

5.6.2003

1803/4/00

Ratkaisija: Oikeusasiamies Riitta-Leena Paunio

Esittelijä: Vanhempi oikeusasiamiehensihteeri Kaija Tanttinen-Laakkonen

LÄÄKINNÄLLISEN KUNTOUTUKSEN APUVÄLINEPALVELUJEN JÄRJESTÄMINEN

1 KANTELU

Näkövammaisten Keskusliitto ry pyytää 8.8.2000 eduskunnan oikeusasiamiehelle osoittamassaan kantelukirjoituksessa oikeusasiamiestä selvittämään, noudattavatko kunnat lääkinnällistä kuntoutusta koskevaa lainsäädäntöä, koska ne liiton mukaan jättävät jatkuvasti varaamatta riittävästi määrärahoja vammaisten henkilöiden kuntoutukseen ja apuvälineisiin.

Keskusliitto toteaa olevansa vakavasti huolestunut tilanteesta, joka vallitsee kunnallisen terveydenhuollon vastuulla olevan lääkinnällisen kuntoutuksen palveluissa. Toimintakäytännöt ovat epäyhtenäisiä ja palvelujen saatavuus vaihtelee suuresti eri kunnissa ja sairaanhoitopiireissä. Tämä on johtanut sekä alueelliseen eriarvoisuuteen että yksittäisten näkövammaisten kohdalla välttämättömän kuntoutuksen ja apuvälinetarpeen tyydyttämättä jättämiseen.

Liitto toteaa kirjoituksessaan edelleen, että kunnat ovat karsineet erikoissairaanhoidon menoja. Seurauksena on ollut, että keskussairaalat ovat joutuneet karsimaan menojaan tasapainottaakseen talouttaan. Tällaisessa tilanteessa säästöistä tulee pääasia palvelutarpeen jäädessä toissijaiseksi.

2 SELVITYS

Kantelukirjoituksen johdosta sosiaali- ja terveysministeriö antoi 30.4.2001 lausunnon, johon liittyivät Etelä-Suomen lääninhallituksen 7.3.2001 antama selvitys, Länsi-Suomen lääninhallituksen 5.3.2001 antama selvitys, Itä-Suomen lääninhallituksen 23.2.2001 antama selvitys, Lapin lääninhallituksen 26.2.2001 antama selvitys ja Oulun lääninhallituksen 9.3.2001 antama selvitys.

Näkövammaisten Keskusliitto ry antoi lausuntoon ja selvityksiin vastineensa 27.9.2001.

Sosiaali- ja terveysministeriö toimitti 20.9.2002 vielä pyynnöstäni lisäselvitystä asiassa.

3

ASIAN TUTKINNAN LAAJUUS

Oikeusasiamiehen tehtävänä on tutkia kantelun johdosta sellaista julkisten tehtävien hoitoa, jossa on aihetta epäillä lainvastaista menettelyä tai velvollisuuden laiminlyöntiä. Sen sijaan terveydenhuollon koko maata koskeva yleinen suunnittelu, ohjaus ja valvonta kuuluu sosiaali- ja terveysministeriölle ja läänien alueella lääninhallituksille.

Kantelukirjoituksessa oikeusasiamiestä pyydettiin selvittämään, noudattavatko kunnat lääkinnällistä kuntoutusta koskevaa lainsäädäntöä, koska ne liiton mukaan jättävät jatkuvasti varaamatta riittävästi määrää rahoja vammaisten henkilöiden kuntoutukseen ja apuvälineisiin. Kuntien tämän menettelyn valvonta kuuluu siis ensisijaisesti lääninhallituksille ja sosiaali- ja terveysministeriölle.

Esitetyn selvityspyynnön johdosta toteankin, että oikeusasiamiehen tehtävänä en katso olevan suorittaa pyydettyä kaikkiin kuntiin kohdistuvaa selvitystä. Käytävissä olevien rajallisten voimavarojen vuoksi se ei olisi mahdollistakaan. Näistä syistä olen pyrkinyt kantelun johdosta selvittämään yleisellä tasolla valvovien viranomaisten käsityksiä kunnissa ja sairaanhoitopiireissä noudatettavista toimintakäytännöistä ja -ohjeista lääkinnällisen kuntoutuksen palvelujen, tässä tapauksessa erityisesti apuvälineiden, antamisesta. Olen niin ikään pyrkinyt selvittämään niitä toimenpiteitä, joihin valvovat viranomaiset ovat ryhtyneet mahdollisten lainvastaisten toimintakäytäntöjen ja -ohjeiden muuttamiseksi.

Olen tutustunut lääninhallitusten selvityksiinsä liittämiin sairaanhoitopiirien ja terveyskeskusten laatimiin toimintaohjeisiin, joita noudatetaan lääkinnällisen kuntoutuksen apuvälinepalveluja myönnettäessä. Olen ottanut kantaa toimintakäytäntöjen ja -ohjeiden mahdollisiin lainvastaisuuksiin lähinnä viittauksenomaisesti. Yksityiskohtaisen kannanoton esittäminen yksittäisten toimintaohjeiden lainvastaisuuksista edellyttäisi asianomaisten viranomaisten ja virkamiesten kuulemista erikseen. Tähän työhön en ole katsonut tässä yhteydessä olevan mahdollista ryhtyä. Kuten jäljempänä tarkemmin ilmenee, olen kuitenkin edellyttänyt sosiaali- ja terveysministeriön ja lääninhallitusten tarvittaessa yksityiskohtaisesti puuttuvan lainvastaisiin toimintakäytäntöihin ja -ohjeisiin.

4

APUVÄLINEIDEN SAATAVUUTTA KOSKEVAT SELVITYKSET

4.1

Selvitys apuvälineiden saatavuudesta vuonna 1994

Sosiaali- ja terveysministeriö teki lääninhallitusten avustuksella selvityksen apuvälineiden saatavuudesta vuonna 1994 (Sosiaali- ja terveysministeriön monisteita 1995:11). Selvitys osoitti, että apuvälineitä annettiin epäyhtenäisin perustein. Apuvälineiden saatavuus oli myös heikentynyt. Apuvälineiden luovuttamista oli rajoittanut joka toinen terveyskeskus joko halpojen apuvälineiden hankkimisrajoituksilla tai listamalla apuvälineitä, joita ei annettu. Selvitys osoitti, että usean sairaanhoitopiirin alueella oli tarpeen

selkeyttää ja täsmentää keskussairaaloiden ja terveyskeskusten työnjakoa apuvälineasioissa.

Selvityksen johdosta sosiaali- ja terveysministeriö kehotti 28.6.1995 päivämällään kirjeellä lääninhallituksia alueellaan seuraamaan, että apuvälineitä koskevaa lainsäädäntöä noudatetaan ja tarvittaessa ryhdytään ohjaus- ja valvontatoimenpiteisiin. Ministeriö totesi kirjeessään, että päätökset, joilla etukäteen suljetaan pois määrättyjä potilasryhmiä tai apuvälineitä tai tietyn hintarajan alittavia apuvälineitä apuvälinepalvelujen piiristä, ovat lainsäädännön tarkoituksen vastaisia. Lisäksi se totesi, että apuvälineet sekä niiden sovitukset, tarpeellinen uusiminen ja huolto ovat lain mukaan asiakkaalle maksuttomia.

4.2

Selvitys apuvälineiden saatavuudesta vuonna 2000

Maaliskuussa 2001 valmistui sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskuksessa Outi Töytärin tekemä selvitys "Apuvälineiden saatavuus vuonna 2000, Selvitys apuvälineiden luovutuskäytännöistä, resursseista ja yhteistyöstä terveyskeskuksissa ja keskussairaaloissa" (9/2001 Stakes). Selvityksessä tarkasteltiin terveyskeskusten ja keskussairaaloiden lääkinnällisen kuntoutuksen apuvälineiden saatavuutta, verrattiin tilannetta vuonna 1994 sosiaali- ja terveysministeriön tekemän vastaavan selvityksen tuloksiin ja kartoitettiin apuvälinepalveluihin liittyviä ongelmia. Apuvälineiden saatavuutta arvioitiin apuvälineiden luovuttamiskäytäntöjen ja niihin liittyvien rajoitusten, alueellisten erojen, käytettyjen voimavarojen, päätöksenteon ja yhteistyön kannalta. Kysely lähetettiin kaikille terveyskeskusten johtaville lääkäreille ja keskussairaaloiden kuntoutuslääkäreille.

Apuvälineiden saatavuus lähes vuoden 1994 tilanteen kaltainen

Selvityksen mukaan apuvälineiden saatavuus oli lähes samanlainen kuin se oli vuonna 1994 tehdyn selvityksen mukaan. Terveyskeskukset ja keskussairaalat käyttivät kuten vertailuvuonnakin useita erilaisia kriteereitä apuvälineiden luovuttamisen rajoittamiseksi. Halpojen apuvälineiden hankkimisen rajoitukset olivat vähentyneet jonkin verran, samoin yksittäisten apuvälineiden ylintä hintarajaa käytettiin aikaisempaa vähemmän keskussairaaloissa, mutta terveyskeskuksissa aikaisempaa enemmän. Keskussairaalat olivat lisänneet asiakkailta apuvälineistä perittävien lainamaksujen käyttöä, mutta niiden yleisyys oli edelleen vähäistä.

Apuvälineiden luovuttamisen rajoittaminen erilaisilla kriteereillä

Vastausten perusteella terveyskeskusten ja keskussairaaloiden apuvälineiden luovuttamiskäytännöt vaihtelivat hyvin paljon. Terveyskeskuksista 68 % ja keskussairaaloista 83 % ilmoitti rajoittaneensa apuvälineiden luovuttamista jollakin perusteella. Yli kolmannes terveyskeskuksista ja keskussairaaloista oli rajoittanut joko halpojen apuvälineiden luovuttamista tai listannut apuvälineitä, joita ei annettu. Noin puolet terveyskeskuksista ja kolme neljästä keskussairaaloista oli rajoittanut luovutettavien apuvälineiden uusimista tai ne olivat käyttäneet apuvälineiden luovutuksessa määrärajoituksia. Joka neljäs

terveys keskus ja joka toinen keskussairaala oli asettanut ylähintarajoja yksittäisille apuvälineille. Noin joka viides vastaajataho oli tiukentanut apuvälineiden luovuttamista potilaan diagnoosin, va mmän asteen tai iän suhteen.

