

Lääkinnällinen kuntoutus Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoidopiirissä

Sisällys

1. Tausta	3
2. Lääkinnällisen kuntoutuksen organisaatio ja toiminta HUS:ssa	4
3. Palveluketjut lääkinällisen kuntoutuksen näkökulmasta	6
4. Lääkinnällisen kuntoutuksen vaikuttavuuden arviointi	8
5. Apuvälinepalvelut.....	9
5.1. HUS Apuvälinekeskus ja sen toiminta.....	9
5.2. Apuvälineiden hankinta ja elinkaaren hallinta	10
5.3. Potilaslähtöinen ja oikea-aikainen apuvälinetyö	11
6. Tarkastuslautakunnan havainnot ja suositukset	12
Lähteet.....	13
Liite 1. Raportteja ja selvityksiä kuntoutusjärjestelmästä vuosina 2009-2018	15

1. Tausta

Kuntoutus käsitteenä on moniulotteinen ja sillä voidaan viitata monenlaiseen toimintaan. Perinteisesti kuntoutus jaetaan lääkinälliseen, kasvatukselliseen, sosiaaliseen ja ammatilliseen kuntoukseen. Lääkinällisellä kuntoutuksella pyritään parantamaan ja ylläpitämään kuntoutujan fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista toimintakykyä sekä edistämään ja tukemaan hänen elämäntilanteensa hallintaa ja itsenäistä suoriutumista päivittäisistä toiminnoista¹. Lääkinälliseen kuntoutukseen kuuluu varsinaisen kuntouttavan toiminnan ja toimenpiteiden lisäksi neuvonta, kuntoutustarpeen kartoittaminen ja suunnitelman tekeminen, apuvälinekartoitus ja -huolto, sopeutumisvalmennus sekä yhteistyö muiden kuntoutustahojen kanssa².

Kuntoutuksesta säädetään useissa eri laeissa ja sitä toteutetaan hajanaisessa järjestelmässä, minkä vuoksi kuntouksella on monia rahoittajia ja palveluntuottajia. Tästä seuraa, että kuntoutuspalvelut ja -rahoitus kokonaisuutena ovat hankalasti johdettavissa ja ohjattavissa. Tämä tulee esiin useissa viime vuosina kuntoutusjärjestelmästä tehdyissä selvityksissä ja raporteissa (Liite 1).

Väestön vanhetessa toimintarajoitteisten ja apua tarvitsevien henkilöiden määrä ja lääkinällisen kuntoutuksen tarve tulevat kasvamaan. Väestön ikääntymistä seuraa työikäisen väestön väheneminen ja mahdollinen työvoimapula.³ Kuntoutus on yksi keino saada ihmiset pysymään työkykyisinä tai palaamaan takaisin työelämään. Kuntoutus tulee nähdä kustannusten lisäksi myös investointina.⁴ Kuntoutusmenot olivat vuonna 2013 yhteensä 1,9 miljardia euroa. Tästä lääkinällisen kuntoutuksen osuus oli 52 %. Suurimpia kuntoutuksen rahoittajia olivat kunnat ja kuntayhtymät (39 %) ja Kela (24 %).⁵

Tässä arvioinnissa tarkastellaan HUS:n lääkinällistä kuntoutusta. Arvioinnin tavoitteena on

- kuvata lääkinällisen kuntoutuksen organisaatio ja toiminta
- kartoittaa miten kuntoutuksen hoitoketjut erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välillä toimivat
- selvittää miten HUS:n Apuvälinekeskus toimii, millaiset tavoitteet sen toiminnalle on asetettu ja miten ne on saavutettu sekä.

Arviointi perustuu HYKS Sisätaudit ja kuntoutus toimialajohtajan, hallinnollisen ylilääkärin, kuntoutuksen linjajohtajan, ylihoitajan, kliinisen asiantuntijan, fysiatrian professorin sekä Apuvälinekeskuksen johtajan haastatteluihin. Lisäksi tietolähteinä käytettiin järjestämissuunnitelmia, muistioita ja raportteja. Arvioinnissa ei ole käsitelty lääkinällistä kuntoutusta Lasten ja nuorten eikä Psykiatrian tuloksetyksiköissä.

¹ Asetus lääkinällisestä kuntoutuksesta 1991/1015.

² Terveystieteiden tutkimuskeskuslaki 1326/2010 § 29.

³ Ashorn U, Autti-Rämö I, Lehto J, Rajavaara M. 2013. Kuntoutus muuttuu – entä kuntoutusjärjestelmä.

⁴ Lääkinällinen kuntoutus. Valtiontalouden tarkastusviraston tuloksellisuustarkastuskertomukset 193/2009.

⁵ Rissanen P. 2016. Kuntoutusmenot 2013.

2. Lääkinnällisen kuntoutuksen organisaatio ja toiminta HUS:ssa

Yhteistyö perusterveydenhuollon kanssa on yksi HUS:n strateginen painopiste ja tärkeää lääkinällisen kuntoutuksen sujuvuuden ja vaikuttavuuden kannalta. Lääkinnällistä kuntoutusta ei kuitenkaan sellaisenaan ole sisällytetty HUS:n strategiseksi painopisteeksi 2017-2018.

HUS-sairaanhoitoalueilla on laadittu terveydenhuoltolain edellyttämät alueelliset terveydenhuollon järjestämissuunnitelmat viimeksi vuosille 2013–2016. Suunnitelmat on laadittu kuntien ja sairaanhoitoalueiden yhteistyössä. HUS:n perusterveydenhuollon yksikkö on osallistunut valmistelutyöhön. Suunnitelmissa on asetettu tavoitteeksi lisätä ja selkiyttää yhteistyötä perusterveydenhuollon kanssa sekä pyrkimys alueellisen yhteistyön parantamiseen. Lisäksi tavoitteena on selkiyttää ja yhtenäistää niin terapian kuin apuvälineiden myöntämisperusteita. Yksittäisinä huomioitavina tavoitteina tuotiin esille tarve kuntoutuksen vaikuttavuuden seurantaan (Hyvinkään sha) sekä yhteisen alueellisen kuntoutusyksikön perustaminen kuntoutustoiminnan koordinoimiseksi ja suunnittelemiseksi (Itä-Uudenmaan sha).⁶

HYKS-Erva-alueen erikoissairaanhoidon järjestämissopimuksessa lääkinällisen kuntoutuksen tavoitteeksi on asetettu mahdollisimman yhdenmukaiset toimintamallit⁷.

Sopimuksen mukaan yhteisesti kehitettäviä toimintoja ovat mm.

