


Rauno Ihalainen, Pekka Rissanen

Kuntoutuslaitos selvitys 2009

KUNTOUTUSLAITOSTEN TILA JA SELVITYSMIESTEN
EHDOTUKSET KUNTOUTUSLAITOSTOIMINNAN
KEHITTÄMISEKSI



*Kaikille
mahdollisuus
terveelliseen ja
turvalliseen
elämään.*

KUVAILEHTI

Julkaisija

Sosiaali- ja terveysministeriö

Tekijät

Selvitysmiehet: Professori Pekka Rissanen
Sairaanhoitopiirin johtaja Rauno Ihalainen
Asiantuntijasihteeri: Erikoissuunnittelija Heidi Paatero
Tekniset sihteerit: Tutkija Jutta Pulkki
Suunnittelija Liisa Korkka

Julkaisun päivämäärä

20.1.2010

Julkaisun laji

Selvityksiä

Toimeksiantaja

Sosiaali- ja terveysministeriö

HARE-numero ja toimielimen asettamispäivä

Julkaisun nimi

Kuntoutuslaitos selvitys 2009. Kuntoutuslaitosten tila ja selvitysmiesten ehdotukset kuntoutuslaitostoiminnan kehittämiseksi.

Tiivistelmä

Sosiaali- ja terveysministeriö asetti 16.2.2009 professori Pekka Rissanen ja sairaanhoitopiirin johtaja Rauno Ihalaisen selvittämään maassa toimivien kuntoutuslaitosten tilannetta ja tulevaisuuden näkymiä. Selvitystyön tuli kohdistua erityisesti sosiaalivakuutuksen ja muiden pakollisten vakuutusjärjestelmien sekä kuntien rahoittamaan laituskuntoutukseen. Tavoitteena oli saada kokonaiskuva kuntoutuslaitosten asiakaskunnasta, niiden taloudellisista toimintaedellytyksistä, osaamisesta ja mahdollisuudesta vastata kuntoutustarpeisiin osana sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmää.

Varsinaisena selvitystehtävänä oli laatia kuntoutuslaitosten kokonaistilanteesta selvitys tulevaa käyttöä varten, laatia ehdotukset niistä toimenpiteistä, joiden avulla kuntoutuslaitosten toimintaa tuetaan tulevaisuudessa ja laatia ehdotukset niistä toimenpiteistä, joiden avulla kuntoutuslaitosten toimintaa voidaan kehittää.

Selvitysmiehet esittävät yhdeksän toimenpide-ehdotusta, joissa on alakohtia. Toimenpide-ehdotukset kohdistuvat seuraaviin asiakokonaisuuksiin: laituskuntoutuksen kysynnän ja tarjonnan tasapainottaminen, laituskuntoutuksen laatu sekä kuntoutuksen sisältö ja integrointi muihin sosiaali- ja terveyspalveluihin.

Selvitysmiehet ehdottavat, että

- kuntoutuslaitokset monipuolistavat palveluvalikoimaansa ja tuotteistavat palvelunsa valtakunnallisesti yhtenäisellä tavalla sekä kehittävät yritystoimintaan liittyvää osaamistaan
- vastuu työelämään suuntautuvasta kuntoutuksesta kuuluu sosiaalivakuutukselle ja työhallinnolle. Palvelut tuetaan ensisijaisesti kuntoutuslaitosten ja muun yksityisen sektorin toimesta.
- sotainvalidien sairaa- ja veljeskodeissa vapautuvaa osaamista ja tiloja suunnataan tapauskohtaisesti kuntien vastuulla olevien vanhusväestön hoiva- ja kuntouttavien palvelujen sekä asumispalvelujen käyttöön
- omaishoitajien kuntoutusta lisätään kohdentamalla Kansaneläkelaitoksen harkinnanvaraista kuntoutusmäärärahaa nykyistä enemmän omaishoitajien toimintakykyä ja jaksamista edistäviin kuntoutusjaksoihin
- turvataan pienten ja harvinaisten sairausryhmien ja aistivammaisten tarvitsema kuntoutus sekä erityisesti aivoverenkiertohäiriöpotilaiden akuuttihoitoa jälkeinen viiveetön kuntoutus
- kuntoutuspalvelujen hankintamenettelyä kevennetään hankintalain sallimissa rajoissa tai hankintalakia muuttamalla
- kuntoutuksen laadun arvioinnissa keskeistä on kuntoutuksen vaikuttavuus ja tämän tulee myös keskeisesti ohjata kuntoutuksen hankintapäätöksiä
- kuntoutuspalvelut integroidaan nykyistä kiinteämmin terveydenhuollon ja työterveydenhuollon toimintaan selkeyttämällä eri osapuolten vastuut kuntoutusprosessissa ja kuntoutuspalvelujen järjestämisessä
- sosiaali- ja terveysministeriö käynnistää kuntoutustoiminnan järjestäjien ja rahoittajien kanssa erillishankkeen julkisen rahoituksen piirissä olevan kuntoutustoiminnan yhtenäisistä linjauksista ja eri toimijoiden vastuunjaosta.

Asiasanat

Kuntoutuslaitokset, laituskuntoutus, vaikuttavuus, osaaminen, hankintamenettely, integraatio

Bibliografiset tiedot

Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2009:61
ISBN 978-952-00-2950-0 (nid.), 978-952-00-2951-7 (PDF)
ISSN 1236-2115 (painettu), 1797-9897 (verkkojulkaisu)
URN:ISBN:978-952-00-2951-7
<http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-2951-7>

Jakaja

Yliopistopainon kirjamyynti,
<http://kirjakauppa.yliopistopaino.fi/books@yliopistopaino.fi>
00014 HELSINGIN YLIOPISTO
Puhelin (09) 7010 2363 tai 7010 2366
Fax (09) 7010 2374

Muut tiedot

www.stm.fi/julkaisut

Kokonaissivumäärä

137

Kieli

Suomi

Hinta

- €

Luottamuksellisuus


Julkinen

Kustantaja




SOSIAALI- JA
TERVEYSMINISTERIÖ

PRESENTATIONSBLAD

Utgivare Social- och hälsovårdsministeriet	Utgivningsdatum 20.1.2010	
Författare Utredningsmän: Professor Pekka Rissanen Direktör för sjukvårdsdistriktet Rauno Ihalainen Sakkunnigsekreterare: Specialplanerare Heidi Paatero Tekniska sekreterare: Forskare Jutta Pulkki Planerare Liisa Korkka	Uppdragsgivare Social- och hälsovårdsministeriet	
Publikationens titel Utredning om rehabiliteringsinrättningar 2009. Rehabiliteringsinrättningarnas situation och utredningsmännens förslag till utveckling av verksamheten vid rehabiliteringsinrättningar.	Projektnummer och datum för tillsättandet av organet	
Referat Social- och hälsovårdsministeriet tillsatte 16.2.2009 professor Pekka Rissanen och direktör för sjukvårdsdistriktet Rauno Ihalainen att utreda situationen och framtidsutsikterna för rehabiliteringsinrättningarna i landet. Utredningsarbetet skulle vara särskilt inriktat på rehabilitering på institution som finansieras av socialförsäkringen och övriga obligatoriska försäkringssystem samt kommunerna. Målet var att få en helhetsbild av rehabiliteringsinrättningarnas klientel, deras ekonomiska verksamhetsförutsättningar, kunskande och möjlighet att svara mot rehabiliteringsbehoven som en del av social- och hälsovårdens servicesystem. Den egentliga utredningsuppgiften var att göra en utredning för framtida bruk om rehabiliteringsinrättningarnas belägenhet, utarbeta förslag till åtgärder med vilka man kan stödja inrättningarnas verksamhet i framtiden och utarbeta förslag till åtgärder med vilka man kunde utveckla rehabiliteringsinrättningarnas verksamhet. Utredningsmännen föreslår nio åtgärder med underpunkter. Åtgärdsförslagen är inriktade på följande teman: balansering av efterfrågan och utbud av rehabilitering på institution, kvaliteten i rehabiliteringen på institution samt rehabiliteringens innehåll och integrering i övriga social- och hälsovårdstjänster. Utredningsmännen föreslår att <ul style="list-style-type: none"> - rehabiliteringsinrättningarna gör sitt serviceutbud mångsidigare och produktifierar sina tjänster på ett riksomfattande enhetligt sätt samt utvecklar sitt kunnande i företagsverksamhet - socialförsäkringen och arbetsförvaltningen har ansvaret för arbetslivsinriktad rehabilitering. Tjänsterna produceras i första hand av rehabiliteringsinrättningarna och den övriga privata sektorn. - kunnande och lokaler som frigörs på krigsinvaliders sjuk- och brödrahem riktas från fall till fall till omsorgs- och rehabiliterande tjänster för äldre personer samt boendeservice som kommunerna ansvarar för - rehabilitering av närstående vårdare ökas genom att anvisa Folkpensionsanstaltens anslag för rehabilitering enligt prövning för rehabiliteringsperioder som förbättrar närståendevårdarnas funktionsförmågan och hjälper dem att orka med arbetet - rehabilitering av personer som tillhör små och sällsynta sjukdomsgrupper och av personer med syn- och hörselskador säkerställs. I synnerhet säkerställs rehabilitering av patienter med hjärnslag genast efter akutvård. - upphandlingsförfarandet vid rehabiliteringstjänster förenklas inom de av upphandlingslagen tillåtna gränserna eller genom ändring av upphandlingslagen - vid utvärdering av rehabiliteringens kvalitet bör vikt fästas vid att rehabiliteringen ger effekt och detta ska också väsentligt styra upphandlingsbeslut om rehabilitering - rehabiliteringstjänsterna ska bättre integreras i hälso- och sjukvårdens och företagshälsovårdens verksamhet genom att man klarlägger de olika parternas ansvar i rehabiliteringsprocessen och vid ordnandet av rehabiliteringstjänster - social- och hälsovårdsministeriet inleder tillsammans med producenter och finansiärer av rehabiliteringsverksamhet ett separat projekt om enhetliga riktlinjer och ansvarsfördelning vid offentligt finansierad rehabilitering. 		
Nyckelord Rehabiliteringsinrättningar, rehabilitering på institution, verkningsfullhet, kunnande, upphandlingsförfarande, integration		
Bibliografiska data Social- och hälsovårdsministeriets rapporter 2009:61 ISBN 978-952-00-2950-0 (inh.), ISBN 978-952-00-2951-7(PDF) ISSN 1236-2115 (print), ISSN 1797-9897 (online) URN:ISBN 978-952-00-2951-7 http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-2951-7	Ovriga uppgifter www.stm.fi/ Sidoantal 137 Pris - € Språk Finska Sekretessgrad Offentlig	
Distribution och försäljning Universitetsstryckeriets bokförsäljning http://kirjakauppa.yliopistopaino.fi/books@yliopistopaino.fi FI-00014 HELSINGFORS UNIVERSITET Tfn (09) 7010 2363 eller (09) 7010 2366 Fax (09) 7010 2374	Förlag  SOCIAL- OCH HÄLSOVÅRDSMINISTERIET	

DOCUMENTATION PAGE

Publisher Ministry of Social Affairs and Health, Finland	Date 20 January 2010
Authors Rapporteurs ad int.: Professor Pekka Rissanen Hospital District Director Rauno Ihalainen Expert secretary: Senior Planning Officer Heidi Paatero Technical secretaries: Research Officer Jutta Pulkki Planning Officer Liisa Korkka	Commissioned by Ministry of Social Affairs and Health Date of appointing the organ
Title of publication Review on rehabilitation institutions in 2009. The state of rehabilitation institutions and the rapporteurs' proposals for developing the rehabilitation institution activities.	
Summary The Ministry of Social Affairs and Health appointed on 16 February 2009 Professor Pekka Rissanen and Dr Rauno Ihalainen, Hospital District Director, to review the state and future prospects of the existing rehabilitation institutions in the country. They were assigned to specifically focus on the institutional rehabilitation financed by social insurance and other statutory insurance schemes as well as by local governments. The goal was to gain an overall idea of the clientele at the rehabilitation institutions, the financial capacity of the institutions as well as of their competence and opportunities to respond to rehabilitation needs as a part of the social and health service system. The primary task was to carry out a review for future purposes regarding the overall situation of the rehabilitation institutions, draw up proposals for measures to support the rehabilitation institutions in future, and to draft proposals for measures to develop the rehabilitation institutions. The rapporteurs ad int. put forward proposals for nine measures with sub-sections. The proposals for measures focus on the following themes: balance between supply and demand of institutional rehabilitation, quality and contents of institutional rehabilitation, and integration of institutional rehabilitation into other social and health services. The rapporteurs ad int. propose that: - the rehabilitation institutions diversify their range of services and productise their services in a nationally uniform manner as well as develop their entrepreneurial competence; - the responsibility for working-life oriented rehabilitation lies with the social insurance and labour administration. Services are primarily produced by rehabilitation institutions and other private sector actors; - the competence and facilities gradually released at the institutions for war invalids are directed, on a case-by-case basis, to the care, rehabilitation, and housing services that municipalities organise for the elderly population; - more rehabilitation services are offered for informal caregivers by increasingly targeting the discretionary rehabilitation allowance granted by the Social Insurance Institution of Finland at rehabilitation services that promote the functional ability and wellbeing of informal caregivers; - the rehabilitation required by small-numbered patient groups with rare diseases and by persons with sensory disabilities are safeguarded and that the post-acute rehabilitation of patients with ischemic attack specifically is organised without delay; - the public procurement procedures for rehabilitation services are relieved within the confines of the Public Procurement Act or by revising the Public Procurement Act; - the effectiveness of rehabilitation plays a key role both in reviewing the quality of rehabilitation and in decision-making concerning public procurement of rehabilitation services; - the rehabilitation services are better integrated into health services and occupational health services by streamlining the responsibilities of different parties in the rehabilitation process and in organising rehabilitation services; - the Ministry of Social Affairs and Health launches, in collaboration with the organisers and financiers of rehabilitation services, a state-financed project on the common policy definitions for rehabilitation services and the division of responsibilities between different actors.	
Key words Rehabilitation institutions, institutional rehabilitation, effectiveness, competence, public procurement, integration	
Bibliographic data Reports of the Ministry of Social Affairs and Health 2009:61 ISBN 978-952-00-2950-0 (pb), ISBN 978-952-00-2951-7 (PDF) ISSN 1236-2115 (print), ISSN 1797-9897 (online) URN:ISBN:978-952-00-2951-7 http://urn.fi/URN:978-952-00-2951-7	Other information www.stm.fi/ Number of pages 137 Price - € Language Finnish Publicity Public
Distribution and sales Helsinki University Print Bookstore http://kirjakauppa.yliopistopaino.fi/ books@yliopistopaino.fi FI-00014 HELSINKI UNIVERSITY, FINLAND Tel +358 9 7010 2363 or +358 9 7010 2366 Fax +358 9 7010 2374	Financier  MINISTRY OF SOCIAL AFFAIRS AND HEALTH

Sosiaali- ja terveysministeriölle

Sosiaali- ja terveysministeriö on 16.2.2009 tekemällään sopimuksella (STM/739/200) antanut selvityshenkilöille toimeksiannon laatia valtakunnallinen selvitys kuntoutuslaitosten tilanteesta ja esittää kokonaiskuva kuntoutuslaitosten toimintaedellytyksistä, voimavaroista ja mahdollisuuksista vastata kuntoutustarpeisiin osana sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmää.

Toimeksiantoon liittyen tuli selvittää:

1. minkälaisia kuntoutuslaitoksia maassamme on, minkälaisia taloudellisia toimintaedellytyksiä ja osaamista laitoksissa on, minkälaisia kehittämissuunnitelmia kuntoutuslaitoksilla on sekä suppea katsaus siihen, miten kansainvälisesti kuntoutustoimintaa järjestetään,
2. miten ja millä edellytyksellä julkinen terveydenhuolto ja muut kuntoutuspalveluja tilaavat tahot voisivat hyödyntää kuntoutuslaitosten palveluja nykyistä enemmän.

Varsinaisena selvitystehtävänä oli:

1. laatia kuntoutuslaitosten kokonaistilanteesta selvitys tulevaa käyttöä varten,
2. laatia ehdotukset niistä toimenpiteistä, joiden avulla kuntoutuslaitosten toimintaa tuetaan tulevaisuudessa,
3. laatia ehdotukset niistä toimenpiteistä, joiden avulla kuntoutuslaitosten toimintaa voidaan kehittää.

Toimeksiannossa selvitystyö rajattiin koskemaan julkisten tahojen eli Kansaneläkelaitoksen, Valtiokonttorin, Raha-automaattiyhdistyksen, kuntien sekä vakuutuslaitosten järjestämää ja rahoittamaa laitoskuntoutusta.

Selvitysmieheksi nimettiin professori Pekka Rissanen Tampereen yliopistosta ja sairaanhoitopiirin johtaja Rauno Ihalainen Pirkanmaan sairaanhoitopiiristä. Selvitysmiehillä on ollut mahdollisuus käyttää työssään asiantuntijoita ja teknistä apua. Toimeksiannon määräaika päättyi 15.12.2009. Selvitysmiesten loppuraportti valmistui 5.1.2010. Selvityksen taustaa, tarkoitusta ja toteutusta on kuvattu tarkemmin luvussa 1.

Saatuana tehtävänsä suoritetuksi selvitysmiehet luovuttavat loppuraporttinsa kunnioittavasti sosiaali- ja terveysministeriölle.

Helsingissä tammikuun 20 päivänä 2010

Pekka Rissanen
Professori

Rauno Ihalainen
Sairaanhoitopiirin johtaja

Sisällys

1	Selvityksen tausta, tarkoitus ja toteuttaminen	13
2	Aikaisemmat selvitykset	16
3	Kuntoutuslaitosten syntyhistoria ja toimintaedellytykset	21
3.1	Kuntoutuslaitosten synty ja 1970- ja 1980-lukujen kasvukausi.....	21
3.2	Kapasiteetin kasvun rajoittamispyrkimyksiä 1980-luvulla.....	26
3.3	Lainsäädännön ja rahoitusjärjestelmien muutoksia 1990-luvulla.....	27
3.4	Kuntoutuspalvelujen kilpailutuksen käynnistyminen 1990-luvulla.....	32
3.5	Kuntoutuslaitosten kapasiteetin ja käytön kasvu 1990-luvulla.....	34
3.6	Kuntoutuslaitosten tilanne 2000-luvulle siirryttäessä.....	35
3.7	Kuntoutuslaitosten käyttö 2000-luvun alussa ja näkymät tulevasta käytöstä	37
4	Kansainvälinen katsaus kuntoutuslaitoksiin	43
4.1.	OECD:n katsaus vajaakuntoisten ammatilliseen kuntoutukseen	43
4.2	Vaikeavammaisten lääkinällinen kuntoutus Tanskassa ja Hollannissa	45
4.3	Vakuutus pohjainen kuntoutus Saksassa	46
4.4	Kuntoutuksen yhteensovittamisen haasteita Ruotsissa	47
4.5	Yhteenvedoa	49
5	Kuntoutuksen vaikuttavuus	51
6	Kuntoutuslaitoskysely	53
6.1	Kyselyn tarkoitus ja toteutus.....	53
6.2	Kyselyn tulokset	53
6.3	Yhteenvedoa kyselyn tuloksista	68
7	Kuntoutuksen järjestäjien, rahoittajien ja toteuttajien sekä asiantuntijoiden kuuleminen	71
7.1	Järjestäjien, rahoittajien ja toteuttajien kuuleminen.....	72
7.2	Asiantuntijapaneeli	78
8	Selvitysmiesten keskeiset havainnot ja toimenpide-ehdotukset kuntoutuslaitosten toiminnan kehittämiseksi	82
Lähteet	90

LIITTEET

Liite 1	Kuntoutuksen vaikuttavuustutkimukset	95
Liite 2	Kuntoutuslaitoskysely – kyselylomake, luettelo vastanneista laitoksista, tuloksia tunnuslukuina, yhteenvedoa avovastauksista	104
Liite 3	Kuulemistilaisuuksien ja asiantuntijapaneelin teemat ja osallistujat	129

1 Selvityksen tausta, tarkoitus ja toteuttaminen

Suomessa on noin sata kuntoutuslaitosta, kurssikeskusta, sotainvalidien sairaus- tai hoitokotia, kurssikeskusta tai kylpylää, jotka tuottavat erilaisia kuntoutuspalveluita. Nämä laitokset ovat joko säätiöiden, järjestöjen tai yritysten ylläpitämiä. Laitoksissa kuntoutettavana olevat asiakkaat ovat pääasiassa julkisen tahon lähettämiä ja rahoittamia. Suurimmat julkiset rahoittajat ovat Kansaneläkelaitos ja Valtiokonttori. Lisäksi työeläkelaitokset sekä elinkeino- ja työvoimahallinto lähettävät asiakkaita näihin laitoksiin. Kansaneläkelaitos rahoittaa eri sairausryhmien ja erityisesti vaikeavammaisten henkilöiden kuntoutusjaksoja sekä työssä olevien työkykyä ylläpitävää ja parantavaa kuntoutusta. Valtiokonttori rahoittaa sotainvalidien ja -veteraanien kuntoutukset. Pienemmässä määrin laitoksissa on vakuutuslaitosten tai kuntien lähettämiä kuntoutusasiakkaita ja kuntoutuksensa itse maksavia henkilöitä.