Vastaajat arvioivat puheen, kuulon ja näön apuvälineiden saatavuuden heikentyneen eniten verrattuna vuoteen 1994. Näiden palvelujen saatavuutta haittasi riittävän asiantuntevan henkilökunnan puute etenkin tietokonepohjaisten apuvälineiden käytön ohjauksessa. Saatavuutta heikensi myös osittain lainattavissa olevien apuvälineiden riittämätön määrä.

Selvityksen mukaan terveyskeskusten apuvälineasiakkaista suurin osa oli 65-vuotiaita ja sitä vanhempia ja erityisesti 75-vuotiaiden ja sitä vanhempien määrä oli kasvussa. Monet terveyskeskukset olivat kuitenkin rajanneet useat vanhusten tarvitsemista apuvälineistä pitkäaikaislainauksen ulkopuolelle ja edellyttivät, että apuvälineen tarvitsijat hankkivat nämä apuvälineet itse. Lisäksi joihinkin iäkkäiden yleisesti tarvitsemiin palveluihin, esim. kuulokojeeseen sovitukseen, oli pitkät jonot. Kolmessa keskus sairaalassa kuulokojeiden sovitukseen oli kahden vuoden jono. Vanhusten apuvälineiden saatavuutta oli rajoitettu myös tiukentamalla luovutuskriteerejä asiakkaan diagnoosin ja iän suhteen. Ikää pidettiin kriteerinä esimerkiksi niin, että jos henkilö ei tarvinnut sisällä liikkumiseen apuvälineitä, niitä ei myöskään hankittu ulko käyttöön tai ulko käyttöön hankittiin liikkumisen apuvälineitä vain, jos niitä käytettiin kauppamatkojen tekemiseen, ei muuten.

Suurin osa apuvälineiden luovuttamiskriteereistä oli kirjattu, mutta käytössä oli myös yhteisesti sovittuja käytäntöjä tai totuttuja tapoja, joita ei ollut kirjattu. Tällaisia kirjoittamattomia sääntöjä oli vajaalla puolella terveyskeskuksista ja noin kolmanneksella keskussairaaloista. Näistä kolmella neljästä oli kirjoittamaton lista apuvälineistä, joita ei luovutettu.

Yhteistyö perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä

Yli puolet terveyskeskuksista ilmoitti, että niillä oli joitain apuvälinepalvelujen tuottamiseen liittyviä ongelmia keskussairaalan kanssa. Joka toinen nimensi suurimmaksi ongelmaksi työn jaon ja hoitovastuun epäselvyydet. Keskussairaaloista kolmannes koki työn jaon epäselvyydet ja yhteisten pelisääntöjen puuttumisen ongelmalliseksi asiaksi yhteistyössä terveyskeskusten kanssa. Yhteisten pelisääntöjen puuttuminen aiheutti vastuun siirtämistä toisille tahoille - asiakkaita lähetettiin paikasta toiseen säästämisen toivossa.

Apuvälineiden luovuttamiskäytäntöjen alueelliset erot

Apuvälineiden luovuttamiskriteerit vaihtelivat kunnittain. Jopa saman sairaalan eri yksiköiden käytännöissä oli eroja.

Eri alueista Etelä-Suomen läänin terveyskeskukset ja keskussairaalat olivat rajoittaneet apuvälineiden luovuttamista muita enemmän. Itä-Suomen läänin terveyskeskukset olivat rajoittaneet halpojen apuvälineiden luovuttamista ja Oulun läänin terveyskeskukset olivat tiukentaneet apuvälineiden luovuttamista apuvälineiden saajan diagnoosin, toimintakyvyn tai iän suhteen enemmän

kuin muut. Lapin läänin terveyskeskuksissa perittiin asiakkailta maksuja apuvälineiden käytöstä muita useammin. Länsi-Suomen läänin terveyskeskusten vastaukset noudattelivat pitkälti koko Suomen keskimääräisiä vastauksia. Lapin ja Oulun läänin keskussairaalat rajoittivat kaikkein vähiten apuvälineiden luovuttamista. Yhtenäisimmin keskussairaalat olivat rajoittaneet apuvälineiden luovuttamista käyttämällä yksittäisten apuvälineiden osalta ylintä hintarajaa ja käyttämällä apuvälineiden uusimisrajoituksia.

Asiakasmaksut ja apuvälineiden käyttökustannukset

Muutama terveyskeskus ja keskussairaala perivät apuvälineistä maksuja, kuten omavastuuosaa tai lainamaksua. Noin puolella terveyskeskuksista ja kolmessa neljästä keskussairaalasista asiakkaat joutuivat itse kustantamaan apuvälineidensä käyttöön, huoltoon tai kuljetuksiin liittyviä kustannuksia.

Apuvälineiden määrärahat

Vaikka apuvälineiden hinnat olivat nousseet ja apuvälineiden tarvitsijoiden määrä oli kasvanut, apuvälineiden hankintaan käytetyt määrärahat olivat vuonna 1999 vuoden 1992 tasolla. Keskimääräinen yhteenlaskettu kustannus asukasta kohden oli noin 37 markkaa sekä vuonna 1992 että vuonna 1999. Noin kolmannes terveyskeskusten ja keskussairaaloiden vastaajista arvioi, että vuodeksi 2000 budjetoidut rahat eivät olleet riittäviä apuvälineiden tarpeeseen nähden.

Apuvälineen käsite

Lääkinnällisen kuntoutuksen apuväline koettiin käytännössä vaikeasti määriteltäväksi, erityisesti selviteltäessä erilaisia rajatapauksia. Rajanveto apuvälineen ja tavallisen, jokaisen itsensä hankittavaksi kuuluvan välineen tai laitteen välillä oli ongelmallista. Myös rajanveto lääkitsevän kuntoutuksen ja vammaispalvelulain nojalla hankittavien apuvälineiden välillä koettiin joissakin tapauksissa hankalaksi.

Valtakunnalliset ohjeet

Suurin osa vastaajista (terveyskeskukset 68 %, keskussairaalat 87 %) toivoi valtakunnallisia ohjeita apuvälineiden luovuttamiskriteereiden ja apuvälinepalvelujen rajausten yhdenmukaistamiseksi sekä apuväline käsitteen selkeyttämiseksi. Kriteereitä toivottiin siitä, mitä ja minkä hintaisia apuvälineitä asiakkaan tulisi hankkia itse, kuinka usein eri apuvälineitä tulisi uusia ja mikä yksittäisten apuvälineiden hinnan ylärajan tulisi olla (esimerkkinä peruukit). Yhteisesti sovittuna haluttaisiin tietoa myös siitä, miten apuvälineiden käyttöön liittyvät kulut tulisi korvata (esimerkkinä pyörätuolin renkaiden uusiminen). Myös luettelo niistä välineistä, jotka tulisi aina luovuttaa tai jotka liittyvät vamman eri asteisiin, koettiin hyödylliseksi. Vastaajat arvioivat valtakunnallisten ohjeiden yhtenäistävän apuvälinepalvelua ja lisäävän asiakkaiden keskinäistä tasa-arvoa.

Lääninhallitusten antamat selvitykset ja sosiaali- ja terveysministeriön lausunto

4.3.1

Lääninhallitusten antamat selvitykset

Etelä -Suomen lääninhallitus

Etelä -Suomen lääninhallitus oli lähettänyt selvityspyynnön kolmeen alueyksikköönensä, Hämeenlinnaan, Helsinkiin ja Kouvolaan. Alueyksiköistä saamiensa selvitysten perusteella lääninhallitus totesi seuraavaa.

Etelä -Karjalan alueen kunnissa ei ollut rajoitettu näkövammaisille annettavien apuvälineiden saatavuutta esim. tiettyjä omavastuuosuuksia asettamalla. Lääkinnällisen kuntoutuksen apuvälineet myönnettiin lääketieteellisiin perusteisiin. Sairaanhoidopiiri ja alueen terveyskeskukset olivat sopineet hoidon porrastusperiaatteista, joiden mukaan keskussairaala vastasi pääsääntöisesti näkövammoihin liittyvistä apuvälineistä. Terveyskeskukset vastasivat näkövammaisten valkoisista kepeistä, c-kasettisoittimista, kirjoituskoneista ja kelanauhureista. Yli 15 000 markkaa maksavat apuvälineet järjestettiin keskussairaalaan. Eräissä terveyskeskuksissa ei ollut myönnetty valkoista keppiä näkövammaisille. Tilanne on lääninhallituksen ilmoituksen mukaan nyttemmin korjattu.

Niin ikään Kanta -Hämeen sairaanhoidopiirin terveydenhuollon työnjaon mukaan näkövammaisten lääkinällisestä kuntoutuksesta vastasi ensisijaisesti erikoissairaanhoido. Apuvälineiden myöntäminen edellytti lääkinällistä perustetta. Alueella ei ollut asetettu hintarajoituksia apuvälineiden luovuttamiselle.

Kymenlaakson alueellakin hoito oli porrastettu sairaanhoidopiirien ja terveyskeskusten välillä siten, että sairaanhoidopiiri vastasi yli 15 000 markkaa maksavista ja harvinaisista apuvälineistä sekä hoitovastuullaan olevien potilaiden apuvälineistä. Apuvälineen myöntäminen edellytti lääketieteellisiä perusteita yksilöllisine harkintoineen. Kymenlaakson sairaanhoidopiirissä apuvälinepalveluista annetun suosituksen mukaan lääkinällisen kuntoutuksen apuvälineiksi ei tulkittu kotien ta vanomaiseen varustukseen kuuluvia, lähialueen kaupoista saatavia välineitä. Eräissä terveyskeskuksessa katsottiin, että kasettinauhuri ja isonäppäinpuhelin olivat kodin normaaliin varustukseen kuuluvia välineitä, joita ei välttämättä ollut tarpeen aina järjestää lääkinällisenä kuntoutuksena.

