

KUNTOUTUSSELONTEKO 2002

Valtioneuvosto on aikaisemmin antanut eduskunnalle kaksi selontekoa kuntoutuksesta, vuosina 1994 ja 1998. Kirjelmässään vuoden 1998 selonteon johdosta eduskunta edellytti, että hallitus antaa uuden selonteon kuntoutuksesta neljän vuoden kuluessa. Eduskunta perusteli uuden selonteon antamisen tarvetta kuntoutuksen kansantaloudellisella, eläkepoliittisella ja terveydellisellä

merkityksellä.

Uudessa selonteossa tulee selvittää edellisen selonteon pohjalta havaitut ongelmat, suoritettut toimenpiteet ja kuntoutuksen kehittämislinjaujen toimeenpano.

Selonteon tausta-aineistona on julkaisu Kuntoutuksen kustannuksista ja vaikuttavuudesta (Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2002:5).

TIIVISTELMÄ

Selonteossa luodaan kuva suomalaisen kuntoutusjärjestelmän kokonaisuudesta ja tarkastellaan kuntoutuspalveluissa vuoden 1997 jälkeen tapahtuneita muutoksia. Selonteossa ennakoidaan myös tulevaisuuden kehittämislinjauksia. Erityistä painoa laitetaan kuntoutuksen vaikuttavuuden arvioinnille. Kuntoutuksen kokonaismenot vuonna 2000 olivat 1,2 miljardia euroa, jossa reaalista kasvua vuoteen 1997 verrattuna oli 9 %. Menojen kasvu johtui pääasiassa kuntoutusta saaneiden määrän kasvusta. Kuntoutus on hajautettu lukuisten eri järjestäjien ja rahoittajien kesken. Neljäsosa rahoitetaan sosiaalihuollon puolelta ja viidesosa terveydenhuollosta. Kansaneläkelaitoksen kuntoutukseen kuluu menoista viidesosa. Vuoden 1997 jälkeen kuntoutujan asemaa on parannettu muun muassa palvelunohjaus- ja yhteispalvelukokeiluilla. Työkyvyn säilyttäminen on ollut hallituspolitiikan keskeisiä tavoitteita. Työkykyä ylläpitävään toimintaan työpajoilla on kannustettu, työterveyshuoltoa tehostettu sekä psyykkiset ja ergonomiset tekijät kirjattu toimikunnan ehdotukseen uudeksi työturvallisuuslaiksi. Työeläkelainsäädännön uudistuksessa korostetaan am-

matillisen kuntoutuksen merkitystä. Vammaisten ja vajaakuntoisten ammatilliseen kuntoutumiseen on kiinnitetty huomiota parantamalla oikeuksia kuntoutusraahan, työllistymistä tukevaan työtoimintaan sekä poistamalla työllistymistä estäviä sosiaaliturvasäännöksiä. Aktiivisella sosiaalipolitiikalla on panostettu myös pitkäaikaistyöttömien kuntoutumiseen. Ikääntyneiden työllisyystilanne onkin kohentunut selvästi. Kunnat on velvoitettu järjestämään kuntouttavaa työtoimintaa ja laatimaan aktivointisuunnitelma pitkään työttöminä olleille. Lasten ja nuorten psykiatriseen kuntoutukseen on ohjattu varoja ja erilaisia mielenterveyskuntoutuksen hankkeita on käynnistetty. Kuntia on ohjeistettu valtakunnallisilla ikäihmisten hoitoa ja palveluja koskevilla laatusuosituksilla. Tulevaisuudessa haasteina ovat ikääntyvän työvoiman työkyvyn ylläpitäminen, vanhusväestön toimintakyvyn säilyttäminen, kuntoutuksen riittävän varhainen aloittaminen, moniammatillisen työotteen kehittäminen ja kuntoutuksen vaikuttavuutta koskevan tutkimuksen lisääminen.

VIRHE. KIRJANMERKKIÄ EI OLE MÄÄRITETTY.

VIRHE. KIRJANMERKKIÄ EI OLE MÄÄRITETTY.

Virhe. Kirjanmerkkiä ei ole määritetty.

Virhe. Kirjanmerkkiä ei ole määritetty.

Virhe. Kirjanmerkkiä ei ole määritetty.

Virhe. Kirjanmerkkiä ei ole määritetty.

Virhe. Kirjanmerkkiä ei ole määritetty.

Virhe. Kirjanmerkkiä ei ole määritetty.

Virhe. Kirjanmerkkiä ei ole määritetty.

Virhe. Kirjanmerkkiä ei ole määritetty.

Virhe. Kirjanmerkkiä ei ole määritetty.

Virhe. Kirjanmerkkiä ei ole määritetty.

Virhe. Kirjanmerkkiä ei ole määritetty.

Virhe. Kirjanmerkkiä ei ole määritetty.

Virhe. Kirjanmerkkiä ei ole määritetty.

Virhe. Kirjanmerkkiä ei ole määritetty.

Virhe. Kirjanmerkkiä ei ole määritetty.

Virhe. Kirjanmerkkiä ei ole määritetty.

Virhe. Kirjanmerkkiä ei ole määritetty.

Virhe. Kirjanmerkkiä ei ole määritetty.

Virhe. Kirjanmerkkiä ei ole määritetty.

Virhe. Kirjanmerkkiä ei ole määritetty.

1. Johdanto

Sosiaalisen hyvinvoinnin perustana ovat väestön työ- ja toimintakyvyn ylläpito sekä mahdollisimman itsenäinen selviytyminen elämän eri tilanteissa. Erityisesti väestön ikääntyminen luo merkittäviä haasteita sosiaaliturvan rahoitukselle. Sosiaaliturvan kestävän rahoituksen edellytys on väestön korkea, vähintään 70 %:n työllisyysaste. Hallitusohjelman keskeisiä tavoitteita on kehittää työelämää ja sosiaaliturvaa niin, että työssä jatketaan 2-3 vuotta pitempään kuin nyt. Työllisyysastetta pyritään nostamaan alentamalla rakenteellista työttömyyttä ja vahvistamalla erityisryhmien, muun muassa vammaisten, mahdollisuuksia osallistua työelämään. Käsitellessään vuonna 1998 annettua valtioneuvoston selontekoa kuntoutuksesta eduskunta totesi muun muassa, että kuntoutus on investointi tulevaisuuteen, ei vain eikä edes ensisijaisesti menoerä.

Sosiaalipolitiikassa painotetaan väestön omaa aktiivisuutta. Kuntoutus on yksi keino lisätä väestön työ- ja toimintakykyä ja antaa ihmisille voimavaroja oman elämän hallintaan. Kuntoutuksella on Suomessa sodanjälkeisistä ajoista alkaen ollut merkittävä ja arvostettu asema. Kuntoutuksen ympärille on syntynyt monipuolinen, monitahoinen ja monimutkainen rakennelma lainsäädäntöä, palvelujen järjestäjiä, rahoittajia ja tuottajia. Kuntoutuksen kokonaisuuden hahmottaminen on yhä vaikeampaa sekä kuntoutuksesta päättävälle että itse kuntoutujille. Toisaalta kuntoutusjärjestelmään on sidottu paljon varoja ja se tarjoaa paljon erilaisia mahdollisuuksia.

Vuoden 1998 kuntoutusselonteossa todettiin, että kuntoutuksen 2000-luvun alun keskeiset haasteet ovat:

- työikäisten työkyvyn ylläpitäminen
- vajaakuntoisten ja vammaisten työllistymismahdollisuuksien parantaminen
- vammaisten ja pitkäaikaissairaiden toimintamahdollisuuksien lisääminen
- vanhusväestön toimintakyvyn ylläpitäminen.

Nämä haasteet ovat ajankohtaisia edelleen. Ne edellyttävät kuntoutuksen jatkuvaa kehittämistä ja monipuolistamista, jotta eri kohderyhmien tarpeisiin kyetään vastaamaan.

Tämän selonteon tarkoituksena on selvittää, miten hyvin ja tehokkaasti kuntoutusjärjestelmä vastaa sille asetettuihin odotuksiin ja miten kuntoutusta tulisi tulevaisuudessa kehittää.

2. Kuntoutuksen käsite ja tavoitteet

Kuntoutuksen tavoitteena on kuntoutuminen. Kuntoutumisen näkökulmasta kuntoutus voidaan määritellä ihmisen tai ihmisen ja ympäristön muutosprosessiksi, jonka tavoitteena on toimintakyvyn, itsenäisen selviytymisen, hyvinvoinnin ja työllisyyden edistäminen. Kuntoutus on suunnitelmallista ja monialaista, usein pitkäjänteistä toimintaa, jonka tavoitteena on auttaa kuntoutujaa hallitsemaan elämäntilanteensa.

Kuntoutus eroaa tavanomaisesta hoidosta ja huollosta monialaisuutensa ja menetelmiensä vuoksi. Hoidon ja kuntoutuksen raja ei kuitenkaan ole kaikissa tilanteissa selvä eikä sitä ole aina tarpeen vetääkään.

Kuntoutujan oma osallisuus kuntoutusprosessissa ja vaikuttaminen ympäristöön ovat tämän päivän kuntoutuksen ydinkysymyksiä. Kuntoutus on saamassa yhä enemmän psykososiaalisia ja sosiaalisia ulottuvuuksia.

Kuntoutuspalvelut ja -etuudet määräytyvät vuodelta 1991 peräisin olevan kuntoutuslain säädännön (604-628/1991) perusteella, jossa määritellään eri viranomaisten ja organisaatioiden lakisääteiset kuntoutustehtävät. Sosiaali- ja terveydenhuollon, sosiaalivakuutuksen ja työhallinnon lakisääteinen kuntoutus perustuu todettuun oireeseen, sairauteen, vajaakuntoisuuteen tai vammaan. Kuntoutuksen perusteiksi on alettu vähitellen katsoa myös työkyvyn heikkenemisen tai vakavan sosiaalisen syrjäytymisen uhka.

Lakisääteisen kuntoutuksen ulkopuolelle jää monia ennaltaehkäiseviä toimenpiteitä, kuten terveyden edistäminen, toimintakykyä

yleisesti ylläpitävät toimenpiteet tai ympäristön edellytyksiin vaikuttaminen, niin tärkeitä kuin ne ovatkin kuntoutumisen kannalta. Tässä selonteossa tuodaan kuitenkin esille myös näitä kuntoutuksen rajapintoja, esimerkiksi työterveyshuoltoa, työkykyä ylläpitävää toimintaa, työsuojelua sekä vapaaehtois- ja harrastustoimintaa. Näistä aiheutuvia kustannuksia ei kuitenkaan ole laskettu mukaan kuntoutusmenoihin.

3. Kuntoutuksen kehitys 1998-2001

Vuoden 1998 kuntoutusselonteon eduskuntakäsittelyssä esille nousivat mm. seuraavat ongelmat ja kehittämistarpeet:

- kuntoutuksen tavoitteet ja kuntoutuksen käsite
- asiakkaan asema ja yhdenvertaisuuden toteutuminen
- järjestelmän työnjako- ja rahoituskysymykset
- terveydenhuollon voimavarojen riittävyys kuntoutukseen
- apuvälineiden saatavuus ja rahoitusvastuu
- kuntoutusta koskeva tutkimus ja kuntoutuksen vaikuttavuus
- lähihoitajien ja muun henkilöstön kuntoutuskoulutus
- suojatylainsäädännön uudistaminen
- päihde- ja mielenterveysongelmaisten kuntoutus
- päihdeongelmaisten kuntoutusraha
- vanhusväestön kuntoutus

Asiakkaan asemaa ja yhdenvertaisuutta on edistänyt muun muassa henkilötietolaki (523/1999), laki viranomaisten toiminnan julkisuudesta (621/1999) sekä sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeudesta annettu laki (812/2000). Kuntoutuksen asiakaspalvelun yhteistyöstä annetun lain uudistamista valmistellaan.

Kuntoutusjärjestelmän työnjakoa, rahoitusta ja voimavaroja sekä apuvälinepalvelujen saatavuutta on selvitetty erillisessä taustaineistona jaettavassa julkaisussa *Kuntoutuksen kustannuksista ja vaikuttavuudesta* (Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2002:5).

Kuntoutus on otettu entistä painokkaammin huomioon, kun sosiaali- ja terveydenhuollon

henkilöstön koulutuksen rakenteeseen tai sisältöihin on tehty muutoksia.

1.4.2002 tulee voimaan laki vammaisten ja vajaakuntoisten henkilöiden työllistymisen edistämisestä, joka täsmentää ja monipuolistaa aikaisempia suojatyötä koskevia säännöksiä.

Mielenterveysongelmaisten, päihdeongelmaisten ja vanhusväestön kuntoutuksen kehittämisestä on käsitelty erikseen selonteon luvussa 7.

1990-luvun lopun kuntoutuksen kehittämistoimenpiteet ovat ennen kaikkea kohdistuneet syrjäytymisvaarassa oleviin lapsiin ja nuoriin, työssä oleviin ja erityisesti ikääntyviin työntekijöihin, pitkäaikaistyöttömien sekä vajaakuntoisten ja vaikeavammaisten työllistymismahdollisuuksiin. Toiminnalle tunnusomaisia ovat monet kehittämis- ja koikeluhankkeet. Niillä on kehitetty uusia toimintamuotoja ja myös etsitty perusteita lainsäädäntöuudistuksille.

