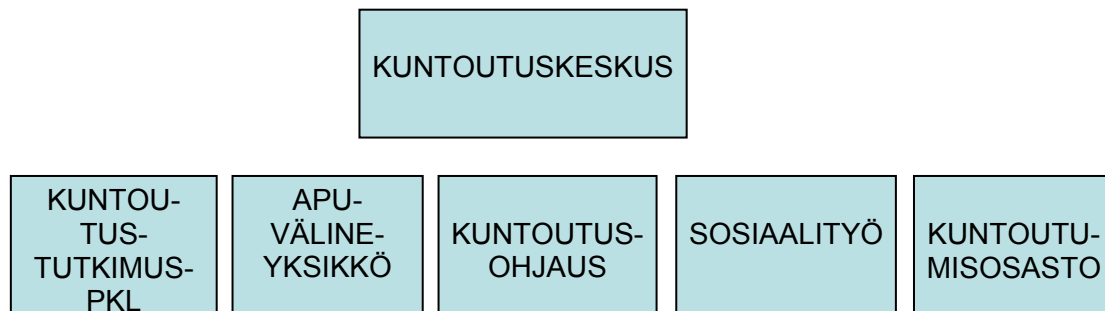
#### 3.1 Kehittämishankkeen lähtökohta

Hankkeen lähtökohtana oli, että kuntoutustoiminnan kenttä oli todettu hajanaiseksi ja sen lisäksi esiintyi resurssien vajaakäyttöä sekä puutteita yhtenäisistä menettelytavoista. Hankkeen tarkoituksena oli parantaa kuntoutustoiminnan koordinaatiota valtakunnallisesti kehittämällä Tampereen yliopistollisen sairaalan erityisvastuualueella malli kuntoutustoiminnan kattavasta koordinaatiosta. Hankkeen konkreettisenä tavoitteena oli, että erikoissairaanhoidon kuntoutustutkimusyksiköt/kuntoutuskeskukset ottavat entistä selkeämmin vastuun alueensa kuntoutustutkimustoiminnasta, vaativaa asiantuntemusta edellyttävien sairaus-/vammaryhmien kuntoutuksen seurannasta sekä apuvälinepalveluiden koordinoinnista (6).

#### 3.2 Hankkeen toteutus

Vuosina 2004 - 2005 toteutettuun kehittämishankkeeseen osallistuivat kaikki TAYS:n erityisvastuualueen sairaanhoitopiirit. Käytännön koordinoijina toimivat sairaanhoitopiirien kuntoutustutkimusyksiköt/kuntoutuskeskukset. Koko hankkeen koordinoinnista ja toteutuksesta vastasi Pirkanmaan sairaanhoitopiiri/TAYS:n kuntoutuskeskus (kuva 3). Hankkeen alullepanijana ja koko hankkeen vastuuhenkilönä toimi kuntoutusylilääkäri Aarne Ylinen TAYS:n neuroalojen ja kuntoutuksen vastuualueen kuntoutuksen vastuuyksiköstä. Hankkeen eri osaprojekteja koordinoivat ja toteuttivat TAYS:n Kuntoutuskeskuksen työntekijät.

TAYS:n KUNTOUTUKSEN VASTUUYKSIKKÖ



Kuva 3: TAYS:n kuntoutuksen vastuuyksikkö

### 3.3 Kokonaishankkeen tavoitteet

Kokonaishankkeen tavoitteet jaettiin hankesuunnitelmassa (6) kolmeen osa-alueeseen:

#### 1. Kuntoutustutkimus

Erikoissairaanhoidon kuntoutustutkimuspoliklinikoiden vastuun ja niillä tehtävien kuntoutustutkimuksien painoarvon lisääminen päätettäessä kuntoutusvoimavarojen suuntaamisesta erityisesti yksilökohtaisissa vaativissa kuntoutuspäätöksissä, työkyvyn arvioineissa ja eläkepäätöksissä.

#### 2. Kuntoutusohjaus

Vaikeavammaisten kuntoutuksen suunnittelussa ja seurannassa erikoissairaanhoidon kuntoutusyksiköiden kokonaisvaltaisen vastuun lisääminen, esimerkkinä selkäydinvammaiset ja aivovammapotilaat.

#### 3. Apuvälinepalvelut

Apuvälinepalveluiden alueellinen koordinointi alueellisen tasa-arvon saavuttamiseksi.

### 3.4 Kuntoutusohjauksen osaprojektin tavoitteet

Tavoitteena oli, että kehittämällä kuntoutusohjaustoimintaa luodaan toimintamalli, jossa tietyt erityistason hoitoa, kuntoutusta ja seurantaa vaativat vammaryhmät saavat tasokkaan ja yhdenvertaisen palvelun koko erityisvastuualueella. Uuden toimintamallin oli tarkoitus rakentua kuntoutusohjauksen varaan, jolloin kuntoutusohjaajalla on seurannassaan alueen kaikki kyseiseen vammaryhmään kuuluvat potilaat. Kuntoutusohjaaja auttaa kunkin potilaan kotipaikkakunnan terveystieteiden keskukselta hankkimaan vastuuhenkilön ja tietotaidon kyseisen potilaan tilanteen seuraamiseksi. Kuntoutusohjaajan kautta /ohjaamana tai yhteistyötahon lähetteellä, henkilö voisi tarvittaessa tulla erikoissairaanhoidon poliklinikalle, jossa moniammatillinen kuntoutustyöryhmä paneutuu asiaan.

Ensimmäisiksi kehittämiskohteiksi valittiin selkäydinvammaisten ja aivovammapotilaiden ryhmät. Hankkeen edetessä otettiin kehittämisen kohteeksi myös aivoverenkiertohäiriöpotilaiden (AVH) ryhmä. Tämän ryhmän ohjaus edellyttää erilaista materiaalia, menettelytapaa ja toimintamallia, koska sairausryhmä on suuri ja tämän ryhmän akuuttivaiheen jälkeinen hoito ja kuntoutus ovat yhä enemmän siirtymässä perusterveydenhuoltoon.

### 3.5 Toteutus kuntoutusohjauksen osalta

Selkäydinvammaisten ja aivovammapotilaiden kuntoutusohjaajat työskentelivät oman työnsä ohessa puoli vuorokautta projektityössä 1.1.2004 - 31.12.2005. Uusia toimintamalleja kehitettiin ja kehitettiin sekä selkäydinvammapotilaiden ja aivovammapotilaiden ryhmille. Projektin vastuuhenkilöinä toimivat TAYS:n kuntoutusohjaajat. Selkäydinvammaosioon osallistuivat myös vastaavien vammaryhmien kuntoutusohjaajat muista TAYS -erityisvastuualueen keskussairaaloista. Samanaikaisesti alettiin kehittää myös AVH-potilaiden kuntoutusohjausta TAYS:n omina kehittämishankkeina.

Näiden sairaus- ja vammaryhmien osalta kehitettiin uusia menettelytapoja, joista kuvaukset ovat ohessa erikseen. Mallien edelleen kehittäminen ja soveltaminen muille kuntoutusohjausalueille jatkuu.

## 4. SELKÄYDINVAMMAISTEN ELINIKÄINEN SEURANTA

Selkäydinvammaisten terveydentilan ja kuntoutumisen seurannan toimintamallin kehittäminen osana TAYS-erityisvastuualueen hanketta Erikoissairaanhoidon mahdollisuudet kuntoutustoiminnan kehittäjänä.

### 4.1 Taustaa

Pirkanmaan sairaanhoitopiirissä on laadittu vuonna 2001 prosessikuvaus ja menettelyohjeet selkäydinvammaisten hoito- ja kuntoutusprosessissa. Tässä prosessissa selkäydinvammaisten elinikäisen seurannan suunnitelma jäi varsin vähäiseksi. Seuranta on ollut hajanaista ja sattumanvaraista, minkä vuoksi käytäntöjen yhtenäistäminen PSHP:n alueella ja TAYS-erityisvastuualueella oli tarpeen. TAYS:n kuntoutumisosaston työryhmä on myös laatinut vuonna 2002 raportin *Selkäydinvaurioiden kuntoutus ja jatkoseuranta PSHP:ssä - katsaus nykytilanteeseen*, missä on kiinnitetty huomiota seurannan tarpeellisuuteen ja tehty siitä alustava suunnitelma.

Kuntoutustoiminnan kehittämishankkeen yhtenä tavoitteena oli luoda toimintamalli, jossa erityistason hoitoa, kuntoutusta ja seurantaa edellyttävät vaativat vammaryhmät, kuten selkäydinvammaiset, saisivat tasa-arvoisen ja laadukkaan seurannan koko erityisvastuualueella.

TAYS:ssa valmistauduttiin tältä pohjalta kehittämään elinikäistä polikliinista seurantaa selkäydinvamman tai sairauden johdosta alaraajahalvauksen tai neliraajahalvauksen saaneille henkilöille.

Tavoitteena oli, että toiminta rakentuu kuntoutusohjauksen varaan, jolloin kuntoutusohjaajalla on seurannassa kaikki alueen selkäydinvammaiset potilaat, ja hän auttaa kunkin potilaan kotipaikkakunnan terveyskeskusta hankkimaan vastuuhenkilön ja tietotaidon kyseisen potilaan tilanteen seuraamiseksi.

Kuntoutusohjaajan kautta, tai myös terveys- tai sosiaalitoimen yhteistyötahojen lähetämänä, henkilö voisi sitten tarvittaessa tulla erikoissairaanhoidon poliklinikalle, jossa asiantunteva hoitoryhmä paneutuisi asiaan ja järjestäisi tarvittaessa em. erityiskonsultaatiot.

### 4.2 Projektin tavoitteet

#### 1. Selkäydinvammaisten elinikäisen seurannan toimintamallin kehittäminen

- Poliklinikkakäynnit, seuranta/kuntoutussuunnitelma/arviointijaksot kuntoutumisosastolla

#### 2. Selkäydinvammapoliklinikkatoiminnan käynnistäminen TAYS:ssa

- moniammatillinen työryhmä
- konsultaatiot
- apuvälineyksikön palvelut

### **3. Toiminnan myötä vuonna 2001 laaditun selkäydinvammaisen hoito- ja kuntoutusprosessin päivittäminen**

- erityisvastuualueen linkittäminen alku- ja seurantavaiheeseen

### **4. Selkäydinvammarekisterin luominen**

#### **5. Verkoston luominen perusterveydenhuoltoon**

- selkäydinvammaisten yhdyshenkilöiden nimeäminen terveyskeskukseen

#### **6. Tiedon kulun/tietohallinnon kehittäminen**

- yhteisen dokumentoinnin kehittäminen
- tietojärjestelmien (aluetietojärjestelmä) soveltaminen hankkeen käyttöön
- selkäydinvammaisten kuntoutus ja seuranta ICF-luokituksen (Toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälinen luokitus) prepilotoinnissa

### **4.3. Lähtötilanteen kartoitus vuonna 2004**

#### **4.3.1 Selkäydinvammaisten kuntoutus ja seuranta – nykyiset käytännöt**

TAYS:ssa kaularankavammat hoidetaan neurokirurgian osastolla ja rinta- ja lannerankavammat ortopedian osastolla. Selkäydinvammaisen siirretään akuutin hoidon osastolta neurologiselle kuntoutumisosastolle noin viikon kuluttua vammautumisesta. Osa selkäydinvauriopotilaista on koko akuuttivaiheen kuntoutusjakson TAYS:n kuntoutumisosastolla, osa lähetetään Invalidiliiton Käpylän kuntoutuskeskus Synapsiaan.

Vuonna 2001 laaditussa *Selkäydinvammaisen hoito- ja kuntoutusprosessissa* (7) on sovittu, että selkäydinvammaisten hoitovastuu on TAYS:ssa noin vuoden ajan vammautumisesta. Hoitovastuu siirretään perusterveydenhuoltoon kun perusasiat, mm. asunto, avustaminen, apuvälineet ja lääkinnällinen kuntoutus on järjestetty.

PSHP:n alueella ei ole toteutettu systemaattisesti selkäydinvammaisten terveydentilan ja kuntoutumisen seurantaa. Kuntoutumisosastolle on kutsuttu seurantakäynnille siellä akuuttivaiheen kuntoutusjaksolla olleet yksilöllisen tarpeen mukaan 3 kuukauden ja 9 kuukauden jälkeen kotiutumisesta. Muutama moniongelmainen selkäydinvammaisen on käynyt kuntoutustutkimuspoliklinikan vastaanotolla, jolloin on laadittu kuntoutussuunnitelma. Selkäydinvammaisten seuranta on ollut pääasiassa kuntoutusohjaajan kontaktien varassa.

#### **4.3.2 Selkäydinvammaisen palvelukuvaus**

Selkäydinvammaisen kuntoutusohjauksesta on laadittu palvelukuvaus, missä on kuvattu selkäydinvammaisen ja hänen läheistensä kuntoutusohjaus vammautumisesta lähtien parin ensimmäisen vuoden ajalta. Palvelukuvaus on kooditettu kuntoutusohjauksen valtakunnallisen luokituksen mukaisesti. Palvelukuvausta käytetään tiedotettaessa sel-

käydinvammaisen kuntoutusohjaukseen sisältyvistä palveluista ja toimenpiteistä sekä tilastoinnissa (Liite 2).

#### 4.3.3 Selkäydinvammaisten hoidon, kuntoutuksen ja seurannan kehittäminen kuntoutumisosastolla

TAYS:n kuntoutumisosastolla toteutettiin *Selkäydinvammaopotilaan fysioterapian laatu-  
projekti*, minkä tavoitteena oli luoda hyvän fysioterapiakäytännön periaatteet kuntoutu-  
misosastolle. Projektin tuloksena sovittiin ja kirjattiin selkäydinvammaopotilaan fysio-  
terapian toimintakäytännöt sekä periaatteet fysioterapiamenetelmien käytöstä kuntoutus-  
jaksolla. Fysioterapeuttien projektin tavoitteet liittyivät selkäydinvammaisten seurannan  
kehittämiseen (8).

Kuntoutumisosastolla ollaan laatimassa *selkäydinvammakuntoutujan prosessia*. Lähet-  
teen saapumisesta lähtien kuvataan kuntoutujan polku kuntoutusjakson aikana, kotiu-  
tumisen ja/tai jatkohoidon järjestelyt sekä seurannan suunnitelmat. Kuntoutusohjaus ja  
seurannan koordinointi on kirjattu polun eri vaiheisiin.

#### 4.3.4 Selkäydinvammaisten lukumäärän selvitys

Suomessa arvioidaan vajaan 100 henkilön saavan vuosittain liikuntavamman ja/tai  
muiden elintoimintojen häiriöitä aiheuttavan vaikean tapaturmaisen selkäydinvamman  
(9). Varovaisen arvion mukaan Suomessa on elossa noin 2000 tapaturmaisen sel-  
käydinvamman saanutta, Pirkanmaalla noin 200. TAYS:n kuntoutumisosastolla 24B on  
ollut selkäydinaurion vuoksi kuntoutettavia vuosittain 15 - 25.

Tietohallinnosta pyydettiin vuonna 2004 poiminta ICD 9 ja ICD 10 –diagnoosien mu-  
kaan (9072A ja G82 Alaraajojen halvaukset ja neliraajahalvaukset) yli 16-vuotiaista  
osastolla tai poliklinikalla käyneistä. Poiminnan tuloksena oli 202 tiedostoa, joiden pe-  
rusteella löytyi 18 selkäydinvammaista, jotka eivät aiemmin olleet kuntoutusohjaajan  
seurannassa.

Seurannan piiriin kuuluisi 1/2005 selvitysten mukaan noin 190 selkäydinvammaista Pir-  
kanmaan sairaanhoitopiirin alueella.

#### Taulukko 1: TAYS-erityisvastuualueen selkäydinvammaisten lukumääriä 3/2005

	Seurannassa:	Uusia 2004:
PSHP	n. 190	19
EPSHP	40 (traum.)	7 (traum.)
VSHP	33	2 - 4
KHSHP	30 (43)	2 - 3
PHKS	50	2



#### 4.3.5 Seurannan piiriin otetut selkäydinvammaryhmät

Seurannan piiriin sovittiin kuuluvaksi traumaattiset selkäydinvammat ja sairaudet, jotka aiheuttavat osittaisen tai täydellisen selkäytimen katkoksen (infarkti, vuoto, myeliitti, kasvain, kysta, discus) sekä selkäydinkanavan ahtaumista spinaalistenoozi, mikä on aiheuttanut selkeän selkäydinvaurion (liite 3). Suunnitelmissa on mahdollisuuksien mukaan ottaa seurannan piiriin myös henkilöt, joilla on MMC (meningomyelocele).

#### 4.3.6 Selkäydinvammaisen terveydentilan ja kuntoutumisen seurantalomake

Lääkäri Antti Dahlberg on selvittänyt Helsingin seudulla selkäydinvammaisten tilannetta vuonna 1999. Selvitystä varten hän laati laajan kyselylomakkeen, minkä pohjalta laadittiin TAYS:n seurantaan tukeva kyselylomake. Kuntoutusohjaaja käyttää lomaketta tavatessaan selkäydinvammaisen ennen seurantakäyntiä. Seurantalomakkeella saadaan kattava kuva selkäydinvammaisen kokonaistilanteesta, terveydentilasta ja kuntoutuksesta. Lomakkeen tiedot ovat seurantakäynnillä käytettävissä, seuraavien seurantakäyntien yhteydessä voidaan kiinnittää erityisesti huomiota ongelmallisiin seurantatietoihin.

#### 4.3.7 ERVA-yhteistyö selkäydinvammaisten seurannan suunnittelussa

TAYS-erityisvastuualueen keskussairaaloiden selkäydinvammaisten seurantaan osallistuvat kuntoutusohjaajat ovat tavanneet yhteisten ja mahdollisten yhteneväisten toimintamuotojen suunnittelun merkeissä hankkeen aikana neljä kertaa.