Päijät -Hämeen alueella näkövammaisten apuvälinepalvelut ja muu lääkinällinen kuntoutus oli järjestetty osana lääkinällisen kuntoutuksen palveluja. Näkövammaisten apuvälineiden ja kuntoutuksen saatavuus oli ollut hyvä sairaanhoidopiirin alueella. Mitään potilasryhmiä ei ollut suljettu kuntoutuksen tai apuvälineiden ulkopuolelle.

Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoidopiirin alueella ongelmana olivat olleet yleiset erikoissairaanhoidon rahoitusongelmat ja mm. se, että kuntoutustoiminnan rahoitusta ei ollut aikaisemmin eriytetty erikois-

sairaanhoidon budjetissa. Hoidon porrastuksen mukaisesti terveyskeskukset myönsivät kevyemmät apuvälineet. Helsingin yliopistollisen keskussairaalan silmätautien klinikassa kuntoutuspalveluita oli jouduttu viime vuosina säästösyistä rajoittamaan samoin kuin muitakin erikoissairaanhoidon palveluita. Mm. yksinkertaiset ja halvat suurennuslasit oli suositeltu hankittavaksi kunnasta tai kuntoutuksen itsensä ostamina.

Lääninhallitus toi selvityksessään esille lääkinnällisen kuntoutuksen apuvälineen käsitteen ongelmallisuuden. Lääninhallitus totesi, että lääkinnällisen kuntoutuksen apuvälineen ja ns. tavallisen kodin käyttölaitteen välinen rajanveto ei ole aina yksiselitteinen.

Lääninhallitus totesi, että sosiaali- ja terveysministeriön 28.6.1995 päiväämän kirjeen saapumisen jälkeen Uudenmaan, Hämeen ja Kymen lääninhallitukset olivat lähettäneet kirjeen tiedoksi ja noudatettavaksi alueensa terveyskeskuksille ja sairaanhoitopiireille. Lisäksi sairaanhoitopiirikohtaisissa Etelä-Karjalan, Kanta-Hämeen, Kymenlaakson, Päijät-Hämeen, Helsingin yliopistollisen keskussairaalan, Helsingin ja Uudenmaan kuntoutuksen asiakaspalvelun yhteistyötoimikunnissa lääninhallituksen edustajat ovat ottaneet asian säännöllisin väliajoin esille.

Lääninhallitus totesi lähettäneensä marraskuussa 2000 alueensa terveyskeskuksille ja sairaaloille muistutuskirjeen sosiaali- ja terveysministeriön kannanotosta vuodelta 1995. Kirje lähetettiin, koska lääninhallitukseen oli tullut mm. kuntoutuksen neuvottelukunnista tietoa siitä, että joissakin terveydenhuollon toimintayksiköissä oli alettu pohtia tie tyille lääkinnällisen kuntoutuksen apuvälineille tiettyjä hintarajoja, jota halvempia apuvälineitä ei annettaisi julkisesta terveydenhuollosta.

Näkövammaisten apuvälineiden saatavuutta Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirissä koskevaan kanteluun helmikuussa 2000 antamassaan vastauksessa lääninhallitus totesi apuvälineen saamisen lähtökohtana olevan lääketieteellisesti todettu tarve. Lääninhallitus katsoi, että näkövammaisten apuvälineiden hankintaan tarvittavaa määrärahaa tulee pyrkiä kasvattamaan, koska apuvälineiden tarve tulee kasvamaan Uudenmaan alueen väestön lisääntyessä.

Lääninhallitus ilmoitti sen asettaman Etelä-Suomen vammaispoliittisen työryhmän seuraavan jatkuvasti apuvälinepalvelujen tilannetta ja puuttuneen yksittäistapauksiinkin.

Länsi-Suomen lääninhallitus

Länsi-Suomen lääninhallitus oli käyttänyt selvityksensä antamisessa Stakesin kesäkuussa 2000 tekemän apuvälineitä koskevan kyselyn alustavia tietoja.

Näiden tietojen mukaan näkövammaisten apuvälineiden saatavuus toteutui läänin terveyskeskuksista 67 %:ssa hyvin tai melko hyvin. Jonkin verran puutteita tai selviä puutteita oli 19 %:ssa terveyskeskuksista. Keski-Suomen alueella suurin osa terveyskeskuksista ja Keski-Suomen keskus sairaala arvioivat näkövammaisten apuvälineiden saatavuuden olevan alueellaan

melko hyvä. Pirkanmaan alueen terveyskeskuksissa apuvälineiden saatavuus toteutui hyvin tai melko hyvin 64 %:ssa terveyskeskuksista. Jonkin verran puutteita esiintyi neljässä terveyskeskuksessa ja selviä puutteita yhdessä. Turun ja Vaasan alueen keskussairaalat arvioivat näkövammaisten apuvälineiden saatavuuden toteutuvan hyvin alueellaan.

Lääkinnällisen kuntoutuksen apuvälinepalveluiden tuottaminen erikois-sairaanhoidossa ja perusterveydenhuollossa perustui hoidon porrastukseen ja erityisasiantuntemukseen. Keskussairaala tai yliopistollinen sairaala vastasi sellaisten erityistä asiantuntemusta vaativien ja huomattavan kalliiden apuvälineiden hankinnasta, kuten sähköiset liikkumisvälineet, ympäristönhallintalaitteet, kommunikaatioapuvälineet ja muut sairaalassa ja sairaanhoitoon määrättyt näkövammaisten apuvälineet.

Valkoinen keppi luovutettiin 83 %:ssa läänin terveyskeskuksista. Alueella oli vain yksittäisiä terveyskeskuksia, jotka eivät luovuttaneet valkoista keppiä. Kasettinauhuri näkövammaisten kommunikointia ja tiedonsaantia varten luovutettiin aina tai useimmiten 74 %:ssa Länsi-Suomen terveyskeskuksista. Näin oli asiantila myös suurimmassa osassa Keski-Suomen alueen sekä Turun ja Vaasan alueen terveyskeskuksissa. Kasettinauhuri luovutettiin alle puolessa Pirkanmaan terveyskeskuksista.

Suurin osa läänin terveyskeskuksista ja yksikään keskussairaala ei perinyt potilaalta apuvälineistä maksua. Terveyskeskuksista 6 % peri maksun, joka ei kuitenkaan näyttänyt liittyvän näkövammaisten apuvälineisiin. Yli puolessa läänin terveyskeskuksista potilas ei joutunut maksamaan apuvälineiden käyttöön, huoltoon, kuljetuksiin eikä varaosiin liittyviä kustannuksia. Keski-Suomen keskussairaalassa potilas joutui osallistumaan kustannuksiin esim. lukutelevision ollessa kyseessä. Pirkanmaan terveyskeskuksissa potilas osallistui lähinnä apuvälineen kuljetuksiin liittyviin kustannuksiin. Läänin yliopistollisissa sairaaloissa ja keskussairaaloissa potilas osallistui lähinnä suurennuslasien polttimoista ja paristoista aiheutuneisiin kustannuksiin sekä silmälasien korjauksiin.

Läänin terveyskeskuksista 75 %:ssa ei ollut listattu apuvälineitä, joita ei luovutettu pitkäaikaiskäyttöön. Kahdessa terveyskeskuksessa, jossa oli tällainen lista, siihen kuuluivat näkövammaisten apuvälineistä silmälasien kehykset. Tampereen yliopistollisen sairaalan listassa olivat yksinkertaiset suurennuslasit, kodin varusteet (esim. pöytä) ja pienet päivittäisissä toiminnoissa tarvittavat välineet.

Läänin terveyskeskuksista 12 %:ssa oli asetettu apuvälineiden luovuttamiselle omavastuu eli hintaraja, jota halvempia apuvälineitä ei luovutettu. Omavastuun keskiarvo oli 314 markkaa. Läänin keskussairaaloissa tai yliopistollisissa sairaaloissa ei ollut erityisiä hintarajoja halvoille apuvälineille. Neljässä viidesosasta läänin terveyskeskuksista ei ollut asetettu kalliille apuvälineille hankkimisrajoituksia. Apuvälinekohtaisia uusimisrajoituksia oli puolessa läänin terveyskeskuksista ja viidessä keskussairaalassa tai yliopistollisessa sairaalassa.

Läänin terveystieteiden keskuksista 64 %:ssa ei ollut apuvälineiden luovuttamiskriteereistä ns. kirjoittamattomia sääntöjä, jotka olisivat johtaneet esim. tiukempiin kriteereihin.

Vajaa viidennes läänin terveystieteiden keskuksista koki apuvälineiden määrärahat riittävinä tarpeisiin nähden. Noin puolet terveystieteiden keskuksista katsoi määrärahojen riittävän melko hyvin joskin vajausta ilmeten. Vajaa kolmannes koki selvää vajausta apuvälineiden määrärahoissa.

Lääninhallitus totesi seuraavansa apuvälineiden saatavuutta alueellaan yhteistyössä sairaanhoitopiirien ja terveystieteiden keskuksien kanssa, osallistumalla alueellisiin koulutuksiin ja seuraamalla paikallisia kehittämishankkeita apuväline-toiminnassa. Läänin alueella ei ole tehty näkövammaisten apuvälineiden järjestämistä ja saatavuutta koskevia kanteluita, jotka olisivat johtaneet toimenpiteisiin.

Itä-Suomen lääninhallitus

Itä-Suomen lääninhallitus oli lähettänyt selvityspyynnön alueensa terveystieteiden keskuksille ja sairaanhoitopiireille.