Vuonna 2000 menot jakautuivat kuntoutuksen järjestäjien ja rahoittajien kesken seuraavasti:

| | milj. € | milj. mk |
|---|---------|----------|
| Terveystenhoito | 241,3 | 1 435 |
| Sosiaalihuolto | | |
| - vammaispalvelut | 143,0 | 850 |
| - työ- ja toimintakeskukset | 105,6 | 628 |
| - päihdekuntoutus | 38,7 | 230 |
| Kansaneläkelaitos | 225,4 | 1 340 |
| Työeläkelaitokset | 20,9 | 124 |
| Tapaturmavakuutus | 20,7 | 123 |
| Liikennevakuutus | 12,1 | 72 |
| Valtion sotainvalidi- ja veteraanikuntoutus | 78,6 | 467 |
| RAY avustukset järjestöjen kuntoutuspalveluihin | 31,5 | 187 |
| Peruskoulun erityisopetus | 121,1 | 720 |
| Ammatillinen erityisopetus | 76,4 | 454 |
| Työhallinto | 97,9 | 582 |
| Yhteensä | 1 213,0 | 7 212 |

Kuntoutuksen kokonaismenot olivat vuonna 2000 arviolta 1,2 miljardia euroa (7,2 miljardia markkaa). Menot on laskettu samassa laajuudessa kuin vuoden 1998 kuntoutusselonteossa. Vuodesta 1997 vuoteen 2000 menot kasvoivat noin 168 miljoonaa euroa (1,0 miljardia markkaa). Reaalinen

kasvu oli 9 prosenttia. Vuosina 1992-1997 reaalin kasvu oli noin 20 prosenttia. Kuntoutusmenojen kasvu johtuu pääasiassa kuntoutusta saaneiden henkilöiden määrän kasvusta.

Vuodesta 1997 vuoteen 2000 suurin kuntoutusmenojen rahamääräinen kasvu oli Kansaneläkelaitoksella, jonka menot kasvoivat 39,9 miljoonalla eurolla (237 miljoonalla markalla). Suhteellisesti eniten, 88 prosenttia, kasvoivat työeläkelaitosten kuntoutusmenot. Vahva panostus peruskoulun erityisopetukseen kasvatti myös erityisopetuksen menoja yli 80 prosentilla. Työhallinnon kuntoutusmenot pienenivät kyseisenä ajanjaksona, mikä johtuu suurelta osalta ESR-hankkeiden osuuden alentumisesta. Muilta osin kuntoutusmenojen jakautuminen eri kuntoutuksen järjestäjien kesken oli vuonna 2000 lähes samanlainen kuin vuonna 1997.

Kuntoutuksen kokonaismenoista noin 100 miljoonaa euroa (596 miljoonaa markkaa) käytettiin kuntoutusajan toimeentuloturvaan. Kuntoutuspalveluihin, koulutukseen ja työllistämistoimenpiteisiin käytettiin 1,1 miljardia euroa (6,6 miljardia markkaa).

Kuntoutusmenojen määrä riippuu niiden määritelmästä. Nyt kuntoutuksen menoihin on laskettu muun muassa vammaispalvelujen kustannukset kokonaisuudessaan (yhteensä 143 miljoonaa euroa, 850 miljoonaa markkaa). Näihin kustannuksiin sisältyvät vanhusväestön kuljetuspalvelut. Kokonaismenoihin sisältyy myös peruskoulun erityisopetus (121 miljoonaa euroa, 720 miljoonaa markkaa). Ilman näitä menoja kuntoutusmenot olisivat noin 950 miljoonaa euroa (5,6 miljardia markkaa).

Vammaispalveluihin kuuluu myös palveluja, jotka ovat hyvin samanlaisia kuin esimerkiksi terveydenhuollon kuntoutuspalvelut. Erityisopetuksen menojen sisällyttämistä kuntoutusmenoihin perustellaan sillä, että erityisopetuksella on kasvava merkitys oppimishäiriöisten, vajaakuntoisten ja vammaisten syrjäytymisen ehkäisyssä.

Toisaalta kuntoutusmenoihin ei ole laskettu ehkäisevää kuntoutusta kuten työkykyä ylläpitävää toimintaa.

Kuntoutus kohdistui aikaisempaa enemmän yli 45-vuotiaisiin työelämässä oleviin ja pitkäaikaistyöttömiin. Samoin mielenterveys-

ongelmaisten osuus kuntoutujista on kasvanut. Eniten kuntoutusta saivat edelleen tuki- ja liikuntaelinsairauksista kärsivät.

4. Kuntoutujan asema ja vaikutusmahdollisuudet

Vuoden 1998 kuntoutuslonteossa todettiin, että kuntoutujalla tulee olla tosiasialliset mahdollisuudet toisaalta tiedon saantiin ja toisaalta kuntoutustarpeen selvittämiseen ja kuntoutuksen suunnitteluun osallistumiseen. Edellytettiin, että laki kuntoutuksen asiakaspalvelun yhteistyöstä saatetaan ajankäyttöön muotoon ja yhdensuuntaiseksi muun asiakkaan asemaa koskevan lainsäädännön kanssa.

4.1. Laki kuntoutuksen asiakasyhteistyöstä

Sosiaali- ja terveysministeriössä on valmisteltu kuntoutuksen asiakaspalveluyhteistyötä koskevan lain uudistamista. Tarkoituksena on helpottaa asiakkaan kuntoutuspalvelujen saantia ja saada aikaan sellainen palvelukokonaisuus, joka ottaa huomioon kuntoutujan edellytykset, palvelutarpeen ja elämäntilanteen. Kuntoutuksen asiakasyhteistyölailla vahvistettaisiin kuntoutujan oikeuksia saada yhteistyötä koskeva asiansa käsitellyksi kuntoutuksen asiakasyhteistyöryhmässä ja osallistua kuntoutuksensa suunnitteluun. Yhteistyöryhmän olisi myös varmistettava, että kuntoutujalla on yhdessä hänen kanssaan nimetty yhteyshenkilö, joka huolehtii kuntoutuksen toteutumisesta ja viranomaisten välisestä yhteistyöstä.

Lailla halutaan myös vahvistaa paikallistalolla toimivien asiakasyhteistyöryhmien asemaa. Kunnan olisi huolehdittava siitä, että sen alueella toimii asianmukainen kuntoutuksen asiakasyhteistyöryhmä. Kunnan olisi tiedotettava ryhmän toiminnasta ja kokoonpanosta kunnan asukkaille sekä muille viranomaisille. Laissa vahvistettaisiin myös asiakasyhteistyöryhmien asemaa eri osapuolten yhteistoiminnan ja sen edellytysten parantamisessa.

Lisäksi täsmennettäisiin keskeisissä sosiaali- ja terveydenhuollon, työhallinnon ja va-

kuutusjärjestelmien laeissa olevaa kuntoutuksen yhteistyösäännöstä. Kuntoutusta järjestävien viranomaisten, laitosten ja muiden yhteisöjen velvollisuutta antaa kuntoutujalle tietoja kuntoutusmahdollisuuksista vahvistettiin.

Tarkoituksena on antaa lainsäädännön uudistamista koskeva hallituksen esitys eduskunnalle välittömästi sen jälkeen, kun kuntoutuselonteosta on saatu palaute ja eri sidosryhmiä on kuultu.

4.2. Asiakaspalvelun uusia muotoja

Asiakaspalvelun uudistamiseen ja asiakas/kuntoutujalähtöisyyden korostamiseen on etsitty monenlaisia ratkaisumalleja. Työhallinnon, kuntien ja Kansaneläkelaitoksen yhteistyönä on vuonna 2002 aloitettu kaksivuotinen yhteispalvelukokeilu. Kokeilussa järjestetään yhdessä paikassa palveluja pääasiassa työmarkkinatuella oleville pitkäaikais-työttömille työnhakijoille. Kokeiluun on valittu yhteensä 25 palvelupistettä, joilla arvelaan olevan noin 12 000 asiakasta vuonna 2002.

Kuntoutujan asemaa ja tiedonsaantia kehitetään myös palvelunohjauskokeiluilla. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksessa kehitetään viidessätoista eri seutukunnassa erilaisia palvelunohjausmalleja pitkäaikaissairaiden henkilöiden sekä vammaisten lasten ja nuorten ja heidän perheidensä tukemiseksi. Projekti päättyy vuonna 2003. Projektin kokemuksia ja uusia toimintamalleja on sen jälkeen tarkoitus levittää laajempaan käyttöön ja soveltaa myös muihin asiakasryhmiin.

Kuntoutujan aseman ja vaikuttamismahdollisuuksien perustana on kuntoutuksen tavoitteiden ja toimintakokonaisuuksien määrittely hänen omista lähtökohdistaan. Tämä tarkoittaa myös sitä, että itse menetelmät ja prosessit ovat aidosti *kuntoutujalähtöisiä*. Kuntoutujan elämästä ja ympäristöstä lähteviä toimintatapoja on kehitetty monen projektin ja kokeilun yhteydessä, esimerkiksi mielenterveyskuntoutuksessa ja psykososiaalista tukea tarvitsevien kuntoutuksessa. Tällaisina menetelminä on kokeiltu muun muassa kuntoutusneuvontaa ja -suunnittelua, kuntoutusluotsausta, vertaistukea, perhekun-

toutusta, asumis- ja kotikuntoutusta, klubi- ja jäsentalotoimintaa sekä tuettua työllistymistä.

5. Kuntoutuksen vaikuttavuus ja sitä koskeva tutkimus

Viime vuosina on määrätietoisesti pyritty selvittämään hyvinvointipalvelujen ja menetelmien vaikuttavuutta. Vaikuttavuutta ja tavoitteiden toteutumista mitataan tavallisesti määrällisin mittarein. Hyvinvoinnin suora mittaaminen on kuitenkin vaikeata.

Kuntoutuspalvelujen, koulutuksen ja työllistämistoimenpiteiden vaikuttavuuden arviointi on vasta alussa ja standardoituja mitausmenetelmiä on vähän. Kuntoutusta järjestävät ja rahoittavat tahot seuraavat yleensä rutiinomaisesti toimintansa kustannuksia ja asiakasmääriä. Mittareina on käytetty myös esimerkiksi kuntoutuksessa olleiden toimintakyvyn muutoksia, koulutusta ja ammatillista kuntoutusta saaneiden sijoittumista työelämään tai työllistämistoimenpiteissä olleiden työmarkkinatilannetta.

Kun yhteiskunnan panostukset kuntoutukseen ovat selvästi yli miljardi euroa ja kun toisaalta kuntoutuksella voidaan saavuttaa huomattavia taloudellisia ja inhimillisiä arvoja, on perusteltua kiinnittää erityistä huomiota kuntoutuksen vaikuttavuuteen. On selvitettävä, miten tehokkaita eri kuntoutuksen muodot ovat ja mihin väestöryhmiin niitä kannattaa soveltaa. Näin kalliilta toiminnalta on oikeus odottaa tuloksia.

Kuntoutusta on kovin erilaista. Tapaturman tai esimerkiksi aivoinfarktin jälkeisen kuntoutuksen tarpeellisuus on kiistatonta, eikä tämän toiminnan oikeutukseen vaikuttavuusarviota tarvita. Luonnollisesti myös tällaisessa tapauksessa erilaisia kuntoutuksen muotoja voidaan verrata keskenään samoin kuin annettavan kuntoutuksen määrää voidaan optimoida.

Kun kyse ei ole äkillisestä vammasta vaan esimerkiksi työkykyä ylläpitävästä toiminnasta, kuntoutus näyttää olevan sitä tuloksellisempaa, mitä varhaisemmassa vaiheessa se aloitetaan.

Kuntoutuksen tavoitteina on työkyvyn ylläpitäminen ja siten kansantalouden huoltosuhteen parantaminen sekä muiden sosiaali- ja terveyspalvelujen tarpeen vähentämi-

nen. Näiden tavoitteiden kansantaloudellinen merkitys on huomattava ja niiden osalta on mahdollista osoittaa selkeitä rahamääräisiä hyötyjä. Kuntoutuksen tavoitteena on kuitenkin myös kuntoutettavan ja hänen omaistensa elämänlaadun paraneminen, minkä mittaaminen rahassa ei ole yhtä yksinkertaista. Se ei kuitenkaan vähennä elämänlaadun parantamisen tärkeyttä.

Joskus kuntoutuksen vaikuttavuutta on vaikea tai suorastaan mahdotonta mitata. Tämä ei kuitenkaan tarkoita, ettei vaikutusta olisi. Vaikka 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 kuntoutusresurssia on tietysti syytä vähentää sieltä, missä vaikutus on mitattavissa ja se on osoittautunut vähäiseksi.

5.1. Arvio eräiden kuntoutusmuotojen vaikuttavuudesta

Vuonna 2001 tehtiin sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksen, Stakesin ja kuntoutusasiain neuvottelukunnan tutkimusjaoston yhteistyönä arvio eräiden kuntoutusmuotojen ja eräiden kohderyhmien kuntoutuksen vaikuttavuudesta. Arvioitavina olivat kuntoutuksen alueet, joihin tällä hetkellä tai tulevaisuudessa suunnataan runsaasti voimavaroja ja joissa vaikuttavuustietoja ei ole kattavasti koottu. Vaikuttavuusarviot laadittiin työelämässä olevien varhaiskuntoutuksesta, ammatillisesta kuntoutuksesta, pitkäaikaistyöttömien kuntoutuksesta, päihdeongelmaisten kuntoutuksesta, psykiatrisesta kuntoutuksesta, tuki- ja liikuntaelinsairauksien kuntoutuksesta, neurologisesta kuntoutuksesta ja geriatriasta kuntoutuksesta. Lisäksi arvioitiin kuntoutuksen taloudellisia vaikutuksia enenaikaisena eläkkeelle siirtymisenä ja sairauspoissaoloina mitattuina.