Tapaamisten aiheita ja sovittuja toimintamuotoja:

- Selvitettiin kunkin keskussairaalan selkäydinvammaisten **seurannan nykytilanne** kesällä 2004 ja suunnitelmat toimintojen kehittämiseksi.
- Keskusteltiin seurannan piirissä olevista tai siihen otettavista **selkäydinvaurioryhmistä**. Keskussairaaloissa selvitettiin selkäydinvammaisten lukumääriä mm. tietohallinnon kautta. Useimmissa sairaaloissa seurannan piirissä ovat lähinnä traumaattisen selkäydinvaurion saaneet henkilöt; TAYS:ssa seurannan piirissä on myös sairauden tai selkäydinkanavan ahtauman johdosta selkeän selkäydinvaurion saaneet henkilöt.
- Laadittiin yhdessä **selkäydinvammaisten terveydentilan ja kuntoutuksen seurantalomake**, minkä pohjana oli lääkäri Antti Dahlbergin vuonna 1999 laatima kyselylomake. Seurantalomake on käytössä osassa keskussairaaloista. Lomakkeen avulla kuntoutusohjaaja selvittää kuntoutujan tilanteen ja seurannan tarpeet sekä tavoitteet.
- **Tietohallinnon** osalta käytiin keskusteluja ja tehtiin suunnitelmia selkäydinvammaisten seurantatiedoston laatimiseksi. Ehdolla oli tiedoston saaminen Kuntoapu-ohjelmaan, mutta se ei toteutunut. Soky-ohjelma, mikä mahdollistaa joustavan tietojen saannin esim. Kelan eläke-etuuksista ja vammaistusta saatiin myös TAYS:n kuntoutusohjaajien ja sosiaalityöntekijöiden käyttöön.

- Keskusteltiin ns. laastariveron poistumisen vaikutuksista selkäydinvammaisten seurannassa. TAYS:n kuntoutusohjaajan laatima selkäydinvammaisen palvelukuvaus vammautumista seuraavan vuoden aikana toimitettiin kaikille keskussairaaloille mahdollisesti hyödynnettäväksi yhteistyössä vakuutusyhtiöiden kanssa. Keskusteltiin mahdollisuuksista yhtenäisiin toimintamuotoihin yleisesti vakuutusyhtiöiden asiakkaiden kohdalla.
- Hankkeen aikana on tehty vilkasta yhteistyötä tietotaitojen lisäämiseksi kehitettäessä selkäydinvammaisten seurannan toimintamuotoja TAYS- erityisvastuualueen keskussairaaloissa.

#### 4.4 PSHP:n malli selkäydinvammaisten seurannan toteuttamisesta

Selkäydinvammaisten seurannan koordinoijana toimii kuntoutusohjaaja. Lähetteet ja yhteydenotot tulevat kuntoutusohjaajalle, joka tapaa asiakkaan ja selvittelee asiakkaan terveydentilan ja kuntoutuksen nykytilanteen sekä seurannan tarpeen ja tavoitteet. Kuntoutusohjaaja toimii tiiviissä yhteistyössä TAYS:n työryhmien, perusterveydenhuollon, vammaispalvelun, vakuutusyhtiöiden/Vakuutusalan kuntouttamiskeskuksen ja muiden kuntoutuksen yhteistyötahojen välillä.

Selkäydinvammaisten akuutti kuntoutus toteutuu TAYS:n kuntoutumisosastolla Pikonlinnassa, osalla kuntoutujista kuntoutusjakso jatkuu Invalidiliiton Käpylän kuntoutuskeskus Synapsiassa. Käpylän jakson jälkeen kuntoutujat tulevat kuntoutumisosastolla toimivalle selkäydinvammapoliklinikalle seurantakäynnille kuntoutussuunnitelman laatimiseksi. Kuntoutujan tilanteen ja tarpeen mukaan käynti toteutetaan välittömästi Käpylän kuntoutusjakson päätyttyä, 3 - 6 kuukauden tai vuoden päästä jatkuen elinikäisenä seurantana.

Selkäydinvammapoliklinikkatoimintaa toteutettiin aluksi TAYS:n kuntoutustutkimuspoliklinikan yhteydessä yhtenä päivänä viikossa. Vuoden 2005 aikana selkäydinvammapoliklinikkakäyntejä oli yhteensä 44, vuonna 2006 käyntejä oli 63.

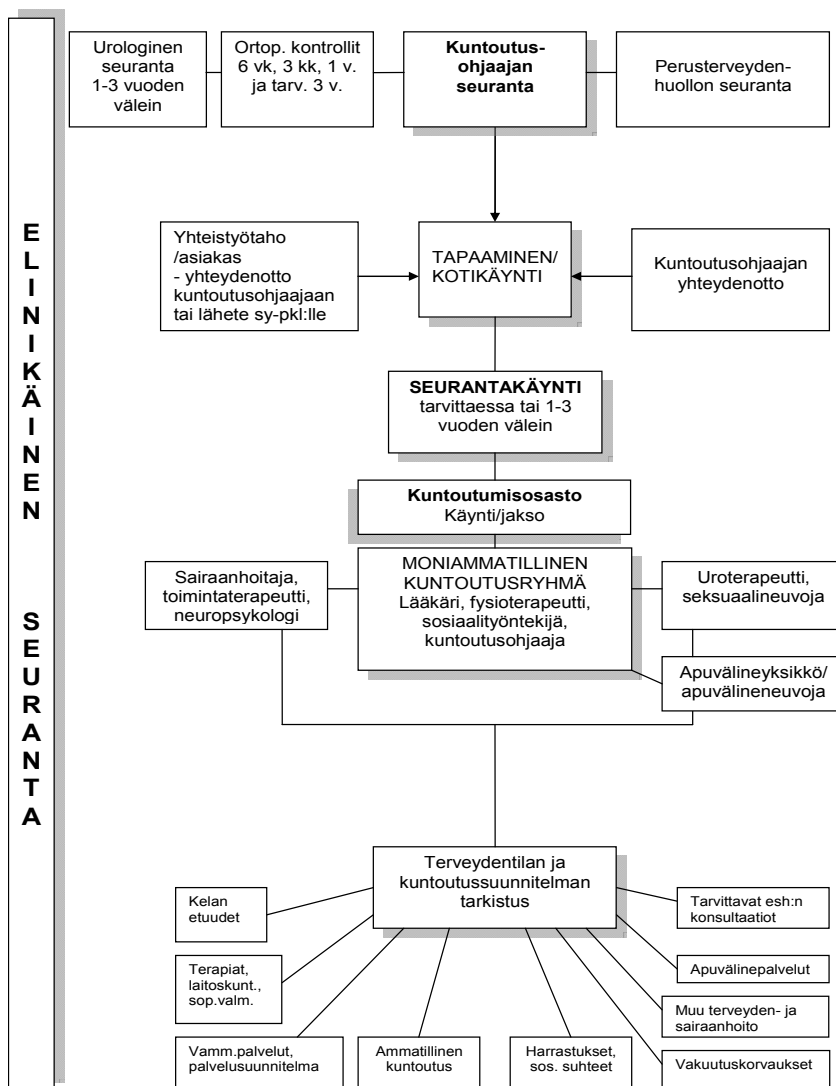
Helmikuun alusta vuonna 2007 selkäydinvammapoliklinikan toiminta siirtyi toteutettavaksi osana kuntoutumisosaston toimintaa. Selkäydinvammaisten hoito, kuntoutus ja seuranta on nyt keskitetty yhteen selkäydinvammayksikköön.

Seurantakäynnillä asiakas tapaa lääkärin ja fysioterapeutin, tarvittaessa myös sairaanhoitajan, toimintaterapeutin ja neuropsykologin. Tapaamisten jälkeen pidetään moniammatillisen kuntoutustyöryhmän palaveri. Kuntoutustyöryhmään osallistuvat myös sosiaalityöntekijä ja kuntoutusohjaaja, joiden luona käynti jatkuu tarvittaessa yksilötapamisilla. Apuvälineyksikön apuvälineineuvoja on mukana arvioimassa apuvälinetarvetta ja/tai apuvälinepalvelut toteutetaan apuvälineyksikössä. Asiakkaalla on mahdollisuus tavata myös uroterapeutti/seksuaalineuvoja.

Ennen seurantakäyntiä kuntoutusohjaaja tapaa asiakkaan, selvittelee asiakkaan terveydentilan ja kuntoutuksen nykytilanteen sekä seurannan tarpeet ja tavoitteet. Seurantakäynnillä selvitetään asiakkaan terveydentila ja toimintakyky ja tehdään tarvittavat erikoisalojen konsultaatiopyynnöt. Tarpeen mukaan tehdään myös ASIA-luokitus, selvitetään apuvälinetilanne ja laaditaan tai tarkistetaan kuntoutussuunnitelma.

Kuntoutujat kutsutaan seurantakäynnille sovitun suunnitelman mukaan 1 - 3 vuoden välein tai tarvittaessa. Moniongelmaisten tai useiden erityistyöntekijöiden arvioita edellyttävät seurannat saatetaan toteuttaa useamman päivän seuranta- tai arviointijaksolla.

Kuntoutumisosaston ja selkäydinvammaopoliiklinikan palvelut ovat myös TAYS-erityisvastuualueen käytettävissä. TAYS:n selkäydinvammaisten seurannan piiriin kuuluvat sekä trauman että sairauden perusteella selkäydinvamma saaneet henkilöt. Uutena ryhmänä pyritään ottamaan seurannan piiriin myös meningomyelocelen vuoksi vammautuneet. Seurantakäynnille voivat osallistua asiakkaan läheiset, kuntoutuksen yhteistyöhön osallistujat ja palvelun tuottajat (omat terapeutit) asiakkaan tilanteen mukaan. Molemminpuolista yhteistyötä toteutetaan tiiviisti Invalidiliiton Käpylän Kuntoutuskeskus Synapsian kanssa.



Kuva 4: Selkäydinvammaisten elinikäisen seurannan kaavio

## 4.5 Projektin tavoitteiden toteutuminen

### 1. Elinikäinen seuranta

Selkäydinvammaisten subakuutti hoito, kuntoutus ja seuranta on saatu keskitettyä yhteen moniammatilliseen selkäydinvammayksikköön kuntoutumisosastolle. Myös selkäydinvammaisten kuntoutusohjaaja, joka on seurannan yhdyshenkilö ja koordinaattori, toimii nykyisin kuntoutumisosaston yhteydessä. Selkäydinvammaisten elinikäistä systemaattista seuranta toteutetaan TAYS:ssa kuntoutumisosastolla joko polikliinisenä toimintana tai kuntoutusarviointijaksoina 1 - 3 vuoden välein tai tarpeen mukaan.

### 2. Selkäydinvammapoliklinikkatoiminta

Selkäydinvammaisten seurannassa toimii moniammatillinen työryhmä. Asiakas tapaa aina fysioterapeutin, lääkärin, kuntoutusohjaajan ja sosiaalityöntekijän. Tarvittaessa tapaamiseen osallistuvat sairaanhoitaja, toimintaterapeutti, neuropsykologi ja apuvälineneuvoja. Tapaaminen uroterapeutti/seksuaalineuvojan tai ravitsemusterapeutin kanssa järjestetään erikseen. Tarpeen mukaan järjestetään tarvittavat erikoisalojen konsultaatiot.

### 3. Vuonna 2001 laaditun selkäydinvammaisten hoito- ja kuntoutusprosessin päivitys

Vuonna 2001 laadittua *Selkäydinvammaisten hoito- ja kuntoutusprosessi PSHP:ssä* päivitetään käytännön työn kautta. Prosessi on nyt täydentynyt järjestelmällisen seurannan tuloksena.

### 4. Selkäydinvammarekisterin luominen

Varsinaista rekisteriä ei selvitysten jälkeen laadittu. Kuntoutusohjaajalla on tiedosto alueen selkäydinvammaisista ja tilastot seurannasta.

### 5. Verkoston luominen perusterveydenhuoltoon

Yhteistyötä perusterveydenhuollon kanssa on tehostettu. Kaikkiin terveyskeskuksiin pyritään nimeämään vaikeavammaisten yhdyshenkilö.

Terveyskeskuksille ja muille yhteistyötahoille on tiedotettu selkäydinvammaisten asiantuntijatahon konsultaatiomahdollisuudesta. Selkäydinvammaisten seurannasta on tiedotettu Selkäydinvammaisten ja aivovammaisten seuranta -tiedotteella (liite 4) ja kirjoitettu artikkelit TSI-lehteen(10) ja Selkäydinvamma-lehteen (11 ja 12).

Kuntoutusohjaaja on esitellyt seurannan uutta toimintamallia myös alueellisissa ja valtakunnallisissa koulutustilaisuuksissa (mm. 15.12.2006 Selkäydinvammaisten seuranta PSHP:ssä ja 21.10.2005 Pirkanmaan kuntoutussymposiumi).

### 6. Tiedon kulun/tietohallinnon kehittäminen

TAYS-erityisvastuualueen selkäydinvammaisten kuntoutusohjaajilla on käytössään yhtenäinen seurantalomake. Selkäydinvammaisten seurannan (myös yleisemmin kuntoutusohjaajien asiakkaiden) tiedoston säilyttämistä ja päivittämistä suunniteltiin Kunto-Apu-ohjelmaan. Seurantatiedoston saamista myös Mirandaan on suunniteltu.

Tietohallinnossa on toteutunut 3/2006 ns. Soky-ohjelma, minkä kautta kuntoutusohjaajalla on mahdollisuus tarkistaa viiveettä hoitoon ja kuntoutukseen vaikuttavia Kela-tiedostoja. Käyttö lisääntyisi, mikäli ohjelma laajenisi koskemaan myös kuntoutuspäättöksiä. Selkäydinvammaisten kuntoutus kuntoutumisosastolla ja seuranta on mukana ICF-prepilotoinnissa.

## **7. Yhteistyö vakuutusyhtiöiden kanssa**

Vakuutusyhtiöiden kanssa yhteistyö Täyden korvauksen -asiakkaiden kuntoutuksen suunnittelussa ja seurannassa on alkanut hyvin. Tiedotetaan ja tarjotaan vakuutusyhtiöille tehokkaammin selkäydinvammaisten kokonaisvaltaista seurantaa, mikä sisältäisi kuntoutusohjauksen lisäksi selkäydinvammapoliklinikakäynnit ja uroterapeutin / seksuaalineuvojan sekä apuvälineyksikön palvelut.

### **4.6 Yhteistyö TAYS-erityisvastuualueella**

Erytisvastuualueella toimivien selkäydinvammaisten kuntoutusohjaajien yhteistyötä jatketaan kehittämällä toimintatapoja seurannassa saatujen kokemusten myötä. Hankkeen aikana kuntoutusohjaajilla oli neljä koko päivän kestäneitä koulutus- ja yhteistyötapaamisia. Tapaamisia jatketaan kehittämistarpeiden ja koulutusten mukaan, vähintään kerran vuodessa. Erytisvastuualueen kuntoutusohjaajien käyttöön suunnitellaan myös yhteneväistä vaikeavammaisten seurantatiedostoa.

TAYS:n uroterapian ja seksuaalineuvonnan palvelut ovat erityisvastuualueen selkäydinvammatomijoiden käytössä. Kuntoutumisosastolle tai selkäydinvammapoliklinikalle voidaan ohjata erityisvastuualueen moniongelmaisia selkäydinvammaisia kuntoutusarviokäynneille tai -jaksoille. Tarvittaessa kuntoutusohjaaja voi myös antaa konsultaatiopalveluita sekä perusterveydenhuollolle että erityisvastuualueelle.

## **5. AIVOVAMMAPOTILAIEN KUNTOUTUMISEN SEURANTA**

Aivovammapotilaan kuntoutusohjaus ja kuntoutumisen seurantamallin luominen sekä aivovammapoliklinikatoiminnan kehittäminen aloitettiin osana TAYS-erityisvastuualueen hanketta *Erikoissairaanhoidon mahdollisuudet kuntoutustoiminnan kehittäjänä*.

### **5.1 Taustaa**

Aivovammapotilaiden seuranta on aikaisemmin ollut osittain hajanaista ja sattumanvaraista. Kuntoutumisen seuranta on tapahtunut useilla eri tahoilla riippuen vamman laadusta ja sen aiheuttamasta haitasta, vammautuneen asuinkunnasta ja siitä mikä taho (vakuutusyhtiö, Kela, terveydenhuolto) on kustantanut kuntoutusta. Tämän pohjalta kuntoutusohjaaja lähti kehittämään projektityössä aivovammapotilaiden seurantamallia, jonka avulla pyrittiin yhtenäistämään käytäntöjä ja antamaan potilaille tasa-arvoinen mahdollisuus saada tasokasta palvelua kuntoutukseen ja kuntoutumisen seurantaan liittyen. Samalla luotiin pohjaa aivovammapoliklinikatoiminnalle Pirkanmaan sairaanhoitopiirissä.

Sekä aivovammapotilaiden kuntoutumisen seuranta, että aivovammapoliklinikan koordinointi rakentui kuntoutusohjauksen varaan. Tarkoituksena oli saada mahdollisimman moni aivovamman saanut kuntoutusohjaajan seurannan piiriin. Tarkoituksena oli myös lisätä asiakkaiden tyytyväisyyttä ja mahdollisuuksia saada yhdenvertaisia palveluja ja samalla tiivistää yhteistyötä kuntoutusta suunnittelevien, kuntoutusta toteuttavien ja kuntoutusta rahoittavien tahojen kanssa.

## **5.2 Projektin tavoitteet**

### **1. Aivovammapotilaiden seurantamallin kehittäminen**

- toimintamallin avulla selkiytetään aivovammapotilaan seuranta ja kuntoutuksen järjestämistä ja kuntoutussuunnitelmien tekemistä
- projektin aikana luodaan tarvittavia yksilöllisiä toimintamalleja aivovammapotilaiden kuntoutumisen seurannan järjestämiseksi

### **2. Aivovammapoliklinikkatoiminnan luominen**

- tavoitteena on luoda polikliininen seuranta aivovamman saaneille ja koota moniammatillinen työryhmä
- tavoitteena on toteuttaa eri alojen konsultaatiot osana poliklinikkatoimintaa

### **3. Lievien aivovammojen kuntoutus ja seuranta.**

- tavoitteena on luoda järjestelmä, jossa tavoitetaan myös ne aivovamman saaneet, jotka eivät akuuttivaiheen jälkeen siirry jatkohoitopaikkaan, vaan menevät suoraan kotiin ja vasta myöhemmin ilmenee aivovamman aiheuttamia selviytymisen ongelmia

### **4. Aivovammarekisterin luominen**

- rekisterin avulla tiedetään aivovamman saaneiden määrä sekä seurannan tarve
- rekisteriä voidaan käyttää apuna aivovammoihin liittyvässä tieteellisessä työssä

### **5. Tiedon kulun/tietohallinnon kehittäminen**

- yhteisen dokumentoinnin kehittäminen ja tietojärjestelmien soveltaminen hankkeen käyttöön
- ICF-luokituksen prepilotointi aivovammapotilaan kohdalla ja aivovammapoliklinikan toiminnassa

### 5.3 Projektin toteutus

#### 5.3.1 Lähtötilanteen selvitys

Aivovammapotilaan hoidon ja kuntoutuksen tilannetta kuvattiin vuonna 2004 tekemällä vuokaavion muotoon aivovammapotilaan kulku hoidon ja kuntoutumisen eri vaiheissa Pirkanmaan sairaanhoitopiirin sisällä. Vuokaaviossa kuvattiin myös kuntoutussuunnitelman ja seurannan toteutumista ja kuntoutuksen rahoituksen ja muiden tukipalveluiden järjestymistä. Esimerkkinä oli vaikean aivovamman saanut nuori nainen, jonka vammautumisesta oli kulunut yli viisi vuotta.