- 1) selkäydinvammaisten koko eliniän kestävä hoito
- 2) vaativan erikoissairaanhoidon hoitoprosessiin liittyvän kuntoutuksen järjestäminen
- 3) kalliiden ja erityisosaamista vaativien apuvälineiden tarpeen arviointi ja hankinta
- 4) kalliiden toiminnallisten proteesien tarpeen arviointi, hankinta, huolto ja käytön opetus.

Sopimuksessa mukana olevat tahot ovat perustaneet työryhmän, joka on kirjoittanut suosituksen HYKS-Ervan lääkinällisen kuntoutuksen toimintakäytäntöjen yhtenäistämiseksi suurten sairausryhmien osalta⁸.

Lääkinällisen kuntoutuksen kokonaisuus HUS:ssa on hajanainen ja vaikeasti hahmotettavissa. HUS:ssa ei ole kuntoutuksen ylilääkäriä eikä kuntoutuksen professoria. Lääkinälliselle kuntoutukselle ei ole asetettu HUS-tason kirjallisia tavoitteita eikä toiminnalle mittareita. HUS:n fysioterapiayksiköt antavat palveluja lähes kaikilla erikoisaloilla, niin vuodeosastoilla kuin poliklinikoillakin. HYKS:ssa lääkinällinen kuntoutus kuuluu Sisätaudit ja kuntoutus tulosyksikköön (jäljempänä Sisu), jossa on oma linja kuntoutukselle.

Tilastotietoa HUS:n lääkinällisestä kuntoutuksesta on huonosti saatavilla. Sisu tulosyksikön hoitotyön johto pitää tilastoa fysio- ja toimintaterapeuttien määrästä sekä terapiakontakteista. HYKS-sairaanhoitoalueella työskenteli vuoden 2017 lopussa 137 fysioterapeuttia ja 27 toimintaterapeuttia, jotka kiertävät eri osastoilla ja sairaaloissa. Terapeutteja työskentelee eniten tukielin- ja plastiikkakirurgian yksiköissä, sydän- ja keuhkokeskuksessa, vatsakeskuksessa sekä pää- ja kaulakeskuksessa. Vuonna 2017 terapiakäyntejä oli eniten Tuki- ja plastiikkakirurgian tulosyksikössä (Taulukko 1). Fysioterapian eri erikoisalojen kontaktit voivat erota

⁶ Terveydenhuollon järjestämissuunnitelma. www.hus.fi. 12.12.2107.

⁷ Erikoissairaanhoidon järjestämissopimus Helsingin yliopistollisen keskussairaalan erityisvastuualueella. www.hus.fi. 12.12.2017.

⁸ Hupli M ym. 2018. Kuntoutuspalvelujen järjestäminen HYKS-erva-alueella.

kestoltaan toisistaan huomattavasti. Esimerkiksi neurologisen potilaan tai palovammapotilaan fysioterapia voi kestää kerrallaan 60-90 minuuttia. Samassa ajassa on mahdollista hoitaa 2-3 ortopedista potilasta.⁹

Tulosyksikkö	Fysioterapia-kontaktit 2017	Toimintaterapia-kontaktit 2017
Sydän- ja keuhkokeskus	23824	46
Vatsakeskus	20003	29
Pää- ja kaulakeskus	18812	4673
Tukielin ja plastiikkakirurgia	50165	4528
Leikkaussalit, teho ja kivunhoito (Atek)	9211	2629
Syöpäkeskus	9374	0
Tulehduskeskus	4026	1
Sisätaudit ja kuntoutus	10775	869
Akuutti	3366	1
Naistentaudit ja synnytykset (v. 2016 lähtien)	2338	1
Yhteensä	151894	12777

Taulukko 1. Fysio- ja toimintaterapiakontaktit vuonna 2017 HYKS Sisussa. Lähde: ylihoitaja Pohjola 15.3.2018.

1.6.2017 alkaen HYKS:ssa siirryttiin aikaperusteiseen terapian hinnoitteluun. Käyntivälisuoritehinnasto sisältää 25 eri fysio- ja toimintaterapian aikakoodia. Kirjaukset vastaavat nyt paremmin toimintaa ja yksityiskohtaisempi seuranta on tullut mahdolliseksi.

Yliopistosairaalana HUS vastaa kuntoutuksen ja sen menetelmien kehittämisestä ja uusimman tutkimustiedon hyödyntämisestä. Fysiatriaan liittyvästä perus-, jatko ja täydennyskoulutuksesta vastaa HUS:ssa fysiatrian osa-aikainen professori. Professuurin tehtäviin kuuluu lisäksi harjoittaa ja ohjata tieteellistä tutkimustyötä fysiatrian alalla ja siihen perustuen seurata tieteen kehitystä sekä osallistua alallaan yhteiskunnalliseen vuorovaikutukseen ja kotimaiseen sekä kansainväliseen yhteistyöhön. Osa-aikaisen professorin virka on ollut täytettynä keväästä 2017 alkaen.

Tavoitteena on, että kuntoutus HUS:ssa on jatkossa monikanavaista, yhdistäen perinteistä vastaanotolla ja osastolla tapahtuvaa, teknologiaa hyödyntävää ja virtuaalista kuntoutusta. Esimerkkinä tästä on Kuntoutumistalo.fi, joka on yliopistosairaanhoidopiirien tuottama ja ylläpitämä kuntoutuksen verkkopalvelu. Sisällön ovat tuottaneet terveydenhuollon ammattilaiset yhteistyössä potilasedustajien kanssa. palvelun sisältöä kehitetään uusimpaan tietoon perustuen sekä asiakaspalautteen perusteella. Tällä hetkellä Kuntoutumistalo.fi sisältää kaikille avoimia palveluja. Jatkossa hoitosuhteessa oleville tai lähetteellä tuleville potilaille tullaan suuntaamaan virtuaalisia kuntoutujan polkuja. Myös ammattilaisille tulee oma osionsa tukemaan kuntoutusosaamista.

⁹ Henkilökohtainen tiedonanto: ylihoitaja Pohjola 15.3.2018.

3. Palveluketjut lääkinnällisen kuntoutuksen näkökulmasta

Palveluketjun toimiminen on oleellista kuntoutuksen onnistumisen kannalta. Erityisen kriittisiä kohtia ovat kuntoutuksen suunnittelu, vastuukysymykset, toimijoiden yhteistyö sekä kuntoutujan yksilöllisen tilanteen ja toiveiden huomiointi.¹⁰ Terveystieteiden tutkimuskeskuksen mukaan kunta vastaa potilaan lääkinnällisen kuntoutuksen suunnittelusta siten, että kuntoutus muodostaa toiminnallisen kokonaisuuden yhdessä hoidon kanssa. Yksilöllisessä, kirjallisessa kuntoutussuunnitelmassa on määritettävä kuntoutuksen tarve, tavoitteet ja sisältö.

