

Aki Vainionpää, Eija Ahoniemi, Eerika Koskinen, Heikki Numminen,
Eija Väärälä, Juha-Matti Pesonen, Tiina Suomela-Markkanen, Eija Haapala,
Katariina Kallio-Laine ja Riikka Peltonen

Selkäydinvammaisen hyvä kuntoutuskäytäntö



Kirjoittajat

Aki Vainionpää, erikoislääkäri, LT, fysiatrian erikoislääkäri
Oulun yliopistollinen sairaala
etunimi.sukunimi@ppshp.fi

Eija Ahoniemi, osastonylilääkäri, LL, fysiatrian erikoislääkäri
Helsingin yliopistollinen keskussairaala
etunimi.sukunimi@hus.fi

Eerika Koskinen, erikoislääkäri, LT, neurologian erikoislääkäri
Tampereen yliopistollinen sairaala
etunimi.sukunimi@pshp.fi

Heikki Numminen, ylilääkäri, dosentti, neurologian erikoislääkäri
Tampereen yliopistollinen sairaala
etunimi.sukunimi@pshp.fi

Eija Väärälä, kuntoutusohjaaja, kuntoutuksen ohjaaja (AMK), fysioterapeutti
Tampereen yliopistollinen sairaala
etunimi.sukunimi@pshp.fi

Juha-Matti Pesonen, kuntoutussuunnittelija, MMM, toimintaterapeutti
Vakuutus kuntoutus VKK ry

Tiina Suomela-Markkanen, vastaava asiantuntijalääkäri, LL, liikuntalääketieteen erikoislääkäri
Kela
etunimi.sukunimi@kela.fi

Eija Haapala, suunnittelija, KM, fysioterapeutti
Kela
etunimi.sukunimi@kela.fi

Katariina Kallio-Laine, asiantuntijalääkäri, LT, neurologian erikoislääkäri
Kela
etunimi.sukunimi@kela.fi

Riikka Peltonen, vastaava suunnittelija, kuntoutuksen ohjaaja (AMK)
Kela
etunimi.sukunimi@kela.fi

© Kirjoittajat ja Kela

www.kela.fi/tutkimus

ISSN 2323-9239

Helsinki 2017

SISÄLTÖ

Tiivistelmä	4
1 Johdanto	5
2 Kuntoutustarpeen arviointi	5
2.1 Selkäydinaurion taso ja vaikeusaste	5
2.2 Selkäydinaurioiden oirekuva	6
2.3 Moniammatillisuus.....	6
2.4 ICF (International Classification of Functioning Disability and Health).....	7
3 Kuntoutussuunnitelma ja tavoitteet	8
4 Selkäydinvammaisen elinikäinen seuranta, kuntoutusohjaus ja sosiaalityö.....	9
4.1 Elinikäinen seuranta	9
4.2 Kuntoutusohjaus.....	9
4.3 Sosiaalityö	9
5 Lääkinnällinen kuntoutus	10
5.1 Laituskuntoutus	10
5.1.1 Välitön kuntoutus.....	10
5.1.2 Ylläpitävä laitoskuntoutus.....	11
5.1.3 Vertaiskuntoutus.....	11
5.1.4 Sopeutumisvalmennus.....	12
5.2 Terapiat.....	12
5.2.1 Fysioterapia.....	13
5.2.2 Toimintaterapia.....	15
5.2.3 Puheterapia.....	16
5.2.4 Neuropsykologinen kuntoutus	17
5.2.5 Ratsastusterapia.....	17
5.2.6 Lymfaterapia	18
5.2.7 Etäkuntoutus.....	19
6 Ammatillinen kuntoutus.....	19
7 Selkäydinvammaisen apuvälinepalvelut	20
7.1 Lääkinnällisen kuntoutuksen apuvälineet	20
7.2 Apuvälineet liikenne- ja työtapaturmissa	21
Lähteet	21

TIIVISTELMÄ

Selkäydinvaurion saaneiden akuuttihoito, kuntoutus ja elinikäinen seuranta on keskitetty 2011 kolmeen yliopistosairaalaan: Helsinkiin, Ouluun ja Tampereelle. Näiden yliopistosairaaloiden selkäydinvammayksiköt, Kela, Vakuutus kuntoutus VKK ja Suomalainen Lääkäriseura Duodecim ovat toteuttaneet yhteistyössä tämän suosituksen selkäydinvammaisten hyvästä kuntoutuskäytännöstä tukemaan selkäydinvammojen Käypä hoito -suositusta.

Suosituksen tavoitteena on yhdenmukaistaa valtakunnallisia kuntoutuskäytäntöjä sekä helpottaa kuntoutussuunnitelmien laatimista ja kuntoutuspäätösten tekemistä. Suositus sisältää yleistä perustietoa selkäydinvammoista ja selkäydinvammapotilaan kuntoutus- ja seuranta-järjestelmistä, toimintakyvyn arvioinnista ja apuvälinepalveluista. Suosituksessa käsitellään kuntoutussuunnitelman laatiminen, lääkinnällisen kuntoutuksen tavallisimmat kuntoutus-tyypit ja terapiamuodot. sekä ammatillisen kuntoutuksen perusteet. Suositus sisältää esimerkkejä tyypillisistä selkäydinvammapotilaiden kuntoutustavoitteista ja -määristä. Kuntoutus tulee kuitenkin suunnitella jokaisen kuntoutujan kanssa yhteistyössä huomioiden yksilölliset tarpeet niin yksilön kuin ympäristönkin tasolla.

Avainsanat: apuvälineet, kuntoutus, selkäydinvammat, suositukset, toimintakyky

1 JOHDANTO

Vuonna 2011 voiman tulleen terveydenhoitolain ja siihen liittyvän asetuksen mukaisesti selkäydinvaurion saaneiden akuuttihoito, kuntoutus ja elinikäinen seuranta on keskitetty kolmeen yliopistosairaalaan: Helsinkiin, Ouluun ja Tampereelle (Terveydenhuoltolaki 1236/2010). Näiden yliopistosairaaloiden selkäydinvammayksiköt, Kela, Vakuutuskuntoutus VKK ja Suomalainen Lääkäriseura Duodecim ovat toteuttaneet yhteistyössä tämän suosituksen selkäydinvammaisten hyvästä kuntoutuskäytännöstä, joka tukee selkäydinvammojen Käypä hoito -suositusta (Käypä hoito -suositus 2012). Suosituksen on laatinut moniammatillinen työryhmä, jonka tavoitteena on yhdenmukaistaa valtakunnallisia kuntoutuskäytäntöjä sekä helpottaa kuntoutussuunnitelmien laatimista ja kuntoutuspäätösten tekemistä. Suositus täydentää käypä hoito -suosituksen näyttöön perustuvaa ohjeistusta ja on tarkoitettu helpottamaan ja yhtenäistämään käytännön työskentelyä terveydenhuollon eri tasoilla. Terapiaa käsittelevässä luvussa (5.2) esitetyt kuntoutussuositukset ovat esimerkkejä, ja kuntoutus tulee suunnitella jokaisen kuntoutujan kanssa yhteistyössä ottamalla huomioon yksilölliset tarpeet ja tavoitteet. Koska selkäydinvaurio lähes aina rajoittaa henkilön toiminta- ja liikuntakykyä sekä muuttaa kehon ja elinten toimintoja, kuntoutussuunnitelman laatimiseen tarvitaan tietoa selkäydinvaurioista ja moniammatillista osaamista.

Seuraavat asiantuntijat ovat tukeneet kirjoitusprosessia omalla asiantuntemuksellaan: Kaarina Eskola, sosiaalityöntekijä; Sari Eskelinen, viestintäsuunnittelija; Sari Heinonen, fysioterapeutti; Tiina Ihalainen, puheterapeutti; Janne Koskinen, vertaiskuntouttaja; Mia Kyrölä, fysioterapeutti; Jaana Larimo, apuvälineneuvoja; Jaana Leivo, fysioterapeutti; Juha Mikkola, varatuomari; Petra Nowak, ratsastusterapeutti; Jarkko Pekkala, fysioterapeutti; Susanna Rasmus, psykologi; Ami Rinta-Jouppi, fysioterapeutti; Kirsi Salo, lakimies; Erika Savolainen, toimintaterapeutti; Anne Soini, toimintaterapeutti; Tom Väisänen, lymfaterapeutti.

2 KUNTOUTUSTARPEEN ARVIOINTI

Kuntoutustarpeeseen vaikuttavat selkäydinvaurion taso ja vaikeusaste. Muita vaikuttavia tekijöitä ovat henkilön ikä, vammautumisesta kulunut aika, muut sairaudet sekä mahdollinen muu, ennen selkäydinvauriota ollut toimintakyvyn rajoite. Kuntoutustarve on vastavammautuneilla erilainen kuin myöhemmässä vaiheessa, ja se voi muuttua terveydentilan tai toimintakyvyn muutosten myötä. Arvioinnissa on otettava huomioon myös elinympäristön, kotielämän, yhteisöllisen ja sosiaalisen elämän sekä opiskelun ja työn luomat tavoitteet, vahvuudet ja rajoitteet.