Kylpylätoimintaa ja sitä ylläpitäviä laitoksia on Suomessa ollut jo 1900-luvun alusta alkaen. 1940-luvulla maahamme perustettiin muutamia suuria kuntoutuslaitoksia lähinnä sotavammaisten kuntoutukseen ja myöhemmin myös ns. siviilivammaisia varten. 1980-luvulla kylpylä- ja kuntoutuslaitostoiminta laajeni ripeästi, kun Raha-automaattiyhdistys alkoi jakaa investointiavustuksia kuntoutuslaitosten rakentamiseen. Majoitus- ja kuntoutuskapasiteetti kaksinkertaistuikin 1980-luvun alusta seuraavien 15 vuoden aikana. Noin puolet näiden laitosten majoituskapasiteetista suuntautui laitoskuntoutukseen. 1990-luvun puolessavälissä laitoskuntoutukseen varatuista vuodepaikoista oli käytössä noin kaksi kolmasosaa.

Kuntoutuslaitosten kapasiteetti kasvoi vielä 1990-luvulla samalla, kun niiden palvelutuotteet ja -valikoima monipuolistui. Epätasapaino kuntoutuslaitoskapasiteetin ja palvelujen kysynnän välillä kuitenkin säilyi ja 2000-luvulle siirryttäessä tuli yhä selvemmäksi. Ylikapasiteetti ja kiristynyt kilpailu ovat vaikuttaneet jo usean vuoden ajan laitosten toimintaedellytyksiin. Sotainvalidien ja -veteraanien vanhetessa ja heidän lukumääränsä vähetessä lähivuosien aikana tulee tämä omalta osaltaan edelleen vähentämään laitospuotoisen kuntoutuksen tarvetta ja lisäämään epätasapainoa perinteisen laitoskuntoutuksen kysynnän ja tarjonnan välillä.

Samanaikaisesti perinteisen laitoskuntoutuksen rinnalla lääkinnällisen kuntoutuksen ja työkykyä ylläpitävän ja parantavan ammatillisen kuntoutuksen tarve ja merkitys on kasvanut. Lääkinnällistä kuntoutusta ei ole aina tarjolla riittävästi ja oikea-aikaisesti. Sen asema terveydenhuollossa ei ole toiminnan merkittävyyden ja tavoitteiden saavuttamisen kannalta riittävän vahva. Lääkinnällinen kuntoutus kuuluu kuntien järjestämisvastuulle ja sitä rahoitetaan myös sosiaali- ja terveydenhuollon valtionosuuksilla. Samoin ammatillisen kuntoutuksen tarve on lisääntyvä. Sekä lääkinnällisen että ammatillisen kuntoutuksen avulla pyritään mm. pidentämään ihmisten työuria sekä auttamaan ikäihmisten omatoimista selviytymistä arkipäivän tilanteissa.

Kuntoutuksen kokonaistilanteen selvittämiseksi sosiaali- ja terveysministeriö käynnisti kuntoutusasiain neuvottelukunnan aloitteesta selvitystyön, joka kohdistuu laitoskuntoutukseen siltä osin, mikä on julkisesti rahoitettua toimintaa. Selvitystyön taustalla oli huoli laitosten nykyisen asiakaskunnan vähenemisestä ja kuntoutuslaitosten taloudellisen tilanteen heikkenemisestä. Selvitystyö kohdistui erityisesti sosiaalivakuutuksen tai muiden pakollisten vakuutusjärjestelmien samoin kuin kuntien kautta rahoitettavaan kuntoutukseen. Tavoitteena oli selvittää valtakunnallinen kuntoutuslaitosten tilanne ja saada kokonaiskuva kuntoutuslaitosten

toimintaedellytyksistä, voimavaroista ja mahdollisuudesta vastata kuntoutustarpeisiin osana sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmää.

Kuntoutusasiain neuvottelukunnan ja sosiaali- ja terveysministeriön tekemien linjausten ja päätösten lisäksi selvitystyön taustalla on ollut Matti Vanhasen toisen hallituksen politiikka-riihen kannanotto (24.2.2009), jossa sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen kehittämisen yhtenä kohtana todetaan "selkiytetään kuntoutuspalveluiden järjestämistä eri tahojen kesken sekä asiakkaan oikeutta palveluun ja toimeentuloon kuntoutuksen aikana".

Sosiaali- ja terveysministeriön toimeksiannon mukaisesti selvityksen tuli sisältää kuntoutuslaitoksia käsittävän tilastoaineistojen kokoamisen, kansainvälistä vertailuaineistoa, kuntoutuslaitoksille ja kuntoutuspalvelujen tilaajille suunnatun kyselyn ja haastatteluja, kuulemistilaisuuksien järjestämisen, vierailuja kuntoutuslaitoksiin ja perehtymistä tilaaja -rahoittajien tilanteeseen sekä selvityksen eri vaiheiden aikana kerättyjen aineistojen analysoinnin.

Selvitystyön tekemistä varten sosiaali- ja terveysministeriö nimesi kaksi selvitysmiestä. Selvitystyön tekivät terveystaloustieteen professori Pekka Rissanen Tampereen yliopiston terveystieteen laitokselta ja sairaanhoitopiirin johtaja Rauno Ihalainen Pirkanmaan sairaanhoitopiiristä.

Kansaneläkelaitos on rahoittanut selvitystä Kansaneläkelaitoksen kuntoutusetuuksista ja kuntoutusrahaetuksista annetun lain 12 §:n tarkoittamilla tutkimus- ja kehittämisvaroilla siten, että selvityksen asiantuntijasihteerinä on toiminut erikoissuunnittelija Heidi Paatero Kansaneläkelaitoksen tutkimusosastolta. Lisäksi Kansaneläkelaitos on myöntänyt rahoitusta Tampereen yliopiston terveystieteen laitokselle selvityksen teknisen sihteerin, tutkija Jutta Pulkin, työhön.

Selvitystyön loppuraportin kokoamisessa ja työstämisessä on avustanut suunnittelija Liisa Korkka Pirkanmaan sairaanhoitopiiristä.

Selvityksen valvojana on toiminut ylitarkastaja Hanna Nyfors sosiaali- ja terveysministeriöstä.

Toimeksiannon mukaisesti selvitystyö käynnistyi 16.2.2009 ja sen tuli olla valmis 15.12.2009. Selvityksen loppuraportti valmistui 5.1.2010.

Selvitystyön suunnittelua ja toteuttamista varten muodostettiin selvitysryhmä, johon selvitysmiesten lisäksi ovat kuuluneet asiantuntijasihteerit ja tekniset sihteerit. Selvityksen valvoja on myös osallistunut työryhmän kokouksiin. Selvitysryhmä on kokoontunut kymmenen kertaa.

Selvitystyötä tehtiin kahdessa vaiheessa. Aluksi keväällä 2009 tehtiin internet-pohjainen kysely 94 kuntoutuslaitokselle niiden nykyisestä kapasiteetista ja käytöstä, asiakkaista, henkilöresursseista ja rahoituksesta. Kyselyn toimeenpanosta huolehti Tampereen yliopiston terveystieteen laitos. Vastaukset saatiin 85 laitokselta. Kyselyn alustavat tulokset esiteltiin kuntoutusasiain neuvottelukunnalle 10.6.2009.

Selvitystyön toisessa vaiheessa järjestettiin syksyllä 2009 kuulemistilaisuuksia kuntoutuksen rahoittajille ja kuntoutuspalvelujen tuottajille. Kuntoutuksen rahoittajien tai järjestäjien edustajina oli 18.9.2009 kuultavina yhteensä 12 henkilöä. Kuntoutuspalvelujen tuottajia kuultiin 15.–16.10.2009. Kuultavana oli yhteensä 27 henkilöä. Kuntasektorin edustajia kuntoutuksen laitospalvelujen rahoittajina ja tuottajina kuultiin 16.10 ja 3.11.2009. Kuultavana oli tuolloin

yhteensä 7 henkilöä. Selvitysmiehet järjestivät lisäksi asiantuntijapaneelin eli ns. pyöreän pöydän keskustelun 18.11.2009, johon osallistui 10 henkilöä.

Selvitysmiehet esittelivät alustavat toimenpide-ehdotuksensa Kuntoutusasiain neuvottelukunnalle 17.12.2009 pidetyssä kokouksessa. Neuvottelukunnan kokouksessa käyty keskustelu on otettu huomioon lopullisia toimenpide-ehdotuksia muotoiltaessa.

Kuntoutuslaitos selvitys 2009 on kirjoitettu siten, että toimeksiannon mukaisiin kysymyksiin ja varsinaisiin selvitystehtäviin on esitetty vastaukset raportin eri luvuissa. Toimeksiannon mukaisista selvitettävistä asiakokonaisuuksista kohtaan 1 on esitetty vastaukset raportin luvussa 6 "Kuntoutuslaitoskysely" ja kohtaan 2 vastaavalla tavalla raportin luvussa 7 "Kuntoutuksen järjestäjien, rahoittajien ja toteuttajien sekä asiantuntijoiden kuuleminen". Varsinaisena selvitystehtävänä olleisiin asiakokonaisuuksiin on esitetty vastaukset siten, että kohtaan 1 vastauksena on raportti kokonaisuutena. Kohtien 2 ja 3 selvitystehtävään vastaaminen yhdistettiin yhdeksi kokonaisuudeksi, joka on esitetty vastaukset raportin luvussa 8 "Selvitysmiesten keskeiset havainnot ja toimenpide-ehdotukset kuntoutuslaitosten toiminnan kehittämiseksi".

Selvitysraportin luvut 2, 3 ja 4 on kirjoittanut erikoissuunnittelija Heidi Paatero. Muilta osin raportin ovat kirjoittaneet selvitysmiehet, jotka vastaavat raportista kokonaisuutena. Tutkija Jutta Pulkki on osallistunut kuntoutuslaitoksille tehdyn kyselyn laadintaan, toteutukseen ja analysointiin sekä koonnut liitteenä 1 oleva yhteenvedon kuntoutuksen vaikuttavuustutkimuksista.

2 Aikaisemmat selvitykset

Kuntoutuslaitoksista on tehty lukuisia selvityksiä 1970-luvulta 2000-luvun alkuun asti. Selvityksillä on usein etsitty taustatietoja ja perusteita kulloinkin tehtäviä suunnitelmia ja ratkaisuja varten. Lähes kaikissa selvityksissä pyritään luomaan jonkinlainen kokonaisnäkemys kuntoutuslaitosten kirjavasta kentästä. Selvitykset antavat näin myös kuvan kuntoutuslaitostoiminnan kasvusta ja kehityksestä.

Tässä esitetään tiivistelmä keskeisistä selvityksistä siltä osin kun niissä kuvataan kuntoutuslaitosten toimintaa, kapasiteettia ja käyttöä.

Kuntoutuslaitosten toiminta, kapasiteetti ja käyttö 1980-luvulla

Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksen (STM 1979) teki ensimmäisen kattavamman selvityksen kylpylätoiminnasta. Työryhmä kuvasi kylpylähoidon historiaa ja perinteistä sisältöä ja laati katsauksen kylpylätoimintaan eräissä Keski- ja Itä-Euroopan maissa. Työryhmä selvitti suomalaisten kylpyläiden palvelutarjontaa, palvelujen määrää ja asiakaskunnan rakennetta sekä kylpylätoiminnan rahoittajia aikajaksolta 1974–1978.

Työryhmän osoitti kyselynsä 18 tuolloin toimivalle kylpylälle ja kuntoutuslaitokselle. Näistä kuusi eli kolmas osa oli perinteisiksi luontaishoitoloiksi tai kylpyläparantoloiksi luonnehdittavia laitoksia. Muut olivat kylpylä- ja kuntoutuslaitostyyppisiä laitoksia. Vuodesta 1974 vuoteen 1978 laitosten yhteenlaskettu asiakasmäärä nelinkertaistui (noin 8 300 asiakkaasta 35 200 asiakkaaseen) ja hoitovuorokaudet yli kolminkertaistuivat (noin 87 000 vuorokaudesta noin 287 000 vuorokauteen). Henkilökunnan määrä lähes kaksinkertaistui 240:stä runsaaseen 400:aan.

Kylpyläiden asiakaskunta oli terveyttään tai sairauttaan hoitavia tai kuntoutusta saavia henkilöitä. Hoitoa ja kuntoutusta annettiin hyvin moniin sairauksiin sekä sairauksien ja vammojen jälkitiloihin. Paljon apua tarvitsevia asiakkaita ei kylpyläihin voitu ottaa. Hoitomuodot vaihtelevat laitoksen suuntauksen mukaan. Hoidot olivat perinteisiä kylpylähoitoja ja terveyden edistämistä, fysioterapeuttisia hoitoja tai muita kuntoutusmuotoja. Merkittävä osa asiakkaista maksoi hoitonsa itse, vuonna 1976 arvon mukaan noin 70 prosenttia asiakkaista. Suurin osa heistä sai myös korvauksen sairausvakuutuksesta.

Suurin kuntoutusta rahoittava julkinen taho oli Valtion tapaturmavirasto, joka korvasi sotainvalidien omissa laitoksissa järjestetyn kuntoutuksen lisäksi myös kylpyläissä järjestetyn sotainvalidien kuntoutuksen. Seuraavaksi suurin julkinen taho oli Kansaneläkelaitos. Muita kuntoutuksen maksajia olivat vakuutusyhtiöt, sosiaalihuolto (invalidihuoltolain perusteella) ja keskussairaalat. Myös vammaisjärjestöt ja ammattiyhdistysliikkeen lomajärjestöt rahoittivat kuntoutusta saamiensa avustusten turvin.

Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksen toinen kuntoutuslaitostyöryhmä (STM 1982) sai tehtäväkseen selvittää yksityisten terveyskylpyläiden ja kuntoutuslaitosten palveluita, asiakaskunnan rakennetta sekä kapasiteettia ja sen suunniteltuja muutoksia ja laajennuksia. Työryhmän tuli myös tehdä arvio siitä, miten laitoksia käyttävien julkisten tahojen ja vakuutusjärjestelmien tarve niiden käyttöön kehittyi sekä laatia ehdotuksia kylpylä- ja kuntoutuslaitostoiminnan kehittämiseksi.

Selvitys annettiin ulkopuolisen tutkijan tehtäväksi. Tulokset on julkaistu erillisenä raporttina (Karjula 1982). Selvitys kohdistui 31:een vuonna 1981 toiminnassa olleeseen yksityiseen terveystaloon ja kuntoutuslaitokseen, joista kyselyyn vastasi 30. Lisäksi kysely lähetettiin 18 suunnitteilla olevaan laitokseen, joista 16 laitosta vastasi. Selvityksen ulkopuolelle jätettiin mm. sellaiset erityissairaalat, kuten Invalidisäätiön sairaala ja Reumasäätiön sairaala, joiden toiminta katsottiin olennaisesti poikkeavan kylpylöiden ja kuntoutuslaitosten toiminnasta.

Laitokset (yhteensä 30) ryhmiteltiin toimintansa ja asiakaskuntansa perusteella seuraaviin ryhmiin:

- Sotainvalidien Veljesliiton laitokset (5 laitosta)
- Kuntoutussairaalat (2 laitosta)
- Kuntoutuslaitokset ja terveystalot (18 laitosta)
- Kylpyläparantolat ja luontaishoitolat (5 laitosta)

Vuonna 1981 näissä laitoksissa oli yhteensä noin 2 500 kuntoutukseen varattua vuodepaikkaa. Laitosten kuntoutuskapasiteetti (kuntoutukseen käytettävissä olevat vuorokaudet) oli noin 900 000 kuntoutusvuorokautta, toteutuneiden kuntoutusvuorokausien määrä oli lähes 800 000. Laitosten käyttöaste oli yli 80 prosenttia.

Suurimmat julkisten kuntoutuspalvelujen käyttäjätahot olivat tapaturmavirasto, joka vastasi sotainvalidien kuntoutuksesta (osuus kuntoutusvuorokausista 34 prosenttia), Kansaneläkelaitos (14 prosenttia) sekä lääkintöhallitus, joka tuolloin vastasi rintamaveteraanien kuntoutuksesta (10 prosenttia). Muita maksajatahoja 1–3 prosentin osuuksilla olivat sosiaalhallitus, kunnat ja vakuutuslaitokset. Itse maksavien kuntoutusasiakkaiden osuus oli kuntoutusvuorokausista 32 prosenttia, kuntoutujien määrästä heitä oli yli 60 prosenttia. Kylpyläparantoloiden ja luontaishoitoloiden asiakkaat olivat lähes yksinomaan itse maksavia.

Selvityksessä arvioitiin, että kuntoutuksen kokonaiskapasiteetti lisääntyy voimakkaammin kuin keskeisten käyttäjätahojen tarve. Jos uusien kuntoutuslaitosten perustaminen ja toiminnassa olevien laitosten laajennukset toteutuvat suunnitellulla tavalla, kuntoutuksen kokonaiskapasiteetti lähes kaksinkertaistuisi viidessä vuodessa. Siinäkin tapauksessa, että vain jo rahoituspäätöksen saaneet hankkeet toteutuvat, kasvaisi kapasiteetti noin 50 prosentilla.

Työryhmä ei pitänyt tarpeellisena eikä tarkoituksenmukaisena, että lähivuosina toteutettaisiin muita kuin ne terveystalot- ja kuntoutuslaitosinvestoinnit, joiden kohdalla rahoituspäätökset oli jo tehty ja joiden seurauksena kapasiteetti laajentuisi noin 50 prosentilla. Kapasiteettia olisi suunniteltua enemmän suunnattava vaativaa kuntoutusta tarvitseville asiakkaille (hoitoisuusluokka 5). Uusien laitosten rakentamista koskevista päätöksistä tulisi pidättäytyä siihen asti, kunnes voidaan luotettavasti todeta, mikä on palveluiden tarjonnan ja kysynnän suhde ja eri rahoitusjärjestelmissä tapahtuvien muutosten vaikutus palvelujen käyttöön. Julkisella sektorilla valmisteltiin tuolloin ns. VALTAVA-lainsäädäntöä.