Valtion tarkastusviraston tuloksellisuustarkastuskertomuksen 193/2009 mukaan erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon yhteistyö ei aina toimi niin hyvin kuin kuntoutuksen kannalta olisi tarpeen¹¹. Tämän lisäksi myös kuntoutuksen eriytyminen yksittäisen erikoisalain sisällä akuuttiin, polikliiniseen ja osastotoimintaan vaikuttaa kuntoutusprosessin toimivuuteen¹².

Kuntoutuspaikkojen kapasiteetin hallinnan kehittämisen loppuraportti esittää akuuttien somaattisten sairauksien kuntoutuksen osalta ns. liukumäkimallia toiminnan pohjaksi. Tällä tarkoitetaan tukeutumista avokuntoutukseen pohjautuvaan kotikuntoutukseen intensiivisen alkukuntoutuksen jälkeen.¹³ Myös pääkaupunkiseudun sairaala-aluevisiossa 2030 esitetään, että potilaan tulisi yhä useammin ja nopeammin siirtyä kotiin ja avokuntoutukseen. Tämä edellyttää kuntoutussairaaloilta tehokkuutta ja tuloksellisuutta. Kuntoutustoiminnassa korostuu tällöin potilaiden ja heidän läheistensä rooli, henkilökunnan osaaminen, näyttöön perustuvat kuntoutusmenetelmät sekä sujuva ja standardoitu kuntoutus- ja kotiutusprosessi.¹⁴

Aivohalvauspotilaan toimiva palveluketju ja keskitetty moniammatillinen kuntoutus on todettu erityisen vaikuttavaksi. Kuolleisuus ja pysyvään laitoshoitoon jäämisen riski on pienempi niillä, jotka on sairastumisen alkuvaiheessa hoidettu moniammatillisesti toimivassa kuntoutusyksikössä tavallisen vuodeosaston sijaan.¹⁵

Kuntoutuksen palveluketjut HUS-alueella

HUS:n ekstranetissä on kolme palveluketjukuvausta, joissa lääkinnällinen kuntoutus on osa palveluketjua; nk. lonkkaliikumäki sekä selkäleikkauksen ja kivunhoidon palvelukuvaukset. Terveystieteiden tutkimuskeskuksen löytyy 47 hoitoketjukuvausta HUS-alueelta. Näistä yksi on kuvaus aivoverenkiertohäiriöpotilaan kuntoutuksesta Porvoon sairaanhoitoalueella. Neljään muuhun sisältyy kuntoutus osana hoitoketjua. Kuntoutus on mukana noin puolessa kaikista Käypä hoito-suosituksista. Kuntoutus on oleellinen osa mm. aivoinfarktin, alaselkävun sekä polvi- ja lonkkanivelrikon Käypä hoito-suositusta.

Sisu -tulosityksikön johtoryhmän muistion 29.3.2016 mukaan hoitoketjuja on kehitetty toimialan sisällä ja 12 tulosityksikön välillä sekä erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välillä. Myös moniammatillista tiimityötä ja roolivastuita

¹⁰ Rissanen P, Kallanranta T, Suikkanen A (toim.) 2008. Kuntoutus. Duodecim.

¹¹ Lääkinnällinen kuntoutus. Valtion tarkastusviraston tuloksellisuustarkastuskertomus 193/2009.

¹² Ashorn U, Autti-Rämö I, Lehto J, Rajavaara. 2013. Kuntoutus muuttuu – entä kuntoutusjärjestelmä.

¹³ Louhija J ym. 2017. Kuntoutuspaikkojen kapasiteetin hallinnan kehittämisen loppuraportti.

¹⁴ Pääkaupunkiseudun sairaala-aluevisio 2030. Sairaala-alueiden kehittämissuunnitelman raportti 30.9.2009. Helsingin kaupungin terveystieteiden tutkimuskeskuksen raportteja 2009:4.

¹⁵ Aivoinfarktin ja TIAN Käypä hoito -suositus 2016.

erityisesti erikoistyöntekijöiden kohdalla on tarkennettu toimialan työyksiköissä selkiyttämällä potilaan polkua.¹⁶

HUS perusti vuonna 2009 yhteistyössä kuntayhtymän kuntien kanssa hoitoketjujen kehittämiseksi Sutjake-työryhmän. Työryhmän tavoitteena oli koordinoida potilaiden jatkohoidon järjestämistä sekä uusien toimintamallien käyttöönottoa. Keskeisenä tavoitteena oli kytkeä mittarit ja raportointikäytännöt palveluketjuihin. Sutjake kokoontuu yhä noin kuusi kertaa vuodessa. Sutjake käsittelee joka kokouksessa siirtoviivehoitopäiviä. Siirtoviivehoitopäivät ja niistä kunnille aiheutuneet maksut ovat yksi keino arvioida kuntoutusta osana palveluketjua. Siirtoviivehoitopäiviin liittyvät maksut ovat viime vuosina oleellisesti vähentyneet. Vuonna 2012 laskutettavia siirtoviivehoitopäiviä oli 11 344 ja niistä kunnille aiheutuvat maksut olivat n. 5 milj. €, kun vuonna 2017 luvut olivat vastaavasti 550 päivää ja 330 000 €. Jatkohoitoa odottavien potilaiden ostopalveluina hankitut kuntoutuspalvelut läpilaskutetaan hoidon maksajalta ja niistä laskutettiin vuonna 2017 noin 0,3 miljoonaa euroa, kaikki Helsingin kaupungilta (vuonna 2016 noin 1,7 miljoonaa euroa).¹⁷

Selkäydinvammapotilaiden palveluketjun pullonkauloiksi on tunnistettu potilaiden siirtymät tehohoidosta kuntoutukseen ja kuntoutuksesta kotiutumiseen. Ongelmat syntyvät tavallisesti eri toimijoiden välillä. Palveluketjun sujuvuutta haittaavat mm. erilaiset lähete- ja maksusitoumuskäytännöt, jotka aiheuttavat viivettä kuntoutukseen, kotiutumiseen ja apuvälineisiin liittyen.¹⁸

Kesäkuussa 2017 perustetun selkäydinvammakeskuksen on tarkoitus kartoittaa tarkemmin em. akuuttihoitoon ja kuntoutusjakson pullonkauloja sekä kehittämistarpeita. Keskuksen myötä tavoitellaan akuuttihoitosta kuntoutukseen siirtymisen tehostumista. Tämä on ensimmäinen askel osaamisen keskittämisessä ja siirtymisessä erikoistuneeseen kuntoutusyksikköön.¹⁸ HUS:n selkäydinvammakeskuksessa aloitti 1.11.2017 toimintansa vaativan kuntoutuksen vuodeyksikkö.