2.1 Selkäydinvaurion taso ja vaikeusaste

Selkäydinvaurion laajuus ja sijainti selkärangan eri osissa määrittävät jäljelle jääneen toiminta- ja liikuntakyvyn sekä elinten toimintojen muutokset. Kaulaytimen vauriossa syntyy neli- raajahalvaus, rinta- ja lannerangan ytimessä vaurio aiheuttaa alaraajojen halvauksen. Vaurio voi katkaista selkäytimestä yhteydet kokonaan ja aiheuttaa täydellisen ja pysyvän halvauksen.

Tällöin myös yhteydet kohde-eliimiin katkeavat. Toisaalta selkäydin voi vaurioitua vain osittain, mutta tällöinkin vaurio aiheuttaa muutoksia elimistön toiminnoissa ja liikuntakyvyssä. Joskus selkäytimen hermosolujen vaurio saattaa jopa korjaantua. Käytännössä puhutaan täydellisestä tai osittaisesta neliraajahalvauksesta (tetraplegia) sekä täydellisestä tai osittaisesta alaraajahalvauksesta (paraplegia). Lannerangan alaosan vaurio aiheuttaa ratsupaikkaoireyhtymän, joka aiheutuu selkäydinkanavassa sijaitsevien hermojuurten vaurioitumisesta.

Kaula- ja rintarangan selkäydinvauriot luokitellaan ylemmän motoneuronin vaurioiksi (spastinen) ja lannerangan hermojuurten vauriot alemman motoneuronin vaurioiksi (veltto). Rintanikamien X–XII alueen selkäydinvauriot luokitellaan ylimenokohdan vaurioiksi, jossa on piirteitä molemmista edellä mainituista. Ylemmän motoneuronin vaurioon liittyvät lisäksi autonomisen hermoston säätelyn häiriöt, jotka vaikuttavat vaihtelevasti kehon muihin toimintoihin. Selkäydinvaurion taso ja täydellisyys tai osittaisuus määritetään kansainvälisen luokituksen (Kirshblum ym. 2011; ISNCSCI 2016) mukaan arviointiluokituslomakkeella (ns. ASIA-lomake), jolla voidaan seurata neurologista tilannetta läpi elämän.

2.2 Selkäydinvaurioiden oirekuva

Ensimmäisen vuoden aikana vammautumisen tai sairastumisesta keho ja elinten toiminta saavuttavat vakaan tilanteen ja uuden toimintamallin. Selkäydinvaurion saaneiden henkilöiden oirekuva sekä toiminta- ja liikuntakyky vaihtelevat: osa on omatoimisia ja kävelee ilman apuvälineitä, osa liikkuu sähköpyörätuolilla ja tarvitsee kaikissa päivittäisissä toiminnoissa toisen ihmisen apua. Samalla tasolla oleva selkäydinvaurio voi aiheuttaa eri henkilöillä erilaisen toimintakyvyn ja avuntarpeen. Toimintakykyyn ja liikkumiseen sekä avuntarpeeseen vaikuttavat myös selkäydinvaurioon liittyvät jälkioireet, kuten spastisuus, raajojen nivelten liikkuvuuden rajoittuminen, selkärangan ryhdin ja istumisasennon ongelmat sekä kivut. Spastisuuden ja kivun taustalla voi puolestaan olla rakon ja suolen toimintojen ongelmia, ihorikko, luunmurtuma tai muita elintoimintojen häiriöitä.

2.3 Moniammatillisuus

Laaja-alaisen kokonaiskuvan saamiseksi kuntoutustarpeen arviointi on usein tarpeen toteuttaa moniammatillisesti: arvioinnissa tulee ottaa huomioon kaikki toimintakyvyn, terveydentilan, elinympäristön ja osallistumisen osa-alueet. Moniammatillinen työryhmään kuuluvat usein lääkäri, sairaanhoitaja, fysioterapeutti, toimintaterapeutti, kuntoutusohjaaja ja sosiaalityöntekijä. Tilanteen mukaan työryhmään voivat kuuluvat myös neuropsykologi, psykologi, puheterapeutti, uroterapeutti, seksuaaliterapeutti tai -neuvoja sekä ravitsemusterapeutti. Vastaava moniammatillinen työryhmä on usein tukena myös kuntoutuksissa erityisesti osasto- ja laitosjaksoilla.

Kuntoutuksen suunnittelussa ja arvioinnissa käytetään hyväksi myös toteutuneiden kuntoutuksien palautteita, joita käydään läpi kuntoutujan sekä usein myös terapeutin ja omaisten kanssa. Ensimmäisenä vammautumisen tai sairastumisen jälkeisenä vuotena tavoitellaan toimintakyvyn paranemista vauriotason mukaiselle odotetulle tasolle. Toipumiseen ja kuntoutukseen sekä uusien taitojen oppimiseen saattavat vaikuttaa lisävammat, kuten aivovam-

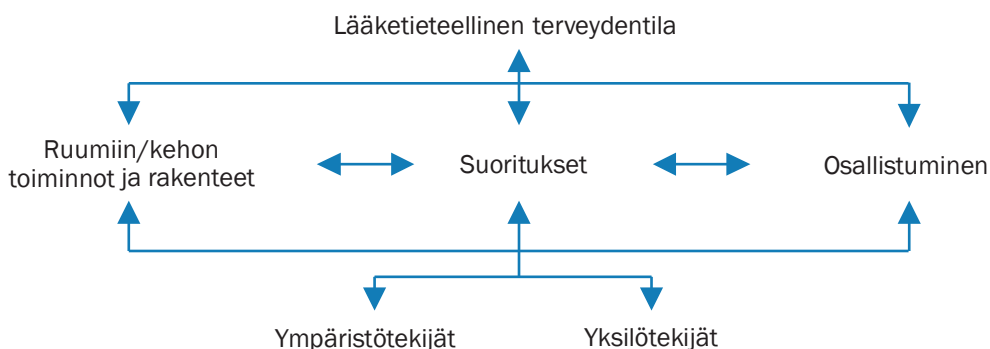
ma, muut sairaudet ja vammat sekä mahdollinen päihteiden käyttö. Myös tällaiset tekijät on hyvä tietää ja huomioida kuntoutussuunnitelmassa.

2.4 ICF (International Classification of Functioning Disability and Health)

ICF on kansainvälinen toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden luokitus, joka tukee henkilön tilanteen ja tarpeiden kokonaisvaltaista arviota ja yhdenmukaista kirjausta sekä moniammatillista yhteistyötä. Sitä käytetään kuntoutuksen viitekehyyksenä. Se antaa yhteiset raamit kuntoutustarpeen ja kuntoutumisen arvioimiseen sekä auttaa määrittämään kuntoutustavoitteita. Nykytilan ja toimintakyvyn kuvauksessa kirjataan ICF-luokituksen mukaisesti kuntoutujan rajoitteita ja vahvuuksia liikkumisen, aistien, kommunikoinnin, vuorovaikutuksen, mielentoimintojen, itsestä huolehtimisen, kotielämän, yhteisöllisen ja sosiaalisen elämän, opiskelun sekä työn osa-alueilta. Lisäksi kirjataan yksilö- ja ympäristötekijöiden vaikutus toimintakykyyn ja kuntoutuksen toteutukseen. Näin voi luoda toimintakykyprofiilin kuntoutumisen seurantaan. ICF-luokituksessa toimintakyky arvioidaan yksilökohtaisesti ja suhteessa henkilön omaan ympäristöön. (ICF Research Branch 2012; THL 2016a; kuvio.)

Selkäydinvammoissa toimintakykyä ja terveydentilaa voidaan kartoittaa ICF-luokituksen selkäydinvamma-listan mukaisesti siihen kehitetyillä tiedonkeruulomakkeilla, ICF:n sillatuilla mittareilla ja kansainvälisen selkäydinvammayhdistyksen *data set* -lomakkeilla (ISCoS 2016). Toimintakyvyn arviointiin soveltuvia mittareita, esimerkiksi selkäydinvammaisen itsenäisen toimintakyvyn mittari (SCIM III 2011) ja selkäydinvammaisen kävelymittari (WISCI II 2011), löytyy TOIMIA-tietokannasta (THL 2016b). Arviota tehtäessä on aina syytä kuulla myös kuntoutujan oma arvio. Arvion perusteella kirjataan kuntoutujan ja työryhmän kanssa sovitut konkreettiset ja merkitykselliset kuntoutuksen tavoitteet, joiden yhteys henkilön suoriutumiseen ja osallistumiseen kirjataan. Tavoitteiden saavuttamiseksi suunnitellaan tarpeellinen kuntoutus ja siihen tarvittavat ammattilaiset.

