

Tomi Malmström, Riikka-Leena Leskelä, Micke Lindh,  
Milla Kajova, Pyry Niemelä, Antti Rissanen, Timo Salmi-  
saari

## **Kuntoutusjärjestelmän kokonaisuudistus – tieto muutostyön tukena**

**Helmikuu 2018**

Valtioneuvoston selvitys-  
ja tutkimustoiminnan  
julkaisusarja 7/2018

# KUVAILULEHTI

<b>Julkaisija ja julkaisuaika</b>	Valtioneuvoston kanslia, 16.02.2018		
<b>Tekijät</b>	Tomi Malmström, Riikka-Leena Leskelä, Micke Lindh, Milla Kajova, Pyy Niemelä, Antti Rissanen, Timo Salmisaari		
<b>Julkaisun nimi</b>	Kuntoutusjärjestelmän kokonaisuudistus – tieto muutostyön tukena		
<b>Julkaisusarjan nimi ja numero</b>	Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 7/2018		
<b>Asiasanat</b>	Kuntoutus, palvelujärjestelmä, NEET-nuoret, syrjäytyminen, mielenterveys- ja päihdekuntoutus, lääkinnällinen kuntoutus, sosiaalinen kuntoutus, toimeenpano, 30-60-90-150 –sääntö, kannustimet		
<b>Julkaisun osat/ muut tuotetut versiot</b>			
<b>Julkaisuaika</b>	Helmikuu, 2018	<b>Sivuja</b> 218	<b>Kieli</b> Suomi

## Tiivistelmä

Kuntoutus ei ole Suomessa yhtenäinen järjestelmä, vaan se koostuu useista osajärjestelmistä. Tämän selvityshankkeen tavoitteena on tuottaa monipuolista tietoa kuntoutusjärjestelmän nykytilasta sekä kehittymismahdollisuuksista kuntoutusjärjestelmän uudistusta suunnitteleville ja uudistuksesta päättävälle taholle.

Selvitys koostuu neljästä osakokonaisuudesta. Osakokonaisuuksissa on tarkasteltu nykytilan haasteita ja keskeisiä mekanismeja, jotka vaikuttavat kuntoutuksen tuloksiin sekä tunnistettu järjestelmätason muutoksia, jotka mahdollistavat uudenlaisia toimintatapoja ja parempia tuloksia. Osakokonaisuuksien tulosten perusteella on muodostettu yhteiset johtopäätökset kuntoutusjärjestelmän kehittämiseksi.

**Liite 1** Lääkinnällisen ja sosiaalisen kuntoutuksen toimeenpano kunnissa ja sairaanhoitopiireissä

**Liite 2** Selvitys kuntoutuksen toimeenpanosta syrjäytyneillä tai syrjäytymisvaarassa olevilla nuorilla, joilla on vakavia toimintakyvyn ongelmia

**Liite 3** Mielenterveys- ja päihdekuntoutusjärjestelmän uudistaminen

**Liite 3.1** KUNTOUTUS KUULUU KAIKILLE - Kohti tulevaisuuden mielenterveys- ja päihdekuntoutuksen järjestelmää

**Liite 4** Sairauspäiväraha järjestelmään liittyvän 30-60-90-150 –järjestelmän kehittäminen ja mallin laajentaminen

Tämä julkaisu on toteutettu osana valtioneuvoston vuoden 2017 selvitys- ja tutkimussuunnitelman toimeenpanoa (tietokayttoon.fi).

Julkaisun sisällöstä vastaavat tiedon tuottajat, eikä tekstisisältö välttämättä edusta valtioneuvoston näkemystä.

# PRESENTATIONSBLAD

<b>Utgivare &amp; utgivningsdatum</b>	Statsrådets kansli, 16.02.2018		
<b>Författare</b>	Tomi Malmström, Riikka-Leena Leskelä, Micke Lindh, Milla Kajova, Pyyri Niemelä, Antti Rissanen, Timo Salmisaari		
<b>Publikationens namn</b>	Rehabiliteringssystemets helhetsreform – information som stöd i förändringsprocessen		
<b>Publikationsseriens namn och nummer</b>	Publikationsserie för statsrådets utrednings- och forskningsverksamhet 7/2018		
<b>Nyckelord</b>	Rehabilitering, servicesystem, NEET-ungdomar, social utestängning, mental- och missbruksrehabilitering, medicinsk rehabilitering, social rehabilitering, implementering, 30-60-90-150 –regeln, incitament		
<b>Publikationens delar /andra producerade versioner</b>			
<b>Utgivningsdatum</b>	Februari, 2018	<b>Sidantal</b> 218	<b>Språk</b> Finska

## Sammandrag

Rehabilitering är inte ett enhetligt system i Finland, utan består av flera delsystem. Detta forskningsprojekts mål har varit att producera mångsidig information av rehabiliteringssystemets nuläge samt dess utvecklingsmöjligheter både för de som planerar rehabiliteringssystemets helhetsreform samt för beslutsfattande parterna.

Utredningen består av fyra olika delenheter. Inom varje delenhet har nuläget utmaningar och centrala mekanismer som påverkar rehabiliteringens resultat undersökts. Dessutom har det igenkänts förändringar på systemnivå som kunde möjliggöra nya tillvägagångssätt samt bättre resultat. På basen av resultaten erhållna inom delenheterna har heltäckande slutsatser för hela rehabiliteringssystemet härletts.

**Bilaga 1** Verkställande av rehabilitering i kommuner och sjukvårdsdistrikter

**Bilaga 2** Utredning av verkställande av rehabilitering hos utsatta unga eller unga som har en risk att bli utsatta och som därtill lider av allvarliga problem i mental funktionsförmåga

**Bilaga 3** Förnyelse av systemet för mentalvårds- och missbrukarrehabilitering

**Bilaga 3.1** REHABILITERING TILLHÖR ALLA - Mot framtidens rehabilitering i mentalvårds- och missbrukartjänster

**Bilaga 4** Utveckling och utvidgning av 30-60-90-150-sjukdagpenningssystemet

Den här publikation är en del i genomförandet av statsrådets utrednings- och forskningsplan för 2017 ([tietokaytoon.fi/sv](http://tietokaytoon.fi/sv)).

De som producerar informationen ansvarar för innehållet i publikationen. Textinnehållet återspeglar inte nödvändigtvis statsrådets ståndpunkt

## DESCRIPTION

<b>Publisher and release date</b>	Prime Minister's Office, 16.02.2018		
<b>Authors</b>	Tomi Malmström, Riikka-Leena Leskelä, Micke Lindh, Milla Kajova, Milla, Pyry Niemelä, Antti Rissanen, Timo Salmisaari		
<b>Title of publication</b>	Kuntoutusjärjestelmän kokonaisuudistus – tieto muutostyön tukena		
<b>Name of series and number of publication</b>	Publications of the Government's analysis, assessment and research activities 7/2018		
<b>Keywords</b>	Rehabilitation, service system, NEET youth, social exclusion, mental health and substance abuse rehabilitation, social rehabilitation, implementation, 30-60-90-150 –rule, incentives		
<b>Other parts of publication/ other produced versions</b>			
<b>Release date</b>	February, 2018	<b>Pages</b> 218	<b>Language</b> Finnish

### Abstract

Rehabilitation in Finland is not a uniform system. It is comprised of several subsystems. The objective of this study is to compile versatile information on the current state of the rehabilitation system and potential for development for the parties involved in the planning of the reform of the rehabilitation system.

The study is comprised of four substudies, each related to a different subsystem of the rehabilitation system. The substudies all follow the same structure: current challenges, critical mechanisms that affect the results of rehabilitations, and system level interventions to be done in order to enable the functioning of the mechanisms and through them lead to better results. The results of the substudies were compiled together to form joint conclusions on the recommended changes in the rehabilitation system.

**Appendix 1** Implementation of rehabilitation in municipalities and hospital districts

**Appendix 2** Study on the implementation of rehabilitation of youth not in employment, education or training, who have deficiencies in functional ability

**Appendix 3** Renewing rehabilitation for people with mental health and substance abuse problems

**Appendix 3.1** REHABILITATION IS FOR EVERYBODY – Towards a new rehabilitation system for people with mental health and substance abuse problems

**Appendix 4** The development and expansion of the 30-60-90-15 rule related to sickness leave reimbursements

This publication is part of the implementation of the Government Plan for Analysis, Assessment and Research for 2017 ([tietokayttoon.fi/en](http://tietokayttoon.fi/en)).

The content is the responsibility of the producers of the information and does not necessarily represent the view of the Government.



## SISÄLLYS

1	Johdanto .....	8	
2	Hankkeen ja osaselvitysten tavoitteet.....	10	
3	Aineisto ja menetelmät.....	13	
4	Osahankkeiden tulokset .....	14	
4.1	Lääkinnällisen ja sosiaalisen kuntoutuksen sekä työttömien terveystarkastusten toimeenpano .....	14	
4.2	Kuntoutuksen toimeenpano syrjäytyneille ja syrjäytymisvaarassa oleville nuorille, joilla on vakavia toimintakyvyn ongelmia.....	16	
4.3	Päihde- ja mielenterveyskuntoutusjärjestelmän kehittäminen.....	17	
4.4	Sairauspäiväraajahjärjestelmään liittyvän 30-60-90-150-järjestelmän kehittäminen ja mallin laajentaminen .....	18	
4.5	Kuntoutujien segmentointi .....	19	
5	Johtopäätökset.....	20	
5.1	Varhainen puuttuminen ja matala kynnyks.....	23	
5.2	Integraatio ja vastuu.....	23	
5.3	Kannustimet .....	24	
5.4	Tietopohja .....	25	
	Lähteitä ja tausta-aineistoja .....	26	
<b>Liite I: LÄÄKINNÄLLISEN JA SOSIAALISEN Kuntoutuksen toimeenpano KUNNISSA ja SAIRAANHOITOPUIREISSÄ .....</b>			<b>27</b>
1	Johdanto .....	28	
2	Nykyisestä kuntoutusjärjestelmästä lyhyesti .....	29	
2.1	Lääkinnällinen kuntoutus .....	29	
2.2	Sosiaalinen kuntoutus.....	30	
2.3	Työttömien terveystarkastukset .....	32	
3	Aineisto ja menetelmät.....	33	
4	Tulokset .....	35	
4.1	Lääkinnällinen kuntoutus .....	35	
4.2	Sosiaalinen kuntoutus.....	50	

4.3 Työttömien terveystarkastukset .....	58
5 Kuntoutuksen integraatio .....	62
6 Pohdinta .....	63
6.1 Lääkinnällinen kuntoutus .....	63
6.2 Sosiaalinen kuntoutus.....	65
6.3 Työttömien terveystarkastukset .....	66
6.4 Kuntoutuksen näkyminen kansallisissa tilastoissa ja tietokannoissa .....	66
6.5 Selvityksen rajoitteet .....	68
Lähteitä ja tausta-aineistoja .....	70
Liite 1: Sähköiset kyselyt lääkinällisestä ja sosiaalisesta kuntoutuksesta sekä työttömien terveystarkastuksista.....	73

**LIITE II: Selvitys kuntoutuksen toimeenpanosta syrjäytyneillä tai syrjäytymisvaarassa olevilla nuorilla, joilla on vakavia toimintakyvyn ongelmia .....**

<b>1 Johdanto .....</b>	<b>89</b>
1.1 Selvityksen tavoitteet ja rajaukset.....	90
1.2 Raportin rakenne .....	91
2 Tavoite ja menetelmät.....	91
3 Aikaisempi tutkimus .....	91
3.1 Aikaisempaa tutkimusta NEET-nuorista .....	91
3.2 Nuoret nykyisessä palvelujärjestelmässä .....	92
3.3 Palveluohjaus.....	94
4 Tulokset .....	95
4.1 Syrjäytyneet ja syrjäytymisvaarassa olevat nuoret.....	95
4.2 Nykyinen palvelujärjestelmä nuorille suunnatuissa palveluissa .....	97
5 Yhteenveto tuloksista.....	105
5.1 Osaselvityksessä tunnistettuja kehittämiskohteita.....	105
5.2 Ehdotetut järjestelmäinterventiot .....	106
6 Pohdinta.....	107
6.1 Kuntoutusjärjestelmän suunnittelun periaatteet.....	107
6.2 Ehdotus nuorten kuntoutuksen integroiduksi palvelukokonaisuudeksi .....	108
6.3 Selvityksen rajoitteet .....	113

Lähteitä ja tausta-aineistoja .....	114
-------------------------------------	-----

### **LIITE III: Mielenterveys- ja päihdekuntoutusjärjestelmän uudistaminen ..... 116**

1 Johdanto .....	116
1.1 Tavoitteet ja tutkimuskysymykset .....	116
1.2 Kuntoutuksen määritelmästä ja selvityksen rajaukset .....	117
2 Metodologia .....	117
2.1 Menetelmät .....	118
3 Kirjallisuuskatsaus: Päihde- ja mielenterveyskuntoutuksen nykytila .....	118
3.1 Päihde- ja mielenterveysongelmat.....	118
3.2 Päihde- ja mielenterveyskuntoutus, mitä se on? .....	119
3.3 Päihde- ja mielenterveyskuntoutuksen järjestäminen .....	120
3.4 Päihde- ja mielenterveyskuntoutusjärjestelmän haasteet .....	122
4 Asiakkaan tavoitteellisen kuntoutuksen tarpeet.....	124
4.1 Kuntoutuksen fokusalueet .....	124
4.2 Kuntoutuksen tavoitteet .....	126
5 Tulokset: miten mielenterveys- ja päihdekuntoutusjärjestelmää tulisi kehittää? .....	127
5.1 Nykytilan haasteet - mihin uudistuksessa tulisi keskittyä? .....	127
5.2 Päihde- ja mielenterveyskuntoutuksen järjestäminen tulevaisuudessa .....	129
5.3 Palvelutuotanto tulevaisuudessa: miten ja minkälaisia palveluita pitäisi tarjota? .....	131
5.4 Kannustimet: miten saadaan toimijat toimimaan toivotusti?.....	133
6 Yhteenveto .....	135
6.1 Mielenterveys- ja päihdekuntoutuksen tasot ja kuntoutumisen eteneminen nykytilanteessa .....	135
6.2 Kuntoutusjärjestelmän uudistamisen suunnitteluperiaatteet .....	137
7 Pohdinta: järjestelmäinterventioiden soveltaminen käytännössä .....	138
7.1 Selvityksen rajoitteet.....	139
7.2 Kuntoutumistarpeen tunnistaminen ja kuntoutumissuunnitelman laatiminen.....	139
7.3 Segmentointi .....	140
7.4 Seuranta ja kannustimet .....	142
7.5 Kuntoutuksen periaatteiden toteuttaminen tulevassa palvelujärjestelmässä .....	142

7.6 Miltä järjestelmä näyttää asiakkaan näkökulmasta? .....	144
Lähteitä ja tausta-aineistoja .....	146
Liite III.1: KUNTOOUTUS KUULUU KAIKILLE - Kohti tulevaisuuden mielenterveys- ja päihdekuntoutuksen järjestelmää .....	149

<b>LIITE IV: Sairauspäiväraahajärjestelmään liittyvän 30-60-90-150 –järjestelmän kehittäminen ja mallin laajentaminen .....</b>	<b>183</b>
Määritelmät .....	183
1 Johdanto .....	185
1.1 Tausta .....	185
1.2 Selvityksen tavoitteet .....	185
1.3 Rajaukset .....	186
2 Järjestelmän nykytila Suomessa .....	186
3 Taustalla oleva tutkimus .....	188
4 Menetelmät .....	189
5 Haastattelujen tulokset.....	189
5.1 Nykyjärjestelmän haasteet ja kehittämissuhteet.....	190
5.2 Nykyisen mallin laajentaminen .....	193
6 Yhteenveto.....	196
7 Pohdinta.....	197
7.1 Sairauspäiväraahajärjestelmään liittyvä 30-60-90-150 -järjestelmä: sairauspäivärahaa saavat asiakkaat.....	197
7.2 Työttömät .....	201
7.3 Yrittäjät.....	203
7.4 Opiskelijat .....	204
7.5 Fokusryhmähaastattelut.....	205
7.6 Kannustimet .....	207
7.7 Kehitysehdotuksiin liittyvät tietosuojahaasteet .....	208
7.8 Vaikutusarvio .....	208
7.9 Selvityksen rajoitteet .....	214
Lähteitä ja tausta-aineistoja .....	215



# 1 Johdanto

Kuntoutus on käsitteenä laaja ja sen määritelmät vaihtelevat. Kuntoutus tähtää fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen toimintakyvyn parantamiseen ja työikäisten kohdalla myös työkyvyn parantamiseen. Kuntoutus voi olla aiemman toimintakyvyn palauttamista vamman tai sairastumisen jälkeen ("rehabilitaatio"), tai uusien taitojen opettelua ja keskeytyneen kehityksen uudelleen käynnistämistä ("habilitaatio"). Kuntoutukseen kuuluvat siten lääkinällinen kuntoutus, sosiaalinen kuntoutus, kasvatuksellinen kuntoutus ja ammatillinen kuntoutus. Usein puhutaan myös erikseen mielenterveys- ja päihdekuntoutuksesta ja geriatrisesta kuntoutuksesta, vaikka näihin sisältyy elementtejä sekä lääkinällisestä, ammatillisesta että sosiaalisesta kuntoutuksesta. Kuntoutuskokonaisuudet on sosiaali- ja terveysministeriön internet-sivuilla määritelty seuraavalla tavalla (Sosiaali- ja terveysministeriö 2017):

- *Lääkinällinen kuntoutus* nähdään henkilön fyysistä ja psyykkistä toimintakykyä parantaviksi toimenpiteiksi, jotka on käynnistetty lääketieteellisten tutkimusten pohjalta. Tällöin puhutaan myös toimintakyvykuntoutuksesta tai toimintakykyä tukevasta ja parantavasta kuntoutuksesta.
- *Ammatillisella kuntoutuksella* tarkoitetaan toimenpiteitä, jotka tukevat henkilön mahdollisuuksia säilyttää tai saada hänelle soveltuva työ.
- *Sosiaalisella kuntoutuksella* tarkoitetaan henkilön sosiaalista toimintakykyä parantavaa prosessia.
- *Kasvatuksellisella kuntoutuksella* tarkoitetaan esimerkiksi vammaisen lapsen tai aikuisen kasvatusta ja koulutusta sekä niitä erityisjärjestelyjä, joita ne vaativat.

Suomessa on viime vuosina tuotettu useita eri selvityksiä ja tutkimuksia kuntoutuspalveluiden asiakkaita, toiminnasta ja yhteistyöstä. Näiden julkaisujen yksi keskeinen johtopäätös on ollut se, että nykyisen monialaisen ja monitoimijaisen kuntoutusjärjestelmän ongelmat ovat erityisesti kuntoutuksen vastuunjaon, yhteistyön ja koordinoinnin järjestämisessä sekä siinä, että eri yhteistyöorganisaatiot eivät kunnolla tunne toistensa toimintatapoja, etuusia ja palveluita (mm. VTV 2013; Salminen & Rintanen 2014). Ratkaisuna ongelmiin on monessa tapauksessa suositeltu sitoutunutta valtakunnallista valvontaa ja ohjausta, joka samalla kannustaa ja luo mahdollisuuksia eri kuntoutustoimijoiden väliselle yhteistyölle.

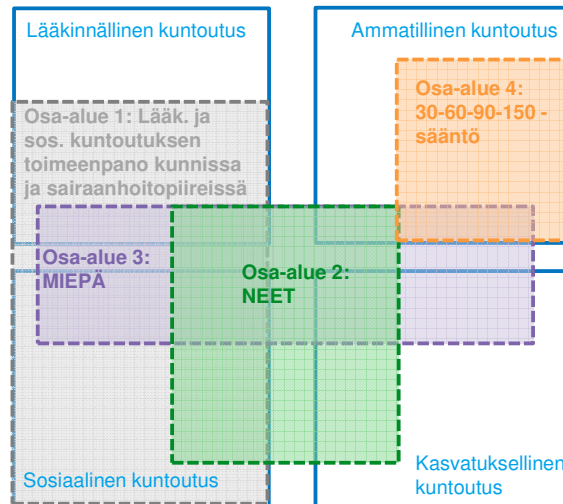
Käytännössä yhteistyöstä ja tarpeellisesta ohjauksesta säädetään jo kuntoutusta koskevassa lainsäädännössä, kuten terveydenhuolto- ja sosiaalihoitolaeissa sekä Kelan kuntoutusetuuksista ja kuntoutusrahaetuksista annetussa laissa (Sillanaukea ym. 2015). Järjestelmä on kuitenkin hajautettu siten, että vastuu kuntoutuksen rahoituksesta ja hankinnasta kuuluu useille toisistaan riippumattomille tahoille, kuten kunnalliselle sosiaali- ja terveydenhuollolle, Kelalle, Valtiokonttorille, työnantajille ja vakuutusyhtiöille. Myös tuotanto on hajautettu, ja käytännössä kuntoutuspalveluja tuottavat kunnalliset perustason sosiaali- ja terveydenhuolto-organisaatiot, sairaanhoitopiirit sekä lukuisat eri tavoin organisoidut yksityisen ja kolmannen sektorin toimijat (Rissanen & Pulkki 2013). Nykyjärjestelmässä merkittävimpiä kuntoutuspalveluiden tuottajia ovat terveydenhuollon eri toimijat, jotka tuottavat lääkinällistä kuntoutusta. Kunnallisen terveydenhuollon lääkinällisen kuntoutuksen volyyminä tai kustannuksista ei ole tilastotietoja, mutta arvioiden mukaan lääkinällisen kuntoutuksen asiakkaita on vuosittain noin 500 000 (Pekurinen ym. 2011; HE 90/2010). Rahoitettujen kuntoutuspalveluiden perusteella arvioiden toiseksi merkittävin kuntouttaja on Kela, jonka rahoittamia palveluita sai vuonna 2016 noin 109 000 kuntoutujaa (Kela 2017).

Pääministeri Juha Sipilän hallituksen ohjelma sisältää kuntoutusjärjestelmän kokonaisuudistuksen ja STM asetti tätä tehtävää varten kuntoutuksen uudistamiskomitean ajalle 1.9.2016 - 30.9.2017. Komitean tehtävänä oli arvioida kuntoutuksen lainsäädännön ja rahoituksen muutostarpeet. Lisäksi komitean tehtävänä oli tehdä ehdotus uudistetuksi kuntoutusjärjestelmäksi ja sen edellyttämiksi säädösmuutoksiksi siten, että kuntoutuksesta vastaavien toimijoiden vastuunjako on selkeä ja asiakaslähtöinen kuntoutus toimii saumattomasti. Komitean puheenjohtaja oli toimitusjohtaja Kari Välimäki. Komiteassa oli laaja edustus myös useista ministeriöistä, kuntoutuksen vastuutahoista, työmarkkinajärjestöistä, tutkimuslaitoksista, poliittisista puolueista ja kansalaisjärjestöistä. Kuntoutuksen uudistamiskomitea luovutti raporttinsa sosiaali- ja terveysministeri Pirkko Mattilalle ja perhe- ja peruspalveluministeri Annika Saarikolle torstaina 9. marraskuuta<sup>1</sup> 2017.

Tämän raportin taustalla olevan selvityshankkeen tavoitteena on ollut tukea kuntoutuksen uudistamiskomitean tietotarpeita kuntoutusjärjestelmästä. Tämän valtioneuvoston rahoittaman Kuntoutusjärjestelmän kokonaisuudistus: tieto muutostyön perustana –TEAS-hankkeen (Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminta) osa-alueet käsittelevät lääkinällisen ja sosiaalisen kuntoutuksen toimeenpanoa kunnissa ja kuntayhtymissä, syrjäytyneiden ja syrjäytymisvaarassa olevien nuorten (NEET-nuorten) palvelujärjestelmää, mielenterveys- ja päihdekuntoutusjärjestelmän (miepä-kuntoutus) muutostarpeita sekä työikäisten sairauspäiväraha-järjestelmään liittyvän 30-60-90-150 -järjestelmän kehitystarpeita ja laajentamismahdollisuuksia koskemaan muitakin kuin työllisiä kuntoutustarpeessa olevia. Lisäksi osana hankkokonaisuutta Timo Salmisaari on laatinut asiantuntijalausunnon päihde- ja mielenterveyskuntoutuksen tulevaisuuden visiosta.

Selvityksen osaskokonaisuuksien linkittyminen kuntoutusjärjestelmän osa-alueisiin on esitetty kuvassa 1.

### Kuva 1. Osaselvitysten sijoittuminen kuntoutusjärjestelmän kokonaisuuteen



Kuntoutuksen uudistamiskomitean työskentelyä varten tehdyt neljä osaselvitystä ovat tämän raportin liitteinä. Näiden osaselvitysten perusteella on tähän yhteenvetoon kerätty

<sup>1</sup> <http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/handle/10024/160273>

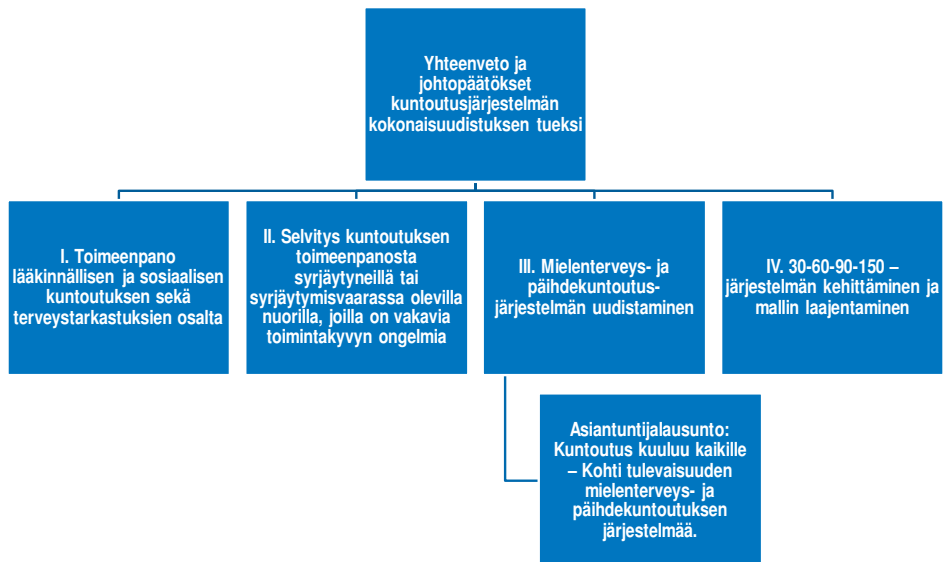
johtopäätökset ja suositukset kuntoutusjärjestelmän ohjaamiseksi. Selvityksen rajauksen kannalta on oleellista jakaa kuntoutusjärjestelmän tarkastelu kolmeen eri tasoon; makro-, meso- ja mikrotasoon. Makrotasolla kohteena on väestö ja sen toimintakyky, mesotasolla tarkastellaan palvelujärjestelmän suorituskykyä ja mikrotasolla yksittäisten asiakas- tai toimintakykyongelmaepisodien vaikuttavuutta, laatua ja tuottavuutta. Tässä selvityksessä kuntoutusta tarkastellaan palvelujärjestelmän näkökulmasta, joten fokus on ensisijaisesti järjestelmätasolla eli makro- ja mesotasolla. Selvityksen fokuksena ovat palvelujärjestelmän rakenne (toimijat ja rahoitus) sekä järjestelmän toimeenpano, johon liittyen tarkastellaan tarjolla olevia palveluita sekä eri toimijoiden välistä työnjakoa. Selvityksessä ei paneuduta yksittäisiin potilas- tai asiakasryhmiin eikä yksittäisiin palveluihin ja toimintamalleihin tai niiden vaikuttavuuteen.

## 2 Hankkeen ja osaselvitysten tavoitteet

Tämän selvityshankkeen tavoitteena on tuottaa monipuolista tietoa kuntoutusjärjestelmän nykytilasta sekä kehittämismahdollisuuksista järjestelmän uudistusta suunnitteleville ja uudistuksesta päättävälle taholle.

Selvitys jakautuu neljään osaselvitykseen, jotka ovat tämän raportin liitteenä. Osaselvitysten sijoittuminen kuntoutusjärjestelmän kokonaisuuteen on kuvattu edellisessä luvussa. Lisäksi mielenterveys- ja päihdekuntoutuksen osaselvitykseen liittyvä Timo Salmisaaren asiantuntijalausunto on myös raportin liitteenä. Kuvassa 2 on kuvattu hankkeen eri osaselvitykset. Eri osakokonaisuuksien tausta, tavoitteet ja tutkimuskysymykset on kuvattu seuraavissa kappaleissa.

**Kuva 2. Hankkeen eri osaselvitykset**



Ensimmäisen osaselvityksen (Liite I) tavoitteena on luoda kokonaiskuva lääkinällisen ja sosiaalisen kuntoutuksen tämänhetkisestä toimeenpanosta kunnissa ja sairaanhoitopiireissä.

Lisäksi osaselvityksessä selvitetään terveydenhuoltolain mukaisten työterveyshuollon ja opiskeluterveydenhuollon ulkopuolella oleville työikäisille suunnattujen terveystarkastusten toteuttamista ja nykytilaa kunnissa. Tätä kautta saadaan näkymää kuntoutuksen organisointitapoihin, työnjakoon eri toimijoiden kesken, asiakasmääriin, käytettävissä oleviin henkilö-  
töresursseihin sekä alueellisiin eroihin. Yhtenäisen kuvan muodostaminen kuntouttavien palveluiden kentästä on osoittautunut haasteelliseksi muun muassa siksi, että kuntoutuksen eri toimenpiteiden raportoiminen ja mittaaminen eivät tapahdu kuntien välillä yhtenäisesti. Tämän osaselvityksen tavoitteena on osaltaan vastata kyseiseen tietotarpeeseen sekä auttaa paremmin hahmottamaan sitä, miten kuntoutuspalveluita tulisi vastaisuudessa koordinoita ja toimeenpanna. Selvityksen pääpaino on tarkastella sitä, mitkä toimijat kunnissa näitä palveluja toteuttavat ja missä määrin.

Toisessa osaselvityksessä (Liite II) tarkastellaan syrjäytyneitä tai syrjäytymisvaarassa olevia nuoria, joilla on vakavia toimintakyvyn ongelmia, ja heidän kuntoutustaan. Syrjäytyneet ja syrjäytymisvaarassa olevat nuoret ovat sosiaalisen ja taloudellisen kestävyuden kannalta merkittävä ryhmä, vaikka edustavat vain pientä osaa nuorista. Osaselvityksen taustalla on hallituksen pyytämä erillisselvitys. Hallituksen valmistelemaan NEET-ohjelmaan (NEET = not in education, employment or training) liittyen halutaan selvittää Kelan ammatillisen kuntoutuksen toimeenpanoa ja kriteerien laajentamisesta siten, että nuoret, joilla on vakavia toimintakyvyn ongelmia, pääsisivät näiden palvelujen piiriin ilman diagnoosiperustetta.

Mielenterveys- ja päihdekuntoutusta käsittelevän osaselvityksen (Liite III) tavoitteena on selvittää mielenterveys- ja päihdekuntoutuksen nykytilaa Suomessa sekä kartoittaa millaiset käytössä olevat toimintakokonaisuudet ja -tavat edistävät näiden palvelujen laatua ja vaikuttavuutta. Näiden pohjalta laaditaan ehdotuksia, miten kuntoutusjärjestelmää tulisi muuttaa, jotta monialainen tuki ja kustannusvaikuttava, kokonaisvaltainen kuntoutuminen mahdollistetaan Suomessa tulevaisuudessa.

Neljännessä osaselvityksessä (Liite IV) on tarkasteltu sairauspäivärahaajärjestelmään liittyvän 30-60-90-150-säännön<sup>2</sup> kehittämismahdollisuuksia sekä laajentamista muihin asiakasryhmiin kuin työllisiin. Vaikka uusien työkyvyttömyyseläkkeiden määrä on laskenut (Sauni & Kivekäs 2015), suuri osa työkyvyttömyyseläkettä hakeneista ei ole ollut ammatillisessa kuntoutuksessa ennen työkyvyttömyyseläkkeen hakemista (kts. esim. Gould ym. 2014). Tämän osaselvityksen tavoitteena oli selvittää 30-60-90-150-säännön toimivuutta kuntoutukseen ohjaamisen ja työhön paluun näkökulmasta. Lisäksi selvityksessä oli tavoitteena muodostaa ehdotuksia järjestelmän kehittämiseksi ja sen laajentamiseksi työttömiin, yrittäjiin ja opiskelijoihin. Selvityksessä keskitytään sairauksia ja työkyvyn haasteita ennaltaehkäisevien toimenpiteiden sijaan niihin keinoihin, joita voidaan käyttää sairauspäivärahaudella jo olevien henkilöiden prosessin parantamiseen kuntoutukseen ohjaamisen ja työhön paluun tukemisen kannalta.

---

<sup>2</sup> Vuonna 2012 sairausvakuutuslakiin (1224/2004) ja työterveyshuoltolakiin (1383/2001) tehtyjen muutosten kokonaisuus, joissa asetetaan sairauspäivärahaudella kesto perustuvia määräaikoja toimenpiteille. Työnantajan on ilmoitettava työterveyshuollolle työntekijän sairauspoissaolon kestänyt 30 päivää (työterveyshuoltolaki, 1383/2001, 10 a §, 20/2012), sairauspäivärahaa on haettava Kelasta kahden kuukauden kuluessa työkyvyttömyyden alkamisesta (sairausvakuutuslaki, 1224/2004, 15 luvun 4.1 §:n 1 kohta, 19/2012), Kelan on selvitettävä kuntoutustarve viimeistään silloin, kun sairauspäiväraha ja osasairauspäiväraha päivien lukumäärä ylittää 60 päivää (sairausvakuutuslaki, 1224/2004, 12 luvun 6.1 §, 532/2009), Kelalle on toimitettava lausunto työntekijän jäljellä olevasta työkyvystä ja työssä jatkamisen mahdollisuuksista 90 sairauspäiväraha päivään mennessä (sairausvakuutuslaki, 1224/2004, 8 luvun 5 a §, 19/2012) ja 150 sairauspäiväraha päivän jälkeen Kelan tulee tiedottaa vakuutetulle kuntoutusmahdollisuuksista sekä tarvittaessa eläkkeen tai muun korvauksen hakemisesta (sairausvakuutuslaki, 1224/2004, 12 luvun 6.2 §).

Hankkeen ja osaselvitysten tutkimuskysymykset ovat koottuna alla olevassa taulukossa (taulukko 1).

## Taulukko 1. Tutkimuskysymykset

Osakokonaisuus	Tutkimuskysymykset
<b>Kokonaishanke</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mikä on kuntoutuksen järjestämisen nykytila ja mitkä ovat suurimmat haasteet?</li> <li>Mitkä ovat kuntoutuksen näkökulmasta vaikuttavia systeemitason interventioita ja mitkä ovat näiden keskeiset mekanismit?</li> </ul>
<b>Lääkinnällisen ja sosiaalisen kuntoutuksen sekä työttömien terveystarkastusten toimeenpano</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Miten lääkinällinen kuntoutus on toteutettu kunnissa? <ul style="list-style-type: none"> <li>Mikä on työnjako sairaanhoitopiirin kanssa?</li> <li>Mitä palveluita ja miten kunnat tarjoavat asukkailleen?</li> </ul> </li> <li>Miten työttömien terveystarkastukset toteutuvat? <ul style="list-style-type: none"> <li>Kuinka paljon niitä tehdään ja mikä niiden sisältö on?</li> </ul> </li> <li>Mitä sosiaalinen kuntoutus sisältää eri kunnissa ja miten se on toteutettu?</li> <li>Miten integraatio eri kuntoutuspalveluiden välillä toimii?</li> </ul>
<b>Selvitys kuntoutuksen toimeenpanosta syrjäytyneille ja syrjäytymisvaarassa oleville nuorille, joilla on vakavia toimintakyvyn ongelmia</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Minkälainen on nykyinen palvelujärjestelmä syrjäytymisvaarassa oleville nuorille, joilla on vakavia toimintakyvyn ongelmia? <ul style="list-style-type: none"> <li>Mitä haasteita nykyjärjestelmässä on?</li> </ul> </li> <li>Minkälainen palvelujärjestelmä tukisi parhaiten näiden nuorten sujuvaa kuntoutumista? <ul style="list-style-type: none"> <li>Ketkä ovat keskeiset toimijat kuntoutuksen palvelujärjestelmässä ja millä tavalla toimijoiden tulisi järjestäytyä?</li> <li>Minkälaisilla kannustimilla voidaan tukea toimijoiden tavoitteellista työtä?</li> </ul> </li> </ul>
<b>Päihde- ja mielenterveys-kuntoutusjärjestelmän kehittäminen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mikä on mielenterveys- ja päihdekuntoutuksen järjestämisen ja saatavuuden nykytila Suomessa? <ul style="list-style-type: none"> <li>Ketkä ovat kuntoutukseen osallistuvat sidosryhmät?</li> <li>Minkälaisia keskeisiä eroja kuntien välillä on järjestämisessä ja saatavuudessa?</li> </ul> </li> <li>Minkälaisia tapoja on edistää palveluiden saatavuutta, laatua ja vaikuttavuutta? <ul style="list-style-type: none"> <li>Mitkä ovat asiakas- ja palveluohjauksen keinot?</li> <li>Miten asiakassegmentoinnilla voidaan tukea saatavuuden, laadun ja vaikuttavuuden parantamista?</li> <li>Millaisia kannustimia voidaan ottaa käyttöön ja millaista seurantaä tarvitaan?</li> </ul> </li> </ul>
<b>Sairauspäiväraha-järjestelmään liittyvän 30-60-90-150-säännön kehittäminen ja mallin laajentaminen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Miten hyvin nykyinen 30-60-90-150 -sääntö toimii kuntoutukseen ohjauksen ja työhön paluun tuen näkökulmasta? <ul style="list-style-type: none"> <li>Mitä kehityskohteita ja järjestelmän kehittämisessä huomioitavia seikkoja on tunnistettu?</li> <li>Kannattaisiko sairauspäivärahakaudella olevista työntekijöistä toimittaa automaattisesti tieto työeläkevakuuttajille tietyn päivärahakertymän jälkeen?</li> </ul> </li> <li>Muodostetaan ehdotus nykyisen järjestelmän kehittämisestä ja sen käyttöön ottamisesta uusissa asiakasryhmissä: työttömällä, opiskelijoilla ja yrittäjillä. <ul style="list-style-type: none"> <li>Huomioidaan SOTE- ja TE-palveluiden järjestämisen ja tuottamisen muutokset sote- ja maakuntaudistuksessa</li> </ul> </li> </ul>

### 3 Aineisto ja menetelmät

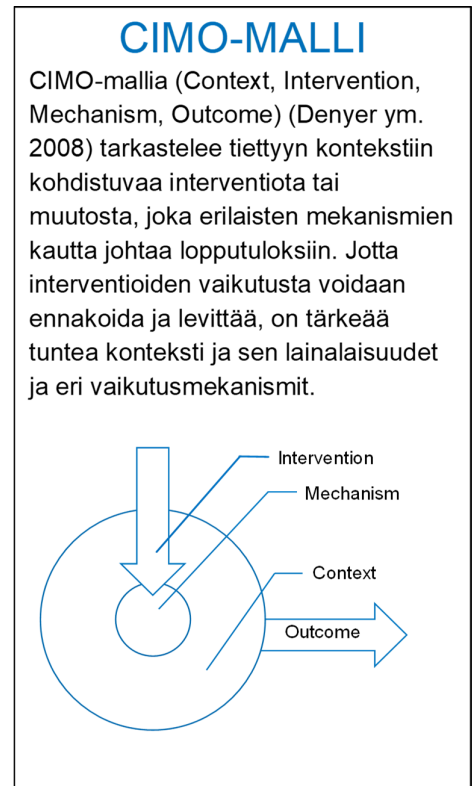
Selvityksen menetelmällisenä viitekehyksenä toimii CIMO-malli. Malli tarkastelee tiettyyn kontekstiin (tässä tapauksessa Suomen kuntoutusjärjestelmän eri osa-alueisiin) kohdistuvaa interventiota tai muutosta, joka erilaisten mekanismien kautta johtaa lopputuloksiin. Jotta interventioiden vaikutusta voidaan ennakoida, on tärkeää tuntea konteksti ja sen lainalaisuudet ja eri vaikutusmekanismit. Tässä hankkeessa interventioita ovat ehdotetut lakimuutokset, uudet palvelumuodot, muutokset tuotantorakenteessa ja järjestämisvastuissa sekä muut muutokset, jotka saavat kuntoutuksen mekanismit toimimaan. Tuotantotalouden tutkijoiden mukaan mm. kannustimet ovat merkittäviä muutoksen aikaansaajia ja siten keskeinen järjestelmäinterventio (mm. Gibbons 1998, Peltokorpi ym. 2008). Mekanismeja tässä tapauksessa ovat toimintamallit ja menetelmät, jotka vaikuttavat kuntoutuksen tuloksiin, kuten tavoitteellinen kuntoutus, asiakkaan voimaantuminen ja oikea-aikainen palveluihin pääsy.

Tässä selvityksessä osahankkeiden eri kuntoutusympäristöt toimivat konteksteina. Osaselvityksissä on pyritty ymmärtämään mekanismit, jotka vaikuttavat kuntoutustuloksiin eri asiakasryhmissä sekä tunnistamaan palvelujärjestelmätason interventiot, jotka mahdollistavat mekanismien toiminnan. Intervention voi ajatella vipuna, jota kääntämällä mekanismi alkaa toimia. Esimerkiksi jos tunnistettu mekanismi on varhainen palveluihin pääsy, yksi mahdollisia järjestelmäinterventioita ovat matalan kynnyksen palvelupisteen perustaminen ja sähköisen palvelun tarjoaminen. Lopputuloksena saadaan paremmat kuntoutumistulokset ja parempi kustannusvaikuttavuus.

Poikkeuksena tästä metodologisesta lähestymistavasta on kuntoutuksen toimeenpanon nykytilaa käsittelevä osaselvitys, johon CIMO-mallin mukainen jäsennys ei toimi. Tämä johtuu siitä, että osaselvityksessä kuvataan nykyistä työnjakoa eri toimijoiden välillä ja kuntoutuksen toteutustapaa eri osa-alueilla, eikä tarkastella järjestelmän kehittämiskohtia tai hyviin kuntoutustuloksiin johtavia mekanismeja, joiden luokittelu CIMO-mallin mukaan olisi mielekästä.

Hankkeessa käytetään teoreettisena tutkimusotteena design science -lähestymistapaa, jossa tutkimuksella pyritään ensisijaisesti ratkaisemaan käytännön ongelmia teorian muodostamisen sijaan. Siinä missä perinteinen teoreettinen tiede (theoretical science tai explanatory science) ratkoo paljon tutkituilla menetelmillä selkeästi määriteltäviä ongelmia, design science pyrkii vastaamaan etenkin ongelmiin, jotka ovat komplekseja ja heikosti määritettyjä (Holmström ym. 2009).

CIMO-mallin näkökulmasta selvityksen aineistona toimivat osaselvitykset ja niissä tehdyt löydökset, joiden pohjalta on yhteenvetoraportin lopussa vedetty johtopäätökset yleisille



kuntoutusjärjestelmätason interventiolle. Kussakin osaselvityksessä on tarkemmin kuvattuna osaselvityksessä käytetyt aineistot ja menetelmät, tulokset ja niistä tehtävät johtopäätökset.

Osaselvityksissä käytetyt aineistot ja menetelmät on tiivistetty alla olevaan taulukkoon (taulukko 2).

**Taulukko 2. Osaselvityksissä käytetyt aineistot ja menetelmät**

Osaselvitys	Käytetyt menetelmät	Aineisto	Tarkempi tutkimusalue
<b>Kuntoutuksen toimeenpano</b>	Tilastollinen analyysi	NHG Benchmarking-vertailuaineisto	Lääkinnällisen osastokuntoutuksen toimeenpano
		Kuntamaisema vertailuaineisto	Avokuntoutuksen kustannukset
	Kyselytutkimus	Kuntien xx henkilöt	Sosiaalinen kuntoutus
<b>NEET-nuoret</b>	Desk study	Vertaisarvioidut artikkelit sekä raportit ja selvitykset	Kohderyhmä ja sen tarpeet sekä nykyjärjestelmän haasteet ja kehitystarpeet
	Asiantuntijahaastattelut	24 aihealueen parissa työskentelevän asiantuntijan haastattelut	
	Tilastollinen analyysi	Julkisista lähteistä saatavilla olevat tilastot (mm. SotkaNet, Kelasto, Tilastokeskus) sekä Kelan ja Ohjaamoiden tilastot	Kohderyhmän koko ja nykyinen palveluiden käyttö
<b>Päihde- ja mielenterveys-kuntoutuksen kehittäminen</b>	Desk study	Vertaisarvioidut artikkelit sekä raportit ja selvitykset	Kohderyhmä ja sen tarpeet
	Asiantuntijahaastattelut	15 päihde- ja mielenterveyspalveluiden tai psykiatrian johtajan sekä alan tutkijoiden haastattelua	Nykyjärjestelmän haasteet ja tärkeimmät kehittämiskohdat sekä hyväksi havaitut toimintamallit.
	Timo Salmisaaren asiantuntijalausunto		Näkemyksen kokonaisvaltaisen kuntoutusjärjestelmän rakennuspalkat ja toiminnan periaatteet Eksoten kokemusten perusteella
<b>30-60-90-150 -säännön kehittäminen ja mallin laajentaminen</b>	Haastattelut	Kelan, työeläkelaitosten, työnantajien ja työterveyshuoltojen sekä valittujen muiden tahojen edustajat	
	Fokusryhmähaastattelut	Kelan ja työeläkelaitosten edustajat	
	Tilastollinen analyysi	Kelan ja Eläketurvakeskuksen aineistot	Sairauspäiväraha-kaudet, ammatillinen kuntoutus ja työkyvyttömyyseläkkeet

## 4 Osahankkeiden tulokset

### 4.1 Lääkinnällisen ja sosiaalisen kuntoutuksen sekä työttömien terveystarpeiden toimeenpano

Osaselvityksen tulosten mukaan perusterveydenhuollon avopalveluissa fysioterapia on asiakkaille useimmiten annettu kuntoutuspalvelu. Fysioterapian asiakkaita ovat suurimmaksi osaksi tuki- ja liikuntaelinkipopotilaat, aivoverenkiertohäiriöpotilaat (AVH-potilaat) ja ortopediset tai kirurgiset asiakkaat. Fysioterapian ohella kuntoutusta annetaan usein toimintaterapiana ja puheterapiana. Erona fysioterapiaan on, että näissä kahdessa muussa kuntoutusmuodossa suurimman asiakasryhmän muodostavat lapset. Nyt saatujen tulosten perusteella fysioterapian tuottaminen on vahvasti kuntien ja kuntayhtymien omissa käsissä.

Toiminta- ja puheterapiassa kunnat ostavat palveluita usein myös yksityisiltä palveluntuottajilta. Neuropsykologin ja psykoterapeutin palvelut ovat sen sijaan suurelta osin yksityisten tuottamia. Nykyään moni kunta tarjoaa osalle asiakkaista mahdollisuuden saada kuntoutuspalveluita kotiinsa. Nämä palvelut ovat selvityksen mukaan pitkälti samoja mitä perusterveydenhuollossa on tarjolla ja niiden tuotantorakenne on myös samankaltainen: kotiin vietävissä kuntoutuspalveluissa yleisimmin saatavilla olevia ovat fysio- ja toimintaterapia ja ne ovat pääsääntöisesti kuntien omaa tuotantoa. Puhe- tai psykoterapiaa ja neuropsykologin palveluita ei ole yhtä usein saatavilla kotiin vietävinä ja ne on suurelta osin ulkoistettu.

Vaativan kuntoutuksen<sup>3</sup> palveluita, joissa diagnoosina on esimerkiksi aivoverenkierron häiriö tai aivovamma, tuotetaan selvityksen mukaan pääsääntöisesti sairaanhoitopiirin kuntoutusvuodeosastolla tai sairaanhoitopiirin keskuskaupungin kaupunginsairaalan neurologisella kuntoutusosastolla. Joillain alueilla kunnat ja kuntayhtymät ostavat vaativaa kuntoutusta yksityisiltä ja kolmannen sektorin toimijoilta. Selkäydinvamman saaneiden asiakkaiden hoito, kuntoutus ja seuranta puolestaan on keskitetty Helsingin, Oulun ja Tampereen yliopistollisiin keskussairaaloihin. Vaativan kuntoutuksen lisäksi muuta laitospuolesta kuntoutusta annetaan terveyskeskussairaaloiden vuodeosastoilla neurologisille, ortopedisille ja geriatrialle kuntoutujille. Tietyissä tapauksissa vaativaa kuntoutusta voidaan myös toteuttaa avomuotoisena, jolloin asiakkaat käyvät säännöllisesti hoidossa kuntoutuslaitoksessa mutta yöpyvät kotona.

Erikoissairaanhoidossa lääkinällinen kuntoutus on yleensä organisoitu niin, että erikoisaloilla on omia yksittäisiä erityistyöntekijäresursseja käytössään kuntoutuksen toteutukseen. Eniten erityistyöntekijäresursseja on fysiatrian erikoisalalla, erityisesti fysioterapeutteja. Joissain sairaanhoitopiireissä on suunniteltu kuntoutuksen erityistyöntekijöiden keskittämistä omaan osaamiskeskukseen. Nykyisen lääkinällisen kuntoutuksen suurimmiksi haasteiksi selvityksessä nousivat kuntoutukseen osoitetut riittämättömät resurssit sekä kuntoutusketjun toimimattomuus perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä. Selvityksen mukaan kuntoutuksen integroituminen varsinaiseen sairaanhoitoon ei tällä hetkellä toteudu tavalla, joka mahdollistaisi yhdenvertaisen, kustannustehokkaan ja ohjattavan kuntoutusjärjestelmän. Kaiken kaikkiaan lääkinällisen kuntoutuksen toimeenpanon kvantifioiminen erikoissairaanhoidossa ja perusterveydenhuollossa on haastavaa puutteellisen tietopohjan vuoksi. Lisäksi lääkinällisen kuntoutuksen toteutustapa vaihtelee sairaanhoitopiiristä toiseen ja siksi on vaikeaa vertailla olemassa olevia lukuja keskenään.

Kuntien ja kuntayhtymien tuottama sosiaalinen kuntoutus pitää useimmiten sisällään sosiaalityötä ja -ohjausta, asiakastarpeiden kartoitusta, erilaisten elämänhallintasuunnitelmien tekemistä, etsivää nuorisotyötä sekä talouteen liittyvien ongelmien selvittelyä. Näiden palveluiden lisäksi tarjolla on monesti päihde- ja mielenterveyspalveluita, asumista tukevia palveluita, kuntouttavaa työtoimintaa, työpajoja sekä ryhmä- ja päivätoimintaa. Yksityisiltä yrityksiltä kunnat ostavat eniten kotiin annettavia palveluita sekä tukihenkilö/tukiperhetoimintaa, mutta kansallisesti yksityisten tuottamien palveluiden määrä jää kuntien ja järjestöjen roolia pienemmäksi. Sosiaalisella kuntoutuksella hoidetaan usein moniongelmaisten asiakkaiden elämänhallintaa, jonka kuntoon saattaminen on edellytyksenä heidän mahdolliselle paluulleen työelämään. Selvitys vahvistaa kuvaa sosiaalisen kuntoutuksen moniammatillisuudesta ja samalla myös sen hankalasta määrittelystä. Tulosten perusteella kuntien välillä on

---

<sup>3</sup> Vaativalla kuntoutuksella tarkoitetaan yleensä intensiivistä, moniammatillista kuntoutusta, jota annetaan potilaille, joilla on merkittäviä, tyypillisesti neurologisia toimintakyvyn vajeita, mutta myös kykyä kuntoutua.



merkittäviä eroja siinä, mitä kaikkia palveluita sosiaalinen kuntoutuksen palveluihin laskeaan niissä kuuluvaksi. Tämä ei sinänsä ole yllättävää, koska sosiaalihuoltolain (1301/2014) mukainen määritelmä mahdollistaa käytännössä kaikki sosiaalityön ja sosiaaliohjauksen keinoin tehtävät toimenpiteet henkilön sosiaalisen toimintakyvyn vahvistamiseksi ja syrjäytymisen torjumiseksi osaksi sosiaalista kuntoutusta. Kuntien käytäntöjen yhtenäistämistä hankaloittaa se, että sosiaalisesta kuntoutuksesta ei ole olemassa valtakunnallisesti yhteneväisiä tilastotietoja eikä sille ole vielä syntynyt selkeitä yhteisesti omaksuttuja sisältöjä tai laatukriteerejä.

Työttömien terveystarkastukset ovat kunnissa vakiintunutta toimintaa ja niitä tehdään suurimmaksi osin terveyskeskuksissa. Asiakkaat ohjautuvat niihin joko työllisyys- tai sosiaalipalveluista. Tarkastukset koostuvat usein terveydenhoitajan sekä yleislääkärin tarkastuksesta, laboratoriotesteistä, mielenterveys- ja päihdearvioinnista ja työ- ja toimintakyvyn arvioinnista. Tuloksissa huomionarvoista on se, että mikäli työttömiä ohjataan terveystarkastuksista eteenpäin, heitä ohjataan pääsääntöisesti muihin terveydenhuollon palveluihin. Tämä osaltaan vahvistaa käsitystä työttömien terveysongelmista ja samalla korostaa työttömille tehtyjen terveystarkastusten tärkeyttä. Kyselystä saatujen vastausten perusteella työttömien terveystarkastukset kuuluvat kiinteästi kuntien ja kuntayhtymien palveluvalikoimaan, mutta erityisesti toiminnan laajuudessa ja tarkastusten kirjaamisessa kuntien välillä on välillä suuria eroja.

#### **4.2 Kuntoutuksen toimeenpano syrjäytyneille ja syrjäytymisvaarassa oleville nuorille, joilla on vakavia toimintakyvyn ongelmia**

Syrjäytyneet ja syrjäytymisvaarassa olevat nuoret ovat sosiaalisen ja taloudellisen kestävyyskannalta merkittävä ryhmä, vaikka edustavat vain pientä osaa nuorista. Työttömistä tai työvoiman ulkopuolella olevista 15 - 29 -vuotiaista nuorista noin 32 000 – 39 000 kokee haasteita toimintakyvyssään. Kaikki heistä eivät ole syrjäytyneitä tai syrjäytymisvaarassa eivätkä kaikkien toimintakyvyn ongelmat ole vakavia, mutta tämä antaa arvion kuntoutusta tarvitsevien määrästä.

Syrjäytymisvaarassa olevien ja syrjäytyneiden nuorten palvelutarve on moniulotteista ja palvelukokonaisuus on usein sirpaloitunut usealle eri toimijalle eri sektoreilla. Nuorten on kyettävä pärjäämään eri palveluiden tarjonnassa ja sopeuduttava järjestelmän tiukkoihin aikarajoihin. Palvelujen laaja ja koordinoimaton tarjonta koettiin asiantuntijahaastatteluissa yhdeksi tärkeimmistä haasteista nykyisessä järjestelmässä. Erilaisia palveluita on runsaasti, mutta ne ovat pirstaleisia ja järjestelmä sekava. Erilaisista yrityksistä huolimatta palveluista ei ole onnistuttu luomaan integroitua palvelukokonaisuutta.

Syrjäytymisen riski olisi usein aikaisin havaittavissa. Asiantuntijahaastatteluissa nostettiin esille, että peruskouluissa olisi mahdollista ennaltaehkäistä syrjäytymistä. Laajempi työelämään tutustuminen ja koulun paremmat edellytykset haasteellisten oppilaiden tilanteeseen puuttumiseen mahdollistaisivat ennaltaehkäisevät toimenpiteet.

Haastatteluissa koettiin, että Kelan palveluiden piiriin pääseminen on haasteellista. Mikäli Kelan tarjoaman ammatillisen kuntoutuksen roolia kohderyhmässä halutaan laajentaa, se edellyttää ammatillisen kuntoutuksen kriteerien laimentamista. Nykyisin Kelan ammatillisen kuntoutuksen myöntäminen edellyttää asianmukaisesti todettua sairautta, vikaa tai vammaa. Mikäli sen vaihtoehdoksi hyväksyttäisiin maakunnassa tai ohjaamossa tehty

moniammatilliseen yhteistyöhön perustuva arvio alentuneesta toimintakyvystä, se mahdollistaisi kuntoutuksen tarjoamisen myös niille nuorille, jotka siitä voisivat hyötyä, vaikkei heillä olisi lääkärin määrittämää diagnoosia.

Kuvassa 3 on kiteytetty asiantuntijahaastattelussa esiin nousseita teemoja.

### Kuva 3. Keskeiset kehittämiskohteet NEET-nuorten kuntoutusjärjestelmässä

Järjestelmän pirstaleisuus	Varhainen puuttuminen	Kelan rooli
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Palvelut eivät vastaa tarpeisiin tai eivät ole oikea-aikaisia</li> <li>▪ Palvelujen saaminen vaatii nuorelta ja hänen läheisiltään motivaatiota</li> <li>▪ Viranomaiset eivät hoida velvoitettaan ohjata palveluihin</li> <li>▪ Palveluiden integroiminen on kesken</li> <li>▪ Nuoria pompotellaan palvelusta toiseen</li> <li>▪ Sektorirajat ovat este toimiville palvelukokonaisuuksille</li> <li>▪ Ammatillaisenkin on hankala hahmottaa, mikä palvelu on asiakkaalle paras</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Peruskouluissa olisi tuettava ryhmäytymistä nykyistä enemmän</li> <li>▪ Peruskouluissa olisi tarjottava työelämään tutustumista nykyistä enemmän</li> <li>▪ Haasteellisia oppilaita on tuettava</li> <li>▪ Peruskouluun on integroitava kuntoutusta</li> <li>▪ Etsivään nuorisotyöhön voitaisiin olla yhteydessä ennakovasti</li> <li>▪ Opettajien olisi tartuttava rohkeammin haasteisiin</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Kela on joustamaton</li> <li>▪ Hankittava ensiksi hoitava taho terveydenhoidosta</li> <li>▪ Diagnoosirajausta voitaisiin laventaa tai luopua siitä joidenkin palveluiden kohdalla</li> <li>▪ Ammatilliseen kuntoutukseen voi olla liian suuri kynnyks, vaikka diagnoosi olisikin</li> <li>▪ Kela voisi ottaa kokonaisvastuuta nuorten kuntoutuksesta</li> <li>▪ Yksi malli voisi olla sellainen, että maakunnat rahoittaisivat, mutta Kela olisi järjestäjä ja myös kehittäisi palveluita</li> </ul>

#### 4.3 Päihde- ja mielenterveyskuntoutusjärjestelmän kehittäminen

Päihde- ja mielenterveyskuntoutusta käsittelevän osaselvityksen keskeiset tulokset liittyen nykyjärjestelmän haasteisiin ja keskeisiin kehittämiskohtiin ja hyviin esimerkkeihin on esitetty kuvassa 4.

#### Kuva 4. Keskeiset kehittämiskohdat mielenterveys- ja päihdekuntoutuksen järjestämisessä ja tuottamisessa sekä hyväksi havaittuja toimintamalleja

Nykyjärjestelmän haasteet	Järjestämisen kehittäminen	Palvelutuotannon kehittäminen	Hyväksi havaittuja toimintamalleja
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Palveluiden huono tai eriarvoinen saatavuus: kotikunta, oma aktiivisuus ja varallisuus vaikuttavat</li> <li>• Osa haluttomia hakeutumaan palveluihin</li> <li>• Palvelujärjestelmä on hajanainen ja hoitokeitjuissa epäjatkuvuuskohtia</li> <li>• Taloudellisten kannustimien puute järjestäjällä sekä tuottajilla</li> <li>• Työllistyminen on haastavaa, vaikka työ on tärkeä osa kuntoutumista</li> <li>• Vankeinhoidon kuntoutus on heikkoa ja vapautumisen yhteydessä epäjatkuvuuskohta</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Järjestämisvastuun keskittäminen maakuntaan on hyvä asia. Mahdollistaa mm. yhtenäisten "käypä hoito" –näkömyksen luomisen</li> <li>• Valinnanvapaus on miepä-kuntoutujille haasteellinen</li> <li>• Kelan rooli on haastava: toisaalta se on toiminut hyvin kevyiden ongelmien hoidossa, toisaalta kuntoutuspsykoterapia ei ole integroitu ESH:n psykiatria</li> <li>• Asumisen järjestäminen on keskeinen kysymys, joka tulee ratkaista, sillä asunnon saaminen vapailta markkinoilta on haastavaa</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tarvitaan matalan kynnyksen lähipalvelupiste, jossa osataan ohjata</li> <li>• ESH-palveluiden saatavuuden on oltava hyvä ja konsultaatioiden olisi hyvä jalkautua sote-keskuksiin</li> <li>• Digitaaliset työkalut käyttöön (sekä e-palvelut että tuotannon tuki)</li> <li>• Palvelutarve on usein pitkäaikainen, joten palvelun pitää tulla lähelle asiakasta</li> <li>• Päihde- ja mielenterveys-palveluiden integroituminen samaan palvelupisteeseen ja integroitujen palveluiden tarjoaminen</li> <li>• Huolehdittava myös somaattisista tarpeista</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Integroidut palvelupisteet, joista tukea sekä päihde-että mielenterveysongelmiin</li> <li>• Kotiin vietävät palvelut</li> <li>• Etsivä työ toimii nuorilla; olisi hyvä laajentaa muihin asiakasryhmiin</li> <li>• Nopea palveluihin ohjaus ja terapian tarjoaminen heti, kun ongelma ilmenee</li> <li>• Erikoistason ja perustason integrointi: hyvän konsultointimahdollisuudet ja yhteisvastaanotot kasvattavat PTH:n osaamista</li> <li>• Vertaistuki ja kokemusasiantuntijuus motivoi asiakkaita</li> </ul>

Asiantuntijahaastatteluissa esiin nousseet teemat mielenterveys- ja päihdekuntoutuksen haasteista ja kehittämiskohdista keskittyvät pitkälti integraation puutteeseen monelta eri näkökulmalta: järjestämisvastuun integraatio, vertikaalinen erikoissairaanhoidon-perusterveydenhuolto –integraatio (uudessa sote-järjestelmässä palvelujen yhteensovittaminen maakunnan liikelaitoksen vastuulla), asiakastason integraatio (integroitu kuntoutussuunnitelma ja palvelukokonaisuus sekä integroidut palvelut). Toinen usein esiin nouseva kehittämiskohta on palveluiden piiriin pääsyn helpottaminen sekä parantamalla saatavuutta (nopeuttamalla palvelutarpeen arvion ja hoitoon pääsyä) että madaltamalla kynnystä hakeutua palveluiden piiriin (perustamalla matalan kynnyksen palvelupisteitä sekä sähköisiä yhteydenotomahdollisuuksia).

#### 4.4 Sairauspäiväraha-järjestelmään liittyvän 30-60-90-150-järjestelmän kehittäminen ja mallin laajentaminen

30-60-90-150-järjestelmää koskevassa osaselvityksessä esille nousseet haasteet voidaan jakaa neljään eri ryhmään: prosessin hajanaisuus, tiedonkulun puutteet ja eri toimijoiden kannustimet, sekä yksittäiset muut haasteet. Näihin liittyviä tarkempia teemoja on esitetty kuvassa 5. Nykyisen mallin laajentamista niin, että 90 sairauspäivärahapäivän täyttymisestä lähetettäisiin tieto työeläkevakuuttajalle, pidettiin kannatettavana. Keskeistä ilmoitusmenettelyn toimivuuden ja asiakkaan kuntoutumismahdollisuuksien kannalta on kuitenkin ilmoituksen ajankohta ja sisältö. Osaselvityksessä nousi esille työttömien tilanteen erityispiirteitä, jotka aiheuttavat ongelmia sekä kuntoutukseen ohjautumisen että tiedon saamisen kannalta ja jotka tulisi huomioida tulevaa mallia laadittaessa. Näitä ovat työterveyshuoltoa vastaavan tahon puute, haasteet sairausloman saamisessa, sairauspäivärahan hakemattomuus ja työttömien terveystarkastusten toimivuus. Yrittäjillä haasteeksi nousi esille työterveyshuollon puute, joka vaikeuttaa kuntoutustarpeen havaitsemista ja tiedon kulkua. Yrittäjillä erityispiirteinä, mallien kehittämisen kannalta on yrityksen taloudellisen menestyksen vahva yhteys yrittäjän henkilöön. Opiskelijoilla keskeisiä tarpeita ovat palveluihin ohjaava taho ja tilanteen seuranta.

## Kuva 5. Sairauspäiväraahajärjestelmään liittyvän 30-60-90-osaselvityksen tulokset teemoittain

Prosessin hajanaisuus	Tiedonkulkuun liittyvät haasteet	Kannustimiin liittyvät haasteet	Muut haasteet
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Asiakkaan vastuuseen liittyvät havainnot</li> <li>• Hoitavan tahon toimintaan liittyvät haasteet</li> <li>• Tarkistuspuisteiden ajankohta ja tiheys, puuttumisen ajankohta</li> <li>• Tiedonkulun ja yhteistyön haasteet organisaatioiden välillä</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Systemaattisen tiedonjakojärjestelmän puute</li> <li>• Yhteydenottotavan yhteys tiedon vaikuttavuuteen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Asiakkaan rahalliset kannustimet</li> <li>• Työnantajien ja työterveyshuoltojen kannustimet ennaltaehkäistä ja havaita kuntoutustarvetta sekä tarjota työtä osatyökykyisille</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kuntoutuksen sisältö ja ajoitus</li> </ul>

### 4.5 Kuntoutujien segmentointi

Kuntoutujat voidaan segmentoida monella eri tavalla. Yksi tapa on elinkaariajattelu, jossa kuntoutujat luokitellaan iän perusteella. Elämänkaarimalliin perustuva segmentointi on mielekäs siinä mielessä, että eri ikäryhmillä on tyypillisesti erilaiset tarpeet ja tavoitteet kuntoutukselle, he käyttävät osittain eri palveluita ja nykytilassa heidän kuntoutuspalveluidensa järjestämisestä vastaavat osittain eri tahot. Elämänkaaren nivelvaiheet ovat myös kohtia, joissa kuntoutustarpeita tyypillisesti ilmenee, kuten siirtymisessä lapsesta nuoreksi ja nuoresta aikuiseksi ja osaksi työelämää. Alla olevassa taulukossa (taulukko 3) on esitettyä asiakassegmentit elämänkaarimallin mukaan luokiteltuna, segmenttien tyypilliset kuntoutustarpeet ja palvelut sekä järjestäjä- ja tuotantotahot.

### Taulukko 3. Elämänkaarimallin mukaiset asiakassegmentit ja kuntoutujien tyypilliset kuntoutustavoitteet, kuntoutustarve sekä kuntoutuksen järjestämisestä ja tuottamisesta vastaavat tahot tulevassa maakuntamallissa

Asiakassegmentti (keskeiset alasegmentit)	Kuntoutuksen tavoite	Tyypillinen kuntoutustarve	Kuntoutuksen järjestäjät tulevaisuudessa	Kuntoutuksen palveluntuottajat tulevaisuudessa
<b>Lapset</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vammaiset</li> <li>• Viivästynyt kehitys</li> <li>• Traummat</li> </ul>	Koulussa selviytyminen tms, harrastaminen	Lääkinnällinen kuntoutus Kasvatuksellinen kuntoutus	Maakunta (PTH:n ja neuvolan kuntoutus), Kunta (oppilashuolto), Kela (vaativa kuntoutus)	Sote-keskus, Maakunnan liikelaitos, Kunta, Yksityiset palveluntuottajat
<b>Nuoret</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mielenterveyskuntoutujat (mm. masennus, työttömyys)</li> <li>• Päihdeongelmaiset</li> <li>• Syrjäytymisvaarassa olevat (NEET-nuoret)</li> <li>• Traummat</li> </ul>	Opiskelu, työelämään kiinnittyminen	Miepä-kuntoutus, Sosiaalinen kuntoutus, Ammatillinen kuntoutus, Lääkinnällinen kuntoutus	Maakunta (PTH:n ja ESH:n lääk. kuntoutus, miepä- ja sosiaalinen kuntoutus), Kunta (opiskelijahuolto, nuorisotoimi, ohjaamo), Kela (etuudet, ammatillinen kuntoutus, psykoterapia, vaativa kuntoutus)	Maakunnan liikelaitos, Sote-keskus, Kunta Yksityiset yritykset ja Kolmannen sektorin toimijat (sekä maakunnan että Kelan järjestämissä palveluissa)
<b>Työikäiset</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mielenterveyskuntoutujat (mm. masennus, työttömyys)</li> <li>• Päihdekuntoutujat</li> <li>• Tuki- ja liikuntaelinkuntoutujat</li> <li>• Neurologisista sairauksista kärsivät</li> </ul>	Työssä jatkaminen ja jaksaminen	Miepä-kuntoutus, Lääkinnällinen kuntoutus, Ammatillinen kuntoutus, Sosiaalinen kuntoutus	Maakunta (PTH:n ja ESH:n lääk. kuntoutus, miepä- ja sosiaalinen kuntoutus, vammaispalvelut), Kela (etuudet, ammatillinen kuntoutus, psykoterapia, vaativa kuntoutus) Työnantajat (työterveyshuolto, työkyvyn ylläpito) Työeläkelaitokset (ammatillinen kuntoutus)	Maakunnan liikelaitos, Sote-keskus, maakunnan liikelaitos, Työterveyshuollot. Yksityiset yritykset ja Kolmannen sektorin toimijat (maakunnan, Kelan, työeläkelaitosten ja vakuutuslaitosten järjestämissä ja korvaamissa eri

<ul style="list-style-type: none"> <li>Vammaiset henkilöt osatyökykyiset</li> <li>Traumat + ammattitaudit</li> </ul>			Vakuutuslaitokset (ammatillinen kuntoutus; liikennevakuutus sekä työtapaturma- ja ammattitautivakuutus),	kuntoutus- ja asumispalveluissa)
<b>Ikäihmiset</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Muistisairaat</li> <li>Heikko fyysinen toimintakyky ("raihnaiset")</li> <li>Neurologiset ongelmat</li> <li>Mielenterveys- ja päihdekuntoutajat</li> <li>.</li> </ul>	Mahdollisimman itsenäisen ja mielekäs elämä kotona asuen	Lääkinnällinen kuntoutus, Geriatrinen kuntoutus, Kotikuntoutus	Maakunta (PTH:n ja ESH:n lääk. kuntoutus, vanhus- ja vammaispalveluiden kuntoutus)	Maakunnan liikelaitos, Sote-keskus, Yksityiset vammais- ja vanhuspalveluntuottajat

Toinen segmentointinäkökulma perustuu kuntoutuksen tavoitteeseen (lähde: Salmisaari):

- **Paranemisen** tavoite on palauttaa toimintakyky sairastumista tai tapaturmaa edeltävälle tasolle.
- **Aktivoitumisen** tavoite on keskeytyneen kehityksen käynnistäminen uudelleen
- **Toipumisen** tavoitteena on parantaa toimintakykyä ja minimoida sairaudesta aiheutuvia haittoja, vaikka paraneminen ei olisikaan mahdollista
- **Ennallaan pysymisen** tavoitteena on estää tai hidastaa toimintakyvyn heikkeneminen

Nämä segmentit menevät ristiin elämänkaarimallin segmenttien kanssa, sillä samassa ikäryhmässä olevilla kuntoutujilla voi olla erilaiset tavoitteet. Kuitenkin aktivoitumista esiintyy eniten lapsilla ja nuorilla, kun taas ennallaan pysyminen on tyypillisintä ikäihmisillä.

Kolmas segmentointinäkökulma jakaa kuntoutustarpeet jatkuviin ja päättyviin. Paranemiseen tähtäävä kuntoutus on tyypillisesti päättyvää, kun taas toipumiseen ja ennallaan pysymiseen tähtäävä kuntoutus on jatkuvaa, joskin kuntoutuksen intensiteetti vaihtelee.

Neljäs segmentointinäkökulma jakaa kuntoutustarpeet kevyisiin ja raskaisiin. Kevyet kuntoutustarpeet tarvitsevat pelkästään avomuotoisia palveluita ja tyypillisesti vain yhdenlaista kuntoutusta, esimerkiksi murtuneen raajan kuntouttaminen tai lievästi masentuneen psykoterapia. Raskaat kuntoutustarpeet puolestaan voivat vaatia laitospalveluita, moniammatillista yhteistyötä ja monta erilaista kuntoutusmuotoa, kuten mielenterveysongelmista kärsivä, syrjäytymisvaarassa oleva nuori, tai vakavan aivoinfarktin saanut potilas.

Kuntoutujien segmentointi on perusteltua palvelutuotannon organisoinnin tehostamisen ja asiakaslähtöisyyden parantamisen näkökulmasta. Kun asiakkaita segmentoidaan tarpeiden näkökulmasta, voidaan jokaiselle asiakasryhmälle suunnitella tarpeisiin mahdollisimman hyvin vastaava tapa tuottaa palvelut.

## 5 Johtopäätökset

Kokonaisvaltaisen kuntoutuksen onnistuminen on viime kädessä yksilön selviytymistä arjesta. Rehabilitaation ja habilitaation perimmäisinä tavoitteina on, että toiminta- ja työkyky voidaan parantaa, niin että yksilö selviytyy arjen askareista. Kuntoutusjärjestelmän vaikutavuuden näkökulmasta onkin keskeistä, onko lapset ja nuoret onnistuttu pitämään kiinni koulutuksessa, työkäiset töissä ja pärjäävätkö ikääntyneet kotona.

Järjestäjän näkökulmasta kuntoutuksen tavoitteellinen järjestäminen on haastava tehtävä. Kuntoutus on sirpaloitunut useiden toimijoiden järjestämäksi, jossa usein ei ole yhtä selkeää vastuutahoa. Kun järjestäjällä ei ole myöskään luotettavaa tietoa kuntoutuksen

toteutumisesta hyödynnettävissä, ei ole myöskään mahdollista rakentaa tavoitteita tukevia ohjausmekanismeja. Tämä johtaa tilanteeseen, jossa järjestelmän toimijoiden ohjaaminen ei ole kenenkään käsissä, millään taholla ei ole kokonaisuudesta selkeää kuvaa eikä myöskään selkeitä kannustimia asian järjestämiseen.

Tuottajan näkökulmasta kuntoutuksen järjestämistä hankaloittaa se, että yksilön kokonaistilanteen hahmottamista ei tueta riittävästi. Tietojen liikkumisen osalta tulevat vastaan lainsäädännölliset esteet nähdä toisten relevanttien tahojen tietoja asiakkaasta. Rahoitusjärjestelmä ei myöskään kannusta tuottajia tekemään pitkän aikavälin ratkaisuja, jotka ovat usein kuntoutuksessa keskeisessä roolissa.

Asiakkaan näkökulmasta järjestelmän pirstaleisuus on erityisen haasteellista, koska palveluita joutuu etsimään ja hakemaan eri tahoilta ilman selkeää palveluohjausta. Tavoitteellisuuden ja kokonaisvastuun puute on asiakkaan kannalta turhauttavaa, kun asiakkaan kokonaisvaltaista tilannetta ei tueta kuntoutuksen mahdollistamiseksi.

Tässä selvityksessä johtopäätöksenä esitetään kehitysehdotuksia kuntoutusjärjestelmään, jotka parantavat tilannetta sekä järjestäjän, tuottajien että asiakkaiden näkökulmasta. Osaselvityksissä kutakin kuntoutuksen osa-aluetta on tutkittu kyseessä olevassa kontekstissa ja asiakasryhmien näkökulmasta. Osaselvityksissä on tunnistettu CIMO-logiikan mukaisesti kuntoutuksen järjestämisen systeemitasolta keskeiset interventiot (interventions), mekanismit (mechanisms) ja niiden lopputulokset (outcomes). Näistä johdettiin yleiset koko kuntoutusjärjestelmää koskevat interventiot ja mekanismit (taulukko 4). Osaselvityksissä on konkretisoitu näiden interventioiden toteutusta asiakasryhmäkohtaisesti uuteen sote-järjestelmään sovitettuna. Tähän taulukkoon interventiot on kuvattu yleisellä tasolla kaikkiin kuntoutuskonteksteihin soveltuvina.

#### Taulukko 4. Yhteenvedo eri osaselvityksistä (konteksteista) johdetuista ylätason kuntoutusjärjestelmän kehittämisinterventioista, niiden laukaisemista mekanismeista ja tavoitelluista tuloksista

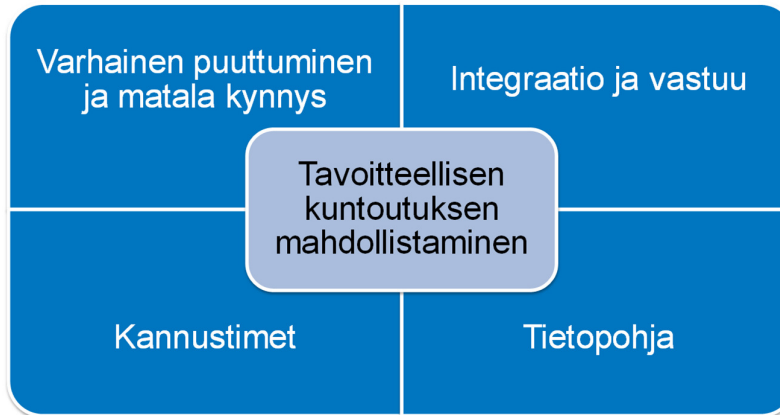
Context	Intervention	Mechanism	Outcome
Miepä, NEET	Järjestämisyhteistyön keskittäminen	Järjestäjällä on suuremmat kannustimet panostaa kuntoutukseseen, mitä suurempi osa palveluketjusta on sen vastuulla ja jos se myös vastaa huonon toiminta- tai työkyvyn kustannuksista.	Vaikuttavaan kuntoutukseen investoidaan, asiakkaiden pallottelu vähenee ja väliinpuotoajia on vähemmän.
Miepä, NEET, 30-60-90-150	Tunnistaminen	Erlaisilla seulontamenetelmillä (mm. sähköisillä algoritmeilla) voidaan tunnistaa aikaisemmassa vaiheessa kuntoutustarpeessa olevia. Etsivällä työllä puolestaan voidaan saada kuntoutuksen piiriin henkilöitä, jotka eivät välttämättä olisi itse hakeutuneet palveluihin.	Kuntoutustoimenpiteet ovat nykyistä oikea-aikaisempia ja kuntoutuksen piiriin saadaan paremmin tarpeessa olijat. Kuntoutusinterventioiden kustannusvaikutus paranee.
Miepä, NEET	Hyvä saavuus / matalan kynnyksen palvelut	Nopea hoitoon pääsy mahdollistaa puuttumisen asiakkaan tilanteeseen ennen kuin ongelmat ovat kasvaneet suuriksi. Tilanteesta riippuen tämä saattaa edellyttää erityis- ja perustason nykyistä parempaa integroitumista, jotta oikean tasoisen asiantuntijan arvio tai hoito saadaan nopeasti. Matalan kynnyksen palvelut rohkaisevat asiakkaita hakeutumaan palveluiden piiriin ajoissa ja siitä huolimatta, että esim. mielenterveys- tai päihde-kuntoutustarvetta voidaan pitää leimaavana.	Ongelmiin puuttuminen varhaisessa vaiheessa johtaa todennäköisesti parempaan lopputulokseen kuntoutujan toimintakyvyn näkökulmasta ja aiheuttaa vähemmän kustannuksia järjestäjälle.
Miepä, NEET, 30-60-90-150	Kuntoutustarpeen arvioinnin ja suunnitelman integrointi	Asiakkaan koko kuntoutuskokonaisuus suunnitellaan yhdellä kertaa, tarvittaessa moniammatillisesti ja monialaisesti, jolloin kokonaisuus on harkittu, vastaa asiakkaan tarpeita ja eri toimenpiteet voidaan ajoittaa oikea-aikaisesti. Myös asumisen ja toimeentulon turvaaminen suunnitellaan osana kuntoutussuunnitelmaa. Kaikki järjestäjätahot sitoutuvat suunnitelmaan. Tällöin yhteinen suunnitelma auttaa tilanteissa, jossa järjestämisyhteistyö ei voida keskittää koko palvelukokonaisuuden osalta.	Palvelukokonaisuus on asiakkaalle sujuva, palvelut ovat nykyistä oikea-aikaisempia ja muodostavat harkittuja kokonaisuuk- sia.

<b>Miepä, NEET, 30-60-90-150</b>	Palveluiden koordinaation keskittäminen	Kun palvelutarve on laaja-alainen ja etenkin monituottajaympäristössä on tärkeää, että asiakkaalla on rinnallakulkija, joka koordinoi palvelut yhdeksi kokonaisuudeksi suunnitelman perusteella ja seuraa suunnitelman ja tavoitteiden toteutumista.	Mahdollistaa sujuvat hoito- ja palveluketjut ja edesauttaa tavoitteellisuuden toteutumista. Asiakkaan palvelukokonaisuus on sujuva. Palveluiden kustannusvaikuttavuus paranee.
<b>Miepä, NEET</b>	Integroidut palvelut: monta yhtäaikaista kuntoutustarvetta	Jos asiakkaalla on monta yhtäaikaista kuntoutustarvetta, niiden ratkaisu tulisi tehdä tarvittaessa yhtäaikaaisesti, sillä haasteet voivat riippua toisistaan. Integroidut palvelut ovat tällöin vaikuttavampia kuin yksittäisiin toimintakyvyn vajauksiin kohdentuvat toimenpiteet.	Palvelut ovat nykyistä vaikuttavampia, kun kyseessä on haastava asiakas.
<b>Miepä, NEET, 30-60-90-150</b>	Työllistymisen tai opiskelun edistäminen	Työssä käyminen tai opiskelu tai niiden kaltaisten olosuhteiden järjestäminen on todettu tärkeäksi tekijäksi kuntoutumisen onnistumisessa. Osatyökykyisten työllistymisen tai opiskelun tukeminen ja erilaisen työtoiminnan järjestäminen ja näiden linkittyminen kuntoutustoimenpiteisiin (osana integroitua palvelukokonaisuutta) auttaa pääsemään hyvin lopputuloksiin.	Parempi vaikuttavuus kuntoutusinterventioille
<b>Miepä, NEET, 30-60-90-150</b>	Vaikuttavuuden perustuvien kannustimien käyttöön-otto	Kannustimet tukevat tuottajien tavoitteellista toimintaa painamalla palvelun tuloksia suoritteiden sijaan. Asiakkaan kannustimet motivoivat omaehtoiseen kuntoutumiseen ja tavoitteisiin pyrkimiseen. Tulisi välttää negatiivisia taloudellisia kannustimia (esim. kuntoutusraha on suurempi kuin opintotuki tai perustoi-meentulotuki). Järjestäjät tarvitsevat kannustimien investoita kuntoutukseen: myös järjestäjien tulisi hyötyä hyvistä tuloksista (tai vähintään kärsiä syrjäytyneiden nuorten määrän kasvusta).	Kun järjestäjän, tuottajan ja kuntoutujan kannustimet ovat linjassa ja kannustavat kohti parempaa toimintakykyä, myös mahdollisuudet onnistua ovat suuremmat. Ideaalitilanteessa kaikki osapuolet hyötyvät hyvistä kuntoutustuloksista: järjestäjältä säästyy rahaa pitkällä aikavälillä, kuntoutujan elämänlaatu ja mahdollisesti tulo-taso kohenevat töihin paluun kautta ja tuottaja ansaitsee suu-remman palkkion onnistuneesta kuntoutuksesta.
<b>Miepä, NEET, 30-60-90-150</b>	Segmentointi: erilaisia palveluita tarpeen mukaan	Palvelujärjestelmässä pitää olla kevyitä palveluita (esim. sähköisiä palveluita, neuvontapalveluita ja lyhytterapioita) asiak- kaille, joiden ongelmat ovat yksinkertaisia, sekä raskaita palve- luita niille, joiden ongelmat ovat moninaisia ja haastavia. Tämä mahdollistaa toisaalta sujuvien prosessien rakentamisen niille, joilla on tarve vain yhdenlaiselle kuntoutukselle (esim. ammatil- liseen kuntoutukselle) ja toisaalta tarjota enemmän tukea niille, joilla on laaja-alainen kuntoutustarve. Tällöin palvelut kohtaavat tarpeet nykyistä paremmin.	Kustannusvaikuttavammat palve- lut ja sujuvammat palveluprosessit
<b>Miepä, NEET</b>	Parempi tieto- johtami- nen	Tarvitaan selkeät mittarit, jotta voidaan seurata 1) yksittäisen asiakkaan kuntoutumisen edistymistä, 2) palveluntuottajan toi- minnan vaikuttavuutta ja 3) järjestelmätason muutoksia mm. kustannusvaikuttavuudessa. Ilman hyvää tietopohjaa ei myöskään voida laatia vaikuttavuuteen perustuvia kannustimia tuot- tajille.	Kuntoutuksessa siirrytään entistä tavoitteellisempaan toimintata- paan. Palveluiden kustannusvai- kuttavuus paranee.

Kuntoutuksen keskeisenä tavoitteena on palauttaa, ylläpitää ja parantaa toiminta- ja/tai työ- kykyä. Tavoitteellisuuden puute yksilön kuntoutuksessa on kuitenkin nostettu yhdeksi kes- keisistä haasteista nykyisessä kuntoutusjärjestelmässä. Kokonaisuudesta vastaavan tahon puute on osasy sille, miksi tavoitteellisuus ei toteudu. Kuten Timo Salmisaari on nostonut esille asiantuntijalausunnossaan, palvelukokonaisuuden toteutus vaatiikin uudenlaisen pal- velurakenteen, jossa ajurina toimii subjektiivinen palvelutarve. Mitä enemmän palvelutarve koostuu eri teemojen kombinaatiosta, sitä enemmän tilanne asettaa haasteita lähestymistä- voille ja käytettäville työkaluille. Tavoitteellisuuden kehittäminen edellyttää myös, että kun- toutujaa kuunnellaan ja hänelle tärkeitä asioita nostetaan tavoitteiksi. Tämä myös motivoi kuntoutujaa ottamaan vastuuta omasta kuntoutumisestaan. Kuvassa 6 on nostettu systeem- itason interventiot, jotka mahdollistavat tavoitteellisen kuntoutusjärjestelmän toteutuksen.



**Kuva 6. Systeemitason interventiot tavoitteellisen kuntoutuksen mahdollistamiseksi**



### 5.1 Varhainen puuttuminen ja matala kynnyks

Osaselvityksissä korostui varhaisen puuttumisen merkitys kuntoutuksen vaikuttavuudessa. Nopeammalla puuttumisella yksilön tilanteeseen voidaan ehkäistä tilanteen eskaloitumista vaativammaksi. Erilaisten digitaalisten seurantamenetelmien tai tilanteen kehittymistä ennakkoivien riskimittarien tuominen toimijoiden tueksi voisivat mahdollistaa paremman varhaisen puuttumisen. Myös perinteisempien, toimivaksi havaittujen menetelmien kuten etsivän nuorisotyön roolin korostaminen ja toimintamallin laajentaminen myös muihin asiakasryhmiin on varhaisen puuttumisen kannalta keskeistä.

Matalan kynnyksen palvelut rohkaisevat asiakkaita hakeutumaan palveluiden piiriin ajoissa ja siitä huolimatta, että esim. mielenterveys- tai päihdekuntoutustarvetta voidaan pitää leimaavana. Matalan kynnyksen palveluiden sekä etsivän työn ansioista on mahdollista saada palveluiden piiriin myös sellaisia henkilöitä, jotka tällä hetkellä eivät hakeudu palveluihin, vaikka heillä olisi selkeä palvelutarve. Matalan kynnyksen palveluissa kyky ohjata riittävän vaativiin palveluihin ja näiden palveluiden piiriin pääseminen mahdollisimman nopeasti on tärkeää. Tämä saattaa edellyttää tilanteesta riippuen esimerkiksi erityistason ja perustason nykyistä parempaa integroitumista, jotta oikean tasoisen asiantuntijan arvio tai hoito saadaan nopeasti.

### 5.2 Integraatio ja vastuu

Osaselvitysten perusteella korostuu, että kokonaisvastuuta asiakkaista, etenkin monialaisen palvelutarpeen osalta, ei ole, vaan vastuu on hajaantunut. Organisaatorajat ylittävät palvelutarpeet, joko palveluvalikoiman tai vaativuuden vuoksi, ovat perinteisesti olleet hankalia vastata järjestelmätasolla. Lisäksi kuntoutuksessa, etenkin päihde- ja mielenterveyskuntoutuksessa, on myös ikäperustaisia nivelvaiheita, joissa vastuutahot muuttuvat, mikä aiheuttaa haasteita palvelun jatkuvuudelle ja sujuvuudelle.

Kokonaisvastuun keskittäminen sekä järjestämisen tasolla että yksittäisen asiakkaan palvelukokonaisuuden tasolla ovat olennaisia kuntoutusjärjestelmän uudistuksen onnistumisessa. Kuntoutuksen uudistamiskomitean (STM 2017) ehdotus siirtää Kelan vaativan lääkinnällisen



kuntoutuksen ja kuntoutuspsykoterapian järjestämisvastuu maakunnille on linjassa tämän kanssa.

Tavoitteellisuuden ongelma korostuu etenkin niillä asiakkailla, joilla on laajoja organisaatio-rajaja rikkovia kuntoutustarpeita. Nämä monialaisten palvelujen tarvitsijat hyötyisivät raskaammista malleista, joissa yksi ammattilainen ottaa vastuun asiakkaan palvelukokonaisuuden koordinoinnista. Järjestelmän tulisi kuitenkin pystyä segmentoimaan nämä yksilöt laajemmasta kuntoutuksen tarpeesta olevien joukosta, koska kaikkien tilanteeseen ei voida puuttua yhtä raskailla menetelmillä. Erityisesti haasteena on määritellä palvelutarpeiden mukaisiin teemoihin vastaaminen toimintokohtaisesti ja houkuttaa sekä sitouttaa eri toimijat siihen. Kevyemmän tai yhden tahon kokonaisuudessa järjestämisen kuntoutustarpeen osalta tavoitteellisuus toteutuukin usein paremmin. Näille asiakkailla palvelujärjestelmän tulee pystyä tarjoamaan sujuvia prosesseja.

### 5.3 Kannustimet

Tavoitteellisuus toteutuu parhaiten, mikäli kaikilla osapuolilla, järjestäjällä, tuottajilla ja kuntoutujalla itsellään on kannustimet, jotka edistävät toimintakyvyn paranemista. Kannustimet ymmärretään yleensä taloudellisina kannustimina, mutta etenkin yksilötasolla myös muut tekijät, kuten altruistinen hyvän tekeminen tai oman elämänlaadun paraneminen voivat kannustaa toimijoita. Ohjauskeinona käytettävät kannustimet ovat kuitenkin tyypillisesti taloudellisia.

Jotta taloudellisia kannustimia voidaan kiinnittää kuntoutuksen tuloksiin, tarvitaan riittävä tietopohja, josta voidaan laskea eri toimijoiden vaikuttavuutta kuvaavia mittareita. Lisäksi tarvitaan johtamis- tai ohjaamisjärjestelmä, joka määrittää, miten vaikuttavuuden seuranta ja järjestäjän tai tuottajien arviointi toteutetaan. Tämän jälkeen laaditaan palkitsemismallit järjestäjälle, tuottajille ja mahdollisesti myös kuntoutujalle itselleen.

Tarve maakuntien kannustimille riippuu kuntoutuksen hyötyjen ja kuntouttamatta jättämisen haittojen kohdentumisesta. Jos maakunta vastaa kuntoutuksesta sekä sen seurauksista, ovat kannustimet sisään rakennettuja. Maakunnan tapauksessa tämä toteutuu ikäihmisten osalta: huono toimintakyky johtaa asumispalvelutarpeeseen, josta koituu maakunnalle merkittäviä kustannuksia. Työikäisten kohdalla kuntoutuksen epäonnistumisen kustannukset kohdistuvat työttömyysetuuksien ja työkyvyttömyyseläkkeiden maksajille ja rahoittajille: Kellalle, työnantajille, työeläkelaitoksille ja työttömyyskassoille. Maakunnalla on tulevaisuudessa keskeinen rooli erityisesti työttömien työikäisten kuntoutustarpeen havaitsemisessa ja kuntoutuksessa: TE-palveluissa, päihde- ja mielenterveyspalveluissa ja -kuntoutuksessa, lääkinnällisessä kuntoutuksessa ja ammatillisen kuntoutuksen tarpeen havaitsemisessa. Mikäli maakunnalla ei ole rahoitusvastuuta työttömyydestä tai työkyvyttömyydestä, sisäänrakennettua taloudellista kannustinta työttömien kuntoutukseen ei ole. Vaihtoehtoina ovat siirtää työmarkkinatuen kuntaosuuden maksuvelvollisuutta maakunnalle (sanktio) tai palkita hyivistä työllistämistuloksista (bonus). Nykymallissa sen sijaan maakunta saa enemmän rahoitusta, mikäli työttömyysaste on korkea. Toisaalta kustannusvastuu työkyvyttömyydestä ja työttömyydestä on perusteltua vain, jos maakunnalla on riittävät mahdollisuudet työllisyyden tukemiseen: onko esimerkiksi mahdollisuutta tukityöllistämiseen, työkokeiluihin ja "välityömarkkinoiden" kautta osallistamiseen? Mikä on jatkossa kuntien rooli ja vastuu työllisyyden tukemisessa? Koska maksajia, hyötyjiä ja palveluntuottajia on useita, tulisi työkyvyttömyyden ja työttömyyden hoitoon joka tapauksessa rakentaa tiivis yhteistyömalli.

Kuitenkin vaikka maakunnalla on sisäänrakennettu kannustin huolehtia ikäihmisten toimintakyvystä, tarvitaan päätöksentekoon läpinäkyvyyttä kuntoutustoimenpiteiden seurauksista ja kuntouttamatta jättämisen kustannuksista, jotta panokset osataan kohdentaa oikein. Kuntoutuksen hyödyt eivät välttämättä kohdistu samalle budjettivuodelle kuin kuntoutusinterventtion kustannukset, jolloin investointi on pystyttävä perustelevaan.

Tuottajien kannustimet rakennetaan sitä kautta, että tuottajien korvaukset perustuvat kokonaan tai osittain palvelun vaikutuksiin. Vaikuttavuusmittarit voivat perustua joko kliinisille indikaattoreille, arkivaikuttavuudelle, muulle palvelukäytölle tai asiakkaan kokemukselle toimintakyvystä ja sen muutoksesta (nk. asiakkaan raportoimat terveys- ja toimintakykyindikaattorit, PROM). Vaikuttavuutta pitää tarkastella suhteessa palvelun kustannukseen, sillä kaikki toimenpiteet eivät ole yhtä vaikuttavia eivätkä samanhintaisia. Esimerkki vaikutuksiin perustuvasta tuottajien palkkiomallista kuntouttavassa työtoiminnassa on esitetty NEET-osaselvityksessä (ks. Liite 2).

Kuntoutujalla itsellään on sisään rakennettu kannustin toimintakykynsä parantamiseen, sillä se todennäköisesti parantaa hänen elämänlaatuaan sekä toimeentulomahdollisuuksiaan. Kuntoutujan kannalta tärkeää onkin, että järjestelmä ei aseta vastakkaisia kannustimia. Tällainen tilanne voi esiintyä esimerkiksi toimeentuloloukun muodossa, sillä kuntoutujalle myönnettävä kuntoutusraha voi olla suurempi kuin työmarkkinatuki, toimeentulotuki tai opintoraha, joiden varaan kuntoutuja voi joutua kuntoutuksen päätyttyä. Toisaalta kuntoutusrahan tasolla motivoidaan aloittamaan kuntoutus.

## 5.4 Tietopohja

Kuntoutusjärjestelmän uudistamisen kannalta on laajoja rajoitteita sopivien tietokantojen, tilastojen ja mittarien saatavuuden ja luotettavuuden osalta. Jos tietopohja asiakkaista ja heidän kuntoutuksensa suoritteista, kustannuksista ja tuloksista ei ole kunnossa, järjestelmää ei ole mahdollista ohjata tavoitteellisesti.

Kuten kuntoutuksen uudistamiskomiteakin on raportissaan nostanut esille, kuntoutuksen järjestelmästä puuttuvat toiminta- ja työkyky-mittarit. Tiettyjä vaikuttavuusmittareita olisi kuitenkin nykytiedoilla mahdollista paremmin hyödyntää, kuten arkivaikuttavuutta. Arkivaikuttavuuden mittareilla voitaisiin mitata ovatko muutokset toiminta- ja työkyvyn osalta vaikuttaneet asiakkaan arjesta selviämiseen. Järjestäjätasolla pitäisikin keskeisenä mittarina pystyä seuraamaan, ovatko nuoret koulussa tai opiskelemassa, työikäiset töissä ja pärjäävätkö ikääntyneet kotona.

Digitaaliset ratkaisut mahdollistavat sosiaali- ja terveydenhuollossa parempaa tukea päätöksenteolle. Tätä varten perustietopohja tulisi kuitenkin saattaa kohtuulliselle tasolle. Nykyisillä kirjauskäytännöillä ja kansallisella tilastoinnilla ei ole mahdollista tehdä tiedolla tuettua päätöksentekoa. Päätöksenteon tueksi tulisikin terävöittää eri kuntoutuksen alueilta tehtävien suorite-, kustannus- ja toimintakykytietojen yhtenäistä kirjaamista. Tämä mahdollistaisi järjestäjälle olennaisten työkalujen rakentamisen.

Tietoallasratkaisujen avulla voidaan jatkossa yksilön tiedot kerätä yhteiseen paikkaan ja erilaiset palvelutarpeet tunnistaa paremmin. Tietoaltaiden kautta voidaan esimerkiksi hyödyntää erilaisia herätteitä potilaan palvelukäytön tasosta. Lisäksi palvelutarpeen muutoksia voidaan jatkossa myös ennustaa ennakoivaa analytiikkaa hyödyntäen.

## Lähteitä ja tausta-aineistoja

Denyer D., Tranfield D. & Van Aken, J.E. (2008). Developing design propositions through research synthesis. *Organ Stud*, 29;393-413.

Gibbons, R. (1998). *Incentives in organizations* (No. w6695). National bureau of economic research.

Gould R., Laaksonen M., Kivekäs J., Ropponen T., Kettunen S., Hannu T., Käppi I., Ripatti P., Rokkanen T. & Turtiainen S. (2014). Työkyvyttömyyseläkettä edeltävät vaiheet: asiakirja-aineistoon perustuva tutkimus. Eläketurvakeskuksen raportteja 06/2014

Holmström, J., Ketokivi, M., & Hameri, A. P. (2009). Bridging practice and theory: A design science approach. *Decision Sciences*, 40(1), 65-87.

Kela (2017). Kelan sairausvakuutusilasto 2016.  
[http://www.kela.fi/vuositilastot\\_kelan-sairausvakuutusilasto](http://www.kela.fi/vuositilastot_kelan-sairausvakuutusilasto)

Peltokorpi A., Alho A., Kujala J., Aitamurto J. & Parvinen, P. (2008). Stakeholder approach for evaluating organizational change projects. *Int J Health Care Quality Assurance* 8; 21(5):418–434.

Pekurinen, M., Erhola, M., Häkkinen, U., Jonsson, P.M., Keskimäki, I., Kokko, S., Kärkkäinen, J., Widström, E., Vuorenkoski, L. (2011). Sosiaali- ja terveydenhuollon monikanavaisen rahoituksen edut, haitat ja kehittämistarpeet. Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos.

Rissanen, P. & Pulkki, J. (2013). Kuntoutus lukuina Kuntoutuspalvelujen käyttö yhden sairaanhoitopiirin alueella. Teoksessa Ashorn, U., Autti-Rämö, I., Lehto, J. ja Rajavaara, M. (toim.) Kuntoutus muuttuu – entä kuntoutusjärjestelmä? Kelan tutkimusosasto, Helsinki.

Salminen, A-L. & Rintanen, S. (2014). Monialainen kuntoutus. Kartoittava kirjallisuuskatsaus. Kelan työpapereita 55/2014. Helsinki: Kansaneläkelaitos.

Sauni R. & Kivekäs J. (2015). Uudet työkyvyttömyyseläkkeet ovat vähentyneet neljänneksen. *Suomen Lääkärilehti* (2015) 45, 3056-3057

Sosiaali- ja terveysministeriö (2017b). Kuntoutus. <http://stm.fi/sotepalvelut/kuntoutus>. Luettu 29.12.2017.