Työryhmä piti tarpeellisena, että Raha-automaattiyhdistys laatii jo toteutettujen sekä rahoituspäätöksen saaneiden investointien yksityiskohtaisen rahoitussuunnitelman tuleville vuosille. Suunnitelman pohjalta tulisi valtion tulo- ja menoarviossa vuosittain määrittellä se rahoituksen enimmäismäärä, mikä kylpylä- ja kuntoutuslaitosinvestointeihin on tarkoitus käyttää.

Työryhmä ehdotti lisäksi, että terveydenhuollon valtakunnallisissa suunnitelmissa otettaisiin huomioon yksityisten terveystaloiden ja kuntoutuslaitosten kehittäminen. Sosiaali- ja terveysministeriön tulisi asettaa käyttäjätahojen ja kuntoutuslaitosten toiminta koordinoiva yh-

teistyöelin. Laitosten valvontaa ja ohjausta tulisi tehostaa ja sitä koskevia säännöksiä täsmentää.

Vuoden 1982 kuntoutuslaitostyöryhmän tietoja päivitettiin neljä vuotta myöhemmin Sosiaali- ja terveysministeriön teettämässä selvityksessä "Yksityisten terveyskylpylöiden ja kuntoutuslaitosten kapasiteetin kehityksestä" (Korpela 1986).

Vuonna 1986 tehtyyn kyselyyn vastasi 33 laitosta. Lisäksi saatiin tietoja seitsemästä suunnitteilla olevasta laitoksesta. Vastanneissa laitoksissa oli vuoden 1985 lopulla lähes 3 200 kuntoutukseen tarkoitettua vuodepaikkaa ja kuntoutusvuorokausien maksimimäärä oli 1 120 500 vuorokautta. Vuodesta 1981 kuntoutukseen tarkoitettujen vuodepaikkojen määrä oli kasvanut lähes kolmanneksella. Joissakin laitoksissa oli lisäksi mahdollista käyttää muuhun tarkoitukseen varattuja vuodepaikkoja myös kuntoutukseen, yhteensä 1 450 vuodepaikkaa.

Laitokset luokiteltiin kolmeen ryhmään: Sotainvalidien Veljesliiton laitokset, kuntoutussairaalat sekä kuntoutuslaitokset ja terveyskylpylät. Suurin kapasiteetin kasvu oli kuntoutuslaitos- ja terveyskylpylöiden ryhmässä, yli 80 prosenttia kuntoutuspaikoista oli näissä laitoksissa.

Laitoksissa oli vuonna 1985 runsaat 62 000 kuntoutusasiakasta, jolle kertyi yhteensä noin 1 005 000 kuntoutusvuorokautta. Vuorokausien kasvu vuodesta 1981 oli noin 37 prosenttia. Laitosten käyttöaste oli varsin korkea. Kuntoutussairaalat olivat koko ajan täydessä käytössä. Kuntoutuslaitosten ja terveyskylpylöiden käyttöaste oli noin 90 prosenttia ja Sotainvalidien Veljesliiton laitosten yli 70 prosenttia.

Suurin kuntoutettavien ryhmä oli edelleen sotainvalidit, joiden osuus asiakkaista oli lähes viidennes ja vuorokausista lähes kolmannes. Kansaneläkelaitoksen kuntoutusasiakkaiden osuus oli kuudennes ja heidän osuutensa vuorokausista viidennes. Lähes yhtä paljon asiakkaista oli rintamaveteraaneja, heidän osuutensa vuorokausista oli kuitenkin vajaa kuudennes. Itse maksavia asiakkaita oli joka kolmas, mutta kuntoutusvuorokausista heidän osuutensa oli vain viidennes.

Vaativampaa kuntoutusta tarvitsevien asiakkaiden määrä (hoitoisuusluokka 5) oli suhteellisesti kasvanut, kun taas kevyempää kuntoutusta (hoitoisuusluokat 1 ja 2) tarvitsevien osuus oli vähentynyt. Tästä jo pitkään tiedostetusta painopisteen muutoksesta huolimatta laitosten kapasiteetissa ei ollut nähtävissä sitä vastaava muutosta.

Vakuutuslaitosten osuus kuntoutusasiakkaista oli vähäistä, samaten kuntien ja kuntainliittojen. Vuonna 1984 voimaan tullut VALTAVA-uudistus ja lääkinnällisen kuntoutuksen siirtyminen kunnallisen terveydenhuollon tehtäväksi lisäsi kuitenkin odotuksia kuntien ja keskussairaaloiden ostopalveluista.

Raportti päättyy toteamukseen, että sosiaali- ja terveysministeriön kuntoutuslaitostyöryhmän tekemät ehdotukset vuonna 1982 olivat valtaosaltaan edelleen ajankohtaisia.

Raha-automaattiyhdistyksen asettama Kuntoutuslaitostyöryhmä (RAY 1987) teki jälleen toiminnassa olevia laitoksia ja vireillä olevia hankkeita koskevan kyselyn, jossa pyydettiin tietoja laitosten kapasiteetista sekä laajennus- ja muutossuunnitelmista. Tiedot tarvittiin kuntoutuslaitosten investointien pohjaksi.

Selvityksen mukaan vuonna 1987 oli 35 kuntoutuslaitoksessa yhteensä noin 3 700 kuntoutukseen varattua vuodepaikkaa eli 500 paikkaa enemmän kuin vuonna 1985. Laitosten yhteenlas-

ketu kuntoutuskapasiteetti oli noin 1 243 000 kuntoutusvuorokautta. Se oli runsaat 200 000 vuorokautta enemmän kuin vuonna 1985. Käyttöaste oli edelleen korkea eli samalla tasolla kuin vuonna 1985.

Laajennussuunnitelmia oli kaikkiaan runsaan 880 000 kuntoutusvuorokauden edestä. Toiminnassa olevat laitokset suunnittelivat lisäävänsä kapasiteettiaan noin 268 000 kuntoutusvuorokaudella ja uudet laitoshankkeet noin 612 000 kuntoutusvuorokaudella. Runsaan 880 000 kuntoutusvuorokauden lisäkapasiteetista 16 500 vuorokautta oli jo rakenteilla olevissa laitoksissa, runsaat 210 000 vuorokautta rahoituspäätöksen saaneissa laitoksissa ja noin 653 000 vuorokautta suunnitteilla olevissa laitoksissa. Suurin kapasiteetin lisäys koski kuntoutus- ja kylpylätyypisiä laitoksia: toiminnassa olevat tällaiset laitokset suunnittelivat kapasiteettinsa laajentamista noin 258 000 vuorokaudella ja vireillä olevat laitokset noin 452 000 vuorokaudella.

Työryhmä selvitti myös keskussairaaloitten käytössä olevat kuntoutuspaikat. Keskussairaaloissa oli varattu kaikkiaan 234 sairaansijaa kuntoutusta varten, laajennussuunnitelmia oli runsaan 100 sairaansijan edestä sekä yhteistoimintasopimuksia yksityisten kuntoutuslaitosten kanssa yhteensä noin 60 sairaansijan käytöstä. Keskussairaaloitten käytössä ja kustantamia sairaansijoja olisi näin ollen yhteensä noin 400.

Raha-automaattiyhdistyksen selvitykset 1990-luvun kehityksestä

Raha-automaattiyhdistyksen 1990-luvulla tekemän kahden laajan selvityksen (Mykrä 1993, Mykrä 1997) tarkoituksena oli tuottaa perustietoa kuntoutuslaitoksista ja kuntoutustoiminnan kehitysnäkymistä. Kuntoutuslaitoksille tehtiin tätä koskevat kyselyt vuosina 1993 ja 1997. Vuoden 1993 kysely lähetettiin 113 laitokselle ja aineistoon valikoitui lopulta 81 laitosta. Kysymykset koskivat pääosin vuoden 1992 toimintaa. Vuoden 1997 kysely lähetettiin 94 laitokselle ja vastauksia saatiin 85 laitokselta. Kysymykset koskivat vuoden 1996 toimintaa.

Kumpaankin kyselyyn vastanneet ja aineistoon mukaan otetut laitokset (yhteensä 81 laitosta vuonna 1993 ja 85 laitosta vuonna 1997) ryhmiteltiin toimintansa mukaan seuraavasti:

Ryhmät I – IV	1993	1997
I Vaikeavammaisten kuntoutukseen hyväksytyt laitokset	27 laitosta	29 laitosta
II Kuntoutus- ja kurssikeskukset	12 laitosta	19 laitosta
III Sotainvalidien sairaskodit ja kuntoutussairaalat	24 laitosta	24 laitosta
IV Kylpylät ja kylpylöiden kuntoutusosastot	18 laitosta	12 laitosta

Ryhmästä IV siirtyi vuoden 1997 selvityksessä muutama laitos ryhmään II. Laitosten määrä ryhmässä II kasvoi muutenkin. Ryhmässä IV oli vuonna 1997 myös eniten kyselyyn vastamatta jättäneitä laitoksia.

Laitoskapasiteetti kuvattiin kummassakin selvityksessä laitosten vuodepaikkojen kokonaismääränä ja niistä kuntoutukseen varattujen vuodepaikkojen määränä sekä laitosten kokonaismääränä ja kuntoutusvuorokausien määränä.

Vuonna 1996 vuodepaikkojen kokonaismäärä oli noin 10 300, joista kuntoutukseen oli varattu 5 500 paikkaa. Vuonna 1992 vuodepaikkojen kokonaismäärä oli 9 770, kuntoutukseen varattuja paikkoja oli noin 4 800.

Toteutuneiden majoitusvuorokausien kokonaismäärä vuonna 1996 oli 2 414 000 vuorokautta. Toteutuneiden kuntoutusvuorokausien määrä oli samana vuonna 1 254 000 vuorokautta eli noin 52 prosenttia kaikista majoitusvuorokausista. Toteutuneiden kuntoutusvuorokausien määrä vuonna 1992 oli 1 145 000 vuorokautta.

Laitosten kokonaiskäyttöaste (laitoksen kaikkien toteutuneiden majoitusvuorokausien osuus majoituksen kokonaiskapasiteetista) vuonna 1992 oli 60,8 prosenttia. Vuonna 1996 se oli 62,2 prosenttia. Kuntoutukseen varattujen vuodepaikkojen käyttöaste vuonna 1992 oli 65,0 prosenttia. Vuonna 1996 se oli 64,4 prosenttia.

Vuoden 1997 selvityksessä kuvataan laitosten kapasiteetin kasvua ja käyttöä vuodesta 1981 vuoteen 1996. Kuntoutuslaitospaikkojen määrä oli tänä aikana kaksinkertaistunut eli kasvanut 2 500 vuodepaikasta 5 500 vuodepaikkaan. Toteutuneiden kuntoutusvuorokausien määrä oli kasvanut noin 800 000 vuorokaudesta 1 254 000 vuorokauteen. Kuntoutuspaikkojen käyttöaste oli sen sijaan laskenut vuoden 1981 yli 80 prosentista 64,4 prosenttiin vuonna 1996.

Muut selvitykset

Sotainvalidien sairaskotien perustamistarvetta ja -edellytyksiä selvitettiin kolmessa sosiaali- ja terveysministeriön työryhmässä 1980-luvulla (STM 1983, STM 1985a, STM 1985b). Tältä pohjalta laadittiin ehdotus toteutettavista sairaskotihankkeista, niiden rakentamisen tärkeysjärjestyksestä ja rakentamiskustannusten rahoituksesta. Sairas- ja veljeskodit rakennettiin 1980- ja 1990-luvuilla. Vuonna 2000 tuli aiheelliseksi selvittää (STM 2000) sairaas- ja veljeskotien tulevaa käyttöä ennakoiden sitä, että laitosten käyttö tulee vähenemään sotainvalidien ja rintamaveteraanien ikäluokkien pienenemisen myötä. Laitosten käyttöaste oli vuonna 2000 vielä korkea. Vakituisten asiakaskunnan määrän arvioitiin vähentyvän vuoden 2005 jälkeen asteittain nopeasti.

VALTAVA-uudistus ja sen yhteydessä tehdyt valtiosuuslainsäädännön muutokset vaikuttivat merkittäväällä tavalla aikaisemmin valtionapua saaneiden yksityisten sairaaloiden ja kuntoutuslaitosten rahoitukseen. Laitosten toimintaedellytyksiä ja tulevan toiminnan rahoitusmahdollisuuksia selvitettiin laitoskohtaisesti useassa sosiaali- ja terveysministeriön työryhmässä 1990-luvun alussa (STM 1991a, STM 1991b, STM 1991c, STM 1992).

3 Kuntoutuslaitosten syntyhistoria ja toimintaedellytykset

Tässä luvussa kuvataan kuntoutuslaitosten syntyä ja kuntoutuslaitosverkoston kasvua sekä niitä yhteiskunnallisia, lainsäädännöllisiä ja taloudellisia tekijöitä, jotka ovat vaikuttaneet laitosten käyttöön ja toimintaedellytyksiin. Tiedot perustavat aiheeseen liittyviin aikaisempiin selvityksiin ja muuhun lähdeaineistoon sekä Kansaneläkelaitoksen ja Valtiokonttorin kuntoutustoiminnasta vastaavien yksiköiden ja Raha-automaattiyhdistyksen antamiin tietoihin. Varsinkin Raha-automaattiyhdistyksen kuntoutuslaitos selvityksissä on yksityiskohtaisesti kuvattu kuntoutuslaitosverkoston syntyä ja kehitystä eri vuosikymmeninä 1990-luvun jälkipuoliskolle asti. Niitä tietoja on hyödynnetty tämän katsauksen useassa kohdassa.

3.1 Kuntoutuslaitosten synty ja 1970- ja 1980-lukujen kasvukausi

Nykyisten kuntoutuslaitosten juuret löytyvät erityyppisestä toiminnasta yli sadan vuoden takaa. Suomessa oli jo 1800-luvulla Keski-Euroopan tyyliin kylpylöitä, joita mm. suomalainen ja venäläinen yläluokka käyttivät. Muutama näistä kylpylöistä toimii vieläkin. Vanhimpia on jo 1820-luvulta alkaen toiminut kaupungin omistama Lappeenrannan kylpylaitos, nykyinen Lappeenrannan kylpylä, joka edelleen järjestää ajanmukaisia kuntoutuspalveluja.

Kuntoutustoiminnan juuria löytyy myös jo 1800-luvun puolella toimineista pysyvästi sairaiden, vammaisten tai tuberkuloosia sairastavien hoitolaitoksista ja parantoloista. Langettava-tautisten hoitoyhdistys avasi Keisarillisen senaatin luvalla vuonna 1900 Vaajasalon parantolan kaatumatautisia varten. Sitten epilepsia- ja kuntoutussairaala toimintana Vaajasalon sairaala on nykyään Aivotutkimus- ja kuntoutuskeskus Neuron.

Sodan jälkeiset suuret laitokset

Suomalaisten kuntoutuslaitosten syntyyn on ennen kaikkea vaikuttanut sotainvalidien kuntoutuksen käynnistyminen 1940-luvulla. Merkittävänä toiminnan käynnistäjinä olivat sotainvalidien järjestöt sekä muut kansalais- ja vammaisjärjestöt. Esimerkkinä tästä on vuonna 1940 alkunsa saanut Invalidisäätiö, jonka perustivat sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö, Kansaneläkelaitos, Raajarikkoisten auttamisyhdistys ry (myöh. Vammaisten lasten ja nuorten tukisäätiö), Suomen Siviili- ja Asevelvollisuusinvalidien Liitto (myöh. Invalidiliitto ry) ja Suomen Tapaturmavakuutuslaitosten Liitto huolehtimaan maamme invalideista, erityisesti sotainvalideista ja heidän omaisistaan. Invalidisäätiön perustama laitos rakennettiin Helsingin Ruskeasuolla ja se valmistui 1942. Siinä oli tilat ortopediselle sairaalalle, ammattikoululle asuntoloineen, proteesipajalle ja majatalolle. Aluksi laitoksessa hoidettiin ja kuntoutettiin sotavammaisia, mutta vuodesta 1945 myös siviili-invalideja. Perustamisesta alkaen säätiön toiminta-ajatuksena oli, että samassa kuntoutuslaitoksessa voidaan antaa vammaiselle henkilölle kaikki palvelut. Myöhemmin säätiön toimintaan on kuulunut erityisammattikoulu, ammatinvalinnanohjaus-toimisto ja työkliniikka. Vuoden 1990 alusta säätiön organisaatiota muutettiin siten, että ortopedinen sairaala, kuntoutusyksikkö ja tieteellinen tutkimustyö muodostavat omat kokonaisuutensa. Kuntoutustoimintaa vahvistettiin ja pyrittiin tarjoamaan aikaisempaa eriytyneimpiä palveluja (STM 1991c).

Jouni Puumalainen (2007) toteaa artikkelissaan kuntoutuksen historiasta, että sotainvalidien kuntoutus loi menetelmälliset välineet kuntoutukselle ja jätti kuntoutukseen silloisen kohde-ryhmänsä leiman: nuoret fyysisesti vammautuneet ja vähän kouluja käyneet miehet. Sotavammaa ja vastaavanlaista siviilivammaa pidettiin samanlaista kuntoutusta vaativana ja yleisempi kuntoutusjärjestelmä (invalidihuolto) ottikin pian paikkansa ainoana ammatillisen kuntoutuksen muotona. Sotainvalidien lääkinällinen kuntoutus taas vaikutti erityisosaamista vaativan luonteensa vuoksi merkittävästi lääkinällisen kuntoutuksen laitosjärjestelmän syntyyn ja kehitykseen kansainvälisestäkin ainutlaatuisella tavalla.

Sotainvalidien Veljesliitto vastasi pitkään sotainvalidien hoitoon ja huoltoon perustettujen laitosten ylläpidosta. Sotainvalidien Veljesliiton Kaunialan sotavammassairaala avattiin vuonna 1946 aikaisemmin kylpylänä toimineen Bad Grankullan tiloissa Kauniaisissa. Kaunialan sairaala on yli 60 vuotta toiminut vaikeavammaisimpien sotainvalidien hoito- ja kuntoutuslaitoksena ja kotina. Sotainvalidien määrän vähentyessä on osa Veljesliiton laitoksista lopettanut toimintansa. Muutamia pienemmät laitokset lopettivat jo 1990-luvulle tultaessa. Kaskisaaren kuntoutuslaitos (perustettu 1957) lopetti vuoden 2001 alussa, Kyyhkylän kuntoutussairaala (perustettu 1973) on siirtynyt Mikkelin kaupungin haltuun. Kaunialan sairaala siirtyi asteittain Vantaan kaupungin omistukseen vuoteen 2018 mennessä. 1980-luvulla perustetut sotainvalidien sairaas- ja veljeskodit toimivat edelleen.

Sotilasvammalaki vuodelta 1948 (404/48) säätelee sotainvalidien hoidosta, korvauksista, etuuksista ja palveluista. Lakia on vuosien kuluessa muutettu lukuisia kertoja. Kuntoutus sai alkunsa vuonna 1956 tehdyllä lainmuutoksella. Ensimmäinen kuntoutuskurssi järjestettiin Pajulahden urheiluopistossa. Kaskisaaren kuntoutuslaitoksen valmistuttua kurssit siirtyivät sinne. Järjestelmällinen kuntoutus aloitettiin vuonna 1961, kun vähintään 50 prosentin haitta-asteen omaavat sotainvalidit saivat oikeuden kuntoutukseen. Kuntoutuksen tarkoitus oli lain mukaan työ- ja toimintakyvyn palauttaminen ja säilyttäminen. Kuntoutusjakso oli pääsääntöisesti neljän viikon pituinen. Edellytyksenä oli, että kuntoutuksen tarve johtui sotilasvammalain perusteella korvatusta vammasta tai sairaudesta. Kuntoutukseen oikeuttavaa haitta-asterajaa on vaiheittain alennettu kymmeneen prosenttiin ja sen sidonnaisuus sotavammaan poistettu.