Kuvio. ICF-luokituksen osa-alueet ja niiden vuorovaikutus.



Lähde: THL 2016a.

3 KUNTOUTUSSUUNNITELMA JA TAVOITTEET

Kuntoutussuunnitelma laaditaan julkisessa terveydenhuollossa, ja se perustuu aina kuntoutujan yksilölliseen tarpeeseen ja toimintakykyyn. Tavoitteet laaditaan kuntoutujan ja lääkärin tai moniammatillisen työryhmän yhteistyönä. Myös hoitavien terapeuttien palautteet ja omaisten sekä mahdollisen avustajan näkemykset hyödynnetään.

Kuntoutuksen sisältö määräytyy tavoitteiden mukaan. Kelan vaativan lääkinnällisen kuntoutuksen kuntoutussuunnitelmat tehdään Kelan kuntoutussuunnitelmalomakkeella (KU 207) tai B-lääkärinlausunnolla. Vakuutusyhtiöille suunnitelma tehdään sairauskertomusmerkintänä ja terveydenhuollolle paikallisen käytännön mukaisesti. Tavoitteet suositellaan laadittavaksi SMART-periaatteen (*specific, measurable, achievable, relevant, timed* = määritelty, mitattavissa, saavutettavissa, merkityksellinen, aikataulutettavissa) mukaisesti, esimerkiksi GAS-menetelmällä (*Goal Attainment Scaling*) (Kela 2012). Selkäydinvammoissa alkuvaiheessa terveydenhuollossa tapahtuvan kuntoutusten jälkeen jatkokuntoutussuunnitelmat on suositeltavaa tehdä 1–3 vuodeksi kerrallaan. Kuntoutussuunnitelmaa voidaan tarvittaessa muuttaa tai täydentää kesken suunnitelmakauden.

Suunnitelmasta tulee ilmetä

- toimintakyky ja sen arvioinnissa käytetyt menetelmät
- sairautta koskevat tiedot (sairaus, vika tai vamma) ja elämäntilanne
- sairauden aiheuttama lääketieteellinen ja toiminnallinen haitta päivittäisissä toiminnoissa, työssä, opiskelussa tms.
- ammatillisen kuntoutuksen ja työkyvyn tuen tarve
- kuntoutuksen tavoitteet, yhdyshenkilöt, seurantamenetelmät ja hoitovastuu
- suositeltavat kuntoutustoimenpiteet sekä niiden ajoitus, kesto, käyntitiheys ja toteuttaja sekä perustelut kotikäynneille
- aiemmin toteutettu kuntoutus ja sen tulokset (esim. Kelan kuntoutus tai muut tukitoimet, kuten vammaispalvelut)
- tarvittaessa perustelut omaisten tai läheisten osallistumisesta kuntoutukseen
- suunnitelman laatijoiden yhteystiedot.

Kuntoutussuunnitelman toteutumista seurataan kliinisten arviointien lisäksi kuntoutuksen palvelutuottajan palautteen perusteella. Palautteesta tulee selvittää kuntoutujan kanssa asetettavat realistiset tavoitteet, niiden saavuttaminen ja mahdollisen seuraavan terapiajakson tavoitteet. Palautteessa tulee olla kuvattuna kuntoutujan toimintakyky ennen ja jälkeen terapiajakson sekä käytettyjen mittareiden tulokset.

4 SELKÄYDINVAMMAISEN ELINIKÄINEN SEURANTA, KUNTOUTUSOHJAUS JA SOSIAALITYÖ

4.1 Elinikäinen seuranta

Selkäydinvamman saaneiden seuranta toteutuu ensisijaisesti Helsingin, Oulun tai Tampereen yliopistosairaaloiden selkäydinvammayksiköiden selkäydinvammapoliklinikoilla. Seuranta voi kuntoutujan yksilöllisen tilanteen tai tarpeen mukaan toteutua myös oman alueen yliopisto- tai keskussairaalan kuntoutus- tai selkäydinvammapoliklinikalla tai perusterveydenhuollossa.

Moniammatillisella seurantakäynnillä arvioidaan vammautuneen terveydentilaa ja toimintakykyä sekä laaditaan hoito- ja kuntoutussuunnitelma ja vamman kannalta tarvittavat todistukset. Seurantakäyntejä on vammautumisen jälkeen aluksi tiiviimmin. Myöhemmin, kun toimintakyky on vakiintunut, käyntejä on 2–3 vuoden välein tai yksilöllisen tarpeen mukaan.

4.2 Kuntoutusohjaus

Julkisessa terveydenhuollossa toimivat kuntoutusohjaajat ja sosiaalityöntekijät auttavat selkäydinvamman saanutta kuntoutuksen palvelujärjestelmässä. Erikoissairaanhoidossa toimivien selkäydinvammaisten kuntoutusohjaajien asiantuntijuus perustuu vammaryhmän erityispiirteiden, hoidon ja kuntoutuksen sekä kuntoutumista tukevan palveluverkoston tuntemiseen ja kokonaisuuden hallintaan. Kuntoutusohjaaja toimii yhteyshenkilönä elinikäisen seurannan aikana. Kuntoutusohjaaja seuraa kuntoutumisprosessia sekä tukee vammautuneen ja hänen lähiyhteisönsä osallistumis- ja toimintamahdollisuuksia sekä arkisen, itsenäisen elämän taitoja.

4.3 Sosiaalityö

Terveydenhuollon sosiaalityössä työn lähtökohtana on kokonaisnäkemys sairauden ja sosiaalisten tekijöiden yhteyksistä. Tavoitteena on vaikuttaa yksilön ja perheen elämäntilanteeseen siten, että sairaudesta huolimatta taloudellinen toimeentulo, sosiaalinen suoriutuminen ja yhteiskunnallinen osallistuminen jatkuisivat mahdollisimman häiriöttömästi. Sosiaalityöntekijän tehtäviin kuuluu sosiaalinen arviointi: kuntoutujan elämäntilanteen sekä sosiaalisten riskitekijöiden ja voimavarojen selvittäminen. Sosiaalityöntekijä tekee asiantuntijatyötä kuntoutujan hoitoa ja kuntoutusta suunnittelevissa työryhmissä vuodeosastolla ja poliklinikalla. Hän tekee myös yhteistyötä kuntoutujan kotikunnan palveluiden ja muun palveluverkoston kanssa. Työ sisältää neuvontaa ja ohjausta sosiaaliturvasta ja -palveluista, kuntoutuksesta ja jatkohoidosta sekä oikeusturvasta. Sosiaalityöntekijä voi tukea kuntoutujaa psykososiaalisesti silloin, kun kuntoutuja tarvitsee tukea omien valintojensa ja ratkaisujensa tueksi.

5 LÄÄKINNÄLLINEN KUNTOUTUS

Lääkinnällisen kuntoutuksen järjestämismääräytyy vammautumistapahtuman, henkilön iän ja vamman aiheuttaman haitan perusteella. Selkäydinvammoissa alkuvaiheessa välittömän hoidon ja kuntoutuksen järjestämismääräytyy julkisella terveydenhuollolla, mutta kustannuksista voi vastata liikenne- ja työtapaturmissa myös vakuutusyhtiöt. Välittömän kuntoutuksen jälkeen alle 65-vuotiaiden kuntoutusvastuu on Kelalla, jos vaativan lääkinnällisen kuntoutuksen kriteerit täyttyvät. Muutoin vastuu on terveydenhuollolla. Yli 65-vuotiaiden kuntoutuksen järjestämismääräytyy terveydenhuollolla. Myös ylläpitävässä vaiheessa vakuutusyhtiöt vastaavat kustannuksista liikenne- ja työtapaturmissa, mutta kuntoutuksen koordinoiminen vastuu on kuitenkin terveydenhuollolla.

5.1 Laitoskuntoutus

5.1.1 Välitön kuntoutus

Tapaturmasta tai sairaudesta aiheutuvan selkäydinvaurion syntyessä heti akuutissa ja subakuutissa vaiheessa tarvitaan usein välitön osasto- tai laitoskuntoutusjakso. Tämä toteutetaan ensisijaisesti julkisen terveydenhuollon selkäydinvammayksiköiden järjestäminä. Kuntoutustoimet on pyrittävä aloittamaan jo hyvin varhaisessa vaiheessa teho- ja akuutihoidon osastoilla yhteistyössä moniammatillisen selkäydinvammoihin perehtyneen työryhmän kanssa. Kuntoutus jatkuu elintoimintojen vakiintumisen jälkeen yksilöllisen tarpeen mukaisesti yleensä kuntoutusosastoilla selkäydinvaurion vaikeusasteen, liitännäisvammojen sekä kuntoutusedellytysten ja -tavoitteiden mukaan. Lievissä tapauksissa osasto- tai laitoskuntoutusta ei aina tarvita, vaan seuranta tai avokuntoutustoimet voivat olla riittäviä.

