

## TIIVISTELMÄ

Kuntoutuksen kustannuksista ja vaikuttavuudesta. Tausta-aineisto valtioneuvoston kuntoutus-selontekoon. Helsinki 2002. 84 s. (Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja ISSN 1236-2050; 2002:5.)

ISBN 952-00-1104-8

Tämä julkaisu koostuu kahdesta selvityksestä, jotka ovat syntyneet valtioneuvoston eduskun-nalle 6.3.2002 antaman kuntoutus-selonteon valmistelussa.

Ensimmäisen selvityksen, *Kuntoutuksen kustannukset ja kuntoutujat 1997 - 2000*, on laatinut ylitarkastaja Anne Raassina sosiaali- ja terveysministeriöstä. Selvityksen aineisto on koottu kuntoutusasiain neuvottelukunnan kuntoutus-selonteon valmistelujaostossa. Selvityksessä tar-kastellaan kuntoutuksen kustannusten ja kuntoutuspalveluja saaneiden henkilöiden määrällistä kehitystä vuosina 1997-2000.

Vuonna 2000 kuntoutuspalveluiden ja kuntoutusajan toimeentuloturvan kokonaismenot olivat vammaispalvelujen ja erikoisopetuksen menot mukaan laskettuna 1 213 miljoonaa euroa (7 212 miljoonaa markkaa). Menojen reaalin kasvu oli seurantakaudella 9 prosenttia.

Kuntoutuksen painopisteryhmiä olivat ikääntyvät työntekijät, pitkäaikaistyöttömät sekä lapset ja nuoret. Suurimpana kuntoutusta saavana sairausryhmänä oli tuki- ja liikuntaelinsairaat. Mielenterveyskuntoutujien osuus kasvoi seurantakaudella.

Toisen selvityksen, *Arvio eräiden kuntoutusmuotojen vaikuttavuudesta*, ovat laatineet profes-sori Pekka Rissanen Tampereen yliopistosta ja erikoistutkija Anna-Mari Aalto Stakesista. Sel-vitys on yhteenveto Stakesin koordinoimasta ja sosiaali- ja terveysministeriön toimeksian-nosta tehdystä asiantuntijakatsauksesta. Asiantuntijakatsauksen kokoamisesta on vastannut kuntoutusasiain neuvottelukunnan tutkimusjaoston jäsenistä koottu ryhmä. Asiantuntijakatsa-us ilmestyy kokonaisuudessaan nimellä *Kannattaako kuntoutus? Asiantuntijakatsaus eräiden kuntoutusmuotojen vaikuttavuudesta*. Stakesin Raportteja 267.

Vaikuttavuusarviot tehtiin työelämässä olevien varhaiskuntoutuksesta, ammatillisesta kun-toutuksesta, pitkäaikaistyöttömien kuntoutuksesta, tuki- ja liikuntaelinsairauksien kuntoutuk-sesta, neurologisesta kuntoutuksesta, psykiatrisesta kuntoutuksesta, päihdeongelmaisten kun-toutuksesta ja geriatriksesta kuntoutuksesta.

Kuntoutuksen vaikuttavuudessa on tieteellistä näyttöä eri sairaus- ja ongelmaryhmissä. Vah-vinta näyttöä myönteisistä vaikutuksista oli katsauksen mukaan pitkittyneistä alaselän kivuista kärsivien kuntoutuksessa, aivohalvauspotilaiden akuutissa kuntoutuksessa sekä äkillisesti sai-rastumisen tai tapaturman vuoksi toimintakykynsä menettäneiden vanhusten sairaalakuntou-tuksessa.

**Asiasanat:** ammatillinen kuntoutus, kuntoutus, kuntoutusraha, moniammatillisuus, selonteot, terveydenhuolto, työkyky, työterveyshuolto, vaikuttavuus, vajaakuntoiset



## SAMMANDRAG

Kuntoutuksen kustannuksista ja vaikuttavuudesta (Rehabilitering – kostnader och verkan). Bakgrundsmaterial till statsrådets rehabiliteringsredogörelse. Helsingfors 2002. 84 s. (Social- och hälsovårdsministeriets publikationer ISSN 1236-2050; 2002:5.) ISBN 952-00-1104-8

Denna publikation består av två utredningar som tillkommit vid beredningen av statsrådets rehabiliteringsredogörelse till riksdagen den 6 mars 2002.

Den första utredningen, *Kuntoutuksen kustannukset ja kuntoutujat 1997 - 2000* (Rehabiliteringens kostnader och klienter 1997-2000), har utarbetats av överinspektör Anne Raassina vid social- och hälsovårdsministeriet. Materialet har insamlats av den sektion vid delegationen för rehabiliteringsärenden som berett rehabiliteringsredogörelsen. I utredningen skärskådas den kvantitativa utvecklingen i fråga om rehabiliteringens kostnader och dem som fått rehabiliteringstjänster åren 1997-2000.

År 2000 uppgick totalutgifterna för rehabiliteringstjänsterna och utkomstskyddet under rehabiliteringstiden, utgifterna för handikapps-service och specialundervisning inberäknade, till 1 213 miljoner euro (7 212 miljoner mk). Under den period som granskningen gäller var den reella utgiftsökningen 9 %.

Åldrande arbetstagare, långtidsarbetslösa samt barn och unga var centrala kategorier inom rehabiliteringen. Personer med sjukdomar i stöd- och rörelseorganen företrädde den största sjukdomskategorin inom rehabiliteringen. Andelen rehabiliteringsklienter inom mentalvården ökade under den aktuella perioden.

Den andra utredningen, *Arvio eräiden kuntoutusmuotojen vaikuttavuudesta* (En bedömning av vissa rehabiliteringsformers resultat och effekter), har utarbetats av professor Pekka Rissanen från Tammerfors universitet och specialforskare Anna-Mari Aalto från Stakes. Utredningen är ett sammandrag av en översikt av sakkunniga som gjorts på uppdrag av social- och hälsovårdsministeriet och samordnats av Stakes. En grupp bestående av medlemmar från forskningssektionen vid delegationen för rehabiliteringsärenden har ansvarat för sammanställningen av översikten. Översikten utges i sin helhet under titeln *Kannattaako kuntoutus? Asiantuntijakatsaus eräiden kuntoutusmuotojen vaikuttavuudesta. Stakesin Raportteja 267*. (Lönar sig rehabilitering? Sakkunnigöversikt över vissa rehabiliteringsformers resultat och effekter. Stakes Rapporter 267.)

Bedömningarna av verkningsfullheten gällde personer i arbetslivet som fått tidig rehabilitering, yrkesinriktad rehabilitering, rehabilitering för långtidsarbetslösa, rehabilitering med anledning av sjukdomar i stöd- och rörelseorganen, neurologisk rehabilitering, psykiatrisk rehabilitering, rehabilitering för personer med rusproblem och rehabilitering för äldre.

Det finns vetenskapliga bevis på rehabiliteringens verkningsfullhet inom olika sjukdoms- och problemgrupper. Enligt översikten gällde de starkaste bevisen på rehabiliteringens positiva verkningar dem som led av utdragna smärtor i ryggsletet, akut rehabilitering av strokepatien

ter och sjukhusrehabilitering av åldringar som förlorat sin funktionsförmåga på grund av ett akut sjukdomsfall eller en olyckshändelse.

**Nyckelord:** arbetsförmåga, begränsat arbetsföra, funktionshämjade, företagshälsövård, hälso- och sjukvård, multiprofessionalism, redogörelser, rehabilitering, rehabiliteringspenning, verkningsfullhet, yrkesinriktad rehabilitering

## SUMMARY

Costs and effectiveness of rehabilitation. Background material for the Government's Rehabilitation Report. Helsinki 2002. 84p. (Publications of the Ministry of Social Affairs and Health ISSN 1236-2050; 2002:5.)  
ISBN 952-00-1104-8

This publication consists of two reports produced in the course of the preparation of the Government's Rehabilitation Report submitted to Parliament on 6 March 2002.

The first report, *Costs of rehabilitation and rehabilitees in 1997 – 2000*, has been drawn up by Anne Raassina, Senior Officer, of the Ministry of Social Affairs and Health. Its material has been compiled by the subcommittee for preparing the Rehabilitation Report of the Advisory Board for Rehabilitation. The report reviews the development of the costs of rehabilitation and the number of persons in receipt of rehabilitation services from 1997 to 2000.

In 2000 the total expenditure on rehabilitation services and on the income security for the period of rehabilitation, the expenditure on disability services and special teaching for disabled children included, amounted to EUR 1213 million (FIM 7212). The real growth in the expenditure during the period under review was 9 per cent.

The groups that were prioritised in rehabilitation were ageing employees, long-term unemployed persons, and children and young people. The biggest group in receipt of rehabilitation services were those with disorders of the musculoskeletal system and connective tissues. The proportion of mental health rehabilitees increased during the period.

The first report, *Assessment of the effectiveness of certain forms of rehabilitation*, has been drawn up by Professor Pekka Rissanen from the University of Tampere and Anna-Mari Aalto, Senior Research Officer, from the National Research and Development Centre for Welfare and Health (STAKES). This report is a summary of the expert review co-ordinated by STAKES and carried out upon the commission of the Ministry of Social Affairs and Health. A group set up from among the members of the research sub-committee of the Advisory Board for Rehabilitation has been responsible for compiling the expert review. The review is published in its entirety under title *Is rehabilitation worthwhile? An expert review of the effectiveness of certain forms of rehabilitation. STAKES Reports 267*.

Assessments of effectiveness were carried out regarding the early rehabilitation of people participating in working life, vocational rehabilitation, rehabilitation of long-term unemployed persons, rehabilitation of people with disorders of the musculoskeletal system, neurological rehabilitation, psychiatric rehabilitation, geriatric rehabilitation and rehabilitation of persons with substance abuse problems.

There is scientific evidence of the effectiveness of rehabilitation in different categories of illness and health problems. According to the survey, the evidence of the favourable effects of rehabilitation is strongest in the rehabilitation of those suffering from prolonged lower back

pain, in acute rehabilitation of stroke patients, and in the hospital rehabilitation of older persons who have lost their functional capacity due to an acute illness or accident.

**Key words:** effectiveness, health care, multiprofessional, occupational health care, people with disabilities, rehabilitation, rehabilitation allowance, vocational rehabilitation, work ability

## ALKUSANAT

Kuntoutus on tärkeä keino lisätä väestön työ- ja toimintakykyä ja antaa ihmisille voimavaroja oman elämän hallintaan. Kuntoutuksella on syystäkin merkittävä ja arvostettu asema. Kuntoutuksen ympärille on Suomessa syntynyt monipuolinen, monitahoinen ja monimutkainen rakennelma lainsäädäntöä, palvelujen järjestäjiä, rahoittajia ja tuottajia.

Tavoitteena kuntouttamisessa on työ- ja/tai toimintakyvyn ylläpitäminen. Kuntoutuksella on siten huomattava vaikutus kansantalouden elatussuhteen pitämisessä edullisena suurten ikäluokkien ikääntyessä. Myönteisenä seurauksena on myös se, että muiden sosiaali- ja terveyspalvelujen käyttämisen tarve vähenee. Kuntoutuksella voidaan saavuttaa selkeitä rahallisia hyötyjä.

Kun yhteiskunnan panostukset kuntoutukseen ovat selvästi yli miljardi euroa, on perusteltua kiinnittää erityistä huomiota kuntoutuksen vaikuttavuuteen. Nyt julkaistava, valtioneuvoston kuntoutusselontekoa varten tehty vaikuttavuuden arviointi on päänavaus kuntoutuspalvelujen, koulutuksen ja työllistämistoimenpiteiden tavoitteiden toteutumisen arvioinnille. Jatkossa on yhä perusteellisemmin selvítettävä, miten tehokkaita eri kuntoutusmuodot ovat ja mihin väestöryhmiin niitä kannattaa soveltaa. Näin kalliilta toiminnalta on oikeus odottaa tuloksia.

Tutkimus on vasta alussaan, ja standardoituja mittausmenetelmiä on vähän. Tavallisesti vaikutuksia arvioidaan määrällisin mittarein. Hyvinvoinnin ja sen muutosten mittaaminen on kuitenkin vaikeata. Sellaisetkin kuntoutusmuodot voivat olla tuloksellisia, joiden vaikuttavuutta ei ole voitu suoraan tutkimuksin osoittaa.

Jatkossa tarkoituksena on suunnata kuntoutusta sinne, missä se vaikuttaa eniten. Tämä ei tarkoita sitä, että kuntoutusta suunnattaisiin vain niihin toimintoihin, joiden vaikuttavuus on mahdollista mitata. Sen sijaan kuntoutusresursseja on tietysti syytä vähentää sieltä, missä vaikutus on mitattavissa ja se on osoittautunut vähäiseksi.

Helsinki, maaliskuu 2002

Osmo Soininvaara  
Peruspalveluministeri

Maija Perho  
Sosiaali- ja terveysministeri





*Anne Raassina*

*Kuntoutuksen kustannukset*  

---

*ja kuntoutujat 1997-2000*



## TIIVISTELMÄ

Selvityksessä tarkastellaan kuntoutuksen kustannusten ja kuntoutuspalveluja saaneiden henkilöiden määrällistä kehitystä seurantakaudella 1997-2000. Kuntoutusmenoja koskevaan laskelmaan on sisällytetty pääasiassa eri järjestelmien lakisääteiset kuntoutusmenot.

Kuntoutusmenolaskelmaan sisältyvät kuntien sosiaali- ja terveydenhuollon, Kelan, työeläkelaitosten sekä tapaturma- ja liikennevakuutuslaitosten järjestämät kuntoutuspalvelut ja niihin liittyvä kuntoutusajan toimeentuloturva. Lisäksi laskelmaan sisältyvät Valtiokonttorin järjestämä veteraanikuntoutus, työhallinnon kuntoutustoimenpiteet, erityisopetuksen lisäkustannukset sekä Raha-automaattiyhdistyksen kuntoutukseen myöntämät avustukset.

Vuonna 2000 kuntoutuspalveluiden ja kuntoutusajan toimeentuloturvan kokonaismenot olivat arviolta 1 213 miljoonaa euroa (7 212 milj. mk). Menot kasvoivat 16 prosenttia vuodesta 1997. Reaalinen kasvu oli 9 prosenttia. Valtio ja kunnat ovat suurimpia kuntoutuksen rahoittajia. Kuntoutusmenojen kasvu selittyy pitkälti kuntoutusta saaneiden henkilöiden määrän kasvulla. Vuonna 2000 kuntoutusajan toimeentuloturvan menot olivat runsaat 100 miljoonaa euroa (596 milj. mk).

Kuntoutusmenojen suhde BKT:hen on pienentynyt hieman. Kuntoutusmenot kasvoivat 1990-luvulla suhteellisesti nopeammin kuin terveydenhuollon kokonaismenot.

Ilman vammaispalvelulain mukaisten vammaispalvelujen menojen ja peruskoulun erityisopetuksen lisäkustannusten huomioon ottamista kuntoutuksen kokonaismenot olivat vuonna 2000 noin 949 miljoonaa euroa (5,6 miljardia markkaa) eli noin 22 prosenttia pienemmät.

Kuntien terveydenhuolto ja Kela ovat suurimmat kuntoutuksen järjestäjät kustannuksilla mitaten. Kuntoutusmenojen jakautumisessa ei ole tapahtunut suuria muutoksia. Suurimmat muutokset olivat peruskoulun erityisopetuksen osuuden kasvu ja työhallinnon menojen osuuden pieneneminen.

Kuntoutuspalveluita tuottavat julkinen sektori, yrityssektori sekä niin sanottu kolmas sektori (sosiaali- ja terveystalouden järjestöt ja säätiöt sekä niiden ylläpitämät laitokset). Kuntien sosiaali- ja terveydenhuolto tuottaa pääosan rahoittamisestaan kuntoutuspalveluista itse. Kela, Valtiokonttori, työeläkelaitokset sekä tapaturma- ja liikennevakuutuslaitokset ostavat kuntoutuspalvelunsa pääasiassa tai yksinomaan yrityssektorilta tai kolmannelta sektorilta.

Seurantakaudella kuntoutuksen painopisteryhmiä olivat ikääntyvät työntekijät, pitkäaikaistyöttömät sekä lapset ja vammaiset nuoret. Tuki- ja liikuntaelinten sairauksista kärsivät henkilöt ovat pysyneet suurimpana kuntoutujaryhmänä. Mielenterveyskuntoutujien määrä ja osuus ovat selvästi suurentuneet.

## SISÄLTÖ

<b>1. JOHDANTO</b> .....	<b>15</b>
<b>2. KUNTOUTUKSEN KOKONAISMENOT</b> .....	<b>15</b>
2.1. KUNTOUTUSMENOJEN LASKENTAPERUSTEET .....	15
2.2. KOKONAISMENOJEN KEHITYS 1992 - 2000 .....	17
2.3. KUNTOUTUKSEN TOIMEENTULOTURVAN MENOT .....	21
2.4. KUNTOUTUKSEN RAHOITUS .....	22
<b>3. KUNTOUTUSPALVELUJA SAANEIDEN HENKILÖIDEN MÄÄRÄN KEHITYS</b> .....	<b>24</b>
<b>4. KUNTOUTUKSEN KUSTANNUKSET JA KUNTOUTUSPALVELUJEN KÄYTTÄJÄT KUNTOUTUKSEN JÄRJESTÄJÄN MUKAAN</b> .....	<b>25</b>
4.1. KUNNALLISEN SOSIAALI- JA TERVEYDENHUOLLON KUNTOUTUS .....	25
4.1.1. TERVEYDENHUOLTO .....	25
4.1.2. SOSIAALIHUOLTO.....	28
4.1.2.1 <i>Vammaispalvelut</i> .....	28
4.1.2.2 <i>Työ- ja toimintakeskukset</i> .....	29
4.1.2.3 <i>Päihdehuolto</i> .....	29
4.1.2.4 <i>Muu sosiaalihuollon kuntoutus</i> .....	31
4.2. KELAN KUNTOUTUS .....	31
4.2.1. Yksilökohtainen kuntoutus .....	32
4.2.2.1 <i>Vajaakuntoisten ammatillinen kuntoutus</i> .....	34
4.2.1.2 <i>Vaikeavammaisten lääkinnällinen kuntoutus</i> .....	36
4.2.1.3 <i>Harkinnanvarainen kuntoutus</i> .....	37
4.2.1.4 <i>Kuntoutusajan toimeentuloturva</i> .....	38
4.3. VALTIOKONTTORIN VETERAANIKUNTOUTUS .....	39
4.4. TYÖELÄKELAITOSTEN KUNTOUTUS .....	40
4.5. TAPATURMA- JA LIIKENNEVAKUUTUSLAITOSTEN KUNTOUTUS .....	41
4.6. TYÖHALLINNON AMMATILLISEN KUNTOUTUKSEN JA TYÖLLISTÄMISEN TUKITOIMENPITEET .....	42
4.7. OPETUSHALLINNON KUNTOUTUS .....	44
4.7.1. Perusopetuksen erityisopetus .....	44
4.7.2. Ammatillinen erityisopetus .....	45
<b>5. KUNTOUTUSPALVELUIDEN TUOTTAMINEN JA HANKKIMINEN</b> .....	<b>46</b>
5.1. TUOTTAJIEN JA TILAAJIEN ROOLI.....	46
5.2. TUOTTAJATAHOT.....	47
<b>6. KUNTOUTUKSEN KOHDERYHMIÄ</b> .....	<b>49</b>
6.1. TULE-SAIRAUKSIEN KUNTOUTUS .....	49
6.2. PSYKIATRINEN JA MIELENTERVEYSKUNTOUTUS.....	50
6.2.1. Lapset ja nuoret .....	50
6.3. VAMMAISTEN JA VAJAAKUNTOISTEN NUORTEN KUNTOUTUS .....	51
6.4. PITKÄAIKAISTYÖTTÖMIEN KUNTOUTUS.....	53
6.5. IKÄÄNTYNEIDEN HENKILÖIDEN KUNTOUTUS .....	54
<b>7. VÄESTÖN KUNTOUTUSTARPEESEEN VAIKUTTAVIA TEKIJÖITÄ</b> .....	<b>55</b>
<b>LÄHTEET</b> .....	<b>59</b>

## 1. JOHDANTO

Kuntoutusselontekoa varten laaditussa taustaselvityksessä tarkastellaan kuntoutusjärjestelmän määrällistä kehitystä seurantakaudella 1997 - 2000. Selvityksessä keskitytään kuntoutusmenojen ja kuntoutuspalveluja saaneiden henkilöiden seurantaan. Myös kuntoutuspalvelujen tuottamista ja hankkimista tarkastellaan. Lopuksi kuvataan väestön tulevaan kuntoutustarpeeseen vaikuttavia tekijöitä.

Kuntoutus ja kuntoutusmenot voidaan määritellä monella eri tavalla. Olennaista on ottaa huomioon, mitä määritelmää eri yhteyksissä käytetään. Tällä hetkellä kuntoutusmenoja koskevat aikasarjatiedot antavat parhaan kokonaiskuvan kuntoutuksen aseman kehityksestä.

Kuntoutukseen osallistuneiden henkilöiden määrästä on saatavissa joitakin kuntoutusjärjestelmäkohtaisia tietoja. Sen sijaan kuntoutujien yhteismäärästä (vuoden aikana jotakin kuntoutusta saaneista henkilöistä) ei ole luotettavaa tietoa. Tämä johtuu muun muassa siitä, että sama henkilö voi olla saman vuoden aikana useampien eri järjestelmien kuntoutuspalvelujen käyttäjä.

Kuntoutusta koskevassa lainsäädännössä ei tapahtunut seurantakaudella 1997 - 2000 muutoksia, joilla olisi ollut suuria vaikutuksia kuntoutuksen tarjontaan ja menoihin. Merkittävin muutos oli 1.8.1999 voimaan tullut nuoria vaikeasti vajaakuntoisia henkilöitä koskeva kuntoutusrahan uudistus.

Selvityksessä on käytetty Stakesin, Kansaneläkelaitoksen, Suomen Kuntaliiton, Tilastokeskuksen, Eläketurvakeskuksen, Vakuutus kuntoutus VKK:n, Tapaturmavakuutuslaitosten liiton ja Liikennevakuutuskeskuksen tilastoaineistoja. Lisäksi on käytetty sosiaali- ja terveysministeriön, työministeriön, opetushallituksen ja Valtiokonttorin tilastoja.

Selvityksen laatimista on koordinoanut kuntoutusasiain neuvottelukunnan (KUNK) kuntoutusselonteon valmistelujaosto.

## 2. KUNTOUTUKSEN KOKONAISMENOT

### 2.1. Kuntoutusmenojen laskentaperusteet

Kuntoutusmenoihin voidaan sisällyttää erityyppisen kuntoutustoiminnan menoja laajemmin tai suppeammin. Kuntoutusmenoina voidaan periaatteessa pitää muitakin kuin tähän selvitykseen sisällytettyjä menoja.

Kuntoutusmenoja koskevaan laskelmaan on pyritty sisällyttämään pääasiassa eri järjestelmien lainsäädäntöön perustuvat kuntoutusmenot. Lakisääteiset kuntoutusmenot perustuvat yleensä todettuun oireeseen, vikaan, vammaan tai sairauteen. Tästä syystä esimerkiksi työpaikoilla järjestettävän työkykyä ylläpitävän toiminnan (TYKY) kustannuksia ei ole sisällytetty kuntoutusmenoihin. Laskelmassa huomion otetut kuntoutusmenot ovat kuitenkin sisällöltään ja kohderyhmältään hyvin monentyyppisen toiminnan menoja.

Kuntoutusmenojen laskentaa vaikeuttaa se, että kuntoutuksen eri rahoittajien tavassa tilastoida kuntoutusmenoja on huomattavia eroja. Tilastointi vaihtelee muun muassa sen mukaan, tilastoidaanko kuntoutusta saaneita henkilöitä vai kuntoutustoimenpiteitä. Kuntoutuksen menoja laskettaessa joudutaan osittain turvautumaan arvioihin.

Kuntoutusmenoja koskevaan laskelmaan on sisällytetty seuraavat menot:

- (1) Kunnallisen terveydenhuollon, Kelan, työeläkelaitosten, tapaturmavakuutuslaitosten ja liikennevakuutuslaitosten järjestämät kuntoutuspalvelut ja niihin liittyvä kuntoutusajan toimeentuloturva.
- (2) Kuntien sosiaalihuollon järjestämä päihdehuollon kuntouttava toiminta, vammaispalvelulain mukaiset vammaispalvelut sekä vajaakuntoisten ja kehitysvammaisten henkilöiden suojatyö ja työtoiminta.
- (3) Valtiokonttorin järjestämä sotainvalidien ja rintamaveteraanien sekä heidän puolisoidensa ja sotaleskien kuntoutus.
- (4) Työhallinnon ammatillisen kuntoutuksen ja työllistämisen tukitoimenpiteet ja toimeentuloturva sekä Euroopan sosiaalirahaston (ESR) rahoittamien hankkeiden menot.
- (5) Peruskoulun erityisopetuksen lisäkustannukset ja ammatillinen erityisopetus.
- (6) Raha-automaattiyhdistyksen avustukset järjestöjen kuntoutuspalveluihin sekä niihin liittyviin investointeihin ja kehittämisprojekteihin.

Integroiduissa palveluissa, joita ovat esimerkiksi osa kuntien sosiaali- ja terveydenhuollon palveluista, on vaikeaa erottaa varsinaisten kuntoutuspalveluiden ja kuntoutustoimenpiteiden menoja hoitomenoista ja asumismenoista. Esimerkiksi päihdehuollon menot tilastoidaan kuntien talous- ja toimintatilastossa laajana kokonaisuutena. Kuntoutusmenoina on otettu huomioon puolet näistä menoista. Sen sijaan kuntoutusmenolaskelmaan ei sisälly vanhainkotien, kehitysvammalaitosten, kotipalvelun eikä vammaisten ja vanhusten asumispalveluiden kuntoutuksellista toimintaa, josta ei ole myöskään saatavissa erikseen kustannustietoja.

Vammaispalvelulain mukaisten palvelujen ja tukitoimien menot on sisällytetty kokonaisuudessaan kuntoutuksen menoihin. Vammaispalvelujen kustannusten jakautumisesta eri palvelujen ja tukitoimien kesken on saatavissa vain joihinkin erillisselvityksiin perustuvia tietoja. Vammaispalveluihin sisältyy osittain samantyyppisiä palveluja kuin terveydenhuollon kuntoutuspalveluihin.

Jos kuntoutusmenot määriteltäisiin suppeammin, esimerkiksi ottamalla huomioon vain puolet vammaispalvelujen kustannuksista tai jättämällä huomioon ottamatta vammaispalvelujen menoista arvioidut vanhusten käyttämien vaikeavammaisten kuljetuspalveluiden menot (noin 47 miljoonaa euroa eli 280 miljoonaa markkaa), kuntoutuksen kokonaismenot vuonna 2000 pienenisivät 4-6 prosenttia.

Peruskoulun erityisopetuksen kustannuksista on otettu huomioon erityis- ja vammaisoppilaiden erityisopetuksen aiheuttamat lisäkustannukset. Jos peruskoulun erityisopetuksen kustannukset jätettäisiin ottamatta huomioon, vuoden 2000 kuntoutuksen kokonaismenot pienenisivät 10 prosenttia. Peruskoulun erityisopetuksen menojen sisällyttämistä kuntoutusmenoihin voidaan kuitenkin perustella sillä, että tietoyhteiskunnassa erityisopetuksella on kasvava merkitys oppimishäiriöisten, vajaakuntoisten ja vammaisten lasten syrjäytymisen ehkäisyssä.

Ilman vammaispalvelujen ja peruskoulun erityisopetuksen kustannusten huomioon ottamista kuntoutuksen kokonaismenot olisivat olleet vuonna 2000 noin 949 miljoonaa euroa (5,6 miljardia markkaa) eli noin 22 prosenttia tässä selvityksessä esitettyä pienemmät.

Ammatillisen erityisopetuksen kustannuksista laskelmassa on otettu huomioon ammatillisten erityisoppilaitosten kustannukset kokonaisuudessaan. Sen sijaan yleisten ammatillisten oppilaitosten kustannuksista on otettu huomioon erityisopetuksen aiheuttamat lisäkustannukset.

Tapaturma- ja liikennevakuutuslaitosten kuntoutusmenoihin sisältyvät kuntoutustoimenpiteet ja kuntoutusajan toimeentuloturva sekä Vakuutuskuntoutus VKK:n toiminnan kustannukset.

Kuntoutusmenoihin on sisällytetty jonkin verran investointi- ja perusparannusmenoja ja kuntoutuksen tutkimukseen ja kehittämiseen liittyviä menoja. Raha-automaattiyhdistyksen (RAY) avustukset kuntoutuslaitosinvestointeihin ja muihin kuntoutukseen liittyviin investointeihin vaihtelevat jonkin verran vuodesta toiseen investointikohteiden ajoituksen mukaan. Vuonna 2000 avustuksia myönnettiin 8,4 miljoonaa euroa (50 milj. mk). Kansaneläkelaitoksen järjestämästä kuntoutuksesta annetun lain 4 §:n mukaisesti perusparannus- sekä tutkimus- ja kehittämismenoihin on Kelan laatimassa kolmivuotissuunnitelmassa varattu vuosittain yhteensä 2,5-3,4 miljoonaa euroa (15-20 milj. mk). Varoja sidotaan usein monivuotisiin hankkeisiin, joten samasta hankkeesta aiheutuvia kustannuksia joudutaan maksamaan useina vuosina.

## 2.2. Kokonaismenojen kehitys 1992 - 2000

Vuonna 2000 kuntoutuksen kokonaismenot olivat arviolta 1 213 miljoonaa euroa (7 212 milj. mk). Vuosina 1997 - 2000 menot kasvoivat yhteensä 168 miljoonaa euroa (996 milj. mk) eli 16 prosenttia. Reaalinen kasvu oli runsaat 9 prosenttia. (Taulukko 1.) Kuntoutusmenojen kasvu selittyy pitkälti kuntoutusta saaneiden henkilöiden määrän kasvulla.

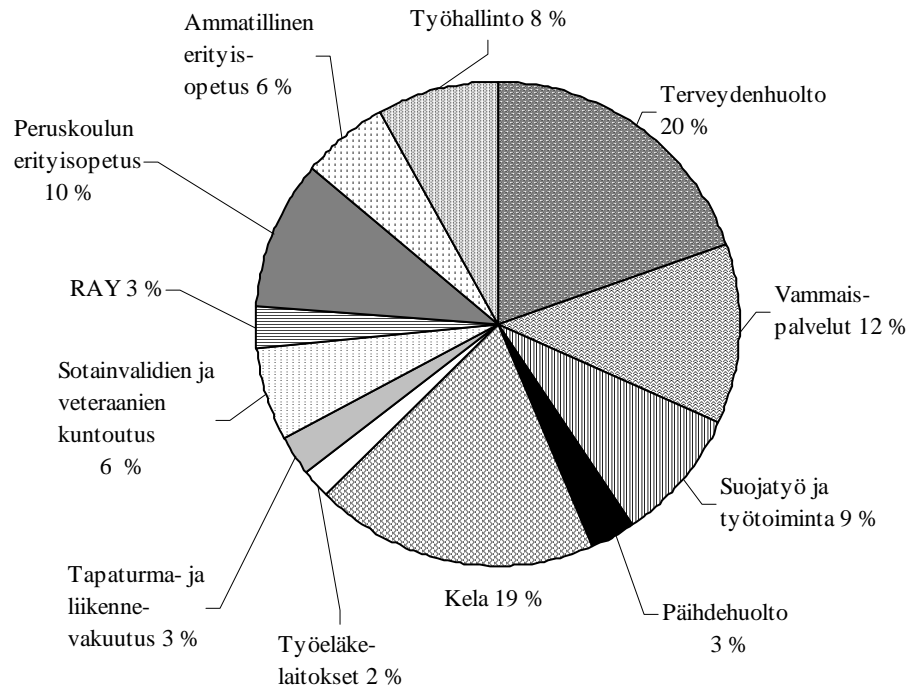
**Taulukko 1.** Kuntoutusmenot vuosina 1992, 1994 ja 1997 - 2000

Vuosi	Milj.€	Muutos edellisestä tarkasteluvuodesta, %	
		Nimellinen	Reaalinen
1992	817		
1994	928	14	10
1997	1 046	13	10
1998	1 103	6	4
1999	1 153	5	3
2000	1 213	5	2

Kuntien terveydenhuolto on pysynyt suurimpana kuntouttajana kustannuksilla mitaten (kuviot 1). Kuntoutusmenojen jakautumisessa ei tapahtunut suuria muutoksia vuodesta 1997 vuoteen 2000. Suurin muutos oli peruskoulun erityisopetuksen osuuden kasvu 6:sta 10:een prosenttiin. Myös Kelan kuntoutuksen, vammaispalvelujen ja työeläkekuntoutuksen osuudet kuntoutusmenoista kasvoivat jonkin verran. Eniten väheni työhallinnon osuus kuntoutusmenoista,

joka aleni 10:stä 8 prosenttiin. Myös kuntien terveydenhuollon, sosiaalihuollon ja veteraanikuntoutuksen osuudet kuntoutusmenoista pienenevät 1 -2 %-yksikköä.

**Kuvio 1.** Kuntoutusmenojen jakautuminen Suomessa vuonna 2000



Kuntoutuksen kokonaismenot ja kuntoutujien määrä kasvoivat koko 1990-luvun ajan useista eri syistä. Kasvun yhtenä syynä on vuosikymmenen alussa (1.10.1991) uudistunut kuntoutuslainsäädäntö. Uudistus aiheutti muutoksia vaikeavammaisten lääkinnällisessä kuntoutuksessa, ammatillisessa kuntoutuksessa, kuntoutusajan toimeentuloturvasa, kuntoutuksen ajoittamisessa ja kuntoutusjärjestelmän yhteistoiminnassa. Lainsäädännön soveltaminen käytäntöön on ollut pitkä, uusia toimintamalleja edellyttänyt prosessi, joka jatkuu edelleen. Lisäksi on otettava huomioon, että väestön ikääntyminen, laaja työttömyys ja pyrkimys myöhentää eläkkeelle siirtymistä ovat lisänneet kuntoutustarvetta.