Esimerkki erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon palveluketjusta HUS-alueella on Espoon sairaalan kanssa tehtävä yhteistyö. Potilaat tulevat sairaalan osastolle jatkohoitoon ja kuntoutukseen lähetteellä erikoissairaanhoidosta tai päivystyksestä. Tarkastuslautakunta vieraili sairaalassa elokuussa 2017 ja totesi, että keväällä 2017 alkanut yhteistyö HUS:n kanssa on sujunut hyvin. Haasteena on ajoittain ollut liian vaativien potilaiden tai potilaiden liian varhainen lähettäminen erikoissairaanhoidosta Espoon sairaalaan.

¹⁶ Sisu johdon tiedonanto 17.11.2017.

¹⁷ HUS Tilinpäätös ja toimintakertomus 2017.

¹⁸ HUS Talous- ja konsernijaosto 14.6.2016 § 33. Selkäydinvammapotilaiden vaatimaan kuntoutukseen liittyvien tilojen ja palveluiden hankinta.

4. Lääkinnällisen kuntoutuksen vaikuttavuuden arviointi

Rajan vetäminen sairaanhoidon ja kuntoutuksen välille on vaikeaa ja siksi kuntoutuksen kustannusten sekä vaikuttavuuden arviointi on hankalaa. Myös puutteelliset tilastointikäytännöt lisäävät osaltaan arvioinnin vaikeutta.¹⁹

Sairaanhoitopiirin tulee seurata kuntoutuksen vaikuttavuutta. Tämä edellyttää kuntoutukseen liittyvän tieteellisen tutkimuksen toteuttamista. Samalla on varmistettava, että tutkimuksen taloudelliset edellytykset ja korkeatasoinen kuntoutuksen alan koulutus turvataan.²⁰

Kuntoutuksen mittareita on käytössä lukuisia riippuen sairaudesta ja käyttökohteesta. THL:n ylläpitämä TOIMIA-tietokanta sisältää asiantuntijaryhmien laatimia suosituksia toimintakyvyn mittaamisesta sekä suosituksiin liittyvien toimintakykymittareiden arviointeja.²¹

¹⁹ Lääkinnällinen kuntoutus. Valtiontalouden tarkastusviraston tuloksellisuustarkastuskertomukset 193/2009.

²⁰ Poutiainen E. Uusi terveydenhuoltolaki ja lääkitinnällinen kuntoutus. Kuntoutus 2/2011, 3-4.

²¹ www.thl.fi/toimia/tietokanta 25.10.2017.

5. Apuvälinepalvelut

Apuvälinepalvelu on keskeinen osa lääkinnällisen kuntoutuksen palvelujärjestelmää. Lääkinnällisen kuntoutuksen apuvälineinä luovutettavien välineiden, laitteiden, tarvikkeiden, tietokoneohjelmien ja muiden ratkaisujen tarkoituksena on tukea potilaan kuntoutumista, ylläpitää tai parantaa toimintakykyä päivittäisissä toiminnoissa tai ehkäistä toimintakyvyn heikentymistä. Apuvälinetarve on arvioitava käyttäjälähtöisesti, oikea-aikaisesti ja yksilöllisesti.²² Pääasiallinen vastuu apuvälinepalveluiden järjestämisestä kuuluu kunnille ja kuntayhtymille²³.

5.1. HUS Apuvälinekeskus ja sen toiminta

Vuonna 2008 valmistui selvitys apuvälinepalveluiden uudelleenjärjestämisestä HUS-alueella. Se osoitti, että sopimukset työn- ja vastuunjaosta HUS-alueella puuttuivat. Alueellisia hoitoketjuja apuvälinetarvetta aiheuttavissa sairauksissa oli vähän ja olemassa olevista ketjuista puuttui saatavuusperusteet. Palveluiden käyttäjälähtöisyys, tasa-arvoisuus, palveluiden saumattomuus sekä tehokkuus eivät tuolloin toteutuneet. Apuvälineiden järjestämis- ja kustannusvastuuta siirrettiin perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä.²⁴

Selvitys päättyi ehdottamaan, että HUS ja alueen kunnat käynnistävät alueellisen apuvälinetoiminnan keskittämistä sekä työn- ja vastuunjaon sopimista ja toimintatapojen yhdistämistä koskevan valmistelun. Ehdotus sisälsi apuvälineiden hankinnan ja kilpailuttamisen keskittämisen, apuvälinetoimintaan suunnitellun tietojärjestelmän hankkimisen sekä asiakasohjauksen järjestämisen.

HUS Apuvälinekeskus aloitti omana taseyksikkönään 1.1.2012 ja vuoden 2015 alusta se on ollut osa Sisu tuloseyksikköä. Apuvälinekeskus vastaa erikoissairaanhoidon apuvälinehankinnoista, niiden huolto- ja korjauspalveluista, apuvälineisiin liittyvistä logistisista ratkaisuista sekä muista keskittämisestä hyötyvien tukipalvelujen järjestämisestä. Lisäksi Apuvälinekeskus tekee vaativan erityistason potilastyötä sekä tarjoaa asiantuntijapalveluja.

Tavoitteena on, että Apuvälinekeskus tulisi keskitetyksi hoitamaan koko HUS-alueen apuvälinepalvelut. Ensimmäinen askel tähän oli yhteistyön käynnistäminen Espoon kaupungin perusterveydenhuollon kanssa keväällä 2017.

Apuvälinekeskuksen ydintehtävä on vuoden 2017 toimintasuunnitelmassa määritelty seuraavasti:

”Asiakaslähtöiset, laadultaan ja hinnaltaan kilpailukykyiset apuvälinepalvelut. Vapauttaa niukkeneviä asiantuntijaresursseja merkittävästi HUS-alueen sosiaali- ja terveydenhuollon muihin toimintoihin.”

²² Sosiaali- ja terveysministeriön asetus lääkinnällisen kuntoutuksen apuvälineiden luovutuksesta 1363/2011.

²³ Rissanen P, Kallanranta T, Suikkanen A (toim.) 2008. Kuntoutus. Duodecim.

²⁴ Pohjolainen T. 2008. Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin apuvälinepalveluiden nykytila, ongelmat ja ehdotuksia ongelman ratkaisemiseksi. Selvitysraportti.