Vaikuttavuusarviot perustuivat kansainvälisiin kirjallisuuskatsauksiin sekä kotimaisiin tutkimuksiin. Tutkimuksissa analysoitiin vaikuttavuusnäyttöön liittyviä monia ongelmia. Arviointi osoitti, että kuntoutuksen vaikuttavuudesta on tieteellistä näyttöä kohteeksi valituissa sairaus- ja ongelmaryhmissä.

Näyttö kuntoutuksen myönteisistä vaikutuksista on vahvinta alaselän pitkittyneen 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 vaikutuksesta eläkkeelle siirtymisen ajankohtaan ei voida tutkimusten perusteella tehdä päätelmiä. Ammatillisessa kuntoutuksessa on ulkomaisten tutkimusten perusteella näyttöä tuetun työllistämisen myönteisistä tuloksista. Kansainvälisistä tutkimuksista on saatu näyttöä myös päihdekuntoutuksen, psykiatrisen kuntoutuksen ja pitkäaikaistyöttömien kuntoutuksen myönteisistä vaikutuksista. Muissa maissa käytössä olevien kuntoutusmenetelmien soveltuvuus suomalaiseen sosiaaliturva- ja kuntoutusjärjestelmään vaatii kuitenkin lisätutkimuksia.

Kuntoutuksen erilaisista toteutustavoista kuten avo- tai laituskuntoutuksesta ei ole juurikaan tehty vertailevia tutkimuksia. Tutkimukset koskevat lähinnä joitakin sairaus- tai ongelmaryhmiä. Näyttöä on siitä, että erityisesti akuutin sairauden vuoksi hoitoon joutuneet vanhus- ja aivoverenkiertohäiriöpotilaat hyötyvät välittömästi hoitoon liittyvästä laitostuotoisesta kuntoutuksesta. Pitkittyneissä alaselkäkivuissa on vahvaa näyttöä siitä, että pitkäkestoinen ja intensiivinen useamman ammattiryhmän yhteistyöhön perustuva eli moniammatillinen laituskuntoutus on tehokkaampaa kuin avokuntoutus tai tavanomainen hoito. Sen sijaan laitostuotoisen kuntoutuksen hyödyllisyyttä muissa tuki- ja liikuntaelinsairauksissa ei ole riittävästi tutkittu.

Tiedon katvealueita on edelleen paljon. Monien ongelmaryhmien kuntoutuksen ja kuntoutusmuotojen vaikuttavuudesta ei ole tutkimukselliset kriteerit täyttävää tietoa. Käynnissä ja käynnistymässä on kuitenkin lisää tietoa tuottavia tutkimuksia.

Joidenkin sairausryhmien kohdalla on jo tehty kuntoutuksen vaikuttavuustutkimuksia, joissa saatua tietoa on käytetty kansainvälisiä ja kansallisia kuntoutussuosituksia laadittaessa. Tällaisia ovat esimerkiksi sydän- ja veri-

suonitaudit, syöpä- sekä hengityselinsairaudet. Näiden sairausryhmien kuntoutuksen vaikuttavuustutkimukset on myös jatkossa koottava ja arvioitava.

Vaikuttavuusarviointi osoitti, että tuloksellisessa kuntoutuksessa on usein seuraavia yhteisiä piirteitä:

- Eri ammattiryhmien yhteistyöhön perustuva kuntoutus on vaikuttava toimintamalli useissa sairaus- ja ongelmaryhmissä.
- Kuntoutuksen vaikutukset ovat vankimpia, kun kuntoutukseen yhdistetään ympäristöön, lähiyhteisöön ja työssä olevien osalta työyhteisöön kohdistuvia toimenpiteitä.
- Kuntoutuksen vaikuttavuutta tehostavat sen tarkka kohdentaminen ja varhainen aloittaminen.

Kuntoutusta pitää kohdentaa ja järjestää niin, että käytettävissä olevilla voimavaroilla saavutetaan suurin mahdollinen vaikutus. Siksi kuntoutuksen järjestäjien ja rahoittajien tulisi kuntoutusmuotoja ja kuntoutujaryhmiä valitessaan ottaa huomioon jo olemassa oleva vaikuttavuustieto. Keskeinen kysymys on, miten tieto vaikuttavista menetelmistä saadaan ulotetuksi käytännön kuntoutustoimintaan, sillä suomalaisesta kuntoutusjärjestelmästä puuttuu vakiintunut väylä tutkimustiedon ja käytännön toimeenpanon välillä.

Kuntoutusta koskevaa kotimaista vaikuttavuustutkimusta tulee lisätä ja sen edellytyksiä parantaa. Kuntoutusasiain neuvottelukunnan tutkimusjaosto on selvittänyt kuntoutuksen tutkimus- ja kehittämistoiminnan tilaa. Tutkimusta tehdään varsin monessa tutkimus- ja palveluorganisaatiossa. Tunnusomaista on tutkimuksen ja rahoituksen projektisidonnaisuus, kehittämistyöpainotteisuus, koordinoimattomuus ja pitkäjänteisyyden puute.

6. Kuntoutuksen toimeenpano

6.1. Järjestämis- ja rahoitusvastuu

Suomalaisessa kuntoutusjärjestelmässä vastuu kuntoutuksen järjestämisestä jakautuu monelle eri taholle. Sosiaali- ja terveydenhuollolla, sosiaalivakuutuksella ja työhallin-

nolla on jokaisella omat kuntoutustehtävänsä. Vuoden 1991 kuntoutuslainsäädännön jälkeen ei ole tapahtunut merkittäviä muutoksia eri viranomaisten järjestämis- ja rahoitusvastuussa. Työnjakoa on kuitenkin pyritty selkeyttämään eri vastuutahojen välisin neuvotteluihin ja sopimuksiin. Esimerkiksi työeläkelaitosten ja Kansaneläkelaitoksen yhteiset toimeenpano-ohjeet työelämässä olevien ammatillisesta kuntoutuksesta sekä työeläkejärjestelmän tehostunut kuntoutustoiminta ovat selkeyttäneet käytäntöjä, nopeuttaneet kuntoutujan ohjautumista oikeiden palvelujen piiriin ja myös lisänneet työeläkejärjestelmän osuutta ammatillisessa kuntoutuksessa.

Kuntoutusta järjestetään lakisääteisenä ja harkinnanvaraisena. Lakisääteinen kuntoutus voi olla järjestäjää erityisesti velvoittava, jolloin on järjestettävä palvelut kaikille, jotka täyttävät lain asettamat ehdot. Tästä esimerkkejä ovat Kansaneläkelaitoksen järjestämä ammatillinen kuntoutus ja vaikeavammaisten lääkinnällinen kuntoutus, tapaturma- ja liikennevakuutus- ja sotilasvammalain perusteella järjestettävä kuntoutus sekä eräät vammaispalvelut.

Lakisääteisiä, mutta käytettävissä olevista voimavaroista riippuvia ovat edellä mainittuja vammaispalveluja lukuun ottamatta kaikki muu sosiaali- ja terveydenhuollon kuntoutus, peruskoulun erityisopetus, ammatillinen erityisopetus ja työhallinnon ammatillinen kuntoutus. Kuntoutujien määrä ja kuntoutuksen laajuus riippuu siitä, kuinka paljon määrärahoja kunta tai valtio on osoittanut alalle ja miten määrärahat jakautuvat asianomaisen hallinnonalan sisällä. Kansaneläkelaitoksen harkinnanvaraisen kuntoutuksen ja rintamaveteraanien kuntoutuksen määrärahat osoitetaan vuosittain valtion tulo- ja menoarviossa. Työeläkejärjestelmän kuntoutus on lakisääteistä, mutta harkinnanvaraista, jolloin työeläkelaitosten harkinnassa on päättää siitä, kenelle kuntoutusta korvataan.

Monitoimijaisessa järjestelmässä on tärkeää, että jokaisen osapuolen varat riittävät sille säädettyjen tehtävien hoitamiseen. Muutokset yhdessä järjestelmässä lisäävät helposti kustannuspainetta toisessa. Kansaneläkelaitoksen kustannukset vaikeavam-

maisten lääkinnällisestä kuntoutuksesta ovat 1990-luvulla moninkertaistuneet, osittain kunnallisen terveydenhuollon säästötoimenpiteistä johtuen. Esimerkkejä on päinvastaisestiakin: työeläkejärjestelmän panostus ammatilliseen kuntoutukseen on vähentänyt Kansaneläkelaitoksen ammatillisen kuntoutuksen menoja.

Kuntoutujan kannalta katsottuna pitäisi kuntoutusprosessin olla mahdollisimman selkeä ja ymmärrettävä. Asioiden siirrot, viivytykset, katkot tai päällekkäisyydet hidastavat ja hankaloittavat kuntoutusprosessia ja lisäävät myös kustannuksia.

6.2. Terveydenhuollon kuntoutustehtävä

Eduskunta on kantanut erityistä huolta kunnallisen terveydenhuollon kuntoutuksen voimavarojen riittävydestä. Sairaaloiden ja terveyskeskusten kuntoutusmenot ovat syvimpien lamavuosien notkahdusta lukuun ottamatta kasvaneet koko 1990-luvun ajan. Vuosittainen kasvu 1997-2000 oli 3 - 4%. Reaalinen kasvu oli kuitenkin vain noin yhden prosentin verran vuodessa. Osuus kuntoutuksen kokonaismenoista on hieman pienentynyt.

Kuntoutuspalvelujen tuottamisen lisäksi terveydenhuolto toimii tärkeänä linkkinä muiden tuottaman kuntoutuksen käynnistymisessä ja kuntoutuksen seurannassa. Terveydenhuollon yksikkö tai ammattihenkilö on usein kuntoutustarpeen ensimmäinen havaitsija, kuntoutusaloitteen tekijä ja koko kuntoutusprosessin ohjaaja. Työ- ja toimintakyvyn arvioimiseksi ja kuntoutuksen tarpeen selvittämiseksi tarvitaan usein perusterveydenhuollon tai erikoissairaanhoidon tutkimuksia. Terveydenhuollossa tehty kuntoutussuunnitelma voi olla toisen viranomaisen rahoittaman kuntoutuksen edellytys, kuten esimerkiksi Kansaneläkelaitoksen korvaamassa vaikeavammaisten lääkinnällisessä kuntoutuksessa ja rintamaveteraanien kuntoutuksessa.

Apuvälinepalvelut ovat osa terveydenhuollon kuntoutustehtävää ja niiden kustannukset sisältyvät terveydenhuollon kuntoutusmenoihin. Apuvälinepalvelut ovat pääosin kunnallisen terveydenhuollon vastuulla. Apuvälineiden saatavuudesta tehtiin vuonna

2000 selvitys, jossa verrattiin vuosien 1994 ja 1999 tilannetta. Selvitys osoitti, että apuvälineiden hankintaan käytettiin kunnallisessa terveydenhuollossa 32 miljoonaa euroa (190 miljoonaa markkaa), joka vastasi reaalisesti vuoden 1992 tasoa. Apuvälineiden saatavuus ja käytännöt niiden antamisessa vaihtelivat suuresti eri alueiden ja eri kuntien välillä. Selvityksen mukaan apuvälineiden saatavuutta heikensivät eniten apuvälinepalvelujen pienet määrärahat.

Selvitys osoitti myös, että tarvitaan valtakunnallisia linjauksia apuvälinepalvelujen yhdenmukaistamiseksi. Sosiaali- ja terveysministeriö on käynnistänyt apuvälinepalvelujen laatusuosituksen valmistelut yhteistyössä muun muassa Stakesin ja Suomen Kuntaliiton kanssa. Laatusuositukset valmistuvat vuonna 2003.

Valtioneuvoston niin sanottuun tulevaisuuspakettiin sisältyy vanhusten ja vammaisten itsenäisen suoriutumisen edistämistä koskeva hanke. ITSE-hankkeen tavoitteena on lisätä sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön ja palvelujen käyttäjien osaamista asumiseen ja kommunikointiin liittyvässä uudessa teknologiassa. Lisäksi kehitetään alueellisia asiantuntijaverkostoja, palvelumalleja ja toimintakäytäntöjä. ITSE-hankkeeseen on varattu noin 2 225 000 euroa vuosille 2001-2003. Hanke toteutetaan 18 alueellisena osahankkeena, joissa on mukana lähes 400 kuntaa.

6.3. Henkilöstön koulutus

Kuntoutuksessa toimii suuri joukko ammatillisesti eriytyvän koulutuksen saaneita henkilöitä. Moniammatillisuus on kuntoutukselle tunnusomaista.

Sosiaali- ja terveysalan henkilöstön koulutuksessa on 1990-luvun lopulla ja 2000-luvun alussa tehty merkittäviä rakenteellisia ja sisällöllisiä muutoksia. Ammatillisesta peruskoulutuksesta valmistuvien lähihoitajien koulutus on vuonna 1999 pidennetty kolmi-vuotiseksi. Samassa yhteydessä on koulutukseen lisätty kuntoutuksen koulutusohjelma.

Ammattikorkeakoulut ovat yhtenäistäneet ja täsmentäneet koulutusohjelmista valmistu vien osaamisvaatimuksia vuonna 2001, jolloin kuntoutusta koskevan koulutuksen osalta

sisältöä tarkistettiin niin kuntoutukseen erikoistavissa ammattiryhmissä kuin sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön koulutuksessa laajemminkin. Ammattikorkeakouluissa on myös aloitettu uutena koulutuksena kuntoutusohjauksen ja -suunnittelun koulutusohjelma, josta valmistuu kuntoutuksen ohjaajia.