Hoidon ja kuntoutuksen nykytilaa selvitettiin myös tiiviissä käytännön yhteistyössä TAYS:n neurologian osastojen ja kuntoutumisosaston kanssa. Yhteistyötä tehtiin myös kuntoutusta toteuttavien ja rahoittavien tahojen kanssa.

Valtakunnallisesti selvitettiin aivovammapotilaiden kuntoutusohjausta ja kuntoutumisen seuranta tekemällä puhelinkysely kaikille yliopistollisten sairaaloiden neurologian alueen kuntoutusohjaajille. Kyselyn tuloksena ilmeni, että systemaattista kuntoutumisen seuranta ei ollut järjestetty. Erityisesti lievän ja keskivaikean aivovamman saaneet ohjautuivat sattumanvaraisesti palveluiden piiriin ja kuntoutusohjaukseen. Vaikean aivovamman saaneiden alkuvaiheen hoito ja kuntoutus eteni normaalien kuntoutuspalvelujärjestelmien mukaan, ja myös seuranta oli tämän johdosta tiiviimpää. Vaikean aivovamman saaneet ohjautuivat myös kuntoutusohjaukseen hoidon ja kuntoutuksen alkuvaiheesta lähtien.

#### 5.3.2 Aivovamman saaneiden määrä

Aikuisiän aivovammojen Käypä hoito -suosituksen mukaan Suomessa ensikertaa aivovamman päädiagnooseilla hoidettujen potilaiden ilmaantuvuus oli vuosina 1991 – 2000 noin 100/100 000. Pirkanmaan sairaanhoitopiirin väestöpohja on noin 470 000. Sairaalassa hoidetaan arviolta vain noin 25 % kaikista aivovamman saaneista. Aivovammaliiton arvion mukaan aivovamman saanee Suomessa 15 000 – 20 000 henkilöä vuodessa. Pysyvien oireilevien jälkitilojen esiintyvyydeksi on arvioitu noin 2,3 % väestöstä. On arvioitu, että Suomessa elää noin 100 000 henkilöä, joilla on pysyvä, oireileva aivovamman jälkitila (13). Osalla potilaista aivovamma on saattanut jäädä kokonaan huomaamatta (lievä aivovamma, muita vammoja), joten hoidettujen potilaiden määrä ei anna kokonaiskuvaa aivovamman saaneiden määrästä.

Tietopalvelusta selvitettiin, kuinka monta aivovamman saanutta, yli 16 -vuotiasta Pirkanmaan sairaanhoitopiirin alueella kirjoilla olevaa potilasta, hoidettiin TAYS:n ensiavussa, neurokirurgian osastolla 6a, neurologisella osastolla 25B, kuntoutumisosastolla 24B sekä kuntoutustutkimuspoliklinikalla vuosina 2004, 2005 ja 2006. Mukaan otettiin ICD 10 -mukaiset diagnoosit T 90.5 ja S06\*(Liite 5). Tietopalvelusta pyydettiin erikseen potilaiden, hoitojaksojen ja avohoitokäyntien lukumäärät.

Vuonna 2005 TAYS:n ensiavussa hoidettiin 727 potilasta ja vuonna 2006 yhteensä 625 potilasta em. diagnooseilla. Aivovammapoliklinikalla oli lääkäriellä käyntejä vuonna 2006 yhteensä 197 ja yksittäisten asiakkaiden määrä oli 90. Näistä noin kolmanneksella kuntoutusta kustansi joko liikenne- tai tapaturmavakuutusyhtiö.

Kuntoutusohjaajan aktiivisessa seurannassa oli yli 90 aivovamman saanutta vuoden 2006 aikana. Useiden asiakkaiden kanssa oli useita tapaamisia, neuvotteluja tai puhe- luita aivovammapotilaan seurantaan liittyen.

#### **5.4 Uusi seurantamalli**

Projektin myötä TAYS:n osastojen kanssa on sovittu käytäntö, jonka mukaan kuntou- tusohjaajalle tulee tieto kaikista aivovamman saaneista, erityisesti niistä, joiden hoidon tai kuntoutumisen järjestäminen vaatii seurantaa ja jatkotoimenpiteitä. Tärkeää on koh- distaa huomio myös lievän aivovamman saaneisiin, joiden vamma on saattanut alku- vaiheessa jäädä kokonaan huomaamatta ja oireet ilmenevät vasta myöhemmin. Tämä on merkityksellistä potilaan hoidon ja kuntoutuksen kannalta ja myös koska vuoden 2005 alusta on tullut voimaan lainsäädäntö vakuutusyhtiöiden täyskustannusperiaat- teesta (TÄKY).

Seurantamallin sisällä on luotu erilaisia käytäntöjä yksilöllisistä lähtökohdista käsin si- ten, että kokonaisuuden koordinoitua hoitaa kuntoutusohjaaja toimien yhdyshenkilönä eri tahojen välillä. Käytännön yhteistyötä eri hoitoon ja kuntoutukseen osallistuvien ta- hojen ja kuntoutusta rahoittavien tahojen kanssa on tiivistetty, erityisesti tätä kehitettiin asiakaskohtaisten yhteistyöneuvottelujen/verkostopalaverien avulla.

Kuntoutumisosastolla 24B Pikonlinnassa hoidetaan ja kuntoutetaan aivovamman saa- neita. Osaston kanssa on sovittu, että kuntoutusohjaaja osallistuu mahdollisuuksien mukaan kaikkiin aivovammapotilaiden lähiryhmiin ja näin ollen kuntoutusohjaajan seu- ranta alkaa näiden potilaiden kohdalla kuntoutumisosastojakson aikana. Lähes kaikki- en kuntoutumisosastolla olleiden aivovammapotilaiden jatkohoito ja lääkinnällisen ja ammatillisen kuntoutuksen suunnittelu ja työkyvyn arviointi siirtyy kuntoutumisosasto- jakson jälkeen aivovammapoliklinikalle kuntoutusohjaajan koordinoimana.

Seuranta on osoittanut aivovammapotilaiden psykiatrisen hoidon ja seurannan tarpeen. Tähän liittyen on kehitetty yhteistyötä Pitkänniemen neuropsykiatrian osaston (PSG4) kanssa ja luotu toimivat yhteistyökäytännöt. Osaston kanssa on ollut yhteistyöneuvotte- luja ja kuntoutusohjaaja on osallistunut aivovammapotilaiden hoitoneuvotteluihin. Tuol- loin on yhteisesti todettu mahdollinen jatkohoidon, kuntoutuksen ja seurannan tarve ja päätetty kuntoutusohjaajan tapaamisesta ja aivovammapoliklinikan käynneistä. Myös Pitkänniemen sairaalan akuuttipsykiatrian osastojen sekä yleissairaalapsykiatrian poli- klinikan kanssa on tehty yhteistyötä.

##### **5.4.1 Aivovammapoliklinikka ja kuntoutusohjaajan seuranta**

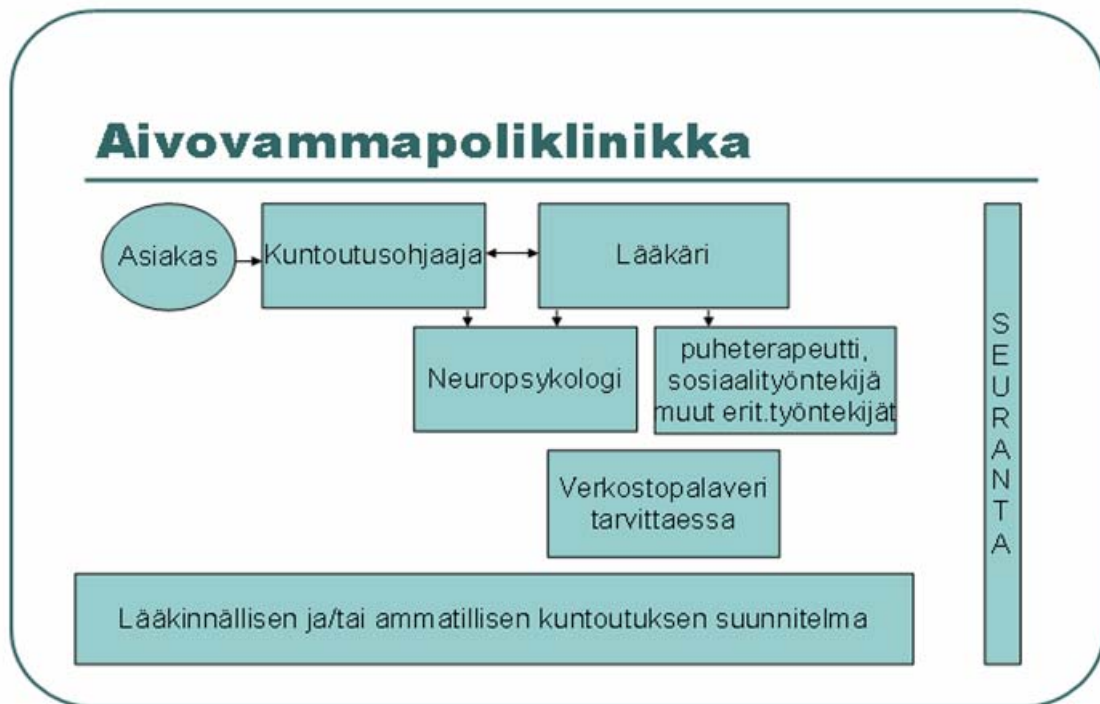
Aivovammapoliklinikkatoiminta käynnistettiin ja se toimii TAYS:n kuntoutuskeskukses- sa. Kuntoutusohjaaja koordinoi aivovammapoliklinikan toimintaa ja on tarpeen mukaan yhteydessä yhteistyötahoihin (kuva 5).

Aivovammapoliklinikalle tullaan joko lääkärin läheteellä tai asiakkaan, omaisen tai yh- teistyötahon kautta kuntoutusohjaajalle tulleen yhteydenoton perusteella. Aivovamma- poliklinikkatoiminta on rakentunut siten, että kuntoutusohjaaja tapaa ensin asiakkaan, jolloin yleensä selvitetään asiakkaan kokonaistilannetta, kuntoutuspalvelujärjestelmiin liittyviä asioita ja asiakkaan kuntoutumiseen liittyvän ohjauksen ja tuen tarvetta.



Kuntoutusohjaajan arvion pohjalta varataan aika aivovammapoliklinikan lääkärille, joka tarvittaessa tekee pyynnöt erityistyöntekijöille, erityisesti neuropsykologin tutkimus ja arvio tilanteesta on usein olennaisen tärkeä. Lisäksi on mahdollisuus puheterapeutin ja sosiaalityöntekijän konsultaatioon. Tarvittaessa pyydetään myös fysiatrian osastolta fysioterapeutin tai toimintaterapeutin arviot. Tarpeen mukaan toteutetaan myös lääkärin ja kuntoutusohjaajan tai sosiaalityöntekijän ja kuntoutusohjaajan yhteisvastaanottoja. Neuvotteluja pidetään säännöllisesti kuntoutusohjaajan, lääkärin, neuropsykologin ja muiden erityistyöntekijöiden välillä.

Aivovamman luonteesta johtuen myös läheisiltä saatu informaatio asiakkaan oireista ja selviytymisestä on olennaisen tärkeää. Läheisten tuen ja tiedon tarve korostuu erityisesti silloin, kun aivovamma on aiheuttanut haittaa kognitiivisissa toiminnoissa. Asiakkaan luvalla läheiset voivat olla mukana kuntoutusohjaajan tapaamisissa tai lääkärin vastaanotolla ja yhteistyöneuvotteluissa.



Kuva 5: Aivovammapoliklinikan toimintakaavio

Tarpeen mukaan asiakkaan tilanteesta järjestetään yhteinen neuvottelu, johon kutsutaan aivovammapoliklinikan tiimin lisäksi asiantuntijoita eri tahoilta (Kela, VKK, työvoima, hoitava terapeutti jne.). Neuvotteluissa voidaan tehdä jatkosuunnitelmia yhteistyöstä sekä kuntoutusta rahoittavan että kuntoutusta toteuttavan tahon kanssa. Aivovammapoliklinikalla tehdään lääkkinnällisen ja ammatillisen kuntoutuksen suunnitelmia.

Kuntoutusohjaaja seuraa tehtyjen suunnitelmien toteutumista. Useimmiten sovitaan seurantakäynti kuntoutusohjaajan luokse 2 - 3 kk:n kuluttua lääkärin tapaamisesta tai yhteistyöneuvottelusta. Tämän jälkeen seurantatapaamisia sovitaan yksilöllisen tarpeen mukaan.

Aivovammaan liittyvän kognitiivisen haitan takia on tärkeää, että kuntoutusohjaajan seurantakäynnit on etukäteen sovittu. Tämä antaa asiakkaalle tiedon ja varmuuden siitä, että tehdyn kuntoutussuunnitelman toteutumista seurataan ja suunnitelman toteutumisen esteisiin tai ongelma-kohtiin voidaan tarttua nopeasti. Asiakkaalla tai läheisellä on aina mahdollisuus ottaa yhteyttä kuntoutusohjaajaan, mikäli suunnitelman toteutumisessa tulee ongelmia.

Tavoitteena on, että mahdollisimman moni aivovamman saanut saa kuntoutusohjaajan yhteystiedot jo hoidon ja kuntoutuksen alkuvaiheessa, viimeistään kuitenkin aivovammapoliklinikalla. Näin asiakas saa mahdollisuuden ottaa yhteyttä, vaikka varsinaisesti sovittua seuranta-aikaa ei olisi vielä järjestetty. Aivovammapotilaiden kuntoutumisen seuranta on tapahtunut joko kuntoutusohjaajan tapaamisina toimistolla, kotikäynneillä tai tapaamisina TAYS:n eri osastoilla tai yhteistyötahojen luona järjestetyissä neuvotteluissa.

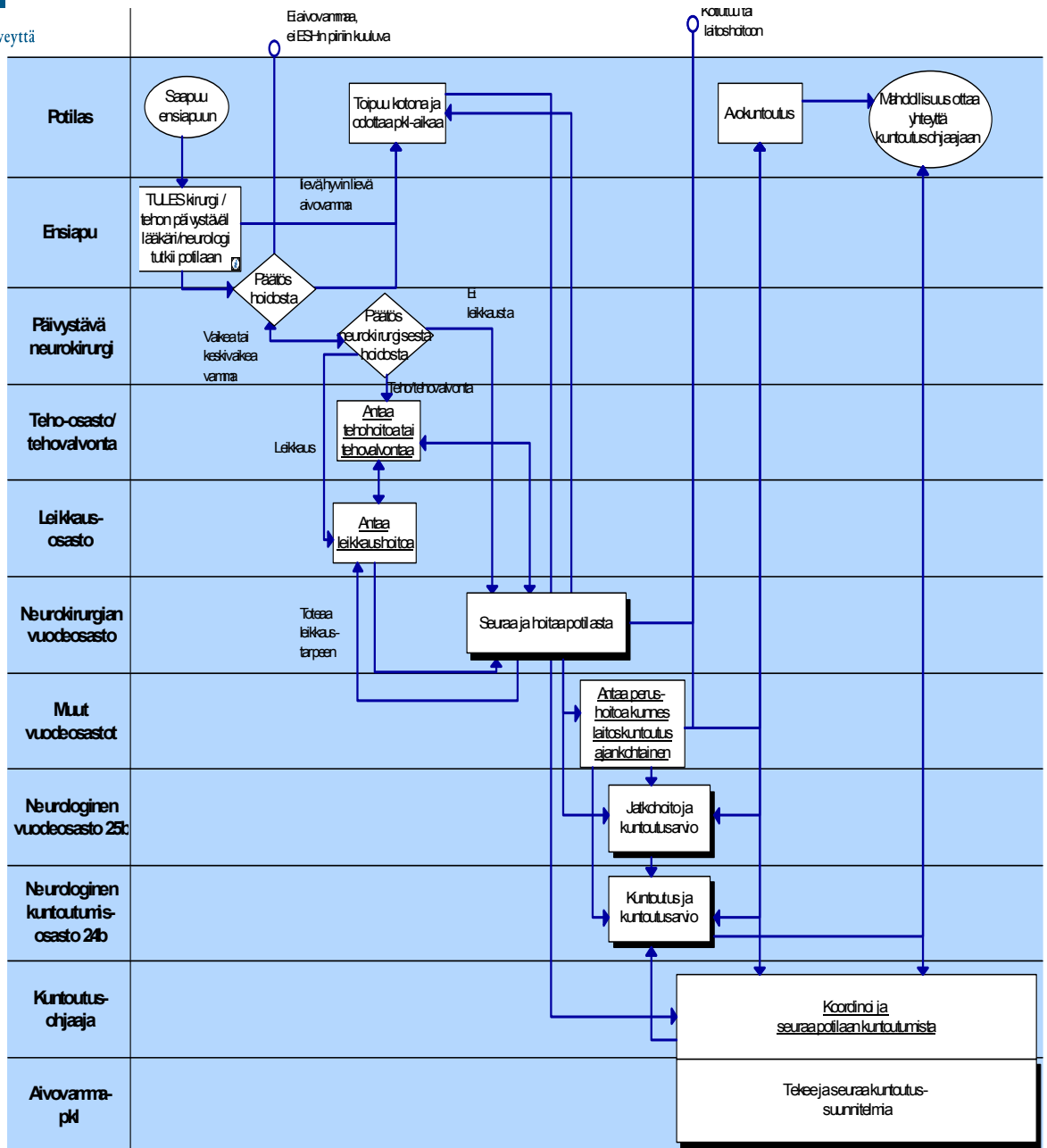
### **5.5 Kallioaivovammapotilaan prosessin mallinnus**

Aivovammapotilaan seurantamallin kehittämishankkeen aikana valittiin Neuroalojen ja kuntoutuksen vastuualueella (NIKU) kallioaivovammapotilaan prosessi sellaiseksi prosessiksi, joka mallinnetaan osana Pirkanmaan sairaanhoitopiirin palveluprosesseja. Kallioaivovammapotilaan prosessissa kuvataan akuutin aivovammapotilaan diagnostiikka, hoito ja kuntoutuminen ensiavusta, tehohoidon, neurokirurgisen hoidon, neurologisen hoidon ja kuntoutumisosastohoidon kautta aivovammapoliklinikalle ja kuntoutusohjaajan seurantaan saakka (kuva 6). Asian työstäminen alkoi jo vuoden 2004 aikana ja sitä jatkettiin vuonna 2005. Varsinainen prosessin mallinnus tapahtui maaliskuussa 2006. Kuntoutusohjaaja toimi kallioaivovammapotilaan prosessin mallintajana. Kallioaivovammapotilaan prosessi ja siihen liittyvä kirjallinen kuvausmalli on julkaistu Pirkanmaan sairaanhoitopiirin intranet -sivuilla: Laadunhallinta ja kehittäminen (14).