Toimintasuunnitelman mukaan Apuvälinekeskuksen päämäärät ovat

- tehokas apuvälineen elinkaaren hallinta
- potilaslähtöinen, vaikuttava ja oikea-aikainen apuvälinetyö
- ammattimainen apuvälineiden hankinta ja hallinta
- tehokas ja toimiva apuvälineiden varastointi ja kuljetus
- vaikuttava toiminnan ohjaus ja kehitys
- informatiivinen, ajantasainen koulutus ja viestintä
- haluttu ja vetovoimainen työpaikka
- toimintaan kytkeytynyt tasapainoinen talous
- HUS/HYKS-Erva -alueen apuvälinepalveluiden yhteistyön mahdollistaja.²⁵

Sosiaali- ja terveysministeriön nimittämä työryhmä on laatinut Apuvälineet-verkkosivuston vuonna 2014. Sivuja ylläpiti THL, kunnes kesäkuussa 2017 aineisto siirrettiin Terveyskylän Kuntoutumistaloon. Sivuille on koottu apuvälinepalveluihin ja apuvälineisiin liittyvää tietoa tukemaan apuvälinealan ammattilaisten, tutkijoiden ja opiskelijoiden tiedontarpeita. Samaa tietoa voivat hyödyntää myös terveydenhuollon ja sosiaalialan ammattilaiset sekä apuvälineiden käyttäjät ja heidän läheisensä.

5.2. Apuvälineiden hankinta ja elinkaaren hallinta

Useiden apuvälineiden osalta valitaan kilpailutuksella sopimustoimittaja, jolta ko. apuvälineen hankinta ensisijaisesti tehdään. Sopimuksesta voidaan poiketa vain perustellusta syystä, joka kirjataan potilastietojärjestelmään. Asiakkaan kuntoutukseen ja hoitoon osallistuvien henkilöiden tulee seurata apuvälineiden käyttöä ja niiden kuntoa sekä raportoida käyttötarpeen ja -kunnan muutoksista. Asiakkaalle tulee antaa riittävät tiedot ja ohjeet apuvälineen käytöstä ja huollosta sekä palauttamisesta.²⁶

Terveydenhuollon laitteista ja tarvikkeista annetun lain 2010/629 mukaan terveydenhuollon toimintayksikön tulee ylläpitää apuvälinerekisteriä. Apuvälinerekisteriin tulee kirjata toimintayksikön hankkimat, sillä käytössä olevat, edelleen luovuttamat tai muutoin hallinnassaan olevat apuvälineet. Apuvälineiden jäljitettävyyden on tärkeää, koska esimerkiksi vaaratilanneilmoituksen seurauksena voi tulla tarve korjauttaa tai poistaa käytöstä apuvälineitä. Apuvälinerekisteri on osa potilasasiakirjaa.

Lääkinnällisen kuntoutuksen apuvälineiden käyttökunnosta vastaa se terveydenhuollon yksikkö, joka omistaa apuvälineen²⁷. Nämä palvelut on mahdollista järjestää joko omana toimintana tai ostopalveluna asiaan perehtyneeltä huoltoyksiköltä.

HUS Apuvälinekeskus on kilpailuttanut isoimmat apuvälineiden tuoteryhmät. Kaikki kilpailutetut puitesopimukset löytyvät intranet sivuilta. Kaikki apuvälineiden

²⁵ HUS Apuvälinekeskuksen toimintasuunnitelma 2017.

²⁶ Forss J. 2016. Valtakunnalliset lääikinnällisen kuntoutuksen apuvälineiden luovutusperusteet – opas apuvälinetyötä tekeville ammattilaisille ja ohjeita asiakkaille.

²⁷ Laki terveydenhuollon laitteista ja tarvikkeista 629/2010.

huoltotoiminta tapahtuu HUS Apuvälinekeskuksen kautta. Apuvälineiden huoltokuluja seurataan koko HUS-tasolla.²⁸

Inventaarioissa on tullut ilmi, että apuvälinelainoja jää kirjaamatta ja apuvälineitä kulkeutuu väärin paikkoihin. Apuvälinekeskuksessa on tiedostettu, että kirjaamista ja varastonhallintaa on tarpeen kehittää, koska kyseessä on paitsi omaisuuden hallintaan, myös potilasturvallisuuteen liittyvä seikka.²⁸

Apuvälinekeskuksessa on käytössä Effector-toiminnanohjausjärjestelmä. Järjestelmää koskeva sopimus umpeutui syyskuussa 2017 ja järjestelmän kilpailutusta ollaan valmistelemassa. Tavoitteena on saada käyttöön järjestelmä, joka on mahdollista ottaa käyttöön myös kunnissa ja joka mahdollistaisi tehokkaamman varaston- ja omaisuudenhallinnan.²⁸

Apuvälinekeskuksessa tehdään apuvälineiden käytönseurantaa potilaille vain vähän. Asiakaspalautetta apuvälinekeskus ei kerää erikseen vaan on mukana HUS tasoisessa asiakaspalautte-toiminnassa.

5.3. Potilaslähtöinen ja oikea-aikainen apuvälinetyö

Kun apuvälinetarve on todettu, tulee tarvitsijan saada apuvälineeseen liittyvät palvelut nopeasti ja joustavasti. Apuvälineitä tarvitsevien asiakkaiden on saatava apuvälinepalvelut oikea-aikaisesti ja tasapuolisesti riippumatta asuinkunnasta. Apuvälineen tarvitsijan tulee saada myös tarvitsemansa ohjaus ja neuvonta.²⁹

Apuvälineiden hankintaa ohjaa HUS:ssa paitsi yksilöllinen tarveharkinta, myös apuvälineiden luovutusperusteet. Apuvälinekeskuksella oli merkittävä rooli HUS- ja HYKS erva-alueen apuvälineiden luovutusperusteiden valmistelutyössä. Sekä erikoissairaanhoidon että perusterveydenhuollon kattavat luovutusperusteet hyväksyttiin HUS:n käyttöön elokuussa 2015. Luovutusperusteilla varmistetaan, että apuvälineitä tarvitsevat potilaat saavat apuvälinepalvelua tasa-arvoisesti asuinpaikasta riippumatta. Apuvälinekeskus on ollut mukana myös valtakunnallisia lääkinnällisen kuntoutuksen apuvälineiden luovutusperusteita valmistelevassa työryhmässä.

Apuvälinekeskuksen jonotilannetta seurataan viikoittain. Apuvälinekeskuksesta saadun tiedon mukaan 30.10.2017 jonotti 133 aikuispuolen sähköisen liikkumisen apuvälineasiakasta aikaa ensimmäiseen arvioon. Näistä vanhin lähete oli kirjattu lähes puoli vuotta aiemmin. Kiireelliset lähetteet on hoidettu viivytyksettä.³⁰ Alkuvuonna 2018 tilanne oli parempi: helmikuussa jonossa oli 80 henkilöä ja vanhin lähete oli kirjattu 2.10.2017.

²⁸ Henkilökohtainen tiedonanto: apuvälinekeskuksen johtaja Jokela 15.9.2017.

²⁹ Apuvälinepalveluiden laatusuositus. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2003:7.

³⁰ Sisätaudit ja kuntoutus -tulosityksikön ja Apuvälinekeskuksen johdon kirjallinen tiedonanto 17.11.2017.