Kuntoutuksen tavoitteena on neurologisen toipumisen optimointi, mahdollisimman suuren omatoimisuuden saavuttaminen arkitoiminnoissa ja selviytyminen tavoitellussa elinympäristössä. Olennaisia välittömään kuntoutukseen liittyviä tehtäviä ovat arkitoimintojen, kuten ruokailun, pukeutumisen, peseytymisen, siirtymisen ja liikkumisen harjoittelu. Itsestä huolehtimisen toiminnoista tavoitellaan suolen ja rakon hallintaa, ihon hoitoa sekä hengityselinten toiminnan vahvistamista.

Kuntoutukseen liittyy olennaisesti myös tiedon tarjoaminen kuntoutujalle ja omaisille sekä psyykkisen sopeutumisen tukeminen. Apuvälineiden, kodinmuutostöiden ja ympäristönsäätölaitteiden tarpeen arviointi ja mahdollinen hankinta tehdään kuntoutusjakson aikana. Potilas kotiutuu tai siirtyy jatkohoitoon, kun on saavutettu kuntoutuksen tavoitteet tai kun eteneminen on vakiintunut ja on saavutettu toimintakyky, joka turvaa selviytymisen suunnitellussa elinympäristössä – yleensä kotona tai kodinomaisissa olosuhteissa. Tällöin kuntoutusta pystytään usein jatkamaan avokuntoutuksena. Kotiutumisen jälkeen toimintakyvyn edistymistä ja säilymistä voidaan tukea laitoskuntoutusjaksoilla ja sopeutumisvalmennuskursseilla.

5.1.2 Ylläpitävä laitoskuntoutus

Vaikeiden vammojen jälkeen ensimmäisen tai toisen vuoden aikana voidaan tarvita moniammatillista laitoskuntoutusta tukemaan itsestä huolehtimisen toimintojen edistymistä, fyysistä toipumista ja erityisesti vammaan sopeutumisesta. Sopeutumisen tukemisessa on huomioitava myös perheen ja läheisten tuen tarve. On olennaista, että kuntoutusjaksoilla on selkeät toiminnalliset ja sopeutumista edistävät tavoitteet. Myöhemmässä vaiheessa tavoitteiden merkitys entisestään korostuu. Moniammatillinen osasto- tai laitoskuntoutus on tarpeen vain, jos terveydentilassa, toimintakyvyssä, elämäntilanteessa tai sopeutumisessa on tuen tarvetta, johon avokuntoutus ei riitä. Kuntoutusjakson tavoitteiden täytyy olla rajatun kuntoutusjakson puitteissa realistisesti saavutettavia sekä jatkossa avokuntoutustoimin ylläpidettäviä ja arkielämään sovellettavia. Moniammatillista laitoskuntoutusta suunniteltaessa seurantavastuussa oleva julkinen terveydenhuolto tekee arvion sen tarpeesta. Arvion tulee olla yksilöllinen ja ajankohtainen, ja sen tulee perustua moniammatilliseen arvioon tai vähintäänkin käyttää hyväksi hoitavien terapeuttien palautteita. Vuosittain, joka toinen vuosi tai harvemminkaan toteutuvat kuntoutusjaksot ilman varsinaisia tavoitteita eivät ole tarpeellisia. Kelan vaativan lääkinnällisen kuntoutuksen kriteerien täytyessä Kelan järjestämät moniammatilliset avo- tai laitosmuotoiset kuntoutukset toteutuvat standardien mukaisina kuntoutuslaitoksissa. Jos vaativan lääkinnällisen kuntoutuksen kriteerit eivät täyty, Kela voi arvioida, voidaanko laitoskuntoutusjakso myöntää harkinnanvaraisena kuntoutuksena. Terveydenhuollon kuntoutukset toteutuvat perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon kuntoutusyksiköiden toteuttamina tai ostopalveluna. Moniammatillisten laitoskuntoutusjaksojen kesto on ylläpitävässä vaiheessa yleensä on 1–4 viikkoa, joka voidaan toteuttaa 1–2 jaksossa.

5.1.3 Vertaiskuntoutus

Moniammatillisen kuntoutusjakson aikana toteutuvan vertaiskuntoutuksen tavoitteena on auttaa hyväksymään vammautuminen ja tukea omaisia. Vertaiskuntouttaja pyrkii omien kokemustensa avulla luomaan realistisen tilannekuvan ja realistiset odotukset kotiutumiseksi. Yhtenä keskeisenä tavoitteena on saada vastavammautuneet tai kuntoutusjaksolla olevat henkilöt ryhmäytymään, tukemaan toisiaan ja jakamaan kokemuksiaan.

Vertaiskuntouttaja on läsnä kuntoutusjakson arjessa. Hän tapaa vammautuneita eri yhteyksissä yksilöllisesti ja ryhmissä. Vertaiskuntouttaja on mukana terapioissa ja ohjaa ja opastaa käytännön taidoissa. Keskusteluissa teemat vaihtelevat osallistujien mukaan, mutta niissä käsitellään muun muassa vammautumista, arkipäivän toimia, arjesta selviytymistä helpottavia keinoja ja autoilua. Terveydenhuollossa tai kuntoutuslaitoksessa toimivat vertaiskuntouttajat työskentelevät organisaation työntekijöinä, ja heillä on vaitiolovelvollisuus.

Vertaistukihenkilö. Kotiutumisen jälkeen vertaistukihenkilö toimii vammautuneen henkilön tukena. Vertaistuen tavoitteena on elämässä eteenpäin suuntautuminen, osallistuminen, kokemusten jakaminen sekä tiedon saaminen vastaavan vamman saaneilta. Vertaistukihenkilön toimintatapoja on monia. Tapaamiset ja keskustelut voivat toteutua yksilö- ja ryhmätapaamisina tai internetin keskusteluryhmissä. Yhteyttä voidaan pitää sähköpostitse tai puhelimitse. Suhde vertaistukihenkilöön voi kestää eliniän tai yhden tapaamisen verran. Vertaistukihenkilötoiminta on potilasjärjestön koordinoimaa, ja vertaistukihenkilöt ovat koulutettuja vapaaeh-

toistyöntekijöitä, joilla on vaitiolovelvollisuus. Palautetta vertaistukihenkilötoiminnasta voi antaa vapaaehtoisesti, nimettömänä tai vastaamalla vertaistukikoordinaattorin palautekyselyyn.

5.1.4 Sopeutumisvalmennus

Sopeutumisvalmennus lähtee kuntoutujan ja hänen läheisensä tiedon ja tuen tarpeesta. Siinä tuetaan sopeutumista uudenaikaiseen elämäntilanteeseen sekä työ- ja toimintakykyyn. Sopeutumisvalmennuksessa tuetaan kuntoutujan ja läheisten voimavaroja, osallistumista, elämäntilannetta ja elämänlaatua sekä annetaan tietoa, jonka avulla he voivat tehdä tavoitteitaan tukevia valintoja. Sopeutumisvalmennusta järjestävät terveydenhuolto, vammaispalvelu, Kela ja Raha-automaattiyhdistys. Selkäydinvammaisten sopeutumisvalmennuskurssien tavoitteena on tukea mahdollisimman täysipainoiseen elämään sairaudesta tai vammasta huolimatta.

5.2 Terapiat

Vamman taso ja vaikeusaste sekä henkilön yksilöllinen tilanne ja elämäntilanne määrittävät tavoiteltavissa olevan työ- ja toimintakyvyn sekä kuntoutukselle asetettavat tavoitteet. On myös huomioitava, että osittaiset lievemmät vammat saattavat vaatia enemmän kuntoutusta kuin täydelliset vammat. Tilanteen ja tavoitteiden pohjalta määräytyy terapioiden kokonaismäärä ja jaksottuminen. Terapia voi olla muunkinlaista kuin perinteistä, säännöllisesti toistuvaa. Se voidaan toteuttaa jaksottaen, esimerkiksi tiiviimmän jakson jälkeen kontrollina tai vuorotellen toisen terapian kanssa. Terapeuttien tulee toimia yhteistyössä yhtenäisten tavoitteiden saavuttamiseksi. Yksittäisen terapiakerran kestoon voivat vaikuttaa myös tavoitteista riippumattomat tekijät, kuten esimerkiksi aikaa vievät siirtymiset.

On olennaista, että terapiajaksoilla rohkaistaan terapiajaksojen ulkopuoliseen omaehtoiseen harjoitteluun ja hyödyntämään oman elinympäristön puitteita ja harrastusmahdollisuuksia. Terapiata voidaan toteuttaa myös ohjauksellisenä, kuntoutujan läheiset ja lähiympäristö huomioiden. Tarvittaessa kuntoutukseen voi kuulua kotikäyntejä, joiden tavoitteena voi olla esimerkiksi päivittäistoimien ohjaaminen omassa elinympäristössä mutta myös esimerkiksi harrastustoimintaan tutustuminen. Myös erityisterapioita, kuten lantionpohjafysioterapiaa ja psykofyysistä fysioterapiaa, voidaan tarvittaessa sisällyttää kuntoutukseen.