Lääninhallitus totesi saamansa selvityksen perusteella toimintakäytäntöjen olleen valtaosassa kuntia asianmukaiset. Joissakin kunnissa oli määritelty lääkinällisen kuntoutuksen korvauksiin alarajakustannuksia ja joissakin kunnissa oli vielä listauksia luovutettavista apuvälineistä. Lääninhallitus totesi tulevaisuuden ohjaamaan kyseisiä kuntia muuttamaan toimintakäytäntönsä asianmukaiseksi. Näkövammaisten kalliiden apuvälineiden hankinta ja kuntoutusohjauksen sekä sopeutumisvalmennuksen järjestäminen kuuluivat hoidon porrastuksen mukaisesti pääosin erikoissairaanhoidolle.

Lääninhallituksen käsityksen mukaan kuntien lääkinällisen kuntoutuksen apuvälinekäytännöt oli viety kriteereiltään useimmissa kunnissa varsin tiukalle. Kuntien välillä tuntui lääninhallituksen mukaan olleen selviä toimintakäytäntöjen eroja.

Apuvälinepalvelujen alueellinen ohjaus ja valvonta oli lääninhallituksessa toteutettu käytännössä lääninhallituksen normaalina toimintana osana muuta ohjaus- ja valvontatehtävää. Kuntien ja terveydenhuollon yksiköiden apuvälinekäytäntöjä oli tarkasteltu kuntakäynneillä ja eri työkokouksissa. Lääkinällisen kuntoutuksen käytäntöjä oli selvitetty alueellisesti Pohjois-Savon sairaanhoitopiirin kuntoutuksen asiakaspalvelun yhteistyötoimikunnassa. Tavoitteena on ollut kehittää lääkinällisen kuntoutuksen minimitaso kriteerejä. Lääninhallitus järjesti toukokuussa 2000 alueellisen seminaaripäivän Kuopiossa kyseiseen aihealueeseen liittyen.

Lääninhallitus oli käsitellyt vuosina 1997 - 2000 yhteensä seitsemän kantelua, joista suurin osa liittyi kuntien ja sairaaloiden apuvälinekäytäntöihin. Yksi kantelu johti kunnan toimintakäytännön muuttamiseen. Kyseessä oli kantelu, joka kohdistui kaupungin sosiaali- ja terveyslautakunnan lääkinällisen kuntoutuksen apuvälineiden listausta koskevaan päätökseen.

Oulun lääninhallitus

Oulun lääninhallitus oli käyttänyt selvityksensä antamisessa Stakesin tekemän apuvälineitä koskevan kyselyn alustavia tietoja. Lisäksi se oli pyytänyt alueensa sairaanhoitopiireiltä selvityksen.

Apuvälineselvityksen ennakkotietojen mukaan läänin kunnista 15 kuntaa arvioi apuvälineiden saatavuuden hyväksi, 15 kuntaa melko hyväksi, kaksi kuntaa ilmoitti olevan jonkin verran puutteita ja selviä puutteita ilmoitettiin olevan yhdessä kunnassa. Yksi kunta ei ollut osannut ilmaista tilannetta lainkaan.

Näkövammaisten liikkumista varten luovutettiin valkoinen keppi aina 29 kunnassa ja neljässä kunnassa useimmiten. Läänin 52 kunnasta 19 ei ollut vastannut tähän kysymykseen.

Läänin kunnissa ei ollut suoritettua tiedustelun mukaan suljettu pois mitään potilas- tai vammaisryhmää apuvälineiden saatavuudesta. Sen sijaan apuvälineiden hankkimisrajoituksia oli kahdessa kunnassa ja uusimiseen oli asettanut rajoituksia 13 kuntaa. Apuvälineiden luovuttamiskriteereitä koskevia sääntöjä ja tulkintoja ilmoitettiin olevan 17 kunnassa. Apuvälineisiin käytettävien määrärahojen riittävyyteen oli vastannut 34 kuntaa, joista 11 kuntaa ilmoitti, etteivät määrärahat riittäneet ja että niissä oli selvä vajaus tarpeeseen nähden.

Apuvälineiden ohjausta ja valvontaa lääninhallitus oli toteuttanut normaaliin virkatyöhön kuuluvana toimintana. Kuntakäyntien yhteydessä asia oli otettu esille keskusteluissa. Jos lääninhallitukseen oli tullut näkövammaisen apuvälineen saatavuutta koskeva yhteydenotto, asiassa oli otettu yhteyttä kunnan apuvälinetoiminnasta vastaavaan viranhaltijaan ja asia oli selvitetty kunkin yksittäistapauksen edellyttämillä tavalla. Apuvälineitä koskevia kanteluja ei ollut tullut lääninhallitukseen viimeisten kolmen vuoden aikana.

Lääninhallitus oli pyytänyt selvityksen alueensa sairaanhoitopiireiltä. Sekä Kainuun sairaanhoito- ja erityishuoltopiirin kuntayhtymässä että Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirissä oli sovittu apuvälineiden luovuttamista koskevasta työnjaosta keskussairaaloiden ja terveyskeskusten kesken. Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin antaman selvityksen mukaan sairaanhoitopiirissä ei ole laadittu listoja, joiden mukaan joitakin apuvälineitä ei myönnettäisi potilaalle, eikä ole rajattu potilasryhmiä palvelujen ulkopuolelle. Silmälasien sangoista sairaanhoitopiiri maksaa 350 markkaa. Silmälasien korjaamisesta vastaa käyttäjä samoin kuin esim. lamppujen polttimoiden uusimisesta. Tietokoneen lainaamisperusteena ovat kommunikoinnin ongelmat. Tarve tarkastellaan aina yksilökohtaisesti.

Lapin lääninhallitus

Lapin lääninhallitus oli käyttänyt selvityksensä antamisessa Stakesin tekemän apuvälineitä koskevan kyselyn alustavia tietoja. Se oli myös pyytänyt Lapin näkövammaiset ry:ltä lausuntoa asiasta. Niin ikään läänin vammaistyöryhmä oli käsitellyt asian.

Apuvälineselvityksen ennakkotietojen mukaan Lapin terveyskeskukset arvioivat yleensä vammaisten apuvälineiden saatavuuden hyväksi tai melko hyväksi. Liikkumisvälineiden ja päivittäisten apuvälineiden saatavuus oli paras (100 %) ja heikoin oli puhevammaisten apuvälineiden saatavuus (44 %). Näkövammaisten apuvälineiden saatavuus toteutui 71 %:lle asiakkaista hyvin tai melko hyvin.

Yhdelläkään vastanneella kunnalla ei ollut luetteloja apuvälineistä, joita ei anneta pitkäaikaiskäyttöön. Kolmessa kunnassa oli asetettu omavastuu halvoille, alle 200 markan hintaisille apuvälineille ja kahdessa kunnassa oli korvauskatto kalliille välineille. Vuoteen 1998 verrattuna ilmoitettiin toimintakäytäntöjä kiristetyin kahdessa kunnassa ja yhdeksän kuntaa ilmoitti noudattavansa kirjoittamattomia apuvälineiden luovutussääntöjä. Lähes kolmannes kunnista arvioi, että kunnan apuvälinemäärärahoissa oli selvä vaje tarpeeseen nähden.

Sairaanhoitopiirit arvioivat apuvälinesaatavuuden vastaavan yleensä eri asiakasryhmien tarpeeseen melko hyvin tai hyvin, näkövammaisten kohdalla hyvin. Puutteita oli monivammaisten ja puhevammaisten kalliiden apuvälineiden saatavuudessa. Lääninhallituksen ilmoituksen mukaan sairaanhoitopiirit eivät olleet asettaneet apuvälineille hankin tarajoituksia tai asiakkaiden omavastuita halvoille apuvälineille. Lääninhallitus totesi selvityksessään, että "Sairaanhoitopiireillä ei ole heidän ilmoituksensa mukaan (tai sitten on) potilasryhmäkohtaisia päätöksiä palvelujen rajaamisesta. Myöskään omavastuita ei apuvälineille ole asetettu (tai sitten on)."

Lapin Näkövammaiset ry:n lausunnon mukaan joissakin terve yskeskuksissa halvoille apuvälineille oli asetettu omavastuita ja panttimaksuja. Myös mm. kuuntelulaitteiden saatavuudessa ja asiakasmaksujen perimisessä nähtiin puutteita. Länsi-Pohjan sairaanhoitopiiri oli asettanut rajoituksia ikääntyneiden lukutelevisioiden hankintaan. Erityisperusteluina vaadittiin mm. luottamustoimia esimerkiksi näkövammaisyhdistyksessä tai harrastuksia, joissa lukutelevisio oli välttämätön. Sekä Länsi-Pohjan että Lapin sairaanhoitopiirit myönsivät vain atk-laitteiden lisälaitteet.

Lääninhallitus oli seurannut, ohjannut, valvonut ja edistänyt näkövammaisten apuvälineiden ja kuntoutuksen toteutumista osana muuta vammaispalvelua sekä lääkinällistä kuntoutusta lääninhallitukselta edellytetyt muut tarpeet ja voimavarat huomioiden. Ohjauskeinoina olivat erilaisten koulutustilaisuuksien järjestäminen, osallistuminen järjestöjen koulutustilaisuuksiin ja kuntien päätöksentekoon vaikuttaminen kantelujen ja tiedustelujen kautta. Lääninhallitus koki voimavarat riittävään valvontaan vähäiseksi.

Lääninhallituksen käsityksen mukaan kuntien säästötoimet vaarantavat lääkinällisen kuntoutuksen palvelujen toteutumista.

Läänin vammaistyöryhmän kautta ja vammaisjärjestöjen verkottumista edistämällä pyritään vaikuttamaan vammaisten asioiden esille tuomiseen ja tiedon saamiseen ohjaustoiminnan edelleen parantamiseksi.