Kuntoutusmenojen kasvu jatkui 1990-luvun jälkipuoliskolla, vaikka kuntoutusta koskevaan lainsäädäntöön ei tehty suuria kuntoutuksen sisältöä tai laajuutta koskevia muutoksia. Menojen kasvu oli kuitenkin hitaampaa kuin vuosikymmenen alussa. Kelan kuntoutusmenot kasvoivat seurantakaudella 1997 - 2000 määrällisesti eniten (39,9 milj. € eli 237 milj. mk). Työeläkelaitosten järjestämän kuntoutuksen menot kasvoivat suhteellisesti eniten (88 %). Työhallinnon, veteraanikuntoutuksen sekä suojatyön ja kehitysvammaisten työtoiminnan menot vähenivät. (Taulukko 2 ja 3 ja kuvio 2.)



**Taulukko 2.** Kuntoutusmenojen kehitys 1992-2000, miljoonaa euroa, ko. vuoden rahassa

	Milj. €							Muutos 1997-2000	
	1992	1994	1996	1997	1998	1999	2000	Milj.€	%
Terveystenhoolto <sup>1</sup>	180,8	196,8	212,8	217,0	223,7	231,3	241,3	24,4	11
Sosiaalihuolto									
Vammaispalvelut <sup>2</sup>	51,6	78,5	99,2	110,0	120,8	127,3	143,0	33,1	30
Suojatyö ja työtoiminta <sup>3</sup>	94,5	92,3	118,4	114,0	113,5	113,7	105,6	-8,4	-7
Päihdehuolto <sup>4</sup>	29,6	33,8	37,7	37,7	37,7	39,9	38,7	1,0	3
Kansaneläkelaitos <sup>5</sup>	141,8	185,3	176,3	185,5	191,7	207,5	225,4	39,9	22
Työeläkelaitokset <sup>6</sup>	2,4	5,4	9,1	11,1	14,3	17,3	20,9	9,8	88
Tapaturmavakuutus <sup>7</sup>	16,8	17,5	18,2	17,2	20,2	19,8	20,7	3,5	21
Liikennevakuutus <sup>8</sup>	8,7	8,9	9,8	9,4	10,1	10,8	12,1	2,7	29
Sotainvalidien kuntoutus <sup>9</sup>	44,4	48,3	52,5	54,0	47,6	44,4	44,1	-9,9	-18
Rintamaveteraanien kuntoutus <sup>10</sup>	25,9	28,6	28,6	28,6	32,8	33,6	34,5	5,9	21
RAY:n avustukset <sup>11</sup>	21,4	19,7	25,2	23,7	24,7	25,7	31,5	7,7	33
Peruskoulun erityisopetus <sup>12</sup>	65,1	66,8	71,6	66,6	92,5	109,3	121,1	54,5	82
Ammatillinen erityisopetus <sup>13</sup>	34,8	44,7	54,8	64,9	66,8	68,6	76,4	11,4	18
Työhallinto <sup>14</sup>	98,9	100,9	104,3	105,8	106,8	103,6	97,9	-7,9	-8
<b>YHTEENSÄ</b>	<b>816,7</b>	<b>927,6</b>	<b>1 018,4</b>	<b>1 045,5</b>	<b>1 103,1</b>	<b>1 152,9</b>	<b>1 213,0</b>	<b>167,5</b>	<b>16</b>

**Taulukko 3.** Kuntoutusmenojen kehitys 1992-2000, miljoonaa markkaa, ko. vuoden rahassa

	Milj. mk							Muutos 1997-2000	
	1992	1994	1996	1997	1998	1999	2000	Milj.mk	%
Terveystenhoolto <sup>1</sup>	1075	1170	1265	1290	1330	1375	1 435	145	11
Sosiaalihuolto									
Vammaispalvelut <sup>2</sup>	307	467	590	654	718	757	850	197	30
Suojatyö ja työtoiminta <sup>3</sup>	562	549	704	678	675	676	628	-50	-7
Päihdehuolto <sup>4</sup>	176	201	224	224	224	237	230	6	3
Kansaneläkelaitos <sup>5</sup>	843	1 102	1 048	1 103	1 140	1 234	1 340	237	22
Työeläkelaitokset <sup>6</sup>	14	32	54	66	85	103	124	58	88
Tapaturmavakuutus <sup>7</sup>	100	104	108	102	120	118	123	21	21
Liikennevakuutus <sup>8</sup>	52	53	58	56	60	64	72	16	29
Sotainvalidien kuntoutus <sup>9</sup>	264	287	312	321	283	264	262	-59	-18
Rintamaveteraanien kuntoutus <sup>10</sup>	154	170	170	170	195	200	205	35	21
RAY:n avustukset <sup>11</sup>	127	117	150	141	147	153	187	46	33
Peruskoulun erityisopetus <sup>12</sup>	387	397	426	397	550	650	720	324	82
Ammatillinen erityisopetus <sup>13</sup>	207	266	326	386	397	408	454	68	18
Työhallinto <sup>14</sup>	588	600	620	629	635	616	582	-47	-8
<b>YHTEENSÄ</b>	<b>4 856</b>	<b>5 515</b>	<b>6 055</b>	<b>6 216</b>	<b>6 559</b>	<b>6 855</b>	<b>7 212</b>	<b>996</b>	<b>16</b>

<sup>1</sup> Kunnallisen terveydenhuollon kuntoutusmenot on laskettu kuntoutuksen erityistyöntekijöiden palkkakustannusten ja muiden henkilöstökustannusten perusteella sekä arvioimalla ostopalvelujen ja apuvälineiden kustannukset sekä hoitopäiväkustannukset.

<sup>2</sup> Kuntien järjestämien vammaispalvelulain mukaisten palvelujen ja tukitoimien kustannukset (brutto).

<sup>3</sup> Kuntien järjestämän vajaakuntoisten ja kehitysvammaisten henkilöiden työ- ja toimintakeskusten käyttökustannukset (brutto). Tilastointimuutosten vuoksi vuoden 1992 luku ei ole täysin vertailukelpoinen muiden vuosien kanssa.

<sup>4</sup> Kuntien päihdehuollosta ei ole saatavissa erikseen kuntoutuksen kustannuksia. Laskelmassa on otettu huomioon puolet (50 %) kuntien päihdehuollon kustannuksista, joihin sisältyvät A-klinikka- ja nuorisoasematoiminta, päihdeongelmaisten asuntola- ja asumispalvelut, pav-huoltolat ja katkaisuhuoltoasemat ym. päihdehuolto ja raittius-työ.

<sup>5</sup> Kelan yksilökohtaiset kuntoutuspalvelut ja kuntoutusrahakustannukset sekä KKL 4 §:n mukaisten perusparannusten ja tutkimus- ja kehittämistoiminnan kustannukset.

<sup>6</sup> Työeläkelaitosten korvaamien kuntoutuspalvelujen ja -toimenpiteiden sekä kuntoutujan toimeentuloturvan (kuntoutusrahan tai -korotuksen) kustannukset.

<sup>7</sup> Tapaturmavakuutuslaitosten korvaamien kuntoutustoimenpiteiden ja niihin liittyvän kuntoutusajan toimeentuloturvan kustannukset sekä Vakuutus kuntoutus VKK:n kustannukset. Lukuihin sisältyvät Maatalousyrittäjien eläkelaitoksen (Mela) maatalousyrittäjien tapaturmavakuutuslakiin perustuvan kuntoutustoiminnan kustannukset.

<sup>8</sup> Liikennevakuutuslaitosten korvaamien kuntoutustoimenpiteiden ja niihin liittyvän kuntoutusajan toimeentuloturvan kustannukset.

<sup>9</sup> Sotainvalidien ja heidän puolisoitensa tai leskiensä sekä sotaleskien kuntoutustoiminnan kustannukset.

<sup>10</sup> Rintamaveteraanien ja vuodesta 1994 alkaen myös heidän puolisoitensa kuntoutuksen sekä kuntoutuksen tutkimus- ja kehittämistoiminnan kustannukset. Vuodesta 1998 alkaen mukana ovat ns. erityisryhmien kuntoutusmenot.

<sup>11</sup> RAY:n avustukset järjestöjen kuntoutuspalveluihin sekä niihin liittyviin investointeihin ja kehittämissuoritteihin.

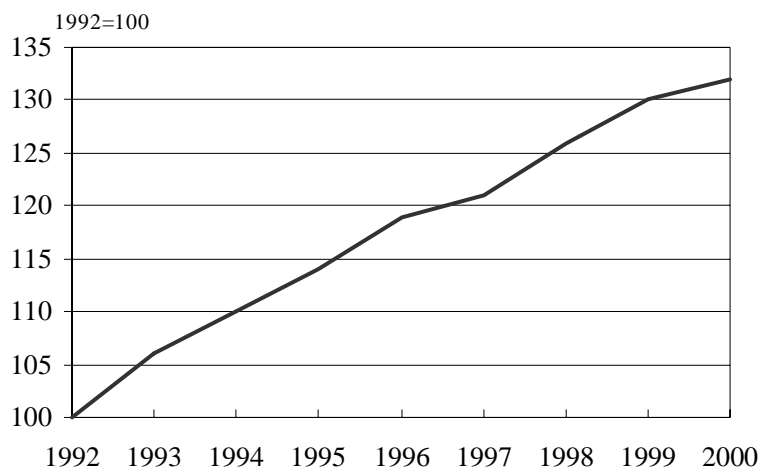
<sup>12</sup> Erityis- ja vammaisoppilaiden osuus perusopetuksen valtionosuuden laskennallisista perusteista. Vuoden 1996 luku on arvio. Vuosien 1997-2000 luvut eivät ole täysin vertailukelpoisia vuosien 1992-1996 lukujen kanssa.

<sup>13</sup> Ammatillisten erityisoppilaitosten kustannukset on otettu huomioon kokonaisuudessaan. Yleisten ammatillisten oppilaitosten menoista on otettu huomioon erityisopetuksen lisäkustannukset. Vuosien 1997 - 2000 luvut eivät ole täysin vertailukelpoisia vuosien 1992 -1996 lukujen kanssa.

<sup>14</sup> Vajaakuntoisten asiakkaiden terveydentilan ja soveltuvuuden tutkimukset, kuntoutustutkimukset, työ- ja koulutuskokeilut, työvoimakoulutus ja työllistymisen tukitoimenpiteet sekä niihin liittyvä toimeentuloturva. Lukuihin sisältyvät Euroopan sosiaalirahaston (ESR) hankkeet.

Lähteet: Eläketurvakeskus, Kela, Maatalousyrittäjien eläkelaitos, opetushallitus, Raha-automaattiyhdistys (RAY), sosiaali- ja terveysministeriö, Stakes, Suomen Kuntaliitto, työministeriö, Valtiokonttori, Vakuutus kuntoutus VKK

**Kuvio 2.** Kuntoutuksen kokonaismenojen kehitys 1992 - 2000, vuoden 2000 rahassa



Menot on muutettu vuoden 2000 tasoon elinkustannusindeksillä.

Kuntoutusmenojen suhdetta bruttokansantuotteeseen (BKT), sosiaalimenoihin ja terveydenhuollon kokonaismenoihin voidaan pitää kuntoutuksen aseman mittareina. Suhteisiin vaikuttavat luonnollisesti bruttokansantuotteen, sosiaalimenojen, terveydenhuollon kokonaismenojen ja kuntoutusmenojen muutokset. Nämä suhdeluvut eivät myöskään kuvaa kuntoutustoitinnan laatua, tuottavuutta ja taloudellisuutta.

Suomen bruttokansantuote kääntyi laskuun 1990-luvun alussa. BKT alkoi kasvaa vuoden 1993 loppupuolella. Vuosina 1992-1997 kuntoutukseen käytettiin lähes yksi prosentti bruttokansantuotteesta. Vuosina 1997-2000 kuntoutusmenojen suhde BKT:hen pieneni hieman (taulukko 4). Muutos selittyy sillä, että BKT kasvoi nopeammin kuin kuntoutusmenot.

Sosiaalimenojen määrässä ja rakenteessa tapahtui 1990-luvulla huomattavia muutoksia työttömyysmenojen kasvun sekä valtion ja kuntien säästötoimenpiteiden vuoksi. Työttömyysmenojen määrä kasvoi merkittävästi. Sosiaalimenojen kasvu oli vuosina 1997 - 2000 hitaampaa kuin 1992 -1997. Osittain tästä syystä kuntoutusmenojen suhde sosiaalimenoihin kasvoi hieman (taulukko 4).

Terveydenhuollon kokonaismenot olivat vuonna 2000 arviolta 8,6 miljardia euroa (51,3 miljardia mk), mikä oli noin 6,6 prosenttia BKT:sta. Kuntoutusmenojen suhde terveydenhuollon kokonaismenoihin oli vuonna 2000 suurempi kuin vuonna 1997 (taulukko 4). Kuntoutusmenot kasvoivat 1990-luvulla suhteellisesti nopeammin kuin terveydenhuollon kokonaismenot sekä seurantakaudella 1992 - 1997 että 1997 - 2000.

**Taulukko 4.** Kuntoutusmenojen suhde bruttokansantuotteeseen, sosiaalimenoihin ja terveydenhuollon kokonaismenoihin

	Vuosi	
	1997	2000
% Bruttokansantuotteesta	1,0	0,9
% Sosiaalimenoista	3,3	3,6
% Terveydenhuollon kokonaismenoista	13,3	13,9

### 2.3. Kuntoutuksen toimeentuloturvan menot

Kuntoutusmenot voidaan jakaa toimeentuloturvamenoihin ja palvelu- ja toimenpidemenoihin. Vuonna 2000 kuntoutusajan toimeentuloturvan menot olivat 100,2 miljoonaa euroa (596 milj. mk) (taulukko 5 ja 6). Menot kasvoivat 8 prosenttia vuodesta 1997. Reaalinen kasvu oli runsaat 2 prosenttia. Toimeentuloturvamenojen osuus kuntoutuksen kokonaismenoista (8 %) ei muuttunut olennaisesti vuodesta 1997.

Vuonna 2000 Kelan kuntoutusrahakustannukset olivat hieman pienemmät kuin vuonna 1997 siitä huolimatta, että kuntoutusrahan saajien määrä lisääntyi. Kustannusten alenemiseen vaikuttivat muun muassa kuntoutusrahan tason ja ehtoihin 1990-luvulla tehdyt muutokset ja kuntoutusrahakausien keston lyhentäminen.

Toimeentuloturvan osuus oli yli neljä viidesosaa työeläkelaitosten, kaksi kolmasosaa tapaturmavakuutuslaitosten ja kolmannes liikennevakuutuslaitosten kuntoutusmenoista. Kansaneläkelaitoksen ja työhallinnon kuntoutusmenoista toimeentuloturvan osuus oli runsas viidesosa.

**Taulukko 5.** Kuntoutuksen toimeentuloturvan menot 1992 - 2000, miljoonaa euroa

Maksaja	Milj. euroa							Muutos 1997-2000, %	
	1992	1994	1996	1997	1998	1999	2000	Nimellinen	V.2000 tasossa
Kela	46,5	50,0	40,9	38,7	35,0	36,5	38,5	0	-6
Työeläkelaitokset	1,5	4,0	7,2	8,6	11,8	14,5	17,3	102	90
Tapaturmavakuutus	12,4	12,6	13,1	12,1	13,8	13,6	14,0	15	8
Liikennevakuutus <sup>1</sup>	6,9	6,9	4,0	4,2	3,9	3,9	4,2	0	-6
Työhallinto	22,5	24,4	26,1	26,1	26,9	26,6	26,2	1	-5
<b>YHTEENSÄ</b>	<b>89,8</b>	<b>97,9</b>	<b>94,9</b>	<b>92,3</b>	<b>91,3</b>	<b>95,0</b>	<b>100,2</b>	<b>8</b>	<b>2</b>

<sup>1</sup> Vuosien 1992 ja 1994 luvut eivät ole vertailukelpoisia vuosien 1996-2000 lukuihin

**Taulukko 6.** Kuntoutuksen toimeentuloturvan menot 1992 - 2000, miljoonaa markkaa

Maksaja	Milj. mk							Muutos 1997-2000, %	
	1992	1994	1996	1997	1998	1999	2000	Nimellinen	V.2000 tasossa
Kela	277	297	243	230	208	217	229	0	-6
Työeläkelaitokset	9	24	43	51	70	86	103	102	90
Tapaturmavakuutus	74	75	78	72	82	81	83	15	8
Liikennevakuutus <sup>1</sup>	41	41	24	25	23	23	25	0	-6
Työhallinto	134	145	155	155	160	158	156	1	-5
<b>YHTEENSÄ</b>	<b>535</b>	<b>582</b>	<b>564</b>	<b>551</b>	<b>543</b>	<b>565</b>	<b>596</b>	<b>8</b>	<b>2</b>

<sup>1</sup> Vuosien 1992 ja 1994 luvut eivät ole vertailukelpoisia vuosien 1996-2000 lukuihin

## 2.4. Kuntoutuksen rahoitus

Kuntoutusmenoilla on useita rahoituslähteitä. Kuntoutusmenoja rahoittavat kunnat, valtio, työnantajat ja työntekijät, vakuutetut, liikennevakuutuksessa ajoneuvojen omistajat ja haltijat sekä sosiaali- ja terveydenhuollon kuntoutusasiakkaat (taulukko 7).

Valtio rahoittaa kuntoutusta verovaroista suoritetuilla osuuksilla. Kunnille maksettavien sosiaali- ja terveydenhuollon ja opetustoimen valtionosuuksien lisäksi valtio rahoittaa työhallinnon ja sotainvalidien kuntoutuksen, vammaisten lasten koulut sekä osan maatalousyrittäjien kuntoutuksesta. Raha-automaattiyhdistyksen avustuksia myönnetään järjestöjen, yhdistysten ja säätiöiden kuntoutustoiminnan avustuksiin. Osa Raha-automaattiyhdistyksen tuotosta käytetään rintamaveteraanien ja sotainvalidien kuntoutuksen rahoittamiseen.

Kunnat rahoittavat terveydenhuollon ja sosiaalihuollon kuntoutustoimintaa ja erityisopetusta verovaroillaan. Kuntoutuksessa asiakasmaksujen osuus palvelujen rahoituksesta on pienempi kuin sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa keskimäärin. Työnantajat, vakuutetut ja liikennevakuutuksessa ajoneuvojen omistajat ja haltijat rahoittavat kuntoutusta sosiaalivakuutusmaksuilla ja muilla suorituksilla.

**Taulukko 7.** Kuntoutusmenojen rahoitusosuudet vuonna 2000

Kuntoutuksen järjestäjä/rahoittaja	Rahoitusosuudet, %					
	Valtio	Kunnat	Työnantajat	Vakuutetut	Asiakkaat	Yhteensä
Terveydenhuolto <sup>1</sup>	24	68	0	0	8	100
Sosiaalihuolto <sup>2</sup>	24	71	0	0	5	100
Kansaneläkelaitos <sup>3</sup>	16	0	39	46	0	100
Työeläkelaitokset <sup>4</sup>	0	0	80	20	0	100
Tapaturmavakuutus <sup>5</sup>	0	0	100	0	0	100
Liikennevakuutus <sup>6</sup>	0	0	0	100	0	100
Veteraanikuntoutus <sup>7</sup>	100	0	0	0	0	100
RAY-avustukset	100	0	0	0	0	100
Erityisopetus <sup>8</sup>	53	47	0	0	0	100
Työhallinto	100	0	0	0	0	100

<sup>1</sup> Arvioitu sosiaali- ja terveydenhuollon laskennallisten valtionosuuksien ja terveydenhuollon asiakasmaksujen rahoitusosuuden perusteella.

<sup>2</sup> Arvioitu sosiaali- ja terveydenhuollon laskennallisten valtionosuuksien sekä vammaispalvelujen, suojatyön, kehitysvammatoininnan ja päihdehuollon asiakasmaksujen rahoitusosuuden perusteella.

<sup>3</sup> Kuntoutusmenot rahoitetaan samalla tavalla kuin sairausvakuutus. Rahoitusosuuksia laskettaessa on jätetty ottamatta huomioon noin 10 prosenttia menojen rahoituksesta, joka koostuu mm. rahastosiirroista, vakuutusmaksuista yms.

<sup>4</sup> Arvioitu työnantajan ja työntekijän osuus keskimääräisestä vakuutusmaksusta.

<sup>5</sup> Maatalousyrittäjien tapaturmavakuutuksessa valtion rahoitusosuus on noin 33 %.

<sup>6</sup> Liikennevakuutuksessa rahoittajat ovat ajoneuvojen omistajat tai haltijat.

<sup>7</sup> Lakisäätäinen valtiokonttorin rahoittama kuntoutus.

<sup>8</sup> Arvioitu opetustoimen laskennallisten valtionosuuksien perusteella.

Valtio ja kunnat ovat lähes yhtä suuria kuntoutusmenojen rahoittaja (taulukko 8). Eri rahoittajien osuuksissa kuntoutuksen rahoituksesta ei tapahtunut suuria muutoksia vuoteen 1997 verrattuna.

**Taulukko 8.** Kuntoutusmenojen rahoituksen jakautuminen vuonna 2000, % kuntoutuksen kokonaismenoista <sup>1</sup>

Rahoittaja	Rahoitusosuus, %
Valtio	40
Kunnat	38
Työnantajat	10
Vakuutetut	10
Asiakkaat	2
Yhteensä	100

<sup>1</sup> Osuuksien laskentaperusteista ks. taulukko 7 alaviitteinen.

### 3. KUNTOUTUSPALVELUJA SAANEIDEN HENKILÖIDEN MÄÄRÄN KEHITYS

Kaikissa kuntoutusjärjestelmissä kuntoutusta saaneiden henkilöiden määrää ei voida arvioida luotettavasti. Käytettävissä olevat tiedot viittaavat siihen, että useimpien kuntoutusjärjestelmien asiakkaiden määrä kasvoi vuosina 1997 - 2000 (taulukko 9).

Kuntoutujien yhteenlasketusta määrästä eri järjestelmissä voidaan esittää vain karkeita arvioita. Kuntoutukseen osallistuneiden henkilöiden määrää arvioitaessa on otettava huomioon se, että sama henkilö voi olla vuoden aikana useamman kuin yhden kuntoutusjärjestelmän asiakas. Osaan tilastoista saattaa myös jossain määrin sisältyä saman henkilön tilastoimista kuntoutujaksi useamman kuin yhden kerran vuoden aikana.

Integroiduissa palveluissa ongelmana on kuntoutuksen erottaminen muista palveluista, esimerkiksi hoidosta ja ennaltaehkäisystä. Siinä, milloin toiminta tilastoituu kuntoutukseksi, on vaihtelua.

**Taulukko 9.** Kuntoutuspalveluja saaneiden henkilöiden määrä eräissä palveluissa 1997 - 2000

	1997	1998	1999	2000	Muutos Lkm	1997- 2000, %
Terveystenhoito						
-Kuntoutustutkimukset <sup>1</sup>	12 696	11 242	10 121	10 597	-2 372	-18
-Kuntoutusjaksot avo- ja laitoshoidossa <sup>2</sup>	11 534	10 183	8 897	12 801	1 267	9
- Sopeutumisvalmennus <sup>3</sup>	7 174	6 143	6 505	6 496	678	-9
- Kuntoutuspotilaat terveydenhuollon laitoksissa <sup>4</sup>	29 215	30 868	30 433	28 456	-759	-3
Sosiaalihuolto						
- Henkilökohtainen avustaja	2 260	2 382	2 572	2 815	555	25
- Tulkkipalvelut	3 019	3 065	3 071	3 136	117	4
- Kuljetuspalvelut	55 102	58 604	61 727	66 510	11 408	21
- Suojatyö	3 492	3 078	3 195	3 301	-191	-5
- Työtoiminta	10 047	10 340	10 607	10 865	818	8
- Päihdehuollon kuntoutuslaitosasiakkaat <sup>5</sup>	10 626	10 795	11 735	11 194	569	5
Kela	67 604	73 715	81 211	82 483	14 879	22
Sotainvalidit <sup>6</sup>	29 207	27 556	33 482	32 721	3 514	12
Rintamaveteraanit <sup>7</sup>	28 137	32 698	32 410	32 658	4 521	16
Tapaturmavakuutus	1 342	2 183	2 086	2 066	529	39
Liikennevakuutus <sup>8</sup>	745	913	974	949	168	23
Työeläkelaitokset	2 665	2 836	3 879	4 617	1 952	73
Työhallinto						
- Ammatinvalinnanohjaus <sup>9</sup>	13 553	7 794	6 172	6 176	-7 377	-54
- Työnvälitys	49 178	51 335	55 030	58 344	9 166	19
Opetushallinto						
- Ammatillinen erityisopetus <sup>10</sup>	8 079	8 629	8 806	9 629	1 550	19

<sup>1</sup> Kuntoutustutkimuksella tarkoitetaan eri alojen asiantuntijoiden suorittamiin tutkimuksiin perustuvaa arviota tutkittavan toimintakyvystä sekä kuntoutusedellytyksistä.

<sup>2</sup> Kuntoutusjakso on useamman kuin yhden ammattiryhmän terapia- ja kuntoutuspalveluista koostuva, kuntoutussuunnitelmaan perustuva kuntoutusjakso joko laitoksessa tai avohoidossa.

<sup>3</sup> Sopeutumisvalmennuksen asiakkaat ovat sopeutumisvalmennuskurssille tai vastaavaan toimintaan osallistuneita asiakkaita.

<sup>4</sup> Kuntoutuspotilaat terveydenhuollon laitoksissa hoitoilmoitusten mukaan (kuntoutus sisältyy hoitoon tulon syihin).

<sup>5</sup> Päihdehuollon laitoksiksi on määritelty tässä Kelan kuntoutusrahaan oikeuttavat laitokset ja lisäksi kaikki katkaisuhuoltoasemat.

<sup>6</sup> Laitos-, päivä- ja avokuntoutuksessa olleet sotainvalidit ja heidän puolisonsa, leskensä ja sotalesket.

<sup>7</sup> Laitos-, päivä- ja avokuntoutuksessa olleet rintamaveteraanit ja heidän puolisonsa.

<sup>8</sup> Tilastointiperusteet muuttuivat vuonna 1998. Vuodesta 1998 alkaen luvut sisältävät vuoden aikana kuntoutuspalveluja saaneet henkilöt.

<sup>9</sup> Vajaakuntoisen asiakkaan tilastointiperuste muuttui työvoimapalveluasetuksen mukaiseksi 1.1.1998 lukien.

<sup>10</sup> Kevätlukukaudella tehdyt opiskelijoiden laskennat.

## **4. KUNTOUTUKSEN KUSTANNUKSET JA KUNTOUTUSPALVELUJEN KÄYTTÄJÄT KUNTOUTUKSEN JÄRJESTÄJÄN MUKAAN**

### **4.1. Kunnallisen sosiaali- ja terveydenhuollon kuntoutus**

Sosiaali- ja terveydenhuollossa rajanveto kuntoutuksen ja hoidon välillä on vaikeaa. Kuntoutuspalveluiden ohella puhutaan nykyisin kuntouttavasta työotteesta. Se on kuitenkin eri asia kuin kuntoutus tai kuntoutuspalvelut. Kuntouttava työote kuuluu kaikkeen hyvään hoitoon ja hoivaan periaatteena ja toimintatapana, jossa asiakasta tuetaan ja kannustetaan selviytymään mahdollisimman itsenäisesti omien voimavarojensa ja toimintakykynsä mukaan.

#### **4.1.1. Terveydenhuolto**

Kunnallisen terveystalouden järjestelmän kuntoutusvelvoitteet sisältyvät muun muassa kansanterveyslakiin ja erikoissairaanhoidon lakiin. Lääkinnällisen kuntoutuksen sisällöstä säädetään tarkemmin lääkitämisestä kuntoutuksesta annetussa asetuksessa (1015/1991). Lääkinnällinen kuntoutus on kuntoutujan fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista toimintakykyä ylläpitävää ja parantavaa toimintaa. Kuntoutusta järjestetään ja kuntoutuspalveluja tuotetaan sekä perusterveydenhuollossa että erikoissairaanhoidossa.

Vuonna 2000 kuntien terveydenhuollon kuntoutusmenot olivat runsaat 241 miljoonaa euroa (1435 milj. mk) (taulukko 2). Menot kasvoivat 11 prosenttia vuodesta 1997 vuoteen 2000. Reaalinen kasvu oli 4 prosenttia. Kunnallisen terveydenhuollon osuus kuntoutuksen kokonaismenoista pienentyi hieman.

Terveydenhuollon kuntoutuspalvelut ovat pääosin erityistyöntekijöiden tuottamia palveluja, kuten fysioterapia-, toimintaterapia- ja puheterapiapalveluja sekä apuvälinepalveluja. Lisäksi terveydenhuollossa tuotetaan kuntoutustutkimuksia, sopeutumisvalmennuskursseja sekä kuntoutusjaksoja avohoidossa tai vuodeosastoilla. Kuntoutuspalvelut ovat valtaosin osa asiakkaan muuta hoitoa tai palvelua. Asiakas voidaan kuitenkin myös ohjata sairaalaan tai terveyskeskukseen erityisesti kuntoutusta varten.

Valtakunnallisia tilastokyselyjä kuntoutus- ja erityistyöntekijöiden palveluista tehtiin erikoissairaanhoidossa ja perusterveydenhuollossa samoin periaattein vuosina 1995, 1996 ja 1997. Vuodesta 1998 lähtien tiedonkeruuta on supistettu huomattavasti. Tilastokysely kohdistui

vuosina 1997 ja 2000 samanlaisena vain fysioterapia- ja apuvälinepalveluihin, kuntoutustutkimuksiin, kuntoutusjaksoihin ja sopeutumisvalmennuskursseihin.

Valtaosa kuntoutus- ja erityistyöntekijöiden palveluista on sekä erikoissairaanhoidossa että perusterveydenhuollossa fysioterapiapalveluita. Fysioterapiasta tilastoidaan käynnit (ei asiakkaat), joiden määrä laskee jonkin verran vuodesta 1997 vuoteen 2000. Terveydenhuollossa tuotetaan lähes 3,5 miljoonaa fysioterapiakäyntiä vuosittain. Fysioterapiapalveluiden käyntien määrä oli vuonna 2000 erikoissairaanhoidossa vajaat 1,2 miljoonaa ja perusterveydenhuollossa vajaat 2,3 miljoonaa. Perusterveydenhuollon fysioterapiakäynneistä ryhmäkäyntien osuus kaikista käynneistä oli vuosina 1997–2000 lähes kolmannes. Erikoissairaanhoidossa ryhmäkäyntien osuus on vakiintunut hieman yli 10 prosenttiin. (Taulukko 10.)

Fysioterapiapalvelujen osuus oli vuoden 1997 tilastojen mukaan 70 prosenttia kaikista kuntoutus- ja erityistyöntekijöiden käynneistä. Muu osa terveydenhuollon kuntoutuspanoksesta on muiden kuntoutustyöntekijöiden kuten puhe- ja toimintaterapeuttien, psykologien ja terveydenhuollon sosiaalityöntekijöiden työpanosta.

**Taulukko 10.** Fysioterapiakäynnit erikoissairaanhoidossa ja perusterveydenhuollossa vuosina 1997 ja 2000, tuhatta käyntiä

	1997			2000			Muutos 1997-2000, %		
	ESH	PTH	Yht.	ESH	PTH	Yht.	ESH	PTH	Yht.
Yksilökäynnit	1 099	1 643	2 742	1 032	1 632	2 643	-6	-1	-3
Ryhmäkäynnit	142	707	848	141	636	777	-1	-10	-8
Käynnit yht.	1 241	2 350	3 591	1 172	2 268	3 440	-6	-3	-4
Ostopalvelukäynnit	89	128	216	68	113	181	-23	-12	-20

Lähde: Suomen Kuntaliitto

Vuonna 2000 kuntoutustutkimuksia tehtiin terveydenhuollossa yhteensä 10 597 asiakkaalle. Erikoissairaanhoidon osuus asiakkaista oli 87 prosenttia ja perusterveydenhuollon 13 prosenttia. Kuntoutustutkimusasiakkaiden määrä laskee vuodesta 1997. Kuntoutusjaksoja järjestettiin 12 801 henkilölle, joista erikoissairaanhoidossa 70 prosenttia. Määrä kasvoi hieman vuodesta 1997. Sopeutumisvalmennusta saaneiden määrän kehitys on vaihdellut jonkin verran vuosittain. (Taulukko 11.)

**Taulukko 11.** Erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon kuntoutuspalvelujen asiakkaat vuosina 1997 ja 2000

	1997			2000			Muutos 1997-2000, %		
	ESH	PTH	Yht.	ESH	PTH	Yht.	ESH	PTH	Yht.
Kuntoutustutkimukset	9 347	3 349	12 696	9 200	1 397	10 597	-2	-55	-17
Kuntoutusjaksot	4 871	6 663	11 534	9 833	2 968	12 801	+102	-58	+11
Sopeutumisvalmennus	6 619	555	7 174	4 900	1 596	6 496	-26	+188	-9

Lähde: Suomen Kuntaliitto



Taulukko 12 sisältää terveydenhuollon laitoksiin otetut potilaat, joilla kuntoutus on ollut yhtenä kolmesta hoitoon tulon syystä. Kuntoutuspotilaiden hoitopäivien määrä vähentyi vuodesta 1997 vuoteen 2000, mutta kuntoutusjaksojen määrä lisääntyi. Muutokset olivat kuitenkin varsin vähäisiä. Kuntoutuspotilaiden hoitajakset olivat 3 prosenttia terveydenhuollon hoitajaksojen kokonaismäärästä. Vuonna 2000 kuntoutusjakson keskimääräinen pituus oli 20 vuorokautta. Terveyskeskukset tuottivat hoitajaksoista kolmanneksen ja pidempien hoitajaksojen takia hoitopäivistä 60 prosenttia vuonna 2000. Sairaanhoidopiirien sairaaloiden osuus kuitenkin lisääntyi.