Opetusministeriö on vuosille 2002-2003 osoittanut määrärahan monitieteisen kuntoutuksen tutkimus- ja koulutusyksikön perustamiseen Oulun yliopiston lääketieteellisen ja Lapin yliopiston yhteiskuntatieteellisen tiedekunnan vetovastuulla. Molempiin yliopistoihin on perustettu osa-aikaiset kuntoutuksen professorin virat kehittämisen ajaksi. Tarkoituksena on laajentaa yhteistyö koskemaan laajemminkin yliopistosektoria.

Lääkäreiden erityispätevyysohjelmiin on hyväksytty kuntoutuksen erityispätevyys. Psykologien, puheterapeuttien ja sosiaalityöntekijöiden koulutuksessa on lisätty kuntoutussisältöistä opetusta ja myös kuntoutuksen erikoistavaa opetusta.

Usean avoimen yliopiston toimesta järjestetään säännöllisesti kuntoutuksen 15 opintoviikon täydennyskoulutusta sosiaali- ja terveystieteiden ammattihenkilöstölle.

7. Eri kohderyhmien kuntoutus

7.1. Työelämässä olevien työkyvyn ylläpitäminen ja kuntoutus

Työelämässä olevien työkyvyn säilyttäminen ja keskimääräisen eläkkeelle siirtymisaikojen myöhentäminen 2-3 vuodella on hallituspolitiikan keskeisiä tavoitteita. Tähän tavoitteeseen pyritään työssä pysymistä edistävällä eläkepolitiikalla ja työkykyä ylläpitävillä toimenpiteillä. Eläke- ja muuta sosiaaliturvalainsäädäntöä on 1990-luvulla muutettu useampaan otteeseen tämännäsuuntaisesti. Työssä olevien työkyvyn ylläpitämiseksi ja parantamiseksi on tehostettu työterveyshuoltoa ja työkykyä ylläpitävää toimintaa työpaikoilla, panostettu työkyvyn heikkene- misen uhan tunnistamiseen, kehitetty varhaiskuntoutuksen muotoja ja pyritty lisäämään ammatillista kuntoutusta.

Lisäksi on toteutettu laajoja kansallisia ohjelmia asenteiden muuttamiseksi työpai-

koilla ja työssä jaksamisen edistämiseksi.

Työkykyä ylläpitävä toiminta työpaikoilla

Työkykyä ylläpitävä toiminta (TYKY-toiminta) sai alkunsa keskeisten työmarkkinajärjestöjen yhteisestä sopimuksesta. TYKY-toiminta sisällytettiin 1990-luvun alkupuolella työterveyshuoltosäännöksiin ja siitä tuli näin osa lakisääteistä työterveyshuoltoa. Sittemmin toimintaa on ryhdytty toteuttamaan myös osana työsuojelua ja henkilöstön kehittämisohjelmia.

Työkykyä ylläpitävä toiminta on levinnyt työpaikoille laajasti. Vuonna 1998 noin 80 % palkansaajista työskenteli työpaikoilla, joissa toteutettiin jonkinasteista TYKY-toimintaa. Toiminnan sisältö vaihtelee tehtyjen selvitysten mukaan huomattavasti monipuolisen kokonaisvaltaisen TYKY-ohjelman ja esimerkiksi rajatun liikuntapainotteisen toiminnan välillä. Parhaiten laaja-alaista TYKY-toimintaa toteuttavat suuret yritykset sekä valtion ja kuntien organisaatiot. Sen sijaan pientyöpaikoilla ja omaa työtään tekevien sekä yrittäjien keskuudessa toiminta on vähäisempää.

TYKY-toiminnan onnistumisesta ja vaikuttavuudesta on tehty useita arviointitutkimuksia, joiden tulokset ovat hyvin samansuuntaisia. TYKY-toiminnan taloudellisiin vaikutuksiin kohdistuneet tutkimukset ovat osoittaneet toiminnan pääsääntöisesti hyötykustannussuhteeltaan edulliseksi; TYKY-toiminta säästää sairauspoissaolo- ja eläkekustannuksia ja lisää työn tuottavuutta.

Tulevaisuudessa työkykyä ylläpitävän toiminnan painopiste siirtyy asteittain fyysisen työkyvyn ylläpitämisen ohella myös henkisen ja sosiaalisen työkyvyn, työyhteisöjen toimivuuden, ikääntyneiden työkyvyn ja osaamisen varmistamiseen. TYKY-toiminnan ulottaminen kaikkiin työssäkäyviin katehtyypisissä työpaikoissa ja työsuhteissa on tärkeänä tavoitteena.

Tehtyjen arviointitutkimusten tuloksista voi päätellä, että TYKY-toiminta osaltaan tukee työssä jaksamista ja työkyvyn säilymistä. Näiden tavoitteiden saavuttamisessa ja varmistamisessa uudistettu työterveyshuoltolainsäädäntö ja valmisteilla oleva työturvallisuuslaki tarjoavat uusia keinoja ja

mahdollisuuksia.

Uusi työterveyshuoltolaki (1383/2001) tuli voimaan vuoden 2002 alusta. Uudistuksen tavoitteena on aiempaa tehokkaammin suunnata työterveyshuollon toimenpiteitä työntekijän terveyttä ja työkykyä tukevaan ja edistävään suuntaan. Työterveyshuollon toimintoja on tarkoitus kohdentaa työpaikkaselvityksiin ja työpaikoilla tapahtuvaan toimintaan, mitä tukee sairausvakuutuslakiin tehty määräaikainen muutos nostaa korvaus 60 prosenttiin. Tavoitteena on laajentaa työterveyshuollon toimintaa sinne, missä sitä on toteutettu vähän tai ei lainkaan.

Laissa on määritelty työkykyä ylläpitävän toiminnan periaatteet siten, että työterveyshuolto voisi suunnata ennakoivan ja ehkäisevän vaiheen toimenpiteet työntekijöiden terveyden, työ- ja toimintakyvyn edistämiseen, ylläpitämiseen, tukemiseen ja seurantaan koko työuran ajan. Työkyvyn ylläpitämiseen ja tukemiseen sisältyy tarvittaessa kuntoutustarpeen selvittäminen ja yhteistyö kuntoutustahojen kanssa. Työterveyshuoltolain mukainen kuntoutustarpeen selvittäminen toteutetaan ensisijaisesti työterveyshuollon toimintana työpaikan sisäisin toimenpitein. Jatkossa ehkäisevän tason ja työkykyä ylläpitävien ja työkyvyttömyyttä ehkäisevien muiden toimintamuotojen käsitteelliset, sisällölliset ja toiminnalliset rajapinnat tulisi selkiinnyttää.

Laissa korostetaan työterveyshuollon yhteistyötä muun muassa terveydenhuollon ja sosiaalivakuutuksen kanssa. Työpaikkojen, työterveyshuollon ja kuntoutusta järjestävien tahojen tehtävien selkeyttämiseen ja kuvaamiseen tarvitaan uusia toimintamalleja ja näkökulmia.

Työturvallisuuslain uudistamista pohtinut toimikunta jätti mietintönsä joulukuussa 2001 ja sen pohjalta valmisteltava hallituksen esitys annetaan eduskunnalle keväällä 2002. Nykyisin voimassa oleva laki on vuodelta 1958. Työelämän suuret muutokset ovat muuttaneet myös työn kuormittavuutta. Psykososiaalisten tekijöiden merkitys on kasvanut ja kasvaa edelleen merkittävästi.

Uudistuksella halutaan edistää erityisesti työkyvyn ylläpitoa ja työssä jaksamista. Perinteisten työturvallisuusnäkökohtien, kuten tapaturmien torjumisen ja laiteturvallisuuden,

rinnalle nostetaan työn henkinen ja fyysinen kuormittavuus sekä ergonomia. Ergonomisesti oikein valituilla, käytetyillä ja asennetuilla työvälineillä ehkäistään ennen kaikkea tuki- ja liikuntaelinten kuormittumista ja sairauksia. Vaikeat työasennot ja raskaat nostot ovat erityisesti selkävaivojen riskitekijöitä. Työnantajalle säädetään velvollisuus asiasta tiedon saatuaan ryhtyä toimiin haitallisten kuormitustekijöiden selvittämiseksi sekä vauraan välttämiseksi ja vähentämiseksi.

Työeläkelainsäädännön muutokset ja työeläkejärjestelmän toimenpiteet

Vuoden 2000 alusta tulivat voimaan työeläkelainsäädännön muutokset, joilla poistettiin työttömyyseläkkeen saamisen ehdoista niin sanottu tulevan ajan edellytys. Lisäksi pienten työnantajien vastuuta työeläketurvan kustannuksista muutettiin siten, että työntekijöiden jaksamisesta huolehtiminen on työnantajalle taloudellisesti edullisempaa kuin työntekijän eläkkeelle siirtäminen. Uudistuksen yhteydessä yksilöllisen varhaiseläkkeen ikäraja nousi 58 vuodesta 60 vuoteen. Samanaikaisesti käynnistettiin työeläkejärjestelmää koskeva tehostettu hanke 58-59-vuotiaiden henkilöiden kuntoutusmahdollisuuksien järjestämiseksi.

Marraskuussa 2001 työmarkkinaosapuolet solmivat yksityisten alojen työeläkkeiden kehittämistä koskevan periaatesopimuksen. Tämän mukaan työeläkelakeja muutetaan muun muassa siten, että vanhuuseläkkeelle siirtyminen voisi tapahtua joustavasti 62-68 vuoden ikäisenä. 63 vuoden iästä alkaen myönnettäisiin vain vanhuus- ja osaaikaeläkkeitä. Yksilöllisestä varhaiseläkkeestä luovuttaisiin asteittain siten, että vuoden 1943 jälkeen syntyneet eivät enää voisi jäädä yksilölliselle varhaiseläkkeelle. Toisaalta 60 vuotta täyttäneiden työkyvyttömyyden arvioinnissa painotettaisiin työkyvyttömyyden ammatillista luonnetta silloin, kun työura on pitkä ja työn aiheuttama rasittuneisuus ja kuluneisuus ikääntymiseen liittyviin tekijöihin yhdistyneenä tekee työn jatkamisen kohtuuttomaksi. Myös työttömyyseläke lakkautettaisiin asteittain.

Uudistuksen on tarkoitus tulla pääosin voimaan vuoden 2005 alusta. Muun muassa

osa-aikaeläkettä sekä yksilöllistä varhaiseläkettä koskevat uudistukset ehdotetaan toteutettavaksi vuoden 2003 alusta.

Työmarkkinajärjestöt ehdottavat myös, että työeläkejärjestelmässä toteutetaan työkyvyttömyyden uhkaan perustuva oikeus ammatilliseen kuntoutukseen. Samalla tarkistettaisiin myös Kansaneläkelaitoksen kuntoutuksesta annetun lain mukaan järjestettävän ammatillisen kuntoutuksen ehtoja siten, että ammatillisen kuntoutuksen edellytykset kummasakin järjestelmässä olisivat samanlaiset. Työkyvyttömyyden uhkan käsite on keskeisesti esillä suunnitellussa, ennen kaikkea työterveyshenkilöstöön kohdistuvassa koulutushankkeessa, johon myös Kansaneläkelaitos osallistuu.

Periaatesopimuksen pohjalta on ryhdytty lainvalmisteluun muun muassa arvioimalla toimenpiteiden vaikutuksia. Samalla selvitetään sopimuksessa ehdotettujen yksityisalojen työeläkkeiden muutosten soveltamista myös julkisen sektorin eläkejärjestelmiin.

Rinnan työeläkelainsäädännön muutosten kanssa ovat työmarkkinajärjestöt ja työeläkelaitokset kokeiluhankkeiden avulla selvittäneet mahdollisuuksia tehostaa varhaista ammatillista kuntoutusta.

Ammatillisen kuntoutuksen varhentamiskokeilussa testattiin Oulun ja Helsingin seudulla vuosina 1998-2000 toimintamalleja, joiden tavoitteena oli kuntoutuksen varhaisempi käynnistäminen ja kuntoutus selvittelyyn mahdollisimman nopea toteutus. Hankkeessa tarkasteltiin, paitsi työeläkejärjestelmän ja kuntoutusyksiköiden toimintaa, myös muiden osallistuvien kuntoutusverkoston toimijoiden osuutta. Työterveyshuollon osuus osoittautui keskeiseksi.

Kuntoutus- ja työkyvyn arviointiverkosto -hanke (KUTVE) toteutettiin vuosina 2000-2002. Tavoitteena oli varhentaa ammatillisen kuntoutuksen tarpeen havaitsemista työterveyshuollossa, tehostaa ja nopeuttaa kuntoutusmahdollisuuksien selvittelyyn liittyviä tutkimuksia sekä luoda toimintakyvyn arvioimisen välineitä. Hankkeen osana on muun muassa järjestetty koulutusta yli 900 työterveyshuollon ammattihenkilölle sekä kehitetty toimintakyvyn arviointivälineitä eräille tautiryhmille. Keskeinen osahanke on ollut luoda laatujärjestelmä ammatillisen kuntoutuksen

palvelujen tilaajien ja tuottajien välille.