Seuraavissa kappaleissa on eri terapiamuodoista annettu suuntaa antavia esimerkkejä terapiamääristä, jaksottamisesta ja yksittäisen terapiakerran kestosta. Esimerkeissä on otettu huomioon kuntoutujan vamman taso ja vaikeusaste. Esimerkit eivät ole kuntoutusmäärien enimmäis- tai vähimmäismääriä. Jokaisen kuntoutujan kuntoutussuunnitelman laatimisessa tulee käyttää yksilöllistä harkintaa ja perustelua sekä asettaa kuntoutukselle yksilölliset tavoitteet.

5.2.1 Fysioterapia

Korkea tetraplegia, ei toiminnallista lihasaktiiviteettia

Terapian tavoitteena on kuntoutujan liikkuminen ja osallistuminen päivittäisiin toimiin kotona ja kodin ulkopuolella apuvälineitä ja ympäristöhallintalaitteita hyödyntäen. Selkäydinvamman saanutta ja hänen avustajaansa ohjataan päivittäisissä toimissa sekä sähköpyörätuolin, ympäristöhallintalaitteiden ja tietokoneen käytössä. Fysioterapian keinoina ovat myös asento- ja liikehoidot, pystyasentoharjoitteet sekä hengitysfysioterapia (palkeen käyttö, PEP-harjoitteet, rintakehän liikkuvuuksien tukeminen manuaalisesti ja yskimisen avustaminen).

Esimerkkejä terapiamääristä:

- *1. vuosi subakuutin osastokuntoutuksen jälkeen:* yhteensä 80 kertaa vuodessa, 2 kertaa viikossa 60 minuuttia. Pidentetty, 90 minuutin terapia voi olla tarpeen, jos kuntoutujalla on esim. voimakasta spastisuutta tai siirtymiset ovat aikaa vieviä. Pidentetty terapia tulee perustella erikseen.
- *1–3 vuotta vammautumisen jälkeen:* Jos tilanne on vakiintunut, fysioterapiaa voidaan jatkaa ylläpitävänä yhteensä 40 kertaa vuodessa, joko 1 kerta viikossa 60 minuuttia tai jaksotettuna yksilöllisen tarpeen mukaan. Jos vammautuneen osallistumista arkeen voidaan edelleen lisätä ja tukea fysioterapian keinoin, fysioterapian tarve arvioidaan yksilöllisesti.
- *Vakiintuneessa vaiheessa:* fysioterapiaa voidaan toteuttaa esimerkiksi toimintakykyyn vaikuttavan spastisuuden lisääntymisen, nivelten tai rintakehän liikkuvuuden rajoittumisen tai hengityskapasiteetin heikkenemisen vuoksi. Perusteluna voi olla myös vaihtuvien avustajien ohjaaminen ja harrastusmahdollisuuksiin tutustuminen.

Tetraplegia, osittaista toimintaa ylä- ja alaraajoissa, pääasiallinen liikkumismuoto pyörätuoli

Terapian tavoitteena on kuntoutujan liikkumisen ja siirtymisten onnistuminen apuvälineiden avulla, mahdollisimman suuri itsenäisyys tavallisen pyörätuolin käyttäjänä, osallistuminen ja toimiminen kodin ulkopuolella sekä tarvittaessa hengitystoiminnan ja nivelliikkuvuuksien ylläpitäminen ja edistäminen sekä ohjaaminen itsenäiseen harjoitteluun. Fysioterapian keinoina ovat istumatasapainon, siirtymisten, seisomatasapainon ja kävelyn harjoittelu edellytysten mukaan. Terapia sisältää myös aktiivisten lihasryhmien vahvistamista, hengitysfysioterapiaa, päivittäistoimien harjoittelua, ympäristöhallintalaitteiden käytön ohjausta sekä avustajan ohjaamista. Ohjaaminen liikunnallisten harrastusten pariin kuuluu oleellisena osana fysioterapiassa.

Esimerkkejä terapiamääristä:

- *1. vuosi subakuutin osastokuntoutuksen jälkeen:* yhteensä 100 kertaa vuodessa, ensimmäisen puolen vuoden ajan esimerkiksi 3 kertaa viikossa 60 minuuttia, minkä jälkeen 2 kertaa viikossa 60 minuuttia. Terapiamäärien vähentyessä vastuu harjoittelusta siirtyy asteittain kuntoutujalle itselleen.
- *1–3 vuotta vammautumisen jälkeen:* yhteensä 80 kertaa vuodessa, 2 kertaa viikossa 60 minuuttia, jos toimintakyvyssä tapahtuu edelleen kohentumista ja osallistumista voi-

daan tukea fysioterapian keinoin. Toimintakyvyn vakiinnuttua yhteensä 40 kertaa vuodessa toteutettuna joko 1 kerta viikossa 60 minuuttia tai jaksotettuna yksilöllisen tarpeen mukaan, painottuen omatoimisen harjoittelun ohjaamiseen.

- *Vakiintuneessa vaiheessa:* fysioterapia voidaan toteuttaa tarvittaessa yksilöllisten tavoitteiden perusteella joko sarjoittain tai säännöllisesti, esim. apuvälinetilanteen päivittämiseksi tai avustajien ohjaamiseksi.

Tetraplegia, osittaista toimintaa ylä- ja alaraajoissa, tavoitteena itsenäinen kävely
Terapian tavoitteena on kuntoutujan liikkuminen kävellen tarvittaessa apuvälineen turvin sekä mahdollisimman suuri itsenäisyys päivittäisissä toimissa sekä toimiminen ja osallistuminen kodin ulkopuolella.

Fysioterapian keinoina ovat tasapainon ja kävelyn harjoittelu, aktiivisten lihasryhmien vahvistaminen sekä omatoimiseen harjoitteluun ohjaaminen. Tarvittaessa avustajan ohjaaminen.

Esimerkkejä terapiamääristä:

- *1. vuosi subakuutin osastokuntoutuksen jälkeen:* yhteensä 100 kertaa vuodessa, esimerkiksi 3 kertaa viikossa 60 minuuttia ensimmäisen puolen vuoden ajan, jonka jälkeen 2 kertaa viikossa 60 minuuttia. Terapiamäärien vähentyessä vastuu harjoittelusta siirtyy asteittain kuntoutujalle itselleen.
- *1–3 vuotta vammautumisen jälkeen:* sarjoittain 40 kertaa vuodessa, 45–60 minuuttia yksilö- tai ryhmäfysioterapiana. Tavoitteena toimintakyvyn edistäminen ja työkyvyn tukeminen. Terapian tarpeessa vaihtelu on merkittävää ja on huomioitava yksilölliset tarpeet ja tavoitteet.
- *Vakiintuneessa vaiheessa:* fysioterapia suunnitellaan yksilöllisten tavoitteiden perusteella.

Paraplegia, ei toiminnallista lihasaktiiviteettia vammautason alapuolella

Terapian tavoitteena on kuntoutujan itsenäinen liikkuminen tavallisella pyörätuolilla, mahdollisimman suuri itsenäisyys pyörätuolin käyttäjänä, toimiminen ja osallistuminen kodin ulkopuolella sekä muun muassa yläraajojen rasitusvammojen ehkäisy. Fysioterapian keinoina ovat ylävartalon ja yläraajojen lihasvoimien vahvistaminen, ohjaaminen itsenäiseen nivelliikkuvuuksien ylläpitämiseen, pyörätuolin käsittelytaitojen harjoittelu haasteellisessa ympäristössä, siirtymisten harjoittelu eri tasoille ja autoon, omatoimiseen harjoitteluun ohjaaminen sekä eri liikuntaharrastuksiin tutustuminen.

Esimerkkejä terapiamääristä:

- *1. vuosi subakuutin osastokuntoutuksen jälkeen:* yhteensä 80 kertaa vuodessa, 2 kertaa viikossa 60 minuuttia, sisältää myös fysioterapeutin ohjauksen omatoimiseen harjoitteluun (esim. kuntosaliharjoittelu, allasharjoittelu ja erityisliikuntalajit).
- *1–3 vuotta vammautumisen jälkeen:* sarjoittain 40 kertaa vuodessa, 45–60 minuuttia yksilö- tai ryhmäfysioterapiana. Tavoitteena toimintakyvyn edistäminen ja työkyvyn

tukeminen. Terapian tarpeen vaihtelu on merkittävää ja on huomioitava yksilölliset tarpeet ja tavoitteet.

- *Vakiintuneessa vaiheessa:* fysioterapia suunnitellaan yksilöllisten tavoitteiden perusteella.