**Taulukko 12.** Kuntoutusta varten terveydenhuollon laitoksiin otetut potilaat sekä heidän hoitopäivänsä ja hoitajaksonsa vuosina 1997 ja 2000

	1997	2000
Potilaita	29 000	28 500
Hoitopäiviä	846 000	815 000
Hoitajaksoja	42 000	43 000

Potilaat, joilla kuntoutus on ainakin yksi kolmesta hoitoon tulon syystä

Lähde: HILMO/Stakes

Vuonna 2000 diagnoosipääryhmittäin yleisimpiä kuntoutusjaksojen syitä olivat tuki- ja liikuntaelinten sairaudet, joista johtui noin neljäsosa kuntoutusjaksoista. Seuraavaksi yleisimpiä syitä olivat mielenterveyden häiriöt ja verenkiertoelinten sairaudet.

Erikoisaloittain tarkasteltuna kuntoutushoitopäiviä oli vuonna 2000 eniten psykiatriassa, noin 10 prosenttia hoitopäivistä. Toiseksi eniten kuntoutushoitopäiviä oli fysiatrian, neurologian, sisätautien ja geriatrian erikoisaloilla. Psykiatrian erikoisalalla hoitajaksojen ja hoitopäivien määrät lisääntyivät, muilla erikoisaloilla pääsääntöisesti vähentyivät.

Ikäryhmittäin tarkasteltuna kuntoutushoitopäivien määrä lisääntyy luonnollisesti iän myötä. Suuri osa terveydenhuollon kuntoutuksesta kohdistuu 65 vuotta täyttäneille. Yli 65-vuotiaat käyttivät 45 prosenttia kaikista kuntoutushoitajaksoista vuonna 2000. Tämä oli 25 hoitajaksoa 1000:ta 65 vuotta täyttäneitä kohden. Kuntoutushoitopäivistä 65 vuotta täyttäneet käyttivät lähes kaksi kolmasosaa. Yli 65-vuotiaden osuus hoitajaksoista ja hoitopäivistä säilyi samana vuosina 1997 - 2000.

50-54-vuotiailla oli kuntoutushoitajaksoja enemmän ikäryhmän kokoon suhteutettuna kuin heitä nuorempien ja vanhempien ikääntyvien työikäisten ikäryhmissä (11 hoitajaksoa/1000:ta ikäryhmään kuuluvaa kohti, kun vastaava luku oli 55-59-vuotiailla 9 hoitajaksoa ja 60-64-vuotiailla 8 hoitajaksoa/1000:ta ikäryhmään kuuluvaa kohti). Tässä ikäryhmässä hoitopäivien ja hoitajaksojen määrä myös kasvoi eniten seurantakaudella 1997 - 2000.

Stakes teki vuonna 2000 kyselyn avulla selvityksen apuvälineiden saatavuudesta sekä terveyskeskusten ja keskussairaaloiden lääkinnällisen kuntoutuksen apuvälinepalveluihin liittyvistä ongelmista. Kyselyn tuloksia verrattiin sosiaali- ja terveysministeriön vuonna 1994 tekemän vastaavan kyselyn tuloksiin. Tulokset olivat samansuuntaisia kummassakin kyselyissä sekä määrärahojen että käytäntöjen osalta. Vuonna 1999 apuvälineiden hankintaan käytettiin 190 miljoonaa markkaa, mikä vastasi reaalisesti vuoden 1992 tasoa.

Apuvälineiden saatavuutta arvioitiin apuvälineiden luovutuskäytäntöjen ja niihin liittyvien rajoitusten, alueellisten erojen, käytettävien voimavarojen, päätöksenteon ja yhteistyön kannalta. Selvityksen mukaan apuvälineiden luovutuskäytännöt vaihtelivat paljon. Etelä-Suomen läänissä oli käytössä eniten rajoituksia. Terveyskeskuksista 69 prosenttia ja keskussairaaloista 83 prosenttia käytti sovittuja rajoituksia apuvälineiden luovutuksessa. Apuvälineiden luovuttamista oli rajoitettu muun muassa erottamalla välineet, joita ei annettu pitkäaikaislainaan. Luovutettaville apuvälineille oli asetettu hintarajoja, apuvälineiden uusimista oli hidastettu ja luovutusmääriä rajoitettu. Lisäksi apuvälineiden luovutuskriteereitä oli kiristetty ja asiakailta saatettiin periä apuvälineistä lainausmaksua sekä korjauskustannuksia.

Selvityksen mukaan apuvälineiden saatavuutta heikensivät eniten apuvälinepalvelujen liian pienet määrärahat. Muina ongelmina olivat riittämätön henkilökunta ja sen osaaminen sekä terveyskeskusten ja keskussairaaloiden välinen epäselvä työnjako ja apuvälineiden luovutuskäytäntöä koskevat epäselvyydet.

Apuvälinepalveluja koskevaa suositusta valmistellaan parhaillaan Stakesissa.

## **4.1.2. Sosiaalihuolto**

### **4.1.2.1 Vammaispalvelut**

Vammaispalvelulain (380/1997) tarkoituksena on edistää vammaisen henkilön edellytyksiä elää ja toimia muiden kanssa yhdenvertaisesti yhteiskunnan jäsenenä sekä ehkäistä ja poistaa vammaisuuden aiheuttamia haittoja ja esteitä. Kunnan on järjestettävä vaikeavammaisille henkilöille kohtuulliset kuljetuspalvelut niihin liittyvine saattajapalveluineen, tulkkipalvelut sekä palveluasuminen, jos henkilö vammansa tai sairautensa johdosta välttämättä tarvitsee palvelua suoriutuakseen tavanomaista elämän toiminnoista. Muita palveluja ja tukitoimia kuten esimerkiksi henkilökohtaisia avustajia kunnat järjestävät käytettävissä olevien voimavarojensa mukaan.

Vuonna 2000 vammaispalvelulain mukaisten palvelujen ja tukitoimien menot olivat 143,0 miljoonaa euroa (850 milj. mk). Menot kasvoivat 30 prosenttia vuodesta 1997. Reaalinen kasvu oli 23 prosenttia. Tilastotietoja on saatavissa kuljetuspalvelujen, tulkkipalvelujen ja henkilökohtaisen avustajan asiakkaista, joiden määrät ovat kasvaneet vuosittain (taulukko 9).

Vammaispalvelulain perusteella myönnettyistä palveluista kuljetuspalvelut ovat asiakasmäärältään ylivoimaisesti laajin ja kustannuksiltaan suurin palvelu. Kuljetuspalveluiden asiakkaiden määrä kasvoi viidenneksellä (21 %) vuodesta 1997 vuoteen 2000. Vuonna 2000 kuljetuspalvelun saajia oli 66 510. Kasvu selittyy pääasiassa vammaispalvelulain ehdot täyttävien vanhusten kuljetuspalveluiden lisääntymisellä.

Viiden suurimman kaupungin vammaispalvelulain mukaisten palvelujen ja tukitoimien kustannuksia selvitettäessä todettiin, että vuonna 1999 noin 60 prosenttia niiden vammaispalvelulain perusteella myöntämien palvelujen ja tukitoimien kustannuksista oli kuljetuspalvelujen kustannuksia. Kuljetuspalvelun asiakkaista vain muutama prosentti (3 %) teki työ- tai opiskelumatkoja eli valtaosa matkoista oli asiointi- ja virkistysmatkoja. Kolme neljästä kuljetuspalvelujen asiakkaasta oli yli 65-vuotiaita. Yli 65-vuotiaat tekivät runsaat puolet kaikista

kuljetuspalvelumatkoista. Vaikeavammaisten kuljetuspalvelujen asiakkuus on yleisintä pääkaupunkiseudulla ja muissa kaupungeissa.

Tulkkipalvelujen saajien määrä kasvoi hitaasti koko 1990-luvun. Stakes teki vuonna 2000 selvityksen vaikeasti kuulovammaisten, puhevammaisten ja kuulonäkövammaisten tulkkipalvelujen saatavuudesta ja toimivuudesta asiakkaiden näkökulmasta. Palvelujen järjestämisessä todettiin puutteita viittomakielen tulkkien saatavuudessa, palvelujen tasavertaisessa saatavuudessa eri vammaisryhmien kesken ja tulkkaustuntien riittävydessä. Tulkkikeskusten vuosittaiset kustannukset olivat vuonna 1998 noin 4,0 miljoonaa euroa (24 milj. mk). Opiskelutulkkien kustannukset olivat noin 1,7 miljoonaa euroa (10 milj. mk).

Kunnat ovat lisänneet henkilökohtaisen avustajan kustantamista vaikeavammaisille henkilöille (taulukko 9). Avustajatoiminnan kustannukset olivat vuonna 2000 karkeasti arvioiden 25 - 34 miljoonaa euroa (150 - 200 milj. mk).

Keskeisinä syinä vammaispalvelujen asiakkaiden ja kustannusten kasvuun ovat väestön ikääntyminen ja lisääntynyt tietoisuus vammaispalveluista. On kuitenkin vaikea arvioida täsmällisesti, miten hyvin vammaispalvelujen tarjonta vastaa vammaisten kuntoutuksellisia tarpeita.

#### *4.1.2.2. Työ- ja toimintakeskukset*

Suojatyöjärjestelmä on perustunut vuodelta 1978 oleviin säännöksiin invaliidihuoltolaissa (907/1946), joka on muilta osilta kumottu vammaisuuden perusteella järjestettävistä palveluista ja tukitoimista annetun lain (380/1987) voimaan tullessa vuoden 1988 alussa. Suojatyön järjestämisvastuu on kunnilla. Sosiaali- ja terveydenhuollon työtoimintaa koskevat säännökset ovat niukat. Vain kehitysvammaisten erityishuollosta annetussa laissa (519/1977) on erityissäännöksiä työtoiminnasta.

Vuonna 2000 suojatyön ja kehitysvammaisten työtoiminnan menot olivat 105,6 miljoonaa euroa (628 milj. mk). Vuoteen 1997 verrattuna menot vähenivät 7 prosenttia. Reaalisesti menot vähenivät 13 prosenttia.

Kehitysvammaisten työ- ja toimintakeskusten asiakasmäärä kasvoi hitaasti koko 1990-luvun, vuonna 2000 työtoimintaan osallistui 10 900 henkilö. Työtoiminnalla tarkoitetaan muuta kuin työsuhteessa tapahtuvaa työntekoa. Vajaakuntoisten työkeskusten suojatyöntekijöiden määrä on vaihdellut hieman vuosittain. (Taulukko 9.)

Suojatyötä sekä työtoimintaa koskevat säännökset ovat uudistumassa 1.4.2002 alkaen.

#### *4.1.2.3. Päihdehuolto*

Päihdekuntoutusta toteutetaan päihdehuoltolain (41/1986) mukaisesti ensisijaisesti sosiaali- ja terveydenhuollon peruspalveluissa ja tarvittaessa päihdehuollon erityispalveluissa. Tavallista on, että asiakkaan yksilöllinen kuntoutus koostuu sekä sosiaali- että terveydenhuollon palveluista, avo- ja/tai laitoshoidosta ja sekä peruspalveluista että erityisesti päihdeongelmallisille

tarkoitetuista palveluista. Päihdekuntoutus määrittyy siis asiakkaan tuen ja hoidon tarpeen perusteella, ei niinkään organisatorisesti.

Kuntien päihdehuollon menot olivat vuonna 2000 noin 77,4 miljoonaa euroa (460 milj. mk). Vuodesta 1997 menot kasvoivat vajaat 3 prosenttia. Reaalisesti menot vähenivät muutaman prosentin. Menoihin sisältyvät kuntien kustantamat palvelut. Kuntoutusmenolaskelma perustuu arvioon, jonka mukaan puolet (50 %) päihdehuollon menoista on kuntoutuksen menoja. Vuonna 2000 päihdekuntoutuksen menojen arvioidaan olleen 38,7 miljoonaa euroa (230 milj. mk).

Päihdehuollon laitoksissa on viime vuosina ollut vuoden aikana noin 11 000 asiakasta (taulukko 13). Asiakkaista valtaosa, 77 prosenttia vuonna 2000, on miehiä. Vuonna 2000 suurin asiakasryhmä olivat 45-54-vuotiaat (31 %) ja toiseksi suurin 35-44-vuotiaat (29 %). Alle 25-vuotiaita oli 10 prosenttia asiakkaista.

Päihdehuollon laitosten ja katkaisuasemien hoitovuorokausien määrä on laskenut. Vuonna 2000 päihdehuollon laitosten hoitokausista 64 prosenttia oli alle 8 vuorokauden pituisia ja vain 8 prosenttia yli 30 vuorokauden pituisia.

Erityisesti laituskuntoutuksen kustannuksia on pyritty säästämään. Koska perusterveydenhuollon edellytykset hoitaa kuntalaisten päihdehaittoja eivät ole lisääntyneet, kasvava osa päihdeongelmista hoidettiin 1990-luvun lopulla sairaaloiden, erityisesti mielisairaaloiden vuodeosastoilla. Päihdeasiakkaita ei siis ole käytettävissä olevien tietojen valossa suljettu kuntoutusjärjestelmän ulkopuolelle, mutta järjestelmän työnjako ei välttämättä toimi ainakaan suunnitellulla tavalla.

Vuonna 1999 avo- ja laitostenmuotoisen päihdekuntoutuksen asiakkaista lähes neljäsosa oli myös huumeiden käyttäjiä.

**Taulukko 13.** Päihdehuoltolaitosten ja katkaisuasemien asiakkaat ja hoitovuorokaudet sekä asumispäivät päihdehuollon asumisyksiköissä ja A-klinikan asiakkaat vuosien 1997 ja 2000 aikana

	1997	2000	Muutos Lukumäärä	1997 - 2000 %
Asiakkaita kuntoutuslaitoksissa ja katkaisuhuoltoasemilla	10 632	11 194	562	5
Hoitovuorokausia kuntoutuslaitoksissa ja katkaisuhuoltoasemilla	297 148	278 346	-18 802	-6
Hoitovuorokausia asumispalveluissa	548 336	504 565	-43 771	-8
A-klinikan asiakkaat	38 542	41 761	3 219	9

Päihdehuoltolaitoksiksi määritellään tässä Kelan kuntoutusrahan oikeuttavat laitokset (KRA 2 §) ja lisäksi kaikki katkaisuhuoltoasemat.

Lähde: Tilastokeskus

#### 4.1.2.4. Muu sosiaalihuollon kuntoutus

Muiden kuin edellä kuvattujen sosiaalihuollon palvelujen kuntoutuskustannukset eivät ole mukana kuntoutusmenolaskelmassa. Niiden todellisia kustannuksia ei ole saatavissa ja menojen arviointi on vaikeaa muun muassa siksi, että kuntoutuksesta ja hoidosta aiheutuvien menojen erottelu on vaikeaa.

Vuoden 2000 hoitoilmoitusaineiston mukaan sosiaalihuollon laitoksissa järjestettiin 7 200 hoitojaksoa, joiden yhtenä syynä oli kuntoutus. Näistä kuntoutushoitojaksoista kertyi yhteensä 427 000 hoitopäivää. Eniten kuntoutusjakson hoitopäiviä kertyi kehitysvammalaitoksissa ja vanhainkodeissa. Vanhainkodeissa kuntoutus oli pääsyy laitokseen tuloon vain noin puolessa hoitojaksoista, joiden yhtenä syynä oli kuntoutus.

## 4.2. Kelan kuntoutus

Kelan järjestämän kuntoutuksen tarkoituksena on vajaakuntoisen tai vaikeavammaisen henkilön työ- ja toimintakyvyn parantaminen ja säilyttäminen niin, että hän selviää mahdollisimman hyvin työssä ja jokapäiväisessä elämässään sairaudestaan tai vammastaan huolimatta. Kuntoutustoiminta jakautuu järjestämisvelvollisuuden mukaiseen ja harkinnanvaraiseen toimintaan. Järjestämisvelvollisuuden mukaiseen kuntoutukseen on oikeus henkilöllä, joka täyttää laissa säädetty edellytykset.

Järjestämisvelvollisuus koskee

- vajaakuntoisten ammatillista kuntoutusta (KKL 2 §) ja
- vaikeavammaisten lääkinnällistä kuntoutusta (KKL 3 §).

Harkinnanvaraisena kuntoutuksena

- Kela voi järjestää myös muuta ammatillista ja lääkinnällistä kuntoutusta (KKL 4 §).

Kelalla on velvollisuus selvittää henkilön kuntoutustarve viimeistään silloin, kun sairauspäivärahaa on maksettu yli 60 päivää.

Kuntoutus edellyttää yleensä kokonaisvaltaista kuntoutussuunnitelmaa. Vaikeavammaisen lääkinnällisen kuntoutuksen on aina perustuttava 1-3 vuodeksi tehtyyn kirjalliseen kuntoutussuunnitelmaan.

Vajaakuntoisten ammatillinen kuntoutus samoin kuin suurin osa harkinnanvaraisesta kuntoutuksesta kohdistuu työikäisiin henkilöihin ja tavoitteena on työ- tai opiskelukyvyn ylläpitäminen, parantaminen tai palauttaminen. Myös vaikeavammaisten lääkinnällisen kuntoutuksen saajista osa on työelämässä tai opiskelemassa.

Kelan järjestämään ja rahoittamaan kuntoutukseen käytettiin kuntoutusrahakustannukset mukaan lukien 225,4 miljoonaa euroa (1 340 milj. mk) vuonna 2000.

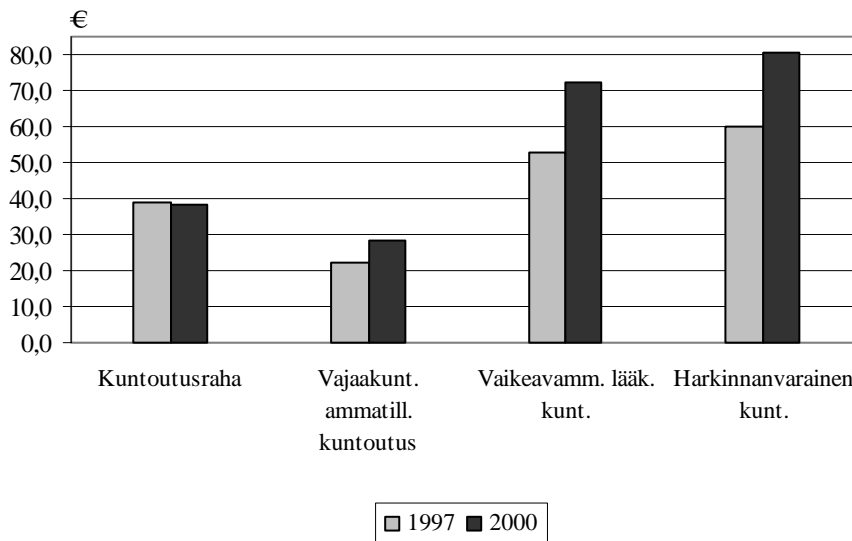
Yksilökohtaisen kuntoutuksen ohella valtion talousarviossa vahvistetaan myös kuntoutuksen kehittämis- ja kokeilutoimintaan kohdennetut erillisrahamäärät. Tällaisia erillisrahamäärällä toteutettavia käynnissä olevia hankkeita käsitellään luvussa 6.

#### 4.2.1. Yksilökohtainen kuntoutus

Vuonna 2000 Kelan järjestämään ja rahoittamaan yksilökohtaiseen kuntoutukseen käytettiin 219,5 miljoonaa euroa (1 305 milj. mk). Siitä kuntoutuspalveluihin käytettiin 181,0 miljoonaa euroa (1 076 milj. mk) ja kuntoutusrahaan 38,5 miljoonaa euroa (229 milj. mk).

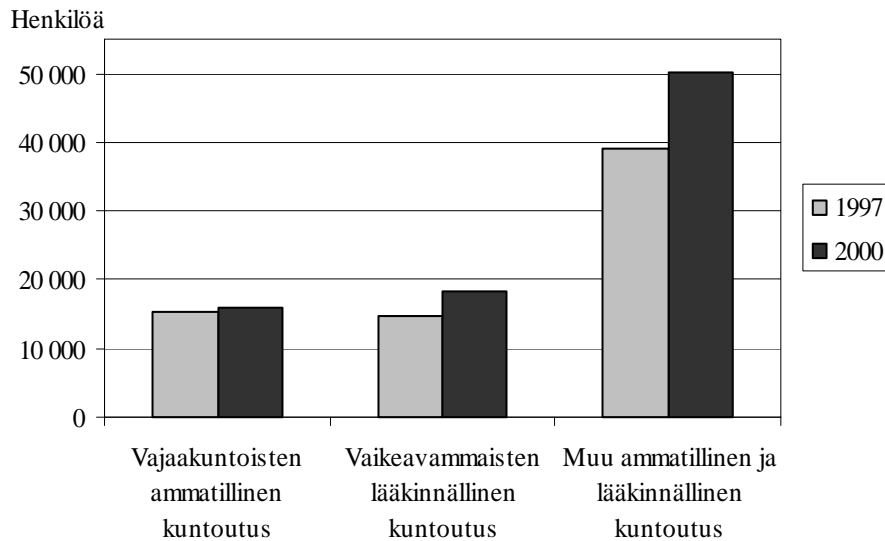
Vuonna 2000 yksilökohtaisten kuntoutusetuusten kustannukset olivat neljänneksen suuremmat kuin vuonna 1997. Reaalinen kasvu oli 19 prosenttia. Eniten (36 %) kasvoivat vaikeavammaisten lääkinnällisen kuntoutuksen kustannukset, jotka olivat 72,2 miljoonaa euroa (429 milj. mk). Harkinnanvaraisen muun ammatillisen ja lääkinnällisen kuntoutuksen kustannukset olivat suurimmat, 80,6 miljoonaa euroa (479 milj. mk). Kuntoutusrahakustannukset olivat kumpanakin vuonna lähes samansuuruiset. (Kuvio 3.)

**Kuvio 3.** Kelan yksilökohtaisten kuntoutusetuusten kustannukset vuosina 1997 ja 2000



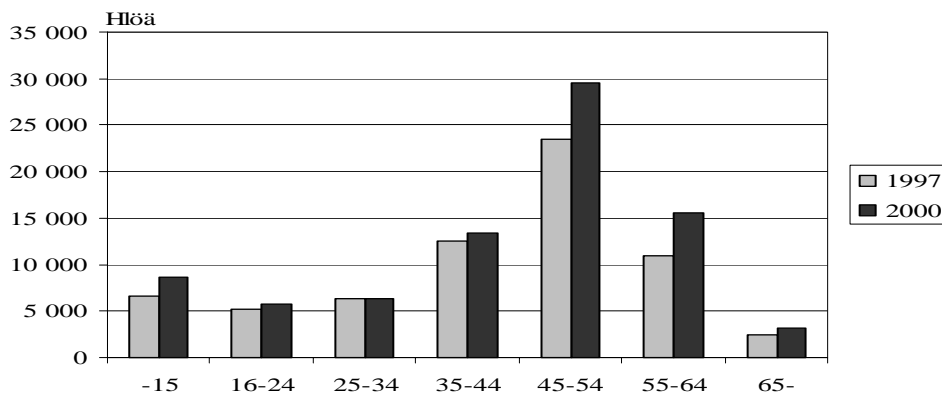
Kelan järjestämiä kuntoutuspalveluja sai vuonna 2000 kaikkiaan 82 500 kuntoutujaa, mikä oli 22 prosenttia enemmän kuin vuonna 1997. Vajaakuntoisten ammatillista kuntoutusta sai 16 000, vaikeavammaisten lääkinnällistä 18 200 sekä harkinnanvaraista ammatillista ja lääkinnällistä kuntoutusta 50 200 henkilöä. Eniten kasvoi harkinnanvaraista kuntoutusta saaneiden määrä (29 %). (Kuvio 4.) Enemmistö (58 %) kuntoutujista oli naisia.

**Kuvio 4.** Kelan järjestämää kuntoutusta saaneet kuntoutujat lakiperusteen mukaan vuosina 1997 ja 2000



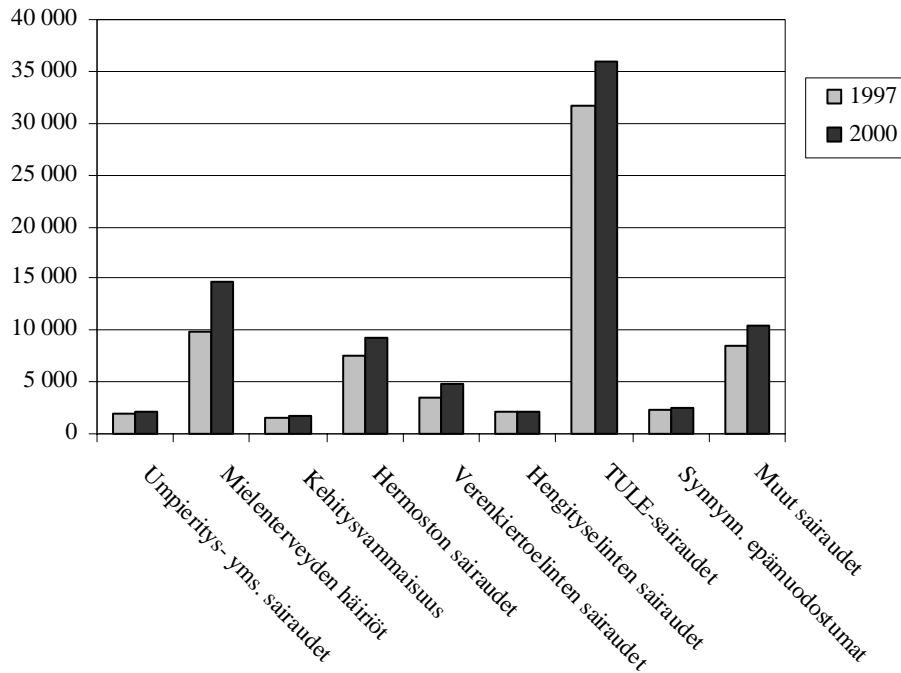
Pääosa kuntoutuksesta kohdentui 45-64-vuotiaisiin, joiden osuus kaikista kuntoutujista oli 55 prosenttia. Vuoteen 1997 verrattuna tämän ikäryhmän osuus kuntoutujista kasvoi 4 prosenttia. Alle 16-vuotiaiden lasten osuus on pysynyt noin 10 prosentissa. 65 vuotta täyttäneiden osuus oli kumpanakin vuonna 4 prosenttia. (Kuvio 5.)

**Kuvio 5.** Kelan järjestämää kuntoutusta saaneet kuntoutujat ikäryhmittäin vuosina 1997 ja 2000



Kuntoutuspalveluja saaneista 44 prosentilla oli kuntoutuksen syynä jokin tuki- ja liikuntaelinten sairaus. Tähän sairauspäryhmään kuuluvien osuus pienentyi jonkin verran vuoteen 1997 verrattuna. Toinen suuri sairauspäryhmä oli mielenterveyden häiriöt, joiden perusteella kuntoutusta sai noin joka viides kuntoutuja. Vuoteen 1997 verrattuna mielenterveyskuntoutujien lukumäärä kasvoi 44 prosenttia, mikä oli suurempi kasvu kuin missään muussa sairauspäryhmässä (kuvio 6.) Mielenterveyskuntoutuksen kehittäminen on ollut yksi Kelan kuntoutuksen painoalueista viime vuosina.

**Kuvio 6.** Kelan järjestämää kuntoutusta saaneet kuntoutujat sairauspääryhmittäin vuosina 1997 ja 2000



Kelan järjestämän kuntoutuksen alueellisessa jakaantumisessa ei ole tapahtunut merkittäviä muutoksia verrattaessa vuotta 2000 vuoteen 1997. Ero sairaanhoitopiirien ääripäiden välillä on pysynyt samana. Koko maassa oli 1 000 asukasta kohti 16 Kelan kuntoutujaa. Eniten kuntoutusta järjestettiin Kainuun sairaanhoitopiirissä, jossa kuntoutujia oli 21. Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirissä sekä Länsi-Pohjan sairaanhoitopiirissä kuntoutujia oli 1 000 asukasta kohti 14 (Ahvenanmaalla 7). Kuntoutujien määrän alueellisiin eroihin vaikuttavat monet tekijät kuten muun muassa väestön ikärakenne, sairastavuus ja palvelujen saatavuus.

#### 4.2.2.1. Vajaakuntoisten ammatillinen kuntoutus

Vajaakuntoisten ammatillista kuntoutusta Kela järjestää vakuutetulle, jonka työkyky ja ansiomahdollisuudet ovat sairauden, vian tai vamman vuoksi olennaisesti heikentyneet. Ammatilliseen kuntoutukseen sisältyy muun muassa seuraavia toimenpiteitä:

- Kuntoutustarvetta ja mahdollisuuksia selvittävät tutkimukset
- työ- ja koulutuskokeilut
- työkykyä ylläpitävä ja parantava valmennus eli Tyk-toiminta
- työhön valmennus
- koulutus eli ammatillinen perus-, jatko- ja uudelleen koulutus
- elinkeinotuki ja
- vaikeavammaisten opiskelun tai työn edellyttämät apuvälineet.

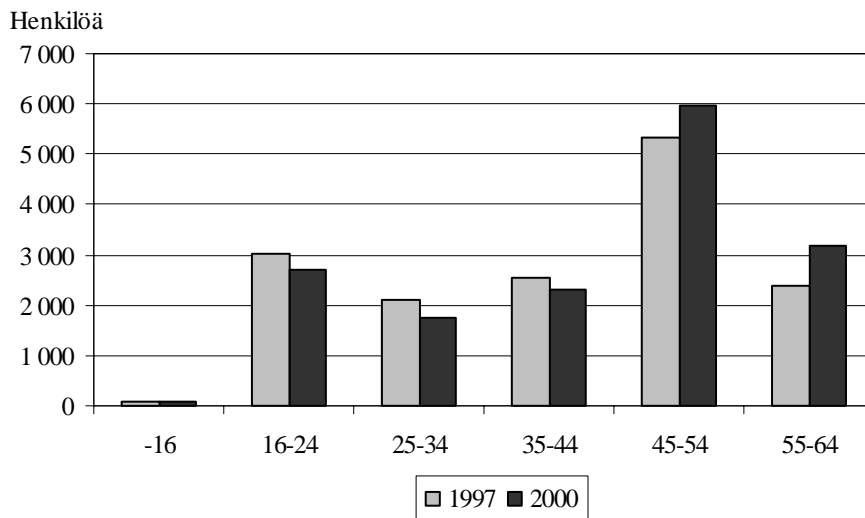
Ammatillisen kuntoutuksen tavoitteena on työkyvyn parantaminen niin, että henkilö voi jatkaa työelämässä tai päästä sinne.



Vuonna 2000 Kelan järjestämän vajaakuntaisten ammatillisen kuntoutuksen kustannukset olivat 28,3 miljoonaa euroa (168 milj. mk). Menot kasvoivat 26 prosenttia vuodesta 1997. Reaalinen kasvu oli 19 prosenttia.

Vuonna 2000 Kelan järjestämää vajaakuntoisten ammatillista kuntoutusta sai 16 000 kuntoutujaa. Kasvu vuoteen 1997 verrattuna oli vajaa 4 prosenttia. Kuntoutujista 57 prosenttia oli 45 vuotta täyttäneitä. Eniten, noin kolmanneksen vuoteen 1997 verrattuna, kasvoi 55-64-vuotiaiden kuntoutujien määrä (kuvio 7)..

**Kuvio 7.** Vajaakuntoisten ammatillista kuntoutusta saaneet kuntoutujat ikäryhmittäin vuosina 1997 ja 2000



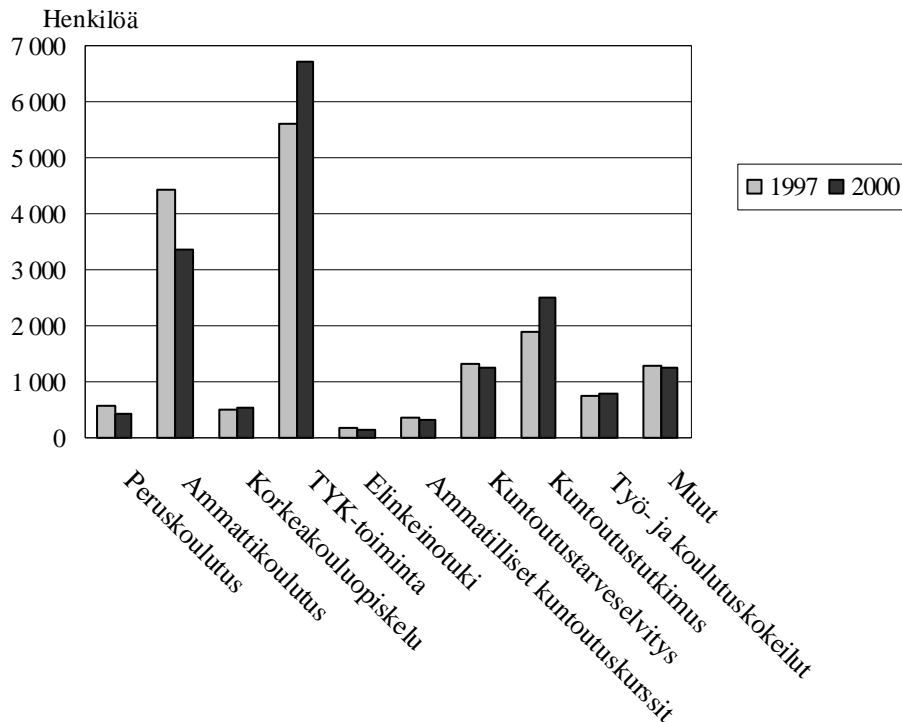
Ammatillista kuntoutusta saaneista lähes puolella eli 7 500:lla oli jokin tuki- ja liikuntaelinten sairaus. Viidennes kuntoutujista kärsi mielenterveysongelmista ja heidän määränsä kasvoi lähes 30 prosenttia vuodesta 1997. Eniten kasvoi työhönvalmennusta saaneiden mielenterveyskuntoutujien määrä. Tätä toimintaa on kehitetty yhteistyössä työkeskusten kanssa. Myös Tyk-kuntoutukseen ja ammatilliseen koulutukseen osallistuneiden mielenterveyskuntoutujien määrä kasvoi. Ammatillista kuntoutusta saaneiden hengityselinsairaiden määrä puolestaan vähentyi lähes 29 prosentilla vuoteen 1997 verrattuna.