VTV (2013). Kuntoutus työurien pidentäjänä. Tuloksellisuustarkastuskertomus. Valtiontalouden tarkastusviraston tarkastuskertomukset 2/2013

# LIITE I: LÄÄKINNÄLLISEN JA SOSIAALISEN KUNTOUTUKSEN TOIMEENPANO KUNNISSA JA SAIRAANHOITOPAIREISSÄ

Määritelmät perustuvat terveydenhuoltolain (1326/2010) ja sosiaalihuoltolain (1301/2014) määritelmiin

<b>Termi</b>	<b>Määritelmä</b>
<b>Lääkinnällinen kuntoutus</b>	Terveydenhuoltolain mukaan kunnan on järjestettävä potilaan sairaanhoitoon liittyvä lääkinnällinen kuntoutus, jonka on muodostettava toiminnallinen kokonaisuus yhdessä tarpeenmukaisen hoidon kanssa. Lääkinnällinen kuntoutus katsotaan henkilön fyysistä ja psyykkistä toimintakykyä parantaviksi toimenpiteiksi, jotka on käynnistetty lääketieteellisten tutkimusten pohjalta <sup>4</sup> ja se sisältää kuntoutusneuvontaa ja -ohjausta, työ- ja toimintakyvyn ja kuntoutustarpeen arvioinnin, kuntoutustutkimuksen, apuvälinepalvelut, sopeutumisvalmennuksen sekä toimintakyvyn parantamiseen ja ylläpitämiseen tähtäävät terapiat sekä muut tarvittavat kuntoutumista edistävät toimenpiteet
<b>Sosiaalinen kuntoutus</b>	Vuonna 2015 voimaan tulleen sosiaalihuoltolain mukaan sosiaalisella kuntoutuksella tarkoitetaan sosiaalityön ja sosiaaliohjauksen keinoin annettavaa tehostettua tukea sosiaalisen toimintakyvyn vahvistamiseksi, syrjäytymisen torjumiseksi ja osallisuuden edistämiseksi
<b>Työttömien terveystarkastukset</b>	Terveydenhuoltolain mukaan kunnan on järjestettävä terveystarkastuksia ja tarpeelliset terveystarkastukset opiskelu- tai työterveyshuollon ulkopuolelle jääville nuorille ja työikäisille.

---

<sup>4</sup> Tässä yhteydessä voidaan puhua myös toimintakykykuntoutuksesta tai toimintakykyä tukevasta ja parantavasta kuntoutuksesta

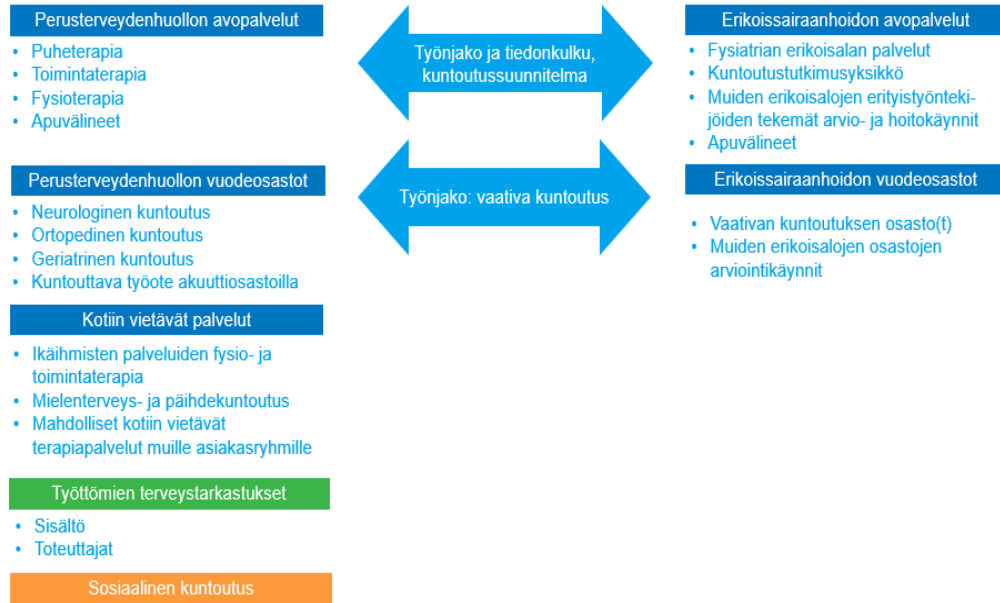
# 1 Johdanto

Kuntien velvollisuutena on järjestää asukkaillensa lääkinällisen kuntoutuksen palvelut. Lisäksi niillä on sosiaalihuoltolain mukainen kuntoutusvastuu tarjota sosiaalista kuntoutusta ihmisille, jotka tarvitsevat tukea oman sosiaalisen toimintakykynsä vahvistamiseksi. Kuntoutuksen toimeenpanossa on kuitenkin suuria eroja kuntien välillä. Eri kunnissa kuntoutuksen toimeenpano hajautuu eri tavalla eri toimijoiden välillä, minkä lisäksi kuntoutuksen palveluvalikoimat eroavat usein kunnittain. Yhtenäisen kuvan muodostaminen kuntouttavien palveluiden kentästä on osoittautunut haasteelliseksi muun muassa siksi, että kuntoutuksen eri toimenpiteiden raportointi ja mittaaminen eivät tapahdu kuntien välillä yhtenäisesti. Kuntoutusjärjestelmässä haasteena ovat mm. resurssien johtaminen ja vastuutahojen välinen yhteistyö. Nykyinen kuntoutusjärjestelmä on erityisen haastava silloin, kun asiakkaalla on useita ongelmia. (STM 2017.)

Tämän osaselvityksen tavoitteena on osaltaan vastata mainittuun tietotarpeeseen sekä auttaa paremmin hahmottamaan sitä, miten kuntoutuspalveluita tulisi vastaisuudessa koordinoita ja toimeenpanna. Selvitys tarkastelee tämänhetkistä kokonaiskuvaa lääkinällisen ja sosiaalisen kuntoutuksen sekä työttömille tarkoitettujen terveystarkastusten osalta. Selvityksen pääpaino on tarkastella sitä, mitkä toimijat kunnissa näitä palveluja toteuttavat ja missä määrin.

Osaselvityksen aluksi avataan lyhyesti nykyinen kuntoutusjärjestelmä keskeisen kotimaisen jo olemassa olevan tiedon pohjalta. Tämän jälkeen kuvataan selvityksessä käytetty aineisto ja sen analysointimenetelmät. Varsinaisessa tulososiossa käydään läpi osaselvityksessä saadut tulokset ensin lääkinällisen kuntoutuksen ja sen erilaisten toteutusmuotojen, kustannusten ja tunnistettujen haasteiden sekä sosiaalisen kuntoutuksen sekä työttömien terveystarkastusten osalta. Lopuksi pohdinnassa nostetaan esiin tärkeimpiä saatuja tuloksia ja niiden taustoja sekä syitä. Pohdinnassa tuodaan esiin se, miten kuntoutus näkyy nykyisissä tietokannoissa sekä siinä selvityksen aikana havaitut puutteet. Osaselvityksen tulokset perustuvat pääosin NHG:n kunnilta ja kuntayhtymiltä keräämään kyselyaineistoon, kansallisiin kuntoutuksesta saataviin tilastoihin sekä kuntoutuksesta aiemmin tehtyihin tutkimuksiin ja niiden tuloksiin. Kuvassa 1 on esitetty viitekehys, jonka kautta tässä selvityksessä tarkastellaan eri kuntoutusosa-alueiden toimeenpanoa.

## Kuva 1. Lääkinnällisen kuntoutuksen, sosiaalisen kuntoutuksen ja työttömien terveystarkastusten toimeenpanon viitekehys



## 2 Nykyisestä kuntoutusjärjestelmästä lyhyesti

Tämä kappale kuvaa aikaisemman kirjallisuuden ja tutkimuksen avulla tämänhetkistä lääkinällistä ja sosiaalista kuntoutusta sekä työttömien terveystarkastuksia. Jokaista kolmea kuntoutuksen osa-alueetta on kappaleessa käsitelty erikseen.

### 2.1 Lääkinnällinen kuntoutus

Päävastuu lääkinällisen kuntoutuksen järjestämisestä on julkisella terveydenhuollolla ja se määräytyy yksilöllisesti arvioidun kuntoutustarpeen mukaisesti (Sillanaukee ym. 2015). Terveydenhuoltolain (1326/2010) perusteella kunnan on järjestettävä alueensa asukkaille sairaanhoitoon liittyvä lääkinällinen kuntoutus. Lääkinälliseen kuntoutukseen kuuluvat kuntoutusneuvonta ja -ohjaus, potilaan toiminta- ja työkyvyn sekä kuntoutustarpeen arviointi, kuntoutustutkimus, terapiat ja muut tarvittavat toimenpiteet, apuvälinepalvelut, sopeutumisvalmennus sekä kuntoutusjaksot laitos- tai avohoidossa. Sen päätarkoituksena on pyrkiä työ- ja toimintakyvyn palauttamiseen ja ylläpitoon jo ennen hoitotarpeen ilmenemistä tai hoitotapahtumien jälkeen. Kunta vastaa myös lääkinällisen kuntoutuksen suunnittelusta sekä kuntoutuspalvelun ohjauksesta ja seurannasta. Kunnalla ei sen sijaan ole velvollisuutta järjestää lääkinällistä kuntoutusta, jos sen järjestäminen kuuluu Kelan vastuulle vaativana lääkinällisenä kuntoutuksena. (Sillanaukee ym. 2015.)

Lääkinällisen kuntoutuksen järjestäminen edellyttää usein yhteistyötä toisen organisaation kanssa, jolloin kuntoutuja voidaan ohjata järjestelmien vastuualueiden mukaisesti toiseen organisaatioon tai toimia yhteistyössä. Kun kuntoutus toteutetaan hoitavasta tahosta erillään, säilyy hoitovastuu edelleen julkisessa terveydenhuollossa. Toisaalta kuntouttava taho

tekee usein yhteistyötä myös muiden tahojen kuin julkisen terveydenhuollon, esimerkiksi kunnan sosiaalitoimen ja yksityisten terapeuttien, kanssa. (Autti 2013.) Vaikka vastuutaho ilmenee lainsäädännöstä, käytännössä vastuukysymykset ovat monesti epäselviä. Järvikosken (2014) mukaan terveydenhuollossa lääkinällinen kuntoutus ymmärretään yleensä kiinteäksi osaksi hoitoa, mutta hoitoketjujen vaikuttavuutta heikentävät nimenomaan jatkohoidon ja kuntoutuksen ongelmat: kuntoutukseen on hoitoketjuissa vaikea päästä ja jatkohoitoon hakeutuminen jää liiaksi asiakkaan omalle vastuulle.

Käytännön tasolla lääkinällinen kuntoutus on hajautunut osaksi erikoissairaanhoidon sekä perusterveydenhuollon toimintaa ja näiden sisällä vielä useille eri yksiköille (Sitra 2016). Lääkinällisen kuntoutuksen ongelmat kohdistuvat juuri näihin rajapintoihin. Vastuu kokonaisuudesta hämärtyy ja tieto kuntoutuksen aikana tunnistetusta hoidon tai muun tuen tarpeesta ei aina siirry oikea-aikaisesti sille taholle, jolla on kyseisen tarpeen suhteen järjestämisvastuu. Tarpeen voi myös tunnistaa taho, jolla ei ole järjestämisvastuuta tai jonka tehtävään tarvearvio ei edes kuulu (Autti-Rämö 2013). Valtiontalouden tarkastusviraston (VTV 2009) lääkinällisen kuntoutuksen tarkastuskertomuksen mukaan hoitopolkujen integraatiossa on haasteita erityisesti siinä, kun potilaita siirtyy erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välillä; erikoissairaanhoidon kuntoutussuunnitelmat ovat usein perusterveydenhuollossa mahdottomia toteuttaa resurssipulan, osaamisen puutteen tai molempien seikkojen takia. Tilanne on kaikkien osapuolien kannalta epätydyttävä ja saattaa vaikuttaa haitallisesti kuntoutujan motivaatioon ja kuntoutussuunnitelmaan sitoutumiseen. Lisäksi esimerkiksi asiakkaan kotona toteutettavassa toimintatavat ovat kuntien välillä erilaisia eikä yhteistä vakiintunutta kuntoutusmallia ole olemassa. Toiset kotikuntoutusmallit vastaanottavat kaikenlaisia kuntoutujia, kun taas toiset valikoivat tarkemmin sellaisia, joiden arvellaan hyötyvän kuntoutuksesta eniten.

Valtiontalouden tarkastusviraston (VTV 2009) ja Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (Pekurinen ym. 2011) mukaan kuntien terveydenhuollon ja Kelan järjestämän lääkinällisen kuntoutuksen yhteistoiminta ei vaikuta täysin sujuvalta. Toimijoiden välillä on olemassa merkkejä osapainotuksesta eli pyrkimyksestä siirtää rahoitusvastuuta toiselle osapuolelle. Asiakkaan kannalta kuntoutuksen palveluketjun toteutus muodostuu ongelmalliseksi, kun palvelun rahoittajien välillä on erimielisyyksiä tarvittavasta palvelusta, sen määrästä ja toteuttamispaikasta.

THL on suositellut, että lääkinällistä kuntoutusta tulisi keskittää yhteen ja samaan kansalliseen tai alueelliseen organisaatioon, jolloin kuntoutuksen järjestäminen voitaisiin suunnitella kokonaisvaltaisesti kansalaisten ja asiakkaiden kannalta ymmärrettävällä tavalla. THL:n selvityksen mukaan lääkinällisen kuntoutuksen järjestämisestä tulisi vastata sama taho kuin muistakin terveystalouksista. (Pekurinen ym. 2011.)

## 2.2 Sosiaalinen kuntoutus

Sosiaalinen kuntoutus perustuu toimintakyvyn ja kuntoutustarpeen kokonaisvaltaiseen selvittämiseen. Tavoitteena voi olla arkielämän taitojen oppiminen, päihitteettömän arjen hallintaa, koulutukseen tai työhön tarvittavien asioiden harjoittelu tai tuki ryhmässä toimimiseen (Sillanaukea ym 2015). THL:n kunnille teettämän kyselyn mukaan sosiaalinen kuntoutus määritellään kunnissa käytännön tasolla hyvin laaja-alaisesti; siihen katsotaan kuuluvan monipuolisesti sosiaali-, terveys-, päihde-, mielenterveys- ja työllisyyspalveluita. Yleisimmin siihen kuitenkin lasketaan kuuluvan sosiaalityötä, sosiaaliohjausta ja neuvonta- ja

ohjauspalveluita. Sosiaaliseen kuntoutukseen tullaan useimmiten asiakkaaksi sosiaalitoimesta. (Puromäki ym. 2016.)

THL:n kunnille suunnatun kyselyn mukaan osa kunnista näki sosiaalisen kuntoutuksen ennen kaikkea ennaltaehkäisevää toimintana, kun taas osalla toteutus oli selvästi enemmän varsinaisessa kuntoutuksessa ja ongelmien ratkomisessa (Puromäki ym. 2016). THL:n kyselystä selviää myös se, että kunnissa on vaihtelevia näkemyksiä niin ikään siinä, minne asiakkaan tulisi sijoittua sosiaalisen kuntoutuksen jälkeen: osassa kunnista jatkopaikkana voivat olla esimerkiksi erilaiset työllistymispalvelut, koulutus tai jopa avoimet työmarkkinat, kun taas joissain kunnissa ei ole vastausten mukaan osoitettavissa varsinaista jatkopaikkaa, jonne asiakas sosiaalisen kuntoutuksen jälkeen ohjautuisi. Yleisimmin sopivana jatkopaikkana pidettiin kuitenkin työllisyyspalveluita tai kuntouttavaa työtoimintaa. (mt.)

Sosiaalisen kuntoutuksen palveluita tuotetaan useimmiten kunnan omana työnä tai ostopalveluna. Yleisimmin käytäntönä on se, että palveluiden tuotanto on kunnissa jakaantunut oman tuotannon ja ostopalveluiden kesken. Aikaisempien selvitysten perusteella yleisin ostopalveluna osittain tai kokonaan tuotettava palvelu on kuntouttava työtoiminta. Muita yleisiä ostettavia palveluita ovat päihde- ja mielenterveyspalvelut ja eri kohderyhmien työpaja- ja muut työtoiminnot. (Puromäki ym. 2016.) THL:n kuntakyselyn perusteella aikuissosiaalityö on muista palveluista yleisin sosiaalisen kuntoutuksen yhteistyötaho. Muita yleisiä yhteistyötahoja ovat monialaiset yhteispalvelut/työvoiman palvelukeskukset (TYP-palvelut), työpajat, TE-toimisto ja kunnan päihde- ja mielenterveyspalvelut. Kelan yhteistyötä tehdään vastausten perusteella jonkin verran. Harvinaisin yhteistyökumppani on erikoissairaanhoido (mt.)

Sosiaalisen kuntoutuksen keskeisin tehtävä on vahvistaa ihmisen sosiaalista toimintakykyä ja osallisuutta yhteiskuntaan. Lisäksi sosiaalisella kuntoutuksella on merkittävä rooli myös vahvistaa ihmisen työkykyä ja työmarkkinavalmiuksia joko välittömästi tai välillisesti. Tästä huolimatta sosiaalisen kuntoutuksen suhde muihin palveluihin on usein jäsentymättä. Tämä johtuu toisaalta siitä, että se on sosiaalihuollon lainsäädännössä vielä uusi, ja toisaalta siitä, että muihinkin palveluihin on tulossa lainsäädännöllisiä uudistuksia, joiden sisällöistä ei kunnissa ole vielä tietoa. THL:n keräämien vastausten perusteella sosiaalinen kuntoutus voi käytännössä profiloitua kunnissa erilaisiksi palveluiksi, kuten nuorille kohdistetuiksi toiminoiksi tai kuntouttavaksi työtoiminnaksi (Puromäki ym. 2016). Erityisesti kuntouttavan työtoiminnan ja sosiaalisen kuntoutuksen välinen suhde ei kuntakyselyn perusteella ole selkeä: osalle vastaajista kuntouttavalla työtoiminnalla ja sosiaalisella kuntoutuksella ei ole eroa, ja osalle vastaajista ero taas oli selvä. Pääsääntöisesti kuntouttavan työtoiminnan ja sosiaalisen kuntoutuksen katsottiin olevan erillisiä asioita ja kuntouttavan työtoiminnan nähtiin olevan yksi osa sosiaalista kuntoutusta. (mt.)

Laaja-alaisuudesta johtuvan jäsentymättömyyden lisäksi kunnat ovat kokeneet sosiaalisen kuntoutuksen yhdeksi ongelmaksi valtakunnallisen valvonnan ja ohjauksen puutteen. Ennen kaikkea uudistetun sosiaalihuoltolain toimeenpanoon tarvitaan kuntien mielestä lisää ohjausta ja koulutusta ja lain velvoitteiden täyttämiseen lisää resursseja. Samassa yhteydessä lain velvoitteiden katsotaan lisäävän kuntien kustannuksia ja henkilöstöresurssien tarvetta, mutta toisaalta perustoimeentulotuen siirron Kelaan odotetaan osaltaan vapauttavan resursseja muuhun käyttöön. Lisää tietoa tarvitaan myös siitä, miten sosiaalihuoltolain noudattamista valvotaan. Sosiaalihuoltolakia ei myöskään tunneta kovin hyvin muissa kuntien palveluissa. (Puromäki 2016.)



## 2.3 Työttömien terveystarkastukset

THL:n tyypittelyn pohjalta työttömien terveystarkastusten toimintamallit voidaan yksinkertaistaa kolmeen malliin: 1) palvelun toteuttaminen terveyskeskuksessa, 2) palvelun toteuttaminen työvoiman palvelukeskuksessa ja 3) palvelun toteuttaminen kunnan työllisyyspalveluissa (Saikku 2012). THL:n kunnille ja terveyskeskuksille suunnatun kyselyn mukaan vuonna 2013 noin 90 prosenttia kunnista järjesti työttömien terveystarkastuksia (Sinervo & Hietapakka 2013). Yleisin toteutettu palvelumuoto oli kyselyn perusteella terveystoimen tai yhdistetyn sosiaali- ja terveystoimen hallinnoima ja terveysasemilla toteutettu palvelu (mt.). Jos palvelut oli tuotettu muualla kuin perusterveydenhuollossa, pääasiallisena syynä oli se, ettei perusterveydenhuolto alun perinkään lähtenyt mukaan toimintaan (Saikku 2012).

Resursoinnin kannalta työttömien terveystarkastukset ja -palvelu ovat viime vuosien asti olleet kunnille pienimuotoista toimintaa, vaikka terveydenhuoltolain mukaan työttömien terveyspalvelujen järjestäminen on kunnan lakisääteistä toimintaa. THL:n viisi vuotta sitten tekemän seurantatutkimuksen mukaan työttömien terveystarkastuksiin oli useimmissa hankunnissa kohdistettu yhden nimetyn terveyden-/sairaanhoitajan työaika joko kokonaan tai osittain (Saikku 2012). Saman tutkimuksen kymmenen paikkakunnan suuntaa-antavassa tarkastelussa yhtä hoitajaa kohden oli keskimäärin noin 3 225 työtöntä, mutta toimintaan oli käytännössä kohdistettu samanlaisia henkilöstöresursseja hyvin erikokoisilla paikkakunnilla. Useilla paikkakunnilla ja seuduilla nykyiset resurssit koettiin riittämättömiksi palvelun laadun ja kehittymisen näkökulmasta. (mt.) Suurimmassa osassa vastanneita kuntia ja yhteistoiminta-alueita asiakkaiden ohjaus terveystarkastuksiin tapahtui työ- ja elinkeinotoimistoista, sosiaalitoimistoista ja työvoiman palvelukeskuksista (Sinervo & Hietapakka 2013). Useimmissa kunnissa työttömien terveystarkastusten toteuttamiseen oli varattu sekä terveydenhoitajan että yleislääkärin resursseja. Toimintaa toteutettiin lisäksi paljon myös pelkästään hoitajaresursseilla. Tällöin tarkastuksia toteuttivat pääosin terveydenhoitajat. (mt.)

Kuntien velvollisuuksien selkeyttämiseksi sosiaali- ja terveysministeriö<sup>5</sup> lähetti vuonna 2013 kunnille kirjeen, jonka tarkoituksena oli ohjeistaa kuntia työttömien ehkäisevien terveyspalveluiden toteutuksessa (STM 2013). Ohjeistuksen mukaan TE-toimistolla on ensisijainen vastuu työttömän työ- ja toimintakyvyn arvioinnin koordinoimisesta: TE-toimiston tehtävänä on tunnistaa ne työttömät työnhakijat, joiden työkykyä on syytä arvioida ja ohjata heidät terveystarkastukseen. TE-toimiston tulee myös varmistaa jatko-ohjauksen toteutuminen. Ministeriön ohjeistuksen lisäksi työttömien palvelutarpeisiin on viime vuosina yritetty vastata paremmin luomalla eri toimijoiden välille tiiviimpää verkostomaista yhteistyötä sekä valtakunnallisia tavoitteita. Tätä palvelemaan tuli vuoden 2015 alussa voimaan laki (1369/2014) *työllistämistä edistävästä monialaisesta yhteispalvelusta* (TYP). Kyseessä on yhteistoimintamalli, ei organisaatio, jossa työ- ja elinkeinotoimisto, kunnat ja Kela yhdessä arvioivat työttömän palvelutarpeen ja suunnittelevat hänelle tarkoituksenmukaiset palvelukokonaisuudet, mukaan lukien terveystarkastukset TYP-verkoston palvelut on tarkoitettu vain pidemmän aikaa työttömänä olleille. Lain mukaan työttömän on mahdollista saada arvio monialaisen yhteispalvelun tarpeesta, kun hän on 1) saanut työmarkkinatukea vähintään 300 päivää työttömyyden perusteella, 2) täyttänyt 25 vuotta ja ollut työtön yhtäjaksoisesti 12 kuukautta tai 3)

---

<sup>5</sup> Kirje on laadittu STM:n, TEM:n, Kuntaliiton, Kelan, Työterveyslaitoksen ja THL:n yhteistyönä

alle 25-vuotias ja hän on ollut työtön yhtäjaksoisesti kuusi kuukautta. Työ- ja elinkeinoministeriön mukaan TYP-verkostoja on tällä hetkellä muodostettu koko maassa 33.

THL:n terveystarkastuskyselyn mukaan työttömien terveystarkastuksia toteutetaan useimpien hallinnollisesti osana terveystoimea tai sosiaali- ja terveystoimea ja toiminnallisesti terveystarkastuksissa. Kunnissa on kuitenkin myös toimintamalleja, joissa esimerkiksi sosiaali-toimi vastaa terveystarkastusten toteuttamisesta ja toimintaa on tarjolla vain TYP:ssä. (Sinervo & Hietapakka 2013.) Työterveyslaitoksen vuonna 2016 julkaiseman ammatillisen kuntoutuksen työnjakoa koskevan selvityksen mukaan ministeriön kaikkia kuntia koskevasta ohjeistuksesta huolimatta työttömien terveystarkastuksia järjestetään kunnissa ja niiden sisällä vaihtelevasti: osassa paikkakuntia tarkastukset toimivat hyvin ja tarkastuksista vastaava hoitaja toimii linkkinä lääkäreihin ja muihin terveydenhuollon palveluihin, kun taas joillakin paikkakunnilla tarkastuksia ei tehdä lainkaan tai niitä tehdään vain esimerkiksi TYP:n tai työllisyyspoliittisen kuntakokeilun asiakkaille (Saikku 2016).

Aikaisempien selvitysten perusteella terveystoimen tai yhdistetyn sosiaali- ja terveystoimen hallinnoima ja terveysasemilla toteutetun palvelun vahvuutena ovat hyvät yhteydet muihin terveydenhuollon palveluihin ja ammatillinen tuki, kun taas yhteistyön ylläpito muihin keskeisiin toimijoihin koetaan haasteelliseksi (Saikku 2010;2012). Haasteiksi koettiin erityisesti eri yhteistyöorganisaatioiden toimintatapojen, etuuksien ja palveluiden tunteminen ja tiedonkulkua eri tahojen välillä sekä se, että tieto oikeudesta hakeutua tarkastukseen ei aina tavoita työttömiä (Sinervo & Hietapakka 2013). Saikun (2016) viimeisimmin selvityksen mukaan huolestuttavaa tilanteessa on se, että yhteistyö terveydenhuollon kanssa koettiin TE-palveluissa ja TYP:ssä usein hyvin heikoksi ja ohueksi. Terveydenhuollossa koettiin harvoin olevan kiinnostusta asiakkaan pitkäjänteiseen ja kokonaisvaltaiseen tukemiseen. Vaarana näyttäytyy se, että työttömien terveystarkastukset tyypistyvät rutiinimaisiksi terveystarkastuksiksi ilman yhteyttä asiakkaan muihin palveluihin ja elämäntilanteeseen. Myös Lappalaisen (2016) väitöstudion mukaan terveystarkastukset ovat edelleen melko usein erillisiä toimenpiteitä työttömän työ- ja toimintakyvyn edistämiseksi. Lappalaisen (mt) mukaan työttömien terveystarkastukset toimivat parhaiten verkostossa, mutta verkostojen ylläpitämien vaatii kaikkien verkoston jäsenten aktiivisuutta sekä sektori- ja hallintorajat ylittävää yhteistä suunnittelua. Tätä suuntausta on valtionhallinnon tasolta pyritty vahvistamaan TYP-verkostoista annetulla lailla.

### 3 Aineisto ja menetelmät

Selvitystä varten toteutettiin kolme kyselyä (Liite 1): 1) kysely lääkinnällisestä kuntoutuksesta sairaanhoitopiireille, 2) kysely lääkinnällisestä kuntoutuksesta kunnille ja peruspalvelukuntayhtymille sekä 3) kysely sosiaalisesta kuntoutuksesta kunnille ja peruspalvelukuntayhtymille. Näistä kahteen viimeksi mainittuun sisältyi kysymyksiä myös työttömien terveystarkastuksista. Ensimmäinen kysely lähetettiin 123 vastaajalle, toinen 112 vastaajalle ja kolmas 118 vastaajalle. Kyselyjä oli mahdollista jakaa eteenpäin. Ensimmäiseen kyselyyn saatiin yhteensä 20 vastausta 13 eri sairaanhoitopiiristä, jossa väestöpohja oli yhteensä 3,1 miljoonaa asukasta. Toiseen kyselyyn saatiin 16 vastausta 15 eri kunnasta tai peruspalvelukuntayhtymästä, jotka kattoivat yhteensä 54 kuntaa ja 1,3 miljoonaa asukasta. Kolmanteen kyselyyn saatiin 30 vastausta 26 eri kunnasta tai kuntayhtymästä, jotka kattoivat yhteensä 55 kuntaa ja 2,1 miljoonaa asukasta. Kyselyn luotettavuuden kannalta huomionarvoista on se, että vaikka kuntien ja kuntayhtymien vastausprosentti jäi suhteellisen pieneksi, kyselyyn

vastanneet edustivat merkittävää väestöpohjaa. Toisaalta kyselyyn vastanneiden kuntien väliset erot siinä, miten palvelut on alueella järjestetty, vaikutti yksittäisiin kysymyksiin saatuihin vastausmääriin: esimerkiksi erikoissairaanhoidossa kuntoutus on hajautunut erikoisaloille, ja vastaajat ovat vastanneet yleensä vain oman erikoisalansa näkökulmasta. Kaiken kaikkiaan vastauksista ei voi vetää koko maata koskevia johtopäätöksiä, vaan tuloksia on pidettävä korkeintaan suuntaa-antavina.

Kyselyjen tueksi kerättiin tilastotietoa THL:n valtakunnallisesta sosiaali- ja terveydenhuollon hoitoilmoitusjärjestelmästä, HILMOsta<sup>6</sup> (avosuoritteet, vuodeosastojaksot) sekä Kuntamaisema-aineistosta, joka sisältää tiedot noin 70 kunnan sote-palveluiden tilinpäätöksistä sekä suoritteista kustannuspaikkatasolla. Kuntamaisema-aineistossa toiminnan ja talouden indikaattoreita yhdistämällä on tavoitteena toiminnanohjaustiedon tuominen kuntapäätäjille. Tietojen perusteella tehdään myös kuntien välistä vertailua palvelurakenteen vahvuuksien ja kehittämiskohteiden selvittämiseksi sekä toimenpide-ehdotuksien muodostamiseksi.

Näiden aineistojen lisäksi on hyödynnetty NHG Benchmarking-aineistoa, joka sisältää suoritason tietoa eri sote-palveluista Benchmarkingin asiakasorganisaatioista: terveyskeskusten vastaanotto toiminta, terveyskeskussairaaloiden vuodeosastotoiminta, kunnalliset työterveyshuollot, kotihoito, yhteispäivystykset, ensihoito sekä erikoisalakohtaiset tiedot (sisätaudit, kirurgia, neurokirurgia, syöpätaudit). Benchmarking-aineistoa päivitetään puolivuositain ja aineiston laatua validoidaan yhdessä yksiköiden edustajien kanssa. Benchmarkingissa eli vertaiskehittämisessä hoitoprosesseja ja resursseja mitataan ja vertaillaan erityisesti hoitokäytäntöjen ja tuottavuuden näkökulmasta. Tavoitteena vertailussa on muodostaa vertailukelpoista tietoa eri yksiköiden nykyisestä toiminnasta, jonka perusteella voi arvioida resurssi- ja tuottavuustasoa toimijoiden välillä. Vertailun avulla pyritään myös tunnistamaan parhaita käytäntöjä eri toiminnoissa. Tässä selvityksessä Benchmarking-aineistoista hyödynnettiin terveyskeskussairaaloiden tietoja sekä soveltuvin osin erikoissairaanhoidon avopalveluiden tietoja.

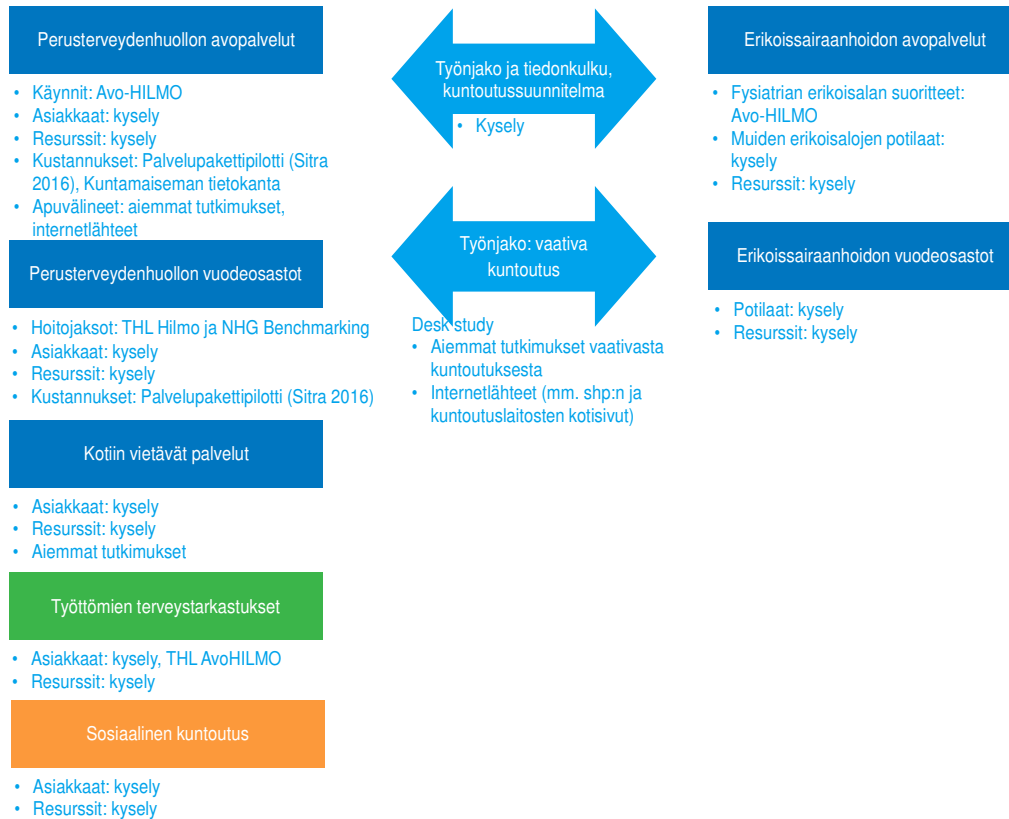
Selvitystä varten kerättyjen aineistojen tukena on käytetty aikaisempia tutkimuksia kuntoutuksesta ja sen toimeenpanosta sekä kokemuksia Sitran palvelupakettipilotista (Sitra 2016). Näistä on saatu arvokasta tietoa kuntoutuksen toimeenpanon nykytilasta Suomessa, jota ei lähdetty tässä selvityksessä keräämään uudestaan. Lisäksi selvityksessä hyödynnettiin kuntien ja sairaanhoitopiirien internetsivuilla olevia kuvauksia kuntoutustoiminnan toteutuksesta.

Selvityksessä käytettyjä, monipuolisia tietolähteitä, on kuvattu alla kuvassa 2.

---

<sup>6</sup> <https://www.thl.fi/fi/tilastot/tiedonkeruut/hoitoilmoitusjarjestelma-hilmo>

## Kuva 2. Kuntoutuksen toimeenpanon kuvauksessa käytetyt aineistot



## 4 Tulokset

Alla kuvataan lääkinällisen kuntoutuksen osa-alueiden toimeenpanoa, sosiaalisen kuntoutuksen sisältöä ja toimeenpanoa sekä työttömien terveystarkastusten toteutusta.

### 4.1 Lääkinällinen kuntoutus

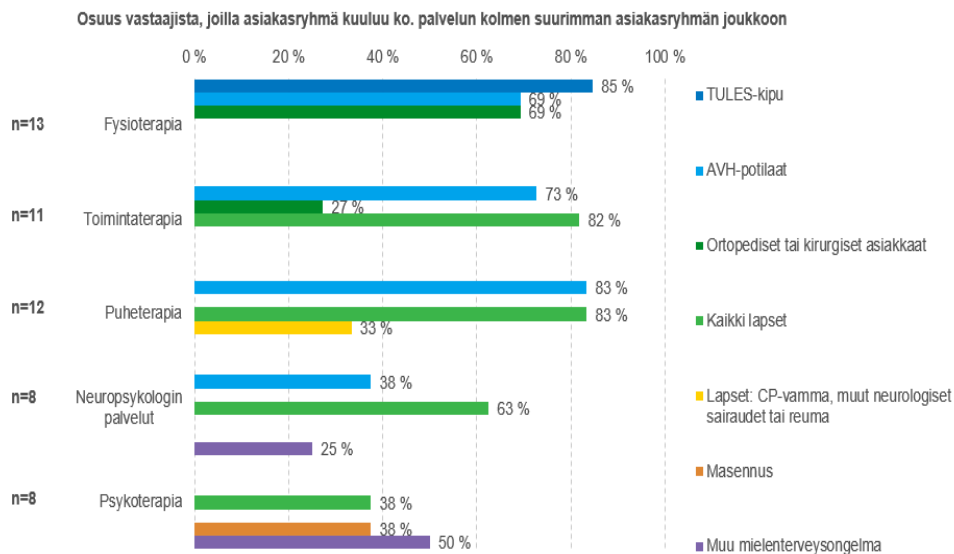
Seuraavissa kappaleissa käsitellään lääkinällisen kuntoutuksen toimeenpanoa perusterveydenhuollon avopalveluissa, kuntien kotiin vietävissä palveluissa, perusterveydenhuollon vuodeosastoilla ja erikoissairaanhoidossa. Lisäksi tarkastellaan erikseen vaativan kuntoutuksen toimeenpanoa ja apuvälinehuoltoa. Lopuksi esitellään lääkinällisen kuntoutuksen kustannuksia sekä lääkinällisen kuntoutuksen toimeenpanoon liittyviä haasteita.

#### 4.1.1 Perusterveydenhuollon avokuntoutuspalvelut

Terveystarkastuslain 3 §:n mukaan perusterveydenhuollon lääkinällisen kuntoutuksen palveluita järjestävät kunnat. Lääkinällisen kuntoutuksen palveluihin ei tyypillisesti hakeuduta suoraan, vaan lääkärin läheteellä, mutta monissa kunnissa on viimeisten vuosien aikana otettu käyttöön myös fysioterapeutin suoravastaanottoja akuuttien tuki- ja liikuntaelinvaikeuksien hoidossa.

Kyselyn vastaajilta kysyttiin, mitkä ovat kolme suurinta asiakasryhmää palveluittain (kuva 3). Valittujen palveluiden suurimmat asiakasryhmät vaihtelevat kunnittain. Kuvassa on esitetty kunkin palvelun osalta ne kolme asiakasryhmää, jotka useimpien vastaajien mukaan olivat kolmen suurimman joukossa. Fysioterapiapalveluissa 85 % vastanneista nosti tuki- ja liikuntaelinkivuihin kärsivät potilaat (tules-kipupotilaat) kolmen suurimman asiakasryhmän joukkoon, 69 % vastaajista mainitsi AVH-potilaat ja 69 % vastaajista ortopediset ja kirurgiset asiakkaat. Fysioterapian kolmesta suurimmasta asiakasryhmästä on näiden vastausten perusteella olemassa melko vahva konsensus. Samoin toimintaterapian osalta vastaajat olivat melko samaa mieltä siitä, että tämän palvelun kolmen suurimman asiakasryhmän joukkoon kuuluvat AVH-potilaat ja lapset. Sen sijaan vain 27 % vastaajista nosti ortopediset ja kirurgiset asiakkaat kolmen suurimman asiakasryhmän joukkoon. Vastaajista 83 %:n mukaan AVH-potilaat ja lapset ovat myös puheterapian kolmen suurimman asiakasryhmän joukossa. Neuropsykologin palveluissa ja psykoterapiassa ei ollut yhtä vahvaa konsensusa siitä, mitkä asiakasryhmät kuuluvat kolmen suurimman joukkoon. Kyselyn perusteella tarjotaan lisäksi muita yksittäisiä palveluita. Esimerkiksi musiikkiterapiaa ja ratsastusterapiaa tuotetaan ostopalveluna lastenneurologisille potilaille ja lymfaterapiaa syöpäpotilaille, muuhun lymfaturvotukseen ja kipupotilaille.

**Kuva 3. Kolme suurinta asiakasryhmää palveluittain (kuvassa esitetty vain kolme vastausten perusteella suurinta asiakasryhmää)**



Kyselyyn vastanneissa kunnissa ja kuntayhtymissä lääkinnällisen kuntoutuksen avopalvelut tuotetaan useimmiten itse tai ostopalveluna yksityisiltä palveluntuottajilta. *Fysioterapiapalveluita* tuottavat kaikkien vastaajien (yhteensä 13 kpl) mukaan kunta tai kuntayhtymä. Vastauksista 69 %:ssa nostettiin yksityiset palveluntuottajat esille fysioterapiapalveluiden tuottajina. *Toimintaterapiassa* 85 % vastaajista ilmoitti, että palvelua tuottaa kunta tai kuntayhtymä. Vastauksista 92 %:ssa nostettiin yksityiset palveluntuottajat esille toimintaterapiapalveluiden ostopalveluiden tuottajina. Vain 8 % vastaajista ilmoitti, että toimintaterapiapalveluita ostetaan erityishuoltopiiriltä. *Puheterapiassa* 92 % vastaajista ilmoitti, että palvelua tuottaa kunta tai kuntayhtymä ja 77 % vastaajista ilmoitti, että palvelua ostetaan yksityisiltä toimijoilta. Myös *neuropsykologin* palveluissa moni vastaaja, 54 %, ilmoitti, että palveluita

ostetaan yksityisiltä. *Psykoterapian* osalta vastaava luku oli 46 %. Sen sijaan neuropsykologin palveluita ja psykoterapiaa tuotetaan vastausten perusteella itse harvassa kunnassa tai kuntayhtymässä. Vastanneista kunnista ja kuntayhtymistä neuropsykologin palveluita tuotti itse 15 % ja psykoterapiapalveluita 8 %. Sairaanhoidopiireiltä neuropsykologin palveluita osti 15 % ja psykoterapiapalveluita 8 % vastaajista. Lisäksi kunnissa on kyselyn mukaan tarjolla eri tavoin tuotettuna yksittäisiä muita palveluita: kotikuntoutusta, jalkojen hoitoa sekä psykofyysistä terapiaa.

THL:n Avohilmo-aineistosta haettiin tilastotietoja fysioterapia-, puheterapia-, toimintaterapia-käynneistä palvelumuodon, ammattiluokan ja SPAT-koodien<sup>7</sup> avulla. Näistä fysioterapian ja puheterapian palvelumuodon perusteella haetut tiedot olivat luotettavimpia. Toimintaterapiasta ei ollut saatavilla tilastotietoa palvelumuodon perusteella, ja ammattiluokan ja SPAT-koodien avulla haettu tieto ei ollut luotettavaa, sillä monista kunnista ei löytynyt suoritteita ollenkaan. Kaikista kuntoutuksimuodoista ei ollut mahdollista saada tilastotietoja.

Fysioterapiakäyntien mediaani on 301,6 käyntiä per 1000 asukasta. Fysioterapiapotilaiden määrän mediaani on 73,6 potilasta per 1000 asukasta. Puheterapiakäyntien mediaani on 42,7 käyntiä per 1000 asukasta ja potilaiden määrän mediaani puolestaan on 8,7 potilasta per 1000 asukasta. Luvut sisältävät kuntien ja kuntayhtymien vuonna 2016 tuottamat palvelut.

AvoHilmoissa olevat suoritelmäärät vaihtelee erittäin paljon kunnittain sekä fysioterapiassa (0,58-2246,8 käyntiä per 1000 asukasta) että puheterapiassa (0,08-171 käyntiä per 1000 asukasta). Suuri vaihteluväli antaa viitteitä siitä, että sekä kirjaamiskäytännöt että HILMO-ilmoituksen mukana toimitetut tiedot vaihtelevat kunnittain. Aineistossa näkyvä vaihtelu ei kuvaa todellisuutta, vaan eroja dataprozessissa. Tämän vuoksi päädyttiin käyttämään mediaania, joka antaa melko luotettavan käsityksen suoritelmäärien suuruusluokasta.

Yleisin erityistyöntekijäresurssi avoterveydenhuollossa ovat fysioterapeutit, joiden määrä kunnan omassa tuotannossa ja ostopalveluissa väestöön suhteutettuna vaihtelee kuitenkin huomattavasti. Kyselyn perusteella fysioterapeutteja on tuhatta asukasta kohti 0,16 - 0,56. Toimintaterapeuttien määrä tuhatta asukasta kohti kuntien omassa tuotannossa ja ostopalveluissa on 0,03 - 0,97. Puheterapeuteille vastaava luku on 0,06 - 0,69. Neuropsykologi- ja psykoterapeuttiresursseja on yleisemmin tarjolla ostopalveluna kuin kunnan omana tuotantona. Mainittujen ammattiryhmien edustajien lisäksi kunnissa voi olla saatavilla myös yksittäisiä muiden kuntoutuksen ammattiryhmien edustajia, kuten kuntoutuksen ohjaajia ja kuntoutussuunnittelijoita.

Kyselyn perusteella potilaiden määrä fysioterapiapalveluissa vaihtelee välillä 12 - 132 potilasta tuhatta asukasta kohti. Suuri vaihtelu ja lukujen suuruusluokka ovat linjassa THL:n Avohilmo-aineistoon perustuvan datan kanssa, mutta vaihtelu on suurempaa THL:n Avohilmo-aineistossa, todennäköisesti dataprozessieroista johtuen. Toimintaterapeuttien asiakkaiden määrä puolestaan vaihtelee välillä 0,9 - 9 asiakasta tuhatta asukasta kohti. Suurta vaihtelua potilasmäärissä on myös puheterapiassa (2,1 - 16,1 potilasta/1000 asukasta), neuropsykologiassa (0,3 - 4,4 potilasta/1000 asukasta) ja psykoterapiassa (0,13 - 0,37 potilasta/1000 asukasta).

---

<sup>7</sup> Suomalainen perusterveydenhuollon avohoidon toimintoluokituskoodi (SPAT)

#### 4.1.2 Lääkinnällinen kuntoutus kuntien kotiin vietävissä palveluissa

Kotikuntoutus on kunnan järjestämää usein kotihoidon yhteydessä toteutettavaa palvelua kotona asumisen tukemiseksi, jossa tavoitteena on mahdollistaa kuntoutujan turvallinen sairaalasta kotiutuminen tai kotona asuminen sekä vahvistaa häntä toimijana omassa elämässään ja arjessa (Tepponen ym. 2017). Kuntoutuksessa keskeistä on harjoitella kuntoutujalle tärkeitä päivittäisiä toimintoja ja taitoja sekä kannustaa kuntoutujaa osallistumaan omaan arkeen aktiivisena toimijana. Kotikuntoutusta suunnataan tällä hetkellä erityisesti 1) kotihoitoon juuri ohjatuille tai lähetetyille asiakkaille, 2) asiakkaille, joiden kotihoidon tarve on lisääntynyt tai lisääntymässä, sekä 3) sairaalasta kotiutuville asiakkaille (Kuntoutussäätiö 2016). Käytännössä kotona kuntoutumisen asiakkaita ovat pääosin kotona asuvat ikäihmiset, joiden toimintakyky on alentunut tai riski siihen on olemassa. He ohjautuvat kotikuntoutusasiakkaina pääasiassa kahta reittiä, joko kotihoidon kautta tai sairaalasta. Kotihoidosta ohjautuva asiakas voi olla joko uusi asiakas tai jo pidempään kotihoidon palveluja saanut henkilö, jonka toimintakyky on äkillisesti tai hitaammin pidemmän ajan kuluessa laskenut, ja jolla kotihoidon työntekijä (lääkäri, hoitaja, terapeutti) arvioi olevan kuntoutumispotentiaalia (Peiponen ym. 2016). Kotikuntoutuksessa päättää ja sitä toteuttaa yleensä moniammatillinen työryhmä, johon kuuluu usein fysioterapeutti, toimintaterapeutti, sairaanhoitaja sekä kotihoitaja.

THL:n mukaan moniammatillisuus ja sitä myöten kotona tapahtuvan kuntoutuksen merkitys on viime aikoina vahvistunut kotihoidossa. Kotiin annettavien fysio- ja toimintaterapiapalveluiden saatavuus on kunnissa parantunut merkittävästi verrattuna vuoteen 2014; yhä useammassa kunnassa kotiin vietäviin palveluihin kuuluu aina tai useimmiten mahdollisuus fysio- tai toimintaterapeutin palveluihin (THL 2017b). Samalla fysioterapeuttien määrä kotihoitossa on viime vuosina lähes kaksinkertaistunut, joka itsessään vahvistaa kuntoutuksen osaamista toimintayksiköissä. Sen sijaan toimintaterapeuttien määrä on valtakunnallisesti edelleen pieni eikä heitä ole kuin osassa yksiköitä. THL:n mukaan vuonna 2016 kotihoitossa työskenteli valtakunnallisesti 442 terapeuttia, joista 391 oli fysioterapeutteja ja 51 toimintaterapeutteja (2017a). Samaan aikaan säännöllisen kotihoidon asiakkaita oli valtakunnallisesti 73 500 (THL 2017c). Kaiken kaikkiaan THL:n mukaan (2017a) kuntouttaminen ei valtakunnallisesti ole riittävästi mukana asiakkaiden hoito- ja palvelusuunnitelmissa. THL (mt.) korostaa erityisesti kuntoutustavoitteiden kirjaamista asiakkaan hoito- ja palvelusuunnitelmaan, sillä kirjattuna ne myös toteutuvat todennäköisemmin.

Tässä selvityksessä vastaajilta kysyttiin, mikä taho alueella tuottaa erilaisia kotiin vietäviä kuntoutuspalveluita. Tyypillisimmät kotona tehtävän kuntoutuksen palvelut, kuten fysioterapia ja toimintaterapia, tuotetaan useimmiten kunnan tai kuntayhtymän omasta toimesta, mutta palveluita ostetaan paljon myös yksityisiltä toimijoilta (kuva 4). Neuropsykologian ja psykoterapian osalta vastauksia saatiin vain vähän. Niiden perusteella palveluita ostetaan myös sairaanhoitopiireiltä oman tuotannon ja yksityisiltä tuottajilta tehtyjen palveluostojen lisäksi. Työ- ja elinkeinoministeriön (Lith 2014) selvityksen mukaan yksityiset palveluntuottajat ovat yhä useammin kiinnostuneita laajentamaan palvelujaan kotiin vietäviin kuntoutuspalveluihin. Vuonna 2014 yksityisille kuntoutusalan palveluntuottajille tehdyn kyselyn mukaan yli puolet kaikista kuntoutusta tarjoavista yrityksistä tuotti kotiin vietäviä kuntoutuspalveluita ikääntyneille ihmisille (mt).

**Kuva 4. Tahot, jotka tuottavat kunnissa kotiin vietävät lääkinnällisen kuntoutuksen palvelut**



Kyselyssä kunnat vastasivat myös kysymykseen kotiin vietävien kuntoutuspalveluiden henkilöstöresursseista. Kysymykseen saatiin kahdeksan vastausta, jotka vahvistavat kuvan 8 viestiä. Kyselyyn vastanneissa kunnissa valtaosa kotiin vietäviä palveluita toteuttavista fysioterapeuteista on kunnan omia työntekijöitä. Toimintaterapeuteissa työntekijöiden määrä on jakautunut tasaisemmin julkisten ja yksityisten työntekijöiden kesken. Puheterapeutit, neuropsykologit ja psykoterapeutit olivat vastausten perusteella pääsääntöisesti kaikki yksityisen sektorin työntekijöitä. Samassa yhteydessä kunnilta ja kuntayhtymiltä pyydettiin arviota kotikuntoutuspalveluiden asiakasmääristä. Fysioterapian kohdalla kysymykseen arviot asiakasmääristä kuntien ja kuntayhtymien välillä liikkuivat 1 - 16 asiakasta 1 000 asukasta kohden. Muiden kotiin vietävien kuntoutuspalveluiden osalta vastauksia tuli niin vähän, että vertailun tekeminen ei ole mielekäästä.

#### 4.1.3 Lääkinnällinen kuntoutus perusterveydenhuollon vuodeosastoilla

Perusterveydenhuollon vuodeosastotoiminta on jaettavissa akuuttihoitoon, kuntoutukseen ja pitkäaikaishoitoon. Kuntoutuksena tarjotaan neurologista, ortopedista ja geriatrasta kuntoutusta. Potilaat ovat pääosin ikäihmisiä. Kuntoutuksen kannalta keskeisiä potilasryhmiä ovat AVH-, lonkkamurtuma- ja muistisairauspotilaat sekä ikääntyneet monisairaat.

Kuntoutuksen erottaminen muusta toiminnasta ei ole yksiselitteistä. Tuottajasta riippuen kuntoutustoimintaa voi tapahtua erillisillä kuntoutusosastoilla tai samoilla osastoilla muun toiminnan kanssa. Kuntoutukseksi saatetaan nimittää toimintaa, joka ei sisällä kuntoutukselle ominaisia piirteitä. Yksi tapa erottaa kuntoutus muusta toiminnasta voisi olla tarkastella sellaisia jaksoja, joissa potilaan hoitoon osallistuu kuntoutushenkilöstöä. Näitä tietoja ei kuitenkaan kirjata ja kerätä systemaattisesti. Nykyisin tilastoitavista tiedoista kuntoutuksen tunnistaminen ja erottaminen muusta toiminnasta voisi perustua hoitoon tulon syyhyn tai diagnoosin ja jakson keston yhdistelmään.



Terveysthuollon hoitajaksoista THL:lle toimitettaviin Hilmo-tietoihin sisältyy hoitoon tulon syytä kuvaava tieto. Hoitoon tulon syy -luokitukseen sisältyy muun muassa kuntoutus ja lääkinällinen kuntoutus. Kustakin jaksosta on mahdollisuus toimittaa kolme hoitoon tulon syytä. Terveysthuollon kohdalla hoitoon tulon syy -tieto ei ole kuitenkaan pakollinen, joten suurimmassa osassa jaksoista tietoa ei ole kirjattu tai ainakaan toimitettu THL:lle (2016).

Taulukossa 1 on esitetty NHG Benchmarkingin aineistoihin perustuen perusterveydenhuollon lyhytaikaisen (alle 90 vuorokauden jaksot) vuodeosastohoidon jaksojen määrä 1000:ta vastaavan ikäistä asukasta kohden diagnoosin, jakson keston ja ikäryhmän perusteella ryhmiteltynä. Aineisto perustuu kolmen erikokoisen järjestäjän tietoihin ja noin 250 000 asukkaan väestöpohjaan<sup>8</sup>.

**Taulukko 1. Perusterveydenhuollon lyhytaikaisen (alle 90 vuorokauden jaksot) vuodeosastohoidon jaksojen määrä 1000:ta vastaavan ikäistä asukasta kohden diagnoosin, jakson keston ja ikäryhmän perusteella ryhmiteltynä perustuen kolmen erikokoisen järjestäjän tietoihin ja noin 250 000 asukkaan väestöpohjaan<sup>9</sup>**

Diagnoosi	Jakson kesto	Alle 65-vuotiaat	65–74-vuotiaat	75 vuotta täyttäneet	Kaikki ikäryhmät
Neurologinen diagnoosi (G- ja I6-alkuiset sekä F00-F03)	0-7 yötä	0,2	3,1	19,8	2,6
	8-14 yötä	0,0	1,5	7,9	1,0
	15 - 90 yötä	0,1	2,0	14,7	1,9
	Yhteensä	0,3	6,5	42,3	5,5
Ortopedinen diagnoosi (S- ja M- alkuiset)	0-7 yötä	0,4	2,8	11,8	1,9
	8-14 yötä	0,2	1,8	10,3	1,4
	15 - 90 yötä	0,3	3,0	17,6	2,4
	Yhteensä	0,9	7,6	39,7	5,8
Muu diagnoosi	0-7 yötä	3,0	20,2	76,9	12,9
	8-14 yötä	0,8	7,6	40,8	5,9
	15 - 90 yötä	0,8	8,4	48,0	6,7
	Yhteensä	4,6	36,2	165,7	25,5

Taulukon 1 tietojen perusteella on mahdollista arvioida koko maan perusterveydenhuollon vuodeosastoilla tuotettujen kuntoutusjaksojen määrä. Mikäli kaikki neurologisten ja ortopedisten diagnoosien jaksot ovat kuntoutusta, neurologisen kuntoutuksen jaksoja on noin 26 000 ja ortopedisen kuntoutuksen jaksoja on noin 28 000. Geriatrisen kuntoutuksen tunnistaminen diagnoosiperustaisesti ei ole mahdollista. Mikäli geriatriseksi kuntoutukseksi lasketaan muiden diagnoosien jaksoista 75 vuotta täyttäneiden 8 - 90 yötä kestäneet jaksot, määräksi saadaan 44 000 jaksoa. Arviota vääristä se, että aineisto edustaa alueita, joissa

<sup>8</sup> Lähde: NHG Benchmarkingin aineisto

<sup>9</sup> Lähde: NHG Benchmarkingin aineisto

perusterveydenhuollon lyhytaikaisen vuodeosastohoidon jaksojen kokonaismäärä suhteessa väestöön on noin 11 prosenttia pienempi kuin koko maassa<sup>10</sup>. Toisaalta vastakkaisuuntainen vääristymä tulee oletuksesta, että kaikki diagnoosin perusteella tunnistetut jaksot olisivat kuntoutusjaksoja.

---

<sup>10</sup> Lähde: THL:n SotkaNet

**Taulukko 2. Perusterveydenhuollon lyhytaikaisen (alle 90 vuorokauden jaksot) vuodeosastohoidon hoitopäivien määrä 1000:ta vastaavan ikäistä asukasta kohden diagnoosin, jakson keston ja ikäryhmän perusteella ryhmiteltynä perustuen kolmen erikokoisen järjestäjän tietoihin ja noin 250 000 asukkaan väestöpohjaan<sup>11</sup>**

Diagnoosi	Jakson kesto	Alle 65-vuotiaat	65–74-vuotiaat	75 vuotta täyttäneet	Kaikki ikäryhmät
Neurologinen diagnoosi (G- ja I6-alkuiset sekä F00-F03)	0-7 yötä	0,9	17,3	125,2	15,9
	8-14 yötä	0,3	16,8	92,5	12,1
	15 - 90 yötä	3,0	71,8	491,7	62,9
	Yhteensä	4,2	105,8	709,4	90,9
Ortopedinen diagnoosi (S- ja M- alkuiset)	0-7 yötä	1,7	13,5	58,3	9,1
	8-14 yötä	2,1	21,2	121,2	17,0
	15 - 90 yötä	7,3	105,9	595,7	81,4
	Yhteensä	11,1	140,5	775,2	107,5
Muu diagnoosi	0-7 yötä	12,7	95,5	375,5	61,3
	8-14 yötä	9,4	89,5	475,6	68,4
	15 - 90 yötä	24,4	248,2	1471,4	204,2
	Yhteensä	46,6	433,2	2322,4	333,9

Vastaavasti taulukon 2 tietojen perusteella on mahdollista arvioida koko maan perusterveydenhuollon vuodeosastoilla tuotettujen kuntoutuksen hoitopäivien määrä. Mikäli kaikki neurologisten ja ortopedisten diagnoosien jaksot ovat kuntoutusta, neurologisen kuntoutuksen hoitopäivien määrä on noin 435 000 (vastaa 1200 - 1300 potilaspaikkaa) ja ortopedisen kuntoutuksen hoitopäiviä on noin 519 000 (vastaa 1400 - 1600 potilaspaikkaa). Mikäli geriatriseksi kuntoutukseksi lasketaan muiden diagnoosien jaksoista 75 vuotta täyttäneiden 8 - 90 yötä kestäneet jaksot, hoitopäivien määräksi saadaan 955 000 (vastaa 2600 - 2900 potilaspaikkaa).

#### 4.1.4 Vaativan laituskuntoutuksen toimeenpano

Vaativalla kuntoutuksella tarkoitetaan yleensä intensiivistä, moniammatillista kuntoutusta, jota järjestetään potilaille, joilla on merkittäviä, tyypillisesti neurologisia toimintakyvyn vajeita, mutta myös kykyä kuntoutua. Vaativaa neurologista kuntoutusta tulisi suositusten<sup>12</sup> mukaan toteuttaa tiiviissä moniammatillisessa tiimissä, ja sen tulisi vastata kaikkiin potilaan haasteisiin. Erilaisia kuntoutusmuotoja tulisi kaikkia tarjota useita kertoja viikossa, sisältäen puheterapiaa, nielemiskuntoutusta, neuropsykologista kuntoutusta, toimintaterapiaa sekä fysioterapiaa.

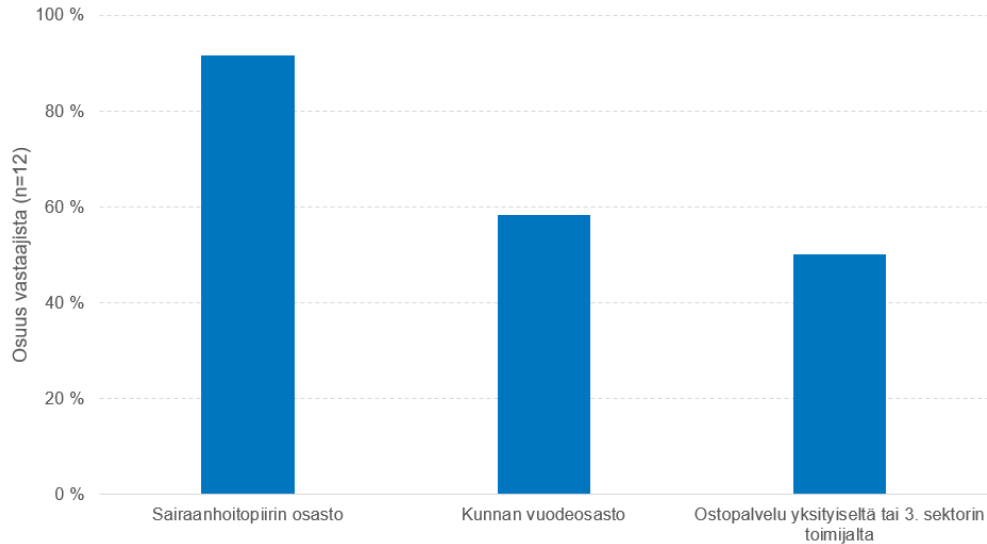
Vaativan kuntoutuksen laituskuntoutusta, joissa diagnoosina on esimerkiksi aivoverenkieron häiriö tai aivovamma (mutta ei selkäydinvamma), tuotetaan lähes jokaisen vastaajan mukaan sairaanhoitopiirin osastolla. Hieman yli puolet kysymykseen vastanneista (7/12) ilmoitti, että näitä palveluja tuotetaan kunnan vuodeosastolla, jonka lisäksi puolet vastaajista

<sup>11</sup> Lähde: NHG: Benchmarkingin aineisto

<sup>12</sup> Esim. AVH KäypäHoito-suositus, National Institute for Healthcare Excellence, <https://www.nice.org.uk/guidance/cq162/chapter/1-Recommendations>

ilmoitti, että näitä palveluita tuotetaan ostopalveluina yksityiseltä tai kolmannen sektorin toimijalta (Kuva 5). Muuta kuin vaativaa kuntoutusta tuotetaan useimpien vastaajien mukaan (92 % vastaajista) kunnan osastolla tai terveyskeskuksessa. Puolet vastaajista ilmoitti, että muuta kuntoutusta tuotetaan sairaanhoitopiirin osastolla ja kolmasosa ilmoitti, että näitä palveluita tuotetaan ostopalveluina yksityiseltä tai kolmannen sektorin toimijalta.

**Kuva 5. Vaativan kuntoutuksen palveluiden toteutus**



Vaativan neurologisen kuntoutuksen toteutus vaihtelee sairaanhoitopiireittäin. Selkäydinvammakuntoutus on keskitetty HYKS:iin, TAYS:iin ja OYS:iin. Vaativaa neurologista kuntoutusta muille potilasryhmille toteutetaan sairaanhoitopiireittäin eri tavoilla, jotka on esitetty alla olevassa taulukossa (taulukko 3). Kuntoutuksen vaihtelevista toteutustavoista johtuen taulukossa mainituissa hoitopaikoissa tarjotun palvelun sisältö vaihtelee. Taulukon 3 tietojen perusteella vaativaa neurologista kuntoutusta toteutetaan pääasiassa sairaanhoitopiirin järjestämänä. Taulukossa ilmoitettujen sairaansijojen määrät vaihtelevat paljon, osittain osaston tarjoamien palveluiden laajuudesta johtuen. Jos vaativan neurologisen kuntoutuksen laajuutta arvioidaan käyttämällä aivoverenkierohäiriöpotilaille varattujen paikkojen määrää, Koskisen (2016) tekemän tutkimuksen mukaan sairaalan kuntoutusosastolla tälle potilasryhmälle on yleensä varattu n. 10 paikkaa.

**Taulukko 3. Vaativan laituskuntoutuksen organisointi sairaanhoitopiireittäin<sup>13</sup>**

Sairaanhoitopiiri	Vaativan kuntoutuksen toteutuspaikka	Sairaanhoitopiirin järjestämä	Sairaansijat
Etelä-Karjala	Armilan sairaala	x	15
Etelä-Pohjanmaa	Seinäjoen keskussairaala, kuntoutusosasto	x	Tietoa ei saatavilla
Etelä-Savo	Kyyhkylän sairaala	x	27
Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri	HYKS, Jorvi, Laakson sairaala, Katriinan sairaala, Espoon sairaala, Kiljavan sairaala	x	Tietoa ei saatavilla

<sup>13</sup> Tiedot selvitetty sairaanhoitopiirien internet-sivuilta sekä kysymällä suoraan sairaanhoitopiireistä

Itä-Savo	Savonlinnan pääterveysaseman kuntoutusosasto		30
Kainuu	Kajaanin terveyskeskuksen osasto		Tietoa ei saatavilla
Kanta-Häme	Riihimäen sairaalan neurologinen kuntoutusosasto	x	Tietoa ei saatavilla
Keski-Pohjanmaa	Keski-Pohjanmaan keskussairaala, neurologian osasto	x	13
Keski-Suomi	Kuntoutusosasto keskussairaalassa	x	Tietoa ei saatavilla
Kymenlaakso	Neurologian osasto keskussairaalassa	x	Tietoa ei saatavilla
Lappi	Neurologian osasto keskussairaalassa	x	Tietoa ei saatavilla
Länsi-Pohja	Kuntien omana tai ostopalveluna		Tietoa ei saatavilla
Pirkanmaa	Valkeakosken sairaala, Hatanpään neurologiset osastot (Tampereen kaupunki), Tammenlehväkeskuksen osasto (ostopalvelu)	Valkeakosken sairaala: x	10+64+19
Pohjois-Karjala	Keskussairaalan neurologinen kuntoutusosasto	x	20
Pohjois-Pohjanmaa	Kuntoutusosasto OYS (osasto 1), ostopalveluita eri toimijoilta	x	Tietoa ei saatavilla
Pohjois-Savo	KYS neurokeskus neurologian osasto	x	28
Päijät-Häme	Lahden kaupunginsairaalan osasto		Tietoa ei saatavilla
Satakunta	Satakunnan keskussairaalan neurologian osasto	x	Tietoa ei saatavilla
Vaasa	Vaativan kuntoutuksen vuodeosasto keskussairaalassa (aloittaa vuonna 2018), tällä hetkellä Pietarsaaren sairaalassa	x	Tietoa ei saatavilla
Varsinais-Suomi	TYKS kuntoutusosasto	x	Tietoa ei saatavilla

Tyypilliseen aivoverenkiertohäiriö-potilaan kuntoutuspolkuun sisältyy keskimäärin 5 päivää yliopisto- tai keskussairaalassa. 40 % potilasta siirtyy tämän jälkeen vielä hoidettavaksi joko terveyskeskuksen osastolle, jossa hoito kestää keskimäärin 31 päivää, tai sairaanhoitopiirin kuntoutusosastolle tai yksityiseen kuntoutuslaitokseen, joissa hoito kestää keskimäärin 29 päivää. Moniammatilliseen kuntoutukseen pääsee suurimmassa osassa sairaanhoitopiirejä vain 15 - 25 % aivoverenkiertohäiriöön sairastuneista, ja kahdessa sairaanhoitopiirissä vain alle 10 %. (Koskinen 2016.)

Vaativaa kuntoutusta järjestetään erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon lisäksi myös Kelan rahoittamana. Kelan rahoittamaa vaativaa lääkinnällistä kuntoutusta voivat tarkempien kriteerien täytyessä saada alle 65-vuotiaat henkilöt, joilla kuntoutus ei liity välittömästi sairaanhoitoon. Potilaat, jotka eivät täytä Kelan rahoittaman vaativan lääkinnällisen kuntoutuksen kriteereitä ja jotka eivät ole laitoshoidossa, ovat kunnan järjestämän lääkinnällisen kuntoutuksen piirissä. Koskisen vuonna 2016 julkaiseman seurantatutkimuksen mukaan sairaalasta kotiutettujen vaativaa kuntoutusta saavien AVH-potilaiden avokuntoutus terveyskeskuksissa on puutteellista (Koskinen 2016). Takalan ym. (2010) tutkimuksen mukaan puolestaan aivoverenkiertohäiriöiden kuntoutuksessa haasteena ovat resursoinnin puutteet, erityisesti terveyskeskusten vuodeosastoilla. Haasteina ovat myös iäkkäiden kuntoutuksen puutteet ja alueellinen epätasa-arvo (Takala ym. 2010).

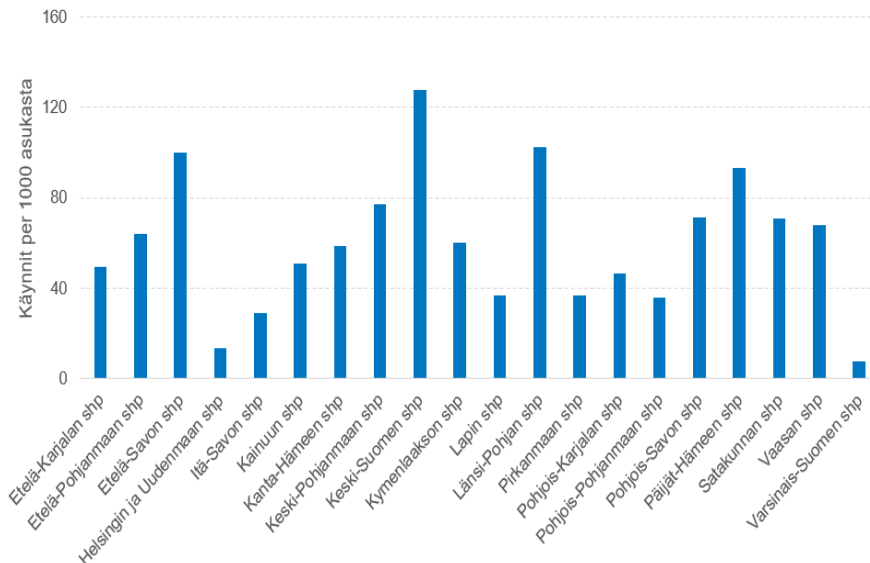
#### 4.1.5 Muu lääkinnällinen kuntoutus erikoissairaanhoidossa

Erikoissairaanhoidossa lääkinnällistä kuntoutusta toteutetaan osastoilla hoitajaksojen aikana sekä käynteinä. Erikoissairaanhoidon kuntoutukseen ohjaututaan aina lääkärin läheteellä.

Erikoissairaanhoidossa tapahtuvaa kuntoutusta varten sairaanhoitopiireissä on perustettu erillisiä kuntoutusosastoja potilaille, joilla on riittävästi kuntoutusedellytyksiä ja osaston profiiliin sopiva sairauskirjo. Näillä osastoilla kuntoutuksen tavoitteena on olla intensiivistä ja moniammatillista. Viimeisimmän tiedon perusteella noin puolella keskussairaaloista on oma kuntoutusosasto. (Kallinen 2014.)

Hoitojaksojen aikana tapahtuvaa kuntoutusta ei tilastoida erikseen muusta hoitojakson aikana tapahtuvasta toiminnasta. Tämän vuoksi erikoissairaanhoidon hoitojaksojen aikana tapahtuvan lääkinällisen kuntoutuksen volyymiä ei ole suoraan saatavilla julkisista lähteistä. Käyntejä sen sijaan tilastoidaan. Julkisista lähteistä näitä tietoja ei kuitenkaan ole saatavilla. Sotkanetissä saatavilla on käyntien määrä erikoisaloittain, mutta näissä ei eritellä vastaanottavan henkilön ammattia. Erityistyöntekijöiden suorittamaa kuntoutusta ei siksi ole mahdollista erotella esimerkiksi lääkärikäynneistä. Fysiatrian alalla erikoisalan käyntien kokonaismäärä antaa muista erikoisaloista poiketen kuitenkin melko hyvän kuvan kuntoutuksen kokonaisvolymistä, sillä kuntoutus on olennainen osa fysiatrian erikoisalaa ja suurin osa fysiatrian toiminnasta tapahtuu poliklinikalla. Alla olevassa kuvassa (kuva 6) on esitetty fysiatrian käyntien kokonaismäärä (sisältäen kaikki ammattiryhmät) väestöön suhteutettuna sairaanhoitopiireittäin vuonna 2016. Määrissä on jonkin verran vaihtelua, mutta pääsääntöisesti käyntien määrä on alle 100 kpl per 1000 asukasta. NHG:n Benchmarking-aineiston mukaan eräässä sairaanhoitopiirissä käyntejä fysiatrian erikoisalalla erityistyöntekijöillä on noin 32 kpl vuodessa tuhatta asukasta kohti. On kuitenkin huomattava, että saatavilla olevassa dataassa lähes puolelle käynneistä ei ollut merkitty työntekijän ammattiryhmää. Toiseksi eniten erityistyöntekijöiden suorittamia käyntejä kyseisessä sairaanhoitopiirissä on psykiatrian erikoisalalla, jossa niitä on n. 43 kpl vuodessa tuhatta asukasta kohti. Kirurgian, korva-, nenä- ja kurkkutautien, lastentautien, neurologian ja sisätautien erikoisaloilla erikoistyöntekijäkäyntejä on alle 10 kpl vuodessa tuhatta asukasta kohti. Kirurgian, korva-, nenä- ja kurkkutautien ja psykiatrian erikoisalan tiedoissa haasteena on se, että suurelle osalle käynneistä ei ole merkitty työntekijän ammattiryhmää.

**Kuva 6. Fysiatrian erikoissairaanhoidon avohoitokäynnit sairaanhoitopiireittäin 2015 - 2016 (käynnit per 1000 asukasta), vuoden 2016 luvut näkyvillä, Sotkanet**



Kyselyn tulosten perusteella erikoissairaanhoidossa lääkinällinen kuntoutus on yleensä organisoitu niin, että erikoisaloilla on omia yksittäisiä erityistyöntekijäresursseja käytössään. Resursseja voi olla myös sijoitettu erikseen poliklinikoille ja vuodeosastoille. Yliopistosairaaloidilla on omat erilliset kuntoutusosastonsa, jonka lisäksi joissakin sairaanhoitopiireissä (esim. Essote), on erillinen kuntoutusyksikkö. Kyselyn tulosten perusteella eniten erityistyöntekijäresursseja on fysiatrian erikoisalalla, erityisesti fysioterapeutteja. Fysioterapeuttien määrä fysiatrian erikoisalalla vaihtelee vastaajasta riippuen n. 0,13 - 0,27 fysioterapeuttia tuhatta asukasta kohti. NHG:n Benchmarking-aineiston mukaan fysioterapeuttien määrä on eräässä sairaanhoitopiirissä 0,13 kpl tuhatta asukasta kohti, mikä on linjassa kyselyn vastausten kanssa. Lisäksi kyselyn perusteella fysiatrian erikoisalalla on toimintaterapeutteja, puheterapeutteja ja sosiaalityöntekijöitä, ja joillakin sairaanhoitopiireillä neuropsykologeja, psykoterapeutteja ja yksittäisiä muita erityistyöntekijöitä. NHG:n Benchmarking-aineistojen mukaan toimintaterapeuttien määrä on 0,03 tuhatta asukasta kohti, eli alle neljäsosa fysioterapeuttien määrästä. Kyselyn mukaan muilla erikoisaloilla on fysioterapeutteja, toimintaterapeutteja, puheterapeutteja, neuropsykologeja, psykoterapeutteja ja sosiaalityöntekijöitä sekä yksittäisiä muita erityistyöntekijöitä. Fysioterapeuttien määrä suhteessa muihin erityistyöntekijöihin jakautuu kyselyyn vastanneiden kuntien välillä huomattavasti tasaisemmin kuin muilla erikoisaloilla kuin fysiatriassa.

Kyselyn mukaan fysiatrian erikoisalalla ja erikoissairaanhoidon lääkinällisessä kuntoutuksessa kokonaisuudessaan suurin potilasryhmä ovat tuki- ja liikuntaelinsairauksista kärsivät potilaat. Kolmen suurimman potilasryhmän joukossa ovat myös neurologista kuntoutusta tarvitsevat potilaat, kipupotilaat, lapset ja ikääntyneet. Neurologian erikoisalalla suurin potilasryhmä on aivoverenkiertohäiriöstä kärsivät potilaat, ja kolmen suurimman ryhmän joukossa ovat myös aivovamma- ja selkäydinvammapotilaat.

#### 4.1.6 Apuvälinehuolto

Kunnat ja kuntayhtymät vastaavat lääkinällisen kuntoutuksen apuvälinepalveluiden järjestämisestä terveydenhuoltolain ja lääkinällisen kuntoutuksen apuvälineiden luovutusta koskevan asetuksen (1363/2011) mukaisesti. Lääkinällisen kuntoutuksen apuvälineiden luovutuksen edellytyksenä on sellainen lääketieteellisin perustein todettu sairaus, vamma tai kehitysviivästymä, joka heikentää potilaan toimintakykyä ja vaikeuttaa hänen itsenäistä selviytymistään. Apuvälineen myöntämisen perusteena on lääkärin tai muun terveydenhuollon ammattihenkilön tekemä potilaskohtainen hoito- ja kuntoutussuunnitelmaan kirjattu tarvearvio, joka tehdään yhdessä käyttäjän kanssa. Tarvittaessa apuvälinetarpeen arviointi tehdään moniammatillisesti niin, että arvioon osallistuu toimintaympäristön tuntevia ammattilaisia, kuten kotihoito tai oma terapeutti. Lääkinällisen kuntoutuksen apuvälineet sovitetaan yksilöllisesti ja ne ovat henkilökohtaisia. Vaativimmissa tapauksissa apuväline valmistetaan erikseen käyttäjän mittojen mukaan hänen tarpeitaan vastaavaksi. (Töytäri 2015.) Apuvälinepalveluista vastaa pääsääntöisesti terveydenhuolto. Muita apuvälinepalvelujen toimijoita ovat kuntien sosiaalitoimi (vammaispalvelulain mukaiset apuvälineet), Kela (työhön ja opiskeluun liittyvät apuvälineet), työvoimahallinto ja valtiokonttori (työvoimahallinnon ja valtiokonttorin järjestämät apuvälineet luovutetaan terveydenhuollosta). Lääkinällisen kuntoutuksen apuvälinepalvelut ovat potilaalle maksuttomia. Maksuttomuus koskee apuvälineitä, jotka on luovutettu käyttöön yksilöllisen apuvälinetarpeen perusteella. Julkinen terveydenhuolto ei korvaa asiakkaan omatoimisesti tai yksityisen palveluntuottajan kehotuksesta hankkimia apuvälineitä jälkikäteen.

Pääsääntöisesti apuvälinepalveluista vastaa se terveydenhuollon taho, jolla on potilaan hoitovastuu, ja useimmiten julkisen terveydenhuollon apuvälinepalvelut on porrastettu kahdelle tasolle. Perusterveydenhuolto vastaa tavallisimmista apuvälineistä kuten käsikäyttöisistä pyörätuoleista, kävelyn apuvälineistä ja erilaisissa arjessa käytettävistä pienapuvälineistä, jotka eivät yleensä edellytä lääkärin lähetystä. Perusterveydenhuolto myös arvioi tarpeet vaativimpien apuvälineiden käyttöönotolle ja ohjaa asiakkaita erikoissairaanhoidon apuvälinepalveluihin. Erikoissairaanhoidon vastaa pääsääntöisesti vaativaan apuvälinepalveluun liittyvistä apuvälineistä, muun muassa erityisosaamista vaativista ratkaisuksista, kalliista liikkumisen ja ympäristönhallinnan apuvälineistä, kommunikoinnin apuvälineistä sekä lasten liikkumisen ja päivittäisten toimintojen apuvälineistä. Erikoissairaanhoidon apuvälinepalvelu edellyttää lääkärin lähetystä. Erikoissairaanhoidossa osastoilla ja poliklinikoilla työskentelevät terapeutit vastaavat ensi sijassa oman potilaansa apuvälinetarpeen arvioinnista. Terveydenhuollon palveluiden jälkeen sosiaalitoimen vammaispalvelu on suurin apuvälinepalvelujen järjestäjä. Näiden apuvälineiden käyttöönotto tapahtuu kuitenkin usein yhteistyössä terveyskeskusten kanssa, vaikka apuvälineiden käyttöönottoon liittyvä päätöksenteko ja korvattavuus poikkeaisivat terveydenhuollon apuvälinepalvelusta. Apuvälineiden palveluprosessi etenee käytännössä seuraavasti: 1) asiakkaan tarpeen havaitseminen ja palvelun piiriin haikutuminen, 2) tarpeen arviointi, 3) välineen kokeilu ja valinta, 4) hankinta, rekisteröinti ja luovutus, 5) käytön ohjaus, 6) käytön seuranta ja 7) palautus (Töytäri 2015).

Valtaosa sairaanhoitopiireistä on yhdessä alueen kuntien kanssa keskittänyt apuvälineiden hallinnoinnin ja koordinoinnin alueellisen apuvälinekeskuksen alle (taulukko 4). Asiaa selvitettiin sairaanhoitopiirien internet-sivujen sekä niille tehtyjen suorien kyselyjen kautta.<sup>14</sup>

#### Taulukko 4. Alueelliset apuvälinekeskukset sairaanhoitopiireissä

	Alueellinen apuvälinekeskus	Ei ole alueellista apuvälinekeskusta	Ei alueellista apuvälinekeskusta, mutta päätös perustamisesta on tehty
Carea	X		
Eksote	X		
Etelä-Pohjanmaa	X		
Essote	X		
HUS	X		
Itä-Savo	X		
Kainuu		X	
Kanta-Häme	X		
Keski-Suomi	X		
Keski-Pohjanmaa	X		
Lappi		X	
Länsi-Pohja	X		
Pirkanmaa			X
Pohjois-Karjala	X		
Pohjois-Pohjanmaa	X		
Pohjois-Savo	X		
Päijät-Häme	X		

<sup>14</sup> Joissain sairaanhoitopiireissä osa kunnista on kuitenkin jättänyt alueellisen apuvälinekeskuksen tuottamien palveluiden ulkopuolelle. Nämä kunnat järjestävät ja hallinnoivat apuvälineitä alueensa perus- ja erikoissairaanhoidon kautta.



Satakunta	X	
Vaasan SHP		X
Varsinais-Suomi	X	

Apuvälinekeskus hoitaa usein apuvälineiden hankinnat, laskutuksen, logistiikan, koulutukset ja niihin liittyvän osaamisen ylläpitämisen. Lisäksi apuvälinekeskukset ylläpitävät apuvälineistä yhteistä rekisteriä. Apuvälinekeskuksen tavoitteena on ollut yhdenmukaistaa apuvälineisiin liittyvää työnjakoa, poistaa epäselvyyttä myöntäjätahosta ja lisätä yhteistyötä eri hoidonporrastuksen tasojen kesken. Apuvälinekeskukset palvelevat samanaikaisesti niin alueen asukkaita kuin terveyskeskuksia ja erikoissairaanhoidon yksiköitä. Alueellisten apuvälinekeskusten toiminnassa on kuitenkin eroja siinä, kuinka laaja palvelukokonaisuus niillä on vastuullaan. Suurimmassa osassa sairaanhoitopiirejä apuvälinekeskus vastaa erikoissairaanhoidon apuvälinepalveluketjusta (apuvälineiden hallinnan lisäksi se tekee arviot ja luovuttaa välineet asiakkaille) sekä perusterveydenhuollon osalta apuvälineiden yhteishankinnoista, kilpailutuksesta ja huollosta. Tällöin asiakas saa muut tarvitsemansa perusapuvälineet joko omasta perusterveydenhuollon yksiköstä tai kotiutuessaan sairaalasta. Tosin jossain piireissä apuvälinekeskukselle on keskitetty kaikkien lääkinnällisten apuvälineiden luovutus. Lisäksi joihinkin apuvälinekeskuksiin (mm. Eksote) on integroitu myös vammaispuhelin mukaiset asunnon muutostyöt ja asuntoon kuuluvat välineet ja laitteet. Alueellisesta apuvälinekeskuksesta huolimatta suurimmassa osassa sairaanhoitopiirejä tietyt erikoisyksiköt, kuten kuulo-, näkö- ja hengitysosastot, vastaavat omista apuvälineistään. Lisäksi vaihtoehtoisin kommunikointimenetelmiin on suurimmissa apuvälineyksiköissä ja keskussairaaloissa erillisiä resurssikeskuksia (tietotekniikka- ja kommunikaatiokeskus Tikoteekit). Niissä muutamassa sairaanhoitopiirissä, joissa ei ole alueellista apuvälinekeskusta, perus- ja erikoissairaanhoidon yksiköt vastaavat kumpikin taholtaan omista apuvälinepalveluistaan.

Sairaanhoitopiirit ovat perustelleet siirtymistä keskitettyihin apuvälinepalveluihin muun muassa siitä syystä, että laaja ja yhteinen apuvälineiden kilpailutus on maakuntamalliin siirryttäessä tehokkaampi kuin apuvälinepalveluiden hajautettu malli. Esimerkiksi Pirkanmaan sairaanhoitopiiri on aloittamassa maakunnallisen apuvälinepalvelun vuoden 2019 alussa ja tavoittelee lääkinnällisten apuvälinepalvelujen keskittämisellä 20 prosentin kustannushyötyjä pohjautuen siihen, että Kanta-Hämeen alueellinen apuvälinekeskus on saavuttanut pyörätuoli- ja kyynärsauvahankinnoissa 50 prosentin vuositasoiset säästöt ja Varsinais-Suomen alueellinen apuvälinekeskus pyörätuolikipailutuksella on saatu 20 prosentin säästöt ja kyynärsauvoissa 30 prosentin säästöt. (PSHP muistio 2017.)

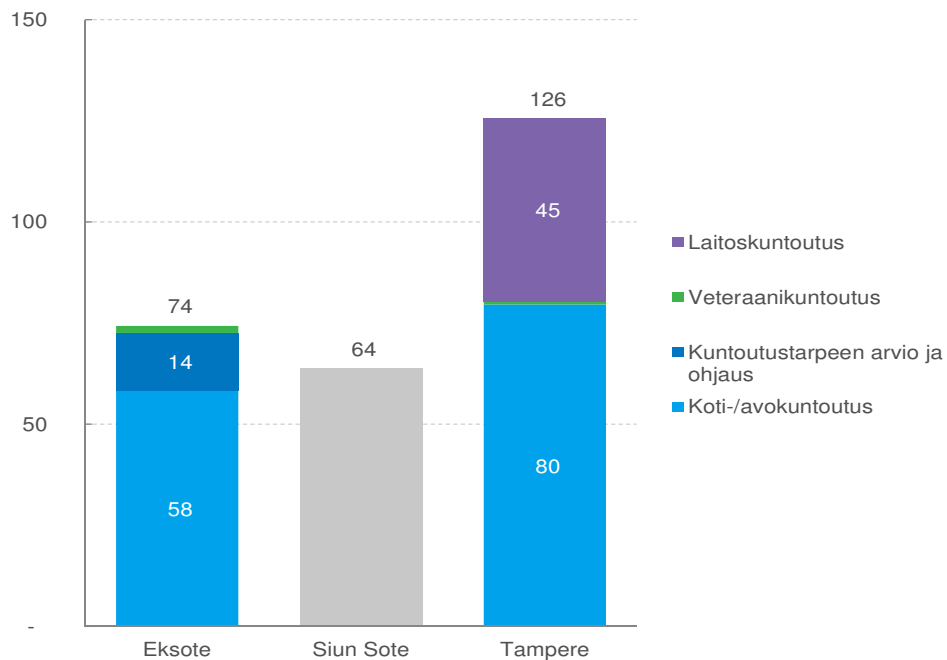
#### 4.1.7 Lääkinnällisen kuntoutuksen kustannukset

Lääkinnällisen kuntoutuksen kustannuksia kunnissa ja sairaanhoitopiireissä arvioitiin Sitran palvelupakettipilottihankkeessa (Sitra 2016) Eksotessa, Siun sotessa ja Tampereella. Kustannuksiin laskettiin mukaan kuntien avokuntoutuksen kustannukset sekä erikoissairaanhoidon fysiatrian erikoisalalan kustannukset. Muiden erikoisalajien kuntoutuksen kustannuksiksi on laskettu kuntoutuksen erityistyöntekijöiden henkilöstökulut. Siun sotessa näitä ei ollut mahdollista erotella, joten Siun soten avokuntoutus sisältää erikoissairaanhoidosta pelkästään fysiatrian erikoisalalan. Tampereella laskettiin lisäksi kuntoutusosastojen kustannukset, mutta Eksotessa ja Siun sotessa nämä oli laskettu mukaan ikäihmisten palveluihin, eivätkä näkyneet siten kuntoutuksen kustannuksissa. Avokuntoutuksen kustannukset olivat n. 65 - 80 €/ asukas ja vuodeosastokuntoutuksen n. 45 € per asukas (Kuva 7). Yleistettynä koko

maan tasolle tämä tarkoittaisi n. 360 – 440 M€ avokuntoutuksessa ja n. 250 M€ vuodeosastoilla tapahtuvan kuntoutuksen kustannuksina. Vuodeosastoilla tapahtuvan kuntoutuksen kustannusten määrittely on kuitenkin haastavaa, mikä kävi ilmi jo perusterveydenhuollon vuodeosastojen kuntoutussuoritteiden analysoinnin yhteydessä. Se, minkä vuodeosaston katsotaan olevan profiililtaan kuntoutusosasto ja minkä ei, vaihtelee. Lisäksi se, lasketaanko kuntoutuksen kustannuksiin pelkästään kuntoutuksen erityistyöntekijöiden kustannukset vai myös koko hoitohenkilöstön kustannukset, vaikuttavat kuntoutuksen kustannuksiin merkittävästi. Tampereella laskenta tehtiin niin, että mukaan laskettiin vain kuntoutuksen erityistyöntekijöiden henkilöstökustannukset.

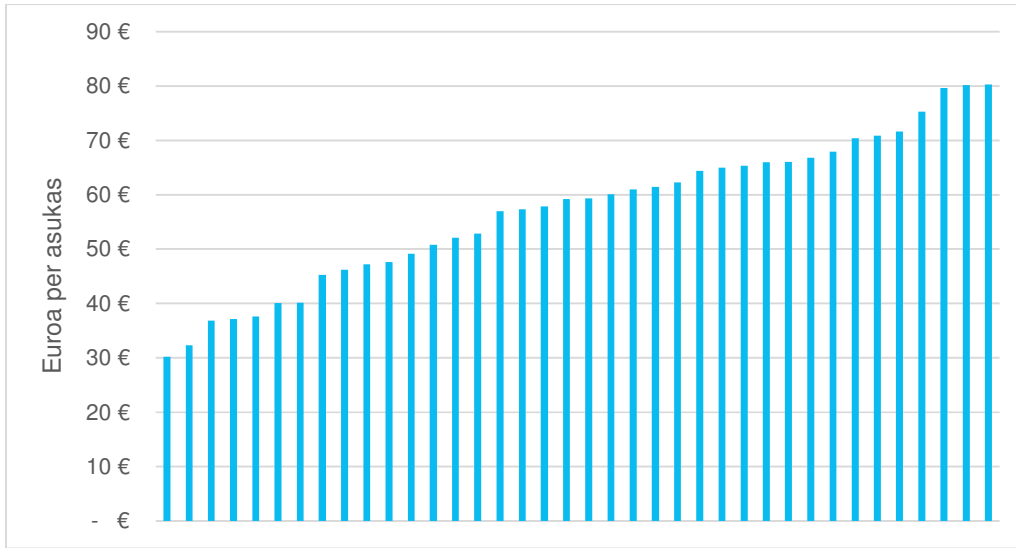
**Kuva 7. Lääkinnällisen kuntoutuksen palvelupaketin kustannukset (Sitra 2016)**

€/asukas



Kuntamaiseman tietokannan avoterveydenhuollon kuntoutuksen kustannuksista vaihtelevat jonkin verran kunnittain, mutta suuruusluokka on sama kuin palvelupakettipilotissa. Kuva 8 kuvaa asukaskohtaisia avoterveydenhuollon kuntoutuksen kustannuksia vuonna 2016. Luvut vaihtelevat välillä 30 – 80 euroa per asukas vuonna 2016. Vaihtelu johtuu osittain kunta-kohtaisista eroista tilastointitavoissa, joita ei ole kaikilta osin voitu yhdenmukaistaa Kuntamaiseman tietokantaan. Osa vaihtelusta voi selittyä myös eroissa ikärakenteessa ja työllisten osuudessa.

**Kuva 8. Avoterveydenhuollon kuntoutuksen asukaskohtaiset kustannukset kunnittain vuonna 2016 (euroa) <sup>15</sup>**



#### 4.1.8 Tunnistettuja haasteita lääkinällisessä kuntoutuksessa

Lääkinällisen kuntoutuksen haasteista kysyttiin sekä kunnille ja kuntayhtymille lähetetyssä kyselyssä että sairaanhoitopiireille lähetetyssä kyselyssä. Nämä vastaukset analysoitiin yhdessä. Vastauksissa nousi esille palveluiden sisältöön ja hoitoon pääsyyn, resurssien riittävyyteen ja ammattitaitoon sekä integraatioon ja organisaatioiden johtamiseen liittyviä haasteita, joita on kuvattu alla olevassa taulukossa (taulukko 5).

**Taulukko 5. Esille nostettuja haasteita teemoittain: sairaanhoitopiireille sekä kunnille ja kuntayhtymille lähetetyt kyselyt**

Teema	Osuus vastanneista	Esimerkkejä
Hoitoon pääsy	9/36	Saatavuuden alueelliset erot; kuntoutuksen toteutuminen oikeaan aikaan
Palvelujen sisältö	9/36	Tavoitteiden asettelu; resurssien ohjaus kustannustehokkaaseen toimintaan; jalkautuminen asiakkaan arkeen; ryhmämuotoisen kuntoutuksen puute
Resurssien riittävyys ja ammattitaito	12/36	Resurssipula; riittävän ammattitaidon ylläpito
Integraatio ja organisaatioiden johtaminen	12/36	ESH:n ja PTH:n välinen kuilu; kuntoutuksen integroiminen sairaanhoitoon

## 4.2 Sosiaalinen kuntoutus

Sosiaalisesta kuntoutuksesta kunnilta ja kuntayhtymiltä kysyttiin vuoden 2016 tietoihin perustuen, mitä palveluita niiden tarjoamaan sosiaaliseen kuntoutukseen kuului ja kuka nämä

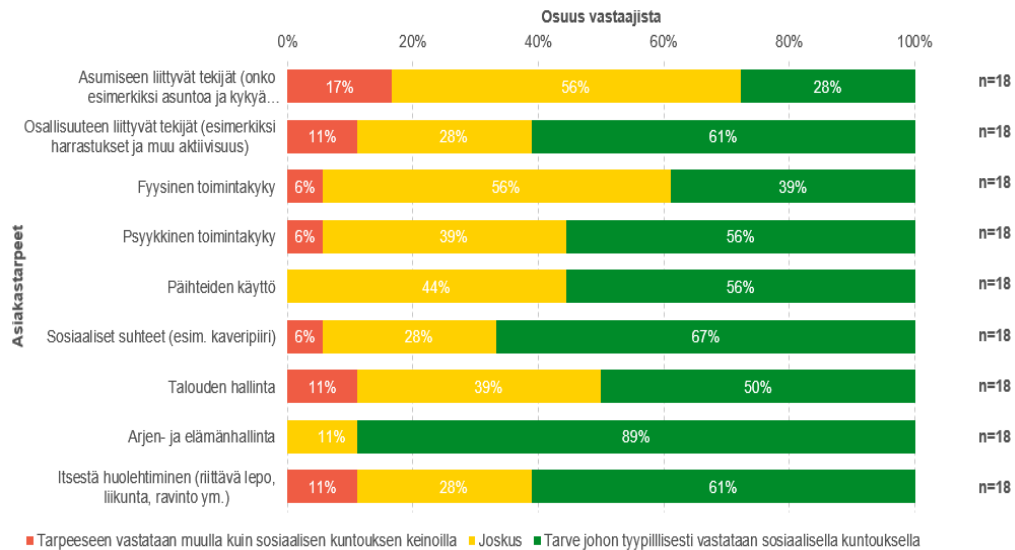
<sup>15</sup> Lähde: Kuntamaiseman aineistot

palvelut alueella pääasiassa tuotti. Kaikki kysymykseen vastanneet kuntien ja kuntayhtymien edustajat ilmoittivat, että niiden tuottamaan sosiaaliseen kuntoutukseen kuului ainakin sosiaalityötä ja -ohjausta, asiakastarpeiden kartoitusta, erilaisten elämähallintasuunnitelmien tekemistä, etsivää nuorisotyötä sekä talouteen liittyvien ongelmien selvittelyä. Kahta vastaajaa lukuun ottamatta sosiaaliseen kuntoutukseen kuului myös päihde- ja mielenterveyspalveluita, asumista tukevia palveluita, kuntouttavaa työtoimintaa, työpajoja sekä ryhmä- ja päivätoimintaa. Tietyt kotiin annettavat palvelut sekä tukihenkilö/tukiperhetoiminta kuuluivat sosiaalisen kuntoutuksen palveluihin kaikilla muilla paitsi kolmella vastanneella kunnalla/kuntayhtymällä. Sen sijaan kuusi vastaajaa vastasi, että kokemusasiantuntijoiden tuki tai vapaa-ajan harrastustoiminta ei kuulunut heillä sosiaalisen kuntoutuksen palveluihin.

Vastausten perusteella sosiaalityö, asiakastarpeen kartoitus sekä erilaisten asiakasta auttavien suunnitelmien tekeminen ovat kunnissa useimmiten omaa tuotantoa. Lisäksi kyselyyn vastanneet kunnat tuottavat itse suurimman osan etsivän nuorisotyön palveluista ja talouteen liittyvien ongelmien hoidosta. Vastausten mukaan kuntien ja kuntayhtymien oman tuotannon jälkeen merkittävin rooli sosiaalisen kuntoutuksen palveluiden tuottamisessa on järjestöillä sekä muilla kolmannen sektorin toimijoilla. Ne tuottavat vastausten mukaan erityisen paljon kuntouttavan työtoiminnan, työpajojen ja ryhmätoiminnan palveluita. Järjestöillä on suhteellisen iso rooli myös päihde- ja mielenterveyspalveluiden tuottajina. Vastauksista käy ilmi, että sosiaalisen kuntoutuksen eri palveluista yksityisiltä yrityksiltä ostetaan eniten kotiin annettavia palveluita, tukihenkilö/tukiperhetoimintaa ja asumispalveluita. Noin kolmasosa vastaajista kertoi, että näitä palveluita ostetaan osana sosiaalista kuntoutusta yksityisiltä palveluntuottajilta.

Kyselyn tulosten perusteella sosiaalisen kuntoutuksen tavoitteena on vastata monenkirjaviin asiakastarpeisiin. Kyselyssä mainitut asiakastarpeet olivat käytännössä kaikki sellaisia, joita yli puolet vastaajista kertoi sosiaalisessa kuntoutuksessa hoidettavan ainakin joskus (kuva 9). Yksittäisistä vastauksista arjen- ja elämähallinta, sosiaaliset suhteet sekä päihteiden käyttö olivat yleisimmin sosiaalisessa kuntoutuksessa hoidettavia tarpeita.

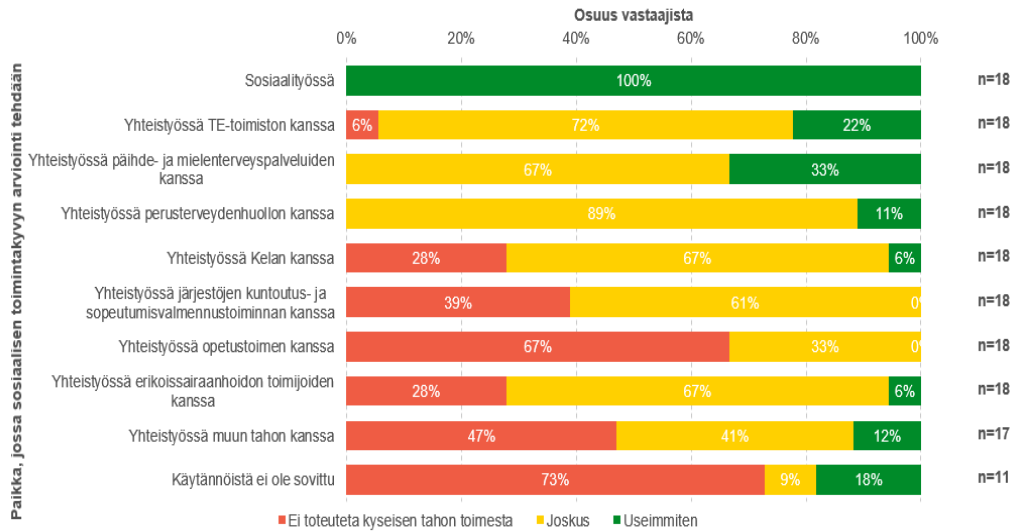
**Kuva 9. Asiakstarpeet, joihin sosiaalisella kuntoutuksella pyritään vastaamaan**



Ainoastaan fyysisen toimintakyvyn ja asumiseen liittyvien tekijöiden kohdalla alle puolet vastaajista jätti mainitsematta ne sosiaalisessa kuntoutuksessa tyypillisesti hoidettavana tarpeena (kuva 9). Toisaalta näidenkin tarpeiden hoitaminen sosiaalisessa kuntoutuksessa ei vastausten perusteella näyttäyty mitenkään poikkeuksellisena.