6. Tarkastuslautakunnan havainnot ja suositukset

Tarkastuslautakunnan havainnot lääkinällisestä kuntoutuksesta ja havaintoihin perustuvat suositukset on esitetty alla. Tiivistelmä tarkastuslautakunnan arvioinnista sekä havainnot ja suositukset on julkaistu vuoden 2017 arviointikertomuksessa.

Havainto 1 Lääkinällisen kuntoutuksen organisaatio on hajanainen eikä lääkinälliselle kuntoutukselle ole asetettu kirjallisia tavoitteita. Tilastointikäytännöt vaihtelevat eikä vertailukelpoista, luotettavaa tietoa esimerkiksi kuntoutuskontakteista ja kustannuksista ole saatavilla. Kirjaamista on kuitenkin kehitetty aktiivisesti.

Suositus 1 Lääkinällisen kuntoutuksen organisaatiota tulee selkeyttää sekä asettaa vuosittaiset tavoitteet ja seurata niiden toteutumista. Tilastointia ja kirjaamista tulee edelleen kehittää.

Havainto 2 Apuvälinelainojen kirjaaminen sekä asiakaspalautteiden kerääminen on puutteellista eikä apuvälineiden sijainnista ja kunnosta ole ajantasaista tietoa. Apuvälineiden oikea-aikainen ja tasapuolinen saatavuus ei toteutunut HUS-alueella vuonna 2017, koska jono apuvälinearvioon oli pitkä.

Suositus 2 Apuvälineprosessista ja apuvälineiden käyttökokemuksista tulee kerätä palautetta toiminnan kehittämiseksi. Lisäksi tulee selvittää mahdollisuus ottaa apuvälineiden käyttäjät mukaan apuvälineiden kilpailutuksiin loppukäyttäjinä. Nopeamman ja joustavamman apuvälineprosessin varmistamiseksi on kartoitettava prosessia hidastavat tekijät. Viestintää Apuvälinekeskuksen palveluista sekä potilaille että asiantuntijoille tulee kehittää.

Lähteet

Aivoinfarktin ja TIAN Käypä hoito –suositus, 2016.

Apuvälinepalveluiden laatusuositus. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2003:7.

Asetus lääkinnällisestä kuntoutuksesta 1991/1015.

Ashorn U, Autti-Rämö I, Lehto J, Rajavaara M. 2013. Kuntoutus muuttuu – entä kuntoutusjärjestelmä. Kelan tutkimusosasto.

Erikoissairaanhoidon järjestämissopimus Helsingin yliopistollisen keskussairaalan erityisvastuualueella. www.hus.fi. 12.12.2017.

Forss J. 2016. Valtakunnalliset lääkinnällisen kuntoutuksen apuvälineiden luovutusperusteet – opas apuvälinetyötä tekeville ammattilaisille ja ohjeita asiakkaille.

Henkilökohtainen tiedonanto: apuvälinekeskuksen johtaja Jokela 15.9.2017.

Henkilökohtainen tiedonanto: ylihoitaja Pohjola 15.3.2018.

Hupli M, Louhija J, Hurskainen K, Hämäläinen H, Kulmala T, Liitola M, Merivuori H, Paavola P, Sihvola E, Ylinen, A. 2018. Kuntoutuspalvelujen järjestäminen HYKS-erva-alueella.

HUS Apuvälinekeskuksen toimintasuunnitelma 2017.

HUS Talous- ja konsernijaosto 14.6.2017 § 33. Selkädynvammapotilaiden vaativaan kuntoutukseen liittyvien tilojen ja palveluiden hankinta.

HUS Tilinpäätös ja toimintakertomus 2017.

Ihalainen R, Rissanen P. 2009. Kuntoutuslaitosselvitys 2009. Kuntoutuslaitosten tila ja selvitysmiesten ehdotukset kuntoutuslaitostoiminnan kehittämiseksi. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2009:61.

Kaarlola A. 2014. Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon sairaansijojen määrä ja käyttö, hoidon arviointi sekä yhteistyön kehittämistarpeet Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirissä.

Kinnula P, Malmi T, Vauramo E. 2015. Näkökulmia Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin sote-uudistukseen. Aalto-yliopiston kauppakorkeakoulu ja Taiteiden ja suunnittelun korkeakoulu.

Kuntoutuksen uudistamiskomitean ehdotukset kuntoutusjärjestelmän uudistamiseksi. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2017:14.

Laki terveydenhuollon laitteista ja tarvikkeista 629/2010.

Louhija J, Rissanen E, Tolonen J, Salinto S, Backas K, Kiesepää T, Pellinen J, Ranta J, Lyytikäinen M, Lahnalampi-Lahtinen M, Anttila J, Juola A-L, Savolainen P, Dufva P, Purhonen M. 2017. Kuntoutuspaikkojen kapasiteetinhallinnan kehittämisen loppuraportti.

Lääkinnällinen kuntoutus. Valtiontalouden tarkastusviraston tuloksellisuustarkastuskertomukset 193/2009.

Monialainen kuntoutus. Tilannekatsaus. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2015:18.

Nordic Healthcare Group. HUS Kalliiden potilaiden profilointi. Loppuraportti. 2014.

Pohjolainen T. 2008. Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin apuvälinepalveluiden nykytila, ongelmat ja ehdotuksia ongelman ratkaisemiseksi. Selvitysraportti.

Poutiainen E. Uusi terveydenhuoltolaki ja lääikinnällinen kuntoutus. Kuntoutus 2/2011.

Pääkaupunkiseudun sairaala-aluevisio 2030. Sairaala-alueiden kehittämissryhmän raportti 30.9.2009. Helsingin kaupungin terveyskeskuksen raportteja 2009:4.

Rissanen, P. 2016. Kuntoutusmenot 2013.

Rissanen P, Kallanranta T, Suikkanen A (toim.) 2008. Kuntoutus. Duodecim.

Sisu johdon tiedonanto 17.11.2017.

Sisätaudit ja kuntoutus -tulosyksikön ja Apuvälinekeskuksen johdon kirjallinen tiedonanto 17.11.2017.

Sosiaali- ja terveysministeriön asetus lääikinnällisen kuntoutuksen apuvälineiden luovutuksesta 1363/2011

Terveydenhuollon järjestämissuunnitelma. www.hus.fi. 12.12.2017.

Terveydenhuoltolaki 1326/2010.

www.thl.fi/toimia/tietokanta 25.10.2017.