KUTVE -hankkeessa tehdyn työn pohjalta käynnistyy keväällä 2002 **Työhön kuntoutumisen palveluverkosto -hanke**, jonka tarkoituksena on muun muassa parantaa sosiaalivakuutuksen tukemaan ammatilliseen kuntoutukseen liittyvää yhteistyötä sekä luoda uusia työelämään suuntautuneita ammatillisen kuntoutuksen palveluja.

Kansaneläkelaitoksen toimenpiteet

Kansaneläkelaitos toteutti vuosina 1998-2001 **Yhteistyöllä työkykyä -hankkeen**, jonka tehtävänä oli työkyvyn edistämistä tukevan asiakaspalvelun ja yhteistyön kehittäminen. Koulutuksen ohella hankkeeseen kuului Kansaneläkelaitoksen asiakaspalvelun, yhteistyön ja toimintamallien kehittäminen. Kansaneläkelaitoksen vakuutuspiireissä toteutettiin runsaat 80 kokeiluhanketta. Keskeisinä ulkopuolisina yhteistyötahoina olivat kunnallinen terveydenhuolto ja työterveyshuolto. Tärkeinä yhteistyötahoina ovat olleet myös paikalliset kuntoutuksen asiakaspalvelun yhteistyöryhmät.

Kansaneläkelaitoksessa on tehty päätös hankkeen jatkotoimista, joiden tavoitteena on integroida asiakaslähtöinen työkykyä edistävä toimintamalli Kansaneläkelaitoksen palvelutoimintaan. Jatkotoimet toteutetaan vuosien 2001-2004 aikana keskushallinnon, aluekeskusten ja vakuutuspiirien yhteistyönä.

Kansaneläkelaitos osallistuu myös työmarkkinajärjestöjen ja työeläkelaitosten käynnistämään koulutushankkeeseen.

Kansaneläkelaitoksessa jatketaan ammatillisesti suuntautuneen lääketieteellisen kuntoutuksen eli ASLAK[®]-toiminnan kehittämistä. ASLAK[®] on työssä jaksamista tukevaa varhaisvaiheen kuntoutusta, jota järjestetään yhteistyössä työpaikkojen ja niiden työterveyshuollon sekä palvelujen tuottajien kanssa. Tavoitteena on työhön liittyvän yhteyden vahvistaminen. Työssä jaksamisen ongelmia selvitetään ja tulkitaan työn muutoksen ja siihen liittyvien työkykyongelmien pohjalta. Ratkaisuja etsitään yhdistämällä työn kehittämistä yksilöllisiin ammatillisiin kuntoutus- ja kehityssuunnitelmiin.

Työkykyä ylläpitävän ja parantavan val-

mennuksen eli Tyk-kuntoutuksen kehittämisessä painotetaan työhön liittyvän yhteyden vahvistamista. Tyk-kuntoutus on tarkoitettu erityisesti ikääntyville, pitkään työelämässä olleille työntekijöille.

7.2. Vammaisten ja vajaakuntoisten työllistyminen

Vammaisten ja vajaakuntoisten työllistymistä edistävässä VATES-säätiössä on viimeisten kolmen vuoden aikana tutkittu työllistämisen taloudellista vaikuttavuutta sekä sen hyötyjä ja kustannuksia julkiselle taloudelle.

Vuoden 2002 alussa julkaistut tutkimustulokset osoittavat, että vammaisille ja vajaakuntoisille erityisesti järjestetty työllistämistoiminta on koko julkiselle sektorille kannattavaa. Työllistämisyksiköt ja -projektit saavat toiminnallaan aikaan merkittäviä kustannussäästöjä muun muassa sosiaaliturvatuksien sekä sosiaali- ja terveyspalvelujen käytön vähentymisenä. Työllistämisellä on myös elämän laatua parantavia vaikutuksia.

Tutkimuksen mukaan työkeskusten ja sosiaalisten yritysten julkisesta subventiosta palautuu välittömästi yhteiskunnalle keskimäärin 80 prosenttia veroina ja sosiaalivakuutusmaksuina. Hyödyt ja kustannukset jakaantuvat kuitenkin epätasaisesti julkisen sektorin toimijoiden kesken. Kunnat maksavat työllistämistoiminnan välittömät kustannukset, mutta hyötyjänä on kuntien lisäksi valtio.

Vammaisten nuorten kuntoutus

Suomessa on ollut tavallista, että pitkäaikaisesti sairas tai vammainen nuori siirtyy 16-vuotiaana suoraan työkyvyttömyyseläkkeelle, jos hän täyttää työkyvyttömyyseläkkeen edellytykset.

Ammatillinen kuntoutus tuli ensisijaiseksi työkyvyttömyyseläkkeeseen nähden elokuun alusta 1999 voimaan tulleen lainmuutoksen myötä. Työkyvyttömyyseläke voidaan myöntää alle 18-vuotiaalle vasta, kun hänen mahdollisuutensa ammatilliseen kuntoutukseen on selvitetty. Ammatillisen kuntoutuksen varmistamiseksi nuorelle maksetaan erityinen kuntoutusraha. Edellytyksenä on, että

kotikunta yhdessä nuoren, hänen holhoojansa ja muiden asiantuntijoiden kanssa on laatinut hänelle henkilökohtaisen opiskelu- ja kuntoutussuunnitelman. Kuntoutusrahana lisäksi nuori voi saada vammaistukea ja yleistä asumistukea, jos hän täyttää niiden saamisen ehdot.

Kuntoutusrahaa on vuosina 1999-2001 saanut runsaat 2000 nuorta. Heistä suurimman ryhmän muodostavat kehitysvammaiset. Vammaisuuden syinä ovat myös erilaiset synnynnäiset epämuodostumat ja neurologiset sairaudet, esimerkiksi CP-vamma.

Lain muuttamisen jälkeen alle 18-vuotiaiden uusien työkyvyttömyyseläkkeiden ja kuntoutustukien määrä on vähentynyt olennaisesti. 16- ja 17-vuotiaille maksettiin työkyvyttömyyseläkettä vuonna 2000 yhteensä 3,2 miljoonaa euroa (19 miljoonaa markkaa), mikä on puolet vähemmän kuin vuonna 1998. Vuonna 2000 käytettiin työkyvyttömyyseläkkeisiin, nuorten kuntoutusrahaan ja vammaistukeen yhteensä 7,1 miljoonaa euroa (42 miljoonaa markkaa) eli saman verran kuin työkyvyttömyyseläkkeeseen ja vammaistukeen ennen lakimuutosta. Uudistus on siis toteutunut tavoitteiden mukaan: aktiivivaihtoehtoja lisäten ja kustannusneutraalisti.

Vammaisten ja vajaakuntoisten työllistymistä edistävä lainsäädäntö

Vammaisten ja vajaakuntoisten työllistymistä edistävä lainsäädäntö tulee voimaan 1.4.2002. Sillä uudistetaan sosiaalihuollon suojatyötä ja työtoimintaa koskevat säännökset. Sosiaalivakuutuslainsäädäntöön tehdään lisäksi eräitä vammaisten ja vajaakuntoisten työllistymistä parantavia muutoksia.

Sosiaalihuoltolain muutoksella (68/2002) lisätään vammaisten henkilöiden työllistymistä tukevaa toimintaa ja vammaisten henkilöiden työtoimintaa.

Sosiaalihuollon tehtävä on järjestää työtä ja työllistymistä tukevia toimenpiteitä niille henkilöille, joilla vamman, sairauden tai muun vastaavan syyn vuoksi on vaikeuksia suoritua omin avuin arkipäiväisessä elämässä ja joille työvoimapalvelut tai työvoimapo liittiset toimenpiteet eivät riitä työllistymään.

Vammaisten henkilöiden muulla työtoi-

minnalla tarkoitetaan lähinnä toimintakyvyn ylläpitämistä ja sitä edistävää toimintaa. Työtoimintaa järjestetään henkilöille, joiden työkyky on vammaisuuden takia alentunut siten, että heillä ei ole edellytyksiä osallistua tai hakeutua tavanomaiseen työhön.

Kansaneläkelain muutoksella (70/2002) parannetaan työkyvyttömyyseläkkeen lepäämään jättämistä koskevan säännösten toimivuutta, muun muassa täsmentämällä sitä ansiotulon rajaa, jonka ylittämisen jälkeen eläke jätetään lepäämään. Ammatillisen kuntoutuksen varmistamiseksi nuorelle maksettavan kuntoutusrahan maksukautta pidennetään samalla 20 vuoden ikään saakka (kuntoutusrahalain muutos 72/2002). Alle 20 -vuotiaalle ei toisaalta myönnetä työkyvyttömyyseläkettä, ennen kuin hänen oikeutensa kuntoutusrahaan on päättynyt. Sairausvakuutuslakia muutetaan (73/2002) lisäksi siten, että kansaneläkelain mukaista työkyvyttömyyseläkettä saava vammaisen tai vajaakuntoinen työntekijä voi sairastuessaan saada sairauspäivärahaa.

Lakipakettiin liittyy lisäksi työllisyyslain muutos (74/2002). Työllisyyslain 16 §:n 2 momentin mukaisesti työllisyysmäärärahoja kohdennetaan erityisesti nuorten, pitkäaikaistyöttömien ja vajaakuntoisten työllistämiseen.

7.3. Pitkäaikaistyöttömien kuntoutus

Aktiivisen sosiaalipolitiikan keinoin on 1990-luvun puolivälin jälkeen panostettu erityisesti pitkäaikaistyöttömyyden torjuntaan.

Ikääntyvien pitkäaikaistyöttömien kuntoutus

Vuonna 1996 käynnistyi työhallinnon, Kansaneläkelaitoksen ja sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyönä Ikääntyvien pitkäaikaistyöttömien palvelutarveselvitys, niin sanottu IP-hanke. Sen tavoitteena oli tehostaa 50-58-vuotiaiden ikääntyneiden pitkäaikaistyöttömien työvoimapalveluja, koulutusta, kuntoutusta ja työkyvyn arviointia, selvittää eläkevaihtoehtoja sekä tuottaa tietoa ikääntyneiden pitkäaikaistyöttömyydestä.

IP-hankkeen kokeiluvaiheessa 1996-1997

arvioitiin toimintaohjelman tuloksellisuutta. Tulosten mukaan osallistujien työmarkkina-aseman ja työllistymisedellytysten muutokset olivat melko vähäisiä. Parhaiten työllistyivät ansiosidonnaista työttömyysturvaa saaneet alle 55-vuotiaat.

Hankkeeseen osallistuneet pitkäaikaistyöttömät olivat kohtuullisen tyytyväisiä saamiinsa palveluihin ja etuuksiin, vaikka he pitivät niiden hyötyjä ja vaikutuksia omaan elämäntilanteeseensa vähäisinä.

Noin 15 %:lle selvitykseen osallistuneista järjestettiin erilaisia kuntoutustoimenpiteitä, kuten kuntoutustarveselvityksiä, kuntoutustutkimuksia tai varsinaisia kuntoutusjaksoja. Kuntoutusta saaneet siirtyivät muita useammin työvoiman ulkopuolelle, työkyvyttömyyseläkkeelle tai sairauslomalle. Toisaalta eniten kuntoutustoimenpiteistä hyötyivät ne melko hyväkuntoiset henkilöt, joiden työelämään paluuta voitiin edistää kuntoutuksen avulla ja toisaalta ne, jotka kuntoutusselvitysten ja -tutkimusten seurauksena siirtyivät työkyvyttömyyseläkkeelle.

Vuodesta 2001 alkaen on Kansaneläkelaitoksen IP-kuntoutusta järjestetty vain 50-54-vuotiaille. Kuntoutus on koostunut erityisesti pitkäaikaistyöttömille suunnitelluista kursseista.

Ikääntyneiden työllisyystilanne onkin kohentunut ripeästi. Jo 64 prosenttia 55-59-vuotiaista oli vuoden 2001 lopulla töissä, kun kolme vuotta aiemmin töissä oli vain noin puolet. Sekä työttömyys että kokoaikainen eläkkeellä olo on vähentynyt. Myös 60-64-vuotiaat ovat työssä aiempaa enemmän.

Myönteisen kehityksen taustalla on ennen kaikkea se, että niin sanotussa eläkeputkiäissä olevat ovat entistä enemmän jatkaneet ansiotyössä. Sen sijaan työttömiksi joutuneiden yli 55-vuotiaiden on edelleen hyvin vaikea päästä uudelleen töihin.

Kuntouttava työtoiminta

Laki kuntouttavasta työtoiminnasta tuli voimaan 1.9.2001. Laki velvoittaa kunnat ja työvoimatoimistot yhteistyössä tekemään jokaiselle asiakkaalle yksilöllisen aktivointi- ja palvelusuunnitelman. Tämän lisäksi laki velvoittaa kunnat järjestämään kuntouttavaa työtoimintaa pitkään työttöminä olleille,

työmarkkinatukea tai toimeentulotukea saaville kuntalaisille.

Kuntouttavaa työtoimintaa tulee järjestää työttömälle henkilölle silloin, kun hänelle ei työvoimatoimiston arvion mukaan pystytä tarjoamaan työtä tai työllistymistä edistäviä työvoimahallinnon toimenpiteitä. Kuntouttava työtoiminta räätälöidään asiakkaan tarpeiden mukaan siten, että se edistää henkilön elämänhallintaa ja pääsyä työmarkkinoille. Alle 25-vuotias on velvollinen osallistumaan kuntouttavaan työtoimintaan, jos se sisältyy aktivointisuunnitelmaan.

Syksyllä 2001 aloitettiin aktivointisuunnitelmien teko pitkään työttöminä olleille asiakkaille. Aktivointisuunnitelman laatimisen ehdot täytti Kansaneläkelaitoksen tietojen mukaan tuolloin noin 70 000 henkilöä.