Selvitystä varten kerättyjen vastausten mukaan sosiaalisen toimintakyvyn arviointi tehdään pääsääntöisesti sosiaalityössä (kuva 10). Joissain kunnissa arviointi voidaan myös vaihtoehtoisesti tehdä yhteistyössä TE-toimiston tai päihde- ja mielenterveyspalveluiden kanssa. Sen sijaan yhteistyö Kelan kanssa on harvinaisempaa, vaikka sitäkin joissain kunnissa tapahtuu. Myöskään järjestöillä, opetustoimella tai muilla kyselyn ulkopuolisilla tahoilla on harvoin roolia sosiaalisen toimintakyvyn arvioinnissa.

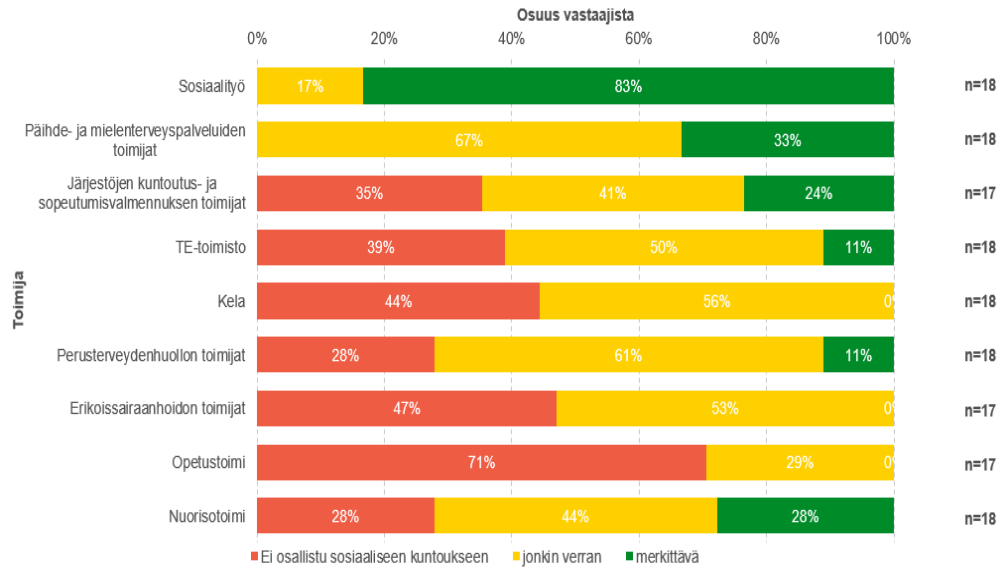
**Kuva 10. Missä sosiaalisen toimintakyvyn arviointi kunnassa tehdään**



Vastaukset kysymykseen siitä, missä sosiaalisen toimintakyvyn arviointi tehdään kuvastavat hyvin sosiaalisen kuntoutuksen monialaisuutta (kuva 10). Yhden henkilön sosiaaliseen kuntoutukseen osallistuu monia eri toimijoita samaan aikaan.

Sosiaali- ja terveysministeriön (STM 2017) mukaan sosiaalista kuntoutusta tuottavat kunnat ja järjestöt. Tämä myös näkyy nyt saaduissa vastauksissa, tosin järjestöjen rooli on vastausten perusteella valtakunnallisesti huomattavasti kunnan tuottamia palveluita pienempi. Kaikkien kysymykseen vastanneiden mukaan sosiaalityön palvelut osallistuvat käytännössä aina kuntoutuksen toteuttamiseen (kuva 11). Sosiaalityön ohella merkittävä rooli kuntoutuksessa on päihde- ja mielenterveyspalveluiden toimijoilla.

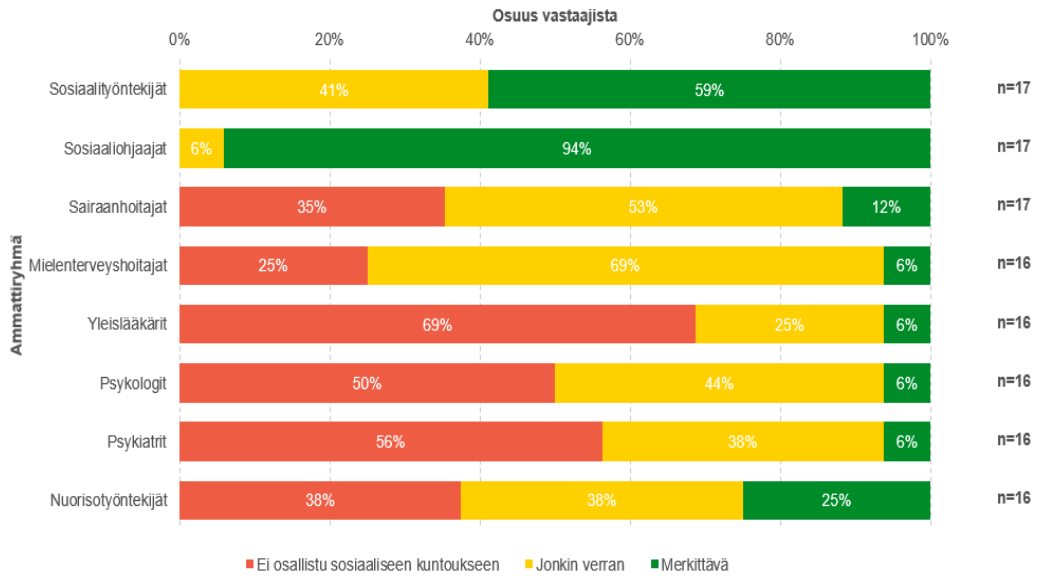
**Kuva 11. Eri toimijoiden rooli sosiaalisen kuntoutuksen palveluiden tuottamisessa/järjestämisessä**



Sosiaalityön ja päihde- ja mielenterveyspalveluiden ulkopuolella olevien palveluiden roolit vaihtelevat vastausten mukaan kunnissa. Noin neljännes vastaajista näki, että nuorisotoimella on merkittävä rooli sosiaalisen kuntoutuksen toteuttamisessa (kuva 11). Lisäksi parissa vastauksessa perusterveydenhuollon sekä TE-palvelujen roolia palveluissa pidettiin merkittävänä. Yksikään vastaaja ei nähnyt, että opetustoimella, erikoissairaanhoidolla tai Kelalla olisi merkittävä rooli sosiaalista kuntoutusta toteutettaessa.

Sosiaalinen kuntoutus on kunnissa ja kuntayhtymissä pääosin sosiaalityöntekijöiden ja sosiaaliohjaajien vastuulla (kuva 12). Vastaukset ovat tältä osin yhteneväiset edellisen kuvan kanssa. Osassa vastauksista merkittävää painoarvoa kuntoutuksen toteuttamisessa annettiin myös nuorisotyöntekijöille. Toisaalta vajaassa puolessa vastauksista kerrottiin, että nuorisotyöntekijät eivät osallistu kuntoutuksen toteutukseen.

**Kuva 12. Ketkä ammattilaiset toteuttavat sosiaalista kuntoutusta**

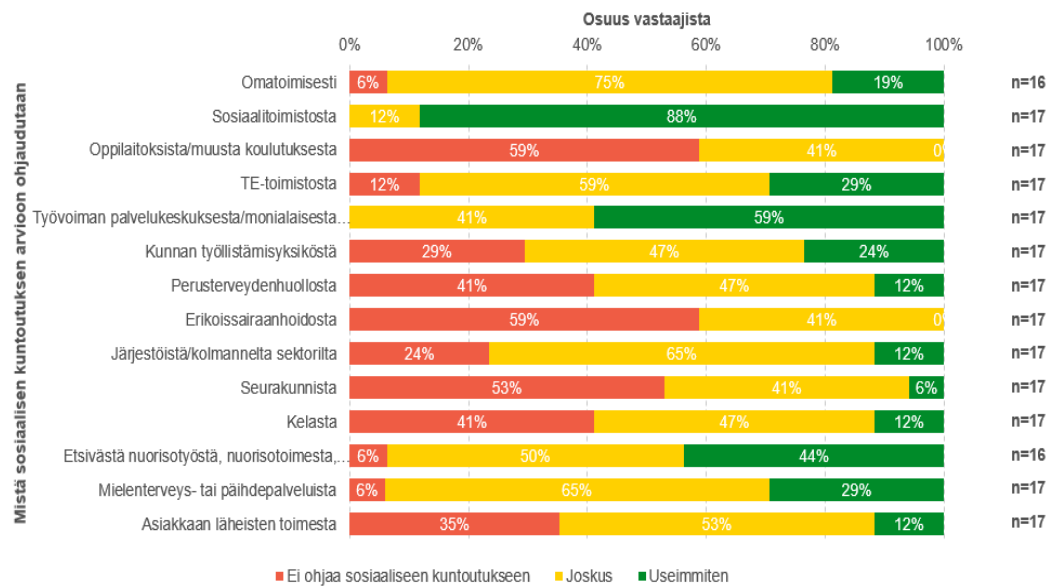


Yleislääkärien, mielenterveyshoitajien, psykologien ja psykiatrien osallistuminen sosiaalisen kuntoutuksen toteuttamiseen on vastausten mukaan suhteellisen harvinaista (kuva 12). Jokainen näistä ammattilaisista sai vain yhden maininnan siitä, että heidän roolinsa sosiaalisen kuntoutuksen toteutuksessa kunnassa tai kuntayhtymässä on merkittävä. Toisaalta sairaan- ja mielenterveyshoitajien kohdalla yli puolet vastaajista kertoi näiden osallistuvan sosiaalisen kuntoutuksen toteuttamiseen joskus.

Sosiaalisen kuntoutuksen arvioon ohjaututaan vastausten mukaan pääsääntöisesti sosiaali-toimistosta tai työvoiman palvelukeskuksesta (kuva 13). Merkittäviä väyliä ovat myös erilaiset nuorille tarkoitetut palvelut, kuten etsivä nuorisotyö, mielenterveys- ja päihdepalvelut sekä TE-toimistot. Monen vastaajan mukaan asiakkaita ohjautuu sosiaaliseen kuntoutukseen myös suhteellisen usein omatoimisesti.



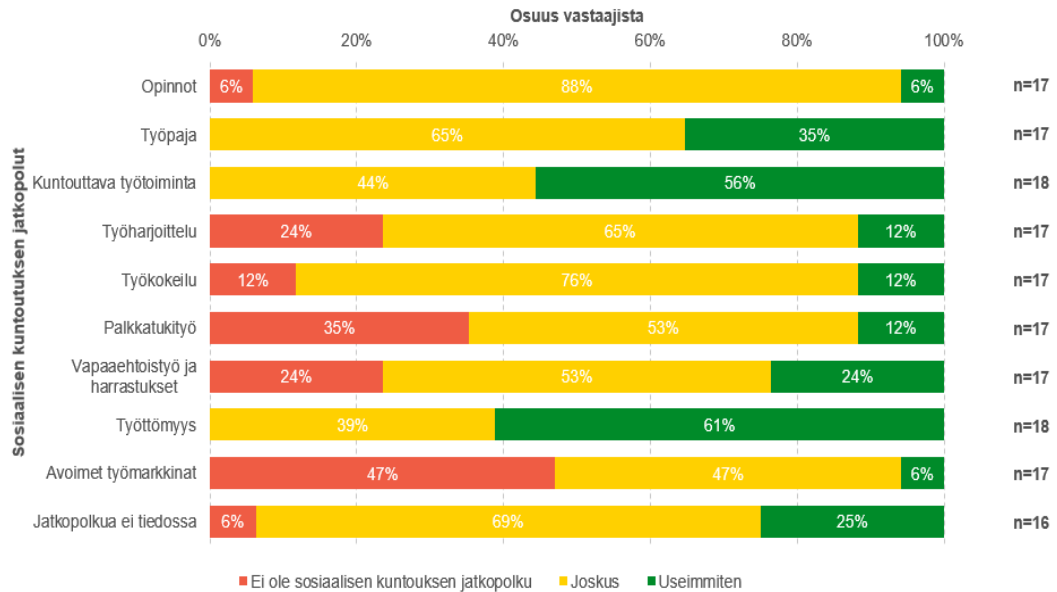
**Kuva 13. Ohjautuminen sosiaalisen kuntoutuksen arvioon**



Kaikista harvinaisimpia reittejä sosiaaliseen kuntoutukseen ovat oppilaitokset, erikoissairaanhoido sekä seurakunnat (kuva 13). Kuntien työllistämisyksiköiden, perusterveydenhuollon, järjestöjen, Kelan ja asiakkaan omien läheisten kautta sosiaaliseen kuntoutukseen ohjaututaan kunnissa vaihtelevasti.

Näkemykset siitä, minne asiakas useimmiten päätyi sosiaalisen kuntoutuksesta, vaihtelivat kyselyyn vastaajien kesken (kuva 14). Vastaajien mukaan useimmiten asiakkaan jatkopolkuna oli työttömyyden jatkuminen mutta lähes yhtä monen mielestä asiakkaita saatiin sosiaalisesti kuntoutuksesta usein kuntouttavaan työtoimintaan. Myös työpajat olivat monessa vastauksessa yleisenä jatkumona mainittu suunta.

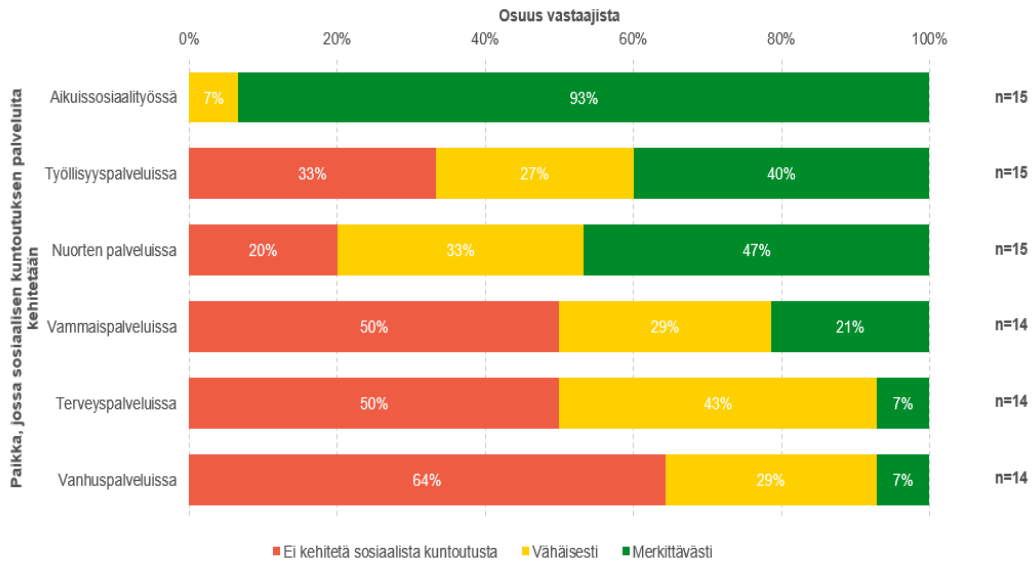
**Kuva 14. Jatkopolut sosiaalisen kuntoutuksen jälkeen**



Vastausten perusteella sosiaalisesta kuntoutuksesta päädytään harvoin, jos koskaan suoraan avoimille työmarkkinoille (kuva 14). Todennäköisempää oli, että asiakas päätyi työharjoitteluun, työkokeiluun tai palkkatukityöhön. Opintoihin suuntautuminen on myös osalle asiakkaista (etenkin nuoret) varteenotettava jatkopolku.

Kyselyssä kartoitettiin myös yksinkertaisella kysymyksellä sitä, kehitetäänkö vastaajan kunnassa tai kuntayhtymässä sosiaalisen kuntoutuksen palveluita. Vastausvaihtoehtoina oli *kyllä, ei ja ei vielä, mutta kehitystyötä on suunnitteilla*. Kysymykseen vastanneista valtaosa (90 %) ilmoitti tekevänsä kehitystyötä ja loput, että kehitystyötä ei vielä tehty, mutta sitä oli suunnitteilla. Tämän lisäksi kartoitettiin tarkemmin sitä, missä sosiaalisen kuntoutuksen kehittämistyötä erityisesti tehdään. Vastausten mukaan tämänhetkinen kehitystyö tapahtuu useimmiten aikuissosiaalityössä (kuva 15). Seuraavaksi yleisimpiä kehityskohteita olivat työllisyyspalvelut sekä nuorten palvelut.

**Kuva 15. Missä sosiaalisen kuntoutuksen palveluita kehitetään**



Vammais-, terveys- ja vanhuspalveluissa sosiaalisen kuntoutuksen kehittäminen on vastausten perusteella keskimääräistä vähäisempää (kuva 15). Monen vastaajan mukaan näissä palveluissa sosiaalista kuntoutusta ei kehitetä lainkaan.

Kysymykseen sosiaalisen kuntoutuksen asiakasmäärästä tai sen arviosta vuonna 2016 saatiin 16 vastausta. Näistä kahdessa tapauksessa vastaaja ilmoitti, että asiakkaiden määrää ei voida arvioida tai heitä ei ole erikseen tilastoitu. Niiden vastaajien osalta, jotka olivat ilmoittaneet asiakasmäärän tai antaneet siitä arvion, vastaukset vaihtelivat suuresti: pienin ilmoitettu/arvioitu määrä oli 0,4 asiakasta 1 000 asukasta kohden ja suurin 22 asiakasta. Vastausten perusteella laskettu kuntien välinen keskiarvo sosiaalisen kuntoutuksen asiakkaista oli yhdeksän asiakasta per 1 000 asukasta. Näitä vastauksia tulkittaessa on huomioitava se, että muutamien vastausten perusteella sosiaalisen kuntoutuksen asiakkaita ei aina ole mahdollista erottaa muun muassa kuntoututtavan työtoiminnan tai yleisen sosiaalityön asiakkaista. Tältä osin asiakasmääräarviot kuntien välillä eivät ole vertailukelpoisia vaan enemmän vain joiltain osin suuntaa-antavia. Samassa yhteydessä vastaajia pyydettiin arvioimaan se, kuinka pitkään asiakkaat keskimäärin olivat sosiaalisen kuntoutuksen piirissä sekä kuinka intensiivistä (kuinka usein asiakas sai palvelua kuntoutuksen aikana) kuntoutus keskimäärin oli. Suurimmassa osassa saatuja vastauksia (13 kappaletta) kuntoutuksen arvioitiin kestävän yhden henkilön kohdalla 1 - 12 kuukautta. Kolmessa vastauksessa kuntoutuksen sanottiin kestävän yleensä yli vuoden. Kuntoutuksen intensiivisyyden osalta vastauksissa oli enemmän vaihtelua. Saadun käsityksen mukaan yleisimmin sosiaalista kuntoutusta annetaan samalla asiakkaalle kerrasta muutamaan viikossa. Osan vastauksista mukaan harvemmin kuin kerran viikossa tapahtuva kuntoutus on joissain kunnissa suhteellisen yleistä.

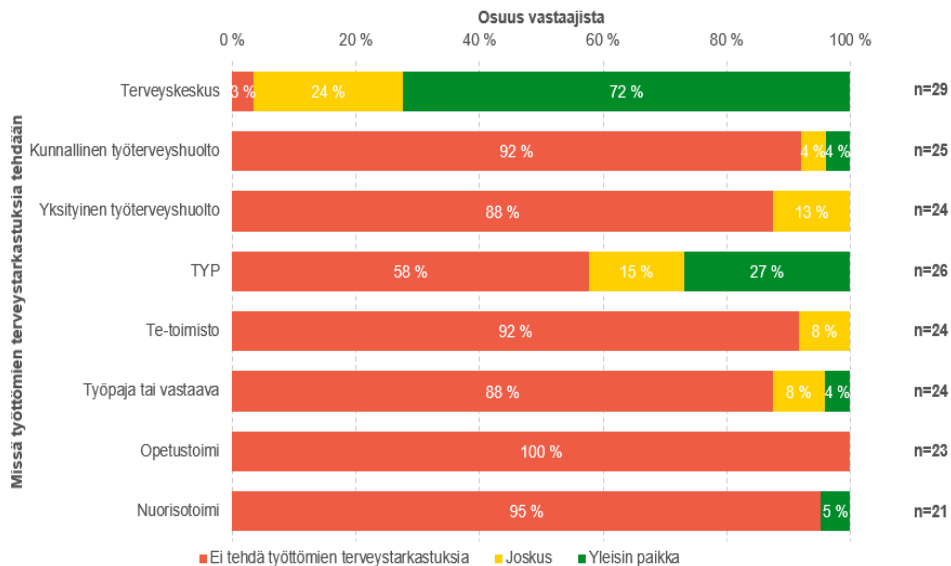
### 4.3 Työttömien terveystarkastukset

Työttömien terveystarkastusten osalta kunnilta ja kuntayhtymiltä kysyttiin ensimmäiseksi, järjestävätkö ne työttömien terveystarkastuksia alueellaan. Kysymykseen saatiin 23 vastausta, joista kaikki kertoivat terveystarkastuksia järjestettävän. Niiden kuntien osalta, jotka

olivat jättäneet vastaamatta kysymykseen, asiaa selvitettiin kunnan tai kuntayhtymän internet-sivujen kautta. Sivuilla olleen tiedon mukaan myös kaikissa näissä kunnissa työttömille järjestettiin terveystarkastuksia. Kuntia ja kuntayhtymiä pyydettiin myös ilmoittamaan, kuinka monta työttömien terveystarkastusta ne tekivät vuonna 2016. Tähän kysymykseen saatiin 14 vastausta. Vastausten perusteella kuntien ja kuntayhtymien aktiivisuudessa terveystarkastusten osalta on paljon eroja. Suhteutettuna 1 000 työtöntä työnhakijaa kohden<sup>16</sup>, kysymykseen vastanneissa kunnissa tehtiin matalimmillaan vajaa kymmenen ja korkeimmillaan noin 300 työttömien terveystarkastusta. Tosin nämä kaksi olivat vastausten ääripäitä, ja keskimääräinen terveystarkastusten määrä kunnissa ja kuntayhtymissä oli kyselyssä noin sata 1 000 työtöntä työnhakijaa kohden. Vastaajilta tiedusteltiin myös terveystarkastuksiin osallistuvien työttömien ikää. Vastausten mukaan noin 80 prosenttia työttömien terveystarkastuksista tehtiin henkilöille, jotka olivat yli 30-vuotiaita.

Vastausten perusteella työttömien terveystarkastukset toteutetaan kunnissa ja kuntayhtymissä pääsääntöisesti terveyskeskusten tiloissa (kuva 16). Huomattavassa osassa vastauksissa yleisin paikka terveystarkastuksilla oli kuitenkin TYP-palvelupiste. Laki työllistämistä edistävästä monialaisesta yhteispalvelusta tuli voimaan vuoden 2015 alussa ja sen alaisia verkostoja on tällä hetkellä olemassa 33, jotka käytännössä kattavat valtaosan nykyisistä kunnista. Työttömien ohjautumista TYP-verkoston palveluihin ohjaa kuitenkin se, että hänelle on oltava monialaisen yhteispalvelun tarve. Monialainen palvelutarve täyttyy useimmiten, kun työtön on saanut työmarkkinatukea vähintään 300 päivää tai on ollut yhtäjaksoisesti työtön yli 12 kuukautta (alle 25-vuotiaat 6 kk).

**Kuva 16. Missä työttömien terveystarkastuksia tehdään**

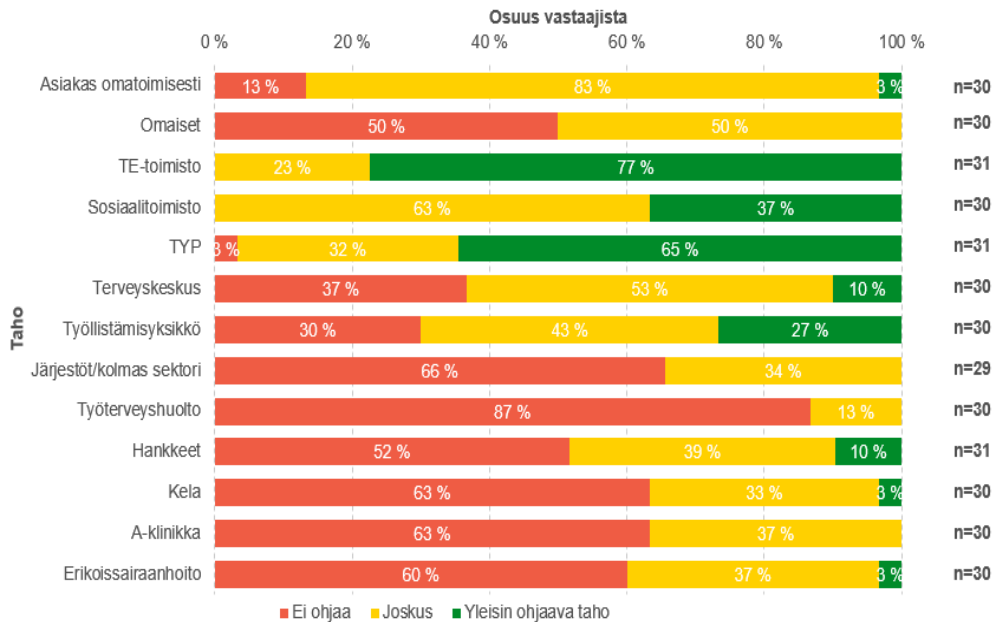


<sup>16</sup> Työttömät työnhakijat joulukuussa 2016 (TEM 2017).

Yksittäisissä vastauksissa myös kunnallinen työterveyshuolto, työpajat sekä nuorisotoimi mainittiin yleisimpänä paikkana, jossa työttömien terveystarkastuksia tehdään (kuva 16). Muutama vastaaja kertoi, että yksityistä työterveyshuoltoa käytetään työttömien terveystarkastuksissa joskus.

Vastausten perusteella TYP-verkoston toimipisteillä on monissa kunnissa ja kuntayhtymissä merkittävä rooli työttömien terveystarkastusten koordinoinnissa (kuva 17). Tämä ei sinänsä ole yllättävää, sillä TYP-asiakkaana työttömien on mahdollista saada samasta toimipaikasta TE-hallinnon, sosiaalitoimen, Kelan ja usein myös terveydenhuollon toimijoiden palveluja tai ohjausta. Lisäksi suurin osa kyselyyn vastanneista kunnista ja kuntayhtymistä kertoi työttömien ohjautuvan terveystarkastuksiin TE-toimiston, sosiaalitoimiston kautta. Merkittävä osa vastaajista näki myös, että asiakkaita ohjautui terveystarkastuksiin myös jonkun verran omatoimisesti (yhden vastaajan mielestä asiakkaat ohjautuivat tarkastuksiin useimmiten omatoimisesti). Vastausten perusteella terveystarkastuksiin ohjaututtiin suhteellisen harvoin järjestöjen, Kelan tai A-klinikan kautta.

**Kuva 17. Mitkä tahot ohjaavat asiakkaita työttömien terveystarkastuksiin**

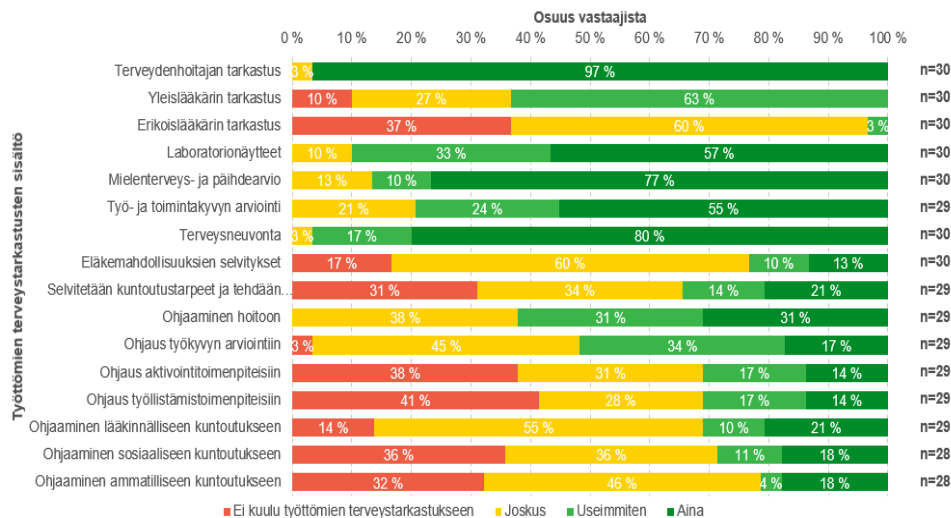


Terveyskeskusten ja kunnan työllistämisyksiköiden osalta vastauksissa oli enemmän vaihtelua (kuva 17). Kysymykseen vastanneista noin yksi kolmasosa oli sitä mieltä, että terveyskeskukset eivät lainkaan ohjaa työttömiä heille osoitettuihin terveystarkastuksiin. Toisaalta kaksi kolmasosaa vastaajista kertoi terveyskeskusten tekevän ohjausta joskus tai useimmiten. Työllistämisyksiköiden osalta vastaukset olivat samansuuntaiset. Tähän mahdollisena selittäjänä on se, että erillisiä työllistämisyksiköitä ei kaikissa kunnissa ole ja niissä kunnissa, joissa yksikkö on, työttömiä ohjautuu sen kautta terveystarkastuksiin.

Työttömien terveystarkastukset sisältävät käytännössä aina terveydenhoitajan tarkastuksen ja useimmissa tapauksissa myös yleislääkärin tarkastuksen, laboratorionäytteet, mielenterveys- ja päihdearvioinnin, työ- ja toimintakyvyn arvioinnin sekä terveysneuvontaa (kuva 18). Erikoislääkärin tarkastus on vastausten perusteella mukana harvemmin, mutta jatkohoitoon

ohjataan kuitenkin suhteellisen usein. Terveystarkastuksiin sisältyviä tarkempia hoidollisia toimenpiteitä ei Tässä selvityksessä kartoitettu, mutta sosiaali- ja terveysministeriön (STM 2013) kunnille lähettämän ohjeistuksen mukaan terveystarkastuksiin kuuluvat erilaiset kliiniset mittaukset ja terveystarkastusten selvittäminen mittausten, haastattelun ja kyselyiden avulla. Näiden ohella tulisi ainakin selvittää asiakkaan nykyinen työkyky, aiemmat sairaudet, lääkitykset ja niiden hoitotaso sekä suun terveys ja perusrakenteet. Lisäksi kartoitetaan asiakkaan elämäntapoja ja terveystottumuksia, kuten uni- päivärytmiä, ravitsemus- ja liikuntatottumuksia, päihteiden käyttöä ja sosiaalista verkostoa. Laboratoriotutkimuksia tulisi tehdä tarvittaessa.

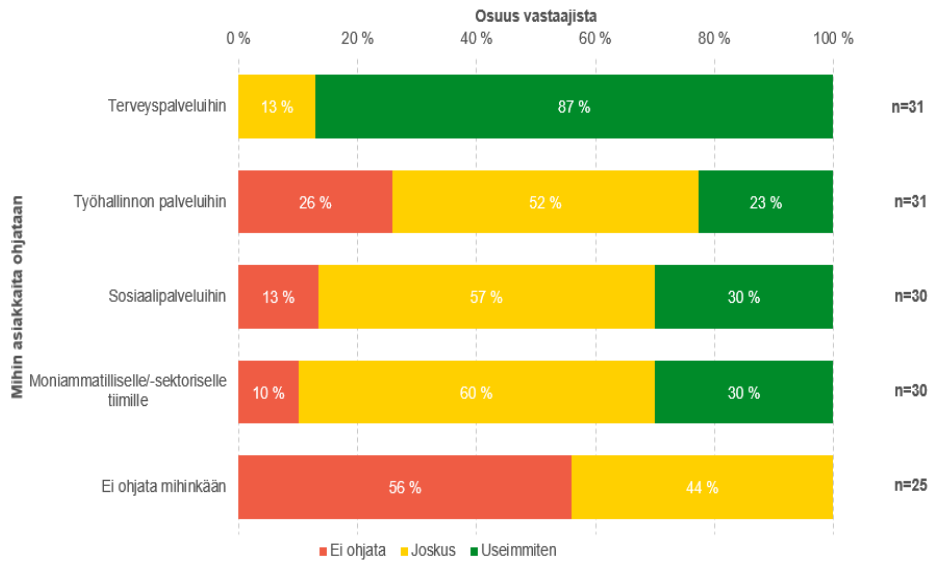
**Kuva 18. Työttömien terveystarkastusten sisältö**



Yleisesti varsinaisen hoitotyön ulkopuolisten toimenpiteiden osalta kuntien ja kuntayhtymien järjestämissä työttömien terveystarkastuksissa on vastausten perusteella eroja. Esimerkiksi ohjaus erilaisiin aktivointi- ja työllistämistoimenpiteisiin sisältyy noin puolessa vastauksista joskus tai aina terveystarkastuksiin, kun taas toisen puolen vastaajista mukaan nämä toimet eivät kuulu työttömien terveystarkastuksiin (kuva 18). Vastauksissa oli paljon hajontaa myös kysyttäessä sitä, sisältävätkö tarkastukset ohjaamista sosiaaliseen tai ammatilliseen kuntoutukseen.

Vastaajilta kartoitettiin kyselyssä mahdollisia tahoja, joiden piiriin työtön voidaan terveystarkastuksesta ohjata. Useimmiten asiakas ohjattiin muihin terveydenhuollon palveluihin (kuva 19). Suhteellisen yleistä on myös se, että asiakas ohjataan terveystarkastuksesta seuraavaksi sosiaalipalveluiden tai muiden moniammatillisten palveluiden pariin. Harvinaisempaa on, että työttömiä ohjattaisiin terveystarkastuksista suoraan työhallinnon palveluihin. Yleisesti työttömillä on tutkittu olevan työssä käyviä enemmän terveydellisiä ongelmia, ja terveysongelmien nähdään monesti rajoittavan työttömien työmahdollisuuksia (mm. Taskinen 2012).

**Kuva 19. Mihin asiakkaita ohjataan työttömien terveystarkastuksista**



Tulkittaessa vastauksia terveystarkastuksen jälkeisestä jatko-ohjauksesta, on syytä ottaa huomioon se, että työttömän asiakkuus TE-toimistoon jatkuu katkeamattomana, vaikka häntä ei tarkastuksen jälkeen suoraan ohjattaisi minkään toisen palvelun piiriin (kuva 19). Näin ollen se, että työtöntä ei ole terveystarkastuksesta ohjattu toiseen palveluun, ei suinkaan tarkoita, että työtön olisi tämän jälkeen palvelujen ulkopuolelle. Käytännössä ohjausta tapahtuu silloin, kun terveystarkastuksessa huomataan työttömän lisäpalveluntarve, ja mikäli lisäpalveluntarvetta ei ole, työtön jatkaa normaalisti TE-toimiston asiakkaana.

Kyselyssä selvitettiin myös avovastauksella sitä, tarjotaanko kunnassa tai kuntayhtymässä opiskelija- ja työterveyshuollon ulkopuolelle jääville nuorille muita kohdennettuja palveluita kuin työttömien lakisääteisiä terveystarkastuksia. Avokysymykseen saatiin kaikkiaan 20 vastausta. Vastausten perusteella kuntien käytännöt nuorille kohdennetuista palveluista vaihtelivat palvelukokonaisuudesta, johon kuuluivat yhteistyölääkärin palvelut, fysioterapeutin toimintakykyarvio, suuhygienistillä käynti sekä ehkäisyneuvonta siihen, että mitään lisäpalveluja ei nuorille ollut tarjolla. Kaiken kaikkiaan kuusi vastaajista kertoi, että nuorille ei tarjota mitään muita palveluita, vaan heille on tarjolla samat palvelut kuin muillekin kuntalaisille. Reilu puolet vastaajista kertoi, että nuorille oli tarjolla jonkinasteista neuvontaa työllistymisen tai koulutautumisen tueksi. Ehkäisyneuvolan palvelut mainittiin erikseen vajaassa puolessa vastauksissa ja neljässä vastauksessa kerrottiin, että nuorille on tarjolla tarvittaessa mielen-terveys- ja päihdepalveluita.

## 5 Kuntoutuksen integraatio

Kuntien ja kuntayhtymien asiantuntijoille lähetetyissä kyselyissä kysyttiin miten asiakkaan kuntoutuskokonaisuudesta ja palveluiden yhteensovittamisesta huolehditaan silloin, kun asiakkaalla on tarvetta sekä lääkinälliselle että sosiaaliselle kuntoutukselle. Saatuja vastauksia on ryhmitelty teemoittain taulukkoon 6. Yhteensä 13 vastauksessa kerrottiin, että yhteistyötä tehdään tarpeen mukaan yhteisten palaverien kautta. Muita integroinnin malleja,

joita vastauksista nousi esille, olivat mm. vastuuhenkilöön perustuva malli (3 vastausta), palveluohjaukseen tai asiakkaan ohjaukseen perustuva malli (3 vastausta), yhteinen kuntoutussuunnitelma (4 vastausta) ja yhteistyötiimit tai yhteistyömalli sosiaali- ja terveystoimen välillä (3 vastausta). Lisäksi eräässä vastauksessa kerrottiin, että integrointi ei toteudu ja toisessa että integrointiin ei ole selvää käytäntöä.

## Taulukko 6. Lääkinnällisen ja sosiaalisen kuntoutuksen integraatio kunnissa

Integraation toteutustapa	Osuus vastanneista
Yhteistyötä tarpeen mukaan yhteisten palaverien kautta	13/13
Vastuuhenkilöön perustuva malli	3/13
Palveluohjaukseen tai asiakkaan ohjaukseen perustuva malli	3/13
Yhteinen kuntoutussuunnitelma	4/13
Yhteistyötiimit tai yhteistyömalli sosiaali- ja terveystoimen välillä	3/13
Integrointi ei toteudu tai integrointiin ei ole selvää käytäntöä	2/13

Suomessa nykyisin esimerkiksi Eksotessa ja Päijät-Hämeen hyvinvointiyhtymässä perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon palvelut sekä sosiaalipalvelut järjestää yksi kuntayhtymä. Tämänkaltaisen organisaatiotason integraatio näkyi myös osassa kyselyjen vastauksia. Yleensä kuitenkin perusterveydenhuollon palvelut ja sosiaalipalvelut järjestää kunta ja erikoissairaanhoidon palvelut sairaanhoitopiiri. Tällöin keskeisessä asemassa hoidon jatkuvuuden kannalta on erityisesti erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välinen integraatio. Kuntoutussuunnitelmat toimivat integraation välineenä erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välillä. Kunnille ja kuntayhtymille lähetetyssä kyselyssä kysyttiin kuntoutussuunnitelmien toteutuksesta. Vastausten perusteella vaikuttaa siltä, että kuntoutussuunnitelman käyttötavat vaihtelevat vastaajasta riippuen. Kysymykseen siitä, onko perusterveydenhuollossa pääsy ESH:ssa tehtyyn kuntoutussuunnitelmaan, kaikki vastaajat vastasivat, että suunnitelmaa pääsee lukemaan, mutta ei muokkaamaan. Toisaalta 42 % vastaajista ilmoitti, että PTH:ssa tehdään uusi kuntoutussuunnitelma tai muokataan ESH:n tekemää. Kyselystä saatiin tietoa paitsi erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välisestä integraatiosta, myös perusterveydenhuollon eri kuntoutusmuotojen välisestä yhteistyöstä. Silloin, kun kuntoutustarve havaitaan PTH:ssa, 45 % vastaajista ilmoitti, että jokainen erityistyöntekijä tekee oman suunnitelman. Vain 36 % vastaajista ilmoitti, että erityistyöntekijät tekevät yhteisen suunnitelman. Yhteisen suunnitelman tekeminen vahvistaa mahdollisuutta tehdä vaikuttavaa moniammatillista yhteistyötä kuntoutuksessa.

## 6 Pohdinta

### 6.1 Lääkinnällinen kuntoutus

Perusterveydenhuollon avohoidossa lääkinällisen kuntoutuksen toimeenpano on kuntien vastuulla. Kuntoutusta tuottavat useat eri tahot: kunnat ja kuntayhtymät, sairaanhoitopiirit, kolmas sektori, yksityiset tuottajat ja erityishuoltopiirit ostopalveluna. Ostopalveluiden yleisyys vaihtelee palveluittain. Neuropsykologiassa ja psykoterapiassa ostopalveluiden käyttö



on huomattavasti yleisempää kuin palveluiden tuottaminen kunnan tai kuntayhtymän omana tuotantona. Fysioterapiaa, toimintaterapiaa ja puheterapiaa tuotetaan sekä kunnan tai kuntayhtymän omana tuotantona että ostopalveluina. Palvelu resurssien määrät vaihtelevat kunnittain paljon, samoin kuin asiakkaiden määrät. Vaihtelu avoterveydenhuollon lääkinällisen kuntoutuksen toteutuksessa on ongelmallista hoidon alueellisen yhdenvertaisuuden kannalta. Haasteena avoterveydenhuollon lääkinällisessä kuntoutuksessa on myös tilastotietojen puuttuminen, mikä vaikeuttaa tiedolla johtamista ja kokonaisjärjestelmän hallintaa.

Perusterveydenhuollon kotiin vietävissä kuntoutuspalveluissa on tapahtunut merkittävää lisääntymistä viime vuosina. Taustalla lieenee ajatus toimintakyvyn tukemisesta asiakkaan omassa elinympäristössä. Tässä selvityksessä tehdyn kyselyn vastaukset antavat olettaa, että painopiste kotiin vietävissä palveluissa on fysioterapiassa ja toimintaterapiassa, kun taas neuropsykologin palveluita tai psykoterapiaa harvemmin tarjotaan kotiin vietynä. Yksi selitys tälle on, että kotiin vietävät kuntoutuspalvelut ovat lähteneet yleistymään nimenomaan ikäihmisten palveluissa, joissa haurauden ja muistisairauksien aiheuttamat toimintakyvyn vajeet korostuvat.

Lääkinällistä kuntoutusta annetaan laajasti perusterveydenhuollon vuodeosastoilla. Kuntien välillä on kuitenkin suuria eroja siinä, miten vuodeosastot on resursoitu, mitä erityistyöntekijöitä on saatavilla ja mitkä osastot on määritelty kuntoutusosastoiksi. Lisäksi vuodeosastojen välillä on suuria eroja siinä, millaiset kuntoutuksen toimintamallit niillä on käytössä ja miten hyvin kuntouttava hoitotyö toteutuu.

Erikoissairaanhoidon lääkinällistä kuntoutusta toteutetaan sekä sairaalan osastoilla että poliklinikoilla. Eri erityistyöntekijäresurssien sijoittuminen osastoille vaihtelee paljon sairaanhoitopiireittäin, mikä viittaa eroavaisuuksiin kuntoutuksen organisointitavassa, sen laajuudessa tai molemmissa. Myös vaativan laituskuntoutuksen toteutustapa vaihtelee sairaanhoitopiireittäin, mikä todennäköisesti vaikuttaa potilaiden ohjautumiseen kuntoutukseen. Selvitys tukee aiempaa tutkimusta, jossa on kiinnitetty huomiota (Koskinen 2016, Takala ym. 2010) vaativan kuntoutuksen alueellisiin eroavaisuuksiin, ikääntyneiden ja AVH-potilaiden hoidon puutteisiin ja terveyskeskusten vuodeosastojen resursointiin.

Haasteet lääkinällisessä kuntoutuksessa kyselyn perusteella liittyvät hoitoon pääsyyn, palveluiden sisältöön, resurssien riittävyyteen ja ammattitaitoon sekä integraatioon ja organisaatioiden johtamiseen. Integraatiota on mahdollista toteuttaa erilaisilla keinoilla. Tässä selvityksessä saatujen tietojen perusteella yleisin integraation tapa perustuu tarpeen mukaan tehtävään yhteistyöhön eri toimijoiden välillä. Selkeiden ja kattavien rakenteiden puute saattaa johtaa haasteisiin integraation toteutumisessa.

Eräänä suurena haasteena lääkinällisessä kuntoutuksessa on kuntoutusta koskevien tilastojen puute tai niiden vertailtavuus. Lääkinällisen kuntoutuksen toimeenpanon kvantifioiminen erikoissairaanhoidossa ja perusterveydenhuollon osastohoidossa on haastavaa. Kuntoutuksen toteutustapa vaihtelee sairaanhoitopiiristä toiseen ja siksi on vaikeaa vertailla olemassa olevia lukuja keskenään. Haasteena Tässä selvityksessä oli myös vastausten pieni määrä, jonka vuoksi saatuja tuloksia ei voida pitää kansallisesti yleistettävänä.

Valtakunnallinen Hilmo- ja Avohilmoon perustuva tilastoaineisto ei ole lääkinällisen kuntoutuksen tai työttömien terveystarkastusten kohdalla riittävän kattavaa tai luotettavaa, jotta sen perusteella voitaisiin seurata tai kehittää kuntoutuksen toimeenpanoa.

## 6.2 Sosiaalinen kuntoutus

Tätä selvitystä varten kerätyt vastaukset vahvistavat käsitystä siitä, että sosiaalisen kuntoutus käsitetään kunnissa hyvin monialaisena palveluna, jota on vaikeaa, ellei mahdotonta niputtaa yhdeksi kokonaisuudeksi. Yleisimmin siihen lasketaan kuitenkin kuuluvan arjen hallintaan auttava neuvonta ja suunnitelmien tekeminen sekä kohdistetut työllistymistä edistävät toimenpiteet. Näiden toimintojen osalta palveluntuottajien toiminta on myös tietyiltä osin jakaantunutta. Kunnilla on erityisen vahva tuottaja-asema neuvonnan, ohjauksen ja erilaisen suunnitelmien tekemisessä, mutta työllistymistä koskevissa palveluissa järjestöt tuottavat lähes saman verran palveluita kuin kunnat itse. Yksityisiltä yrityksiltä kunnat ostavat eniten kotiin annettavia palveluita sekä tukihenkilö/tukiperhetoimintaa, mutta kansallisesti yksityisten tuottamien palveluiden määrä jää kuntien ja järjestöjen roolia pienemmäksi.

Vastausten perusteella sosiaalisella kuntoutuksella hoidetaan usein moniongelmaisten asiakkaiden elämänhallintaa, jonka kuntoon saattaminen on edellytyksenä heidän mahdolliselle paluulleen työelämään. Toisaalta esimerkiksi pitkäaikaisesti toimeentulotuen asiakaina olleiden nuorten aikuisten kohdalla yksiviivainen työllistäminen tai ohjaaminen koulutukseen on harvoin suositeltavaa, jolloin sosiaalisen kuntoutuksen tavoitteet voivat erota monen muun kuntoutusta saavan tavoitteista (Saikkonen ym. 2015). Huolimatta sosiaalisen kuntoutuksen moniammatillisuudesta, vastausten mukaan sosiaalityössä toimivat sosiaalityöntekijät ja -ohjaajat kantavat kunnissa päävastuun sosiaalisen kuntoutuksen toteutuksesta. Tältä osin sosiaalinen kuntoutus ei ole usein kovinkaan selvä rajaisesti erotettavissa sosiaalityön palveluista. Tätä osaselvitystä varten kerättyjen kyselyvastausten perusteella sosiaalisena kuntoutuksena voi pitää laajimmillaan lähes kaikkia sosiaalityön palveluja ja suppeimmillaan viranhaltijapäätöstä edellyttävää, tarkasti rajattua toimenpidettä. Muut hoitotyön tekijät osallistuvat sosiaalisen kuntoutuksen toteutukseen satunnaisemmin. Lisäksi pirstaloituneen monialaisuuden ongelma on myös siinä, että eri toimijat eivät aina tiedä sitä, mitä missäkin tehdään ja mikä liittyy asiakkaan asioihin (mm. Puromäki ym. 2016). Pirstaloituneen palvelurakenteen taustalla on nähty olevan se, että hallinto, lait ja määräajat ohjaavat sosiaalityön toteuttamista, jolloin tavoitteelliseen ja prosessimaiseen työskentelyyn ja eri toimijoiden väliseen verkostoyhteistyöhön ei ole riittäviä edellytyksiä (mt). Tähän liittyy vahvasti myös nyt tehdyn kyselyn avoimissa vastauksissa moneen otteeseen mainittu sosiaalisen kuntoutuksen sisällön määrittelemättömyys.

Tässä kyselyssä saadut vastaukset antavat osaltaan huolestuttavan kuvan sosiaalisen kuntoutuksen yleisimmistä jatkopoluista. THL:n aikaisemman kuntakyselyn (Puromäki ym. 2016) mukaan työllistämiseen tähtäävät palvelut kuten kuntouttava työtoiminta ja työpajat ovat yleisimpiä suuntauksia kuntoutuksen jälkeen. Tässä kyselyssä kuitenkin merkittävä osa vastaajista merkitsi työttömyyden kuntoutusta useimmiten seuraavaksi vaiheeksi. THL:n vuoden takaisiin tuloksiin verrattuna, työttömyyden vastanneiden määrä on huomattavan korkea. Kyselyn tulosten perusteella kuntoutujia tulisi joissain kunnissa ohjata vahvemmin muiden palveluiden pariin kuntoutuksen päättyessä. Nyt saatujen vastausten perusteella sosiaalisen kuntoutuksen palveluiden kehittäminen tapahtuu monitoimijuudesta huolimatta suurelta osin aikuissosiaalityössä. Vastauksista voi tietyiltä osin tehdä johtopäätöksen, että vaikka työllisyys-, vammais-, terveys- ja vanhuspalveluissa tehtäisiin kehitystyötä, sitä ei välttämättä mielletä nimenomaisesti sosiaalisen kuntoutuksen kehittämiseksi.

Sosiaalisesta kuntoutuksesta on huonosti saatavilla valtakunnallisia tilastoja. Yksittäisistä toimenpiteistä THL on kerännyt tietoja kuntouttavasta työtoiminnasta: vuonna 2016

kuntouttavan työtoimintaan osallistui vajaa 42 000 henkilöä (1,2 % koko maan 15-65-vuotiaasta väestöstä) (Virtanen 2017). Tällä hetkellä tietojen keräämisen laajuus vaihtelee kunnittain paljon, jonka lisäksi yhteisten määritelmien puute ei mahdollista mielekästä vertailua niiden kuntien välillä, jotka tilastoja ovat keränneet.

### 6.3 Työttömien terveystarkastukset

Kyselystä saatujen vastausten perusteella työttömien terveystarkastukset kuuluvat kiinteästi kuntien ja kuntayhtymien palveluvalikoimaan. Nyt saadut tiedot tukevat osaltaan THL:n vuonna 2013 tekemän selvityksen tuloksia, jonka keskeisenä johtopäätöksenä oli, että työttömien terveystarkastusten ja niihin liittyvien palveluiden toteuttaminen on yleistynyt kunnissa läpi 2010-luvun (Sinervo & Hietapakka 2013). Työttömien terveystarkastukset ovat kunnille yhtä lailla lakisääteistä toimintaa siinä, missä esimerkiksi koululaisten terveystarkastukset ovat. Tämän kyselyn vastausten perusteella ei kuitenkaan voida arvioida, kohdistavatko kunnat työttömien terveystarkastuksiin tarpeeksi resursseja. Tarpeen ja resurssien arviointia vaikeuttaa myös terveystarkastusten yhtenäisen ja valtakunnallisen tilastoinnin puuttuminen. THL:n aikaisempien selvitysten mukaan työttömien terveystarkastukset ovat olleet kunnissa pääsääntöisesti pienimuotoista toimintaa, jota on toteutettu yhden tai korkeintaan muutaman sairaanhoitajan työpanoksella (Sinervo & Hietapakka 2013; Saikku 2012).

Kyselyn antaman kuvan perusteella työttömien terveystarkastuksia tehdään suurimmaksi osin terveyskeskuksissa ja asiakkaat ohjautuvat niihin joko TE-toimistosta, TYP-verkoston parista tai sosiaalipalveluista. Terveystarkastusten sisältö on vahvasti hoitotyöpainotteinen, jossa ennaltaehkäisevällä arvioinnilla ja neuvonnalla on myös merkittävä rooli. Monessa tapauksessa tarkastukset koostuvat terveydenhoitajan sekä yleislääkärin tarkastuksesta, laboratorionäytteistä, mielenterveys- ja päihdearvioinnista ja työ- ja toimintakyvyn arvioinnista. Näiden lisäksi asiakas saa useimmiten terveysneuvontaa. Merkille pantavaa on se, että useimmiten työttömät ohjautuvat terveystarkastuksesta muihin terveydenhuollon palveluihin. Lisäksi nyt saadut tulokset vahvistavat tietyiltä osin THL:n (Saikku 2012) saamia aikaisempia tuloksia siitä, että Kelan roolia työttömien työkykyyn ja kuntoutukseen liittyvissä kysymyksissä tulisi selkeyttää. Kyselyn tulosten mukaan, mikäli asiakkaita ohjataan työttömien terveystarkastuksista eteenpäin, suuntana on useimmiten toiset terveyspalvelut. Nyt tehdyn selvityksen perusteella työttömien terveystarkastusten kirjauksia ja tilastointia on syytä osassa kuntia ja kuntayhtymiä parantaa. Yhtenäiset ja ajantasaiset raportoinnit auttaisivat myös oikeansuhteisten resurssien kohdentamisessa työttömien terveystarkastuksiin.

### 6.4 Kuntoutuksen näkyminen kansallisissa tilastoissa ja tietokannoissa

Lääkinnällisen kuntoutuksen, työttömien terveystarkastusten ja sosiaalisen kuntoutuksen toimeenpanon tarkastelun yhteydessä tehtiin lukuisia havaintoja tietojen saatavuudesta ja laadusta liittyen kuntoutuksen suoritteisiin, asiakasmääriin ja henkilöstöresursseihin. Nämä havainnot on koottu tähän lukuun.

Perusterveydenhuollon avohoidossa tapahtuvasta kuntoutuksesta on saatavilla tietoa Sotkanetissä ja THL:n aineistoissa. Tieto ei kuitenkaan ole kattavaa, eikä sen luotettavuutta voida kaikilta osin varmistaa. Sotkanetissä löytyy tietoa fysioterapiakäynneistä ja muun

erityisterapian ja kuntoutuksen käynneistä yhteensä<sup>17</sup>. Jälkimmäistä ei kuitenkaan ole saatavilla eri erityistyöntekijäryhmien tai terapiamuodon mukaan eroteltuna.

THL:n valtakunnallisen sosiaali- ja terveydenhuollon hoitoilmoitusjärjestelmän (Hilmo) aineistot sisältävät tietoa palvelun käytöstä erikoissairaanhoidon avo- ja laitoshoidossa, perusterveydenhuollon laitoshoidossa, sosiaalihuollon laitos- ja asumispalveluissa sekä kotihoidossa. Perusterveydenhuollon avohoidon hoitoilmoitusjärjestelmän (Avohilmo) aineistot puolestaan sisältävät perusterveydenhuollon avohoitoa koskevaa tietoa. Osa Avohilmoon ja Hilmoon kerättävistä aineistosta on sellaista, joka kunnan tai sairaanhoitopiirin on pakko toimittaa, mutta läheskään kaikki tiedot eivät ole pakollisia. Esimerkiksi tieto potilaan vastaanottavan työntekijän ammattiryhmästä, josta erityistyöntekijät voitaisiin erotella, on käytössä sekä Hilmoon että Avohilmoon kerättävissä tilastoissa, mutta se ei ole pakollinen tieto. Tästä on seurannut puutteita aineistossa, sillä vastaanottajan ammattiryhmätietoa ei ole läheskään aina toimitettu. Käytännössä erikoissairaanhoidossa ei ole muuta tapaa erottaa erityistyöntekijöiden käynnejä lääkäreiden ja hoitajien käynneistä kuin vastaanottajan ammattiryhmä, joten tämän tiedon puuttuessa kuntoutussuoritteiden luotettava tilastollinen tarkastelu on mahdotonta.

THL:n Avohilmo-aineistoon kerätään avoterveydenhuollon käynneistä mm. seuraavia tietoja: palvelumuoto (esimerkiksi fysioterapia, toimintaterapia, puheterapia ja jalkaterapia), ammattiluokka sekä avohoidon toimenpide (eli ”SPAT-koodi”), esimerkiksi työttömien terveystarkastus. Näiden tietojen kirjaamisen systemaattisuus ja aktiivisuus kuitenkin vaihtelevat kunnittain merkittävästi. Tästä seuraa, että kun palvelusuoritteiden määrissä näkyy eroja kuntien kesken, ei voida luotettavasti sanoa, milloin on kyse erosta kirjaamisaktiivisuudessa ja milloin erosta todellisessa toiminnan volyymissä.

Vuodeosastoilla tapahtuvien arviointi- tai hoitotapahtumien tilastoinnin haasteena on ensisijaisesti rakenteisten kirjausten puute sekä erikoissairaanhoidossa että perusterveydenhuollossa. Vuodeosastojakson aikana ei voida kirjata erillisiä käyntisuoritteita, koska niistä ei voi lähettää erikseen laskua, eikä kuntoutustoimenpiteitä ole tavattu koodata toimenpidekoodeilla toisin kuin esimerkiksi osastojaksolla tehtyjä kirurgisia tai diagnostisia toimenpiteitä. Luotettavin tieto vuodeosastohoidon aikana tapahtuneista kuntoutussuoritteista löytyy terapeuttien kirjoittamista hoitokertomusteksteistä, mistä niiden tilastollinen tarkastelu on mahdotonta.

Kotiin vietäviä kuntoutuspalveluita tarjotaan kunnissa sekä kotihoidon että terveystaluiden järjestämänä. THL kerää kotihoidon käynneistä tilastoja vuosittain tehtävässä kotihoidon laskennassa. Haasteena tietopohjan kannalta kotihoidon kautta tehtävää kuntoutusta hahmotettaessa on kuntoutuksellisten kotihoidon käyntien erottelu kaikista kotihoidon käynneistä, sillä kotihoidossa kuntoutuksellisia palveluita saattavat antaa myös muut kuin erityistyöntekijäryhmien edustajat. Lisäksi kirjauskäytännöt voivat vaihdella kunnittain ja kuntien sisällä. Terveystaluuksissa kotiin vietäviä kuntoutuspalveluita voidaan pyrkiä erottelemaan muista terveystaluiden käynneistä yhteystavan ja työntekijän ammattiryhmän avulla. Puutteellisista kirjauskäytännöistä johtuen dataa ei kuitenkaan ole Avohilmon kautta kerättyistä aineistoista kattavasti saatavilla.

---

<sup>17</sup> Sisältäen perusterveydenhuollon avohoidon apuvälinepalvelun, puheterapian, toimintaterapian, jalkaterapian, ravitsemusterapian, terveyssoseaalityön ja muun kuntoutuksen ja erityisterapian.

Sosiaalinen kuntoutus määriteltiin ensimmäistä kertaa vasta uudessa sosiaalihuoltolaissa (1301/2014). Osaltaan tästä syystä sosiaalisesta kuntoutuksesta ei ole olemassa valtakunnallisesti yhteneväisiä tilastotietoja eikä sille ole vielä syntynyt selkeitä yhteisesti omaksuttuja sisältöjä tai laatukriteerejä. Kuntien välillä on eroja siinä, mitä kaikkia palveluita sosiaalisen kuntoutuksen alle lasketaan. Sosiaalisen kuntoutuksen palveluiksi lasketaan kunnissa sosiaali- ja terveystalvöiden lisäksi monia eri palveluita, kuten työllisyys- ja päihde- ja mielenterveyspalveluita. Tietyiltä osin tilastoinnin haasteena on myös se, että järjestöt ja muut kolmannen sektorin toimijat toteuttavat ison osan sosiaalisen kuntoutuksen palveluista (STM 2017). Lisäksi sosiaalisen kuntoutuksen tietopohjaan pätevät samat heikkoudet kuin sosiaalipalveluihin yleensä, mikä tarkoittaa, että asiakasmääristä on saatavissa tietoja niistä palveluista, jotka edellyttävät viranhaltijan päätöstä, mutta yksittäisiä suoritteita ei kirjata rakenteisesti. Sosiaalipalveluiden tietopohjan kehittämistarpeita ovat kuvanneet Torkki ym. (2017).

Ottaen huomioon sosiaalisen kuntoutuksen monialaisuuden voidaan kuitenkin päätellä, että sosiaalista kuntoutusta (edes jossain määrin) saavien henkilöiden määrä on valtakunnallisesti merkittävä. Esimerkiksi kuntouttavaan työtoimintaan osallistui vuonna 2016 vajaa 42 000 henkilöä (Virtanen 2017) ja päihdehuollon erityispalveluiden piirissä oli vuonna 2013 noin 80 000 ihmistä (Mäkelä & Murto 2013).

Tämän ja aikaisempien selvitysten mukaan (mm. Saikku 2012; Sinervo & Hietapakka 2013) työttömien terveystarkastukset ovat kunnissa vakiintunutta toimintaa, mutta erityisesti toiminnan laajuudessa ja tarkastusten kirjaamisessa on kuntien välillä suuria eroja. Valtakunnallisesti työttömien terveystarkastuksille on olemassa yhtenäinen perusterveydenhuollon toimintoluokituksen SPAT-koodi<sup>18</sup>, jolle niiden tulisi yhtenäisesti kirjautua, mutta kuntien ja kuntayhtymien käytännöt kirjata toimenpiteitä koodille vaihtelevat huomattavasti. Kirjatut käynnit sekä asiakkaiden määrät kirjautuvat THL:n perusterveyden huollon avohoidon hoitoilmoitusrekisteriin (AvoHilmo) ja ne ovat saatavissa sieltä lähes reaaliaikaisesti. Kuntakohteisesti AvoHilmoon kirjattujen työttömien terveystarkastusten määrät kuvaavat hyvin sitä, miten epäyhdenmukaisesti kunnat kirjaavat käyntejä niille tarkoitetulle SPAT-koodille. Esimerkiksi vuonna 2016 järjestelmään kirjattujen työttömien terveystarkastusten absoluuttinen määrä oli käytännössä sama Helsingissä, Joensuussa sekä Sastamalassa (noin 500 tarkastusta vuodessa), huolimatta kuntien hyvin erilaisesta väestöpohjasta. Osan tässä selvityksessä saatujen kyselyvastausten mukaan tietyissä kunnissa lääkärin tekemät työttömien terveystarkastukset eivät näy tilastoissa, koska lääkärit eivät erittele käyntejä erikseen työttömien osalta. Kokonaisuutena voidaan sanoa, että luotettavaa tilastointia työttömien terveystarkastusten määristä ei tällä hetkellä ole valtakunnallisesti saatavilla.

## 6.5 Selvityksen rajoitteet

Selvityksen keskeinen rajoite on, että eri kuntoutusmuodoista ei ole saatavissa luotettavaa ja vertailukelpoista tilastotietoa, joka mahdollistaisi suoritteiden, asiakasmäärien ja henkilöresurssien tarkastelun. Selvitys vahvistaa, että kuntoutuksen määritelmät eivät ole yksiselitteisiä ja eri kunnissa määritelmät eroavat toisistaan (esim. vuodeosastoilla tapahtuva kuntoutus, sosiaalinen kuntoutus)

---

<sup>18</sup> SPAT 1395, Opiskelu- ja työelämän ulkopuolella olevien terveystarkastus (Mölläri & Saukkonen 2014)

Selvityksen toinen rajoite on kunnille ja kuntayhtymille suunnattujen kyselyiden vastausmäärä. Huolimatta siitä, että vastaukset edustavat laajaa väestöpohjaa, vastaukset eivät kata koko kunnan tai sairaanhoitopiirin toimintaa, sillä yksi vastaaja kykenee vastaamaan vain osaan kuntoutuksen kokonaisuudesta. Tämän vuoksi vastausten perusteella ei ollut mahdollista muodostaa kattavaa kuvaa kuntoutuksen toimeenpanosta valtakunnallisesti. Kyselyn luotettavuutta rajoittaa myös se, että kuntien eriävien määritelmien vuoksi (ennen kaikkea sosiaalisessa kuntoutuksessa), jotkut kysymykset olivat osalle vastaajista selvästi haastavia. Tämä aiheutti yhtäläillä haasteita joidenkin saatujen vastausten tulkinnessa.

## Lähteitä ja tausta-aineistoja

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

Autti-Rämö, I (2013). Lääkinnällinen kuntoutus – organisaatiot ja järjestelmävastuut ylittävä tavoitteellinen prosessi. Teoksessa Ashorn, U, Autti-Rämö, I, Lehto, J ja Rajavaara, M (toim.) Kuntoutus muuttuu – entä kuntoutusjärjestelmä? Kelan tutkimusosasto, Helsinki.

Helsingin kaupunki (2016). Kuvallinen etäkuntoutus käyttöön Helsingin kotihoidossa. <https://www.hel.fi/uutiset/fi/sosiaali-ja-terveysvirasto/kuvallinen-etakuntoutus-kayttoon>

Jokinen, S., Kangas, I., Laukkanen, P., Leinonen, R. & Niemelä, K. (2009). Kotikuntoutumisavustajan tuki parantaa iäkkäiden elämänlaatua, Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim; 125 (14): 1557 – 1565.

Kallinen, M. (2014). Erikoissairaanhoidon kuntoutus – nykytila ja keskeiset ratkaistavat ongelmat. Esitys kuntoutuspäivillä Helsingissä 10.3.2014. [https://kuntoutusportti.fi/files/attachments/k\\_paivat\\_2014/mauri\\_kallinen.pdf](https://kuntoutusportti.fi/files/attachments/k_paivat_2014/mauri_kallinen.pdf)

Kela (2018). Ammatillinen kuntoutus. <http://www.kela.fi/documents/10192/3239836/Ammatillinen%20kuntoutus.pdf>

Koskinen, M. (2016). AVH:n sairastaneiden kuntoutukseen ohjautuminen ja kuntoutuksen toteutuminen 2013–2015. Aivoliitto ry:n julkaisusarjan raportti 11.

Kuntoutuksen uudistamiskomitean ehdotukset kuntoutusjärjestelmän uudistamiseksi. STM 2017:41.

Kuntoutussäätiö (2016). Kuntoutusportti. Uusi toimintamalli tuo kuntoutuksen kotiin. <https://kuntoutusportti.fi/uusi-toimintamalli-tuo-kuntoutuksen-kotiin/>

Lappalainen, K. Työttömien työelämävalmiuksien tukeminen – painopisteenä terveydenhuolto ja verkostoyhteistyö. Väitöskirja. Itä-Suomen yliopisto, terveystieteiden tiedekunta, 2017.

Lith, P. (2014). Kuntoutusalan markkinat. Raportti yksityisten palveluntuottajien kuntoutustoiminnasta tilastoaineistojen valossa. TEM raportteja 19/2014. Helsinki: Työ- ja elinkeinoministeriö.

Mäkelä, R. & Murto, L. (2013). Päihdehuollon palvelujärjestelmä. Teoksessa Peltoniemi, Teuvo (toim) (2013): Pääasiana alkoholi - käyttö, haitat, hoito, politiikka nyt ja 2040. Oy Lundbeck Ab, Helsinki

Mölläri, K. & Saukkonen, S-M. (2014). AvoHilmo. Perusterveydenhuollon avohoidon ilmoitus 2015. Määrittelyt ja ohjeistus. [https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/116693/URN\\_ISBN\\_978-952-302-273-7.pdf?sequence=1](https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/116693/URN_ISBN_978-952-302-273-7.pdf?sequence=1)

Peiponen, A., Kristensen, M., Arvo T., Tolkki, P., Pekkanen, M. & Kara, H. (2016). Kotikuntoutuksen toimintamalli Helsingissä Helsingin kaupungin sosiaali- ja terveystoimen kotikuntoutus – projekti Etelän palvelualueella 2013 – 2015 Loppuraportti

Pekurinen, M., Erhola, M., Häkkinen, U., Jonsson, P.M., Keskimäki, I., Kokko, S., Kärkkäinen, J., Widström, E. & Vuorenkoski, L. (2011). Sosiaali- ja terveydenhuollon monikanavaisen rahoituksen edut, haitat ja kehittämistarpeet. Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos

Puromäki, H., Kuusio, H., Tuusa, M. & Karjalainen, J. (2016). Sosiaalihuoltolaki ja sosiaalinen kuntoutus. Kuntakyselyn tulokset. THL 2016:47.

Rajavaara, M. (2013). Kuntoutus- ja työkykypolitiikat sosiaalisina investointeina. Työvoiman tuottavuutta vai kansalaisten yhdenvertaisuutta? Teoksessa Ashorn, U, Autti-Rämö, I, Lehto, J ja Rajavaara, M (toim.) Kuntoutus muuttuu – entä kuntoutusjärjestelmä? Kelan tutkimusosasto, Helsinki

Rissanen, P. & Pulkki, J. (2013). Kuntoutus lukuina Kuntoutuspalvelujen käyttö yhden sairaanhoitopiirin alueella. Teoksessa Ashorn, U, Autti-Rämö, I, Lehto, J ja Rajavaara, M (toim.) Kuntoutus muuttuu – entä kuntoutusjärjestelmä? Kelan tutkimusosasto, Helsinki.

Saikkonen, P., Blomgren, S., Karjalainen, P. & Kivipelto, M. (2015). Poistaako sosiaalityö huono-osaisuutta? Kunnallisan alan kehittämisiä.

Saikku P. Työttömien ammatillinen kuntoutus. Helsinki: Työterveyslaitos, 2016 <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/131690/Kohti%20koordioitua%20yhteistoimintaa.pdf?sequence=1>

Saikku P. (2009). Terveyspalvelu työllistymisen tukena. Pitkäaikaistyöttömien terveystarkastukset ja -palvelut siirtymätyö- markkinoilla. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, Raportti 22.

Saikku, P. (2012). Työttömien terveyspalvelun jatkuvuus. PTT- hankkeen seuranta tutkimuksen tuloksia hankekunnissa. THL 2012:15.

Saikku, P. & Sinervo, L. (2010). Työttömien terveyspalveluiden juurrutus. Valtakunnallisen PTT- hankkeen kokemuksia, arviointitutkimuksen tuloksia ja kansallisia suosituksia. THL 2010:42.

Salminen, A-L. & Rintanen, S. (2014). Monialainen kuntoutus. Kartoittava kirjallisuuskatsaus. Kelan työpapereita 55/2014. Helsinki: Kansaneläkelaitos

Salminen, A-L, Hiekkala, S., Heiskanen, T., Naamanka, J., Stenberg, J-H. & Vuononvirta, T. (2016). Suositukset etäkuntoutukseen. Teoksessa A.L. Salminen, S. Hiekkala ja J.H. Stenberg (toim.) Etäkuntoutus. Helsinki: Kelan tutkimus.

Sillanaukee, P, Nyfors, H, Palola, E & Tiainen, M. (2015). Monialainen kuntoutus. Tilannekatsaus. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2015:18.

Sinervo, L. & Hietapakka, L. (2013). Työttömien terveyspalvelut. Valtakunnallisen terveyskeskuskyselyn 2013 tulokset. Helsinki: Terveiden ja Hyvinvoinninlaitos.

Sitra (2016). Sote-tiedosta tekoihin Palvelupaketit raportoinnin työkaluna – ja mitä niillä voidaan seuraavaksi tehdä. Sitra-selvityksiä 113.

Sosiaali- ja terveysministeriö (2017). Kuntoutuksen uudistamiskomitean ehdotukset kuntoutusjärjestelmän uudistamiseksi. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2017:41 [http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/160273/RAP2017\\_41.pdf?sequence=2&isAllowed=y](http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/160273/RAP2017_41.pdf?sequence=2&isAllowed=y)

Takala, T., Peurala, S.H., Eirilä, T., Huusko, T., Viljanen, T., Ylinen, A. & Sivenius, J. (2010). Aivoverenkiertohäiriön alkuvaiheen kuntoutuksessa suuria vaihteluita. Selvitys AVH:n sairastaneiden kuntoutuspalveluista Suomessa. Suomen lääkärilehti 65 (5) 399-405.

Taskinen, P. (2012). Osatyökykyisillä on työhaluja terveysongelmista huolimatta. Hyvinvointikatsaus 4/2012, Tilastokeskus.



Tepponen, M., Viitikko, T., Lehmus, R., Heikkilä, H., Nurmiainen, S., Nummela, T., Suhola, T., Länsivuori, K., Lehtonen, M., Kaljunen, L., Kapulainen, K., Kanerva, J., Immonen, M., Koivuniemi, J., Mitikka, M., Vlden, M., Klemola, K., Villikka, M., Majoinen, V., Vaittinen, P., Helminen, K., Laasonen, K. & Behm, M-M. (2017). Uudistuva palvelukokonaisuus – kuntouttava kotihoito ja asiakaslähtöinen asumisen tuki. Valtioneuvoston selvitys ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 68/2017.

Terveysten ja hyvinvoinninlaitos (2017). Hilmo Sosiaalihuollon ja terveydenhuollon hoitoilmoitus: Määrittelyt ja ohjeistus: Voimassa 1.1.2017 lähtien. ISBN 978-952-302-690-2 (verkkojulkaisu). ISSN 2323-4172 (verkkojulkaisu). Terveysten ja hyvinvoinnin laitos. (2017a). Vanhuspalvelujen asiakkaat, henkilöstö ja johtaminen. <https://www.thl.fi/fi/web/ikaantyminen/toimivat-vanhuspalvelut/vanhuspalvelujen-tila/vanhuspalvelujen-asiakkaat-henkilosto-ja-johtaminen>

Terveysten ja hyvinvoinnin laitos. (2017b). Vanhuspalvelujen tila maakunnissa. <https://www.thl.fi/fi/web/ikaantyminen/toimivat-vanhuspalvelut/vanhuspalvelujen-tila/vanhuspalvelujen-tila-maakunnissa#tulokset>

Terveysten ja hyvinvoinnin laitos. (2017c). Kotihoidon asiakkaat marraskuussa 2016. <https://www.thl.fi/fi/tilastot/tilastot-aiheittain/ikaantyneiden-sosiaalipalvelut/kotihoidon-laskenta>

Torkki, P., Leskelä, R-L., Linna, M., Torvinen, A., Klemola, K., Sinivuori, K., Larsio, A. & Hörhammar, I. (2017). Ehdotus sosiaali- ja terveystieteiden uudeksi kansalliseksi mittaristoksi. Valtioneuvoston selvitys ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 36/2017.

Tuusa, M. ja Ala-Kauhaluoma, M. Selvitys nuorten sosiaalisesta kuntoutuksesta. STM 2014:42.

TEM (2017). Työttömät työnhakijat ja osuus työvoimasta kunnittain vuonna 2016. TEM Tilastotiedote 2017:1.

Virtanen, A. (2017). Kuntouttava työtoiminta 2016 – Kuntakyselyn osaraportti [http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/135308/Tr33\\_17.pdf?sequence=4](http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/135308/Tr33_17.pdf?sequence=4)

VTV (2009). Lääkinnällinen kuntoutus. Valtiontalouden tarkastusviraston tuloksellisuustarkastuskertomus 193/2009.

VTV (2013). Kuntoutus työurien pidentäjänä. Tuloksellisuustarkastuskertomus. Valtiontalouden tarkastusviraston tarkastuskertomukset 2/2013.

## Liite 1: Sähköiset kyselyt lääkinnällisestä ja sosiaalisesta kuntoutuksesta sekä työttömien terveystarkastuksista

### 1) Kysely lääkinnällisestä kuntoutuksesta sairaanhoitopiireille

\* Nimi

\* Tehtävänimike

\* Organisaatio

\* Sähköpostiosoite

Puhelinnumero

\* Minkä erikoisan toiminnasta vastaatte?

Tuotetaanko vaativan kuntoutuksen palveluita sairaanhoitopiirinne toimintana?

Kyllä / Ei / En osaa sanoa

Millä osastolla sairaanhoitopiirissänne tuotetaan vaativan kuntoutuksen palvelut? (esim. AVH tai aivovamma, pl. selkäydinvamma)

Kuinka monta erityistyöntekijäresurssia erikoisalallenne on varattu (tai arvio)? (vuodeosasto- ja poliklinikkapalvelut) Antakaa vastaus numeroina.

- Fysioterapeutit
- Toimintaterapeutit
- Puheterapeutit
- Neuropsykologit
- Psykoterapeutit
- Sosiaalityöntekijät
- Muu, mikä?

Arviolta kuinka paljon potilaita teillä oli erikoisalallanne seuraavien palveluiden piirissä vuonna 2016? Antakaa vastaus numeroina.

- Fysioterapia
- Toimintaterapia
- Puheterapia
- Neuropsykologin palvelut
- Psykoterapia
- Sosiaalityöntekijän palvelut
- Muu, mikä?

Mitkä ovat 3 suurinta kuntoutusta tai kuntoutustarvearviota tarvitsevaa potilasryhmää erikoisalallanne

- 1 (suurin potilasryhmä)
- 2 (toiseksi suurin potilasryhmä)
- 3 (kolmanneksi suurin potilasryhmä)

Mille asiakasryhmille erikoisalallanne tarjotaan kuntoutuspalveluita avopalveluna (palvelulla tarkoitetaan erilaisten kuntoutusinterventioiden toteuttamista; yksittäistä arvio- tai ohjauskäyntiä ei lasketa)? *(Avoin vastaus)*

Mille asiakasryhmille erikoisalallanne tarjotaan kuntoutuspalveluita vuodeosastopalveluna (palvelulla tarkoitetaan erilaisten kuntoutusinterventioiden toteuttamista; yksittäistä arvion tekemistä tai ohjauskäyntiä ei lasketa)? *(Avoin vastaus)*

Mitkä ovat keskeiset haasteet lääkinnällisessä kuntoutuksessa? *(Avoin vastaus)*

Mitkä asiat lääkinnällisessä kuntoutuksessa toimivat hyvin? *(Avoin vastaus)*

Huomioitavaa kyselyn vastauksissa

## **2) Kysely lääkinnällisestä kuntoutuksesta kunnille ja peruspalvelukuntayhtymille**

\* Nimi

\* Tehtävänimike

\* Organisaatio

\* Sähköpostiosoite

Puhelinnumero

\* Mitä kuntaa tai kuntia vastauksenne koskee?

\* Mitkä seuraavista palvelukokonaisuuksista kuuluvat vastuullenne?

- Terveyskeskuksen avopalvelut
- PTH-vuodeosastot
- Kunnan omat ESH-vuodeosastot
- Kotiin vietävät palvelut (ikäihmiset)
- Kotiin vietävät palvelut (muut kuin ikäihmiset)
- Muu, mikä?

### **OSA I) Terveyskeskuksen avopalvelut**

Mikä taho kunnassanne/kuntayhtymässänne tuottaa seuraavat avoterveydenhuollon lääkinnällisen kuntoutuksen palvelut (muu kuin erikoissairaanhoidon kuntoutustoiminta)?

- Fysioterapia
- Toimintaterapia
- Puheterapia

- Neuropsykologin palvelut
- Psykoterapia
- Muu palvelu, mikä?

Vastausvaihtoehdot:

Kunta/kuntayhtymä  
 Tuotetaan ostopalveluna (ostetaan sairaanhoitopiiriltä)  
 Tuotetaan ostopalveluna (ostetaan 3. sektorilta)  
 Tuotetaan ostopalveluna (ostetaan yksityiseltä toimijalta)  
 Tuotetaan ostopalveluna (ostetaan erityishuoltopiiriltä)  
 Palvelua ei ole saatavilla kunnassamme kunnan maksamana  
 Muu taho, mikä?

Tarjotaanko jotain seuraavista palveluista (vain muu kuin erikoissairaanhoidon kuntoutustoiminta) pääasiassa jollekin tietyille asiakasryhmälle/ryhmille? Mille ryhmille?

- Fysioterapia
- Toimintaterapia
- Puheterapia
- Neuropsykologin palvelut
- Psykoterapia
- Muu, mikä?

Mitkä ovat 3 suurinta asiakasryhmää seuraavissa palveluissa (vain muu kuin erikoissairaanhoidon kuntoutustoiminta)?

- Fysioterapia
- Toimintaterapia
- Puheterapia
- Neuropsykologin palvelut
- Psykoterapia
- Muu palvelu, mikä?

Vastausvaihtoehdot:

AVH-potilaat  
 Lapset: CP-vamma, muut neurologiset sairaudet tai reuma  
 Kaikki lapset  
 TULES-kipu  
 Ortopediset tai kirurgiset asiakkaat  
 Masennus  
 Muu mielenterveysongelma  
 Muistisairaudet  
 Palvelua ei ole saatavilla kunnassamme kunnan maksamana  
 Muu asiakasryhmä, mikä?

Kuinka monta henkilöstöresurssia kunnassanne/kuntayhtymässänne seuraavien palveluiden tuottamiseen on varattu (vain avopalvelut, kaikki palvelupisteet yhteensä)? Antakaa

vastaus numeroina. Mikäli palvelu tuotetaan ostopalveluna, arvio tai esim. sopimuksen mukainen määrä (vain avopalvelut)? Jos palvelua ei ole saatavilla kunnassanne kunnan maksamana, jättäkää rivi tyhjäksi.

- Fysioterapia
- Toimintaterapia
- Puheterapia
- Neuropsykologin palvelut
- Psykoterapia
- Muu, mikä?

Arviolta kuinka paljon asiakkaita kunnassanne/kuntayhtymässänne oli seuraavien palveluiden piirissä vuonna 2016 (vain avopalvelut)? Antakaa vastaus numeroina. Jos palvelua ei ole saatavilla kunnassanne kunnan maksamana, jättäkää rivi tyhjäksi.

- Fysioterapia
- Toimintaterapia
- Puheterapia
- Neuropsykologin palvelut
- Psykoterapia
- Muu palvelu, mikä?

## **OSA II) Kotiin vietävät kuntoutuspalvelut**

Mikä taho kunnassanne/kuntayhtymässänne tuottaa seuraavat kotiin vietävät lääkinnällisen kuntoutuksen palvelut:

- Fysioterapia
- Toimintaterapia
- Puheterapia
- Neuropsykologin palvelut
- Psykoterapia
- Muu palvelu, mikä?

Vastausvaihtoehdot:

- Kunta/kuntayhtymä
- Tuotetaan ostopalveluna (ostetaan sairaanhoitopiiriltä)
- Tuotetaan ostopalveluna (ostetaan 3. sektorilta)
- Tuotetaan ostopalveluna (ostetaan yksityiseltä toimijalta)
- Tuotetaan ostopalveluna (ostetaan erityishuoltopiiriltä)
- Palvelua ei ole saatavilla kunnassamme kotiin vietävänä
- Muu taho, mikä?

Keille kotiin vietävää palvelua tarjotaan?

Kuinka monta henkilöstöresurssia kunnassanne/kuntayhtymässänne seuraavien palveluiden tuottamiseen on varattu (vain kotiin vietävät palvelut)? Antakaa vastaus numeroina. Mikäli palvelu tuotetaan ostopalveluna, arvio tai esim. sopimuksen mukainen määrä (vain kotiin vietävät palvelut)? Jos palvelua ei ole saatavilla kunnassanne kotiin vietävänä, jättäkää rivi tyhjäksi.

- Fysioterapia
- Toimintaterapia

- Puheterapia
- Neuropsykologin palvelut
- Psykoterapia
- Muu, mikä?

Arviolta kuinka paljon asiakkaita kunnassanne/kuntayhtymässänne oli seuraavien palveluiden piirissä vuonna 2016 (vain kotiin vietävät palvelut)? Antakaa vastaus numeroina. Jos palvelua ei ole saatavilla kunnassanne kotiin vietävänä, jättäkää rivi tyhjäksi.

- Fysioterapia
- Toimintaterapia
- Puheterapia
- Neuropsykologin palvelut
- Psykoterapia
- Muu palvelu, mikä?

### **OSA III) Terveyskeskuksen/kaupunginsairaalan vuodeosastot**

Missä toteutetaan kunnassanne/kuntayhtymässänne vaativan kuntoutuksen palvelut (esim. AVH tai aivovamma, pl. selkäydinvamma)? Voitte valita yhden tai useamman vaihtoehdon.

- Sairaanhoidopiirin osasto
- Kunnan vuodeosasto
- Jonkin muun kunnan vuodeosasto
- Ostopalvelu yksityiseltä tai 3. sektorin toimijalta
- Muu, mikä?

Missä toteutetaan muu kuntoutus (ortopedinen, ei vaativa neurologinen ja muu kuntoutus)?

- Sairaanhoidopiirin osasto
- Kunnan vuodeosasto
- Jonkin muun kunnan vuodeosasto
- Ostopalvelu yksityiseltä tai 3. sektorin toimijalta
- Muu, mikä?

Jos kunta/kuntayhtymä tuottaa palvelut itse, kuinka monta erityistyöntekijäresurssia kunnan/kuntayhtymän omien vuodeosastojen käyttöön on varattu? Antakaa vastaus numeroina. Jos vaativan kuntoutuksen osaston ja muiden osastojen erityistyöntekijäresursseja ei voi erotella, siirtykää suoraan seuraavaan kysymykseen.

- Fysioterapeutit
- Toimintaterapeutit
- Puheterapeutit
- Neuropsykologit
- Psykoterapeutit
- Sosiaalityöntekijät

Jos kunta/kuntayhtymä tuottaa palvelut itse ja jos vaativan kuntoutuksen osaston ja muiden osastojen erityistyöntekijäresursseja ei voi erotella, kuinka monta erityistyöntekijäresurssia kunnan omien vuodeosastojen käyttöön on yhteensä varattu? Antakaa vastaus numeroina.

- Fysioterapeutit
- Toimintaterapeutit

- Puheterapeutit
- Neuropsykologit
- Psykoterapeutit
- Sosiaalityöntekijät

Muut erityistyöntekijät: henkilöstöresurssien määrä (jos mahdollista, vaativan kuntoutuksen osasto ja muut kunnan vuodeosastot erikseen)

- Muu erityistyöntekijäryhmä, mikä?

Arviolta kuinka paljon potilaita seuraavien palveluiden piirissä oli vuonna 2016? Antakaa vastaus numeroina. Jos vaativan kuntoutuksen osaston ja muiden osastojen potilasmääriä ei voi erotella, siirtykää suoraan seuraavaan kysymykseen.

- Fysioterapia
- Toimintaterapia
- Puheterapia
- Neuropsykologin palvelut
- Psykoterapia
- Sosiaalityöntekijän palvelut

Jos vaativan kuntoutuksen osaston ja muiden osastojen potilasmääriä ei voi erotella, kuinka monta potilasta oli seuraavien palveluiden piirissä vuonna 2016 (terveyskeskuksen tai kaupunginsairaalan vuodeosastot)? Antakaa vastaus numeroina.

- Fysioterapia
- Toimintaterapia
- Puheterapia
- Neuropsykologin palvelut
- Psykoterapia
- Sosiaalityöntekijän palvelut

Potilaiden määrä muiden palveluiden piirissä vuonna 2016 (terveyskeskuksen tai kaupunginsairaalan vuodeosastot)? Vain muut palvelut kuin fysioterapia, toimintaterapia, puheterapia, neuropsykologin palvelut, psykoterapia, sosiaalityöntekijän palvelut.

#### **OSA IV) Kuntoutussuunnitelmien toteutus**

Mikäli potilaan kuntoutustarve on todettu ESH:ssa, onko perusterveydenhuollossa pääsy ESH:ssa tehtyyn kuntoutussuunnitelmaan?

- Suunnitelmaa pääsee lukemaan ja muokkaamaan
- Suunnitelmaa pääsee vain lukemaan
- Ei ole pääsyä suunnitelmaan
- ESH:ssa ei tehdä suunnitelmaa
- Muu, mikä?

Mikäli suunnitelma on tehty ESH:ssa ja se on PTH:n käytettävissä, tehdäänkö suunnitelmaan muutoksia PTH:ssa tai laaditaanko uusi suunnitelma?

- PTH:ssa tehdään uusi arvio ja uusi suunnitelma tai muokataan ESH:n tekemää
- PTH:ssa tyypillisesti noudatetaan ESH:ssa tehtyä suunnitelmaa

Mikäli kuntoutustarve havaitaan PTH:ssa, miten toimitaan kuntoutussuunnitelman laadinnassa?

- Jokainen erityistyöntekijä tekee oman suunnitelman (esim. fysioterapia, toimintaterapia)
- Erityistyöntekijät laativat yhteisen suunnitelman, joka on kaikkien nähtävillä
- PTH:ssa ei tehdä erillistä kuntoutussuunnitelmaa, vaan kuntoutustoimenpiteet ja seuraavat vaiheet kirjataan käyntitekstin yhteyteen

Kenen vastuulla yhteisen kuntoutussuunnitelman koordinointi ja kirjaaminen on?

- Nimetty henkilö, jonka tehtäviin kuuluu kuntoutussuunnitelman koordinointi
- Yhteisen kuntoutussuunnitelman koordinointi ja laatiminen vastuutetaan yksittäiselle erityistyöntekijälle
- Yhteisen kuntoutussuunnitelman koordinointi ja laatiminen on lääkärin vastuulla

#### **OSA V) Apuvälineet**

Mitkä apuvälineet ovat kunnan vastuulla, mitä sairaanhoitopiiriin?

- Kunnan vastuulla
- Sairaanhoitopiiriin vastuulla

Miten kunnan apuvälinehuolto on organisoitu? Onko siihen nimettyjä työntekijöitä vai tekevätkö työntekijät sitä muun työn ohella?

- Ei ole nimettyjä työntekijöitä, työtä tehdään muun työn ohella
- On nimettyjä työntekijöitä, kuinka monta?

#### **OSA VI) Kuntoutuksen integraatio ja toimivuus**

Miten kunnassanne/kuntayhtymässänne on huolehdittu asiakkaan kuntoutuskokonaisuudesta ja palveluiden yhteensovittamisesta silloin, kun asiakkaalla on tarvetta sekä lääkinälliselle että sosiaaliselle kuntoutukselle? *(Avoin vastaus)*

Mitkä ovat keskeiset haasteet lääkinnällisessä kuntoutuksessa? *(Avoin vastaus)*

Mitkä asiat lääkinnällisessä kuntoutuksessa toimivat hyvin? *(Avoin vastaus)*

#### **OSA VII) Työttömien terveystarkastukset**

Tehdäänkö kunnassanne/kuntayhtymässänne työttömien terveystarkastuksia?

Kyllä / Ei / En osaa sanoa



Kuinka monta työttömien terveystarkastusta kunnassanne/kuntayhtymässänne tehtiin vuonna 2016? Antakaa vastaus numeroina.

- Yhteensä
- Työttömien terveystarkastukset, joissa asiakkaana oli alle 30-vuotias henkilö
- Työttömien terveystarkastukset, joissa asiakkaana oli yli 30-vuotias henkilö

Työttömien terveystarkastuksen sisältö (0=ei kuulu työttömien terveystarkastukseen, 1=joskus, 2=useimmiten, 3=aina)

- Terveydenhoitajan tarkastus
- Yleislääkärin tarkastus
- Erikoislääkärin tarkastus
- Laboratorionäytteet
- Mielenterveys- ja päihdearvio
- Työ- ja toimintakyvyn arviointi
- Terveysneuvonta
- Eläkemahdollisuuksien selvitykset
- Selvitetään kuntoutustarpeet ja tehdään kuntoutussuunnitelma
- Ohjaaminen hoitoon
- Ohjaus työkyvyn arviointiin
- Ohjaus aktivointitoimenpiteisiin
- Ohjaus työllistämistoimenpiteisiin
- Ohjaaminen lääkinnälliseen kuntoutukseen
- Ohjaaminen sosiaaliseen kuntoutukseen
- Ohjaaminen ammatilliseen kuntoutukseen
- Muu, mikä?

Tarjotaanko opiskelu- ja työterveyshuollon ulkopuolelle jääville nuorille muita kohdennettuja palveluita (terveydenhuoltolain 13 §:n mukaisia palveluita) kuin työttömien terveystarkastuksia? Mitä? (*Avoim vastaus*)

Missä työttömien terveystarkastuksia tehdään? (0=toimipisteessä ei tehdä terveystarkastuksia, 1=toimipisteessä tehdään joskus terveystarkastuksia, 2=toimipiste on yleisin terveystarkastusten suorittamispaikka)

- Terveyskeskus
- Kunnallinen työterveyshuolto
- Yksityinen työterveyshuolto

- TYP
- Te-toimisto
- Työpaja tai vastaava
- Opetustoimi
- Nuorisotoimi
- Muu, mikä?

Mitkä tahot ohjaavat asiakkaita työttömien terveystarkastuksiin? (0=ei ohjaa, 1=joskus, 2=yleisin terveystarkastuksiin ohjaava taho)

- Asiakas omatoimisesti
- Omaiset
- TE-toimisto
- Sosiaalitoimisto
- TYP
- Terveyskeskus
- Työllistämisyksikkö
- Järjestöt/kolmas sektori
- Työterveyshuolto
- Hankkeet
- Kela
- A-klinikka
- Erikoissairaanhoido
- Muu, mikä?

Työttömien terveystarkastuksista asiakkaita ohjataan seuraaville tahoille (0=ei ohjata, 1=joskus, 2=useimmiten)

- Terveyspalveluihin
- Työhallinnon palveluihin
- Sosiaalipalveluihin
- Moniammatilliselle/-sektoriselle tiimille
- Ei ohjata mihinkään
- Muu, mikä?

Miten seuraavat tahot tekevät yhteistyötä työttömien terveystarkastuksissa? (0=ei yhteistyötä, 1=tahot ovat yhteydessä muutaman kerran vuodessa, 2=tahot ovat säännöllisesti yhteydessä joka kuukausi)

- Terveystarkastus ja työ- ja elinkeinohallinto
- Terveystarkastus ja sosiaalitoimi
- Terveystarkastus ja Kela
- Työ- ja elinkeinohallinto ja sosiaalitoimi
- Työ- ja elinkeinohallinto ja Kela
- Sosiaalitoimi ja Kela
- Muut tahot, mitkä?

Huomioitavaa kyselyn vastauksissa

### 3) Kysely sosiaalisesta kuntoutuksesta kunnille ja peruspalvelukuntayhtymille

\* Nimi

\* Tehtävänimike

\* Organisaatio

\* Sähköpostiosoite

Puhelinnumero

\* Mitä kuntaa tai kuntia vastauksenne koskee?

\* Mitkä seuraavista palvelukokonaisuuksista kuuluvat vastuullenne?

- Terveyspalvelut
- Mielen terveys- ja päihdepalvelut
- Lasten ja perheiden palvelut
- Vammaispalvelut
- Työllisyyspalvelut
- Muu, mikä?

#### OSA I) Sosiaalinen kuntoutus

Asiakastarpeet, joihin sosiaalisella kuntoutuksella pyritään vastaamaan (0=tarpeeseen vastataan muulla kuin sosiaalisen kuntoutuksen keinoilla, 1=joskus, 2=tarve johon tyypillisesti vastataan sosiaalisella kuntoutuksella)

- Asumiseen liittyvät tekijät (onko esimerkiksi asuntoa ja kykyä itsenäiseen asumiseen)
- Osallisuuteen liittyvät tekijät (esimerkiksi harrastukset ja muu aktiivisuus)
  
- Fyysinen toimintakyky
- Psykkinen toimintakyky
- Päihteiden käyttö
- Sosiaaliset suhteet (esim. kaveripiiri)
- Talouden hallinta
- Arjen- ja elämänhallinta
- Itsestä huolehtiminen (riittävä lepo, liikunta, ravinto ym.)
  
- Muu tarve, mikä?

Missä sosiaalisen toimintakyvyn arviointi tehdään? (0=ei toteuteta kyseisen tahon toimesta, 1=joskus, 2=useimmiten)

- Sosiaalityössä
- Yhteistyössä TE-toimiston kanssa
- Yhteistyössä päihde- ja mielen terveyspalveluiden kanssa
  
- Yhteistyössä perusterveydenhuollon kanssa
- Yhteistyössä Kelan kanssa

- Yhteistyössä järjestöjen kuntoutus- ja sopeutumisvalmennustoiminnan kanssa
- Yhteistyössä opetustoimen kanssa
- Yhteistyössä erikoissairaanhoidon toimijoiden kanssa
- Yhteistyössä muun tahon kanssa
- Käytännöistä ei ole sovittu

Arviolta kuinka paljon asiakkaita teillä oli sosiaalisessa kuntoutuksessa vuonna 2016? Antakaa vastaus numeroina.

Kuinka pitkään keskimäärin asiakkaat olivat sosiaalisen kuntoutuksen piirissä (vuonna 2016)? Antakaa vastaus numeroina.

- Osuus asiakkaista, jotka olivat palvelun piirissä alle kuukauden (kokonaisluku väliltä 0-100)
- Osuus asiakkaista, jotka olivat palvelun piirissä 1-6 kk
- Osuus asiakkaista, jotka olivat palvelun piirissä 6-12 kk
- Osuus asiakkaista, jotka olivat palvelun piirissä yli vuoden

Kuinka paljon sosiaalista kuntoutusta palvelun piirissä olevat asiakkaat saivat keskimäärin (vuonna 2016)? Antakaa vastaus numeroina.

- Osuus asiakkaista, jotka olivat palvelun piirissä ja saivat palvelua joka päivä (kokonaisluku väliltä 0-100)
- Osuus asiakkaista, jotka olivat palvelun piirissä ja saivat palvelua muutaman kerran viikossa
- Osuus asiakkaista, jotka olivat palvelun piirissä ja saivat palvelua kerran viikossa
- Osuus asiakkaista, jotka olivat palvelun piirissä ja saivat palvelua harvemmin kuin kerran viikossa

Sosiaalisen kuntoutuksen palvelut (merkitse sosiaaliseen kuntoutukseen kuuluvat palvelut)

Vastausvaihtoehdot:

0 = ei kuulu sosiaalisen kuntoutuksen kokonaisuuteen

1 = Kuuluu sosiaaliseen kuntoutukseen, mutta kunnassamme ei tarjota ko. palvelua

2 = Tuotetaan itse vakiintuneena toimintana

3 = Tuotetaan itse hankerahoituksella

4 = Ostetaan toiselta kunnalta

5 = Ostetaan yksityiseltä toimijalta

6 = Ostetaan 3. sektorin toimijalta

Muu tuotantotapa, mikä?

- Sosiaalityö ja -ohjaus sekä neuvonta- ja tukipalvelut
- Asiakastarpeen kartoitus
- Erilaisten suunnitelmien tekeminen
- Asumispalvelut ja asumisen tuki

- Kotiin annettavat palvelut tai kotipalvelut
- Päihde- ja mielenterveyspalvelut
- Jalkautuvat ja etsivät palvelut
- Tukihenkilö/tukiperhetoiminta
- Ryhmätoiminta
- Vertaistuki
- Kokemusasiantuntijoiden tuki
- Vapaa-ajan toiminta ja harrastustoiminta
- Talouteen liittyvien ongelmien selvittely
- Päivätoiminta
- Työpajatoiminta
- Kuntouttava työtoiminta
- Muu palvelu, mikä?

Sosiaalisen kuntoutuksen asiakkaiden määrä eri palveluissa (merkitse asiakkaiden lukumäärä, mikäli palvelu on saatavilla). Palveluiden muita kuin sosiaalisen kuntoutuksen asiakkaita ei lasketa (esim. kunnassa voi olla vertaistukitoimintaa muille kuin sosiaalisen kuntoutuksen asiakkaille).

- Sosiaalityö ja -ohjaus sekä neuvonta- ja tukipalvelut
- Asiakastarpeen kartoitus
- Erilaisten suunnitelmien tekeminen
- Asumispalvelut ja asumisen tuki
- Kotiin annettavat palvelut tai kotipalvelut
- Päihde- ja mielenterveyspalvelut
- Jalkautuvat ja etsivät palvelut
- Tukihenkilö/tukiperhetoiminta
- Ryhmätoiminta
- Vertaistuki
- Kokemusasiantuntijoiden tuki
- Vapaa-ajan toiminta ja harrastustoiminta
- Talouteen liittyvien ongelmien selvittely
- Päivätoiminta
- Työpajatoiminta
- Kuntouttava työtoiminta
- Muu palvelu, mikä?

Eri toimijoiden rooli sosiaalisen kuntoutuksen palveluiden tuottamisessa / järjestämisessä (0=ei osallistu sosiaaliseen kuntoutukseen, 1=jonkin verran, 2=merkittävä)

- Sosiaalityö
- Päihde- ja mielenterveyspalveluiden toimijat

- Järjestöjen kuntoutus- ja sopeutumisvalmennuksen toimijat
- TE-toimisto
- Kela
- Perusterveydenhuollon toimijat
- Erikoissairaanhoidon toimijat
- Opetustoimi
- Nuorisotoimi
- Muu taho, mikä?

Ketkä ammattilaiset toteuttavat sosiaalista kuntoutusta? (0=ei osallistu sosiaaliseen kuntoutukseen, 1=jonkin verran, 2=merkittävä)

- Sosiaalityöntekijät
- Sosiaaliohjaajat
- Sairaanhoidajat
- Mielenterveyshoitajat
- Yleislääkärit
- Psykologit
- Psykiatrit
- Nuorisotyöntekijät
- Muu taho, mikä?