4.3.2

Sosiaali- ja terveysministeriön lausunto

Sosiaali- ja terveysministeriö totesi lääninhallitusten antamien selvitysten ja Stakesin tekemän selvityksen perusteella, että apuvälineiden luovuttamista koskevat edellytykset eivät olleet kaikissa tapauksissa täysin selviä.

Ministeriö totesi muun ohella tulevansa kiinnittämään lääninhallitusten huomiota siihen, että apuvälineitoimintoja toteutetaan asianmukaisesti. Ministeriö totesi edelleen, että se on käynnistänyt Stakesin tekemän selvityksen pohjalta yhdessä Suomen Kuntaliiton ja eri sidosryhmien kanssa apuvälinepalvelujen laatusuosituksen valmistelutyön syksyllä 2001. Tavoitteena on yhdenmukaistaa menettelytapoja siten, että apuvälinepalvelut ovat tasapuolisia eri kunnissa asuville ja eri käyttäjäryhmille. Laatusuositus perustuu valtioneuvoston hyväksymään sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelmaan vuosille 2000-2003. Ministeriöstä saadun tiedon mukaan laatusuositus on tarkoitus antaa kunnille kesällä 2003.

Ministeriön ilmoituksen mukaan apuvälinepalveluihin liittyvät ongelmat ja apuvälinepalvelujen laatusuosituksen valmistelu olivat aiheena myös lääninhallitusten terveydenhuollon tarkastajien neuvottelupäivillä keväällä 2002. Jatkotoimenpiteinä laatusuositusta tullaan tarkastelemaan myös lääninhallitusten järjestämissä koulutuksissa vuonna 2003.

5 ARVIOINTIA

5.1 Oikeusohjeet

Asiaan liittyvät oikeusohjeet ilmenevät päätöksen liitteestä.

5.2 Oikeus lääkinnällisen kuntoutuksen palveluihin

5.2.1 Lähtökohtana yksilöllinen lääkinnällisen kuntoutuksen tarve

Lääkinnällinen kuntoutus on osa kansanterveyslaissa ja erikoissairaanhoitolaissa tarkoitettua sairaanhoitoa. Potilaan lääkinnällisen kuntoutuksen tarve tulee arvioida hänen yksilöllisen tarpeensa mukaisesti. Potilaan terveydentilan edellyttämän lääkinnällisen kuntoutuksen tarpeen arvioinnin on perustuttava lääketieteellisesti hyväksyttäviin kriteereihin. Tarveperiaate käy ilmi lainsäädännöstä. Potilaan asemasta ja oikeuksista annetun lain (jälj. potilaslaki) mukaan potilaalla on oikeus ilman syrjintää hänen *terveydentilansa edellyttämään* terveyden- ja sairaanhoitoon (potilaslain 3 §).

Tarveperiaate ilmenee selkeästi myös lääkinnällistä kuntoutusta koskevista erityissäännöksistä. Lääkinnällisestä kuntoutuksesta annetun asetuksen (jälj. kuntoutusasetus) 3 §:n 1 momentin mukaan lääkinnällisellä kuntoutuksella pyritään parantamaan ja ylläpitämään kuntoutujan fyysisistä, psyykkistä ja

sosiaalista toimintakykyä sekä edistämään ja tukemaan hänen elämäntilanteensa hallintaa ja hänen itsenäistä suoriutumistaan päivittäisissä toiminnoissa. Kuntoutusasetuksen 4 §:n 1 momentin mukaan lääkinnälliseen kuntoutukseen kuuluvia apuvälineitä ovat lääkinnällisin perustein todetun toimintavajavuuden korjaamiseen tarkoitetut välineet, laitteet tai vastaavat, joita vajaakuntoinen henkilö tarvitsee selviytyäkseen päivittäisissä toiminnoissaan. Apuvälineisiin luetaan myös kuntoutuksessa tarvittavat hoito- ja harjoitusvälineet. Apuvälinepalveluihin kuuluvat apuvälineiden tarpeen määrittely, välineiden sovitus, luovutus omaksi tai käytettäväksi, käytön opetus ja seuranta sekä välineiden huolto (kuntoutusasetuksen 3 §:n 2 momentin 4 kohta).

Näkemyks yksilöllisestä lääkinnällisen kuntoutuksen tarpeen arvioinnista kuntoutuspalvelujen saannin lähtökohtana ilmenee myös korkeimman hallinto-oikeuden viimeaikaisesta ratkaisukäytännöstä. Vuosikirja ratkaisussaan 2002:43 korkein hallinto-oikeus katsoi, ettei kunta voinut evätä fysioterapiapalvelun saamista pelkästään sillä perusteella, että henkilö kuului tiettyyn ikäryhmään, kun hänellä oli sairautensa johdosta kunnan toimivaltaisen terveyskeskuksen lääkärin toteama fysioterapiapalvelun tarve. Kunta oli rikkonut perustuslain 6 §:stä ja potilaslain 3 §:stä ilmenevää syrjintäkieltoa.

Potilasta on hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan. Potilaan yksilölliset tarpeet on mahdollisuuksien mukaan otettava huomioon hänen hoidossaan. Potilaalla on oikeus ilman syrjintää laadultaan hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon (potilaslain 6 §:n 1 momentti, potilaslain 3 §).

Kansanterveyslain ja erikoissairaanhoitolain mukaan lääkäri tekee potilaan hoitoa koskevat päätökset (kansanterveyslain 17 § ja erikoissairaanhoitolain 31-33 §). Terveydenhuollon ammattihenkilöistä annetun lain 22 §:n mukaan laillistettu lääkäri päättää potilaan lääketieteellisestä tutkimuksesta, taudinmäärittämisestä ja siihen liittyvästä hoidosta. Lääkärin tekemään hoitopäätökseen ei saa hakea valittamalla muutosta.

5.2.2

Lääkinnällisen kuntoutuksen palvelujen odottaminen

Jos potilaalle ei voida heti antaa hoitoa, hänet on terveydentilasta riippuen joko ohjattava odottamaan hoitoon pääsyä tai ohjattava taikka toimitettava hoitoon muualle, jossa hoitoa voidaan antaa. Jos hän joutuu odottamaan hoitoon pääsyä, hänelle on ilmoitettava viivytyksen syy ja arvioitu kesto (potilaslain 4 §:n 1 momentti).

Ohjattaessa potilaita odottamaan hoitoon pääsyä on otettava huomioon perustuslain 6 §:ssä ja potilaslain 3 §:n 1 momentissa säädetty syrjinnän kieltö ja velvollisuus yksilöllisesti selvittää potilaan terveydentila ja hänen siitä johtuva palvelujen tarpeensa. Syrjinnän kieltö hoitoratkaisuissa on keskeisen tärkeä perusoikeuksien toteutumiseen liittyvä terveydenhuollon oikeudenmukaisuuskysymys. Mikään muu priorisointi ei ole käsitykseni mukaan yksittäisissä hoitoratkaisuissa perusoikeusajattelumme eikä

arvojemme mukaista kuin sairauteen, hoidon tarpeeseen ja hoidon vaikuttavuuteen kohdistuva.

Potilaan ohjaaminen odottamaan muun ohella lääkinnällisen kuntoutuksen palveluja on sinänsä lain mukaan sallittua, ellei potilas ole kiireellisen hoidon tarpeessa. Se, että potilas joutuu odottamaan tarpeellista kuntoutusta kohtuuttoman pitkään, voi kuitenkin merkitä sitä, että kunta ei ole asianmukaisesti täyttänyt velvollisuuttaan terveystalouden järjestämiseen eivätkä oikeudet riittäviin terveystalouksiin tällöin toteudu lain tarkoittamalla tavalla.

Odotusajan kohtuullisuutta voidaan arvioida esimerkiksi niiden tavoitteiden valossa, joita on esitetty terveydenhuollon eri tavoiteohjelmissa, esim. Terveydenhuolto 2000 luvulle –projektissa, sosiaali- ja terveydenhuollon tavoiteohjelmassa 2000 - 2003, sekä nyttemmin valtioneuvoston terveydenhuollon turvaamiseksi 11.4.2002 tekemässä periaatepäätöksessä. Selvää käsitykseni mukaan on, että ihmisten perusoikeus riittäviin terveystalouksiin ei voi yleensä toteutua odotusaikojen ollessa kohtuuttoman pitkiä, jopa kahdenkin vuoden mittaisia, kuten kuulokojien sovituksissa on selvitysten mukaan asianlaita.

5.3

Velvollisuus järjestää lääkinnällisen kuntoutuksen palveluja

Potilaan oikeus saada kunnallisia terveystalouksia ja siis myös lääkinnällisen kuntoutuksen palveluja kytkeytyy kunnan lakisääteiseen velvollisuuteen järjestää näitä palveluja. Kunnan järjestämisvelvollisuuden sisältö ja laajuus määritellään pääasiassa kansanterveyslaissa ja erikoissairaanhoidolaissa.

Perustuslain 19 §:n 3 momentin mukaan julkisen vallan on turvattava, sen mukaan kuin lailla tarkemmin säädetään, jokaiselle riittävät terveystaloukset ja edistettävä väestön terveyttä. Koska terveystalouksien järjestäminen on säädetty kuntien tehtäväksi, ulottuvat perustuslain velvoitteet tältä osin kuntiin. Kuntien on siten huolehdittava, että palvelut vastaavat määrältään ja laadultaan lakien edellyttämää tasoa ja että ne ovat myös käytännössä yhdenvertaisesti ihmisten saatavilla.

Kunnan sosiaali- ja terveystalouksien järjestelmä muodostaa kokonaisuuden, josta kunta päättää itsenäisesti sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtiosuudesta annetun lain mukaisesti. Sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtiosuudesta annetun lain 3 §:n mukaan kunnan on osoitettava voimavaroja valtiosuuden perusteena olevaan sosiaali- ja terveydenhuoltoon.