Liite 1. Raportteja ja selvityksiä kuntoutusjärjestelmästä vuosina 2009-2018

Tekijä ja julkaisuvuosi	Tavoite	Tulos	Huomioita
Hupli, M. ym. Kuntoutuspalvelujen järjestäminen HYKS-erva-alueella 2018	<ul style="list-style-type: none"> • Yhtenäistää HYKS-ervan lääkinällisen kuntoutuksen toimintakäytännöt suurten sairausryhmien osalta • Parantaa kuntoutuksen järjestämisen yhdenvertaisuutta 	<ul style="list-style-type: none"> • Kuntoutuksen merkitys hoitoprosesseissa kasvaa • Tavoitteena tulee olla kuntoutuksen tasa-arvioinen saatavuus • Uusi tekniikka tulee huomioida palveluiden kehittämisessä • Kuntoutusta tulee keskittää osaamiskeskuksiin 	<ul style="list-style-type: none"> • Sisältää erittäin laajan kuvauksen mielenterveys- ja päihdekuntoutuksesta
Kuntoutuksen uudistamiskomitean ehdotukset kuntoutusjärjestelmän uudistamiseksi, Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2017:14	<ul style="list-style-type: none"> • Arvioida kuntoutuksen lainsäädännön ja rahoituksen muutostarpeet sekä tehdä ehdotus uudistetuksi kuntoutusjärjestelmäksi ja sen edellyttämiksi säädösmuutoksiksi 	<ul style="list-style-type: none"> • 55 ehdotusta kuntoutuksen kokonaisuuden uudistamiseksi • Kuntoutusprosessi koskevana ehdotuksina mm. kuntoutuksen yleinen toimintamalli, kuntoutuksen suunnittelu osana palvelujärjestelmän asiakassuunnitelmaa sekä kuntoutuksen tavoitteellisuus, seuranta ja arviointi • Vastuu lääkinällinen kuntoutuksen järjestämisestä ja rahoituksesta siirtyisi maakunnille 	<ul style="list-style-type: none"> • Komiteaan tai jaostoihin ei ole kuulunut HUS:n edustajia • Komitean ehdotukset perustuvat seuraaviin lähtökohtiin <ul style="list-style-type: none"> - asiakaslähtöisyys - palveluprosessin saumattomuus - kuntoutus lähellä kuntoutujan toimintaympäristöä
Louhija, J. ym. Kuntoutuspaikkojen kapasiteetin hallinnan kehittäminen loppuraportti 2017	<ul style="list-style-type: none"> • Arvioida aiempia selvityksiä hyödyntäen erityyppisten jatkohoitopaikkojen tarvetta HUS-alueella 2025 • Laatia suositus erityyppisille jatkohoitopaikoille asetettavista laatutavoitteista • Kartoittaa kuntoutuskäyttöön soveltuvien nykyisten 	<ul style="list-style-type: none"> • Kuntoutustoiminnan ja potilaiden jatkohoidon painopiste tulee olla avoterveydenhuollossa, kotona tai kodinomaisessa ympäristössä • Jatkohoitoon ja kuntoutukseen käytettäviä sairaalavuodepaikkoja on Uudellamaalla riittävästi • Päivystyksestä alkaneet, sairaalatasoista jatkohoittoa ja 	<ul style="list-style-type: none"> • Raportti toi esille selviä kehittämistarpeita, mm. yhtenäinen mittaristo, mutta se ei kuitenkaan esitä konkreettisia ehdotuksia tai päätöksiä jatkotoimenpiteiksi • Arvio kuntoutuskustannusten

	<p>jatkohoitopaikkojen sijainti ja määrä</p> <ul style="list-style-type: none"> • Arvioida kuntoutuskustannusten kehitystä alueittain • Tehdä ehdotus kuntoutuspaikkojen hallintamallista 	<p>kuntoutusta tarvitsevat potilaat tulee pyrkiä hoitamaan päivystysten lähellä</p>	<p>alueellisesta kehittämisestä esitetään vajavaisesti</p> <ul style="list-style-type: none"> • Raportti sisältää samat taulukot kuin Kaarlolan (2014) raportti
<p>Sillanaukee, P., STM Monialainen kuntoutus, Tilannekatsaus 2015</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Tehdä tilannekatsaus kuntoutusjärjestelmästä / kuntoutusselvitys 	<ul style="list-style-type: none"> • Kuntoutusjärjestelmä Suomessa on monialainen ja koostuu osajärjestelmistä, joita rahoitetaan eri tavoin. • Tarvitaan vahvaa koordinaatiota, yhteistyötä ja osaamista • Nyt oikeus kuntoutukseen määritetty subjektiivisena oikeutena, tarvearvioinnin tai määrärahojen perusteella • Kuntoutuksen lähtökohdaksi tulee asettaa asiakas ja hänen toimintakyky – ei järjestelmä- ja asiantuntijakeskeisyys • Kuntoutusjärjestelmän raja-aitojen kaataminen • Tarvitaan vakiintuneita toimintamalleja ja ”avainhenkilöitä” • Kuntoutusosaamista on parannettava 	<ul style="list-style-type: none"> • Katsaus tuo esille kuntoutusjärjestelmän monitahoisuuden ja hajanaisuuden • Kuntoutuksen määritelmän vaikeus: kuntoutukseksi määritellään toimintaa joka ei sitä välttämättä ole • Kuntoutuksen nelijaosta elämänkaarimalliin
<p>Kinnula, P. ym Näkökulmia Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin sote-uudistukseen 2015</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Kuvata piirin palvelujärjestelmää siten, että alueen sisäiset rakenteelliset ominaisuudet tulisivat esiin 	<ul style="list-style-type: none"> • Alueen kuntien välillä on suuria eroja kustannuksissa, joiden voidaan katsoa vain osin selittyvän sairastavuudella tai muilla väestön tarpeilla • Vanhenevan väestön kuntoutus ja toimintakyvyn ylläpito tulee nostaa keskiöön ja rakentaa tätä varten alueellinen kuntoutusjärjestelmä • Alueellisella, tasalaatuisella kuntoutusjärjestelmällä sekä laitoksista riippumattomilla arviointi- 	<ul style="list-style-type: none"> • Tulisi ottaa oppia pienistä yrityksistä, jotka ovat pyrkineet tekemään pienemmällä kustannuksilla aikaisempaa enemmän ja laadukkaammin • Palvelutuotantoa pitää seurata valtakunnan tasolla • Sote-uudistuksen tavoitteet voidaan tavoittaa alueen omilla päätöksillä ilman