Paraplegia, osittaista toimintaa alaraajoissa

Terapian tavoitteena on kuntoutujan käveleminen apuvälineen turvin tai ilman sitä sekä itsenäisyys päivittäisissä toimissa ja osallistumisessa kodin ulkopuolella. Fysioterapian keinoina ovat tasapainon ja kävelyn harjoittelu, lihaskunnon lisääminen, alaraajaortoosien toimivuuden tarkistaminen, omatoimiseen harjoitteluun ohjaaminen sekä eri liikuntaharrastuksiin tutustuminen.

Esimerkkejä terapiamääristä:

- *1. vuosi subakuutin osastokuntoutuksen jälkeen:* yhteensä 80 kertaa vuodessa, 2 kertaa viikossa 60 minuuttia, sisältää myös fysioterapeutin ohjauksen omatoimiseen harjoitteluun (esim. kuntosaliharjoittelu, allasharjoittelu ja erityisliikuntalajit). Loppuvaiheessa osa terapiasta voi toteutua ryhmämuotoisena.
- *1–3 vuotta vammautumisen jälkeen:* sarjoittain 40 kertaa vuodessa, 45–60 minuuttia yksilö- tai ryhmäfysioterapiana. Tavoitteena toimintakyvyn edistäminen ja työkyvyn tukeminen. Terapian tarpeen vaihtelu on merkittävää ja on huomioitava yksilölliset tarpeet ja tavoitteet.
- *Vakiintuneessa vaiheessa:* fysioterapia suunnitellaan tarvittaessa yksilöllisten tavoitteiden perusteella.

5.2.2 Toimintaterapia

Paraplegia

Paraplegian jälkeen voidaan tarvita toimintaterapiaa tukemaan kuntoutujan itsenäistä selviytymistä päivittäistoimista, omatoimista aktiivista arkea, osallistumista ja työhön paluuta. Toimintaterapiassa harjoitellaan kuntoutujan omassa elinympäristössä päivittäisiä toimintoja ja arvioidaan pienapuvälineiden tarve. Toimintaterapian tarve arvioidaan yksilöllisesti.

Tetraplegia

Terapian tavoitteena on kuntoutujan mahdollisimman itsenäinen osallistuminen ja suoriutuminen hänelle merkityksellisistä arjen ja vapaa-ajantoiminnoista kotona ja kodin ulkopuolella. Terapiassa kuntoutujaa ja hänen avustajaansa ohjataan arjen ja vapaa-ajan toiminnoissa, arvioidaan apuvälineiden, ympäristönhallintalaitteiden ja tietokoneen tarve sekä ohjataan niiden käytössä. Toimintaterapiaan kuuluu myös yläraajojen asento- ja liikehoitoja, käsien otteiden harjoittelua arjessa sekä omatoimisten harjoitteiden ohjaus. Yhteistyö avustavan henkilöstön ja omaisten kanssa on tärkeää, jotta terapiassa löydetty keinot siirtyvät osaksi arkea.

Esimerkkejä terapiamääristä:

- Toimintaterapia painottuu ensimmäisiin vammautumisen jälkeisiin vuosiin: yhteensä 40 kertaa vuodessa, joko 1 kerta viikossa 60 minuuttia tai yksilöllisen tarpeen mukaan jaksotettuna. Jos tavoitteena on esimerkiksi arjen toimintoihin osallistumisen mahdollistaminen, on perusteltua toteuttaa terapioita kotikäynteinä. Toimintaterapiaa voidaan jaksottaa niin, että väliaikoina on omatoimisia kotiharjoittelujaksoja.

5.2.3 Puheterapia

Puheterapian tavoitteena on kohentaa, tukea ja ylläpitää kuntoutujan kommunikaatiotaitoja sekä turvallista syömistä ja nielemistä. Kommunikaatio-ongelmien lisäksi kaularangan alueen selkäydinvamman saaneella saattaa esiintyä nielemisvaikeuksia. Nielemis- ja puheterapian tarve tulee arvioida yksilöllisesti. Jos nielemisongelmia esiintyy, puheterapeuttisen kuntoutuksen tavoitteena on kuntouttaa nielun toimintaa siten, että kuntoutuja voi syödä suun kautta turvallisesti perusruokaa. Tavoitteen saavuttamiseksi voidaan apuna käyttää muunneltuja ruokakoostumuksia tai harjoittelua makupaloilla. Tarvittaessa riittävän ravitsemuksen saamista tuetaan perkutaanisen endoskooppisen gastrostooman (PEG) kautta tapahtuvalla ravitsemuksella.

Selkäydinvammapotilaan kommunikaatiokyky saattaa heikentyä esimerkiksi trakeostomian tai äänihuulipareesin vuoksi, koska molemmat vaikuttavat kuntoutujan kykyyn tuottaa puheääntä. Tällöin puheterapeuttisen kuntoutuksen tavoitteena on löytää sopiva puhetta tukeva tai korvaava kommunikaatiomenetelmä sekä vahvistaa äänen tuottoa ääniterapeuttisilla harjoituksilla.

Selkäydinvammaan voi liittyä aivovamma tai aivoverenkiertohäiriö, joka saattaa vaikuttaa kuntoutujan kommunikaatiokykyyn ja vuorovaikutustaitoihin. Tässä tilanteessa puheterapeuttisen kuntoutuksen tavoitteena on puheen tuottamisen, puheen ymmärtämisen, lukemisen ja kirjoittamisen taitojen kohentaminen sekä tarvittaessa tukeminen erilaisilla kommunikaatiomenetelmillä ja apuvälineillä. Puheterapia painottuu tyypillisesti vammautumisen jälkeiseen vuoteen, ja tilanteen vakiintumisen jälkeen puheterapia on harvoin tarpeen.

Esimerkkejä terapiamääristä:

- *Nielemiskuntoutus:* subakuutin osastokuntoutuksen jälkeen vaikeissa nielemisongelmissa kuntoutusta on intensiivisesti 3 kertaa viikossa 60 minuuttia, tarvittaessa useiden kuukausienkin ajan.
- *Ääniterapia:* subakuutin osastokuntoutuksen jälkeen kaksi 10 kerran jaksoa, yksi kerta kestää 45 minuuttia. Jos ääni ei harjoitusten avulla palaudu, kuntoutuja lähetetään foniatriin arvioon noin puolen vuoden kuluttua vammautumisesta.
- *Kommunikaatio- ja vuorovaikutustaitoja tukeva ja kohentava puheterapia:* 1 vuosi subakuutin osastokuntoutuksen jälkeen, yhteensä 70 kertaa vuodessa, toteutettuna jaksoina, joissa 2 kertaa viikossa 60 minuuttia.

5.2.4 Neuropsykologinen kuntoutus

Myös kognitiivisten oireiden mahdollisuus tulee pitää mielessä ja oireet tunnistaa. Ongelmat voivat johtua vammautumiseen liittyvistä tekijöistä (esim. samanaikainen aivovamma), vammautumista edeltävistä tekijöistä (esim. kehitykselliset tai oppimisvaikeudet, päihteiden käyttö, aikaisempi aivovamma tai -sairaus, aikaisemmat psyykkiset ongelmat) tai selkäydinvamman jälkitilaan liittyvistä tekijöistä (esim. lääkitys, psyykkiset tekijät, kivut). Tyypillisiä kognitiivisia oireita selkäydinvammapotilailla ovat tarkkaavuuden säätelyn, muistin, abstraktin päättelyn ja tehokkaan tiedonprosessoinnin vaikeudet.

Neuropsykologisen kuntoutuksen tavoitteena on kuntoutujan arjen toimintakyvyn ja osallistumisen sekä opiskelu- ja työkyvyn tukeminen. Tähän pyritään lievittämällä todettuja kognitiivisia ja käyttäytymisoireita sekä vähentämällä niistä aiheutuvaa haittaa tiedollisella ohjauksella sekä tukemalla toimintakyvyn muutoksiin sopeutumista. Yksi neuropsykologisen kuntoutuksen tärkeitä tavoitteita on kuntoutujan oppimiskyvyn tukeminen, jotta edellytykset selkäydinvammakuntoutuksesta hyötymiseen lisääntyvät.

Neuropsykologisen kuntoutuksen tarve ja tavoitteet määritellään neuropsykologisen tutkimuksen perusteella. Neuropsykologisen kuntoutuksen sisältö, muoto, tiheys ja kesto määräytyvät kuntoutujan yksilöllisen oirekuvan eli fyysisen ja psyykkisen toimintakyvyn ja elämäntilanteen mukaan. Neuropsykologinen kuntoutus voidaan toteuttaa tarpeen mukaan harvajaksoisina seuranta- ja ohjaustapaamisina, esimerkiksi kerran kuukaudessa tai intensiivisenä kuntoutuksena kerran viikossa. Lyhimmillään neuropsykologinen kuntoutus voi käsittää muutamia ohjaustapaamisia, mutta toisinaan tarvitaan 2–3 vuoden mittainen kuntoutusjakso. Tätä pidemmät jaksot ovat vain harvoin perusteltuja.