Suurin osa (42 %) ammatillista kuntoutusta saaneista on ollut työkykyä ylläpitävässä ja parantavassa valmennuksessa, Tyk-kuntoutuksessa, ja heidän määränsä kasvoi 20 prosenttia vuoteen 1997 verrattuna. Tämä toiminta kohdistuu työssä oleviin henkilöihin, ja kuntoutus suunnitellaan ja toteutetaan yhteistyössä työpaikkojen ja niiden työterveyshuoltojen sekä palveluntuottajien kanssa. Tyk-kuntoutuksen kustannukset olivat lähes 15 miljoonaa euroa (90 milj. mk). Lisäksi maksettiin kuntoutusrahakustannuksia noin 3,7 miljoonaa euroa (22 milj. mk). Kustannukset kasvoivat yhteensä 18 prosenttia vuodesta 1997.

Vuonna 2000 yhteensä noin 4 000 opiskelijaa sai tukea perus tai ammatilliseen koulutukseen (kuvio 8). Heidän määränsä väheni vuoteen 1997 verrattuna lähes neljänneksellä. Koulutukseen tukea saaneiden ja hakeneiden määrä on vähentynyt vuosittain koko Kelan järjestämää kuntoutusta koskevan lain (KKL) voimassaoloajan, vuodesta 1992 lukien. Syitä tähän kehitykseen on useita:

- Vajaakuntoisten ammatillisen kuntoutuksen (KKL 2 §) tiukat myöntökriteerit.
- Kuntoutusajan toimeentuloturvan eli kuntoutusrahan alhainen taso (vähimmäistasoa korotettiin 1.8.1999 (nuoret vajaakuntoiset) ja 1.9.2001 (muut)).
- Työnjako työeläkejärjestelmän kanssa.

**Kuvio 8.** Ammatillisen kuntoutuksen toimenpiteet vuosina 1997 ja 2000



Ammatillisen kuntoutuksen kustannusten nousu on ollut selvästi suurempi kuin kuntoutujien määrän kasvu (kuviot 3 ja 4). Tämä selittyy pääosin Tyk-kuntoutusta saavien osuuden kasvulla. Koulutuksesta ei aiheudu kuntoutusrahan lisäksi juurikaan kuntoutuskustannuksia, kun taas TYK-kuntoutuksesta maksetaan kustannukset palveluntuottajille.

#### 4.2.1.2. Vaikeavammaisten lääkinnällinen kuntoutus

Kela on velvollinen järjestämään vaikeavammaisten lääkinnällistä kuntoutusta muille kuin julkisessa laitoshoidossa oleville vaikeavammaisille, jotka lisäksi saavat tiettyjä Kelan vammaisetuuksia. Järjestämisvelvollisuus ei koske vanhuuseläkkeellä olevia 65 vuotta täyttäneitä henkilöitä.

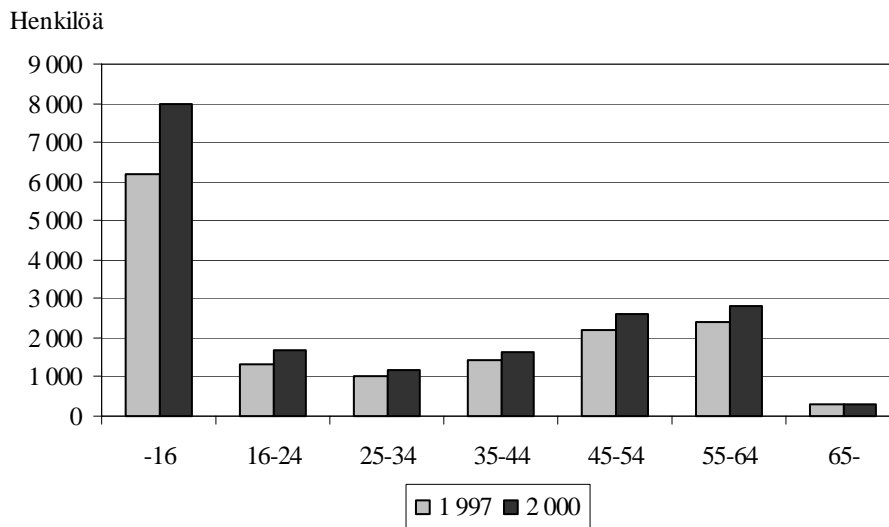
Vaikeavammaisille Kela järjestää lääkinnällisen kuntoutuksen toimenpiteinä

- kuntoutuslaitoshoitoa, sopeutumisvalmennus- ja kuntoutuskursseja sekä
- avokuntoutuksena mm. fysioterapiaa, toimintaterapiaa, puheterapiaa, psykoterapiaa ja neuropsykologista kuntoutusta.

Vuonna 2000 vaikeavammaisten lääkinällisen kuntoutuksen kustannukset olivat 72,1 miljoonaa euroa (429 milj. mk). Menot kasvoivat 37 prosenttia vuodesta 1997. Reaalinen kasvu oli 29 prosenttia.

Vuonna 2000 vaikeavammaisten lääkinällistä kuntoutusta sai 18 200 kuntoutujaa. Kasvua vuoteen 1997 verrattuna oli lähes 23 prosenttia. Suurin osa (44 %) kuntoutujista oli alle 16-vuotiaita, joiden määrä kasvoi lähes 30 prosenttia vuodesta 1997 (kuvio 9). Muusta kuntoutuksesta poiketen vaikeavammaisten lääkinällisessä kuntoutuksessa miesten osuus kuntoutujista (55 %) oli suurempi kuin naisten osuus.

**Kuvio 9.** Kansaneläkelaitoksen järjestämää vaikeavammaisten lääkinällistä kuntoutusta saaneet kuntoutujat ikäryhmittäin vuosina 1997 ja 2000



Vaikeavammaisten lääkinällisessä kuntoutuksessa kuntoutujien yleisin sairauspuuryhmä on hermoston sairaudet, joita sairasti noin kolmannes vaikeavammaisten lääkinällistä kuntoutusta saaneista vuonna 2000. Selvästi suurin kasvu, 61 prosenttia vuoteen 1997 verrattuna, tapahtui kuitenkin mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöitä sairastavien kuntoutujien määrässä.

#### 4.2.1.3. Harkinnanvarainen kuntoutus

Kela voi järjestää harkinnanvaraista kuntoutusta vuosittain valtion tulo- ja menoarviossa vahvistetun rahamäärän puitteissa. Harkinnanvaraisen kuntoutuksen toteutuksesta ja siihen varattavien varojen kohdentamisesta Kela tekee sosiaali- ja terveysministeriölle vuosittain kolme seuraavaa vuotta koskevan suunnitelman. Siinä määritellään muun muassa kulloisetkin painoalueet ja kehittämiskohteet.

Harkinnanvaraista kuntoutusta myönnetään pääosin työkyvyn edistämiseksi. Pienessä määrin järjestetään myös toimintakykyä ylläpitävää ja parantavaa kuntoutusta työelämästä poissaoleville ja lapsille.

Harkinnanvaraiseen kuntoutukseen kuuluvat muun muassa:

- Yksilökohtaiset kuntoutuslaitosjaksot
- sairausryhmäkohtaiset sopeutumisvalmennus- ja kuntoutuskurssit
- ammatillisesti syvennetyt lääketieteelliset kuntoutuskurssit eli ASLAK® -toiminta
- neuropsykologinen kuntoutus
- psykoterapia
- työkyvyn ylläpitämiseen liittyvät kuntoutuskurssit sekä
- eräät työn apuvälineet.

Vuonna 2000 harkinnanvaraista kuntoutusta sai 50 170 kuntoutujaa, mikä oli 29 prosenttia enemmän kuin vuonna 1997. Kuntoutujista lähes 70 prosenttia oli 45 vuotta täyttäneitä.

Noin puolella kuntoutujista (noin 27 500) oli jokin tuki- ja liikuntaelinten sairaus. Heidän osuutensa kaikista harkinnanvaraista kuntoutusta saaneista oli vuonna 2000 5 prosenttia pienempi kuin vuonna 1997. Mielenterveydellisistä tai käyttäytymisen häiriöistä kärsi 9 200 kuntoutujaa.

Runsaat 18 700 kuntoutujaa oli vuonna 2000 kuntoutus- tai sopeutumisvalmennuskurssilla. Ammatillisesti syvennetyssä lääketieteellisessä ASLAK®-kuntoutuksessa oli yli 13 700 kuntoutujaa; kasvua oli 28 prosenttia vuoteen 1997 verrattuna. ASLAK® on varhaisvaiheen kuntoutusta, jota järjestetään työssä jaksamisen tukemiseksi yhteistyössä työpaikkojen ja niiden työterveyshuollon sekä palveluntuottajan kanssa. Eniten harkinnanvaraisessa kuntoutuksessa kasvoi psykoterapiaa saaneiden määrä, joka oli vuonna 2000 lähes 6 800 eli kolmanneksen suurempi kuin vuonna 1997.

Harkinnanvaraisen kuntoutuksen kuntoutuspalvelujen kustannukset olivat vuonna 2000 noin 80,6 miljoonaa euroa (479,2 milj. mk). Menot kasvoivat 34 prosenttia vuodesta 1997. Reaalin kasvu oli 26 prosenttia. Lisäksi maksettiin kuntoutusrahaa noin 13,7 miljoonaa euroa (82 milj. mk). ASLAK®-toimintaan käytettiin yhteensä 26,7 miljoonaa euroa (158,7 milj. mk), josta kuntoutusrahan osuus oli 6,4 miljoonaa euroa (38 milj. mk).

#### *4.2.1.4. Kuntoutusajan toimeentuloturva*

Kuntoutusajan toimeentuloturvana maksetaan 16-64 -vuotiaille kuntoutusrahaa. Kuntoutusrahaa voivat saada myös muut kuin Kelan järjestämässä kuntoutuksessa olevat, kuten sosiaali- ja terveydenhuollon sekä työterveyshuollon järjestämään kuntoutukseen osallistuvat.

Vuonna 2000 kuntoutusrahan kustannukset olivat 38,5 miljoonaa euroa (229 milj. mk). Kuntoutusrahamenot alenivat vajaan prosentin vuodesta 1997.

Vuonna 2000 kuntoutusrahaa maksettiin 53 500 kuntoutujalle. Vuodesta 1997 lukien saajien määrä lisääntyi lähes 18 prosenttia, joskin vuonna 2000 saajia oli hieman vähemmän kuin edellisenä vuonna.

Vuonna 2000 kuntoutusrahan saajista neljä viidestä oli Kelan järjestämässä kuntoutuksessa. Muiden lakien perusteella kuntoutusrahaa saaneista henkilöistä suurin ryhmä oli työterveyshuoltolain mukaisen kuntoutuspäätöksen perusteella kuntoutusrahaa saaneet, joista pääosa

osallistui kuntoremonttikurssille. Heidän osuutensa oli 17 prosenttia vuonna 2000 eli lähes sama kuin vuonna 1997. Sosiaali- ja terveydenhuollon kuntoutuksen perusteella kuntoutusrahaa sai 1 800 kuntoutujaa tai omaista. Vastaava määrä vuonna 1997 oli 2 006. Raha-automaattiyhdistyksen rahoittamaan sopeutumisvalmennukseen tai perhekuntoutuksen perusteella kuntoutusrahaa sai 470 kuntoutujaa tai omaista, mikä oli tuntuvasti enemmän kuin vuonna 1997.

Kuntoutusrahan määrä oli vuonna 2000 keskimäärin 28,1 euroa (167 mk) päivää kohti, vuonna 1997 vastaava määrä oli 26,4 euroa (157 mk). Suurinta kuntoutusrahaa, vuonna 2000 keskimäärin 51,1 euroa (304 mk) päivää kohti saivat työterveyshuoltolain mukaisessa kuntoutuksessa olevat. He ovat työssä olevia henkilöitä, joiden kuntoutusraha määräytyy verotuksessa todettujen tulojen mukaan. Kelan kuntoutusta saaneiden keskimääräinen kuntoutusraha oli vuonna 2000 28,4 euroa (169 mk) päivää kohti.

Kuntoutusrahain voimassa oloaikana siihen on tehty joitakin lähinnä sen määrään vaikuttavia lainmuutoksia. Vajaakuntoisia nuoria koskeva lainmuutos tuli voimaan 1.8.1999, jolloin kuntoutusrahakiin lisättiin uusi säännös (5 a §) (ks. luku 6.3).

1.8.1999 säädettiin myös oppisopimuskoulutuksen ajalta maksettavasta kuntoutusrahasta. Lainmuutoksen mukaan kuntoutusrahaa voidaan maksaa myös oppisopimuskoulutuksessa olevalle, kansaneläkelaitoksen järjestämästä kuntoutuksesta annetun lain 2 §:ssä tarkoitetulla tavalla vajaakuntoiselle henkilölle hyväksytyyn oppisopimuksen perusteella. Vuonna 2000 kyseistä kuntoutusta sai 53 henkilöä. He olivat useimmiten 25-44 -vuotiaita.

1.9.2001 voimaan tulleella lainmuutoksella (KRL 17 §) korotettiin ammatillisessa kuntoutuksessa olevan kuntoutusrahan vähimmäismäärää, joka on vuonna 2002 15,53 euroa päivässä. Samaan aikaan tuli myös voimaan säännös harkinnanvaraisesta, verottomasta ylläpitokorvauksesta, joka on 5,05 euroa (30 mk) päivässä. Sitä voidaan maksaa kuntoutujalle, jolla on oikeus kuntoutusrahaan, jonka määrä on enintään 15,53 euroa (92,3 mk) päivässä. Ylläpitokorvausta maksetaan kuntoutuksesta aiheutuneiden ylimääräisten kustannusten, kuten matka-, ravinto- tai majoituskustannusten korvauksena.

### **4.3. Valtiokonttorin veteraanikuntoutus**

Vuonna 2000 sotainvalidien ja rintamaveteraanien lakisääteisen kuntoutuksen menot olivat yhteensä 78,5 miljoonaa euroa (467 milj. mk). Tästä sotainvalidien ja heidän puolisoitensa ja leskiensä sekä sotaleskien kuntoutuksen kustannukset olivat (matkakulut huomioon ottaen) 44,1 miljoonaa euroa (262 milj. mk) ja rintamaveteraanien ja heidän puolisoitensa kuntoutuksen kustannukset matkakustannukset mukaan lukien 32,8 miljoonaa euroa (195 milj. mk). Eräiden Suomen sotiin osallistuneiden erityisryhmien kuntoutuksen kustannukset olivat 1,7 miljoonaa euroa (10 milj. mk). Sotainvalidien kuntoutuksen menot vähenivät 18 prosenttia vuodesta 1997 vuoteen 2000. Rintamaveteraanien kuntoutuksen menot sen sijaan kasvoivat 21 prosenttia.

Rintamaveteraaneja on nykyisin kaikkiaan noin 124 000, joista on sotainvalideja noin 23 000. Veteraani-ikäluokkien vuosittainen poistuma on ollut noin 12 000 henkilöä. Poistuma ja rintamaveteraanien kuntoutuksen voimavarojen lisäys ovat mahdollistaneet aiempaa useampien veteraanien pääsyn kuntoutukseen. Vuosittain noin puolet veteraaneista saa lakisää

teistä kuntoutusta. Vuonna 2000 kuntoutusta sai lähes 65 400 henkilöä, joista 32 721 oli sotainvalideja ja heidän puolisojaan sekä sotaleskiä ja 32 658 rintamaveteraaneja ja heidän puolisojaan.

Sotainvalidi- ja veteraanikuntoutuksen voimavaroja lisättiin ja kuntoutukseen oikeutettujen piiriä laajennettiin 1990-luvulla. Vastaavasti kuntoutuksessa olleiden lukumäärä kasvoi. Lievämammaisille sotainvalideille 1.10.1997 lukien säädetty oikeus vuosittaiseen kuntoutukseen on parantanut heidän kuntoutusmahdollisuuksiaan. Vuodesta 1998 lähtien uutena etuutena tuli voimaan niin sanottujen erityisryhmien (esim. miinanraivaajat) kuntoutus.

Sotainvalidit ovat laituskuntoutuksessa 2 - 4 viikkoa ja heidän puolisonsa keskimäärin viikon vuodessa. Päiväkuntoutuksessa sotainvalidien kuntoutusjakson pituus on 10 - 20 päivää ja avokuntoutusta annetaan 12 - 15 kertaa vuodessa. Rintamaveteraanien laituskuntoutusjaksot ovat keskimäärin kahden viikon ja heidän puolisoidensa keskimäärin 8 päivän pituisia. Rintamaveteraanien laituskuntoutuksen kesto on keskimäärin 10 päivää ja avokuntoutuskerroja on keskimäärin 12.

Vuonna 1999 kuntien oma talousarviomääräraha veteraanikuntoutukseen oli yhteensä noin 5,0 miljoonaa euroa (30 milj. mk). Nämä menot eivät sisälly tämän selvityksen kuntoutusmenolaskelmaan.

Vuoden 2000 syksyllä voimaan tullut sosiaali- ja terveysministeriön ohjekirje veteraanikuntoutuksen järjestämisestä korostaa ikääntyneen veteraaniväestön itsenäisen suoriutumisen tukemista, kuntoutuksen monimuotoisuutta sekä avokuntoutusta.

#### **4.4. Työeläkelaitosten kuntoutus**

Vuonna 2000 työeläkelakien mukaista ammatillista kuntoutusta sai 4 617 henkilöä. Kuntoutujien määrä kasvoi 73 prosenttia vuodesta 1997. Vuonna 2000 kuntoutukseen käytettiin 20,9 miljoonaa euroa (124 milj. mk). Kuntoutuspalvelumenojen osuus kokonaiskustannuksista oli 3,5 miljoonaa euroa (21 milj. mk) ja kuntoutusrahan ja -korotuksen 17,3 miljoonaa euroa (103 milj. mk). Työeläkelaitosten kuntoutusmenot kasvoivat 88 prosenttia vuodesta 1997.

Ammatilliseen kuntoutukseen osallistuneiden henkilöiden määrä on kasvanut suhteellisesti eniten työeläkelakien mukaisessa kuntoutuksessa. Työeläkelaitosten järjestämään ammatilliseen kuntoutukseen osallistuneiden osuus on kuitenkin vain noin 5 prosenttia kaikista ammatilliseen kuntoutukseen osallistuneista.

Kuntoutujien määrän ja kuntoutusmenojen kasvu liittyy työeläkelainsäädännön muutoksiin, Kelan ja työeläkelaitosten välisen työnjaon selkeyttämiseen ammatillisessa kuntoutuksessa ja työeläkelaitosten tehostuneeseen kuntoutustoimintaan. Työeläkelaitosten kuntoutusmenojen suuri suhteellinen kasvu selittyy menojen matalalla lähtötasolla.

Työeläkelaitosten kuntoutus edellyttää, että kuntoutuksen hakija on ansainnut työeläketurvaa kohtuullisen ajan. Vuonna 2000 tyypillisin kuntoutettava oli yli 35-vuotias mutta alle 55-vuotias tuki- ja liikuntaelinsairautta sairastava henkilö, jota kuntoutettiin koulutuksella uuteen ammattiin. Tilastoseurannan aikana yli 44-vuotiaiden kuntoutujien osuudet ovat kasvanee.

Sen sijaan yli 54-vuotiaiden osuudet kuntoutujista ovat aina olleet pieniä, alle 10 prosentin luokkaa. Vuonna 2000 myönteisen kuntoutuspäätöksen saajista oli miehiä 54 prosenttia.

Työeläkekuntoutuksen kuntoutuspalveluista työpaikkakuntoutuksen merkitys on kasvanut. Koulutus on kuitenkin edelleen yleisin ammatillisen kuntoutuksen palvelumuoto.

Eläketurvakeskuksen työeläkejärjestelmien ammatillisia kuntoutusohjelmia koskevista rekisteriseurannoista ilmenee, että vuonna 2000 kuntoutuksensa päättäneistä 43 prosenttia siirtyi takaisin työelämään ja 32 prosenttia eläkkeelle. Kuntoutustausta vaikuttaa kuntoutuksen lopputulokseen. Vuonna 2000 niistä henkilöistä, jotka eivät olleet eläkkeellä tai kuntoutustuella kuntoutukseen hakeutuessaan, 53 prosenttia palasi töihin ja 18 prosenttia eläkkeelle (v. 1997 eläkkeelle siirtyi 17 %). Eläkettä tai kuntoutustukea saaneista 28 prosenttia palasi takaisin työelämään ja 51 prosenttia eläkkeelle (eläkkeelle siirtyneiden osuus oli 57 % vuoden 1997 seurannassa). Useissa tapauksissa kuntoutusohjelman tavoitteena on alunperinkin ollut osatyökyvyttömyyseläke. Vuonna 2000 joka viides eläkkeelle siirtyneistä kuntoutujista siirtyi osatyökyvyttömyyseläkkeelle.

Vakuutuskuntoutus VKK ry. toteutti Työeläkevakuuttajat TELA:n toimeksiannosta vuosina 2000-2002 Kuntoutus- ja työkyvyn arviointiverkosto –hankkeen (KUTVE). Projektin tavoitteena oli varhentaa ammatillisen kuntoutuksen tarpeen havaitsemista työterveyshuollossa, tehostaa ja nopeuttaa kuntoutusmahdollisuuksien selvittelyyn liittyviä tutkimuksia sekä luoda toimintakyvyn arvioimiseen välineitä.

#### **4.5. Tapaturma- ja liikennevakuutuslaitosten kuntoutus**

Tapaturma- ja liikennevakuutuksesta korvattavaan kuntoutukseen sisältyy sekä ammatillinen kuntoutus että toimintakykyä edistävä ja ylläpitävä kuntoutus. Korvattavan kuntoutuksen sisältö on määritelty tapaturmavakuutuksen ja liikennevakuutuksen perusteella korvattavasta kuntoutuksesta annetuissa laeissa. Näihin lakeihin perustuvan kuntoutuksen suunnittelusta vakuutuslaitosten lukuun vastaa käytännössä Vakuutuskuntoutus VKK r.y.

Korvattava ammatillinen kuntoutus toteutetaan pääasiassa ammatillisena koulutuksena ja työpaikkakuntoutuksena. Kuntoutuslakien perusteella korvattava toimintakykyä edistävä ja ylläpitävä kuntoutus on sisällöltään laajempaa kuin terveydenhuollon lakien mukainen lääkinällinen kuntoutus. Toimintakykyä edistävänä ja ylläpitävänä kuntoutuksena korvataan muun muassa kuntoutusta avo- ja laitoshoidossa, sopeutumisvalmennusta, apuvälineitä sekä asunnon muutostöitä.

Tapaturmavakuutuksen kuntoutusmenot olivat 20,7 miljoonaa euroa (123 milj. mk) vuonna 2000. Menot kasvoivat 21 prosenttia vuodesta 1997.

Vakuutuskuntoutus VKK:ssa toimintakykykuntoutusasiakkaina olleiden sekä työhönkuntoutusohjelmiin osallistuneiden kuntoutujien määrä on vaihdellut jonkin verran, vuonna 2000 se oli 2 066 henkilöä.

Liikennevakuutuksen kuntoutusmenot olivat 12,1 miljoonaa euroa (72 milj. mk) vuonna 2000. Menot kasvoivat 29 prosenttia vuodesta 1997. VKK:n asiakkaina olleiden kuntoutujien lukumäärä on pysytellyt vuosittain runsaassa 900 kuntoutujassa.

Vuonna 2000 tapaturma- ja liikennevakuutuksen kuntoutujista 64 prosenttia oli miehiä. Tapaturmavakuutuksen kuntoutusasiakkaiden puolet oli 36 - 50-vuotiaita. Liikennevakuutuksen kuntoutusasiakkaiden ikäjakauma oli tasaisempi, mikä luonnollisesti selittyy sillä, että liikennevahingoissa vammautuu myös nuoria, kun taas tapaturmavahingoissa vammautuneet ovat jo työelämässä.

VKK:n asiakkaina vuonna 2000 olleilla tapaturmavahingoissa loukkaantuneilla tai ammattitautiin sairastuneilla kuntoutujilla yleisimpiä vammoja olivat raajoihin kohdistuneet vammat. Toiseksi suurin ryhmä olivat hengitysteiden ja keuhkojen sairaudet (512) ja kolmanneksi suurin ryhmä ihosairaudet (342). Liikennevahingon vuoksi VKK:n asiakkaiksi päätyneillä kuntoutujilla yleisimpiä vammoja vuonna 2000 olivat kallon sisäinen vamma (361), raajoihin kohdistuneet vammat (323), kaularangan alueen vammat (114) sekä lannerangan tai lantion murtumat (104).

Tapaturma- ja liikennevakuutuksen kuntoutusmenot ja kuntoutujien määrä seuraavat yleistä suhdannetilannetta ja moottoriajoneuvoliikenteen volyymia. Todelliset kuntoutusmenot saattavat olla tilastoituja jonkin verran suuremmat, koska esimerkiksi osa toimintakykyä edistävän ja ylläpitävän kuntoutuksen menoista voi vahinkojärjestelmissä kirjautua sairaanhoitokuluiksi.

VKK:n tilastoseurannat tapaturma- ja liikennevakuutusjärjestelmien ammatillisesta kuntoutuksesta koskevat tilannetta kuntoutustoimenpiteiden päättyessä. Niistä kuntoutujista, jotka olivat päättäneet työhönkuntoutusohjelman, oli vuonna työssä 52 prosenttia vuonna 1998, 59 prosenttia vuonna 1999 ja 63 prosenttia vuonna 2000. Kaikki ne kuntoutujat, jotka tilastoissa ovat työelämän ulkopuolella, eivät ole työttömiä, vaan syynä työelämän ulkopuolella olemiseen voi olla myös esimerkiksi perhetilanne tai opintojen jatkaminen. Korkea työllistymisprosentti selittyy osaltaan sillä, että etenkin tapaturmavahingoissa kuntoutuja on vahingon sattuessa työelämässä ja usein motivoitunut palaamaan työelämään. Syrjäytyneitä tai syrjäytymisuhan alaisia pitkäaikaistyöttömiä on hyvin pieni osa kaikista kuntoutujista.

#### **4.6. Työhallinnon ammatillisen kuntoutuksen ja työllistämisen tukitoimenpiteet**

Työhallinnon ammatillisen kuntoutuksen tarkoituksena on edistää vajaakuntoisten henkilöiden ammatillista suunnittelua, työllistymistä ja työssä pysymistä. Vajaakuntoisella tarkoitetaan henkilöä, jonka mahdollisuudet saada sopivaa työtä, säilyttää työ tai edetä työssä ovat huomattavasti vähentyneet asianmukaisesti todetun vamman, sairauden tai vajavuuden takia. Työvoimapalveluasetuksen (1251/1993) mukaan ammatillisessa kuntoutuksessa henkilöasiakkailla järjestetään:

- Ammatinvalinnanohjausta ja siihen liittyviä terveydentilaa ja soveltuvuutta selvittäviä tutkimuksia sekä koulutus- ja työkokeiluja
- työhönsijoittumiseen ja koulutukseen liittyvää neuvontaa ja ohjaamista
- työvoimakoulutusta
- vajaakuntoisten työhönsijoituksen tukitoimenpiteitä.

Osa työhallinnon vajaakuntoisista työnhakijoista saa ammatillista kuntoutusta jonkin muun järjestelmän asiakkaana. Suuri osa vajaakuntoisista hakeutuu tai joutuu suoraan työhallinnon asiakkaaksi.



Vajaakuntoisille suunnattujen työhallinnon palvelujen ja tukitoimenpiteiden menot olivat vuonna 2000 ilman henkilöstön palkkamenoja ja muita toimintamenoja yhteensä noin 97,9 miljoonaa euroa (582 milj. mk). Näistä menoista Euroopan sosiaalirahaston (ESR) hankerahoituksen osuus oli vajaa 10 prosenttia. Tämä osuus oli selvästi pienempi kuin vuonna 1997, koska ESR:n edellinen ohjelmakausi päättyi 1999 ja uusi ohjelmakausi 2000 - 2006 oli vasta alkamassa

Työhallinnon asiakkaiden ammatillisen kuntoutuksen tarve perustuu lääkärinlausunnoissa todettuihin vammoihin tai sairauksiin. Tuki- ja liikuntaelinten vammat tai sairaudet (39 %), hengityselinten taudit (14 %), mielenterveyden häiriöt (14 %) sekä ihotaudit (8 %) olivat yleisimpiä vajaakuntoisuuden syitä vuonna 2000 (taulukko 14).

**Taulukko 14.** Vajaakuntoisten työnhakijoiden päädiagnoosit ikäryhmittäin

Diagnoosiluokka	Luokan %-osuus	Ikäryhmä					Yhteensä
		15-24	25-34	35-44	45-54	55-	
Aineenvaihdunnan sairaudet	4	104	605	790	952	698	3 149
Mielenterveyden häiriöt	14	613	2 548	3 462	3 640	1 466	11 729
Hermoston/aistien taudit	9	419	1 630	1 802	2 007	1 363	7 221
Verenkiertoelinten taudit	5	34	159	381	1 371	1 961	3 906
Hengityselinten taudit	14	669	2 757	2 936	3 219	2 272	11 853
Ihotaudit	8	380	1 870	2 191	1 720	747	6 908
Tuki- ja liikuntaelinten taudit	39	477	2 737	6 059	11 606	11 393	32 272
Vammat	2	51	275	443	657	343	1 769
Muut sairaudet	5	247	763	913	1 337	948	4 208
<b>YHTEENSÄ</b>	<b>100</b>	<b>2 994</b>	<b>13 344</b>	<b>18 977</b>	<b>26 509</b>	<b>21 191</b>	<b>83 015</b>

Lähde: Työministeriö

Vuonna 2000 vajaakuntoisia työnhakijoita oli yhteensä 83 015 henkilöä, joista työttömiä oli 83 prosenttia. Naisten osuus oli 58 prosenttia. Noin puolet vajaakuntoisista työnhakijoista oli vailla ammatillista koulutusta. (Taulukko 15.) Suurin osa vajaakuntoisista työnhakijoista on toiminut aiemmin työelämässä.

Vuonna 2000 ikääntyvien (45+) osuus oli noin 57 prosenttia kaikista vajaakuntoista työnhakijoista. Ikääntyvien vajaakuntoisten osuuden arvioidaan edelleen kasvavan. Ikääntyvien henkilöiden vajaakuntoisuudelle oli tyypillistä useamman pitkäaikais sairauden samanaikainen esiintyminen.

Yleisille työmarkkinoille ilman tukitoimia työhönsijoittuneiden vajaakuntoisten määrä kasvoi vuonna 2000 noin 13 prosenttia edellisestä vuodesta. Työvoimakoulutuksen aloittaneiden vajaakuntoisten määrä pysyi lähes edellisen vuoden tasolla. Vajaakuntoisten työhönsijoituksen tai ammatillisen kuntoutusohjauksen tueksi järjestettiin edellistä vuotta selvästi enemmän erilaisia terveydentilan ja soveltuvuuden tutkimuksia sekä työ- ja koulutuskokeiluja. Vajaakuntoisille työnhakijoille suunnattuja aktiivitoimia oli yhteensä yli 74 000, edellisenä vuonna yli 70 000. Työhallinnon vajaakuntoista asiakkaista 6 176 osallistui ammatinvalinnanohjaukseen. Heistä oli samaan aikaan myös työnhakijoina 5 660 henkilöä. Palkkaperusteisilla työl

listämistuilla työllistettiin 12 386 vajaakuntoista työnhakijaa, edellisenä vuonna 12 022. Yleisille työmarkkinoille työhönsijoittuneiden määrä oli yli 14 prosenttia edellistä vuotta suurempi. Etenkin yli 50-vuotiaiden vajaakuntoisten pääsy takaisin työelämään oli vaikeaa riippumatta työnhakuaktiivisuudesta, mikä lisäsi heidän pitkäaikaistyöttömyyttään. (Taulukko 15.)

Vajaakuntoisten työhönsijoituksen tai ammatinvalinnanohjauksen tueksi järjestettiin vuonna 2000 selvästi edellistä vuotta enemmän erilaisia terveydentilan ja soveltuvuuden tutkimuksia sekä työ- ja koulutuskokeiluja, yhteensä yli 15 000. Ammatinvalinnanohjauksen vuonna 2000 päättäneistä vajaakuntoisista 3 832 henkilöstä 62 prosentille tehtiin koulutus- tai työhönsijoitussuunnitelma.

**Taulukko 15.** Vajaakuntoiset työnhakijat ja työhallinnon vajaakuntoisille työnhakijoille suuntaamat ammatillisen kuntoutuksen ja työllistämisen aktiivitoimet v. 2000<sup>1</sup>

Vajaakuntoiset työnhakijat yhteensä 83 015, joista	%	Aktiivitoimet	Lukumäärä
- työttömiä	83	- osallistui työkunnan tutkimuksiin ja työ- ja koulutuskokeiluihin	8 328
- pitkäaikaistyöttömiä	36		
- naisia	58		
- vailla ammattikoulutusta olevia	53	- osallistui ammatinvalinnanohjaukseen	5 660
- vailla ammattia olevia	14	- aloitti työvoimakoulutuksen	8 248
- alle 25-vuotiaita	4	- aloitti muun koulutuksen	1 329
- 45 vuotta täyttäneitä	57	- sijoittui suojatyöhön	43
- tuki- ja liikuntaelinvammaisia	39	- työhön yleisille työmarkkinoille	36 341
- hengityselinten tauteja sairastavia	14	- sijoittui palkkaperusteisten tukitoimien avulla	12 386
- mielenterveyden häiriöitä sairastavia	14	- työharjoittelu työmarkkinatuella	1 809
		Yhteensä	74 144

<sup>1</sup> Taulukko sisältää myös Euroopan sosiaalirahaston (ESR) tuella toteutetut toimenpiteet

Vajaakuntoisten työnhakijoiden työhönsijoittumista on seurattu selvityksellä, joka koski vuonna 1998 toimenpiteisiin osallistuneita vajaakuntoisia. Seurantatietojen mukaan 55 prosenttia vajaakuntoisista oli työttöminä kolme kuukautta työvoimakoulutuksen päättymisen jälkeen. Valtiolle tukityöllistetyistä vajaakuntoisista 50 prosenttia, kuntiin työllistetyistä 61 prosenttia, yrityksiin työllistetyistä 47 prosenttia ja starttirahalla työllistetyistä 12 prosenttia oli työttömänä kolmen kuukauden kuluttua tukitoimenpiteen päättymisestä.