Yhdessä terveyttä

## Kallo-aivovammapotilaan hoitoprosessi



Kuva 6: Kallu-aivovammapotilaan hoitoprosessi

### 5.6 Yhteistyön kehittyminen

Tampereen kaupungin kuntoutumisosaston (Hasa V1) kanssa on käynnistynyt toimintamalli, jossa kuntoutusohjaaja kutsutaan tarpeen mukaan aivovammapotilaan hoitoneuvotteluun kuntoutumisosastolle. Tärkeitä yhteistyökumppaneita ovat kuntoutumis-

osaston sosiaalityöntekijä ja avoterveydenhoidon neuropsykologi ja toimintaterapeutti. Myös muiden kuntien terveyskeskusten kanssa on ollut tarpeen mukaan samantapaisia hoitoneuvotteluja tai yhteistyötä on tehty puhelimitse.

Mielenterveystoimistojen kanssa on tehty yhteistyötä ja tarpeen mukaan kuntoutusohjaaja osallistuu hoitoneuvotteluihin. Aivovammapotilaiden psykiatrisen tuen tarve on keskeistä ja yhteistyötä mielenterveystoimistojen kanssa tulisi jatkossa entisestään kehittää. Tässä yhteistyössä kuntoutusohjaajan roolin tulisi olla nimenomaan aivovamman ja sen aiheuttaman oirekuvan asiantuntijana toimimista siten, että voidaan tehdä yhteisiä suunnitelmia asiakkaan parhaaksi.

Vakuutusyhtiöiden ja Vakuutus Kuntoutus ry:n (VKK) kanssa on yhteistyö tiivistynyt vakuutusyhtiöpotilaiden kustannuskorvausperiaatteiden muututtua 1.1.2005. Erityisesti aivovammapotilaiden ammatillisen kuntoutuksen suunnittelua, arviointia ja seuranta kehitetään edelleen, jolloin yhteistyö VKK:n kuntoutussuunnittelijoiden kanssa on keskeistä. Vaikeiden aivovammojen jälkitilojen kohdalla keskeistä on toimintakykykuntoutus ja myös tähän liittyviä kuntoutussuunnitelmia tehdään yhteistyössä VKK:n kuntoutussuunnittelijoiden kanssa. Asiakaskohtainen yhteistyö on toteutunut yhteisten neuvotteluiden, tapaamisten ja puhelinkeskusteluiden kautta.

Kelan, Työvoimatoimistojen, sosiaalitoimen, koulujen ja oppilaitosten ja yksityisten kuntoutuslaitosten ja yksityisten palveluntuottajien kanssa on yhteistyö sujunut joustavasti. Tarpeen mukaan on järjestetty yhteisiä neuvotteluja ja muita tapaamisia asiakasasioihin liittyen. Yhteistyö hoitavien neuropsykologien kanssa asiakkaan kuntoutussuunnitelmien laatimisessa ja niiden toteutumisen seurannassa on erittäin tärkeää.

## **5.7 Projektin tavoitteiden toteutuminen**

### **1. Aivovammapotilaiden seurantamallin kehittäminen ja aivovammapoliklinikkatoiminnan luominen**

Asiakkaan seurantaprosessi on tehostunut. Ammatillisen ja lääkinnällisen kuntoutuksen suunnitelmat tehdään keskitetysti kuntoutustutkimuspoliklinikan yhteydessä toimivalla aivovammapoliklinikalla kuntoutusohjaajan koordinoimana. Kuntoutussuunnitelmat tehdään aina moniammatillisena yhteistyönä yhdessä asiakkaan kanssa. Suunnitelmien toteutumista seurataan henkilökohtaisten tapaamisten ja puhelinkontaktien avulla ja tekemällä tiivistä yhteistyötä hoitoon ja kuntoutukseen osallistuvien tahojen kanssa. Seuranta on systemaattista ja se toteutetaan yksilöllisistä lähtökohdista. Kuntoutusohjaaja järjestää seurantakäynnit aivovammapoliklinikan lääkärille tarpeen mukaan. Aivovammapoliklinikkatoiminta ja kuntoutusohjaajan seuranta on kuvattu tarkemmin kohdassa 5.4.1. Aivovammapoliklinikasta ja aivovammapotilaiden systemaattisesta seurannasta on tullut pysyvä käytäntö.

### **2. Lievien aivovammojen kuntoutus ja seuranta**

Nyt luodun seurantakäytännön myötä ohjautuu kuntoutusohjaajan seurantaan ja aivovammapoliklinikalle entistä enemmän myös lievän tai keskivaikean aivovamman saaneita, joiden kuntoutumisen tavoitteena on mahdollisesti työelämään tai opiskelemaan paluu. Seurannan avulla pyritään asiakkaita tukemaan näihin tavoitteisiin pääsemisessä.

### 3. Aivovammarekisterin luominen

Aivovammarekisteriä ei ole luotu. Aivovamman saaneiden ja hoidettujen potilaiden ja käyntien määrää on seurattu tilastojen kautta.

### 4. Tiedon kulun/tietohallinnon kehittäminen

Tiedottamista aivovammoista ja aivovammapoliklinikkatoiminnasta ja aivovammapotilaiden seurannasta on toteutettu valtakunnallisissa ja alueellisissa koulutustilaisuuksissa ja yhteisissä neuvotteluissa, joissa kuntoutusohjaaja on toiminut luennoitsijana. Kuntoutusohjaaja on toiminut luennoitsijana mm. seuraavissa koulutuksissa: Neurokirurgian opintopäivät Tampere talossa 9/2004, Pirkanmaan sairaanhoitopiirin alueellinen koulutuspäivä aivovammoista 12/2004, Aivovammojen kehittyvä diagnostiikka, hoito ja kuntoutus -aivovammaseminaari 4/2006. Terveyskeskuksiin ja muille yhteistyökumppaneille on tehty tiedote TAYS:n aivovammapoliklinikan toiminnasta ja kuntoutusohjaajan seurannasta (liite 4). Tampereen seudun invalidit, TSI-lehdessä on julkaistu artikkeli aivovammapoliklinikkatoiminnasta ja aivovammapotilaan seurannasta (10).

#### 5.8 Uutta toimintaa ja kehittämishankkeita

Aivovammaliiton kanssa yhteistyössä on suunniteltu ja aloitettu uutta toimintaa aivovammapotilaille, mm. nuorten aivovammapotilaiden vertaistukiryhmä, omaisten vertaistukiryhmä ja Aivovammaliiton toimintaryhmä, jotka kaikki käynnistyivät vuoden 2005 aikana. Aivovammaliiton klubitalo on aloittanut toimintansa Tampereella keväällä 2007. Kuntoutusohjaaja osallistuu toiminnan suunnitteluun ja kehittämiseen Tampereen klubitalon ohjausryhmän jäsenenä sekä ohjaa asiakkaita tämän toiminnan piiriin tehden samalla yhteistyötä kuntien vammaispalvelutoimistojen kanssa.

Kuntoutusohjaaja on työstänyt yhdessä aivovammapoliklinikan neuropsykologin kanssa aivovammapotilaan työ- ja toimintakyvyn arviointia ICF-toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälisen luokituksen mukaan (18). Tämän kehittämistyön yhteydessä tehdään tiivistä yhteistyötä Muotialan asuin- ja toimintakeskuksen Resursipajan kanssa, jossa käytännössä aivovamman saaneen työ- ja toimintakyky voidaan arvioida eri työpajoissa käyttäen ICF-luokitusta arvioinnin pohjana.

Pirkanmaan sairaanhoitopiirissä on meneillään monitieteinen tutkimus "Lievän ja keski- vaikean traumaattisen aivovamman aiheuttamat toimintakyvyn muutokset". Tässä tutkimuksessa kuntoutusohjaaja on ollut jo pilottivaiheesta alkaen mukana toimien mm. tiedekokousten sihteerinä ja käytännön yhteistyön tekijänä. Syksyn 2007 aikana kuntoutusohjaajan työpanosta tähän tutkimukseen on lisätty ja samalla on lisätty myös mahdollisuuksia aivovammapotilaan seurannan toteuttamiseen.

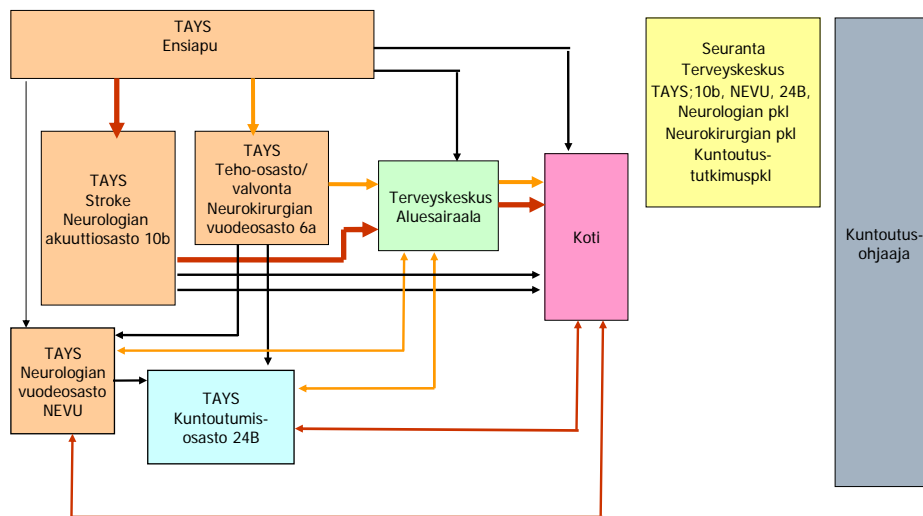
Hankkeisiin osallistumisen myötä on kuntoutusohjaajan tehtävissä, varsinaisen asiakastyön lisäksi, entistä enemmän korostunut kehittäjän ja koordinoijan rooli. Kuntoutusohjaajan keskeinen tehtävä edelleen on toimia vamman ja sairauden asiantuntijana laajassa yhteistyöverkostossa. Aivovamman kohdalla tämä asiantuntijuus korostuu, koska aivovamman oirekuva on hyvin monimutkainen ja usein kognitiivisen haitan ja käyttäytymiseen liittyvien ongelmien takia vaikeasti ymmärrettävä.

## 6. AIVOVERENKIERTOHÄIRIÖPOTILAIEN KUNTOUTUSOHJAUS

Tässä osioissa kuvataan aivoverenkiertohäiriöpotilaiden (AVH) kuntoutusohjausta sekä kuntoutusohjaajan osuutta aivoverenkiertohäiriöpotilaan hoito- ja kuntoutuskäytäntöjen kehittämistoiminnoissa. Kehittäminen toteutettiin TAYS:n (toimialue 3) omina kehittämishankkeina ja ne nivelyivät tiiviisti kuntoutusohjauksen ERVA-hankkeeseen.

### 6.1. AVH -potilaan hoidon ja kuntoutuksen kulku Pirkanmaan sairaanhoitopiirissä

AVH-potilaan akuuttivaiheen hoito ja kuntoutus tapahtuvat useimmiten Tampereen yliopistollisen sairaalan (TAYS) neurologian akuuttiosastolla 10b tai neurokirurgian vuodeosastolla 6a. Jatkoahoito ja kuntoutus tapahtuvat terveyskeskusten vuodeosastoilla tai aluesairaaloissa ja joidenkin potilaiden kohdalla TAYS:n neurologian vuodeosastolla (NEVU) tai Pikonlinnan sairaalassa kuntoutumisosastolla 24B. Jatkohoidon ja kuntoutuksen toteutuspaikan valintaan vaikuttavat potilaan hoidon ja kuntoutuksen tarve sekä kuntien ja sairaanhoitopiirin väliset palvelusopimukset (kuva 7).



Kuva 7: AVH-potilaan hoidon ja kuntoutuksen kulku eri hoitoyksiköissä PSHP:ssä. AVH-potilaan akuuttivaiheen jälkeinen hoito ja kuntoutus ovat siirtyneet pääosin perusterveydenhuollon vastuulle. Hoitoaika TAYS:n akuuttiosastoilla on keskimäärin 3 - 5 vuorokautta. AVH-potilaan seuranta on hajanaista ja tapahtuu eri yksiköissä.

TAYS:n ensiavussa hoidetaan vuosittain noin 1500 AVH-potilasta, joista vuonna 2006 oli TIA-potilaita (ohimenevä aivoverenkiertohäiriö) noin 350. Neurologian akuuttiosastolla 10b vuonna 2006 hoidetuista 1260 potilaasta oli TIA-potilaita 255. Taulukossa 2 on esitetty AVH-potilaiden lukumäärät TAYS:n eri osastoilla kolmen vuoden aikana.

**Taulukko 2:** AVH-potilaiden lukumäärät TAYS:n eri osastoilla vuosina 2004 – 2006. Lukumäärät sisältävät seuraavat diagnoosiryhmät: G45, G46.4 ja I67.9, G46.3 ja I67.9, I60, I61, I62, I63, I64 ja I69 (liite 6).

Vuosi	2004	2005	2006
AVH-potilaiden lukumäärä/osasto			
Ensiapu/PEA	1471	1510	1522
Neurologian akuuttiosasto 10b	1203	1230	1260
Neurokirurgian vuodeosasto 6a	107	78	94
Neurologian vuodeosasto	101	77	75
Kuntoutumisosasto 24B	75	79	65

## 6.2 Kuntoutusohjauksen toteutus

### 6.2.1 Aloite kuntoutusohjaukseen

Kuntoutusohjaaja tapaa vuosittain noin 100 uutta AVH-potilasta tai läheistä. Koska kuntoutusohjaajan vastuualueeseen kuuluu useita eri sairausryhmiä, pääsee vain pieni osa AVH-sairastuneista kuntoutusohjauksen piiriin. Suurimpana ryhmänä ovat moniongelmaiset AVH-potilaat, jotka tarvitsevat useita kuntoutusohjaajan tapaamisia ja/tai yhteistyöpalavereita kuntoutus- ja palvelusuunnitelman laatimiseksi tai pitkäaikaista seuranta. Toisena ryhmänä ovat ammatillisen kuntoutuksen palveluja tarvitsevat AVH-potilaat. Myös liikunnallisesti hyvin kuntoutuneet AVH-potilaat, joilla on kognitiivisia ongelmia, tarvitsevat kuntoutusohjaajan neuvontaa ja apua palvelujen ja tukimuotojen järjestämisessä, koska heille asioiden itsenäinen hoitaminen on vaikeaa.

Lähetteitä kuntoutusohjaajalle tulee eniten TAYS:n osastoilta ja poliklinikoilta. Yhteydenottoja tulee myös terveyskeskusten lääkäreiltä, terapeuteilta ja yksityisiltä palvelujen tuottajilta sekä läheisiltä. AVH-potilaat ottavat harvoin itse yhteyttä kuntoutusohjaajaan. Potilaat ja läheiset saavat kuntoutusohjaajan yhteystiedot TAYS:n osastoilta ja poliklinikoilta, ensitietotilaisuuksissa, sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöiltä, muilta sairastuneilta ja läheisiltä, sopeutumisvalmennuskursseilta ja järjestön edustajilta.

### 6.2.2 Toiminta TAYS:n osastoilla ja poliklinikoilla

Kuntoutusohjaaja osallistuu kuntoutustyöryhmän kokouksiin TAYS:n neurologian akuuttiosastolla, neurologian vuodeosastolla sekä kuntoutumisosastolla. Kuntoutusohjaaja tapaa työryhmien pyynnöstä AVH-potilaita ja läheisiä osastoilla yksin tai yhdessä sosiaalityöntekijän kanssa ja hän osallistuu AVH-potilaan lähiryhmiin kuntoutumisosastolla sekä yhteistyöpalavereihin neurologian poliklinikalla (PNE). Osastojen ja poliklini-

kan sosiaalityöntekijät tai erityistyöntekijät antavat kuntoutusohjaajan yhteystiedot AVH-potilaille ja läheisille.

### **6.2.3 Kotikäynnit ja verkostopalaverit**

AVH-potilaiden kuntoutusohjauksessa painottuvat kotikäynnit ja verkostopalaverit. Potilaiden kommunikaatio- ja muiden kognitiivisten ongelmien vuoksi toimintakyvyn ja tukipalvelujen tarpeen arviointi vie runsaasti aikaa ja toteutuu parhaiten konkreettisissa olosuhteissa kotiympäristössä. Palvelujen ja tukimuotojen suunnittelu toteutetaan useimmiten moniammatillisena yhteistyönä verkostopalavereissa. Suunniteltujen toimenpiteiden toteutuminen, muutokset potilaan toimintakyvyssä, ympäristössä sekä palvelujärjestelmässä edellyttävät usein kuntoutusohjaajan pitkäaikaista seurantaa ja useita kotikäyntejä. Kuntoutusohjaaja tekee kotikäyntejä koko PSHP:n alueella yhteistyössä kotikunnan ammattihenkilöiden kanssa.