Aktiivisen sosiaalipolitiikan kokeiluhankkeet

Kuntouttavan työtoiminnan tueksi toteutetaan kaksi uutta kokeiluhanketta. Toinen hankkeista kohdistuu 15-17 -vuotiaisiin nuoriin ja toinen 45 vuotta täyttäneisiin pitkäaikaistyöttömiin. Kansaneläkelaitos vastaa kokeilujen toimeenpanosta yhdessä työvoimahallinnon sekä opetus-, nuoriso- ja sosiaali- ja terveystoimen kanssa. Kokeiluja ohjaa sosiaali- ja terveysministeriön johdolla toimiva ohjausryhmä. Kokeilut järjestetään vuosina 2001-2003 ja niihin käytetään yhteensä 6,7 miljoonaa euroa (40 miljoonaa markkaa).

Nuorten kokeilu koskee sellaisia nuoria, joilla peruskoulun tai ammatillisten opintojen keskeyttämisen tai muun syyn vuoksi on vakava syrjäytymisen vaara. Kokeilun tavoitteena on ehkäistä syrjäytyminen tai katkaista syrjäytymiskierre sekä antaa nuorelle mahdollisuus omien voimavarojensa hyödyntämiseen.

Kokeilussa on yhteensä 18 hanketta, joista kahdeksan käynnistyi vuoden 2001 lopussa ja kymmenen käynnistyy vuoden 2002 alkupuolella.

Toinen aktiivisen sosiaalipolitiikan hankkeista kohdistuu keski-ikäisiin 45-49 -vuotiaisiin, yli vuoden (käytännössä 2-3 vuotta) työttömänä olleisiin, joiden työkyky on uhattuna ja joita lisäksi uhkaa vakava syrjäytyminen. Syrjäytymisriskiä lisäävinä te-

kijöinä pidetään muun muassa köyhyyttä, asunnottomuutta, lievää sairautta, koulutuksen puutetta, henkilökohtaista elämänsäilyä, päihdeiden käyttöä ja rikollisuutta. Kokeiluun ei valita henkilöitä, joiden arvioidaan olevan oikeutettuja eläkkeeseen.

Kokeilun tavoitteena on kohentaa osallistujien valmiuksia osallistua kuntouttavaan työtoimintaan tai työvoimapolitiisiin toimenpiteisiin tai tukea paluuta työmarkkinoille ja työllistymistä pitkällä aikavälillä. Joidenkin kohdalla on ensisijaisena tavoitteena elämänhallinnan parantaminen.

Kummankin kokeilun tarkoituksena on luoda yhteistyömalleja, joissa kuntoutuja, paikalliset toimijat sekä Kansaneläkelaitos ja palveluntuottajat toimivat aktiivisesti yhdessä. Lisäksi selvitetään toiminnan, rahoituksen ja lainsäädännön muutostarpeet.

Pitkäaikaistyöttömien eläke-edellytysten selvittäminen

Valtion vuoden 2001 tulo- ja menoarvion käsittelyssä eduskunta edellytti, että hallitus käynnistää valtakunnallisen hankkeen pitkäaikaistyöttömien eläke-edellytysten selvittämiseksi. Eduskunta osoitti työhallinnolle 10 miljoonaa markkaa tähän tarkoitukseen.

Työvoimatoimistot selvittivät vuoden 2001 aikana yli 3000 pitkäaikaistyöttömän asiakkaan eläke-edellytykset. Näihin asiakkaisiin kuului paljon yli 45-vuotiaita, jotka olivat olleet useita vuosia poissa työelämästä. Monet heistä eivät olleet käyttäneet perusterveydenhuollon palveluja lainkaan useista sairauksista huolimatta. Tavallisia sairauksia olivat vaikeat ja pitkäaikaiset päihde- ja mielenterveysongelmat, joiden selvittämiseen tarvittiin neurologian ja psykiatrian asiantuntemusta. Monella oli myös vaikeita kroonisia tuki- ja liikuntaelinvaivoja sekä tunnistamatta jääneitä vaikeita kehitys- ja oppimishäiriöitä. Suuri osa tutkituista todettiin työkyvyttömiksi. Monet heistä ovat siirtyneet sairausvakuutuksen päivärahalle. Lähes 500 on jo hakenut eläkettä.

Selvityshankkeen jatkamiseksi työministeriö on jakanut työvoima- ja elinkeinokustusten työvoimatoimistoille 1,7 miljoonaa euroa (noin 10 miljoonaa markkaa) vuodelle 2002. Tarkoituksena on tiivistää työhallin-

non, kuntien sosiaali- ja terveydenhuollon ja kuntoutustutkimuslaitosten yhteistyötä paikallistasolla. Työvoimatoimistot voivat osoittaa määrärahaa myös työhallinnon, kuntien ja Kansaneläkelaitoksen yhteispalvelupisteiden käyttöön.

Tämän selonteon liitteenä oleva vaikuttavuuskatsaus osoitti, että kuntoutuksella on vaikutusta ennen kaikkea pitkäaikaistyöttömän elämäntilanteen selkiintymiseen. Kuntoutuksen jälkeen työttömyys päättyy yleensä joko työllistymiseen, koulutukseen tai eläkeratkaisuun. Sekä tutkimukset että palvelutarveselvitysten ja kokeilujen tulokset viittaavat siihen, että kuntoutuksen tavoitteet on asetettava realistisesti. Kaikkien työuralta syrjäytyneiden kuntoutuminen työelämään ei ole mahdollista. Tukitoimenpiteillä on voitu vaikuttaa erityisesti nuorten työllistymiseen ja syrjäytymisen ehkäisyyn.

7.4. Päihdekuntoutus

Kansainvälisten tutkimusten valossa päihdekuntoutus on vaikuttavaa tarkasteltiinpa sitä yksilöllisen kuntoutuksen, kansanterveyden tai kustannusvaikuttavuuden näkökulmasta. Vaikka tutkimusten yleistettävyyttä ei ole ongelmattomaa, voidaan kuitenkin pitää selvänä, että päihdepalvelujen ja kuntoutuksen määrällä on positiivinen yhteys väestön alkoholisairauksien, kuolleisuuden ja terveydenhuollon kustannusten vähenemiseen.

Kansallisen alkoholiohjelman toteutuksessa alkoholiongelmiin ehkäisyä ja hoitoa on tarkasteltu sekä koko väestöön kohdennettuina toimenpiteinä, valistuksena ja tiedotuksena että erityisryhmien näkökulmasta. Erityisiä toimenpiteitä kohdennetaan toisaalta suur- ja riskikuluttajiin ja toisaalta päihderiippuvuudesta tai sen sosiaalisista, fyysisistä tai psyykkisistä liittämissä ongelmista kärsiviin. Kaikkineen sosiaali- ja terveyspalveluihin hakeutuu vuositasolla arviolta 60 000 – 80 000 päihdeongelmaista asiakasta. Noin 15 % heistä on huumeiden käyttäjiä ja noin kolmannes alkoholin, lääkkeiden ja/tai huumeiden sekakäyttäjiä. Kaksi kolmesta päihdeasiakkaasta kärsii kuitenkin pelkästään alkoholiriippuvuudesta.

Päihdekuntoutusta toteutetaan päihdehuoltolain mukaisesti ensisijaisesti sosiaali- ja

terveydenhuollon peruspalveluissa. Tarvittaessa asiakas ohjataan päihdehuollon erityispalveluihin. Tavallista on, että kunkin asiakkaan yksilöllinen kuntoutus on yhdistelmä sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja, avo- ja/tai laitoshoidoa sekä erityisesti päihdeongelmallisille tarkoitettuja palveluja.

Päihdekuntoutuksen tavoitteita ja tuloksellisuutta arvioitaessa on tarkasteltava erilaisen hoito-ohjelmien vaikutusta päihderiippuvuuteen ja sen seurauksiin. Kansanvälisesti katsottuna hoitotulos on hyvä, jos 10-15 % asiakkaista on päihdeettömiä vuoden kuluttua hoitajaksosta. Kuitenkin noin kaksinkertainen määrä onnistuu vähentämään päihdeiden käyttöä, joidenkin tutkimusten mukaan peräti 80 %. Juomisen vähentämisellä saavutetaan merkittäviä terveydellisiä ja sosiaalisia hyötyjä. Huumeriippuvaisten kohdalla kuntoutuksen vaikuttavuutta voidaan arvioida myös esimerkiksi riskikäyttäytymisen tai rikollisuuden vähenemisenä.

Päihdeiden käyttö on 1990-luvulla muuttanut monitahoisemmaksi huumeiden käytön ja sekakäytön yleistyessä. Samaan aikaan hoitojärjestelmä on muuttunut astetta valikoidummaksi, joten erityisesti huono-osaisimpien päihdeasiakkaiden hoidon saatavuus on heikentynyt. Erityisesti laitospäihdekuntoutuksen kustannuksissa on pyritty säästämään. Koska perusterveydenhuollon edellytykset hoitaa kuntalaisten päihdehaittoja eivät ole lisääntyneet, kasvava osa päihdeongelmista on 1990-luvun lopulla hoidettu sairaalalaitoksen, erityisesti mielisairaaloitten vuodeosastoilla.

7.5. Mielenterveyskuntoutus

Mielenterveyshäiriöiden osuus työkyvyttömyyden syynä on kasvanut merkittävästi. Lisääntyneet eläkkeelle siirtymiset aiheuttavat pääasiassa erasteisista masennus- ja työuupumusoireista. Mielenterveyden häiriöiden yleisyys korostuu nuoremmassa ikäryhmässä. Alle 55-vuotiaiden työkyvyttömyyseläkkeistä yli puolet perustuu mielenterveyden häiriöihin.

Mielenterveyskuntoutuksen keskeisenä keinona on usein pidetty psykoterapiaa. Psykoterapia on tärkeä hoito- ja kuntoutusmuoto ja monet hyötyvät terapiaprosessista paljon. Il-

man yhteyttä muuhun toimintakykyä ja sosiaalista vuorovaikutusta edistävään toimintaan tiivis yksilöterapia on kuitenkin usein liian kapea-alaista monien elämään liittyvien ongelmien ratkaisuksi. Olennaista on psykoterapian oikea kohdentaminen sekä sen niveltäminen muuhun kuntoutukseen.

Psykiatrisen kuntoutuksen vaikuttavuudesta tehdyn arvion mukaan tehostettu, moniammatilliseen tiimityöhön ja potilasneuvontaan pohjautuva avohoito on vaikuttavampaa kuin normaali avohoitokäytäntö. Sosiaalisten taitojen harjoittelulla on myönteisiä vaikutuksia vakavista mielenterveyshäiriöistä kärsivien työllistymiseen, työssä selviämiseen ja sosiaalisiin suhteisiin. Lisäksi kuntoutuksen vaikuttavuusselvityksen mukaan suora tuettu työllistäminen tuottaa selvästi parempia tuloksia kuin työhön valmennus tai työharjoittelu.

Psykoterapiasta on meneillään laaja suomalainen vaikuttavuusselvitys, jossa etsitään tietoa pitkän ja lyhyen terapian vaikuttavuudesta ja hoitotulosten pysyvyydestä. Ensimmäiset raportit valmistuvat vuonna 2003, täydellisemmät tiedot saadaan vuonna 2006.

Mielenterveyskuntoutuksen tilaa on selvitetty Stakesin Mielekäs elämä -hankkeessa sekä kuntoutusasiain neuvottelukunnan mielenterveyskuntoutuksen asiantuntijaryhmässä. Palvelukenttä on hyvin laaja. Kuntien, kuntayhtymien ja sairaanhoitopiirien muodostamat palvelujärjestelmät mielenterveysongelmien hoidossa ja kuntoutuksessa ovat eri puolella Suomea erilaisia. Myös sisällöllisesti psykiatrisen kuntoutustoiminnan muodot vaihtelevat, samoin voimavarat.

Kansaneläkelaitoksen osuus mielenterveysongelmaisten kuntoutuksessa on vuosi vuodelta kasvanut. Vuonna 2000 joka viides Kansaneläkelaitoksen kuntoutujista eli noin 15 000 henkilöä sai kuntoutusta mielenterveyshäiriön vuoksi. Heistä noin 3 000 oli ammatillisessa kuntoutuksessa, noin 2 700 vaikeammaisten lääkinnällisessä kuntoutuksessa ja noin 9 200 harkinnanvaraisessa kuntoutuksessa. Harkinnanvaraisesta kuntoutuksesta valtaosa oli yksilökohtaista terapiaa. Kolme neljäsosaa koko maan psykoterapiasta on Kansaneläkelaitoksen rahoittamaan.

Mielenterveyskuntoutuksessa on paljon

erilaisten järjestöjen, yhdistysten ja yksityisten palveluntuottajien toimintaa, usein yhteistyössä kuntien, sairaanhoitopiirien ja Kansaneläkelaitoksen kanssa. Monet hankkeet ovat osoittautuneet tarpeellisiksi ja kehittämiskelpoisiksi. Määräraakaisten projektien ongelmana on kuitenkin usein epäjatkuvuus, lyhytjänteisyys, vaihtuvat työntekijät ja palvelukentän hajanaisuus.