Kuntoutusjaksoilla tehtiin ja tehdään edelleen sotainvalideille myös lääkärintarkastus ja tarpeelliset tutkimukset. Lääkintähuolto kuului alusta pitäen sotavammaisten etuihin. Kuntoutuksen ohella hoidettiin sekä sotavammoja että muita ajan ja iän myötä tulleita vaivoja. Sotavammaisten elinoloja koskevassa tutkimuksessa onkin osoitettu, että terveydentilaa parantavaa ja kipuja poistavaa kuntoutusta saaneet vaikeavammaiset sotainvalidit kokivat terveydentilansa parempana kuin vastaavaan vammaisuusluokkaan kuuluvat vertailuryhmän miehet (Hännikäinen 1982).

1950-luku ja 1960-luku olivat edelleen suurten, pääasiassa lääkinälliseen kuntoutukseen erikoistuneiden kuntoutuslaitosten aikaa. Vaikeavammaisia kuntouttava Invalidiliiton Käpylän kuntoutuskeskus perustettiin vuonna 1953, Reumasäätiön sairaala vuonna 1951. Reumaliiton Kangasalan Kuntoutuskeskus aloitti toimintansa vuonna 1963 ja Punkaharjun Kuntoutussäätiön Punkaharjun kuntoutussairaala vuonna 1969. Viimeksi mainittu aloitti toimintansa rakenuksessa, jossa jo vuosisadan alusta lähtien oli toiminut valtion keuhkoparantola ja sodan jälkeen sotavammassairaala 1960-luvun puoliväliin saakka (Mykrä 1993).

Näiden laitosten asiakkaiden kuntoutuksen päärahoittaja oli valtio, sotavammaisten osalta sotilasvammalain ja ns. siviilien osalta invalidihuoltolain perusteella. Varsinkin Käpylän kuntoutuskeskuksen asiakkaiden kuntoutusta rahoittivat myös vakuutusyhtiöt sikäli kuin oli kyse

esim. liikennetapaturmasta. Kansaneläkelaitos osallistui kasvavassa määrin varsinkin Reumasäätiön sairaalan potilaiden hoitoon ja kuntoutukseen.

Uudenlaisia kylpylöitä ja kuntoutuslaitoksia 1970-luvulla

Valtaosa nykyisistä kuntoutuslaitoksista ja kylpylöistä on perustettu 1970-luvun alun jälkeen. Laitosten rakentamista on lainarahan lisäksi rahoitettu mm. Raha-automaattiyhdistyksen tuotoista myönnettyin avustuksin, valtion varoista useampien ministeriöiden ja keskusvirastojen kautta, Kansaneläkelaitoksen avustuksin sekä useiden yksittäisten kuntien avustuksella ja lainatakauksilla. Yleishyödyllisten säätiöiden ja järjestöjen laitosten rakentamisessa on varsinkin Raha-automaattiyhdistyksen avustuksilla ollut ratkaiseva merkitys. Alkuvaiheessa avustukset olivat 80 prosenttia hyväksytyistä perustamiskustannuksista. Kuntoutuslaitosten, kylpylöiden, sotainvalidien sairaskotien ja erilaisten kuntoutustoimintaa palvelevien kurssikeskusten rakennuskustannuksiin oli 1960-luvulta lähtien 1990-luvun alkuun mennessä myönnetty raha-automaattiavustuksina kaikkiaan 950 miljoonaa markkaa (Mykrä 1993). Lisäksi Kansaneläkelaitos maksoi vuosina 1964–1996 sairausvakuutusvaroista noin 315 milj. markkaa investointitukea yhteistoimintasäätiöilleen ja muille kuntoutuslaitoksia ylläpitäville säätiöille (Kansaneläkelaitoksen talousosaston selvitysmiehille antama tieto vuonna 2009).

Jo 1960-luvulla rakennettiin ensimmäiset `modernit´ kylpylät, kuten Ikaalisten kylpylä ja kuntoutuslaitos (1965) sekä Savonlinnan Terveyskylpyläsäätiön, sittemmin Lomaliiton omistama, Savonlinnan kylpylä (1969). 1970-luvun puolissa välissä perustettiin lisäksi Miina Sillanpään säätiön ylläpitämä Siuntion kylpylä sekä yksityisomistuksessa olevat Terveyskylpylä Ruissalo ja Haikon kartanokylpylä.

1970-luvun alussa käynnistyivät Kansaneläkelaitoksen yhteistoimintasäätiönä toimivan Kiipulasäätiön ylläpitämä Kiipulan kuntoutuskeskus Turengissa (1970), Keuhkovammaliiton (nyk. Hengityслиiton) Kuntoutumiskeskus Kaprakka Liperissä (1973) ja Anttolanhovi Mikkelissä (1978), Korsuveljesten Kuntosäätiön perustama, mutta sittemmin Kansaneläkelaitoksen yhteistoimintasäätiöksi muutetun Kuntoutumis- ja liikuntasäätiön ylläpitämä Kuntoutumis- ja liikuntakeskus Peurunka Laukaalla (1974), Huoltoliiton Siilinjärven Kuntoutumiskeskus, myöhemmin Kunnonpaikka, (1974) ja Kuntoutussäätiön ylläpitämä Malminkartanon Kuntoutuskeskus Helsingissä (1974), tuolloin vielä Työterveysäätiön Kuntoutuskeskus.

Sodassa olleiden kuntoutuksen laajentuminen entistä lievävammaisimpiin ryhmiin toi 1970-luvulla uusia kuntoutujia myös kylpylätyyppisiin laitoksiin. Vuonna 1971 sotainvalidien kuntoutus laajeni siten, että oikeus kuntoutukseen oli vähintään 30 prosentin vamma-asteen omaavalla sotainvalidilla aikaisemman 50 prosentin vamma-asteen sijasta. Kuntoutusta sai myös, jos kuntoutuksen tarve johtui muusta syystä kuin korvatusta sotavammasta tai sairaudesta. 1970-luvulla oli valtaosa sotainvalideista vielä työikäisiä ja monet heistä työelämässä. Mm. Sotainvalidien Veljesliiton ns. etsivän työn ansiosta kasvoi sotavammakorvausta saavien sotainvalidien joukko ja yhä useampi sotainvalidi pääsi näin kuntoutuksen piiriin.

Vuonna 1977 aloitettiin rintamalla olleiden kaikkien veteraanien kuntoutus valtion budjettiin varatulla määrärahalla. Vuonna 1979 määräraha oli 8 milj. mk ja sillä sai noin 3 200 veteraania kylpyläkuntoutusta. Määräraha kasvoi vuosi vuodelta. Enimmällään – lähes 48 milj. euroa – se oli vuonna 2005, jolloin noin 50 000 veteraania pääsi kuntoutukseen.

Lisää kapasiteetin ja käytön kasvua 1980-luvulla

1980-luku oli uusien kuntoutuslaitosten ja kylpylöiden vilkasta rakentamisaikaa. Silloin perustettiin mm. seuraavat kylpylätyyppiset laitokset: Rokuan kuntokeskus (1982), Kylpylä Korpilampi (1983), Naantalin Kylpylä (1983), Lomakylpylä Joutsenlampi (1983), Härmän Kuntokeskus (1984), Imatran Kylpylä (1985), Kajaanin Kylpylä (1986), Kartanokylpylä Kaisankoti (1986) ja Norvalla Rehab Center (1986).

1980-luvulla perustettiin myös useampia järjestöjen ylläpitämiä kurssi- ja sopeutumisvalmennuskeskuksia kuten Diabetesliiton Diabeteskeskus Tampereella (1980), Suomen Kuurosokeat ry:n Kuulonäkövammaisten kuntoutumiskeskus Jyväskylässä (1981), Lounais-Suomen Syöpäyhdistyksen Meri-Karinan toiminta- ja palvelukeskus Turussa (1989) ja Invalidiliiton Lahden sopeutumisvalmennuskeskus (1989).

Raha-automaattiyhdistyksen avustukset kuntoutuslaitosinvestointeihin olivat vuosina 1980 – 1989 euroiksi muutettuna yhteensä noin 63 milj. euroa. Siitä runsaat 18 milj. euroa kohdennettiin sotainvalidien sairaskotien rakentamiseen ja vajaat 45 milj. euroa muiden kuntoutuslaitosten rakentamishankkeisiin. Investoinnit sairaskoteihin painottuvat 1980-luvun lopulle, jolloin niiden rakentamisohjelma käynnistyi. (Raha-automaattiyhdistyksen selvitysmiehille antama tieto vuonna 2009.)

1980-luvulla olivat sotainvalidit edelleen suurin kuntoutettavien ryhmä. Heidän osuutensa asiakkaista oli lähes viidennes ja vuorokausista lähes kolmannes. Kansaneläkelaitoksen kuntoutusasiakkaiden osuus oli kuudennes ja heidän osuutensa vuorokausista viidennes. Lähes yhtä moni asiakkaista oli rintamaveteraaneja, heidän osuutensa vuorokausista oli kuitenkin vajaa kuudennes. Itse maksavia asiakkaita oli joka kolmas, mutta kuntoutusvuorokausista heidän osuutensa oli vain viidennes (Korpela 1986).

Vuoden 1984 alusta voimaantulleen sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionosuudesta annetun lain (SVOL 677/82) perusteella oli kunnilla ja kuntainliitoilla mahdollisuus järjestää niille kuuluvat tehtävät paitsi omana toimintana myös ostopalveluna. Kunnallinen terveydenhuolto ostikin aluksi melko paljon järjestöjen ja kuntoutuslaitosten tarjoamia kuntoutuspalveluja. 1990-luvulle mentäessä näiden palvelujen käyttö väheni, kun keskussairaalat alkoivat kehittää omaa kuntoutustoimintaansa.

Muutokset sotainvalidien ja rintamaveteraanien kuntoutusta koskevassa lainsäädännössä 1980-luvulla toivat jälleen lisää asiakkaita kuntoutuslaitoksiin. Veteraanikuntoutus tuli lakisääteiseksi vuonna 1983 (laki 60/1983 ja asetus 119/1983). Kuntoutus voitiin järjestää avo- tai laitostuntoutuksena, laitostuntoutusjaksot säädettiin kahden viikon pituisiksi. Käytännössä kuntoutus oli pääasiassa veteraanien suosimaa laitostuntoutusta. Laki uudistettiin vuonna 1988 (1184/1988). Vastuu kuntoutuksesta siirrettiin lääkintöhallitukselta Valtion tapaturmavirastolle, joka ennestään vastasi myös sotainvalidien kuntoutuksesta. Kuntoutuksen organisointi siirrettiin kunnille. Määräraha osoitettiin kunnille niissä asuvien veteraanien lukumäärän mukaisesti. Kunnat huolehtivat kuntoutukseen pääsevien veteraanien valinnasta ja kuntoutukseen lähettämisestä. Aluksi ajatuksena oli, että veteraani saattoi päästä kuntoutukseen vain kerran elämässään. Veteraanien vähetessä ja määrärahan kasvaessa veteraanit pääsivät kuntoutukseen lähes vuosittain.

Sotainvalidien puolisoitten, leskien ja sotaleskien kuntoutus alkoi vuonna 1981. Valtioneuvosto antaa vuosittain asetuksen, jossa määritellään kuntoutuksen edellytykset. Edellytyksiä on

lievennetty vuosien saatossa. Kuntoutukseen pääsevien lukumäärää riippuu siihen osoitetun määrärahan suuruudesta.

1980-luvun lopulla laajennettiin sotainvalidien kuntoutusoikeutta entisestään, kun ns. lievävammaiset sotainvalidit pääsivät sotainvalidien kuntoutuksen piiriin. Vuonna 1986 säädettiin alle 30 prosentin haitta-asteen omaaville sotainvalideille oikeus joka neljäs vuosi järjestettävään kuntoutukseen. Aloitukset porrastettiin siten, että vuonna 1986 oikeus kuntoutukseen oli vähintään 25 prosentin haitta-asteen omaavilla invalideilla, vuonna 1987 vähintään 20 prosentin, vuonna 1988 vähintään 15 prosentin ja vuonna 1989 lopulta kaikilla vähintään 10 prosentin haitta-asteen omaavilla invalideilla.

Sotainvalidien sairaskotien synty

1980-luvulla tehtiin aloite sotavammaisten pitkäaikaishoitoon tarvittavien alueellisten sairaskotien perustamisesta. Tätä selvitettiin useammassa työryhmässä (STM 1983, STM 1985a, STM 1985b). Sairaskotien tarpeen perusteena pidettiin sotainvalidien ikääntymistä ja sen myötä heidän vammojensa ja sairauksiensa pahentumista.

Vuoden 1983 työryhmä katsoi, että sotilasvammalain mukainen laitoshuolto, siltä osin kuin sitä ei ole mahdollista kehittää yleisen terveydenhuollon tai sosiaalitoimen palveluja parantamalla, voidaan parhaiten toteuttaa sotainvalideja varten rakennettujen sairaskotien avulla. Laitoshuollon lisäksi sairaskotien tulisi tarjota muita sotilasvammalain mukaan korvattavia palveluja kuten kuntoutusta, asunnon muutostöitä ja terveydentilan säännöllistä seuranta. Sairaskotipaikkojen kokonaismäärä tulisi olla vähintään tuhat paikkaa.

Työryhmä totesi myös, että sotainvalidien alueellisten sairaskotien käyttö alkuperäiseen tarkoitukseensa on lyhyempi kuin niiden käyttöikä. Sotainvalidien laitoshuollon tarve tulee aluksi lisääntymään ja laitospaikkoja vapautuisi olennaisesti vasta 2000-luvulla. Sotainvalidien hoivan vähentyessä sairaskodit siirtyisivät asteittain julkisen sosiaali- ja terveydenhuollon käyttöön.

Vuoden 1985 työryhmä laati luettelon toteutettavista sairaskotihankkeista ja niiden tärkeysjärjestyksestä. Vuosina 1986–1990 ehdotettiin 13 hanketta toteutettavaksi eri puolille maata 2–3 hankkeen vuosivauhdilla. Silloisen Valtion tapaturmaviraston osuus perustamiskustannuksista olisi 60 prosenttia pitkäaikaisena lainana, jonka korot ja lyhennykset otettaisiin huomioon tapaturmaviraston maksamassa hoitopäivähinnassa. Raha-automaattiyhdistyksen osuudeksi rakentamiskustannuksista ehdotettiin 30 prosenttia, omarahoitus olisi 10 prosenttia. Valtion ja Raha-automaattiyhdistyksen rahoituksen suhde muuttui 1980-luvun kuluessa siten, että Raha-automaattiyhdistyksen osuus oli lopulta 60 prosenttia ja valtion 30 prosenttia.

Raha-automaattiyhdistyksen investointiavustukset sotainvalidien sairaskoteihin olivat 1980- ja 1990-luvuilla yhteensä noin 106 milj. euroa (Raha-automaattiyhdistyksen avustusosaston selvitysmiehille antama tieto vuonna 2009).

Kun sairaskotiverkosto 1990-luvun lopulla oli valmis, oli laitoksia kaikkiaan 24, joihin luettiin myös Sotainvalidien Veljesliiton omistamat Kaunialan sotavammassairaala, Kyyhkylän kuntoutussairaala ja Kaskisaaren kuntoutuslaitos. Muut 21 laitosta olivat – yhtä osakeyhtiöpohjaista laitosta lukuun ottamatta – säätiöiden ja yhdistysten omistamia sairaus- ja veljeskoteja. Niiden yhteenlaskettu hoitopaikkojen määrä vuonna 2000 oli 1 600 hoitopaikkaa.

3.2 Kapasiteetin kasvun rajoittamispyrkimyksiä 1980-luvulla

Sotainvalidien sairaskotien rakentamishjelmaa voidaan pitää pyrkimyksenä hallita ja suunnata laitosten määrän kasvua. Aluepoliittiset paineet olivat kuitenkin suuria ja laitoksia rakennettiin enemmän kuin mitä alun perin oli suunniteltu. Muutoin laitosverkoston rakentamiselle ei ollut keskitettyä suunnittelu- ja ohjausjärjestelmää (Mykrä 1993).

Valtiontalouden tarkastusvirasto tarkasti 1980-luvun puolessa välissä yksityisten kylpylöiden ja kuntoutuslaitosten toimintaa ja niille myönnettyjen monenlaisten valtionapujen käyttöä (Valtiontalouden tarkastusvirasto 1985). Tarkastuskertomuksessa kiinnitettiin huomiota siihen, että laitosten rakentaminen ja julkinen rahoittaminen oli tapahtunut ilman selkeää kokonaissuunnitelmaa.

Vuonna 1987 ei myönnetty raha-automaattiavustuksia uusien kylpylöiden ja kuntoutuslaitosten perustamiseen. Avustusta ei myönnetty myöskään vanhojen toimintayksiköiden laajennushankkeisiin. Tämä johtui valtion vuoden 1987 tulo- ja menoarvioon sisältyvästä perustelusta. Seuraavaan avustusten jakoon mennessä piti tehdä selvitys, jonka pohjalta voitaisiin paremmin harkita rakentamishankkeiden tarvetta, tarkoituksenmukaisuutta ja alueellista sijaintia. Selvitystä varten Raha-automaattiyhdistys asetti työryhmän.

Työryhmä (RAY 1987) totesi, että vireillä oli lukuisia laajennus- ja uusien laitosten perustamissuunnitelmia. Huomattava osa hankkeista oli tarkoitus toteuttaa ilman julkisia avustuksia. Työryhmä katsoi, että ei ollut tarpeen myöntää raha-automaattiavustuksia uusien kylpylätyyppisten laitosten perustamiskustannuksiin, siitä huolimatta, että tällaisten palvelujen kysyntä lähivuosina lisääntyisikin. Sen sijaan avustukset tulisi osoittaa toiminnassa oleviin laitoksiin siten, että ne pystyisivät kuntouttamaan myös vaikeavammaisia asiakkaita.

Työryhmä katsoi, että ottaen huomioon kylpylä- ja kuntoutuslaitosten käyttötalouden rahoitukseen käytetyt julkiset varat ja laitosten kannattavuuteen liittyvät näkökohdat, olisi avustusprosenttia tarpeen edelleen alentaa siinä vaiheessa vakiintuneesta 60 prosentista. Avustusta ehdotettiin pienenettäväksi siten, että vaikeavammaisten kuntoutuslaitosten paikkojen perustamisessa avustusprosentti olisi enintään 40–60 ja muuhun tarkoitukseen, kuten toimintaedellytysten parantamiseen tai palvelujen monipuolistamiseen, enintään 20–40.

1980-luvun lopulla alettiin Raha-automaattiyhdistyksen avustustoiminnassa hillitä mm. lomajärjestöjen rakennusinvestointeja kevyempään kuntoutukseen ja kylpylätyyppiseen toimintaan. 1990-luvun vaihteessa lopetettiin investointiavustukset lomajärjestöjen laitoksiin kokonaan ja loma-avustukset suunnattiin lomatoiminnan tukemiseen. Myös muiden kylpylätyyppisten laitosten rakentamisavustukset lopetettiin (Mykrä 1997). Raha-automaattiyhdistyksen avustuskäytäntöön vakiintui linjaus, jonka mukaan avustusprosentti oli 60 jos laitoksen katsottiin soveltuvan vaikeavammaisten kuntoutukseen. Muissa kuntoutuslaitoksissa ja kurssikeskuksissa avustusprosentti oli 40. Kun 1990-luvun alun lama heikensi laitosten talousnäkyä, jouduttiin joissakin tapauksissa kuitenkin noudattamaan näitä linjauksia korkeampia avustusprosentteja.