Neuropsykologinen kuntoutus voidaan tarvittaessa ottaa takaisin kuntoutussuunnitelmaan, jos toimintakyvyn vaatimukset muuttuvat elämäntilanteen muutoksen myötä. Neuropsykologinen kuntoutus voidaan myös toteuttaa laituskuntoutusjaksolla avokuntoutuksen tukena tai sen sijasta, jos avokuntoutusta ei ole saatavissa.

5.2.5 Ratsastusterapia

Ratsastusterapia on terapian erityismuoto, jossa terapeutit tavoitteet saavutetaan toiminnallisten harjoitusten, kuten hevosen hoitotoimien sekä ratsastamisen kautta. Terapiaa ohjaa ratsastusterapeuttikoulutuksen käynyt terapeutti. Ratsastusterapiassa on riskejä (esim. putoaminen), jotka tulee ottaa huomioon terapian suunnitteluvaiheessa, vaikka terapiahevonen onkin koulutettu tehtävänsä ja terapiassa käytetään avustajaa. Ratsastusterapian sisältö suunnitellaan yksilöllisesti selkäydinvammatason ja kuntoutujan toimintakyvyn mukaan, kuitenkin siten, että tavoitteet tukevat myös fysioterapian tavoitteita.

Ratsastusterapian yleisvaikutukset ovat samankaltaisia kuin muillakin liiketerapioilla, joilla vaikutetaan sydän- ja verenkiertoelimistöön, toimivien lihasten kuntoon, suoliston toimintaan ja psyykkiseen hyvinvointiin. Ratsastusterapian erityisvaikutuksilla voidaan kehittää istumatasapainon hallintaa, kompensatorisia toiminnallisia liikeratoja, ylläpitää alaraajojen nivelten liikelaajuuksia ja vähentää hetkellisesti spastisuutta. Osittaisissa selkäydinvammoissa, joissa

kuntoutuksen tavoitteena on kävelykyky tai sen tukeminen, ratsastusterapialla voidaan hevosta välittyvien liikeimpulssien avulla aktivoida kävelyssä tarvittavia lihaksia ja vuorotahtisuutta.

Korkeat selkäydinvammat ovat ratsastusterapian vasta-aihe silloin, kun yläraajojen motoriikka on voimakkaasti heikentynyt tai tukeutuminen on mahdotonta. Mahdollisia vasta-aiheita ovat myös voimakkaat virheasennot, kivulias ja voimakas spastisuus lonkan lähentäjälihaksis- sa, skolioosi, painehaavat tai heterotooppinen luutumisen lonkkanivelen alueella.

Esimerkkejä terapiamääristä:

- Ratsastusterapia toteutetaan sarjaluonteisesti muun kuntoutuksen rinnalla tai sen kanssa jaksottaen. Terapiamäärä on aluksi 15 kertaa vuodessa, 60 minuuttia kerrallaan. Ratsastusterapiaa voidaan jatkaa 1–3 vuotta, jos sen vaikutukset ovat olleet positiivisia. Vakiintuneessa vaiheessa ratsastusterapian tarve tulee arvioida yksilöllisesti. Jatkossa kuntoutujan on mahdollista siirtyä harrastamaan vammaisratsastusta siihen soveltuvissa ratsastuskeskuksissa.

5.2.6 Lymfaterapia

Lymfaterapia ja LYKO-hoito (lymfahoidon kokonaisuus) on turvotuksen vähentämiseen ja lymfanesteen poistoon tarkoitettu fysioterapian muoto myös selkäydinvammaisille. Hoidon tavoite on turvotuksen vähentäminen ja hallinta, jotta muu fysioterapia sekä muut liikehoidot ja toiminnot ovat helpompia tai mahdollisia. Hoidossa voidaan tavoitella myös ihon kiristyk- sen ja kivun lievittymistä sekä pyrkiä ehkäisemään ihon rikkoutumista ja infektioita.

LYKO-hoidossa annetaan manuaalista lymfakäsittelyä, raajojen liikehoitoa, seurataan ihon kuntoa ja tarvittaessa hoidetaan myös ihoa. Terapiakäsittelyn jälkeen voidaan käyttää kompressiosidoksia, -sukkia, -hihoja tai -vaatteita tai lymfateippauksia, jotta hoitotulos pysyy yllä. Jos LYKO-hoito on ensisijaisesti tarkoitettu lymfaattisen turvotuksen lievitykseen, hoitoa an- netaan vähintään 3 kertaa viikossa 2–3 viikon ajan.

Turvotuksen vähentymisen myötä hoitokertoja voidaan harventaa ja lymfakäsittely voi myö- hemmin olla pelkästään ylläpitävää. Kompressiosidoksia tai -sukkia pidetään seuraavaan hoi- tokertaan saakka. Yleensä vasta turvotuksen vähentymisen jälkeen hankitaan yksilöllisesti mittojen mukaan tarvittavat kompressiotuotteet. LYKO-hoitoa voidaan soveltaa myös lie- vemmissä turvotuksissa, milloin terapian määrä ja tiheys voivat olla vähäisempiä kuin edellä mainitut määrät. Jatkuva lymfaterapia on harvoin tarpeen, mutta jaksotus saattaa olla tarpeel- lista turvotuksen kokonaisvaltaisen hoidon tukemisessa. Ennen lymfahoitoa on kuitenkin varmistettava, ettei henkilöllä ole vaikeaa sydämen vajaatoimintaa, valtimoverenkierron sai- rautta, hoitamatonta pahanlaatuista kasvainta, akuuttia tulehdusta tai hoitamatonta kilpi- rauhasen sairautta.

5.2.7 Etäkuntoutus

Etäkuntoutuksella tarkoitetaan etäteknologiaa hyödyntävien sovellusten tavoitteellista käyttöä kuntoutuksessa. Se on ammattilaisen ohjaamaa ja seuraamaa. Etäkuntoutus voi olla myös reaaliaikaista. Tähän mennessä reaaliaikaisia etäkuntoutusmenetelmiä on käytetty eniten puheterapiassa, neuropsykologisessa kuntoutuksessa ja psykoterapiassa. Fysioterapiassa ja toimintaterapiassa etäkuntoutuksen käyttö on ollut melko vähäistä. Teknologian kehityksen myötä etäteknologioiden (matkapuhelin, tietokone, tablettitietokoneet) käyttö kuntoutuksessa on lisääntymässä. Etäkuntoutus voi menetelmänä olla sovelias osa myös selkäydinvammaisen kuntoutujan kuntoutusta.

6 AMMATILLINEN KUNTOUTUS

Ammatillisen kuntoutuksen tavoitteena on se, että kuntoutuja voi sairaudesta tai vammasta huolimatta työllistyä, jatkaa työssä tai palata työhön. Kuntoutustarpeen arviointi ja kuntoutussuunnitelman teko perustuvat kokonaistilanteesta tehtyyn arvioon, jossa otetaan huomioon muun muassa työkokemus, koulutus, ikä, terveydentila ja sen ennuste. Ammatillinen kuntoutus tulee kytkeä jo varhaisessa vaiheessa osaksi kuntoutussuunnitelmaa. Ammatillinen kuntoutus on ensisijaista työkyvyttömyyseläkkeeseen nähden.

Ammatillisen kuntoutuksen keinoja ovat muun muassa neuvonta ja ohjaus, ammatillinen kuntoutus selvitys, työkokeilu tai työhönvalmennus nykyisellä tai uudella työpaikalla, lisäkoulutus, tutkintotavoitteinen koulutus, kalliiden ja vaativien opiskelun tai työn apuvälineiden järjestäminen ja korvaaminen sekä yritys- tai elinkeinotuki työvälineiden ja koneiden hankkiminen, terveydentilalle soveltuvan yritystoiminnan käynnistäminen tai nykyisen yritystoiminnan muuttaminen.

Tapaturma- tai liikennevakuutusyhtiö järjestää ammatillista kuntoutusta, jos kuntoutuksen tarve johtuu työtapaturmasta, ammattitaudista tai liikennevahingosta. Kuntoutuksella tuetaan jatkamaan työelämässä, jos työ- tai toimintakyky tai ansiomahdollisuudet ovat vammaan vuoksi heikentyneet tai saattavat myöhemmin olennaisesti heikentyä.¹

Työeläkelaitos vastaa ensisijaisesti vakiintuneesti työelämässä olevien alle 63-vuotiaiden ammatillisesta kuntoutuksesta silloin, kun henkilö ei voi terveydentilansa vuoksi jatkaa työsäään. Kuntoutuksella tuetaan työelämässä jatkamista, kun työntekijää tai yrittäjää uhkaa työkyvyttömyys uhka viiden vuoden kuluessa tai kun hän on työkyvytön työeläkeläisissä tarkoitettulla tavalla. Lisäksi hänellä on oltava työansioita viiden viimeisen kalenterivuoden aikana vähintään 34 508,16 euroa (vuonna 2016).²

Kela järjestää ammatillista kuntoutusta niille, joilla ei ole oikeutta työeläkelaitosten kuntoutukseen. Heitä ovat muun muassa nuoret ja pitkään työelämän ulkopuolella olleet. Kela järjestää ammatillista kuntoutusta työ- ja ansiokyvyn tukemiseksi tai parantamiseksi taikka työky-

¹ Ks. lisää <http://www.vkk.fi>.