Ohjautuminen sosiaalisen kuntoutuksen arvioon (0=ei ohjaa sosiaalisen kuntoutuksen arvioon, 1=joskus, 2=useimmiten)

- Omatoimisesti
- Sosiaalitoimistosta
- Oppilaitoksista/muusta koulutuksesta
- TE-toimistosta
- Työvoiman palvelukeskuksesta/monialaisesta yhteispalvelusta
- Kunnan työllistämisyksiköstä
- Perusterveydenhuollosta
- Erikoissairaanhoidosta
- Järjestöistä/kolmannelta sektorilta
- Seurakunnista
- Kelasta
- Etsivästä nuorisotyöstä, nuorisotoimesta, ohjaamosta
- Mielenterveys- tai päihdepalveluista
- Asiakkaan läheisten toimesta
- Muualta, mistä?

Jatkopolut sosiaalisen kuntoutuksen jälkeen (0=ei ole sosiaalisen kuntoutuksen jatkopolku, 1=joskus, 2=useimmiten)

- Opinnot
- Työpaja
- Kuntouttava työtoiminta
- Työharjoittelu
- Työkokeilu
- Palkkatukityö
- Vapaaehtoistyö ja harrastukset

- Työttömyys
- Avoimet työmarkkinat
- Jatkokorkua ei tiedossa
- Muu, mikä?

Kehitetäänkö sosiaalisen kuntoutuksen palveluita?

Kyllä / Ei / Ei vielä missään, mutta kehitystyötä on suunnitteilla

Missä sosiaalisen kuntoutuksen palveluita kehitetään? (0=ei kehitetä sosiaalista kuntoutusta, 1=vähäisesti, 2=merkittävästi)

- Aikuissosiaalityössä
- Työllisyyspalveluissa
- Nuorten palveluissa
- Vammaispalveluissa
- Terveyspalveluissa
- Vanhuspalveluissa
- Muualla, missä?

### **OSA II) Kuntoutuksen integraatio ja toimivuus**

Miten kunnassanne/kuntayhtymässänne on huolehdittu asiakkaan kuntoutuskokonaisuudesta ja palveluiden yhteensovittamisesta silloin, kun asiakkaalla on tarvetta sekä lääkinnälliselle että sosiaaliselle kuntoutukselle? *(Avoin vastaus)*

Mitkä ovat keskeiset haasteet sosiaalisessa kuntoutuksessa? *(Avoin vastaus)*

Mitkä asiat sosiaalisessa kuntoutuksessa toimivat hyvin? *(Avoin vastaus)*

### **OSA III) Työttömien terveystarkastukset**

Tehdäänkö kunnassanne/kuntayhtymässänne työttömien terveystarkastuksia?

Kyllä / Ei / En osaa sanoa

Kuinka monta työttömien terveystarkastusta kunnassanne/kuntayhtymässänne tehtiin vuonna 2016? Antakaa vastaus numeroina.

- Yhteensä
- Työttömien terveystarkastukset, joissa asiakkaana oli alle 30-vuotias henkilö
- Työttömien terveystarkastukset, joissa asiakkaana oli yli 30-vuotias henkilö

Työttömien terveystarkastuksen sisältö (0=ei kuulu työttömien terveystarkastukseen, 1=joskus, 2=useimmiten, 3=aina)

- Terveystarkastuksen sisältö
- Terveystarkastuksen sisältö
- Terveystarkastuksen sisältö
- Terveystarkastuksen sisältö
- Terveystarkastuksen sisältö
- Terveystarkastuksen sisältö
- Terveystarkastuksen sisältö

- Eläkemahdollisuuksien selvitykset
- Selvitetään kuntoutustarpeet ja tehdään kuntoutussuunnitelma
- Ohjaaminen hoitoon
- Ohjaus työkyvyn arviointiin
- Ohjaus aktivointitoimenpiteisiin
- Ohjaus työllistämistoimenpiteisiin
- Ohjaaminen lääkinnälliseen kuntoutukseen
- Ohjaaminen sosiaaliseen kuntoutukseen
- Ohjaaminen ammatilliseen kuntoutukseen
- Muu, mikä?

Tarjotaanko opiskelu- ja työterveyshuollon ulkopuolelle jääville nuorille muita kohdennettuja palveluita (terveydenhuoltolain 13 §:n mukaisia palveluita) kuin työttömien terveystarkastuksia? Mitä? (*Avoin vastaus*)

Missä työttömien terveystarkastuksia tehdään? (0=toimipisteessä ei tehdä terveystarkastuksia, 1=toimipisteessä tehdään joskus terveystarkastuksia, 2=toimipiste on yleisin terveystarkastusten suorittamispaikka)

- Terveyskeskus
- Kunnallinen työterveyshuolto
- Yksityinen työterveyshuolto
- TYP
- Te-toimisto
- Työpaja tai vastaava
- Opetustoimi
- Nuorisotoimi
- Muu, mikä?

Mitkä tahot ohjaavat asiakkaita työttömien terveystarkastuksiin? (0=eih ohjaa, 1=joskus, 2=yleisin terveystarkastuksiin ohjaava taho)

- Asiakas omatoimisesti
- Omaiset
- TE-toimisto
- Sosiaalitoimisto
- TYP
- Terveyskeskus
- Työllistämisyksikkö
- Järjestöt/kolmas sektori
- Työterveyshuolto
- Hankkeet
- Kela
- A-klinikka
- Erikoissairaanhoido
- Muu, mikä?



Työttömien terveystarkastuksista asiakkaita ohjataan seuraaville tahoille (0=ei ohjata, 1=joskus, 2=useimmiten)

- Terveyspalveluihin
- Työhallinnon palveluihin
- Sosiaalipalveluihin
- Moniammatilliselle/-sektoriselle tiimille
- Ei ohjata mihinkään
- Muu, mikä?

Huomioitavaa kyselyn vastauksissa

# LIITE II: SELVITYS KUNTOUTUKSEN TOIMEENPAINOSTA SYRJÄYTYNEILLÄ TAI SYRJÄYTYMISVAARASSA OLEVILLA NUORILLA, JOILLA ON VAKAVIA TOIMINTAKYVYN ONGELMIA

## 1 Johdanto

Syrjäytyneet tai syrjäytymisvaarassa olevat nuoret ovat sosiaalisen ja taloudellisen kestävyiden kannalta merkittävä ryhmä, vaikka ovat vain pieni osuus nuorista (Aaltonen ym. 2015). Vuonna 2016 nuoria, jotka eivät olleet työssä, koulutuksessa eivätkä asevelvollisuutta suorittamassa, oli 154 000 henkeä, mikä oli noin 15 prosenttia 15–29-vuotiaiden koko ikäluokasta (Tilastokeskus). Monissa maissa nuorten pahoinvointi on lisääntynyt ja etenkin vuonna 2008 alkanut finanssikriisi on pahentanut nuorisotyöttömyyttä Euroopassa, sillä nuorisotyöttömyys on erityisen herkkä taloudellisille suhdanteille (Hyggen 2015). Suomessa taustalla on myös 90-luvun lama ja sen jälkeinen kehitys, jossa varhaisen äitiys- ja lastenneuvolan sekä kouluterveydenhuollon palveluiden palvelutasoa ei ole saatu lamaa edeltävälle tasolle asiantuntijoiden suosituksista huolimatta. Samaten lapsiperheiden koteihin tuodut palvelut ovat suurelta osin hävinneet. (Paananen ym. 2012). Syrjäytyneen nuoren elinkaarikustannuksiksi on arvioitu Valtiontalouden tarkastusviraston (VTV 2007) kymmenen vuotta siten tekemässä selvityksessä noin 1 000 000 euroa. Myös tiettyjen syrjäytyneiden nuorten ryhmien elinkaarikustannuksiksi arvioitiin Englannissa tehdyssä selvityksessä yli 1 000 000 euroa (Coles 2010). Heterogeenisen ryhmän sisällä on paljon erityyppisiä ongelmia ja kustannukset koko elinajalta merkittävästi erilaisia (Coles 2010).

Suurella osalla nuorista menee hyvin, mutta on kasvava joukko lapsia ja nuoria, jotka tarvitsevat tukea päästäkseen kiinni yhteiskuntaan (Paananen ym. 2012). Hyvä- ja huono-osaisuus ovat usein periytyviä ilmiöitä; koulutuksen keskeyttäminen, työttömyys ja toimeentulotuen varassa eläminen siirtyvät usein vanhemmilta lapsille myös Suomessa (Vauhkonen ym. 2017). Aikuisten mielenterveys- ja päihdepalveluiden avopalveluiden riittämättömyys heijastuu myös lasten ja nuorten mielenterveyteen, joten aikuisten hoitoon pääsy on yksi tehokkaimmista alaikäisiin kohdistuvista ennaltaehkäisevistä toimenpiteistä. Lapset tulee huomioida osana vanhemman hoitoa (Solantaus 2006).

Syrjäytymisvaarassa olevien ja syrjäytyneiden nuorten palvelutarve on moniulotteista ja palvelukokonaisuus on usein sirpaloitunut usealle eri toimijalle eri sektoreilla. Haastavuutta lisää myös nuorten palveluiden nivelvaiheet, jossa iän ja koulutus-/työstatuksen mukana vaihtuvat myös nuoren hyvinvoinnista vastaavat tahot. Nuoren näkökulmasta hänen odotetankin tuntevan monimutkaiset tarjolla olevat palvelut, hakeutuvan niiden käyttäjäksi ja otavan vastuun palveluissa toimimisesta (Aaltonen ym. 2015). Nuorten on kyettävä odottamaan pitkiä aikoja palveluihin pääsyä, mutta heidän odotetaan sopeutuvan järjestelmän asettamiin tiukkoihin aikarajoihin (Aaltonen ym. 2015). Palvelujen vaikuttavuuden ja

asiakaslähtöisyyden parantamiseksi onkin peräänkuulutettu etenkin ”yhden luukun” -mallia ja työn tuloksellisuuden katsomista enemmän nuoren näkökulmasta. (Aaltonen ym. 2015).

## 1.1 Selvityksen tavoitteet ja rajaukset

Valtioneuvoston asettamassa tutkimus- ja selvitystehtävässä kuntoutusjärjestelmän kokonaisuudistuksen selvittämiseksi toteutettiin Kuntoutusjärjestelmän kokonaisuudistus: tieto muutostyön perustana -hanke, jonka osana tämä NEET (NEET = not in education, employment or training) -ohjelman selvitystehtävä toteutettiin. Tämän hankkeen taustalla on hallituksen esittämä erillisselvitys, jossa osana hallituksen valmistelemaa NEET-ohjelmaa asetettiin selvitystehtävä Kelan ammatillisen kuntoutuksen toimeenpanosta ja kriteerien laajentamisesta siten, että nuoret, joilla on vakavia toimintakyvyn ongelmia, pääsisivät näiden palvelujen piiriin ilman diagnoosiperustetta. Tavoitellun tietotarpeen täyttämiseksi vastataan seuraaviin tutkimuskysymyksiin:

1. Minkälainen on nykyinen palvelujärjestelmä syrjäytymisvaarassa oleville nuorille, joilla on vakavia toimintakyvyn ongelmia?
  - a. Mitä haasteita nykyjärjestelmässä on?
2. Minkälainen palvelujärjestelmä tukisi parhaiten näiden nuorten sujuvaa kuntoutusta?
  - a. Ketkä ovat keskeiset toimijat kuntoutuksen palvelujärjestelmässä ja millä tavalla toimijoiden tulisi järjestäytyä?
  - b. Minkälaisilla kannustimilla voidaan tukea toimijoiden tavoitteellista työtä?

NEET-nuoret ovat hyvin heterogeeninen ryhmä (Yates ja Payne 2006): osa on vaarassa syrjäytyä, osa pitää välivuotta omasta vapaasta tahdosta. NEET-nuoret voidaan karkeasti jaotella esimerkiksi seuraaviin ryhmiin (Eurofound 2012, Eurofound 2016): 1) Työttömät, työtä etsivät nuoret: tilapäisesti työttömät ja pitkäaikaistyöttömät; 2) Sairauden tai vamman takia työmarkkinoiden ulkopuolella olevat; 3) Passiiviset nuoret (lannistuneet), jotka eivät aktiivisesti etsi työ- tai koulutuspaikkaa; 4) Nuoret kotiäidit; 5) Mahdollisuuksia etsivät tai odottavat nuoret ja 6) Vapaaehtoisesti työelämän ja koulutuksen ulkopuolella olevat, esim. välivuotta viettävät nuoret. Lisäksi nuorten tilat ja tilanteet eivät kuitenkaan ole täysin stabiileja, vaan he liikkuvat edestakaisin työttömästä opiskelijaksi/työlliseksi/toimenpiteessä olevaksi ja mahdollisesti jälleen työttömäksi (Aaltonen ym. 2015, Shildrick ym. 2012). Tässä hankkeessa tarkastellaan syrjäytyneitä tai syrjäytymisvaarassa olevia nuoria, joilla on vakavia toimintakyvyn ongelmia.

Toimintakyvyllä tarkoitetaan Tässä selvityksessä ihmisen fyysisiä, psyykkisiä, sosiaalisia ja kognitiivisia edellytyksiä selviytyä hänelle itselleen merkityksellisistä ja välttämättömistä toiminnoista. Vakavat toimintakyvyn ongelmat ovat nuoren merkittäviä haasteita normaalista arjesta selviytymisessä.

Kuntoutusjärjestelmän tarkastelu voidaan jakaa kolmeen eri tasoon; makro-, meso- ja mikro-tasoon. Makrotasolla kohteena on väestö ja sen terveys, mesotasolla tarkastellaan palvelujärjestelmän suorituskykyä ja mikrotasolla potilas- tai terveysongelmaepisodiin vaikuttavuutta, laatua ja tuottavuutta. Tässä selvityksessä fokus on ensisijaisesti järjestelmätasolla eli makro- ja mesotasolla. Yksittäisten palvelujen vaikuttavuuteen ei oteta kantaa.

## 1.2 Raportin rakenne

Tässä raportissa esitellään ensin hankkeessa käytetyt menetelmät. Menetelmät pohjautuvat desk studylle, asiantuntijahaastatteluille ja tilastolliseen analyysiin. Raportissa esitellään myös omassa kappaleessaan viimeaikaisia tutkimuksia nuorten palvelujärjestelmästä. Lisäksi esitellään tutkimusta palveluohjauksesta sote-palveluissa. Tulososiossa keskitytään asiantuntijahaastatteluiden ja tilastollisen analyysin tuloksiin. Pohdinnassa käydään tulevan palvelujärjestelmän periaatteet läpi ja esitellään ehdotus palvelujärjestelmän malliksi.

## 2 Tavoite ja menetelmät

Selvityksen tavoitteena oli rakentaa kokonaiskuva nykyjärjestelmistä ja asiakkaista sekä nuotoilla tieteellisen taustan tukemana ratkaisuehdotus, jota on pyritty validoimaan mahdollisimman laajasti eri asiantuntijoiden näkökulmasta. Menetelminä työssä on käytetty laajaa desk studya, asiantuntijahaastatteluita sekä tilastollista analyysia.

Desk studyssa on käytetty perinteisten vertaisarvioitujen artikkelien lisäksi myös raportteihin ja selvityksiin perustuvaa tietoa. Hakusanoina kirjallisuudesta on käytetty mm. kuntoutuksen, NEET-nuorten, syrjäytymisen ja toimintakyvyn ongelmien termien yhdistelmiä. Hakusanojen perusteella löydettyihin tutkimuksiin on käytetty ns. ”snowballing”-menetelmää, jossa keskeisten artikkelien viittauksista on kartoitettu muita asiaan liittyviä tutkimuksia.

Keskeisenä menetelmänä on hyödynnetty asiantuntijahaastatteluja. Puolistrukturoituihin haastatteluihin on osallistunut 24 asiantuntijaa. Osa haastatelluista on ollut syrjäytyneiden tai syrjäytymisvaarassa olevien nuorten kanssa työskenteleviä ja osa palvelujärjestelmän kanssa toimivia. Haastateltaviin on kuulunut Kelassa, kunnissa, Ohjaamoissa, työllistymistä edistävässä monialaisissa yhteispalveluissa (TYP), erityisammattioppilaitoksissa ja järjestöissä työskenteleviä asiantuntijoita. Haastatteluissa on käsitelty syrjäytyneiden ja syrjäytymisvaarassa olevien nuorten haasteita, taustaa ja heidän tavoittamistaan, nykyisen palvelujärjestelmän etuja ja haasteita sekä palvelujärjestelmän kehittämistarpeita ja tulevaisuuden työnjakoa eri toimijoiden kesken.

Tilastollisessa analyysissa on hyödynnetty julkisista lähteistä saatavilla olevaa tietoa (mm. SotkaNet, Kelasto, Tilastokeskus). Lisäksi selvityksessä on käytetty Kelan ja Ohjaamoiden tilastoja.

## 3 Aikaisempi tutkimus

Aikaisemman tutkimuksen osalta tarkastellaan tutkimuksia NEET-nuorista yleisesti Suomessa ja kuntoutusjärjestelmän toiminnasta nuorten osalta. Lisäksi esitellään teoreettista taustaa palveluohjauksesta, vaikuttavuusperustaisesta tuotannosta sekä kannustimien käytöstä sote-palveluiden tuotannossa.

### 3.1 Aikaisempaa tutkimusta NEET-nuorista

NEET-nuoret ovat määritelmästä johtuen hyvin heterogeeninen ryhmä. NEET-nuoria koskevat tutkimukset kuitenkin tyypillisesti käsittävät koko ryhmän, mikä myös vaikuttaa tutkimusten tuloksiin, esimerkiksi tekijöihin, jotka kasvattavat riskiä NEET-statukselle.

Useat tutkimukset ovat selvittäneet tekijöitä, jotka vaikuttavat riskiin NEET:ksi joutumisesta. Riski NEET-statukselle kasvaa, jos nuori on keskeyttänyt koulutuksen tai hänellä on matala koulutustaso, hän on ollut lastensuojelun sijaishuollossa, saa lapsen nuorena (vain naisilla) tai hänellä on päihde- tai mielenterveysongelmia (Tamesberger ja Bacher 2014, Hyggen 2015). Maahanmuuttajastatus näyttäytyy tutkimuksissa myös selkeänä riskitekijänä. NEET-ryhmän heterogeenisuudesta seuraa myös, että osan NEET-status on väliaikaista ja suunniteltu päättyväksi, esimerkiksi välivuotta pitävät, mutta opiskelun sen jälkeen aloittavat nuoret. Itävaltalais tutkimuksen mukaan noin kolmanneksella NEET-status on pysyvää, noin kolmanneksella status on väliaikainen ja kolmannes siirtyy edestakaisin NEET-statuksen ja työelämän tai koulutuksen välillä. Koulun keskeyttäminen kasvattaa riskiä NEET-statuksen pitkittymiselle. (Tamesberger ja Bacher 2014). Pitkittynyt NEET-status on yhteydessä toimeentulovaikeuksiin, mielenterveysongelmiin ja osallistumattomuuteen (Larja ym. 2016 ja Eurofound 2016).

NEET-nuorien aiheuttamia kustannuksia yhteiskunnalle on tutkittu Englannissa nuorille, jotka 16 - 18-vuotiaina olivat NEET-statuksella (Godfrey ym. 2002). Keskimääräisen tällaisen NEET-nuoren elinaikanaan kerryttämät lisäkustannukset verrattuna muuhun saman ikäiseen väestöön ovat 150 000 euroa sisältäen sekä nuorten käyttämät palvelut että yhteiskunnan maksamat tuet. On huomattava, että myös kustannuksien hajonnassa näkyy NEET-nuorien heterogeeninen määritelmä: kaikki 16 - 18-vuotiaina NEET-statuksen saaneet eivät aikuisena välttämättä ole syrjäytyneitä. Merkittävä taloudellinen menetys tulee myös menetetyistä verotuloista, kun nuori ei missään vaiheessa pääse kiinni työelämään. Nämä tulisi myös huomioida osana NEET-statuksen aiheuttamia kustannuksia. Englantilaisessa tutkimuksessa todettiin, että nuori, jolla on jossain vaiheessa NEET-status, ansaitsee työuransa aikana keskimäärin 90 000 euroa vähemmän kuin ikätoverinsa, jotka eivät olleet NEET-nuoria missään vaiheessa. Ero kasvaa 360 000 euroon, jos verrataan niihin nuoriin, jotka suorittivat yliopistotutkinnon (Impetus 2014). Suomessa tehdyssä tutkimuksessa (Aaltonen ym. 2015) todettiin, että syrjäytyneillä oli keskimäärin korkeammat kustannukset terveyspalveluista kuin verrokkiryhmällä (kroonisesti syrjäytyneillä jopa seitsenkertaiset), mutta joukossa oli myös nuoria, jotka eivät aiheuttaneet kustannuksia ollenkaan. Lisäksi ei voida päätellä, että kustannukset olisivat seurausta syrjäytymisestä, sillä on myös mahdollista, että psyykinen tai somaattinen sairaus on johtanut syrjäytymiseen. Suomessa on tutkittu eri NEET-nuorten alaryhmiä melko paljon. Esimerkiksi Kelan tutkimusta on paljon kohdennettu viime vuosina eri NEET-nuoriin ja eri alaryhmiin (esim. Harkko ym. 2016, Mattila-Aalto ja Alakangas 2017).

### **3.2 Nuoret nykyisessä palvelujärjestelmässä**

Nykyisessä palvelujärjestelmässä on monia nuorille suunnattuja palveluita ja etuuksia monen eri tahon tuottamana ja rahoittamana. Lisäksi nuoret käyttävät koko väestölle tarkoitettuja palveluita, kuten terveyskeskuspalveluita ja erikoissairaanhoidtoa ja saavat samoja etuuksia kuin muu väestö (esim. toimeentulotuki ja asumistuki).

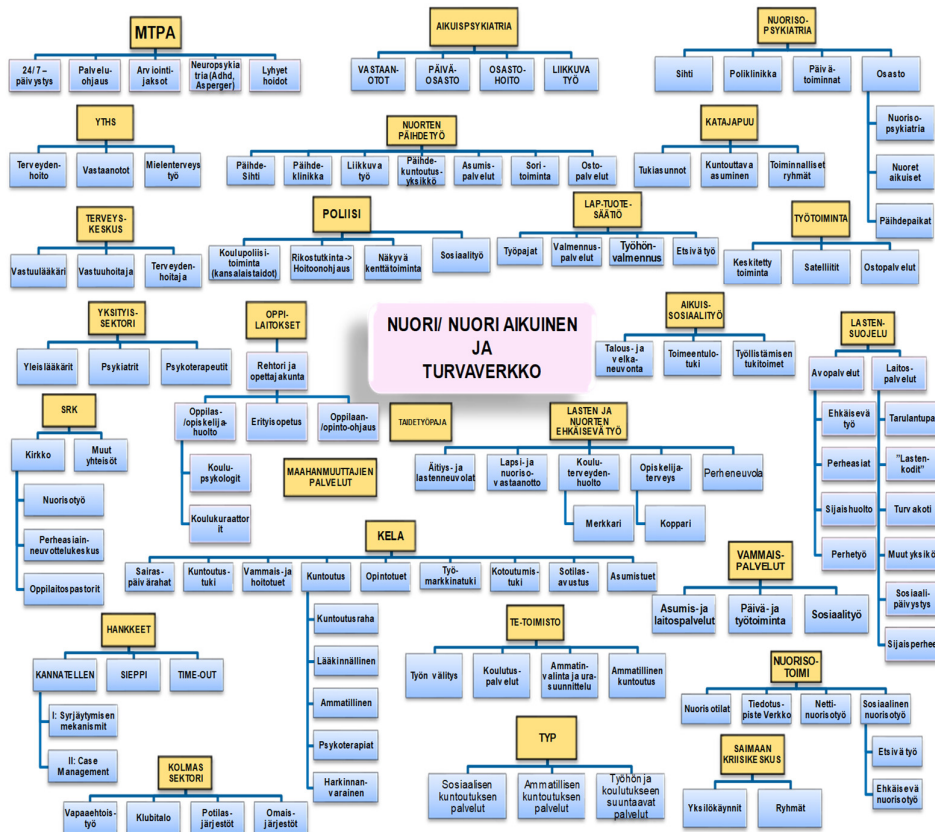
Nuorille suunnattuja palveluita ovat kunnan nuorisotoimen palvelut, kuten työpajatoiminta sekä etsivä nuorisotyö. Osassa kunnista moniongelmaisille nuorille on tarjolla esimerkiksi kolmannen sektorin kautta oma vastuutyöntekijä, joka tukee häntä kiinnittymään opiskeluun tai työelämään (esim. VAMOS). Sote-palveluiden puolelta nuorille suunnattuja palveluita ovat koulu- ja opiskeluterveydenhuolto ja nuorisopsykiatria. Lisäksi monissa kunnissa on nuorille tarjolla oma palvelupiste, josta saa apua esimerkiksi mielenterveysongelmiin. Kelalla

puolestaan on nuorille suunnattua ammatillista ja mielenterveyskuntoutusta. Lisäksi Kela voi myöntää nuorelle kuntoutusrahaa. Myös järjestöillä ja muilla kolmannen sektorin toimijoilla on vahva mutta vaihteleva rooli palvelujen tuottamisessa ja kehittämisessä (Tuusa ja Ala-kauhaluoma 2014).

Nuorille suunnattuja yhteispalvelupisteitä, Ohjaamoja, on saatavilla usealla paikkakunnalla. Ohjaamoissa on tyypillisesti edustettuina kunnan nuorisotoimi, Kela ja TE-toimisto. Ohjaamoita käsitellään tarkemmin luvussa 4.2.2.

Näiden nuorille suunnattujen palveluiden lisäksi nuoret asioivat TE-toimistoissa, työllistymistä edistävissä monialaisissa yhteispalveluissa (TYP), Kelan muissa palveluissa, terveydenhuollon palvelupisteissä, mielenterveys- ja päihdepalveluissa ja saavat samoja etuuksia kuin muut työikäiset. Nuorten käytettävissä oleva palveluverkko on itse asiassa erittäin laaja (kuva 1). Ongelmana ei siten ole, etteikö palveluita olisi riittävästi. Kyse on siitä, vastaako palvelu nuoren tarpeeseen ja saako nuori tarvitsemaansa palvelua oikea-aikaisesti. Tuusan ja Ala-kauhaluoman (2014) selvityksessä nostettiin myös esiin, että nykyiset sosiaalisen kuntoutuksen palvelut eivät vastaa riittävästi nuorten palvelutarpeisiin eikä nuorten ohjaamisen palveluihin ole systemaattista.

**Kuva 1. Yhteiskunnassa on nuorelle lukuisia eri palveluita ja niitä tarjoavia tahjoja. Yllä kuvattuna nuorten palvelujen verkosto Etelä-Karjalassa. Vastaavan laajuinen palveluverkko löytyy myös muilta alueilta (lähde: Timo Salmisaari)**



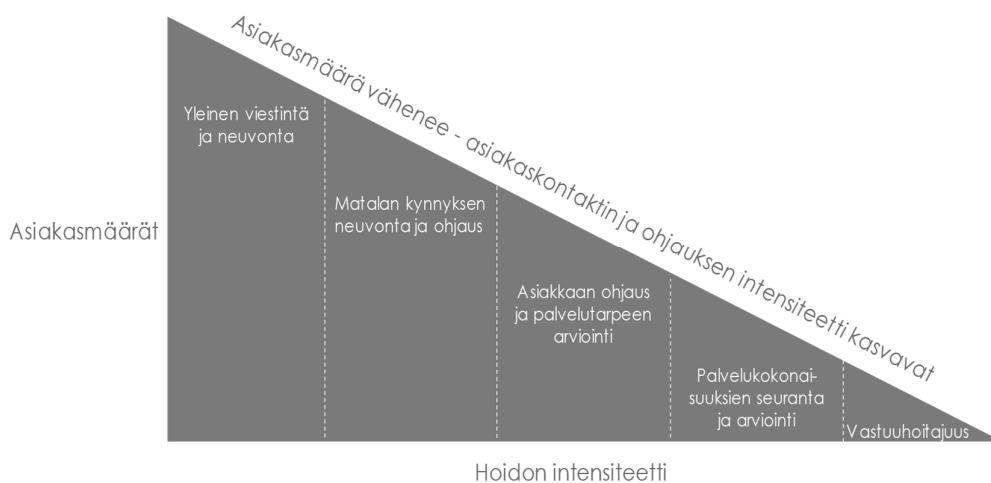
### 3.3 Palveluohjaus

Yleisesti palvelu- ja asiakasohjausyksiköillä on kolme pääasiallista tehtävää:

1. Neuvonta
  - a. Välitetään asiakkaalle yleistä hyvinvointia tukevaa tietoa
  - b. Tarvittaessa ohjataan asiakas asiakasohjauksen tarkempaan selvittelyyn
2. Palveluohjaus
  - a. Arvioidaan asiakkaan palvelutarve ja laaditaan asiakkaalle palvelusuunnitelma
  - b. Annetaan ohjausta, jonka avulla asiakas voi valita itselleen sopivia palveluita ja tukitoimia
3. Palvelujen koordinointi ja seuranta
  - a. Koordinoidaan ja seurataan asiakkaan palvelujen toteutumista, tarkoituksenmukaisuutta ja laatua
  - b. Tarpeen mukaan tehdään palvelutarpeen uudelleen arviointia tai esimerkiksi konsultoidaan erityisosaajia

Asiakasohjauksen laajuudessa tulee huomioida asiakkaan tarpeet. Neuvonta- ja ohjauspalveluita tulisi kohdistaa hyvinvointia edistävästi laajemmalle väestölle ja yksilöllisempää ohjausta rajatummalta joukolle palvelutarpeen lisääntyessä (kuva 2).

#### Kuva 2. Neuvonnan ja palveluohjauksen sisältö muuttuu, kun palvelutarve kasvaa



Keskeisiä asioita neuvonnan ja palveluohjauksen kehittämisessä ovat tavoitteellisuus, asiakaslähtöisyys sekä ennaltaehkäisy (kuva 3). Tavoitteellisuuden tulisi näkyä asiakkaan yksilöllisiä tavoitteita pitkäjänteisesti tukevana palvelukokonaisuutena, jossa on otettu huomioon sekä psyykkiseen tai fyysiseen toimintakykyyn että sosiaaliseen ympäristöön liittyvät tavoitteet (Ikäpalo-hanke<sup>19</sup>).

<sup>19</sup> Ikäpalo -hanke on Lahden, Hämeenlinnan, Heinolan ja Vantaan yhteinen ikääntyneen väestön neuvontapalveluiden ja iäkkäiden henkilöiden palveluohjauksen kehittämishanke

### Kuva 3. Palveluohjauksen toimintaperiaatteet



Parasta tukea nuorten mielenterveysongelmissa pystytään tarjoamaan moniammatilliseen työskentelyyn ja jalkautumiseen perustuvien matalan kynnyksen mallien avulla. (Notkola ym. 2013).

## 4 Tulokset

### 4.1 Syrjäytyneet ja syrjäytymisvaarassa olevat nuoret

Tilastokeskuksen (2017) mukaan työn ja koulutuksen ulkopuolella olevista nuorista noin puolet oli miehiä ja puolet naisia. Heistä noin 60 prosenttia piti itseään työttömänä vuonna 2016. Noin 16 prosenttia oli oman ilmoituksensa mukaan työkyvyttömyyseläkkeellä tai pitkäaikaisesti sairaita. Noin joka kymmenes hoiti omia lapsia. Kaiken kaikkiaan nuoria, jotka eivät olleet työssä, koulutuksessa eivätkä asevelvollisuutta suorittamassa, oli 61 000 henkeä, mikä oli kymmenen prosenttia 15–24-vuotiaiden koko ikäluokasta. Työn ja koulutuksen ulkopuolella olevien nuorten lukumäärä laski ensi kerran sitten vuoden 2011. Suhteellinen osuus ikäluokasta pysyi kuitenkin samana (10 %), sillä ikäluokan koko pieneni hieman edellisvuoteen verrattuna.

THL:n tutkimuksessa nuorten aikuisten toimintakyvystä sosiaalisessa toimintakyvyssä vaikeuksia kokeneiden osuus on 20 - 34 -vuotiailla miehillä keskimäärin 14 prosenttia ja naisilla 11 prosenttia. Työttömillä miehillä tämä on vastaavasti 16 prosenttia ja naisilla 17 prosenttia. Työttömistä 27 prosenttia koki työkykynsä alentuneeksi. Muilla työvoiman ulkopuolisilla on vaikeuksia sosiaalisessa toimintakyvyssä miehillä 32 prosenttia ja naisilla 27 prosenttia (pl. kotiäidit). Jopa 42 prosenttia heistä raportoi työkykynsä alentuneeksi. (Sheimeikka ym. 2015).

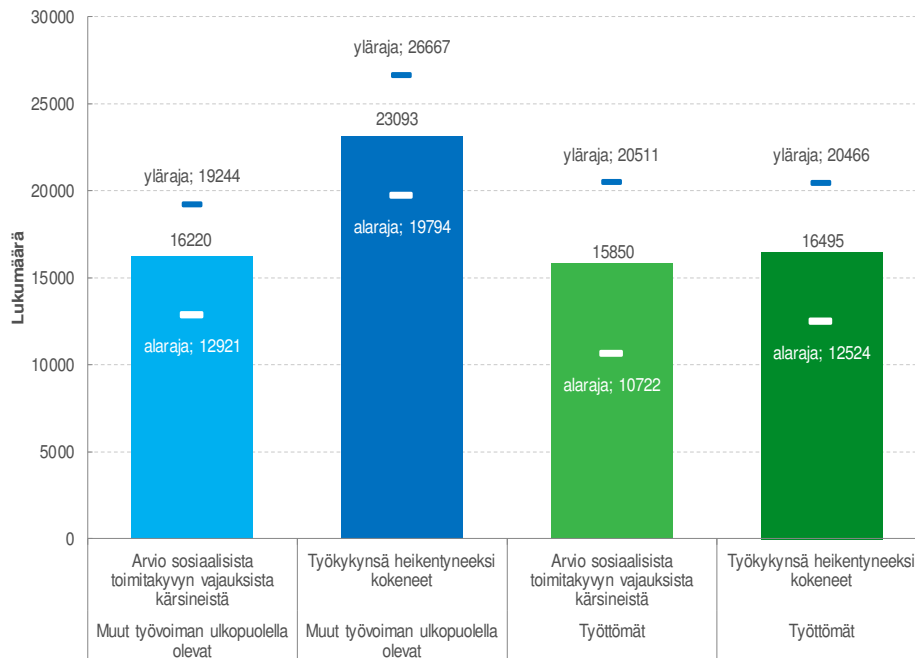
Syrjäytymisriski on suurempi tietyillä väestöluokilla. Maahanmuuttajamiesten syrjäytymisriskit ovat lähes kolminkertaisia, kun heitä verrataan kantaväestöön kuuluviin



kouluttamattomiin miehiin. Nyt syrjäytyneinä olevien nuorten vanhemmista noin puolet on itsekin ulkopuolisia tai työttömiä. (Myrskylä, 2012.)

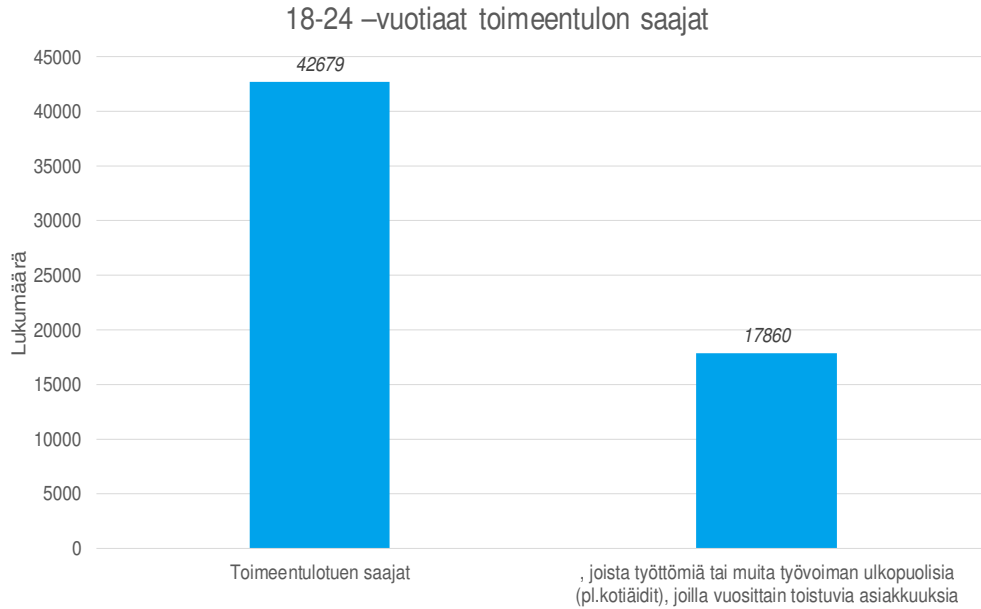
Arviot Shemeikan ym. (2015) ja Myrskylän (2012) tutkimustuloksiin perustuen syrjäytyneistä tai syrjäytymisriskissä olevista nuorista, joilla on toimintakyvyssä haasteita, on esitetty kuvassa 4. Työttömiksi itsensä ilmoittaneista 15 - 29 -vuotiaista nuorista noin 16 000 kokee haasteita toimintakyvyssään. Työvoiman ulkopuolella olevista nuorista noin 16 000 – 23 000 nuorta kokevat haasteita toimintakyvyssään.

**Kuva 4. Arvio syrjäytyneistä tai syrjäytymisvaarassa olevista 15 - 29 -vuotiaista nuorista joilla on toimintakyvyn ongelmia.**



Syrjäytyneiden osuutta voidaan myös arvioida perustuen toimeentulon saajien määrään. Helsingin kaupungin tutkimuksessa 18 - 20 -vuotiaiden toimeentulosaajien taustoista ja toimeentulon saamisesta noin 80 prosenttia oli ollut toimeentulon asiakas useampana vuonna (Haapamäki, 2013). Työttömiä tai työvoiman ulkopuolisia toimeentulon saajista oli noin puolet. Tutkimuksessa toimeentulosaajista opiskelijoita oli noin 36 prosenttia. Vuonna 2016 18 - 24 -vuotiaita toimeentulon saajia oli noin 42 000. Näistä arviolta noin 18 000 on saanut toimeentuloa useampana kuin yhtenä vuonna ja on työtön tai muuten työvoiman ulkopuolella (kuva 5 **Error! Reference source not found.**).

**Kuva 5. 18 - 24 -vuotiaat toimeentulotuen saajat ja työttömien tai työvoiman ulkopuolisten osuus (THL, Sotkanet 2016)**



#### 4.2 Nykyinen palvelujärjestelmä nuorille suunnatuissa palveluissa

Monessa haastattelussa tuli esille, että nykyisen palvelujärjestelmän vahvuudeksi koettiin etenkin erilaisten palvelujen kattava tarjonta. Monenlaisiin asiakastarpeisiin on tarjolla palveluita. Palvelujen laaja ja koordinoimaton tarjonta koettiin myös yhtenä tärkeimmistä haasteista nykyisessä järjestelmässä. Palvelujen nähtiin olevan pirstaleisia ja järjestelmän sekava. Oikeiden palvelujen saamisen koettiin vaativan nuorelta tai hänen läheisiltään vahvaa motivaatiota. Viranomaisten ei koettu hoitavan kattavasti veloitettaan ohjata palveluihin.

Haastattelujen mukaan suuntaus palveluiden integroimiseen koettiin olevan oikea, mutta vielä kesken. Nuoria koettiin pompoteltavan edelleen palvelusta toiseen ja sektorirajojen olevan este toimiville palvelukokonaisuuksille. Salassapitosäädöksiä ja erillisten tietojärjestelmien koettiin estävän tarpeellista tiedonkulkua. Kevyemmän palvelutarpeen asiakkaille Ohjaamo-konsepti koettiin toimivana. Ohjaamot eivät kuitenkaan pysty nykyisellään ainakaan kaikilla paikkakunnilla vastaamaan paljon tukea tarvitsevien tarpeisiin. TYP-toiminnan ei koettu saavuttaneen työllistymisen osalta tavoitteitaan ja toiminnassa koettiin olevan kehittämistarpeita (esimerkiksi sektorirajat haittaavat toimintaa edelleen). Lisäksi TYP-toimintaan ohjaamisen liittyvät aikarajat koettiin haasteeksi. Riskiryhmään kuuluva nuori pitäisi voida ohjata toimintaan välittömästi.

Mielenterveys- ja päihdepalveluiden saatavuus ja laatu sekä erityisesti niiden alueelliset erot koettiin merkittäväksi haasteeksi. Laadullisena haasteena tuotiin esiin työntekijöiden vaihtuvuus. Matalan kynnyksen mielenterveys- ja päihdepalveluiden koettiin joillakin alueilla parantaneen tilannetta.

Opiskeluun saatava tuki koettiin riittämättömäksi. Esimerkiksi oppilas- ja opiskelijahuoltoa ei ole riittävästi. Opiskelun ja kuntoutuksen yhteensovittamista olisi parannettava esimerkiksi

tarjoamalla niitä samassa paketissa. Opiskeluja olisi voitava suorittaa joustavammin. Esimerkiksi opiskelut olisi oltava mahdollista laittaa tauolle ja osallistua valmentavaan koulutukseen tai työpajatoimintaan ja palata takaisin suorittamaan tutkintoa. Jos opiskelu ei ole sillä hetkellä mahdollista, ei ole riittävästi paikkoja, jonne ohjata.

Muista toimintamuodoista Etsivä nuorisotyö koettiin toimivaksi. Sen sijaan lastensuojelun jälkihuolto koettiin puutteelliseksi. Lastensuojelulaitoksista jälkihuoltoon siirryttäessä tuen määrä romahtaa liian radikaalisti kerralla. Lisäksi tuotiin esiin, että tuettuun työllistymiseen olisi menetelmiä, joiden vaikuttavuudesta on kansainvälistä näyttöä, mutta niitä ei ole otettu käyttöön Suomessa systemaattisesti. Samat menetelmät soveltuisivat myös opintojen aloittamisen tukemiseen.

Haastatteluissa nousseita teemoja ja niiden yleisyyksiä on nostettu esiin taulukossa 1.

**Taulukko 1. Yhteenvedo haastatteluissa esiin nousseista näkökulmista. Haastatteluja toteutettiin 22 ja niihin osallistui 24 asiantuntijaa. Kaksi haastattelusta toteutettiin organisaation kahden asiantuntijan yhteishaastatteluna**

Teema	Esimerkkejä haastatteluista	Osuus vastaajista, jotka nostivat teeman esiin
Nuoren syrjäytymisen riski on usein havaittavissa erittäin aikaisessa vaiheessa	<ul style="list-style-type: none"> <li>Eräällä asiakkaalla 120 asiantuntijakontaktia ennen kuin asiaa ruvettiin käsittelemään kokonaisvaltaisesti</li> <li>Kuntoutus aloitettava jo 4-5-vuotiaana, esim. ADHD</li> </ul>	3 / 22
Nuorten käytettävissä oleva palveluverkko on laaja		3 / 22
Palvelut ovat pirstaleisia ja järjestelmä sekava	<ul style="list-style-type: none"> <li>Palvelut eivät vastaa tarpeisiin tai eivät ole oikea-aikaisia</li> <li>Palvelujen saaminen vaatii nuorelta ja hänen läheisiltään motivaatiota</li> <li>Viranomaiset eivät hoida veloitettaan ohjata palveluihin</li> <li>Palveluiden integroiminen on kesken</li> <li>Nuoria pompotellaan palvelusta toiseen</li> <li>Sektorirajat ovat este toimiville palvelukokonaisuuksille</li> <li>Ammattilaisenkin on hankala hahmottaa, mikä palvelu on asiakkaalle paras</li> </ul>	6 / 22
Ohjaamot vastaavat kevyemmän palvelutarpeen asiakkaiden tarpeisiin	<ul style="list-style-type: none"> <li>Voisiko ohjaamo ja enemmän tukea tarvitsevien palvelu olla yksi toimija?</li> </ul>	3 / 22
Ohjaamot eivät vastaa raskaamman palvelutarpeen asiakkaiden tarpeisiin		2 / 22
TYP-toiminta ei ole saavuttanut työllistymisen osalta tavoitteitaan		1 / 22
TYP-toimintaan ohjaamisen liittyvät aikarajat ovat haaste	<ul style="list-style-type: none"> <li>6 kuukautta liian pitkä aika etenkin nuorilla</li> <li>Palveluihin ei pääse heti valmistuessaan, vaikka kuuluisi riskiryhmään</li> </ul>	3 / 22
Ohjaamot ja TYP:t voitaisiin yhdistää		1 / 22
Mielenterveys- ja päihdepalveluiden saatavuus on haaste		5 / 22
Mielenterveys- ja päihdepalveluiden laatu ei ole riittävä	<ul style="list-style-type: none"> <li>Haasteena työntekijöiden vaihtuvuus</li> <li>Päihdepalvelut ovat onnettomia pienissä kunnissa</li> </ul>	3 / 22
Matalan kynnyksen mielenterveys- ja päihdepalvelut ovat tarpeellisia	<ul style="list-style-type: none"> <li>Matalan kynnyksen mielenterveys- ja päihdepalvelut ovat parantaneet tilannetta</li> </ul>	2 / 22
Opiskeluun saatava tuki on riittämätöntä	<ul style="list-style-type: none"> <li>Oppilas- ja opiskelijahuolto ei ole riittävästi</li> <li>Opiskelun ja kuntoutuksen yhteensovittamista olisi parannettava esimerkiksi tarjoamalla niitä samassa paketissa</li> <li>Opiskeluja olisi voitava suorittaa joustavammin</li> </ul>	3 / 22
Etsivä nuorisotyö on toimivaa		1 / 22
Lastensuojelun jälkihuolto on puutteellista	<ul style="list-style-type: none"> <li>Lastensuojelulaitoksista jälkihuoltoon siirryttäessä tuen määrä romahtaa liian radikaalisti kerralla</li> </ul>	2 / 22
Tuettuun työllistymiseen olisi menetelmiä, mutta niitä ei ole otettu käyttöön	<ul style="list-style-type: none"> <li>Samat menetelmät sovellettavissa myös opiskelun hakuun</li> </ul>	1 / 22
Kelan palveluiden piiriin pääseminen on haasteellista	<ul style="list-style-type: none"> <li>Kela on joustamaton</li> <li>Hankittava ensiksi hoitava taho terveydenhuollosta</li> <li>Diagnoosirajausta voitaisiin laventaa tai luopua siitä joidenkin palveluiden kohdalla</li> <li>Ammatilliseen kuntoutukseen voi olla liian suuri kynnys, vaikka diagnoosi olisikin</li> </ul>	6 / 22
Kelan roolia on vahvistettava sosiaalisessa kuntoutuksessa ja nuorten kuntoutuksessa	<ul style="list-style-type: none"> <li>Kela voisi ottaa kokonaisvastuuta nuorten kuntoutuksesta</li> <li>Yksi malli voisi olla sellainen, että maakunnat rahoittaisivat, mutta Kela olisi järjestäjä ja myös kehittäisi palveluita</li> </ul>	5 / 22
Kela on epätarkoituksenmukainen toimija sosiaalisessa kuntoutuksessa	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sosiaalinen kuntoutus on erilaista kuin lääkinnällinen kuntoutus</li> </ul>	1 / 22

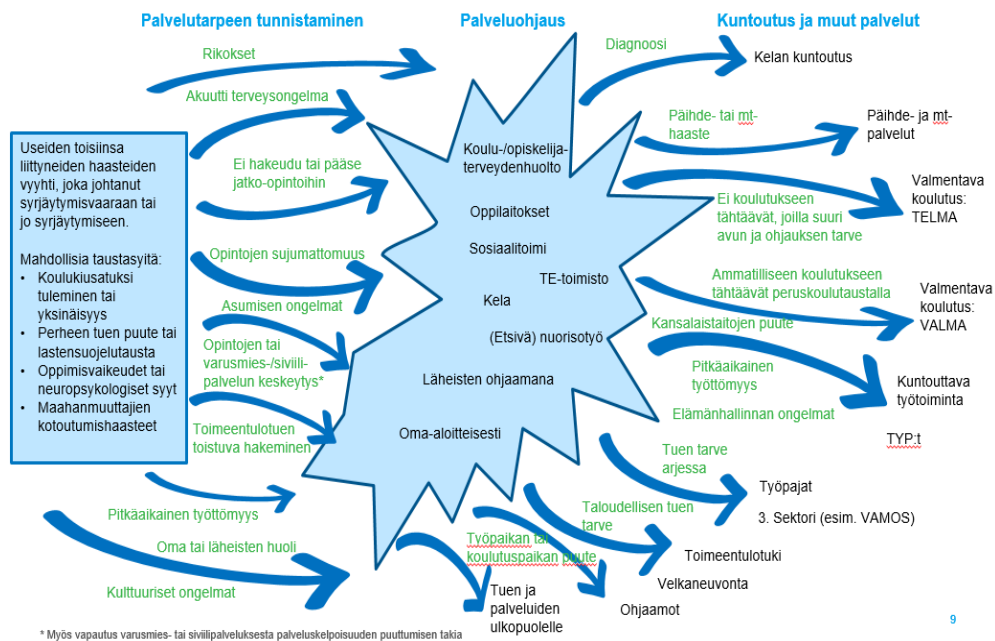
Peruskoulun olisi mahdollista ennaltaehkäistä syrjäytymistä

- Peruskouluissa olisi tuettava ryhmäytymistä nykyistä enemmän
- Peruskouluissa olisi tarjottava työelämään tutustumista nykyistä enemmän
- Haasteellisia oppilaita on tuettava
- Peruskouluun on integroitava kuntoutusta
- Etsivään nuorisotyöhön voitaisiin olla yhteydessä ennakkoivasti
- Opettajien olisi tartuttava rohkeammin haasteisiin

6 / 22

Järjestelmän hajanaisuus ja useat eri järjestäjätahot ovat johtaneet siihen, että nuori voi ohjautua monen eri tahon toimesta palveluiden piiriin, ja riippuen ohjaavasta tahosta, palvelu voi olla erilainen. Haastatteluiden ja kirjallisuuden perusteella hahmoteltiin kuva (kuva 6) nykyjärjestelmän ohjautumiskanavista.

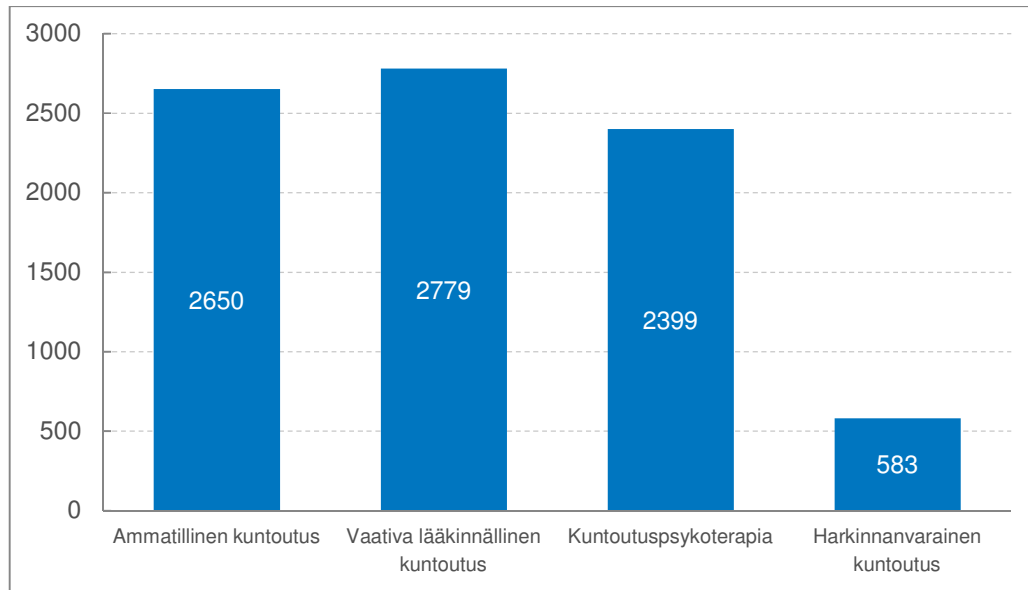
**Kuva 6. Toimintakyvyn vajeesta kärsivä nuori voi ohjautua monen eri tahon toimesta palveluiden piiriin, ja palveluvalikoima on kirjava**



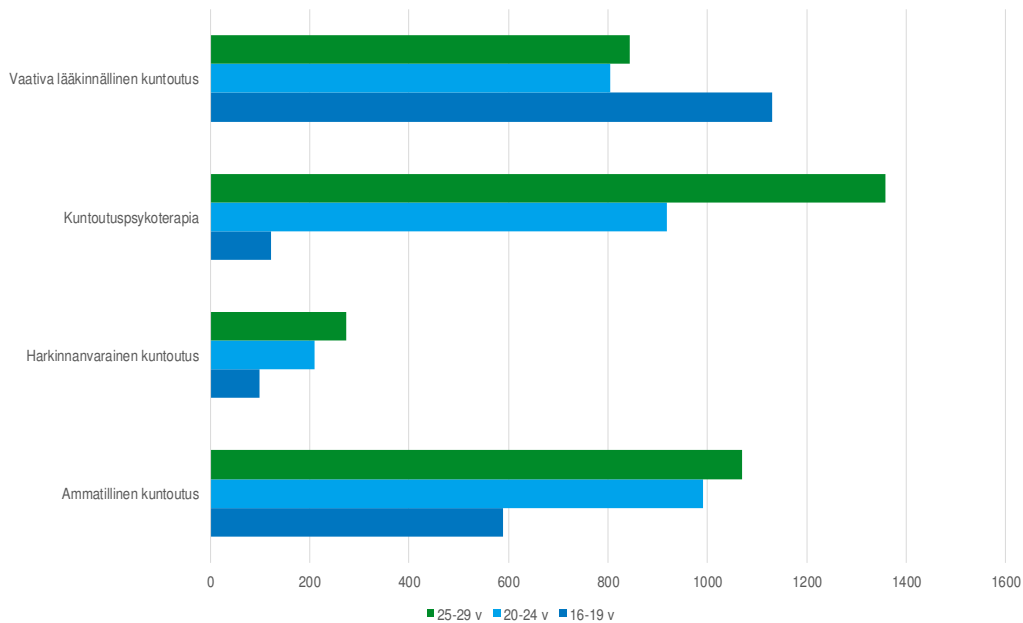
#### 4.2.1 Kelan palvelut

Kela tarjoaa kuntoutuspalveluina työelämän ja opiskelujen ulkopuolelle pudonneille nuorille työkyvyn ylläpitoon tähtäävää ammatillista ja lääkinällistä kuntoutusta sekä kuntoutuspsykoterapiaa. Vuonna 2016 näitä palveluita myönnettiin näille nuorille (16 - 29 -vuotiaille) noin 8400 kertaa (kuva 7). Kuvassa 8 on esitetty palvelujen jakaumaa ikäryhmittäin, suurimmat ikäryhmittäiset erot ovat kuntoutuspsykoterapiassa, jossa ne painottuvat etenkin vanhempaan ikäryhmään (25 - 29 -vuotiaisiin).

**Kuva 7. Kelan kuntoutuksen 16 - 29 –vuotiaat asiakkaat, jotka eivät olleet työssä tai opiskelleet ennen kuntoutusta, vuonna 2016**



**Kuva 8. Kelan kuntoutuksen 16 - 29 –vuotiaat asiakkaat ikäryhmittäin, jotka eivät olleet työssä tai opiskelleet ennen kuntoutusta, vuonna 2016**

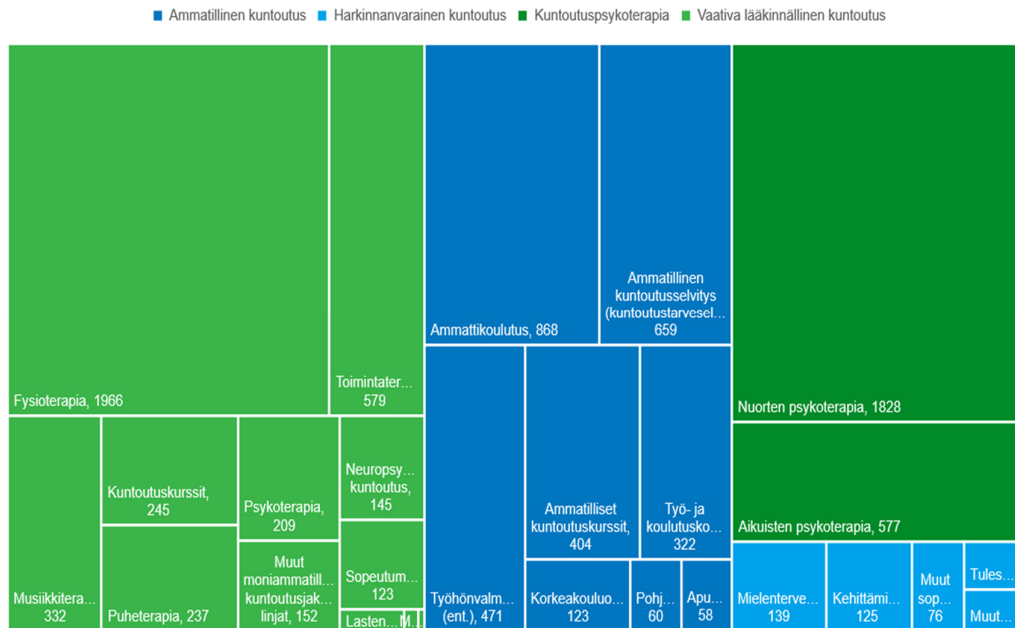


Kohderyhmää palvelevia toimintamutuja ovat mm. OPI-kurssit<sup>20</sup>, ammatillinen kuntoutus-selvitys, ammatillinen kuntoutuskurssi, koulutuskokeilu, koulutuksen tukeminen, työllisty-mistä edistävä ammatillinen kuntoutus, kuntoutuspsykoterapia ja kuntoutuskurssit

<sup>20</sup> Kelan järjestämät OPI-kurssit on tarkoitettu ammatillista perustutkintoa opiskeleville 16-25 –vuotiaalle nuorille, joilla on masennus- tai ahdistushäiriöitä ja opinnot ovat sen takia pitkittymässä ja uhkaavat keskeytyä.

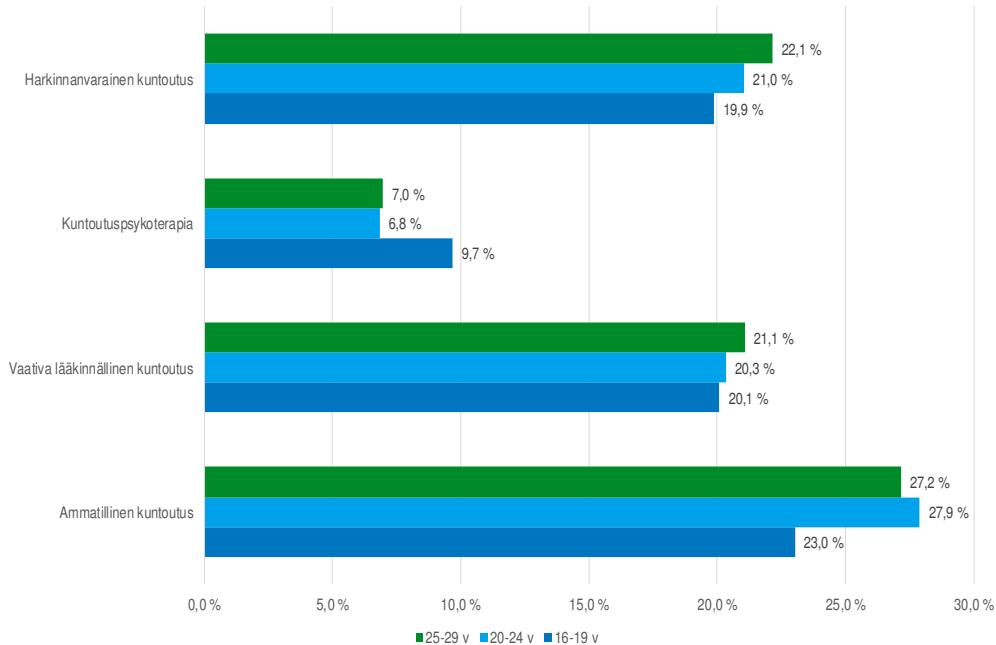
mielenterveysnuorille (kuva 9). Lisäksi Kelan palveluneuvojia on mukana Ohjaamoissa ja TYP-toiminnassa.

### Kuva 9. Kelan kuntoutuksen 16-29 -vuotiaat asiakkaat, jotka eivät olleet työssä tai opiskelleet ennen kuntoutusta toimenpideryhmittäin, vuonna 2016



Kelan kuntoutuksen kriteereinä ovat työ-, ansio- tai opiskelukykyä uhkaava sairaus tai vamma sekä kuntoutuksen tarkoituksenmukaisuus. Tarkoituksenmukaisuutta arvioidessa otetaan huomioon se johtaako kuntoutus henkilön terveydentilaan sopivaan työhön, henkilön sitoutuminen kuntoutuksen tavoitteisiin, kuntoutuksen oikea-aikaisuus, sairauden hoito ja lääkinällisen kuntoutuksen tavoitteet sekä henkilön ikä, aikaisempi koulutus ja työ (Kela 2018). Kuntoutuksen myöntäminen edellyttää edelleen diagnoosia, mutta nykyään painotetaan enenevässä määrin kokonaistilannetta. Haastattelussa tuli esille, että Kelan palveluiden piiriin pääseminen koettiin haasteelliseksi. Kuvassa 10 on esitetty hylkäämisosuudet eri kuntoutusratkaisuissa. Hylkäämisprosentteissa ei ole ikäryhmien välillä merkittäviä eroja.

**Kuva 10. Kelan kuntoutuksen 16 - 29 -vuotiaat asiakkaiden ratkaisulajien hylkäysprosentit ikäryhmittäin, vuonna 2016**



Diagnoosin edellyttäminen hankaloittaa syrjäytyneiden tai syrjäytymisvaarassa olevien nuorten pääsemistä palveluihin, koska heidän toimintakykyhaasteidensa taustalla ei välttämättä ole diagnosoitavissa olevaa vammaa tai sairautta tai sitä ei ole löydetty. Lisäksi diagnoosin toteaminen edellyttää hoitosuhdetta terveydenhuoltoon eli mahdollisesti uutta toimijaa, jonka asiakkaaksi nuori on ohjattava. Diagnoosin puuttumisen tai sen epävarmuuden lisäksi perinteisesti päihdeongelmat ovat olleet myös este Kelan myöntämälle kuntoutukselle. Kuitenkin Kelan PURA<sup>21</sup>-hankkeessa kokeillaan ammatillisen ja päihdekuntoutuksen yhdistämistä.

Kelan palveluvalikoimaa on kehitetty ja kehitetään esiin tulleisiin tarpeisiin. Mielenterveysoireista kärsivien opintojen etenemistä tukevat OPI-kurssit ovat muuttuneet hankkeesta vaikiintuneeksi toiminnaksi. Erilaisia uusien palveluiden kokeiluja ovat PURA-hankkeen lisäksi opiskelualmennus, matalan kynnyksen ammatillinen kuntoutus selvitys, maahanmuuttajille suunnattu ammatillisen kuntoutuksen ja kielikoulutuksen yhdistelmä sekä neuropsykiatrisen kuntoutus.

Kelan roolista syrjäytyneiden nuorten kuntoutuksessa tulevaisuudessa tuotiin haastattelussa hyvinkin erilaisia näkemyksiä. Toisaalta tuotiin esiin Kelan roolin vahvistaminen sosiaalisessa kuntoutuksessa, oppilaitosten tukena ja tuetussa työllistymisessä. Kelan olisi mahdollista hyödyntää palveluiden kehittämisessä ja niihin ohjaamisessa tietoa opintotukija toimeentulotukihakemuksista ja -päätöksistä. Toisaalta Kela nähtiin epätarkoituksenmukaisena toimijana lääkinällisestä kuntouksesta oleellisesta poikkeavassa sosiaalisessa kuntoutuksessa, jota on tarjottava monialaisen matalan kynnyksen toiminnan yhteydessä ja ilman stigmaa. Haastateltujen Kelan edustajien mukaan Kelan roolia voitaisiin laajentaa

<sup>21</sup> PURA-hankkeessa etsittiin vuosina 2014 - 2017 ammatillisen ja päihdekuntoutuksen keinoilla ratkaisuja edistämään syrjäytymisvaarassa olevien nuorten kuntoutumista, työelämävalmiuksien parantamista ja työelämään sijoittumista.



sosiaalisen kuntoutuksen suuntaan ja kokonaisvastuuseen nuorten kuntoutuksesta (esim. palvelupäätökset ja rahoitus maakunnista ja Kela järjestää).

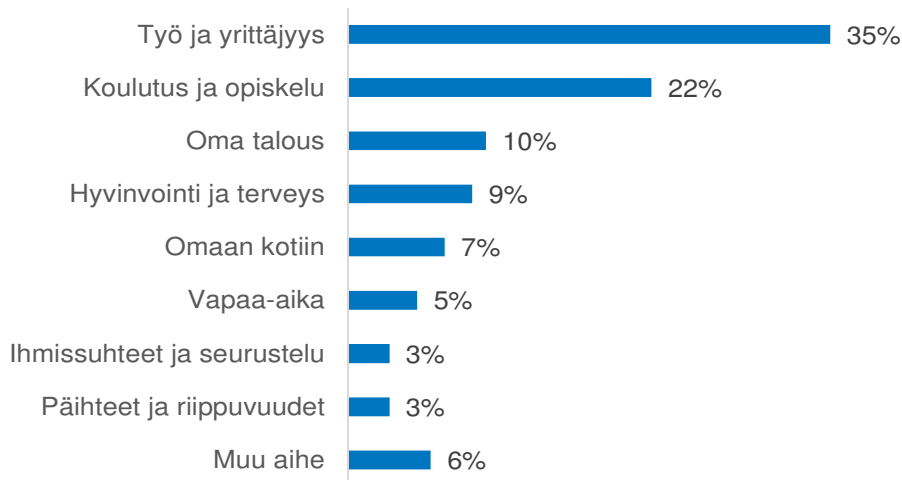
Mikäli Kelan roolia laajennettaisiin, palveluiden piiriin pääseminen olisi tehtävä nykyistä helpommaksi. Haastatteluissa tuotiin esiin ratkaisuksi esimerkiksi diagnoosikriteerin korvaaminen toimintakykymittaukseen perustuvalla kriteerillä ja Kelan tarjoamat terveystarkastukset kuntoutustarpeen selvittämiseksi.

#### 4.2.2 Ohjaamoiden palvelut

Ohjaamot ovat alle 30-vuotiaille tarkoitettuja palvelupisteitä, jotka tarjoavat tietoa ja neuvontaa työllistymiseen, opiskeluun, asumiseen ja arjen asioihin liittyen. Ohjaamo kokoaa eri hallinnonalojen palveluita samaan palvelupisteeseen. Ohjaamon yhteistyöverkostoon kuuluu laajasti erilaisia sosiaali- ja terveydenhuollon ja kouluttautumisen ja työllistymisen tukeen liittyviä palveluita, joiden piiriin nuori voidaan ohjata, jos Ohjaamossa edustettuina olevat palvelut eivät riitä. Ohjaamoita on n. 40, joista osa palvelee yksittäistä kuntaa tai kaupunkia ja toiset kokonaista maakuntaa tai sen osaa. Kunta tai kuntayhtymä päättää, mitkä tahot ovat Ohjaamossa edustettuina ja siten Ohjaamon palvelut ja sen roolin. Kunnan muu palveluverkko vaikuttaa Ohjaamon sisältöön ja rooliin, samoin toiminnan vetäjien näkemykset sekä olemassa olevat yhteistyömallit ja mahdolliset ristiriidat. Joissakin kunnissa Ohjaamo on profiloitunut vahvasti työ- ja koulutusneuvontaan, kun toisissa Ohjaamo toimii laaja-alaisemmin kattaen myös esimerkiksi psykiatrisia palveluita.

Ohjaamoissa asioivilla nuorilla on tyypillisesti koulutukseen tai työllistymiseen liittyviä kysymyksiä (kuva 11)

**Kuva 11. Ohjaamossa asioineiden kysymykset aihealueittain (Lähde: Kohtaamo – Ohjaamojen tilastot 1-3/2017)**



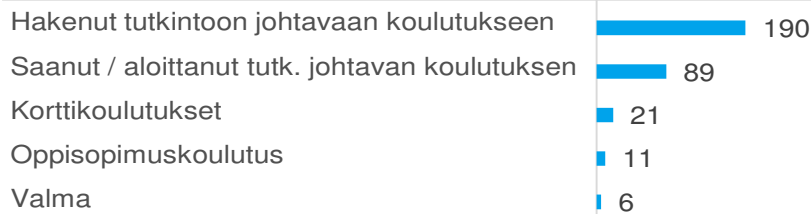
Ohjaamossa asioivista nuorista valtaosalla palvelutarve on kevyt, sillä Ohjaamoista ohjatuista nuorista n. 70 % oli hakeutunut työhön tai opiskelemaan (Kuva 12). Vain 25 % nuorista oli ohjattu työpajaan, kuntouttavaan työtoimintaan, kuntoutukseen tai sairauslomalle, mikä saattaa viitata heikentyneeseen toimintakykyyn.

**Kuva 12. Asiakkaiden siirtymät Ohjaamosta (Kohtaamo – Ohjaamojen tilastot 1-3/2017)**

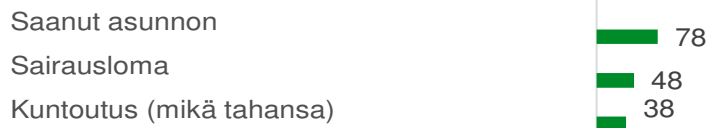
**Työllistymiseen liittyvä**



**Opiskeluun liittyvä**



**Muu**



Ohjaamoiden työntekijät kokevat, että kykenevät auttamaan lähes kaikkia asiakkaita: joko heille löytyy apu Ohjaamon omista palveluista tai heidät ohjataan verkostosta löytyvän palvelun piiriin. Tästä poikkeuksena ovat nuoret, joilla ei ole omaa motivaatiota.

## 5 Yhteenveto tuloksista

### 5.1 Osaselvityksessä tunnistettuja kehittämiskohteita

Nuorena syrjäytymisen riski on usein havaittavissa erittäin aikaisessa vaiheessa peruskoulussa tai jo ennen sitä. Palvelujärjestelmää on kehitettävä siten, että se havaitsee haasteet aikaisemmassa vaiheessa ja etenkin reagoi niihin riittävästi ja nopeasti. Mahdollinen keino tähän on oppilas- ja opiskelijahuollon vahvistaminen etenkin peruskoulussa siten, että haasteet havaitaan ja niihin reagoidaan joko koulun omin toimin tai ohjaamalla palveluihin. Lisäksi peruskouluissa voitaisiin tukea ryhmäytymistä ja tarjota työelämään tutustumista nykyistä enemmän. Matalan kynnyksen mielenterveys- ja päihdepalvelut ovat toinen keino syrjäytymisen ennaltaehkäisyyn.

Keskeistä on tarjota syrjäytyneille ja syrjäytymisvaarassa oleville nuorille palveluita ”yhdeältä luukulta”. Nykyisin Ohjaamot ja TYPit tarjoavat osittain päällekkäistä toimintaa. Tarkasteltaessa nuorten työllistymistä kumpikin pyrkivät edistämään sitä tarjoamalla useamman viranomaisen palveluita yhdeltä luukulta. Ohjaamot ja TYP:ien nuorille suunnattu toiminta olisi tarkoituksenmukaista yhdistää yhdeksi nuorten työllistymistä edistäväksi ja syrjäytymistä torjuvaksi toimijaksi, jolloin etenkin selkeytetään palvelujärjestelmää ja mahdollisesti samalla tehostetaan resurssien käyttöä. SOTE- ja maakuntauudistuksen myötä maakunnissa ei ole tarpeen olla kahta erilaista monialaisesti nuorten työllistymistä edistävää toimijaa. TYP:ien aikuisille asiakkaille tarjottavat palvelut ovat jatkossa luonteva osa maakuntien yleisiä, aikuisten, työllistymistä edistäviä palveluita.

Syrjäytyneille ja syrjäytymisvaarassa oleville nuorille on tarjottava matalan kynnyksen palvelua, palveluohjausta, ”erityistyöllistämispalveluita” ja kontakti terveydenhuoltoon. Oleellista on tarjota pysyvä ja turvallinen aikuiskontakti, riittävästi aikaa ja mielekästä tekemistä. Tarvitaan rinnalla kulkemista ja toiminnallista ryhmätoimintaa. Oleellista on se, että nuorella on vastuuhenkilö, jolla on vahva mandaatti palvelujärjestelmässä. Tarvittaessa palvelu on vietävä asiakkaan kotiin. Sama palvelukonsepti soveltuu kaikille asiakkaille, mutta tukea ja aikaa on tarjottava asiakastarpeen mukaisesti.

Kuntoutuksen ja koulutuksen yhteensovittamista on kehitettävä ja joustavoitettava. Kuntoutusta tarvitaan siihen, että nuori saadaan opiskelukuntoon, mutta kuntoutusta olisi oltava mahdollista integroida samaan pakettiin opiskelujen kanssa. Etenkin räätälöityä käytännössä tapahtuvaa koulutusta tarvittaisiin enemmän.

Haastatteluissa nuorten sosiaalisen kuntoutuksen järjestämiseen tulevaisuudessa esitettiin kaksi vaihtoehtoa. Yhtenä vaihtoehtona nähtiin, että maakunnat järjestäisivät Ohjaamo-tyyppisen palvelun, joka sisältäisi nykyisen Ohjaamo-toiminnan lisäksi sosiaalisen kuntoutuksen myös eniten tukea tarvitseville nuorille. Toisena vaihtoehtona nähtiin, että Kelan toimintaa laajennettaisiin myös nuorten sosiaaliseen kuntoutukseen. Kela voisi esimerkiksi järjestää kuntoutuksen maakunnan viranhaltijan päätöksellä ja maakunnan rahoituksella.

Ohjaamo-mallin kannattajat korostavat sosiaalisen kuntoutuksen erilaisuutta suhteessa lääkinnälliseen kuntoutukseen sekä sitä, että sosiaalista kuntoutusta on tarjottava monialaisen matalan kynnyksen toiminnan yhteydessä ja ilman stigmaa. Kela-mallin kannattajat näkevät Kelan etuna sen, että Kelalla on tietoa opintotuki- ja toimeentulotukipäätöksistä, ja pelkäävät, että maakuntien järjestämä kuntoutus on yhtä sattumanvaraista kuin kuntien toiminta on ollut.

## 5.2 Ehdotetut järjestelmäinterventiot

Perustuen kirjallisuuteen ja selvityksessä löydettyihin kehittämiskohteisiin on tunnistettu keskeisiä järjestelmätason muutostarpeita nuorten kuntoutusjärjestelmään. Muutokset on esitetty CIMO-mallin mukaisesti taulukossa 2.

### Taulukko 2. Ehdotetut järjestelmäinterventiot syrjäytymisvaarassa olevien nuorten palveluiden kehittämiseksi sekä interventioiden laukaisemat mekanismit ja näiden lopputulokset

Intervention	Mechanism	Outcomes
--------------	-----------	----------

Hyvä saatavuus / matalan kynnyksen palvelut	Nuorille tarvitaan palvelupisteitä, jonne on helppo hakeutua. Palvelupisteitä on hyvä olla siellä, missä nuoretkin ovat - myös internetissä. Hyvä saatavuus ja matala kynnyks mahdollistavat sen, että nuori hakee apua ennen kuin ongelmat ovat kärjistyneet.	Oikea-aikaisempi palveluiden saaminen, kustannusvaikuttavammat palvelut.
Segmentointi: erilaisia palveluita tarpeen mukaan	Palvelujärjestelmässä pitää olla kevyitä palveluita (esim. sähköisiä palveluita, neuvontapalveluita ja lyhytterapioita) nuorille, joiden ongelmat ovat yksinkertaisia, sekä raskaita palveluita niille, joiden ongelmat ovat moninaisia ja haastavia. Tällöin palvelut kohtaavat tarpeet nykyistä paremmin.	Kustannusvaikuttavammat palvelut.
Kuntoutustarpeen arvioinnin ja suunnitelman integrointi	Asiakkaan koko kuntoutuskokonaisuus suunnitellaan yhdellä kertaa - tarvittaessa moniammatillisesti ja monialaisesti - jolloin kokonaisuus on harkittu, vastaa asiakkaan tarpeita ja eri toimenpiteet voidaan ajoittaa oikea-aikaisesti. Myös toimeentulon turvaaminen suunnitellaan osana kuntoutussuunnitelmaa. Eri järjestäjätahot sitoutuvat yhteiseen suunnitelmaan.	Palvelukokonaisuus on nuorelle sujuva, palvelut ovat nykyistä oikea-aikaisempia ja muodostavat harkittuja kokonaisuuksia. Nuorten pallottelu luukulta toiselle vähenee, kun nuori saa palvelut "yhdeältä luukulta".
Palveluiden koordinaation keskittäminen	Niille, joilla on parempi toimintakyky ja motivaatiota riittää, että on asiakasohjaaja ("care manager"), joka ohjaa oikeisiin palveluihin samaan tyyliin kuin nykyisin Ohjaamoissa. Niille, joilla ei ole toimintakykyä, tarvitaan rinnalla kulkijaksi case manager, joka huolehtii kädestä pitäen, että nuori saa palvelut ja että palveluiden tuottajat toimivat integroidusti.	Nuorten pallottelu luukulta toiselle vähenee, kun nuori saa palvelut "yhdeältä luukulta". Mahdollistaa sujuvat hoito- ja palveluketjut ja edesauttaa tavoitteellisuuden toteutumista. Asiakkaan palvelukokonaisuus on sujuva. Palveluiden kustannusvaikuttavuus paranee.
Integroidut palvelut: monta osallisuuden teemaa	Jos nuorella on haasteita usean osallisuuden teeman kanssa, niiden ratkaisu tulisi tehdä tarvittaessa yhtäaikaaisesti, sillä haasteet voivat riippua toisistaan. Integroidut palvelut ovat tällöin vaikuttavampia kuin yksittäisiin osallisuuden teemoihin kohdistuvat toimenpiteet. Kuntoutuksen tulisi integroitua nykyistä paremmin koulutukseen.	Palvelut ovat nykyistä vaikuttavampia, kun kyseessä on haastava asiakas.
Vaikuttavuuteen perustuvien kannustimien käyttöönotto	Kannustimet tukevat tuottajien tavoitteellista toimintaa painottamalla palvelun tuloksia suoritteiden sijaan. Asiakkaan kannustimet ovat ensi sijassa sisäsyntyisiä. Vaikuttavuutta syntyy, kun palveluilla voidaan parantaa asiakkaan elämän tilannetta ja toimintakykyä. Samaan aikaan tulisi välttää negatiivisia taloudellisia kannustimia toimeentuloturassa. Järjestäjät tarvitsevat kannustimien investoimista kuntoutukseen: myös järjestäjien tulisi hyötyä hyvistä tuloksista (tai vähintään kärsiä syrjäytyneiden nuorten määrän kasvusta).	Kun järjestäjän, tuottajan ja kuntoutujan kannustimet ovat linjassa ja kannustavat kohti parempaa toimintakykyä, myös mahdollisuudet onnistua ovat suuremmat.
Tiedolla johtamisen parantaminen	Tarvitaan selkeät mittarit, jotta voidaan seurata 1) yksittäisen nuoren kuntoutumisen edistymistä, 2) palveluntuottajan toiminnan vaikuttavuutta ja 3) järjestelmätason muutoksia mm. kustannusvaikuttavuudessa. Ilman hyvää tietopohjaa ei myöskään voida laatia vaikuttavuuteen perustuvia kannustimia tuottajille.	Kuntoutuksessa siirrytään entistä tavoitteellisempaan toimintatapaan. Palveluiden kustannusvaikuttavuus paranee.
Ammatillisen kuntoutuksen kriteerien muuttaminen	Ammatillisen kuntoutuksen kriteerit pitäisi muuttaa siten, että kaikilla, joilla on alentunut toimintakyky ja moniammatillisen arvion mukaan hyötyisi ammatillisesta kuntouksesta, olisi oikeutettu sitä saamaan. Tämä mahdollistaisi kuntoutuksen tarjoamisen myös niille nuorille, jotka siitä voisivat hyötyä, vaikei heillä olisi lääkärin määräämää diagnoosia.	Välinputoajien määrä vähenisi, kun nuoret, joilla on haasteita elämänhallinnassa, muttei psykiatrista diagnoosia, voisivat saada ammatillista kuntoutusta.

## 6 Pohdinta

### 6.1 Kuntoutusjärjestelmän suunnittelun periaatteet

Kirjallisuuteen ja haastatteluihin perustuen kuntoutusjärjestelmän suunnittelussa on keskeistä tarpeen perusteella toteutettu palveluneuvonta ja ohjaus, kommunikaatio järjestäjän ja tuottajien välillä, selkeät prosessit ja mittarit sekä yhteiset kriteerit palveluille ja niiden tuottajille.

**Palveluneuvonta ja ohjaus on toteutettava tarpeen mukaisena.** Nuorille, joilla on parempi toimintakyky ja motivaatio, riittää asiakasohjaaja ("care manager"), joka ohjaa oikeisiin palveluihin. Nuorille, joiden toimintakyky on matala, tarvitaan case manager, joka huolehtii kädestä pitäen, että asiakas saa palvelut ja että palveluiden tuottajat toimivat integroidusti. Tarvitaan monialainen, kokeneita ja koulutettuja työntekijöitä sisältävä case management -yksikkö. Yksikölle pitää voida asettaa taloudellisia kannustimia. Palveluvalikoimaan tarvitaan **integroituja palveluita**, joissa samaan aikaan paneudutaan useaan eri haasteeseen ja kuntoutus nähdään kokonaisvaltaisena. Kokonaisvaltainen kuntoutus on erityisen kriittistä esimerkiksi samanaikaisen päihde- ja mielenterveysongelman tapauksessa: kuntoutuksen vaikuttavuus kärsii merkittävästi, jos kuntoutetaan vain yhdestä näkökulmasta.

**Järjestäjän ja tuottajien välillä tarvitaan kommunikaatiota.** Tuottaja saa järjestäjän laatiman kuntoutussuunnitelman ja etenee suunnitelman mukaisesti, mutta jos alkaa näyttää siltä, että asiakas tarvitsee muita palveluita kuin mitä suunnitelmassa on, tuottaja on yhteydessä järjestäjään. Järjestäjän ja tuottajien tulee käydä jatkuvaa vuoropuhelua, jotta 1) tuottajat tietävät, millaisia palveluita tai palvelukokonaisuuksia tarvitaan ja 2) järjestäjä tietää, mitä palveluita alueella on tarjolla.

Kuntoutusjärjestelmään **tarvitaan selkeät prosessit ja mittarit.** Kaikille toimijoille on oltava selvää, millä perusteella nuori ohjataan ja minne. Palvelutarpeenarvion ja palveluohjauksen prosessien on oltava selkeät. Sekä palveluohjausyksikön että palveluntuottajien toimintaa on seurattava määriteltyjen mittarien avulla. Asiakkaiden kuntoutussuunnitelmien toteutusta ja tavoitteiden saavuttamista on seurattava systemaattisesti.

**Palveluiden ja tuottajien kriteerien on oltava yhteiset.** Esimerkiksi maakuntien ja Kelan ostamille palveluille ja niiden tuottajille on sovittava yhteiset kriteerit. Ilman yhteisiä kriteereitä riskinä ovat useat markkinat.

## 6.2 Ehdotus nuorten kuntoutuksen integroiduksi palvelukokonaisuudeksi

Nykyisessä palvelujärjestelmässä on runsaasti erilaisia palveluita, mutta ne ovat pirstaleisia ja järjestelmä on sekava. Erilaisista yrityksistä huolimatta palveluista ei ole onnistuttu luomaan integroitua palvelukokonaisuutta.

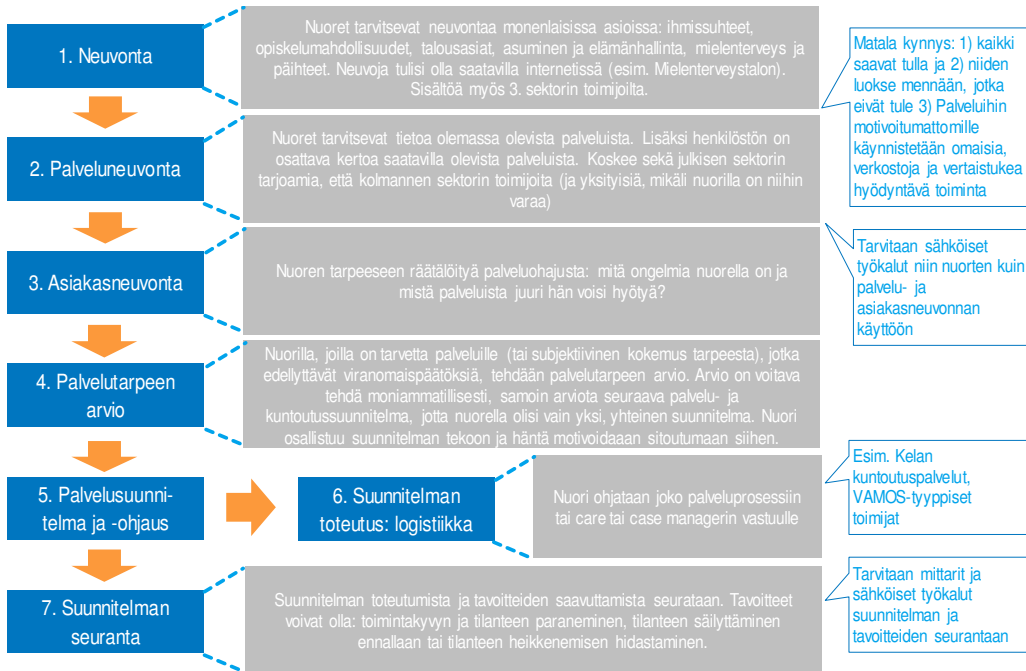
Järjestelmään tarvitaan nuorille suunnattu palveluyksikkö, jossa on matala kynnyksen mutta myös mahdollisuus toteuttaa integroitua palveluohjausta (kuva 13). Matalan kynnyksen palveluita ovat neuvonta ja palveluneuvonta, joiden kautta tietoa etsivä nuori saa vastauksia. Osa neuvonnasta voidaan toteuttaa esimerkiksi internetin kautta. Asiakasneuvonnassa ohjeita ja neuvoja räätälöidään nuoren tarpeisiin sopivaksi. Mikäli havaitaan, että nuori tarvitsee enemmän tukea ja on todennäköisesti useamman palvelun tarpeessa, toteutetaan palvelutarpeen arvio. Integroidussa palveluohjausyksikössä kunnat, maakunta ja Kela toimivat moniammatillisesti sekä aidosti yhdessä (ei ainoastaan samassa tilassa) riittävän mandaattein yhteisen sitovan hoito- ja palvelusuunnitelman laatimiseksi ja sen toteutumisen seuraukseksi niiden nuorten osalta, joiden palvelutarve on kattava ja monialainen. Hoito- ja palvelusuunnitelman lähtökohdaksi on oltava subjektiivisiin tarpeisiin perustuva palvelutarpeen arvio. Jotta palvelutarpeet eivät perustuisi palvelutarjontaan, palveluohjausyksiköllä on laaja-alainen palveluntuottajaverkosto, jota kannustetaan kehittämään palvelutarjontaansa tarpeiden mukaisesti. Lisäksi palveluohjausyksikkö nimeää nuorille vastuuhenkilön, joka tukee nuorta ja ohjaa palveluntuottajia hoito- ja palvelusuunnitelman toteutumisessa.

Vastuuhenkilö myös seuraa nuoren tilanteen kehittymistä ja näin varmistaa, että palvelusuunnitelma vastaa nuoren tarpeisiin ja reagoi nopeasti, jos havaitaan tarve suunnitelman muutokselle.

Jotta ratkaisu toteutuu onnistuneesti, tarvitaan:

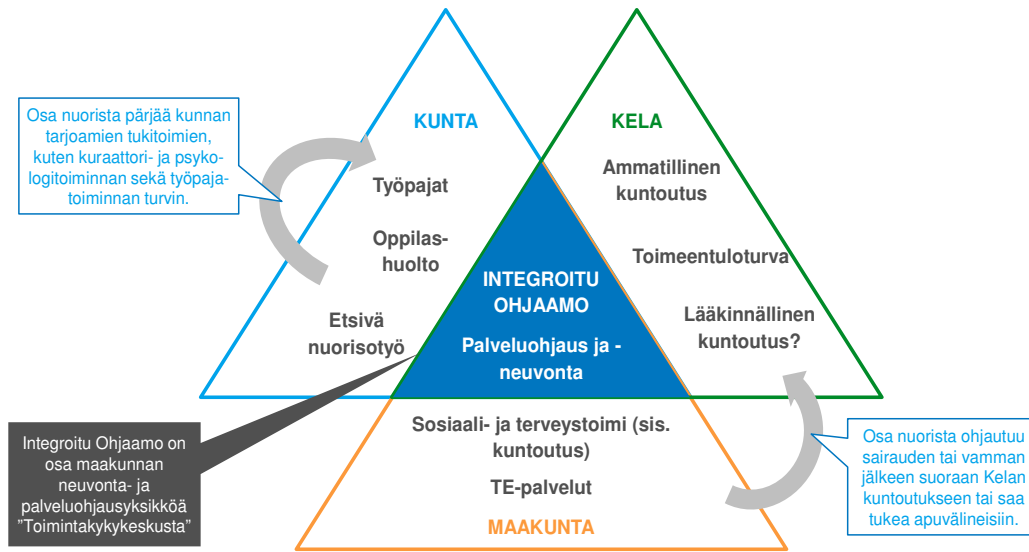
- Yhden nuoren palvelutarpeisiin kerrallaan vastaava ketterä palvelujärjestelmä, jolla on prosessivalmius vastata niihinkin palveluihin, joita ei vielä ole olemassa.
- Ammattitaitoinen ja motivoituneista henkilöistä koostunut asiantuntijaverkosto, joka saa riittävät valmiudet ja tavoitteet toiminnalleen. Onnistumiseen vaaditaan myös uusia ja ennakkoluulottomia sekä tämän päivän että tulevaisuuden suuntautuvia työtapoja. Nuoret tulee kohdata heidän maailmassaan.
- Maakuntatason toimintaa ohjaava järjestelmä, joka kantaa vastuun ja pitää huolen palveluprosessien olemassa olost ja toteutumisesta, vastuutahojen nimeämisistä, järjestelmän toimivuudesta sekä jokaisen palvelutarpeisiin vastaamisesta.
- Uudenlainen johtajuus, joka noudattaa asiantuntijaorganisaation johtamisen periaatteita. Jokainen asiakas on oman hyvinvointinsa ja työntekijä palvelutarjonnan asiantuntija. Johtamisen keskeinen tehtävä on optimoida tämä kahden asiantuntijan kohtaaminen ja luoda sille puitteet.

### Kuva 13. Palveluohjauksen toteutus nuorille



Ratkaisuksi pirstaleiseen palvelujärjestelmään ehdotetaan Integroitua Ohjaamo (Kuva 14), jossa olisivat edustettuna kaikki nuorten kannalta keskeiset palveluiden järjestämisvas-  
tuussa olevat tahot. Integroidussa Ohjaamossa tehdään matalan kynnyksen palveluneuvon-  
taa sekä vaativampien asiakkaiden palveluohjausta.

**Kuva 14. Integroidussa ohjauksessa ovat edustettuina kaikki keskeiset järjestäjätahot**



Integroidun Ohjaamon toiminnassa korostuu monialaisuus sekä mandaatti tehdä palveluun oikeuttavia päätöksiä vaikeimmassa asemassa oleville. Kaikille Integroituun Ohjaamoon saapuville nuorille tehdään alkukartoitus, jolla pyritään selvittämään henkilön palvelutarve. Mikäli henkilö tarvitsee kevyempää opastusta ja ohjausta hänet ohjataan asiantuntijoille, jotka paikan päällä auttavat ja neuvovat nuorta Ohjaamon nykyisten kaltaisten palvelujen mukaisesti. Tarvittaessa nuori voidaan ohjata kunnan (nuorisotoimi, oppilaitokset), maakunnan tai Kelan asianmukaisten palveluiden piiriin. Mikäli sopivaa tahoa ei löydy, nuori voi jatkaa tarvittaessa yhteistyötä integroidun Ohjaamon yksittäisen asiantuntijan kanssa.

Mikäli asiakkaan palvelutarve on laaja ja monialainen, kerätään Integroituun Ohjaamoon tiimi tekemään arvio asiakkaan palvelutarpeesta. Tiimin asiantuntijat voidaan tarpeen mukaan kerätä yhteen myös digitaalisen kanavan kautta. Monialaisen tiimin tavoitteena on tehdä yksi yhteinen kuntoutussuunnitelma. Tiimillä on myös mandaatti tämän suunnitelman toimeenpanoa varten, jotta nuoren ei tarvitse erikseen hakea palveluita muualta. Kuntoutussuunnitelman toteutumista seuraa asiakkaalle nimettävä vastuhenkilö, joka myös tukee ja ohjaa nuorta.

Kuntoutussuunnitelman mukaisten palveluiden tuottajia voivat olla Kelan palveluntuottajat, kuntien nuorisotoimet, oppilaitokset, maakunnan liikelaitos, maakunnan yksityiset ja kolmannen sektorin palveluntuottajat. Palveluntuottajiin tarvitaan sekä monialaisia integroituja palveluratkaisuja tarjoavia että yksittäisiin palveluihin keskittyneitä. Integroitu Ohjaamo on vuoropuhelussa palveluntuottajien kanssa esimerkiksi tiedottaen palvelutarpeista. Integroidussa Ohjaamosta seurataan kuntoutussuunnitelman toteutumista ja päivitetään sitä tarvittaessa. Palveluntuottajia palkitaan tulosten perusteella.

### 6.2.1 Kannustimet

Palveluohjaukseen ja tuottajille tarvitaan selkeät mittarit. Kuntouttavassa toiminnassa tavoitteellisuus on keskeisessä roolissa ja mittarit tulee asettaa tukemaan kuntoutumisprosessille asetettuja tavoitteita. Mittareiden ohjausvaikutuksen toteutumiseksi täytyy näiden

tavoitteiden toteutumisen olla tuottajien kannustimissa merkittävässä osassa. Kannustimia voidaan luoda ohjaamaan eri sidosryhmiä; järjestäjää, tuottajaa ja myös asiakasta.

Järjestäjän näkökulmasta insentivien luomisen tarve riippuu kuntoutuksen hyötyjen ja kuntouttamatta jättämisen haittojen kohdentumisesta. Jos yksi taho vastaa kuntoutuksesta sekä sen seurauksista, ovat insentivit sisäänrakennettuja. Maakunnalla on tulevaisuudessa keskeinen rooli erityisesti työttömien työikäisten kuntoutustarpeen havaitsemisessa ja kuntoutuksessa: TE-palvelut, päihde- ja mielenterveyspalvelut ja -kuntoutus, lääkinnällinen kuntoutus, ammatillisen kuntoutuksen tarpeen havaitseminen. Mikäli maakunnalla ei ole rahoitusvastuuta työttömyydestä tai työkyvyttömyydestä, sisäänrakennettua taloudellista kannustinta työttömien kuntoutukseen ei ole.

Tuottajan kannustimien näkökulmasta vaikuttava kuntoutus edellyttää, että 1) asiakkaat on segmentoitu palvelutarpeen perusteella, 2) asiakkaille on määritelty tavoitteet ja 3) kuntoutuksen lopputulosta seurataan ja 4) palveluntuottajalle maksetaan palkkio tuloksen perusteella. Erityyppisille asiakastarpeille pitää olla omat tavoitteet ja kannustimet. Kuvassa 15 on esitetty esimerkki kuntoutustoiminnan kannustinmallista palveluntuottajalle.

### Kuva 15. Esimerkki kuntoutustoiminnan kannustusmallista palveluntuottajalle

Työhön ja koulutukseen suuntaava KTT	Osallisuutta vahvistava KTT	Sosiaalinen kuntoutus
<p><b>Suoriteperusteinen hinnoittelu</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Päivähinta, josta palveluntuottajalle maksetaan suoriteperusteisesti 85 %</li> </ul> <p><b>Kannustinmallin painotukset, päivähintaa</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Työ avoimilla työmarkkinoilla: x 80</li> <li>Tutkintoon johtava koulutus: x 60</li> <li>Palkkatuettu työ yrityksessä: x 40</li> <li>Palkkatuettu työ kaupungilla tai 3. sektorilla: x 20</li> <li>Työkokeilu / valmentavat koulutukset ja osatutkinnot: x 20</li> </ul>	<p><b>Suoriteperusteinen hinnoittelu</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Päivähinta, josta palveluntuottajalle maksetaan suoriteperusteisesti 85 %</li> </ul> <p><b>Kannustinmallin painotukset, päivähintaa</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Työ avoimilla työmarkkinoilla: x 60</li> <li>Tutkintoon johtava koulutus: x 40</li> <li>Palkkatuettu työ: x 20</li> <li>Työkokeilu: x 20</li> <li>Siirtyä työhön ja koulutukseen suuntaavaan KTT:aan: x 20</li> </ul>	<p><b>Suoriteperusteinen hinnoittelu</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Päivähinta, josta palveluntuottajalle maksetaan suoriteperusteisesti 85 %</li> </ul> <p><b>Kannustinmallin painotukset, päivähintaa</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Työ avoimilla työmarkkinoilla: x 100</li> <li>Tutkintoon johtava koulutus: x 80</li> <li>Palkkatuettu työ yksityisellä sektorilla: x 60</li> <li>Palkkatuettu työ julkisella sektorilla: x 50</li> <li>Työkokeilu tai osatutkinto: x 40</li> <li>Siirtyä työhön ja koulutukseen suuntaavaan KTT:aan: x 35</li> <li>Siirtyä osallisuutta vahvistavaan KTT:aan: x 25</li> </ul>

Asiakkaan näkökulmasta kannustimien tulisi ohjata arjen sujuvuuteen ja takaisin kouluun tai töihin. Tilanne on nyt kuitenkin usein päinvastainen. Sosiaalityön turvaan voi helposti jäädä kiinni etuus- ja palvelujärjestelmässä, joka tukee pysyvyyttä eikä muutosta. (Palola ym., 2012.)

### 6.2.2 Nuorten kuntouttava valmennus osana integroitua ratkaisua

Kuntouttavan valmennuksen tulisi olla osa nuoren kuntoutuksen jatkumoa (ja sen osien tulisi rakentua hierarkkisesti yksilön tarpeisiin perustuen. Kuntoutuspolun toteutusta rikkovaa kiirehtimistä ja toisaalta turhautumista aiheuttavaa hidastelua tulisi välttää. Nuoren lähestyessä riittävää valmiustasoa työelämää varten syntyy osalle nuorista tarve henkilökohtaiselle työvalmentajalle. Palveluntuottajien joukossa on tarpeen olla työllistymisen tukemiseen ja



työn saantiin keskittyneitä työvalmentajia, joiden toiminnan tavoitteeksi on yksiselitteisesti asetettu kestävien työsuhteiden syntyminen. Työvalmentajia tulisi palkita syntyneistä kestävästä työsuhteista asiakasrakenteen huomioiden.

**Kuva 16. Nuoren kuntoutus on jatkumo, jossa työelämävalmiuksia kerätään askel kerrallaan (Ks. Salmisaari tässä raportissa)**



Työpajatoimintaa voidaan hyödyntää kahdella tapaa:

1. Kuntoutuksen tarve on vähäinen: kevyenä yksittäisenä nuoren opiskelu- ja työelämävalmiuksia kehittävässä interventiossa
2. Kuntoutuksen tarve on kattava ja monialainen: osana kuntouttavan valmennuksen jatkumoa muiden toimien rinnalla nuoren subjektiivisen tarpeen mukaisesti
- 3.

Kummassakin tapauksessa työpajatoiminnan on tarpeen olla suunnitelmallista. Sen etene- mistä ja tarvetta on seurattava yksilöllisen suunnitelman mukaisesti.