Ohjaamalla investointiavustukset erityisesti vaikeavammaisten kuntoutukseen soveltuvien paikkojen saneeraamiseen ja rakentamiseen korjattiin laitoskapasiteetin rakennetta ja saatiin aikaan vaativan laitoskuntoutuksen edellyttämä toimintaympäristö (Mykrä 1997).

1980-luvulla tehtiin vielä rakentamispäätökset kolmesta suuresta laitoksesta (Kankaanpään kuntoutuskeskus, Kuntoutuskeskus Pääskynpesä Ilomantsissa sekä Oulunkylän sairaskoti ja

kuntoutussairaala), joiden toiminnan piti painottua vaativaan kuntoutukseen. Kankaanpään kuntoutuskeskus rakennettiin Kansaneläkelaitoksen rahoituksella, Pääskynpesä Raha-automaattiyhdistyksen avustuksilla ja Oulunkylän kuntoutussairaala osana sairas- ja veljeskotiin rakentamisohjelmaa. Kankaanpään ja Pääskynpesän kuntoutuskeskusten toiminta käynnistyi vuonna 1991. Saman vuoden lokakuussa tuli voimaan Kansaneläkelaitoksen kuntoutusta koskeva lainsäädäntö, jolla mm. säädettiin Kansaneläkelaitokselle velvollisuus järjestää vaikeavammaisen henkilön lääkinällisen kuntoutuksen jaksot avo- ja laitoshoidossa.

Kylpylöiden rakentaminen yksityisellä rahoituksella jatkui vilkkaana 1990-luvulle saakka. Toistakymmentä kaupallista kylpylää valmistui 1990-luvun vaihteessa. Monissakaan viihdekylpylässä ei alun perin ollut varsinaista kuntoutustoimintaa, vaan ne keskittyivät matkailu-, virkistys- ja lomatoimintaan. 1990-luvun laman myötä niissä voimistui kiinnostus lisätuottojen hankkimiseen kevyemmän veteraanikuntoutuksen, työkykyä ylläpitävän kuntoutuksen, kuntoremonttien ja muiden vastaavien toimintamuotojen lisäämisellä. (Mykrä 1997)

3.3 Lainsäädännön ja rahoitusjärjestelmien muutoksia 1990-luvulla

Samanaikaisesti, kun otettiin käyttöön uusia vaikeavammaisten kuntoutukseen rakennettuja laitoksia, jouduttiin miettimään vanhojen kuntoutussairaalityyppisten laitosten toiminnan uudelleen järjestämistä. Näiden laitosten toimintaedellytyksiä pohdittiin useassa ministeritason työryhmissä 1990-luvun alussa.

VALTAVA-uudistuksen ja valtiosuuslainsäädännön vaikutuksia

Osa kuntoutuslaitoksista, kuten esim. Invalidisäätiön sairaala ja Käpylän kuntoutuskeskus, olivat olleet ns. valtionapulaitoksia. Ne saivat invalidihuoltolain perusteella sataprosenttisen valtionavun laissa säädettyihin käyttötalouskustannuksiin ja enintään kahden kolmasosan suuruisen korvauksen laitoksen rakentamis- ja perustamiskustannuksiin. Näiden laitosten rahoitusperusta muuttui oleellisesti VALTAVA-uudistuksen yhteydessä, kun invalidihuoltolain perusteella järjestetty lääkinällinen kuntoutus siirrettiin kuntien ja kuntainliittojen tehtäväksi vuonna 1984. Tuolloin voimaan tulleen sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtiosuusista annetun lain (SVOL 677/82) mukaan poistui valtion suora tuki yksityisille laitoksille. Niiden toimintaa piti sen jälkeen rahoittaa myymällä palveluja pääasiassa kunnille ja kuntainliitoille, jotka vuorostaan saivat valtiosuusmaksia ostamiinsa palveluihin. Aikaisemmista valtionapulaitoksista tuli SVOL:n mukaisia valtakunnallisia palvelujen tuottajia, joiden palvelujen hinnat määräytyivät laitosten ja lääkintöhallituksen kesken tehtyjen sopimusten perusteella. Maaliskuun alusta 1993 muutettiin SVOL:a siten, että hintoja ei enää vahvistettu valtakunnallisesti.

Aluksi rahoitusperustan muutos ei juuri vaikuttanut laitosten toimintaan, mutta noin viiden vuoden kuluessa kuntien ja kuntainliittojen maksusitoumukset vähenivät ja laitokset ajautuivat taloudellisiin vaikeuksiin. Tulevan valtiosuusmuutoksen pelättiin vielä vahvistavan tätä kehitystä. Vuodesta 1993 alkaen sosiaali- ja terveydenhuollon käyttökustannusten valtiosuus suoritettaisiin kunnille laskennallisena, asukkaiden määrän ja palvelujen tarvetta kuvaavien tekijöiden perusteella. Ostopalvelujen kiintiöt poistuisivat ja kuntien päätösvalta kasvaisi entisestään.

Käpylän kuntoutuskeskuksen ja erityisesti selkäydinvammaisten ja muiden vaikeasti liikuntavammaisten hoidon ja kuntoutuksen järjestämistä selvitettiin sosiaali- ja terveysministeriön Erityiskuntoutus -työryhmässä 1991 (STM 1991:a). Työryhmä ehdotti, että selkäydinvammaisten akuuttihoito ja siihen kuuluva kuntoutus keskitetään erityistason sairaanhoitona Helsingin yliopistolliseen keskussairaalaan. Jos näin ei voitaisi menetellä, tulisi Käpylän kuntoutuskeskuksen jatkaa toimintaansa mainittujen ryhmien erityiskuntoutuslaitoksena ja näiden ryhmien akuuttihoitoon kuuluva kuntoutus tulisi rahoittaa suoraan valtion varoista.

Invalidisäätien sairaalan osalta 1990-luvun alun vaikea taloudellinen tilanne ja tulossa oleva valtionosuusuudistus aiheutti suurta epävarmuutta tulevasta toiminnasta. Sairaalan asemaa selvittänyt työryhmä (STM 1991c) päätyi siihen, että sairaala jatkaa yksityisenä ortopedisena sairaalana kahden vuoden sopeuttamisajan, jolloin toimintaa sopeutetaan kysyntää vastaavaksi. Kuntien ja kuntainliittojen vähenevää kysyntää pyrittäisiin korvaamaan lisäämällä muiden lähettämien potilaiden hoitoa sekä kuntoutuspalveluja. Erityisesti tuli selvittää, miten 1991 voimaan tulleen kuntoutuslainsäädännön mukaista kuntoutusta voidaan lisätä käyttäen aikaisempaa enemmän säätiossa jo olevaa kuntoutuksen asiantuntemusta.

Näiden selvitysten seurauksena syntyi ajatus Käpylän kuntoutuskeskuksen fuusioitumisesta Invalidisäätien sairaalan kanssa. Invalidisäätien sairaala hyväksyttiin 1991 Kansaneläkelaitoksen kuntoutuspalvelujen tuottajaksi ja sairaalaan järjestettiin 30-paikkainen kuntoutusyksikkö Kuntoutus Orton. Fuusio suunniteltiin toteutettavaksi rakentamalla ja peruskorjaamalla uudelle yksikölle tilat Invalidisäätien sairaalan yhteyteen. Hankkeen rahoittamiselle oli sekä Raha-automaattiyhdistyksen että Kansaneläkelaitoksen päätös. Hanke raukesi kuitenkin mm. siksi, että Invalidisäätien sairaalan kiinteistöön ei saatu lupaa suunniteltuihin muutoksiin mm. rakennusten suojeluun ja alueen rakennuskaavaan liittyvien seikkojen vuoksi. Kuntoutus Orton oli myös siinä vaiheessa ruvennut suuntautumaan yhä enemmän työikäisten kuntoutukseen. Käpylän kuntoutuskeskukselle rakennettiin 2000-luvulla Raha-automaattiyhdistyksen investointiavustuksella uudet tilat Helsinkiin Laakson sairaalan läheisyyteen.

Reumasäätien sairaalan asemaa ja toiminnan järjestämistä terveydenhuollon palvelujärjestelmässä selvitettiin niin ikään sosiaali- ja terveysministeriön työryhmässä. (STM 1991b). 1950-luvulla toimintansa aloittaneen sairaalan käyttöaste aleni 1980-luvulla kuntien rahoitusosuu- den vähetessä. Päävastuu sairaalan toiminnasta siirtyi lopullisesti Kansaneläkelaitokselle, kun eduskunta siirsi sairaansijojen ”valtion kiintiön 100 paikkaa” Kansaneläkelaitoksen vastuulle. Toiminnan painopiste siirrettiin sairaanhoidosta kuntoutukseen ja laitoksessa tehtiin 1990-luvun vaihteessa Kansaneläkelaitoksen rahoituksella merkittävä peruskorjaus- ja muutostyö. 1990-luvun kuluessa laitoksessa tehtiin perusteellinen hallinnollinen, taloudellinen ja toiminnallinen saneeraus, jonka seurauksena laitos tuottaa erityisesti tulehduksellisen reuman hoitoon ja kuntoutukseen liittyviä palveluja.

Myös Vaajasalon sairaalan asemaa terveydenhuollon palvelujärjestelmässä selvitettiin (STM 1992). Kuopion Epilepsiaiyhdistyksen, sittemmin Vaajasalon sairaalasäätien ylläpitämä, vuodesta 1900 toiminut sairaala joutui 1990-luvun vaihteessa taloudelliseen ja toiminnalliseen kriisiin kuntien vähennyttä rajusti sairaalan hoitopalvelujen ostamista. Sairaalan käyttöaste putosi 35 prosenttiin ja henkilökunnasta jouduttiin irtisanomaan puolet. Sairaalan toiminnan uudelleen järjestelyn myötä siitä tuli Suomen aivotutkimus- ja kuntoutuskeskus Neuron. Onnistuneilla saneeraustoimenpiteillä oli laitoksen talous 1990-luvun puolessa välissä saatu tasapainoon ja käytännöllisesti katsoen velattomaksi (Mykrä 1997).

1990-luvun alun kriisitilanteiden ja toiminnan uudelleen organisoinnin jälkeen edellä mainittujen laitosten toiminta jatkui ja vakiintui. Osa laitosten asiakasryhmistä tuli vuonna 1991

Kansaneläkelaitoksen kuntoutuksesta säädetyn lain myötä Kansaneläkelaitoksen kuntoutuksen piiriin ja Kansaneläkelaitos hyväksyi laitokset vaikeavammaisten kuntoutuksen palveluntuottajiksi. Lisäksi Kansaneläkelaitos hankki laitoksilta myös muuta lääkinnällistä tai ammatillista kuntoutusta. Laitokset saivat lisäksi edelleen jonkun verran kuntien maksamia kuntoutusasiakkaita.

Kuntoutuslainsäädännön uudistus 1991

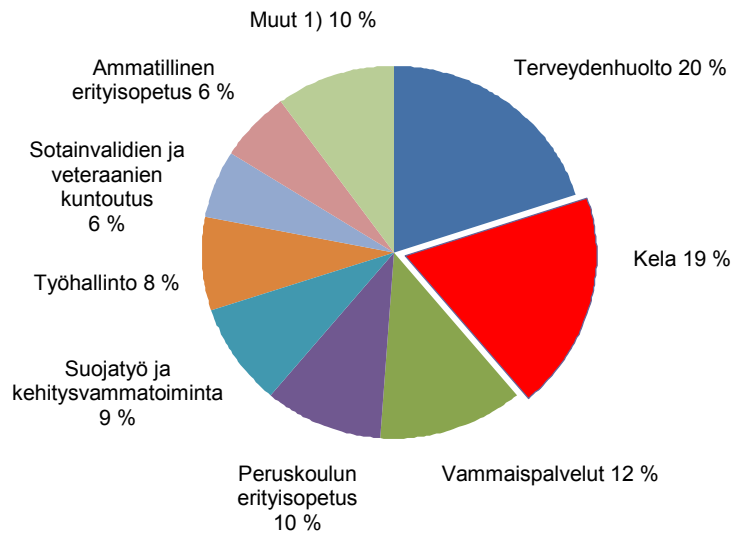
Kuntoutuslainsäädännön uudistus tuli voimaan lokakuun alusta 1991. Uudistuksen tarkoituksena oli tehostaa kuntoutusta selventämällä eri osapuolten tehtävää ja parantamalla niiden yhteistyötä. Tässä yhteydessä muutettiin 20 lakia ja säädettiin viisi uutta lakia (604/1991, 610/1991, 611/1991, 625/1991 ja 626/1991). Sosiaali- ja terveydenhuollon, työeläkevakuutuksen, työterveyshuollon ja työvoimahallinnon kuntoutustehtävää ja keskinäistä yhteistyövelvoitetta täsmennettiin näiden tahoja omassa lainsäädännössä. Kansaneläkelaitoksen kuntoutuksesta ja Kansaneläkelaitoksen kuntoutusrahasta säädettiin kokonaan uudet lait. Ne korvasivat niitä kansaneläkelain ja sairaskorvauslain säädöksiä, joihin Kansaneläkelaitoksen kuntoutus oli aiemmin perustunut. Lisäksi säädettiin laki kuntoutuksen asiakaspalveluyhteistyöstä. Myös tapaturma- ja liikennevakuutuksen perusteella korvattavasta kuntoutuksesta säädetty aiemmat lait uudistettiin. Kuntoutuslainsäädännön uudistuksessa ei puututtu sotainvalidien ja rintamaveteraanien kuntoutukseen.

Vaikka eri kuntoutusosapuolten lainsäädäntöä on 2000-luvun kuluessa uudistettu, eivät kuntoutuksen sisältö ja vastuunjako ole juuri muuttuneet. Merkittävin uudistus on ollut työeläkelakien muutos vuodelta 2004, jossa työtekijälle tuli oikeus ammatilliseen kuntoutukseen.

Valtioneuvosto antoi vuosina 1994, 1998 ja 2002 eduskunnalle selonteot kuntoutuslainsäädännön vaikutuksista, kuntoutusjärjestelmän toimivuudesta ja kuntoutuksen kehittämistarpeista. Kuntoutusselonteoissa tarkasteltiin kuntoutusta laajemmin kuin kuntoutuslainsäädännössä. Kuntoutukseksi katsottiin myös kuntien vammaispalvelut sekä peruskoulujen ja ammattioppilaitosten erityisopetus. Kuntoutusmenoihin laskettiin myös kuntoutuksen ajalta maksettu toimeentuloturva. Näin saatiin kuntoutuksen kokonaismenoiksi 1,2 miljardia euroa vuonna 2000. Kansaneläkelaitoksen ja Valtiokonttorin kuntoutuslaitoksissa järjestämän kuntoutuksen osuus oli kokonaismenoista arviolta kuudennes eli noin 200 milj. euroa. Karkeasti laskettuna tuotettiin noin puolet kuntoutuspalveluista yksityisesti ja puolet julkisen sektorin organisaatioissa. (STM 2002)

Kuntoutusmenot olivat kasvaneet hyvää vauhtia varsinkin 1990-luvun alkupuolella uuden kuntoutuslainsäädännön voimaan tulon jälkeen. Kuntoutusta saaneiden määrä kasvoi menojä vastaavalla tavalla. Vuosina 1992–1997 menojen reaalin kasvu oli 20 prosenttia, vuosina 1997–2000 se oli 9 prosenttia. (STM 2002)

Vuonna 2000 menot jakautuivat eri kuntoutuksen järjestäjien ja rahoittajien kesken kuvion 1 mukaisesti.



1) Päihdehuolto, tapaturma- ja liikennevakuutus, työeläkekuntoutus ja RAY

Lähde: Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisu 2002:5

Kuvio 1. Kuntoutuksen kokonaismenot Suomessa vuonna 2000

Kansaneläkelaitoksen järjestämän kuntoutuksen kasvu

Vuoden 1991 kuntoutuslainsäädäntö laajensi ja tarkensi Kansaneläkelaitoksen kuntoutustehävää. Kansaneläkelaitoksesta tuli sen myötä merkittävin kuntoutuksen järjestäjä ja rahoittaja. Kansaneläkelaitokselle säädettiin velvollisuus järjestää vajaakuntoisten ammatillista kuntoutusta ja vaikeavammaisten lääkinnällistä kuntoutusta. Lisäksi Kansaneläkelaitos voi harkinnanvaraisesti järjestää muuta ammatillista ja lääkinnällistä kuntoutusta valtion tulo- ja menoarvioon vuosittain varattavan määrärahan puitteissa.

Kansaneläkelaitoksen rahoittamaa kuntoutusta saaneiden määrä kaksinkertaistui 1990-luvulla. Kuntoutujia oli vuonna 1990 noin 40 000 ja vuonna 2000 heitä oli 82 500. Kuntoutuspalvelujen kustannukset kasvoivat kaksi ja puolikertaisesti, vuonna 1990 ne olivat 76,4 milj. euroa ja vuonna 2000 181,0 milj. euroa (Kelan tilastollinen vuosikirja 2006). 2000-luvulla kasvu on ollut vähäisempää. Vuodesta 2000 vuoteen 2008 kuntoutujien lukumäärä kasvoi vajaalla 5 prosentilla. Kustannukset kasvoivat samana aikana 30 prosentilla.

Vuonna 2008 oli Kansaneläkelaitoksen kuntoutujien lukumäärä 86 320 ja kuntoutuspalvelujen kustannukset 236,3 milj. euroa. Noin 60 prosenttia kuntoutuksesta järjestettiin kuntoutuslaitoksissa. Kuntoutuskustannukset kasvoivat vuosina 1992–2008 reaalisesti 68 prosentilla (Kelan kuntoutustilastot 2008).

Kansaneläkelaitoksen kuntoutuslainsäädäntöä uudistettiin vuonna 2005, mutta uudistus oli lähinnä aikaisemman lainsäädännön selkeyttämistä. Laki Kansaneläkelaitoksen kuntoutus-

etuuksista ja kuntoutusrahaetuuksista (566/2005) ei muuttanut kuntoutuksen sisältöä ja järjestämistapaa.

Vaikeavammaisten lääkinnällisen kuntoutuksen järjestämisvelvollisuus oli vuonna 1991 Kansaneläkelaitokselle uusi tehtävä. Kansaneläkelaitoksen on järjestettävä vaikeavammaiselle henkilölle sellaiset pitkäaikaiset ja vaativat kuntoutusjaksot laitos- tai avohoidossa, jotka eivät välittömästi liity sairaanhoitoon. Lain kriteerit täyttävällä henkilöllä on oikeus tähän kuntoutukseen. Kansaneläkelaitoksen järjestämisvelvollisuus ei koske julkisessa laitoshoidossa olevaa eikä 65 vuotta täyttänyttä henkilöä. Kunnallisella terveydenhuollolla on kokonaisvastuu niin vaikeavammaisten kuin kaikkien muiden kunnan asukkaiden kuntoutuksesta. Kunnan kuuluu järjestää kuntoutus siltä osin kuin sitä ei ollut säädetty Kansaneläkelaitoksen tehtäväksi. Tämä tarkoitti, että kunnan tulee järjestää vaikeavammaisen henkilön muut kuntoutuspalvelut ja kaikkien niiden kuntoutuspalvelut, jotka eivät ole oikeutettuja Kansaneläkelaitoksen kuntoutukseen. Kansaneläkelaitoksen järjestämän vaikeavammaisen lääkinnällisen kuntoutuksen tulee perustua kuntoutujan hoidosta vastaavan julkisen terveydenhuollon yksikön laatimaan kuntoutussuunnitelmaan.