Perustuslain 22 §:ssä julkiselle vallalle on säädetty velvollisuus turvata perusoikeuksien ja ihmisoikeuksien toteutuminen sekä perustuslain 19 §:ssä velvollisuus turvata riittävät terveystaloukset lailla säädetyn tavoin. Perustuslain lakisääteisten terveystalouksien turvaamisvelvoite tulee ottaa huomioon kunnissa talousarviopäätöksiä tehtäessä ja lakeja sovellettaessa. Kunnille säädetty vastuu terveystalouksien järjestämisestä edellyttää, että kunnassa selvitetään tarvittavien palvelujen sisältö ja laajuus. Talousarviosta

päättävät luottamusmiehet ja asiaa valmistelevat virkamiehet rikkovat käsitykseni mukaan näissä perustuslain säännöksissä julkiselle vallalle asetetut velvoitteet, jos ta lousarvio mitoitetaan tietoisesti tiedossa olevaa tarvetta vähäisemmäksi.

5.4

Lääkinnällisen kuntoutuksen järjestämistä koskevat toimintakäytännöt ja -ohjeet

Kunnallisten terveystalvelujen järjestämistä koskeva lainsäädäntö on ns. puitelainsäädäntöä, jossa kuntien velvollisuuksista ei yleensä säädetä täsmällisesti. Puitelainsäädäntö on käytännössä johtanut siihen, että palvelujen järjestämistavoissa ja sisällöissä on suuriakin eroja kuntien välillä. Kunnan järjestämistavastuulle kuuluvissa tehtävissä on nähdäkseni kysymys terve ydenhuollon perusturvaan kuuluvista palveluista, joiden saatavuus julkisen terveydenhuollon on turvattava. Luonnollisesti kunta voi, niin halutessaan, järjestää palveluita myös yli tämän velvoitteen.

Palveluja järjestäessään kuntien tulee päätöksenteossaan ottaa huomioon perustuslain yhdenvertaisuussäännös kuten muutkin perusoikeussäännökset. Vaikka kunnilla on kansanterveyslain ja erikoissairaanhoidon lain soveltamisessa ja toteuttamisessa harkintavaltaa, lainsäädännön hyväksymää erilaisuutta kuntien palveluvalikoimissa ja palvelujen järjestämistavoissa rajoittavat perustuslain yhdenvertaisuussäännökset.

Harkintavaltaa on perustuslain yhdenvertaisuussäännöksestä johtuen käytettävä niin, että kunnan asukkaat saavat ainakin terveydenhuollon perusturvaan kuuluvia palveluja yhtenäisten perusteiden mukaan. Näiden perusteiden tulee olla hyväksyttäviä, ennalta tiedossa ja kohdistua kaikkiin samalla tavoin.

Palvelujen järjestämistä koskevilla ohjeilla voidaan yhtenäistää soveltamiskäytäntöä ja niillä on siten tärkeä kuntalaisten yhdenvertaisuutta lisäävä merkitys. Tämän vuoksi ne ovat lähtökohdaisesti tarpeellisia ja perusteltuja. Korostan kuitenkin tässä yhteydessä, että ohjeet voivat olla vain lain ja asetuksen säännöksiä täydentäviä eikä niillä voida rajoittaa tai sulkea pois oikeutta laissa tai asetuksessa turvattuihin oikeuksiin. Siltä osin ohjeet eivät jätä tilaa palvelun tarvitsijan yksilöllisen tarpeen huomioon ottamiselle, ohjeet ovat ristiriidassa edellä todetun lainsäädännön kanssa.

Käsitykseni mukaan ohjeet, joilla etukäteen suljetaan esimerkiksi lääkinällisen kuntoutuksen palvelujen piiristä kaavamaisesti pois määrättyjä potilasryhmiä, kuten tietyn ikäisiä henkilöitä, tai apuvälineitä tai tietyn hintaisia apuvälineitä, ovat lainvastaisia. Myös sellaiset ohjeet ovat lainvastaisia, jotka mahdollistavat asiakasmaksujen perimisen apuvälineistä, niiden sovitu ksesta, tarpeellisesta uusimisesta ja huollosta.

6

JOHTOPÄÄTÖKSET

6.1

Yleiset havainnot

Lääninhallitusten minulle antamien selvitysten mukaan joidenkin lääninhallitusten alueilla ovat sairaanhoitopiirit ja terveyskeskukset ovat sopineet apuvälinepalveluja annettaessa noudatettavasta työnjaosta. Sekä kansanterveyslaissa että erikoissairaanhoitolaissa korostetaan toimivan työnjaon merkitystä perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä. Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon tulee muodostaa toiminnallinen kokonaisuus. Työnjako koskevissa ohjeissa korostettiin käsitykseni mukaan aivan oikein sitä, että apuvälineiden myöntäminen tapahtuu lääketieteellisin perustein ja on siis hoitopäätös, asiantuntijaratkaisu, joka tehdään yksilöllisen tarveharkinnan perusteella. Niin ikään ohjeissa korostettiin asianmukaisesti, että niistä voidaan poiketa yksittäistapauksissa.

Lääninhallitusten minulle antamista selvityksistä ja Stakesin tekemästä selvityksestä ilmenee toisaalta, että joissakin terveydenhuollon toimintayksiköissä peritään edelleenkin asiakasmaksuja apuvälineistä, niiden sovituksista, tarpeellisesta uusimisesta ja huollosta. Selvitysten mukaan jotkut toimintayksiköt myös rajoittavat halpojen ja/tai kalliiden apuvälineiden luovuttamista, listaavat apuvälineitä, joita ei luovuteta lainkaan, rajoittavat luovutettavien apuvälineiden lukumäärää tai niiden uusimista. Myös jokin potilasryhmä saatetaan sulkea apuvälinepalvelujen ulkopuolelle.

Olen edellä todennut, että ohjeet, jotka eivät jätä tilaa palvelun tarvitsijan yksilöllisen tarpeen huomioon ottamiselle, ovat ristiriidassa edellä todetun lainsäädännön kanssa. Käsitykseni mukaan ohjeet, joilla etukäteen suljetaan lääkinnällisen kuntoutuksen palvelujen piiristä kaavamaisesti pois määrättyjä potilasryhmiä, kuten tietyn ikäisiä henkilöitä, tai apuvälineitä tai tietyn hintaisia apuvälineitä, ovat lainvastaisia. Myös sellaiset ohjeet ovat lainvastaisia, jotka mahdollistavat asiakasmaksujen perimisen apuvälineistä, niiden sovituksista, tarpeellisesta uusimisesta ja huollosta. Ohjeet, joilla rajoitetaan apuvälineiden lukumäärää tai niiden uusimista, ovat ristiriidassa lainsäädännön kanssa, jos ne eivät jätä tilaa apuvälineen tarvitsijan yksilöllisen tarpeen huomioon ottamiselle.

6.2

Lääninhallitusten suorittamat ohjaus- ja valvontatoimet

Lääninhallituslain mukaan lääninhallitus hoitaa, sen mukaan kuin *erikseen säädetään*, mm. terveyshallintoon liittyviä tehtäviä. Kansanterveyslain mukaan lääninhallitus ohjaa ja valvoo läänin alueella lääkinnällisen kuntoutuksen järjestämistä osana kansanterveyslaissa tarkoitettua sairaanhoitoa. Lääninhallitus ohjaa ja valvoo läänin alueella lääkinnällisen kuntoutuksen järjestämistä myös osana erikoissairaanhoitolaissa tarkoitettua sairaanhoitoa. Lääninhallituksella on siis oikeus ja myös velvollisuus puuttua havaitsemiinsa lainvastaisuuksiin niissä tapauksissa, joissa sille on erityislaeissa säädetty tehtäväksi valvoa kyseistä toimintaa.

Selvitysten mukaan lääninhallitukset ovat pääasiassa käyttäneet valvontakeinoinaan erilaisia informaatio-ohjauksen muotoja, kuten koulutustilaisuuksien järjestämistä tai niihin osallistumista ja kuntakäyntejä.

Selvityksistä ilmeni, että asianomaiset terveydenhuollon toimintayksiköt olivat muuttaneet lainvastaisia toimintakäytäntöjään ja -ohjeitaan, jos lääninhallitukset olivat puuttuneet niihin konkreettisin ohjaus- ja valvontatoimenpitein, kuten saamieni selvityksen mukaan oli asianlaita Etelä-Suomen ja Itä-Suomen lääninhallitusten kohdalla. Toisaalta selvityksistä ei käynyt ilmi, että kaikki lääninhallitukset, joiden tietoon oli nyt kysymyksessä olevan kantelun selvittämisen yhteydessä tullut toimintakäytäntöjen tai -ohjeiden lainvastaisuuksia, olisivat ryhtyneet tällaisiin asianmukaisiin ohjaus- ja valvontatoimenpiteisiin lainvastaisten toimintakäytäntöjen korjaamiseksi. Näin oli selvitysten perusteella käsitykseni mukaan asianlaita Länsi-Suomen, Oulun ja Lapin lääninhallitusten kohdalla. Käsitykseni mukaan näiden lääninhallitusten valvonta oli ollut tällaisissa tapauksissa puutteellista ja riittämätöntä.

6.3

Sosiaali- ja terveysministeriön suorittamat ohjaus- ja valvontatoimet

Terveydenhuollon yleinen suunnittelu, ohjaus ja valvonta kuuluu sosiaali- ja terveysministeriölle. Terveydenhuoltoon liittyviä tehtäviä hoitaessaan lääninhallitus toimii lääninhallituslain mukaan sosiaali- ja terveysministeriön ohjauksessa.