**6.2.3 Ammatillisen kuntoutuksen kriteerit**

Nykyiset kriteerit Kelan ammatilliselle kuntoutukselle:

1. *asianmukaisesti todettu sairaus, vika tai vamma*
2. *arvioitu työ- tai opiskelukyvyyn ja ansiomahdollisuuksien olennainen heikentyminen lähivuosina*
3. *ammattillista kuntoutusta ei ole järjestetty työeläkelakien tai erityisopetusta koskevien säännösten perusteella*
4. *kuntoutus on tarkoituksenmukaista*

Esitämme ensimmäisen kriteerin muuttamista muotoon *”asianmukaisesti todettu sairaus, vika tai vamma tai maakunnassa tai Ohjaamossa tehty moniammatilliseen yhteistyöhön perustuva arvio alentuneesta toimintakyvystä”*. Tämä mahdollistaisi kuntoutuksen tarjoamisen

myös niille nuorille, jotka siitä voisivat hyötyä, vaikkei heillä olisi lääkärin määrittämää diagnoosia. Erityisesti tämä koskee nuoria, jotka oirehtivat ja joilla on vaikeuksia elämännhallinnassa, mutta joilla ei ole psykiatrista sairautta. Kela voi etuusohjeissaan asettaa vaatimukset laadukkaalle ja tasapuoliselle toimintakyvyn arvioinnille. Muutoksen perusajatuksena on se, että maakunnan integroidussa Ohjaamossa toimivalla Kelan viranhaltijalla on oltava riittävä mandaatti sitoutua moniammatillisen tiimin yhteisymmärryksessä tekemään kuntoutussuunnitelmaan. Tällöin kuntoutuspalveluista voidaan rakentaa suunniteltu kokonaisuus, eikä nuoren tarvitse asioida monen eri viranomaisen kanssa.

#### **6.2.4 Kelan määräraha NEET-nuorten kuntoutuspalveluihin**

Kelan NEET-nuorten kuntoutukseen on myönnetty 4 miljoonan euron määräraha vuodelle 2018. Määrärahasta 2,9 miljoonaa on suunnattu kuntoutuspalveluihin. Kelan arvion mukaan määräraha riittää 2 000 nuoren kuntoutukseen.

Esittämämme arvion perusteella 15 – 29 -vuotiaista työttömistä tai työvoiman ulkopuolisista nuorista noin 32 000 – 39 000 nuorta kokee haasteita toimintakyvyssään. Kelan kuntoutusta myönnettiin vuonna 2016 noin 8 400 kertaa 16 - 29 -vuotiaille asiakkaille, jotka eivät olleet työssä tai opiskelleet ennen kuntoutusta. Uuden määrärahan myötä Kelan ammatillisen kuntoutuksen voidaan arvioida pystyvän kuntouttamaan noin 10 000 NEET-nuorta. 22 000 – 29 000 NEET-nuoren kuntoutus jää maakuntien vastuulle lääkinnällisenä ja sosiaalisena kuntoutuksena. Mikäli NEET-nuorten kuntoutuspalvelut toteutettaisiin täysimääräisesti Kelan toimesta, Kela tarvitsisi merkittävästi lisärahoitusta.

#### **6.3 Selvityksen rajoitteet**

Selvityksen keskeisenä rajoitteena on, että syrjäytyneiden tai syrjäytymisvaarassa olevien nuorten määritelmät ja ikäraajat vaihtelevat alueittain ja viranomaistahojen välillä. Tämän johdosta palveluiden piiriin kuuluvista nuorista ei ole olemassa kattavaa ja luotettavaa tilastointia. Samoin vertailun mahdollistava tieto syrjäytyneiden tai syrjäytymisvaarassa olevien nuorten toimintakyvystä on monelta puutteellista. Kaiken kaikkiaan syrjäytyneet tai syrjäytymisvaarassa olevat nuoret ovat todella heterogeeninen joukko, jonka takia aiheen ympärillä käyty keskustelu ajautuu usein koskemaan pelkästään kaikkein eniten palveluta tarvitsevia asiakkaita.

Järjestelmän kehittämiseksi tehtyjen ehdotusten konkretisointi on haastavaa, koska sote-uudistuksessa monet nyt olemassa olevat rakenteet muuttuvat, eikä kaikista ole vielä tehty edes päätöksiä. Esimerkiksi työelämään ja ammattiin valmistavien Ohjaamojen asema ja ohjaus ovat mietinnän alla. Myös Kelan kautta saatavien palveluiden valikoima ja Kelan myöntämien etuuksien kriteerit voivat muuttua.

## Lähteitä ja tausta-aineistoja

Aaltonen, S., Berg, P., & Ikäheimo, S. (2015). Nuoret luukulla. Kolme näkökulmaa syrjäytymiseen ja nuorten asemaan palvelujärjestelmässä. Nuorisotutkimusverkosto/Nuorisotutkimusseura, julkaisuja, 160.

Coles, B., Godfrey, C., Keung, A., Parrott, S., & Bradshaw, J. (2010). Estimating the life-time cost of NEET: 16–18 year olds not in Education, Employment or Training. York: University of York.

Hiilamo (2017) Prof. Heikki Hiilamon selvitys NEET-nuorista 21.3.2017 (OKM:n ja STM:n toimeksiantosta)

Hyggem C. Ungen utenfor utdanning og arbeid i Norden. Utfordringer, innsatser og anbefalinger. TemaNord 2015:536. Nordisk ministerråd, København

Eurofound. NEETs – Young people not in employment, education or training: Characteristics, costs and policy responses in Europe. Publications Office of the European Union. 2012

Eurofound. Exploring the diversity of NEETs. Luxembourg: Publications Office of the European Union. 2016

Impetus-Private Equity Foundation (Organisation). (2014). Make NEETs history in 2014.

Kuntoutussäätiö 2013 - Sosiaalisen kuntoutuksen selvitystyö

Liukko J ja Kuuva N. Toimijoiden yhteistyö työkyöngelmien hallinnassa. Eläketurvakeskuksen raportteja 3/2015.

Lämsä AL. Tuhat tarinaa lasten ja nuorten syrjäytymisestä. Oulun yliopisto 2009 E 102.

Myrskylä (2012) Hukassa – Keitä ovat syrjäytyneet nuoret?

Paananen, Ristikari, Merikukka, Rämö ja Gissler. Lasten ja nuorten hyvinvointi Kansallinen syntymäkohortti 1987.-tutkimusaineiston valossa. THL 52/2012

Palola, E., Hannikainen-Ingman, K., & Karjalainen, V. (2012). Nuorten syrjäytymistä on tutkittava pinta syvemmin. Yhteiskuntapolitiikka-YP 77 (2012): 3.

Shemeikka, R., Rinne, H., Sainio, P., Karvonen, S., Saares, A., Murto, J., ... & Kaikkonen, R. (2015). Nuorten aikuisten toimintakyvyn väestöryhmittäiset erot.

Solantaus, T. (2006). Lapset puheeksi-kun vanhemmalla on mielenterveyden ongelmia. Manuaali ja lokikirja.

Tamesberger ja Bacher. NEET Youth in Austria: a typology including socio-demography, labour market behavior and permanence. Journal of Youth Studies 2014; 17(9):1239–59.

Vauhkonen T, Kallio J, Kauppinen TM, Erola J. Intergenerational accumulation of social disadvantages across generations in young adulthood. Research in Social Stratification and Mobility 2017;48:42–52.

Yates S ja Payne M. Not so NEET? A critique of the use of 'NEET' in setting targets for interventions with young people. Journal of Youth Studies 2006; 9(3):329-344.

STM selvitys 2014 - Selvitys nuorten sosiaalisesta kuntoutuksesta

Valtiontalouden tarkastusvirasto. Nuorten syrjäytymisen ehkäisy. Toiminnantarkastuskertomus 146/2007.

Veijola A, Isola A, Taanila A. Moniammatillinen perhetyö edellyttää keskustelua. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti 2006:43.

***Selvitystä varten haastateltiin seuraavia henkilöitä:***

Seija Sukula, etuuspäällikkö (Kela)  
Tuula Ahlgren, etuuspäällikkö (Kela)  
Marjaana Pajunen, suunnittelija (Kela)  
Irja Kiisseli, suunnittelija (Kela)  
Maija Rauma, suunnittelija (Kela)  
Sari Rautio, työkykyneuvoja (Kela)  
Anna Jormakka, palveluneuvoja (Kela)  
Riitta Leskinen, erityisnuorisotyöntekijä (Järvenpään kaupunki)  
Minna Liljelund, työpajaesimies (Keravan kaupunki)  
Saila Lähteenmäki, sosiaaliohjaaja (Oulun kaupunki)  
Virpi Huittinen, koordinaattori (Oulun kaupunki)  
Tiina Forssell, sosiaalityöntekijä (Tampereen kaupunki)  
Paula Pasanen-Aro, Ehkäisevien ja korjaavien hyvinvointipalvelujen johtaja, lastenpsykiatri (Ylöjärven kaupunki)  
Kristiina Aho, johtava sosiaalityöntekijä (Helsingin TYP)  
Mikko Hytönen, TYP-johtaja (Keski-Uudenmaan monialainen yhteispalvelu TYP)  
Sari-Anne Ratia, toiminnanohjaaja (Ohjaamo Olkkari), yhteishaastattelu  
Elina Ikonen, vastaava projektityöntekijä (Ohjaamo Olkkari), yhteishaastattelu  
Jukka Martti, laaja-alainen erityisopettaja (Keskuspuiston ammattiopisto), yhteishaastattelu  
Sirpa Komsu, opinto-ohjaaja (Keskuspuiston ammattiopisto), yhteishaastattelu  
Jukka Kujala, rehtori, toimitusjohtaja (Kiipulan ammattiopisto, Kiipulasäätiö)  
Marjo Siekkinen, projektipäällikkö (Kiipulan ammattiopisto, Kiipulasäätiö)  
Jaakko Harkko, tutkija (Kuntoutussäätiö)  
Hannu Ahti, asiamies, varatuomari, pastori (Suomen Setlementtisäätiö)  
Pasi Paksuniemi, projektipäällikkö (VAMOS, Helsingin diakonissalaitos)

# LIITE III: MIELENTERVEYS- JA PÄIHDEKUNTOU- TUSJÄRJESTELMÄN UUDISTAMINEN

## 1 Johdanto

Mielenterveys- ja päihdeongelmat ovat merkittävä ongelma suomalaisessa yhteiskunnassa ja usein inhimillisiä tragedioita sairastuneelle ja hänen perheelleen. Mielenterveyden ongelmat ovat tuki- ja liikuntaelinsairauksien ohella suurin työkyvyttömyyseläkkeiden syy (ETK 2016) ja ne aiheuttavat myös paljon sairauspoissaoloja (26,5 % kaikista sairauspäiväraha-päivistä vuonna 2016, Kela 2017). Mielenterveys- ja päihdekuntoutuksen tulisi toteutua integroituna osana hoidon ja hoivan, osallisuuden, koulutuksen, työllistymisen, työssä jatkamisen ja työhön paluun prosesseja. Tämän lisäksi kuntoutuksen tulee toteutua asiakkaan näkökulmasta sujuvana hänen tarpeistaan ja tavoitteistaan lähtevänä saumattomana jatkumona, jossa asiakas on aktiivinen toimija. Vaikuttavalla kuntoutuksella saadaan säästöjä paitsi hoito- ja hoivamenoihin myös työkyvyttömyys- ja työttömyysmenoihin.

Pääministeri Juha Sipilän hallituksen ohjelma sisältää kuntoutusjärjestelmän kokonaisuudistuksen ja STM asetti tätä tehtävää varten kuntoutuksen uudistamiskomitean ajalle 1.9.2016 - 30.9.2017. Komitean tehtävänä oli arvioida kuntoutuksen lainsäädännön ja rahoituksen muutostarpeet. Tämän selvityksen tavoitteena on tukea komitean toimintakykyjaoston tietotarpeita mielenterveys ja päihdekuntoutuksesta.

### 1.1 Tavoitteet ja tutkimuskysymykset

Tämän selvityksen tavoitteena on selvittää mielenterveys- ja päihdekuntoutuksen ja niiden saatavuuden nykytilaa Suomessa sekä kartoittaa millaiset käytössä olevat toimintakokonaisuudet ja -tavat edistävät näiden palvelujen saatavuutta, laatua ja vaikuttavuutta. Lisäksi selvityksessä ehdotetaan toimenpiteitä, miten monialainen tuki ja kokonaisvaltainen kuntoutuminen mahdollistetaan Suomessa tulevaisuudessa.

Selvityksen tavoitteiden mukaiset tutkimuskysymykset ovat:

1. Mikä on mielenterveys- ja päihdekuntoutuksen järjestämisen ja saatavuuden nykytila Suomessa?
  - i. Ketkä ovat kuntoutukseen osallistuvat sidosryhmät?
  - ii. Minkälaisia keskeisiä eroja kuntien välillä on järjestämisessä ja saatavuudessa?
2. Minkälaisia tapoja on edistää palveluiden saatavuutta, laatua ja vaikuttavuutta?
  - i. Mitkä ovat asiakas- ja palveluohjauksen keinot?
  - ii. Miten asiakassegmentoinnilla voidaan tukea saatavuuden, laadun ja vaikuttavuuden parantamista?
  - iii. Millaisia kannustimia voidaan ottaa käyttöön ja millaista seurantaa tarvitaan?
3. Miten palvelujärjestelmää pitäisi sote-uudistuksessa muokata, jotta monialainen tuki ja kokonaisvaltainen kuntoutuminen mahdollistetaan Suomessa tulevaisuudessa?

## 1.2 Kuntoutuksen määritelmästä ja selvityksen rajaukset

Mielenterveys- ja päihdeasiakkailta kuntoutus voidaan ymmärtää käsitteenä hyvin laajasti. Alan asiantuntijoilla on myös eriäviä näkemyksiä mielenterveys- ja päihdekuntoutuksen määritelmästä ja miten se eroaa päihde- ja mielenterveysongelmien hoidosta. Kyseisten asiakasryhmien sairauksille on ominaista, että hoidon ja kuntoutuksen erottaminen toisistaan on vaikeaa ja epätarkoituksenmukaista, usein jopa mahdotonta. Yksinkertaisimmillaan kuntoutuksen tavoitteena voidaan katsoa olevan arjen sujuminen. Sen tavoitteet liittyvät lääketieteellisten seikkojen lisäksi psykososiaalisiin teemoihin ja edelleen yhteiskunnalliseen osallisuuteen.

Tässä selvityksessä keskitytään kuntoutukseen, joka alkaa palveluiden piiriin hakeutumisen (tai hakemisen) jälkeen ja jonka tehtävänä on parantaa tai ylläpitää fyysistä, psyykkistä tai sosiaalista toimintakykyä. Koska kuitenkin palvelujärjestelmässä kaikki osaset kytkeytyvät toisiinsa, otetaan järjestelmän kehitysehdotuksissa huomioon myös palveluiden piiriin tulemisen väylät ja tavat. Tältä osin hanke linkittyy Suomen mielenterveysseuran käynnissä olevaan YhdessäMielin-hankkeeseen, joka on myös osa valtioneuvoston kanslian TEAS-toimintaa.

Tässä selvityksessä mielenterveys- ja päihdekuntoutusta tarkastellaan palvelujärjestelmän näkökulmasta. Selvityksen fokuksena ovat palvelujärjestelmän rakenne (toimijat ja rahoitus) sekä järjestelmän toimeenpano, johon liittyen tarkastellaan tarjolla olevia palveluita sekä eri toimijoiden välistä työnjakoa. Selvityksessä ei paneuduta yksittäisiin potilas- tai asiakasryhmiin eikä yksittäisiin palveluihin tai toimintamalleihin, joita mm. YhdessäMielin-hanke tutkii.

Päihde- ja mielenterveysasiakkaiden kuntoutusjärjestelmällä on selkeät liittymäpinnat toisaalta työttömien ja toisaalta syrjäytymisvaarassa olevien nuorten palvelukokonaisuuteen. Näitä asiakasryhmiä käsitellään muissa tämän selvityskokonaisuuden osahankkeissa, joten työttömien ja syrjäytymisvaarassa olevien nuorten palveluihin liittyvä asioita vain sivutaan tässä osahankkeessa.

## 2 Metodologia

Hankkeen menetelmällisenä viitekehyksenä käytetään CIMO-mallia. CIMO-mallia (Context, Intervention, Mechanism, Outcome) (Denyer ym. 2008) tarkastelee tiettyyn kontekstiin kohdistuvaa interventiota tai muutosta, joka erilaisten mekanismien kautta johtaa lopputuloksiin. Jotta interventioiden vaikutusta voidaan ennakoita ja levittää, on tärkeää tuntea konteksti ja sen lainalaisuudet ja eri vaikutusmekanismit. Selvityksessä kartoitetaan erilaisia case-esimerkkejä toimintamalleista, joilla on päästy hyviin kuntoutustuloksiin. Tässä osaselvityksessä kuvataan päihde- ja mielenterveyskuntoutuksen toteutumista ja sitä, mitkä asiat ovat keskeisiä päihde- ja mielenterveyspalveluiden kontekstissa. Kuvaamalla eri kuntoutuskontekstit ja niissä tehtävät tai tehdyt järjestelmäinterventiot, saadaan ymmärrys siitä, millaisessa kontekstissa interventiot toimivat ja millaisten mekanismien kautta ne vaikuttavat. Tällöin voidaan vetää niiden perusteella johtopäätöksiä, miten koko kuntoutusjärjestelmää tulisi uudistaa sote-uudistuksessa.

## 2.1 Menetelmät

Tässä selvityksessä keskeisenä menetelmänä käytetään asiantuntijoiden haastatteluita. Haastateltavien joukossa oli pääsääntöisesti päihde- ja mielenterveyspalveluiden johtoa kunnista ja sairaanhoitopiireistä sekä alan tutkijoita. Haastattelut toteutettiin puolistrukturoituna. Haastatteluissa käyty asiakokonaisuudet olivat kuntoutuksen määrittelmä ja sisältö päihde- ja mielenterveysongelmallisilla, nykytilan keskeiset haasteet, järjestämisen ja palvelujärjestelmän näkökulmasta keskeiset kysymykset, palvelutuotannon kannalta keskeiset asiat sekä palvelujärjestelmän kannustimet. Haastateltavilta kysyttiin myös esimerkkejä hyvistä toimintamalleista palveluiden tuotannossa sekä kannustimien käytössä. Haastattelu-vastaukset ryhmiteltiin näiden asiakokonaisuuksien mukaan ja niiden alle luotiin alateemoja diskurssianalyysin kautta sen mukaan, mitkä asiat tulivat mainituiksi useammassa haastattelussa.

Haastatteluiden lisäksi perehdyttiin kotimaisiin ja kansainvälisiin tutkimuksiin ja selvityksiin, joissa käsiteltiin päihde- ja mielenterveyskuntoutuksen järjestämiseen ja palveluiden tuottamiseen liittyviä kysymyksiä. Lisäksi osana hankekokonaisuutta Timo Salmisaari on laatinut asiantuntijalausannon päihde- ja mielenterveyspalveluiden tulevaisuuden visiosta. Lausunto on tämän selvitysraportin liitteenä nimellä *KUNTOUTUS KUULUU KAIKILLE - Kohti tulevaisuuden mielenterveys- ja päihdekuntoutuksen järjestelmää*

Haastatteluiden vastausten tulosten perusteella laadittiin yhteenvedona mielenterveys- ja päihdekuntoutusjärjestelmän suunnitteluperiaatteet. Pohdinnassa esitetään, miten näitä periaatteita voitaisiin soveltaa ja viedä käytäntöön päihde- ja mielenterveyspalveluiden järjestelmää uudistettaessa.

## 3 Kirjallisuuskatsaus: Päihde- ja mielenterveyskuntoutuksen nykytila

Tässä luvussa kuvataan ensin lyhyesti, mitä tarkoitetaan päihde- ja mielenterveysongelmilla ja mitä niiden esiintyvyydestä tiedetään. Tämän jälkeen kuvataan, mitä tarkoitetaan mielen-terveys- ja päihdekuntoutuksella ja millä tavalla se on Suomessa järjestetty. Selvityksessä liialliseen päihteiden käyttöön sekä mielenterveyden häiriöihin viitataan yhteneväisesti ongelmina, vaikka tietty ongelma ei välttämättä edellytä interventiota tai hoitoa (esim lyhykestoinen ja ohimenevä masennus). Tässä yhteydessä viittaamme päihde- ja mielenterveysongelmilla sellaisiin diagnosoituihin häiriöihin, joihin voidaan käyttää tai usein käytetään hoitomuotona kuntoutusta.

### 3.1 Päihde- ja mielenterveysongelmat

Mielenterveysongelmat kattavat monenlaisia ongelmia erilaisilla oireilla, joille ominaista on jonkinlainen yhdistelmä normaalista poikkeavia ajatuksia ja tunteita, sekä normaalista poikkeavaa käyttäytymistä ja suhtautumista toisiin ihmisiin (WHO, 2017). Yleisiä mielenterveysongelmia ovat esimerkiksi masennus, ahdistuneisuus, univaikeudet ja syömishäiriöt. Lievinä mielenterveysongelmat ovat hyvin yleisiä, esimerkiksi perusterveydenhuollon asiakkailla yleistynyttä ahdistuneisuutta todetaan noin joka kymmenennellä asiakkaalla. (THL, 2009). Päihdeongelmaan puolestaan liittyy aina päihteet, eli päihtymistarkoituksessa käytettävät kemialliset aineet. Niihin kuuluvat 1) laittomat huumausaineet, kuten esimerkiksi

amfetamiini ja kokaiini; 2) lailliset päihteet, eli alkoholi ja tupakka; 3) impattavat aineet, joihin kuuluvat liuottimet, liimat ja lakat; sekä 4) päihdetarkoituksessa käytettävät lääkkeet, muun muassa bentsodiatsepiinit ja buprenorfiini. (Aalto-Setälä, Marttunen, & Pelkonen, 2003). Päihdeongelmasta voidaan puhua, kun päihteiden käyttö on haitallista päihteidenkäyttäjän tai hänen omaistensa arjen tai terveyden kannalta, eikä päihteiden käyttäjä haitoista huolimatta pysty lopettamaan päihteiden käyttöä (THL, 2009). Ylivoimaisesti merkittävin päihdeongelma on alkoholin liikakäyttö, jota THL:n (2009) mukaan haitallisesti tai riippuvuudenomaisesti käyttää jopa reilut 10 % Suomen väestöstä. Päihde- ja mielenterveysongelmien yleisen esiintyvyyden lisäksi, niihin liittyy merkittäviä kustannuksia. Esimerkiksi vuonna 2016 työkyvyttömyyseläkettä saaneista, jopa 42 %:lla pääasiallinen syy oli mielenterveyden häiriö (Findikaattori, 2017).

Päihde- ja mielenterveysongelmille ominaista on niiden hidas muodostuminen sekä ongelman muodostumisen jälkeinen pitkä viive hoitoon hakeutumisessa. THL (2009) on muun muassa todennut, että mielenterveysongelmien osalta viive ongelman tunnistamisesta hoitoon hakeutumiseen on useimmiten lähes kymmenen vuotta (THL, 2009). Eräässä yhdysvaltalaisessa tutkimuksessa puolestaan todettiin, että alkoholiongelmastaan tietoisista henkilöistä vain 6 % hakeutui vuoden aikana hoitoon ja huumeongelmaisista 13 % (Grant et al., 2004). Ongelmien pitkäaikainen kehittyminen on ongelmallista, sillä pitkään jatkuessaan ongelmat usein syvenevät ja kuntoutuminen hankaloituu (Aalto-Setälä et al., 2003). Lisäksi pitkäkestoisina päihde- ja mielenterveysongelmat tuovat mukanaan myös monia muita ongelmia, kuten esimerkiksi työttömyyttä ja syrjäytymistä, jolloin ongelmien voimakas komorbideetti (kahden tai useamman itsenäisen sairauden esiintyminen samanaikaisesti) hankaloittaa kuntoutumista (Jääskeläinen, 2012, Haastattelut). Varhaisessa vaiheessa tehtyjen hoitointerventioiden, kuten esimerkiksi alkoholiongelmaisille tarkoitetun mini-intervention, kustannusvaikuttavuudesta onkin vahvaa näyttöä (THL, 2009).

Sen lisäksi että päihde- ja mielenterveysongelmien yhteydessä ilmenee usein monia muita ongelmia, ilmenevät päihde- ja mielenterveysongelmat usein myös samaan aikaan (Aalto, 2007; Grant et al., 2004; Kuussaari & Hirschovits-Gerz, 2016). Yhdysvaltalaisen tutkimuksen mukaan (Grant 2004) yhteisesiintyvyys on hoitopopulaatiossa yleisempää kuin väestötasolla. Erityisen yleistä yhteisesiintyvyys hoitopopulaatiossa on päihdeongelmista kärsivillä, joista jopa puolella on myös mielenterveysongelmia. Mielenterveysongelmista kärsivien hoitopopulaatiossa puolestaan, noin joka viidennellä on myös päihdeongelma. Mielenterveysongelmien suuri yhtäaikainen esiintyvyys päihdeongelmista kärsivien hoitopopulaatiossa kieli paitsi ongelmien yleisestä samanaikaisesta esiintyvyydestä myös päihdeongelmaisten heikosta hoitoon hakeutumisesta tai vaihtoehtoisesti heikosta hoitoon pääsystä.

### **3.2 Päihde- ja mielenterveyskuntoutus, mitä se on?**

Kuntoutus on toimintaa, jolla pyritään parantamaan ihmisten toimintakykyisyyttä ja sosiaalista selviytymistä, edistämään työkykyä ja turvaamaan työuran jatkuvuutta (Järvikoski 2014). Kuntoutuksen toteuttamiseen osallistuvat tänä päivänä useat eri alojen asiantuntijat niin lääketieteen ja hoidon, sosiaalityön, koulutuksen ja psykologian, työllistämisen ja yritys-toiminnan, hallinnon, talouden kuin juridiikan alueilta (Rajavaara 2013). Kuntoutuksen käynnistymisen ensimmäisenä kriteerinä on yleensä lääkärin toteama sairaus tai vamma, mutta kuntoutustarvetta määritellään usein myös niin sanottujen sosiaalisten syiden perusteella. Toisaalta nykyisellään kuntoutus sisältää monenlaista toimintaa ja on vaikea vetää raja sen välille, mikä on kuntoutusta ja mikä ei (Järvikoski 2014). Päihde- ja



mielenterveyskuntoutuksen voidaan nähdä tarkoittavan kuntoutuksen määritelmän mukaista muutosprosessia, jonka keskiössä on päihde- tai mielenterveysongelmista kärsivä ihminen.

Päihde- ja mielenterveyskuntoutuksen sisältö on hyvin monimuotoista ja voi sisältää asiakkaan yksilöllisistä tarpeista riippuen kattavasti erilaisia sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja. Kuntoutusselonteon (2002) mukaan päihdekuntoutus kattaa erityisesti päihdeongelmaisille tarkoitettuja palveluja ja mielenterveyskuntoutus mielenterveyspalveluita. Selonteossa kuitenkin alleviivataan, että päihde- ja mielenterveysasiakkaille ominaisten monien elämään liittyvien ongelmien takia päihde- ja mielenterveyskuntoutus ei saisi rajoittua päihde- ja mielenterveyspalveluihin, vaan asiakkaan yksilöllisten tarpeiden mukaisesti sisältää muuta toimintakykyä ja sosiaalista vuorovaikutusta edistävää toimintaa. (STM, 2002.)

Kuntoutuksen jäsentämisessä on perinteisesti käytetty nelijakoa, jossa kuntoutus jaetaan lääkinnälliseen, sosiaaliseen, ammatilliseen ja kasvatukselliseen kuntoutukseen. STM on määrittelyt kuntoutuskokonaisuudet seuraavalla tavalla (STM, 2015):

- *Lääkinnällinen kuntoutus* nähdään henkilön fyysistä ja psyykkistä toimintakykyä parantaviksi toimenpiteiksi, jotka on käynnistetty lääketieteellisten tutkimusten pohjalta. Tällöin puhutaan myös toimintakykykuntoutuksesta tai toimintakykyä tukevasta ja parantavasta kuntoutuksesta.
- *Ammatillisella kuntoutuksella* tarkoitetaan toimenpiteitä, jotka tukevat henkilön mahdollisuuksia säilyttää tai saada hänelle soveltuva työ.
- *Sosiaalisella kuntoutuksella* tarkoitetaan henkilön sosiaalista toimintakykyä parantavaa prosessia.
- *Kasvatuksellisella kuntoutuksella* tarkoitetaan esimerkiksi vammaisen lapsen tai aikuisen kasvatusta ja koulutusta sekä niitä erityisjärjestelyjä, joita ne vaativat.

Päihde- ja mielenterveyskuntoutus voi sisältää elementtejä kaikista kuntoutuksen neljästä toiminnan alueesta. Esimerkiksi päihdeongelmaan voivat vaikuttaa sekä masennus, sosiaaliset suhteet, että työttömyys, jolloin asiakkaan kuntoutuminen edellyttää sekä lääkinnällistä kuntoutusta (psykoterapiaa), sosiaalista kuntoutusta että ammatillista kuntoutusta. Kuntoutuksen eri muodoista päihde- ja mielenterveyskuntoutuksessa korostuvat erityisesti lääkinnällinen ja sosiaalinen kuntoutus sekä sosiaalisen ja ammatillisen kuntoutuksen välille sijoitettava toiminta, kuten esimerkiksi työpajatoiminta, jossa henkilö valmistautuu työntekoa varten ja harjoittelee oman elämänsä rytmittämistä työn ympärille.

Sen lisäksi, että päihde- ja mielenterveyskuntoutus sisältää usein elementtejä kuntoutuksen eri muodoista, sovelletaan kuntoutuksen eri muotoja usein samanaikaisesti. Tämä johtuu päihde- ja mielenterveysongelmien voimakkaasta linkittymisestä elämän muiden ongelmien kanssa. Esimerkiksi masennus voi johtaa työttömyyteen, joka edesauttaa päihdeongelman muodostumista, joka edelleen johtaa sosiaalisten suhteiden heikkenemiseen, minkä seurauksena asiakkaan masennustila syvenee. Asiakasta ei toisin sanoen voida kuntouttaa fokuksella yhteen asiaan kerrallaan, vaan asiakkaan tarpeet tulisi huomioida kokonaisvaltaisesti. Tästä syystä palveluiden koordinaation ja integraation tarve on suuri.

### 3.3 Päihde- ja mielenterveyskuntoutuksen järjestäminen

Kunnilla on ensisijainen vastuu päihde- ja mielenterveyskuntoutuksen järjestämisestä. Kuntien terveystoimet vastaavat mielenterveyslain (1116/1990) ja terveydenhuoltolain (1326/2010) nojalla mielenterveyspalveluiden sekä lääkinnällisen kuntoutuksen järjestämisestä. Kuntien sosiaali- ja terveystoimet puolestaan vastaavat päihdehuoltolain (41/1986)

mukaisesti päihdepalvelujen järjestämisestä sekä sosiaalitoimet sosiaalihuoltolain (1301/2014) mukaisesti sosiaalisen kuntoutuksen järjestämisestä. Lisäksi terveydenhuoltolaki velvoittaa kuntien terveystoimia järjestämään tarpeellinen terveysneuvonta ja tarpeelliset terveystarkastukset alueensa asukkaille heidän terveytensä ja hyvinvointinsa seuramiseksi ja edistämiseksi. Terveysneuvonta ja terveystarkastukset opiskelu- tai työterveys- huollon ulkopuolelle jääville nuorille ja työikäisille ovat erityisen tärkeitä päihde- ja mielenterveyskuntoutuksen tarpeiden tunnistamisen kannalta.

Kunnat eivät kuitenkaan yksinään vastaa päihde- ja mielenterveyskuntoutuksen järjestämisestä. Mikäli henkilön kuntoutuksen tarve edellyttää kuntoutusta, jota ei ole säädetty kunnan tehtäväksi tai jota ei ole tarkoituksenmukaista järjestää perusterveydenhuollossa, tulisi kunnan terveydenhuoltolain mukaisesti ohjata henkilö tarpeen mukaisesti kuntoutuspalveluihin. Kuntoutuspalveluista voi tarpeen mukaisesti vastata sairaanhoitopiiri, sosiaali-, työhallinto- tai opetusviranomaisen taikka Kela tai muu palvelujen järjestäjä. Muu palvelujen järjestäjä voi esimerkiksi olla työeläkevakuuttaja tai työterveyshuolto.

Kansaneläkelaitoksen kuntoutusetuuksista ja kuntoutusrahaetuksista annetun lain (566/2005) nojalla palvelua tarvitsevilla 16-67-vuotiailla on mahdollisuus saada Kelan osittain korvaamaa kuntoutuspsykoterapiaa. Kuntoutuspsykoterapia siirtyi Kelassa järjestämisvelvollisuuden piiriin vuoden 2011 alusta lukien ja sitä korvataan kaikille sitä tarvitseville, kuntoutuspsykoterapian kohderyhmään kuuluville vakuutetuille (STM 2011). Sitä voidaan myöntää, jos henkilön työ- tai opiskelukyky on uhattuna mielenterveyden häiriön vuoksi, hän on saanut mielenterveyden häiriön toteamisen jälkeen vähintään kolme kuukautta asianmukaista hoitoa ja psykiatrin lausunnon perusteella voidaan arvioida, että kuntoutuspsykoterapia on tarpeen työ- tai opiskelukykyä tukemiseksi tai parantamiseksi. Kuntoutuspsykoterapia voi olla yksilö-, ryhmä-, perhe- tai paripsykoterapiaa. Kela maksaa kuntoutuspsykoterapian yksilökäynneistä 57,60 euroa per käyntikerta. Psykoterapeuttien perimät hinnat vaihtelevat Suomen mielenterveysseuran mukaan korvauksen enimmäismäärän ja sadan euron välillä.

Muita päihde- ja mielenterveyskuntoutuksen järjestämisestä vastaavia tahoja ovat järjestöt, työnantajat sekä vankiterveydenhuolto. Järjestöt voivat lisäksi järjestää sosiaalisen kuntoutuksen tyyppistä toimintaa, kunhan sen järjestäminen ei kuulu kunnan lakisääteiseen järjestämisvastuuseen. Työterveyshuoltolaki (1383/2001) puolestaan velvoittaa työnantaja järjestämään työntekijöilleen työ- ja toimintakykyä ylläpitäviä ja edistäviä palveluita. Kuntoutuksen kannalta työterveyshuollon keskeisimpiä tehtäviä ovat kuntoutustarpeen varhainen tunnistaminen sekä kuntoutuksen jälkeinen työssä selviytymisen seuranta. Vankeuslaissa (767/2005) säädetään vankiterveydenhuollon velvollisuudesta järjestää päihde- ja mielenterveyskuntoutusta vangeille, joihin vankien puolestaan on velvollisuus osallistua. Vankiterveydenhuollon tavoitteena on edistää vankien sijoittumista yhteiskuntaan antamalla valmiuksia rikoksettomaan ja päihdeettömään elämään sekä ylläpitämällä ja parantamalla vankien ammattitaitoa.

Niin päihde- kuin mielenterveyspalveluiden tuottamisesta vastaavat pääsääntöisesti julkinen sektori kuntien terveystoimien sekä sairaanhoitopiirien toimesta. Muista sosiaali- ja terveydenhuollon palveluista poiketen päihde- ja mielenterveyspalveluiden tuottamisessa kolmannella sektorilla on poikkeuksellisen merkittävä rooli. Päihdepalveluissa yksityisen sektorin tuotannosta vastaavat käytännössä A-klinikat tuottamalla pääasiassa päihdehuollon erityis- palveluita. Mielenterveyspalveluissa yksityissektorin palveluilla on merkitystä erityisesti avohoidon (sisältäen työterveyshuollon) erikoislääkäripalveluina ja psykoterapioissa. Perinteisten julkisen, yksityisen ja kolmannen sektorin lisäksi päihdepalveluita tuottavat myös oma-

apuryhmät ja järjestötoimijat, kuten esimerkiksi AA-ryhmät, A-killat ja NA-ryhmät. (STM, 2017a, 2017b; THL, 2017)

### 3.4 Päihde- ja mielenterveyskuntoutusjärjestelmän haasteet

Kansallisessa mielenterveys- ja päihdesuunnitelmassa linjattiin mielenterveys- ja päihdetyön keskeiset periaatteet vuosiksi 2009–2015. Suunnitelmassa oli neljä painopistealuetta, joiden kehittämiseen tulisi kiinnittää erityistä huomiota: (1) asiakkaan aseman vahvistaminen siten, että palveluja kehitetään monipuolisiksi, saavutettaviksi ja saatavuudeltaan riittäviksi (mm. sähköisten palvelujen hyödyntäminen), monimuotoisen avohoidon sekä avo- ja laitoshoidon väliin sijoituvien palveluiden kehittäminen ja kuntoutukseen hakeutumisen kannustavuuden lisääminen muun muassa sosiaaliturvaa uudistamalla; (2) edistävää ja ehkäisevää työtä, jossa kuntien, ministeriöiden ja muiden toimijoiden, kuten median, välisellä yhteistyöllä pyritään luomaan rakenteita, jotka ehkäisevät ongelmia; (3) mielenterveys- ja päihdepalvelujen järjestäminen siten, että palvelut pyritään kohdistamaan tarkemmin tarpeen mukaan ja niin, että ne eivät katkea; (4) ohjauskeinojen kehittäminen, jossa kehitetään tietopohjaa ehkäisevän mielenterveys- ja päihdetyön ja mielenterveys- ja päihdepalvelujen riittävydestä ja laadusta (STM 2016). Tällä hetkellä päihde- ja mielenterveyskuntoutuksen järjestämisestä säädetään useassa eri laissa ja järjestämisvastuu jakaantuu usealle eri taholle, joita rahoitetaan eri tavoilla. Hajanaisen palvelujärjestelmän ongelma on, että se vaikeuttaa palveluihin pääsyä ja hoidon jatkuvuutta. Erityisen ongelmallisena palvelujärjestelmän hajanaisuutta pidetään päihde- ja mielenterveysongelmien yleisen yhteisesiintyvyyden vuoksi (Stenius, Kekki, Kuussaari, & Partanen, 2012). Palvelujärjestelmien integraatio onkin noussut ajankohitaiseksi aiheeksi ja yhdeksi kansallisen mielenterveys- ja päihdesuunnitelman (Mieli-2009) pääteemoista (STM, 2009). Tosin integraatio oli ainakin vielä vuonna 2010 kunnissa heikosti toteutunut (Stenius et al., 2012).

Integraatiosta puhuttaessa päihde- ja mielenterveyspalveluiden integraatio on hyvä jakaa järjestelmä- ja palvelutason integraatioiksi (Aalto, 2007; Rush, Fogg, Nadeau, & Furlong, 2008; Tammi & Stenius, 2014). Järjestelmätason integraatiossa palveluiden hallinto, ohjaus, resursointi sekä toiminnan ja vaikutusten seuranta on yhdistetty ja hoitoa tulisi ohjata yhteiset periaatteet ja tavoitteet. Lisäksi yhteistyön pitäisi toimia niin, että hoitoketjut ovat mahdollisimman katkeamattomia ja lähetekäytännöt joustavia. Palveluintegraatiossa puolestaan palvelut tarjotaan samassa palvelussa tai yhteisissä tiimeissä. Toimintaa ohjaa yksi yhtenäinen hoitosuunnitelma, jonka toteuttamisesta vastaa yhteinen hoitotiimi. Moniongelmaisen asiakkaan kannalta on oleellisempaa, että integraatio tapahtuu palvelutasolla, jolloin asiakkaan ei itse tarvitse integroida palveluita (Aalto, 2007). Palveluintegraatiota kevyempi muoto on hoitotahojen yhteistyö, joka voidaan jakaa jaksottaiseen ja rinnakkaiseen malliin. Molemissa malleissa päihde- ja mielenterveyshäiriöt hoidetaan eri tahojen toimesta, mutta jaksottaisessa mallissa häiriötä hoidetaan vuorotellen eri tahoilla, kun puolestaan rinnakkaisessa mallissa molempia häiriötä hoidetaan samaan aikaan eri tahoilla. Yhteistyöhön pohjautuvissa hoitomalleissa haasteena ovat eri hoitotahojen yhteydenpidon puute ja erilaiset hoitokäytännöt. (Aalto, 2007)

Päihde- ja mielenterveyspalveluiden integraatiolle löytyy sekä kannatusta että vastustusta. Integraation puolestapuhujat korostavat päihde- ja mielenterveysongelmien yleistä yhteisesiintyvyyttä hoitopopulaatiossa ja painottavat yhden hoitavan tahon paremmin kykenevän huomioimaan kaksoisdiagnoosipotilaiden tarpeet (Aalto, 2007; Grant et al., 2004). Lisäksi integraation tarvetta perustellaan eri hoitotahojen päällekkäisten kustannusten sekä

yksiköiden niin sanotun osaoptimoinnin välttämällä (Rush et al., 2008). Integraatiota vastustavat puolestaan kantavat ennen kaikkea huolta sosiaalihuollon asemasta integraatiossa (Kuussaari, 2010). Esimerkiksi huumeongelmaisten hoidon siirryttyä kohti farmakologista korvaushoitoa, on sosiaalihuollon rooli jäänyt vähäiseksi (Tammi, 2007). Integraation osalta ollaan myös huolissaan päihdeongelmaisten hoitoon pääsyn heikkenemisestä erikoistuneiden mielenterveyspalveluiden vaatiessa pääsääntöisesti lähetteen ja sisältäessä asiakasmaksuja, toisin kuin päihdehuollon palvelut (Suontausta, 2016). Päihdeongelmiin suhtaudutaan myös kielteisemmin kuin mielenterveysongelmiin (nähdään itseaiheutetuiksi), minkä takia ollaan huolissaan päihdeongelmaisten yhdenvertaisesta kohtaamisesta samoissa palveluissa mielenterveysongelmaisten kanssa (Carter, Hall, & Capps, 2009). Integraatiota vastustavat muistuttavat myös, että päihde- ja mielenterveysongelmien yhteisesiintyvyys väestötasolla on huomattavasti harvinaisempaa kuin hoitopopulaatiossa (Pirkola, Poikolainen, & Lönnqvist, 2006; Rush et al., 2008). Siten on tärkeää, ettei kykyä hoitaa ongelmia erikseen vaaranneta. Integraation vastalauseista huolimatta, vallitseva käsitys on enemmän integraation kannalla, kuten Mieli-2009 suunnitelman linjaukset osoittavat (STM, 2009).

Päihde- ja mielenterveyskuntoutusjärjestelmän hajanaisuuden lisäksi palveluiden järjestämisessä ongelmalliseksi on koettu suuret alueelliset vaihtelut. Päihdehuoltolain (41/1986) mukaan kunnan on huolehdittava siitä, että päihdehuolto järjestetään sisällöltään ja laajuudeltaan sellaiseksi kuin kunnassa esiintyvä tarve edellyttää. Laki jättää kunnille tulkinnanvaraa väestön tarpeita vastaavasta palvelutasosta. Tutkimuksissa onkin todettu, ettei kunnan palvelutarjonnan ja kunnassa esiintyvien tarpeiden välillä ole yhteyttä (Ala-Nikkola et al., 2014).

Myös kuntien järjestämässä sosiaalisessa kuntoutuksessa on todettu esiintyvän suurta alueellista vaihtelua (Puromäki, Kuusio, Tuusa, & Karjalainen, 2016). Sosiaalihuoltolain (1301/2014) mukainen määrittely sosiaaliselle kuntoutukselle on väljä ja jättääkin kunnalle liikkumavaraa palveluiden järjestämisessä. THL:n tekemän selvityksen mukaan (2016) kunnissa liikkumavara nähdään toisaalta hyvänä asiana, sen mahdollistaessa paikallisten lähtökohtien, kohderyhmien, painopistealueiden ja yhteistyöverkostojen huomioimisen sosiaalisen kuntoutuksen toimeenpanossa. Toisaalta kunnissa tiedostetaan määrityksen väljyyden tuovan haasteita tavoiteltaessa valtakunnallisesti yhdenmukaisia palveluja.

EU:n rahoittamassa REFINEMENT-tutkimushankkeessa saatujen tulosten mukaan päihde- ja mielenterveyspalveluiden tarjonnan monimuotoisuuden ja kunnan väestöpohjan koon välillä on voimakas korrelaatio (Ala-Nikkola et al., 2014). Esimerkiksi päihdehuollon erityispalveluita on saatavissa lähinnä suurimmissa kunnissa (STM, 2002). Ala-Nikkola et al. (2014) toteavatkin tulosten tukevan palveluiden järjestämistä suuremmissa väestöpohjissa. Palveluiden monimuotoisuuden kannalta aikuisväestöpohjan tulisi tutkijoiden mukaan koostua vähintään 150 000 asukkaasta.

Kolmas Suomen päihde- ja mielenterveyskuntoutusjärjestelmää käsittävä keskustelua herättänyt aihe on ollut valtakunnallisten linjausten mukainen palvelurakenteen keventäminen. Pitkäaikainen laitoshoidon on viimeisen vuosikymmenen aikana vähentynyt selvästi sekä päihde- että mielenterveyspalveluissa. Samalla päihde- ja mielenterveyskuntoutujien määrä asumispalveluissa on kuitenkin kasvanut, osoittaen ettei avopalveluissa olla pystytty vastaamaan laitoshoidon purkamisesta aiheutuneeseen kysyntään. (VM, 2014). Wahlbeck et al (2017) kritisoivatkin, ettei palvelukokonaisuus ole kehittynyt ohjatusti. Laitoshoidon korvaaminen ryhmämuotoisilla asumispalveluilla ei ole lisännyt aitoa itsenäistä asumista, vaan hoiva on siirtynyt osastoilta asumispalveluihin (Wahlbeck et al, 2017).

Asumispalveluiden tavoitteiden mukainen asiakkaiden kuntoutuminen itsenäiseen asumiseen ei siis ole toteutunut toivotun mukaisesti, vaan palvelun käyttäjien enemmistön suhteen asumisesta on tullut pitkäaikaista. Salon (2016) mukaan yksi asumisen pitkäaikaistumisen taustalla oleva tekijä on palvelujen standardointi. Kunnat ovat ulkoistaneet päihde- ja mielenterveyskuntoutujien asumispalveluita isoissa kilpailutuksissa, joissa standardeista poikenneet pienet ja keskisuuret palveluntuottajat eivät ole pärjänneet. Kustannustehokkaat suuryritykset ovat hyötynneet standardoinnista, mutta palveluiden laadun ja tuloksellisuuden kannalta standardisointi ei ole ollut paras vaihtoehto. Salon (2016) tutkimusten mukaan kuntoutumistulokset ovat merkittävästi heikommat mielenterveyskuntoutujia, ikäihmisiä ja kehitysvammaisia sisältävissä yksiköissä kuin päihde- ja mielenterveyskuntoutukseen erikoistuneissa yksiköissä. Historiallisesti valtaosa päihde- ja mielenterveyspalveluiden hyvistä käytännöistä ovat poikenneet standardipalveluista (Anderson, McGovern, & Dupont, 1999; Dell'Acqua, 1995; Haarakangas, 2002; Mezzina, 2000; Seikkula & Alakare, 2007). Salon (2016) mukaan merkittävimpana haasteena laadukkaampien ja tuloksellisempien asumispalveluiden hankkimiselle on tilaajan puutteellinen keinovalikoima seurata ja mitata palveluntuottajan aikaansaaman palvelun vaikuttavuutta. (Salo, 2016)

Kuten Wahlbeck et al. (2017) myös Ala-Nikkola et al. (2016) tuovat esiin tarpeen kehittää päihde- ja mielenterveysjärjestelmää yhtenä kokonaisuutena. Resurssien uudelleen allokointi laitoshoidosta avopalveluihin ei yksinään riitä. Laitoshoidosta poiketen avopalveluissa asiakas on vuorovaikutuksessa ympäristöönsä sekä muuhun sosiaali- ja terveydenhuollon järjestelmään. Päihde- ja mielenterveyspalveluiden kehittäminen vaatii strategista suunnittelua ja yksityiskohtaista ymmärrystä yhteiskunnallisista tekijöistä (Ala-Nikkola et al., 2016).

## 4 Asiakkaan tavoitteellisen kuntoutuksen tarpeet

### 4.1 Kuntoutuksen fokusalueet

Kuntoutuksen fokuksena tulisi voida olla mikä tahansa elämän osa-alue, jonka ongelmat alentavat yksilön selviytyvyyttä sekä omassa elämässään että yhteiskunnassa. Ensin mainitun tulisi tavoittaa subjektiivinen palvelutarve ja jälkimmäisen pitää yllä yksilön osallisuutta. Yksilön suunnasta katsottuna tavoitteena on subjektiivisten kyvykkyyksien käyttöönotto.

Mielenterveys- ja päihdeasiakkailta ja ennen kaikkea heidän ongelmilleen ominaista ovat voimakas kormorbiditeetti (kahden tai useamman sairauden esiintyminen itsenäisesti) ja kytkökset, joissa yksi asia johtaa toiseen ja altistaa sekä ylläpitää monia arjen sujumista heikentäviä tekijöitä (Regier, 1990). Lisäksi mielenterveyden häiriöt ja päihdehaitat ovat yliedustettuja alimmissa sosiaaliryhmissä. Naiset hakeutuvat palveluihin suhteessa enemmän kuin miehet, ja vakavat haitat ja itsemurhat kasautuvat miehille (STM 2017). Nykyinen järjestelmä pystyy vastaamaan pääosin yksittäisiin ongelmiin, mutta ketjuuntuneiden tarpeiden haltuunotossa on merkittäviä puutteita. Kansallisessa mielenterveys- ja päihdesuunnitelmassa vuosina 2009 - 2015 asiakkaan aseman parantaminen nostettiin yhdeksi mielenterveys- ja päihdepalvelujen keskeisimmistä kehittämiskohteista. Hankkeen ohjausryhmän viime vuonna valmistuneen arvioinnin perusteella suunnitelman aikana asiakkaiden asemaa on vahvistettu palveluissa muun muassa niin, että tarjolla on enemmän kokemusasiantuntijatoimintaa. Samalla psykiatrasta tahdosta riippumatonta hoitoa ja rajoitteiden käyttöä hoidon aikana on vähennetty. Lisäksi mielenterveyteen liittyvään työkyvyttömyyteen ja yksilön toimeentuloturvaan on kohdistettu aktiivisia hallinnollisia ja lainsäädännöllisiä toimia, joiden

tavoitteena on kohentaa mielenterveys- ja päihdeongelmaisten osallisuutta ja yhdenvertaisuutta muiden ihmisten kanssa. Ohjausryhmän mukaan päihde- ja mielenterveyspalveluita suunniteltaessa tulisi kiinnittää erityistä huomioita siihen, että mielenterveys- ja päihdehäiriöitä sairastavien luottamusta ja sitoutumista hoitoon on usein heikkoa. Palveluja suunniteltaessa (erityisesti tulevan sote-uudistuksen yhteydessä) on mahdollista vähentää sairauteen ja hoitoon liittyvää leimautumista ja syrjintää tarjoamalla esimerkiksi helppoja palveluihin pääsyn tapoja ja tavoittaa etsivän sosiaalityön nykyistä enemmän niitä, jotka herkimmin jäävät palvelujen ulkopuolelle (STM 2016).

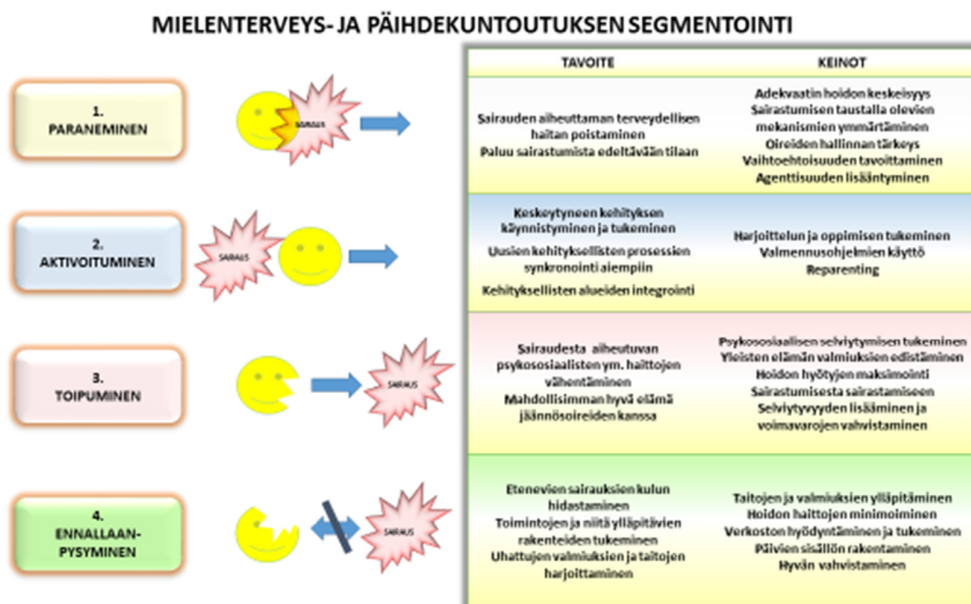
Oleellista kokonaisuuden hallinnassa on subjektiivisiin palvelutarpeisiin vastaava palveluprosessi (vrt. liitteessä oleva Timo Salmisaaren asiantuntijalausunto). Mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden palvelutarve ja siten kuntoutuksen fokus on tyypillisesti monialainen ja sitä voidaan hahmottaa ainakin seuraavien osallisuuden teemojen kautta, jotka on tunnistettu Eksoten mielenterveys- ja päihdepalveluissa (ks. Salmisaari tässä raportissa)

- yleinen terveys, laaja-alainen ja korkeatasoinen diagnostiikka, mutta edelleen diagnoosilähtöisyydestä hyvinvoinnin ylläpitoon.
- mielenterveys ja päihteet, jossa palveluiden järjestämisen lähtökohtina tulisi olla matalan kynnyksen palvelut, ketterä ja räätälöidyt ratkaisut mahdollistava organisaatorakenne sekä elinympäristöön tehtävä työ, jolla varmistetaan reaalielämän ja palveluiden kohtaaminen. Palvelutarpeen määrittely ja palveluiden järjestämisen tulisi perustua subjektiivisiin kokemuksiin ja merkityksiin ja palveluiden (kuntoutuksen) suunnittelussa tulisi olla proaktiivinen, motivoiva ja kannustava ote.
- työllisyys ja työkyky, työelämässä mukana olo on taloudellisten mahdollisuuksien ylläpitämisen lisäksi keskeinen arjen rakenne, sosiaalisia suhteita ylläpitävä voima, tasavertaisuuden kokemisen osa sekä ylisukupolvinen elämänhallinnan valmiuksia ja kansalaistaitoja välittävä muuttuja sekä ennaltaehkäisyn osa-alue.
- talous, merkittävä elämänhallinnan ja kansalaisuuden elementti sekä osallisuutta ylläpitävä tekijä.
- asuminen, kotien fyysinen mahdollistaminen sekä asumisen valmiuksien ylläpito ja tuki.
- perhe ja ihmissuhteet, sosiaalisten suhteiden ylläpito ja tuki sekä systeeminen tuki.
- opiskelu ja koulutus, tulevaisuuden mahdollisuuksien optimointi sekä subjektiivisten merkitysten ja työelämän kohtaaminen.
- elämänhallinnan valmiudet ja kansalaistaidot, osallisuuden mahdollistaminen sekä valinnan vapauden ja autonomian tuki.
- sosiaaliset taidot ja valmiudet, sosiaalisen tuen varmistaminen sekä osallisuuden ylläpito ja tuki.
- muut teemat, millä tarkoitetaan yllä luokittelemattomia henkilökohtaisia teemoja ja osallisuuden tuen osioita. Palvelujärjestelmän kannalta tällä tarkoitetaan organisatorista ketteryyttä ja prosessivalmiutta tuottaa uusia tarvittavia palveluita.

## 4.2 Kuntoutuksen tavoitteet

Mielenterveys- ja päihdekuntoutus voidaan jakaa tavoitteiden osalta seuraaviin segmentteihin (kuva 1. ks. myös liitteessä oleva Timo Salmisaaren asiantuntijalausunto):

**Kuva 1. Mielenterveys- ja päihdekuntoutuksen segmentointi**



Paranemisen tavoitteena on paluu sairautta edeltävään tilaan, joten kuntoutuksella pyritään edistämään hoidon toteutumista. Aktivoitumisen tavoitteena on käynnistää ja kuroa umpeen sairauden aikana syntyneitä kehitysviivästyksiä ja jälkeen jääneitä elämän osa-alueita. Toipumisen teemana on mahdollisimman hyvä elämä jäännösoireista huolimatta, joten se edellyttää voimavarojen vahvistamista ja elämän rakentamista yksilön vahvuuksille. Ennallaan pysymisen mottona on ”jotta huomien ei olisi tätä päivää huonompi”. Ideologia on tuttu mm. neurologisten pitkäaikaissairauksien hoidosta.

Segmentoinnin tarkoituksena on saada aikaan kuntoutuksen tavoitteiden ja realiteettien kohtaaminen. Luokittelu syntyi havainnosta, jonka mukaan kuntoutuksen resurssit oli suunnattu eniten segmentteihin 3 ja 4 samalla, kun toiminnan tavoitteet olivat segmenteissä 1 ja 2. Realiteettien, tavoitteiden ja resurssien välisissä ristiriidoissa turhautuivat asiakkaat sekä henkilöstö ja samalla resurssit kohdentuivat epätarkoituksenmukaisesti. Tästä taas oli seurauksena, että osa kuntoutusta tarvitsevista ja siitä hyötyvistä asiakkaista jäi palvelujärjestelmien ulkopuolelle.

Mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden kuntoutuksessa ryhmätoiminnoilla on keskeinen rooli, koska niissä on sisään rakennettuina kuntoutuksen kannalta keskeisiä elementtejä, kuten arjen rytmittäminen, sosiaalisille tilanteille altistuminen, vertaistuki sekä yhdessä oppimisen ja taidottamisen mahdollisuudet. Sisällöltään samanlaisia ryhmiä voidaan käyttää perinteisen jaon mukaan hyvin erilaisille asiakasryhmille, kuten mielenterveys- ja päihdekuntoutujat,



pitkäaikaistyöttömät, aikuissosiaalityön asiakkaat ja maahanmuuttajat. Ratkaisevana tekijänä on subjektiivinen palvelujen tarve eikä asiakassegmentaatio.

Mielenterveys- ja päihdekuntoutuksen erityinen ja harmaa osa-alue on palvelukotiasumisen järjestelmä. Tämä on alkujaan syntynyt edullisena taloudellisena vaihtoehtona psykiatrisille sairaalapaikoille ja päihdepuolella asumisen valmiuksien puutteiden seurauksille. Toimintaa on pidetty kuntouttavana, sillä onhan se ollut siirtymistä itsenäisempään ja enemmän oma-toimisuutta vaativaan maailmaan.

Asukkaat ovat olleet sekoitus vaikeasti sairauksiensa vahingoittamia, monen laaja-alaisen sairauden tai vamman (mt- ja päihdesairaudet, kehitysvammaisuus, neurologiset ja neuro-psykiatriset tilat ym.) invalidisoimia ja järjestelmän toimintatapojen (laitostaminen) ja palveluvalikon puutteiden takia kroonistuneita yksilöitä.

Kuntoutujien edun ja kuntoutusjärjestelmän toimivuuden kannalta olisi tarkoituksenmukaista tunnistaa ylläkuvatut teemat mahdollisimman varhain. Mikäli aktiivisista kuntoutustoimenpiteistä huolimatta päädytään palveluasumiseen, tulisi kuntoutujien palvelutarpeet yksilöidä mahdollisimman tarkasti ja varmistaa kuntoutussuunnitelman kattavan kaikki osa-alueet. Asumisen tarve on syytä nähdä vain kuntoutussuunnitelman toteutuksen välineenä tai yhtenä kuntoutuksen segmenttinä ja tarkkailla, milloin tämä laitostasuminen tarve poistuu ja kuntoutuksen toteutusta voidaan toteuttaa itsenäisemmässä asumismuodossa. Pitkittyvä ympärivuorokautinen laitostasuminen voi lisätä kuntoutuksen tarvetta sekä teemojen lisääntymisen, että laitostumisen myötä.

## **5 Tulokset: miten mielenterveys- ja päihdekuntoutusjärjestelmää tulisi kehittää?**

Tässä luvussa esitellään yhteenveto haastateltujen asiantuntijoiden näkemyksistä ja kirjallisuudessa esiin nostetuista näkökulmista. Näkökulmat on luokiteltu neljään osa-alueeseen: 1) Mitkä ovat kriittisimmät asiat, joihin uudistuksessa tulisi keskittyä? 2) Miten palveluiden järjestäminen pitäisi toteuttaa? 3) Minkälaisia palveluita tulisi jatkossa tuottaa ja miten? sekä 4) Miten saadaan toimijat toimimaan toivotulla tavalla?

Asiantuntijoiden näkemykset siitä, mitä mielenterveys- ja päihdekuntoutus käsittää ja miten sitä tulisi kehittää, poikkeavat jonkin verran toisistaan, joten analyysin tavoitteena ei ole löytää konsensusta, vaan tuoda esiin eri näkökulmia ja niitä puolustavia argumentteja. Asiantuntijat edustavat myös hieman erilaisia taustoja, esimerkiksi osa oli puhtaasti psykiatrian ja osa puolestaan päihdehuollon asiantuntijoita, joten he painottivat vastauksissaan hieman eri asioita.

### **5.1 Nykytilan haasteet - mihin uudistuksessa tulisi keskittyä?**

Asiantuntijat nostivat esille useita nykyjärjestelmän haasteita, jotka on luokiteltu taulukossa 1.



## Taulukko 1. Yhteenvedo haastatteluissa esiin nousseista näkökulmista liittyen nykytilan merkittävimpiin haasteisiin

Teema	Esimerkkejä haastatteluista	Osuus vastaajista, jotka nostivat teeman esiin
Palveluiden huono saatavuus tai eriarvoisuus	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Palveluiden saaminen voi riippua asiakkaan (tai omaisen) aktiivisuudesta</li> <li>• Psykoterapiaa saavat paremmin ne, joilla on varaa</li> </ul>	5/15
Haluttomuus hakeutua palveluihin	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Asiakkuutta pidetään leimaavana</li> </ul>	3/15
Palvelujärjestelmän hajanaisuus ja hoitoketjujen epäjatkuvuuskohdat	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Asiakas ei pysty itse hahmottamaan, mitä on tarjolla</li> <li>• ESH:n ja PTH:n välissä epäjatkuvuuskohta molempiin suuntiin</li> <li>• Kelassa olevat kuntoutusosiot hyvin sattumanvaraisesti täydentävät erikoissairaanhoidon hallinnoimaa kokonaisuutta</li> </ul>	6/15
Ero kuntien/alueiden välillä	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Saatavuus ja laatu vaihtelevat kunnittain ja tuottajittain</li> <li>• Suurimmassa osassa Suomea ei ole käytössä kuin vain murto-osa Käypä hoito -suosituksen hoitoja ja palvelumuotoja</li> <li>• Kuntoutukseen pääsyn kriteerit vaihtelevat kunnittain</li> </ul>	9/15
Rahoitusratkaisut johtavat osaoptimointiin, kannustinten puute	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kunnat kokevat, että kuntoutuksen tarjoamatta jättäminen ei maksa kunnalle, eikä kunta hyödy siihen sijoitetusta rahasta, etenkin jos on kyse työllistymisestä</li> <li>• Palveluntuottajilta ja asiakailta puuttuu kannustimet</li> </ul>	4/15
Henkilöstön osaamisvajeet	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sekä mielenterveys- että päihdeongelmat vaativat erikoisosaamista ja poikkeavat somatiikasta. Yleislääkäreillä ei kaikilla ole ollenkaan osaamista, ja osalla ammattilaisista on osaamista vain toisesta</li> <li>• Palveluohjauksessa osaamisvaje</li> </ul>	3/15
Työllistymisen haasteet	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Työ on tärkeä osa kuntoutumista, mutta kuntoutujan työllistyminen on haastavaa</li> </ul>	4/15
Vankeinhoidon kuntoutusjärjestelmän haasteet	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vankeinhoidon kuntoutusjärjestelmä on heikko ja kuntoutus katkeaa helposti vangin vapauduttua</li> </ul>	3/15
Tunnistettuja haastavia asiakasryhmiä	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vakavia psykiatrisia sairauksia sairastavat</li> <li>• Huumeidenkäyttäjät</li> <li>• Laaja-alaiset palvelutarpeet, kaksoisdiagnoosipotilaat</li> </ul>	7/15

Asiantuntijat ovat sitä mieltä, että mielenterveys- ja päihdepalveluiden suurimmat haasteet ovat palveluiden saatavuus, palvelujärjestelmän hajanaisuus sekä alueelliset erot. Heikko saatavuus johtaa siihen, että potilaat eivät saa palveluita oikea-aikaisesti. Ongelmat ehtivät pahentua ennen kuin niihin saa apua. Toinen näkökulma heikkoon saatavuuteen on, että osa palvelua tarvitsevista eivät edes hakeudu palveluiden piiriin, mikäli se ei ole riittävän vaivatonta etenkin huomioiden päihde- ja mielenterveysongelmiin liittyvä leimaavuus. Hyvä saatavuus on kriittistä erityisesti nuorille: he eivät malttaisi odottaa ollenkaan.

Muutama haastateltava korosti, että saatavuuden tulisi olla hyvä koko hoitoketjun ajan, eikä pelkästään palveluiden piiriin tultaessa. Esimerkiksi jos potilas saa hoitoa erikoissairaanhoidossa, ei hoidon päätyttyä saisi olla monen kuukauden odotusta kunnan perustason kuntouttaviin ja hoitotasapainoa ylläpitäviin palveluihin. Mielenterveys- ja päihdekuntoutuksessa keskeistä on, että hoito ja terapia integroituvat. Pirstoutuneessa järjestelmässä, jossa hoidosta ja terapiasta vastaavat tahot ovat erilliset, on integraatio vaikea toteuttaa. Saumaton palveluketju on kriittisintä vuodeosastolla olleilla potilailla, jotka tarvitsevat asumispalvelua tai tukea kotona asumiseen: mikäli sopivaa asumisjärjestelyä ei ole tarjolla, osastojakso voi pitkittyä turhaan tai riittämättömän tuen piiriin kotiutettu potilas palaa takaisin osastolle.

Hajanainen palvelujärjestelmä aiheuttaa monenlaisia ongelmia, joista asiantuntijat nostivat esiin sen, että asiakkaat ja potilaat, eivätkä edes ammattilaiset tiedä, millaisia palveluita on tarjolla. Tällöin potilas ei osaa etsiä palveluita eivätkä ammattilaiset aina osaa neuvoa potilasta oikean palvelun piiriin. Yli puolet haastateltavista nosti esiin suuret erot palveluiden tarjoamisessa kuntien välillä sekä laatueroja eri palveluntuottajien välillä. Myös henkilöstön osaamisessa tunnistettiin puutteita. Mielenterveyspalveluiden asiantuntijoilla ei välttämättä ole osaamista päihdeongelmista ja päinvastoin. Lisäksi perusterveydenhuollon lääkäreiden osaaminen mielenterveys- ja päihdeongelmien hoidosta vaihtelee paljon.

Järjestämisvastuun hajautuminen johtaa helposti siihen, että palvelut eivät muodosta yhtä kokonaisuutta, vaan kokoelman palveluita, joita asiakas saa joskus satunnaisessa järjestyksessä. Järjestämis- ja rahoitusvastuun hajautuminen luo myös mahdollisuuden osaoptimoinnille, ellei eri tahojen vastuita ole määritelty tarkasti. Rahoitusvastuun hajautuminen yhdistettynä huonoon tietopohjaan kuntoutuksen kustannuksista ja vaikutuksista todennäköisesti on johtanut siihen, että asiantuntijoista vaikuttaa siltä, että kunnat eivät näe kuntoutuksen tarjoamista jättämisestä aiheutuvia kustannuksia tai koe saavansa siitä hyötyä - etenkin tilanteissa, joissa kuntouttamatta jättämisen merkittävin kustannus on työkyvyttömyys.

Haastateltavat nostivat esille myös nykyjärjestelmän väliinpuotoajia, joille uudistuksen toivotaan tuovat paremmin palveluita saataville. Vankien mielenterveys- ja päihdekuntoutuksen ja kuntoutuksen jatkuvuuden vankilasta vapautumisen jälkeen nosti esille kolme haastateltavaa. Kuntien käytännöt ovat kirjavia ja riskinä on, että vankilassa alkanut päihdekuntoutus keskeytyy tai siihen tulee liian pitkä tauko. Haastaviksi asiakasryhmiksi koettiin myös vaikeista psykiatrisista sairauksista kärsivät, huumeidenkäyttäjät sekä ylipäätään asiakkaat, joilla on laaja-alainen palvelutarve.

## 5.2 Päihde- ja mielenterveyskuntoutuksen järjestäminen tulevaisuudessa

Haastateltujen asiantuntijoiden näkemykset päihde- ja mielenterveyspalveluiden järjestämisestä on luokiteltu teemoittain taulukossa 2.

### Taulukko 2. Yhteenvedo haastatteluissa esiin nostetuista näkökulmista mielenterveys- ja päihdekuntoutuksen järjestämiseen

Teema	Esimerkkejä haastatteluista	Osuus vastaajista, jotka nostivat teemaan esiin
Yhtenäiset hoito-ohjeet maakunnassa	<ul style="list-style-type: none"> <li>Liikelaitokseen voisi perustaa "laaja-alaisen erikoisosaamisen yhteenliittymän", joka kokoaa alueen erityisasiantuntijat ja mahdollistaa yhtenäisen "käypä hoito" -näkökulman luomisen.</li> <li>Tarvitaan keskitettyä ohjausta</li> </ul>	2/15
Järjestämisvastuun keskittäminen on hyvä asia	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sote-uudistus on hyvä asia siitä näkökulmasta, että se keskittää järjestämisvastuuta</li> <li>Kuntoutujien asumispalveluiden hankinnan keskittäminen lisää osaamista</li> </ul>	9/15
Valinnanvapaus on mielenterveys- ja päihdekuntoutujille haasteellinen	<ul style="list-style-type: none"> <li>Asiakasetelin haaste: miepä-kuntoutajat ovat hyväksikäytettävissä -&gt; tarvitaan akkreditointi- tai laatujärjestelmä</li> <li>Halutaanko sote-keskuksissa palvella miepä-asiakkaita? Käyvät tyypillisesti usein, mikä on vastoin kapitaatorahoituksen insentiivejä</li> <li>Valinnanvapaus vaikeuttaa integraatiota, pirstaloi tuotantoa</li> </ul>	7/15
Monituottajamalli on hyvä asia	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tuottajia voi hyvin olla useita</li> <li>Palvelutarpeiden kirjo on niin laaja, että yksi tuottaja ei pysty tarjoamaan kaikkea</li> </ul>	5/15

	<ul style="list-style-type: none"> <li>Jotkut asiat osataan tehdä yksityisellä sektorilla paremmin ja tehokkaammin</li> </ul>	
Kelalla on tärkeä rooli miepä-kuntoutuksessa, eikä muodosta ongelmaa	<ul style="list-style-type: none"> <li>Kelalla on tärkeä rooli kevyempien ongelmien hoidossa</li> <li>Kelalla tärkeä rooli ammatillisessa kuntoutuksessa</li> <li>Kelan psykoterapiapalvelut ovat tasalaatuisia</li> </ul>	3/15
Kelan rooli aiheuttaa haasteita miepä-kuntoutuksen ja sitä tulisi muuttaa <sup>22</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Kelan maksama psykoterapia ei integroidu esim. ESH:ssa annettuun hoitoon</li> <li>Kelan psykoterapiarahat pitäisi ohjata maakuntaan</li> <li>Kelan psykoterapia on hoidettu huonosti</li> <li>Toimeentulotuen siirtyminen Kelaan aiheuttaa haasteita miepä-kuntoutujille. Ei tiedetä, mitä asiakas tekee rahoilla. Toisaalta kunnassa ei voida myöntää harkinnanvaraista tukea, jos ei ole Kelan päätöstä perustoimeentulotuesta.</li> </ul>	7/15
Kelan rooli voisi olla pelkkä rahoittaja	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tarpeen määrittäisi maakunta</li> <li>Kela voisi olla toimeentulon ja pitkäaikaisen psykoterapian rahoittaja</li> </ul>	3/15
Asumisen järjestäminen on uudessa sotessa keskeinen kysymys	<ul style="list-style-type: none"> <li>Arjen kannalta asunto ja asumisen onnistuminen ovat keskeisiä → kunnan rooli korostuu, sillä asuntojen saaminen vapailla markkinoilta haastavaa</li> <li>Pyrkimys tavalliseen asumiseen, tuki avopalveluina, mutta intensiivisesti, sillä tehostettu palveluasuminen laitostaa</li> </ul>	7/15

Taulukon 2 tuloksia Kelan osalta tulkittaessa on hyvä huomioida Kuntoutuksen uudistamiskomitean ehdotus siitä, että Kelan roolia tarkennettaisiin vastaisuudessa siten, että sosiaali- ja terveystalouteen liittyvät lääkinnällisen kuntoutuksen päätökset tehtäisiin pääosin yhteisissä palveluprosesseissa maakunnallisella tasolla (STM 2017).

Tulevassa järjestelmässä tarvitaan keskitettyä ohjausta niin järjestelmän tasolla kuin yksilötasolla. Tarvitaan taho, jonka tehtävänä on huolehtia, että maakunnassa on tarjolla palveluita, jotka vastaavat asukkaiden palvelutarpeeseen. Lisäksi mikäli käytössä on monituottajamalli, tarvitaan laadun valvontaa, esimerkiksi laaturekisterin muodossa. Lisäksi tarvitaan taho, joka koordinoi palveluiden tuottajia ja varmistaa, että palveluiden tuottajat tekevät tarvittaessa yhteistyötä ja asiakkaiden palveluketjut ovat sujuvia.

Kelan rooli päihde- ja mielenterveyskuntoutuksessa nähdään toisaalta tärkeänä, mutta toisaalta myös kuntoutusta pirstaloivana. Kela on keskeinen toimija työkyvyn ylläpitämisessä ja ammatillisessa kuntoutuksessa, mikä on tärkeää niille kuntoutujille, joiden palvelutarve on kevyempi. Kela on keskeisessä asemassa myös sen vuoksi, että Kela maksaa erilaisia tukia, kuten asumistukea, kuntoutusrahaa ja toimeentulotukea. Kuntoutujan toimeentulon turvaaminen on olennaista kuntoutumisen onnistumiseksi. Haastateltavat kuitenkin kyseenalaistavat Kelan roolin kuntoutuspalveluiden ja erityisesti psykoterapian järjestämisessä ja korvaamisessa. Asiantuntijoiden mukaan Kelan tarjoamat palvelut kohdentuvat jossain määrin sattumanvaraisesti eivätkä aina täydennä asiakkaan palvelukokonaisuutta parhaalla mahdollisella tavalla. Esimerkiksi erikoissairaanhoidossa on ruvettu tuottamaan psykoterapiaa itse, jotta se saataisiin paremmin palvelemaan hoitoa ja kuntoutumista ja kohdennettua oikea-aikaisesti. Kuntoutuksen uudistamiskomitean (STM 2017) yhdessä ehdotuksessa sote-uudistuksen myötä lääkinnällisen kuntoutuksen palvelujen järjestäminen siirtyisi Kelalta maakunnille. Ehdotuksessa todetaan, että maakunnalliset toimijat hankkisivat jatkossa todennäköisesti edelleen kuntoutuspalvelut samoilta tuottajilta kuin Kelakin nyt.

<sup>22</sup> Kuntoutuksen uudistamiskomitea on ehdottanut, että Kelan roolia tarkennetaan tulevaisuudessa siten, että sosiaali- ja terveystalouteen liittyvät lääkinnällisen kuntoutuksen päätökset tehtäisiin pääosin yhteisissä palveluprosesseissa maakunnallisella tasolla (STM 2017)

Erikoistason ja perustason palveluiden tulisi lähentyä toisiaan, jotta erikoislääkäriin osamista tarvitsevat potilaat tunnistettaisiin ajoissa, sairaus ja palvelutarve löydetäisiin ja hoito ja kuntoutus saataisiin nopeasti alulle. Toisaalta haastateltavat korostavat, että samalla tulee myös huolehtia, että tulevassa järjestelmässä perustaso huolehtii niistä päihde- ja mielenterveyskuntoutujista, jotka eivät tarvitse erikoistason palveluita. Valtaosaan sekä päihde- että mielenterveysasiakkaiden palvelutarpeeseen pitäisi voida vastata perustasolla.

### 5.3 Palvelutuotanto tulevaisuudessa: miten ja minkälaisia palveluita pitäisi tarjota?

Haastateltujen asiantuntijoiden näkemykset tulevaisuuden palvelutuotannosta on luokiteltu taulukossa 3.

**Taulukko 3. Haastateltujen asiantuntijoiden näkemyksiä mielenterveys- ja päihdekuntoutuspalveluiden tuotannosta**

Teema	Esimerkkejä haastatteluista	Osuus vastaajista, jotka nostivat teeman esiin
Matalan kynnyksen kontaktipiste lähipalveluna, jossa osataan ohjata asiakasta	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sote-keskus toimii ensimmäisenä kontaktipisteenä, jonne asiakkaan olisi helppo tulla</li> <li>Tärkeää, että PTH:ssa on osaamista ja tietoa olemassa olevista palveluista, jotta osataan ohjata oikeaan</li> <li>Osa miepä-asiakkaita voidaan ja tulee hoitaa perustasolla (sote-keskuksissa)</li> </ul>	10/15
Erikoissairaanhoidon palveluiden nopea saatavuus, perustason konsultointi ja jalkautuminen	<ul style="list-style-type: none"> <li>ESH- konsultaatioiden on syytä jalkautua kuntiin</li> <li>ESH- ohjeistuksen tulisi olla sote-keskuksissa, ehkä jopa resurssiakin, mikä vahvistaisi integraatiota</li> <li>Hyvä lähettää nopeasti ESH:hon (PTH:sta puuttuu diagnoosi- ja hoito-osaamista)</li> </ul>	9/15
Digitaaliset palvelut tukemaan palveluohjausta sekä kustannustehokkuutta kasvattamaan	<ul style="list-style-type: none"> <li>Neuvontaa ja tietoa mielenterveys- ja päihdeongelmista sekä palveluvalikoimasta saatavilla internetissä sekä asiakkaille että palveluohjaajille (esim. Mielenterveystalo)</li> <li>Nettiterapiat todettu vaikuttaviksi tietyille asiakasryhmälle (esim. Mielenterveystalo)</li> </ul>	3/15
Palvelutarve on usein pitkäaikaista, joten palveluiden tultava asiakkaiden luokse	<ul style="list-style-type: none"> <li>Palvelut lähellä</li> <li>Kuntoutuminen omassa elinympäristössä</li> <li>Tarvitaan tukiverkosto, kuten vertaistuki, päivätoiminta, jne. Pelkkä ammattilaiskontakti (esim. terapiakäynti tai nettiterapia) ei riitä</li> </ul>	3/15
Päihde- ja mielenterveyspalvelut yhdistettävä, palveluita enemmän samasta pisteestä	<ul style="list-style-type: none"> <li>Päihde- ja mielenterveysongelmat esiintyvät usein yhdessä, joten molempia ongelmia voitava hoitaa</li> </ul>	5/15
Somaattisista tarpeista huolehdittava	<ul style="list-style-type: none"> <li>Somaattisen hyvinvoinnin tukemisella voi olla suuri merkitys (esim. suun terveys)</li> </ul>	5/15
Tarvitaan integroituja palveluita	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tarvitaan palveluita, joissa samanaikaisesti voidaan puuttua moneen ongelmaan (esim. päihde- ja mielenterveysongelma, ongelmat arjessa pärjäämisessä, taloudelliset ongelmat, hoidon ja kuntoutuksen integraatio jne.)</li> <li>Palvelukokonaisuuden tulisi perustua yhteen, yhteiseen suunnitelmaan</li> </ul>	6/15

Päihde- ja mielenterveysongelmissa on tärkeää, että palvelujärjestelmään kontaktin ottaminen on tehty asiakkaalle mahdollisimman helpoksi. Tätä varten tarvitaan matalan kynnyksen palvelupisteitä, sekä fyysisiä, että digitaalisia. Lähes kaikki haastatellut asiantuntijat nostivat esille tavalla tai toisella matalan kynnyksen palvelun tärkeyden. Lisäksi monien mielestä matalan kynnyksen pisteen tulisi olla perustason toimintaa, ja luonnollinen paikka jatkossa olisi sote-keskuksessa.

Päihde- ja mielenterveyspalveluissa hoitoa ja kuntoutusta ei ole tarkoituksenmukaista erottaa toisistaan. Tämä tarkoittaa muun muassa sitä, että tyypillisesti terapia pitäisi antaa hoitovaiheessa. Hoidon tai kuntoutuksen tarpeeseen pitäisi reagoida nopeasti ja kuntoutusta tulisi tarjota jo hyvin varhaisessa vaiheessa. Esimerkiksi mini-interventioiden käyttö päihdeongelmassa on todettu vaikuttavaksi. Myös mahdollisuus ohjata potilas lyhytterapiaan tai ryhmäterapiaan suoraan terveyskeskuksesta ilman lähetettä erikoissairaanhoidosta on koettu hyväksi toimintatavaksi.

Erikoissairaanhoidon osaamista tulisi olla saatavilla perustasolla. Perustason palvelut toimivat asiakkaiden ensimmäisenä kontaktipisteenä palvelujärjestelmään, ja siellä tulee olla riittävä osaaminen ongelmien tunnistamiseen ja palvelutarpeen arviointiin. Nykytilan yksi haaste on, että perustason palveluissa työskentelevillä on vaihteleva osaaminen mielenterveys- ja päihdeongelmien hoidosta. Osa yleislääkäreistä kokee, ettei osaa hoitaa mielenterveys- ja päihdeongelmia ja päihdehoitoa osaavia sairaanhoitajia on liian vähän. Toimintamallit, joissa erikoisosajien konsultaatiot on tuotu perustason työntekijöiden saataville, on koettu onnistuneiksi, ja ne ovat vähentäneet muun muassa erikoissairaanhoidon läheteitä. Erikoislääkäreiden osaamisen ulottaminen perustasolle auttaa löytämään oikean diagnoosin nopeasti ja tuo näyttöön perustuvia menetelmiä perustasolla käytettäväksi.

Digitaalisuus on keskeinen elementti tulevaisuuden palvelutuotannossa monella tavalla. Ensinäkin internetiin on mahdollista tuottaa ohjeita ja neuvoja asukkaille, esimerkiksi tietoa mielenterveys- ja päihdeongelmien oireista sekä tietoa, mistä apua voi saada. Toiseksi, digitaalinen palvelualue, jonne on koottu tiedot kaikista toimijoista (julkiset, yksityisen ja 3. sektorin toimijat) auttaa sekä asukkaita että ammattilaisia. Kolmanneksi internetin välityksellä voidaan tarjota verkkoterapioita, jotka ovat sekä asiakkaalle helposti saatavilla että ammattilaisille tehokkaita tuotantoa. Digitaalisten palveluiden osalta on kuitenkin huolehdittava, että ne, joilla ei ole pääsyä internetiin tai kykyä käyttää sovelluksia, saavat vastaavaa palvelua perinteisellä tavalla. Osa haastateltavista painotti, että päihde- ja mielenterveyskuntoutujien joukossa on merkittävä määrä henkilöitä, joilla ei ole mahdollisuutta ja kykyä käyttää digitaalisia palveluita.

Mielenterveys- ja päihdekuntoutujille pitäisi voida tarjota myös integroituja palveluita. Tämä tarkoittaa sitä, että samaan aikaan pitäisi pystyä puuttumaan monen eri osallisuuden teemaan liittyviin ongelmiin, eikä käsitellä niitä erillään toisistaan. Esimerkiksi sosiaalisen kuntoutuksen ja mielenterveys- tai päihdekuntoutuksen tulisi kulkea käsi kädessä ja tukea toinen toistaan, ja asumispalvelu pitäisi suunnitella osana muuta palvelukokonaisuutta.

Haastateltavat asiantuntijat mainitsivat myös lukuisia hyviä käytäntöjä ja toimintamalleja, joista heillä oli hyviä kokemuksia. Näitä on esitetty taulukossa 4.

#### Taulukko 4. Haastateltavien nostamia esimerkkejä hyväksi havaituista toimintamalleista

Toimintamallin tyyppi	Tarkentavia huomioita toimintamallista	Kuinka moni haastateltava mainitsi?
Vertaistuki ja kokemusasiantuntijuus	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hyviä esimerkkejä siitä, että vertaistuen ja kokemusasiantuntijoiden avulla on saatu motivoitua asiakkaita hoitoon</li> </ul>	7/15
Integroidut palvelupisteet	<ul style="list-style-type: none"> <li>Palvelupisteitä, joista saa apua sekä mielenterveyden että päihdeongelmiin</li> </ul>	3/15
Kotiin vietäviä palveluita	<ul style="list-style-type: none"> <li>Kotikuntoutuksella saadaan tietoa asiakkaan pärjäämisestä</li> <li>Kotiin vietävillä palveluilla voidaan tukea arjen hallintaa</li> </ul>	2/15

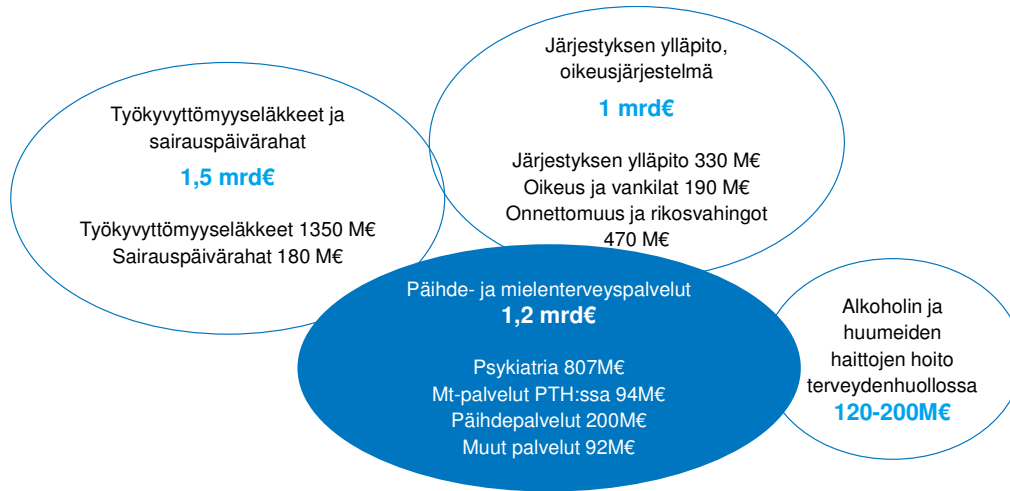
Etsivä työ	<ul style="list-style-type: none"> <li>Etsivästä nuorisotyöstä on hyviä kokemuksia; toimintamallia olisi hyvä laajentaa myös muille asiakasryhmille; haasteena resurssien saaminen</li> </ul>	4/15
Nopea palveluihin ohjaus	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tarjotaan hoitoa ja terapiaa heti, kun ongelma ilmenee. Esimerkiksi perusterveydenhuoltoon oikeus lähettää ESH:n ryhmäterapiaan tai mahdollisuus antaa palveluseteli terapiaan ilman ESH:sta tulevaa lähetettä.</li> </ul>	3/15
Erikoistason ja perustason integraatio	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hyvät psykiatrin konsultointimahdollisuudet ja yhteisvastaanotot ovat vähentäneet lähetemääriä ja kasvattaneet PTH-toimijoiden osaamista</li> </ul>	3/15

#### 5.4 Kannustimet: miten saadaan toimijat toimimaan toivotusti?

Muutaman haastatellun asiantuntijan mielestä järjestelmän toimivuus edellyttää järjestelmää tukevaa rahoitusmallia sekä oikeansuuntaisia kannustimia sekä asiakkaille että toimijoille. Koska päihde- ja mielenterveyspalveluissa kuntoutus ja hoito kuuluvat erottamattomasti yhteen, tukisi yhteinen rahoitus niiden yhtäaikaista ja tarkoituksenmukaista toteutumista. Jos sama taho vastaa hoidon ja kuntoutuksen kustannuksista, ei synny mahdollisuuksia osapointiin ja vastuun sysäämiseen toiselle osapuolelle.

Lisäksi tarvitaan oikeansuuntaiset kannustimet kaikille osapuolille. Ensinnäkin järjestäjällä pitää olla kannustin varmistaa, että vaikuttavaa hoitoa ja kuntoutusta on tarjolla mielenterveys- ja päihdeongelmallisille. Mikäli mielenterveys- ja päihdeongelmien hoitamatta jättämisestä ei aiheudu järjestäjälle seuraamuksia, voivat siihen kohdennetut resurssit jäädä liian vähäisiksi. Mielenterveys- ja päihdeasiakkaat aiheuttavat merkittävästi kustannuksia (kuva 2). Esimerkiksi työkyvyttömyydestä tai järjestyksen ylläpidosta ja päihde- ja mielenterveysongelmien kuormituksesta oikeusjärjestelmässä aiheutuu nykyään yhtä paljon kustannuksia kuin itse päihde- ja mielenterveyspalveluista. Tällä hetkellä kunnat ja sairaanhoitopiirit, jotka vastaavat päihde- ja mielenterveyspalveluiden järjestämisestä, eivät kanna vastuuta näistä sivuvaikutusten kustannuksista pois lukien alkoholin ja huumeiden terveydenhuollon palveluille aiheuttaman rasitteen. Osa haastatelluista asiantuntijoista oli sitä mieltä, että järjestäjälle tarvitaan sanktioita hoidon ja kuntoutuksen laiminlyönnistä, sillä bonuksista olisi vaikea saada riittävän houkuttelevia.

**Kuva 2. Päihde- ja mielenterveysongelmien yhteiskunnalle aiheuttamat kustannukset (Torkki ym. 2016)**



Järjestäjän lisäksi myös muut toimijat tarvitsevat oikeansuuntaisia kannustimia. Julkisessa palvelutuotannossa kannustimien käyttö on mahdollista vain rajallisesti. Käytännössä kannustimina toimivat yksittäisten työntekijöiden mahdollisuus meritoitua asiantuntijana ja edetä uralla. Varsinaisten taloudellisten kannustimien käyttö on haastavaa sekä yksilö- että organisaatiossa. Ulkoistetuilla palveluntuottajilla puolestaan on taloudelliset kannustimet joka tapauksessa palveluiden hinnoittelumekanismien kautta. Mikäli palveluiden tuottajalle maksetaan korvaus tehtyjen suoritteiden perusteella, on tuottajalla kannustin maksimoida suoritteiden määrä. Tuottajaa olisi hyvä kompensoida myös tuloksen perusteella, jolloin tuottaja hyötyisi asiakkaan terveyden ja toimintakyvyn paranemisesta. Esimerkiksi kuntouttavissa asumispalveluissa on riski, että asukkaiden muuttaminen omaan asuntoon hidastuu, jos tuottajalle maksetaan pelkästään asumisvuorokausien mukaan. Vastaavasti ostopalveluina hankituista lyhytterapioista on tärkeää seurata terapioiden tuloksia. Näin voidaan varmistaa, että tuottaja pyrkii mahdollisimman hyvään vaikuttavuuteen ja on veloitettu toimittamaan järjestäjälle tiedot terapian vaikutuksista. Vaikuttavuustiedon kertyminen auttaa järjestäjää jatkossa kohdentamaan palveluita asiakkaille entistä paremmin. Haastatteluiden perusteella kannustimien käyttö palveluntuottajien ohjauksessa ei ole vielä kovin yleistä. Haastateltavat mainitsivat muutaman esimerkin kuntouttavien asumispalveluiden kilpailutuksista, joissa oli asetettu taloudellisia kannustimia tuottajille, mutta kokemukset eivät olleet kovin rohkaisevia: tuottajat eivät tähän mennessä ole päässeet tavoitteisiinsa.

Osa haastateltavista nosti esille myös huolia tuottajien kannustimien asettamisesta. Haastattelussa nostettiin esille huoli asiakkaiden valikoinnista, mikäli kannustimet eivät ole oikein asetettuja. Lisäksi yksi haastateltava pohti, kuinka houkuttelevia kannustimet ovat päihdepalveluiden tuottajille, koska palvelun onnistuminen on kuitenkin pitkälti kiinni asiakkaan sitoutumisesta. Muutama haastateltava nosti esille myös mittaamisen vaikeuden: tuloksista palkitseminen on vaikeaa, jos hyvät, ”kovat” mittarit puuttuvat.

Myös kuntoutujalla itsellään tulee olla kannustin kuntoutua. Kuntoutujan oma motivaatio on edellytys, että hoidolla ja kuntoutuksella voi olla toivottu lopputulos. Motivaation lisäksi on kuitenkin tärkeää, että esimerkiksi taloudelliset kannustimet eivät ole ristiriidassa tavoitteiden kanssa. Esimerkiksi kuntoutusraha tai -tuki voi olla suurempi kuin toimeentulotuki tai opintotuki. Tällöin kuntoutujan toimeentulo heikkenee, mikäli hänen toimintakykynsä

paranee niin paljon, että hän esimerkiksi kykenisi aloittamaan opiskelun, mikä voi heikentää halukkuutta kuntoutua. Tämän vuoksi esimerkiksi Porin kaupungin asumispalveluiden kilpailutuksessa säädettiin kannustimet sekä tuottajalle että asiakkaalle: mikäli palvelutarve vähenee, osa uuden, kevyemmän palvelumuodon ja aikaisemman palvelumuodon välisestä kustannuserosta jaetaan asiakkaan ja tuottajan kesken.

## 6 Yhteenveto

Tässä luvussa esitetään yhteenveto kuntoutuksen nykytilasta mielenterveys- ja päihdekuntoutuksen tasojen ja tasojen välisen dynamiikan kautta. Tämän jälkeen esitetään, millaisia suunnitteluperiaatteita kuntoutusjärjestelmän kehittämiseksi on tunnistettu nykytilan haasteiden ja hyvien käytäntöjen pohjalta.

### 6.1 Mielenterveys- ja päihdekuntoutuksen tasot ja kuntoutumisen etenemisen nykytilanteessa

Kaikkia mielenterveys- ja päihdekuntoutujia yhdistää tarve mielenterveys- tai päihdeongelman kuntoutukselle. Varsinaisen mielenterveys- tai päihdeongelman kuntoutuksen lisäksi asiakkaiden kuntoutustarpeissa esiintyy kuitenkin huomattavia eroja. Esimerkiksi alkoholi-soituneen työssäkäyvän perheenisän kuntoutustarve on hyvin erilainen kuin onnettomuuden myötä traumatisoituneen ja itsemurhariskin omaavan henkilön kuntoutustarve. Erilaisten tarpeiden myötä kuntoutuksen tavoitteet ja toteutusmuodot poikkeavatkin merkittävästi eri asiakkaitten välillä. Tämä huomioiden mielenterveys- ja päihdekuntoutus on jaettu asiakkaiden kuntoutustarpeiden perusteella neljälle eri tasolle, jotka raskaimmasta kevyimpään ovat 1) Akuuttivaihe, 2) Elämän stabilointi vaihe, 3) Elämän normalisointi vaihe sekä 4) Elämänhallintaa ja ennaltaehkäisy vaihe (katso taulukko 5).

### Taulukko 5. Mielenterveys- ja päihdekuntoutuksen eri tasot sekä kuntoutuksen toteutus nykytilanteessa

Kuntoutuksen taso	Kuvaus	Kuntoutuksen tavoite	Nykytilanteen toteutus
<b>1. Akuuttivaihe</b>	Asiakkaalla tarve akuutin tai erittäin vaikean päihde- tai mielenterveysongelman stabiloimiseen. Asiakkaalla laaja-alainen kuntoutuksen tarve myös elämän muilla osa-alueilla, mutta tässä vaiheessa kuntoutus keskittyy akuuttiin päihde- tai mielenterveysongelmaan	Päihde- tai mielenterveysongelman kuntouttaminen pisteeseen, jossa asiakkaan elämän muut osa-alueet saavat taas merkityksensä	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Psykiatrisen laitoshoidon (sairaanhoitopiirien järjestämä)</li> <li>▪ Päihdelaitoshoidon ja korvaushoidon</li> </ul>
<b>2. Elämän stabilointi vaihe</b>	Asiakkaalla tarve vaikean päihde- tai mielenterveysongelman stabiloimiseen sekä kokonaisvaltaisen elämän tukemiseen	Asiakkaan elämän stabilointi tukemalla asiakasta kokonaisvaltaisesti elämän eri osa-alueissa (päihde- ja mielenterveysongelma, asuminen, talous, ihmis-suhteet, osallisuus, jne.)	Asiakkaan tarpeesta riippuen asiakasta voidaan kuntouttaa muun muassa seuraavissa palveluissa: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Asumispalvelut</li> <li>▪ Kotiin vietävät / etsivät palvelut</li> <li>▪ Ryhmätoiminta</li> <li>▪ Päivätoiminta</li> <li>▪ Harrastustoiminta</li> <li>▪ Työpajatoiminta</li> <li>▪ Vertaistuki</li> <li>▪ Psykoterapia</li> <li>▪ Lääkehoito</li> <li>▪ Toimeentuloturva (Kela)</li> </ul>
<b>3. Elämän normalisointi vaihe</b>	Asiakkaalla tarve toipua päihde- tai mielenterveysongelmasta ja saada elämä normalisoitua	Päihde- tai mielenterveysongelmasta toipuminen, elämän normalisointi sekä asiakkaan työelämävalmiuksien tukeminen	Asiakkaan tarpeesta riippuen asiakasta voidaan kuntouttaa muun muassa seuraavissa palveluissa: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Vertaistuki</li> <li>▪ Psykoterapia</li> </ul>



<p><b>4. Elämänhallinta ja ennaltaehkäisy vaihe</b></p>	<p>Asiakas kuuluu riskiryhmään ja tarvitsee tukea mahdollisten kriisien varalle. Vaihtoehtoisesti asiakkaalla voi olla taustalla sairaus, mutta se on hallinnassa, eikä merkittävästi haittaa normaalia elämää (esim. paniikkihäiriö tai ahdistuneisuushäiriö, joka pysyy hallinnassa lääkkeillä ja/tai terapialla)</p>	<p>Ongelmien ennaltaehkäisy sekä ongelmien ilmaantumisessa varhainen puuttuminen ja ennaltaehkäisy raskaammilta palveluilta</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Lääkehoito</li> <li>▪ Toimeentuloturva (Kela)</li> <li>▪ Ammatillinen kuntoutus</li> <li>▪ Työllisyyspalvelut</li> </ul> <p>Asiakkaan tarpeesta riippuen asiakasta voidaan kuntouttaa muun muassa seuraavissa palveluissa:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Työterveyshuolto</li> <li>▪ Opiskeluterveydenhuolto</li> <li>▪ Kouluterveydenhuolto</li> <li>▪ Työttömien palvelut (esim. terveysstarkastukset)</li> <li>▪ Sote-keskuksen palvelut (erityisesti yleislääkäri ja psykiatrisen sairaanhoitaja)</li> </ul>
---	---	---	--

Akuuttivaiheessa asiakkaalla on tarve akuutin tai erittäin vaikean päihde- tai mielenterveysongelman stabiloimiseen. Akuutilla tai erittäin vaikealla päihde- tai mielenterveysongelmalla viitataan tilanteisiin, joissa henkilön todellisuudentaju on hämärtyntä tai henkilö on välittömän itsemurhariskin alaisuudessa. Kyseisillä asiakkailla on ongelmia myös elämän muilla osa-alueilla, mutta päihde- tai mielenterveysongelman akuutin luonteen takia kuntoutus keskittyy tässä vaiheessa varsinaiseen päihde- tai mielenterveysongelmaan ja sen stabiloimiseen tasolle, jossa asiakkaan elämänhalu ja ymmärrys elämän muiden osa-alueiden merkityksestä palaa. Nykyjärjestelmässä sairaanhoitopiirit vastaavat kyseisten mielenterveysasiakkaiden kuntoutuksesta järjestämällä psykiatrisen laitoshoidon. Akuuttivaiheen päihdeasiakkaiden kuntoutuksesta vastaavat puolestaan kunnat järjestämällä päihdelaitoshoidoa sekä lääkkeellistä korvaushoidoa.

Akuuttivaiheen jälkeen mielenterveys- ja päihdekuntoutuksen seuraava vaihe on niin sanottu elämän stabilointivaihe. Kyseisillä asiakkailla on tarve laaja-alaiselle tuelle elämän eri osa-alueissa, mutta akuuttivaiheeseen verrattuna henkilöillä on ymmärrys mielenterveys- tai päihdeongelman ulkopuolisesta elämästä. Henkilöt voivat päihde- ja mielenterveysongelmien lisäksi kärsiä esimerkiksi talousongelmista, asunnottomuudesta ja syrjäytyneisyydestä. Laaja-alaisen tarpeiden myötä henkilöiden kuntoutus koostuu useasta eri palvelusta. Asiakkaan tarpeesta riippuen asiakasta voidaan kuntouttaa esimerkiksi asumispalveluiden, kotiin vietävien palveluiden, ryhmä-, päivä-, harrastus- tai työpajatoiminnan piirissä. Lisäksi asiakkailla on usein tarve psykoterapialle, lääkeshoidolle sekä Kelan myöntämälle toimeentuloturvalle. Kuntoutuksen tässä vaiheessa tavoitteena on henkilön elämän stabilointi ja arjen hallinta. Kuntoutuksen kannalta tärkeää on kokonaisuuden suunnittelu sekä palveluiden koordinointi ja integraatio, jotta vaikuttavuus varmistetaan.