² Ks. lisää <http://www.tela.fi>.

vyttömyyden estämiseksi, jos asianmukaisesti todettu sairaus, vika tai vamma on aiheuttanut tai sen arvioidaan aiheuttavan lähivuosina työ- tai opiskelukyvyn ja ansiomahdollisuuksien olennaisen heikentymisen.³

Työ- ja elinkeinotoimisto tukee toimenpiteillään työnhakijoita, joiden sairaus tai vamma vaikeuttaa työllistymistä tai työpaikan säilyttämistä. Työ- ja elinkeinotoimiston kautta työnantaja voi saada myös työolosuhteiden järjestelytukea.⁴

7 SELKÄYDINVAMMAISEN APUVÄLINEPALVELUT

7.1 Lääkinnällisen kuntoutuksen apuvälineet

Lääkinnällisen kuntoutuksen apuvälineiden luovutuksen perusteena on lääketieteellisin perustein todettu sairaus tai vamma, joka heikentää kuntoutujan toimintakykyä ja vaikeuttaa hänen itsenäistä selviytymistään. Apuvälineen tarkoitus on edistää kuntoutujan kuntoutumista, tukea, ylläpitää tai parantaa hänen toimintatoimintakykyään päivittäisiin toimiin osallistumisessa kotona ja kodin ulkopuolella sekä ehkäistä toimintakyvyn heikentymistä.

Apuvälinetarpeen arvioinnin tekee apuvälineisiin perehtynyt terveydenhuollon ammattilainen, kuntoutuksen apuvälineasiantuntija tai moniammatillinen tiimi yhdessä kuntoutujan ja mahdollisesti hänen läheistensä kanssa. Arviointi tehdään aina julkisessa terveydenhuollossa; myös niiden henkilöiden kohdalla, joilla on oikeus saada apuväline vakuutusyhtiöltä korvattavan vahinkotapahtuman perusteella. Sairaanhoidopiireillä on olemassa omat apuvälineiden luovuttamiseen liittyvät saatavuusperusteet, jotka ohjaavat omalta osaltaan apuvälineiden hankintaa.

Apuvälinetarpeen arviointi aloitetaan heti, kun kuntoutujan liikkumis- ja toimintakyky on riittävä. Oikein valituilla apuvälineillä on suuri merkitys kuntoutumisen ja itsenäiseen selviytymiseen jo kuntoutuksen akuuttivaiheessa. Apuvälineratkaisuissa on huomioitava kuntoutujan muuttuva toimintakyky, ja apuvälineiden on vastattava toimintakyvynmukaista tarvetta. Selkäydinvamman saaneen apuvälineet voivat siis akuuttivaiheessa vaihtua suhteellisen nopeastikin. Apuvälinearvioinnissa huomioidaan kuntoutujan toimintakyvyn lisäksi hänen elämäntilanteensa sekä elinympäristön toimintakyvylle asettamat vaatimukset. Tästä syystä osa apuvälinearvioista (esim. sähköpyörätuoli) tehdään yleensä kuntoutujan omassa toimintaympäristössä. Julkinen terveydenhuolto hankkii päivittäisissä toiminnoissa tarvittavat apuvälineet. Työhön ja opiskeluun liittyvät apuvälineet kustantaa Kela, työhallinto tai vakuutusyhtiö. Harastuksen tai vapaa-ajan apuvälineitä voidaan myöntää harkinnanvaraisesti sosiaalitoimesta. (STM 2011.)

³ Ks. lisää <http://www.kela.fi/henkiloasiakkaat>.

⁴ Ks. lisää <http://www.te-palvelut.fi>.

7.2 Apuvälineet liikenne- ja työtapaturmissa

Liikenteessä vammautuneen henkilön lääkinällisen kuntoutuksen apuvälinepalvelu ei poikkea muiden vammautuneiden apuvälinepalvelusta, vaan tällöinkin apuväline tarpeen arviointi ja apuvälineen järjestäminen tapahtuu julkisessa terveydenhuollossa. Jos apuväline on vakuutuksesta korvattava ja apuvälinepalvelu on toteutettu vakuutusyhtiöiden edellyttämällä tavalla, terveydenhuollolla on oikeus periä korvaavalta vakuutusyhtiöltä apuvälinepalvelun toteutuskustannukset ja apuvälineen hankintakustannukset.

Työtapaturmissa vakuutusyhtiö korvaa kustannukset täyskustannusmaksun suuruisena, jos lääkinällisen kuntoutuksen apuväline tarvetta koskeva alustava kuvaus sairauskertomuksessa on toimitettu vakuutusyhtiölle lain mukaisessa ajassa. Terveydenhuollolla on viisi päivää aikaa kirjata apuvälineasia esimerkiksi sairauskertomukseen ja neljä arkipäivää aikaa toimittaa sairauskertomus vakuutusyhtiölle. Kuvaus tulee toimittaa apuvälineprosessin alkuvaiheessa, kun apuväline tarve on havaittu, jotta vakuutusyhtiö saa tiedon asiasta riittävän ajoissa ennen apuvälineen hankintaa. Julkisen terveydenhuollon yksikön ei tule jäädä odottamaan vakuutuslaitoksen reagoimista tiedotteeseen, vaan sen tulee edetä samalla tavalla kuin muidenkin kuntalaisten kohdalla. Edellä mainitut aikarajat koskevat vain 1.1.2016 jälkeen tapahtuneita työtapaturmia. Ennen vuotta 2016 tapahtuneissa työtapaturmissa vastaavia ei ole. (Työtapaturma- ja ammattitautilaki 459/2015; VKK 2015.)

LÄHTEET

ICF Research Branch. ICF Core Data Sets. ICF Ydinlistat 2012. Saatavissa: <<http://www.icf-core-sets.org/fi>>. Viitattu 1.12.2016.

International Spinal Cord Society (ISCoS). International Spinal Cord Injury Data Sets. Saatavissa: <<http://www.iscos.org.uk/international-sci-data-sets>>. Viitattu 1.12.2016.

ISNCSCI. International Standard of Neurological Classification of Spinal Cord Injury. Kansainvälinen selkäydin vaurion neurologinen tasoluokitus. Saatavissa: <<http://isncscialgorithm.azurewebsites.net/Form>>. Viitattu 1.12.2016. Lomake suomenkielisenä: <<http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/mittariversio/97/>>. Viitattu 1.12.2016.

Kela. GAS-menetelmä Kelan kuntoutuksen tavoitteiden laatimiseen ja arvioimiseen. Helsinki: Kela. Saatavissa: <<http://www.kela.fi/gas-menetelma>>. Päivitetty: 19.10.2012. Viitattu 1.12.2016.

Kirshblum SC, Burns SP, Biering-Sorensen F, ym. International standards for neurological classification of spinal cord injury (Revised 2011). The Journal of Spinal Cord Medicine 2011; 34 (6): 535–546.

Käypä hoito -suositus. Selkäydinvamma. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Societas Medicinae Physicalis et Rehabilitationis Fenniae ry:n asettama työryhmä. Saatavissa: <<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi36098>>. Päivitetty 18.12.2012. Viitattu 1.12.2016.

STM. Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön asetus lääkinällisen kuntoutuksen apuvälineiden luovutuksesta 1363/2011.

Spinal Cord Independence Measure III (SCIM III). Selkäydinvammaisen itsenäisen toimintakyvyn mittari 2011. Saatavissa: <<http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/mittariversio/98/>>. Päivitty 30.10.2012. Viitattu 1.12.2016.

Terveydenhuoltolaki 1236/2010.

THL. Toimintakyky. ICF-luokitus. Helsinki: THL. Saatavissa: <<http://www.thl.fi/fi/web/toimintakyky/icf-luokitus>>. Päivitetty 27.9.2016. Viitattu 1.12.2016. (THL 2016a)

THL. TOIMIA-tietokanta. Helsinki: THL. Saatavissa: <<http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/>>. Viitattu 1.12.2016. (THL 2016b)

Työtapaturma- ja ammattitautilaki 459/2015.

VKK. Suositus julkisen terveydenhuollon ja vakuutuslaitosten yhteistyömalliksi apuvälineiden luovutuksessa 1.6.2015 alkaen. Helsinki: VKK, 2015. Saatavissa: <http://www.vkk.fi/sites/default/files/attachments/suositus_apuvälineyhteistyosta.pdf>. Viitattu 1.12.2016.

Walking Index for Spinal Cord Injury II (WISCI II). Selkäydinvammaisen kävelyn mittari 2011. Saatavissa: <<http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/mittariversio/103/>>. Viitattu 1.12.2016.