Sosiaali- ja terveysministeriön antamasta selvityksestä ei käynyt ilmi, että se olisi ohjannut lääninhallituksia asiassa. Ministeriö pyysi vasta 30.10.2000, nyt kysymyksessä olevan kantelun selvittämisen yhteydessä, lääninhallituksilta selvitys siitä, miten ne olivat noudattaneet ministeriön 28.6.1995 antamaa kehotusta ja millaisiin ohjaus- ja valvontatoimenpiteisiin ne olivat ryhtyneet. Ministeriö oli tuolloin kehottanut lääninhallituksia seuraamaan alueellaan, että apuvälineitä koskevaa lainsäädäntöä noudatetaan ja ryhtymään tarvittaessa ohjaus- ja valvontatoimenpiteisiin. Myös sosiaali- ja terveysministeriön valvonta on näin ollen ollut mielestäni puutteellista ja riittämätöntä.

Sosiaali- ja terveysministeriön yleinen ohjaus- ja valvontavelvollisuus samoin kuin lääninhallitusten ohjaus- ja valvontavelvollisuus korostuvat erityisesti, kun päätöksentekoa ohjaavat lainvastaiset ohjeet tai käytännöt eikä potilaalla ole hoitopäätöksen kyseen ollen käytettävään keinoja ratkaisun muuttamiseen. Tämän vuoksi on tärkeää, että valvovat viranomaiset puuttuvat konkreettisesti apuvälineiden myöntämistä koskeviin lainvastaisiin toimintakäytäntöihin ja -ohjeisiin.

7

TOIMENPITEET

Saatan edellä esittämäni käsitykset lääkinnällisen kuntoutuksen apuvälinepalvelujen järjestämisessä ja näiden palvelujen ohjauksessa ja valvonnassa havaitsemistani puutteista sosiaali- ja terveysministeriön sekä lääninhallitusten tietoon vasta isen varalle.

Pyydän sosiaali- ja terveysministeriötä 31.12.2003 mennessä ilmoittamaan minulle, mihin toimenpiteisiin käsitykseni on antanut aihetta.

LIITE

OIKEUSOHJEET

Riittävät terveystalvelut perusoikeutena

Perustuslain 19 §:n 3 momentin mukaan julkisen vallan on turvattava, sen mukaan kuin lailla tarkemmin säädetään, jokaiselle riittävät sosiaali- ja terveystalvelut ja edistettävä väestön terveyttä. Hallituksen esityksen mukaan palvelujen riittävyttä arvioitaessa voidaan lähtökohtana pitää sellaista palvelujen tasoa, joka luo jokaiselle ihmiselle edellytykset toimia yhteiskunnan täysivaltaisena jäsenenä (HE 309/1993 vp, s.71).

Yhdenvertaisuus ja syrjintäkielto

Palvelujen järjestämistapaan ja saatavuuteen vaikuttavat myös muut perusoikeussäännökset, kuten yhdenvertaisuus ja syrjinnän kiello (6 §). Perustuslain 6 §:n mukaan ihmiset ovat yhdenvertaisia lain edessä. Ketään ei saa ilman hyväksyttävää perustetta asettaa eri asemaan esimerkiksi iän, alkuperän, kielen, uskonnon, terveydentilan, vammaisuuden tai muun henkilöön liittyvän syyn perusteella. Hallituksen esityksen mukaan säännös ilmaisee paitsi perinteisen vaatimuksen oikeudellisesta yhdenvertaisuudesta myös ajatuksen tosiasiallisesta tasa-arvosta. Julkisen vallan on pyrittävä myös positiivisin toimenpitein edistämään yhdenvertaisuuden toteuttamista (HE 309/1993 vp, s. 42).

Perusoikeuksien turvaaminen

Perustuslain 22 §:n mukaan julkisen vallan on turvattava perusoikeuksien ja ihmisoikeuksien toteutuminen. Hallituksen esityksen mukaan perusoikeuksien toteutuminen edellyttää julkisen vallan aktiivisia toimenpiteitä, esimerkiksi tosiasiallisten edellytysten luomiseksi perusoikeuksien käyttämiseksi. Säännös korostaa pyrkimystä perusoikeuksien aineelliseen turvaamiseen muodollisen, menettelyvaatimukseen liittyvän perusoikeusturvan rinnalla (HE 309/1993 vp, s.75). Säännöksessä ei ole määritelty niitä keinoja, joilla julkisen vallan tulee toteuttaa turvaamisvelvollisuutensa. Keskeisiin keinoihin kuuluvat hallituksen esityksen mukaan perusoikeuden käyttöä turvaavan ja täsmentävän lain- säädännön säätäminen sekä taloudellisten voimavarojen kohdentaminen (s. 75).

Valvovat viranomaiset

Kansanterveyslain (66/1972) 2 §:n mukaan kansanterveystyön yleinen suunnittelu, ohjaus ja valvonta kuuluu sosiaali- ja terveysministeriölle. Kansanterveystyötä läänin alueella ohjaa ja valvoo lääninhallitus.

Erikoissairaanhoidon lain (1062/1989) 5 § erikoissairaanhoidon yleinen suunnittelu, ohjaus ja valvonta kuuluu sosiaali- ja terveysministeriölle. Läänin alueella erikoissairaanhoidon suunnittelu, ohjaus ja valvonta kuuluu lääninhallitukselle.

Lääninhallituslain (22/1997) 2 §:n mukaan läänissä on yleisenä hallintoviranomaisena ja erikseen säädettävien muiden tehtävien hoitamista varten lääninhallitus. Lääninhallitus hoitaa, sen mukaan kuin erikseen säädetään, mm. terveyshallintoon liittyviä tehtäviä. Lääninhallitus arvioi asianomaisten ministeriöiden ohjauksessa alueellisesti toimialansa peruspalveluja. Lain 3 §:n mukaan lääninhallitus toimii eri hallinnonalojen tehtäviä hoitaessaan asianomaisten ministeriöiden ohjauksessa.

Kuntien asema

Kuntien itsehallinto

Perustuslain 121 §:n mukaan kuntien hallinnon tulee perustua kunnan asukkaiden itsehallintoon. Kunnille annettavista tehtävistä säädetään lailla. Perusoikeussäännösten muuttamista koskevassa hallituksen esityksessä todetaan, että vaikka julkisen vallan käsitteeseen kuuluvat myös kunnat, ehdotuksella ei ole tarkoitettu muuttaa kunnallisen itsehallinnon lähtökohtia (HE 309/1993 vp, s.26).

Kuntien itsehallintoa turvaa myös Euroopan paikallisen itsehallinnon peruskirja (SopS 65 ja 66/91). Peruskirjan 3 artiklan 1 kappaleen mukaan paikallinen itsehallinto tarkoittaa paikallisviranomaisen oikeutta ja kelpoisuutta säännellä ja hoitaa lain nojalla huomattavaa osaa julkisista asioista omalla vastuullaan ja paikallisen väestön etujen mukaisesti. Peruskirjan 9 artiklan 2 kappaleen mukaan paikallisviranomaisen taloudellisten voimavarojen tulee olla riittävät suhteessa niihin velvoitteisiin, jotka niille on annettu perustuslaissa tai muussa laissa. Euroopan paikallisen itsehallinnon peruskirjan määräykset ovat viranomaisia sitovia ja suoraan sovellettavaa oikeutta.

Hallituksen esityksen mukaan ehdotus lähtee siitä, että kunnille perusoikeusuudistuksesta mahdollisesti aiheutuvista uusista tehtävistä ja velvoitteista on säädettävä lailla. Tehtävistä säädettäessä on myös huolehdittava siitä, että kunnilla on tosiasialliset edellytykset suoriutua tehtävistään (HE 309/1993 vp, s.26).

Kunnan tehtävät

Kuntalain (365/1995) 1 §:n mukaan kunta pyrkii edistämään asukkaidensa hyvinvointia ja kestävä kehitystä alueellaan. Kunnan päätösvaltaa käyttää asukkaiden valitsema valtuusto.

Kunnan tehtävistä säädetään kuntalain 2 §:ssä. Kunta hoitaa itsensä hallinnon nojalla itselleen ottamansa ja sille laissa säädetyt tehtävät. Kunnille ei saa antaa uusia tehtäviä tai velvollisuuksia taikka ottaa pois tehtäviä tai oikeuksia muuten kuin säätämällä siitä lailla. Kunta voi sopimuksen nojalla ottaa hoitaakseen muitakin kuin itsehallintoonsa kuuluvia julkisia tehtäviä. Kunta

hoitaa sille laissa säädetyt tehtävät itse tai yhteistoiminnassa muiden kuntien kanssa. Tehtävien hoidon edellyttä miä palveluja kunta voi hankkia myös muilta palvelujen tuottajilta.

Kunnan velvollisuus järjestää terveystalveluja

Perussäännökset

Perussäännökset kunnan velvollisuudesta järjestää terveystalveluja sisältyvät kansanterveyslakiin ja erikoissairaanhoidolakiin.

Kuntien näiden lakien nojalla järjestämään toimintaan sovelletaan sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtiosuudesta annettua lakia (733/1992), jollei lailla toisin säädetä. Sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtiosuudesta annetun lain 3 §:n mukaan kunnan on osoitettava voimavaroja valtiosuuden perusteena olevaan sosiaali- ja terveydenhuoltoon.

Lain 4 §:n 1 momentin mukaan kunta voi järjestää sosiaali- ja terveydenhuollon alaan kuuluvat tehtävät:

- 1) hoitamalla toiminnan itse;
- 2) sopimuksin yhdessä muun kunnan taikka muiden kuntien kanssa;
- 3) olemalla jäsenenä toimintaa harjoittavassa kuntayhtymässä; tai
- 4) hankkimalla palveluja valtiolta, toiselta kunnalta, kuntayhtymältä tai muulta julkiselta taikka yksityiseltä palvelujen tuottajalta.

Lain 4 §:n 2 momentin mukaan myös toimintaa harjoittavaan kuntayhtymään sovelletaan, mitä 1 momentin 4 kohdassa säädetään kunnasta.

Hankittaessa palveluja yksityiseltä palvelujen tuottajalta kunnan tai kuntayhtymän on varmistuttava siitä, että hankittavat palvelut vastaavat sitä tasoa, jota edellytetään vastaavalta kunnalliselta toiminnalta (4 §:n 3 momentti).