## 4.7. Opetushallinnon kuntoutus

### 4.7.1. Perusopetuksen erityisopetus

Perusopetuslain (628/1998) säännös opetuksen järjestämisestä oppilaan ikäkauden ja edellytysten mukaisesti (PL 3 §) on pohjana kaikelle opetuksen ja opetukseen liittyvien järjestelyjen ja tukitoimien suunnittelulle ja toteutukselle. Peruskoulun erityisopetus voidaan antaa osa-

aikaisena yleisopetuksen yhteydessä tai oppilas voidaan ottaa tai siirtää kokoaikaiseen erityisopetukseen. Opetustoimi vastaa koulu- ja luokkakohtaisista apuväline- ja avustajapalveluista. Oppilaiden muut kuntoutuspalvelut ovat kunnan sosiaali- ja terveydenhuollon vastuulla.

Peruskoulun erityisopetuksen menot ovat kasvaneet viime vuosina nopeasti. Vuonna 2000 erityisopetuksen aiheuttamat lisämenot olivat 121,1 miljoonaa euroa (720 milj. mk). Vuodesta 1997 vuoteen 2000 menot kasvoivat 54,5 miljoonaa euroa (324 milj. mk), mikä merkitsi 82 prosentin kasvua. Reaalinen kasvu oli 71 prosenttia.

Vuonna 1998 erityisopetusta sai 103 892 oppilasta eli 18 prosenttia kaikista peruskoulun oppilaista. Suurin osa erityisopetusta saavista oppilaista osallistuu osa-aikaiseen erityisopetukseen. Kokonaan erityisopetukseen siirrettyjä on vain viidesosa erityisopetusta saavista oppilaista. Siirtopäätöksen saaneita erityisopetuksessa olevia oppilaita oli vuonna 2000 vajaat 5 prosenttia peruskoulun oppilaiden kokonaismäärästä

Peruskoulun erityisoppilaista suurin osa on puhe- ja lukihäiriöisiä, vuonna 1998 heitä oli lähes 60 000. Kehitysvammaisia oli noin 4 000 ja kuulo- ja näkövammaisia vajaa 1 000. Vaikeavammaisia oppilaita oli noin 2 000. Kehityksestä viivästyneitä ja lievästi kehitysvammaisia oppilaita oli noin 10 000.

#### **4.7.2. Ammatillinen erityisopetus**

Ammatillista koulutusta ja ammatillista erityisopetusta säätelevät laki (630/1998) ja asetus (811/1998). Opetushallituksen laatimissa opetussuunnitelman perusteissa annetaan tarkempia määräyksiä erityisopetuksen järjestämisestä. Ammatillista erityisopetusta tulisi ensisijaisesti järjestää tavallisissa ammatillisissa oppilaitoksissa yhdessä muiden opiskelijoiden kanssa. Ammatillisten erityisoppilaitosten tehtävänä on järjestää opetusta vaikeimmin vammaisille opiskelijoille.

Ammatillisen erityisopetuksen menot olivat vuonna 2000 noin 76,4 miljoonaa euroa (454 milj. mk). Vuodesta 1997 vuoteen 2000 menot kasvoivat 17 prosenttia. Reaalinen kasvu oli 11 prosenttia.

Erityisopiskelijoiden määrä lisääntyi vuosina 1998 - 2001, vaikka opiskelijoiden kokonaismäärä on pienentynyt (taulukko 16). Vuonna 2000 ammatillisissa oppilaitoksissa oli keskimäärin 130 000 opiskelijaa, joista 8 prosenttia oli erityisopiskelijoita. Keväällä 2001 ammatillisissa oppilaitoksissa oli yhteensä 119 959 opiskelijaa, joista erityisopetuksessa 9 857 opiskelijaa eli 8 prosenttia. Erityisopiskelijoista opiskeli ammatillisissa erityisoppilaitoksissa 3 498 erityisopiskelijaa. Erityisoppilaiden suurin ryhmä ovat olleet kehityksestä viivästyneet oppilaat. Toiseksi suurin ryhmä ovat tunne-elämän häiriöistä kärsivät oppilaat. Tuki- ja liikuntaelinvammaisia on vajaat 400 ja kuulo- ja näkövammaisia noin 200. Ammatilliseen koulutukseen on tullut uutena toimintana vammaisille opiskelijoille tarkoitettu valmentava ja kuntouttava opetus ja ohjaus, johon osallistui keväällä 2001 noin 1 300 erityisopiskelijaa.

Opiskelijamäärät lasketaan kahdesti vuodessa (20.9. ja 20.1.). Keskeyttämisten vuoksi kevään opiskelijamäärät ovat pienemmät kuin syksyn opiskelijamäärät. Erityisopiskelijoiden nimeämisestä tapahtuu koko syksyn ajan ja heidän määränsä saattaa olla kevään laskennassa jopa suurempi kuin syksyllä.

**Taulukko 16.** Erityisopiskelijat ammatillisissa oppilaitoksissa vuosina 1997 - 2001

Vuosi	Kaikki opiskelijat	Erityisopiskelijat tavallisissa oppilaitoksissa	Erityisopiskelijat erityisoppilaitoksissa	Erityisopiskelijat yhteensä
1997	167 179	5 115	2 964	8 079
1998	163 067	5 416	3 213	8 629
1999	151 923	5 653	3 153	8 806
2000	125 904	6 258	3 368	9 626
2001	119 959	6 359	3 498	9 857

Lähde: Opetushallitus

Ammatillisen erityisopetuksen kustannusten nousu juontaa juurensa koulutuspoliittiseen linjaukseen, jonka mukaan kaikilla on oikeus toisen asteen koulutukseen. Linjauksen myötä on ammatillisiin oppilaitoksiin tullut yhä vaikeammin vammaisia opiskelijoita ja toisaalta oppilaitokset ovat tehostaneet ja kehittäneet erityisopetustaan, jolloin entistä suurempi osa opiskelijoista suorittaa opintonsa loppuun.

## 5. KUNTOUTUSPALVELUIDEN TUOTTAMINEN JA HANKKIMINEN

### 5.1. Tuottajien ja tilaajien rooli

Kuntoutuspalveluja tuottaa runsas joukko julkisen ja yksityisen sektorin palvelujen tuottajia. Osa tuottajista toimii sekä palvelujen tuottajina että rahoittajina (tilaajina). Tällainen rooli on esimerkiksi kuntien sosiaali- ja terveydenhuollolla, opetushallinnolla ja työhallinnolla. Tilaaja-tuottaja-mallin avulla on rooleja pyritty julkishallinnossa kuitenkin erottamaan. Osa kuntoutuksen rahoittajista ei tuota lainkaan itse palveluita. Osa tuottajista toimii pääasiassa palvelujen tuottajan roolissa.

Suurin yhdistetty rooli kuntoutuspalvelujen rahoittajana ja tuottajana on sosiaali- ja terveydenhuollolla. Pääasiassa tai yksinomaan kuntoutuspalvelujen rahoittajia (tilaajia) ovat Kansaneläkelaitos, Valtiokonttori, työeläkelaitokset sekä tapaturma- ja liikennevakuutuslaitokset. Kuntoutuspalvelujen tuottajia ovat yksityiset ammatinharjoittajat ja fyysiset hoitolaitokset, yksityiset sairaalat ja kuntoutuslaitokset sekä sosiaali- ja terveystalouden järjestöt.

Kansaneläkelaitos hankkii (tilaa) rahoittamansa kuntoutuspalvelut pääasiassa yksityisiltä palveluntuottajilta tarjouskilpailun tai muun hankintamenettelyn avulla. Kela kilpailuttaa valtakunnallisesti noin 75 prosenttia rahoittamastaan laitospalvelusta ja paikallisesti vaikeavammaisten avomuotoiset palvelut. Kela ostaa laitospalveluita noin 80 palveluntuottajalta ja avomuotoisia vaikeavammaisten kuntoutuspalveluita noin 2 400 palveluntuottajalta. Kansaneläkelaitoksella kuntoutuspalvelujen tarjoustensa arvioinnin perusteena on kokonaistaloudellisuus, jolloin hankinnan perusteena on hinnan ja laadun suhde. Tarjouskilpailun ulkopuolella hankittuja palveluita ovat muun muassa valtakunnalliset sairaus- ja vammaisryhmien kurssit, alueelliset työelämästä poissaolevien kurssit sekä kehittämishankkeisiin liittyvät kurssit.

Vuonna 2000 Kansaneläkelaitoksen kustannukset kuntoutuslaitoksilta ja kurssikeskuksilta hankituista pääasiassa laitostenmuotoisista palveluista olivat noin 118 miljoonaa euroa (704 milj. mk). Yksityisiltä ammatinharjoittajilta ja fysikaalisilta hoitolaitoksilta hankittujen vaikeavammaisten avomuotoisten terapioiden kustannukset olivat 38 miljoonaa euroa (228 miljoonaa markkaa). Muita avomuotoisia terapioiden oli harkinnanvarainen psykoterapia, jonka kustannukset olivat noin 10 miljoonaa euroa (60 milj. mk) vuonna 2000.

Kela korvaa fysioterapiasta ja psykoterapiasta syntyviä kustannuksia myös sairausvakuutuslain nojalla sairaanhoitokorvauksina. Näitä kustannuksia ei ole sisällytetty tässä selvityksessä esitettyyn kuntoutusmenolaskelmaan.

Vuonna 2000 Valtiokonttori kustansi sotainvalidien ja rintamaveteraanien kuntoutusta kuntoutuslaitoksissa ja sotainvalidien veljes- ja sairaskodeissa runsaalla 67 miljoonalla eurolla (400 milj. mk:lla). Lisäksi se ostaa avomuotoista kuntoutusta yksityisiltä ammatinharjoittajilta ja fysikaalisilta hoitolaitoksilta.

## 5.2. Tuottajatahot

Kuntoutuspalveluita tuottavat

1. Julkinen sektori (perusterveydenhuolto, erikoissairaanhoito, sosiaalihuolto, työhallinto, opetushallinto),
2. yrityssektori (ammatinharjoittajat, fysikaaliset hoitolaitokset, yksityiset sairaalat ja kuntoutuslaitokset) sekä
3. niin sanottu kolmas sektori (lähinnä sosiaali- ja terveysalan järjestöt ja säätiöt sekä niiden ylläpitämät kuntoutuslaitokset ja muut laitokset).

Yksityissektorilla tarkoitetaan seuraavassa sekä yrityssektoria että niin sanottua kolmatta sektoria.

Kuntoutuksen erityistyöntekijöiden määrällä mitattuna tuotetaan kaikista kuntoutuspalveluista lähes yhtä suuri osa julkisen sektorin palveluina kuin yksityissektorilla. Jos tarkastellaan palveluiden kokonaissisältöä, julkinen sektori nousee selvästi suurimmaksi palveluntuottajaksi. Kuntoutusta annetaan kuntoutukseen erikoistuneissa yksiköissä tai integroituna muuhun palveluun. Kuntoutus on monesti integroitu muihin palveluihin perusterveydenhuollossa, erikoissairaanhoidossa, sosiaalihuollossa, työhallinnossa sekä peruskoulussa ja ammatillisessa koulutuksessa.

Julkisen sektorin tuottamista kuntoutuspalveluista terveydenhuolto tuotti vuonna 2000 noin 90 prosenttia omana toimintanaan. Sosiaalihuollon kuntoutustoiminnassa ostopalveluiden osuus on suurempi. Kuntalaisten kuntoutuspalvelut -tutkimuksessa analysoitiin kolmen kunnan kuntoutuspalvelut sosiaali- ja terveydenhuollossa vuonna 1997. Tutkimuksessa lähes 4 500 asiakasta sai kuntoutuspalveluita 12 eri palveluntuottajalta tutkimusviikon aikana. Neljä selvästi merkittävintä palveluntuottajaa olivat terveyskeskukset, yksityiset ammatinharjoittajat, somaattinen erikoissairaanhoito ja psykiatrinen erikoissairaanhoito. Muita tärkeitä palveluntuottajia olivat sosiaalikeskukset, päihdehuollon yksiköt, kunnalliset vanhainkodit sekä palvelutalot, yksityiset sosiaalihuollon palveluntuottajat, kuntoutuslaitokset ja päiväkeskukset.

Yksityissektori tuottaa merkittävän ja näkyvän osan kuntoutuspalveluista. Eniten palveluja tuottavat kuntoutuslaitokset, yksityiset ammatinharjoittajat ja fysikaaliset hoitolaitokset. Kuntoutuslaitokset ovat pääasiassa sosiaali- ja terveysalan järjestöjen ja säätiöiden eli kolmannen sektorin ylläpitämiä. Järjestöjen tuottaman laitostuntoutuksen pääasialliset tilaajat ovat Kansaneläkelaitos ja Valtiokonttori. Julkisin varoin kustannetaan laitostuntoutusta arviolta ainakin runsaalla 168 miljoonalla eurolla (1 000 milj. mk:lla).

Vuonna 2001 tehdyn selvityksen mukaan kolmannen sektorin hallinnassa oli vuonna 2000 yli 100 laitostuntoutusyksikköä, joita ovat laitos- ja avokuntoutusta toteuttavat kuntoutuskeskukset, kylpylät, toimintakeskukset, sotainvalidien kuntoutussairaalat sekä sairas- ja veljeskodit ja loma- ja kurssikeskukset. Näissä kuntoutusyksiköissä oli yhteensä yli 6 100 majoituspaikkaa. Järjestöt tuottivat yli miljoona laitostuntoutusvuorokautta eri asiakasryhmille. Laitostuntoutuksen toteuttamiseen osallistui noin 5 000 palkattua työntekijää.

Lisäksi järjestöt tuottivat kuntoutuspalveluita ostopalveluina noin 100 muussa yksikössä. Järjestöt tuottivat avokuntoutusta kuten polikliinisiä tutkimuksia, fysio- ja toimintaterapiaa, sosiaaliryöntekijän ja psykologin palveluja, sopeutumisvalmennus- ja kuntoutuskursseja, kuntoutusohjausta, apuvälinepalveluja sekä muuta avo- ja päivä kuntoutusta. Kuntoutuspalveluihin ja kuntoutusta tukevaan toimintaan sisältyy myös muun muassa ensitietokursseja, muuta neuvontaa sekä tukihenkilö- ja vertaistukitoimintaa.

Sosiaali- ja terveydenhuollossa on yhteensä noin 11 000 suojatyö- ja työtoimintapaikkaa. Näistä 26 prosenttia on järjestöjen ylläpitämiä. Uudistuvassa vammaisten ja vajaakuntoisten työn järjestämisessä on suuntauksena perustaa uusia säätiöitä ja järjestöjä palvelun tuottajiksi. Palvelujen kehittämisessä järjestöjen hankkeet ovat olleet merkittäviä tien näyttäjiä yleisesti ja erityisesti mielenterveydenhuollon alueella. Monet vammaisjärjestöt ovat palkanneet omaa kohderyhmäänsä palvelevan työllistymisen asiantuntijan. Tämän asiantuntemuksen kysyntä lisääntyy.

Neljä järjestöä tuottaa ammatillista erityisopetusta. Näiden järjestöjen yksiköissä oli vuonna 2000 yhteensä 2 640 toisen asteen perusopiskelijaa ja 4 790 täydennyskoulutuksessa olevaa opiskelijaa. Palkattua henkilöstöä oli yhteensä 916. Ammatillisen erityisopetustoiminnan rahoittivat pääosin valtio ja kunnat.

Kuntoutuspalvelujen lisäksi järjestöt järjestävät kuntoutusta tukevaa toimintaa ja kehittävät sekä kokeilevat uusia kuntoutuspalvelumuotoja ja kuntoutuksen sisältöjä. Raha-automaattiyhdistys rahoittaa järjestöjen kokeilutoimintaa ja osan kuntoutuspalveluista.

Sosiaali- ja terveysjärjestöjen tuottamien kaikkien kuntoutuspalvelujen osuutta kuntoutuksen kokonaismenoista ei ole markkamääräisesti selvitetty. Järjestöt itse arvioivat sen olevan noin 15 prosenttia kuntoutuksen kokonaismenoista. Osuus on todennäköisesti suurempikin, sillä yksinomaan laitostuntoutuksen osuus on jo noin 14 prosenttia.

Sosiaali- ja terveysjärjestöillä on kansalaisjärjestöinä lisäksi erityinen tehtävä toimia jäsentensä edellyttäminä vaikuttajina. Vaikuttaminen tähtää myös omaa jäsenkuntaa laajemmalle, esimerkiksi eri asiakas- ja potilasryhmien kuntoutuspalvelujen saatavuuden turvaamiseen. Tässä toiminnassa järjestöt tukeutuvat jäsentensä kokemukseen ja toimihenkilöidensä asiantuntemukseen. Vaikuttamistehtäväänsä järjestöt saavat Raha-automaattiyhdistyksen toimintaavustuksia.

## 6. KUNTOUTUKSEN KOHDERYHMIÄ

Ikäryhmittäin tarkasteltuna seurantakaudella 1997-2000 kuntoutuksen painopisteryhminä voidaan pitää ikääntyviä työntekijöitä ja pitkäaikaistyöttömiä. Toiseksi painopisteryhmäksi nousivat etenkin vuosikymmenen lopussa lapset ja vammaiset nuoret.

Vuonna 2000 Kelan kuntoutuksesta pääosa kohdentui 45-64-vuotiaisiin, joiden osuus kaikista kuntoutujista oli 55 prosenttia. Vuoteen 1997 verrattuna tämän ikäryhmän osuus kuntoutujista kasvoi 4 prosenttia. Työeläkekuntoutuksessa 44-54-vuotiaat olivat seurantakaudella kasvava ikäryhmä.

Työhallinnon vajaakuntoisissa asiakkaissa on entistä enemmän ikääntyneitä työnhakijoita. Vuonna 2000 työhallinnolla oli 47 700 yli 45-vuotiasta vajaakuntoista asiakasta, mikä oli 57 prosenttia kaikista vajaakuntoisista asiakkaista.

Kuntien terveydenhuollon kuntoutuksesta valtaosa kohdistuu ikääntyneille ja ikäihmisille. Vuonna 2000 yli 65-vuotiaat käyttivät 45 prosenttia kaikista terveydenhuollon laitosten kuntoutushoitajakoista.

Sairauspääryhmittäin tarkasteltuna TULE-sairauksista kärsivät ovat pysyneet suurimpana kuntoutujaryhmänä. Mielenterveyskuntoutujien määrä ja osuus ovat selvästi kasvaneet.

### 6.1. TULE-sairauksien kuntoutus

Kuntien terveydenhuollon kuntoutuksesta suurin osa kohdistuu tuki- ja liikuntaelinsairauksista kärsiviin. Fysioterapialla on keskeinen rooli terveydenhuollon kuntoutuksessa. Fysioterapiakäyntien osuus oli vuoden 1997 tilastojen mukaan 70 prosenttia kaikista kuntoutus- ja erityistyöntekijöiden käynneistä. Osuus lienee samaa suuruusluokkaa myös nykyisin.

Huomattava osa Kelan ja työeläkekuntoutuksen ammatillisen kuntoutuksen kuntoutujista saa kuntoutusta tuki- ja liikuntaelinsairauksien vuoksi. Vuonna 2000 Kelan ammatillista kuntoutusta saaneista lähes puolella eli 7 500:lla oli jokin tuki- ja liikuntaelinten sairaus. Myös puolella Kelan harkinnanvaraista kuntoutusta saaneista kuntoutujista eli noin 27 500 henkilöllä oli jokin TULE-sairaus. Vuonna 2000 työeläkekuntoutuksen tyypillisin asiakas oli 35-54-vuotias tuki- ja liikuntaelinsairas henkilö, jota kuntoutettiin koulutuksella uuteen ammattiin.

Työhallinnon asiakkaiden ammatillisen kuntoutuksen tarve perustuu yleisimmin tuki- ja liikuntaelinten vammoihin ja sairauksiin, joista kärsi vuonna 2000 39 prosenttia työhallinnon vajaakuntoisista asiakkaista.

Vammaispalvelujen menoista huomattava osa kohdentuu liikuntarajoitteisille. Suurin asiakasryhmä ovat TULE-sairauksista kärsivät ikäihmiset, jotka tarvitsevat kuljetuspalveluita.

## 6.2. Psykiatrinen ja mielenterveyskuntoutus

Mielenterveyskuntoutuksen voimavarat lisääntyivät seurantakaudella 1997 - 2000.

Kelan osuus mielenterveysongelmaisten kuntoutuksesta on kasvanut jatkuvasti. Mielenterveyskuntoutujien määrä ja osuus kaikista kuntoutujista on kasvanut Kelan ammatillisessa, vaikeavammaisten lääkinnällisessä ja harkinnanvaraisessa kuntoutuksessa. Vuonna 2000 Kelan ammatillista kuntoutuksen saajista viidennes kuntoutujista kärsi mielenterveysongelmista ja heidän määränsä kasvoi lähes 30 prosenttia vuodesta 1997. Eniten kasvoi työhönvalmennusta saaneiden mielenterveyskuntoutujien määrä. Myös Tyk-kuntoutukseen ja ammatilliseen koulutukseen osallistuneiden mielenterveyskuntoutujien määrä kasvoi. Vuonna 2000 Kelan harkinnanvaraista kuntoutusta saaneista kuntoutujista lähes joka viides oli mielenterveysongelmainen. Vaikeavammaisten lääkinnällisessä kuntoutuksessa mielenterveydenhäiriöitä sairastavien osuus kasvoi lähes 30 prosenttia vuosina 1997 -2000. Vuonna 2000 lähes joka viides vaikeavammaisten lääkinnällistä kuntoutusta saaneesta henkilöstä kärsi mielenterveyden häiriöistä.

### 6.2.1. Lapset ja nuoret

Lasten ja nuorten psykiatrisen kuntoutuksen kokeiluhanke alkoi vuoden 2000 alussa. Kelalle myönnettiin kokeiluun vuosina 2000 ja 2001 yhteensä 6,7 miljoonaa euroa (40 milj. mk). Myönnettyjä varoja käytetään 5-25-vuotiaiden lasten ja nuorten perhe-, ryhmä- ja yksilöterapiaan sekä musiikki- ja kuvataideterapiaan ja monimuotoisiin kehittämishankkeisiin eri puolilla maata. Kela on suunnitellut varojen käyttöä yhteistyössä maamme johtavien lasten ja nuorten psykiatrian asiantuntijoiden kanssa. Lisäksi on kuultu muun muassa perhe- ja ryhmäterapiassa asiantuntijoita.

Terapioiden toteutukseen varoista käytetään arviolta noin 60 prosenttia. Terapioihin myönnetään myös niihin kiinteästi liittyvät vanhempien ohjaus- ja tukikäynnit. Vuoden 2000 aikana terapiota järjestettiin yhteensä 265 lapselle ja nuorelle. Saajista suurin osa, lähes puolet, oli Etelä-Suomen alueelta, mikä osittain johtuu siitä, että tällä alueella on eniten saatavissa terapiapalveluja. Ajalla 1.1.-30.9.2001 erilaisia terapiota sai yhteensä runsaat 2 400 kuntoutujaa.

Toinen puoli myönnetystä rahamäärästä käytetään lapsille ja nuorille sekä heidän perheilleen suunnattuihin valtakunnallisiin tai alueellisiin erillishankkeisiin. Ne ovat laitos- tai avomuotoista perhekuntoutusta tai niiden yhdistelmiä. Hankkeet voivat olla sisällöltään myös uutta ja kokeilevaa toimintaa, josta voisi jatkossa tulla osa vakinaista toimintaa.

Vuonna 2000 käynnistyi yksitoista erillistä perhekuntoutushanketta, joista suurin osa jatkuu. Ensimmäisenä vuonna erillishankkeissa oli yhteensä 94 lasta tai nuorta. Vuoden 2001 syyskuun loppuun mennessä on hyväksytty yhteensä 21 hanketta, joihin osallistuu runsaat 380 kuntoutujaa. Palveluntuottajat laativat Kelalle hankkeen päättymisen jälkeen selvityksen hankkeen toteutuksesta ja toiminnan tuloksellisuudesta. Osaan hankkeita liittyy myös tieteellinen tutkimus.

Aktiivisen sosiaalipolitiikan kokeiluhankkeet perustuvat sosiaali- ja terveysministeriön asettaman Aktiivinen sosiaalipolitiikka -työryhmän ehdotuksiin. Työryhmä esitti kahta uutta ko



keiluhanketta, joista toinen kohdistuu 15-17 -vuotiaisiin nuoriin. Kokeilu toteutetaan vuosien 2001-2003 aikana ja siihen käytetään noin 3,4 miljoonaa euroa (20 milj. mk).

Nuorten kokeilu kohdistuu nuoriin, jotka ovat keskeyttäneet peruskoulun tai ammatilliset opinnot sekä nuoriin, joiden opintojen keskeyttämisvaara on ilmeinen tai jotka ovat suorittaneet peruskoulun huonoilla arvosanoilla. Lisäksi heillä arvioidaan olevan vakavan syrjäytymisen vaara. Kuntoutus kytketään nuoren asuinympäristöön ja kuntoutuksen aikana tehdään yhteistyötä nuoren läheisten kanssa. Myös uusien kuntoutusmuotojen kokeilu ja kehittäminen on mahdollista osana kokeilua.

Kokeilun tavoitteena on syrjäytymisen ehkäiseminen ja syrjäytymiskiirteen katkaiseminen sekä antaa syrjäytymisvaarassa olevalle nuorelle mahdollisuus omien voimavarojensa hyödyntämiseen. Tavoitteena on myös yhteistyömallien kehittäminen, joissa nuori, hänen lähiverkostonsa, paikalliset toimijat, Kela ja palveluntuottajat toimivat aktiivisesti yhdessä.

Kokeilun aikana pyritään myös selvittämään toiminnan ja rahoituksen lainsäädännöllisiä muutostarpeita. Ensimmäiset nuorten kahdeksan kokeiluhanketta käynnistyivät vuoden 2001 lopussa.

Valtion talousarvioissa vuosille 2000-2002 on myönnetty kunnille valtionavustusta lasten ja nuorten psykiatrian palveluihin. Valtionavustus oli 11,8 miljoonaa euroa (70 milj. mk) vuonna 2000 ja 7,6 miljoonaa euroa (45 milj. mk) vuonna 2001. Valtionavustus vuodelle 2002 on 3,16 miljoonaa euroa (19 milj. mk).

### **6.3. Vammaisten ja vajaakuntoisten nuorten kuntoutus**

Vajaakuntoisen nuoren kuntoutusrahaa koskeva lainmuutos tuli voimaan 1.8.1999 lukien. Vajaakuntoiselle 16- ja 17-vuotiaalle nuorelle, jonka työkyky ja ansiomahdollisuudet ovat sairauden, vian tai vamman vuoksi olennaisesti heikentyneet ja joka tarvitsee syvennettyä ohjausta ja kuntoutusta, maksetaan kuntoutusrahaa ammatillisen kuntoutumisen varmistamiseksi ja työkyvyttömyyseläkkeelle siirtymisen ehkäisemiseksi. Edellytyksenä on, että kotikunta on laatinut nuorelle henkilökohtaisen opiskelu- ja kuntoutumissuunnitelman yhdessä nuoren, hänen holhoojansa ja muiden asiantuntijoiden kanssa.

Pitkäaikaissairaiden ja vammaisten nuorten ohjaaminen ammatilliseen kuntoutukseen tuli uudistuksessa ensisijaiseksi työkyvyttömyyseläkkeeseen nähden. Työkyvyttömyyseläkettä ei myönnetä alle 18-vuotiaalle henkilölle ennen kuin hänen mahdollisuutensa ammatilliseen kuntoutukseen on tutkittu ja hänen oikeutensa kuntoutusrahaan on päättynyt. Kuntoutusrahan lisäksi nuori voi saada vammaistukea ja yleistä asumistukea, mikäli niiden myöntöedellytykset täyttyvät.

Vajaakuntoisen nuoren kuntoutusrahaa sai 196 nuorta vuonna 1999 ja 746 nuorta vuonna 2000. Tammi-lokakuussa 2001 saajia on 1 170. Noin 12 prosenttia nuoren kuntoutusrahapäätöksistä oli vuonna 2000 hylkääviä, vuonna 2001 hylkäyspäätösten osuus oli vajaat 7 prosenttia. Vuonna 2000 hieman yli puolella (380) nuoren kuntoutusrahaa saaneista oli jokin mielenterveyden tai käyttäytymisen häiriö, yleisimmin älyllinen kehitysvammaisuus. Synnynnäisiä epämuodostumia tai kromosomipoikkeavuuksia sairastavia oli 150 (20 %) ja hermoston sairauksia (mm. CP) sairastavia 120 (16 %).

Vuonna 2000 nuoren kuntoutusrahaa saaneista noin 70 prosenttia sai samanaikaisesti vammaistukea, lähes kaikki korotettua tai erityisvammaistukea. Nuoren kuntoutusraha on kohdistunut varsin vaikeasti vajaakuntoisiin nuoriin. Noin puolet kuntoutusrahaa saaneista on osallistunut Kelan järjestämään kuntoutukseen (taulukko 17).

**Taulukko 17.** KRL 5 a §:n mukaista nuoren kuntoutusrahaa saaneiden samanaikaisesti saama Kelan kuntoutus

Lakiperuste	Lukumäärä		
	1999	2000	I-X/2001
Vajaakuntoisten ammatillinen kuntoutus	39	163	336
Vaikeavammaisten lääkinällinen kuntoutus	73	252	345
Harkinnanvarainen kuntoutus	2	15	19
<b>Kaikki</b>	<b>98</b>	<b>360</b>	<b>582</b>

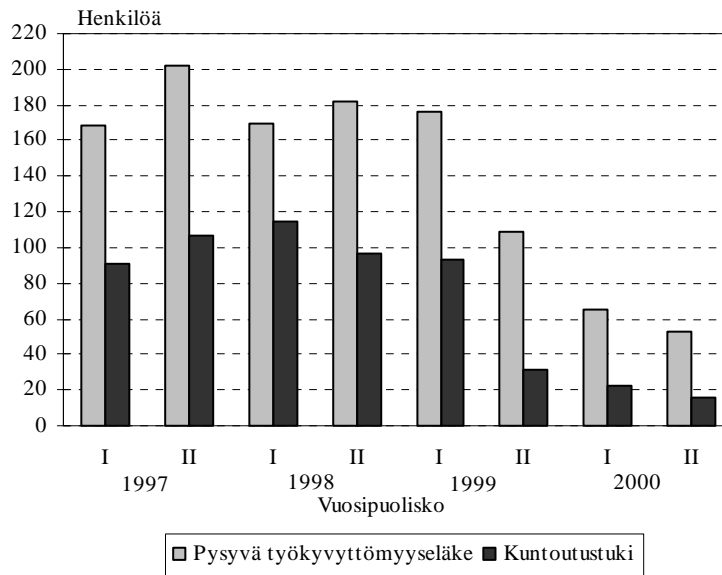
Kelan järjestämää ammatillista kuntoutusta vuonna 2000 saaneista hieman yli sata nuorta sai tukea pohja - tai ammatilliseen koulutukseen. Kuntoutustutkimuksia sekä työ- ja koulutuskokeiluja järjestettiin noin kolmellekymmenelle nuorelle, samoin vaikeavammaisten apuvälineitä.

Nuoren kuntoutusraha myönnetään enintään sen kuukauden loppuun, jona hän täyttää 18 vuotta. Jos tällöin on meneillään aktiivinen kuntoutus, esimerkiksi koulutus, nuoren kuntoutusraha jatkuu kuitenkin meneillään olevan kuntoutuksen päättymiseen saakka. Nuoren kuntoutusrahan saajista 277 nuorta täytti 18 vuotta ajalla 1.8.1999 - 30.7.2001. Alle 30 nuoren kuntoutusraha päättyi ennen 18 ikävuoden täyttämistä. Tällöin ilmeisesti ei ole ollut ammatillisen kuntoutumisen mahdollisuuksia. Kahdella kolmesta (65 %) vajaakuntoisen nuoren kuntoutusrahan saajasta kuntoutusrahakausi on jatkunut myös sen jälkeen, kun he ovat täyttäneet 18 vuotta.

1.4.2002 lukien nuoren kuntoutusrahaan oikeutettujen yläikäraja nousee 18:sta 20:een vuoteen ja etuuden myöntöperusteet lievenevät jonkin verran.

Alle 18-vuotiaiden uusien työkyvyttömyyseläkkeiden ja kuntoutustukien määrä on vähentynyt olennaisesti uudistuksen jälkeen (kuvio 11). 16- ja 17-vuotiaille henkilöille maksettiin työkyvyttömyyseläkkeitä vuonna 2000 yhteensä 3,2 miljoonaa euroa (19 milj. mk), mikä oli vain puolet siitä mitä vuonna 1998. Nuorille maksettujen vammaistukien määrä lähes kolminkertaistui 1,9 miljoonaan euroon (11 milj. mk). Kokonaan uutta etuutta, nuoren kuntoutusrahaa maksettiin 2 miljoonaa euroa (12 milj. mk) vuonna 2000. Vuonna 2000 näihin kolmeen etuuteen käytettiin yhteensä 7,1 miljoonaa euroa (42 milj. mk) eli saman verran kuin työkyvyttömyyseläkkeisiin ja vammaistukiin vuonna 1998.

**Kuvio 11.** 16- ja 17-vuotiaille myönnetyt työkyvyttömyyseläkkeet ja kuntoutustuet 1997 -2000 voimantuloajan mukaan



#### 6.4. Pitkäaikaistyöttömien kuntoutus

Ikääntyneiden pitkäaikaistyöttömien (IP-) palvelutarveselvitys käynnistyi työhallinnon, Kelan ja sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyönä vuonna 1996 kymmenessä kaupungissa ja laajeni vuoden 1998 alusta koko maahan. Palvelutarveselvitys kohdistuu 50-58-vuotiaisiin pitkäaikaistyöttömiin, joista Kelaan ohjautuvat henkilöt, joilla on terveydellisiä ongelmia. Tavoitteena on selvittää heidän kuntoutus- ja muiden palvelujen tarve sekä tarvittaessa kuntoutustoimenpiteiden avulla edistää kuntoutujien elämänhallintaa ja/tai aktivoida ja tukea mahdollista työelämään paluuta.