Vaikeavammaisten kuntoutustarve ja kuntoutukseen oikeutettujen määrää osoittautui ennakoitua paljon suuremmaksi. Alun perin arvioitiin, että kuntoutuksen määrärahatarve olisi noin 30 milj. mk vuodessa, mutta vuonna 1992 kuntoutukseen kului jo runsaat 130 milj. mk (23,2 milj. euroa). 1990-luvun kuluessa kustannukset kasvoivat lähes kolminkertaisesti. Vuonna 2000 ne olivat noin 72 milj. euroa ja kuntoutujien lukumäärä oli 18 200 (STM 2002). Kuntoutujien määrä ja kustannukset jatkoivat kasvuaan vielä 2000-luvulla.

Vuonna 2008 vaikeavammaisten lääkinnällisen kuntoutuksen kustannukset olivat vajaat 113 milj. euroa ja sillä sai 20 800 henkilöä kuntoutusta. Heistä 8 600 oli alle 16-vuotiaita lapsia. Noin 5 600 vaikeavammaista henkilöä sai kuntoutuksensa kuntoutuslaitoksessa, muut kuntoutusjaksot järjestettiin avohoidossa. (Kelan kuntoutustilastot 2008).

Harkinnanvaraiseen kuntoutukseen tarkoitettulla määrärahalta järjestetään merkittävä osa Kansaneläkelaitoksen kuntoutuspalveluista. Vuonna 1992 kuntoutuspalveluihin käytetty määräraha oli noin 50 milj. euroa, vuonna 2000 se oli runsaat 80 milj. euroa ja sillä järjestettiin kuntoutusta noin 50 000 kuntoutujalle (Kelan tilastollinen vuosikirja 2006). Vuonna 2008 käytettiin harkinnanvarasiin kuntoutuspalveluihin 95 milj. euroa ja kuntoutuksen saajia oli 53 300. (Kelan kuntoutustilasto 2008). Heistä valtaosa eli noin 40 000 sai kuntoutuksensa kuntoutuslaitoksissa. Määrärahaa käytetään pääosin työkykyä edistävään kuntoutukseen sekä jossain määrin myös toimintakyvyn ylläpitämiseen työelämästä poissa oleville. Kuntoutuslaitoksissa järjestettävään harkinnanvaraiseen kuntoutukseen kuuluu mm.

- yksilökohtaiset kuntoutuslaitosjaksot
- sairausrhyhmäkohtaiset sopeutumisvalmennus- ja kuntoutuskurssit
- ammatillisesti syvennetyt lääketieteelliset kuntoutuskurssit eli ASLAK-toiminta
- työkyvyn ylläpitämiseen liittyvät muut kuntoutuskurssit

Kansaneläkelaitos laatii harkinnanvaraisen kuntoutuksen määrärahan käytöstä sosiaali- ja terveysministeriölle vuosittain kolme seuraavaa vuotta koskevan suunnitelman.

Varsinkin työkykyä edistävä kuntoutus kasvoi ja laajeni 1990-luvulla. Varhaiskuntoutukseen tarkoitettua ASLAK-toiminnan lisäksi on Kansaneläkelaitoksessa myös kehitetty työkykyä ylläpitävää ja parantavaa valmennusta eli Tyk-toimintaa. Tämä ammatilliseen kuntoutukseen kuuluva kuntoutuksen muoto on tarkoitettu ikääntyneimmille työntekijäryhmille. ASLAK-

kuntoutuksessa on vuosittain ollut noin 13 000–14 000 henkilöä, Tyk-kuntoutuksessa on enimmäkseen ollut noin 7 000 henkilöä vuodessa. Vuonna 2008 oli Tyk-kuntoutujia noin 4 500. Näitä kuntoutusmuotoja toteutetaan siten, että kuntoutus järjestetään useampana lyhyenä jaksona noin vuoden kuluessa.

Harkinnanvaraiseen kuntoutukseen tarkoitettua määrärahaa voidaan lisäksi käyttää tutkimus- ja kehittämistoimintaan sekä Kansaneläkelaitoksen ns. yhteistoimintasäätiöiden piiriin kuuluvien kuntoutuslaitosten ja muiden Kansaneläkelaitoksen avustamien laitosten perusrannuksiin ja käyttöavustuksiin. Tähän tarkoitukseen on vuosittain varattu noin 10–12 milj. euroa. Vuosina 1992–2006 maksettiin kaikkiaan noin 29 milj. euroa perusrannusavustuksia ja noin 6,4 milj. euroa käyttöavustuksia Kansaneläkelaitoksen yhteistoimintasäätiöille ja muille kuntoutuspalveluja järjestäville säätiöille (Kansaneläkelaitoksen talousosaston selvitysmiehille antama tieto vuonna 2009).

Julkisia hankintoja koskevan lainsäädännön asettamista rajoituksista johtuen vuodesta 2007 lähtien ei ole enää myönnetty perusrannus- ja käyttöavustuksia laitoksille. Vastaavaa rahamäärää on käytetty tutkimus- ja kehittämistoimintaan.

Kuntoutuksen järjestämisestä säädettiin vuonna 1991 tarkemmin Kansaneläkelaitoksen kuntoutusta koskevassa asetuksessa (1161/1991). Sen mukaan Kansaneläkelaitos voi järjestää kuntoutuksen tuottamalla palvelut itse tai hankkimalla ne muilta palvelujen tuottajilta. Kuntoutusta ei kuitenkaan korvata, jos palvelun tuottajalle maksetaan valtionapua tai valtionosuutta kyseiseen toimintaan. Samaa tarkoittava säännös siirrettiin vuoden 2005 lakiin (566/2005, 53 §). Sen mukaan Kansaneläkelaitos voi hankkia julkisen ja julkiseen verrattavan tahon antamia palveluja vain, jos lain mukaista kuntoutuksen järjestämisvelvollisuutta ei voida muuten täyttää.

Kansaneläkelaitos ei näin ollen voi muuta kuin poikkeustapauksessa ostaa palveluja kunnallisen sosiaali- ja terveydenhuollon tai valtion ylläpitämältä yksiköltä. Kansaneläkelaitos hankkii kuntoutuspalvelut yksityisiltä tai yleishyödyllisiltä palvelujen tuottajilta. Tällaista rajoitusta palvelujen hankinnalle ei ole muilla kuntoutuksen järjestäjillä.

3.4 Kuntoutuspalvelujen kilpailutuksen käynnistyminen 1990-luvulla

1990-luvulle asti sovittiin kuntoutuslaitosten hoitopäivähinnat kuntoutuslaitosryhmittymien ja kuntoutusta rahoittavien tahojen kesken. Hintaneuvotteluja käytiin vakiintuneen käytännön mukaan vuosittain. Hintaneuvotteluissa selvitettiin päättyvän vuoden lopullinen hintakehitys ja ennakoitiin tulevan vuoden kustannuskehitystä. Sen pohjalta sovittiin uudet hoitopäivähinnat.

Puolessa välissä 1990-lukua siirtyivät Kansaneläkelaitos ja Valtiokonttori julkisista hankinnoista annetun lain eli hankintalain (1505/1992) edellyttämään palvelujen hankintaan kilpailutuksen perusteella. Hankintalaki tuli voimaan vuoden 1994 alusta.

Kansaneläkelaitos aloitti kilpailuttamisen vuonna 1992 vaikeavammaisten avokuntoutuspalveluista. Laitosmuotoisista kuntoutuspalveluista järjestettiin ensimmäinen kilpailukierros vuonna 1996 ja toinen 1997. Kansaneläkelaitoksen nykyinen palvelujen hankinta perustuu vuonna 2007 voimaan tulleen uuden hankintalain (348/2007) määräyksiin. Vakiintuneiden palvelujen hankinnassa hankintamenettely on tarjouskilpailu tai suorahankinta. Suorahankintaa käytetään silloin, kun ostettavalle palvelulle ei ole kilpailevia tuottajia, esimerkiksi harvi-

naisten sairausryhmien kohdalla. Kehittämishankkeissa käytetään joko tarjouskilpailua, neuvottelumenettelyä tai yhteisrahoitusmenettelyä.

Laitosmuotoisen kuntoutuksen palvelut ostetaan tarjouskilpailun perusteella valituilta palveluntuottajilta ja rakennetun puitejärjestelmän mukaisesti. Hankintalain mukaan puitejärjestelyssä kaikki sopimuksen ehdot on sovittava sitovasti etukäteen päätöstä tehtäessä. Palvelut ostetaan tämän jälkeen suoraan puitejärjestelyyn valituilta palveluntuottajilta niiden paremmuusjärjestyksessä tarjotun kapasiteetin rajoissa.

Vuonna 2009 Kansaneläkelaitoksella oli noin 130 palveluntuottajan kanssa sopimukset laitospuotoiseen standardiin perustuvan avo- ja laitospuotoisen kuntoutuksen palveluista. Kansaneläkelaitoksen kuntoutuspalvelujen sopimuskaudet ovat pääsääntöisesti neljän vuoden pituisia. Kuntoutuspalveluja tuotetaan suurille asiakasryhmille, joten palvelujen standardien tulee olla selkeät. Standardit ja sopimukset tehdään palvelulinjoittain. Palvelulinjalla tarkoitetaan kuntoutusmuodoittain ja kohderyhmittäin tuotettua palvelua (esimerkiksi sairausryhmäkohtainen kurssi). Palvelulinjoja on kaikkiaan yli 40.

Kansaneläkelaitoksen kuntoutuksen standardeilla pyritään varmistamaan kuntoutuspalvelujen laatu. Standardeissa kuvataan kuntoutuksen kohderyhmä, tavoitteet, palvelun rakenne ja sisältö, palvelua tuottava henkilöstö sekä tavoitteiden toteuttamista kuvaavat mittarit. Standardien valmistus aloitetaan noin vuosi ennen uutta sopimusjaksoa ja siinä kuullaan eri asiantuntijoita ja palveluntuottajia. Standardit ovat voimassa koko sopimuskauden eli yleensä neljä vuotta, jonka jälkeen ne taas päivitetään.

Kansaneläkelaitos seuraa palveluntuottajien kuntoutuspalvelujen laatua auditoinneilla. Auditointi on järjestelmällinen ja riippumaton arviointi kuntoutustoiminnasta. Siinä arvioidaan mm. toiminnan vastaavuus standardiin, tehtyyn tarjoukseen ja sen perusteella tehtyyn sopimukseen.

Valtiokonttorin sotilasvamma- ja veteraanasiat –yksikkö, silloinen Tapaturmavirasto aloitti sotainvalidien ja rintamaveteraanien sairaanhoito- ja kuntoutuspalvelujen kilpailuttamisen vuonna 1994. Samalla siirryttiin sotainvalidien hoito- ja kuntoutuslaitosten tulohajautukseen. Tapaturmavirasto käynnisti tarjouspyyntömenettelyn joulukuussa 1993 erillisillä tarjouspyyntökirjeillä sekä sairaskodeille että kuntoutuslaitoksille. Tarjouspyynnöt olivat sisällöltään samanlaisia.

Vuonna 1999 Valtiontalouden tarkastusvirasto teki tarkastuksen sotainvalidien sairaanhoito- palvelujen hankinnasta (Valtiontalouden tarkastusvirasto 2001). Tarkastusvirasto katsoi, että toteutetussa kilpailuttamismenettelyssä ei saatu aikaan kilpailua hankintalaissa tarkoitettulla tavalla. Hankintamenettelyssä oli painottunut enemmän sairaskotien ylläpidon turvaaminen sinänsä kuin kokonaistaloudellisesti edullisten ja laadukkaiden palvelujen turvaaminen sotainvalideille. Tarjoajia ei tarkastusviraston käsityksen mukaan kohdeltu tasapuolisesti hankintalain edellyttämällä tavalla, sillä valtion talousarviossa oli osoitettu erikseen määräraha sairaskotien pääomakustannusten rahoittamiseen. Tarkastusvirasto katsoi, että Valtiokonttorin tuli ensi tilassa järjestää sotainvalidien sairaanhoitopalvelujen kilpailuttaminen hankintalain edellyttämällä tavalla ja mahdollisimman tehokkaasti.

Sotainvalidien ja veteraanien laitos- ja päiväkuntoutuksen laatuvaatimuksia ja kilpailutusmenettelyä on sittemmin kehitetty yhdenmukaisimmiksi Kansaneläkelaitoksen vastaavien järjestelmien kanssa. Viimeisimmät ohjeet otettiin käyttöön vuonna 2007. Kansaneläkelaitos audi-

toi vuosittain kymmenen Valtiokonttorin kilpailuttamaa kuntoutuslaitosta. Nykyisin Valtiokonttorin kilpailuttaminen toteutetaan kahden vuoden välein.

3.5 Kuntoutuslaitosten kapasiteetin ja käytön kasvu 1990-luvulla

Kuntoutuslaitosten kapasiteetti kasvoi edelleen 1990-luvulla, jolloin 1980-luvulla investointiavustuksia saaneet viimeiset uudet laitokset otettiin käyttöön. Raha-automaattiyhdistyksen avustuksia kuntoutuslaitosten rakennushankkeisiin maksettiin vielä 1990-luvullakin, vaikka uusien laitosten rakentamispäätöksiä ei enää tehty. Suurimmat investointiavustukset menivät sairaskotien rakentamiseen, yhteensä 87,7 milj. euroa. Muiden kuntoutuslaitosten perusparannuksiin ja muutostyöhankkeisiin käytettiin yhteensä 28,3 milj. euroa. (raha-automaattiyhdistyksen selvitysmiehille antama tieto vuonna 2009.)

Raha-automaattiyhdistys sai 1990-luvulla edelleen lukuisia avustushakemuksia, jotka koskivat sekä olemassa olevien laitosten laajennuksia, tilojen uudelleen järjestelyjä tai peruskorjauksia että kokonaan uusien kuntoutuslaitosten perustamista. Avustusvalmistelujensa tueksi Raha-automaattiyhdistys selvitti kuntoutuslaitosten kapasiteettia, käyttöasteita sekä laitosten toimintaedellytyksissä tapahtuneita muutoksia kahdessa laitosten toimintaa vuosina 1992 ja 1996 koskevassa kyselyssä (Mykrä 1993, Mykrä 1997). Kyselyjen tuloksia verrattiin myös 1980-luvulla tehtyihin selvityksiin. Vuodepaikkoja oli vuonna 1996 kaksi kertaa enemmän kuin vuonna 1981. Kuntoutukseen tarkoitettujen vuodepaikkojen käyttöaste vuonna 1996 oli 64,4 prosenttia, kun se 1980-luvulla oli 80 prosenttia.

Vuonna 1996 Kansaneläkelaitos oli kasvattanut osuuttaan toteutuneista kuntoutusvuorokausista 40 prosenttiin ja oli nyt samalla tasolla Valtiokonttorin kanssa, jonka osuus oli noin 41 prosenttia. Kansaneläkelaitoksen kustantamien kuntoutusvuorokausien määrä kasvoi vuodesta 1992 vuoteen 1996 kaikkiaan 100 000 vuorokaudella. Erityisesti kasvoi Kansaneläkelaitoksen Tyk- ja ASLAK-kurssien määrä eli työelämässä olevien kuntoutus. Myös muut tahot lisäsivät työkykyä ylläpitävää ns. tyky-toimintaa. Työnantajat ryhtyivät nousukauden myötä rahoittamaan kuntoutuslaitoksissa tai kylpylöissä järjestettyä tyky-toimintaa, työyhteisöjen kehittämispäiviä, liikuntapäiviä, kuntoremonttikursseja jne.

Kuntien rahoittama osuus kuntoutuslaitosten kuntoutusvuorokausista pieneni 1990-luvun kuluessa. Kuntien osuus hoitovuorokausista oli vuonna 1996 vain 5,5 prosenttia, kun se vuonna 1992 oli vielä 9,2 prosenttia. Tämä selittyy osittain sillä, että vastuu vaikeavammaisten kuntoutusjaksoista siirtyi Kansaneläkelaitokselle. Osin muutos selittyy myös kunnallisen palvelujärjestelmän rakennemuutoksilla ja valtionosuusuudistuksen vaikutuksilla. Kuntien maksamia kuntoutusvuorokausia oli vuonna 1996 eniten kuntoutussairaala –tyyppisissä laitoksissa, yhteensä runsaat 8 000 vuorokautta.

Sotainvalidien ja rintamaveteraanien ikäluokkien pienentyminen ei vielä 1990-luvulla vaikuttanut kuntoutuksen volyyymiin. Veteraanien määrän vähentyminen kompensoitui laajennetuilla kuntoutusoikeuksilla ja kuntoutukseen käytettävien määrärahojen lisäyksillä.

1990-luvulla laajennettiin vielä edelleen ns. lievävammaisten eli alle 30 prosentin vammaasteen omaavien sotainvalidien kuntoutusoikeutta. Vuonna 1992 he saivat oikeuden kahden viikon kuntoutukseen kahden vuoden välein ja vuodesta 1997 alkaen he pääsivät kuntoutukseen joka vuosi. Vuodesta 1994 alkaen pääsivät 65 vuotta täyttäneet invalidien aviopuolisot mukaan kuntoutukseen, jos invalidi luovutti osan kuntoutusjaksosta puolisolleen. Tällöin

myös rintamaveteraanien aviopuolisot pääsivät mukaan jaetulle kuntoutusjaksolle, jos veteraanien kunto edellytti puolison mukanaoloa.

Vuoden alusta 1998 tuli lisäksi voimaan laki eräissä Suomen sotiin liittyneissä tehtävissä palvelleiden kuntoutuksesta (1039/1997) ja vuoden 2005 alusta em. lakia muutettiin (984/2004) siten, että kuntoutusta laajennettiin karjan evakuointitehtäviin osallistuneisiin sekä partisaaniskujen kohteeksi joutuneisiin. Näiden erityisryhmien kuntoutukseen varataan valtion tulo- ja menoarviossa kahden vuoden siirtomääräraha. Vuonna 2009 se oli 2,5 milj. euroa.

Sotainvalidien ja rintamaveteraanien kuntoutukseen käytetyt varat kasvoivat itse asiassa vielä 1990-luvulla. Vuonna 2000 olivat sodasta johtuvan lakisääteisen kuntoutuksen menot yhteensä 78,5 milj. euroa. Rintamaveteraanikuntoutuksen osoitettu määräraha kasvoi 21 prosentilla vuodesta 1992 vuoteen 2000. Sotainvalidien kuntoutuksen käytetyt rahat kasvoivat 1990-luvun alkupuolella, mutta pienenevät vuosikymmenen lopulla 18 prosentilla (STM 2002).

3.6 Kuntoutuslaitosten tilanne 2000-luvulle siirryttäessä

Raha-automaattiyhdistyksen selvityksessä (Mykrä 1997) varoitettiin ylikapasiteetin kasvusta. Selvityksessä todettiin, että vaikka julkiset kuntoutusvarat olivat jonkun verran kasvaneet 1990-luvun kuluessa, oli toimintarahoituksen ja ylikapasiteetin epäsuhta kasvanut kaiken aikaa. Kuntoutusvuorokausina laskettuna laitosten kapasiteetti ylitti selvityksen mukaan "maksukykyisen kysynnän" 60 prosentilla, silloin markkamääräisesti laskettuna yli 400 miljoonalla markalla.

Vielä 2000-luvullakin myönnettiin kuitenkin Raha-automaattiyhdistyksen investointiavustuksia kuntoutuslaitosten laajennushankkeisiin. Investointiavustukset olivat jo 1990-luvun puolella avustuksen piiriin otettujen hankkeiden jatko- ja loppurahoituksia. 1990-luvun lopulla Raha-automaattiyhdistyksen hallitus päätti lopettaa kuntoutuslaitosinvestointien rahoituksen.