Lääkinnällisen kuntoutuksen palvelut

Kansanterveyslain (66/1972) 14 §:n 1 momentin 2 kohdan mukaan kunnan tulee kansanterveystyöhön kuuluvina tehtävinä järjestää kunnan asukkaiden sairaanhoito, johon luetaan lääkärin suorittama tutkimus ja hänen antamansa tai valvomansa hoito ja lääkinnällinen kuntoutus. Lain 14 §:n 3 momentin mukaan kunnan tehtävänä on huolehtia 1 momentin 2 kohdassa tarkoitettuun sairaanhoitoon kuuluvan lääkinnällisen kuntoutuksen järjestämisestä siltä osin kuin sitä ei ole säädetty kansaneläkelaitoksen tehtäväksi. Lääkinnälliseen kuntoutukseen luetaan kuntouttavien hoitotoimenpiteiden lisäksi kuuluvaksi neuvonta, kuntoutustarvetta ja -mahdollisuuksia selvittävä tutkimus, apuvälinehuolto sekä sopeutumisvalmennus- ja ohjaustoiminta ja muut näihin rinnastettavat toiminnot siten kuin asetuksella tarkemmin säädetään.

Erikoissairaanhoidolla tarkoitetaan erikoissairaanhoidolaissa (1062/1989) lääketieteen ja hammaslääketieteen erikoisalojen mukaisia sairauden ehkäisyyn, tutkimiseen, hoitoon, lääkinnälliseen pelastustoimintaan sekä

lääkinnälliseen kuntoutukseen kuuluvia terveydenhuollon palveluja (erikoissairaanhoidolain 1 §:n 2 momentti). Lääkinnälliseen kuntoutukseen luetaan kuntouttavien hoitotoimenpiteiden lisäksi kuuluvaksi neuvonta, kuntoutustarvetta ja -mahdollisuuksia selvittävä tutkimus, apuvälinehuolto sekä sopeutumisvalmennus- ja ohjaustoiminta ja muut näihin rinnastettavat toiminnot siltä osin kuin kuntoutusta ei ole säädetty kansaneläkelaitoksen tehtäviksi. Asetuksella annetaan tarkemmat säännökset lääkinällisen kuntoutuksen sisällöstä (erikoissairaanhoidolain 1 §:n 3 momentti).

Kunnan, joka on kotikuntalain (201/1994) mukaan henkilön kotikunta, on huolehdittava siitä, että henkilö saa erikoissairaanhoidolain 1 §:n 2 momentissa tarkoitetun erikoissairaanhoidon erikoissairaanhoidolain mukaisesti. Tämän veloitteen mukaisen erikoissairaanhoidon järjestämiseksi kunnan on kuuluttava johonkin sairaanhoitopiiriin kuntayhtymään (erikoissairaanhoidolain 3 §:n 1 momentti).

Lääkinnällisestä kuntoutuksesta annetussa asetuksessa (kuntoutusasetus, 1015/1991) säädetään lääkinällisestä kuntoutuksesta, joka järjestetään osana kansanterveyslaissa ja erikoissairaanhoidolaissa tarkoitettua sairaanhoitoa.

Asetuksen 2 §:n mukaan kunta tai kuntayhtymä huolehtii siitä, että lääkinällisen kuntoutuksen palvelut järjestetään sisällöltään ja laajuudeltaan sellaisiksi kuin kuntoutuksen tarve kunnassa tai kuntayhtymän alueella edellyttää.

Lääkinällisellä kuntoutuksella pyritään asetuksen 3 §:n 1 momentin mukaan parantamaan ja ylläpitämään kuntoutujan fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista toimintakykyä sekä edistämään ja tukemaan hänen elämäntilanteensa hallintaa ja hänen itsensä suoriutumistaan päivittäisissä toiminnoissa.

Lääkinällisen kuntoutuksen palveluja ovat:

- 1) kuntoutumista ja kuntoutuspalveluja koskeva neuvonta ja ohjaus;
- 2) kuntoutustarvetta ja -mahdollisuuksia selvittävä tutkimus työ- ja toimintakyvyn arviointineen ja työkokeiluineen;
- 3) fysioterapia, toimintaterapia, puheterapia, neuropsykologinen kuntoutus, psykoterapia ja muut näihin rinnastettavat toimintakykyä parantavat ja ylläpitävät terapiat ja toimenpiteet;
- 4) apuvälinepalvelut, johon kuuluu apuvälineiden tarpeen määrittely, välineiden sovitus, luovutus omaksi tai käytettäväksi, käytön opetus ja seuranta sekä välineiden huolto;
- 5) sopeutumisvalmennus, jolla tarkoitetaan kuntoutujan ja hänen omaistensa ohjausta ja valmentautumista sairastumisen tai vammautumisen jälkeisessä elämäntilanteessa;
- 6) edellä mainituista tarpeellisista toimenpiteistä koostuvat kuntoutusjaksot laitospalvelu- tai avohoidossa;
- 7) kuntoutusohjaus, jolla tarkoitetaan kuntoutujan ja hänen lähiyhteisönsä tukemista ja ohjausta sekä kuntoutujan toimintamahdollisuuksiin liittyvistä palveluista tiedottamista; sekä
- 8) muut näihin rinnastettavat palvelut (asetuksen 3 §:n 2 momentti).

Lääkinnälliseen kuntoutukseen kuuluvia apuvälineitä ovat lääkinällisin perustein todetun toimintavajavuuden korjaamiseen tarkoitetut välineet, laitteet tai vastaavat, joita vajaakuntoinen henkilö tarvitsee selviytyäkseen päivittäisissä toiminnoissaan. Apuvälineisiin luetaan myös kunto utuksessa tarvittavat hoito- ja harjoitusvälineet. Peruskoulua ja lukiota käyvälle vammaiselle oppilaalle järjestetään lääkinälliseen kuntoutukseen ku uluvat henkilökohtaiset koulussa ja muissa elämän tilanteissa tarvittavat apuvälineet (asetuksen 4 §:n 1 ja 2 momentti).

Apuvälineiden maksuttomuus

Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista annetun lain (734/1992) 5 §:n 7 kohdan mukaan apuvälineet sekä niiden sovitus, tarpeellinen uusiminen ja huolto ovat asiakkaalle maksuttomia.

Potilaan asema ja oikeudet

Potilaan asemaan ja oikeuksiin terveyden- ja sairaanhoitoa järjestettäessä sovelletaan potilaan asemasta ja oikeuksista annettua lakia (jälj. potilaslaki, 785/1992), jollei muussa laissa toisin säädetä.

Potilaan oikeudesta hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon ja siihen liittyvään kohteluun säädetään lain 3 §:ssä. Jokaisella Suomessa pysyvästi asuvalla henkilöllä on oikeus ilman syrjintää hänen terveydentilansa edellyttämään terveyden- ja sairaanhoitoon niiden voimavarojen rajoissa, jotka kulloinkin ovat terveydenhuollon käytettävissä. Potilaalla on oikeus laadultaan hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon. Hänen hoitonsa on järjestettävä ja häntä on kohdeltava siten, ettei hänen ihmisarvoaan loukata sekä että hänen vakaumustaan ja hänen yksityisyyttään kunnioitetaan. Potilaan äidinkieli, hänen yksilölliset tarpeensa ja kulttuurinsa on mahdollisuuksien mukaan otettava hänen hoidossaan ja kohtelussaan huomioon.

Potilaslain 4 §:ssä säädetään pääsystä hoitoon. Jos henkilölle ei voida heti antaa terveydenhuollon ammattihenkilön tarpeelliseksi katsomaa hoitoa, hänet on terveydentilasta riippuen joko ohjattava odottamaan hoitoon pääsyä tai ohjattava taikka toimitettava hoitoon muualle, jossa hoitoa voidaan antaa. Jos hän joutuu odottamaan hoitoon pääsyä, hänelle on ilmoitettava viivytyksen syy ja arvioitu kesto.

Potilaalla on tiedonsaantioikeus. Potilaalle on annettava selvitys hänen terveydentilastaan, hoidon merkityksestä, eri hoitovaihtoehdoista ja niiden vaikutuksista sekä muista hänen hoitoonsa liittyvistä seikoista, joilla on merkitystä päätettäessä hänen hoidostaan (potilaslain 5 §).

Potilaslain 6 §:n mukaan potilasta on hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan. Jos potilas kieltäytyy tietystä hoidosta tai hoitotoimenpiteestä, häntä on mahdollisuuksien mukaan hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan muulla lääketieteellisesti hyväksyttävällä tavalla.

Terveydenhuollon ammattihenkilöiden tehtävät

Terveysthuollon ammattihenkilöistä annetun lain (559/1994) 15 §:n mukaan terveydenhuollon ammattihenkilön ammattitoiminnan pää määränä on terveyden ylläpitäminen ja edistäminen, sairauksien ehkäiseminen sekä sairaiden parantaminen ja heidän kärsimystensä lievittäminen. Terveysthuollon ammattihenkilön on ammattitoiminnassaan sovellettava yleisesti hyväksytyjä ja kokemusperäisiä perusteltuja menettelytapoja koulutuksensa mukaisesti, jota hänen on pyrittävä jatkuvasti täydentämään. Ammattitoiminnassaan terveydenhuollon ammattihenkilön tulee tasapuolisesti ottaa huomioon ammattitoiminnasta potilaalle koituva hyöty ja sen mahdolliset haitat. Terveysthuollon ammattihenkilöllä on velvollisuus ottaa huomioon, mitä potilaan oikeuksista säädetään. Terveysthuollon ammattihenkilön tulee aina antaa kiireellisen hoidon tarpeessa olevalle apua.

Lain 22 §:n mukaan laillistettu lääkäri päättää potilaan lääketieteellisestä tutkimuksesta, taudinmäärityksestä ja siihen liittyvästä hoidosta.