Kela on ohjannut asiakkaat ensi vaiheessa kuntoutustarveselvitykseen tai kuntoutustutkimukseen. Tutkimuksen jälkeen kuntoutuja on ohjattu tarpeen mukaan kuntoutukseen. Kela on yhdessä palveluntuottajien kanssa kehittänyt tämän asiakasryhmän tarpeita huomioon ottavat ammatillis-painotteiset IP-TAVI- ja elämänhallintapainotteiset IP-Voimavarakurssit. Kurseille ohjataan asiakkaita, joiden on kuntoutustarveselvityksessä tai kuntoutustutkimuksessa arvioitu hyötyvän prosessinomaisesti etenevästä kuntoutuksesta, jossa lomittuvat internaattijaksot ja ohjelmoidut väliajat tai työharjoittelujaksot.

IP-palvelutarveselvitykseen osallistui vuonna 1998 runsas 3 000 kuntoutujaa, vuonna 1999 lähes 5 500 kuntoutujaa ja vuonna 2000 noin 4 700 kuntoutujaa. IP-kustannukset olivat vuonna 1998 noin 3,0 miljoonaa euroa (18 milj. mk), vuonna 1999 noin 8,1 miljoonaa euroa (48 milj. mk) ja vuonna 2000 noin 7,2 miljoonaa euroa (43 milj. mk). Käytettävissä olevan rahamäärän vähenemisen vuoksi IP-kuntoutusta saavien määrä pienenee jatkossa ja kohdentuu yksinomaan edellä mainittuun kurssitoimintaan.

Palvelutarveselvityksen seuranta tutkimuksessa arvioitiin toimintaohjelman tuloksellisuutta. Tulosten mukaan osallistujien työmarkkina-asema ja työllistymisedellytysten muutokset olivat melko vähäisiä: 81 prosenttia oli työttömänä vuoden kuluttua ja 63 prosenttia kahden vuoden kuluttua työvoimatoimistossa tehtyjen haastattelujen ja niiden perusteella järjestettyjen pal

velujen jälkeen. Parhaiten työllistyivät ansiosidonnaista työttömyysturvaa saaneet alle 55-vuotiaat.

Kuntoutustoimenpiteitä (kuntoutustarveselvityksiä, kuntoutustutkimuksia tai varsinaisia kuntoutusjaksoja) järjestettiin noin 15 prosentille selvitykseen osallistuneista. Kuntoutusta saaneet siirtyivät muita useammin työvoiman ulkopuolelle, työkyvyttömyyseläkkeelle tai sairauslomalle. Eniten kuntoutustoimenpiteistä hyötyivät toisaalta ne melko hyväkuntoiset henkilöt, joiden työelämään paluuta voitiin edistää kuntoutuksen avulla ja toisaalta heikentyneen työkyvyn omaavat, jotka kuntoutusselvitysten ja -tutkimusten seurauksena siirtyivät työkyvyttömyyseläkkeelle. IP-hankeen tulokset osoittavat riittävän varhaisen kuntoutuksen tärkeyttä työelämään paluun kannalta.

Aktiivisen sosiaalipolitiikan kokeiluhankkeet perustuvat sosiaali- ja terveysministeriön asettaman Aktiivinen sosiaalipolitiikka -työryhmän ehdotuksiin. Työryhmä esitti kahta uutta kokeiluhanketta, joista toinen kohdistuu 45-49 -vuotiaisiin, yli vuoden (käytännössä 2-3 vuotta) työttömänä olleisiin henkilöihin, joiden työkyvyn arvioidaan olevan uhattuna, ja joita uhkaa lisäksi vakava syrjäytyminen. Elämäntilanteesta johtuvia syrjäytymisriskiä lisääviä tekijöitä ovat muun muassa köyhyys, asunnottomuus, lievä sairaus, koulutuksen puute, henkilökohtainen elämänkriisi, päihteiden käyttö ja rikollisuus. Kokeiluun osallistuvien katsotaan tarvitsevan kuntoutusta ennen osallistumistaan työvoimatoimiston toimenpiteisiin ja kuntoutuksen arvioidaan parantavan työ- ja toimintakykyä. Kokeiluun ei valita henkilöitä, joiden arvioidaan olevan oikeutettuja eläkkeeseen.

Kokeilun tavoitteena on kohentaa osallistujien valmiuksia osallistua kuntouttavaan työtoimintaan tai työvoimapolitiittisiin toimenpiteisiin tai tukea paluuta työmarkkinoille ja työllistymistä pitkällä aikavälillä. Joidenkin kohdalla tavoitteeksi voidaan hyväksyä elämänhallinnan parantaminen. Tavoitteena on myös luoda toimiva yhteistyömalli, jossa kuntoutuja, paikalliset toimijat sekä Kela ja palveluntuottajat toimivat aktiivisesti yhdessä. Lisäksi tavoitteena on toiminnan ja rahoituksellisen lainsäädännöllisten muutostarpeiden selvittäminen. Kokeiluhankkeet toteutetaan vuosina 2001-2003 ja niihin käytetään noin 3,4 miljoonaa euroa (20 milj. mk).

## **6.5. Ikääntyneiden henkilöiden kuntoutus**

Yli 65-vuotiaden kuntoutus on pääosin kuntien sosiaali- ja terveydenhuollon vastuulla. Lisäksi veteraanikuntoutus kohdistuu nykyisin kokonaisuudessaan ikääntyneeseen väestöön. Kelan järjestämä geriatrinen kuntoutus on määrällisesti verraten vähäistä. Kelan järjestämää kuntoutusta sai noin 3 000 yli 65-vuotiasta henkilöä vuonna 2000.

Kela on käynnistänyt geriatrisen kuntoutuksen kehittämiseksi kehittämis- ja kokeiluhankeen, jossa korostuu paikallinen yhteistyö kuntoutujan ja hänen lähipiirinsä, Kelan, palveluntuottajien, sosiaali- ja terveystoimen sekä vapaaehtoisjärjestöjen kesken. Kuntoutusta toteutetaan avo- ja laitospuolisena. Tavoitteena on kuntoutujan toimintakyvyn ja omatoimisuuden edistämisen lisäksi kehittää toimivia yhteistyömalleja, joita geriatrisessa kuntoutuksessa voitaisiin jatkossakin hyödyntää.

Vuonna 2002 käynnistyy lisäksi Raha-automaattiyhdistyksen tukema veteraani- ja vanhusjärjestöjen yhteinen geriatrisen kuntoutuksen kehittämisprojekti, jota koordinoi Vanhustyön Keskusliitto.

## 7. VÄESTÖN KUNTOUTUSTARPEESEEN VAIKUTTAVIA TEKIJÖITÄ

Väestön ikääntyminen voimistuu jo lähivuosina. Ikärakenteen vanheneminen lisää kuntoutuksen tarvetta. Suurten ikäluokkien vanheneminen vaikuttaa työikäisen väestön ikärakenteeseen. 45-54-vuotiaan väestön määrän ennustetaan vähenevän 81 100 henkilöllä vuosina 2000 - 2010. Samanaikaisesti 55-64-vuotiaiden määrän ennustetaan kasvavan lähes 219 000 henkilöllä. Alle 45-vuotiaan väestön määrä sen sijaan vähenee. (Taulukko 18.)

**Taulukko 18.** Väestö ikäryhmittäin vuosina 2001 - 2015, tuhatta henkilöä

Ikäryhmä	2000	2005	2010	2015	Muutos		
					2000-2005	2005-2010	2010-2015
0-17	1 135	1 097	1 048	1 012	-39	-49	-36
18-34	1 113	1 092	1 118	1 110	-21	-25	-8
35-44	761	724	655	639	-37	-69	-16
45-54	828	771	747	712	-56	-25	-35
55-64	567	715	786	737	148	70	-49
65-74	437	446	505	645	10	58	140
75-84	262	299	309	326	37	10	17
85-	78	84	101	117	6	17	16
Yhteensä	5 181	5 230	5 268	5 298	48	38	30

Lähde: Tilastokeskuksen väestöennuste 2001

Yli 65-vuotiaiden osuus väestöstä nousee vuoden 2000 15 prosentista 21 prosenttiin vuonna 2015. Eläkeikäisten määrään ja väestöosuuteen vaikuttaa ikärakenteen kehityksen ohella myös odotettavissa olevan eliniän piteneminen. Miehillä odotettavissa oleva elinikä on nykyisin 74 vuotta ja naisilla 81 vuotta. Odotettavissa olevan eliniän ennustetaan pitelevän 2-3 vuodella vuoteen 2015 mennessä. 80-84-vuotiaiden ikäryhmä kasvaa 2000-luvun ensimmäisellä vuosikymmenellä suhteellisesti kaikkein nopeimmin.

Tavoitteena on siirtää ikäihmisten toimintakyvyn heikkeneminen mahdollisimman myöhäiseen vaiheeseen. Nykyisin toimintakyvyn heikkeneminen kiihtyy monilla 75 ikävuoden ja etenkin 80 ikävuoden saavuttamisen jälkeen. Kotona asuminen ja tarvittaessa avohoidon palvelut ja apuvälineet ovat ensisijainen vaihtoehto vanhusten pitkäaikaiseen laitoshoitoon nähden.

Veteraanit ovat nykyisin kokonaisuudessaan osa vanhusväestöä. Veteraaneja on tällä hetkellä yhteensä noin 124 000, joista on sotainvalideja noin 23 000. Veteraanien määrä on vähentynyt vuosittain noin 12 000 henkilöllä. Vuonna 2015 veteraaneja ennustetaan olevan enää 16 100. (Taulukko 19.)

**Taulukko 19.** Sotainvalidien ja veteraanien ja heidän kuntoutukseen oikeutettujen omaistensa määrän kehitys 2000 - 2015

Vuosi	Sotainvalidit ja rintamaveteraanit	Omaiset (puolisot, lesket)
2000	149 055	9 000
2003	111 800	7 700
2006	89 700	6 600
2010	44 400	5 000
2015	16 100	3 000
2020	3 700	1 000

Lähde: Valtiokonttori 2002

Työikäisten 15-64-vuotiaiden määrä kääntyy laskuun vuonna 2011. Jyrkin lasku tapahtuu vuosina 2011 -2016, jolloin työikäisten määrän ennustetaan vähenevän noin 25 000 henkilöllä vuodessa.

Työvoiman määrä kääntyy laskuun työikäisen väestön määrän laskua ennemmin. Työvoiman määrän pienenemisen odotetaan alkavan jo vuoden 2006 jälkeen (taulukko 20). Kehitystä selittää suurten ikäluokkien siirtyminen ikäryhmiin, joissa työvoimaosuus alenee.

**Taulukko 20.** Työikäinen (15 - 64-vuotias) väestö ja työvoima vuosina 1998 ja 2010, tuhatta henkilöä

	2000	2005	2010
Väestö 15-64-v	3 468	3 450	3 501
Työvoima	2 589	2618	2 585
Työvoimaosuus (%)	75	76	74

Lähde: Tilastokeskus 2000 ja työministeriö 2002

Työttömyysaste on tällä hetkellä noin 9 prosenttia ja se vaihtelee suuresti maakunnittain. Tilastokeskuksen ennusteen mukaan työttömyysaste alenee 8,2 prosenttiin vuonna 2005. Vuonna 2015 työttömyysasteen ennustetaan olevan 6,8 prosenttia.

Työvoiman ikärakenne vanhenee. Työssäkäyvien keski-ikä nousee noin vuoteen 2010 asti, jolloin suuret ikäluokat siirtyvät vanhuuseläkkeelle. Lähivuosina yhä useampi työvoimaan kuuluva henkilö on yli 50-vuotias (taulukko 21). Lisäksi 55-64-vuotiaiden määrä alkaa ylittää työkään tulevien 15-24-vuotiaiden määrän. Mahdollisuudet osaamisen uudistamisen pelkästään nuorten työmarkkinoille tulon avulla ovat vähäisemmät kuin aiemmin. Maan taloudellisen kilpailukyvyn varmistaminen ja sosiaaliturvan kestävä rahoitusperusta vaativat toimia, joilla ylläpidetään myös ikääntyvän työvoiman työkykyä, ammattitaitoa, työmotivaatiota ja työssäjaksamista.

**Taulukko 21.** Työvoiman ikärakenne vuosina 1998 ja 2010, prosenttia

Ikäryhmä	1998	2010
-24	12	13
25 - 49	66	60
50 -	23	28
Yhteensä	100	100

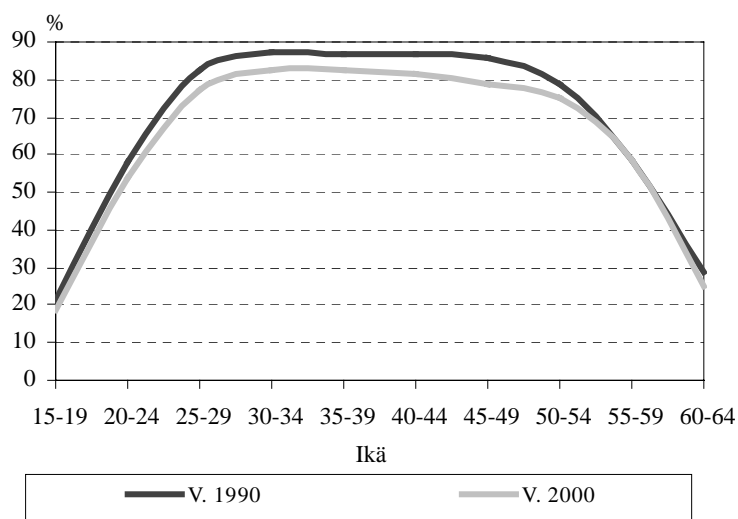
Lähde: Tilastokeskus 2000

Väestön työllisyysasteet alenivat 1990-luvulla lähes kaikissa ikäryhmissä (kuvio 12). Työikäisen väestön työllisyysaste on tällä hetkellä 68 prosenttia. Nuorten työllisyysaste on opiskelun vuoksi melko alhainen. Osuus kohoaa tasaisesti runsaan 40 vuoden ikään saakka, jonka jälkeen se alkaa alentua. Aleneminen on ensin hidasta, mutta kiihtyy 50 ikävuoden jälkeen.

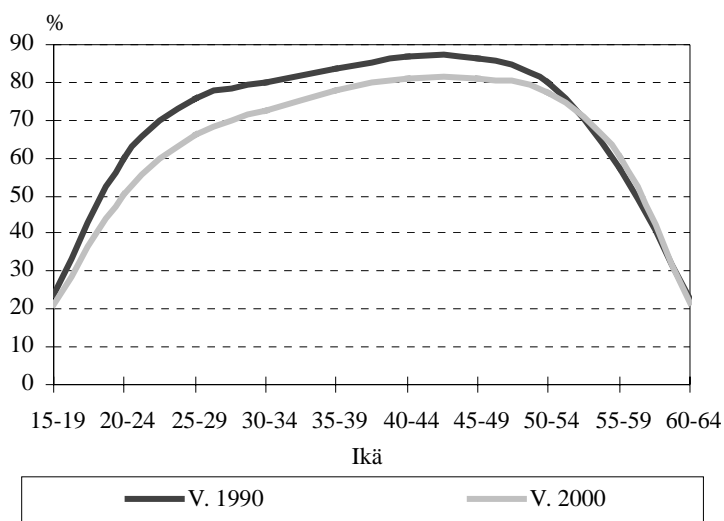
Hallituksen tavoitteena on työllisyysasteen nostaminen 70 prosenttiin. Työllisyysasteessa on kohenemisen varaa erityisesti vanhimmissa työkäisten ikäryhmissä. Työllisyysasteen noususta voidaan osaltaan edistää ylläpitämällä ikääntyvien työ- ja toimintakykyä muun muassa riittävän varhaisen kuntoutuksen avulla. Vaikka työikäisen väestön määrä kasvaa vielä lähivuosina, työvoiman tarjonta kääntyy laskuun jo lähivuosina elleivät työvoimaosuudet kohoaa.

**Kuvio 12.** Työllisyysasteet ikäryhmittäin 1990 ja 2000, miehet ja naiset

## Miehet



## Naiset



Lähde: Tilastokeskus



## LÄHTEET

- ▶ Kittilä R., Dufva, V. Sosiaali- ja terveysjärjestöjen kuntoutuspalvelut. YTY:n kuntoutustyöryhmä. Sosiaali- ja terveysjärjestöjen yhteistyöyhdistys YTY ry. Helsinki 2001.
- ▶ Kumpulainen, A. Viiden suurimman kaupungin vammaispalvelulain mukaisten palvelujen ja taloudellisen tuen vertailu 1999. Viisikko-työryhmän julkaisusarja 3/2000.
- ▶ Lehmijoki, P. Vajaakuntoisten ja ikääntyvien mahdollisuudet syrjästä osallisuuteen. Työvoimapolitiittinen Aikakauskirja 2 / 2001.
- ▶ Rajavaara M. (toim.). Yksilölliset polut ja ikääntyneiden pitkäaikaistyöttömyys. Ikääntyneiden pitkäaikaistyöttömien palvelutarveselvityksen seurantalutkimuksen loppuraportti. Kela. Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 54. Helsinki 2000.
- ▶ Romppanen, A. Ikääntymisen vaikutuksista työmarkkinoilla. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2000:12. Helsinki.
- ▶ Sosiaali- ja terveysministeriö ja työministeriö. Kansallisen Ikäohjelman seurantaraportti 2001. Julkaisuja 2001:17. Helsinki 2001.
- ▶ Tilastokeskus. Päihdetilastollinen vuosikirja 2000. SVT. Sosiaaliturva 2000:2. Alkoholi ja huumeet. Vantaa 2001.
- ▶ Tilastokeskus. Väestöennuste kunnittain 2001 -2030. SVT. Väestö 2001:10. Vantaa 2001.
- ▶ Topo, P., Heiskanen, M-L, Rautavaara, A., Hannikainen-Ingman, K., Saarikalle, K. ja Tiilikainen, R. Kuulo- ja puhevammaisten tulkkipalvelut. Vammaispalvelulain toteutuminen. Stakes, Raportteja 255. Helsinki 2000.
- ▶ Työministeriö. Työllisyys uuden vuosituhannen alussa. Työvoima 2020. Väiliraportti. Työpolitiittinen tutkimus 234. Helsinki 2002.
- ▶ Töytäri, O. Apuvälineiden saatavuus. Selvitys apuvälineiden luovutuskäytännöistä, resursseista ja yhteistyöstä terveyskeskuksissa ja keskussairaaloissa. Stakes. Aiheita 9/2001.
- ▶ Winell, K. & Ståhl, T. Kuntalaisten kuntoutuspalvelut. Julkisen ja yksityisen sosiaali- ja terveydenhuollon tuottamat kuntoutuspalvelut kolmessa kunnassa. Stakes. Raportteja 226. Jyväskylä 1998.
- ▶ Väestön ja työllisyyden kehitysnäkymiä. Valtioneuvoston tulevaisuusselonteko eduskunnalle. Oheisjulkaisu. Valtioneuvoston kanslian julkaisusarja 2001/10. Helsinki.



*Pekka Rissanen, Anna-Mari Aalto*

*Arvio eräiden kuntoutusmuotojen*  

---

*vaikuttavuudesta*

## TIIVISTELMÄ

Tässä sosiaali- ja terveysministeriön toimeksiannosta ja kuntoutusasiain neuvottelukunnan aloitteesta toteutetussa hankkeessa arvioitiin olemassa olevan tieteellisen tutkimuksen perusteella kuntoutuksen vaikuttavuutta eräissä keskeisissä kohderyhmissä. Arvioitavaksi valittiin suurille kuntoutujaryhmille annettavia kuntoutuksen muotoja, erityisesti suurille ikäluokille ja niissä vallitseviin yleisiin sosiaalisiin ja terveysongelmiin suunnattua kuntoutusta. Vaikuttavuusarviot laadittiin työelämässä olevien varhaiskuntoutuksesta, ammatillista kuntoutuksesta, pitkäaikaistyöttömien kuntoutuksesta, tuki- ja liikuntaelimestön sairauksien kuntoutuksesta, neurologisesta kuntoutuksesta, päihdeongelmaisten kuntoutuksesta, psykiatrisesta kuntoutuksesta, ja ikääntyneiden kuntoutuksesta. Lisäksi arvioitiin myös kuntoutuksen taloudellista vaikuttavuutta. Arvioinnin suorittivat alan tutkimukseen hyvin perehtyneet asiantuntijat. Vaikuttavuusarviot perustuvat kansainvälisiin kirjallisuuskatsauksiin sekä kotimaisiin tutkimuksiin.

Kuntoutuksen vaikuttavuudesta on tieteellistä näyttöä eri sairaus- ja ongelmaryhmissä. Vahvinta näyttö kuntoutuksen myönteisistä vaikutuksista oli pitkittyneen alaselän kivun kuntoutuksessa, aivohalvauspotilaiden akuutissa kuntoutuksessa ja äkillisesti sairastumisen tai tapaturman vuoksi toimintakykynsä menettäneiden vanhusten sairaalakuntoutuksessa. Varhaiskuntoutuksella on myönteisiä vaikutuksia työssä olevien toimintakykyyn ja sitä haittaaviin oireisiin, psyykkiseen hyvinvointiin ja sairauspoissaoloihin. Kuntoutuksen vaikutuksista eläkkeelle siirtymisen ajankohtaan ei voida tutkimusten perusteella tehdä päätelmiä. Ammatillisessa kuntoutuksessa on ulkomaisten tutkimusten perusteella näyttöä tuetun työllistämisen myönteisistä tuloksista. Myös päihdekuntoutuksen, psykiatrisen kuntoutuksen ja pitkäaikaistyöttömien kuntoutuksen myönteisistä vaikutuksista on kansainvälisistä tutkimuksista saatua näyttöä, mutta muissa maissa käytettävien kuntoutusmenetelmien soveltuvuus suomalaiseen sosiaaliturva- ja kuntoutusjärjestelmään vaatii lisätutkimuksia.

Moniammatillinen kuntoutus oli vaikuttava toimintamalli useissa sairaus- ja ongelmaryhmissä. Kuntoutuksen vaikutukset ovat vankimpia, kun kuntoutukseen yhdistetään ympäristöön, lähiyhteisöön ja työssä olevien osalta työyhteisöön kohdistuvia toimenpiteitä. Kuntoutuksen tarkka kohdentaminen ja varhainen aloittaminen parantavat vaikuttavuutta.

Kuntoutuksen vaikuttavuusarvio toi esiin myös tiedon katvealueita ja kehittämistarpeita. Lisää tutkimusta tarvitaan lähiyhteisöön sekä työyhteisöön ja työympäristöön kohdistuvista kuntoutusmuodoista ja niiden yhteisövaikutuksista, muissa maissa saatujen tulosten soveltuvuudesta suomalaiseen kuntoutus- ja sosiaaliturvajärjestelmään sekä eri toimintamallien kustannusvaikuttavuudesta. Kuntoutusmenetelmien kehittämisen näkökulmasta tarvitaan myös lisää tietoa ja tutkimusta menestyksekkäistä kuntoutusprosesseista ja niihin vaikuttavista tekijöistä.

Tämänhetkistä vaikuttavuustietoa ja vaikuttavaksi osoitettuja menetelmiä tulee käyttää ja niille tulee antaa etusija käytännön kuntoutustoiminnassa. On myös luotava väylät vaikuttavuustiedon kattavalle käytäntöön ottamiselle. Kuntoutuksen järjestäjien ja rahoittajien on seurattava systemaattisesti kuntoutuksen vaikuttavuutta ja kehitettävä seurannan menetelmiä. Myös olemassa olevia tietojärjestelmiä on hyödynnettävä jatkuvassa vaikuttavuuden seurannassa.

## SISÄLTÖ

<b>1. TAUSTAA.....</b>	<b>65</b>
<b>2. VAIKUTTAVUUS .....</b>	<b>65</b>
<b>3. ARVIOINNIN AINEISTO JA MENETELMÄT .....</b>	<b>66</b>
3.1 KOHDERYHMÄT JA TIEDON KERUU .....	66
3.2 VAIKUTTAVUUSNÄYTTÖ .....	67
<b>4. VAIKUTTAVUUDEN ARVIOINNIN TULOKSET .....</b>	<b>68</b>
4.1 VARHAISKUNTOUTUS .....	68
4.2 AMMATILLINEN KUNTOUTUS.....	69
4.3 PITKÄAIKAISTYÖTTÖMIEN KUNTOUTUS .....	70
4.4 TUKI- JA LIIKUNTAELINSAIRAUKSIEN (TULES) KUNTOUTUS .....	71
4.5 NEUROLOGINEN KUNTOUTUS .....	72
4.6 PÄIHDEKUNTOUTUS .....	73
4.7 PSYKIATRINEN KUNTOUTUS .....	74
4.8 GERIATRINEN KUNTOUTUS .....	75
<b>5. KUNTOUTUKSEN TALOUDELLINEN VAIKUTTAVUUS .....</b>	<b>75</b>
<b>6. YHTEENVETO.....</b>	<b>78</b>
<b>7. JOHTOPÄÄTÖKSET .....</b>	<b>81</b>
<b>LÄHTEET .....</b>	<b>82</b>



## 1. TAUSTAA

Julkisessa keskustelussa on yhä useammin kaivattu sosiaali- ja terveyspalvelujen vaikuttavuuden arviointia. Verovaroin rahoitettujen palvelujen perustuminen tieteelliseen näyttöön on tullut yhä tärkeämmäksi päätöksenteon perusteena sosiaali- ja terveydenhuollossa, kuten muissakin järjestelmissä. Näyttöä vaaditaan nimenomaan toimenpiteiden vaikuttavuudesta ja tehokkuudesta, sillä suurin osa yhteiskunnan tarjoamista sosiaali- ja terveyspalveluista ei perustu tieteelliseen näyttöön vaikuttavuudesta. Kuntoutustoiminta ei ole voinut jäädä näyttöä koskevan keskustelun ulkopuolelle, ja myös sen piirissä tarve vaikuttavuuden arviointiin on pantu merkille. Eduskunta antoi arvovaltaisen tuen kuntoutuksen vaikuttavuuden arviointitarpeille vastauksessaan valtioneuvoston vuonna 1998 antamaan kuntoutusselontekoon.

Sosiaali- ja terveysministeriön toimeksiannosta ja kuntoutusasiain neuvottelukunnan aloitteesta toteutetussa hankkeessa on arvioitu eräiden keskeisten kuntoutusmuotojen vaikuttavuutta. Tavoitteena on raportoida parhaaseen saatavilla olevaan tietoon perustuva käsitys kohteiksi valittujen kuntoutusmuotojen vaikuttavuudesta yleensä ja erityisesti Suomen kuntoutusjärjestelmään sovellettuna. Kyseessä on siis arvio kuntoutustoiminnan vaikuttavuudesta olemassa olevan tutkimustiedon perusteella.

Arviointihankkeen koko aineisto julkaistaan Stakesin raporttien sarjassa. Tämä kirjoitus on yhteenveto arvioinnin tuloksista.

## 2. VAIKUTTAVUUS

Kuntoutuksesta on taloudelliselta kannalta katsoen kahdensuuntaisia seurauksia. Yhtäältä kuntoutukseen käytetään voimavaroja, jotka olisi voitu käyttää muihinkin tarkoituksiin. Toisaalta kuntoutuksesta seuraa erilaisia hyödyllisiä vaikutuksia. Vaikuttavuuskäsite liittyy hyödyllisiin seurauksiin. Kuntoutuksen vaikuttavuudella tarkoitetaan toiminnan tavoitteen mukaisten tulosten saavuttamista. Tavoitteet voivat olla yhteisötason tavoitteita (esim. työvoiman määrän kasvu), yksilötason tavoitteita (vajaakuntoisuuden kanssa selviäminen) tai joitakin muita pyrkimyksiä. Yleisesti ottaen sosiaali- ja terveydenhuollon toimet tähtäävät hyvinvoinnin kohentamiseen tai sen huononemisen hidastamiseen.

Eri kuntoutusmuodoilla on monia tavoitteita, joten myös niiden vaikuttavuutta on mitattava toisistaan poikkeavin menetelmin. Yleisiä kuntoutuksen vaikuttavuuden arviointiin soveltuvia standardoituja mittausmenetelmiä ei toistaiseksi ole kehitetty. Tutkimuksissa on käytetty terveydenhuollon arviointiin kehitettyjä mittaamismenetelmiä, mutta koska hoitamisen ja kuntoutuksen tavoitteet selvästi eroavat toisistaan, näiden menetelmien soveltuvuus tai riittävyys kuntoutuksen vaikuttavuuden arvioimiseen ei ole itsestään selvää. Tässä vaikuttavuuden arvioinnissa ei pyritty yhtenäistämään käytettyjä vaikuttavuuden mittareita, vaan kuntoutuksen osa-alueiden ja menetelmien vaikuttavuutta on raportoitu niille soveltuvien ja tyypillisten vaikuttavuusindikaattorein. Kaikkien osaraporttien vaikuttavuuskäsitteen ydin on kuitenkin peräisin kunkin kuntoutusmuodon tavoitteista ja siitä, miten kuntoutuksen avulla on voitu edetä kohti näitä tavoitteita.

Kuntoutuksen vaikuttavuuden arviointi voi kohdistua kuntoutusjärjestelmään ja sen osiin, kuntoutuksen tuottajatasoon tai kuntoutujaan ja hänen toimintaympäristöihinsä (kuten työyhteisö tai työolot). Arviointiin pyrittiin saamaan tutkimuksia kaikilta näiltä tasoilta, mutta käytännössä valtaosa vaikuttavuutta koskevasta tutkimustiedosta koskee kuntoutuksen asiakkaita tai yksittäisiä menetelmiä. Sen vuoksi tämän arvioinnin painopiste on yksilötason vaikuttavuudessa.

### 3. ARVIOINNIN AINEISTO JA MENETELMÄT

#### 3.1 Kohderyhmät ja tiedon keruu

Tässä kuntoutuksen vaikuttavuuden arvioinnissa on keskitytty tiettyihin kuntoutuspoliittisen merkityksensä perusteella valittuihin asiakokonaisuuksiin. Mukaan on valittu kuntoutusmuotoja, jotka kohdistuvat suuriin kuntoutujaryhmiin, erityisesti suuriin ikäluokkiin ja niissä valitseviin yleisiin sosiaalisiin ja terveysongelmiin. Lähtökohtana on ollut selvittää sellaisten toimintamuotojen vaikuttavuutta, joihin tällä hetkellä suunnataan runsaasti voimavaroja, tai joihin tullaan suuntaamaan resursseja yhteiskunnallisten kehityssuuntausten, kuten ikärakenteen muutoksen myötä. Siksi arvioinnin ulkopuolelle jää monia kuntoutuksen osa-alueita, kuten mm. sydän- ja verisuonitaudit, syöpä ja lasten mielenterveyskuntoutus, joiden mukaan ottaminen voisi yhtä hyvin olla perusteltua yhteiskunta- ja terveyspoliittisesti. Näiden kuntoutusmuotojen vaikuttavuuden selvittäminen on myös tärkeää ja niihin on syytä palata vastaisuudessa.

Vaikuttavuuden arviointiin valitut asiakokonaisuudet ja niistä vastaavat asiantuntijat ovat:

- 1) Varhaiskuntoutus: Kristiina Härkäpää, FT, dosentti, kehittämisspäällikkö, Kuntoutussäätiö
- 2) Ammatillinen kuntoutus ja koulutus: Aila Järvikoski, YT, tutkimusjohtaja, Kuntoutussäätiö/ professori, Lapin yliopisto
- 3) Pitkäaikaistyöttömien kuntoutus: Simo Mannila, VTT, dosentti, kehittämisspäällikkö, Kuntoutussäätiö
- 4) Tuki- ja liikuntaelinsairauksien (TULES) kuntoutus, erityisesti keskittyen yleisimpiin suuriin sairausryhmiin (degeneratiiviset eli rappeumaperäiset TULE-sairaudet): Kaija Karjalainen, erikoistuva lääkäri, LL, fysioterapeutti Työterveyslaitos; Antti Malmivaara, apulaisylilääkäri, LKT, Työterveyslaitos; Timo Pohjolainen, LKT, dosentti, asiantuntijalääkäri, Kela; Heikki Hurri, LKT, dosentti, ylilääkäri, Invalidisäätiö
- 5) Neurologinen kuntoutus, erityisesti aivoverenkiertohäiriöt: Tapani Kallanranta, LKT, dosentti, ylilääkäri, Oulun yliopistollinen keskussairaala
- 6) Psykiatrinen kuntoutus: Jouko K. Salminen, LKT, dosentti, apulaisylilääkäri, Kela, tutkimus- ja kehitysyksikkö
- 7) Päihdeongelmaisten kuntoutus: Olavi Kaukonen VTT, ylitarkastaja, sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö



8) Geriatriinen kuntoutus, erityisesti aivohalvaus ja lonkkamurtumat: Reijo Tilvis, LKT, professori, Helsingin yliopisto

Asiantuntijaryhmän työskentelyä koordinoi ja ohjasi sosiaali- ja terveysministeriön kuntoutusasiain neuvottelukunnan tutkimusjaoston jäsenistä koottu tukitiimi, johon kuuluivat Timo Pohjolainen, (Kela, tiimin puheenjohtaja), Heikki Hurri (Invalidisäätiö), Aila Järvikoski (Kuntoutussäätiö), Jorma Järvisalo (Kela, tutkimus- ja kehitysyksikkö), Vappu Karjalainen (Stakes), Heidi Paatero (STM), Pekka Rissanen (Stakes, Tampereen yliopisto). Tukitiimin ja asiantuntijoiden yhteydenpitoa koordinoi Anna-Mari Aalto (Stakes).

Asiantuntijat laativat selvityksen omalla osa-alueellaan tehdystä kuntoutuksen vaikuttavuus-tutkimuksesta. Osaselvityksissä ei pyritty yhtenäisen kuntoutuskäsitteen määrittelyyn, vaan kuntoutus ymmärretään samoin kuin suomalaiset asiantuntijat ja alan tutkimus sen ovat määritelleet. Siten käytetyt kuntoutuskäsitteet eivät välttämättä eri osaselvityksissä vastaa toisiaan. Osaselvityksissä käytettiin hyväksi kotimaisia ja ulkomaisia sosiaali- ja terveysalan tutkimuksia sisältäviä tietokantoja. Selvityksissä nojaututtiin mahdollisimman pitkälle olemassa oleviin kirjallisuuskatsauksiin, joita saatettiin täydentää ja päivittää uusimmilla tutkimuksilla. Asiantuntijat arvioivat osaselvityksissään sitä, millaisia tieteellisiä tutkimuksia kuntoutuksesta kyseisellä osa-alueella on olemassa, mitä vaikuttavuuden kriteereitä tutkimuksissa on sovellettu sekä sitä, minkä suhteen vaikuttavuutta on havaittu ja minkä suhteen ei. Lisäksi asiantuntijat arvioivat annetun vaikuttavuusnäytön vahvuutta sen mukaan, millaisiin tutkimusasetelmiin tulokset perustuvat. Osaselvityksissä arvioitiin myös tiedon katvealueita, eli sitä, mistä kuntoutusmuodoista tai vaikuttavuuden osa-alueista puuttuu tutkimustietoa.