Viimeiset investointiavustukset

Vuosina 2000–2007 avustukset olivat yhteensä 45,2 milj. euroa ja ne painottuivat 2000-luvun alkuvuosiin. Avustuksen saajat olivat kuntoutustoimintaansa vakiinnuttaneita vammaisjärjestöjä ja säätiöitä. Suurimpia avustuksen saajia olivat Hengityслиitto HELI, joka sai avustuksia Merikosken kuntoutus- ja tutkimuskeskuksen, nykyisen Verven uusien toimitilojen perustamiseen ja Kuntoutumiskeskus Kaprakan peruskorjaukseen ja laajennukseen sekä Invalidiliitto, joka sai avustuksia Käpylän Kuntoutuskeskuksen, nykyisen Synapsian, uusien tilojen rakentamiseen ja Lapin Kuntoutuskeskuksen peruskorjaukseen ja laajennukseen. Suomen MS-liitto sai avustuksia MS-keskuksen laajennukseen ja Epilepsiasäätiö Neurologiatalon perustamiseen. Huoltoliitto, Miina Sillanpäänsäätiö, Oulun Diakonissalaitoksen säätiö, Punkaharjun Kuntoutussairaalasäätiö ja Oulunkylän sairaskotisäätiö saivat avustuksia ylläpitämien- sä laitosten peruskorjauksiin ja muutostöihin. (Raha-automaattiyhdistyksen avustusosaston selvitysmiehille antama tieto vuonna 2009.)

Vuonna 2002 voimaan tullut laki raha-automaattiaavustuksista (1056/2001) muutti avustusehdoja olennaisella tavalla. Avustusehdot kirjattiin lakiin (avustuslain 4 §) ja niihin sisältyy kilpailuhaittojen aiheuttamiskielto. Avustuslaki estää sellaisten investointien avustamisen, joilla

on "vähäistä suurempi" vaikutus kilpailuun ja markkinoiden toimintaan. Kuntoutuslaitokset ovat sekä varsinaisen kuntoutuksen että niissä tapahtuvan muun toiminnan suhteen selkeässä kilpailuasetelmassa. Vuoden 2007 jälkeen ei ole myönnetty investointiavustuksia kuntoutuslaitoksille.

Kansaneläkelaitos on myös tehnyt periaatepäätöksen ns. yhteistoimintalaitosten peruserä- ja käyttöavustusten lopettamisesta vuodesta 2007 alkaen. Tätä koskeva Kansaneläkelaitoksen kuntoutuslain 12 §:n muutos on valmisteilla.

Järjestöt palvelujen tuottajina

Kansanterveys- ja vammaisjärjestöjen rooli kuntoutuspalvelujen kehittäjinä ja tuottajina on Suomessa aina ollut merkittävä. Järjestöt ovat olleet kuntoutuslaitosten pääasiallisia perustajia ja ylläpitäjiä. Järjestöt ovat myös vahvasti vaikuttaneet käytössä olevien kuntoutuspalvelujen muotoutumiseen ja jäsentensä mahdollisuuksiin saada kuntoutusta. Sopeutumisvalmennus-toiminnassa ja sairausryhmäkohtaisten kuntoutuskurssien järjestämisessä on järjestöjen osallisella ollut suuri merkitys. Ryhmätoiminnalla ja vertaistuellalla on vahva painotus tässä kuntoutuksessa.

Erityisesti sotainvalidien ja -veteraanien järjestöjen ansioista on sodassa olleiden kuntoutusoi-keudet ja –mahdollisuudet kehittyneet ja kasvaneet nykyisiin mittoihinsa.

Sosiaali- ja terveystyöjärjestöjen yhteistyöyhdistys YTY ry teki 2000-luvun alussa selvityksen jäsenjärjestöjensä tuottamista kuntoutuspalveluista (YTY 2001). YTY:n 117 jäsenjärjestöstä 50 järjestöä tuottaa kuntoutuspalveluja, ylläpitää kuntoutusta tukevaa toimintaa ja kehittää sekä kokeilee uusia kuntoutusmuotoja ja –sisältöjä. Monet järjestöt ovat samanaikaisesti oman asiakaskuntansa etujärjestöjä ja palvelujen tarjoajia, jolloin niillä on yhtä aikaa palvelun tuottajan ja edunvalvojan rooli. Järjestöt saavat Raha-automaattiyhdistyksen avustusta järjestötoimintaansa, palvelutoimintaansa ja palvelujen kehittämiseen sekä investointeihin. Järjestöt saivat selvityksen mukaan vuonna 2000 Raha-automaattiyhdistyksen tuotosta yhteensä 137 milj. mk (22,8 milj. euroa) kuntoutustoimintaansa ja 45,6 milj. mk (7,6 milj. euroa) kuntoutuslaitosten rakennusinvestointeihin.

Selvityksen mukaan 36 sosiaali- ja terveystyöjärjestöä tai säätiötä hallinnoi 98 laitoskuntoutusyksikköä. Näissä oli vuonna 2000 yhteensä 6 100 kuntoutuspaikkaa. Kuntoutusvuorokausia ker-tyi 1 068 700. Laitoksissa oli 4 400 vakinaisesti palkattua henkilöä. Nämä luvut ovat saman-suuntaisia Raha-automaattiyhdistyksen 1990-luvun selvitysten kanssa. Selvitys osoittaa, että pääosa kuntoutuslaitostoiminnasta on sosiaali- ja terveystyöjärjestöjen ja säätiöiden ylläpitämää ja hallinnoimaa. Osalla järjestöistä rooli on muuttunut enenevässä määrin palveluntuottajaksi. Monet järjestöt ovat kasvaneet myös merkittäviksi liiketaloudellisiksi toimijoiksi. Tämä onkin saanut järjestöt kysymään, missä kulkee järjestötoiminnan ja yritystoiminnan raja (YTY 2009). Monessa järjestössä palvelutoimintojen siirtämistä yhtiöön, useimmiten osakeyhtiöön, joko harkitaan tai se on jo toteutettu. Tähän suuntaan vaikuttaa osaltaan myös verotukselliset kysymykset sekä markkinoiden ja kilpailutilanteen muuttuminen.

Sen lisäksi, että järjestöt tuottavat kuntoutuspalveluja kuntoutusta rahoittaville julkisille ta-hoille, rahoittavat ne myös osan kuntoutuksesta itse. Raha-automaattiyhdistys on viime aikoi-na myöntänyt järjestöjen sopeutumisvalmennus- ja kurssitoimintaan noin 8 milj. euroa vuosit-tain. Arviolta runsas puolet tästä toiminnasta toteutuu kuntoutuslaitoksissa. Lisäksi järjestöt

saavat avustuksia erilaisiin kuntoutukseen ja toimintakyvyn edistämiseen liittyviin kokeilu- ja kehittämishankkeisiin. Vuonna 2009 myönnettiin tähän tarkoitukseen noin 7 milj. euroa. Järjestöjen kurssitoiminta on osittain samantyyppistä kuin Kansaneläkelaitoksen ja myös kuntien rahoittama vastaava toiminta. Selvää rajanvetoa siitä, mitä kullekin rahoittajataholle kuuluu, ei ole. Raha-automaattiyhdistyksellä on tarkoitus omalta osaltaan tarkistaa rajapintaa. Periaatteena on, että avustusten piiriin ei oteta kilpailutettua toimintaa eikä kuntien vastuulla olevia tehtäviä.

Raha-automaattiyhdistyksen avustuksien tuetaan myös joidenkin lomajärjestöjen "kuntoremonttikursseja", joihin vuonna 2009 myönnettiin avustuksia 2,6 milj. euroa. Suuri osa kursseista järjestetään kuntoutuslaitoksissa. Toimintaa pyritään suuntaamaan ikääntyvien työntekijöiden työkykyä edistäväksi. Lisäksi Raha-automaattiyhdistyksen avustuksia myönnetään myös valtakunnallisten lomajärjestöjen sosiaaliseen lomatoimintaan, vuonna 2009 yhteensä 18 milj. euroa. Vaikka tämä ei sinänsä ole kuntoutusta, toteutuu valtaosa toiminnasta kuntoutus- ja kylpylätyyppisissä laitoksissa.

3.7 Kuntoutuslaitosten käyttö 2000-luvun alussa ja näkymät tulevasta käytöstä

Kuntoutuslaitosten käyttö kasvoi vielä 2000-luvun alkupuolella jonkun verran. Suurimmillaan käyttö oli vuonna 2005, jolloin Kansaneläkelaitos käytti runsaat 903 000 kuntoutusvuorokautta tai kertaa (taulukko 1) ja Valtiokonttori lähes 562 000 kuntoutusvuorokautta (taulukko 3). Nämä kaksi tahoja käyttivät yhteensä 1 465 000 kuntoutuslaitosten kuntoutusvuorokautta tai -kertaa vuonna 2005. Luvuissa on siis mukana myös avokuntoutuskerrat. Tämän jälkeen on Kansaneläkelaitoksen ja Valtiokonttorin kokonaiskäyttö vähentynyt vuosittain niin, että vuonna 2008 se oli 1 232 000 kuntoutusvuorokautta tai kertaa.

2000-luvun alkupuolelta ei ole seurantatietoja muiden kuin edellä mainittujen tahojen kuntoutuslaitoskäytöstä, mutta arvion mukaan niiden osuus on alle 20 prosenttia kokonaiskäytöstä.

Kansaneläkelaitoksen järjestämä kuntoutus

Kansaneläkelaitoksen järjestämät kuntoutuslaitospalvelut vuosina 2003–2008 on koottu taulukkoon 1. Taulukko perustuu Kansaneläkelaitoksessa kuntoutuslaitosselvitystä varten tehtyyn tilastolliseen erillisajoon tarkastelujaksona maksetuista kuntoutuskustannuksista ja maksujen perusteena olevista kuntoutuslaitosvuorokausista/kerroista. Kansaneläkelaitoksen kuntoutus voidaan toteuttaa joko laitos- tai avomuotoisena tai niiden yhdistelmänä. Avomuotoinen kuntoutus vastaa sisällöltään laitosmuotoista ohjelmaa, mutta se ei sisällä majoitusta. Taulukko ei sisällä Kelan avokuntoutuksena toteutettuja yksittäisiä terapioita.

**Taulukko 1. Kansaneläkelaitoksen korvaamat kuntoutuslaitosvuorokaudet/kerrat kuntoutusmuodoit-
tain vuosina 2003–2008.**

Laki ja toimenpide	2003	2004	2005	2006	2007	2008	Muutos% '03-08
YHTEENSÄ	814 241	872 168	903 212	885 005	862 000	856 966	5
<i>Vajaakuntoisten ammatill. kuntoutus</i>	<i>256 543</i>	<i>280 293</i>	<i>278 101</i>	<i>277 151</i>	<i>283 003</i>	<i>299 847</i>	<i>17</i>
- Tyk-toiminta	67 436	92 851	95 454	85 766	77 630	57 231	-15
- Ammatilliset kuntoutuskurssit	3 669	8 978	13 262	23 040	35 432	30 984	
- Kuntoutustarveselvitys	9 858	14 496	7 532	6 667	5 745	4 924	-50
- Kuntoutustutkimus	60 983	45 239	37 377	39 541	43 239	39 172	-36
- Työ- ja koulutuskokeilu	20 936	21 892	19 644	18 499	20 111	27 036	29
- Työhönvalmennus	71 333	79 404	93 027	99 079	100 246	140 174	97
- Yksilöllinen kuntoutusjakso	1 243	1 363	1 470	699	582	326	-74
- Kehittämistoiminta	21 085	16 070	10 335	3 860	18		
<i>Vaikeavammaisten lääkin. kuntoutus</i>	<i>144 051</i>	<i>145 501</i>	<i>158 177</i>	<i>148 543</i>	<i>134 614</i>	<i>126 166</i>	<i>-12</i>
- Yksilöllinen kuntoutusjakso	100 210	98 553	109 009	103 356	90 612	85 618	-15
- Sairausryhmäkohtaiset kurssit	37 251	40 231	38 286	38 577	37 614	34 736	-7
- Kuntouttava hoito	6 037	5 843	9 815	6 260	6 296	5 812	-4
- Kehittämistoiminta	553	874	1 067	350	92		
<i>Harkinnanvarainen kuntoutus</i>	<i>413 647</i>	<i>446 374</i>	<i>466 934</i>	<i>459 311</i>	<i>444 383</i>	<i>430 953</i>	<i>4</i>
- Tyk-toiminta	3 952	1 265	806	2 488	4 584	3 986	1
- Yksilöllinen kuntoutusjakso	55 189	53 613	59 389	51 445	46 359	41 649	-25
- ASLAK-kurssit	128 926	146 347	143 834	145 818	144 210	138 839	8
- Sairausryhmäkohtaiset kurssit	117 313	127 186	133 191	144 426	143 610	147 418	26
- Muut kuntoutuskurssit ¹	64 160	83 075	85 090	81 907	80 821	78 398	22
- Kuntouttava hoito	13 275	12 452	23 720	16 248	9 951	12 619	-5
- Muu kuntoutustoimenpide ²	3 884	1 287					
- Kehittämistoiminta	26 948	21 149	20 904	16 979	14 848	8 044	-70

¹ Kohderyhmät: Tuki- ja liikuntaelinsairaat (Tules-kurssit), Ikääntyneet pitkäaikaistyöttömät (IP-kurssit)
Työelämästä poissaolevat (Typo-kurssit)

² Sisältää harkinnanvaraisena kuntoutuksena toteutetut kuntoutustarveselvityksen,
kuntoutustutkimuksen ja työhönvalmennuksen

Kuntoutuspalvelujen käytössä on ollut vuosittaista vaihtelua, mutta kokonaiskäyttö vuonna 2008 oli viisi prosenttia suurempi kuin vuonna 2003. Kansaneläkelaitoksen kuntoutusryhmä on tulkinnut eri kuntoutusmuodoissa tapahtuneita muutoksia seuraavasti (Kansaneläkelaitoksen kuntoutusryhmän selvitysmiehille tuottamat tiedot ja niiden tulkinta vuonna 2009):

- Ammatillisen kuntoutuksen asiakasmääriin kuntoutuslaitosvuorokausiin on tarkastelujaksolla vaikuttanut vuoden 2004 alusta voimaan tullut ammatillista kuntoutusta koskeva lainsäädäntöuudistus. Työeläkelakien mukainen ammatillinen kuntoutus tuli tuolloin tietyn edellytyksin oikeudeksi työntekijöille. Muutos vaikutti Kelan ja työeläkelaitosten työnjakoon ammatillisessa kuntoutuksessa ja on vähentänyt Kelan asiakkaiden ja kuntoutusvuorokausien määriä tietyissä Kelan ammatillisen kuntoutuksen kuntoutusmuodoissa (Tyk-toiminta, Kuntoutustutkimus). Toiminnan kehittäminen on toisaalta myös lisännyt kuntoutusvuorokausia joissakin toimenpiteissä (Ammatilliset kuntoutuskurssit, Työhönvalmennus).

- Vaikeavammaisten kuntoutuksessa on laitospuolitoisen kuntoutuksen (yksilöllinen kuntoutusjakso, kurssitoiminta) ratkaisuihin viime vuosina kiinnitetty aikaisempaa enemmän huomiota asiakkaan kuntoutussuunnitelman kokonaisuuteen, eikä avomuotoisen kuntoutuksen lisäksi vuosittain toistuvia yksilöllisiä kuntoutusjaksoja ole pidetty itsestään selvyytenä, jos sille ei ole lääketieteellisiä ja hakijan kokonaistilanteeseen liittyviä perusteluja. Tämä on jonkin verran vähentänyt kuntoutusvuorokausia vuodesta 2006 alkaen.
- Harkinnanvaraiseen kuntoutukseen käytössä olevasta rahamäärästä päättää vuosittain eduskunta. Rahamäärän korotuksen perusteena on vuosittain ollut elinkustannusindeksin muutos. Harkinnanvaraisessa kuntoutuksessa kuntoutusvuorokausien määrä on kääntynyt kokonaisuudessaan laskuun vuodesta 2006 lukien, vaikka kurssitoimintaan on pyritty kohdentamaan myös käytössä olevia edellisiltä vuosilta siirtyviä varoja, ja esimerkiksi sairausryhmäkohtaisten kurssien vuorokaudet lisääntyivät vuonna 2008. Palveluiden laadun kehittäminen ja kilpailuttaminen on nostanut kuntoutuksen kustannuksia käytettävissä olevan rahamäärän kasvua nopeammin.

Kansaneläkelaitoksen kuntoutusryhmä laati ennusteen kuntoutuslaitosvuorokausien kehityksestä vuoteen 2012 asti (Kansaneläkelaitoksen kuntoutusryhmän selvitysmiehille tuottamat tiedot vuonna 2009). Alustavat tiedot viittaavat siihen, että kuntoutusvuorokausien määrä on edelleen laskenut vuonna 2009. Tämä johtuu mm. uuden kilpailulainsäädännön mukaisen puittejärjestelyn käyttöönotosta kuntoutuskurssien hankinnassa. Menettely on hankaloittanut uusien kurssien hankkimista vajaaksi jääneiden ja peruuntuneiden kurssien tilalle.

Kuntoutusryhmä arvioi kuitenkin kuntoutuslaitosvuorokausien kasvavan jonkin verran vuosina 2010–2012 ammatillisessa ja vaikeavammaisten kuntoutuksessa. Kasvuun vaikuttaa osaltaan vuonna 2009 toteutettu aluekeskusten ja vakuutuspiirien ohjaus ja koulutus, jossa on kiinnitetty huomiota mm. kohonneisiin kuntoutuksen hylkäysprosentteihin ja korostettu asiakkaan elämäntilanteen kokonaisvaltaisen arvioinnin merkitystä kuntoutuspäätöksiä tehtäessä. Ammatillisen kuntoutuksen kuntoutuslaitosvuorokausien kasvuun vaikuttaa myös ammatillisten kurssien määrän kasvu.

Harkinnanvaraisessa kuntoutuksessa toteutuvien vuorokausien määrä riippuu vuosittain käytettävissä olevasta rahamäärästä. Tarkoitus on, että edellisiltä vuosilta siirtyviä varoja käytetään kurssitoimintaan vuonna 2010, jolloin kuntoutuslaitosvuorokausien määrä nousee ko. vuonna. Siirtyvien varojen määrän vähetessä tulee kurssitoiminnan kuntoutuslaitosvuorokausien taso vuonna 2012 olemaan arvion mukaan lähellä vuoden 2008 tasoa.

Taulukko 2. Arvio Kansaneläkelaitoksen korvaamien kuntoutuslaitosvuorokausien / kertojen kehityksestä vuosina 2008–2012.

	2008	Kesken 2009	2010	Ennuste 2011	2012	Muutos '08-12
YHTEENSÄ	856 966	844 444	898 200	893 300	889 200	32 234
Vajaakuntoisten ammatillinen kuntoutus	299 847	306 386	312 500	318 800	325 100	25 253
Vaikeavammaisten lääkinnällinen kuntoutus	126 166	125 868	128 400	131 100	133 800	7 634
Harkinnanvarainen kuntoutus	430 953	412 191	457 300	443 400	430 600	-353

Kansaneläkelaitoksen kuntoutuksen kehittämisohjelma 2015 kiteyttää Kansaneläkelaitoksen näkemykset kuntoutuksen painotuksista ja linjauksista. Ohjelman keskeisenä tavoitteena on mm. varmistaa asiakkaan kuntoutusprosessin toimivuus ja tuloksellisuus sekä parantaa hankintamenettelyn joustavuutta, tehokkuutta ja asiakaslähtöisyyttä. Kansaneläkelaitoksen kuntoutuksen kehittämistoiminnan painoalueita ovat näiden linjausten mukaan mielenterveyskuntoutus, työhön kuntoutus, vaikeavammaisten kuntoutus, geriatrinen kuntoutus, lasten ja nuortien psykiatrinen perhekuntoutus sekä avomuotoiset kuntoutuspalvelut. Kehittämishankkeet tehdään yhteistyössä palvelujentuottajien, tutkimusorganisaatioiden ja muiden asiantuntijoiden kanssa. Meneillään olevat kehittämishankkeet ajoittuvat vuosille 2009–2012. Niissä tavoitellaan toimivia, vaikuttavia ja kustannuksiltaan tehokkaita kuntoutuspalveluja sekä hyviä kuntoutuskäytäntöjä. Kansaneläkelaitoksen haasteena on muokata kehittämishankkeiden kokemuksia ja tuloksia uusiksi palveluiksi, joita hankintamenettelyn ehtoja täyttäen voidaan muuttaa vakiintuneeksi kuntoutustoiminnaksi.