### **6.2.4. Ensitetotilaisuudet**

Kuntoutusohjaaja järjestää yhdessä sosiaalityöntekijän kanssa ensitetotilaisuuden AVH-potilaan läheisille keskimäärin 8 kertaa vuodessa. Ensitetotilaisuuksissa läheiset saavat tietoa ja kirjallista materiaalia aivoverenkiertohäiriöistä, niiden oireista, kuntoutumisesta ja sosiaaliturvasta. Tilaisuuteen kutsutaan TAYS:n neurologian akuuttiosastolla ja neurokirurgian vuodeosastolla hoidettujen AVH-potilaiden läheiset. Tilaisuuksiin osallistuu vuosittain keskimäärin 70 AVH-potilaan läheistä.

### **6.3. Yhteistyö järjestön ja AVH-yhdysheikilöiden kanssa**

Yhteistyö Pirkanmaan Aivohalvaus- ja afasiayhdistyksen sekä Aivohalvaus- ja dysfasiiliiton aluesihteerin kanssa on tiivistä. Kuntoutusohjaaja tiedottaa asiakkaille liiton toiminnasta ja paikallisen yhdistyksen vertaistukiryhmistä sekä ohjaa asiakkaita yhdistyksen harrastustoimintaan. Kuntoutusohjaaja osallistuu yhdistyksen sairaalavierailutoiminnan jokavuotiseen kehittämispalaveriin sekä toimii paikallisen yhdistyksen Kommunikaatiokouluprojektin ohjausryhmässä.

Koska kuntoutusohjaaja pystyy kattamaan vain pienen osan AVH-potilaiden kuntoutusohjauksesta, on yhteistyötä pyritty lisäämään terveyskeskusten AVH-yhdysheikilöiden kanssa ohjauksen ja seurannan toteuttamisessa. Kuntoutusohjaaja antaa asiakaskohtaista ohjausta puhelimitse AVH-yhdysheikilöille ja AVH-yhdysheikilöiden kanssa järjestetään yhteisiä kotikäyntejä.

AVH-yhdysheikilötoiminta käynnistyi PSHP:ssä syksyllä 2000 Aivohalvaus- ja dysfasiiliiton toimesta. AVH-yhdysheikilöt toimivat omaan työhönsä sisältyen työpaikallaan tiedotuskanavana AVH-potilaan, läheisten ja eri palvelujen tuottajien välillä sekä ohjaavat, tukevat ja seuraavat AVH-sairastunutta ja hänen läheisiään kuntoutumispolulla. Vuonna 2007 AVH-yhdysheikilöinä toimii terveyskeskuksissa, aluesairaaloissa ja TAYS:ssa terveydenhuollon eri ammattihenkilöitä yhteensä 40. Useimmilla heistä on työpari, joten terveyskeskuksissa on yhdysheikilö vuodeosastolla ja avopuolella. Tampereella on 8 yhdysheikilöä ja TAYS:ssa on 7 yhdysheikilöä; yhdysheikilöt Neuroalolen ja kuntoutuksen vastuualueen (NIKU) osastoilla ja vuodesta 2006 myös tarkkailuosastolla sekä fysiatrian yksikössä.



Vuosittain järjestettävissä yhdyshenkilökoulutuksissa ja työkokouksissa on luotu yhdyshenkilöille toimintamalleja ja tehty sopimuksia yhteistyömuodoista ja toimintatavoista. PSHP:ssä on sovittu, että potilaan kotiutuessa TAYS:sta ja aluesairaalasta lähetetään potilaan tai läheisen kirjallisella luvalla potilaan epikriisi terveyskeskuksen yhdyshenkilölle. Kaikille AVH-potilaille, jotka kotiutuvat tai siirtyvät TAYS:sta tai aluesairaalassa toiseen hoitopaikkaan, annetaan kotipaikkakunnan terveyskeskuksen yhdyshenkilön yhteystiedot.

AVH-yhdyshenkilötoimintaa kehittämään perustettiin 30.1.2002 työryhmä, jossa on edustajat terveydenhuollon eri organisaatiosta ja ammattiryhmistä sekä järjestöstä. Kehittämistyöryhmä kokoontuu vuosittain 2 - 5 kertaa. Sen tehtävänä on ideoida yhdyshenkilötoimintaa ja suunnitella vuosittaiset yhdyshenkilökoulutukset. Kehittämistyöryhmän ensimmäinen tehtävä oli koota viitteellinen AVH-yhdyshenkilön työnkuva koulutuksissa tehtyjen ryhmätöiden ja sopimusten pohjalta. Työnkuva valmistui joulukuussa 2002 yhdyshenkilöiden työvälineeksi. TAYS:n yhdyshenkilöillä on erillinen työnkuva.

Kuntoutusohjaaja on osallistunut tiiviisti AVH-yhdyshenkilötoiminnan kehittämiseen PSHP:ssä. Hän on ollut luomassa AVH-yhdyshenkilötoiminnan toimintamalleja ja yhdyshenkilöiden työnkuvaa sekä suunnittelemassa ja järjestämässä AVH-yhdyshenkilöiden työkokouksia ja koulutuksia. Kuntoutusohjaaja on toiminut kehittämiss työryhmän jäsenenä sen perustamisesta lähtien. Kehittämistyöryhmän puheenjohtajuus ja yhdyshenkilötoiminnan kehittäminen siirtyi 4/2004 Aivohalvaus- ja dysfasialiitolta TAYS:n kuntoutusohjaajan koordinoimaksi. Kuntoutusohjaaja on esitellyt AVH - yhdyshenkilötoiminnan Pirkanmaan mallia useissa tilaisuuksissa mm. valtakunnallisilla AVH-päivillä vuonna 2005 ja valtakunnallisilla AVH-yhdyshenkilöiden neuvottelupäivillä vuonna 2007.

## **6.4. Kehittämishankkeet**

### **6.4.1. AVH-potilaan omaistenohjaus**

Potilaiden ja omaisten ohjaus on tärkeä osa AVH-potilaan hoito- ja kuntoutustyötä. Se on keskeistä myös kuntoutusohjauksessa ja AVH-yhdyshenkilöiden työnkuvassa. Saumaton potilasohjaus edellyttää, että hoitoketjussa on asiantuntemusta yhtenäistä, ajanmukaista ohjausmateriaalia ja sen käytöstä on yhtenäisesti sovittu.

Ohjauksessa korostuu omaisten rooli, koska AVH-potilaiden kognitiiviset häiriöt vaikeuttavat usein potilaan kykyä vastaanottaa ja käsitellä tietoa. Verbaalisen ohjauksen tueksi omaisten tulee saada kirjallista materiaalia, johon he voivat palata aina tarvittaessa.

Koska hoitoketjussa ei ollut yhtenäistä ja helppolukuista materiaalia ryhtyivät TAYS:n AVH-yhdyshenkilöt kuntoutusohjaajan koordinoimana laatimaan ohjausmateriaalia ja kehittämään ohjauskäytäntöjä.

Kehittäminen toteutettiin TAYS:n kehittämISRahan turvin ja toteutettiin kahtena määräaikaaisena projektina vuosina 2004 ja 2006:

- Vuonna 2004; Hanke K5183; Omaisten ohjausmateriaali AVH-potilaan verbaalisen ohjauksen tukena
- Vuonna 2006; Hanke K5N014; Jatkoprojekti AVH-potilaiden omaisten ohjauksen kehittämiseksi

Kuntoutusohjaaja toimi molempien kehittämishankkeiden projektipäällikkönä oman työn ohessa. Projektiryhmän muodostivat TAYS:n AVH-yhdyshenkilöt. Terveyskeskusten ja aluesairaaloitten AVH-yhdyshenkilöt olivat tärkeä sidosryhmä omaistenoHjausmateriaalin koeluvussa, käyttöönnotossa ja arvioinnissa.

Kehittämistyö toteutettiin osittain samanaikaisesti TAYS-erityisvastuuhankkeen *Erikoissairaanhoidon mahdollisuudet kuntoutustoiminnan kehittäjänä* kanssa, mutta tähän kehittämistyöhön ei käytetty STM:n hankerahoitusta. Samalla myös AVH-potilaiden kuntoutusohjaajan roolia kehitettiin enemmän koko asiakasryhmän seuranta ja ohjausta koordinoivaksi.

Vuonna 2004 (kehittämissihanke K5183) projektiryhmä laati AVH-potilaan omaisten ohjausmateriaalin PSHP:n verkkosivuille uusinta lähdemateriaalia käyttäen. Materiaalikononaisuus sisälsi noin 60 yksittäistä ohjetta AVH-potilaan oireista, hoito- ja kuntoutuskäytännöistä sekä sosiaaliturvasta. Ohjausmateriaali otettiin käyttöön 1.6.2005.

Ohjausmateriaali on tarkoitettu omaisten ohjaukseen kaikille AVH-potilaiden parissa työskenteleville henkilöille PSHP:ssä. Materiaali on tarkoitettu verbaalisen ohjauksen tueksi, ei sitä korvaamaan. Ohjeita voi käyttää myös henkilökunnan perehdyttämisessä.

Vuonna 2005 projektiryhmä jatkoi työskentelyä oman työn ohessa ilman hanke- rahoitusta. Projektiryhmä tarkensi tekstejä ja laati omaistenoHjauksen tarkistuslistan helpottamaan tiedonsiirtoa ja saumatonta ohjausta hoitoketjussa.

Vuonna 2006 projektiryhmä sai rahoituksen jatkoprojektiin (kehittämissihanke K5N014), jonka aikana arvioitiin ohjausmateriaalin käyttökelpoisuutta ja lisämateriaalin tarvetta sekä päivitettiin materiaali. Arviointi toteutettiin käyttäjille suunnatun kyselyn ja itsearviointin avulla. Saatu palaute hyödynnettiin materiaalin päivityksessä ja uusien ohjeiden laatimisessa. TAYS:n osastoille luotiin toimintamalli ja AVH-yhdyshenkilöille järjestettiin koulutusta ohjausmateriaalin, ohjauskansion ja tarkistuslistan käytöstä.

Laajennettu ohjausmateriaali sisältää 75 erillistä ohjetta (15). Materiaali löytyy osoitteessa [www.pshp.fi/avh](http://www.pshp.fi/avh).

Tarkoituksena on, että ohjausmateriaalista kootaan kullekin AVH-potilaalle ohjauskansioon yksilöllinen tietopaketti hänelle ajankohtaisista aiheista hoitoketjun eri yksiköissä. Henkilökunta kirjaa tarkistuslistaan omaiselle tai potilaalle annetun ohjauksen ja ohjeen ja ohjauskansio ja tarkistuslista kulkevat sairastuneen mukana hoitopaikasta toiseen. Tämä mahdollistaa aikaisemmin annetun ohjauksen kertaamisen ja tarkentamisen sekä tietopaketin laajentamisen ja edistää näin potilaan ja omaisten tiedon saantia.

Projektiryhmä päivittää materiaalin vuosittain kuntoutusohjaajan koordinoimana. Päivityksessä hyödynnetään käyttäjiltä saatu palaute ja uusin lähdemateriaali. Lisäksi kerä-

tään omaisilta ja potilailta tietoa materiaalin hyödyllisyydestä. Tämä toteutettiin kyselyn avulla syys-joulukuussa 2007. Kyselylomake vastauskuorineen liitettiin 100 ohjauskansioon, jotka annettiin AVH-potilaiden omaisille TAYS:n neurologian akuuttiosastolla. Kuntoutusohjaaja analysoi vastaukset vuoden 2008 aikana ja tekee selvityksen materiaalin vaikuttavuudesta sekä laatii jatkosuunnitelmat.

#### **6.4.2. AVH-potilaan seurannan tehostaminen hoitoketjussa osana kuntoutusohjaustyön kehittämistä**

AVH-potilaiden suuri määrä ja odotettavissa oleva määrän lisääntyminen asettavat erityisvaatimuksia asiakasryhmän seurannalle. Aivoinfarktipotilaan Käypä hoito -suosituksessa (16) suositellaan potilaille, joille on jäänyt pysyvä haitta, jatkuvaa, säännöllistä ja vähintään vuosittaista seurantaa ja kuntoutustarpeen arviointia. Seurantavastuu on perusterveydenhuollolla. Myös kuntoutussuunnitelmaan tulisi kirjata seuranta- paikka ja -aika sekä yhteyshenkilö.

AVH-potilaiden seuranta Pirkanmaan sairaanhoitopiirissä on hajanaista ja sattumanvaraista. Systemaattista seurantaa ei ole järjestetty terveyskeskuksissa ja kuntoutusohjauksen piiriin tulee vuosittain vain alle 5 % uusista sairastuneista. Kokonaan seurannan ulkopuolelle jäävät usein ns. hyväkuntoiset AVH-sairastuneet, joilla on kognitiivisia ongelmia.

Seurannan kehittämiseksi aloitettiin TAYS:ssa vuonna 2007 kaksivuotinen kehittämissanke (K5N024) "Aivoverenkiertohäiriöpotilaan (AVH) seurannan tehostaminen hoitoketjussa osana kuntoutusohjaustyön kehittämistä". Hankkeen projektipäällikkönä toimii AVH-potilaiden kuntoutusohjaaja. Projektityö tehdään oman työn ohessa. Projektin päämääränä ja tarkoituksena on tehostaa erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon yhteistyötä AVH-potilaan seurannan ja ohjauksen toteutuksessa. Seurantaa pyritään tehostamaan uudelleen organisoimalla nykyjärjestelmän toimintaa; luomalla toimintamalli terveyskeskuksen AVH-yhdys henkilön ja TAYS:n kuntoutusohjaajan yhteistyöstä.

Terveyskeskusten AVH-yhdys henkilöiden viitteellisessä työnkuvassa suositellaan, että yhdys henkilö ottaa yhteyttä potilaaseen tai läheiseen viimeistään 3 kk:n kuluttua kotiutumisesta ja kartoittaa potilaan arjessa selviytymistä ja kuntoutumista sekä läheisten jaksamista ja auttaa/tukee tarvittavien tukipalvelujen löytämisessä. AVH-yhdys henkilöt ovat toteuttaneet aktiivisesti potilaan ja omaisten ohjausta omalla työpaikallaan. Seurantaa ei kuitenkaan ole mahdollista toteuttaa oman työn ohessa, vaan yhdys henkilöt tarvitsevat siihen varattua aikaa sekä myös ohjausta ja tukea seurannan käynnistämisessä.

Kehittämissankkeen tavoitteena on löytää erilaisia malleja seurannan toteuttamiseen ja lisätä AVH-yhdys henkilöiden valmiuksia toteuttaa seurantaa. Kehittämissankkeen aikana on tarkoitus kokeilla kuntien kanssa erilaisia seurantakäytäntöjä AVH-yhdys henkilön ja kuntoutusohjaajan toteuttamana. Näitä voivat olla mm. yhteiset kotikäynnit, ensitietotilaisuudet, pienryhmätapaamiset ja kuntoutussuunnitelmapalaverit. Kohderyhminä voivat olla esim. hiljattain kotiutuneet, pitkään sairastuneet, ns. hyväkuntoiset AVH-sairastuneet sekä sairastuneet, joiden kuntoutumisen järjestämisvastuu on siirtynyt Kelalta perusterveydenhuollolle.

Hankkeessa keskitytään hiljattain kotiutuneitten AVH-potilaiden seurantaan ja tarvittavan tukimateriaalin laatimiseen. Seurantakäynnit potilaan kotona toteutetaan 3 kk:n sisällä kotiutumisesta AVH-yhdyshenkilön toimesta kuntoutusohjaajan tukemana. Lisäksi hankkeen aikana järjestetään AVH-yhdyshenkilöille koulutusta seurannan toteuttamisesta.

Kehittämishankkeen tuotoksena valmistuu vuoden 2008 lopulla kirjallinen yhteenveto seurantakäytännöistä, seurantaan tarvittavista ajasta ja tukimateriaalista. Yhteenveto toimii AVH-yhdyshenkilöiden työvälineenä oman toiminnan suunnittelussa ja toteutuksessa. Pitkän aikavälin tavoitteena on luoda uusi toimintamalli AVH-yhdyshenkilön ja kuntoutusohjaajan yhteistyöstä ja työnjaosta seurannan toteuttamisessa:

- AVH-yhdyshenkilö koordinoi seurannan perusterveydenhuollossa
- kuntoutusohjaaja toimii AVH-yhdyshenkilön konsultaatioapuna sekä toteuttaa aikaa vievien, monitahoisten ja ammatillista kuntoutusta tarvitsevien AVH-potilaiden seurannan

Uuden toimintamallin avulla AVH-potilaiden ohjaus ja seuranta hoitoketjussa tehostuvat. Tämä lisää asiakkaan omaa elämänhallintaa, estää mahdollista syrjäytymistä ja vähentää hoitopäivien tarvetta. Pitkällä aikavälillä kunnille syntyy kustannussäästöjä. Tehostetun seurannan avulla kotikunnassa pystytään tarttumaan varhaisessa vaiheessa sairastuneen kotona selviytymisen ja läheisten jaksamisen ongelmiin ja järjestämään heille oikein annostellut, oikea-aikaiset kuntoutus- ja tukipalvelut. Erikoissairaanhoidossa voidaan kuntoutusohjaus keskittää moniongelmaisten AVH-potilaiden ja muiden, lähinnä harvinaisten neurologisten sairausryhmien kuntoutusohjaukseen ja seurantaan.

## **6.5. Tulevaisuuden näkymät AVH-potilaan kuntoutusohjauksessa**

Suomessa sairastuu vuosittain noin 14 000 ihmistä aivoverenkiertohäiriöön. Sairastuvuuden arvioidaan lisääntyvän merkittävästi väestön ikääntyessä. On arvioitu, että vuonna 2020 sairastuu Suomessa 21 000 henkilöä aivoverenkiertohäiriöön ja että tällöin tarvitaan 100 uutta 33-paikkaista vuodeosastoa potilaiden hoidon ja kuntoutuksen toteuttamiseksi (17). Hoitomuotojen kehittyminen voi vaikuttaa aivoverenkiertohäiriöpotilaiden määrään ja oireiden vaikeusasteeseen.

AVH-potilaiden määrän kasvaminen lisää vastaavasti kuntoutusohjauksen tarvetta. Mikäli terveyskeskusten AVH-yhdyshenkilöt ottavat seurantatehtävän ja toteuttavat seurantaan systemaattisesti, tulee tämä entisestään lisäämään AVH-potilaiden kuntoutusohjaajan koordinaatio- ja koulutustehtäviä sekä AVH-yhdyshenkilötoiminnan kehittämistyötä yhdessä järjestön kanssa.