### **3.2 Vaikuttavuusnäyttö**

Tavallisesti vankkana vaikuttavuusnäyttönä pidetään satunnaistetuista kokeista saatuja tuloksia. Tällöin osallistujat arvotaan yhteen tai useampaan hoitoryhmään ja vertailuryhmään, joka ei saa hoitoa. Ryhmät ovat lähtötilanteessa vertailukelpoisia, joten ryhmien väliset erot hoidon jälkeen voidaan tulkita hoidosta johtuviksi. Jos vertailuryhmää ei ole, tai se muodostetaan jotenkin muuten kuin arpomalla, ei voida varmuudella tehdä päätelmiä siitä, että havaitut muutokset koeryhmässä johtuisivat juuri tehdystä toimenpiteestä. Myönteiset muutokset olisivat voineet tapahtua ilman hoitoakin, tai ne voivat heijastaa vertailuryhmien eroja lähtötilanteessa.

Myös kuntoutuksen vaikuttavuutta koskevassa tutkimuksessa on käytetty satunnaistettuja kokeellisia tutkimuksia. Kokeellisten tutkimusten perusteella arvioitaviksi soveltuvat hyvin erityisesti kuntoutusmenetelmien ja toimintamallien vertailut, kun kohderyhmän kuntoutustarvetta aiheuttava tila on vakaa. Erityisiä ongelmia kokeellisten vertailujen suorittamiseen tuottavat harvinaisten tilojen tai sairauksien aiheuttamat kuntoutustarpeet. Ongelmia aiheutuu myös kuntoutujien keskinäisistä eroista, kuten esimerkiksi ikäeroista ja eroista yksilöllisissä kuntoutumistarpeissa ja -tavoitteissa. Lisäksi kuntoutumisprosessin aikana tapahtuu kuntoutujien elämäntilanteessa ja terveydentilassa muutoksia, jotka ovat seurausta muista tekijöistä kuin kuntoutuksesta ja joita on tutkimuksellisesti vaikea hallita. (Turner-Stokes, 1999.) Kuntoutus on myös kuntoutujan, kuntouttajan, yhteisön ja ympäristön monitasoinen prosessi, joka taipuu usein huonosti satunnaistetun kokeen muotoon arvioitavaksi. Satunnaistetut kliiniset

arviointikokeet ovat kalliita, joten niitä on syytä kohdentaa taloudellisesti merkittävälle kuntoutuksen osa-alueille.

Arvioitaessa normaaleja, jo vakiintuneita kuntoutuksen toimintamalleja satunnaistaminen ei ole eettisesti perusteltua ja palveluun oikeutettuja ihmisiä ei voida arpoa ilman palvelua jäävään vertailuryhmään. Tällaisissa tilanteissa vaikuttavuutta arvioitaessa voidaan käyttää ei-satunnaistettuja vertailuasetelmia, seurantatutkimuksia tai laadullisia menetelmiä.

Eräs satunnaisten kokeiden käyttöön liittyvä rajoitus liittyy siihen, miten kokeissa vaikuttavaksi todettu toimintamalli tai menetelmä toimii todellisessa elämässä. Kuntoutuksen tavoitteet, asiakkaan toimintakyvyn ja selviytymisen edistäminen ja syrjäytymisen ehkäisy, eivät ole ainoastaan yksilön ja palvelujärjestelmän ominaisuuksia, vaan ne liittyvät myös siihen yhteisöön ja yhteiskuntaan, jossa asiakas elää ja toimii. Satunnaistettujen kokeiden antama tieto on vaikeasti yleistettävissä asioissa, jotka riippuvat myös laajemmasta toimintaympäristöstä, kuten työllisyystilanteesta, sosiaaliturvajärjestelmästä tai muista yhteiskunnan rakenteellisista tekijöistä. (Järvikoski ja Härkäpää 2001)

Kokeellisten tutkimusten alkamisesta valmiiden systemaattisten katsausten julkaisemiseen kuluu vuosia, jona aikana kuntoutusmenetelmät kehittyvät ja muuttuvat koko ajan. Siksi kuntoutuksen arviointitutkimuksessa ajantasaisen kokonaiskuvan muodostaminen edellyttää, että vaikuttavuudesta kerätään monipuolisiin menetelmiin perustuvaa arviointitietoa: niin satunnaistettuihin kokeisiin, muihin vertailuasetelmiin, seurantatutkimuksiin kuin myös laadullisiin tutkimuksiin perustuvaa tietoa.

Tässä arvioinnissa on kerätty vaikuttavuusnäyttöä joiltakin valituilta osa-alueilta. Vaikuttavuusnäyttö perustuu satunnaistettuihin kokeellisiin tutkimuksiin niillä osa-alueilla, joilla tällaista tietoa on saatavilla. Nojaaminen pelkästään satunnaistettuihin kokeisiin olisi antanut vääristyneen kuvan esimerkiksi ammatillisen kuntoutuksen tai pitkäaikaistyöttömien kuntoutuksen vaikuttavuudesta, sillä niiden tutkimisessa satunnaistettuja kokeita voidaan toteuttaa vain rajoitetusti. Näillä osa-alueilla katsaukseen on otettu mukaan myös ei-kokeellisiin vertailuasetelmiin perustuvia tutkimuksia, seurantatutkimuksia sekä myös laadullisia tutkimuksia. Tavoitteena on ollut kerätä mahdollisimman kattavasti tietoa vaikuttavuusarvioiden pohjaksi ja arvioida kriittisesti sen soveltuvuutta johtopäätösten tekoon.

Monien kuntoutusmuotojen vaikuttavuudesta ei ole olemassa näyttöä, koska niiden vaikuttavuutta ei ole tutkittu. Tämä ei luonnollisestikaan ole osoitus kyseisten toimintamallien tehotomuudesta vaan luotettavan tutkimustiedon tarpeesta.

## 4. VAIKUTTAVUUDEN ARVIOINNIN TULOKSET

### 4.1 Varhaiskuntoutus

**Kohderyhmä ja toimintamuodot.** Varhaiskuntoutus kohdistuu työmarkkinoilla oleviin henkilöihin (työssä käyvät ja työttömät työnhakijat), joiden työkyky on vaarassa heikentyä tai on jo alentunut. Osa-raportissa on keskitytty pääasiassa monialaisiin kuntoutusmuotoihin, jotka perustuvat eri ammattiryhmien yhteistyöhön (esim. lääkäri, psykologi, sosiaalityöntekijä, fy

sioterapeutti, työnohjaaja, terveydenhoitaja), kuten Kelan rahoittama ASLAK® -kuntoutus tai väestön työkykyä ylläpitävä ja parantava valmennus (TYK-toiminta). Tavoitteena on kuntoutettavien ammatillisten valmiuksien ja työmotivaation parantaminen, työolosuhteiden ja -tapojen kehittäminen sekä erilaisten elämänhallintataitojen tukeminen. Moniammatillisen kuntoutuksen lisäksi tässä osaselvityksessä on mukana myös suppeampia interventioita, kuten selkäkoulut, käyttäytymisterapia ja liikuntahoidot.

**Vaikuttavuus.** Varhaiskuntoutusta arvioivat vaikuttavuustutkimukset ovat olleet lähinnä asiakastutkimuksia, jotka tarkastelevat toiminnan tuloksia yksilötasolla. Vaikuttavuusnäyttöä on saatavissa melko paljon satunnaistetuista kokeellisista tutkimuksista ja jossain määrin myös ei-satunnaistetuista vertailututkimuksista ja asiakasseurantatutkimuksista. Selvityksessä olevissa tutkimuksissa vaikuttavuutta on mitattu lähinnä yksilönäkökulmasta, esimerkiksi toimintakyvyn, hyvinvoinnin ja terveystalvelujen käytön muutoksina sekä eläkkeelle siirtymisenä.

Moniammatillisen varhaiskuntoutuksen vaikuttavuudesta on vankkaa, myös satunnaistettuihin tutkimuksiin perustuvaa näyttöä. Vaikutukset ovat selvempiä silloin, kun toimenpiteet ovat kohdistuneet myös työyhteisöön ja työpaikalle. Myönteisiä muutoksia on havaittu oireilussa, toimintakyvyssä ja psyykkisessä hyvinvoinnissa. Jonkin verran näyttöä on myös siitä, että kuntoutuksella voidaan vaikuttaa objektiivisiin kansanterveyden vaaratekijöihin (mm. verenpaine, kolesteroli ja ylipaino). Sairauspoissaoloja koskeva näyttö on monimutkaisempaa. Varhaiskuntoutuksella on voitu hidastaa niiden henkilöiden sairauspoissaolojen kasvua, joiden työkyky on vaarassa alentua. Jos työkyky on jo heikentynyt kuntoutusprosessin alkaessa, sairauspoissaolovaikutuksia ei kuitenkaan voida arvioida olemassa olevan näytön perusteella. Myöskään varhaiskuntoutuksen vaikutuksista eläkkeelle siirtymiseen ei voida tehdä päätelmiä. Suppeat kuntoutusinterventiot, kuten selkäkoulut tai käyttäytymisterapia, voivat vähentää koettuja oireita, mutta niiden vaikutuksista työkykyyn tai psyykkiseen hyvinvointiin ei ole tietoa.

**Tiedon katvealueet.** Vaikka varhaiskuntoutuksen tavoitteena on vaikuttaa sekä yksilöön että hänen toimintaympäristöönsä, työhön ja työyhteisöön kohdistuvia toimenpiteitä ja niiden vaikuttavuutta ei juuri ole tutkittu. Toimenpiteiden vaikutukset eläkkeelle siirtymiseen ja sairauspoissaolojen kehitykseen vaativat lisätutkimusta. Varhaiskuntoutuksen kustannusvaikuttavuutta on tutkittu hyvin niukasti, eikä siitä voida olemassa olevan tiedon perusteella tehdä päätelmiä.

## 4.2 Ammatillinen kuntoutus

**Kohderyhmä ja toimintamuodot.** Ammatillinen kuntoutus on suunnattu henkilöille, jotka sairauden tai vamman takia ovat vaarassa syrjäytyä työmarkkinoilta. Tavoitteena on edistää kuntoutujan mahdollisuuksia pysyä kiinni työelämässä ja yhteiskunnassa mm. lisäämällä hänen ammatillisia valmiuksiaan, parantamalla työkykyä, edistämällä työmahdollisuuksia ja vähentämällä vajaakuntoiseen työntekijään kohdistuvaa syrjintää työpaikalla. Ammatillisella kuntoutuksella tarkoitetaan sitä osaa kuntoutusprosessista, jossa toteutetaan ammattiin tai työhön liittyviä toimenpiteitä, kuten ammatinvalinnanohjausta, ammatillista koulutusta, vajaan työllisten henkilöiden työllistämistä tukevia toimenpiteitä, työ- tai työpaikkakokeiluja ja työhön valmennusta. Ammatillista kuntoutusta toteutetaan Suomessa erilaisten järjestelmien,

kuten työeläkejärjestelmän, Kansaneläkelaitoksen, tapaturma- ja liikennevakuutusjärjestelmän ja työhallinnon toimesta.

**Vaikuttavuus.** Ammatillisen kuntoutuksen järjestelmätason vaikuttavuustieto perustuu lähinnä kuntoutuksen rahoittajien asiakasseurantoihin, ei-kokeellisiin vertailututkimuksiin sekä eräisiin lähinnä Yhdysvalloissa tehtyihin vertailututkimuksiin. Vaikuttavuutta on mitattu pääasiassa työssä olevien ja sosiaaliturvaetuksia käyttävien määränä, työssäoloaikana, työansioiden tai sosiaaliturvaetuuksien määränä. Tutkimusten mukaan on näyttöä kuntoutusprosessin myönteisistä vaikutuksista työllistymiseen ja työssä pysymiseen. Asiakkaan sitoutuminen ammatilliseen kuntoutumissuunnitelmaan edesauttaa tavoitteiden saavuttamista. Yhdysvaltalaisissa tutkimuksissa ammatillisen kuntoutuksen hyödyt on todettu kustannuksia suuremmiksi, erityisesti fyysisesti vajaakuntoisilla.

Asiakastason tutkimukset ovat lähinnä seurantatutkimuksia ja ei-satunnaistettuja vertailututkimuksia. Tulokset viittaavat selvästi siihen, että kuntoutustoimien kohdistaminen työelämään, työmenetelmien ja työolosuhteiden sovittamiseen on tehokkaampaa kuin pelkät yksilöön kohdistuvat kuntoutustoimenpiteet. Vankinta näyttöä mielenterveyspotilaiden suoran tuetun työllistämisen myönteisistä tuloksista on silloin, kun ohjaus jatkuu myös työssäoloaikana. Tulos perustuu yhdysvaltalaisiin satunnaistettuihin tutkimuksiin (ks. tarkemmin psykiatrinen kuntoutus, 4.7).

**Tiedon katvealueet.** Tieto suoran tuetun työllistämisen vaikuttavuudesta perustuu yhdysvaltalaisiin tutkimuksiin, joten sen soveltaminen Suomen oloihin ja muihin asiakasryhmiin kuin mielenterveyskuntoutujiin vaatii lisätutkimusta. Koska kyseessä on uusi toimintamalli, sen vaikuttavuuden tutkiminen satunnaistetussa koasetelmassa vaihtoehtona vallitsevalle toimintatavalle olisi myös eettisesti perusteltua. Tutkimusta tarvitaan myös ammatillisen kuntoutuksen toimeenpanosta Suomessa, mm. eri rahoittajajärjestelmien kustantamien kuntoutusprosessien vaikutuksista.

### 4.3 Pitkäaikaistyöttömien kuntoutus

**Kohderyhmä ja toimintamuodot.** Selvityksessä käsitellään asiakkaan selviytymistä tukevia ja syrjäytymistä ehkäiseviä yksilöllisesti vaihtelevia palveluketjuja, työkyvyn ja terveyden parantamiseen tähtääviä toimintoja, kuntoutustarpeen ja työkyvyn arviointia sekä työhön valmennuskursseja. Vaikka varsinaisena kohderyhmänä ovat pitkäaikaistyöttömät, myös lyhytaikaisesti työttömät voivat olla yksilökohtaisten palveluketjujen asiakkaina. Selvityksessä keskitytään kotimaisiin kuntoutustoimenpiteisiin ja -ohjelmiin, koska kansainvälisten tutkimusten tulokset eivät helposti sovellu Suomen oloihin työmarkkina- ja sosiaaliturvajärjestelmien erojen vuoksi.

**Vaikuttavuus.** Tutkimustieto perustuu pääosin seuranta- ja poikkileikkaustutkimuksiin ja muutamiin ei-satunnaistettuihin sekä osittain tai kokonaan satunnaistettuihin tutkimuksiin. Järjestelmätason tutkimuksissa vaikuttavuutta on arvioitu määrällisillä kriteereillä, kuten ohjelmien työllistymis- ja koulutusvaikutuksilla, asiakasmäärillä ja palvelun keskeyttäneiden osuudella. Lisäksi arvioinnissa on käytetty laadullisempia kriteereitä, kuten viranomaisyhteistyön laatua, uusien toimintamallien kehittämistä jne. Järjestelmätason tutkimusten mukaan työllistämistukiohjelmien määrälliset tavoitteet (mm. asiakasmäärät, palvelun keskeyttäneiden osuus, työllistyneet) tavallisesti saavutetaan, mutta tämä saattaa kuvastaa sitä, etteivät vai

keimmassa asemassa olevat ja vaikeimmin työllistettävät pitkäaikaistyöttömät ohjaukseen toiminnan piiriin. Toiminta on tehokkaampaa silloin, kun se perustuu julkishallinnon ja työnantajatahon kumppanuusperiaatteelle.

Asiakastason tutkimuksissa vaikuttavuutta on arvioitu mm. työllisyys- ja elämäntilanteen muutoksina, psyykkisten voimavarojen ja valmiuksien sekä terveydentilan ja hyvinvoinnin muutoksina. Kuntoutustoimilla on voitu vaikuttaa osallistujien psyykkisten valmiuksien ja hyvinvoinnin paranemiseen. Tulosten merkittävyyttä lisää se, että työttömyyden on yleisesti todettu alentavan henkistä hyvinvointia. Työnhakukursseilla on eräiden vertailututkimusten mukaan voitu vaikuttaa myönteisesti nuorten työllistymiseen sekä syrjäytymisen ehkäisyyn. Kuntoutuksella on todettu olevan vaikutuksia kuntoutujien elämäntilanteiden eriytymiseen eli pitkäaikaistyöttömyyden päättymiseen joko työllistymis-, koulutus- tai eläkeratkaisuun. Tulokset osoittavat, että kaikkien pitkäaikaistyöttömien kuntouttaminen työhön ei ole oikea tavoite. Esimerkiksi työkykyarvioissa osalle kuntoutujista eläkepäätös on tarkoituksenmukainen ja tavoiteltava myönteinen ratkaisu.

**Tiedon katvealueet.** Lisätutkimusta tarvitaan työllistämistoimenpiteiden ja ohjelmien pitkäaikaisvaikutuksista sekä kaikkein vaikeimmin työllistettävien, jotka eivät ohjaukseen tässä käsiteltyjen ohjelmien piiriin, aktivoimisesta. Satunnaistettuja kokeellisia tutkimuksia pitkäaikaistyöttömille suunnatuista vaihtoehtoisista Suomessa käytössä olevista toimintamalleista tarvitaan lisää.

#### 4.4 Tuki- ja liikuntaelinsairauksien (TULES) kuntoutus

**Kohderyhmä ja toimintamuodot.** Osaselvityksessä keskitytään yleisimpiin TULE-sairauksiin (degeneratiiviset eli rappeumaperäiset TULE-sairaudet). Mukaan on otettu eri ammattiryhmien tiimityöskentelyyn perustuvia kuntoutusinterventioita (ks. varhaiskuntoutus, 4.1), sekä erilaisia liike-, liikunta- ja selkäkouluohjelmia, käyttäytymisterapeuttisia ja hoidollisia interventioita, potilasvalistusta ja näiden yhdistelmiä.

**Vaikuttavuus.** Tiedot TULE-sairauksien kuntoutuksen vaikuttavuudesta perustuvat pääasiassa meta-analyysiin satunnaistetuista kokeellisista tutkimuksista. Lisäksi osaselvityksessä on mukana suomalaisia tutkimuksia, jotka eivät sisällyneet systemaattisiin kirjallisuuskatsauksiin. Vaikuttavuutta on arvioitu erilaisilla toimintakykyä, työelämässä selviytymistä, yleistilaa, kipua ja elämänlaatua kuvaavilla mittareilla.

TULES-potilaiden kuntoutuksesta laajimmin on tutkittu kroonista alaselkikipua sairastavien moniammatillisen kuntoutuksen vaikuttavuutta, ja sen vaikuttavuusnäyttö onkin vankinta. Moniammatillinen kuntoutus, joka sisältää psykologisia, sosiaalisia, toiminnallisia ja fyysisiä toimintakykyä parantavia harjoituksia, vähentää kipua ja parantaa toimintakykyä. Tulokset ovat sovellettavissa suoraan Suomen kuntoutusjärjestelmään. Aivan selvää ei kuitenkaan ole, millaisista muista terapioiden ja hoitojen koottu kuntoutuskokonaisuus on vaikuttavinta erityyppisille potilaille. Pitkittyneessä, ei vielä kroonistuneessa alaselkävauriossa moniammatillinen kuntoutus, johon sisältyy myös työpaikkakäynti tai työterveyshuollon aktiivinen ote, on kohtalaisen vankan näytön mukaan vaikuttavaa. Sillä voidaan nopeuttaa työhön paluuta, vähentää sairauslomia ja parantaa koettua työkykyä. Laitoskuntoutus on suomalaistutkimuksen mukaan TULE-sairauksissa vaikuttavampaa kuin avokuntoutus. Näyttöä on myös siitä, että

iäkkäiden potilaiden huolellisesti kohdennettu ja järjestetty lonkkamurtuman jälkeinen kuntoutus on hyödyllistä (ks. myös geriatrinen kuntoutus, 4.8).

**Tiedon katvealueet.** Niska- ja hartiakipuisten kuntoutuksesta sekä nivelreumaa sairastavien ja yläraajojen rasisvammapotilaiden kuntoutuksesta on hyvin vähän julkaistua tutkimustietoa. Kroonisesta selkävivusta aiheutuviin sairauslomiin vaikuttamisesta ja TULES-kuntoutuksen kustannusvaikuttavuudesta tarvitaan lisätutkimusta. Fibromyofalgiaa ja laaja-alaisia tuki- ja liikuntaelimestön sairauksia sairastavien kuntoutuksesta kaivataan korkealaatuaista tutkimusta. Kuntoutuksen vaikutusmekanismeja ja tulosmittareiden soveltuvuutta kuntoutustutkimukseen tulisi selvittää.

#### 4.5 Neurologinen kuntoutus

**Kohderyhmä ja toimintamuodot.** Neurologista kuntoutusta koskevassa osaselvityksessä rajoitetaan tarkastelemaan aivoverenkiertohäiriöpotilaiden (AVH) sekä MS-tautia (multipple-skleroosi) sairastavien kuntoutusta. Arvioitaviin kuntoutusmalleihin kuuluu ensinnäkin tehostetun hoidon ja kuntoutuksen erityisyksikköjen toiminta. Yksikössä toimii erikoislääkärin johdolla moniammatillinen tiimi, ja toiminta sisältää fysioterapiaa, toimintaterapiaa, puheterapiaa, neuropsykologista terapiaa ja sosiaalityötä. Lisäksi selvityksessä arvioidaan opetussellisia ja ohjauksellisia interventioita sekä pakotettua kuntoutusta (esimerkiksi kävelymattokuntoutus tai halvaantuneen käden pakotettu käyttö sitomalla terve käsi).

**Vaikuttavuus.** AVH-kuntoutuksen vaikuttavuutta koskeva tieto perustuu pääasiassa satunnaistettuihin tutkimusasetelmiin sekä eräisiin seurantatutkimuksiin. AVH:ssä alkuvaiheen aktiivisen hoidon ja kuntoutuksen vaikuttavuudesta on olemassa vankkaa näyttöä, ja myönteiset vaikutukset näkyvät pitkällä aikavälillä kuolleisuuden vähentymisenä, vajaakuntoisuuden lieventymisenä ja elämänlaadussa. Keskeistä on moniammatillisen kuntoutustiimin toiminta, johon myös potilaan omainen osallistuu. Toiminta soveltuu hyvin terveydenhuollon normaaliin toimintaan. Se on kustannusvaikuttavaa ja sovellettavissa suomalaisen terveydenhuoltoon. Kuntoutuksen varhainen aloittaminen lisää toiminnan tuloksellisuutta. Toiminta on sitä kustannusvaikuttavampaa, mitä varhemmin se aloitetaan, mutta vielä jopa 8 kk:n jälkeen aloitettu kuntoutus näyttäisi olevan kustannusvaikuttavaa. Jossain määrin on näyttöä siitä, että vanhemmat potilaat (>75-vuotiaat) hyötyvät kuntoutuksesta enemmän. Kohtalaista näyttöä on siitä, että potilasneuvonta ja -ohjaus tukevat potilaan sosiaalista selviytymistä ja mielialaa sekä myös omaisten selviytymistä. Pakotetun kuntoutuksen vaikuttavuudesta on myös näyttöä.

Myös MS-tautia sairastavien on todettu hyötyvän moniammatillisesti toteutetusta kuntoutuksesta. Fysioterapialla on voitu parantaa MS-potilaiden liikuntakykyä ja mielialaa, mutta tilanteen ylläpito vaatii jatkuvaa terapiaa.

**Tiedon katvealueet.** Neurologisen kuntoutuksen järjestelmätason tutkimusta tarvitaan. Omaisten kuormitusta vähentävien toimintamallien vaikuttavuutta tulisi tutkia ja kehittää. Lisätutkimusta tarvitaan yleisiä neurologisia sairauksia (kuten MS-tauti ja Parkinsonin tauti) sairastavien kuntoutuksesta sekä erilaisten kuntoutusmenetelmien keskinäisistä vaikutuseroista.

## 4.6 Päihdekuntoutus

**Kohderyhmä ja toimintamuodot.** Päihdekuntoutukseen luetaan tässä kaikki sosiaali- ja terveydenhuollollinen päihdetyö sekä peruspalveluissa että erityisesti päihdeongelmallisille tarkoitetuissa palveluissa. Tarkastelun kohteena osaselvityksessä ovat alkoholin riski- ja ongelmakäyttö, huumeiden käyttö sekä näihin kohdistetut interventiot. Päihdekuntoutusta on toteutettu avo- ja laitosmuotoisesti vaihtelevin sisällöin. Yleinen väestöön tai sen osaryhmiin suunnattu päihdevalistus on rajattu tarkastelun ulkopuolelle.

**Vaikuttavuus.** Päihdekuntoutuksen vaikuttavuutta on tutkittu sekä väestötasolla aikasarja-analyyseilla että asiakastasolla satunnaistetuilla asetelmilla vertailemalla erityyppisiä hoitomuotoja sekä seurantalunteisesti. Vaikuttavuuden kriteereinä on eri tutkimuksissa pidetty osin erilaisia asioita. Kriteereinä ovat olleet muutokset päihteiden käytössä, asiakkaan oman tai hänen läheisensä sosiaalisessa selviytymisessä ja hyvinvoinnissa, terveydentilassa, hoidossa pysymisessä ja elämäntavassa.

Väestötasolla päihdepalvelujen tehostettu tarjonta on alentanut terveydenhuollon kustannuksia, lisännyt hyvinvointia ja vähentänyt hoidon tarvetta. Tulokset perustuvat pääosin yhdysvaltalaisiin tutkimuksiin, mutta selkeästi samansuuntaisia tuloksia on saatu myös suomalaisista palvelujärjestelmän muutoksia koskeneista tutkimuksista.

Myös yksilöllisen alkoholi- ja huume kuntoutuksen vaikuttavuudesta on olemassa kansainvälisiin tutkimuksiin perustuvaa vankkaa tutkimusnäyttöä. Alkoholin riskikäyttäjiin suunnatuilla perusterveydenhuollon palveluilla on pystytty vaikuttamaan alkoholin kulutukseen, asiakkaiden terveydentilaan ja sosiaalisiin ongelmiin. Alkoholiriippuvaisten hoito on tuloksellista riippumatta siitä, toteutetaanko se avo- tai laitosympäristössä, päihdehuollon erityispalveluna tai esimerkiksi sairaalaosastolla. Erilaisten hoito- ja terapiamenetelmien välillä ei ole eroja etenkin pitkällä aikavälillä.

Ei-satunnaistetut vertailututkimukset huumeiden käyttäjien hoidoista viittaavat samoin siihen, että hoitoon päässeet hyötyvät selvästi kuntoutuksesta hoitomuodosta riippumatta, mutta tulosten tulkintaa vaikeuttaa hoidon keskeyttäneiden suuri osuus. Amfetamiinin käyttäjien hoidosta on toistaiseksi olemassa vain seurantoihin perustuvia tutkimustuloksia, joiden mukaan hoidossa pysyneet hyötyvät kuntoutuksesta. Opiaatien (esimerkiksi heroinin) käyttäjien hoidossa pysymistä lisää selvästi korvauslääkityksen (esimerkiksi metadonin) käyttö. Psykososiaaliset ohjelmat lisäävät puolestaan selvästi korvaushoito-ohjelmien vaikuttavuutta, asiakkaiden hyvinvointia ja sosiaalista selviytymistä. Hoitosuhteen laadulliset ominaisuudet päihdekuntoutuksessa näyttävät olevan tärkeämpiä kuin hoidon viitekehys.

**Tiedon katvealueet.** Päihdekuntoutus on sidoksissa ympäröivään yhteiskuntaan ja sen rakenteisiin. Suomessa ei ole tutkittu moniammatillisen psykososiaalisen kuntoutuksen vaikuttavuutta 1960-luvun alun jälkeen, vaikka päihdekuntoutus on kehittynyt ja laajentunut juuri tähän suuntaan. Suomessa huume hoidot toteutetaan pääsääntöisesti lääkkeettöminä, ja näiden hoitojen vaikuttavuutta tulisi tutkia. Satunnaistettuja asetelmia on meillä ylipäättään käytetty vähän. Kuntoutuksen pitkäaikaisvaikutuksista tai eri hoitajaksojen mahdollisista kumuloituvista vaikutuksista yksilölliseen kuntoutumiseen ei ole tietoa. Päihdepalvelujärjestelmän rakenteellisten muutosten vaikutuksia kuntoutuksen onnistumiselle tai toisaalta yhteiskunnan kustannuksiin tulisi tutkia.

## 4.7 Psykiatrinen kuntoutus

**Kohderyhmä ja toimintamuodot.** Osaselvitys kohdistuu vakavien mielenterveysongelmien (lähinnä skitsofrenian), rajatilahäiriöiden ja masennuspotilaiden kuntoutusinterventioihin. Selvityksessä arvioidaan mm. ammatillisia kuntoutusmenetelmiä sekä tehostettua moniammatillisen tiimin toteuttamaa avohoitoa, sosiaalisten taitojen harjoittelua, arkielämän harjoittelua, potilasvalistusta ja neurokognitiivista kuntoutusta. Mukana ovat myös psykoterapian eri muodot.

**Vaikuttavuus.** Kansainvälisten tutkimusten mukaan vahvinta näyttöä vakavien mielenterveysongelmien kuntoutuksessa on siitä, että suora tuettu työllistäminen tuottaa selvästi parempia tuloksia kuin työhön valmennus tai työharjoittelu (ks. myös ammatillinen kuntoutus, 4.2). Vuoden kuluttua kuntoutuksesta työssä oli 32 % tuettuun työllistämishjelmaan osallistuneista mutta vain 12 % työvalmennukseen osallistuneista. Tuetulla työllistämällä ei kuitenkaan näytä olevan vaikutusta yleiseen toimintakykyyn, oireiluun eikä itsetuntoon. Verrattuna normaaliin avohoitokäytäntöön tehostettu tiimityöhön pohjautuva avohoito edistää selvästi asiakkaan hoitoon sitoutumista ja potilastyytyväisyyttä, parantaa asumistilannetta ja työllistymistä sekä vähentää sairaalahoitoa. Sillä ei kuitenkaan pystytä parantamaan kliinistä tilaa, sosiaalista toimintakykyä, itsetuntoa ja elämänlaatua tai vähentämään kuolleisuutta. Potilasneuvonnalla voidaan vaikuttaa vakavista mielenterveysongelmista kärsivillä hoitoon sitoutumiseen ja vähentää sairaalahoidon tarvetta. Näyttöä on siitä, että sosiaalisten taitojen harjoittelulla on myönteisiä vaikutuksia vakavista mielenterveyshäiriöistä kärsivien työllistymiseen, työssä selviämiseen ja sosiaalisiin suhteisiin.

Näyttö psykoterapian eri muotojen vaikutuksista erilaisiin mielenterveydenhäiriöihin on vaihteleva. Rajatilapotilaat hyötyvät aktiivisesta pitkäkestoisesta varhaisiin ihmissuhdekokemuksiin keskittyvästä psykodynaamisesta terapiasta, mutta skitsofreniapotilailla psykodynaaminen terapia ei näytä parantavan lääkehoitotuloksia. Masennuksessa näyttö psykodynaamisen terapian hyödyistä on viitteellistä ja perustuu lähinnä seurantatutkimuksiin. Kognitiivisen yksilöterapian ja perheterapian hyödyistä skitsofreniapotilailla on jonkin verran näyttöä. Masennuspotilailla uusien käyttäytymismallien oppimiseen keskittyvän käyttäytymisterapian sekä nykyisiin vuorovaikutussuhteisiin keskittyvän (interpersoonallisen) terapian vaikuttavuudesta on selvää näyttöä, mm. uusien masennusjaksojen ehkäisyssä ja niiden lyhentämisessä, joten niillä on selvää kuntoutuksellista merkitystä.

**Tiedon katvealueet.** Suoran tuetun työllistämismallin soveltuvuutta Suomeen ja sen kustannusvaikuttavuutta tulisi selvittää, sillä nykyinen tieto perustuu yhdysvaltalaisiin tuloksiin, jotka sosiaaliturva- ym. järjestelmien eroavuuksien vuoksi eivät suoraan sovellu Suomen oloihin. Arkielämän taitojen harjoittelun ja kognitiivisten taitojen harjoittelun merkitystä skitsofreniapotilailla sekä käyttäytymisterapian merkitystä rajatilapotilaiden hoidossa on tutkittu jonkin verran, mutta aineistojen pienuuden tai menetelmällisten heikkouksien takia selviä päätelmiä vaikuttavuudesta ei voida tehdä. Kognitiivisten taitojen harjoittelun vaikutuksista skitsofreniapotilailla ja psykodynaamisen terapian vaikuttavuudesta masennuksen hoidossa ei ole vielä kontrolloituihin tutkimuksiin perustuvia tuloksia.



## 4.8 Geriatriinen kuntoutus

**Kohderyhmä ja toimintamuodot.** Osaselvityksessä arvioidaan akuutisti sairastuneiden vanhusten geriatriasta kuntoutusta, sekä erityisesti lonkkamurtumapotilaiden ja aivohalvauspotilaiden kuntoutusta. Lisäksi kohteena ovat toimintamallit, joissa kuntoutus on osana terveydenhuollon normaalia toimintaa. Näitä ovat vanhusten avohoito- ja päiväsaarialatoiminta sekä ehkäisevä kuntoutus, kuten kotisairaanhoidon potilaiden kuntoutus ja kaatuilun ehkäisy varhaiskuntoutuksella.