Lasten ja nuorten psykiatrisen kuntoutus

Kansaneläkelaitokselle myönnettiin vuonna 2000 ja 2001 yhteensä 6,7 miljoonaa euroa (40 miljoonaa markkaa) lasten ja nuorten psykiatrisen kuntoutuksen kokeiluhanketta varten. Myönnettyjä varoja on käytetty 5-25-vuotiaiden lasten ja nuorten perhe-, ryhmä- ja yksilöterapiaan, musiikki- ja kuvataideterapiaan sekä monimuotoisiin kehittämishankkeisiin eri puolilla maata.

Noin 60 prosenttia määrärahasta on käytetty terapioiden toteutukseen sekä terapiaan kiinteästi liittyviin vanhempien ohjaus- ja tukikäynteihin. Vuoden 2000 aikana terapioiden järjestettiin yhteensä 265 lapselle tai nuorelle. Saajista lähes puolet oli Etelä-Suomen alueelta, mikä osittain johtuu terapiapalvelujen saatavuuden keskittymisestä tälle alueelle.

Myönnettyä määrärahaa on käytetty myös lapsille, nuorille ja heidän perheilleen suunnattuihin valtakunnallisiin tai alueellisiin erillishankkeisiin. Tuetut hankkeet ovat luonteeltaan laitos- tai avomuotoista perhekuntoutusta tai niiden yhdistelmiä. Hankkeissa on mukana myös uutta ja kokeilevaa toimintaa.

Vuonna 2000 käynnistyi yksitoista erillistä perhekuntoutushanketta, joista suurin osa jatkuu yhä. Ensimmäisenä vuonna näissä hankkeissa oli yhteensä 94 lasta tai nuorta. Vuoden 2001 syyskuun loppuun mennessä oli hyväksytty yhteensä 21 hanketta, joihin osallistuu runsaat 380 kuntoutujaa.

Kansaneläkelaitoksen rahoittaman mielenterveyskuntoutuksen lisäksi valtion talousarvioon on viime vuosina varattu erillinen määräraha lasten ja nuorten mielenterveyspalveluihin. Vuoden 2000 talousarviossa sen suuruus oli 11,8 miljoonan euroa (70 miljoonaa markkaa) vuonna 2001 se oli 7,6 miljoonaa

euroa (45 miljoonaa markkaa) ja vuonna 2002 se on 3,2 miljoonaa euroa (19 miljoonaa markkaa).

7.6. Vanhusväestön kuntoutus

Päävastuu ikäihmisten toimintakyvyn ylläpitämisestä ja kuntoutuksesta on kuntien sosiaali- ja terveydenhuollolla. Kuntoutus on osa ikäihmisten hoitoa ja muita palveluja.

Sosiaali- ja terveysministeriö sekä Suomen Kuntaliitto julkaisivat ikäihmisten hoitoa ja palveluja koskevan laatusuosituksen vuonna 2001. Suosituksen mukaan jokaisen kunnan tulisi laatia vanhuspoliittinen strategia ja paikallisiin tarpeisiin ja voimavaroihin pohjautuva palvelurakenteen kehittämissuunnitelma. Kuntouttava työote tulisi ottaa käyttöön kaikessa ikääntyneiden hoito- ja palvelutoiminnassa. Suomen Kuntaliitto on sosiaali- ja terveysministeriön rahoituksella käynnistänyt ehkäiseviä kotikäyntejä koskevan projektin vuosille 2001–2003. Kotikäynneillä arvioidaan ikäihmisen toimintakykyä ja selviytymistä, asunto-olosuhteita sekä palvelutarpeita. Tältä pohjalta tehdään tarvittaessa hoito- ja palvelusuunnitelma, johon myös kuntoutus sisältyy.

Akuutin sairauden vuoksi sairaalaan joutuneet sisätauti- ja kirurgiset potilaat hyötyvät aktiivisesta, geriatrisesta kuntoutuksesta. Tavanomaista hoitoa saaneisiin verrattuna kuntoutukseen osallistuneiden toimintakyky palautuu sairaalahoitajakson aikana nopeammin. Myös pitkäaikaiseen laitoshoittoon siirtymisen riski vähenee.

Erityisesti aivohalvauksen saaneet vanhukset hyötyvät hoidosta ja kuntoutuksesta. Tuoksellisuuden vaikuttavat työntekijöiden tietotaito ja kiinnostus, moniammatillinen yhteistyö sekä omaisten kytkeminen kuntoutusprosessiin. Hyväkuntoiset kotihoitopotilaat eivät näytä hyötyvän geriatrisesta sairaalakuntoutuksesta. Kuntoutus on tehokasta silloin, kun tavoite on realistinen eikä vanhuspotilas ole liian sairas.

Rintamaveteraanien ja sotainvalidien kuntoutus on merkittävä lisäresurssi vanhusväestön kuntoutuksessa. Vuonna 2000 kuntoutettiin yli 60 000 henkilöä, joista noin puolet oli sotainvalideja, heidän puolisoitaan tai leskiä ja puolet rintamaveteraaneja. Kuntou-

tusta järjestetään pääasiassa kuntoutuslaitoksissa.

Veteraanikuntoutuksen laatuprojektissa selvitettiin 41 kuntoutuslaitoksessa olleen noin 5 000 veteraanin kokemia kuntoutuksen vaikutuksia vuonna 1995. Lähes kaksi kolmanesta veteraaneista ilmoitti kipujen vähentyneen, puolet terveydentilan ja mielialan parantuneen sekä vähintään kolmasosa kävelykäyvyn parantuneen ja arkielämän kotona sujuvan paremmin. Vertailevaa tutkimusta veteraanikuntoutuksen vaikuttavuudesta ei ole tehty.

Kuntoutettavien veteraanien määrä ei oleellisesti pienene vuoteen 2005 mennessä. Kun veteraanien määrä vähenee, pääsevät yhä useammat säännöllisemmin kuntoutukseen. Veteraanien ikääntymässä pitää entisiä toimintamalleja ja palvelurakennetta kehittää avokuntoutuksen suuntaan. Palvelujen painopiste siirtyy yhä enemmän kotiin ja avohoitoon. Tavoitteena on jäljellä olevan toimintakyvyn säilyminen, jotta selviytyminen arjen askareista sujuu omatoimisesti. Veteraanikuntoutuksen ja kuntien vanhustenhuollon yhteistyön tulisi olla nykyistä kiinteämpää.

Sotainvalidien laitosten tulevaa käyttöä vuonna 2000 selvittäneen työryhmän mukaan laitosten tulisi jatkaa perustehtäviensä hoitamista mahdollisimman pitkään. Sairas- ja veljeskodit on perustettu erityisesti hoitamaan sotainvalidien ja rintamaveteraanien kuntoutusta ja hoitoa. Sairas- ja veljeskodit ovat itsenäisiä juridisia yksiköitä, joten niiden tulevaisuuden suunnittelu ja ratkaisut on tehtävä laitosten omissa toimitelmissä. Laitoksissa oleva ikääntyneiden henkilöiden kuntouttamisen ja hoidon monipuolinen osaaminen tulee hyödyntää muussa vanhus-työssä.

Työryhmä esittää erikseen harkittavaksi, voitaisiinko oikeus sotilasvammalain mukaiseen laitoshoittoon antaa myös lievästi vammautuneille eli 10-25 prosentin sotainvalideille ja myöhemmässä vaiheessa myös veteraaneille sekä sotainvalidien ja veteraanien puolisoille ja leskille.

Kansaneläkelaitoksen vuosina 2000-2001 toteuttama *Geriatrisen kuntoutuksen kehittämis- ja kokeiluhankkeen* tavoitteena oli kehittää toimivia paikallisia yhteistyömalleja

ikäihmisen ja hänen lähipiirinsä, Kansaneläkelaitoksen, palvelujen tuottajien, sosiaali- ja terveystoimen sekä vapaaehtoisjärjestöjen kesken. Hankkeen loppuraportti valmistuu keväällä 2002.

Vuonna 2002 käynnistyy veteraani- ja vanhusjärjestöjen yhteinen geriatrisen kuntoutuksen kehittämishanke vuosille 2002 - 2005. Hanketta koordinoi Vanhustyön keskusliitto ja se rahoitetaan Raha-automaattiyhdistyksen tuotosta. Osahankkeita ovat ikäihmisten yksinäisyyden ongelmat, iäkkäiden omaishoitajien tilanne, järjestön tuki hoidon, palvelujen ja kuntoutuksen solmukohdissa sekä omaehtoinen kunnon ylläpito ja virkistystoiminta. Tavoitteena on luoda pohja ***Ikäihmisten kuntoutusohjelman laatimiselle.***

Vanhusten terveyden ja toimintakyvyn säilymisessä liikunnan merkitys on suuri. Valtioneuvoston tulee kevään 2002 aikana tekemään periaatepäätöksen terveyttä edistävästä liikunnasta, jonka yhtenä keskeisenä kohderyhmänä on ikääntyvä väestö. Terveysliikunnan avulla voidaan lisätä terveiden ja toimintakykyisten vuosien määrää, itsenäisyyttä, elämänlaatua sekä täysivaltaista osallistumista. Ikääntyvän väestön liikkumisen tarpeet niin ohjattuun kuin arkiliikuntaankin otetaan paremmin huomioon. Esitettyjä toimenpiteitä ovat muun muassa laitosten ja palveluasuntojen liikuntamahdollisuuksien parantaminen, ohjatun terveystoiminnan laatu- ja kriteeristöön laatiminen, valtakunnalliset koulutusohjelmat sekä eläkeikää lähestyville suunnattu kansallinen ohjelma työssä jaksamisesta ja eläkkeelle valmentautumisesta.

8. Kuntoutuksen kehittämislinjat

Kuntoutuksella tulee olemaan kasvava kysyntä lähivuosina. Suurten ikäluokkien jatkaminen työelämässä mahdollisimman pitkään lisää työkykyä ylläpitävien toimenpiteiden tarvetta. Ikääntyvä väestö tarvitsee omatoimista selviytymistä tukevia palveluja ja kuntoutusta.

Kuntoutuksen erityisenä haasteena tulee edelleen olemaan ikääntyvä työvoima, pitkäaikaistyöttömät, syrjäytymisvaarassa olevat nuoret, kaiken ikäiset vaikeavammaiset ihmi-

set ja vanhusväestö. Näiden väestöryhmien osuus ei pienene lähivuosina. Oikein kohdennettuna ja tuloksellisilla menetelmillä toteutettuna kuntoutus lisää ihmisen elämänlaatua ja myös säästää muiden palvelujen ja sosiaaliturvan kustannuksia.

Työelämässä olevien työkyvyn ylläpitämistä ja kuntoutusta kehitetään rinnan työssä jatkamista edistävän työeläkelainsäädännön kanssa. Uusi työterveyshuoltolaki antaa työterveyshuollolle mahdollisuuden suuntautua entistä enemmän työntekijöiden työkyvyn edistämiseen ja työkykyä ylläpitävään toimintaan työpaikalla. Työkyvyttömyyden uhan havaitseminen ja kuntoutustarpeen selvittäminen tulevat olemaan työterveyshuollon, yleisen terveydenhuollon, sosiaalivaikuttamisen ja työvoimahallinnon yhteistyön suuri haaste.

Viime vuosien kokeiluhankkeet osoittavat, että koulutuksen, kuntoutuksen sekä työssä ja käytännön elämässä oppimisen keinoin voidaan kohentaa syrjäytymisvaarassa olevien ihmisten elämäntilannetta. Tämä vaatii kuitenkin uusia menetelmiä ja työotteita. Ennen kaikkea on lähdettävä kuntoutujan elämän olosuhteista ja tarpeista ja hänelle mielekkäistä toimintatavoista.

Tutkimustiedot mielenterveysongelmaisten ja päihdeongelmaisten kuntoutuksen tuloksista rohkaisevat ottamaan muualla hyväksi havaittuja menetelmiä yleiseen käyttöön myös Suomessa. Tiedot suoran tuetun työllistämisen hyvistä tuloksista ovat niin vakuuttavia, että menetelmä voidaan ottaa laajempaan käyttöön vammaisten ja vajaa-kuntoisten sekä vaikeasti työllistyvien pitkäaikaistyöttömien työllistämiskeinona.

Kaikissa meneillään olevissa kuntoutuksen kehittämishankkeissa korostuu tarve rakentaa paikallisten toimijoiden verkostoja sekä sopia yhteisistä toimintamalleista.

Kuntoutuksen vaikuttavuusarviossa kävi ilmi, että tuloksellisen kuntoutuksen yleisinä piirteinä ovat moniammatillinen työote ja asiakkaan kuntoutukseen osallistuvien tahojen yhteistyö, kuntoutuksen sitominen kuntoutujan ympäristöön, lähiyhteisöön ja työpaikkaan sekä kuntoutuksen oikea kohdentaminen ja varhainen aloittaminen.