## **7. KUNTOUTUSOHJAUKSEN UUDET TOIMINTAMALLIT JA MALLIEN SOVELTAMINEN**

### **7.1 Kehittämishankkeen tavoitteiden toteutuminen**

Kuntoutusohjauksen kehittämishankkeen ja sen jälkeen tehdyn kehittämistyön tavoitteena on ollut löytää uusia menetelmiä sekä kuntoutusohjauksen asiakastyöhön että yhteistyötahojen kanssa tehtävään työhön ennakkoiden myös tulevia haasteita ja mahdollisia ongelmia.

ERVA-hankkeen kuntoutusohjauksen osaprojektissa konkreettisena tavoitteena oli ottaa vaikeavammaisten kuntoutuksen suunnittelussa ja seurannassa kokonaisvastuuta entistä enemmän erikoissairaanhoidon kuntoutustutkimusyksiköihin/-keskuksiin kehittämällä kuntoutusohjaustoimintaa. Hanke osoitti, että antamalla kuntoutusohjaajille kuntoutuksen koordinoinnin kokonaisvastuu ja siihen liittyvät käytännön mahdollisuudet, saadaan aikaan toimintamalli, joka hyödyttää erityisesti kyseisen asiakasryhmän asiakkaita, mutta myös koko erikoissairaanhoidon työryhmää ja yhteistyötahoja. Koordinaatiovastuun ollessa yhdellä työntekijällä toimintakuvio on selkeä; tieto kulkee nopeammin ja päällekkäinen työ vähenee, mikä lisää toiminnan taloudellisuutta.

Hankkeen kuntoutusohjausosion konkreettisena tuloksena syntyi uudenlainen selkäydinvamma- ja aivovammapoliklinikoiden toimintamalli. Tässä mallissa poliklinikoiden koordinoijina ovat kuntoutusohjaajat, jotka vastaavat toiminnan käytännön järjestymisestä. Kuntoutusohjaajien toimiminen koordinaattorina on edellyttänyt myös uudenlaista sopimista joustavista käytännöistä esim. tarvittavien lääkäri- ja erityistyöntekijäpalveluiden saamiseksi.

ERVA -hankkeen kanssa samanaikaisesti ja siihen tiivistä niveltäen kehitettiin myös AVH-potilaiden kuntoutusohjausta. Tuloksena on saatu tämän suuren asiakasryhmän tarpeita vastaavia ohjauskeinoja, kuten AVH-yhdyshenkilöverkosto sekä ohjausmateriaalia AVH-potilaiden omaisille. Kuntoutusohjaaja toimii koordinaattorina ja yhdyshenkilönä perusterveydenhuoltoon, jossa asiakasryhmän hoito ja kuntoutus pääasiassa tapahtuvat.

### **7.2 Yhteisten toimintamallien kehittäminen TAYS-erityisvastuualueelle**

Hankkeen yhtenä tavoitteena oli saada aikaan yhtenäisiä malleja, menettelytapoja ja käytäntöjä koko erityisvastuualueelle. Tästä esimerkkinä on pisimmälle edennyt selkäydinvammapotilaan hoito- ja kuntoutuksen seurantaprosessi, jossa TAYS -erityisvastuualueen selkäydinvammapoliklinikat ja kuntoutusohjaajat toimivat soveltuvien osien yhtenäisesti. Erityisvastuualueelle järjestetään mahdollisimman yhtenäiset palvelut luomalla konsultaatiokäytäntö ja valmius tuottaa erityisvastuualueelta puuttuvia palveluja TAYS:sta. Myös aivovammapotilaiden ja AVH-potilaiden seurantamallien kehittämisessä tehdään tarvittaessa yhteistyötä erityisalueen kuntoutusohjaajien kesken.

### **7.3 Mallien soveltaminen muihin sairaus- ja vammaryhmiin**

ERVA-kehittämishankkeeseen otettiin kehittämiskohteiksi selkäydinvamma- ja aivovammapotilaiden kuntoutusohjaustoiminta sekä hankkeen kuluessa myös AVH-

potilaiden kuntoutusohjaus. Hankkeen tuloksena syntyi toimintamalleja, joissa kuntoutusohjaajalla on aiempaa selkeämpi koordinaattorin rooli ja kokonaisvastuu sairaus- ja vammaryhmänsä asiakkaiden kuntoutumisen ohjaamisessa. Kehitetyt uudet mallit ja käytännöt on tarkoitettu soveltaen ottaa käyttöön myös muiden sairaus- ja vammaryhmien kuntoutusohjauksessa. Tavoitteena on kaikkien sairaus- ja vammaryhmien kuntoutusohjauspalveluiden kehittäminen siten, että ne vastaavat sekä asiakasryhmän että tilaajaryhmän tarpeita mahdollisimman hyvin. Sairaus- tai vammaryhmästä riippuen kuntoutusohjauksen tarve, mahdollisuudet ja toteutustapa eroavat toisistaan. Yhtenä toimintamalliin vaikuttavana tekijänä on kuntoutusohjausta tarvitsevan asiakasryhmän koko; pienet ja suuret ryhmät edellyttävät erilaista menettelytapaa.

Pienehkön sairaus- tai vammaryhmän kuntoutusohjaajalla on mahdollisuus kohtuullisen ajan puitteissa antaa tämän ryhmän asiakkaille tarvittavaa yksilöllistä ohjausta ja pitää ryhmä seurannassaan.

Suurten sairaus- ja vammaryhmien kuntoutusohjauksessa on sovellettava menetelmiä, joilla tietoa ja ohjausta saadaan annettua mahdollisimman monelle asiakkaalle. Kuntoutusohjaaja pystyy ohjaamaan yksilökohtaisesti vain pientä osaa suuresta ryhmästä. Tällaisia ryhmiä ovat esimerkiksi aivoverenkiertohäiriöpotilaat (AVH) ja sydänpotilaat. Näiden ryhmien ohjauksessa käytetään yksilöohjauksen lisäksi ryhmäohjausta, tiedonvälitystä, koulutusta ja konsultaatiota. Lisäksi ohjausvastuuta pyritään siirtämään perusterveydenhuoltoon.

## **7.4 Erikoissairaanhoito ja perusterveydenhuolto - kuntoutuksen ohjauksen toiminnallinen kokonaisuus**

### **7.4.1 Kuntoutusohjaajat yhdyshenkilöinä ja kuntoutuksen koordinoijina**

Kuntoutusohjaajat ovat toimintansa alusta alkaen olleet niitä erikoissairaanhoidon työntekijöitä, jotka ovat toimineet yhdyshenkilöinä perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välimaastossa. Kuntoutusohjaajan rooli korostuu entisestään uusissa kuntoutusohjauksen toimintamalleissa, joissa kuntoutusohjaajan roolia koordinaattorina on vahvistettu. Kuntoutusohjaaja koordinoi palvelujen kokonaisuutta, antaa koulutusta, huolehtii tiedonvälityksestä ja ohjauksesta sekä on tarvittaessa perusterveydenhuollon konsultoitavissa. Kuntoutusohjaus on osa erikoissairaanhoidon "resurssikeskusta", josta perusterveydenhuolto ja muut yhteistyökumppanit tarvitessaan saavat palveluja.

Asiakkaan kannalta on oleellista, että hän saa tarvitsemansa palvelun ja tietää kuka tekee, mitä tehdään ja milloin. On tärkeää, että työnjaosta eri toimijoiden kesken sovitaan selkeästi. Kunnilla on erilaiset käytännön mahdollisuudet toteuttaa kuntoutujan tarvitsemia palveluita, mistä syystä kuntien työntekijöiden kanssa sovitaan menettelytavoista esim. terapiapalveluja suunniteltaessa ja hankittaessa. Yhteisiä kotikäyntejä suositaan ja niitä ehdotetaan asiakkaalle tarpeen mukaan. Perustana on asiakaslähtöisyys ja tavoitteena selkeästi sovitut palveluketjut.

### **7.4.2 Erikoissairaanhoidon kuntoutusohjaus – kuntien palveluohjaus**

Palveluohjaaja-nimike tuli esille muutama vuosi sitten hallitusohjelmatasolla ja siihen liittyviä projekteja on toteutettu useita. Uusia palveluohjaajien toimia ei kuntiin ole kui-

tenkaan juurikaan saatu. On tultu johtopäätökseen, että kyse on lähinnä työotteesta, kuntoutuksen palveluohjauksesta, ei uudesta ammattikunnasta. Olennaista on toiminnan sisältö.

Tutkija Tiina Notko on tutkimukseensa liittyen kirjoittanut kuntoutusohjauksen ja palveluohjauksen käsitteistä ja mahdollisuuksista (19). Vaikka kuntoutusohjausta ja palveluohjausta on kehitetty erillisinä toimintoina, ovat ne sisällöltään pitkälti samanlaisia. Palveluohjausta koskevissa ja puoltavissa puheenvuoroissa onkin ollut Notkon mukaan nähtävissä tarve palvelujen uudelleenorganisointiin ja lisäresurssien saamiseen. Riittävien resurssien saaminen kuntien sosiaali- ja terveydenhuoltoon onkin olennaista asiakaslähtöisten kuntoutuksen ohjauspalveluiden ylläpitämiseksi ja uusien ohjausmallien kehittämiseksi. Ei ole tärkeää, millä nimikkeellä toimitaan, vaan se, että yhteistyö toimii erikoissairaanhoidon kuntoutusohjaajien ja kunnissa toimivien yhdyshenkilöiden kesken.

### **7.5 Yhteistyö vammaisjärjestöjen kanssa**

Vammaisjärjestöt tuottivat kuntoutusohjauspalveluita ennen vuoden 1984 lakiuudistusta, jolloin toiminta siirtyi terveydenhuollon toiminnaksi. Kuntoutusohjaajien ja järjestöjen yhteistyö on ollut kiinteää ja yhteistyön merkitys korostuu entisestään, kun kehitetään sairaalan ja avohoidon palveluketjua. Järjestöjen kanssa löydetään uusia toimintamuotoja, jotka auttavat kuntoutujaa löytämään hänelle sopivia, uusia keinoja kuntoutumiseen ja jokapäiväiseen selviytymiseen. Tällaisesta yhteistyöstä esimerkkeinä ovat mm. aivovammapotilaille suunnitellut klubitalot sekä AVH-yhdyshenkilötoiminta ja AVH -potilaille järjestetyt tilaisuudet ja koulutukset.

## **8. KUNTOUTUSOHJAUKSEN TULEVAISUUDEN NÄKYMIÄ JA HAASTEITA**

### **Ohjaustarve lisääntyy?**

Kuntoutusohjauksella näyttäisi olevan jatkossakin tärkeä rooli asiakkaiden kuntoutusasioiden ohjaamisessa mm. väestön ikääntymisen ja hoitoaikojen lyhentymisen myötä. Haasteena onkin kehittää kaikkien kuntoutusohjausalueiden toimintamalleja siten, että ne kattaisivat mahdollisimman suuren osan palveluiden tarvitsijoista.

### **Tarvitaan jatkuvaa kehittämistä**

Menetelmien uudistaminen edellyttää jatkuvaa työtapojen arviointia sekä halukkuutta ja joustavuutta tarvittaviin muutoksiin. Kuunteleva, yhteistyöhakuinen ja uusia menetelmiä kokeileva asenne tuottaa toimivia palveluita. Asiakkaiden tarpeiden huomiointi ja saadun palautteen hyödyntäminen auttavat palveluiden räätälöinnissä henkilöasiakkaille ja tilaajille sekä yhteistyössä muiden toimijatahojen kanssa. Haasteena on saada työntekijät näkemään jatkuvan muutoksen ja kehittämisen hyödyllisyys omassa työssään.

### **Yhteistyö avainasemassa**

Hyvä ja toimiva yhteistyö koko toimijaverkoston kanssa on perusedellytys kuntoutusohjaajan toimimiselle ja asioiden sujuvalle käsittelylle. Hyvän yhteistyön perustana on sel-

keä työnjako ja tiedonvaihto. Yhteistyömuotoja kehitetään edelleen saadun palautteen pohjalta. Sairaanhoidopiirin kuntien sosiaali- ja terveydenhuollosta nähtynä kuntoutusohjaajat ovat osa heidän käytössään ja konsultoitavissaan olevaa erikoissairaanhoidon resurssia. Hyvä ja tiivis yhteistyö tukee asiakkaan kuntoutumista sekä säästää resursseja, joten näin saadaan myös kokonaistaloudellista hyötyä.

### **Palvelujen myynti sairaanhoidopiirin ulkopuolelle**

Palvelujen myynnissä sairaanhoidopiirin ulkopuolelle on myös kuntoutusohjauksen osalta nähtävissä kasvua. Tärkeitä yhteistyökumppaneita sairaanhoidopiirin ulkopuolisella ovat esimerkiksi vakuutusyhtiöt ja Kela, jotka tarvitsevat ja tilaavat asiakkailleen kuntoutusohjauspalveluja. Näiden tahojen tarpeita kuunnellaan tarkasti jatkossakin ja laaditaan tarvittavia kuntoutusohjauksen palvelupaketteja.

### **Toiminta linjassa muiden tahojen kanssa**

On tärkeää, että kuntoutusohjauksen kehittäminen ja toiminta on linjassa sairaanhoidopiirin, valtakunnan tason linjausten ja yhteistyötahojen toiminnan kanssa.

Nyt toteutetut kehittämistoimet ovat samansuuntaisia Sosiaali- ja terveysministeriön (STM) Sosiaali- ja terveyspolitiikan strategiat 2015 -linjausten kanssa. Linjauksissa edellytetään hyviä, monipuolisia palveluita kaikille tarvitsijoille, korostetaan asiakaslähtöisyyttä ja alueiden välistä yhteistyötä, pidetään tärkeänä työjaosta sopimista sekä ihmisten osallistumisen vahvistamista mm. tietoa antamalla. Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteistyö tiivistyy ja luodaan toimiva palvelurakenne, mitä tukee kansanterveyslain ja erikoissairaanhoidolain yhdistäminen (20).

Kuntoutusohjaajan tehtäväkuvan kehittäminen koordinoivampaan suuntaan sopii myös Kelan kuntoutuslainsäädäntöön (21) ja käytäntöön, jossa vaikeavammaisille laadittavat kuntoutussuunnitelmat edellytetään tehtävän julkisessa terveydenhuollossa. Suunnitelmat laaditaan usein erikoissairaanhoidon moniammatillisissa tiimissä, jossa kuntoutusohjaaja on keskeisessä koordinaattorin roolissa.

STM:n ja PSHP:n strategioiden kanssa yhdensuuntainen, jatkuva palveluiden kehittäminen on sekä haaste että mahdollisuus. Eri toimijoiden ennakkoluuloton asenne, työn uudelleen organisointi ja yhteistyömuotojen kehittäminen luovat edellytykset sille, että pystymme palvelemaan sairaanhoidopiirin väestöä mahdollisimman kattavasti ja tarkoituksenmukaisilla kuntoutusohjauspalveluilla.

Motto: Jos emme itse kehitä, niin joku toinen sen tekee!



**LÄHTEET**

- 1 Mattsén, K.(toim.) Kuntoutusohjaus ja kuntoutusohjauksen prosessit Pirkanmaan sairaanhoitopiirissä. Pirkanmaan sairaanhoitopiirin julkaisusarja 7/2002.
- 2 Laki sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtiosuudesta n:o 677/1982.
- 3 Pirkanmaan sairaanhoitopiirin strateginen suunnitelma vuosille 2007-2012, <http://www.sis.tays.fi/hallinto/strategia/2006-09-28Strategia.pdf>(5.3.2007)
- 4 Asetus lääkinnällisestä kuntoutuksesta, 1015 / 91.
- 5 Kuntoutusohjausnimikkeistö –opas sisältöön ja käyttöön. Suomen Kuntaliitto & Suomen kuntoutusohjaajien yhdistys ry. Helsinki 2003.
- 6 Valtionavustuksen myöntämien kehittämishankkeeseen: STM,10.1.2003
- 7 Siirtola T, Mattsén K, Musikka-Siirtola M. Selkäydinvammaisen hoito- ja kuntoutusprosessi. Pirkanmaan sairaanhoitopiirin julkaisu 11/2001.
- 8 Sjögren R, Heinonen S, Rinta-Jouppi A, Väärälä E: Selkäydinvammakuntoutujan hyvä fysioterapiakäytäntö. Fysioterapia 2007: 3 (54), 20–24.
- 9 Selkäydinvamma, Käypä hoito, Duodecim: 8.3.2006.
- 10 Mäkilä R , Pettersson R. Aivovamman ja selkäydinvamman saaneiden henkilöiden terveydentilan ja kuntoutuksen seuranta Tampereen yliopistollisessa sairaalassa, TSI (Tampereen seudun invalidit ry:n jäsenlehti) 2007:2, s.15-16.
- 11 Pettersson R. Selkäydinvammaisten terveydentilan ja kuntoutumisen seurannan toimintamallin kehittäminen Pirkanmaan sairaanhoitopiirin alueella, Selkäydinvamma 2004:2,22
- 12 Pettersson R. Selkäydinvamman saaneiden henkilöiden terveydentilan ja kuntoutuksen seuranta Tampereen yliopistollisessa sairaalassa, Selkäydinvamma 2007:2, 11.
- 13 Aikuisiän aivovammat, osa 1, Käypä hoito, Duodecim:18.3.2003.
- 14 Kallo–aivovammapotilaan prosessi, <http://www.sis.tays.fi/laha/ta3.htm>.1.1.2008.
- 15 Sjögren R. Omaisten ohjausmateriaali AVH-potilaan verbaalisen ohjauksen tukena. F.A.N.N. 2006:15,8-11.
- 16 Aivoinfarkti, Käypä hoito, Duodecim: 15.10. 2006.
- 17 Kaste M. Kuka saa hoitoa ja kuka maksaa? Aivoverenkiertohäiriöiden erikoislehti 2004:4,6-7.