		ja sijoitusjärjestelmällä voidaan lyhentää laitosjaksoja	uutta lainsäädäntöä (vrt. Eksote)
NHG HUS Kalliiden potilaiden profilointi 2014	<ul style="list-style-type: none"> N. 15 % potilaista aiheuttaa 70 % HUS:n kustannuksista Keskityttiin potilaisiin, jotka olivat kalleimman 15 % joukossa 	<ul style="list-style-type: none"> Suosituksukset <ul style="list-style-type: none"> Kalliiden aivoinfarkti-, eteisvärinä- ja sydämen vajaatoimintapotilaiden hoitosuunnitelmien laatiminen esh:ssa Aivoinfarktipotilaiden kuntoutuskäytäntöjä olisi hyvä yhdenmukaistaa, sillä tällä hetkellä pth-kuntoutus on pirstaloitunut kymmeneen paikkoihin 	<ul style="list-style-type: none"> AVH potilaat ovat epätasa-arvoisessa asemassa, sillä kunnilla on vaihtelevasti erilaisia toimintakykyä parantavia ja kuntoutusta mahdollistavia palveluita kuntoutusprosessien yksinkertaistaminen keskittämällä kuntoutus erityisosaamisyksiköihin on mahdollista vähentää potilaiden esh-tarvetta
Kaarlola, A. Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon sairaansijojen määrä ja käyttö, hoidon arviointi sekä yhteistyön kehittämistarpeet Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirissä 2014	<ul style="list-style-type: none"> Hoitopaikkaselvitys, jossa painotus on somaattisten aikuispotilaiden hoitojärjestelyissä Päivittää HUS:n ja jäsenkuntien sairaansijojen määrä, laatu ja käyttö Selvittää HUS:ssa jatkohoitoa odottaneiden potilaiden ja siirtoviivepäivien määrä Selvittää HUS:n ja kuntien käyttämien ostopalveluiden määrä ja laatu Selvittää hoito- ja palveluketjujen lopputulosten arviointikäytäntöjä ja -tarpeita Edistää pth:n ja esh:n yhteisten palveluketjujen toimivuutta Tuottaa taustamateriaalia tulevan sote-uudistuksen toteutuksen suunnitteluun 	<ul style="list-style-type: none"> Pth:n ja esh:n yhteistyötä tulisi lisätä ja tiivistää yhteisten palveluketjujen kehittämisessä Yhteinen tietojärjestelmä helpottaisi yhteistyötä Yhteiset mittarit helpottaisivat vaikuttavuuden arviointia ja vertailua Potilasjärjestöjen ja vapaaehtoisten osuutta palveluketjuissa kannattaa vahvistaa 	<ul style="list-style-type: none"> Selvitys kannustaa hoitotulosten arviointiin ja vertailuun sekä selvittämään kuntien asukaskohtaisia sosiaali- ja terveydenhuollon määrärahoja. Se kannustaa myös etsimään ja soveltamaan valmiita kustannusvaikuttavia käytäntöjä ja palveluketjuja Kirjava terminologia vaikeutti kyselyn suorittamista
Hämäläinen, H. ym. Lääkinnällisen kuntoutuksen resurssien selvitystyö Helsingin	<ul style="list-style-type: none"> Kuntoutuksen toteutusvastuiden ja työnjaon selkiyttäminen 	<ul style="list-style-type: none"> Työryhmä päätyi ehdottamaan, että 	<ul style="list-style-type: none"> Kuntoutusprosessin ongelmaksi nousi kyselyssä perusterveydenhuollon ja

<p>ja Uudenmaan sairaanhoitopiirissä 2012</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Arvioida HUS:n järjestämän lääkinällisen kuntoutuksen tarve ja resurssit • Arvioida yhtenäisiä saatavuusperusteita ja kuntoutuksen standardeja isojen potilasryhmien osalta 	<ul style="list-style-type: none"> - Kokonaisprosessin hallitsemiseksi nimetään vastuulliset avainhenkilöt - Perustetaan laskentayksikkö, joka laskee ja tuottaa tietoa palvelujen kysynnästä - Perustetaan erikoissairaanhoidotasoinen vaativan kuntoutuksen yksikkö 	<p>erikoissairaanhoidon rajapinnan työnjako</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kyselyssä nousi esille tarve yhtenäisille mittareille ja käytännöille – ei ainoastaan yksilötasolla vaan myös tuloksellisuuden arvioimiseksi asiakasryhmillä
<p>Ihalainen, R. ym Kuntoutuslaitos selvitys 2009</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Laatia kuntoutuslaitosten kokonaistilanteesta selvitys tulevaa käyttöä varten • Laatia ehdotukset niistä toimenpiteistä, joiden avulla kuntoutuslaitosten toimintaa tuetaan tulevaisuudessa • Laatia ehdotukset niistä toimenpiteistä, joiden avulla kuntoutuslaitosten toimintaa voidaan kehittää 	<ul style="list-style-type: none"> • Kuntoutuslaitosten käyttöaste on laskenut • Laitosten toimintatapa ja -valikoima on ”perinteinen”, mikä vaikeuttaa toimintaa nykyisessä tilanteessa. • Laitosten tuloksentekeyky on heikentynyt ja liiketaloudellinen ajattelu on puutteellista • Laitoksissa on monipuolista osaamista • Vaikuttavuustieto on sattumanvaraista eikä kata keskeisiä kuntoutuksen alueita. • Vaikuttavuustieto ei ohjaa riittävästi palveluntuotantoa 	<ul style="list-style-type: none"> • Selvitys ehdottaa, että STM:n tulee käynnistää hanke, joka kokoaa yhteen keskeiset kuntoutuksen rahoittajat ja järjestäjät yhteisten linjausten kokoamiseksi sekä vastuunjaon sopimiseksi
<p>Pääkaupunkiseudun sairaala-aluevisio 2030. Sairaala-alueiden kehittämissuunnitelman raportti 30.9.2009.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Tehtävänä on selvittää pääkaupunkiseudun sairaala-alueiden käyttö ko. hetkellä ottaen huomioon sairaalatarpeeseen vaikuttavat tekijät (mm. hoitomenetelmien ja ikärakenteen muutokset) • Raportti on työryhmän jäsenten näkemys pääkaupunkiseudun sairaala-alueiden käyttötarpeesta 2030-luvulla 	<ul style="list-style-type: none"> • Erikoissairaanhoidon tutkimus- ja hoitomenetelmien kehitys vähentää hoitopäivien määrää, jolloin sairaansijojen lukumäärällä ei ole niin suurta merkitystä tuotannon mittarina • Väestön ikääntyminen kuitenkin edellyttää geriatrisen akuuttihoiton ja kuntoutuksen hoitokapasiteetin lisäämistä • Sairaالاتasoinen jatkohoito- ja kuntoutus järjestetään kuntoutussairaaloissa, joissa 	<ul style="list-style-type: none"> • Raportti ei ota kantaa sairaansijojen määrään, vaan tarkastelee mahdollista palvelurakennetta ja sen edellyttämiä sairaaloita

		<p>järjestetään myös ei-kiireellinen arviointi ja sairaalakuntoutus.</p> <ul style="list-style-type: none">• Tavoitteena on yhä useammin ja nopeammin kotiin.• Kuntoutussairaalat voivat sijaita päivystys- ja akuuttisairaaloiden läheisyydessä tai erillisinä.	
--	--	---	--