Seuraava mielenterveys- ja päihdekuntoutuksen vaihe on niin sanottu elämän normalisointivaihe. Mielenterveys- ja päihdeongelmasta toipuminen tapahtuu vasta tässä vaiheessa. Pyyntönsä on siis mielenterveys- tai päihdeongelmasta eroon pääseminen tai kroonisten mielenterveysongelmien osalta ongelman hyväksyminen ja ongelman kanssa elämään oppiminen. Lisäksi tavoitteena on saada asiakkaan muu elämä järjestykseen, joka mahdollisuuksien mukaan sisältää myös työllistymisen. Kyseiselle kuntoutuksen tasolle sijoittuu lukumääräisesti suuri määrä henkilöitä. Suurimmalla osalla henkilöistä mielenterveys- ja päihdeongelma ei ikinä kehity niin haastavaksi, että se aiheuttaisi asunnottomuutta ja työttömyyttä. Suuren asiakasmäärän takia kyseisellä kuntoutustasolla on tärkeää, että palvelut ovat saatavilla peruspalveluissa lähellä asiakkaita. Toisaalta mielenterveys- ja päihdeongelmista toipuminen on haastavaa ja vaatii erityisosaamista. Erikoislääkärinkonsultaation hyvä saatavuus ja tuki perustason toimijoille korostuvatkin kyseisellä kuntoutuksen tasolla. Kelalla

on merkittävä rooli kuntoutuksen järjestämisessä järjestämällä sekä kuntoutuspsykoterapiaa että ammatillista kuntoutusta.

Mielenterveys- tai päihdekuntoutujan kuntoutuksen viimeinen vaihe käsittää ongelmien ennaltaehkäisyä ja elämänhallinnan tukemisen. Kyseiset asiakkaat eivät siis kärsi mielenterveys- tai päihdeongelmasta, mutta heidän riskinsä sairastua on korkea. Kyseiseen asiakasryhmään kuuluu sekä henkilöitä jotka ovat aikaisemmin kärsineet mielenterveys- ja päihdeongelmista sekä henkilöitä joilla on tunnistettu olevan korkeampi riski altistua mielenterveys- ja päihdeongelmiin, esimerkiksi lastensuojelun asiakas tai työelämässä paljon mielenterveys- ja päihdeongelmia aiheuttava henkilö. Palveluita joiden piirissä ennaltaehkäiseviä mielenterveys- ja päihdepalveluita tarjotaan ovat muun muassa työterveyshuolto, opiskelu- ja koulu-terveydenhuolto, työttömien palvelut (kuten esim. työttömien terveystarkastukset) sekä sote-keskusten palvelut (erityisesti yleislääkäri ja psykiatrinen sairaanhoitaja). Kuntoutuksen järjestämisessä tärkeää on matala kynnys palveluihin hakeutumisessa ja nopea reagointi.

Yleisesti mielenterveys- ja päihdekuntoutuksessa tärkeää on, että kaikki palveluntuottajat tavoittelevat asiakkaiden siirtymistä tasolta 1 aina tasolle 4. Tämän toteutumiseksi tarvitaan kannustimia tuottajille (ja myös motivaatiota kuntoutujalle). Kuntoutuksen eri vaiheiden osalta nykyjärjestelmässä on kaksi haastavaa raja-aitaa. Ensimmäinen on siirtymä sairaanhoitopiiriin järjestämistä palveluista kunnan järjestämiin palveluihin (löytyykö asumispalvelupaikka, jossa asiakas saa tarvitsemansa tuen ja palvelut?). Toinen on asumispalveluista siirtyminen tavalliseen asuntoon ("omaan kotiin"), koska tämän asiakasryhmän on vaikea saada vuokra-asuntoja sekä vapailta markkinoilta että kunnan vuokra-asuntoyhtiöltä. Asumispalveluista tavallisiin asuntoihin siirtyvien osalta säätiöillä on merkittävä rooli asuntojen tarjonnassa.

## 6.2 Kuntoutusjärjestelmän uudistamisen suunnitteluperiaatteet

Yhteenvedona asiantuntijoiden haastatteluista sekä aiemmasta kirjallisuudesta on koottu CIMO-mallin mukaisesti yhdeksän järjestelmäinterventiota mielenterveys- ja päihdekuntoutuksen kontekstissa, joiden toteuttamisen pitäisi johtaa parannuksiin kuntoutusjärjestelmässä ja kuntoutuksen tuloksissa (taulukko 6). Jokaisesta interventiosta on kuvattu, millaisen mekanismin se laukaisee, sekä millaiseen lopputulokseen se johtaa järjestäjän ja asiakkaan näkökulmista.

### Taulukko 6. Tunnistetut järjestelmäinterventiot, niiden laukaisemat mekanismit ja vaikutukset

Intervention	Mechanism	Outcomes
Järjestämistä vastuun keskitäminen	Osaoptimointimahdollisuus poistuu; sisäänrakennettu kannustin järjestäjälle panostaa kuntoutukseen ja ennaltaehkäisyyn	Vaikuttavaan kuntoutukseen investoidaan, asiakkaiden palottelu vähenee ja väliinputoajia on vähemmän.
Kuntoutus-suunnitelman integrointi	Asiakkaan koko kuntoutuskokonaisuus suunnitellaan yhdellä kertaa, tarvittaessa moniammatillisesti ja monialaisesti, jolloin kokonaisuus on harkittu, vastaa asiakkaan tarpeita ja eri toimenpiteet voidaan ajoittaa oikea-aikaisesti. Myös asumisen ja toimeentulon turvaaminen suunnitellaan osana kuntoutussuunnitelmaa.	Palvelukokonaisuus on asiakkaalle sujuva, palvelut ovat nykyistä oikea-aikaisempia ja muodostavat harkittuja kokonaisuuksia.
Palvelutuotannon / koordinaation keskittäminen	Kun palvelutarve on laaja-alainen ja etenkin monituottajaympäristössä on tärkeää, että asiakkaalla on rinnallakulkija, joka koordinoi palvelut yhdeksi kokonaisuudeksi suunnitelman perusteella ja seuraa suunnitelman ja tavoitteiden toteutumista.	Mahdollistaa sujuvat hoito- ja palveluketjut ja edesauttaa tavoitteellisuuden toteutumista. Asiakkaan palvelukokonaisuus on sujuva. Palveluiden kustannusvaikuttavuus paranee.

Integroidut palvelut: monta osallisuuden teemaa	Jos asiakkaalla on haasteita usean osallisuuden teeman kanssa, niiden ratkaisu tulisi tehdä tarvittaessa yhtäaikaaisesti, sillä haasteet voivat riippua toisistaan. Integroidut palvelut ovat tällöin vaikuttavampia kuin yksittäisiin osallisuuden teemoihin kohdistuvat toimenpiteet.	Palvelut ovat nykyistä vaikuttavampia, kun kyseessä on haastava asiakas.
ESH-PTH -integraatio	Mahdollistaa oikeantasoisien ammattilaisen arvion ja hoidon saatavuuden: perustasolle saadaan tukea erityisosaajista (psykiatrit, sairaanhoitajat) nopeasti ja toisaalta perustasolle voidaan antaa hoitovastuu helpommista tapauksista.	Asiakas saa asiantuntevan arvion ja avun oikea-aikaisesti.
Vaikuttavuuteen perustuvien kannustimien käyttöönotto	Tukevat tuottajien tavoitteellista toimintaa painottamalla palvelun tuloksia suoritteiden sijaan. Asiakkaan kannustimet motivoivat omaehtoiseen kuntoutumiseen ja tavoitteisiin pyrkimiseen.	Palveluiden vaikuttavuus paranee, kun kaikkien kannustimet ovat linjassa ja kannustavat kohti parempia kuntoutumistuloksia.
Hyvä saatavuus / matalan kynnyksen palvelut	Nopea hoitoon pääsy mahdollistaa puuttumisen asiakkaan tilanteeseen ennen kuin ongelmat ovat kasvaneet suuriksi. Matalan kynnyksen palvelut rohkaisevat asiakkaita hakeutumaan palveluiden piiriin ajoissa. Matalan kynnyksen palvelut voivat myös rohkaista niitä, jotka tällä hetkellä eivät hakeudu palveluiden piiriin esim. leimautumisen pelosta.	Ongelmiin puuttuminen varhaisessa vaiheessa johtaa todennäköisesti parempaan lopputulokseen kuntoutujan toimintakyvyn näkökulmasta ja aiheuttaa vähemmän kustannuksia järjestäjälle.
Segmentointi (koska konteksti on monimutkainen)	Segmentointi mahdollistaa erilaisiin tarpeisiin vastaamisen tarpeeseen sopivalla tavalla (esim. kevyet tarpeet vs. raskaat tarpeet)	Palveluiden kustannusvaikuttavuus paranee, kun kohdenneetaan resursseja paremmin tarpeen mukaisesti.
Parempi tietojohtaminen	Parempi seurantatieto asiakkaan toimintakyvystä mahdollistaa sekä tavoitteellisen toiminnan ja kuntoutustoimenpiteiden vaikuttavuuden seurannan palvelutuotannossa, asiakasohjauksessa että järjestäjän päätöksenteossa. Vaikuttavuustiedon saaminen on myös edellytys kannustimien rakentamiselle.	Kuntoutuksessa siirrytään ennistä tavoitteellisempaan toimintatapaan. Palveluiden kustannusvaikuttavuus paranee.

## 7 Pohdinta: järjestelmäinterventioiden soveltaminen käytännössä

Päihde- ja mielenterveyskuntoutujien tarpeet ovat heterogeenisiä ja laaja-alaisia, ja ne katuvat usein monta osallisuuden teemaa. Kuntoutuksen palvelujärjestelmä on pirstaleinen monessa mielessä, sillä sekä palveluiden rahoittajia että tuottajia on useita. Kuntoutuspalveluita rahoittavat jatkossa maakunnat, Kela ja työeläkelaitokset ja nuorten kohdalla myös kunnat. Palveluiden rahoituksen lisäksi myös toimeentulosta ja asumisesta huolehtiminen osana kokonaisratkaisua on tässä asiakasryhmässä olennaista. Tuotanto puolestaan hajautuu sote-keskuksiin, maakunnan liikelaitokseen ja erilaisille yksityisille ja kolmannen sektorin palveluntuottajille joko Kelan ostoina tai maakunnan asiakassetelillä. Lisäksi mielenterveys- ja päihdekuntoutujia tukee kolmannen sektorin vapaaehtois pohjainen työ.

Jotta palvelujärjestelmä kykenisi mahdollisimman vaikuttavaan kuntoutumisen tukemiseen, olisi tärkeää, että

- Asiakkaiden palvelutarve tulisi tunnistettua – ja mielellään mahdollisimman varhaisessa vaiheessa
- Asiakkaat segmentoidaan palvelutarpeen ja kuntoutumisen tavoitteiden näkökulmasta, mikä mahdollistaa palvelutuotannon organisoinnin sekä tulosten seurannan
- Asiakkaalle voitaisiin laatia yksi, yhteinen palvelusuunnitelma, johon kaikki maksajat sitoutuvat
- Asiakas saa tarvitsemansa palvelut oikea-aikaisesti: palveluvalikoima on ammattilaisten tiedossa, palveluvalikoimaa kehitetään asiakkaiden tunnistettujen tarpeiden perusteella ja asiakas pääsee palveluiden piiriin. Tämä edellyttää, että asiakkaalla on vastuutaho, joka varmistaa palvelukokonaisuuden toteutumisen ja tarvittaessa tukee asiakasta.

- Asiakkaan kuntoutumista seurataan suhteessa tavoitteisiin: sekä objektiivisia mittareita (kuten opiskelun eteneminen tai työllistyminen), ammattilaisen arviota toimintakyvyn kehittymisestä että asiakkaan itse raportoimia mittareita toimintakyvystään.
- Eri toimijoilla olisi kannustimet toimia asiakkaan edun mukaisesti: rahoittajien tulisi hyötyä siitä, että asiakas kuntoutuu, palveluntuottajilla pitäisi olla kannustimia edistää kuntoutumista, ja asiakkaalla itsellään tulisi olla motivaatio ja kannustin kuntoutua.

Tässä luvussa esitetään ensin toimintaperiaatteita, joiden avulla edellä mainitut asiat toteutuvat. Tämän jälkeen pohditaan sote- ja maakuntauudistuksessa syntyviä rakenteita ja miten toimintaperiaatteet olisivat sovellettavissa uuteen palvelujärjestelmään.

## 7.1 Selvityksen rajoitteet

Mielenterveys- ja päihdekuntoutuksen kokonaiskuvan muodostamista rajoittaa käsitteiden monimuotoisuus. Erityisen haastavaan on erottaa, milloin käsitteiden yhteydessä tarkoitetaan ongelmien lääkinällistä hoitoa ja milloin kuntoutusta. Mielenterveys- ja päihdekuntoutujista ei myöskään ole olemassa luotettavaa tilastointia asiakasmääristä eikä tietoa kuntoutujien toimintakyvystä. Tähän vaikuttaa osaltaan se, että miepä-kuntoutujat ovat todella heterogeeninen joukko; keskustelu usein ajautuu koskemaan pelkästään kaikkein raskaimpia asiakkaita.

Mielenterveys- ja päihdekuntoutuksen kehittämisehdotusten konkretisointi on haastavaa, koska sote-uudistuksessa monet rakenteet ovat vielä muutostilassa, eikä kaikista ole tehty päätöksiä. Keskeisiä miepä-kuntoutusta koskevia avoimia kysymyksiä ovat esimerkiksi perustetaanko tuleviin maakuntiin keskitettyä asiakas- ja palveluohjausta ("toimintakykykeskusta"), Kelan asema ja rooli uudessa sote-järjestelmässä sekä miten kansalaisten yhdenvertaisuuden kannalta tärkeä palveluiden koordinointi järjestetään.

## 7.2 Kuntoutumistarpeen tunnistaminen ja kuntoutumissuunnitelman laatiminen

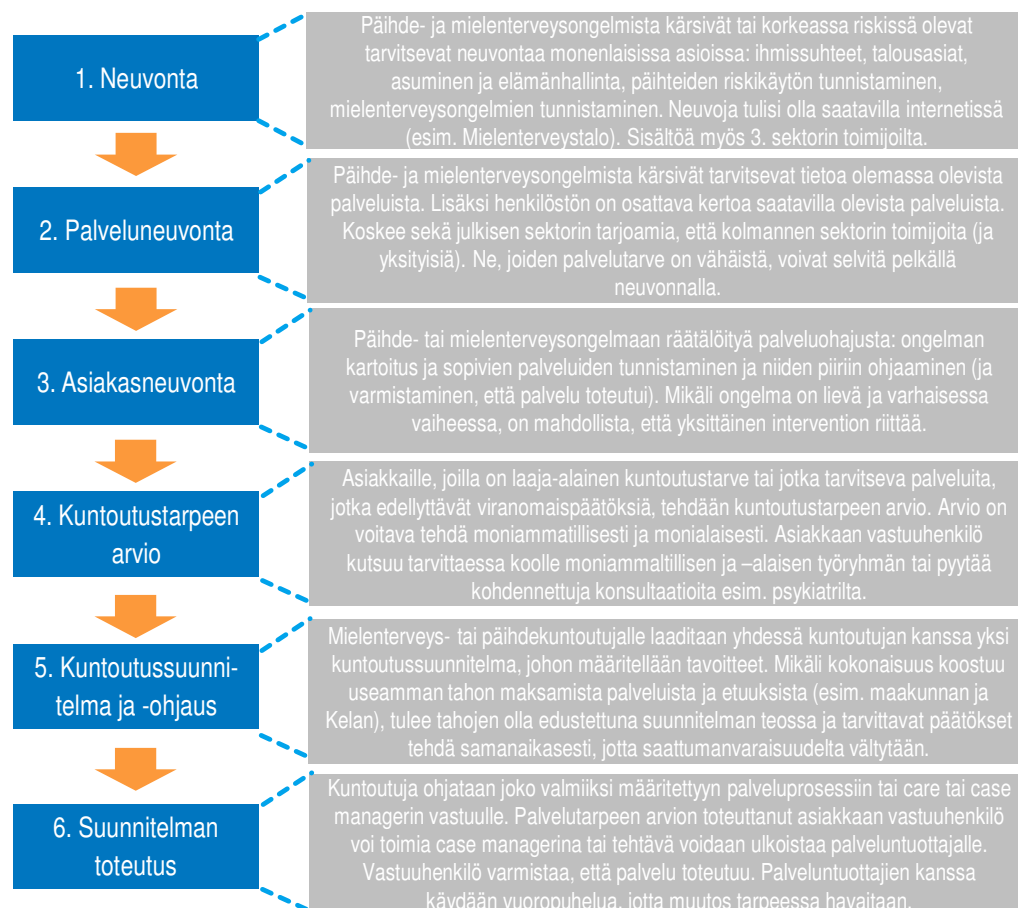
Kuntoutumistarpeen tunnistamisessa tärkeää on tunnistaa tarve mahdollisimman varhaisessa vaiheessa. Päihde- ja mielenterveysongelmissa kuntoutuminen on usein olennainen osa hoitoa. Sekä hoito että kuntoutuminen tulisi aloittaa mahdollisimman varhaisessa vaiheessa, jolloin tuloksetkin ovat yleensä paremmat. Tämä edellyttää, että järjestelmässä on matalan kynnyksen palveluita: sekä digitaalisia että fyysisiä palvelupisteitä, jotka ovat saatavilla ilman ajanvarausta ja mielellään kaikkina vuorokaudenaikoina. Etsivää ja jalkautuvaa työtä tulisi tehdä myös, sillä kaikki mielenterveys- tai päihdeongelmaiset eivät itsenäisesti hakeudu palveluiden piiriin.

Matalan kynnyksen palvelupisteessä saa palveluneuvontaa, mikä edellyttää, että asiakas-palvelijalla on tiedossa alueen palveluvalikoima. Lisäksi matalan kynnyksen palvelussa on mahdollista tehdä ensimmäinen, kevyt palvelutarpeenarvio, jonka pohjalta asiakkaat, joilla palvelutarve on suurempi ja ongelma monimutkaisempi voidaan ohjata esimerkiksi psykiatrin konsultaatioon tai laaja-alaiseen palvelutarpeen arviointiin. Päihde- ja mielenterveysongelmista kärsivien kuntoutustarvetta tulee arvioida laaja-alaisesti huomioiden kaikki osallisuuden teemat. Tämän vuoksi kuntoutustarvetta on voitava arvioida moniammatillisesti ja monialaisesti ja asiakkaalla tulisi olla vain yksi kuntoutussuunnitelma.

Jokaiselle kuntoutujalle nimetään vastuuhenkilö, jonka tehtävänä on varmistaa palvelusuunnitelman toteutuminen. Haastavissa tapauksissa kuntoutujalle nimetään case manager, joka huolehtii suunnitelman toteutumisesta kuntoutujan arjessa. Palveluntuottajien kanssa käydään jatkuvaa dialogia. Tämän avulla selviää, mikäli asiakkaan palvelutarve muuttuu ja suunnitelmaa tulisi muokata. Vastaavasti palveluohjaus viestii palveluntuottajille asiakkaiden palvelutarpeista ja mahdollisista puutteista palveluvalikoimassa. Esimerkiksi integroituja palveluita, jotka samanaikaisesti pureutuvat moneen eri osallisuuden teemaan, ei välttämättä ole valmiiksi olemassa.

Neuvonnan, kuntoutustarpeen arvion ja -suunnitelman toteuttamisen vaiheet on esitetty kuvassa 3.

**Kuva 3. Neuvonnan, kuntoutustarpeen arvion ja kuntoutussuunnitelman toteutuksen tasot**



### 7.3 Segmentointi

Asiakkaiden segmentointi edesauttaa palvelujärjestelmää tuottamaan asiakkaille näiden tarpeita vastaavia palveluita ja tuottamaan niitä kustannustehokkaasti. Mielenterveys- ja päihdekuntoutujat voidaan segmentoida sekä palvelutarpeen luonteen että kuntoutuksen tavoitteen näkökulmista.

Kuntoutuksen tarve määräytyy toisaalta ongelmien haastavuuden ja toisaalta ongelmien laaja-alaisuuden perusteella. Päihde- tai mielenterveysongelma voi olla lievä, haastavaksi kehittynyt tai jopa kriisiytynyt. Asiakkaalla voi olla ongelmia yhdessä osallisuuden teemassa tai useammassa. Tarpeen perusteella kuntoutujat voidaan jakaa neljään segmenttiin (kuva 4). Käytännössä kuitenkin haastavaksi kehittynyt ongelma yhdellä osallisuuden alueella johtaa helposti ongelmiin myös toisilla osa-alueilla, joten segmentti 2 lienee hyvin pieni.

**Kuva 4. Asiakkaiden segmentointi kuntoutustarpeen mukaan: ongelmien monimuotoisuus ja haastavuus**

<b>Yksittäisen ongelman haastavuus</b>	Korkea	<b>2</b> Asiakkaan ongelma kehittynyt haastavaksi ja tarve korkeatasoiselle substanssiosaamiselle kyseisestä aihealueesta	<b>4</b> Asiakkailla monia toisistaan riippuvaisia haastavaksi kehittyneitä ongelmia ja tarve korkeatasoiselle osaamiselle, joka kykenee huomioimaan kaikki toisistaan riippuvaiset ongelmat
	Matala	<b>1</b> Asiakkaalla tarve tuelle, mutta ei vielä vakavia ongelmia	<b>3</b> Asiakkaalla tarve tuelle useammassa ongelmassa, mutta asiakas kykenee kantamaan vastuun omasta kuntoutumisestaan kunhan hänelle osoitetaan oikeat palvelut
		Matala	Korkea
		<b>Ongelmien monimuotoisuus</b>	

Palvelujärjestelmän organisointi näiden segmenttien mukaisesti on perusteltua, sillä palvelutarve muuttuu olennaisesti ongelman muuttuessa haastavaksi ja laaja-alaiseksi. Ensimmäisen segmentin asiakkaat selviävät kevyillä palveluilla, joita voidaan tarjota osittain myös digitaalisesti, kun taas segmentissä 4 tarvitaan monialaista palvelusuunnitelmaa, tiivistä case manager –palvelua ja erikoisosaamista vaativia interventioita.

Toinen segmentointitapa perustuu asiakkaiden kuntoutumisen tavoitteisiin. Kuntoutumisella voidaan tavoitella toimintakyvyn paranemista – joskus jopa takaisin sairastumista edeltäneelle tasolle – toimintakyvyn säilymistä nykyisellään tai heikkenemisen hidastamista. Nämä segmentit yhtyvät palvelutarpeen mukaisiin segmentteihin osittain, sillä usein mitä haastavampi, laaja-alaisempi ja pitkään kestänyt ongelma, sitä useammin tavoitellaan vain toimintakyvyn säilymistä tai heikkenemisen hidastamista. Toisaalta tavoitteellisella kuntoutuspalvelulla ja asiakkaan oman motivoitumisen avulla toimintakykyä on mahdollista parantaa myös hyvin heikoista lähtökohdista.

## 7.4 Seuranta ja kannustimet

Kuntoutuspalveluiden vaikuttavuuden varmistaminen edellyttää, että asiakkaiden kuntoutumista seurataan. Seuranta tulisi tehdä suhteessa tavoitteisiin ja mahdolliset tuloksiin sidotut kannustimet tulisi suhteuttaa asiakkaan tavoitteisiin ja lähtötasoon.

Vastuuhenkilön tehtävänä on seurata asiakkaidensa kuntoutumisen edistymistä. Suunnitelmassa tulee olla määritettynä konkreettiset tavoitteet ja niille mittarit, jotta niiden toteutumisen seuraaminen on mahdollista. Mittareita on hyvä määrittää monipuolisesti: sekä objektiivisia, ammattilaisen arvioimia että asiakkaan itsensä arvioimia mittareita. Objektiivisia mittareita voivat olla esimerkiksi opiskelupaikan saaminen ja opiskelun eteneminen, työkokeiluun osallistuminen tai työhön palaaminen tai työpaikan saaminen. Ammattilaisen arvioimia mittareita ovat erilaiset toimintakykyluokitukset (esim SOFAS<sup>23</sup>). Lisäksi on tärkeää kerätä asiakkaan itsensä raportoimia tietoja psyykkisestä, fyysisestä ja sosiaalisesta toimintakyvystä. Monipuolisen seurantatiedon kerääminen takaa, että kuntoutuminen etenee sekä yksilön että yhteiskunnan kannalta mielekkääseen suuntaan. Monien erilaisten mittarien seuraaminen mahdollistaa myös sen, että jo pienet muutokset havaitaan. Esimerkiksi monet objektiivisesti mitattavissa olevat tavoitteet kuten työllistyminen voivat olla kuntoutusprosessin alussa kaukaisia tavoitteita, mutta eteneminen näkyy esimerkiksi asiakkaan itse raportoidussa ahdistuneisuuden kokemuksessa tai ammattilaisen havaitsemassa lähimuistin parantamisessa.

Pelkän seurannan lisäksi kuntoutusjärjestelmän eri toimijoilla tulisi olla kannustimet tavoitella mahdollisimman vaikuttavaa palvelua. Järjestäjillä, jotka vastaavat kuntoutuspalveluiden kustannuksista, on usein suora kannustin sitä kautta, että mikäli asiakas ei kuntoudu, joutuu järjestäjä maksamaan esimerkiksi asumispalveluista tai jopa laitospalveluista tai vähintäänä turvata toimeentulon erilaisten etuuksien kautta. Haaste syntyy silloin, kun palvelun järjestäjä ei joudu maksamaan alentuneen toiminta- tai työkyvyn aiheuttamia kustannuksia. Palveluntuottajilla tulee olla kannustimet tukea asiakkaan kuntoutumista parhaalla mahdollisella tavalla. Käytännössä tämä tarkoittaa kannustavaa korvausmallia. Nykyään esimerkiksi asumispalveluista maksetaan usein päivähintaa, mikä kannustaa ennemmin minimoimaan asiakkaiden vaihtuvuuden, eli pitkittämään asumisjaksoja kuntoutumisen nopeuttamisen sijasta. Kolmanneksi asiakkaan vastuuhenkilöllä ja asiakas- ja palveluohjausyksiköllä tulisi olla kannustimet, jotka tukevat asiakkaan kuntoutumista, jotta vastuuhenkilö aktiivisesti puuttuu tilanteeseen, jos palvelu ei johda toivottuihin tuloksiin. Julkisessa järjestelmässä kannustimia on haastava käyttää. Lopuksi myös kuntoutujalla itsellään tulee olla kannustimet kuntoutua – tai ainakaan häntä ei saisi rangaista kuntoutumisesta.

## 7.5 Kuntoutuksen periaatteiden toteuttaminen tulevassa palvelujärjestelmässä

Tulevassa sote-palvelujärjestelmässä keskeiseen rooliin nousee maakunta, joka vastaa sote-palveluiden järjestämisestä. Kelalla on nykyjärjestelmässä oma rooli sekä valikoitujen kuntoutuspalveluiden järjestämisessä ja korvaamisessa (vaativa lääkinnällinen kuntoutus, ammatillinen kuntoutus ja kuntoutuspsykoterapia) että etuuksien maksamisessa (kuntoutusraha, asumistuet sekä uusimpana perustoimeentulotuki). Uudessa sote-järjestelmässä

---

<sup>23</sup> <http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/mittariversio/88/>

perustason palvelut tuottaa sote-keskus, joka voi olla joko maakunnan oma tai yksityisen tai kolmannen sektorin palveluntuottajan ylläpitämä. Maakunnan liikelaitos puolestaan tuottaa vaativat sosiaali- ja terveyspalvelut, kuten psykiatrian palvelut, laitospalvelut, asumispalvelut ja korvaushoidon. Työelämässä oleville on lisäksi tarjolla työterveyshuollon palvelut sekä työeläkevakuuttajien kuntoutuspalvelut.

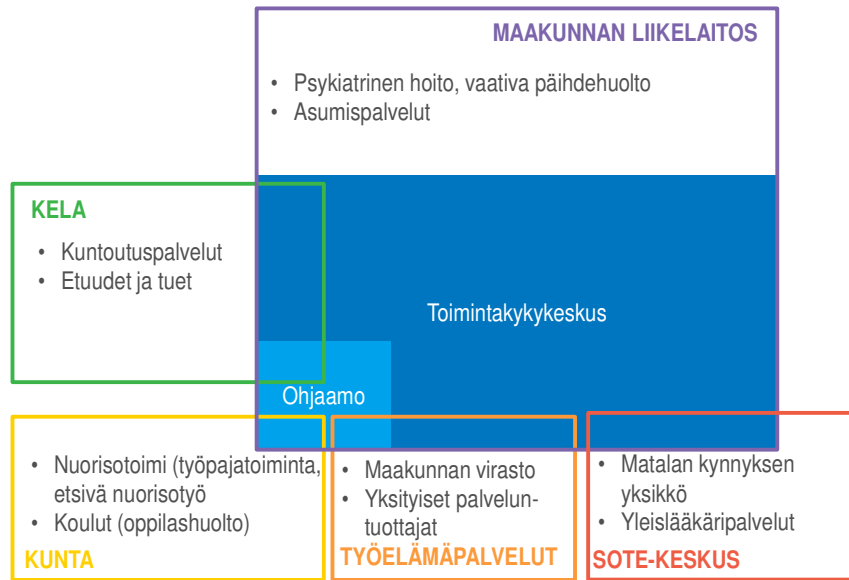
Matalan kynnyksen palvelupiste voisi sijaita sote-keskuksessa. Sote-keskuksessa myös hoidetaan lievät ongelmat, jotka selviävät psykiatrisen sairaanhoitajan, yleislääkärin ja sosiaaliohjaajan osaamisella. Myös hoidon ja kuntoutuksen keston tulisi olla rajallinen. Sote-keskuksessa myös tehdään asiakas- ja palveluneuvontaa, mikä edellyttää, että sote-keskuksen henkilöstöllä on tiedossaan alueella tarjolla olevat erilaiset palvelut, niin julkiset, yksityiset kuin kolmannen sektorin palvelut. Tämä voi olla pienille sote-keskuksille haastavaa, joten yksi vaihtoehto on, että maakunta ylläpitää sähköistä portaalaa, johon on koottu alueittain eri toimijat ja kuvattu toimijoiden palveluvalikoima esimerkiksi luokiteltuna osallisuuden teemojen mukaisesti.

Perus- ja erityistason välisen integraation toteuttaminen sote-uudistuksessa edellyttää, että erikoissairaanhoidon osaamista saadaan tuotua sote-keskuksiin. Vaihtoehtona on, että sote-keskukset itse järjestävät psykiatrin konsultaatiomahdollisuuden ja palkkaavat psykiatrisia sairaanhoitajia, mutta yhdenvertaisuuden ja osaamisen ylläpitämisen näkökulmasta voisi olla perusteltua, että liikelaitoksen psykiatrian erikoisan henkilöstö jalkautuu sote-keskuksiin. Esimerkiksi HUS-alueella toteutetuissa kokeiluissa psykiatriset sairaanhoitajat ovat tulleet erikoissairaanhoidosta terveyskeskuksiin pitämään vastaanottoa ja psykiatrit ovat olleet terveyskeskuslääkäreiden konsultoitavina sovittuina päivinä viikossa.

Mikäli ongelma on haastavampi, ottaa liikelaitos vastuun asiakkaasta. Liikelaitos vastaa psykiatrisen erikoissairaanhoidon tuottamisesta. Liikelaitokseen tarvitaan lisäksi asiakas- ja palveluohjausyksikkö, "toimintakykykeskus", jossa psykiatrian ohella voidaan arvioida asiakkaan kuntoutustarve moniammatillisesti ja monialaisesti sekä laatia yksi yhteinen kuntoutussuunnitelma. Toimintakykykeskus toimii tiiviissä yhteistyössä Kelan, työelämäpalveluiden, liikelaitoksen erityispalveluiden ja kuntien nuorisotoimen kanssa. Asiakkaalla on toimintakykykeskuksessa vastuuhenkilö, joka koordinoi suunnitelman laatimista ja kutsuu koolle tarvittavat asiantuntijat eri tahoilta. Toimintakykykeskuksen periaate on esitetty kuvassa 5.



**Kuva 5. Maakunnan toimintakykykeskuksen yhteistyötahot**



Työelämässä oleville on tarjolla työterveyshuollon palveluita, Kelan kuntoutusta sekä työeläkevuokattajien kuntoutuksia. Näiden asiakkaiden kohdalla vastuu kuntoutumisesta ja työelämään paluusta on työterveyshuollolla, työnantajalla, hoitavalla taholla sekä kuntoutujalla itsellään. Toimintakykykeskukseen ohjaaminen on ajankohtaista silloin, kun kuntoutujalla on sosiaalisen kuntoutumisen tarve tai viimeistään kun sairauspäiväraha-aika päättyy eikä työkyvyttömyyseläkettä myönnetä.

## 7.6 Miltä järjestelmä näyttää asiakkaan näkökulmasta?

Tulevaisuudessa palvelujärjestelmä näyttäytyy mielenterveys- ja päihdekuntoutujille erilaiselta kuin nyt. Keskeiset muutokset asiakkaan näkökulmasta ovat palveluiden parempi saatavuus, palveluketjujen sujuvuus ja tavoitelähtöinen palvelukokonaisuus, josta asiakkaan vastuuyöntekijä huolehtii.

Mielenterveys- tai päihdeongelmista kärsivä asukas (tai hänen läheisensä) saa internetistä tietoa erilaisten ongelmien oireista ja siitä, miten palvelujärjestelmä maakunnassa toimii ja minne voi ottaa yhteyttä. Jokaisessa maakunnassa on lisäksi fyysisiä palvelupisteitä, jonne voi mennä keskustelemaan ilman ajanvarausta. Kaikki ovat tervetulleita ja kaikkien huolia kuunnellaan.

Mikäli asukkaan ongelma vaatii hoitoa tai kuntoutusta, on palvelu tarjolla nopeasti, esimerkiksi asiakasetelillä maakunnan palveluntuottajarekisteriin hyväksytyiltä palveluntuottajilta. Myös psykiatrin tai päihdehuollon erikoisasiantuntijan arviointikäynti järjestyy matalan kynnyksen palvelupisteen kautta nopeasti, mikäli se on tarpeen. Arviointikäynti voi olla sote-keskuksessa, maakunnan liikelaitoksessa tai ulkoistetulla palveluntuottajalla järjestäjän päätöksestä riippuen.

Jos asiakkaan palvelutarve on monialainen, laaditaan hänelle yksi, yhteinen hoito- ja kuntoutussuunnitelma maakunnan toimintakykykeskuksessa. Asiakas osallistuu suunnitelman ja sen tavoitteiden laatimiseen. Suunnitelman tekemisestä moniammatillisesti vastaa asiakkaan nimetty vastuutyöntekijä toimintakykykeskuksessa, eikä asiakas joudu asioimaan monella luukulla saadakseen palveluita. Palvelut muodostavat kokonaisuuden, eikä eri palveluiden välillä on suunnittelemattomia viiveitä. Vastuutyöntekijä on yhteydessä asiakkaaseen ja palveluntuottajiin koko asiakkuuden ajan ja varmistaa, että palvelukokonaisuus toimii kuten on sovittu, ja että asiakkaan terveys ja toimintakyky kehittyvät tavoitteiden mukaisesti.

## Lähteitä ja tausta-aineistoja

- Aalto-Setälä, T., Marttunen, M., & Pelkonen, M. (2003). Nuorten päihdehäiriöiden varhaistunnistaminen - Tietoa nuorten kanssa työskenteleville aikuisille. *Kansanterveyslaitos, Mielenterveyden Ja Alkoholitutkimuksen Osasto*.
- Aalto, M. (2007). Päihdehäiriö ja samanaikainen muu mielenterveyden häiriö – kaksois- diagnoosin hoidollinen haaste. *Duodecim*, 123, 1293–1298.
- Ala-Nikkola, T., Kontio, R., Joffe, G., Pankakoski, M., Malin, M., Sadeniemi, M., ... Wahlbeck, K. (2014). Size Matters — Determinants of Modern, Community-Oriented Mental Health Services. *Int.J. Environ. Res. Public Health*, 11, 8456–8474.
- Ala-Nikkola, T., Pirkola, S., Kaila, M., Saarni, S., Joffe, G., Kontio, R., ... Wahlbeck, K. (2016). Regional correlates of psychiatric inpatient treatment. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 13(12).
- Anderson, D., McGovern, J., & Dupont, R. (1999). The Origins of the Minnesota Model of Addiction Treatment – A First Person Account. *Journal of Addictive Diseases*, 18(1), 107–114.
- Carter, A., Hall, W., & Capps, B. (2009). What is addiction? Teoksessa *Addiction neurobiology: ethical and social implications. EMCDDA Monographs, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction*, 21–29. <https://doi.org/10.2810/48676>
- Dell'Acqua, G. (1995). Trieste Twenty Years After: From the Criticism of Psychiatric Institutions to Institutions of Mental Health.
- Eläketurvakeskus (ETK). Masennus vie yhä harvemman työkyvyttömyyseläkkeelle. Tiedote 16.3.2016. <http://www.etk.fi/tiedote/masennus-vie-yha-harvemman-tyokyvyttomyyselakkeelle/>
- Findikaattori. (2017). Työkyvyttömyyseläkettä saaneet. Retrieved June 27, 2017, from <http://www.findikaattori.fi/fi/76>
- Grant, B. F., Stinson, F. S., Dawson, D. A., Chou, P., Dufour, M. C., Compton, W., ... Kaplan, K. (2004). Prevalence and co-occurrence of substance use disorders and independent mood and anxiety disorders on alcohol and related conditions. *Alcohol Research & Health- Reprint of Archives of General Psychiatry*, 61(2), 807–816. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.61.8.807>
- Haarakangas, K. (2002). *Mielisairaala muuttuu: Keroputaan sairaalan kokemuksia psykiatrisen hoidon kehittämisessä: avoimen dialogin hoitomalli*.
- Järvikoski, A. (2014). Monimuotoinen kuntoutus ja sen käsitteet. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2013:43.
- Jääskeläinen, M. (2012). *Päihdehaittakustannukset 2010*. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinninlaitos
- Kela 2017. Kelan sairausvakuutuslasto 2016. Sosiaaliturva 2017. [https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/224317/Kelan\\_sairausvakuutuslasto\\_2016.pdf?sequence=4](https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/224317/Kelan_sairausvakuutuslasto_2016.pdf?sequence=4)
- Kuussaari, K. (2010). *Katsaus ammattilehdissä suunnitelmasta käytyyn keskusteluun. Teoksessa: Partanen Airi & Moring Juha & Nordling Esa & Bergman, Viveca (toim). Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009–2015. Suunnitelmasta toimeenpanoon vuonna 2009*. Helsinki.
- Kuussaari, K., & Hirschovits-Gerz, T. (2016). Co-occurrence of substance use related and mental health problems in the Finnish social and health care system. *Scandinavian Journal of Public Health*, 44(2), 202–208.
- Mezzina, R. (2000). Deinstitutionalization and Community: A Possible Restitution. Building Bridges Conference, Auckland, March 29-31, 2000.

- Pirkola, S., Poikolainen, K., & Lönnqvist, J. (2006). Currently active and remitted alcohol dependence in a nationwide adult general population—results from the Finnish Health 2000 Study. *Alcohol and Alcoholism*, 41(3), 315–320.
- Puromäki, H., Kuusio, H., Tuusa, M., & Karjalainen, J. (2016). *Sosiaalihuoltolaki ja sosiaalinen kuntoutus - Kuntakyselyn tulokset*.
- Rajavaara, M. (2013). Kuntoutus- ja työkykypolitiikat sosiaalisina investointeina. Työvoiman tuottavuutta vai kansalaisten yhdenvertaisuutta? Teoksessa Ashorn, U, Autti-Rämö, I, Lehto, J ja Rajavaara, M (toim.) Kuntoutus muuttuu – entä kuntoutusjärjestelmä? Kelan tutkimusosasto, Helsinki
- Rush, B., Fogg, B., Nadeau, L., & Furlong, A. (2008). On the Integration of Mental Health and Substance Use Services and Systems: Main Report. *Summary Report. Canadian Executive Council on Addictions*, 128.
- Salo, M. (2016). Asumispalvelujen hankinnan kehukset - Yhteistoiminnallista mallia etsimässä. *Kuntoutus*, 4, 15–26.
- Seikkula, J., & Alakare, B. (2007). Open Dialogues. In *Teoksessa Stastny P, Lehmann P. Alternatives Beyond Psychiatry. Peter Lehmann Publishing, Berlin, Eugene, Shrewsbury*.
- Stenius, K., Kekki, T., Kuussaari, K., & Partanen, A. (2012). Päihde- ja mielenterveyspalveluiden integraatio – kirjava käytäntö Suomen kunnissa. *Yhteiskuntapolitiikka*, 77(2), 167–175.
- STM (2011). MASTO-Hankkeen (2008–2011) loppuraportti. Masennusperäisen työkyvyttömyyden vähentämiseen tähtäävän hankkeen toiminta ja ehdotukset. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2011:15
- STM. (2002). *Kuntoutusselonteko*.
- STM. (2009). *Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma - Mieli 2009-työryhmän ehdotukset mielenterveys ja päihdetyön kehittämiseksi vuoteen 2015*.
- STM. (2015). Monialainen kuntoutus - Tilannekatsaus. *Sosiaali- Ja Terveysministeriön Raportteja Ja Muistioita 2015*, 18.
- STM (2016). Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009–2015 Suunnitelman loppuarviointi ja ohjausryhmän ehdotukset. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2016:3.
- STM. (2017a). <http://stm.fi/mielenterveyspalvelut>.
- STM. (2017b). <http://stm.fi/paihdepalvelut>.
- STM (2017c) Kuntoutuksen uudistamiskomitean ehdotukset kuntoutusjärjestelmän uudistamiseksi. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2017:41
- Suontausta, P. (2016). *Mielenterveys- ja päihdepalveluiden integraatio - Mielenterveys- ja päihdehoitoa tarjoavat palvelut ja niiden ammatilliset profiilit. Tampereen yliopisto, Pro gradu-tutkielma*.
- Tammi, T. (2007). *Medicalising prohibition. Harm reduction in Finnish and international drug policy*. Helsinki.
- Tammi, T., & Stenius, K. (2014). Capabilities for handling complex substance abuse problems and its relationship to the treatment system: Using the DDCAT instrument to explore local treatment systems in Finland. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 31(1), 45–58. <https://doi.org/10.2478/nsad-2014-0004>
- THL. (2009). *Mielenterveys- ja päihdeongelmien varhainen tunnistaminen - Opas ennaltaehkäisevän työn ammattilaisille*.
- THL. (2017). <https://www.thl.fi/fi/web/mielenterveys/mielenterveyspalvelut>.

VM. (2014). *Peruspalvelujen tila - raportti 2014, 9/2014 osa II.*

Wahlbeck, K., Sailas, E., Haaramo, P., Vastamäki, M., & Joffe, G. (2017). Muutokset aikuisten ympärivuorokautisissa mielenterveyspalveluissa HUS-alueella 2012-2014. *Suomen Lääkärilehti*, 22(72), 1429–1434.

WHO. (2017). Mental disorders. Retrieved June 27, 2017, from [http://www.who.int/mental\\_health/management/en/](http://www.who.int/mental_health/management/en/)

**Haastatellut asiantuntijat:**

Matti Holi, ylilääkäri, HYKS

Matti Kaivosoja, ylilääkäri, KPSHP

Kristian Wahlbeck, Mielenterveysseuran kehitysjohtaja

Kaarlo Simojoki, ylilääkäri, A-klinikkasäätiö

Markus Paananen, terveyspalvelujen johtaja, Kerava

Timo Liukkonen, mielenterveys- ja päihdepalveluiden vastaava ylilääkäri, Essote

Leena Karjalainen, perusturvajohtaja, Tornio

Marja Mustonen, Työkäisten palvelujen johtaja, Vaasa

Matti Järvinen, psykososiaalisten palvelujen päällikkö, Pori

Sami Pirkola, sosiaalipsykiatrian professori, TaY

Jesper Ekelund, toimialajohtaja, TYKS

Airi Partanen, kehittämisspäällikkö, THL

Kristiina Kuussaari, erikoistutkija, THL

Tuukka Tammi, kehittämisspäällikkö, THL

Timo Salmisaari

## Liite III.1: KUNTOUTUS KUULUU KAIKILLE - Kohti tulevaisuuden mielenterveys- ja päihdekuntoutuksen järjestelmää

Timo Salmisaari

### Aluksi

Tämä asiantuntijanäkemyks on osa valtioneuvoston kanslian rahoittamaa tutkimushanketta, jonka tavoitteena on tukea kuntoutuksen uudistamiskomitean työskentelyä kuntoutusjärjestelmän tutkimuksella. Hallituksen ohjelma sisältää kuntoutusjärjestelmän kokonaisuudistuksen ja STM on asettanut tätä tehtävää varten kuntoutuksen uudistamiskomitean. Selvityshankkeen kokonaisuudesta vastaa Nordic Healthcare Group. Asiantuntijanäkemyks perustuu kirjoittajan omaan kokemukseen päihde- ja mielenterveyskuntoutuksen uusimisesta järjestelmätasolla Eksotessa. Näkemystä on täydennetty relevantilla kirjallisuudella. Raportin tavoitteena on etenkin kirjata ne perusteet, joiden pohjalta mielenterveys- ja päihdekuntoutuksen järjestelmää voidaan tulevaisuudessa uudistaa. Tavoitteena on myös kuvata mielenterveys- ja päihdekuntoutuksen palveluintegraatiota. Näkymä on hyvin analoginen muiden kuntoutuksen osa-alueiden kanssa. Ilman syvällistä ja toimivaa integraatiota kuntoutuksen sisällölliset ja taloudelliset haasteet eivät ole ratkaistavissa.

Toivon tuottavani jotain lisäarvoa sille vastuulliselle ja ansiokkaalle työlle, jota minulla on ollut etuoikeus seurata osana tätä ryhmää. Minulle kuntoutusideologia on tapa ajatella ja siihen kuuluvat oikeastaan kaikki elämän osa-alueet. Näin ollen suurimmasta osasta artikkelia voisi poistaa mielenterveys- ja päihdekontekstin rajaavana.

Maailma muuttuu, mutta toivottavasti kuntoutusajattelun taustalla olevat osallisuuden ylläpito ja lähimmäisyyden tuki pysyvät kehityksessä mukana. Parhaimmillaan digitalisaation myötä saatava tuottavuuden kasvun tulos voidaan sijoittaa näiden vaalimiseen hallinnon rakenteista ja palvelujen järjestämistä riippumatta.

### Kuntoutuksen laaja-alaisuus

Kuntoutus tulisi käsitteenä ymmärtää hyvin laajasti. Sen tavoitteet liittyvät lääketieteellisten seikkojen lisäksi psykososiaalisiin teemoihin ja edelleen yhteiskunnalliseen osallisuuteen. Tämä kytkeytyy yhteiskuntakoheesioon, millä tarkoitetaan yhteiskunnan koossa pitämistä ja sitä rikkomaan pyrkivien voimien vastustamista. Ympyrä sulkeutuu, kun todetaan yksilöiden mahdollisimman **hyvän elämän** tukemisen olevan yhteydessä yhteiskuntarauhan tukemiseen.

Kuntoutus on toimintakyvyn ylläpidon kautta myös toimijuuden ylläpitoa ja palauttamista ja näin suoraan yhteydessä ihmisarvoon. Yhteiskunnassa työ tai oikeammin työtä muistuttavat olosuhteet ovat keskeinen toimijuuden reitti. Tämän myötä yksilö integroituu ympäröivään

kollektiiviin, samaistuu toisiin ihmisiin sekä tuo perheensä ja muun lähiverkostonsa osaksi yhteiskuntaa, joka näin muuttuu jäsenilleen yhteiseksi.

Yksinkertaisimmillaan kuntoutuksen tavoitteena voidaan katsoa olevan **arjen sujuminen** ja teeman tulisi olla läsnä kaikessa yhteiskunnallisessa toiminnassa. Yhteiskuntasuunnittelu kaavoituksineen, asumismukavuus, peruspalveluiden järjestäminen, oikeus työhön ja elinympäristön viihtyvyys ovat kaikki arjen sujuvuuteen vaikuttavia tekijöitä ja näin määrittämässä yhteiskuntaa, joka koostuu yksilöistä verkostoineen.

Monien asiakasryhmien sairauksille on ominaista, että hoidon ja kuntoutuksen erottaminen toisistaan on vaikeaa ja epätarkoituksenmukaista, usein jopa mahdotonta. Kuntoutus mielletään usein erilliseksi pitkäaikaissairauksiin liittyväksi lääketieteellispainotteiseksi toimintatavaksi. Käsite on kuitenkin läsnä kaikkialla ja sen tulisi olla **moniteemainen ja -alainen lähestymistapa**, joka käsittää yksilöä ympäröivät psykososiaaliset ulottuvuudet. Kuntoutuksellisen ajattelun tulisi käynnistyä ensikontaktista ja koskea elämän koko kirjoa.

Aiheen terminologian määrittely ja käyttö eivät ole yhtenäisiä eivätkä johdonmukaisia. Erityiset haasteet ja väärintymmärrykset esiintyvät akseleilla aktiivinen – passiivinen ja subjekti – objekti. Tässä esityksessä kaikki kuntoutuksen terminologia pitää sisällään asiakaslähtöisyyden objektiivisuuden, jos ei toisin todeta. Lähtökohtana on aina subjektiivinen palvelutarve ja sen sisältämät merkitykset ja kokemukset. Asiakas on prosessissaan **aktiivinen toimija**, joka itse määrittelee kuntoutuksen tavoitteet, muodot ja sisällöt.

**Kollaboratiivinen empirismi** on psykoterapeutti Jeffrey Safranin lanseeraama, myös kuntoutukselliseen ajatteluun sopiva käsite. Sana collaboration on enemmän kuin co-operation, mutta vähemmän kuin friendship. Empirismillä tarkoitetaan maailman havainnoimista asiakkaan silmin. Lähestymistapa tuo luonnostaan palvelutarpeen toteutumisen kannalta keskeisiä elementtejä, kuten myötäelämisen, samaistumisen ja rinnalla kulkemisen. Palvelutarpeita, niiden kytköksiä ja palveluiden toteutumista pyritään havainnoimaan asiakkaan silmin. Eteneminen tapahtuu perusteltujen ja kansalaisen hyväksymien ehdotusten myötä eikä ylhäältä tulevien protokollien tai perinteeseen nojautuvien automaatioiden ohjaamina.

Kun psykiatrisen potilaan hoitotapahtumat käynnistyvät ensimmäisen hoitokontaktin myötä, subjektiivista palvelutarvetta on perinteisesti tarkasteltu vallitsevan organisaatiokohtaisen hoitojärjestelmän kautta. Yksilön elämässä on kuitenkin tapahtunut paljon jo ennen palvelutarpeen syntymistä. Aivojen fysiologia, yksilön kehityshistoria, transgeneraationaaliset teemat, yhteiskunnalliset tekijät tai jotkut muut seikat ovat voineet johtaa monitekijäisiin ja ketjuuntuneisiin osallisuutta ylläpitävien teemojen vajavaisuuksiin - eräänlaiseen ongelmaryppäeseen.

Kovin tavallista on, että mielenterveys- ja päihdeongelmista kärsivien yksilöiden elämäntilanteessa on mukana elämänhallinnan ja niiden valmiuksien vajeita, kuten sosiaalisten taitojen puutteista seuraavia vuorovaikutuksen rajoituksia, jotka kytkeytyvät asumisen ongelmallisuuteen sekä taloudellisiin vaikeuksiin. Nämä taas altistavat hyväksikäytölle ihmissuhteissa, epäterveellisille elämäntavoille, hoitojen laiminlyönnille, perheongelmille, työllistymisen rajoituksille ja lisäkoulutuksen hankkimisen vaikeuksille. Kaikki edellä mainitut tekijät ovat elämänhallinnan rajoitteita ja taloudellisille ongelmille altistavia tekijöitä. Syy-seuraussuhteet ovat yksilöllisiä ja hyvin monimutkaisia. Ne muodostavat **systemisen ongelmien ekosysteemin**. Tämän purkaminen ilman osatekijöidensä huomioimista jää vajavaiseksi.

Kuntoutuksen monialaisen palvelujärjestelmän tulisi huomioida ulottuvuudet, joiden kautta sen rajoitukset syntyvät. Toiminnan ydin on **asiakaslähtöisyys**, jonka toteutuminen tulisi varmistaa **ruohonjuuritasosta**. Näiden kahden teeman konkreettinen tavoittaminen ja kohtaamisen onnistumiset ovat järjestelmän kannalta fundamentaalisia. Paradoksaalisesti näiden teemojen kohtaamisen varmistaminen ei toteudu systemaattisesti. Asiakaslähtöisyyden hahmottaminen voi myös olla peräisin hallinnon rakenteista tai yksittäisten työntekijöiden oletuksista. Pahimmillaan se voi edustaa projektivista identifikaatiota, jossa omat tai organisaation tarpeet heijastetaan asiakkaaseen ja toiminta määrittyy tämän illuusion mukaan pohjimmiltaan työntekijä- tai organisaatiolähtöisesti.

Seuraava huomioitava ulottuvuus on **alueelliset tekijät**. Tuskin on mahdollista luoda yhtä, ylätasolta tulevaa järjestelmää kaikkialle maamme, vaan juuri ruohonjuuritasolta tulevat havainnot luovat ja ohjaavat alueellisen järjestelmän toimivuutta. Organisaatioille merkittävä haaste on saada perinteinen **hallintorakenteisiin nojautuva toiminta** ja yksilölliset tarpeet kohtaamaan. Organisaation onnistuminen syntyy alhaalta päin, kun monesti ajatellaan sen valuvan ylätasoon rakenteista alaspäin. Keskeinen haaste tulevaisuuden palvelurakenteille ovat **hankintaosaaminen ja sen taustalla oleva sopimusosaaminen**.

Palvelukokonaisuuden toteutus vaatii uudenlaisen palvelurakenteen, jossa ajurina toimii **subjektiivinen palvelutarve**. Tämä voidaan toteuttaa sitouttamalla henkilöstö hallinnollisten yksiköiden sijaan yksittäisiin toimintoihin, jotka vastaavat asiakkaiden konkreettisten tarpeisiin. Näin organisaatorakenne syntyy alhaalta päin mahdollistaen uudenlaisen ketteryyden ja prosessivalmiudet. Care ja case managementin määrittely ja järjestäminen sekä niiden johtaminen ovat onnistumisen avaintekijöitä. Erityisesti haasteena on määritellä palvelutarpeiden mukaisiin teemoihin vastaaminen toimintokohtaisesti ja houkutella sekä sitouttaa eri toimijat siihen.

Mitä enemmän palvelutarve koostuu eri teemojen kombinaatiosta, sitä enemmän tilanne asettaa haasteita lähestymistavoille ja käytettäville työkaluille. Care ja case management-mallit tulisi toteuttaa keskitetysti vakioidun motivoivan ja dialogisen palvelutarpeen arvion jälkeen. Kuntouttavan valmennuksen osat tulisi rakentaa hierarkkisesti yksilön tarpeisiin perustuen. Kuntoutuspolun toteutusta rikkovaa ja asiakkaan voimavarat sivuuttavaa etenemistä tulisi välttää. Erityisen haasteellista tämä on nuorilla. Oleellista on välttää pettymyksiä aiheuttavaa kiiruhtamista ja toisaalta turhautumista seisovan veden tilanteeseen.

Puhummeko lääketieteellisestä, sosiaalisesta vai psykososiaalisesta kuntoutuksesta? Näiden termien sisällöstä on monenlaisia keskenään eroavia määritelmiä. Pohjimmiltaan erot ovat kuitenkin semanttisia, sillä kuntoutusajattelun tulisi kattaa kaikki elämän osa-alueet. **Psykososiaalinen** kuntoutus on terminä ehkä kattavin ja tarkoituksenmukaisin, kun yhdistetään yksilön terveydentila, osallisuus ja yhteiskuntaan kiinnittyminen sekä subjektiiviset kokemukset ja merkitykset.

On kuitenkin syytä todeta, että paraskaan palvelujärjestelmä, jossa on korkeatasoinen toiminta ja motivoitunut henkilöstö, ei pysty auttamaan kaikkia. Puolesta tekemisessä tulevat rajat vastaan pian ja liiallinen puuttuminen voi karkottaa asiakkaita, jolloin menetetään mahdollinen myöhemmin tuleva muutoksen mahdollisuus. Palvelujärjestelmä voi



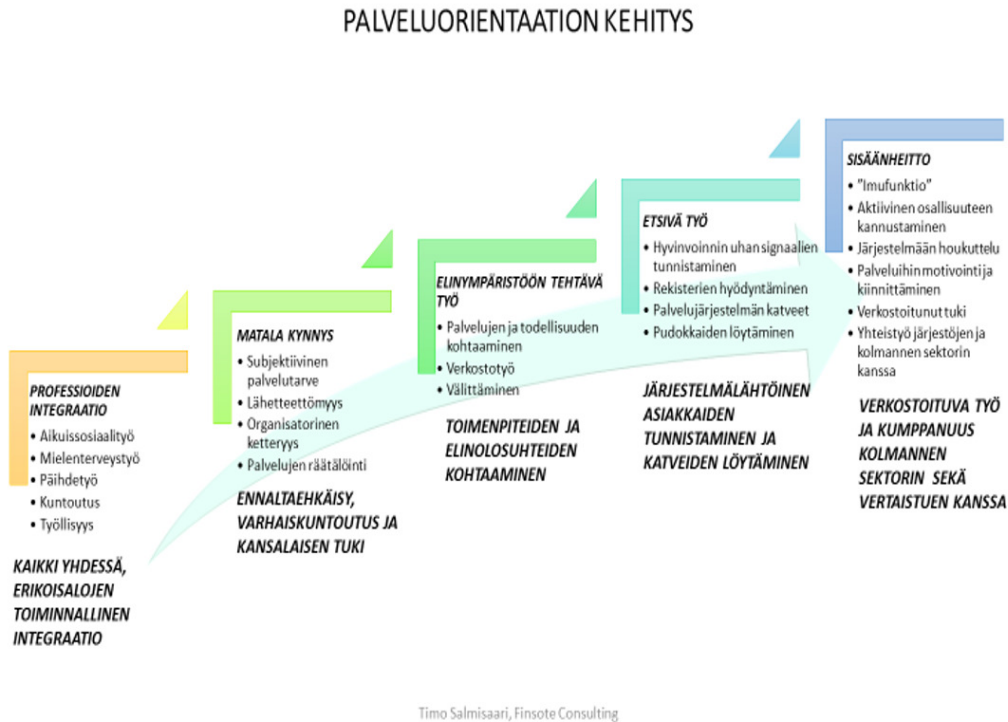
parhaimmillaankin vain **mahdollistaa** toisenlaisen elämän ja antaa välineitä kohtalon uuteen määrittelyyn. Palvelujärjestelmän tulisi kaikessa toiminnassaan pyrkiä jättämään itsensä positiivinen, auttamisen valmiuden sisällään pitämä mielikuva. Se voi olla siemen, jota voidaan kasvattaa yhdessä, kun olosuhteet ovat suotuisat. Toivon ylläpitäminen on osa yhteiskuntavastuuta.

## Palvelujärjestelmän kehittäminen ja kuntoutusideologia

Mistä löytyvät kuntoutuksellisesta ideologiasta ja kuntoutuksen toimintatavoista hyötyvät asiakkaat? Vastaus on, että ne löytyvät kaikkialta ja mistä vain, mikäli jokaisen palvelukontaktin yhteydessä kuntoutuksellisesta ajattelusta tehdään entistä enemmän poikkiorganisatorista toimintaa erikoisalaorientaation sijaan.

Alla oleva kaavio kuvaa Eksoten yhden tulosalueen asiakasorientaation kehitystä. Toimintaidologia ja strategia määriteltiin yhdellä sanalla **Tervetuloa**. Asiakkaiden pääseminen sisään toi suuren asiakasmäärän ja uusien asiakkaiden lisäksi aiempaa suuremman yhteyden kollektiiviin palvelutarpeisiin, järjestelmän katvealueisiin ja ennen kaikkea palveluiden suurkuluttajien ja järjestelmäpudokkaiden maailmaan. Kaikkia näitä teemoja ja niihin sisältyviä asiakassegmenttejä yhdistää kuntoutustarpeen arvion ja modernisoituvan kuntoutusjärjestelmän palveluiden tarve.

Kuva 1. Palveluorientaation kehitys



Aluksi uuden maakunnallisen mallin käynnistytyä palvelut suunnattiin järjestelmässä jo oleville identifioituille asiakkaille (**Professioiden integraatio**) kaikkien toimialueiden voimat yhdistäen. Tavoitteena oli hävittää vanhoja siloja ja raja-aitoja ja pyrkiä samalla hallitsemaan väistämättä syntyviä uusia rajapintoja.

Kun sisäänpääsykriteereiden määrittelystä siirryttiin Tervetuloa-ideologiaan (**Matala kynnys**), palvelutuotantoa ohjasivat subjektiiviset palvelutarpeet. Kuka vain voi tulla milloin ja minkä vuoksi vain. Sitä tehtiin, mitä tarvittiin ja pyrittiin luomaan, mitä ei ollut.

Sairaalapaikkojen puolittamisen mahdollistamiseksi luotiin korvaavia ja laitospalveluiden tarvetta ennakoivia ja vähentäviä palveluja, joista **elinympäristöön tehtävä työ** oli keskeisin. Tällöin palvelutuotantoa ohjasivat palvelujen ja arjen yhteensopivuuden ja kohtaamisen varmistaminen sekä omaisten ja muun verkoston tapaamisen hyödyntäminen luonnollisissa olosuhteissa. Asiakkaan maailmaan menemisellä oli tarkoitus myös osoittaa arvostusta ja viestittää uudenlaista kumppanuutta, kollaboratiivisuutta. Pohjimmiltaan kyse on räätälöidystä, modernisoidusta ja verkostot hyödyntävästä perinteisestä kotihoidosta.

**Etsivä työ** oli sängen looginen kehitysvaihe, kun helppo palveluihin pääsy tarjosi uudenlaisen ja entistä selkeämmän näkymän organisaation vastuulla olevaan asiakaskuntaan. Tällöin oli mahdollista havainnoida ja hahmottaa aiemmin havaitsemattomia ja vaikeita signaaleja, jotka saattaisivat ennakoita tulevaa palvelutarvetta tai kehityksessä olevaa monien ongelmien kokonaisuutta. Tämän jälkeinen looginen kehityssuunta oli **sisään heitto** eli pyrimme löytämään yhteistyökumppaneidemme avulla järjestelmän ulkopuolella olevien

kansalaisten palvelutarpeita ja saamaan heidät palvelujärjestelmän piiriin, toki aiempaa heitä tukevaa toimintaa hylkäämättä. Keskeisiä toimijoita tässä orientaatioissa olivat kirkko ja muut uskonnolliset yhteisöt, kolmas ja neljäs sektori sekä järjestöt.

Kuntoutus on poikkiorganisatorisuutta, joka tulee suunnata kaikkeen toimintaan. Näin ollen sen toimenpiteitä aktivoivien herätteiden tulee olla läsnä kaikkialla palvelujärjestelmässä ja sen rajapinnoilla - vauvasta vaariin ja ensimmäisestä puhelusta viimeiseen henkäykseen.

## Osallisuuden teemat palvelujärjestelmän rakenteiden määrittämisessä

Kuntouttamisen tulisi fokuoittaa osallisuuden tavoitteluun perustuen yksilön palvelutarpeisiin ja näiden tavoittamisen tulisi implementoitua palvelujärjestelmän hierarkkisessa rakenteessa. Riittävän varhainen palvelu- ja kuntoutustarpeen tunnistaminen asettaa uudistumisen vaatimuksia erityisesti palvelujärjestelmän alkupäälle. On itsestään selvää, että toiminnan lähtökohtana on mahdollisimman helppo järjestelmään pääsy. Tämä ei kuitenkaan riitä. Ilman tarkoituksenmukaisia jatkotoimintoja ja niiden prosesseja sallivia rakenteita järjestelmän toimimattomuus vain siirtyisi ulkopuolelta sisemmäksi. Sisäisten jonojen myötä syntyisivät resursseja kuluttavat ja hajaannusta aiheuttavat sisämarkkinat. Liian yksioikoisten ja kapeiden ratkaisujen myötä subjektiiviseen palvelutarpeeseen ei edelleenkään vastattaisi ja kansalainen saattaisi kokea tulleen petetyksi. Palveluissa ollaan, mutta mitään konkreettista tai hyödyllistä ei tapahdu.

Palvelutarpeiden riittävän varhainen havainnointi, oman hyvinvoinnin vaalimiseen motivointi ja varhaiskuntoutukselliset ulottuvuudet mahdollistava järjestelmä edellyttää painottamista ns. alkupään palveluihin. Ohessa on esitys niiden rakenteiseksi hierarkiaksi sekä kunkin portaan sisällöllinen kuvaus:

### Taulukko 1. Palvelutuotannon portaikon määrittelyä

TOIMINTO	SISÄLTÖ
MATALA KYNNYS	Tervetuloa, kuka vain, milloin vain ja minkä asian kanssa vain
NEUVONTA	Autonomiata ja valinnan vapautta tukeva informointi
PALVELUNEUVONTA	Palvelujen informaatio - mitä on tarjolla missäkin
ASIAKASNEUVONTA	Oikean paikan valinta ja palvelutarpeen arvion valmistelu
PALVELUTARPEEN ARVIO	Odotusten ja palvelujen yhteen saattaminen
ASIAKASSEGMENTOINTI	Tarpeisiin ja kiireellisyyteen perustuva palveluihin suuntaaminen
PALVELUOHJAUS	Järjestelmään ohjaaminen ja kiinnittäminen
LOGISTIIKKA	Asiakassegmenttien vastaanotto ja hallinta
PALVELUTUOTANNON PROSESSIT	Sovitut toimintamallit ja käytännöt
ELINYMPÄRISTÖÖN TEHTÄVÄ TYÖ	Elämän ja palvelutuotannon kohtaamisen varmistaminen

Kun nämä rakenteet ristiintaulukoidaan osallisuuden teemojen kanssa alla olevan kaavion mukaisesti, syntyy palvelulupausta ylläpitävä alueellinen palvelu- ja prosessikartta:

## Kuva 2. Hahmotelma alueellisesta palvelu- ja prosessikartasta

OSALLISUUDEN TEEMA/ TOIMINTO	TERVEYS	MIT JA PÄIHTEET	TYÖLLISYYS JA TYÖKYKY	TALOUS	ASUMINEN	PERHE JA IHMISSUHTEET	OPISKELU JA KOULUTUS	ELÄMÄNHALLINNAN VALMIUDET JA KANSALAISTAIDOT	SOSIAALISET TAIDOT JA VALMIUDET	MUUT TEEMAT
MATALA KYNNYYS										
NEUVONTA										
PALVELUNEUVONTA										
ASIAKASNEUVONTA										
PALVELUTARPEEN ARVIO ml. Hoidon tarpeen arvio										
ASIAKAS- SEGMENTOINTI										
PALVELU- OHJAUS										
LOGISTIIKKA										
PALVELUTUOTANNON PROSESSIT										
ELINympäristöön TEHTÄVÄ TYÖ										

Samalla muodostuu palvelujärjestelmän käyttäjän ja siinä työskentelevän henkilöstön kanalta **palveluarkkitehtuuri**. Palvelualustan kutakin neliötä klikkaamalla löytyvät kyseisen toiminnon kohdalta sen alueelliset:

- Toimijat yhteystietoineen.
- Sisällöt, palvelukuvaukset ja palveluiden tuottajat.
- Prosessit kuvauksineen ja rajapintoineen.
- Lähettämiskäytännöt sekä mahdollisesti konkreettinen lähettäminen nappia painamalla.

Tulevaisuuden organisaation rakenteissa tulisi korostua portaittaisuus ja toimintolähtöisyys. Kaikki lähtee subjektiiviset palvelutarpeet kohtaavista ja niihin vastaavista arvoa tuottavista konkreettista ja hallituista tapahtumista. Perinteisen hierarkkis-organisatorisen toiminnan tulisi korvautua asiakaskohtaisilla arvoa tuottavilla ketjuilla.

## Kuntoutuksen alueellinen järjestäminen

Kuntoutuksen temaattiseen haasteellisuuteen sisältyy operatiivisen toiminnan määrittely. Kysymyksiin mitä, missä, kuka ja milloin tulisi määrittää konkreettiset operatiivisen tason vastaukset. Alla on esiteltyä neliportainen alueellinen kuntoutuksen toimintamalli sisältöineen:

- 1) **Kuntoutuksen alueellinen Mindset (ideologiset linjaukset ja strateginen ohjaus)**

- ”Kuntoutus kuuluu kaikille” -kulttuuri – miten se tapahtuu meillä? Jokaisen organisaation tulisi kyetä määrittelemään eri tasoilla, miten ideologia jalkautetaan. Erityisesti kyse on johtamisen ja strategisen etenemisen haasteesta.
  - a. Ideologian määrittely ja edistäminen organisaatiokohtaisesti (Johtamisen teemat).
  - b. Organisaatioiden rakenne, sen poikkiorganistoriset ja integratiiviset ratkaisut (esim. aikuissosiaalityö).
  - c. Toimintamallien verkostot (somaattiseen sairastamiseen liittyvä psyykkinen kuorma, pitkäaikaistyöttömien tuki, sisältölähtöiset ryhmätoiminnot, kuten sosiaaliset taidot, elämän hallinta, kansalaistaitojen päivitys).
  - d. Rajapinnat ylittävät ekosysteemit, kuten työvoimahallinto ja elämän hallintaa tukevat verkostot (ystäväpalvelut, esim. SPR, arjen sujuvuus, esim. Martat).

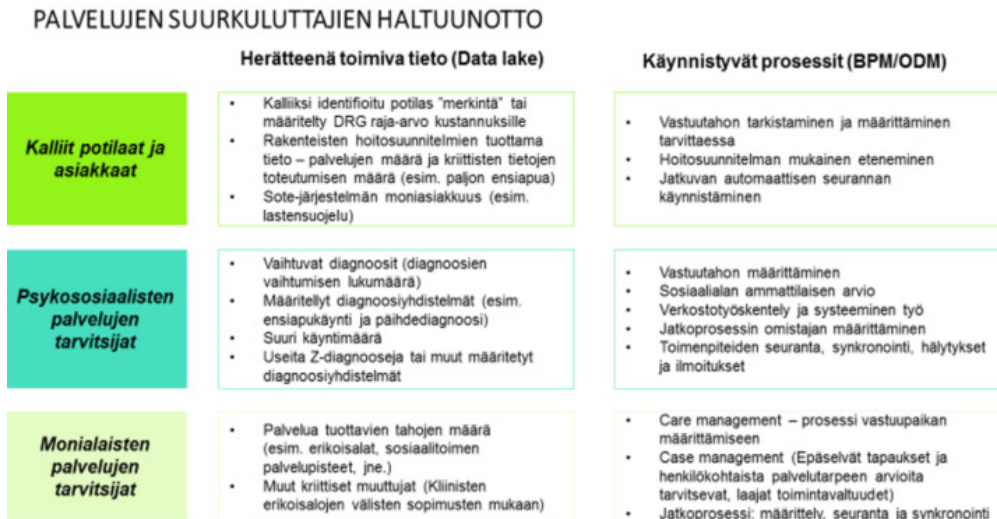
## 2) **Erikois- ja erityisalakohtaiset prosessit ja toimintamallit**

- Mitä kuntoutuksellinen ote tarkoittaa eri yksiköissä ja miten se implementoidaan niissä:
  - a. Logistiset sopimukset ja ratkaisut (Matala kynnys ja palveluohjaus, arviointiprosessien yhdenmukaisuus, sovitut mittarit, konsultointikäytännöt ja -väylät, kuntoutussuunnitelmien rakenne).
  - b. Hoito- ja palveluketjut - kuntoutuksen rooli niissä; herätteet ja ohjaus.
  - c. Käypä hoito -suositusten ekspressoituminen, sen alueelliset sovellukset ja täydennykset.
  - d. Erikoisalakohtaisen monialaisen toiminnan järjestäminen ja asiakaskohtaisen verkoston ylläpito.
  - e. Rajapintojen hallinta - Logistiikka, prosessit ja yhteistyöfooromit. Havaintojen hyödyntäminen ja katveiden eliminointi.

## 3) **Monialaisuus ja organisaation sisäiset prosessit**

- Palvelujen suurkuluttajien tunnistamiseksi tarvitaan tietoallas -tyyppisiä ratkaisuja sekä edelleen yhdistetyn tiedon ja sen varastoihin asetettujen herätteiden hyödyntämistä. Nämä asiakkaat on syytä ohjata kuntoutuksellisten prosessien tarpeiden arviointiin.
- Tavoitteina ovat asiakaskohtaisten verkostojen kokoaminen ja ratkaisujen tekeminen, case managementin rakentaminen ja toteutus sekä poikkiorganistoriset prosessit ja niiden omistajuus.
- On tärkeää ymmärtää käsitteiden monialaisuus ja moniammatillisuus välinen ero on. Monialaisuus rakentuu eri alojen näkemysten ja osaamisten asiakaskohtaiselle tarkoituksenmukaiselle integroimiselle. Moniammatillisuus pitää sisällään työpaikkademokraattisia, järjestöpoliittisia ja vallan jakoon sidoksissa olevia teemoja. Monialaisuus on vaikea toteuttaa ilman moniammatillisuutta, mutta moniammatillisuus ei takaa monialaisuutta. Lisäksi monialaisuus sisältää paremmat valmiudet oppimiselle ja rajapintojen hallinnalle.

### Kuva 3. Palvelujen suurkuluttajien haltuunotto



Timo Salmisaari, Matias Korin ©

#### 4) Keskitetty alueellinen psykososiaalisen kuntoutuksen toiminto

Tämä voi olla joko rakenne tai toimintamuoto ympäröivien organisaatioiden ja alueellisten määritelmien mukaisesti. Toiminto muodostaa alueellisen perälaudan sekä yksilöettä organisaatiotasolla tapahtuvan toiminnan osalta ja ottaa kopin kaikista alueen asukkaista määritellyn minimitason mukaisesti. Sille kuuluvat myös verkostojen ja ekosysteemien ylläpito ja kehittäminen.

Kyseisen tason tulisi kiinnittyä tiiviisti kohdan 3 sisältöön tai jopa yhdistyä sen kanssa. Toiminta rakentuu jo aiemmillä tasoilla tehtyyn teemakohtaiseen perustyöhön ja jatkuviin havaintoihin perustuvaan vuoropuheluun verkoston ja ekosysteemin kanssa. Haasteena on saada riittävä toimivalta mm. palveluarkkitehtuurin ja ekosysteemien ylläpitoon. Järjestelmäpudokkailla ja ylipäättään puutteellisesti toimivilla prosesseilla on merkittävä rooli kunkin järjestäjän näkyvässä omaan maakunnalliseen maisemaansa. Myös tälle tasolle tarvitsee määritellä:

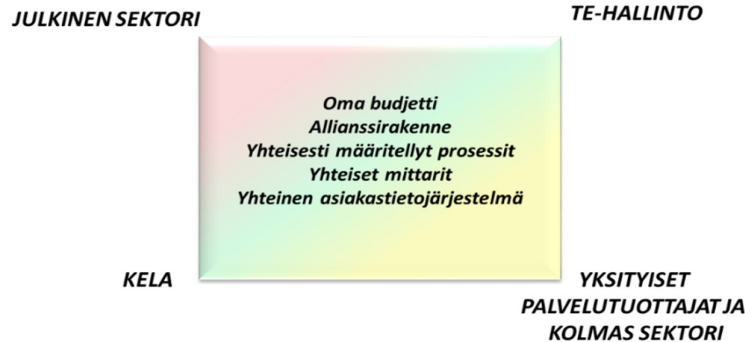
- Asema ja johtaminen, erityisesti suhte edelliseen kohtaan 3.
- Rakenne, erityisesti poikkiorganisatorisen toiminnan järjestäminen
- Lähettämiskriteerit (erityisen tärkeää, jotta toiminnosta ei tule pelkkä jatkohoitopaikka)
- Logistiikka, jonka haasteena on inputin ja outputin suhde
- Segmentointi sekä asiakkaat että toiminnot
- Sopimukset: Muut maakunnan, yksityissektori, järjestöt ja kolmas sektori.

Yksi ratkaisumahdollisuus järjestelmän koordinaation lisäämiseksi ja päällekkäisyyksien poistamiseksi on luoda yhteisorganisaatio keskeisimpien toimijoiden kanssa (katso kuva alla). Eri alueilla on ollut toiminnassa virallisia ja epävirallisia työryhmiä sekä yhteistyöfoorumia, mutta näiden toimintaa ovat leimanneet riittämättömät valtuudet, perinteisten

organisaatorajojen (erikoissairaanhoido – perusterveydenhuolto – sosiaalityö) asettamat rajoitukset ja kokonaisuuden järjestäytymättömyys.

Organisaation johtaminen tulisi ratkaista alueellisesti. Vaihtoehtoina ovat oma itsenäinen tai kohdan 3 mukaisen monialaisen toiminnan kanssa yhteinen johto. Mahdollinen toimintamalli voisi olla alla olevan kuvan mukainen yhteisorganisaatio, jonka keskeiset toimintaperiaatteet on esitetty keskilaatikossa:

**Kuva 4. Yhteisorganisaation keskeiset toimintaperiaatteet**



## Mielenterveys- ja päihdekuntoutuksen erityispiirteitä

Asianmukaiseen mielenterveys- ja päihdehoitoon kuuluvat alueelliset verkostot hyödyntävä sosiaalityö sekä hyvä lääketieteellinen toiminta, joka perustuu asianmukaisiin tutkimuksiin ja diagnoosien asettamisiin. Päihdekuntoutuksessa korostuvat hieman erilaiset psykososiaaliset teemat, mutta pohjimmiltaan kyse on subjektiiviseen palvelutarpeeseen vastaamisesta. Hoitovalintoja pyritään perustelemaan Käypä hoito -suosituksilla, joiden taustalla maassamme on virallinen ja hyvin toimiva järjestelmä. Sosiaalipalvelujen tarpeet on segmentoitu ja ainakin periaatteellisella tasolla jokaiseen niistä on olemassa ratkaisu. Tämän järjestelmän haasteisiin palataan myöhemmin luvussa 11.

Kuntoutuksen kattava ja yhtenäinen järjestäminen perustuu mahdollisimman yhtenäiseen kuntoutusideologiaan, minkä jalkauttaminen on riippuvainen palvelujärjestelmän rakenteesta. Näin alueelliset rakenteelliset erot johtavat suoraan myös ideologisiin eroihin. Ohessa on kuvattuna erilaisen tapoja organisaatioiden ideologis-rakenteelliselle määrittelylle:

**Taulukko 2. Erilaisia mielenterveys- ja päihdekuntoutuksen järjestämisen tapoja**

<b>Psykiatria</b>	Lääketieteelliselle diagnostiikalle rakentuva palvelujärjestelmä
<b>Mielenterveyspalvelut</b>	Asiakkaiden subjektiiviseen palvelutarpeeseen perustuva järjestelmä
<b>Mielenterveys- ja päihdepalvelut</b>	Asiakkaiden subjektiivinen palvelutarve ja järjestelmien integraatio
<b>Julkiset päihdepalvelut</b>	Yleensä sosiaalitoimen (sosiaalihuoltolaki) ohjaama palvelujärjestelmä
<b>Ulkoistetut päihdepalvelut (Esim. A-klinikkasäätiö)</b>	Ulkoisten kumppanuuksien myötä sisäisten siilojen lisäksi tulee hallittavaksi julkisten vs. ei-julkisten palvelujen raja

Palvelutuotannon erilaisista asemoinneista seuraavat myös erilaiset ideologiat. Sen vuoksi kuntoutusjärjestelmän tulee olla alueellinen jopa sähköisten palvelujen osalta. Tämä on myös valtakunnallisten sovellusten haaste, mihin palataan luvussa 13.4.

Aiemman hataran tasapainon keikuttaminen voikin johtaa kokonaisuuden kaatumiseen esim. verkoston vaikutuksen tai taloudellisten realiteettien huomioimatta jättämisen takia. Mikäli huono taloudellinen tilanne on rajoittanut päihteiden saatavuutta ja pitänyt riittävän etäällä vahingollisista verkoista, voi elämönhallinnan saamiseen tarvittavalla taloudellisella tuella olla kohtalokkaita seurauksia monien kielteisten asioiden mahdollistamisen myötä. Kuntoutuksellisessa toiminnassa on erityisen tärkeää löytää **elämän teemojen keskinäinen tasapaino**.

Subjektiiiviselle palvelutarpeelle rakentuva palvelutuotanto ei ole sidoksissa hallinnollisiin rakenteisiin. Tässä esityksessä ei tehdä eroja mielenterveys- ja päihdekuntoutuksen välille eikä jälkimmäisessä erotella päihdyttäviä aineita keskenään. Lähtökohta on, että asiakkaille tulee järjestää heidän tarvitsemansa palvelut ja niihin tulee sisältyä tarvittava erityisasiantuntemus.

## Psykiatrinen kuntoutus ja uudistumisen tarve

Mielenterveys- ja päihdekuntoutuksen haasteena on monen psykiatrisen perinteisen teeman puhkaiseminen. Psykiatrisen kuntoutuksen painolastina on ollut kuntouttaminen maailmaan, jota välttämättä ei oikeasti ole olemassa palvelujärjestelmän ulkopuolisessa maailmassa. Pahimmillaan se on ollut keinotekoisien toimintatapojen myötävaikutuksella sellaisen elämän vahvistamista, jonka rakenteet ja sisältö ovat olleet edistämässä sairastumista tai voimistamassa sairastamista. Harkitsematon, usein kapea-alainen kuntoutuksellinen toiminta voi luoda noidankehän, joka johtaa itsenäisen selviytymisen vaarantumiseen. Vanhan elämän romahtamisen myötä käynnistyvä hoito pyrkii palauttamaan siihen eikä tukemaan orastavia taimia ja uuteen siirtymistä.

Usein päihteiden käyttö on este psykiatriin kuntoutusjärjestelmiin pääsulle ja niissä pysymiselle. Psykiatrian maailma ilman päihteiden käytön hyväksymistä ja päihdehoidon maailma ilman psykiatristen ulottuvuuksien huomioimista ovat järjestelmän toiveille ja työmukavuuteen pyrkimiselle perustuvien laboratorio-olosuhteiden tavoittelemista. Seurauksena on saman palvelujärjestelmän kaksi eri maailmaa turhine rajoineen.

Psykiatrian perinteessä kuntoutus käsitteen käyttö on tutuinta ns. raskaan psykiatrian piirissä ja pitkäaikaispsykiatrisessa toiminnassa edustaen enemmänkin organisaation rakennetta kuin poikkiorganisatorista toimintaa tai ajattelutapaa. Sairaaloissa on ollut kuntoutusosastoja ja toiminnallisen kuntoutuksen yksiköitä, joiden toimintaperiaatteet ovat lähteneet organisatorisista määrittelyistä, palveluiden paikallisen järjestämisen näkökulmasta ja alueellisista perinteistä. Pahimmillaan sairaaloiden kuntoutusyksiköiden toiminta on voinut muistuttaa virkistys- ja ajanviettoimintaa, jolla parannetaan henkilöstön työmukavuutta ohjaamalla suurin osa potilaista kuntoutuksen nimissä osaston ulkopuolelle.

Kuntoutusosastoille on siirretty sairautensa kanssa siinä määrin toipuneet ja käytökseltään rauhoittuneet potilaat, että heidän hoitonsa onnistuu vähemmällä resursseilla kuin akuutti-osastoilla. Kuntoutuksen ajoituksen ja tapahtumien määrittäjinä ovat usein olleet sairaalan tulon henkilökohtaisessa statuksessa tapahtuneet muutokset ja organisaation rakenteet.



Sisältö on koostunut yleisistä kuntoutuksen teemoista, kuten vuorokausirytmien palauttamisesta, hygienian ja pukeutumisen hallitsemisesta, lääkkeiden oton sujumisesta jne. Teemat sinällään ovat tärkeitä, mutta itsemääritellyn arjen toteutumisen sekä subjektiivisten merkitysten ja kokemuksen huomioiminen ovat olleet suhteellisen vieraita aiheita. Valitettavan usein kuntouttavalla organisaatiolla ei edes ole ollut käsitystä olosuhteista, joihin potilasta ollaan kuntouttamassa. Ei tiedetä, missä hoidon tarve on syntynyt – ja minkälaisia tekijöitä siellä on romuttamassa kuntoutuksen tuloksia.

Oman haasteensa kuntoutuksellisten kokonaisuuksien hallintaan tuo perinteinen jako perusterveydenhuoltoon ja erikoissairaanhoidon. Sekä organisaatioiden sisällöt että kyseisen jaon perusteet ovat sisällöltään kovin heterogeenisiä eri maantieteellisten alueiden välillä. Karkeasti todettuna resurssit ovat sijoitettu suurimmaksi osaksi psykiatriseen erikoissairaanhoidon, kun hoidon ja kuntoutuksen realiteetit ovat perusterveydenhuoltoa lähimpänä olevissa toimintaympäristöissä.

Hoidon ja kuntoutuksen vuoropuhelun lisäksi haasteiksi tulevat organisaatioiden väliset tehtäväjaot. Kokonaisuuden kannalta yksi mahdollisuus voisi olla, että perinteinen erikoissairaanhoidon psykiatrinen toiminta voisi keskittyä entistä enemmän diagnoosilähtöiseen oirekuntoutukseen ja perusterveydenhuolto elinympäristöön tehtävään työhön. Samalla päihdekuntoutus voidaan rakentaa entistä yksilöllisemmäksi ja moniulotteisemmaksi.

Akuutti sairauden tila on hoidettavan lääketieteellisen tilan ja mielen tapahtumien lisäksi ikkuna asiakkaan elämän rakenteisiin, verkostojen toimivuuteen ja subjektiivisiin merkityksiin. Kun kulissit pottävät, on mahdollista havainnoida merkityksellisiä asioita paremmin kuin puutteellisesti sujuvassa arjessa. Näin paradoksaalisesti akuutti tilanne on paljastava näkyä kuntoutuksen toimenpiteitä odottavaan maisemaan. Järjestelmän haasteena on siten myös arvokkaiden, tulkinnallista informaatiota sisältävien havaintojen välittäminen muulle asiakaskohtaiselle hoitoverkostolle.

Lääketieteelliseen suojaavaan hoitoon tulisi liittää laaja psykososiaalisen statuksen ja sen osatekijöiden arviointi (kts. myöhemmin osallisuuden teemat). Talouden kaatumiseen johtaneiden elämänhallinnan puutteiden ja sosiaalisen hyväksikäytön mahdollistaneiden tekijöiden korjaaminen voi ennusteen kannalta olla merkityksellisempää kuin lääkityksen optimointi.

Ennaltaehkäisevä työ ja mahdollisimman varhainen kuntoutusjärjestelmän käynnistäminen vaativat yhteistä ideologiaa, käsitteistöä ja prosesseja. Vain näin voidaan taata kuntoutuksen läsnäolo erillisten yksiköiden saarekkeisesta toiminnasta yhtenäiselle ideologialle rakentuviksi toimintatavoiksi, strategiaan päämääriin sisältyväksi teemaksi, poikkiorganisatoriksi prosesseiksi ja yksittäisten asiakkaiden palvelutarpeen toteutumista tukevaksi ekosysteemiksi.

Diagnoosilähtöistä ja sairauskohtaista kuntoutustoimintaa ei esitellä tässä esityksessä volyymisistä. Ne perustuvat Käypä hoito-suositukseen sekä alueellisiin käytäntöihin ja hoitopoluihin, jotka molemmat ovat korkeatasoisia ja vastuullisuuteen pyrkiviä. Kuntoutuksen lääketieteellisen perusteltavuuden rinnalle tulisi nostaa yksilön kokemuksellinen taso ja edellä kuvattu psykososiaaliset aspektit kattava osallisuuden tematiikka, jonka huomioimattomuus voi kumota korkeatasoisimmankin ja hyvin resursoitun lääketieteellisen kuntoutuksen.

Subjektiiivisten psykososiaalisten haasteiden vierauden lisäksi ongelmana on ollut keinotekoinen todellisuus. Kuntoutuksen ja kuntoutumisen tulisi tapahtua olosuhteissa, jotka vastaavat arkea ja kohtaavat henkilökohtaiset ja systeemiset haasteet. Hyvin harva elää arkeaan osasto-olosuhteita muistuttavassa todellisuudessa. Paradoksaalisesti menestyminen etenkin pitkäkestoilla jaksoilla perinteisissä kuntoutusorganisaatioissa voi pahentaa hoitoon tulon taustalla ollutta kuilua arjen haasteiden ja subjektiivisten valmiuksien kohtaamisessa. Pahimmillaan osastoilla tapahtuva kuntoutus voi johtaa pysyvään laitosasumiseen, koska muualla yhteiskunnassa ei ole opetettuja valmiuksia vastaavia olosuhteita. Aiheeseen palataan palveluasumista käsittelevässä osiossa.

## Sosiaalityö ja kuntoutuksen kohtaaminen

Sosiaalityön historiallinen lähtökohta on ollut lähimmäisten elämään astuminen ja heidän auttaminen siellä. Keinovalikko on ollut ainakin alkujaan hyvin monipuolinen ja toiminta ei ole ollut toimenpiteille ja tuotantolinjoille rakentuvaa. Sosiaalityöllä on vakava arvopohja ja yhteiskuntavastuu.

Viime aikojen suomalaiselle aikuissosiaalityölle on ollut tyypillistä rakentuminen sosiaalihuoltolain vaatimusten täyttämiseksi. Yksityiskohtiin menemättä voidaan todeta, että kehitys on saattanut suuntautua palveluohjaukseen ja järjestelmätuntemukseen tuotantolinjojen määrittelyn ja luomisen sekä toimenpiteiden suorittamisen sijaan. Oman kattavan palvelutuotannon puuttuminen on vähentänyt toiminnallista autonomiaa ja saanut aikaan ylikorostunutta riippuvuutta muiden toimialojen palvelutuotannosta ideologisine määrittelyineen ja priorisointineen.

Oman haasteensa kattavalle palveluiden toteuttamiselle ja ideologisen tulivoiman luomiselle tuovat sosiaalityöntekijöiden, sosionomien ja sosiaaliohjaajien ammattiryhmien väliset jännitteet. Tällaiset puhtaasti järjestelmälähtöisten tekijöiden vaikutukset tulisi eliminoida pois.

Kuntoutuksen ideologisista komponenteista keskeinen osa on rakentunut sosiaalityön sisällölliseen kontekstiin, mutta sosiaalityön potentiaalia ja hyödynnettävyyttä alentavat keskeisesti toimivallan rajoitteet, sisältöjen määrittelyn löyhys ja prosessien puute.

Kuntoutuksellisen ideologian näkökulmasta tarvitaan ideologialtaan **alkuperäisen sosiaalityön läsnäolon vahvistamista**. Konkreettisesti elinympäristöön suuntautuva työ ja ihmisten elämään meno vaikuttavat henkilöstörakenteeseen. Järjestelmähallinnan ja etuisuuksien käsittelyn siirtyessä entistä enemmän sähköisiin palveluihin järjestelmäasiantuntijoiden tarve vähenee ja ruohonjuuritason työntekijöiden merkitys lisääntyy. Arjen työ kaipaa entistä enemmän sosiaaliohjaajia/ sosionomeja ja heidän työkuvaansa liitettyjä psykososiaalisen toimintakyvyn arvioimisen valmiuksia.

Johtamisen kannalta haasteena on arjen toimintaa tukevan työn painottamisesta professionaalisen lähtökohtaisuuden kustannuksella perinteistä valtahierarkiaa uhmaten.

## Syrjäytyminen ja kuntoutuksen maailma

Syrjäytyminen on runsaasti ja epätarkasti käytetty yksilön yhteiskunnallista statusta kuvaava termi. Teema tulisi sisällyttää sekä yleisiin että alueellisiin kuntoutusideologioihin ja -strategioihin. On vaikea kuvitella kovinkaan monen jättäytyvän yhteiskunnan ulkopuolelle epätydyttäviin olosuhteisiin, mikäli tarjolla on riittävät mahdollisuudet ja henkilökohtainen tuki paremman elämän mahdollistamiseksi.

Termillä tarkoitetaan monesti sekä syrjäytyneitä että syrjäytymisvaarassa olevia. Heihin suunnattujen toimenpiteiden kannalta syrjäytymisen kuntoutus on puuttuvien tai poistuneiden taitojen ja valmiuksien varustelua ja palauttamista, syrjäytymisen ehkäisy taas vajavaisen taitojen ja valmiuksien vahvistamista. Molempien tulisi rakentua yksilön vahvuuksille, jolloin tavoitteena on subjektiivisten kyvykkyyksien käyttöönotto.

Perinteistä kuntoutuskäsitettä voidaan lähestyä kolmen eri käsitteen kautta. **Rehabilitaatio** edustaa perinteisintä kuntoutusajattelua tarkoittaen pyrkimystä palauttaa alentuneet, kadonneet tai poistuneet toiminnot. **Habilitaatiolla** tarkoitetaan yksilön kannalta tarpeellisten, mutta kehityksellisesti puuttuvien ominaisuuksien tai valmiuksien synnyttämistä. **Recoverylla** pyritään toiminnan vajavuuksien korjaamiseen tai kompensointiin. Nuorten kuntoutuksessa ja yhteiskuntaan integroimisessa painottuvat habilitaatio ja recovery. Ensin mainittu siksi, että syrjäytymiskehitys on usein alkanut jo nuorena vahingoittaen herkkyysvaihespesifistä kehitystä. Jälkimmäisen tarve ilmenee tilanteissa, joissa esim. NEET -status on peräisin yhteiskuntaan integroitumista haittaavasta ominaisuudesta.

Tulevaisuuden mielenterveys- ja päihdekuntoutuksen haasteena ovat jo lapsena tai varhaisnuoruudessa päihteiden käytön maailmassa kasvaneet aikuiset. Herkkyysvaihespesifinen kehitys ei ole ollut mahdollista ja tilalle on tullut mallioppiminen. Maailma on rakentunut lakien ulkopuolella elämisestä, rikollisuus on toiminut elannon tuojana ja toiset ihmiset hyväksikäyttäjinä tai -käytettävänä. Elämän hallinnan valmiudet ovat toisesta maailmasta, kansalaistaitoja ei ole eivätkä yhteiskunnan toimintatavat ole sisäistyneet.

Kun näillä ryhmillä päihteiden käyttö johtaa väistämättömästi kuntoutustarpeisiin, haasteeksi tulee, ettei ole riittävästi mitä pyritään palauttamaan tai vahvistamaan. Rehabilitaatio ei ole mahdollinen, koska habilitaatiota ei ole pohjalla.

Kuntoutuksen tulee pyrkiä luomaan myös sellaisia **rakenteita, jotka tavallisesti opitaan koulussa ja kodeissa**. Tämän toteuttaminen vaatii sangen konkreettisia sosiaalisen ja psykososiaalisen kuntoutuksen ohjelmia ja uudenlaisia kuhunkin aikakauteen ja todellisuuteen rakennettuja palveluvalikkoja ja -tarjoomia. Nähtäväksi jää, missä määrin tämä on edes mahdollista avohoidossa vai olisiko ratkaisu perhekoti ja -hoito -tyyppisissä ratkaisuissa.

Erityisesti NEET-nuorille ja ennen kaikkea heidän ongelmilleen ominaista ovat voimakas kormorbiditeetti ja kytkökset, joissa yksi asia johtaa toiseen ja altistaa sekä ylläpitää monia arjen sujumista heikentäviä tekijöitä. Nykyinen järjestelmä pystyy vastaamaan pääosin yksittäisiin ongelmiin, mutta ketjuuntuneiden tarpeiden haltuunotossa on merkittäviä puutteita.

Syrjäytyminen lisää kuntoutuksellisen toiminnan vaikeuserrointa, sillä sen taustalla on usein **elämää vaikeuttavien ja ennustetta alentavien tekijöiden rypäs**, kuten motivaatio-ongelmat, puutteelliset elämänhallinnan valmiudet ja kansalaistaidot, kielteiset kokemukset järjestelmän toimivuudesta sekä opittu ja vakiintunut yhteiskuntaan kiinnittymätön elämisen tapa.

## Osallisuuden teemat kuntoutuksen kokonaisuudessa

Kuntoutuksen fokuksena tulisi voida olla mikä tahansa elämän osa-alue, jonka ongelmat alentavat yksilön selviytyvyyttä sekä omassa elämässään että yhteiskunnassa. Ensin mainitun tulisi tavoittaa subjektiivinen palvelutarve ja jälkimmäisen pitää yllä osallisuutta. Yksilön suunnasta katsottuna tavoitteena on **subjektiivisten kyvykkyyksien käyttöönotto**.

Mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden ongelmille ominaista ovat voimakas kormorbiditeetti sekä kytkökset, joissa yksi asia johtaa toiseen ja altistaa sekä ylläpitää monia arjen sujumista heikentäviä tekijöitä. Nykyinen järjestelmä pystyy vastaamaan pääosin yksittäisiin ongelmiin, mutta ketjuuntuneiden tarpeiden haltuunotossa on merkittäviä puutteita.

Kokonaisuuden hallinnassa oleellista on **subjektiivisiin palvelutarpeisiin** vastaava palveluprosessi. Kuntoutus on monialainen kokonaisuus, joka voidaan hahmottaa ainakin seuraavien osallisuuden teemojen kautta. Nämä jakautuvat alateemoihin ja edelleen ruohonjuuritason teemoihin (kaikkien luokittelua ei tässä käydä perusteellisesti läpi):

1. **Yleinen terveys**; Kaiken perustana on laaja-alainen ja korkeatasoinen diagnostiikka, mutta tavoitteena on edetä diagnoosilähtöisyydestä hyvinvoinnin ylläpitoon. Diagnostilähtöisen ajattelun rinnalle on tarkoituksenmukaista segmentoida palvelutarve jatkuvien, episodiallisten, varalla olon ja ennalta ehkäisyn palvelujen luokkiin. Terveysorientaatio edustaa kuntoutuksen perinteisintä aluetta.
2. **Mielenterveys ja päihitteet**; Palveluiden järjestämisen lähtökohtina tulisi olla matalan kynnyksen palvelut, ketterät ja räätälöidyt ratkaisut mahdollistava organisaatorakenne sekä elinympäristöön tehtävä työ, jolla varmistetaan reaalielämän ja palveluiden kohtaaminen. Palvelutarpeen määrittelyn ja palveluiden järjestämisen tulisi perustua subjektiivisiin kokemuksiin ja merkityksiin. Palveluiden (kuntoutuksen) suunnittelussa tulisi olla proaktiivinen, motivoiva ja kannustava ote.
3. **Työllisyys ja työkyky**; työelämässä mukana olo on taloudellisten mahdollisuuksien ylläpitämisen lisäksi keskeinen arjen rakenne, sosiaalisia suhteita ylläpitävä voima, tasa-vertaisuuden kokemisen osa sekä ylisukupolvinen elämänhallinnan valmiuksia ja kansalaistaitoja välittävä muuttuja sekä ennaltaehkäisyn osa-alue. Osallisuuden ylläpidon näkökulmasta teemaa voidaan lähestyä työkykyä uhkaavien subjektiivisten tekijöiden, työelämän tavoitteiden ja työelämän paluuta edistävien rakenteiden kautta.
4. **Talous**; Merkittävä elämänhallinnan ja kansalaisuuden elementti sekä osallisuutta ylläpitävä tekijä. Tässä alateemoja ovat peruskartoitus, talousneuvonnan tarve, velkaneuvonnan tarve ja asioiden hoidon tuki. Ensin mainitun roolia ja asemaa tulisi lisätä, koska talouden ongelmien sivuuttaminen on muun kuntoutuksen kannalta veden kantamista reikäpohjaisella ämpärillä.
5. **Asuminen**; Kotien fyysinen mahdollistaminen sekä asumisen valmiuksien ylläpito ja tuki. Alateemoja tässä ovat:
  - **Asunnon välitön tarve**: Asunto puuttuu, koti tuhoutunut, elämäntilanne, terveydelliset ja taloudelliset perusteet.