**Vaikuttavuus.** Ikääntyneiden kuntoutusta koskevat tutkimukset perustuvat satunnaistettuihin kokeellisiin tutkimusasetelmiin. Vaikuttavuutta on arvioitu toimintakyvyn, hoitjakson pituuden, laitoshoidon tarpeen ja kuolleisuuden muutoksina. Muutamissa tutkimuksissa on selvitetty kustannusvaikuttavuutta. Tulokset osoittavat, että aktiivinen moniammatillinen geriatriinen kuntoutus kannattaa. Sillä voidaan vaikuttaa ikääntyneiden toimintakykyyn ja laitoshoidon tarpeeseen. Näyttö on vahvinta hitaasti toipuvilla potilailla ja tarkkaan valituissa potilasaineistoissa. Viitteellistä näyttöä löytyy siitä, että lonkkamurtumapotilaiden moniammatillinen geriatriinen kuntoutus on vaikuttavampaa kuin tavanomainen ortopedinen hoito. Suomalais tutkimuksen mukaan kuntoutuksesta hyötyvät eniten lievästi ja keskivaikeasti dementoituneet. Myös aivohalvauspotilaiden kuntoutuksesta on myönteisiä tuloksia (ks. tarkemmin neurologisen kuntoutuksen vaikuttavuus, 4.4). Päiväsaarialatoiminnan vaikuttavuus näkyy hoitettavien ennusteen parantumisena ja toimintakyvyn heikkenemisen hidastumisena. Ehkäisevässä kuntoutustoiminnassa yksilöllisesti suunnitelluilla ohjelmilla voidaan ehkäistä vanhusten kaatuilua. Intensiivinen sairaalakuntoutus on osoittautunut avokuntoutusta vaikuttavamaksi. Sen sijaan voimniltaan vakaiden kotisairaanhoidon potilaiden geriatriinen sairaalakuntoutus ei ole vaikuttavaa.

**Tutkimustarpeet.** Vanhusten erilaisia kuntoutus- ja jatkohoitomalleja koskeva tieto on vajavaista. Tieto rajoittuu aivohalvausyksiköiden ja geriatrien kuntoutusyksiköiden toimintaan sekä ohjattuun kotiuttamiskäytäntöön. Näidenkään kustannusvaikuttavuutta ole tutkittu riittävästi. Monia kuntoutuksen osia, kuten aivohalvauspotilaiden puheterapia ja pitkään jatkuva fysioterapia, on jäänyt kokonaan kriittisten tutkimusten ulkopuolelle. Vanhusten yksinäisyyden lievittämiseen ja sosiaalisen eristytymisen vähentämiseen tähtävien toimenpiteiden vaikutuksia ei ole tutkittu.

## 5. KUNTOUTUKSEN TALOUDELLINEN VAIKUTTAVUUS

Muutokset väestön ikärakenteessa, työelämän ja talouden rakenteissa vaikuttavat keskeisesti käytettävissä olevan työvoiman määrään tulevina vuosina ja vuosikymmeninä. Ikärakenne on muuttumassa taloudellisessa mielessä epäedulliseksi siksi, että ns. elatussuhde eli työvoiman ulkopuolella olevien määrä yhtä työssäkäyvää kohti on kasvamassa lähitulevaisuudessa. Tällä hetkellä 65 vuotta täyttäneen väestön osuus on noin kolmannes työllisestä työvoimasta mutta 30 vuoden kuluttua noin 60 % (Parkkinen 2001). Elatussuhteen epäedullista kehitystä ei helppota syntyvyyden pienentymisestä johtuva lasten ja nuorten määrän lasku, sillä eläkeikäisten määrän lisääntyminen nostaa elatussuhdetta nopeammin kuin lasten ja nuorten väheneminen sitä alentaa (Sailas 2000, Parkkinen 2001).

Työvoiman määrän kehitysennusteet asettavat haasteita koko sosiaali- ja terveydenhuollolle ja myös kuntoutukselle. Kuntoutuksella on monia tavoitteita, mutta yksi tärkeimmistä yhteiskunnan sille asettamista tavoitteista on vaikuttaminen työvoiman määrään ja laatuun. Onnistunut kuntoutustoiminta voi vaikuttaa suoraan käytettävissä olevan työpanoksen määrään myöhentämällä eläkkeelle siirtymistä ja vähentämällä työstä poissaoloja, mutta myös epäsuorasti kohentamalla kuntoutujien elämänhallintaa ja toimintakykyä, ja siten vähentämällä heidän hoivaamiseensa sitoutuvaa työtä. Työyhteisöihin kohdistuvalla kuntoutuksella voidaan vaikuttaa tuotannon organisointiin sekä vähentää työympäristön riskitekijöitä. Tämä voi lisätä työpanosta ja työn tuottavuutta.

Sosiaali- ja terveydenhuollolle mahdollisesti syntyviä säästöjä voidaan myös pitää kuntoutuksen taloudellisina vaikutuksina. Käytännössä kuntoutuksen ansiosta muille sektoreille syntyvät säästöt eivät toteudu rahamääräisinä. Sosiaali- ja terveystalouden kysyntä ylittää jatkuvasti tarjonnan, ja näiden palvelujen käytön mahdollinen vähenemä kuntoutujilla korvautuu nopeasti muiden käyttäjäryhmien käytön kasvuna. Kuntoutuksen ei siten voida odottaa vähentävän sosiaali- ja terveydenhuollon menoja. Sen avulla voidaan kuitenkin pyrkiä hidastamaan menojen kasvua ja kohdentamaan voimavaroja tarkoituksenmukaisesti.

Tässä kuntoutuksen taloudellista vaikuttavuutta tarkastellaan kahdessa suhteessa: eläkkeelle siirtymisen ja sairauden, vajaakuntoisuuden tai muiden syiden vuoksi syntyneiden työstä poissaolojen määrän avulla. Sekä eläkkeelle siirtyminen että sairauspoissaolot ovat sidoksissa tulonsiirtojärjestelmään, minkä vuoksi tässä tarkastellaan ensisijaisesti Suomessa tehtyjä tutkimuksia ja selvityksiä.

### **Vaikutus eläkkeelle siirtymiseen**

Varhaiskuntoutuksen vaikuttavuutta valtionhallinnossa selvittäneessä Valtiokonttorin aineistossa verrattiin yksilökeskeisen ja ryhmäkuntoutuksen vaikutusta eläkkeelle siirtymisen riskiin (Väänänen-Tomppo, Janatuinen & Törnqvist 1999). Yksilökeskeiseen kuntoutukseen osallistui vuosina 1989–1996 yhteensä runsaat 4 000 ja ryhmäkuntoutukseen vuosina 1992–1996 yhteensä 18 000 valtion palveluksessa ollutta. Saatujen tulosten mukaan kuntoutujat siirtyivät työkyvyttömyyden vuoksi eläkkeelle kuntoutusmuodosta riippuen 1,6–4,9 vuotta muita valtionhallinnossa työskenteleviä vanhempina. Näistä eläkeiän ja sairastavuuden eroista kertyi nettomääräisiä säästöjä 2 800–25 000 markkaa kuntoutujaa kohti. Tutkijat totesivat lisäksi, että kuntoutujien valinnalla voitaisiin kohentaa vaikuttavuutta: vanhemmilla työntekijöillä ja suuremman sairastavuuden omaavilla kuntoutujilla erot valtion keskimääräisiin eläkkeelle siirtymisiin olivat muita pienemmät.

Eläketurvakeskus selvitti työeläkelaitosten järjestämän ammatillisen kuntoutuksen vaikutuksia eläkkeelle siirtymiseen (Saarnio 2001). Harkinnanvaraisen kuntoutuksen edellytyksenä on, että kuntoutuja on ansainnut riittävästi työeläketurvaa. Vuonna 2000 ammatillista kuntoutusta sai noin 4 600 henkilöä, yleisimmät kuntoutuspalvelut olivat koulutus (48 % palvelua saaneista) ja työpaikkakuntoutus (32 %). Kuntoutustutkimukseen osallistui 24 % kuntoutujista. Kaikista ammatillisen kuntoutuksen päätökseen saaneista 43 % palasi työelämään, 7 % joutui kuntoutuksesta huolimatta työttömäksi tai jatkoi opiskelua, 18 % keskeytti kuntoutuksen ja 32 % siirtyi eläkkeelle. Kuntoutustaustan ja iän merkitys korostui päättyneissä kuntoutuksissa. Jos kuntoutuja ei ollut kuntoutukseen hakeutuessaan eläkkeellä tai kuntoutustuella, hänen todennäköisyytensä palata työelämään oli selvästi keskimääräistä korkeampi (53 %). Eläkkeelle siirtyi 18 %. Sen sijaan eläketaustaisista palasi työelämään vain 28 % ja eläkkeelle siirtyi

51 %. Noin joka viides eläkkeelle siirtyneistä ei kuitenkaan poistunut kokonaan työmarkkinoilta, vaan he jäivät osa-työkyvyttömyyseläkkeelle.

Kelan rahoittama ammatillinen kuntoutus kohdistuu erilaiseen kuntoutujaryhmään kuin työeläkelaitosten rahoittama kuntoutus. Siksi sen tuloksellisuutta ei voida arvioida yllä esitettyjen tietojen perusteella. Rajaniemen selvityksen mukaan ammatillisena kuntoutuksena annetun koulutuksen vaikutus työssäoloon oli hyvin myönteinen (Rajaniemi 1998). Kuntoutuksen alussa työssä oli vain 19,3 %, mutta vuoden kuluttua koulutuksen päättymisestä työssä oli 57 % kuntoutujista. 14 % jatkoi päätoimista opiskeluaan ja 21 % oli työttömänä. Lähes kaksi kolmasosaa oli kuitenkin kokenut työttömyyden, toisaalta 69 % oli ollut työssä seurannan kestäessä. Kansaneläkelaitos ei nykyään seuraa rutiininomaisesti järjestämänsä kuntoutuksen vaikutuksia työssäoloon tai eläkkeelle siirtymiseen, joten vaikuttavuuden kehityksestä ei ole tullut uutta tietoa vuoden 1998 jälkeen.

Eri kuntoutusmuotojen vaikutuksia eläkkeelle siirtymiseen ja työelämään osallistumiseen on tutkittu muutamissa seurantatutkimuksissa. Kelan toteuttaman tuki- ja liikuntaelinsairaiden kuntoutuksen ei havaittu pienentävän eläkkeelle siirtymisriskiä (Alaranta ym. 1994). Sen sijaan kroonisen kivun hoidossa kuntoutuksessa olleista työttömistä 42 % palasi työelämään, mutta kuntoutusta vaille jääneistä vain 10 % (Kela 1998). Ammatillisen kuntoutustutkimuksen perusteella annetut eläke- ja lääketieteelliset suositukset toteutuivat 75-85 %:lla kuntoutetuista, ja työ- ja koulutussuositukset 58 %:lla (Niemelä ym. 1994). Ammatillinen suuntautuneisuus kuitenkin lisääntyi selvästi kuntoutustutkimukseen osallistuneilla, ja yhteiskunnalle syntyneet sosiaali- ja terveyspalvelujen kustannukset pienenivät merkittävästi.

### **Vaikutus sairauslomapäiviin**

Kuntoutustutkimukseen osallistuneiden vuoden seurannassa havaittiin selvä sairauslomien väheneminen (Niemelä ym. 1994). Tulos saattaa osittain johtua siitä, että kuntoutujien työhön osallistuminen oli selvästi vähentynyt seuranta-aikana. Osa kuntoutujista jäi suunnitellusti eläkkeelle kuntoutustutkimuksen perusteella. Seuranta-aika sattui juuri syvän taloudellisen taantumien keskelle (vuosina 1991-1992), joten kuntoutuksen merkitys työhön osallistumiseen sekoittui muihin yhteiskunnan ja talouden tapahtumiin.

Helon (2000) raportin mukaan ammatillisesti syvennettyyn lääketieteelliseen kuntoutukseen (ASLAK®) osallistuneilla oli kuntoutusta seuraavana vuonna huomattavasti verrokkeja vähemmän Kansaneläkelaitoksen korvaamia sairauslomapäiviä. Sen sijaan myöhemmin vuosina eroja ei havaittu. Verrokkiryhmällä oli tosin selvästi enemmän sairauspoissaoloja jo lähtötilanteessakin. Kuntoutettujen naisten sairauslomat vähenivät enemmän kuin miesten. Tulos perustui vain sairausvakuutuksen korvaamiin sairauslomajaksoihin, joten ns. lyhyet omavastuuajankautana pidetyt sairauslomat jäivät tarkastelun ulkopuolelle.

Aalto ym. tutkivat Kelan rahoittaman astman sopeutumisvalmennuskuntoutuksen vaikuttavuutta mm. työhön osallistumisen muutosten avulla (Aalto ym. 2001). Seurantatutkimuksessa verrattiin laitospoissaoloa saavia verrokkiryhmään, jolle ei järjestetty mitään kuntoutuspalvelua. Kuntoutuksen jälkeisessä vuoden seurannassa kontrolliryhmän poissaolot sairauden vuoksi olivat pysyneet ennallaan, mutta kuntoutujilla ne olivat vähentyneet keskimäärin 10 päivällä kuntoutujaa kohti.

## Kuntoutuksen taloudellisen tutkimuksen katvealueita

Tutkimustietoa kuntoutuksen taloudellisesta vaikuttavuudesta on olemassa hyvin vähän, joten lähes kaikki kuntoutustoiminta on taloudellisen tutkimuksen katvealueella. Lisäksi toteutettujen tutkimusten tuottamat tiedot ovat lähinnä viitteellisiä ja tulosten varmistaminen vaatii huolellisesti toteutettuja lisätutkimuksia. Esimerkiksi Niemelän ym. (1994) tutkimuksessa työttömyyden voimakkaan kasvun vaikutusten arviointi oli mahdotonta ilman vertailuryhmää. Väänänen-Tompon ym. (1999) tutkimus perustui vapaaehtoisin kuntoutukseen osallistujiin. Vapaaehtoiset ovat valikoituneita ja motivoituneempia kuntoutujia kuin tavanomaiset kuntoutukseen osallistujat, joten tulokset voivat sisältää systemaattista harhaa. Lisäksi tutkimusraportin perusteella on vaikea varmistua siitä, miten vaikuttavuutta koskeviin tuloksiin päädyttiin. Myös Helo (2000) toteaa raportissaan, että ASLAK® -kuntoutuksen sairauspoissaoloja koskevat tulokset sisältävä useita harhan mahdollisuuksia.

Huolimatta muutamien tutkimusten ja selvitysten viitteistä siitä, että joidenkin kuntoutusmuotojen avulla voidaan siirtää eläkkeelle siirtymisikää myöhemmäksi, kuntoutuksen vaikutuksista eläkkeelle siirtymiseen ei voida vetää luotettavia johtopäätöksiä. Vaikuttavuutta eläkkeelle siirtymisen suhteen on tosin vaikea tutkiakin kiistattoman näytön antavilla menetelmillä. Sen sijaan näyttöä on siitä, että kuntoutuksen avulla voidaan vähentää työstä poissaoloja. Tutkimukset eivät kuitenkaan kata likimainkaan kaikkea kuntoutustoimintaa.

Kuntoutusta koskevissa kokonaistaloudellisissa selvityksissä raportoidaan kuntoutuksen vahvasta taloudellisesta kannattavuudesta. Ahosen ym. (2001) selvityksen mukaan työkykyä ylläpitävään toimintaan sijoitetusta miljardista voidaan odottaa jopa kuuden miljardin markan vähennystä työperäisissä sairauskustannuksista. Samansuuntaiseen tulokseen päädyttiin myös ruotsalaisessa selvityksessä ammatillisesti suunnatun kuntoutuksen (arbetslivsinriktade rehabilitering) kannattavuudesta (Föllster 2000), jonka mukaan tällaiseen toimintaan sijoitettu kruunu tuottaa yhdeksän kruunua takaisin yhteiskunnalle. Selvitysten laskelmat ovat hypoteettisia ja pohjautuvat yksilötason tarkasteluihin, joiden yleistäminen makrotasolle sisältää runsaasti ongelmia. Sen vuoksi tarvitaan huolellisesti toteutettuja kansantaloustieteellisiä tutkimuksia näiden tulosten todentamiseksi.

Yhteiskunnallisesta näkökulmasta kuntoutuksen keskeisiä tavoitteita on ylläpitää työkykyä ja työvoiman saatavuutta. Kuitenkaan ei ole kehitetty seurantajärjestelmiä, joiden avulla voitaisiin rutiiniluonteisesti seurata näiden tavoitteiden toteutumista. Periaatteessa tällaista tietoa olisi mahdollista saada laajasta osasta kuntoutusta, sillä Kansaneläkelaitos ja työeläkelaitokset pitävät yllä hallinnollisia rekistereitä kuntoutujista ja heidän saamistaan etuuksista. Työllistyminen, eläkkeelle siirtyminen tai omavastuu-aikaa pitempi sairausloma merkitään kuntoutuksen järjestäjän rekistereihin, jos nämä tapahtumat vaikuttavat maksettaviin etuuksiin. Tämä antaa mahdollisuuden vaikuttavuuden systemaattiseen seurantaan.

## 6. YHTEENVETO

Tässä kuntoutuksen vaikuttavuuden arvioinnissa keskityttiin tiettyjen suuriin väestöryhmiin kohdistuvien ja runsaasti voimavaroja käyttävien kuntoutusmuotojen ja toimintamallien vaikuttavuuteen. Kuntoutuksen tavoitteet ja siten myös vaikuttavuuden arviointikriteerit ja tutkimusmenetelmät vaihtelevat katsauksen eri osa-alueilla. Suhteellisen rajattua terveysongelmaa

koskevilla osa-alueilla, kuten TULE-sairaudet tai neurologinen kuntoutus, on saatavissa saatavissa tunnaistettuihin kokeellisiin tutkimuksiin perustuvaa tietoa. Niissä kohderyhmissä ja kuntoutusmuodoissa, joissa toiminnan tulokset ovat vahvasti sidoksissa myös ympäröivän yhteiskunnan rakenteellisiin tekijöihin, kuten mm. ammatillisessa tai pitkäaikaistyöttömien kuntoutuksessa, vaikuttavuustieto perustuu pääosin seurantatutkimuksiin ja ei-kokeellisiin vertailututkimuksiin.

Kuntoutuksen eri osa-alueita koskevien selvitysten mukaan moniammatillinen, useiden eri ammattiryhmien (esimerkiksi lääkäri, psykologi, sosiaalityöntekijä, fysioterapeutti jne.) tiimityöskentelyyn perustuva kuntoutustoiminta on havaittu vaikuttavaksi useissa ongelmaryhmissä. Kroonisessa selkäkipussa voidaan monialaisella kuntoutuksella vähentää kipua ja parantaa toimintakykyä. Vaikeista mielenterveysongelmista kärsivien tehostettu, moniammatilliseen tiimityöhön perustuva avohoito on osoittautunut normaalia avohoitoa tehokkaammaksi. Aivohalvauspotilaiden kuntoutus intensiivihoidon erityisyksiköissä, jossa toimii erikoislääkärin johtama moniammatillinen tiimi, vähentää sairaalakäyttöä, ja sen myönteiset vaikutukset näkyvät potilaiden hyvinvoinnissa myös pitkällä aikavälillä. Ikääntyneiden kuntoutuksessa moniammatillisen työryhmän toteuttama kuntoutus kannattaa silloin, kun asiakkaan toimintakyky on sairauden vuoksi heikentynyt.

Toinen keskeinen johtopäätös on, että ammatillisessa kuntoutuksessa aktiivinen, työnantaja-puolen kanssa tiiviissä yhteistyössä järjestetty toiminta on vaikuttavaa työllistymisnäkökulmasta. Kuntoutus, johon sisältyy työmenetelmiä kartoittava työpaikkakäynti tai muu työterveyshuollon aktiivinen toiminta, vähentää sairauslomia ja parantaa koettua toimintakykyä selkäkipupotilailla, joiden vaiva ei ole kroonistunut. Mielenterveyspotilaiden työllistämisen aktiivinen tuettu työllistäminen on tehokkaampaa kuin yleisemmät työhön valmentavat menetelmät. Ammatillinen kuntoutus on vaikuttavampaa, kun toimenpiteet kohdistetaan sekä yksilöön että työelämään ja työoloihin. Myös pitkäaikaistyöttömien työllistämisen julkishallinnon ja työnantajatahon aidolle kumppanuusperiaatteelle rakentuva toiminta näyttää johtavan parhaaseen tulokseen.

Arvioinnissa korostui myös kuntoutuksen huolellisen kohdentamisen merkitys. Kuntoutus on vaikuttavampaa, kun se suunnataan kuntoutujien tarpeiden mukaisesti ja oikea-aikaisesti. Aivoverenkiertohäiriöiden kuntoutus on sitä tuloksellisempaa ja kustannusvaikuttavampaa mitä varhemmin se aloitetaan. Kuntoutuksesta hyötyvät myös yli 75-vuotiaat, jopa nuorempia enemmän. Ikääntyneiden kuntoutuksesta hyötyvät enemmän lievästi ja keskivaikeasti demen-toituneet, itsenäisesti selviytyvien tai hyvin vaikeasti sairaiden osalta ei saada vastaavia tuloksia. Pitkäaikaistyöttömien kuntoutusta koskevat havainnot viittaavat siihen, että kuntoutuksen tavoitteet on asetettava realistisesti: kaikkien työuralta syrjäytyneiden kuntouttaminen työelämään ei ole tarkoituksenmukaista. Tukitoimenpiteillä on voitu vaikuttaa nuorten työllistymiseen ja syrjäytymisen ehkäisyyn.

Suurimmassa osassa tähän vaikuttavuuden arviointiin sisältyvistä tutkimuksista vaikuttavuutta on tarkasteltu mikrotasolla, eli on tutkittu yksittäisten toimenpiteiden tai toimintamallien vaikuttavuutta. Eräiltä osa-alueilta oli olemassa myös tutkimuksia kuntoutuksen järjestelmätason vaikuttavuudesta. Ammatillista kuntoutusta koskevat, rahoittajien tilastoihin perustuvat selvitykset viittaavat siihen, että kuntoutusprosessilla on myönteisiä työllistymisvaikutuksia. Päihdepalvelujärjestelmien muutoksia koskevat väestötason tutkimukset osoittavat, että palveluiden lisääminen näkyy väestön hyvinvoinnin kohentumisena ja terveydenhuollon kokonaiskustannusten vähenemisenä.

Arviointi toi esiin monia tiedon ja tutkimuksen katvealueita. Tutkimuksissa vaikuttavuutta on tarkasteltu lähinnä yksilötasolla. Kohteena ovat olleet yksilöön suunnatut kuntoutusmuodot, ja vaikuttavuutta on mitattu muutoksina yksilön hyvinvoinnissa tai elämäntilanteessa. Lähiympäristöön suunnattuja toimenpiteitä ja muutoksia ja ympäristö- tai yhteisötason prosessien merkitystä ei juuri ole tutkittu. Vaikka työyhteisöön liittyvien tekijöiden on todettu olevan selvästi yhteydessä työssä selviämiseen, tutkimus työyhteisöön kohdistuvista kuntoutusmenetelmistä puuttuu.

Muissa maissa saatujen tulosten sovellettavuus suomalaiseen kuntoutus- ja sosiaaliturvajärjestelmään vaatii enemmän lisäselvittelyä erityisesti sellaisilla kuntoutuksen osa-alueilla, joissa toimintaympäristöön liittyvien ja yhteiskuntapoliittisten tekijöiden merkitys vaikuttavuuden arvioinnissa on keskeistä, kuten esimerkiksi ammatillisessa kuntoutuksessa ja päihdekuntoutuksessa. Kuntoutuksen kustannusvaikuttavuutta on tutkittu vain vähän, ja monilla osa-alueilla taloudelliset arviointitutkimukset puuttuvat kokonaan.

Kuntoutusmenetelmien kehittämisen näkökulmasta tarvitaan myös lisää tietoa ja tutkimusta menestyksekkäistä kuntoutusprosessista, esimerkiksi siitä, mitkä mekanismit moniammatillisessa kuntoutuksessa tuottavat tuloksia. Ei esimerkiksi tiedetä, perustuuko moniammatillisen kuntoutuksen tehokkuus nimenomaan eri ammattihenkilöiden tiimityöskentelyyn vai johtuvatko tulokset yksinkertaisesti siitä, että asiakas saa samansuuntaista tietoa usealta eri asiantuntijalta. Tietoa tarvitaan myös siitä, minkälainen kuntoutus soveltuu kullekin kuntoutujalle ja miten kaikkein vaikeimmin kuntoutettavien tilanteeseen voisi vaikuttaa, jos ei olemassa olevin, niin uusin vaihtoehtoisin menetelmin.

Tietoa vaikuttavasta kuntoutuksesta - sekä kuntoutujajoukoista että menetelmistä - on olemassa. Monet käynnissä olevat ja uudet tutkimukset tuottavat tietoa lisää. Vaikuttavuustiedon lisäksi on kiinnitettävä erityistä huomiota siihen, että kuntoutusta suunniteltaessa ja toteutettaessa käytetään parhaiksi havaittuja menetelmiä. Vaikuttavuudeltaan vähäarvoisten menetelmien käyttö on syytä lopettaa. Kuntoutusjärjestelmää kehitettäessä olisikin kiinnitettävä huomiota siihen, että kannustetaan kohdentamaan ja järjestämään kuntoutus niin, että käytettävissä olevilla voimavaroilla saavutetaan suurin mahdollinen vaikuttavuus.

Kuntoutuksen kohdistaminen eri väestöryhmiin on arvovalinta, johon vaikuttavuustutkimuksessa ei suoranaisesti oteta kantaa. Näitä arvovalintoja, priorisointeja, tehdään kuntoutuspolitiikassa tai kuntoutuksen arkipäivässä, kun valikoidaan tarvitsevien joukosta kuntoutukseen pääsevät tai kun päätetään kuntoutusmenetelmästä. Toisella kohdentamisella saavutettaisiin toisenlainen hyöty tai vaikuttavuus. Tässä vaikuttavuuden arvioinnissa on kuvattu kuntoutuksen keskimääräistä vaikuttavuutta, ja sen vaihteluun on kiinnitetty huomiota vain osassa osa-alueita koskevista raporteista. Käytettävissä oleva vaikuttavuustieto on luonnollisesti vain niistä kuntoutujista, jotka ovat päässeet kuntoutuksesta osallisiksi.

Vaikuttavuuden arvioinnin tueksi tarvitaan eri kohderyhmien kuntoutuksen ja kuntoutusmenetelmien mahdollisimman kattavaa seurantaa, jonka avulla tulisi pystyä arvioimaan kuntoutustoiminnan onnistumista kaikkein keskeisimpien tavoitteiden suhteen. Olemassa olevien tietojärjestelmien tehokas hyödyntäminen tässä tarkoituksessa olisi paitsi mahdollista myös hyvin perusteltua.

Tämä arviointi osoitti, että näyttöä kuntoutuksen vaikuttavuudesta on erilaisissa sairaus- ja ongelmaryhmissä, mutta myös monia tiedon katvealueita tuli esiin. Keskeinen kysymys on, miten tieto vaikuttavista menetelmistä saadaan ulotetuksi käytännön kuntoutustoimintaan. Suomalaisesta kuntoutusjärjestelmästä puuttuu väylä tutkimustiedon ja käytännön toimeenpanon välillä. Kuntoutuksen järjestäjien ja rahoittajien ja tulisi ottaa huomioon vaikuttavuutta koskeva tieto kuntoutusmuotoja ja kuntoutujaryhmiä valitessaan. Näin kuntoutuksessa voidaan päästä ongelmien riittävän varhaiseen tunnistamiseen, kuntoutuksen aloittamiseen oikeassa vaiheessa sekä hoitoketjumaiseen toimintatapaan.

## 7. JOHTOPÄÄTÖKSET

- Moniammatillinen kuntoutus on vaikuttava toimintamalli useissa sairaus- ja ongelmaryhmissä.
- Kuntoutuksen vaikutukset ovat vankimpia, kun kuntoutukseen yhdistetään työympäristöön, -paikkaan ja työyhteisöön kohdistuvia toimenpiteitä.
- Kuntoutuksen tarkka kohdentaminen ja varhainen aloittaminen tehostavat vaikuttavuutta.
- Ulkomaisissa tutkimuksissa vaikuttaviksi todettujen kuntoutusmenetelmien soveltuvuutta Suomeen tulisi selvittää erityisesti niissä kuntoutusmuodoissa, joiden vaikuttavuus on sidoksissa sosiaaliturva-, hoito- ja kuntoutusjärjestelmän rakenteisiin.
- Jo olemassa olevaa vaikuttavuustietoa ja vaikuttavaksi osoitettuja menetelmiä tulee käyttää käytännön kuntoutustoiminnassa. On myös luotava väylät, joilla siirretään vaikuttavuustieto systemaattisesti käytännön toiminnaksi.
- Lisätutkimusta tarvitaan lähiyhteisöön kohdistuvista kuntoutusmuodoista ja niiden yhteisövaikutuksista.
- Kuntoutusjärjestelmien toimivuuden ja niiden välisen yhteistyön tutkimusta tulisi lisätä.
- On kehitettävä menetelmiä kuntoutuksen vaikuttavuuden systemaattiseen seurantaan mm. olemassa olevien tietojärjestelmien pohjalta ja käynnistää jatkuva vaikuttavuuden seuranta.
- Kuntoutuksen tieteellisen tutkimuksen rahoitusta Suomessa olisi lisättävä ja koordinoitava.
- Kuntoutuksen vaikuttavuuden selvitystä tulee jatkaa tämän arvioinnin ulkopuolelle jääneiden tärkeiden sairaus- ja ongelmaryhmien osalta, kuten mm. sydän- ja verisuonitaudit, syöpä ja lasten mielenterveysongelmat.

## LÄHTEET

Aalto A-M, Rissanen, P. Härkäpää K. Hakola R (2002) Hengityselinsairaiden kuntoutuksen vaikuttavuus ja kustannukset. Julkaisematon käsikirjoitus.

Ahonen G, Bjurström L-M, Hussi T (2001) Työkykyä ylläpitävän toiminnan taloudelliset vaikutukset. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus, Kansaneläkelaitos, Työterveyslaitos, Työkyvyn ylläpito ja arviointi, Raportti 3., Helsinki.

Alaranta H, Rytökoski U, Rissanen A, Talo S, Rönnemaa T, Puukka P, Karppi S-L, Videman T, Kallio V, Slätis P (1994) Intensive physical and psychosocial training program for patients with chronic low back pain. A controlled clinical trial. *Spine*, 19, 1339-1349.

Föllster S (2000) De ekonomiska konsekvenserna av fördjupad rehabilitering. Teoksessa Rehabilitering till arbete - en reform med individen i centrum. Slutbetänkande av Utredningen om den arbetslivsinriktade rehabilitering. Statens offentliga utredningar 2000:78. Socialdepartementet, Stockholm.

Helo T (2000) Kelan Aslak-toiminnan kustannusten ja vaikutusten arviointi. Kela, Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia, Turku.

Järvikoski, A (1994). Vajaakuntoisuudesta elämänhallintaan. Kuntoutuksen viitekehksen ja toimintamallien tarkastelu. Kuntoutussäätiö, Helsinki.

Järvikoski ja Härkäpää (1995). Mitä kuntoutus on? Kirjassa A. Suikkanen, K. Härkäpää, A. Järvikoski, T. Kallanranta, K. Piirainen, M. Repo, J. Wikström. Kuntoutuksen ulottuvuudet. WSOY, Porvoo.

Järvikoski ja Härkäpää (2001). Kuntoutuksen vaikuttavuuden arviointi. Kohti yhdistäviä ratkaisuja. Kirjassa A. Järvikoski, K. Härkäpää, S. Nouko-Juvonen. Monia teitä kuntoutuksen arviointiin. Kuntoutussäätiö, Helsinki.

Kela (1998) Kansaneläkelaitoksen kuntoutustoiminta. Toteutumisen seuranta vuosina 1992-1997. Kansaneläkelaitos, Helsinki.

Niemelä M, Juvonen P, Rissanen P (1994) Suuntana työelämä? Keuhkovammaliiton julkaisuja 2/1994.

Parkkinen P (2001) Väestö, työllisyys ja tuotanto vuoteen 2030. Teoksessa Väestön ja työllisyyden kehitysnäkymiä. Valtioneuvoston tulevaisuusselonteko eduskunnalle. Oheisjulkaisu. Valtioneuvoston kanslian julkaisuja 2001/10.

Rajaniemi S (1998) Opintieltä työelämään. Seurantaselvitys Kelan järjestämästä ammatillisesta kuntoutuksesta. Kansaneläkelaitos 1998.

Saarnio L (2001) Työeläkekuntoutus vuonna 2000. Eläketurvakeskus, Tilasto-osasto.

Sailas R (2000) Miten terveys- ja sosiaalimenot rahoitetaan ikääntyvässä Suomessa? *Kuntoutus* 2000:1:13-18.



Sosiaali- ja terveysministeriö (2002) Kuntoutuksen kehitys 1997-2000. Painossa.

Väänänen-Tomppo I, Janatuinen E, Törnqvist R (1999) Kaikki hyvin työssä? Tutkimus varhaiskuntoutuksen vaikuttavuudesta valtionhallinnossa. Valtiokonttori.

**SOSIAALI- JA TERVEYSMINISTERIÖN JULKAISUJA**  
**SOCIAL- OCH HÄLSOVÅRDSMINISTERIETS PUBLIKATIONER**

**ISSN 1236-2050**

- 2002: 1 Juhani Iivari, Keijo Piirainen, Aki Siltaniemi. Sosiaalinen luototus - vaikuttavuus- ja kokonaisuusarviointi. Sosiaalisen luototuksen evaluaatiotutkimuksen raportti II.  
ISBN 952-00-1079-3
- 2 Sosiaaliturvan suunta 2002.  
ISBN 952-00-1093-9
- 3 Ikäohjelman monet kasvot. Kansallisen ikäohjelman 1998-2002 loppuraportti.  
ISBN 952-00-1101-3
- 4 Valtakunnallinen uniapneaohjelma 2002-2012.  
ISBN 952-00-1103-X
- 5 Kuntoutuksen kustannuksista ja vaikuttavuudesta. Tausta-aineisto valtioneuvoston kuntoutusselontekoon.  
ISBN 952-00-1104-8