- 18 Toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälinen luokitus ICF, Stakes, Ohjeita ja luokituksia 2004:4. Jyväskylä 2004.
- 19 Notko, T. Kuntoutus- ja palveluohjauksen mahdollisuudet. Janus vol.14 (1) 2006: 61-66.
- 20 Sosiaali- ja terveyspolitiikan strategiat 2015–kohti kestävää ja taloudellisesti elinvoimaista yhteiskuntaa. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2006:14.
- 21 Laki Kansaneläkelaitoksen kuntoutusetuuksista ja kuntoutusrahaetuksista, KKRL 566/2005.

**LIITTEET**

Liite 1 Pirkanmaan sairaanhoitopiirin  
kuntoutusohjaajat

Tietojen päivitys: 2.1.2008  
Kuntoutussuunnittelija Kirsti Mattsén  
Puh. 03-311 66943, kirsti.mattsén@pshp.fi

**NEUROALOJEN JA KUNTOUTUKSEN  
VASTUUALUE**

**Asiakkaat, joilla on aivovamma, aivo-  
vammapoliklinikan yhteyshenkilö**

**Riitta Mäkilä**  
TAYS, Z 2 -talo, PL 2000, 33521  
Tampere  
puh. 03-311 65238  
Sähköposti: riitta.makila@pshp.fi

**Asiakkaat, joilla on epilepsia, Parkin-  
sonintauti, Parkinson Plus, dystonia**

**Helena Seppänen (1.8.07 -  
30.4.08)**  
TAYS, Z 2 -talo, PL 2000, 33521  
Tampere  
Puh. 03 311 69499  
Sähköposti:  
helena.seppanen@pshp.fi

**Asiakkaat, joilla on selkäydinvamma,  
selkäydinvammapoliklinikan yhteyshen-  
kilö**

**Raija Pettersson**  
TAYS, Pikonlinna, 36280 Pikonlinna  
puh. 03-311 65644  
Sähköposti:  
raija.pettersson@pshp.fi

**Aikuiset reumatauteja sairastavat sekä  
ihotauteja sairastavat**

**Jaana Mäkipää**  
TAYS, kantatalo, PL 2000, 33521  
Tampere  
puh. 03-311 63369  
Sähköposti:  
jaana.makipaa@pshp.fi

**Aikuiset sydänpotilaat**

**Marketta Salonen**  
Sijainen: **Pirkko Ylänen**  
TAYS, kantatalo, pääaula, PL  
2000, 33521 Tampere  
puh. 03-311 66165  
Sähköposti: Pirkko.Ylanen@pshp.fi

**Aikuiset syöpäpotilaat**

**Mirjami Savolainen**  
TAYS, Z 2 -talo, PL 2000, 33521  
Tampere  
puh. 03-311 63153  
Sähköposti:  
mirjami.savolainen@pshp.fi

**Asiakkaat, joilla on aivoverenkiertohäi-  
riö, ALS, MS, pieniin ja harvinaisiin neu-  
rologisiin sairauksiin kuuluva sairaus tai  
tehty amputaatio**

**Riitta Sjögren**  
TAYS, Z 2 -talo, PL 2000, 33521  
Tampere  
puh. 03-311 69586  
sähköposti: riitta.sjogren@pshp.fi

**Kuntoutustutkimuspoliklinikan asiakkaat  
sekä aikuiset syöpäpotilaat kantatalossa**

**Satu Varvikko**  
TAYS, Z 2 -talo, PL 2000,  
33521 Tampere  
puh. 03-1165532  
Sähköposti: satu.varvikko@pshp.fi

**KEUHKOSAIRAUKSIEN JA IHO- JA SUKUPUOLITAUTIEN VASTUUALUE****Aikuiset hengityssairaat**

**Katri Lauttajärvi**  
**Sij. Sari Pajula**  
 TAYS, Kantatalo  
 puh. 03-311 63361  
 Sähköposti: sari.pajula@pshp.fi

**SILMÄ-, KORVA- JA SUUSAIRAUKSIEN VASTUUALUE****Aikuisten kuntoutus- ja näönkäytönohjaus, apuvälineet**

**Vuoroviikoin Pirjo Mäkelä ja Margit Östman**  
 TAYS, Näkökeskus, Z 4.1. krs, PL 2000, 33521 Tampere  
 puh. 03-311 65645  
 Sähköposti:  
 pirjo.m.makela@pshp.fi

margit.ostman@pshp.fi

**Aikuisten kuntoutus-, liikkumistaidon ja näönkäytönohjaus, lasten ja koululaisten liikkumistaidon ohjaus, apuvälineet**

**Merja Lehmuskoski**  
 TAYS, Näkökeskus, Z 4.1.krs, PL 2000, 33521 Tampere  
 puh.03- 311 65952  
 Sähköposti:  
 merja.lehmuskoski@pshp.fi

**Lasten ja koululaisten kuntoutus-, liikkumistaidon ja näönkäytönohjaus, apuvälineet**

**Heidi Haapalehto**  
 TAYS, Näkökeskus, Z 4.1, PL 2000, 33521 Tampere  
 puh. 03- 311 69014  
 Sähköposti:  
 heidi.haapalehto@pshp.fi

**Kuulonäkövammaisten kuntoutus-, liikkumistaidon ja näönkäytön ohjaus, Atk –asiat, apuvälineet**

**Pirjo-Riitta Urvanta**  
 TAYS, Näkökeskus, Z 4.1. krs, PL 2000, 33521 Tampere  
 puh.03- 311 65058  
 Sähköposti: pirjo-riitta.urvanta@pshp.fi

**Alle 18-vuotiaat kuulovammaiset lapset**

**Merja Piirainen**  
 (Kuulonhuoltoliitto ry)  
 TAYS, Z 2 -talo, II krs, PL 2000, 33521 Tampere  
 puh. 03-311 66714 (Kuulokeskus), 311 66739 (suoraan), käsipuh. 0400-802 673  
 Sähköposti:  
 merja.piirainen@kuulonhuoltoliitto.fi

**Alle 16-vuotiaat kielihäiriöiset (dysfaattiset) lapset**

**Jaana Reuter**  
 TAYS, Z 5 -talo, PL 2000, 33521 Tampere  
 puh. 03-311 65287  
 Sähköposti: jaana.reuter@pshp.fi

**Yli 18 -vuotiaat huonokuuloiset ja kuuroutuneet**

**Katja Kokko**  
 TAYS, Kuulokeskus, PL 2000, 33521 Tampere  
 puh. 03-311 65230  
 Sähköposti: katja.kokko@pshp.fi

**LASTENTAUTIEN VASTUUALUE****Neurologisesti sairaat tai vammaiset lapset**

**Anne Jaakkola**  
 TAYS, Z 2 -talo, PL 2000, 33521 Tampere  
 puh. 03-311 65198  
 Sähköposti: anne.jaakkola@pshp.fi

**Alle 18-vuotiaat syöpää ja sydänsairauksia sairastavat lapset**

**Elsa Kaivanto**  
 TAYS, Z 2-talo, PL 2000, 33521 Tampere  
 puh.03-311 65541  
 Sähköposti: elsa.kaivanto@pshp.fi

**Alle 16-vuotiaat pitkäaikaissairaat (paitsi syöpä- ja sydänlapset sekä neurologisesti sairaat lapset)**

**Maire Toijanen**  
(Hengityslaitto Heli ry)  
TAYS, Z 2-talo, PL 2000, 33521  
Tampere  
puh. 03-311 66924  
Sähköposti:  
maire.toijanen@pshp.fi

**Alle 18-vuotiaat lastenpsykiatriset potilaat**

**Merja Marttila**  
TAYS PLP, PL 2000, 33521 Tampere  
Puhelinaika pe klo 8.00-9.00.  
puh. 03-311 65533 tai 050-564 4748  
Sähköposti: merja.marttila@pshp.fi

## Liite 2 Selkäydinvammaisen kuntoutusohjaus

**PALVELU****SELKÄYDINVAMMAISEN KUNTOUTUSOHJAUS**

Kuntoutusohjaaja Raija Pettersson

**Kohderyhmä**Aikuisen selkäydinvammaisen ja hänen läheistensä kuntoutusohjaus**Tavoite**

Tavoitteena on tukea ja ohjata vaikeasti vammautunutta henkilöä ja hänen läheisiään kuntoutukseen ja sosiaalisesti selviytymiseen liittyvissä asioissa huomioiden hänen toimintakykynsä ja -mahdollisuutensa. Lisäksi tavoitteena on toimia yhdyshenkilönä ja kuntoutuksen asiantuntijana kuntoutusprosessissa sekä tukea vaikeasti vammautunutta henkilöä itsenäiseen selviytymiseen kuntoutuspalvelujärjestelmässä.

**Sisältö****Tapaaminen vuodeosastolla**

K210 Sairastumiseen ja/tai vammautumiseen liittyvä tuki ja neuvonta  
 K250 Ensitiedon antaminen  
 K220 Palveluihin ja tukitoimiin liittyvä ohjaus ja neuvonta  
 K224 Yhteisöjen ja järjestöjen toimintaan liittyvä ohjaus ja neuvonta  
 Kuntoutusohjaaja tukee keskustellen ja kuunnellen vastavammautunutta muuttuneessa elämäntilanteessa, tiedottaa tukihenkilötoiminnasta ja järjestää tarpeen mukaan tukihenkilön tapaamisen. Vammautuneen vastaanottokyvyn ja tarpeiden mukaan tiedotetaan kuntoutuspalvelujärjestelmästä.

**Tapaaminen työryhmässä**

K110 Asiakkaan tilanteen selvittäminen ja arviointi  
 K113 Kuntoutusmahdollisuuksien ja kuntoutus- ja palvelutarpeiden arviointi  
 K121 Asiakkaan kuntoutus- ja muiden suunnitelmien laatimiseen osallistuminen  
 K412 Moniammatilliseen yhteistyöhön osallistuminen  
 Kuntoutusohjaaja osallistuu kuntoutuksen asiantuntijana kuntoutustyöryhmän kokouksiin, joissa arvioidaan vammautuneen kuntoutumista ja suunnitellaan tarvittavat kuntoutustoimenpiteet.

**Yhteyshenkilönä toimiminen**

K420 Asiakkaan kuntoutumisen koordinointi  
 K412 Moniammatilliseen yhteistyöhön osallistuminen  
 K421 Kuntoutusta tukevien palveluiden yhteensovittaminen  
 K311 Elinympäristössä selviytymisen arviointi  
 K321 Apuvälinetilanteen tarkistaminen ja tarpeen arviointi  
 Kuntoutusohjaaja toimii yhteyshenkilönä asiakkaan, kuntoutuslaitoksen, vakuutusyhtiön ja kotipaikkakunnan sosiaali- ja terveydenhuollon kanssa sekä mahdollisen uuden asunnon hankinnassa/asunnon muutostöiden yhteydessä asuntotoimen ja rakennustoimen kanssa.

Kuntoutusohjaaja on tarvittaessa yhteydessä myös KELAan, vakuutusyhtiöön ja yksityisten palveluiden tuottajiin (yksityiset terapeutit).

**Tapaaminen kotona**

Kotikäyntejä saatetaan tehdä jo useita akuuttivaiheen kuntoutusjakson aikana, kotiutumisen jälkeen kotikäyntejä ensimmäisen vuoden aikana useampia (2-5), myöhemmin tarpeen mukaan.

**Tilannearvio**

K311 Elinympäristössä selviytymisen arviointi  
 K321 Apuvälinetilanteen tarkistaminen ja tarpeen arviointi  
 K123 Kuntoutusprosessin seuranta ja arviointi  
 Kuntoutusohjaaja arvioi kotikäynnillä asiakkaan kokonaistilannetta sekä toimintakykyä omassa asuinympäristössä, aikaisemmin tehtyjen suunnitelmien toteutumista sekä mahdollisten tukitoimien ja palveluiden tarvetta.

## Kuntoutumisen ja toimintakyvyn tukeminen

- K210 Sairastumiseen ja vammautumiseen liittyvä tuki ja neuvonta  
Kotikäynnillä korostuu usein psykososiaalisen tuen antaminen sekä vammautuneelle että läheisille.

## Ohjaus ja neuvonta

- K210 Sairastumiseen ja vammautumiseen liittyvä tuki ja neuvonta  
K220 Palveluihin ja tukitoimiin liittyvä ohjaus ja neuvonta  
K221 Terveyspalveluihin liittyvä ohjaus ja neuvonta  
K322 Apuvälineen hankinta, lainaus ja luovutus  
K260 Sopeutumisvalmennus  
K222 Vammaispalveluihin liittyvä ohjaus ja neuvonta  
K313 Elinympäristössä selviytymistä tukevat toimenpiteet ja palvelut  
K530 Kuntoutusohjaajan laatimat lausunnot  
Kotikäynnillä kuntoutusohjaaja ohjaa ja neuvoo selkäydinvammaisuuteen liittyvissä erityiskysymyksissä.  
Keskeistä kotikäynnillä on ohjata kuntoutuspalvelujärjestelmissä, lääkinnällisen kuntoutuksen eri osa-alueilla, kuten apuvälineasioissa, terapioiden toteutumisessa sekä laituskuntoutus-, ensitieto- ja sopeutumisvalmennusasioissa. Käynnillä arvioidaan myös vammaispalvelulain mukaisten tukitoimien tarve, kuten kuljetuspalvelut, palveluasuminen ja asunnon muutostyöt.  
Yhteistyötahoille laaditaan tarvittaessa lausunnot.

## Sosiaaliturvaan ja muihin etuisuuksiin liittyvä neuvonta

- K223 Muihin sosiaalipalveluihin liittyvä neuvonta  
K530 Kuntoutusohjaajan laatimat lausunnot  
Kotikäynnillä kuntoutusohjaaja neuvoo sosiaaliturvaan liittyvissä kysymyksissä erityisesti silloin, kun ne liittyvät osaksi asiakkaan kuntoutuspalvelua (vammainen tuki, eläkkeen saajan hoitotuki, kuntoutustuki)  
Kuntoutusohjaaja arvioi myös ulkopuolisen avun tarvetta ja asiakasta ohjataan tarvittaessa hakemaan kotipalvelua kunnalta tai yksityiseltä sektorilta. Tarvittaessa neuvotaan myös omaishoidon tukeen liittyvissä kysymyksissä.  
Asiakasta ohjataan auton hankinnassa sekä autoveron palautuksen, hallintalaitteiden ja erityisvarusteiden hakemisessa. Tarvittaessa kuntoutusohjaaja kirjoittaa lausunnot.

## Vapaa-aika, harrastukset

- K224 Yhteisöjen ja järjestöjen toimintaan liittyvä ohjaus ja neuvonta  
Kuntoutusohjaaja kertoo asiakkaalle vamma- tai sairausryhmäkohtaisesta yhdistys- ja järjestötoiminnasta sekä vertaistuen mahdollisuudesta ja vapaaehtoistoiminnasta.  
K225 Harrastustoimintaan liittyvä ohjaus ja neuvonta  
Kuntoutusohjaaja kannustaa ja ohjaa asiakasta harrastustoimintaan ja vapaa-ajan palveluiden piiriin.

## Tapaaminen koulu- lussa, työpaikalla

### Koulutukseen, ammattiin ja työelämään liittyvä ohjaus

- K240 Ammattiin ja työelämään liittyvä ohjaus  
K322 Apuvälineen hankinta  
K313 Elinympäristössä selviytymistä tukevat toimenpiteet ja palvelut  
Kuntoutusohjaaja selvittää yhdessä asiakkaan sekä yhteistyötahojen kanssa sairauden tai vamman aiheuttamat rajoitteet sekä yksilölliset mahdollisuudet oikeaan ammatinvalintaan koulutukseen tai työelämään paluuseen. Kuntoutusohjaaja tiedottaa asiakkaalle tarvittaessa työllistymistä tukevista projekteista sekä työkokeilusta. Tarpeen mukaan koulu- tai työyhteisön työntekijöitä perehdytetään selkäydinvammaisuuteen.  
Kuntoutusohjaaja on mukana neuvotellessa työnantajan ja asiakkaan kanssa mahdollisen työkokeilun järjestämisestä työpaikalla. Kuntoutusohjaaja perehtyy koulu- tai työolosuhteisiin ja -menetelmiin, selvittelee ja ohjaa mahdollisten muutostöiden ja apuvälinehankintojen yhteydessä

## Seuranta

### **Terveydentilan ja kuntoutumisen seuranta**

K123 Kuntoutumisprosessin seuranta ja arviointi  
Kuntoutusohjaaja koordinoi selkäydinvammaisten seuranta.  
Seurantakäynnit toteutuvat joko kuntoutumisosastolla tai kuntoutuskeskuksen selkäydinvammapoliklinikalla. Ensimmäisen vuoden aikana seurantakäyntejä on 1-2.  
Selkäydinvammaiset, jotka ovat olleet kuntoutusjaksolla Invalidiliiton Käpylän kuntoutuskeskuksessa, käyvät seurantakäynnillä Käpylästä kotiututtuaan, TAYS:n kuntoutumisosastolta kotiutuvat käyvät seurantakäynnillä puolen vuoden ja/tai vuoden kuluttua. Jatkossa seurantakäynnit toteutuvat tarpeen mukaan 1-3 vuoden välein.  
Kuntoutusohjaaja tapaa asiakkaan / tekee kotikäynnin ennen seurantakäyntiä, ja on yhteydessä muihin kuntoutuksesta vastaaviin yhteistyötahoihin. Kuntoutusohjaaja kirjaa jatkosuunnitelmat ja tarvittavat lausunnot sekä täyttää yhdessä asiakkaan kanssa seurantalomakkeen.  
Kuntoutusohjaaja tapaa asiakkaan seurantakäynnillä joko yksilöllisesti, yhdessä lääkärin kanssa tai ryhmässä.

## Laatutavoitteet

Asiakas saa tarvitsemansa kuntoutuspalvelujärjestelmiin liittyvän tiedon ja selkeät toimintaohjeet. Ohjeet ovat oikein kohdistettuja, oikea-aikaisia ja oikeasäältöisiä. Ne tukevat vaikeavammaisen kuntoutumista, elämänhallintaa ja itsenäistä selviytymistä. Asiakas ja yhteistyötahot saavat sovitusti tarvitsemansa lausunnot.