- **Asumisen valmiuksien puute:** Fyysiset rajoitukset, psyykinen vointi, elämänhallinnan ongelmat, taloudelliset esteet, ympäristötekijät.
  - **Erityistarpeet:** Asumismuotoon liittyvät rajoitukset, tuetun asumisen tarve, kulun valvonnan tarve, liikuntarajoitteet.
  - **Talous/ velkarästit:** Vuokratästit, ulosotot, pelaaminen ja pikavipit, motivaatiotekijät, kyvyttömyys hoitaa asioita, muu velkaantuneisuus.
  - **Perhesyyt:** Kokoonpanon muutokset, erotilanteet, väkivalta/ lähestymiskielto, kulttuuralliset tekijät.
  - **Henkilökohtaiset syyt:** Turvattomuus, fyysiset syyt, elämäntilanteen muutokset, muut asuinympäristöön liittyvät syyt.
6. **Perhe ja ihmissuhteet;** Sosiaalisten suhteiden ylläpito ja tuki sekä systeeminen tuki. Alateemoina ovat:
- **Intervention sisältö:** Psykoedukaatio, perhetapaamiset, elinympäristöön tehtävä työ, arjen tuen tarve, verkostotyöskentelyn tarve, vertaistuen tarve, viranomais toimien tarve sekä muut toimet.
  - **Intervention kohde:** Puoliso, perhe, muut omaiset, työyhteisön edustajat, muu verkosto tai muut viranomaiset.
7. **Opiskelu ja koulutus;** Sisältöinä ovat tulevaisuuden mahdollisuuksien optimointi sekä subjektiivisten merkitysten ja työelämän kohtaaminen. Ristiintaulukoitavina alateemoina ovat:
- **Opiskelun status:** Valmistunut, kesken, keskeytynyt, suunnitelma, toive sekä muu tila.
  - **Tarvittava palvelu:** Neuvonta, kartoitus, ohjaus, tuki sekä erityistarpeet.
8. **Elämänhallinnan valmiudet ja kansalaistaidot;** Osallisuuden mahdollistaminen sekä valinnan vapauden ja autonomian tuki. Alateemoina voidaan käyttää:
- **Sopeutuminen:** irrallisuus, uusavuttomuus, suhde ikätovereihin, viiteryhmän puute, etninen tausta.
  - **Itsenäistymisen ongelmat:** suhde primaari-perheeseen, tukiverkostojen puute, valmiuksien puute, taloudelliset tekijät.
  - **Riippuvuus:** ihmissuhde, alkoholi, huumeet, pelaaminen, muu.
  - **Elämäntavat:** talous, hygienia, vuorokausirytm, ravitsemus, ihmissuhteet.
  - **Kulttuurilliset tekijät:** kielitaito, elämäntavat, elämänkatsomus, kotoutumisen aste.
9. **Sosiaaliset taidot ja valmiudet;** Sosiaalisen tuen varmistaminen sekä osallisuuden ylläpito ja tuki. Alateemoja ovat seuraavat (ruohonjuuritason teemoja ei kuvata tässä niiden laajuuden takia):
- **Suhde itseen**
  - **Suhde muihin**
  - **Persoonallisuustekijät**
  - **Erityisominaisuudet**
  - **Kapasiteetti**
  - **Kulttuuralliset tekijät**

10. **Muut teemat**, millä tarkoitetaan yllä luokittelemattomia henkilökohtaisia teemoja ja osallisuuden tuen osioita. Palvelujärjestelmän kannalta tällä tarkoitetaan organisatorista ketteryyttä ja prosessivalmiutta tuottaa uusia tarvittavia palveluita, joihin ei ole laadittu valmiita käytäntöjä. Ohessa tähän tarkoitettu segmentointi:
- **Yksilön tarpeet:** Palveluja vaille jääneiden tarpeiden kartoitus, vastuutahon ja -työntekijän nimeäminen, Räättälöityjen palveluiden järjestäminen sekä care ja case management.
  - **Erityisryhmät:** Rikoksesta tuomitut, rikosten uhrin, seksuaalivähemmistöt, verkostojen löytäminen ja luominen, lemmikkien ja kotieläinten tarpeet.
  - **Monialaisten palvelujen tarve:** Verkostopalaverit, monialaisten palvelujen koordinaattori, vastuutyöntekijän nimeäminen, olemassa olevien foorumien käyttö (mm. case-team, kiputyöryhmä), muiden tarvittavien toimintojen luominen.
  - **Puuttuvat palvelut:** Puuttuvan tuotannon havainnoiminen, tiedottamisen prosessi, johtamisjärjestelmä ja työnjaot, organisatorinen ketteruus, alueelliset ratkaisut.
  - **Palvelujärjestelmän rajoitteet:** Palveluiden yhdistämisen haasteet, muu kuin viranomaistoiminta, virka-ajan ulkopuolinen maailma.
  - **Ajan ilmiöt:** Maahanmuutto, kotouttaminen, monikulttuurisuus/ etniset vähemmistöt, muut yhteiskunnallisesti ajankohtaiset teemat.

Yksilöllisten kuntoutussuunnitelmien laatimisen tulisi kattaa kaikkien näiden teemojen arvioiminen. Lopputuloksena voi syntyä tilanne, jossa kuntoutustarve muuten toimivassa kokonaisuudessa löytyy vain yhdeltä osa-alueelta. Tämän alueen kuntoutus voi olla muiden alueiden kannalta varhaiskuntoutusta, jolla ehkäistään subjektiivisen palvelutarpeen laajeneminen. Esimerkiksi asuinpaikan vaihdos voi estää sosiaalisen hyväksikäytön, huumeikierteseen joutumisen ja velkaantumisen.

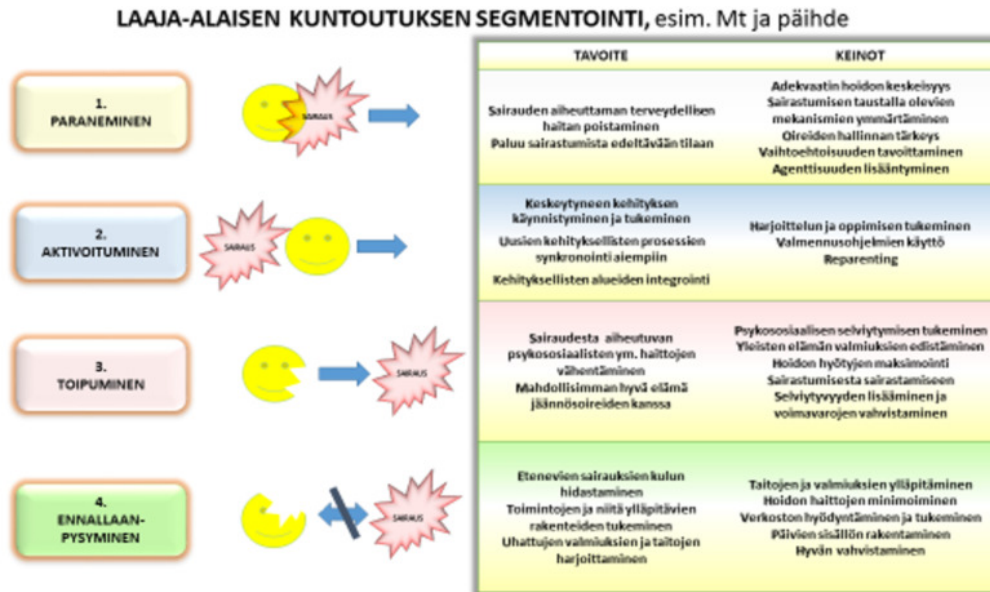
Edellä mainitun kokonaisuuden huomioiminen edellyttää onnistuakseen laajaa palveluvalikkoa, määriteltyjä ja sujuvia prosesseja, moniammatillisia työryhmiä, poikkialaista ammatillista orientaatiota, syvää substanssiosaamista ja kollaboratiivista asiakasorientaatiota. Näiden toteutuksessa on syytä hyödyntää kokemusasiantuntijuutta, vertaistukea (kolmas sektori ja yksityishenkilöt) sekä tukihenkilötoimintaa.

Kokonaisuuden hallinta asettaa suuret haasteet myös johtamiselle. Lähtökohtina tässä ovat asiantuntijaorganisaation johtamisen periaatteet eli johdon tehtävä on luoda erityisosaamisen hyödyntämisen mahdollistavat olosuhteet ja työilmapiiri sekä asiakkaiden tarpeille rakentuva yhteisöllisyys.

### **Kuntoutuksellisten tavoitteiden segmentointi**

Kuntoutuksen tavoitteet on syytä asettaa tarkoituksenmukaisesti. Epärealistiset tavoitteet vievät motivaation ja voivat vahvistaa jo entuudestaan olevia alemmuuden tunteita ja lisätä epäonnistumisen kokemuksia. Liian alhainen vaatimustaso turhauttaa ja se voidaan kokea väheksymisenä ja mitätöintinä. Oheisessa taulukossa on segmentoitu kuntoutuksen tavoitteet ja esitetty segmentin mukaisia keinoja.

Kuva 5. Laaja-alaisen kuntoutuksen segmentointi



**Paraneamisen** tavoitteena on paluu sairautta edeltävään tilaan. Kuntoutuksella pyritään edistämään hoidon toteutumista. **Aktivoitumisen** tavoitteena on käynnistää ja kuroa umpeen sairauden aikana syntyneitä kehitysviivästyksiä ja jälkeen jääneitä elämän osa-alueita. **Toipumisen** teemana on mahdollisimman hyvä elämä jännösoireista huolimatta. Se edellyttää voimavarojen vahvistamista ja elämän rakentamista yksilön vahuuksille. **Ennallaan pysymisen** mottona on ”jotta huomina ei olisi tätä päivää huonompi”. Ideologia on tuttu mm. neurologisten pitkäaikaissairauksien hoidosta.

Segmentoinnin tarkoituksena on saada aikaan kuntoutuksen tavoitteiden ja realiteettien kohtaaminen. Luokittelu syntyi havainnosta, jonka mukaan kuntoutuksen resursseja on usein suunnattu eniten kuvan segmentteihin 3 ja 4 samalla, kun kuntoutuksen tavoitteet olivat segmenteissä 1 ja 2. Realiteettien, tavoitteiden ja resurssien välisissä ristiriidoissa turhautuivat asiakkaat sekä henkilöstö ja samalla resurssit kohdentuivat epätarkoituksenmukaisesti. Tästä on seurauksena, että osa kuntoutusta tarvitsevista ja siitä hyötyvistä asiakkaista jäi palvelujärjestelmien ulkopuolelle resurssiongelmien takia ja osa taas jättäytyi pois turhaututtuaan heille epätarkoituksenmukaisiin palveluihin.

Tavoitteiden segmentointi tulisi tehdä suhteessa mahdollisimman moneen teemaan. Mikäli esim. asumisen valmiuksien osalta on todettavissa merkittäviä rajoituksia, tulisi tämä huomioida kuntoutuksen kokonaistavoitteissa, esimerkiksi päihdekuntoutuksessa voisi asumisen tavoitteena olla asunnon järjestäminen syrjäseudulta, jossa päihdeverkostot olisivat löyhempiä.

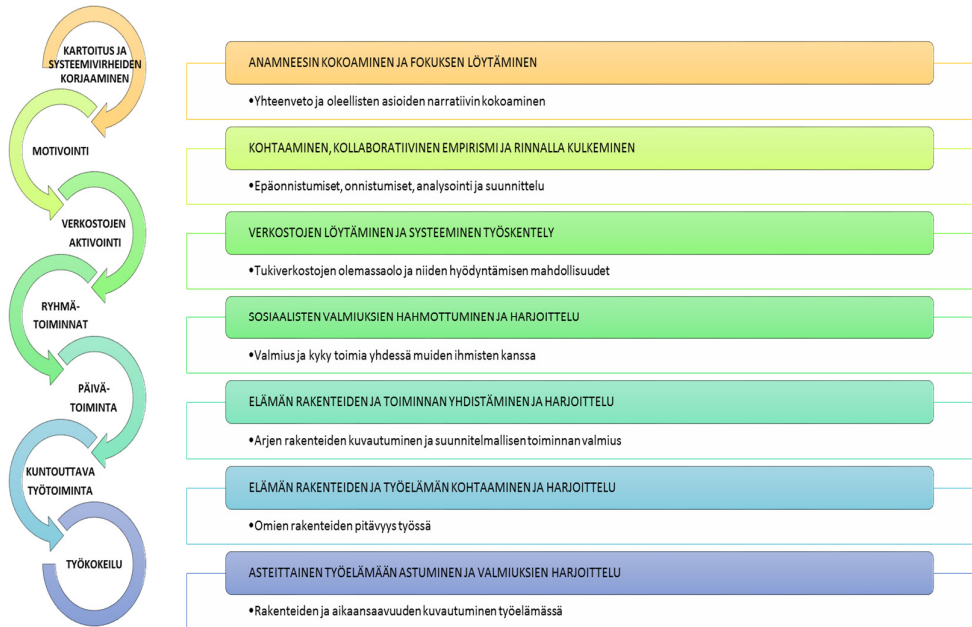
## Kuntoutuksen rakenteellinen portaikko

Mielenterveys- ja päihdekuntoutuksessa valitettavan tavallista on, että eteneminen kuntoutuksen toteutuksessa ei noudata loogisuutta, saati pyramidiperiaattia, jossa eteneminen perustuu alemman tason rakentamiseen ja toimivuuteen. Monesti taustalla saattaa olla anamneesiin liittyviä puutteita tai systeemin vääränlaisen toiminnan seurauksia. Myös



verkostojen aktivointi on helposti unohtuva teema, Tämän seurauksena elinympäristö ei tue esimerkiksi arjen taitojen kehittymistä. Klassinen virhe on asiakkaan ohjaaminen päivätoimintoihin ennen kuin on varmistettu hänen valmiutensa kohdata uusia ihmisiä ja toimia ryhmissä. Alla olevassa kuvassa on esitetty etenemisen portaittaiset vaiheet, jossa asiakkaan polku pyritään rakentamaan systemaattisten ja vakiintuneiden toimintojen kautta.

**Kuva 6. Kuntoutuksen rakenteellinen portaikko**



## Miepä-kuntoutuksen tuotantomuodot

### Asiakasesimerkki:

Kyseessä on bipolaaritautilta sairastava asiakas, jolla maniakausiin liittyvä hallitsematon rahan käyttö ja runsas päihteiden käyttö ovat johtaneet taloudellisiin vaikeuksiin ja niiden myötä riittämättömiin asumisen olosuhteisiin, jotka masennuskausina ylläpitävät masennusoireita. Alkoholi lievittää masennuksen kanssa samanaikaisesti esiintyvää ahdistusta ja sosiaalisten tilanteiden pelkoa. Manioiden aikainen riehakas käytös jälkimaininkeineen on aikaansaanut myös sosiaalisen häpeän ja stigmatisoitumisen. Päihdeongelman seurauksena on alkanut esiintymään neuropsykiatrisia oireita. Lisäksi kotiin on pesiytynyt ryppykavereita myös juomiskausten ulkopuolella. Muut ihmissuhteet ovat vähitellen kuihtuneet pois ja yksinäisyys sekä läheisyyden tarve altistavat sosiaalisilla mekanismeilla juomiskulttuurille.

Psykososiaalisen kuntoutuksen osa-alueita, keinoja ja tavoitteita tällä asiakkaalla olisivat:

- Erilaiset oireiden (masennus, ahdistus, sosiaalisten tilanteiden palko) hallintakeinot, kuten yksilöterapia tai ryhmät.
- Ryhmämuotoinen päihdekuntoutus erilaisine teemoineen.
- Kuntouttava työtoiminta, joka toisi elämään rakenteita, merkityksiä ja vaihtoehdoisen sosiaaliseen ryhmään kuulumisen.



- Neuropsykologinen kuntoutus (esim. kognitiivinen remediaatio).
- Arjen elämänhallintaan liittyvien taitojen palauttamispyrkimykset yhteisöllisin keinoin (Vertaistuki, järjestöt, yhteisöllinen asuminen).
- Talousneuvonta ja mahdollisesti välitystili tai edunvalvonta.
- Yhteiskuntaan integroituminen ja sosiaalisten verkostojen luominen kolmannen sektorin, järjestöjen, kokemusasiantuntijoiden ja vertaistuen avulla.
- Yhteiskuntaan kiinnittävien omaiskontaktien ym. ihmissuhteiden palauttamispyrkimykset, mitkä voisivat tapahtua esim. kolmannen sektorin toimijoiden kautta.
- Vertaistuen kautta olisi mahdollista saada arjen läsnäoloa ja merkityksiä, jotka kannattelun avulla vähentäisivät yksilön luisumisen vaaraa ja johtaisivat relapseissa psykoedukaation periaatteiden mukaisesti ammattihenkilöiden toimesta tapahtuvaan varhaiseen puuttumiseen.

Yllä oleva asiakasesimerkki kuvaa kuntoutuksellisten tarpeiden moninaisuuden yksilötasolla. Asiakaslähtöinen tarpeisiin vastaaminen asettaa melkoiset vaatimukset palvelutuotannon välineille. Toisaalta samoja teemoja voidaan kuntouttaa useilla eri keinoilla, jotka ovat keskenään vaihtoehtoisia. Tämä korostaa alueellisten tekijöiden huomioimista ja variaatioiden luomista.

Ohessa käsitellään keskeisimpiä kuntoutuksen tuotantolinjoja järjestelmän näkökulmasta. Niiden yksityiskohtainen kuvaaminen ja keskinäinen vertailu jäävät esityksen ulkopuolelle.

### ***Yksilökuntoutus***

Yksilökuntoutusta on kuvattu artikkelissa monesta eri näkökulmasta. Eri asiakkailla on eri elämän alueiden haasteita, jotka kytkeytyvät kuvattuihin osallisuuden teemoihin. Mielenterveys- ja päihdeasiakkailla neuropsykologisten defektien tunnistaminen, alueen tutkimusten tärkeys ja uusien kuntoutusmenetelmien kehittyminen tarvitsisivat nykyistä enemmän erityishuomiota. Psykiatrian koulukuntien välinen paradigmaattinen jako aivottomien ja mielettömien sairauksien ääripäiksi asettaa edelleen omat haasteensa.

### ***Ryhmäkuntoutus***

Monien osa-alueiden kuntoutuksessa ryhmätoiminnoilla on keskeinen rooli, koska niissä on sisäänrakennettuina kuntoutuksen kannalta keskeisiä elementtejä, kuten arjen rytmittäminen, sosiaalisille tilanteille altistuminen, vertaistuki sekä yhdessä oppimisen ja taidottamisen mahdollisuudet. Sisällöiltään samanlaisia ryhmiä voidaan käyttää perinteisen jaon mukaan hyvin erilaisille asiakasryhmille, kuten mielenterveys- ja päihdekuntoutujat, pitkäaikaistyöttömät, aikuissosiaalityön asiakkaat, maahanmuuttajat ja syrjäytymisvaarassa olevat sekä syrjäytyneet. Ratkaisevana tekijänä on subjektiivinen palvelujen tarve eikä asiakkaan sijoittuminen järjestelmässä. Näin ryhmätoimintoihin on sisäänrakennettuna sosiaalistaminen, elämän monimuotoisuuden havainnollistaminen ja yhteiskuntaan integrointi. Erityisesti nuorilla tällainen integratiivinen toiminta on luontevaa vähäisempien ennakkoluulojen ansiosta.

Eksotessa tehdyn kehitystyön seurauksena ryhmien jakaminen neljään eri kategoriaan osoittautui tarkoituksenmukaiseksi.

- **Non-stop -ryhmät**, joilla tarkoitettiin perinteisiä ja usein esiintyviä palvelutarpeita, kuten erilaisten oireiden hallinta, vuorokausirytmien palauttaminen, sosiaalisten taitojen vahvistaminen ym.
- **Tilaaja-tuottaja-ryhmät**. Tämän taustalla oli periaate, että jokainen työntekijä pystyi tilaamaan asiakkaalleen tämän tarvitseman kuntouttavan ryhmätoiminnan. Palvelutarpeeseen vastaamisen lisäksi tavoitteena oli varmistaa ryhmätoimintojen ketteryys ja palvelutuotannon ajan tasalla pysyminen suhteessa ruohonjuuritasoon.
- **Kotona selviytymisen tuki/ taidottaminen**. Ko. kategoriassa pyrittiin siirtämään kotona selviytymisen haasteet ryhmätoiminnoiksi. Aiemmin vastaavia palveluja toteutettiin osastohoitojen muodossa, vaikka palvelutarpeeseen vastaaminen ei edellyttänyt asumisen ratkaisuja, kotoa poissa olemista tai ympärivuorokautisia palveluja. Vaarana oli kuntouttavan toiminnan ja arjen realiteettien kohtaamattomuus.
- **Työelämäosallisuus**. Tämän ryhmän asiakkaila kuntoutuksen fokus asetui työelämän vaatimuksia vastaavaksi. Toiminta tapahtui porrastetusti ja paljolti kuntouttavan työtoiminnan paikoissa työhön valmentajan tuella. Tee-man kohdalla organisaation sisäinen työnjako oli haasteellinen, sillä lakisääteisen ja kuntoutuksellisen kuntouttavan työtoiminnan erottaminen toisistaan oli vaikeaa, jopa mahdotonta. Näiden jakaantuminen eri organisaatioille johti asiakkaille vahingolliseen, sangen jännitteeseen tilanteeseen, joka ei koskaan ratkennut. Pahimmillaan jako johti kansalaisyhteisöjä kaventaviin arjen ratkaisuihin.

Kunkin kuntoutujan kokonaisuuteen oli mahdollista ryhmätoiminnan lisäksi sijoittaa yksilöllinen kuntoutuksellinen moduuli, joilla pyrittiin a) lisäämään kokonaisuuteen ko. ryhmätoiminnan ulkopuolinen asiakkaan tarvitsema toiminto, b) tuottamaan harvemmin tarvittuja palvelumuotoja ja c) kompensoimaan ryhmän aloittamisen latenssista aiheutuvia haittoja.

## ***Psykoterapiat***

Psykoterapiat ovat hoito- ja kuntoutusmuotoja, joiden toteutuksen lähtökohtina ovat subjektiivinen palvelutarve henkilökohtaisine teemoineen ja yksilölliset ominaisuudet kohtaava palvelujen räätälöinti.

Psykoterapioiden vaikuttavuudesta on runsaasti tutkimuksia ja käsityksiä, mutta niiden käsittely jätetään raportin ulkopuolelle. Tuloksellisuustutkimukset ovat etupäässä oire- ja diagnosoilähtöisiä. Näin ollen niiden sovellettavuus kuntoutusmaailmaan on rajallinen. Kovin usein tutkimuksissa pyritään vertaamaan eri terapiamuotoja toisiinsa ja asettamaan viitekehäksi paremmuusjärjestykseen. Kuntoutuksellisen ajattelun kannalta tämä on usein epätarkoituksen mukaista, koska yksilön haasteet ovat oireita ja diagnooseja laajempia.

Alla olevassa kuvassa on esitelty yhden psykoterapiaviitekehäyksen sisällä olevia suuntauksia. Alinna sijaitsevat tietoisuuden ulkopuolisten asioiden (tacit) kanssa operoivat suuntaukset ja ylemmäs mentäessä kyse on käyttäytymisen muuttamisella operoivista menetelmistä.

Pystysuoraan asetettuna on suuntauksia, jotka pyrkivät operoimaan metakognitiivisella tasolla. Viitekehysten sisältöjen lisäksi kussakin terapiassa omat haasteensa syntyvät terapian fokuksen (vasen laita) ja terapeuttilähtöisten teemojen asettumisista (oikea laita).

**Kuva 7. Kognitiivisen psykoterapian viitekehys**



Psykoterviaviitekehksiä on lukuisia ja niiden sisällä on erilaisia suuntauksia. Näin lienee sangen epätarkoituksenmukaista pyrkiä lähestymään psykoterapioiden hyötyjä näistä lähtökohdista. Näyttöön perustuvien suositusten antaminen on hyvä lähtökohta erityisesti silloin, kun on kyse hoidollisista tavoitteista. Kuntoutuksellisen ajattelun laajuus haastaa entistä enemmän ymmärtämään niitä mekanismeja ja tekijöitä, joille terapioiden onnistuminen on rakentunut ja pyrkiä skaalaamaan niitä eri viitekehyksissä.

### ***Digitaaliset palvelut***

Eriaiset itseapupuortaalit ja muut digitaaliset palvelut ovat tärkeässä roolissa tulevaisuudessa. Ne tukevat yksilön autonomiaa monin tavoin. Kansalainen voi asioida palveluissa itselleen parhaimmiksi katsomissaan ajankohtina ja olosuhteissa. Hän ei ole riippuvainen yksittäisten työntekijöiden toimintatavoista eikä altistu organisaatioiden ja palvelupisteiden toimintakulttuureille ja yhteisöllisille ilmiöille. Digitaalisten palvelujen kehitystyö ei ole onnistunut, jos sen kautta avautuva palveluvalikko ei ole huomattavasti aiempaa laajempi uusien palvelumuotojen, palveluverkkojen ja syntyvien ekosysteemien myötä.

Tunnetuin itseapupuortaali on Mielenterveystalo, joka palveluna on tehnyt ansiokasta pioneerityötä. Portaali on kehittynyt dynaamisesti pystyen vähentämään diagnoosisidonnaisuuttaan ja muita lasten tautejaan. Ensimmäiset versiot lähestyivät palvelutarvetta melko puhtaasti järjestelmän ja ammattilaisten näkökulmista. Esimerkiksi lievät masennukset ohjattaisiin terveyskeskuksiin ja parisuhdeongelmat perheasainneuvottelukeskuksiin. Ongelmana

oli tällöin muun muassa medikalisaatio, joka astui subjektiivisen kärsimyksen ja palvelutarpeen yli diagnostiikan saappain. Sairaimmat eivät ole tarvitsevimpia ja tarvitsevimmat sairaimpia.

Palvelutarpeiden kohtaaminen ja yksittäisten teemojen käsitteellistäminen tulevat olemaan digitaalisten palvelujen kehittämisen kulmakiviä. Nykyiset ratkaisut rakentuvat ennemminkin yksittäisten sovellusten ympärille kuin kohtaavat digitaalisen maailman kautta avautuvat uudenlaiset kontekstit. On välttämätöntä siirtyä applikaatioiden hyödyntämisestä uuteen elinpiiriin ja edelleen uudelleen maailmaan.

Digitaalisten palvelujen kehittäminen on monella tapaa arvokasta. Se sitoo palvelujärjestelmän aikaan, ilmiöihin ja sisältöihin ohjaten järjestelmää päivittämään itse itseään. Usein ajassa eläminen nähdään välttämättömänä pakkona ja palvelujärjestelmän riesana, mutta ulkoiset haasteet tuovat todellisuuden tuoreuden sen sisälle.

### ***Keskeiset yhteistyökumppanit ja rajapintatoimijat***

Viime vuosina kokemusasiantuntijuus, vertaistuki ja tukihenkilötoiminta ovat nostaneet profiiliaan kiitettävästi. Näitä on olemassa organisoituneina yhteisinä, järjestöinä, kolmannen ja neljännen sektorin toimijoina sekä yksityishenkilöinä. Usein toiminta sijoittuu useampaan näistä luokista ja on tarkoituksenmukaisesti päällekkäistä. Työ on arvokasta jo nyt ja toiminnan arvo lisääntyy some-maailman merkityksen kasvamisen ja asenneilmapiirin muuttumisen ansiosta. Vaikutus on ainakin nelitasoinen:

- **Kansalaisen kokemus.** Sairauksien muodot ja sairastamisen eri vaiheet kokemuksineen saavat kasvat ja tulevat näin avoimemmin yleiseen keskusteluun ja osaksi tavallista elämää. Samalla asiakkaan äänen kuulumisen merkitys on kasvanut.
- **Arjen kohtaaminen.** Näkymä yksilöiden reaalielämään on tuonut entistä näkyvämmäksi sairastamisen arkea teemoineen, joihin kuuluvat mm. mielen-terveys- ja päihdeongelmien kietoutuneisuus, lääkitysten arki sivuvaikutuksineen, stigmatisaatio, erilaisiin kansalaistoimijuuden rooleihin (vanhemmuus, työyhteisön jäsenyys, ihmisarvo) liittyvät vaikeudet sekä hoitojärjestelmän ja ihmisoikeuksien yhteentörmäykset. Näiden näkyvyydellä on ollut suuntaavaa vaikutusta palvelujärjestelmän kehityksessä.
- **Toimijan korjaava kokemus.** Vertaistoiminta on vahvistavaa molemmille osapuolille. Omasta sairaudesta kertominen toimii terapeuttisena kokemuksena vähentäen stigmatisaatiota ja tuottaen korjaavia kokemuksia lähimmäistemme auttamisen myötä.
- **Palvelujärjestelmän kehittäminen.** Psykiatrisen hoidon ja päihdehuollon historia on täynnä epäinhimillisiä hoitomuotoja, lähestymistapoja ja yksittäisiä asiakkaiden kohtelua. Asiakkaita edustavien ryhmien mukaan tulo ja äänen huomioiminen ovat toimineet korjaavana peilinä järjestelmälle. Eri-tyisesti tämä on nähtävissä akuuttien palvelujen kehityksessä. Kroonisten sairauksien hoidossa ja kuntoutusjärjestelmän kehittämisessä matka on vielä kovin alussa.

## ***Yhteisökuntoutus – toisen maailman ja kansalaisoikeuksien haasteita***

Yhteisökuntoutuksella tarkoitetaan tässä ympärivuorokautisia palveluja, kuten perinteistä laitostuntoutusta, palvelukotiasumista ja muita tuettuja asumismuotoja. Lähtökohtana, että yksilön tarvitsema kuntouttava toiminta vaatii ympärivuorokautisen toteutuksen.

Mielenterveys- ja päihdekuntoutuksen erityinen ja harmaa osa-alue on palvelukotiasumisen järjestelmä. Kuntoutusmuodolla on historiallista painolastia, sillä se on syntynyt aiempaa psykiatrista sairaalahoitoa korvaavaksi kustannustehokkaaksi vaihtoehdoksi painottuen siten lähinnä asumisolosuhteiden parantamiseen ja niiden yksilöllisyyden lisäämiseen. Päihdepuolella on pyritty kompensoimaan kustannuksia, jotka ovat seurausta asumisen valmiuksien puutteista. Toimintaa on pidetty kuntouttavana, sillä se on ollut siirtymistä itsenäisempään ja enemmän omatoimisuutta vaativaan maailmaan.

Varsinaisia ulkomaailmaan suuntautuvia kuntoutuksellisia tavoitteita toiminnalle ei ole koskaan asetettu. Osittain tätä ylläpitää palvelutuotannon ansaintalogiikka, jossa palvelutuottaja yleensä saa korvauksen asiakasmäärän eikä kuntoutustarpeen mukaan. Järjestelmä saattaa sen takia toimia välillä nurinkurisesti säilyttäen hyväkuntoisia, mahdollisesti kuntoutumisessaan etenemään kykeneviä asukkaita ja vältellen vaihtelevakuntoisia moniongelmaisia asiakkaita, joille tällainen palvelumuoto voisi olla elintärkeä portti matkalla itsenäiseen elämään.

Asukkaat ovat olleet sekoitus vaikeasti sairauksiensa vahingoittamia, monen laaja-alaisen sairauden tai vamman invalidisoimia (mt- ja päihdesairaudet, kehitysvammaisuus, neurologiset ja neuropsykiatriset tilat ym.) ja järjestelmän toimintatapojen (laitostaminen) sekä palveluvalikon puutteiden takia kroonistuneita kansalaisia. On esitetty kärjistyksiä, että entinen B-mielisairaalaverkosto on siirtynyt palvelukoteihin.

Missä menee raja? Milloin teljetään puutteellisilla valmiuksilla varustettu henkilö kuntoutuksen nimissä toiseen maailman ja milloin luodaan otolliset ja suotuisat olosuhteet uuden oppimiselle ja heikkouksien vahvistamiselle? Kysymykset ovat palvelujärjestelmän olemassaolon oikeutuksen kannalta hyvin perustavanlaatuisia.

Laaja-alaisen kuntoutuksen segmenteistä (Kuva x) kyseeseen tulevat erityisesti 3. ja 4. ryhmän asiakkaat, joiden kuntoutuksellisia tavoitteita on tarkemmin kuvattu siellä. Lyhyesti todettuna kuntoutus painottuu jäännösoireiden vaikutusten minimoimiseen, olemassa olevien voimavarojen vahvistamiseen ja kompensatoristen mekanismien ja keinojen kehittämiseen. Tavoitteena ovat mahdollisimman hyvä elämä kuntoutusoireista huolimatta ja se, ettei huominen olisi tätä päivää huonompi. Tässä on syytä hyödyntää digitaalisia palveluja, kuten erilaisia neuropsykologisia kuntoutusohjelmia.

Kuntoutujien edun ja kuntoutusjärjestelmän toimivuuden kannalta olisi tarkoituksenmukaista tunnistaa aiemmin kuvatut osallisuuden teemat fokuksineen mahdollisimman varhain. Mikäli elinympäristöön suuntautuneista aktiivisista kuntoutustoimenpiteistä huolimatta päädytään ympärivuorokautisen asumisen ratkaisuihin sairauden tilan, asiakkaan toimintakyvyn rajoitusten tai maantieteellisten seikkojen takia, tulisi kuntoutujien palvelutarpeet yksilöidä mahdollisimman tarkasti ja varmistaa kuntoutussuunnitelman kattavan kaikki elämän osa-alueet. Asumisen tarve on syytä nähdä vain kuntoutussuunnitelman toteutuksen välineenä tai yhtenä kuntoutuksen segmenttinä ja on tarkkailtava, milloin laitotasumisen tarve poistuu ja kuntoutusta voidaan toteuttaa itsenäisemmässä asumismuodossa.

Yhteisökuntoutus on rinnastettavissa ryhmäkuntoutukseen tavoitteiden asettelun ja käytettävissä olevien keinojen osalta. Tarvittavat toiminnot voidaan tarjota tiiviimmässä ja intensiivisemmässä muodossa voimavaroja vahvistaen sekä yhteisön roolia ja vahvuuksia hyödyntäen.

Pitkittyvä ympärivuorokautinen laitosasuminen voi lisätä kuntoutuksen tarvetta sekä teemoihin liittyvien haasteiden lisääntymisen että laitostumisen myötä. NEET -nuorten osalta tämä on erityisen huomionarvoista. Kuinka luoda puuttuvia valmiuksia ilman ympärivuorokautista harjoittelua, jonka toteutuksessa asuminen on usein kriittinen elementti. Toisaalta taas asuminen mukanaan tuoma liian valmis elämä voi kuntouttaa maailmaan, jota ei ole kuntoutuspaikan ulkopuolella ja näin palvelu kääntyy itseään vastaan.

## Työn merkitykset kuntoutuksessa

Kuntoutus ja työ liittyvät perinteisesti yhteen. Työ on moniulotteinen käsite, joka tavallisimmin kansankielessä tarkoittaa ansiotyötä. Kuntoutuksen maailmassa asia on ymmärrettävä huomattavasti laajemmin ja on parempi puhua työtä muistuttavista olosuhteista. Kuten aiemmin todettiin työ sisältää voimakkaita ja merkityksellisiä teemoja. Se on osa kansalais-toimijuutta – tapaa ja mahdollisuutta olla osa yhteiskuntaa. Nyky-yhteiskunnassa työ ja sen tuloksellisuuden mittaaminen esim. ansiotulojen osalta on merkittävä yksilön arvon määrittäjä. Työelämän ulkopuolella olevat yksilöt ovat tähän kelpaamattomia ja osattomia tuon maailman arvojen osalta. Työttömyyden synnyttämä yhteiskunnan arvojen kyseenalaistuminen luo helposti syrjäytymisenä ilmenevää stigmatisoitumista.

Työelämässä mukana oleminen luo taloudellisia edellytyksiä, mutta on myös keskeinen arkea määrittävä rakenne. Työpaikalla voi syntyä merkittäviä ihmissuhteita verkostoineen. Se on sosiaalisuuden tyyssija, joka muovaa persoonallisuutta, käytöstä ja ajassa elämistä. Muiden ihmisten seurassa voimme kokea itsemme tasaveroisiksi ja osaksi suurempaa kokonaisuutta. Työelämän teemat ja rakenteet välittävät elämänhallinnan valmiuksia ja kansalaistaitoja lapsille luoden ylisukupolvista perimää ja ovat näin oleellinen osa ennaltaehkäisevää mielenterveystyötä. Digitalisoituvaa maailmaa some-kulttuureineen on haastamassa tätä kaikkea ja asettaa yksilöistään huolta pitävän yhteiskunnan uusien haasteiden eteen.

Osallisuuden ylläpidon näkökulmasta teemaa voidaan lähestyä työkykyä uhkaavien subjektiivisten tekijöiden, työelämän tavoitteiden ja työelämään paluuta edistävien rakenteiden kautta. Näissä kaikissa keskeisenä osatekijänä on työ laajasti ja dynaamisesti käsiteltynä. Oheisessa kaaviossa on perinteiselle ansiotyölle vaihtoehtoisia tapoja rakentaa subjektiivista sidettä työtä muistuttaviin olosuhteisiin:

Kuva 8. Työn modaliteetteja ja ulottuvuuksia



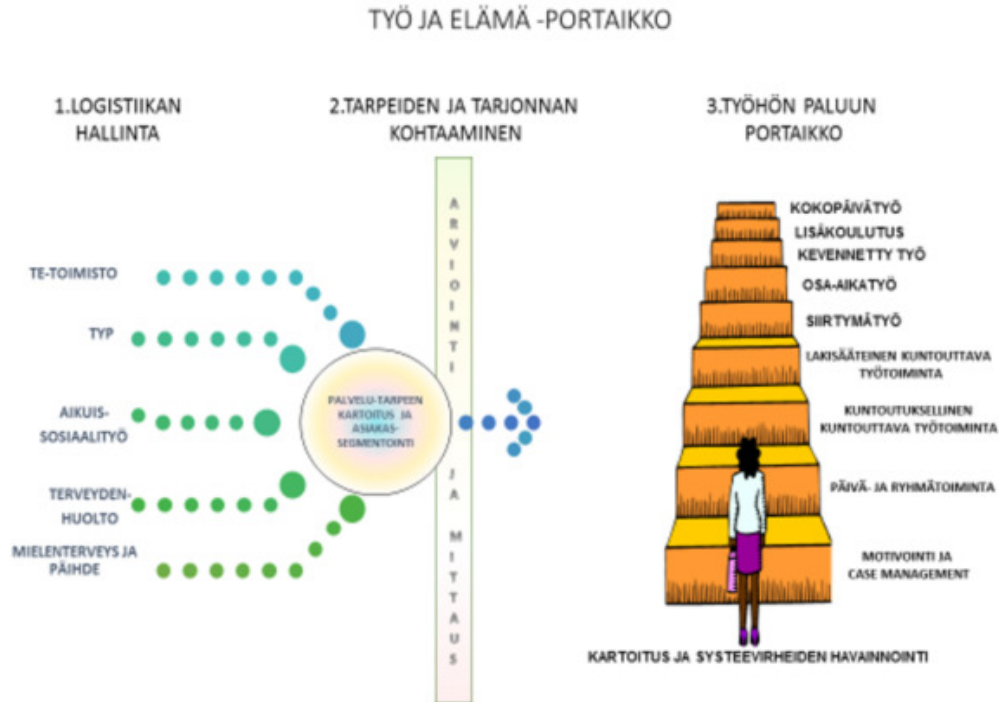
Jokaisen kuntoutujan työkuva voi rakentua ylläolevien modaliteettien ja ulottuvuuksien yhdistelmästä. Yksittäiset hajallaan olevat työtehtävät (silpputyö) voivat sijaita ikäihmisten elinympäristöissä tai täydentävä työ voi olla keskeinen osa kuntoutuksellista työtoimintaa, kun mielenterveyskuntoutuja on mukana kotihoidon arjen tehtävissä.

### Kuntoutus ja työelämä

Kuntoutumisen myötä työtä muistuttaviin olosuhteisiin ja työelämään sijoittuminen on syytä tehdä harkitusti vaiheesta toiseen siirtyen. Tätä edesauttaa, jos eteneminen tapahtuu etenemällä portaittain määritelty askel kerrallaan. Jokainen alla olevan kuvan mukainen porrastus tulisi määrittää sisältöineen, mittareineen ja seuraavalle siirtymälle asetettuine tavoitteineen. Tätä edeltävät hallitut logistiset prosessit ja yhtenäistetty, mielellään keskitetty arviointiprosessi.



Kuva 9. Työ ja elämä -portaikko



Riittävän fokusoidulla, porrastetulla ja hallitulla työn uudelleen organisoinnilla olisi mahdollista palauttaa vajaakuntoisia ja jopa työkyvyttömyyseläkkeellä olevia takaisin työelämään. Erityistä huomiota olisi syytä kiinnittää siihen, missä määrin näin saataisiin työvoimaa aloille, joilta sitä puuttuu.

## Työllisyyden ja kuntoutuksen kohtaaminen

Kuntoutuksellisen ajattelun tulisi tavoittaa työllisyyden segmentit, sillä laaja-alaisen kuntoutuksen kuuluu pyrkimys vahvistaa yksilön osallisuutta yhteiskunnassa. Kuten aiemmin todettiin, työ muodostaa keskeisen moniteemaisen rakenteen tämän tavoitteen kannalta.

Työllisyyden eri segmenteissä voidaan soveltaa vastaavanlaista tavoitteiden asettelua kuin aiemmin kuvatussa laaja-alaisen kuntoutuksen segmentoinnissa. Kuntoutuksellinen toiminta on paremmin motivoitavissa, kun sen tavoitteet ovat realistiset, ymmärrettävät ja asiakkaan elämän tilanteelle tarkentuvat.

Alla on kuvattuna työllisyyden segmenttien ja sen henkilökohtaisten kontekstuaalisten tavoitteiden kohtaaminen sekä niihin liittyvät sisällöt. Erityistä huomiota tulisi kiinnittää viranomaistyöttömyydeksi nimettyyn segmenttiin. Sen taustalla on kahden eri viranomaisjärjestelmän kohtaamattomuus. Tyypillisimmillään se ilmenee tilanteissa, joissa työ- ja elinkeinohallinto näkee asiakkaan työkyvyttömänä, kun sosiaali- ja terveydenhuollossa työllistyminen nähdään keskeisimpänä kuntoutustoimenpiteenä ja osallisuuden ylläpidon edellytyksenä.



### Taulukko 3. Työllisyyden segmenttien ja sen henkilökohtaisten kontekstuaalisten tavoitteiden kohtaaminen

KUNTOUTUKSEN SEGMENTTI/ TYÖLLISTYMISEN FOKUS	1) PALUU MUUTOSTA EDELÄNEESEEN TILAAAN	2) PYSÄHTYNEEN TILAN KÄYNNISTÄMINEN JA KOMPENSOINTI	3) PYSYVÄSTI RAJOITTEISEN TILANTEEN/TOIMINTAKYVYN OPTIMOINTI	4) PAHENEMISEN EHKÄISY, KOMPLIKAATIOIDEN MINIMOINTI
<b>TYÖKYVYTTÖMYYS</b>	Hoidon optimointi, Hoitoa tukeva kuntoutus	Valmentava portaittainen kuntoutus, Kahdella tasolla eteneminen	Yksilölliset sovellukset, Voimaannuttaminen, Vahvuuksien hyödyntäminen, Palvelutarpeen ja etuusstatuksen kohtaaminen	Hoidon ja kuntoutuksen optimointi, Osallisuuden ylläpito, Syrjäytymisen ehkäisy
<b>TYÖRAJOITTEISUUS</b>	Valmennus, Apuvälineiden käyttö, Mukautetut työtehtävät	Koulutus- ja valmennusohjelmat, Fokusoidut ja räätälöidyt toimenpiteet	Mukautetut työtehtävät, Voimaannuttaminen	Yksilölliset ja mukautetut ratkaisut, Osallisuuden tuki
<b>TYÖMARKKINA- KYVYTTÖMYYS*</b>	Uudelleen koulutus, Täydentävä koulutus, Muuttamisen tuki	Valmiuksien päivittäminen, Portaittainen eteneminen	Räätälöidyt ratkaisut, Mukautetut työtehtävät, Tuettu työllistäminen	Valmiuksien ylläpito ja päivittäminen, Osallisuuden ylläpito
<b>VIRANOMAIS- TYÖKYVYTTÖMYYS**</b>	Viranomaisyhteistyö, Verkostopalaverit, Räätälöidyt ratkaisut	Yhteinen työnjako, Viranomaisyhteistyö	Yhteisen käsityksen luominen, Räätälöidyt ratkaisut, Seurannan yhteistyö	Mukautetut ratkaisut, Viranomaisyhteistyön tehostaminen
<b>PITKÄAIKAIS- TYÖTTÖMYYS</b>	Työhönpaluun portaittaisuus, Valmiuksien päivitys	Harjoittelu, Esteiden poistaminen, Oppiminen, Valmennus	Selvittely, Valmiuksien kokeilut, Vahvuuksien harjoittelu, Portaittainen eteneminen	Valmiuksien ylläpito ja päivittäminen, Osallisuuden ylläpito, Syrjäytymisen ehkäisy
<b>TYÖTTÖMYYS</b>	Työnvälitys, Valmiuksien ja osaamisen päivittäminen	Taitojen ja valmiuksien päivittäminen	Toimintakyvyn arvio, Työkokeilu	Työnkuvan mukautus, Työelämän ulkopuolelle ulottuvat tukitoimet, Osallisuuden tuki

\***TYÖMARKKINAKYVYTTÖMYYS:** Alueellisesti puuttuvista tai poistuneista työtehtävistä seuraava työttömyys ts. työmarkkinoiden vajavainen tarjonta

\*\***VIRANOMAISTYÖKYVYTTÖMYYS:** Viranomaistoiminnan erilaisista käsitejärjestelmistä ja katveista seuraava työkyvyttömyys

## Järjestelmäpudokkaiden kuntoutus

NEET-nuoret edustavat paljon esillä ollutta järjestelmäpudokkuuden riskiryhmää, johon on valtiovallankin toimesta kiinnitetty runsaasti huomiota. Heidän integroimisensa yhteiskuntaan on sisällöltään analoginen muiden järjestelmäpudokkaisiin kohdistuvan toiminnan kanssa. Molemmilla on usein viranomaistoimintaan pettymisen lisäksi kielteisiä kokemuksia aikuisia kohtaan. Joillekin järjestelmän jäykkyys ja kapea-alaisuus ovat saattaneet aiheuttaa pettymysten lisäksi yleistä oppositioasennetta.

Eksotessa kartoitettiin v. 2016 tulottomien ja työmarkkinatoimenpiteistä kieltäytyneiden taustatekijöitä. Tuloksia sovellettiin järjestelmäpudokkaiden segmentoinnissa. Ohessa on tiivistelmä esiin tulleista teemoista, niiden hallintaan tarvittavista toimenpiteistä ja toimijoiden sijoittamisesta kokonaisuuteen:

## Taulukko 4. Järjestelmäpudokkaat

JÄRJESTELMÄPUDOKKAAT							
SEGMENTIN TEEMA	TAVOITETTAVUUS	PALVELUVALIKON HAASTEET	KANNUSTUS JA MOTIVOINTI	OMA ETU JA VOIMAVARAT	KOHTALOON TYYTYMINEN	ASENTEEN HAASTAMINEN	KOTOUTUMINEN
<b>Toimenpiteet</b>	Henkilörekisterien luotettavuuden parantaminen	"Katuja todellisuuden kohtaaminen"	Teeman tunnistaminen, Luottamus	Luottamus, Todellisuuden tulkkipalvelu	Varmistus, Kunnioitus, Arvostus	Kohtaaminen, Attunement, Motivointi	Kunnioitus, Turvan luonti, Kannustava tuki
<b>Vastuutaho/-henkilö</b>	Rekisterien ylläpitäjät, Organisaation sisäänkäynti	Jokainen työntekijä, Johtamisjärjestelmä	Koordinaattorit, Vertaistuki	Sosiaalityöntekijä Vertaistuki	Sosiaalityöntekijä Vertaistuki	Sosiaalityö, Ryhmätoiminnot, Vertaistuki	Sosiaalityö, Vertaistuki

Yhteenvedon voidaan todeta, että **pudokkaiden palvelutarpeet** ovat segmentoitavissa ja ne ovat hyvin heterogeenisiä. Näin ollen interventioiden tulee olla vakioituun tarvearvioon perustuvia, määrätietoisia, hallittuja ja monialaisia. Niitä toteuttavat vastuutahot on sovittava ja yksittäisten työntekijöiden työnkuva on mahdollistettava sekä ajallisesti että työkalujen osalta. Kaikkien asiakkaiden palveluiden minimitaso on motivointi ja sen mahdollisuus edellyttää rinnalla kulkemista kunkin asiakkaan salliman intensiteetin mukaisesti.

Järjestelmäpudokkuuteen suuntautuva työn hyöty koostuu inhimillisten ja taloudellisten näkökulmien lisäksi **järjestelmän toiminnan ja sen katveiden havainnoimisesta**. Jokainen pudokas edustaa järjestelmän toiminnasta kertovaa tarinaa. Mikä on pettänyt ja mitä olisi voitu tehdä toisin? Kaikkia ei voida auttaa, mutta suurimman osan kohdalla ainakin jotakin olisi voitu tehdä toisin. Pudokkaat ovat järjestelmän peilejä ja sparraajia.

## Ohjaamo-konsepti ja hankemaailman haasteet

Ohjaamo on suhteellisen uusi hankeperäinen konsepti, jolla pyritään nuorten palvelujen uudistamiseen. Malli on tavoitteiltaan ja lähtökohdiltaan hyvä ja innovatiivinen, joskin sen sisään on rakentunut kehityshaasteita.

Kun nuori jää yhteiskunnan ulkopuolelle, häntä on alaikäisyyteen liittyen melko äskettäin ympäröinyt viranomaisverkosto muun muassa koulujen kautta. Diakonissalaitoksen Vamos – toiminnassa on havaittu, että syrjäytymiskriteerit täyttäessään nuorella on ollut keskimäärin 16 eri viranomaistahoa hoitamassa hänen asioitaan. Keskeinen kysymys on, mitä uutta Ohjaamon tulisi tuoda tähän todellisuuteen? Se on monialainen ja verkostoituva nuorten kohtaamispaikka, mutta miten nuoret saadaan sinne, kun aiempi, yleensä aktiivinen viranomaistoiminta on ollut tuloksetonta ja mahdollisesti turhauttavaa? Tulisiko Ohjaamon suuntautua nuorten sijaan viranomaisiin ja verkostoihin, joiden työ ei jostain syystä ole tuottanut tulosta?

Onnistumisen kannalta keskeinen tekijä voisi olla elinympäristöön tehtävä työ, joka nykyään tarkoittaa myös virtuaalisessa maailmassa toimimista, some-verkostoihin pääsyä ja niissä operointia sekä perinteiseen virkamiestyöhön kuulumatonta, vuorokauden aikoihin sitoutumatonta toimintaa. Vaadittavassa työotteessa voi nähdä samoja elementtejä kuin poliisien

peitetehtävissä. Molemmissa mennään mahdollisimman luonnollisina samaan maailmaan asiakkaiden kanssa, mutta toki täysin eri tavoiteasetteluin.

Ohjaamo fyysisenä rakenteena sisältää oletuksen nuoren oma-aloitteisesta hakeutumisesta järjestelmään. Nykykonseptiin tuloksia arvioitaessa on syytä huomioida, että siihen tulevat nuoret saattavat olla samoja, jotka hakeutuisivat palvelujen piiriin muutenkin. Heidän lukumääristään ei siten voi vetää johtopäätöksiä Ohjaamon toiminnan onnistumisen osalta. Vaarana on luoda päällekkäistä toimintaa, joka uusien hallinnollisten rajapintojen myötä sekoittaa kokonaisuutta.

Mikä olisi tällaisen palvelun työntekijän työkuva? Ainakin hankkeen alkuvaiheessa Ekso-  
tessa fantasioitiin biljardia pelaavista mielenterveys- ja sosiaalityöntekijöistä ja oletettiin nuorten puhuvan ongelmistaan pelaamisen yhteydessä. Kun tällaisia ei löytynyt kunnan työntekijöistä, oletettiin 100 %:sti kuormittuneen mielenterveys- ja päihdepalvelujen organisaation järjestävän palvelut.

Toiminnan tulisi pyrkiä houkuttelemaan nuori ensin järjestelmään ”hinnalla millä hyvänsä”. Aivan samoin kuin sote-järjestelmän tulisi perustua subjektiivisiin palvelutarpeisiin, tulisi Ohjaamoiden toiminnan perustua subjektiivisiin kiinnostuksen kohteisiin. Näiden tuotannossa tulisi käyttää luovuutta ja sisäänheittotuotteina voisi olla esim. studiotyöskentelyn opiskelua, vaappujen tekoa tai tietokoneiden suorituskyvyn lisäämisen kursseja.

Ohjaamo-konseptilla on myös tyypilliset hankemaailman painolastit. Yksi näistä on alueellisuus. Hankkeen hallinnointi on määritelty yhdelle kaupungille ja luonnollisesti tämä kehittää sitä omiin tarpeisiinsa nojautuen. Erityisesti nuorten osalta alueelliset palvelujärjestelmät ja siihen kiinnittyvät rajapinnat ovat keskenään hyvin erilaisia, minkä seurauksena osa hankkeisiin osallistujista joutui luopumaan perinteistään, purkamaan toimivia ratkaisuja, ottamaan askeleita taaksepäin ja pelkistämään toimintojaan.

Uusi toiminta olisi syytä sopeuttaa olemassa oleviin palvelurakenteisiin ja mallin tarjoamisen sijaan sen tulisi toimia ideologisena, verkostoitumista edistävänä ja uusia toimintatapoja synnyttävänä promoottorina.

Hankemaailmaan kuuluva lyhytnäköisyys on pahimmillaan tuhoavaa. On sängen tavallinen kokemus, että merkittävä osa hankeajasta kuluu edellä kuvattuun rajapintojen yhteensovittamiseen uuden luomisen sijaan ja pian ollaan jo ajallisesti tilanteessa, jossa valmistaudutaan hankkeen loppumisen seurauksiin. Ratkaisu tähän ongelmaan olisivat yksilöllisemmät alueelliset hankkeet, jotka oikeasti edistäisivät kehityksen jatkumoa.

## **Kuntouttavien tahojen voimien kokoaminen yhteen**

Mielenterveys- ja päihdekuntoutusta tuottavat ja ohjaavat kuntien sosiaali- ja terveystoimien lisäksi YTHS, Kela, kolmannen sektorin toimijat, yksityiset palvelutuottajat sekä eräät työterveyshuollot. Työeläkevakuuttajat saattavat kustantaa yksittäisiä räätälöityjä mielenterveys- ja päihdeongelmiin kohdennettuja työkykyä ylläpitäviä toimenpiteitä. Näiden määristä ja sisällöistä ei ole saatavilla koottuja tietoja. Toiminta on yksilötasolla merkittävää, mutta järjestelmän kokonaisuuden kannalta täydentävää ja irrallaan olevaa.

Kansallisten kuntouttavien tahojen välinen yhteistyö on valitettavan satunnaista ja toiminta osin päällekkäistä. Eri toimijat eivät tunne kunnolla toisiaan ja käsitykset toisten toiminnasta ovat riittämättömiä. Myös kilpailulliset tekijät ovat aiheuttamassa järjestelmän pirstoutumista. Asiakkaan pitäminen omassa tuotantokoneistossa on tuottavampaa kuin ohjata hänet tuloksellisempaan toisen toimijan palveluun.

Mielenterveys- ja päihdekuntoutuksen integroiminen on myös terminologisesti haasteellista, koska sitä järjestetään eri toimijoiden toimesta muun muassa seuraavien nimikkeiden alla, kuten kuntoutuspsykoterapia, avohoitopainotteinen mielenterveyskuntoutus, ammatillinen kuntoutus, vaativa lääkinällinen kuntoutus, moniammatillinen yksilökuntoutus ja harkinnanvaraiset kuntoutusjaksot. Osa terminologisista eroista on toiminnan sisällön kannalta merkittävää ja osa puhdasta semantiikkaa.

Kelalla on keskeinen rooli kuntoutuksen järjestäjänä ja rahoittajana. Sen palveluvalikko on monipuolinen, uudistuva ja yksilöllisiä ratkaisuja mahdollistava. Kelan rahoittaman toiminnan ympärille on syntynyt oma palvelutuotannon maailma, jonka rooli vaihtelee alueittain täydentävien palveluiden ja vaihtoehtoisen palvelujärjestelmän välillä.

Merkittävin Kelan tukema kuntoutuksen muoto mielenterveyskuntoutuksessa on kuntoutuspsykoterapia, mikä toimintana on kansallisella tasolla merkittävää, jopa fundamentaalista. Sen määrä on lisääntynyt vuosi vuodelta. Toiminnan irrallaan olo palvelukokonaisuudesta on johtanut monenlaisiin sekä kansallisiin että alueellisiin väärinkäsityksiin ja dysfunktionaalisuuksiin. Julkinen palvelutuotanto on monesti olematonta sekä huonosti koordinoitua ja sen seurauksena raja Kelan toiminnan kanssa hämärtyy. Keskitetyn toiminnan puutteesta johtuva kuntoutuksen tuottamisen valuminen Kelalle on pahimmillaan synnyttänyt alueellisia panttivankitilanteita ("jos muutatte jotakin, järjestelmämme kaatuu ja asiakkaat joutuvat puolaan"). Valitettavan usein alueellista avopalveluiden huonoa saatavuutta on yritetty kompensoida erityisesti Kelan tukemilla psykoterapioilla.

Häiriöitä järjestelmään tuottavat myös psykoterapia-käsitteeseen liittyvät epäselvyydet ja väärin tulkinnat, kun eri tahot ymmärtävät sen eri tavoilla. Kovin usein sekoitetaan toisiinsa kuntoutuspsykoterapiat, psykoterapiaorientoinut työ, muuhun kuin työ- ja opiskelukyvyyn ylläpitoon kohdennetut psykoterapiat ja korvattavien psykoterapiamuotojen ulkopuoliset viitekehukset. Tavallisin väärinkäsitys lienee, että pitkät psykoterapiat kuuluvat Kelan kustannettaviksi.

Yleisiä tilanteita, joissa palvelutarpeet ja Kelan psykoterapiakriteeristö eivät kohtaa ovat akuutit tilanteet, vaikeahoitaiset asiakkaat, epäselvät sairauskokonaisuudet, hoitoresistenttiys, kaksoisdiagnoosipotilaat, palvelujärjestelmän puutteiden seuraukset ja psykososiaalisten tekijöiden huomioimattomuus subjektiivisen pärjäävyyden alentajina. Kaikki nämä asiakasryhmät voisivat toki hyötyä kuntoutuksellisista psykoterapioista, mutta niiden järjestäminen ei voi olla Kelan vastuulla. Jos näin olisi, seurauksena olisi nykyistä suurempi palvelujärjestelmien pirstaleisuus ja asiakaskohtaisten kokonaisuuksien hajoaminen.

Kela ostaa erilaisia kuntoutuskursseja itsenäisiltä toimijoilta, kuten ammatinharjoittajilta ja yksityisiltä organisaatioilta. Tuotetun toiminnan taso vaihtelee melkoisesti, mutta parhaimmillaan laatu ja vaikuttavuus ovat parempia kuin julkisella sektorilla. Liian usein yksittäiset toimenpiteet eivät kuitenkaan integroidu asiakkaan hoidon kokonaisuuteen joko niin, että ohjaavan tahon ollessa muu kuin hoitava taho syntyy kuntoutuksellisten fokusten hajaannus

tai julkinen palvelujärjestelmä ei pysty jatkamaan ulkopuolisen toimijan käynnistämää ohjelmaa. Hoitavalle taholle tulevassa, ilman verkostotapaamista laaditussa kirjallisessa palautteessa monesti standardivastauksena on kuntoutuksen jatkamisen tarve julkisessa järjestelmässä, mikä varmaan on ollut tiedossa jo ennen ulkopuolisia kuntoutustoimenpiteitä.

Perustoimeentulotuki siirtyi Kelan vastuulle vuoden 2017 alusta alkaen. Toimeentulotuki on yhteiskunnallisen osallisuuden ylläpidon näkökulmasta merkittävä kuntoutuksellinen toimenpide ja ennen kaikkea sen tarve korreloi usein monen muun osa-alueen kuntoutuksellisiin tarpeisiin. Tehtävän hoitaminen tarjoaa merkittävän näköalapaikan hyvinvoinnin uhkien signaaleiden havaitsemiseen ja näin erilaisten kuntoutuksellisten toimenpiteiden kohdentamiseen. Interventtioiden käynnistämässä viranomaisten välinen yhteistyö on ratkaisevassa asemassa ja nyt siihen olisi tarjolla entistä leveämmät hartiat.

Haasteellisissa ja epäselvissä tilanteissa olisi järkevää yhdistää yllä mainittu toimeentulotuen kautta avautuva psykososiaalisten tarpeiden maailma, kohdassa kuvattu 5.4 keskitetty alueellinen psykososiaalisen kuntoutuksen toiminto ja Kelan tukemien kuntoutuspsykoterapioiden ratkaisuprosessi. Näin pystyttäisiin:

- Kokoamaan eritasoista maakunnallista pirstaleista tietoa.
- Hyödyntämään muita, kuten kolmannen sektorin toimijoita entistä paremmin.
- Havaitsemaan heikkoja signaaleja laajemman maiseman avulla.
- Hahmottamaan nykyistä laajemmin palvelujärjestelmän kattavuus ja toimivuus.
- Ottamaan käyttöön uudenlaisia insentiivejä ja ansaintalogiikoita palvelutuotannossa, joissa tuotto rakentuu toiminnan tuloksellisuudelle.
- Integroimaan poikittaisia toiminnallisia kokonaisuuksia, joista psykoterapiaprosessi olisi hyvä esimerkki. Julkiset ja Kelan tukemat psykoterapiat täydentäisivät toisiaan muodostaen jatkumon. Samalla psykoterapian sovellettavuus ja potentiaali tulisivat hyödynnettyä tehokkaammin ideologian kirkastuessa ja toiminnan segmentoituessa.
- Yhteisen päätöksen teon myötä voidaan tehdä kuntoutuslakeihin pohjautuvia tehtäväjakoja, jolloin asiakkaat eivät putoa järjestelmien väliin, päällekkäisen työn määrä vähenee ja yhteinen osaaminen lisääntyy toisilta oppimisen myötä. Sama logiikka pätee muuhunkin kuin mielenterveys- ja päihdekuntoutukseen. Kaikki voittavat.

Kelan rooli täydentävänä palveluna on lähtökohdiltaan ymmärrettävä, mutta yleisesti puutteellinen järjestelmätuntemus ja käytännön ympärille syntynyt kulttuuri tekevät psykoterapian kokonaisuuden niin häiriöalttiiksi, että on parempi yhdistää tämä yhdeksi kokonaisuudeksi sillä varauksella, että keskitetty integroitu psykoterapiajärjestelmä ei saa johtaa psykoterapiaideologian vesittymiseen tai jopa katoamiseen. Nykyinen osaamattomuus ja kokonaisuuden hallinnan puute voisivat siirtyä vielä suuremmille ja vaikuttavimmille foorumeille ja johtaa pahimmillaan psykoterapian käytön vähenemiseen tai käsitteen alla tapahtuvan toiminnan hämärtymiseen ja epätarkoituksenmukaisuuteen. Psykoterapeuttisesta toiminnasta ei saa kehittyä vaikeahoitoisten asiakkaiden ja palvelujärjestelmän puutteiden seurausten sijoituspaikka.

Sote-uudistukseen sisältyy teemoja, jotka voidaan nähdä tienristeyksinä psykoterapian laajenemisen kannalta. Parhaimmillaan valinnan vapaus esimerkiksi palveluseteleiden avulla toteutettuna voi mahdollistaa nykyistä paremman psykoterapian saatavuuden ja tuloksellisuuden perustuvan asiakasohjauksen. Nähtäväksi jää, mitä valinnan vapaus tarkoittaa. Muuttujia on useita, muun muassa terapian viitekehys, frekvenssi, kesto, psykoterapeutin pätevyys, hänen persoonansa, psykoterapiaan käytettyjen matkojen korvattavuus ja erilaiset mukavuustekijät. Pahimmillaan se voi sekoittaa kaiken avohoidon ja psykoterapian toisiinsa, jolloin lopputulos on hallitsematon resurssipohjainen keitos, jossa näennäinen palveluiden saatavuus ja toteutus muodostuvat tavoitteita, tuloksia ja hyötyjä tärkeämmiksi.

## Kuntoutusjärjestelmän uudistamisen keskeisiä haasteita

### Taulukko 5. Kuntoutusjärjestelmän uudistamisen keskeisiä haasteita

TARVITAAN
<ul style="list-style-type: none"> <li>Yhden asiakkaan palvelutarpeisiin kerrallaan vastaava ketterä palvelujärjestelmä, jolla on prosessivalmius vastata sellaisenkin palveluiden tarpeeseen, joita ei vielä ole olemassa.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Yhtenäinen ja kattava kuntoutusideologia, joka tuottaa kuntoutuksellisen ajattelun poikkiorganisatorisesti ja yksikkökohtaiset toisiinsa nivoutuvat organisatoriset ratkaisut.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Kuntoutuksellisen toiminnan tavoitteiden asettaminen yksilön arkeen ja siihen sisältyviin osallisuuden teemoihin. Näistä työhön liittyvät teemat ovat keskeisiä edustaen yhteiskuntaan integroitumista, sosiaalisuutta ja ylisukupolvisten teemojen siirtämistä.</li> </ul>
<p>Ammattitaitoinen ja motivoituneista henkilöistä koostunut asiantuntijaverkosto, joka saa riittävät valmiudet ja tavoitteet toiminnalleen. Onnistumiseen vaaditaan myös uusia ja ennakkoluulottomia sekä tämän päivän, että tulevaisuuteen suuntautuvia työtapoja. Nuoret tulee kohdata heidän maailmassaan.</p>
<p>Moniammatillisuudesta monialaisuuteen - työskentelyssä on oleellista päästä professioiden edunvalvonnasta, ammattiryhmien välisistä valtasuhdekiistoista ja narsistisista pyrkimyksistä asiakaskohtaisiin, eri alojen substanssiosaamisesta syntyvään integratiiviseen keitokseen. Tämä asettaa haasteita tarkoituksenmukaisten foorumeiden luomiselle, yhteistyön valmiuksien kehittämiseksi ja johtamiskulttuurille</p>
<p>Maakuntatason toimintaa ohjaava järjestelmä, joka kantaa vastuun ja pitää huolen palveluprosessien olemassa olosta ja toteutumisesta, vastuutahojen nimeämisistä, järjestelmän toimivuudesta sekä jokaisen palvelutarpeisiin vastaamisesta.</p>
<p>Valtakunnan tasolla määritetyt kriteerit, laadulliset ja toiminnalliset standardit sekä arviointimenetelmät, joiden avulla valtiolta valvoo kuntoutuksen toteutumista maakuntatasolla suositukset ja havainnot huomioiden.</p>
<p>Organisaation kyky tehdä havaintoja uusia asioita kehittäessään ja valmius hyödyntää näitä kehitystyössään. Päämääränä ei ole luoda valmiita ratkaisuja, vaan mukautumisen herkkyyttä ja valmiutta. Jokainen havainto kertoo jotakin menneestä, nykyisyydestä ja tulevasta ja voi näin olla herätä ja ajuri muutoksen tarpeesta ja suunnasta. Eteneminen on näin ketteryyden ja organisaation integriteetin vuoropuhelua.</p>
<p>Uudenlainen johtajuus, joka noudattaa asiantuntijaorganisaation johtamisen periaatteita. Jokainen asiakas on oman hyvinvointinsa ja työntekijä palvelutarjonnan asiantuntija. Johtamisen keskeinen tehtävä on optimoida tämä kahden asiantuntijan kohtaaminen ja luoda sille puitteet. Monialaisten tarpeiden yhteydessä johtamisessa painottuu verkostojen ja ekosysteemien johtamisen kyky. Kaikessa tässä korostuvat olosuhteiden ja ratkaisujen mahdollistaminen, neuvotteluvalmius ja innovatiivisuuteen rohkaiseminen.</p>

## Lopuksi

Mielenterveys- ja päihdekuntoutuksessa, kuten kaikessa muussakin kuntoutuksessa kyse on inhimillisyyden ja siten hyvinvointivaltion perimmäisten arvojen ja periaatteiden toteuttamisesta. Kuntoutusideologia tarjoaa suoran, luontevan ja loogisen väylän sosiaali- ja terveydenhuollon osa-alueilta integratiiviseksi kokonaisuudeksi. Se sisältää keskeisimmät komponentit, joka voisi synnyttää yhteiskunnan eri osa-alueita yhteen liimaamalla yhteiskuntakehityksen, kansalaistoimijuuden ja viime kädessä ihmisarvon.

Maakuntauudistus on suuri mahdollisuus kuntoutusideologian edistämiseksi, sillä se asettaa nykyistä selkeämmin järjestelmän toimivuuden vastuunkantajan ja palvelutuotannon

perälaudan. Maakunta ottaa vastuulleen palvelutarpeeseen vastaamisen ja asiakaslähtöisen palvelutuotannon toteutuksen.

Sote-järjestelmän uudistumisen onnistuminen arvioidaan alhaalta päin. Johtotähtenä on palveluiden toteuttaminen subjektiivisiin palvelutarpeisiin pohjautuen. Kun luodaan tähän tarvittavat palvelut, niitä ylläpitävät ideologia ja prosessit sekä henkilöstöä motivoiva ja sen osaamisen hyödyntävä toimintakulttuuri, palvelujen järjestäminen on toteuttamisen sopimista ilman sen suurempaa mystiikkaa – oli sote-malli millainen tahansa.

# LIITE IV: SAIRAUSPÄIVÄRAHAJÄRJESTELMÄÄN LIITTYVÄN 30-60-90-150 –JÄRJESTELMÄN KEHITTÄMINEN JA MALLIN LAAJENTAMINEN

## Määritelmät

Termi	Määritelmä
<b>30-60-90-150-järjestelmä</b>	Sairauspäiväraha järjestelmään liittyvä tarkistuspisteiden ja eri toimijoille asetettujen vastuiden kokonaisuus, joiden tarkoituksena on tukea sairauspäivärahaa saavien asiakkaiden kuntoutustarpeen havaitsemista ja siihen puuttumista. Laajennus nykyisestä 30-60-90-säännöstä.
<b>Kuntoutuskoordinaattori</b>	Kuntoutusjärjestelmän tunteva kuntoutuksen ammattilainen, joka työskentelee esim. työterveyshuollossa tai maakunnan toimintakykykeskuksessa.
<b>Case manager</b>	Kuntoutuksen ammattilainen, jonka tehtävänä on opastaa asiakasta valitsemaan tälle sopiva kuntoutusmuoto ja jolla on vastuu asiakkaan kokonaisprosessista. Case managerina voi toimia esim. kuntoutuskoordinaattori.
<b>Kelan työkykyneuvoja</b>	Kelassa työskentelevä kuntoutuksen asiantuntija. Ehdotetussa mallissa ensisijainen vastuu työterveyshuollon piirissä olevien asiakkaiden ohjauksesta ja kuntoutusprosessin seurannasta on työterveyshuolloilla ja työttömien asiakkaiden osalta maakunnilla. Työterveyshuolloissa ja maakunnissa toimii kuntoutuskoordinaattoreita. Kelan työkykyneuvojilla on keskeinen rooli Kelan kuntoutuspalveluita koskevassa neuvonnassa ja he osallistuvat organisaatioiden väliseen yhteistyöhön mm. asiastapauksissa Kelan edustajana.
<b>Seulonta-algoritmi</b>	Sähköiseen seulontajärjestelmään rakennettu yhdistelmä ehtoja, joiden avulla rajataan haun tuloksia ja havaitaan ne henkilöt, joilla todennäköisimmin olisi palvelutarpeen arvion ja kuntoutuksen tarve.
<b>Yhteisneuvottelupöytäkirja</b>	Myös: työterveysneuvottelupöytäkirja. Pöytäkirja, joka laaditaan työterveyshuollon, työnantajan ja työntekijän



yhteisissä neuvotteluissa, jotka järjestetään työntekijän työkykyä vastaavan työn järjestämismahdollisuuksien ja työhön paluun mahdollistamien tukitoimien selvittämiseksi.

Kts. myös HE 75/2011, s. 11

### **Toimintakykykeskus**

Maakuntaan perustettavaksi ehdotettu elin, jossa tehdään moniammatillinen ja tarvittaessa monialainen palvelutarpeenarvio ja kuntoutussuunnitelma niille asiakkaille, joilla toimintakykyvaje tai joiden palvelutarve on laaja-alainen. Toimintakykykeskuksella on syytä olla fyysinen toimipiste/pisteitä mutta se hyödyntää myös verkostomaista rakennetta.

# 1 Johdanto

## 1.1 Tausta

Sairauspäiväraahajärjestelmään liittyvä 30-60-90-150 -sääntö on vuonna 2012 sairausvakuutuslakiin (1224/2004) ja työterveyshuoltolakiin (1383/2001) tehty muutos, jonka tavoitteena oli parantaa työkyvyn arviointiprosessia ja varhaista puuttumista pitkittyviin työkyvyttömyysjaksoihin (HE 75/2011 vp, s. 7, 9). 30-60-90-150 -sääntö muodostuu neljästä elementistä:

- 1) työnantajan on ilmoitettava työterveyshuollolle työntekijän sairauspoissaolon kestänyt 30 päivää (työterveyshuoltolaki, 1383/2001, 10 a §, 20/2012)
- 2) sairauspäivärahaa on haettava Kelasta kahden kuukauden kuluessa työkyvyttömyyden alkamisesta (sairausvakuutuslaki, 1224/2004, 15 luvun 4.1 §:n 1 kohta, 19/2012), ja Kelan on selvitettävä kuntoutustarve viimeistään silloin, kun sairauspäiväraha- ja osasairauspäivärahopäivien lukumäärä ylittää 60 päivää (sairausvakuutuslaki, 1224/2004, 12 luvun 6.1 §, 532/2009)
- 3) Kelalle on toimitettava lausunto työntekijän jäljellä olevasta työkyvystä ja työssä jatkamisen mahdollisuuksista 90 sairauspäivärahopäivään mennessä (sairausvakuutuslaki, 1224/2004, 8 luvun 5 a §, 19/2012)
- 4) 150 sairauspäivärahopäivän jälkeen Kelan tulee tiedottaa vakuutetulle kuntoutusmahdollisuuksista sekä tarvittaessa eläkkeen tai muun korvauksen hakemisesta (sairausvakuutuslaki, 1224/2004, 12 luvun 6.2 §). Kela lähettää tässä vaiheessa kirjeen, jossa on Kelan ja työeläkevakuuttajien yhdessä laatima esite kuntoutusmahdollisuuksista

Työterveyshuollolla on vastuu työntekijän jäljellä olevan työkyvyn arvioinnista, ja työnantajalla on vastuu selvittää työntekijän ja työterveyshuollon kanssa yhteistyössä työntekijän mahdollisuudet jatkaa työssä (HE 75/2011 vp, s. 11). Työterveyshuollon vastuulla on myös järjestää yhteisneuvottelut työnantajan ja työntekijän kanssa lausunnon laatimisen pohjaksi (HE 75/2011 vp, s. 13).

Myös sairausvakuutuslain vuoden 2011 työterveyshuollon kustannusten korvaamista koskevilla säännöksillä on pyritty parantamaan työkyvyn hallintaa ja edistämistä työkyvyn hallinnan, seurannan ja varhaisen tuen käytäntöjen kautta (HE 75/2011 vp, s. 6). Nämä säännökset kuitenkin keskittyvät aikaan ennen sairauspäivärahakauden alkamista.

## 1.2 Selvityksen tavoitteet

Selvityksen tavoitteena oli kartoittaa nykyisen sairauspäiväraahajärjestelmän 30-60-90-150 -säännön toimivuutta kuntoutukseen ohjauksen ja työhön paluun tuen näkökulmasta sekä tunnistaa kehityskohteita ja järjestelmän kehittämisenä huomioitavia seikkoja. Yhtenä arviotavana kysymyksenä oli, kannattaisiko sairauspäivärahakaudella olevista työntekijöistä toimittaa automaattisesti tieto työeläkevakuuttajille tietyn päivärahakertymän jälkeen. Näiden pohjalta oli tarkoitus muodostaa ehdotus nykyisen järjestelmän kehittämisestä ja sen käyttöön ottamisesta uusissa asiakasryhmissä: työttömällä, opiskelijoilla ja yrittäjillä. Muodostettavissa ehdotuksissa tavoitteena oli malli, jossa sairauspäivärahakertymästä seuraa kullekin kohderyhmälle sopivia toimenpiteitä, joiden tavoite on tukea kuntoutukseen ohjautumista ja työhön paluuta. Mallin oli myös huomioitava SOTE- ja TE-palveluiden tulevat muutokset.

### 1.3 Rajaukset

Koska tutkimustehtävä kohdistuu 30-60-90-150 -järjestelmän kehittämiseen, siinä keskitytään sairauksia ja työkyvyn haasteita ennaltaehkäisevien toimenpiteiden sijaan niihin keinoihin, joita voidaan käyttää sairauspäivärahaudella jo olevien henkilöiden prosessin parantamiseen kuntoutukseen ohjaamisen ja työhön paluun tukemisen kannalta. Poikkeuksena tästä ovat työttömät henkilöt, jotka eivät välttämättä hae sairauspäivärahaa tai ole työterveyshuollon piirissä, ja jotka eivät siten aina ole nykyisen 30-60-90-150 -säännön havaittavissa. Samoin yrittäjillä toimenpiteitä ei voi rajata ainoastaan sairauspäivärahauteen, sillä yrittäjät eivät aina hae sairauspäivärahaa, eikä erityisesti yksinyrittäjillä usein ole työterveyshuoltoa.

Opiskelijoiden osalta tästä selvityksestä on rajattu pois toisen asteen opiskelijat, sillä heidän osaltaan vastuu on oppilaitoksilla, kuntien nuorisotoimella ja koulu- ja opiskeluterveydenhuollolla. Opiskelijoita koskevat ehdotukset kohdistuvat ainoastaan YTHS:n palveluiden piiriin kuuluviin opiskelijoihin. SOTE-uudistuksen yhteydessä YTHS:n palveluiden piiriin on tarkoitus tulla yliopisto-opiskelijoiden lisäksi myös ammattikorkeakouluopiskelijat.

Työssä olevien osalta haastatteluissa ja ehdotuksissa on keskitytty sairauspäivärahaa saavien henkilöiden prosessin parantamiseen, ei niinkään osasairauspäivärahaa saaviin, jotka ovat osa-aikaisesti työssä. Osasairauspäiväraha saattaa kuitenkin joissakin tilanteissa olla vaihtoehto ammatilliselle kuntoutukselle.

Selvityksessä ei käsitellä tapaturma- tai liikennevakuutuslaitosten ammatillista kuntoutusta tai siihen liittyviä prosesseja.

## 2 Järjestelmän nykytila Suomessa

Kuntoutusjärjestelmässä erotetaan toisistaan lääkinnällinen kuntoutus, jonka tavoitteena on tukea ja parantaa henkilön toimintakykyä, sekä ammatillinen kuntoutus, jonka tavoitteena on tukea työssä jaksamista ja työhön pääsyä tai paluuta.<sup>24</sup> Lääkinnällistä kuntoutusta järjestävät ja korvaavat kunnat, sairaanhoitopiirit, Kela sekä yksityiset vakuutuslaitokset. Ammatillista kuntoutusta järjestävät ja korvaavat Kela, työeläkelaitokset sekä tapaturma- ja liikennevakuutuslaitokset. Kela järjestää ja korvaa lisäksi harkinnanvaraista kuntoutusta ja kuntoutuspsykoterapiaa.

Kelan ja työeläkelaitosten ammatillisen kuntoutuksen saamisen kriteerit eroavat toisistaan. Kelan rahoittamaa ammatillista kuntoutusta voidaan myöntää, jos sairaus, vika tai vamma on aiheuttanut tai sen arvioidaan aiheuttavan lähivuosina vakuutetun työ- tai opiskelukyvyn ja ansiomahdollisuuksien olennaisen heikentymisen (laki Kansaneläkelaitoksen kuntoutusetuuksista ja kuntoutusrahaetuuksista, 566/2005, 6.1 §, 973/2013). Työeläkekuntoutuksen myöntämiseksi vaaditaan puolestaan muun muassa, että henkilön sairaus, vika tai vamma aiheuttaa uhan tulla työkyvyttömäksi lähivuosina työeläkelaeissa tarkoitetulla tavalla siten, että henkilöllä on vakiintunut yhteys työelämään ja että ansiorajavaatimus täyttyy, eli että

---

<sup>24</sup> <http://stm.fi/sotepalvelut/kuntoutus>; Kelan kuntoutustilasto 2016, Kela, 2017, s. 6

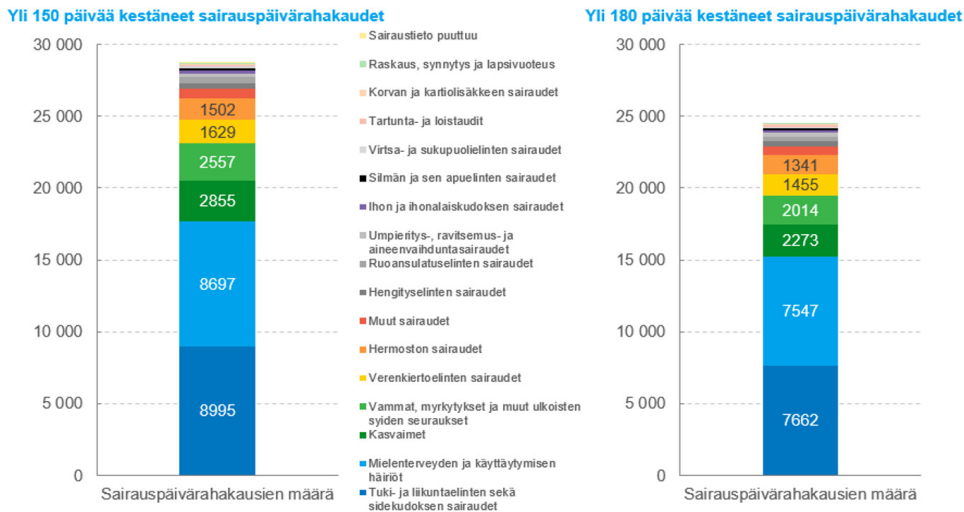
henkilöllä on kuntoutushakemusta edeltävän 5 vuoden aikana työeläkevakuutettuja ansioita vähintään 34 910,29 euroa vuoden 2017 tasossa (työntekijän eläkelaki, 395/2006, 25 §).

Työterveyshuolloilla on vastuu edistää työ- ja toimintakykyä työuran eri vaiheissa yhdessä työnantajan ja työntekijän kanssa (HE 67/2010 vp, s. 3). Sairauspäiväraahajärjestelmässä työterveyshuollon vastuulla on laatia lausunto työntekijän jäljellä olevasta työkyvystä ja yhdessä työnantajan ja työntekijän kanssa selvittää työntekijän työssä jatkamisen mahdollisuudet 90. sairauspäivärahapäivään mennessä.

Vuonna 2016 uusia sairauspäiväraahajaksoja alkoi 281 132 kpl.<sup>25</sup> Näistä 29 280 tapauksessa edeltävä etuus oli työttömyysetuus tai henkilö oli työllistämistuella palkattu ja 2 970 tapauksessa edeltävä etuus oli opintoraha.<sup>26</sup> Vuonna 2015 uusia sairauspäiväraahajaksoja alkoi 294 067 kpl.<sup>27</sup> Näistä 61 802:ssa kauden kesto oli yli 60 päivää, 43 340:ssa yli 90 päivää ja 28 683:ssa yli 150 päivää.<sup>28</sup> Alkavista sairauspäiväraahakausista noin 21 % kestää siis yli 60 päivää, 14,7 % yli 90 päivää ja 9,8 % yli 150 päivää.

Suurimmassa osassa pitkistä, yli 150 päivää kestävästä sairauspäiväraahajaksoista, on sairauspäiväraajakson taustalla mielenterveyden ongelma tai tuki- ja liikuntaelinsairaus (Kuva 1). Vuonna 2015 näiden osuus yli 150 päivää kestävästä sairauspäiväraahajaksoista oli 62 %.<sup>29</sup>

### Kuva 1. Pitkien sairauspäiväraahajaksojen jakautuminen sairausryhmän mukaan (Kela)



Vuonna 2015 Kelan työkyvyttömyyseläkkeelle siirtyi 10 981 henkilöä ja työeläkelaitosten maksamalle työkyvyttömyyseläkkeelle 18 649 henkilöä.<sup>30</sup> Osa työkyvyttömyyseläkkeelle

<sup>25</sup> Kela, Sairauspäivärahojen alkaneet kaudet 2016

<sup>26</sup> Kela, Sairauspäivärahojen alkaneet kaudet 2016

<sup>27</sup> Kela, Sairauspäivärahojen alkaneiden kausien kesto 2015

<sup>28</sup> Kela, Sairauspäivärahojen alkaneiden kausien kesto 2015

<sup>29</sup> Kela, Sairauspäivärahojen alkaneiden kausien kesto sairausryhmittäin 2015

<sup>30</sup> Tilasto Suomen eläkkeensaajista 2015, Eläketurvakeskuksen tilastoja 8/2016, s. 108

siirtyneistä saa eläkettä sekä työ- että kansaneläkkeenä. Yhteensä työkyvyttömyyseläkkeelle siirtyneitä oli 21 197.<sup>31</sup> Vuonna 2011 työkyvyttömyyseläkkeelle siirtyneistä 12 % oli ollut työttömänä koko vuoden viimeistä edeltävänä vuonna ennen eläkkeelle siirtymistä, kun verrokkiryhmässä vastaava luku oli 4 % (Laaksonen ym. 2014). Vuonna 2016 Kelan myönneistä pysyvistä työkyvyttömyyseläkepääteistä 48 % tehtiin viimeiset 5 vuotta työttömänä tai työelämän ulkopuolella olleille henkilöille (mukaan lukien opiskelijat, äitiyslomalla tai hoivovapaalla olleet henkilöt).<sup>32</sup>

Kelan järjestämässä ammatillisessa kuntoutuksessa oli vuoden 2016 aikana yhteensä 19 534 asiakasta.<sup>33</sup> Työeläkelaitosten ammatillisen kuntoutuksen hyväksytyjä päätöksiä oli 8 756 kpl vuonna 2016.<sup>34</sup> Työeläkekuntoutusta sai 15 712 henkilöä vuonna 2016.<sup>35</sup>

### 3 Taustalla oleva tutkimus

Sairauspäiväraahajärjestelmän 30-60-90-150 -sääntöä koskevassa tutkimuksessa löytyi viitteitä siitä, että vuoden 2012 lakimuutoksella oli työhön paluuta tukeva vaikutus, mutta ainoastaan 60 päivän rajan kohdalla (Halonen ym. 2016). Tämän tutkimuksen mukaan yli 60 päivää sairauspäivärahalla olleet henkilöt palasivat nopeammin töihin lakimuutoksen jälkeen kuin ennen sitä, mutta 30 ja 90 päivän rajan kohdalla vastaavaa vaikutusta ei havaittu.

Sairauspäivärahaa saavien osuus on vähentynyt viime vuosina (Blomgren 2016, 689). Yleensä tehtäessä johtopäätöksiä esimerkiksi sairauspäivärahalla olevien lukumääristä tulisi kuitenkin huomioida myös muiden trendien vaikutus. Esimerkiksi lakimuutosten ja muiden toimien lisäksi työkyvyttömyyden esiintyvyyteen saattaa vaikuttaa laskevasti myös esimerkiksi heikko taloussuhdanne (Blomgren 2016, 690).

Vuoden 2012 lakimuutoksessa keskeisenä uudistuksena ollut työntekijän jäljellä olevan työkyvyn arviointia on tutkittu Työterveyslaitoksen tutkimuksessa (Juvonen-Posti ym. 2014). Tämän tutkimuksen aineiston mukaan vain noin viidennes lausunnoista oli tehty yhteistyössä työnantajan kanssa (Juvonen-Posti ym. 2014, s. 57, 74). Lisäksi tutkimuksessa heräsi epäily, välittyvätkö työterveyshuollon lausuntolomakkeelta lausunnon sisältövaatimukset ja erityisesti tämän hetkisen vs. jäljellä olevan työkyvyn käsitteiden ero (Juvonen-Posti ym. 2014, 74). Kun tutkittujen B-lausuntojen kokonaismäärä tutkimuksessa oli 76 ja A-lausuntojen määrä 24, vain yhteensä kahdeksassa tapauksessa oli mainittu ammatillinen kuntoutus työssä jatkamisen mahdollisuuksien arvion yhteydessä (Juvonen-Posti ym. 2014, 50, 78). Toisaalta tutkimusaineiston lausunnot oli toimitettu Kelaan 36-151 sairauspäivärahopäivän välillä (Juvonen-Posti ym. 2014, 50). On huomioitava, että tämä tutkimus tehtiin hyvin pian lain muutosten voimaantulon jälkeen, ja on mahdollista, että tulokset olisivat erilaiset uudella aineistolla tutkittaessa.

Kelan ammatillisen kuntoutuksen vaikutuksia on tutkittu Kelan raportissa kuntoutukseen osallistuneista kerätyillä tiedoilla (Kela, 2015). Kotimaisissa julkaisuissa on myös tutkittu

---

<sup>31</sup> Tilasto Suomen eläkkeensaajista 2015, Eläketurvakeskuksen tilastoja 8/2016, s. 110

<sup>32</sup> Lähde: Kela

<sup>33</sup> Kelasto-raportit, Kelan kuntoutuspalvelujen saajat ja kustannukset

<sup>34</sup> Työeläkekuntoutus vuonna 2016, Eläketurvakeskuksen tilastoja 07/2017, s. 17

<sup>35</sup> Työeläkekuntoutus vuonna 2016, Eläketurvakeskuksen tilastoja 07/2017, s. 20

ammattillisen kuntoutuksen vaikutuksia työssä pärjäämiseen (kts. esim. Hinkka ym. 2015; Seppänen-Järvelä ym. 2015) ja ammatilliseen kuntoutukseen pääsyä (Hinkka & Koskenvuori 2016). Kuntoutuksen ajoitus ja kuntoutustarpeen tunnistaminen ovat keskeisessä roolissa kuntoutusjärjestelmässä (Sata-komitea 2009, 62). Kuntoutussuunnitelman laatiminen on keskeisessä roolissa, kun tavoitteena on kuntoutuksen toteutuminen ja onnistuminen (Liukko & Kuuva 2015, 33).

Työttömien ammatillista kuntoutusta selvittäneen tutkimuksen (Saikku 2016) mukaan tekijöistä, jotka edistävät tai estävät työttömien ammatillisen kuntoutuksen ja siihen liittyvän lääkinnällisen tai sosiaalisen kuntoutuksen toteutumista tarvitaan lisää tutkimustietoa. Keskeisiä tunnistettuja haasteita työttömien ammatillisen kuntoutuksen palveluissa ovat kuitenkin työttömien työkyvyn arvioinnin vaikeus, kuntoutuksen ajoittuminen liian myöhäiseen vaiheeseen ja koordinoivan tahon puute. Eri toimijoiden osalta tärkeää olisi saada TE-palveluiden ja Kelan ammatillisen kuntoutuksen prosessit saumattomiksi, toisiaan tukeviksi ja täydentäviksi (mt.).

Työkykyongelmien hallinnassa ongelmallisena pidetään erityisesti järjestelmän pirstaleisuutta, tiedonkulun ja vastuunjaon ongelmia (Liukko & Kuuva 2015, 27). Organisaatorajat ylittävä yhteistyö on keskeistä työkykyongelmien hallinnassa ja kuntoutusprosessien toteutumisessa (Liukko & Kuuva 2015, 85).

## 4 Menetelmät

Selvitystä varten haastateltiin Kelan, viiden työeläkelaitoksen, kolmen työterveyshuollon ja kolmen työnantajan edustajaa, YTHS:n, TE-toimiston, TEM:n, yhden kuntayhtymän ja yhden yrittäjäjärjestön edustajaa. Haastatteluissa kysyttiin nykyisen sairauspäiväraha järjestelmän 30-60-90-150 -säännön toimivuudesta ja sen kehityskohteista, sekä näkemyksiä järjestelmän laajentamisesta työttömiin, yrittäjiin ja opiskelijoihin. Haastattelut toteutettiin puolistrukturoituina teemahaastatteluina. Kaikilta haastateltavilta ei kuitenkaan kysytty kaikkia kysymyksiä, sillä osa tunsikin asemansa ja työtehtävänsä puolesta vain tietyn asiakasryhmän palveluita (esim. opiskelijoiden tai yrittäjien), joten kaikkia kysymyksiä ei kysytty kaikilta haastateltavilta. Haastatteluiden tulokset analysoitiin tunnistamalla yleisesti esiintyviä teemoja ja luokittelemalla vastauksia teemojen alle.

Haastattelujen lisäksi tehtiin desk study, jossa kerättiin tilastotietoja ehdotusten muodostamisen tueksi.

Haastattelujen pohjalta muodostettuja kehittämissuhteita esiteltiin Kelan ja työeläkelaitosten edustajille fokusryhmähaastatteluissa. Fokusryhmähaastatteluissa kartoitettiin Kelan ja työeläkelaitosten näkemyksiä ehdotuksista ja mahdollisuuksia edetä muodostettujen ehdotusten pohjalta. Ehdotuksia täsmennettiin saatujen kommenttien pohjalta. Ehdotusten muodostamisen ja täsmennämisen tueksi saatiin kommentteja myös kuntoutuksen uudistamiskomitean työelämäjaostolta.

## 5 Haastattelujen tulokset

Seuraavassa käydään läpi haastatteluissa esille nousseet nykyjärjestelmän haasteet ja siihen liittyvät kehittämissuhteet.

## 5.1 Nykyjärjestelmän haasteet ja kehittämisehdotukset

Nykyjärjestelmästä kysyttiin 19 haastateltavalta. Haastatteluista nousi esiin neljä eri teemaa liittyen nykyisen järjestelmän haasteisiin ja mahdollisiin kehittämiskohteisiin. Haasteet liittyivät prosessin hajanaisuuteen, tiedonkulun puutteisiin ja eri toimijoiden kannustimiin. Lisäksi haastateltavat tunnistivat yksittäisiä muita haasteita. Nykyjärjestelmää koskevia on haasteita ja havaintoja käsitellään tässä osiossa ja niitä on havainnollistettu teemoittain esitettävissä taulukoissa. Asiantuntijoilta on haastatteluissa kysytty erityisesti heidän tuntemistaan aiheista. Tämän vuoksi taulukoissa ”osuus vastaajista”- sarakkeen laskennassa jakajana ei kaikissa tapauksissa ole käytetty haastateltujen asiantuntijoiden kokonaismäärää.

### 5.1.1 Prosessin hajanaisuus

Haastatteluiden perusteella asiakkaalla eli kuntoutujalla itsellään on suuri vastuu sairauspäiväraha- ja kuntoutusprosessissa. Tämä voi muodostua haasteeksi erityisesti silloin, jos asiakas tarvitsee useita eri kuntoutuspalveluita eri tahoilta. Tiedonkulku organisaatioiden välillä nostettiin myös esille haasteena. Kuntoutusta järjestävät ja korvaavat useat eri tahot: kunnat, Kela, työeläkelaitokset ja vakuutusyhtiöt, ja kuntoutusmuotoja on useita erilaisia, joten kuntoutujan itse voi olla vaikea tietää, mitä palveluita hakea ja mistä. Työttömillä tämä ongelma korostuu, sillä työterveyshuollon puuttuessa hoitava taho ei usein ole erikoistunut työhön kuntoutumisen tukemiseen tai ei ole tietoinen eri kuntoutusmuotojen soveltuvuudesta asiakkaan tilanteeseen.

Joitakin koordinoivia ja ohjaavia prosesseja on olemassa nykyisessä järjestelmässä, mutta ne eivät aina toteudu suunnitellusti. Esimerkiksi haastatteluissa nousi esille, että asiakkaat eivät aina seuloudu Kelan kuntoutukseen sairauspäivärahauden aikana. Kelalla on sairausvakuutuslain nojalla velvollisuus tarvittaessa selvittää asiakkaan kuntoutustarve viimeistään 60 sairauspäivärahopäivän kohdalla. Haastatteluiden perusteella kuntoutustarpeen arviointi kuitenkin toteutuu vaihtelevasti. Haastateltujen perusteella arviointia vaikeuttaa osaltaan käytettävissä oleva tieto, sillä kauden alkuvaiheessa on usein käytössä vain A-lääkärinlausunto, jonka pohjalta on vaikeaa arvioida kuntoutustarvetta. Haastatteluissa nousi myös esille, että Kelalla ei myöskään ole riittävästi asiakasta aktivoivia keinoja käytössään.

Työterveyshuollolle asetettu velvollisuus laatia 90. sairauspäivärahopäivään mennessä lausunto henkilön jäljellä olevasta työkyvystä ja työhön paluun mahdollisuuksista luo osittain koordinoivaa ja ohjaavaa roolia työterveyshuollolle. Tämän tehtävän toteutuminen on kuitenkin riippuvainen työkyvyn arviosta ja lääkärintuomion laadusta. Haastatteluiden perusteella tehtävän toteuttamista haittaa myös tiedon puute: työterveyshuolto ei aina ole tietoinen asiakkaan tilanteesta, jos 90. sairauspäivärahopäivään asti sairauslomaa on myöntänyt jokin muu taho, esimerkiksi erikoissairaanhoidon lääkäri, eikä työterveyshuollolle tule tästä tietoa. Haastatteluiden perusteella myös työpaikkojen käytännöt 30 päivän lausunnon lähettämässä tai muut varhaisen vaiheen käytännöt vaihtelevat.

Lääkärinlausunnoissa on parannettavaa työkyvyn arvioinnin suhteen. Haasteita nousi esille sekä perusterveydenhuollon että erikoissairaanhoidon kirjoittamien lausuntojen osalta. Haastateltujen näkemykset tosin vaihtelivat erikoissairaanhoidon lausuntojen laadun osalta. Sairauslomien pituuden tarkoituksenmukaisuus nostettiin myös esille haasteena. Haastatteluissa nousi esille, että myös terveydenhuollon jonotilanne ja hoidon kesto vaikuttavat siihen, miten paljon kuntoutusprosessia voi aikaistaa. Jos sairauden tutkiminen tai hoito on kesken, oikean kuntoutusmuodon tai toimintatavan valitseminen voi olla vaikeaa. Samat

määräajat eivät sovellu kaikkiin potilasprosesseihin. Tämä näkökulma nousi esille myös tarkistuspisteiden ajankohdan ja tiheyden yhteydessä. Vaikka kuntoutustarve olisi tärkeää havaita ja siihen olisi tärkeää puuttua mahdollisimman varhaisessa vaiheessa, otollisin ajankohta riippuu potilaan tilanteesta.

### Taulukko 1. Esille nousseita haasteita ja havaintoja: prosessin hajanaisuus

Teema	Tarkenne	Yleisyys (% vastaajista)
Asiakkaan vastuuseen liittyvät havainnot	Ammatillista kuntoutusta on useassa paikassa ja muotoja on erilaisia, koordinoitun puute  Harvat pääsevät Kelan työkykyneuvojan asiakkaaksi  Asiakkaan aktiivisuus tärkeää	42 %
Hoitavan tahon toimintaan liittyvät haasteet	Erityisesti PTH:ssa ja ESH:ssa haasteita kuntoutustarpeen havaitsemisessa ja arvioinnissa  Lääkärinlausuntojen puutteet  Sairausloman pituuden tarkoituksenmukaisuus	42 %
Tarkistuspisteiden ajankohta ja tiheys, puuttumisen ajankohta	Kuntoutustarpeeseen pitäisi puuttua aikaisemmassa vaiheessa  Tarkistuspisteiden ajankohta ja tiheys: tarkistuspisteitä on liian vähän, sopiva ajankohta riippuu asiakkaasta  Kelan kuntoutustarpeen arviointi 60 sairauspäivärahopäivän kohdalla toteutuu vaihtelevasti  Kelalla ei ole riittävästi keinoja aktivoida asiakkaita  Työnantajien käytännöt vaihtelevat	79 %
Tiedonkulun ja yhteistyön haasteet organisaatioiden välillä	Työterveyshuoltojen ja muiden hoitavien tahojen välinen yhteistyö  Kela ja työeläkelaitokset  Työterveyshuolto ja työnantaja: yhteistyö tärkeää	47 %

#### 5.1.2 Tieto kuntoutusmahdollisuuksista ei kulje

Kuntoutusjärjestelmän monimuotoisuuden vuoksi olisi erittäin tärkeää, että asiakas saisi tietoa eri kuntoutusmuotojen sisällöstä ja kuntoutusmahdollisuuksien olemassaolosta. Haastatteluiden perusteella hoitava taho ei kuitenkaan aina ole tietoinen kuntoutusmuodoista tai ei tuo niitä asiakkaan tietoon riittävällä tavalla. Kelan tiedotusmahdollisuuksia saattaa heikentää se, että haastatteluiden mukaan alkuvaiheen sairauspäiväraha hakemuksen tekee yleensä työnantaja, ei asiakas. Tämä vaikeuttaa Kelan mahdollisuuksia tarttua tilanteeseen ja tiedottaa asiakasta alkuvaiheessa toisaalta sen vuoksi, että Kelalla ei ole tässä tilanteessa suoraa yhteyttä asiakkaaseen ja toisaalta siksi, että työnantajat usein hakevat sairauspäiväraha korvausta vasta lähellä 60. päivän rajaa, mikä on myöhäinen ajankohta tiedottamiselle. Kela lähettää asiakkaalle kirjeen kuntoutusmahdollisuuksista 60. ja 150. sairauspäivärahopäivän kohdalla. Haastatteluissa kuitenkin esitettiin huoli, onko kirje liian passiivinen tiedottamisen tapa.