Hallitus esittää seuraavia linjauksia kuntoutuksen kehittämiseksi 2000-luvun alkuvuosina:

Asiakkaan aseman parantaminen ja asiakasyhteistyön kehittäminen

1. Kuntoutuksen asiakaspalvelun yhteistyöstä annettu laki uudistetaan. Laissa korostetaan asiakkaan osallistumista ja kuntoutuksen suunnitelmallisuutta. Kuntoutuksen yhteistyöryhmiä veloitetaan huolehtimaan paikallisten viranomaisten, laitosten ja yhteisöjen yhteistoiminnasta. Niiden tehtävänä on myös suunnitella, edistää ja seurata kuntoutuksen yleistä toteutumista. Sosiaali- ja terveydenhuollon, työhallinnon ja vakuutusjärjestelmien laeissa olevaa yhteistoiminta- ja tiedottamisvelvoitetta täsmennetään ja vahvistetaan. Lakiluonnos lähetetään lausunnoille keväällä 2002. Laki on tarkoitus antaa vuoden 2002 kuluessa.
2. Uuden asiakasyhteistyölain soveltamista tuetaan. Koulutuksella ja taloudellisella tuella organisoidaan yhteistyöryhmien ja -toimikuntien hankkeita, joissa kehitetään paikallisia ja alueellisia yhteistyömuotoja ja asiakaspalvelun hyviä käytäntöjä. Hanke toteutetaan sosiaali- ja terveysministeriön, työministeriön, Kansaneläkelaitoksen ja työeläkelaitosten sekä asianomaisen aluehallinnon organisaatioiden yhteistyönä. Hanke koordinoidaan muiden meneillään olevien verkosto- ja koulutushankkeiden kanssa.
3. Vuonna 2002 aloitetun työhallinnon, kuntien ja Kansaneläkelaitoksen kaksivuotisen yhteispalvelukokeilun kokemuksia ja tuloksia käytetään hyväksi paikallisviranomaisten, työnantajien ja kolmannen sektorin yhteistoiminnan kehittämisessä.

Kuntoutuksen vaikuttavuuden lisääminen

4. Olemassa olevaa kuntoutuksen vaikuttavuustietoa hyödynnetään kuntoutusta koskevassa päätöksenteossa. Vaikuttaviksi osoitetuille menetelmille annetaan etusija käytännön kuntoutustoiminnassa.

Ulkomaisissa tutkimuksissa vaikuttaviksi todettuja kuntoutusmenetelmiä sovelletaan Suomen oloihin.

5. Kuntoutuksen vaikuttavuustiedon kattavalle käyttöön ottamiselle luodaan väylät. Huolehditaan siitä, että vaikuttavuustieto otetaan mukaan valtakunnallisiin hoito- ja kuntoutussuosituksiin, alueellisiin hoito-ohjelmiin, hoitoketjukuvauksiin, henkilöstön koulutukseen ja oppikirjoihin.
6. Kuntoutuksen järjestäjät ja rahoittajat seuraavat järjestelmällisesti kuntoutuksen vaikuttavuutta ja kehittävät seurannan menetelmiä. Jatkuvassa vaikuttavuuden seurannassa hyödynnetään olemassa olevia tietojärjestelmiä.
7. Kuntoutusta koskevaa vaikuttavuustietoa lisätään ja olemassa olevaa tietoa päivitetään. Kuntoutusjärjestelmän toimivuutta, eri kuntoutuksen järjestämis- ja muotojen (esimerkiksi avo- ja laitospalvelun) tehokkuutta sekä kuntoutuksen taloudellista vaikutusta koskevaa tutkimusta lisätään.
8. Vuoden 2002 loppuun mennessä laaditaan kuntoutuksen tutkimuksen kehittämisohjelma kuntoutusasiain neuvottelukunnan koordinoimana. Selvitetään, miten tutkimuksen rahoitusta voidaan vahvistaa.

Terveydenhuollon kuntoutustehtävän tehostaminen

9. Kunnallisilla sairaaloilla ja terveyskeskuksilla on keskeinen tehtävä eri sairaus- ja vamma-ryhmien kuntoutustarpeen arvioijina, kuntoutusprosessien käynnistäjinä sekä kuntoutuksen järjestäjinä ja rahoittajina. Terveydenhuollossa tehdyillä päätöksillä ja suunnitelmilla on myös merkittäviä kustannusvaikutuksia muissa kuntoutusta järjestävissä organisaatioissa. Kunnallinen terveydenhuolto osoittaa riittävät määrärahat oman kuntoutustehtävänsä hoitamiseen. Sairaaloissa ja terveyskeskuksissa panostetaan erityisesti toteuttamiskelpoisten kuntoutussuunnitelmien tekemiseen, apuvälinepalveluihin ja psykososiaaliseen kuntoutukseen.

Kunnallisen terveydenhuollon kuntoutustehtävän merkitystä korostetaan kansallisessa terveydenhuollon kehittämissuunnitelmassa.

10. Lääkärien ja muun kuntoutuksessa toimivan henkilöstön tietoja kuntoutusmahdollisuuksista, kuntoutusmenetelmistä ja kuntoutuksen vaikuttavuudesta lisätään kaikkia koulutus- ja informaatiokanavia käyttäen.
11. Kunnallisen terveydenhuollon apuvälinelaitteita yhtenäistetään ja kehitetään valtakunnallisilla laatusuosituksilla. Suositukset annetaan vuonna 2003. Stakes tehostaa apuvälinetiedotustaan apuvälineiden kustantajille ja käyttäjille. Kunnat ja kunnalliset organisaatiot kehittävät apuvälineiden hankintajärjestelmää.
12. Uuden teknologian käyttöön ottoa ja hyödyntämistä tehostetaan *Vanhusten ja vammaisten itsenäisen suoriutumisen edistämistä* koskevan (ITSE-)hankkeen aikana ja sen kokemusten perusteella. Hanke käynnistyi vuonna 2001 ja se jatkuu vuoteen 2004.

Työssä olevien työkyvyn ylläpitäminen

13. Uuden työterveyshuoltolain pohjalta uudistetaan vuoden 2002 aikana valtioneuvoston periaatepäätös työterveyshuollon kehittämissuunnitelmista. Työterveyshuollon korvausjärjestelmää kehitetään uuden työterveyshuoltolain pohjalta. Työterveydenhuollon, työkykyä ylläpitävän (TYKY) toiminnan ja työturvallisuustyön kehittämisessä painotetaan erityisesti mielenterveyden ja henkisen hyvinvoinnin edistämistä. Hallituksen esitys työturvallisuuslain uudistamisesta annetaan keuhkokuumeen 2002.
14. Työmarkkinaosapuolten kesken on sovittu, että työkyvyttömyyden uhkaan perustuva oikeus ammatilliseen kuntoutukseen toteutetaan. Tavoitteena on, että uudistus tulee voimaan vuoden 2004 alusta.
15. Työeläkelaitokset toteuttavat laajan koulutushankkeen, jolla luodaan uusia verkostoja ja toimintamalleja työterveyshuollon, työpaikkojen ja kuntoutusta

järjestävien tahojen yhteistyöhön. Keuhkokuumeen 2002 käynnistyvä hanke kohdistuu ennen kaikkea työterveyshuoltohenkilöstöön. Hankkeeseen osallistuu myös Kansaneläkelaitos.

16. Kansaneläkelaitoksen kuntoutusvastuuta korostetaan edelleen työikäisten kuntoutuksessa, erityisesti ASLAK®-toiminnan järjestämisessä ja muussa työhön kuntoutuksessa. Ammatillisessa kuntoutuksessa Kansaneläkelaitoksen kuntoutusvastuu on erityisesti työkykyä ylläpitävässä ja parantavassa valmennuksessa.

Vammaisten, vajaakuntoisten ja pitkäaikaistyöttömien työllistyminen

17. Vammaisten ja vajaakuntoisten työllistymistä edistävä lainsäädäntö tulee voimaan 1.4.2002. Säädösten toimeenpanon tueksi kehitetään uusia työllistämismuotoja. Tuetun työllistymisen menetelmä eli työvalmentajien käyttäminen työpaikoilla vakiinnutetaan sosiaalihuollon vastuulla olevassa vammaisten työssä. Työvalmentajat voivat osallistua työhallinnon kolmevuotiseen työnetsijäkokeiluun ja saada tarjouskilpailun perusteella rahoitusta kokeilun määrärahoista. Kokeilu toteutetaan vuosina 2002 - 2004. Vammaisten ja vajaakuntoisten henkilöiden mahdollisuudet työllistyä työhallinnon tukitoimenpiteiden avulla paranevat, kun 1.4.2002 voimaan tuleva työllisyyslain muutos rinnastaa vajaakuntoiset nuoriin ja pitkäaikaistyöttömiin työllisyysmäärärahojen kohdentamisessa.
18. Kauppa- ja teollisuusministeriön asettama työryhmä valmistelee ehdotukset sosiaalisten yritysten edistämiseksi kevään 2002 aikana.
19. Erityisesti panostetaan nuorten ikäryhmien työllistymiseen. Työpaja- ja työ-koulumenetelmiä sekä meneillään olevien kokeiluhankkeiden hyviä tuloksia otetaan laajempaan käyttöön. Syrjäytymisvaarassa oleviin nuoriin kohdistuva aktiivisen sosiaalipolitiikan kokeiluhanke toteutetaan vuosina 2001-2003. Kokeilun pohjalta selvitetään toiminnan rahoituksen ja lainsäädännön muutostarpeet.

20. Pitkäaikaistyöttömien kuntoutuksessa toimenpiteet kohdistetaan niihin pitkäaikaistyöttömiin, joille kuntoutuksesta arvioidaan olevan eniten hyötyä. Kuntoutus- ja työllistämistoimenpiteet räätälöidään elämäntilanteiden mukaan.
21. Vaikeasti työllistyvien asiakkaiden kuntoutus- ja työllistymismahdollisuuksia avoimille työmarkkinoille lisätään sellaisten palvelumallien ja työllistämismuotojen avulla, jotka perustuvat paikallistason eri toimijoiden ja yritysten yhteistyöhön sekä työelämäläheisesti räätälöityihin valmennus- ja koulutusohjelmiin.

Päihdekuntoutus

22. Päihdehuollon erityispalveluja on saatavissa vain suurimmissa kunnissa. Haasteena on edelleen tukea sosiaali- ja terveydenhuollon peruspalvelujen edellytyksiä hoitaa päihdeongelmaisia.
23. Päihdehuollossa kehitetään moniammatillisen psykososiaalisen kuntoutuksen eri muotoja ja arvioidaan niiden vaikuttavuutta.
24. Keskeisenä kysymyksenä päihdekuntoutuksessa on toimentuloturva kuntoutuksen aikana sekä työtä vailla olevan kuntoutujan oikeus kuntoutusraahan. Sosiaali- ja terveysministeriössä valmistellaan asian selvittämistä vuonna 2003 alkavalla kokeilulla.

Mielenterveyskuntoutus

25. Mielenterveyskuntoutuksen kuntoutujalähtöisyyttä, työotteita ja hyviä toimintatapoja tehdään tunnetuksi mielenterveyden kehittämishankkeiden, muun muassa *Mielekäs elämän* -hankkeen ja mielenterveyden avohoidon ja kuntoutuksen laatusuosituksen kautta.
26. Työelämässä mielenterveysongelmiin puututaan ja kuntoutustoimenpiteet aloitetaan mahdollisimman varhain. Työssä olevalle tai työhön palaavalle kuntoutujalle olennaista on työpaikalla annettu tuki ja työpaikan jousto, kuten mahdollisuus osa-aikatyöhön. Työterveyshuoltohenkilöstön koulutushankkeissa tuodaan

esille tietoa työpaikan ja työterveyshuollon keinoista tukea mielenterveyskuntoutujaa.

27. Sosiaalihuollossa, työhallinnossa ja Kansaneläkelaitoksen tukemassa ammatillisessa kuntoutuksessa otetaan käyttöön suoran työllistymisen ja työtoiminnan uusia muotoja, kuten tuettua työllistymistä, klubitalotoimintaa ja erilaisten sosiaalisten yritysten muotoja. Arkielämän toimintaa ja sosiaalisia taitoja edistävää kuntoutusta nivotaan ammatilliseen koulutukseen ja työllistymiseen.
28. Kunnallisen sosiaali- ja terveydenhuollon ja kolmannen sektorin paikallisella yhteistyöllä kehitetään ja hyödynnetään paremmin käytettävissä olevia palveluja. Tehdään selvitys eri sektoreiden mielenterveyskuntoutuksen toimintamuodoista, palveluista ja palveluiden kattavuudesta.

Vanhusväestön kuntoutus

29. Tulevina vuosina kunnallisissa sosiaali- ja terveyspalveluissa on tärkeää panostaa vanhusväestön toimintakyvyn säilymiseen. Vanhusväestön hoidon ja hoivan tulee perustua kaikkien toimijoiden kuntouttavaan työotteeseen ja yhteistyöhön niin kotihoidon palveluissa kuin laitoshoidossa.
30. Uusia kuntoutuksen toimintamalleja ja yhteistyömuotoja etsitään kuntien sosiaali- ja terveystoimen, järjestöjen ja muiden palvelujen tuottajien yhteistyönä. Kansaneläkelaitoksen geriatrisen kuntoutuksen kokeiluhankkeen loppuraportti valmistuu keväällä 2002. Vuoden 2002 alusta on käynnistynyt Raha-automaattiyhdistyksen tukema veteraani- ja vanhusjärjestöjen yhteinen geriatrisen kuntoutuksen kehittämishanke. Kokeiluhankkeisiin liittyy myös toimintamallien vaikuttavuuden arviointi.
31. Kuntoutuksen palvelurakenteesta ja so-
tainvalidien ja veteraanien kuntoutusta järjestävien laitosten tehtävästä tulee käydä avoin keskustelu kaikkien osapuolten kanssa ja selvittää, miten olemassa olevaa laitospasiteettia voitaisiin hyödyntää koko vanhusväestön palvelutarvetta vastaavasti.

32. Vanhusväestön toimintakykyä edistetään riittävän intensiivisen liikunnan avulla. Toiminta organisoidaan sosiaali- ja terveyshuollon, liikuntatoimen ja järjestöjen yhteistyönä ja sen tueksi järjestetään koulutusta. Valtioneuvosto antaa keväällä 2002 periaatepäätöksen terveyttä edistävästä liikunnasta.