## Ajankäyttö

Tapaamiset vuodeosastolla / kuntoutumisosastolla 1-2 tuntia.  
Tapaamiset työryhmässä 1-2 tuntia.  
Tapaaminen kotona 1-3 tuntia, vuoden aikana kotikäyntejä saattaa olla 2-5, jolloin ajankäyttö kotikäynteihin yhteensä n. 2-15 tuntia.  
Ensimmäisen vuoden aikana tapaamisia yhteensä 6 -11, joista osastolla yksilötapaamisia 1-2, ryhmätapaamisia 2, tapaamisia asumiskokeilun aikana 1-2, kotikäyntejä 2-5.  
Tapaamiset ja käynnit edellyttävät valmistelua, yhteydenottoja eri tahoihin, suositusten laatimista sekä käyntien kirjaamista potilasasiakirjoihin.  
Kokonaisajankäyttö vuoden aikana n. 10-30 tuntia.



## Liite 3 Selkäydinvauriot - ICD 10 –luokitus

G 82	Paraplegia et tetraplegia
G 83	Muut halvausoireyhtymät
G 95	Muut selkäydinsairaudet
G 99.2	Muiden sairauksien aiheuttamat selkäydinsairaudet
S 12	Kaularangan murtumat
S 13	Kaulan alueen nivelten ja siteiden sijoiltaanmeno
S 14	Kaulanalueen hermojen ja selkäytimen vammat
S 24	Rintakehän alueen hermojen ja selkäytimen vammat
S 34	Alaselän tai selkäytimen lanneosan vamma
T91.3	Selkäydinvamman myöhäisvaikutukset (>1 v vammasta)

Liite 4 Aivovamman tai selkäydinvamman saaneiden henkilöiden terveydentilan ja kuntoutuksen seuranta Tampereen yliopistollisessa sairaalassa

3.8.2007

#### **AIVOVAMMAN TAI SELKÄYDINVAMMAN SAANEIDEN HENKILÖIDEN TERVEYDENTILAN JA KUNTOUTUKSEN SEURANTA TAMPEREEN YLIOPISTOLLISESSA SAIRAALASSA**

TAYS-erityisvastuualueella toteutettiin v. 2004 - 2005 hanke **Erikoissairaanhoidon mahdollisuudet kuntoutustoiminnan kehittäjänä - suunnitelma Tampereen yliopistollisen sairaalan erityisvastuualueen kuntoutustoiminnan kehittämisestä**. Kehittämishankkeen vastuuhenkilö oli kuntoutusylilääkäri Arne Ylinen. Kehittämishankkeen painopistealueet olivat kuntoutustutkimus, apuvälinepalvelut ja kuntoutusohjaus.

**Kuntoutusohjauksessa** kehitettiin hankkeen aikana vaativien, erityistason hoitoa, kuntoutusta ja seuranta edellyttävien vammaryhmien seurantaan toimintamalli. Tähän liittyen aloitettiin Tays:n kuntoutustutkimuspoliklinikan yhteydessä **selkäydinvamma- ja aivovammapoliklinikkatoiminta**. Seuranta ja poliklinikkatoimintaa koordinoi kuntoutusohjaaja.

#### **SELKÄYDINVAMMAISTEN SEURANTAA JA SELKÄYDINVAMMAPOLIKLINIKKATOIMINTAA** koordinoi kuntoutusohjaaja Raija Pettersson.

Seuranta toteutuu kuntoutusohjaajan toimesta ja /tai moniammatillisen seurantakäynnin tai -jakson muodossa kuntoutumisosastolla (24B ) Pikonlinnassa. Kuntoutumisosaston työryhmässä on useita erityistyöntekijöitä: lääkäri, fysioterapeutti, sairaanhoitaja, sosiaalityöntekijä ja kuntoutusohjaaja. Neuropsykologin ja toimintaterapeutin sekä uroterapeutin/sekuaalineuvojan asiantuntemus on myös käytettävissä. Seurantakäynnillä tehdään terveydentilan tutkimus ja laaditaan kuntoutussuunnitelma sekä muut tarvittavat lausunnot. Tilanteen edellyttäessä kutsutaan seurantakäynnille myös muita yhteistyötahoja esim. sosiaalitoimen vammaispalvelusta tai vakuutuslaitoksen edustaja. Tarvittaessa tehdään erikoisalojen konsultaatiot. Palvelut ovat Tays-erityisvastuualueen käytettävissä.

Seurantakäynnit toteutetaan tarpeen mukaan tai 1 - 3 vuoden välein lääkärin läheteellä tai kuntoutusohjaajan tai yhteistyötahojen ohjaamana. Seurannan piiriin kuuluvat traumaattisen selkäydinvaurion lisäksi selkäytimen sairauden tai selkäydinkanavan ahtauman vuoksi vammautuneet.

Seuranta toteutetaan yhteistyössä perusterveydenhuollon ja muiden kuntoutustahojen kanssa. Tavoitteena on luoda perusterveydenhuoltoon verkosto selkäydinvammaisten paikallisista yhteyshenkilöistä.

## **AIVOVAMMAN SAANEIDEN SEURANTAA JA AIVOVAMMAPOLIKLINIKKA-TOIMINTAA** koordinoi kuntoutusohjaaja Riitta Mäkilä.

Seuranta toteutuu kuntoutusohjaajan toimesta. Kuntoutusohjaajan kautta asiakas ohjataan tarpeen mukaan kuntoutustutkimuspoliklinikan yhteydessä toimivalle aivovammapoliklinikalle (Z 2–rakennus), jossa on neurologin tapaaminen ja tarvittaessa esim. neuropsykologin ja puheterapeutin tutkimukset sekä sosiaalityöntekijän tapaaminen. Erikoisalujen konsultaatiot tehdään tarpeen mukaan.

Aivovammapoliklinikalla tehdään kuntoutussuunnitelma sekä laaditaan muita tarvittavia lausuntoja. Tilanteen edellyttäessä pidetään moniammatillinen neuvottelu, johon kutsutaan asiakkaan ja omaisten lisäksi esim. hoitava neuropsykologi, edustajat Kelasta, Vakuutus kuntoutuksesta, työvoimahallinnosta tai työterveyshuollosta kunkin yksilöllisen tarpeen mukaan. Neuvottelussa sovitaan jatkosuunnitelmasta sekä lääkinnällisen että ammatillisen kuntoutuksen suhteen.

Suunnitelman toteutumista seuraa kuntoutusohjaaja, johon asiakas itse tai muu kuntoutukseen osallistuva taho voi olla aina tarvittaessa yhteydessä. Seurantakäynnit neurologilla sovitaan aina yksilöllisen tarpeen mukaan.

Aivovammapoliklinikalle ohjaudutaan joko lääkärin läheteellä tai kuntoutusohjaajan ohjaamana.

Seurantaan liittyen kuntoutusohjaaja tekee tiivistä yhteistyötä hoitavien tahojen (neurokirurgian ja neurologian osastot, kuntoutumisosasto, terveyskeskukset) sekä muiden kuntoutukseen osallistuvien tai sitä rahoittavien tahojen kanssa.

Seuranta on lääkinnällisen kuntoutuksen toimintaa, ja siten asiakkaalle maksutonta. Kunta- tai vakuutusyhtiölaskutus suoritetaan PSHP:n hinnaston mukaan.

Lähetteet ja muut yhteydenotot:

Kuntoutusohjaaja  
Raija Pettersson  
p. 3116 5644  
raija.pettersson@pshp.fi  
Tays, Pikonlinnan sairaala  
36280 Pikonlinna

Kuntoutusohjaaja  
Riitta Mäkilä  
p. 31165238  
riitta.makila@pshp.fi  
Tays, Kuntoutuskeskus,  
Z2-rakennus  
PL 2000, 33521 Tampere

## Liite 5 Kallon sisäiset vammat - ICD 10 -luokitus

S06.0	Aivotärähdys
S06.1	Traumaattinen aivoturvotus
	Aivoruhje
S06.2	Paikallinen aivovamma
S06.3	Diffuusi aivovamma
S06.4	Traumaattinen epiduraalivuoto
S06.5	Traumaattinen subduraalivuoto
S06.7	Kallon sisäinen vamma, johon liittyy pitkittynyt tajuttomuus
S06.8	Muut määritetyt kallon sisäiset vammat
S06.9	Määrittämätön kallon sisäinen vamma
T90.5	Kallon sisäisen vamman jälkitila

## Liite 6 Aivoverenkiertohäiriöt - ICD 10 -luokitus

G45	TIA, ohimenevä aivoverenkierohäiriö
G46.4 ja I67.9	Pikkuaivojen halvausoireyhtymä
G46.3 ja I67.9	Aivorungon halvausoireyhtymä
I60.0-160.9	SAV, lukinkalvonalainen verenvuoto
I61.0-161.9	ICH, aivojen sisäinen verenvuoto
I62.0-162.9	Muu, ei traumaattinen, kallonsisäinen verenvuoto
I63.0-163.9	Aivoinfarkti
I64.0-164.9	Vaikea aivoverenkiertohäiriö, jota ei ole määritetty verenvuodoksi tai infarktiksi
I69	Aivoverisuonisairauksien myöhäisvaikutukset

## Prosessikaavio; AVH-potilaan omaisten ohjausmateriaali hoitoketjussa

Potilaan hoitoketju	Potilaan hoito- ja kuntoutustoimenpiteet	Ohjausmateriaali
Potilaan kuljetus sairaalaan	Potilaan ensihoito	<p><b>Aivoverenkiertohäiriöt</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Mikä on aivoverenkiertohäiriö (AVH)</li> <li>Aivoinfarkti</li> <li>Aivorunkoinfarkti</li> <li>Pikkuainfarkti</li> <li>TIA</li> <li>SAV eli lukinkalvon alainen verenvuoto</li> <li>ICH eli aivojen sisäinen verenvuoto</li> <li>Sinustromboosi eli aivojen laskimotukos</li> </ul> <p><b>Aivoverenkiertohäiriöiden riskitekijät ja ennaltaehkäisy</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Aivoverenkiertohäiriöiden yleisimmät riskitekijät</li> <li>Kohonnut verenpaine</li> <li>Diabetes</li> <li>Sydän- ja verisuonisairaudet</li> <li>Rasva-aineenvaihdunnan häiriöt</li> <li>Tupakointi</li> <li>Alkoholin käyttö</li> <li>Liikalihavuus ja vähäinen liikunta</li> </ul> <p><b>AVH-potilaan tutkiminen</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Aivoverenkiertohäiriöpotilaalle tehtävät tutkimukset</li> <li>Tietokonetomografia eli CT</li> <li>Magneettikuvaus eli MRI</li> <li>Laboratoriotutkimukset</li> <li>Ultraäänitutkimukset</li> </ul> <p><b>AVH-potilaan lääkehoito</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Aivoverenkiertohäiriötä ehkäisevät lääkkeet</li> <li>Antikoagulanttihoito eli verenohennushoito aivoverenkiertohäiriöissä</li> <li>Aivoverenkiertohäiriöiden riskitekijöiden lääkehoito</li> <li>Aivoverenkiertohäiriöiden komplikaatioiden lääkehoito</li> <li>Aivoinfarktin liuotushoito</li> </ul> <p><b>Nopea hoitoon hakeutuminen ja AVH-potilaan konservatiivinen hoito</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Aivoverenkiertohäiriö ja nopea hoitoon hakeutuminen</li> <li>Aivoverenkiertohäiriöpotilaan akuuttihoito ja tarkkailu</li> <li>Hoito aivohalvauksyksikössä</li> </ul> <p><b>AVH-potilaan operatiivinen hoito</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Lukinkalvonalaisen verenvuodon (SAV) leikkaushoito</li> <li>Aivojen sisäisen verenvuodon (ICH) leikkaushoito</li> <li>Aivoverisuonten valtimo-laskimoepämuodostuman (AVM) leikkaushoito</li> <li>Aivoverisuonten valtimo-laskimoepämuodostuman (AVM) hoito verisuoniteitse</li> <li>Aivovaltimopullistuman hoito verisuoniteitse (Embolisaatio ja stentti)</li> <li>Aivoselkäydinnestekierron häiriön leikkaushoito</li> </ul> <p><b>Aivoverenkiertohäiriöiden moninaiset oireet</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Aivoverenkiertohäiriöihin liittyvät virtsaamisen ja ulostamisen häiriöt</li> <li>Aivoverenkiertohäiriöiden vaikutus fyysiseen ja henkiseen toimintakykyyn</li> <li>Muutokset lihastoiminnoissa ja tuntoaistimuksissa</li> <li>Puheen ymmärtämisen ja tuottamisen häiriöt</li> <li>Tahdonalaisten liikkeiden häiriöt eli apraksiat</li> <li>Hahmotushäiriöt</li> <li>Huomiotta jättäminen eli neglect</li> <li>Pukeutumisapraksia</li> <li>Tarkkaavaisuushäiriöt</li> <li>Toiminnanohjauksen häiriö ja juuttuminen</li> <li>Muistihäiriöt</li> <li>Päätteilykyvyn ja ongelmanratkaisun häiriöt</li> <li>Mieliala- ja persoonallisuusmuutokset</li> </ul> <p><b>AVH-potilaan kuntoutus</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Aivoverenkiertohäiriöpotilaan kuntoutumisen tukeminen</li> <li>Kuntoutumisen käytännöt Pirkanmaan sairaanhoitopiirissä</li> <li>Sopeutumisvalmennus</li> <li>Puhetta tukevat ja korvaavat kommunikaatiokeinot</li> </ul> <p><b>AVH-potilaan kotona selviytymisen tukimuodot</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Kotipalvelut ja kotipalvelun tukipalvelut</li> <li>Omaishoidon tuki</li> <li>Kotisairaanhoidon, päiväkeskustoiminta, intervallijaksot</li> <li>Aivoverenkiertohäiriöpotilaan taloudellinen tuki</li> <li>Sairaanhoidokustannusten korvaukset <ul style="list-style-type: none"> <li>Sairausajan päiväraha</li> <li>Kuntoutusraha</li> <li>Vammaistuki</li> <li>Eläkkeensaajan hoitotuki</li> </ul> </li> <li>Vammaispalvelut <ul style="list-style-type: none"> <li>Vammaispalvelulain mukaiset palvelut</li> <li>Kuljetuspalvelut</li> <li>Palveluasuminen</li> <li>Asunnon muutostyöt sekä asuntoon kuuluvat välineet ja laitteet</li> <li>Tulkkipalvelut</li> <li>Henkilökohtainen avustaja</li> <li>Päivittäisistä toiminnoista suoriutumiseksi tarvittavat välineet, koneet ja laitteet</li> </ul> </li> </ul> <p><b>Aivoverenkiertohäiriöt ja erityiskysymykset</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Aivoverenkiertohäiriöihin liittyvä epilepsia</li> <li>Liikunta ja fyysinen rasitus</li> <li>Alkoholin käyttö ja päihteet</li> <li>Matkustaminen ja lentäminen</li> <li>Ajokyky</li> <li>Läheisyys ja seksuaalisuus</li> <li>Saunominen</li> <li>Taloudellisten asioiden hoitaminen ja edunvalvonta</li> </ul>
Potilas TAYSin ensiavussa	Diagnosointi Tutkimukset Akuuttihoito	
Potilas TAYSin akuuttiosastolla <ul style="list-style-type: none"> <li>Stroke unit</li> <li>10b</li> <li>6a</li> </ul>	Diagnosointi Tutkimukset Akuuttihoito  <b>Akuuttivaiheen kuntoutus</b> Kuntouttava hoitotyö Erityistyöntekijöiden arviot Terapiat Sosiaalityö <b>Jatkotoimenpiteiden järjestäminen</b>	
Potilas TAYS:n jatkoahoito-osastoilla tai muussa sairaalahoitossa <ul style="list-style-type: none"> <li>24B</li> <li>NEVU</li> <li>Aluesairaala</li> <li>Terveyskeskus</li> </ul>	<b>Jatkohoito- ja kuntoutus</b> Kuntouttava hoitotyö Terapiat Apuvälinehankinnat Sosiaalityö  <b>Tutkimukset, konsultaatit</b>  <b>Jatkotoimenpiteiden järjestäminen</b>	
Potilas kotona, palvelutalossa tai laitoshoidossa	<b>Jatkokuntoutus</b> Avokuntoutus Laitoskuntoutus Sopeutumisvalmennus  <b>Kotona selviytymisen tukeminen</b> <b>Harrastustoiminta</b> <b>Järjestön palvelut</b>  <b>Seuranta</b> <b>Kuntoutusohjaus</b>	

## JAKELU

Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri, tieteellinen kirjasto  
Kanta-Hämeen sairaanhoitopiiri, tietopalvelu  
Pirkanmaan sairaanhoitopiiri, kirjaamo  
Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveysyhtymä, tieteellinen kirjasto  
Vaasan sairaanhoitopiiri, tieteellinen kirjasto

Pirkanmaan sairaanhoitopiiri, toimi- ja palvelualuejohtajat  
Pirkanmaan sairaanhoitopiiri, vastualuejohtajat  
Tampereen yliopistollinen sairaala, ylilääkärit  
Tampereen yliopistollinen sairaala, ylihoitajat

Etelä-Suomen lääninhallitus, lääninlääkäri  
Länsi-Suomen lääninhallitus, lääninlääkäri  
Helsingin yliopiston kirjasto  
Pirkanmaan ammattikorkeakoulu/terveysala, kirjasto  
Pirkanmaan Maakuntakirjasto  
Seinäjoen ammattikorkeakoulu, terveysalan yksikkö, kirjasto  
Sosiaali- ja terveysministeriö, kirjasto  
STAKES, tietopalvelu  
Suomen kuntaliiton kirjasto  
Tampereen ammattiopisto, kirjasto  
Terveystieteiden keskuskirjasto  
UKK-instituutti, kirjasto  
Varastokirjasto, luettelointi

Sairaanhoitopiirien kuntoutusylilääkärit ja kuntoutussuunnittelijat  
PSHP:n alueen terveyskeskusten johtavat lääkärit  
PSHP:n kuntoutusohjaajat

## **Pirkanmaan sairaanhoitopiirin kuntayhtymä**

PL 2000, 33521 TAMPERE  
puh. (03) 311 611  
faksi (03) 311 64042

### **Toimituskunta**

Kehitysjohtaja Erkki Wuolijoki  
Ylihoitaja Hannele Hiidenhovi  
Ylilääkäri Kari J. Mattila  
Asiantuntijalääkäri Hanna Tainio  
Toimitussihteeri Pirjo Heikkilä, puh. 03 311 66105

ISSN 1238-2639 (painettu)  
ISSN 1797-1225 (verkkójulkaisu)

ISBN 978-951-667-118-8 (nid.)  
ISBN 978-951-667-119-5 (PDF)