## Taulukko 2. Esille nousseita haasteita ja havaintoja: tiedonkulku asiakkaalle

Teema	Tarkenne	Yleisyys (% vastaajista)
<b>Systemaattisen tiedonjakojärjestelmän puute</b>	Hoitavilta tahoilta saatava tieto kuntoutuksesta ei välttämättä kattavaa	
	Kelalla ei välttämättä suoraa yhteyttä asiakkaaseen, jos työnantaja hakee korvausta	21 %
	Saako asiakas tietoa kuntoutuksesta	
<b>Yhteydenottotavan yhteys tiedon vaikuttavuuteen</b>	Kirje Kelasta 150 pv ja 60 pv kohdalla	10,5 %
	Onko tiedottaminen liian passiivista	

### 5.1.3 Kannustimiin liittyvät haasteet

Kannustimien osalta nousi haastatteluissa esiin sairauspäivärahan suuruus verrattuna muihin etuuksiin ja työkyvyttömyyseläkkeeseen. Eri etuuksien suuruuksilla saattaa olla kannustinvaikutuksia. Sairauspäivärahakaudella asiakkaalla on mahdollisuus hakeutua kuntoutukseen ja palata työelämään. Sairauspäivärahaa ei kuitenkaan tarvitse hakea ennen työkyvyttömyyseläkkeen hakemista, mikä voi joissakin tapauksissa vähentää motivaatiota kuntoutumiseen ja työhön paluuseen. Näin saattaa olla erityisesti silloin, jos eläkekertymä on suuri sairauspäivärahaan nähden. Myös muissa tilanteissa kuntoutukseen hakeutumisen kynnyks voi olla suuri.

Työnantajat ja työterveyshuolto ovat keskeisessä roolissa työhön paluun tukemisessa. Haastatteluissa nousi esille huoli siitä, kannustaako nykyinen järjestelmä työnantajaa riittävästi tukemaan työhön paluuta. Toisaalta kun Kelassa ei tarkisteta työterveyshuollon lausuntojen sisältöä, tämä saattaa osaltaan heikentää työterveyshuollon kannustimia paneutua asiakkaan kuntoutustarpeen ja työkyvyn arviointiin.

## Taulukko 3. Esille nousseita haasteita ja havaintoja: kannustimet

Teema	Tarkenne	Yleisyys (% vastaajista)
<b>Asiakkaan rahalliset kannustimet</b>	Sairauspäivärahan ja kuntoutuksen ajalta saatavien etuuksien suuruus suhteessa muihin etuuksiin	31,6 %
	Sairauspäivärahan leikkausten kannustinvaikutukset	
<b>Työnantajien ja työterveyshuoltojen kannustimet ennaltaehkäistä ja havaita kuntoutustarvetta sekä tarjota työtä osatyökykyisille</b>	Työnantajien kannustimet vaihtelevat, suurilla työnantajilla saattaa olla vakiintuneemmat käytännöt	
	Ei riittäviä sanktioita työnantajille, jos eivät edistä työhön paluuta	31,6 %
	Osatyökykyisille ei riittävästi työpaikkoja tarjolla	
	Lääkärintlausuntojen sisältöä ei tarkisteta Kelassa	

### 5.1.4 Muut haasteet

Prosessin hajanaisuuden, tiedonkulun haasteiden ja kannustinongelmien lisäksi haastatteluissa nousi esille muita sairauspäivärajajärjestelmän 30-60-90-150 -järjestelmään liittyviä haasteita. Itse kuntoutusmuotojen sisältö ja kuntoutuksen ajoitus suhteessa hoitoon

nostettiin esille. Kuntoutusta pitäisi voida toteuttaa tarvittaessa hoidon ohella. Myös esimerkiksi matalan kynnyksen palveluita toivottiin lisää.

Lisäksi haastateltavat nostivat esille erillisenä haasteena asiakkaat, joilla tulee täyteen maksimumimäärä sairauspäivärahopäiviä (300 päivää), mutta jotka eivät ole kuntoutuneet takaisin työhön. Haastatteluissa nousi esille huoli niistä asiakkaista, jotka eivät pääse työkyvyttömyyseläkkeelle, vaan jäävät vuorottelemaan sairauspäiväraha-kausien ja työttömyysetuuden tai toimeentulotuen välille. Näille asiakkaille toivottiin erillistä ratkaisua.

## 5.2 Nykyisen mallin laajentaminen

Haastatteluissa saatiin näkemyksiä nykyisen mallin laajentamisesta niin, että työeläkelaitoksille lähetettäisiin tieto sairauspäiväraha-kertymästä esimerkiksi 90. sairauspäivärahopäivän kohdalla. Osiossa 5.2.1 käsitellään haastatteluissa esille nousseita tähän liittyviä näkökulmia. Näkemyksiä saatiin myös mallin laajentamisesta työttömiin, opiskelijoihin ja yrittäjiin. Näitä näkökulmia käsitellään osioissa 5.2.2, 5.2.3 ja 5.2.4.

### 5.2.1 Työeläkelaitoksille lähetettävä tieto sairauspäiväraha-kauden kestosta

Nykyisen mallin laajentamista niin, että 90 sairauspäivärahopäivän täyttymisestä lähetettäisiin tieto työeläkelaitokselle, käsiteltiin kahdeksan haastateltavan kanssa. Haastatteluissa tätä pidettiin hyvänä ajatuksena. Haastateltavat kuitenkin korostivat, että ilmoituksen ajankohdalla ja sisällöllä on suuri merkitys. Ajankohdan pitäisi haastateltujen mukaan olla riittävän aikaisin, jotta asiakkaalla olisi mahdollisimman hyvät edellytykset hyötyä kuntoutuksesta. Joidenkin haastateltujen mukaan 90 sairauspäivärahopäivän kohdalla lähetettävä tieto olisi liian aikainen ajankohta kuntoutukseen hakeutumisen kannalta, hoidon etenemisestä riippuen. Toisaalta esitettiin myös näkökulma, että tämä ajankohta saattaisi olla liian myöhäinen. Työeläkelaitokselle lähetettävän ilmoituksen sisällön osalta olisi haastateltavien mielestä hyvä huomioida sen riittävyys ja aiheellisuus. Haastateltujen mielestä 90 sairauspäivärahopäivän täyttämistä koskevan tiedon lisäksi olisi hyvä lähettää mahdollisimman kattavasti Kelaan kertynyttä muutakin asiakkaan tilannetta koskevaa tietoa, esimerkiksi B-lääkärinlausunto. Vastauksissa korostettiin tiedon kattavuuden lisäksi seulonnan tärkeyttä. Haastatteluissa esitettiin näkemys, että työeläkelaitoksille tulisi pyrkiä lähettämään tieto vain sellaisista asiakkaista, joiden arvioidaan täyttävän työeläkekuntoutuksen ehdot ja jotka todennäköisimmin hyötyisivät siitä, eikä automaattisesti kaikista, joilla 90 sairauspäivärahopäivää täyttyy. Haastatteluissa esitettiin myös näkemys, että tämän arvioinnissa saattaa olla tarpeen hyödyntää esimerkiksi kuntoutuksen asiantuntijoita lääketieteellisen osaamisen lisäksi.

Haastatteluiden perusteella ilmoitusmenettelyn kehittämisessä olisi tärkeää huomioida asiakkaan näkökulma. Haastateltujen mukaan kuntoutuksen tai työkyvyttömyyseläkkeen houkuttelevuuteen saattavat osaltaan vaikuttaa asiakkaan tulevaisuudenkuvat. Haastateltujen mielestä asiakkaan tulisi olla mukana kuntoutuksen hakemisessa ja suunnittelussa mahdollisimman varhaisesta vaiheesta. Siksi on tärkeää, että tietojen lähettämisen lisäksi asiakkaalle tarjottaisiin tietoa kuntoutusmahdollisuuksista jo sairauden aikaisessa vaiheessa. Tällä voitaisiin välttää esimerkiksi haastatteluissa mainitulta työkyvyttömyyseläkehakemuksen yhteydessä havaitulta ongelmalta, jossa tieto kuntoutusmahdollisuudesta koetaan yllättävänä ja liian myöhäisenä.

Asiakkaan näkökulmaa koski myös huomio yhteydenottojen selkeydestä. Haastatteluissa nousi esille, että mikäli ilmoitusmenettelyn yhteydessä työeläkelaitos tai Kela ottaisi yhteyttä asiakkaaseen, olisi tärkeää kiinnittää huomiota viestin selkeyteen ja yhteydenottotapaan, jonka olisi hyvä olla mahdollisimman henkilökohtainen. Erään näkemyksen mukaan puhelinyhteydenotto on tehokkaampi kuin kirjeitse tehty yhteydenotto.

Kevassa on kokeiltu mallia, jossa työnantajat työntekijöiden luvalla sopivat 90 päivän B-lausunnon lähettämisestä Kevaan. Lähettäessään 90 päivän B-lausunnon Kelaan työterveyshuolto lähettää siitä kopion myös Kevaan, ja B-lausunnon pohjalta Keva voi laatia arvion työntekijän oikeudesta ammatilliseen kuntoutukseen, ottaa tarvittaessa yhteyttä työntekijään ja ohjata asiakasta kuntoutuksen hakemisessa.<sup>36</sup> Kokeilussa käytetystä toimintamallista on saatu myönteisiä kokemuksia.

Kelan ja työeläkelaitoksen välisen yhteistyön kehittämistä on saatu alustavasti hyviä tuloksia Kelan ja Varman kehittämishankkeessa. Tiiviistä yhteistyöstä havaittiin hyötyä erityisesti niissä tapauksissa, joissa asiakas tarvitsee eri kuntoutusmuotoja. Yhteistyöllä on kyetty varmistamaan, että kaikki päätöksentekoon tarvittava tieto on molempien järjestelmien käytettävissä ja yhdessä neuvotellen voidaan varmistaa asiakkaan kannalta tarkoituksenmukaisin ratkaisu.

## 5.2.2 Työttömät

Työttömien tilanteeseen liittyviä erityiskysymyksiä ja sairauspäiväraha järjestelmän 30-60-90-järjestelmän laajentamista työttömiin käsiteltiin 12 haastattelun kanssa. Haastatteluissa nousi esille, että työttömien tilanne eroaa työssä olevien tilanteesta olennaisesti, sillä työttömillä ei yleensä ole työterveyshuoltoa vastaavaa työkyvyn arviointiin erikoistunutta hoitavaa tahoja. Haastateltavien mukaan hoitava taho ei aina kirjoita työttömille sairauslomaa, eivätkä työttömät välttämättä hae sairauspäivärahaa. Terveystieteiden lain (1326/2010) 22 §:n mukaan potilaalla on kuitenkin oikeus saada lääkärinlausunto tilanteissa, joissa lausunnon tarve perustuu lakiin. Haastatteluissa nousi esille, että myös kuntien terveystarkastukset työttömille toteutuvat vaihtelevasti. Tämä on linjassa tämän raportin toimeenpano-osaselvityksen tulosten kanssa. Nämä asiat aiheuttavat ongelmia sekä kuntoutukseen ohjautumisen että tiedon saamisen kannalta. Työttömille tarjotaan ammatillista kuntoutusta ensisijaisesti Kelassa ja työeläkelaitoksissa sekä työllistymispalveluita harkinnanvaraisena TE-toimistoissa, mutta työttömyyden pitkittyminen voi hankaloittaa esimerkiksi työeläkekuntoutuksen kriteerien täyttämistä. Haastateltujen mukaan työttömien osalta olennaista on myös osatyökykyisille sopivien työpaikkojen puute. Haastatteluiden perusteella kuntoutukseen ei aina ohjauduta myöskään TE-toimistosta, eikä kaikille välttämättä ole saatavilla yhtä kattavia palveluita. Haastatteluiden perusteella osaamisen ja terveyden ongelmat voivat yhdistyä ja työttömyyteen liittyy usein osatyökykyisyys. Työttömille olisikin tärkeää tarjota palveluita, joissa nämä seikat huomioitaisiin.

## 5.2.3 Yrittäjät

Yrittäjien tilanteeseen liittyviä erityiskysymyksiä ja 30-60-90-järjestelmän laajentamista yrittäjiin käsiteltiin 12 haastattelun kanssa. Yrittäjillä kuntoutustarpeen havaitsemista ja tiedon

---

<sup>36</sup> <https://www.keva.fi/tyonantajalle/tyoelamapalvelut/tue-tyokykyja/>

välittämistä haittaa työterveyshuollon puute. 18 %:lla yksinyrittäjistä on työterveyshuolto.<sup>37</sup> Työnantajayrityksissä luku on huomattavasti korkeampi, 78 %.<sup>38</sup> Maatalousyrittäjistä 36 %:lla on työterveyshuolto.<sup>39</sup> Haastatteluissa nousi esille, että niistä yrittäjistä, jotka osallistuvat työeläkekuntoutukseen vain alle puolet palaa työelämään työeläkekuntoutuksen jälkeen. Haastatteluissa nousi esille, että on mahdollista, että yrittäjät hakeutuvat myöhäisessä vaiheessa kuntoutukseen. Haastatteluissa tuotiin esille, että jotta järjestelmää voitaisiin kehittää, olisi ensin selvitettävä tarkemmin, mitkä ovat yrittäjien haasteet kuntoutukseen ohjautumiseen liittyvien polkujen kannalta. Eräs esille nostettu kysymys oli, sopivatko olemassa olevat työterveyshuollon mallit yrittäjille. Eräs ehdotus oli, että yrittäjille voisivat soveltua matalan kynnyksen toimintamallit. Yrittäjien työterveyshuollon vapaaehtoisuutta pidetään kuitenkin tärkeänä asiana.

Haastatteluissa nousi esille, että yrittäjillä muista selvityksen kohderyhmistä poikkeava keskeinen erityispiirre on yrityksen taloudellisen menestyksen kietoutuminen yrittäjän henkilöön ja toisaalta yrittäjän sosiaaliturvan riippuvuus yrittäjän suorittamien vakuutusmaksujen suuruudesta. Haastattelujen mukaan yrittäjän poissaolo saattaa vaikuttaa haitallisesti paitsi yrittäjän toimeentuloon, myös yrityksen toimintaan, ja yrittäjät menevät useammin sairaana töihin kuin työntekijät. Haastatteluissa nousi esille, että yrittäjien määrän kasvaessa olisi erityisen tärkeää tutkia tarkemmin yrittäjien kuntoutukseen ohjautumiseen liittyviä polkuja ja niiden haasteita.

Myös siitä esitettiin haastatteluissa huoli, onko pienillä ja keskisuurilla yrityksillä riittävästi kannustimia erityisesti työntekijöiden työkykyasioiden hoitamiseksi.

Haastatteluissa nousi esille, että maatalousyrittäjien tilanne eroaa muiden yrittäjien tilanteesta, sillä heillä on useammin työterveyshuolto. Maatalousyrittäjillä kannustimena toimii MATA-vakuutuksen alennus, joka myönnetään työterveyshuoltoon kuuluville maatalousyrittäjille. Maatalousyrittäjien osalta sairauspäivärahan hakemattomuutta ei ole havaittu ongelmaksi. Haastatteluissa mainittiin, että osalla maatalousyrittäjistä on mahdollisuus käyttää maatalousyrittäjien lomituspalvelua, mikä osaltaan tukee yrittäjää sairauspäivärahauden aikana. Haastatteluissa mainittiin, että lomituspalvelun saamisen ehtona on sairauspäivärahan hakeminen, mikä kannustaa hakemaan sairauspäivärahaa.

## 5.2.4 Opiskelijat

Haastatteluissa nousi esille, että opiskelijoiden sairauspäivärahalle siirtymistä on pyritty helpottamaan muun muassa lakimuutoksella ja tiedottamisella, mutta opiskelijoiden haasteena on edelleen sairauspäivärahalle hakeutumisen ja työkyvyttömyyden toteamisen viivästyminen. Haastatteluissa saadun tiedon mukaan opiskelijoilla sairausloman taustalla on usein mielenterveysongelma, ja yleinen kuntoutusmuoto on psykoterapia. Yliopisto- ja korkeakouluopiskelijoille terveystalv. palveluita tarjoavan YTHS:n rooli eroaa työterveyshuoltojen roolista erityisesti siinä, että sillä on käytössään opiskelijoiden terveystiedot, mutta ei tietoa opiskelijoiden työ- tai opiskelutilanteesta. Haastatteluissa nousi esille, että opiskelijoilla olisi hyvä olla taho, joka ohjaisi opiskelijaa tarvittaessa sopiviin kuntoutuspalveluihin. Myös opiskelijan tilanteen seuranta pidettiin tärkeänä. YTHS seuraa opiskelijan kuntoutusprosessia

<sup>37</sup> Suomen Yrittäjät, Työterveyshuoltokysely, [https://www.yrittajat.fi/sites/default/files/sv\\_tyoterveyshuoltokysely\\_netti.pdf\\_julkaistu\\_2013](https://www.yrittajat.fi/sites/default/files/sv_tyoterveyshuoltokysely_netti.pdf_julkaistu_2013)

<sup>38</sup> Suomen Yrittäjät, Työterveyshuoltokysely, [https://www.yrittajat.fi/sites/default/files/sv\\_tyoterveyshuoltokysely\\_netti.pdf\\_julkaistu\\_2013](https://www.yrittajat.fi/sites/default/files/sv_tyoterveyshuoltokysely_netti.pdf_julkaistu_2013)

<sup>39</sup> Lähde: haastattelu

nykyisin, mutta seurannassa on haasteita esimerkiksi tietojen saamisessa kuntoutuksen tuottajilta.

Opintojen edistymisen seurannan siirtyminen Kelaan vuonna 2018 ja opiskelijoiden opinto-suoritus tietojen siirtyminen VIRTAtietovarantoon<sup>40</sup> helpottaa uusien toimintatapojen kehittämistä opiskelijoiden tilanteen seurantaan.

## 6 Yhteenveto

Haastatteluissa esiin nousseiden haasteiden, näkemysten ja kehittämisehdotusten pohjalta muodostettiin ehdotuksia nykyisen sairauspäiväraha järjestelmän 30-60-90-150 -järjestelmän kehittämiseksi ja sen laajentamiseksi työttömiin, yrittäjiin ja opiskelijoihin. Alla on kuvattu ensin yleisellä tasolla CIMO-mallin mukaisesti järjestelmämuutokset (taulukko 4), jotka koskevat kaikkia asiakasryhmiä. Tämän jälkeen esitetään konkreettisesti, mitä nämä tarkoittaisivat nykyisen 30-60-90-150 -järjestelmän kehittämisessä sekä laajennettuna työttömille, yrittäjille ja opiskelijoille.

### Taulukko 4. Ehdotetut järjestelmäinterventiot 30-60-90-150 -säännön kehittämiseksi sekä interventioiden laukaisemat mekanismit ja näiden lopputulokset

Intervention	Mechanism	Outcomes
<b>Tunnistaminen seulonta-algoritmilla</b>	Riskiasiakkaiden tunnistaminen ennakoivasti seulonta-algoritmeilla (Kelassa, TE-toimistossa tai YTHS:llä) mahdollistaa tarpeen arvioinnin tekemisen ja kuntoutuspaanostuksen kohdentamisen niille, jotka eniten tarvitsevat	Kuntoutuksen oikea-aikaisuus ja kustannusvaikuttavuus paranee.
<b>Kuntoutus-tarpeen arviointi ja integroidun kuntoutus-suunnitelman laatiminen</b>	Moniammatillinen ja -alainen kuntoutustarpeen arvio ja yhteinen kuntoutussuunnitelma sisältäen tavoitteet. Työttömällä maakunnan toimintakykykeskus ottaa vastuun kuntoutustarpeen arvioinnista, työelämässä olevalla tilanteesta riippuen joko Kela, työeläkelaitos tai maakunnan toimintakykykeskus. Vastuutaho osallistaa tarvittavat ammattilaiset ja muut tarvittavat tahot tarpeen arvioon ja suunnitelman laatimiseen. Tällöin kuntoutus nivoutuu yhdeksi kokonaisuudeksi, johon kaikki järjestäjätahot sitoutuvat.	Kuntoutustoimenpiteet ovat nykyistä oikea-aikaisempia ja tavoite on kaikille selkeä, jolloin siihen pääseminen on todennäköisempää.
<b>Kokonaisuuden koordinaatio ja kuntoutumisen seuranta</b>	Kuntoutujille tarvitaan vastuuhenkilö, joka seuraa kuntoutumisen edistymistä ja tavoitteiden saavuttamista ja tarvittaessa puuttuu tilanteeseen, jos kuntoutuminen tai töihin paluu ei etene odotetusti. Suunnitelmaa voidaan tarvittaessa päivittää ja työpaikan olosuhteita yrittää muuttaa.	Kuntoutuksen vaikuttavuus paranee.
<b>Segmentointi</b>	Riippuen kuntoutustarpeen luonteesta ja laajuudesta, järjestelmään rakennetaan omat prosessit kuntoutustarpeen arvioille ja kuntoutuksen toteutukselle. Tämä mahdollistaa toisaalta sujuvien prosessien rakentamisen niille, joilla on tarve vain yhdenlaiselle kuntoutukselle (esim. ammatilliselle kuntoutukselle) ja toisaalta tarjota enemmän tukea niille, joilla on laaja-alainen kuntoutustarve.	Kuntoutujat saavat paremmin tarvettaan vastaavaa kuntoutusta. Kuntoutustoimenpiteiden kustannusvaikuttavuus paranee.
<b>Kannustimet</b>	Kannustimet palveluiden tuottajille ja kuntoutujille varmistavat, että kuntoutuja ja kuntouttaja pyrkivät mahdollisimman vaikuttavaan lopputulokseen. Järjestäjä puolestaan tarvitsee kannustimen investoida kuntoutukseen. Esimerkiksi tuottajalle peruskorvauksen päälle maksettava bonus, mikäli sen toiminnan seurauksena	Ideaalitilanteessa kaikki osapuolet hyötyvät hyvistä kuntoutus tuloksista: järjestäjältä säästyy rahaa pitkällä aikavälillä, kuntoutujan elämänlaatu ja mahdollisesti tulotaso kohenevat töihin paluun

<sup>40</sup> Korkeakoulujen valtakunnallinen tietovaranto

Kaikille käsitellyille asiakasryhmille ehdotetaan automaattista seulontajärjestelmää. Seulontajärjestelmä tukee ammattilaisia tunnistamaan henkilöt, joilla olisi todennäköisesti tarve tarkemmalle palvelutarpeen arvioinnille ja kuntoutukselle. Seulonta-algoritmi hyödyntää tietoja esimerkiksi henkilön sairauksista, aikaisemmista sairauspäiväraha-kausista, työttömyysjaksoista tai koulutustasosta. Algoritmin rakentamiseksi tarvitaan kattava tietoaaineisto, jotta kuntoutustarvetta indikoivat muuttujat voidaan tunnistaa. Muuttujat voivat vaihdella eri asiakasryhmissä. Lisäksi tarvitaan kuntoutustarpeen arviointiin tarkoitettujen tarkistuspisteiden lisääminen. Tarkistuspisteiden lisääminen on tärkeää, sillä kuntoutustarve ja kuntoutuksen optimaalinen ajoitus on yksilöllistä ja sairauskohtaista. Esimerkiksi 90 sairauspäivärahapäivän kohdalla suoritettu kuntoutustarpeen arvio voi olla liian varhainen, jos hoito on vielä kesken, jolloin kuntoutusta ei vielä ole aiheellista aloittaa. Kuntoutustarvetta on hyvä arvioida myös toisessa tarkistuspisteessä, esimerkiksi 150 päivän kohdalla. Toisena keskeisenä elementtinä ehdotuksissa on sen varmistaminen, että järjestelmässä on taho, joka tekee arvion asiakkaiden kuntoutustarpeesta. Tarvittaessa tämä arvio on voitava tehdä moniammatillisesti ja sektorirajat ylittäen. Kolmantena keskeisenä elementtinä ehdotuksissa on sellaisen tahon määrittäminen, joka ottaa vastuun asiakkaista ja seuraa kuntoutumisen edistymistä. Taho voi olla sama kuin suunnitelman laatinut taho, tai tehtävä voidaan antaa erilliselle case managerille. On kuitenkin tärkeää varmistaa, että jokin taho seuraa kuntoutumisen edistymistä ja tavoitteiden saavuttamista. Neljäs elementti liittyy kuntoutujien segmentointiin. Palvelujärjestelmässä ne, joilla on tarve vain yhdenlaiselle kuntoutukselle kannattaa ohjata eri prosessiin kuin asiakkaat, joiden kuntoutustarve on laaja-alainen. Viidentenä keskeisenä elementtinä ehdotuksissa on kannustimien laatiminen kuntoutuspalveluiden tuottajille sekä vastuutahoille. Näiden toimijoiden tulisi tavoitella mahdollisimman suurta vaikuttavuutta, mutta vaikuttavuudesta palkitseminen edellyttää nykyistä parempaa tietopohjaa asiakkaan lähtötilanteesta ja saavutetuista tuloksista. Myös kuntoutujan omien kannustimien tulisi motiivoida häntä kuntoutumaan ja pyrkimään palaamaan työelämään.

## 7 Pohdinta

Tässä luvussa kuvataan, miten edellä esitetyt järjestelmäinterventiot konkretisoituisivat eri asiakasryhmien kohdalla.

### 7.1 Sairauspäiväraha-järjestelmään liittyvä 30-60-90-150 -järjestelmä: sairauspäivärahaa saavat asiakkaat

Haastatteluissa esiin nousseet nykyjärjestelmän keskeiset haasteet sairauspäivärahaa saavien osalta liittyvät järjestelmän hajanaisuuteen, tiedonkulkuun ja kannustimiin. Ehdotetun järjestelmän keskeiset elementit vastaavat näihin haastatteluissa esille nousseisiin haasteisiin asettamalla vastuun asiakkaan tilanteen seulonnasta Kelaan sairauspäiväraha-kauden aikana ja vastuun kokonaisprosessista case managerilla, jona voi toimia esimerkiksi työterveyshuollon kuntoutuskoordinaattori. Työttömien sairauspäivärahaa saavien henkilöiden osalta vastuu seulonnasta on Kelassa ja vastuu kokonaisprosessista maakunnalla. Toisaalta ehdotettu järjestelmä parantaa kuntoutukseen ohjautumisen edellytyksiä sähköisen

seulontajärjestelmän käyttöönoton, organisaatioiden välisen tiedon jakamisen, case managerin roolin vahvistamisen sekä 150 sairauspäivärahopäivän kohdalle perustettavan toisen tarkistuspuheen kautta. Työnantajien ja työterveyshuoltojen toimintaa terävöitetään Kelan suorittaman lausuntojen sisällöllisen tarkastamisen kautta. Työnantajan yhteisneuvotteluiden pöytäkirja vaaditaan osana lausuntoa ja työterveyshuoltojen lausuntojen laatua tarkkailaan Kelassa.

Kuvassa 2 esitellään ehdotetun järjestelmän keskeiset elementit. Seuraavissa kappaleissa käydään läpi ehdotetun järjestelmän keskeiset elementit ja miten ne vastaavat nykyjärjestelmässä havaittuihin haasteisiin.

### Sähköinen seulontajärjestelmä ja asiakkaiden segmentointi palveluntarpeen perusteella

Ehdotetussa järjestelmässä sairauspäiväraha hakemuksen saapuessa Kelaan sähköinen seulontajärjestelmä seuloo asiakkaat hyödyntäen hakemuksessa sekä Kelan rekistereissä olevaa dataa. Seulonnassa käytetään sairauspäiväraha hakemuksessa sekä lääkärinlausunnoissa olevia tietoja sekä muita Kelan rekistereistä löytyviä tietoja, kuten tietoja lääkkeiden erityiskorvausoikeuksista ja aiemmista sairauspäiväraha kausista. Seulonnan tuloksena asiakkaat jaetaan 90 päivän kohdalla neljään ryhmään. Ensimmäisessä ryhmässä ovat ne asiakkaat, joilla on todennäköisesti merkittäviä haasteita töihin paluussa ja jotka tarvitsevat useita palveluita ja niiden koordinoitua. Näille asiakkaille osoitetaan case manager, jota tukee moniammatillinen, sektorirajat ylittävä tiimi. Case manager voi olla esimerkiksi työterveyshuollon työntekijä. Case managerilla on aktiivinen rooli valittujen asiakkaiden ohjauksessa, sopivan kuntoutusmuodon valinnassa, kuntoutusprosessin kokonaisuuden seurannassa sekä yhteistyössä muiden kuntoutuksen tahojen kanssa. Tarvittaessa hän kutsuu koolle moniammatillisen ja -alaisen tiimin (kuten työnantajan edustaja, Kelan edustaja, työeläkevakuuttajien edustaja ja hoitava lääkäri), joka yhdessä asiakkaan kanssa laatii kuntoutussuunnitelman. Työttömien osalta case manager osoitetaan maakunnan toimintakykykeskuksesta<sup>41</sup>. Case manager toimii moniammatillisessa kontekstissa, mikä mahdollistaa monipuolisen lähestymisen asiakkaan tilanteeseen. Tämä edistää osaltaan kuntoutukseen ohjautumista ja kustannussäästöjä. Kelan työkykyneuvoja antaa neuvontaa asiakkaille ja muiden organisaatioiden ammattilaisille ja osallistuu organisaatioiden väliseen yhteistyöhön. Kela seuraa kuntoutumisen tuloksia kustannussäästöjen ja vaikuttavuuden todentamiseksi.

Toisessa ryhmässä ovat asiakkaat, jotka eivät täytä työeläkekuntoutuksen ehtoja, mutta joilla todennäköisesti on kuntoutustarve. Nämä asiakkaat ohjataan Kelan kuntoutuspalveluihin. Jotta Kelassa voidaan arvioida, täyttääkö asiakas työeläkekuntoutuksen ehdot, ehtojen – esimerkiksi työelämään vakiintumisen ehdon – on oltava mahdollisimman selkeitä. Kolmannessa ryhmässä ovat asiakkaat, joilla työeläkekuntoutuksen ehdot täyttyvät ja joilla on kuntoutustarve. Näiden asiakkaiden tilanteesta lähetetään tieto työeläkelaitoksille ja asiakkaalle itselleen, jota ohjeistetaan ottamaan yhteyttä työeläkelaitokseen kuntoutuksen hakemista varten. Näiden asiakkaiden osalta lähetetään aktivoiva yhteydenotto myös työterveyshuollolle ja työnantajalle, joilla on mahdollisuus tehostaa työhön paluun tukea ko. asiakkaalle. Asiakkaalle jätetään 30 päivää<sup>42</sup> kuntoutushakemuksen tekemistä varten, minkä

---

<sup>41</sup> Maakunnan toimintakykykeskuksesta jäljempänä osiossa I.7.2

<sup>42</sup> Tai muu määriteltävä ajanjakso

jälkeen työeläkelaitos ottaa asiakkaaseen yhteyttä, mikäli asiakkaan kuntoutushakemus ei vielä ole saapunut.

Asiakkaat, joilla havaitaan sellainen kuntoutustarve (esimerkiksi sosiaalisen kuntoutuksen tarve), jota maakunta tarjoaa, ohjataan maakunnan toimintakykykeskukseen, esimerkiksi varaamalla aika toimintakykykeskuksen palvelutarpeen arviointiin.

Muilla asiakkaille, joilla ei ole arvioitu olevan kuntoutustarvetta 90. sairauspäivärahopäivän kohdalla, annetaan hakemus- ja rekisteritietojen perusteella kohdennettua tietoa Kelan ja muiden tahojen tarjoamasta ammatillisesta ja lääkinällisestä kuntoutuksesta ja siihen ha- keutumisesta. Näiden asiakkaiden tilannetta tulisi tarkastella uudestaan 150 sairauspäivära- hapäivän kohdalla. Tällöin työkyky ja kuntoutustarve tulisi arvioida uudestaan. Lisäksi kai- kille asiakkaille lähetetään jo aikaisessa vaiheessa tietoa sairauspäivärahaajan jälkeisistä vaihtoehdoista.

Keskeistä seurantajärjestelmän toiminnassa on sen huomioiminen, että sairauspäiväraha- kemuksen saapuessa Kelaan ja sairauspäivärahaajan aikana asiakkaiden tilanteet voivat vaihdella huomattavasti. Yhdistelemällä hakemuksen ja lääkärinlausuntojen tietoja sekä va- littuja taustatietoja, kuten diagnoosit ja aikaisemmat sairauspäivärahopäivät, on mahdollista huomioida asiakkaan tilanne ja kuntoutuksen tarve mahdollisimman tarkasti.

Aluksi seurantaa voidaan tehdä määrätyissä tarkistuspisteissä sairauspäivärahaajan aikana. Tulevaisuudessa seurantajärjestelmää voidaan automatisoida edelleen ja seuranta- tiheyttä kasvattaa niin, että se nostaa asiakkaiden tilanteita tarkasteluun heti, kun tietyt kriteerit täyt- tyvät tarkistuspisteistä riippumatta.

Järjestelmää voidaan rakentaa aluksi suurimpien asiakasryhmien (mielenterveysongelmista tai tuki- ja liikuntaelinsairauksista kärsivät) näkökulmasta, joiden osuus 150 päivää kestä- neistä sairauspäivärahaajista on 62 %.<sup>43</sup> Myöhemmin järjestelmää voidaan kehittää edelleen vastaamaan entistä paremmin myös muiden asiakasryhmien tarpeisiin.

Kohdennetun tiedon antaminen kuntoutusjärjestelmästä sairauspäivärahaajan alussa vastaa nykyisiin tiedonkulun haasteisiin. Tiedottamisen tueksi Kelassa olisi jatkossakin tar- jolla kuntoutuspalveluita koskevaa neuvontaa.

#### Työterveyshuollon lausuntojen sisällön tarkistaminen Kelassa

90 sairauspäivärahopäivään mennessä vaadittavan työterveyshuollon lausunnon sisältö tar- kistetaan Kelassa. Mikäli työkyvyn tai kuntoutustarpeen arvioissa on puutteita, Kela ottaa yh- teyttä lausunnon kirjoittaneeseen tahoon lisätietojen saamiseksi. Kelalla on myös mahdolli- suus antaa työterveyshuollolle tai lääkärinlausunnon kirjoittaneen lääkärin organisaatioon palautetta lääkärinlausuntojen laadusta. Tätä ja myöhempiä yhteydenottoja varten sairaus- päivärahaajan hakemukseen vaaditaan työterveyshuollon ja lausunnon kirjoittaneen lääkärin or- ganisaation yhteystiedot.

---

<sup>43</sup> Kela, Sairauspäivärahojen alkaneiden kausien kesto sairausryhmittäin 2015



Lääkäriinlausuntojen sähköistyminen ja rakenteinen muoto helpottavat lääkäriinlausunnon laadun varmistamista ja sisällön tarkastamista. Samalla rakenteistaminen mahdollistaa tietojen käytön seulonta-algoritmissa.

Työterveyshuollon lausunnon liitteeksi vaaditaan kopio yhteisneuvottelu- eli työterveysneuvottelupöytäkirjasta. Lausunnon tarkistamisen yhteydessä Kela tarkistaa myös, onko lausunnon liitteenä lähetetty yhteisneuvotteluista laadittu pöytäkirja ja onko työnantaja osallistunut työhön paluun tukemiseen.

#### Tiedon lähettäminen työeläkelaitokselle 90 sairauspäivärahopäivän<sup>44</sup> kohdalla

Keskeinen ehdotus sairauspäivärahajärjestelmän 30-60-90-150 -järjestelmän kehittämiseksi on, että työeläkelaitoksille lähetetään Kelasta tieto 90 sairauspäivärahopäivän (tai muun, erikseen sovitun päivien määrän) täyttymisestä sekä liitteenä kuntoutustarpeen arviointia varten tarpeelliset dokumentit, esimerkiksi B-lääkäriinlausunto. Ennen tietojen ja dokumenttien lähettämistä Kela seuloo asiakkaat niin, että tieto lähetetään ainoastaan työeläkekuntoutuksen ehdot täyttävistä ja kuntoutuksesta todennäköisimmin hyötyvistä asiakkaista. Tätä varten Kela tarvitsee pääsyn tietoihin, joiden avulla voidaan arvioida työeläkekuntoutuksen kriteerien täytyminen.

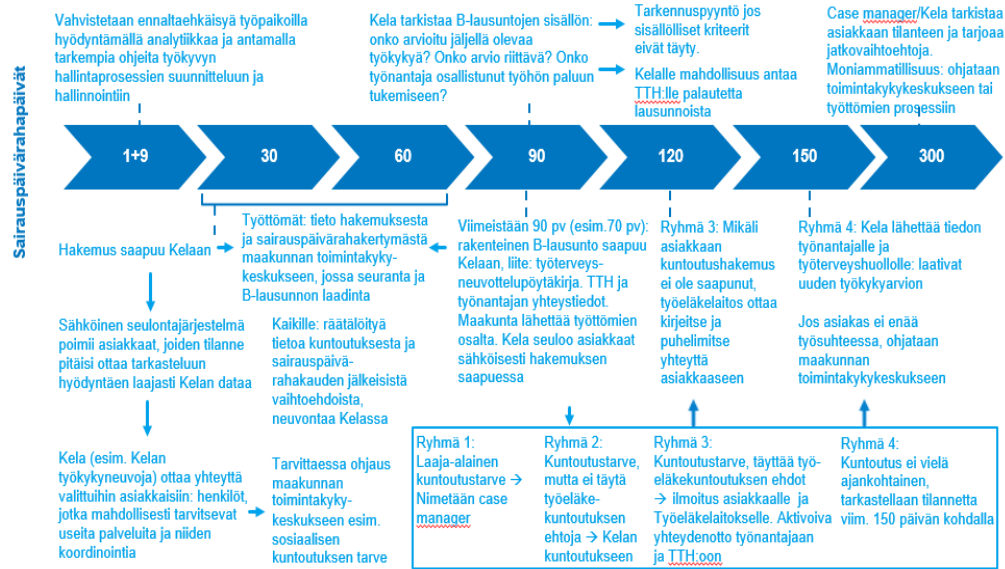
#### Uusi työkykyarvio valituille asiakkaille 150 sairauspäivärahopäivän kohdalla

Niiltä asiakkailta, joilla ei ole havaittu kuntoutustarvetta vielä 90 sairauspäivärahopäivän kohdalla, vaaditaan uusi työkykyarvio 150 sairauspäivärahopäivän kohdalla. Tätä varten Kela lähettää asiakkaan työnantajalle ja työterveyshuollolle tiedon lausunnon tarpeesta. Ne asiakkaat, jotka eivät ole työsuhteessa tai työterveyshuollon piirissä, ohjataan maakunnan toimintakykykeskukseen työkykyarvion tekemistä ja jatkopalveluita varten. Tämä antaa mahdollisuuden seuloa ne asiakkaat, joilla ei aiemmassa tarkistuspisteessä vielä ollut tarvetta kuntoutukselle esimerkiksi hoidon ollessa vielä kesken.

---

<sup>44</sup> Tai muuna erikseen määriteltävänä ajankohtana

**Kuva 2. Ehdotuksia 30-60-90-150 -järjestelmän kehittämiseksi**



## 7.2 Työttömät

Työttömien osalta haasteena nykyjärjestelmässä on työterveyshuoltoa vastaavan tahon puute. Tämä asettaa haasteita sekä kuntoutusmahdollisuuksia koskevan tiedonkulun että kuntoutustarpeen havaitsemisen kannalta.

Tulevan sote- ja maakuntauudistuksen suunnitelmien tarkentuminen vaikuttaa ehdotetun järjestelmän tarkempaan sisältöön. Tuleva sote- ja maakuntauudistus saattaa antaa mahdollisuuden yhdistää työnhaun ja ammatillisen kuntoutuksen palveluita asiakkaan työnhaun kannalta mielekkäiksi kokonaisuuksiksi.

Tässä osiossa esitellään ehdotukset järjestelmän laajentamisesta työttömiin. Ehdotukset on muodostettu työttömyysetuuskauden ympärille: maakunnalla on vastaava seulonta-algoritmi kuin Kelalla, mutta se käyttää syötteenä työttömyysetuuskauden kestoja, aiempia työttömyysjaksoja, terveystietoja ja muita mahdollisesti merkitseviä taustatietoja, kuten koulutustaso. Mikäli työtön henkilö hakee sairauspäivärahaa, tapahtuu seuranta Kelan seulonta-algoritmin avulla kuten edellä esitetyssä työssä olevien prosessissa. Mikäli algoritmi poimii asiakkaan, toimitetaan tästä tieto maakunnan toimintakykykeskukseen, jonka tehtävänä on tehdä kuntoutustarpeen arvio ja kuntoutussuunnitelma. Yhteenvedo työttömien palveluprosessista on esitetty kuvassa 3.

Haastatteluissa nousi esille huoli niistä asiakkaista, jotka saavat vuorotellen sairauspäivärahaa, työttömyysetuutta tai muuta etuutta, mutta joiden työkyvyttömyyseläkehakemus on hylätty. Nämä asiakkaat on koettu haasteelliseksi ryhmäksi ja heille toivottiin erillistä ratkaisua. Tässä selvityksessä ei käsitellä tämän ilmiön erityiskysymyksiä, mutta luonnollista olisi, että vastuu näistä asiakkaista olisi maakunnan toimintakykykeskuksella.

Digitaalinen palvelutarvearvio

Maakuntaudistuksessa on ehdotettu, että työtön asiakas tekee digitaalisen palvelutarvearvion työttömäksi ilmoittautumisen yhteydessä sekä päivittää arvioita 3 kk:n välein. Vaihtoehtona on henkilökohtainen palvelutarvearvio maakunnan viranomaispalvelussa. Sähköisen tai henkilökohtaisen palvelutarpeen arvion tietoja ja maakunnan muita tietoja (esim. terveys-tietoja, tulotietoja, tietoa koulutuksesta ja ammatista) yhdistämällä maakunnan viranomais-palvelu seuloo asiakkaiden kuntoutustarvetta sähköisesti ja ohjaa asiakkaat heille sopivien palveluiden piiriin. Palvelutarvearviossa on tärkeää muotoilla kysymykset niin, että siitä saa-daan tietoa asiakkaan kuntoutustarpeesta.

Niille asiakkaille, joilla ei ole toimintakykyvajetta ja joiden palvelutarve ei ole laaja-alainen, tehdään asiakassuunnitelma viranomaispalvelussa. Viranomaispalvelu seuraa niiden asiak-kaiden tilannetta, joille se tekee asiakassuunnitelman. Ne asiakkaat, joilla on toimintakyky-vaje tai joiden palvelutarve on laaja-alainen, ohjataan maakunnan toimintakykykeskukseen. Asiakkaita seulotaan useita kertoja työttömyysjakson aikana ja toimintakykykeskukseen oh-jaamisen todennäköisyys kasvaa asiakkaan työttömyyden keston mukaan. Säännöllinen sähköinen seulonta tehostaa ja yhdenmukaistaa asiakkaiden kuntoutus- ja muihin palvelui-hin ohjautumista.

#### Moniammatillinen työkykyarvio maakunnan toimintakykykeskuksessa

Maakuntaan perustettavaksi ehdotettu toimintakykykeskus toimii eri alojen asiantuntemusta yhdistävänä toimijana, jonka vastuulla on ohjata ja tukea niitä asiakkaita, joilla on toiminta-kykyvaje tai joiden palvelutarve on laaja-alainen sisältäen sosiaali- ja terveydenhuollon ja kuntoutuspalveluiden tarvetta. Toimintakykykeskuksessa laaditaan asiakkaalle työ- ja toi-mintakykyarvio ja asiakassuunnitelma, jonka toimintakykykeskus koordinoi Kelan ja työelä-kevakuuttajien sekä kasvupalveluiden kanssa. Toimintakykykeskus seuraa niiden asiakkai-den tilannetta, joille se tekee asiakassuunnitelman. Työkykyarvio on pakollinen ja sen tekee ensisijaisesti kuntoutuskoordinaattori, mutta arvion tekemisessä voidaan hyödyntää myös lääkärin tai esimerkiksi työmarkkina-asiantuntijan osaamista. Maakunnan toimintakykykes-kuksessa on tarjolla myös sosiaalisen kuntoutuksen ja päihde- ja mielenterveyspalveluiden palvelutarpeen arviointi aikuisille. Toimintakykykeskus tekee yhteistyötä eri organisaatioiden kanssa asiakkaan tilanteen hyväksi. Toimintakykykeskus tekee esimerkiksi tiivistä yhteis-työtä Kelan kanssa niin, että Kelan edustaja, esimerkiksi Kelan työkykyneuvoja, voi osallis-tua integroidun suunnitelman tekemiseen silloin, kun asiakas hyötyisi Kelan kuntoutuksesta ja täyttää sen ehdot.

Moniammatillinen työkykyarvio vastaa työttömien osalta kuntoutustarpeen havaitsemisen tarpeeseen. Työkykyarvion avulla kuntoutustarve ja kuntoutusvaihtoehdot voidaan selvittää asiakkaan kanssa keskitetysti yhdessä paikassa. Toimintakykykeskus myös seuraa asiak-kaiden kuntoutusprosessia tai myöhemmin ilmenevää kuntoutustarvetta, mikä tuo jatku-vuutta ja tukea työttömille laajan palvelun asiakkaille.

Tilanteessa, jossa työtön työnhakija siirtyy sairauspäivärahan saajaksi ja keskeyttää työn-haun, maakunnan toimintakykykeskus tarjoaa asiakkaalle terveyspalvelut ja toimii Kelan lä-hettämien sairauspäivärahakertymätietojen ja Kelan sähköisen seulonnan esiin nostaman mahdollisen kuntoutustarpeen pohjalta. Toimintakykykeskus seuraa asiakkaan kuntoutus-tarvetta, ohjaten asiakkaan sopiviin kuntoutuspalveluihin tarpeen mukaan. Toimintakykykes-kus myös laatii asiakkaalleen B-lausunnon 90. sairauspäivärahapäivään mennessä. Tätä tehtävää varten Kela toimittaa toimintakykykeskukselle tiedot henkilön

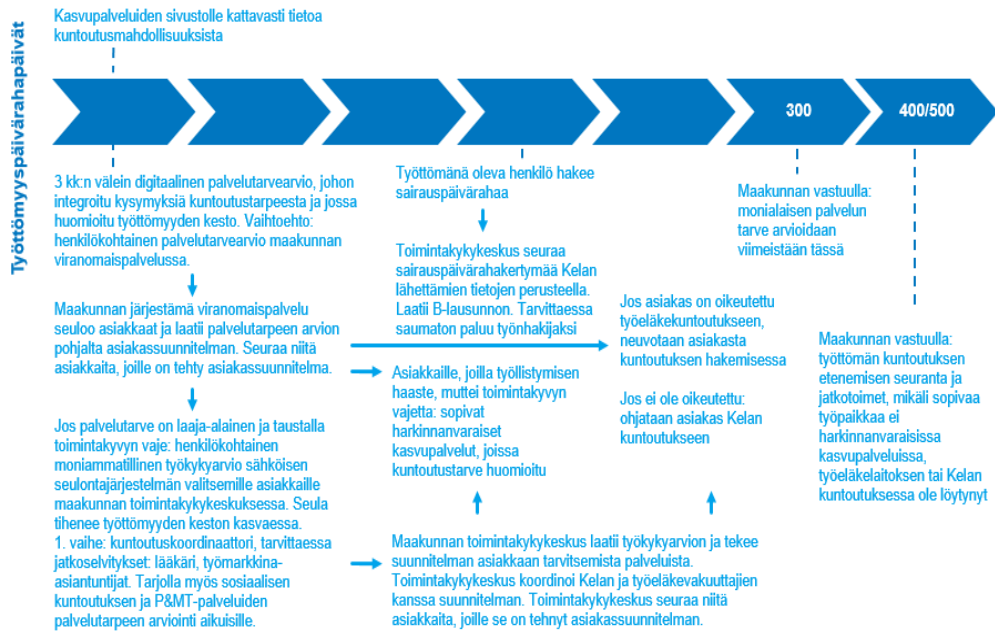
sairauspäivärahakertymästä. Sairauspäivärahakauden päättyessä maakunnan toimintakykeskuksen asiakkuus mahdollistaa saumattoman paluun työnhakijaksi.

### Asiakkaiden ohjaus soveltuviin kuntoutuspalveluihin

Maakunnan kasvupalveluiden harkinnanvaraiset kasvupalvelut mahdollistavat työnhakuun liittyvien palveluiden ja kuntoutuspalveluiden yhdistämisen mielekkäällä tavalla. Maakunnan viranomaispalvelusta ja toimintakykeskuksesta ohjataan asiakkaat heille soveltuviin palveluihin (mm. Kelan ja työeläkelaitosten järjestämiin kuntoutuksiin). Maakunnan viranomaispalvelu ja toimintakykeskus koordinoivat asiakkaidensa integroituja kuntoutussuunnitelmia.

Sekä maakunnan viranomaispalvelusta että toimintakykeskuksesta voidaan ohjata asiakas tarpeen mukaan Kelan tai työeläkelaitoksen kuntoutukseen. Maakunnan järjestämien harkinnanvaraisten kasvupalveluiden sisältö ja niiden suhde Kelan ja työeläkelaitosten ammatilliseen kuntoutukseen vaatii tarkennusta. Tämä vaikuttaa mm. siihen, minne asiakkaita voidaan ohjata maakunnan viranomaispalvelusta tai maakunnan toimintakykeskuksesta. Maakunnalla täytyy olla myös tieto työeläkelaitoksen kuntoutuksen kriteereistä, jotta asiakkaat voidaan ohjata oikeaan paikkaan.

**Kuva 3. Ehdotuksia sairauspäivärahajärjestelmän 30-60-90-150 -järjestelmän laajentamisesta työttömiin**



### 7.3 Yrittäjät

Yrittäjiä koskevissa ehdotuksissa korostuvat tiedonjako ja työhyvinvointia tukevien kannustimien vahvistaminen.

Ensimmäisenä ehdotuksena on kannustimien luominen säännöllisille terveystarkastuksille tai työterveyshuollon järjestämiselle. Toisena ehdotuksena on yrittäjille, erityisesti yksinyrittäjille ja pienyrityksille, suunnattujen kevennettyjen tai muuten muokattujen työterveyshuollon palvelujen kehittäminen. Kolmantena keskeisenä ehdotuksena on tiedon lisääminen yrittäjille ammatillisen kuntoutuksen mahdollisuuksista, mahdollisesti yrittäjien etujärjestöjen kautta. Neljäs mahdollinen keino edistää yrittäjien ammatilliseen kuntoutukseen hakeutumista on kehittää sellaisia mekanismeja, joilla kuntoutukseen liittyvää taloudellista riskiä voidaan tasata.

Niiden yrittäjien osalta, joilla on työterveyshuolto, työterveyshuolto osallistuu yrittäjän työkyvyn ylläpitoon ja varhaiseen tukeen sekä kuntoutustarpeen havaitsemiseen samalla tavalla kuin työsuhteessa olevien työntekijöiden tapauksessakin. Mikäli yrittäjä saa sairauspäivärahaa, hän on 30-60-90-150 -järjestelmän piirissä samalla tavalla kuin työntekijätkin. Niiden yrittäjien osalta, joilla ei ole työterveyshuoltoa mallissa on aukko, sillä näille henkilöille ei voida osoittaa case manageria.

## 7.4 Opiskelijat

Opiskelijoita koskevat ehdotukset on rajattu korkeakouluopiskelijoihin. Vastuu toisen asteen ammattikouluopiskelijoiden ja lukiolaisten palveluista on jatkossakin oppilaitoksilla, kuntien nuorisotoimella ja maakunnan liikelaitoksen koulu- ja opiskeluterveydenhuollolla. Opiskelijoiden näkökulmasta ongelmat ovat erilaiset kuin työelämässä olevilla henkilöillä. Opiskelijoiden kuntoutustarve kohdistuu erityisesti mielenterveyden ongelmiin ja yleinen kuntoutusmuoto opiskelijoilla on psykoterapia. Opiskelijat eivät usein ole vielä vakiintuneesti työskennelleet oman alansa työtehtävissä, jolloin ammatillisen kuntoutuksen näkökulmasta tilanne on erilainen kuin työelämässä olevilla. Opiskelijoiden sairauspäivärahalle ja kuntoutukseen hakeutumiseen saattaa myös vaikuttaa opintotuen saaminen. Ehdotetut toimintamallit opiskelijoiden osalta keskittyvät ennen kaikkea ennaltaehkäisyyn ja mahdollisimman varhaiseen kuntoutukseen ohjaamiseen. Toimintamalli on esitetty kuvassa 4.

### 7.4.1 Seuranta opintopistekertymän perusteella

Ehdotusten mukaan YTHS:lle tulee uusi rooli opiskelijoiden kuntoutustarpeiden tunnistamisessa seulonta-algoritmin avulla. Algoritmi hyödyntää tietoja opintopistekertymästä ja YTHS:llä olevia terveystietoja. Opintopistekertymätiedon jakaminen YTHS:lle on mahdollista tulevan VIRTAtietovarannon kautta. Opintopistekertymätiedon käytössä on kuitenkin tärkeää seuloa tietoa mahdollisimman tarkasti, koska ainoastaan pienellä osalla opiskelijoista, 10 % AMK-opiskelijoilla ja 13 % yliopisto-opiskelijoilla,<sup>45</sup> opintojen viivästyminen johtuu sairaudesta.

Ehdotetun mallin hyödyt ovat ennen kaikkea ennaltaehkäisyssä. Opintopistekertymän käyttö yhtenä muuttujana seulonta-algoritmissa antaa YTHS:lle paremmat edellytykset toimia riittävän aikaisessa vaiheessa. Kun YTHS saa riittävän ajoissa tiedon opintojen viivästyisestä, sille syntyy mahdollisuus kohdentaa yhteydenottoja niihin opiskelijoihin, jotka

---

<sup>45</sup> Opiskelijabarometri 2014: katsaus korkeakouluopiskelijoiden opintoihin, arkeen ja hyvinvointiin. Opiskelun ja koulutuksen tutkimussäätiö OTUS, 55/2016, s. 39

todennäköisimmin tarvitsevat terveystalvueluita tai kuntoutukseen ohjaamista. Ehdotettuun malliin sisältyy myös suorapäätösmallin hyödyntäminen YTHS:ssa esimerkiksi psykoterapian osalta.

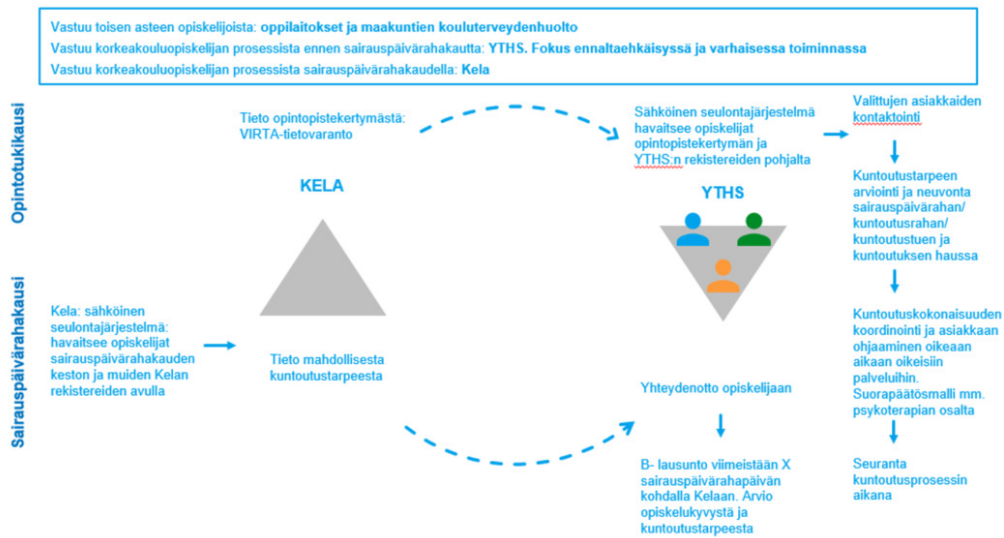
#### 7.4.2 Sairauspäivärahapäivien kertymän seuranta ja B-lausunto

Ennaltaehkäisyyn lisäksi YTHS:lle tulee rooli sairauspäivärahaa saavien opiskelijoiden osalta niin, että YTHS ottaa yhteyttä sairauspäivärahaa saavaan opiskelijaan, mikäli Kelan sähköisessä seulonnessa havaitaan tarve selvittää tarkemmin kuntoutustarvetta. Kelaan ehdotettua sähköistä seulantajärjestelmää on kuvattu työssä olevien sairauspäivärahajärjestelmän 30-60-90-150 -prosessia koskevassa osiossa. Opiskelijoiden osalta sähköisessä seulonnessa voitaisiin hyödyntää myös opintopistekertymätietoja. Ehdotetussa mallissa YTHS ottaa yhteyttä opiskelijaan Kelalta saamiensa sairauspäivärahapäivätietojen perusteella ja laatii lausunnon kuntoutustarpeesta 90. sairauspäivärahapäivään mennessä. Päävastuu kuntoutukseen ohjaamisessa on YTHS:llä.

YTHS:n keskeinen rooli opiskelijoiden osalta ulottuu myös opiskelijoiden prosessin seurantaan kuntoutuksen aikana ja sen päätyttyä, mikäli opiskelija palaa opintojen pariin.

Nämä ehdotukset osaltaan tukevat opiskelijoiden kuntoutukseen ohjautumista.

**Kuva 4. Ehdotuksia 30-60-90-järjestelmän laajentamisesta opiskelijoihin**



#### 7.5 Fokusryhmähaastattelut

Edellä kuvattuja kehitysehdotuksia käsiteltiin fokusryhmähaastattelussa, jotka järjestettiin Kelan ja työeläkelaitosten edustajille. Kehitysehdotuksia muokattiin edelleen fokusryhmähaastattelussa saatujen kommenttien perusteella. Alla on esitelty sairauspäivärahajärjestelmän 30-60-90-150 -järjestelmää ja sen laajentamista koskevista ehdotuksista saatuja keskeisiä kommentteja ja havaintoja.

Fokusryhmähaastattelussa saatiin kannatusta sairauspäiväraha-kertymätiedon jakamiselle Kelasta työeläkelaitoksille. Tämän ehdotuksen osalta kiinnitettiin kuitenkin huomiota lähetettävän tiedon laajuuteen. Pelkän kertyneitä sairauspäivärahapäiviä koskevan tiedon lisäksi työeläkelaitokselle tulisi lähettää lääkärintuomiot, muut Kelaan kertyneet tiedot asiakkaan tilanteesta sekä Kelan työkykyneuvojan mahdollinen arvio kuntoutustarpeesta. Myös työpaikkaa koskeva tieto sekä tieto siitä, onko työnantajalla mahdollisuutta muokata työtä, olisi hyödyllistä. Näiden tietojen perusteella työeläkelaitoksella olisi paremmat edellytykset arvioida henkilön tilannetta.

Työeläkelaitosten fokusryhmähaastattelussa painotettiin myös työnantajan roolin vahvistamista. Työnantajat ovat keskeisessä roolissa järjestelmässä, mutta niiden osallistuminen pitäisi varmistaa käytännössä. Eräs keino työnantajan aktivoimiseksi voisi olla ilmoituksen lähettäminen työnantajalle henkilön sairauspäivärahapäiväkertymän saavuttaessa 90 päivän rajan.

Työeläkelaitosten edustajat kiinnittivät huomiota myös Kelan työkykyneuvojan ja muissa organisaatioissa toimivien kuntoutuskoordinaattorien roolin, resursoinnin, kannustimien ja osaamisen riittävyyteen niiden keskeisen roolin vuoksi. Kelan fokusryhmähaastattelussa nousi esille huoli Kelan työkykyneuvojan kustannuksista. Kelan edustajat kertoivat myös Kelan suunnitelmista kehittää työkykyneuvojan roolia suuntaan, jossa työkykyneuvoja toimisi osana moniammatillista tiimiä.

Kelan edustajat kannattivat Kelan roolin vahvistamista esimerkiksi lääkärintuomiojen sisällön tarkastamisessa. Haastattelussa ehdotettiin, että Kela voisi antaa palautetta työterveysluottolalle B-lausuntojen laadusta.

Kelan edustajat kuten työeläkelaitosten edustajat pitivät tärkeänä, että Kelan ja työeläkelaitosten välillä on järjestelmää tukevat hyvät yhteistyökäytännöt. Kelan fokusryhmähaastattelussa nousi esille myös hoitavan tahon keskeinen rooli kuntoutuksen ajoituksessa hoidon näkökulmasta.

Työttömien prosessin osalta Kelan haastattelussa kiinnitettiin huomiota työttömäksi ilmoittautumisesta vastuussa olevaan tahoon sekä maakuntien edellytyksiin toimia digitaalisen palvelutarvearvion rekisterinpitäjänä etenkin maakuntien toiminnan alkuvaiheessa.

Työeläkelaitokset kiinnittivät huomiota siihen, miten työttömien palvelutarvearvio, moniammatillinen työkykyarvio ja kuntoutustarpeen havaitseminen jakautuisivat eri organisaatioiden kesken tulevassa maakuntauudistuksessa.

Kelan haastattelussa kannatettiin osalle työttömistä ehdotettua moniammatillista työkykyarviota. Myös kertyneitä sairauspäivärahapäiviä koskevan tiedon jakamista työeläkelaitosten kanssa kannatettiin, mutta toisaalta kiinnitettiin huomiota siihen, että työttömillä työeläkekuntoutuksen ehdot eivät usein täyty. Pitkäaikaistyöttömien osalta mainittiin moniammatillisuuden keskeisyys ja tuotiin esille, että heille on jo nykyjärjestelmässä olemassa erillisiä prosesseja, jotka olisi hyvä huomioida järjestelmää kehitettäessä.

Kelan fokusryhmähaastattelussa nousi myös esille huoli niistä asiakkaista, jotka saavat vuorotellen sairauspäivärahaa, työttömyysetuutta tai muuta etuutta, mutta joiden työkyvyttömyyseläkehakemus on hylätty. Näille asiakkaille toivottiin erillistä ratkaisua.

Opiskelijoiden prosessin osalta Kelan fokusryhmähaastattelussa tuotiin esille Kelan nuorille ja opiskelijoille suunnatut palvelut, mm. opiskeluvalmennus. Opiskeluvalmennuksen kaltaisten kevyempien palveluiden osalta pohdittiin YTHS:n suorittaman seulonnan tarpeellisuutta. Toisaalta mainittiin, että muiden kuntoutusmuotojen osalta YTHS:n seulonta saattaisi olla tarpeellista. Opiskelijoiden prosessin osalta pidettiin tärkeänä, että pääpaino olisi opintopistekertymän seulonnassa, sillä se mahdollistaisi sairauspäivärahaa ja työkyvyttömyyttä ennaltaehkäisevän toiminnan.

## 7.6 Kannustimet

Kelalla ja samalla myös valtiolla on etuuksien (esim. työttömyysetuus, sairauspäiväraha ja toimeentulotuki) rahoittajana taloudellinen kannustin vähentää sairauspäivärahan ja muiden etuuksien tarvetta mahdollistamalla kuntoutus ja työhön paluu. Sosiaali- ja terveysministeriö seuraa Kelan toimintaa. Kuntoutusjärjestelmän monitahoisuuden ja Kelan hyvin keskeisen roolin vuoksi olisi tärkeää luoda kannustimet myös yhteistyön tekemiseen muiden tahojen kanssa, kuten maakunnan kasvupalveluiden ja toimintakykykeskuksen kanssa. Vaikka kuntoutusjärjestelmässä asiakasta lähinnä on usein hoitava taho, joka on luontevassa asemassa kuntoutusta koskevan tiedon antamisessa, olisi tärkeää, että myös Kelalla olisi riittävät kannustimet antaa asiakkaille selkeää ja kattavaa neuvontaa kuntoutusasioissa. Kelalla pitäisi olla myös kannustimet tiedottaa ja kouluttaa hoitavia tahoja kuntoutusmahdollisuuksista ja -prosesseista, jotta heillä olisi käytössään ajankohtainen tieto potilailleen välitettäväksi. Sähköisen seulontajärjestelmän toimivuus vaatii myös Kelan asiantuntijoiden näkemystä siitä, mikä on asiakkaan kannalta paras toimintatapa kullakin hetkellä. Kelalla on tärkeä rooli myös kuntoutusprosessin seurannassa, erityisesti vaikuttavuuden seuraamisen ja asiakkaan kuntoutuksen jälkeisten tarpeiden arvioinnin näkökulmasta.

Työeläkelaitoksilla on suora taloudellinen kannustin vähentää työkyvyttömyyseläkekustannuksia mahdollistamalla kuntoutus ja työhön paluu. On kuitenkin tärkeää luoda toimivia yhteistyömuotoja työeläkelaitosten ja Kelan välille, jotta varmistetaan asiakkaan kannalta toimiva järjestelmä.

Maakunnalle on tärkeää luoda kannustimet valita asiakkaalle kustannustehokas ja työllistymisen kannalta vaikuttava palvelukokonaisuus palvelutarpeen arvioinnin yhteydessä. Tällä hetkellä maakunnalla on vähäiset kannustimet työllisyyden hoitoon, sillä suunnitelmien mukaan maakunta ei maksa työkyvyttömyydestä eikä työttömyydestä mahdollista työmarkkinatuen osittaista rahoitusvastuuta lukuun ottamatta. Lisäksi maakuntien rahoituksen sosiaali- ja terveydenhuollon palvelutarvetekijöissä otetaan huomioon sairastavuus ja työttömyys palvelu- ja rahoitustarvetta lisäävinä tekijöinä. Jos mahdollinen maakunnan verotusoikeus myöhemmin toteutuu, maakunnalle tulee kuitenkin kannustin ylläpitää maakunnan asukkaiden veronmaksukykyä.

Työnantajilla tulisi olla kannustimia ehkäistä työkykyongelmia ja pyrkiä muokkaamaan työtä tarpeen mukaan. Tällä hetkellä työnantajilla on suora kannustin edistää työntekijän työhön paluuta palkanmaksuvelvollisuuden ajan. Vakituudessa työsuhteessa olevien osalta työnantajien taloudelliset kannustimet ovat suuremmat kuin määräaikaisten työntekijöiden osalta. Työkyvyttömyyseläkkeen todennäköisyyden kasvaessa työnantajalle syntyy taloudellinen kannustin estää työkyvyttömyyseläkkeelle siirtyminen. Pienille työnantajille ei kuitenkaan ole seurauksia työntekijän työkyvyttömyyseläkkeelle siirtymisestä. Työnantajilla tulisi myös olla kannustimia työllistää osatyökykyisiä henkilöitä.



Työterveyshuolloilla tulisi olla kannustimia arvioida asiakkaan työkykyä ja kuntoutustarvetta riittävällä tarkkuudella ja antaa asiakkaalle riittävästi tietoa kuntoutuksesta. Kannustimia työkyvyn tukemiseen saattaa luoda mm. kiinteähintainen palvelu. Myös case managerilla tulisi olla riittävät kannustimet tavoitella onnistunutta kuntoutumista ja töihin paluuta myös silloin, kun työntekijä vaihtaisi alaa tai työnantajaa kuntoutusprosessin myötä.

## 7.7 Kehitysehdotuksiin liittyvät tietosuojahaasteet

Kehitysehdotuksiin liittyy useita henkilötietojen käsittelyyn liittyviä haasteita tietosuojahaasteita, jotka olisi ratkaistava ennen ehdotusten toteuttamista. Sairauspäivärahaa saavien asiakkaiden prosessissa tietosuojahaasteet liittyvät Kelan rekisteritietojen hyödyntämiseen sähköisessä seulontajärjestelmässä – tällä hetkellä Kelan rekisteritietojen käyttötarkoitus on tarkkaan rajattu, eikä mahdollista tietojen käyttämistä seulonta-algoritmissa – sekä tietojen lähettämiseen työeläkelaitokselle tilanteessa, jossa asiakkaalla havaitaan mahdollinen kuntoutustarve. Tietosuojahaasteen aiheuttaa myös Kelalle seulontaa varten jaettava tieto siitä, täyttääkö asiakas työeläkekuntoutuksen ehdot.

Työttömien prosessissa tietosuojahaasteita aiheuttavat työttömän esimerkiksi sairauksiin, tuloihin ja koulutukseen liittyvien taustatietojen sekä palvelunkäytön tietojen (sote-palvelut, kasvupalvelut) hyödyntäminen seulonta-algoritmissa. Tietosuojahaasteena on myös tiedon jakaminen maakunnan kanssa siitä, täyttääkö asiakas työeläkekuntoutuksen ehdot. Tiedot voitaisiin saada esimerkiksi tulorekisteriä hyödyntämällä. Tietosuojahaasteena on myös kuntoutuksen tulosten seuraamiseksi tarvittava mahdollisuus saada palveluntuottajilta tietoja. Työttömien osalta maakunnalla olisi vahva rooli myös sairauspäivärahaproessin aikana, ja tätä varten Kelasta tulisi lähettää asiakkaan sairauspäivärahakertymätieto maakunnan toimintakykykeskukseen. Tämä on myös haasteellista tietosuojan kannalta.

Opiskelijoiden prosessissa tietosuojahaasteen aiheuttaa ensinnäkin VIRTAtietovarannon opintojen edistymistä koskevan tiedon jakaminen YTHS:lle ja tämän tiedon yhdistely YTHS:n potilastietoihin. Myös rekisteritietojen yhdistely Kelan sähköisessä seulontajärjestelmässä ja tiedon lähettäminen YTHS:lle mahdollisesta kuntoutustarpeesta on tietosuojahaaste. Opiskelijan kuntoutusprosessin seuraamiseksi YTHS tarvitsisi tietoja palveluntuottajalta, mutta myös tähän liittyy tietosuojahaaste.

## 7.8 Vaikutusarvio

### 7.8.1 Ongelma, jota ehdotetuilla malleilla yritetään ratkaista, tavoite ja keinot

Ammatillisen kuntoutuksen prosessissa nykyään haasteena ovat järjestelmän hajanaisuus, tiedonkulun haasteet ja toimijoiden kannustimet. Erityisesti työttömien ja yrittäjien kohdalla erityispiirteenä on myös työterveyshuoltoa vastaavan tahon puute, sillä työterveyshuolloilla on työkyvyn arvioinnissa keskeinen rooli. Myös opiskelijoiden asema eroaa työssäkäyvien asemasta, vaikka korkeakouluopiskelijoilla on käytössään YTHS:n palvelut. Näiden haasteiden seurauksena asiakkaat eivät välttämättä saa tarpeen mukaista ja oikea-aikaista ammatillista kuntoutusta.

Tässä selvityksessä ehdotetuilla malleilla on tavoitteena korjata nykyisessä mallissa havaittuja kehityskohteita ja sitä kautta parantaa kuntoutustarpeen havaitsemista ja aikaistaa

ammattilliseen kuntoutukseen ohjautumista. Lopputavoitteena on lyhentää työssä olevien, yrittäjien ja opiskelijoiden työkyvyttömyysjaksoja ja vähentää työkyvyttömyyseläkkeelle siirtymistä. Työttömille ehdotetun mallin tavoitteena on luoda paremmat edellytykset ammatilliseen kuntoutukseen pääsulle ja sitä kautta työllistymiselle. Työttömien osalta mallin on suunniteltu mahdollistavan laaja-alaisen kuntoutustarpeen arvioinnin mukaan lukien ammatillisen kuntoutustarpeen arvioinnin. Mallien muodostamisessa on hyödynnetty asiantuntijoilta kerättyä tietoa nykyjärjestelmän keskeisistä kehitystarpeista. Tarkempien aikataulu-, volyyymi- sekä säästötavoitteiden asettaminen ei kuulu tämän selvityksen piiriin. Tavoitteiden kvantifiointi on kuitenkin tärkeää, sillä se on keskeinen edellytys onnistumisen mittaamiselle.

Kaikkien käsiteltyjen kohderyhmien osalta ehdotettujen mallien keinovalikoimassa ovat keskiössä asiakkaiden segmentointia avustavat sähköiset seulonta-algoritmit, selkeät ennalta määritetyt vastuutahot kuntoutustarpeen arvioinnille ja asiakkaan prosessin seurannalle, tarkistuspisteiden lisääminen nykyisestä sekä kannustimien luominen järjestelmän eri toimijoille.

### 7.8.2 Onnistumisen mittaaminen

Tavoitteiden toteutumisen arvioimiseksi mallien rinnalle olisi kehitettävä säännöllisen mittauksen mahdollistavat käytännöt. Mittauksen toteuttaminen edellyttäisi myös systemaattista sopivan datan keräämistä asiakkailta ja kuntoutusjärjestelmän toimijoilta. Eri lähteistä näin kerättävä data yhdisteltäisiin kokonaisuudeksi, josta olisi mahdollisuus hahmottaa uudistuksen jälkeiset muutokset asiakkaiden poluissa, asiakkaan kokemuksessa ja järjestelmän kustannuksissa.

Asiakkaiden polkujen ja niiden volyymien selvittäminen ja seuraaminen ovat erittäin keskeinen tieto onnistumisen mittaamisessa. Nykyisessä järjestelmässä yli organisaatorajojen tapahtuvia polkuja on vaikea hahmottaa kokonaisuuksina. Jotta muutosta voitaisiin mitata, tulisi yksittäisen asiakkaan prosessista kerätä tietoa sähköisesti yhteen paikkaan. Malleissa ehdotetuissa sähköisissä järjestelmissä olisi valmiiksi saatavilla asiakaskohtainen tieto diagnosiryhmästä ja keskeisistä demografisista tekijöistä, jotka tulisi yhdistää erikseen kerättävään asiakaskohtaiseen tietoon. Järjestelmään tulisi kerätä tietoa jokaisen asiakkaan sairauspäivärahaa tai työkyvyttömyyseläkettä edeltävästä tilanteesta ja siitä, kuinka kauan edeltävä tilanne, esimerkiksi työttömyys, oli kestänyt. Samoin tulisi kerätä tietoa kuntoutusta edeltävästä ja seuraavasta tilanteesta, kuntoutusjakson pituudesta ja sen ajoittumisesta esimerkiksi suhteessa edeltävään sairauspäivärahauteen. Työttömien osalta kuntoutukseen ohjautumisen onnistumista on haastavampaa tutkia, sillä ammatillinen kuntoutus on relevanttia ainoastaan osalle työttömistä. Tiedon saantia ja ohjautumista voitaisiin kuitenkin tutkia työttömille tehtävillä kyselyillä, joita käsitellään jäljempänä.

Keskeisiä tietoja kuntoutukseen pääsyn ja järjestelmän vaikuttavuuden arvioinnin kannalta ovat myös kuntoutuksen myöntämisehdot. Edellä mainittuun sähköiseen järjestelmään olisi kerättävä asiakaskohtaisesti tietoa siitä, millä perusteilla kuntoutusta on myönnetty. Lisäksi olisi kerättävä tietoa kielteisen kuntoutuspäätöksen saaneiden osalta siitä, millä perusteella kuntoutusta ei ole myönnetty.

Yllä mainittujen volyymitietojen lisäksi tulisi kerätä tietoa asiakkaan kokemuksesta. Asiakkaan kokemuksesta tietoa tulisi kerätä sekä kuntoutukseen ohjautuneilta asiakkailta että kailta sairauspäivärahaa saavilta asiakkailta sairauspäivärahauden jatkuttua riittävän pitkään. Kuntoutukseen ohjautuneiden asiakkaiden osalta kyselyistä vastaisi kuntoutuksen

järjestäjätaho. Sairauspäiväraha-kauden keston perusteella toteutettavasta haastattelusta vastaisi Kela. Työttömiltä ja opiskelijoilta kuntoutukseen ohjautumista voitaisiin kysyä esimerkiksi kerran vuodessa tehtävillä kyselyillä, jotka kohdistettaisiin asiakkaisiin esimerkiksi terveystietojen pohjalta. Tämän toteuttamisessa ehdotettujen mallien ominaisuudet olisivat hyödyksi, sillä sähköinen seulontajärjestelmä mahdollistaa kyselyn kohdistamisen oikeille henkilöille. Työttömille tehtävästä kyselystä vastaisi maakunnan liikelaitos ja opiskelijoille tehtävästä kyselystä YTHS. Yrittäjien osalta kohdistaminen olisi vaikeampaa, mutta olisi mahdollisesti toteutettavissa esimerkiksi yrittäjäjärjestöjen kautta. Kuntoutukseen ohjautuneilta asiakkailta olisi kysyttävä, oliko kuntoutus oikea-aikaista ja vaikuttavaa. Muilta asiakasryhmiltä olisi kysyttävä ammatillista kuntoutusta koskevan tiedonsaannin riittävydestä, mahdollisesta kuntoutukseen hakemisesta ja siitä, kuinka hyvin olemassa olevat prosessit tukevat heidän työhön paluutaan.

Ammatillisen kuntoutuksen kustannuksista olisi mahdollista kerätä tietoa ylätasolla, mutta sen kerääminen asiakastasolla auttaisi hahmottamaan kustannusten jakautumista esimerkiksi diagnoosiryhmittäin tai asiakkaan kuntoutusta edeltävän tilanteen mukaan. Tämän avulla järjestelmän kehittämistyössä olisi mahdollista identifioida kustannusvaikutuksiltaan olennaisimmat osa-alueet ja keskittyä niihin.

### 7.8.3 Ehdotettujen mallien odotetut hyödyt

Ehdotetuista malleista on odotettavissa useita taloudellisia, yhteiskunnallisia ja viranomaisen toimintaan kohdistuvia vaikutuksia. Mallien hyödyt seuraavat malleille asetetun tavoitteen, eli tehokkaamman kuntoutukseen ohjautumisen, saavuttamisesta ja kohdistuvat sekä yksittäiseen asiakkaaseen että yhteiskunnalle kustannussäästöjen kautta.

Mallit on suunniteltu edesauttamaan nopeampaa ammatilliseen kuntoutukseen ohjautumista ennalta määriteltyjen selkeiden vastuutahojen ja prosessien sekä sähköisten seulontajärjestelmien avulla. Malleissa on mm. luotu useampia tarkastuspisteitä kuntoutustarpeen arvioinnille ja kannustimia työterveyshuollose tuottaa laadukkaita työkykyarvioita. Myös nämä elementit edesauttavat riittävän aikaista kuntoutukseen ohjautumista. Työttömien osalta ehdotettu palveluiden segmentointi maakunnan liikelaitoksessa mahdollistaa laaja-alaisen kuntoutustarpeen arvioinnin ja ohjaamisen oikeisiin palveluihin, mikä vastaa haastatteluissakin esille nousseeseen havaintoon terveydellisten ja muiden haasteiden yhdistymisestä työttömien kohdalla. Opiskelijoiden osalta ehdotetun mallin hyödyt keskittyvät pitkiä sairauksien ennaltaehkäisyyn ja niiden hoitamiseen mahdollisimman aikaisessa vaiheessa, mutta hyötynä on myös tehokas ja oikea-aikainen kuntoutukseen ohjaaminen YTHS:stä.

Sähköiset seulontajärjestelmät antavat myös entistä paremmat mahdollisuudet tarjota kullekin asiakkaalle kuntoutuspalveluita sisällöltään ja ajoitukseltaan asiakkaan tarpeisiin räätälöidysti. Nopeamman ja oikea-aikaisemman kuntoutukseen pääsyn ansiosta etuuksien rahoituskustannukset pienenevät, kun työkyvyttömyydet vähenevät ja sairauspoissaolokaudet lyhenevät. Työttömien työvoimapolitiittiset valmiudet paranevat. Kokonaisuutena tarkastellen etuuksien rahoituskustannukset pienenevät.

Ehdotettujen muutosten tarkkojen euromääräisten vaikutusten arviointi ei ole mahdollista olemassa olevalla datalla. Myös ehdotettujen muutosten vaikutusta asiakas- tai suoritemääriin on vaikea arvioida, koska nykyistä järjestelmää kuvaavissa tiedoissa on rajoitteita. Ei ole

saatavilla tarkkaa tietoa esimerkiksi siitä, kuinka usein työkyvyttömyyseläkettä tai työeläkekuntoutuksen jaksoa edeltää sairauspäiväraha-aika. Joitakin hahmotelmia vaikutusten suuruusluokasta voidaan kuitenkin tehdä. Ehdotuksissa mainitaan mahdollisuus ottaa sähköinen seulontajärjestelmä käyttöön vaiheittain niin, että ensimmäisessä vaiheessa seulontaa kohdistettaisiin yleisimpien diagnoosiryhmien perusteella. Yli 150 päivää kestävästä sairauspäiväraha-aikasta 62 % johtuu tuki- ja liikuntaelinsairaudesta tai mielenterveyden ongelmasta. Keskimääräisen sairauspäiväraha-korvauksen perusteella laskettuna näiden diagnoosiryhmien 150 päivää ylittävistä sairauspäiväraha-päivistä kertyy noin 251 miljoonan euron kustannus vuodessa. Tämän summan pienentäminen 10 %:lla säästäisi jo noin 25 miljoonaa euroa vuodessa. Summaan voitaisiin lisätä ainakin työkyvyttömyyseläkkeiden vähentymisestä syntyvät säästöt.

Ehdotetuilla malleilla on niiden suorien hyötyjen lisäksi epäsuoria hyötyjä mitattavuuden parantumisessa. Mallit mahdollistavat kattavamman tiedon keräämisen yksittäisen asiakkaan kuntoutusprosessista, mikä mahdollistaa sekä korjaavien liikkeiden tekemisen yksittäisen asiakkaan prosessiin että kannustimien luomisen kuntoutuspalveluiden tuottajille. Lisäksi kerätty tieto auttaa järjestelmän ylläpitäjiä kehittämään järjestelmää edelleen.

Ammatillisen kuntoutuksen prosessiin liittyy useita organisaatioita, mikä edellyttää yhteistyötä näiden tahojen välillä. Vaikka malleihin sisältyy vastuutahojen määrittely kuntoutustarpeen arvioinnille ja asiakkaan prosessin seurannalle, näiden vastuiden tuloksetas hoitamisen vaatii tuekseen sujuvaa tiedonkulkua ja riittävää tietoa eri kuntoutusjärjestelmien kriteereistä, jotta asiakas ohjataan heti oikeaan paikkaan ja jotta kuntoutusprosessin kokonaisuus on yksittäisen asiakkaan näkökulmasta sujuva. Sähköisen seulontajärjestelmän myötä parantuva mitattavuus mahdollistaa tiiviimmän ja strukturoidumman tiedonkulun kehittämisen kuntoutusjärjestelmän toimijoiden välille.

Tiedonkulkua voidaan parantaa myös asiakkaan suuntaan. Paremman tiedonkulun ansiosta asiakas saa nykyistä paremmin tietoa tulevaisuuden vaihtoehtoistaan sairauspäiväraha-aikana, mikä lisää ennustettavuutta asiakkaan näkökulmasta ja kannustaa osaltaan asiakasta hakeutumaan kuntoutuspalveluiden piiriin riittävän aikaisessa vaiheessa.

Järjestelmän toimijoiden rooleja on selkeytetty, ja esimerkiksi Kelan työkykyneuvojan työnkuva voidaan uusissa malleissa määritellä uudelleen. Selkeämpien roolien ansiosta päällekkäisyydet vähenevät ja järjestelmä tehostuu.

#### **7.8.4 Odotetut kustannukset**

Ehdotettuihin malleihin liittyy sekä lyhyen että pitkän aikavälin kustannuksia, joista suurimman osan voidaan olettaa syntyvän sähköisen seulontajärjestelmän rakentamisesta ja ylläpidosta sekä henkilöstön kouluttamisesta sen käyttöön. IT-järjestelmän kehittämisen ja ylläpitämisen kustannukset kertyisivät järjestelmän rahoittajalle, kun taas sen käyttöönottoon liittyvät koulutuskustannukset kertyisivät joko rahoittajalle tai kullekin järjestelmää käytävälle organisaatiolle. Järjestelmän käyttäjät olisivat asiakasryhmästä riippuen joko Kelan, maakuntien tai YTHS:n edustajia.

Yksi mallien olennaisista osista on vastuutahojen määrittäminen asiakkaan kuntoutustarpeen arvioinnille ja asiakkaan prosessin seurannalle. Näiden vastuiden toteuttamiseksi mallit vaativat case managerien työvoiman lisäämistä työterveyshuoltoihin ja maakunnan liikelaitoksiin, mistä seuraa palkkakustannusten kasvua. Toisaalta erityisesti työterveyshuolloilla

on jo nykyisen roolinsa ansiosta parhaat edellytykset toimia asiakkaan vastuutahona, sillä niillä on tietoa työntekijän työolosuhteista ja valmiit suhteet työnantajatahoihin. Myös Kelan työkykyneuvojen roolin tullessa keskeisemmäksi erityisesti Kelan ja muiden toimijoiden yhteistyön kannalta on odotettavissa, että Kelan työkykyneuvojen resursseja on tarve lisätä. Työeläkelaitoksille palkkakustannusten kasvua on odotettavissa seulontajärjestelmän lähettämien asiakastapausten myötä.

Kannustimien luominen yrittäjien terveystarkastuksille tai työterveyshuollon järjestämiselle sekä taloudellisen riskin jaon mekanismien suunnittelu sisältää monia vaiheita, joissa olisi tarkasteltava yrittäjyyden riskien ja hyötyjen suhdetta sekä yrittäjien roolia yhteiskunnassa useista eri näkökulmista. Näiden toimenpiteiden säätäminen lailla vaatisi työtä myös sen varmistamiseksi, että yrittäjien asema on tasapainossa työntekijäyritysten kanssa.

Kustannusten euromääräinen arvio riippuu hyvin paljon mallien lopullisista yksityiskohdista ja tarkemmista toteuttamistavoista. Sote-uudistuksen yhteydessä tehtynä muutosten toteuttamisessa voidaan kuitenkin pyrkiä saavuttamaan synergioita muiden uudistusten kanssa. Esimerkiksi työvoimapalveluiden siirtyessä maakuntiin on mahdollista minimoida päällekkäisyydet ja suunnitella järjestelmä alusta asti niin, että se palvelee useampia toivottuja tavoitteita ja että se on yhteensopiva muiden maakunnassa käytettävien sähköisten järjestelmien kanssa.

### 7.8.5 Ehdotukseen liittyvät riskit

Keskeisin riski ehdotetuissa malleissa on, että useampien asiakkaiden ohjautuessa ammatilliseen kuntoutukseen kuntoutuskustannukset kasvavat, mutta tästä ei seuraa toivottuja positiivisia vaikutuksia, jolloin ehdotetut mallit eivät olisi kokonaisuutena kustannusvaikuttavia. Näin voi tapahtua, jos asiakas päätyy kuntoutuksesta huolimatta työkyvyttömyyseläkkeelle esimerkiksi siksi, että kuntoutuksen keinoin ei ole mahdollista vastata asiakkaan tarpeisiin tai siksi, että tarjolla ei ole riittävästi sopivia työpaikkoja. Näistä ensin mainittu saattaa johtua joko kuntoutuspalvelun sisällöstä tai ajoituksesta, mutta saattaa johtua myös siitä, että asiakkaan ei ole ollut mahdollista kuntoutua, mutta tämä ei ole ollut tiedossa ennen kuin kuntoutusta on yritetty. Sopivien työpaikkojen puute puolestaan saattaa olla ongelma myös työttömien kohdalla, minkä seurauksena kuntoutus ei vähentäisi työttömyyttä. Kustannusvaikutavuutta tarkasteltaessa voidaan kuitenkin huomioida välittömien kulujen lisäksi myös välilliset kulut. Vaikka ammatillinen kuntoutus ei johtaisi työllistymiseen, saattaa se kuitenkin vähentää muita kuluja esimerkiksi vähentämällä sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden käyttöä. Olennaisena edellytyksenä mallien toimivuudelle on ammatillisen kuntoutuksen toimivuus ja erityisesti sen soveltuvuus myös nykyistä haastavammissa tapauksissa, joita seulontajärjestelmä saattaa nostaa esille.

Kuntoutusvolyymin kasvaessa on muistettava huomioida paitsi kuntoutuspalveluiden aiheuttamat kustannukset, myös mahdollisesti kasvavat sosiaalietuudet kuntoutuksen ajalta. Kuntoutusrahan tai kuntoutustuen ja -korotuksen suuruutta sairauspäivärahaan tai työttömyysetuuteen nähden on kuitenkin haastavaa arvioida etukäteen, sillä ne määrittyvät tapauskohtaisesti ja asiakkaan aiempien tulojen perusteella. Toisaalta kuntoutusrahan tai kuntoutustuen ja kuntoutuskorotuksen suuruus vaikuttaa myös asiakkaan kannustimiin hakeutua kuntoutukseen. Esimerkiksi kuntoutuskorotus ei välttämättä kannusta hakeutumaan kuntoutukseen, jos eläke on pieni.

Järjestelmän kyky motivoida asiakkaita kuntoutukseen on myös tärkeää ottaen huomioon asiakkaan keskeisen roolin ammatillisessa kuntoutuksessa. Jos tiedottamisen lisäksi ei onnistuta ottamaan asiakasta mukaan prosessiin riittävän aikaisessa vaiheessa, on riskinä, että kuntoutus ei johda toivottuihin lopputuloksiin.

Sähköisen seulonnan eräänä keskeisenä tavoitteena on nostaa esille niitä asiakastapauksia, jotka voisivat hyötyä ammatillisesta kuntoutuksesta ja lähettää näitä tapauksia työeläkelaitosten käsiteltäväksi. Haastatteluisakin esille nostettu huoli liittyy tämän järjestelmän esille nostamien tapausten määrään. Riskinä on, että seulonnasta huolimatta tapausten määrä olisi liian suuri työeläkelaitosten käsiteltäväksi. Seulontakriteereiden määrittely on tämän vuoksi olennaisessa asemassa. Myös opiskelijoiden osalta on hyvin tärkeää, että seulonta on riittävän tarkkaa, sillä ainoastaan pieni osa tapauksista, joissa opinnot ovat viivästyneet, johtuu terveydellisestä syystä. Sähköisen seulonnan uudenaiseen henkilötietojen yhdistelyyn liittyy myös tietosuoja- ja tietoturvariskejä, jotka vaativat erityistä huomiota järjestelmän rakentamisessa ja käytössä.

Ehdotetun mallin toimeenpano aiheuttaisi suuria muutoksia käytännön työhön useassa organisaatiossa ja edellyttäisi työntekijöiden sitoutumista sen käyttämiseen ja kehittämiseen. Muutoksen mahdollisesti kohtaama vastustus eri organisaatioissa voisi siksi olennaisesti haitata tavoitteisiin pääsyä. Tähän liittyy myös mallien toteuttamiselle asetettava aikataulu, jonka tulisi olla realistinen ja toteuttamiskelpoinen. Organisaatioiden sitoutuminen uusien mallien toimeenpanon vaativiin ponnistuksiin ja niiden riittävä panostus seulontajärjestelmän käyttämiseen on tärkeää tavoitteiden saavuttamiselle.

Muutokset sote-uudistusta koskevissa suunnitelmissa saattavat haitata mallin toimivuutta. Mallin kehityksessä on voitu huomioida vain kehittämisheikellä tiedossa olevat sote-suunnitelmat.

Segmentointialgoritmille vaihtoehtoisia kehitystoimenpiteitä voisivat olla tiedottamisen parantaminen ja asiakkaan kuntoutustarpeen arvioinnin tehostaminen terveydenhuollossa. Tiedottamista voitaisiin tehdä räätälöidymmin yksittäisen asiakkaan näkökulmasta lähettämällä hänelle eri osista koottava tietopaketti ammatillisesta kuntoutuksesta esimerkiksi kevyen sähköisen kyselyn perusteella. Sähköistä kyselyä voitaisiin tehdä eri vaiheissa sairauspäiväraha- tai työttömyyskautta. Tämän vaihtoehdon suurena haittapuolena olisi kuitenkin se, että se jättäisi asiakkaalle suuren vastuun. Asiakkaan tulisi sekä ottaa vastuu sähköisen kyselyn täyttämisestä, että valita tietopaketista hänelle soveltuvat toimenpiteet ja toimia niiden pohjalta lähtökohtaisesti ilman ammattilaisen ohjausta. Toisessa vaihtoehdossa asiakkaan kuntoutustarpeen arviointia kaikkien asiakasryhmien osalta voitaisiin parantaa esimerkiksi panostamalla lääkäreiden kouluttamiseen olemassa olevasta ammatillisesta kuntoutuksesta. Lääkärit ohjaisivat potilaat Kelan ja työeläkelaitosten neuvontaan. Samalla neuvontaa parannettaisiin. Kelan ja työeläkelaitosten yhteistyötä vahvistettaisiin tiedonkulun parantamiseksi. Työttömien osalta koulutettaisiin lääkäreitä työttömien lääkärinlausuntojen kirjoittamisessa ja kannustettaisiin lääkäreitä kertomaan ammatillisen kuntoutuksen mahdollisuudesta myös työttömille. Tätä toimintatapaa puoltaisi lääkäreiden jo nykyään keskeinen asema esimerkiksi lääkärinlausuntojen kirjoittamisessa ja potilaan sairauden hoitamisessa. Haittana olisi kuitenkin lääkäreiden työmäärän merkittävä kasvu ja fokuksen siirtyminen pois sairauden hoidosta, mikä ei ole tarkoituksenmukaista. Ehdotettu ajatus sähköisestä segmentoinnista tähtää samoihin tavoitteisiin kuin vaihtoehtoiset mallit, mutta tekee sen tehokkaammin, luotettavammin ja järjestelmällisemmin. Sähköinen kysely saattaisi tuottaa

samoja tietoja kuin sähköinen järjestelmä, mutta yksin käytettynä se olisi huomattavasti epäluotettavampi esimerkiksi asiakkaiden puutteellisesti tekemien kirjausten takia. Lääkäreiden asettaminen seulovaan rooliin taas aiheuttaisi tehottomuutta ja vaihtelua soveltamiskäytännössä. Sähköisen segmentoinnin riskit on kuitenkin otettava huomioon kehitystyössä.

## 7.9 Selvityksen rajoitteet

Työttömiä koskevien ehdotusten muodostamisessa rajoitteena oli, että tulevan sote- ja maakuntauudistuksen yksityiskohdat eivät vielä ole selvillä.

Yrittäjille ei muodostettu vastaavaa ehdotusta toimintamalleista kuin muille ryhmille. Haastatteluisissa ilmeni, että yrittäjien kuntoutukseen hakeutumisen ja työkyvyn hallinnan ongelmista ei ole riittävästi tietoa. Yrittäjien työkyvyttömyyttä edeltävistä vaiheista tarvittaisiin tarkempaa tutkimusta ja ongelmien täsmennystä, jotta olisi mahdollista ehdottaa havaittuihin ongelmiin vastaavia ratkaisumalleja.

Rajoitteena oli myös yksityiskohtaisen tilastotiedon puute esimerkiksi työeläkelaitosten työkyvyttömyyseläkkeelle tai kuntoutukseen siirtyvien henkilöiden edeltävästä etuudesta ja taustasta. Tämä hankaloitti tarkan kuvan muodostamista tietyssä vuonna sairauspäiväraajakson aloittaneiden henkilöiden seuraavista vaiheista.

## Lähteitä ja tausta-aineistoja

Blomgren J. Pitkät sairauspoissaolot työikäisillä naisilla ja miehillä: sairauspäivärahan saajat 1996-2015. (2016) Yhteiskuntapolitiikka 81 (6), 681–691

[https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/131587/YP1606\\_Blomgren.pdf?sequence=4](https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/131587/YP1606_Blomgren.pdf?sequence=4)

Gould R, Laaksonen M, Kivekäs J, Ropponen T, Kettunen S, Hannu T, Käppi I, Ripatti P, Rokkanen T, Turtiainen S. Työkyvyttömyyseläkettä edeltävät vaiheet: asiakirja-aineistoon perustuva tutkimus. Eläketurvakeskuksen raportteja 06/2014

Halonen JI, Solovieva S, Pentti J, Kivimäki M, Vahtera J, Viikari-Juntura E. Effectiveness of legislative changes obligating notification of prolonged sickness absence and assessment of remaining work ability on return to work and work participation: a natural experiment in Finland. Occup Environ Med. (2016) 73(1):42-50. doi: 10.1136/oemed-2015-103131. Epub 2015 Oct 13

Hinkka K, Aalto L, Toikka T. Uudenlaiseen Kelan työhönkuntoutukseen? Viiden kuntoutusmallin arvioinnin tuloksia. Helsinki: Kela, Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 134/2015

Hinkka K, Koskenvuo K. Kelan vastuulla oleva ammatillinen kuntoutus. Helsinki: Työterveyslaitos, 2016

<https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/131690/Kohti%20koordioitua%20yhteistoimintaa.pdf?sequence=1>

Juvonen-Posti P, Pesonen S, Toivio P, Sallmén M, Himanen A-K, Hannu T, Takala E-P, Niiranen K, Autti-Rämö I, Hinkka K, Uitti J. Työssä jatkamisen tuki pitkittyvässä työkyvyttömyydessä: arviointitutkimus 1.6.2012 voimaan astuneiden työterveyshuoltolain ja sairausvakuutuslain muutosten täytäntöönpanon toteutumisesta. Helsinki: Työterveyslaitos, 2014

Kela 2015. Kuntoutuksen hyödyn arviointi: kuntoutuksen vuonna 2015 aloittaneiden lähtötilanne. <http://www.kela.fi/documents/10180/1346663/Kuntoutuksen+hy%C3%B6dyn+arviointi+raportti+2015.pdf/9ddf8a33-2048-492d-9fbb-3e4235cb8b07>

Kelan kuntoutustilasto 2016, Kela, 2017

Laaksonen M, Blomgren J. ja Gould R. Työkyvyttömyyseläkkeelle siirtyneiden sairauspäiväraha-, kuntoutus- ja työttömyyshistoria: Rekisteripohjainen tarkastelu. Eläketurvakeskuksen raportteja 05/2014

[http://www.etk.fi/wp-content/uploads/Toimijoiden\\_yhteistyö\\_työkykyongelmien\\_hallinnassa\\_ammattilaisten\\_haastatteluihin\\_perustuva\\_tutkimus.pdf](http://www.etk.fi/wp-content/uploads/Toimijoiden_yhteistyö_työkykyongelmien_hallinnassa_ammattilaisten_haastatteluihin_perustuva_tutkimus_Eläketurvakeskuksen_raportteja_3/2015)

Opiskelijabarometri 2014: katsaus korkeakouluopiskelijoiden opintoihin, arkeen ja hyvinvointiin. Opiskelun ja koulutuksen tutkimussäätiö OTUS, 55/2016

Saikka P. Työttömien ammatillinen kuntoutus. Helsinki: Työterveyslaitos, 2016 <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/131690/Kohti%20koordioitua%20yhteistoimintaa.pdf?sequence=1>

Sata-komitea. Kuntoutuksen kehittäminen työurien pidentämisen edellytysten parantamiseksi. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö, 2009. <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/73327/URN%3ANBN%3Afi-fe201504226092.pdf?sequence=1>

Sauni R ja Kivekäs J. Uudet työkyvyttömyyseläkkeet ovat vähentyneet neljänneksen. Suomen Lääkärilehti (2015) 45, 3056-3057

Seppänen-Järvelä R, Aalto A-M, Juvonen-Posti P, Laaksonen M, Tuusa M, (toim.). Yksilöllisesti räätälöity ja työhön kytketty. Kelan työhönkuntoutuksen kehittämishankkeen arviointitutkimus. Helsinki: Kela, Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 139/2015



Suomen Yrittäjät, Työterveyshuoltokysely, [https://www.yrittajat.fi/sites/default/files/sy\\_tyoterveyshuoltokysely\\_netti.pdf](https://www.yrittajat.fi/sites/default/files/sy_tyoterveyshuoltokysely_netti.pdf)

Tilasto Suomen eläkkeensaajista 2015, Eläketurvakeskuksen tilastoja 8/2016

Työeläkekuntoutus vuonna 2016, Eläketurvakeskuksen tilastoja 07/2017

HE 75/2011 vp: Hallituksen esitys Eduskunnalle laeiksi sairausvakuutuslain ja työterveyshuoltolain muuttamisesta

HE 67/2010 vp: Hallituksen esitys Eduskunnalle laiksi sairausvakuutuslain 13 luvun 5 §:n muuttamisesta <http://stm.fi/sotepalvelut/kuntoutus>

Selvitystä varten haastateltiin seuraavia henkilöitä:

Helena Ahponen (Kela)  
Pirkko Sihvonen (Kela)  
Ismo Hiljanen (Kela)  
Marjaana Pajunen (Kela)  
Kirsi Vainiemi (Kela)  
Seija Sukula (Kela)  
Pilvi Vanne (Kela)  
Ilpo Lahtinen (Kela)  
Anu Pekki (Finla työterveys)  
Patrik Tötterman (TEM)  
Jukka Kivekäs (Varma)  
Merja Valle (Varma)  
Mari Kyyhkynen (Ilmarinen)  
Anna-Leena Jundell (Elo)  
Sami Rieki (Keva)  
Minna Pihlajamäki (Terveystalo)  
Tuija Merkel (Espoon Kaupunki)  
Jaana Salo (Pirkanmaan osuuskauppa)  
Carita Borgenström (Metsä Group)  
Sari Lehikoinen (Uudenmaan TE-toimisto)  
Anu Niemi (Siun sote)  
Harri Hellstén (Suomen Yrittäjät)  
Pauli Tossavainen (YTHS)  
Sonja Lilius (Mela).

Fokusryhmähaastatteluihin osallistuivat seuraavat henkilöt:

Kela: Seija Sukula, Marjaana Pajunen, Pilvi Vanne, Ismo Hiljanen, Helena Ahponen, Mikko Toivanen  
Työeläkelaitokset: Jukka Kivekäs (Varma), Merja Valle (Varma), Anna-Leena Jundell (Elo)

VALTIONEUVOSTON  
SELVITYS- JA TUTKIMUSTOIMINTA

[tietokayttoon.fi](http://tietokayttoon.fi)

ISSN 2342-6799 (pdf)

ISBN 978-952-287-510-5 (pdf)