Sotainvalidien ja rintamaveteraanien kuntoutus

Sotainvalidien ja –veteraanien kuntoutukseen käytettiin vuonna 2002 runsaat 570 000 hoitovuorokautta, mutta sen jälkeen kuntoutusvuorokausien kokonaismäärä on vähentynyt tasaisesti (taulukko 3). Rintamaveteraanien ja sotainvalidien ikääntyminen ja heidän lukumääränsä vähentyminen näkyy selvästi. Laitoskuntoutus soveltuu enää vain nuorimmille veteraaneille. 2000-luvun puolessa välissä lyhennettiin kahden viikon laitoskuntoutusjakso kymmeneen vuorokauteen. Lisäksi painotettiin kuntoutuksen jaksottamista ja avokuntoutusta, jonka käynnimääriä lisättiin. Vuoden 2008 alusta pidennettiin vielä rintamaveteraanien aviopuolisoiden mukanaoloa kuntoutuksessa. Heille tuli mahdollisuus osallistua veteraanin kanssa koko laitoskuntoutusjaksolle.

Yhteenlaskettu kuntoutusvuorokausien määrä on vuodesta 2002 vuoteen 2008 vähentynyt 35 prosentilla. Sotainvalidien kuntoutusvuorokaudet ovat vähentyneet 51 prosentilla. Vain erityistehtävissä palvelleiden ja heidän puolisoidensa kuntoutusvuorokausien määrä on kasvanut. He ovat uusia kuntoutukseen tulleita ryhmiä ja iältään varsinaisia sotaveteraaneja nuorempia.

Kuntoutukseen oikeutettuja sotainvalideja, rintamaveteraaneja ja heidän puolisojaan sekä leskiään on Valtiokonttorin laatiman ennusteen mukaan vuonna 2010 runsaat 57 000, joista vajaat 8 000 on sotainvalideja. Vuonna 2015 ennustetaan kuntoutukseen oikeutettuja olevan vajaat 25 000, joista noin 3 000 on sotainvalideja. Sodassa olleet miehet ovat silloin lähes

kaikki täyttäneet 90 vuotta. Rintamanaiset, puoliset ja lesket sekä muut kuntoutukseen oikeutetut ryhmät ovat iältään hieman heitä nuorempia.

Taulukko 3: Sotainvalidien ja rintamaveteraanien kuntoutuslaitosvuorokaudet kuntoutusryhmittäin vuosina 2002–2008

Kuntoutuslaitosvuorokaudet 2002 – 2008								Muutos%
Kuntoutusryhmät	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	'02-08
YHTEENSÄ	572 437	550 776	506 909	561 746	434 579	398 290	374 702	-35
Sotainvalidit	233 749	209 037	188 201	191 322	144 769	128 657	114 629	-51
Puoliset sotainvalidien kanssa	47 799	42 671	37 606	40 087	29 993	27 802	25 133	-47
Sotainvalidien puoliset ja lesket, sotalesket	18 915	20 550	22 919	23 364	19 642	21 847	26 173	38
Rintamaveteraanit	226 490	232 498	210 422	235 317	185 716	166 125	149 443	-34
Puoliset rintamaveteraanien kanssa	21 354	22 450	24 874	38 229	32 355	30 025	34 431	61
Ulkomailla asuvat rintamaveteraanit ja puoliset	7 333	6 828	6 566	10 492	4 764	4 194	4 018	-45
Erityistehtävissä palvelleet ja puoliset	16 797	16 742	16 321	22 935	17 340	19 640	20 875	24

Sotainvalidien hoito ja kuntoutus sekä rintamaveteraanien ja erityisryhmien kuntoutus rahoitetaan siten, että valtion talousarvion kautta ohjataan Raha-automaattiyhdistyksen varoja tähän tarkoitukseen. Järjestely sai alkunsa 1990-luvun laman aikana. Ennen sitä toimintaa oli rahoitettu suoraan valtion varoista. Valtiokonttorille osoitettujen Raha-automaattiyhdistyksen varojen määrä on viime vuosina ollut runsaat 100 milj. euroa vuodessa. Vuonna 2009 määräraha on 105 milj. euroa ja vuoden 2010 valtion tulo- ja menoarvioesityksen mukaan se on 102,8 milj. euroa. Veteraanien vähetessä varat vapautuvat asteittain muuhun käyttöön. Raha-automaattiyhdistyksen ja sosiaali- ja terveysministeriön väliseen tulossopimukseen on kirjattu ajatus siitä, että vapautuvia varoja käytettäisiin vanhustyön kehittämiseen, mutta lopullisia päätöksiä ei ole vielä tehty.

Sotainvalidien sairaskotien tuleva käyttö

Vuonna 2000 ryhdyttiin selvittämään sotainvalidien laitosten tulevaa käyttöä, vaihtoehtoja ja erilaisia käyttömahdollisuuksia ja niiden taloudellisia vaikutuksia sosiaali- ja terveysministeriön asettamassa työryhmässä (STM 2000). Sotainvalidien laitoshuollon ja kuntoutuksen lisäksi näissä laitoksissa järjestetään myös rintamaveteraanien kuntoutusta. Laitosten käyttöaste oli vuonna 2000 edelleen korkea, mutta vakituisen asiakaskunnan määrän arvioitiin vähentyvän vuoden 2005 jälkeen asteittain nopeasti.

Työryhmä korosti, että sairas- ja veljeskodit on perustettu erityisesti sotainvalidien ja rintamaveteraanien kuntoutusta ja hoitoa varten. Laitosten tulee hoitaa tämä perustehtävänsä niin

kauan kuin se on tarpeen. Lisäksi työryhmä totesi, että sairaas- ja veljeskodit ovat itsenäisiä juridisia yksiköitä, joten niiden tulevaisuuden suunnitteluratkaisut on tehtävä laitosten omissa toimitelmissä.

Työryhmä ehdotti mm. seuraavia pitkän tähtäimen vaihtoehtoja:

- Yhteistyötä kuntien perusterveyden- ja vanhustenhuollon sekä sairaanhoitopiirien kanssa (ostopalvelusopimukset tai muu yhteistyö)
- Yhteistyötä työterveyshuollon, Kansaneläkelaitoksen, vakuutuslaitosten ja vammaisjärjestöjen kanssa
- Laitoksen kehittäminen vanhusten neuvolaksi tai alueelliseksi/paikalliseksi osaamiskeskukseksi

Työryhmä selvitti myös laitosten mahdollisen luovutuksen tai käyttötarkoituksen muutoksen ehtoja. Sairas- ja veljeskodit on rakennettu lähes kokonaan valtion suoralla rahoituksella ja Raha-automaattiyhdistyksen avustuksilla. Valtiokonttorin ja sairaas- ja veljeskotien välillä on sopimus siitä, että jos säätiö tai yhdistys luopuu ao. laitoksen ylläpitämisestä, se sitoutuu luovuttamaan laitoksen kunnalle tai kuntainliitolle käytettäväksi sosiaali- ja terveydenhuollon tarpeisiin ehdolla, että luovutuksen saaja ottaa vastatakseen laitoksen vielä maksamattomat velat. Sopimus ei kuitenkaan sido kuntaa tai kuntainliittoa ottamaan laitosta omistukseensa. Muussa tapauksessa tai milloin laitoksen toiminta muuttuu niin, ettei sitä voida enää hyväksyä käytettäväksi tarkoitukseensa tai säätiö muutoin toimii sopimuksen vastaisesti, on rakentamiseen otettujen lainojen kuoletuskustannuksiin maksettua valtion osuutta vastaava osuus laitoksen arvosta palautettava valtiolle kuuden kuukauden kuluttua olosuhteiden muuttumisesta. Veljesliiton laitosten osalta ei vastaavaa sopimusta ole.

Raha-automaattiyhdistyksen tuoton käytöstä perustamis- ja perusparantamiskustannuksiin myönnettyihin avustuksiin on kaikkien laitosten – myös muiden kuin veljeskotien - osalta asetettu ehtoja avustuksen palautusvelvollisuudelle. Avustus tulee palauttaa, jos avustuksella tuetun omaisuuden omistus- tai hallintaoikeus luovutetaan toiselle. Palautusvelvoite on voimassa 20–30 vuotta riippuen ajankohdasta, jolloin avustus on annettu.

Työryhmä suositteli, että sosiaali- ja terveysministeriö ja Valtiokonttori suhtautuisivat myönteisesti laitosten käyttötarkoitusten muutoksiin ja kysymys avustusten takaisinperinnästä ratkaistaisiin tapauskohtaisesti.

Vuonna 2006 sairaas- ja veljeskodeille tehdyssä Valtiokonttorin ns. tulevaisuuskyselyssä kävi ilmi, että suurimmalle osalle sairaas- ja veljeskodeista tulevaisuus oli vielä varsin epäselvä. Laitokset ovat ideoineet mahdollisia tulevaisuuden palveluja, asiakkaita ja maksajatahoja, mutta selkeä visio puuttuu. (Sapora 2007)

Kyselyn tekijä suositteli, että laitosten tulisi arvioida alueellista palveluntarvetta ja rakentaa visio ja strategia tämän varaan. Laitosten tulisi selkeästi profiloitua määrätynlaisina kuntoutuslaitoksina ja ryhtyä tarpeellisiin toimenpiteisiin henkilökunnan, tilojen ja laitteiden suhteen. Myös suunnitelmallisella markkinoinnilla olisi suuri merkitys.

Vuoden 2009 valtion tulo- ja menoarvioon varattiin 2 milj. euron määräraha käytettäväksi vuosina 2009–2010 sairaas- ja veljeskotien tulevaisuuteen varautumisen tukemiseen Valtiokonttorin ja sosiaali- ja terveysministeriön yhteistyönä laatiman vision mukaisesti. Hanke käynnistyi syksyllä 2009.

4 Kansainvälinen katsaus kuntoutuslaitoksiin

Eri maiden sosiaaliturvasta ja sen suhteesta väestön työkykyyn, työssäoloon ja eläkkeelle siirtymiseen on tehty lukuisia vertailuja. Vertailut ovat usein koskeneet EU- tai ETA-maita, kaikki maat yhdessä tai joitakin maaryhmiä erikseen. Kuntoutusta ja varsinkin ammatillista kuntoutusta tarkastellaan jossain määrin näissä vertailuissa. Useimmiten tarkastelu kuitenkin keskittyy sosiaaliturvaetuksien ja palvelujärjestelmien kuvauksiin ja niiden tehtävien ja työajan vertailuun. Siitä miten esim. kuntoutuspalvelut järjestetään, ketkä niitä saavat tai miten ja minkälaisissa organisaatioissa niitä tuotetaan, on sattumanvaraisesti ja melko puutteellisesti tietoa.

OECD (Organisation for Economic Co-operation and Development) on viime vuosina tehnyt sarjan vertailuja kolmesta – neljästä maasta kerrallaan teemalla "Sickness, Disability and Work: Breaking the Barriers". Vertailuissa on arvioitu eri maiden toimintapolitiikkaa vajaan kentoisten työllistämässä ja integroinnissa yhteiskuntaan. OECD antaa myös maakohtaisia suosituksia politiikkansa ja järjestelmiensä kehittämiseksi. Vuonna 2008 julkaistiin Tanskaa, Suomea, Irlantia ja Hollantia koskevaa raportti (OECD 2008).

Toinen tämän kuntoutuslaitosselvityksen kannalta merkitsevä näkökulma on miten vammaisten eli pysyvästi tai pitkäaikaisesti toimintarajoitteisten henkilöiden lääkinnällinen kuntoutus on järjestetty. Tämän tarkastelussa on hyödynnetty Kansaneläkelaitoksen tutkimusosastolla runsas vuosi sitten tehtyä katsausta (Faurie 2008) kymmenen maan vaikeavammaisten lääkinnällisestä kuntoutuksesta.

Kahden edellä mainitun katsauksen pohjalta on tässä selvityksessä päädytty tarkastelemaan Tanskaa, Hollantia, Saksaa ja Ruotsia tarkemmin. Valinta johtui osittain siitä, että näissä maissa oli eniten aineistoa kuntoutuksesta, mikä kertoo maiden pidemmälle kehittyneestä kuntoutuksen organisoinnista. Toisaalta valinta osui näihin maihin siksi, että niiden kuntoutuksessa on keskinäisiä eroavaisuuksia ja yhtäläisyyksiä, jotka tekevät vertailun mielekkääksi.

4.1. OECD:n katsaus vajaakuntoisten ammatilliseen kuntoutukseen

OECD:n raportissa (2008) arvioidaan mm. ammatillisen kuntoutuksen järjestämistä sekä tehdään joitakin havaintoja kuntoutuspalvelujen hankinnasta. Suomen ammatillisen kuntoutuksen pirstaleisuus on raportin mukaan ongelma, jota tulisi korjata modernisoimalla kuntoutusjärjestelmää. OECD suosittelee Suomelle mm. kuntoutusjärjestelmän yksinkertaistamista, toimijoiden vastuullisuuden lisäämistä ja kuntoutusviranomaisten yhteistyön parantamista. OECD tähdentää, että terveysongelmaisella ihmisellä tulisi olla yksi selkeä sisääntuloväylä ammatilliseen kuntoutukseen ja yhden ja saman viranomaisen tulisi huolehtia hänen asiansa hoitamisesta alusta loppuun.

Ammatillisen kuntoutuksen palvelut hankitaan raportin mukaan yksityisiltä palvelun tuottajilta kaikissa tarkastelun kohteena olevissa maissa paitsi Tanskassa. Raportissa huomautetaan, että suuri määrä palvelujen tuottajia lisää riskiä sen suhteen, että palvelujen laadussa on suurta vaihtelua ja että vastuu samalla helposti hajoaa. Vahvan panostuksen ammatillisiin kuntoutustoimenpiteisiin arvioidaan Suomessa johtuvan osittain siitä, että työntekijöillä ja vakuutetuilla on sosiaalivakuutuslainsäädännön mukaan oikeus kuntoutukseen ja toisaalta siitä, että työhallinnon työllistämistoimenpiteet eivät ole mukana tarpeeksi aikaisin.

Tanskassa yksittäiset kunnat ovat avainasemassa sosiaaliturvan toimeenpanossa. Kunnat vastaavat mm. sosiaalipalveluista ja työllistämisestä. Ne huolehtivat etuuksien, kuten sairauspäivärahan, maksamisesta. Vuonna 2007 tehtiin kuntauudistus, jossa kuntien määrää vähennettiin 271:stä 98:aan. Uudistuksen yhtenä tavoitteena oli kuntien sosiaaliturvapalvelujen ja työvoimapalvelujen parempi koordinaatio. Tässä tarkoituksessa päätettiin perustaa jokaiseen kuntaan uusia työkeskuksia (job center), joihin oli tarkoitus keskittää kaikki työllistämiseen liittyvät palvelut. Välivaiheena on kuitenkin koeluontoisesti perustettu "yhden luukun"-keskusten rinnalle myös sellaisia työkeskuksia, jotka kukin erikseen huolehtivat sosiaalietuuksista ja -palveluista tai työllistämisestä. Näiden eri tavoin toimivien työkeskusten tuloksia tullaan vertailemaan ja arvioimaan (OECD 2008).

Kuntien vastuulla on myös sairauspoissaolojen seuranta ja työhön paluun suunnitelman laatiminen, kuntoutusaloitteiden tekeminen ja kuntoutuksen käynnistäminen. Kuntoutusta edeltää yleensä ns. esikuntoutus eli selvitys kuntoutusmahdollisuuksista ja, kun on tarpeen, kuntoutussuunnitelman laadinta. Esikuntoutus voi olla esim. työkokeilua, työhön valmennusta, peruskoulutusta tai muuta tämän tapaista toimintaa. (SOU 2006)

Sairauspoissaolojen vähentämiseksi on Tanskan hallitus vuonna 2008 hyväksynyt toimintaohjelman, jonka keskeisiä kohtia ovat: sairastumisen ehkäisy, varhaiset toimenpiteet sairauskaudella, aktiivitoimenpiteitä työhön palaamiseksi ja parempi terveydenhuollon ja työllistämistoimenpiteiden koordinaatio.

Hollannissa työnantajat kustantavat sairausajan palkan kahden vuoden ajalta, jota varten ne ovat yleensä hankkineet vakuutuksia yksityisistä vakuutusyhtiöistä. Työnantajan tehtävänä on laatia sairauslomalla olevan työntekijän kuntoutus- ja työhön paluun suunnitelma. UWV (Uitvoeringsinstituut Werknemersverzekeringen, sikäläinen sosiaalivakuutusviranomainen) tarkastaa ja hyväksyy kuntoutussuunnitelmat ja järjestää kuntoutuksen hankkimalla palvelut yksityisiltä palvelujen tuottajilta.

Hollannissa työhön kuntoutuksen palvelut muodostavat OECD näkemyksen mukaan "näennäismarkkinan", jossa palvelujen tuottajat tarjoavat palveluja UWV:lle. Palvelujen tuottajat ovat yleensä organisoituneet ja muodostavat painostusryhmän, mutta toimivat myös laadun varmistajina. Työhön kuntoutus järjestetään tarjouten perusteella kokonaista asiakasryhmää koskevan yleisen sopimuksen tai asiakaskohtaisesti henkilökohtaisen työhön paluusuunnitelman perusteella. Jälkimmäinen järjestely on yleistynyt viime aikoina niin että noin 70 prosenttia kuntoutustapauksista järjestetään yksilöllisesti. Tämä rahoitusjärjestely on palvelujen tuottajalle riski, sillä kuntoutuksen tulos ja myös aikaisemmat tulokset otetaan huomioon korvauksissa "no cure - less pay" -periaatteella (OECD 2008). Työnantaja voi myös tarjota työntekijälleen erilaisia palveluja työhön paluun nopeuttamiseksi. Tällaisia palveluja ovat esimerkiksi selkäkuntoutus, stressinhallinta, keskusteluterapia sekä apu uuden työn etsimiseen (SOU 2006).

Henkilökohtaiset työhön paluusuunnitelmat ovat Hollannissa osoittautuneet parhaita tuloksia tuottaviksi. Ne antavat mahdollisuuden valita kuntoutujalle juuri hänelle sopivaa työhön paluun tukea ja palveluntuottajia. Toisaalta OECD:n raportissa todetaan, että tällaisista asiantuntevista palveluista on pulaa. Hintakilpailu saattaa johtaa siihen, että parhaimmat palveluntuottajat väistyvät markkinoilta. UWV on pyrkinyt muuttamaan kehitystä tekemällä pidempiä sopimuksia, jotka antavat palvelujen tuottajille mahdollisuuden investoida ja vakiintua markkinoille.

OECD arvioi raportissa tarkastellun neljän maan ammatillisen kuntoutuksen tuloksia seuraavasti: Irlannissa tulokset ovat huonoja. Puolet kuntoutujista jättää kuntoutuksen kesken. Vajaa kolmannes kuntoutuksen päättäneistä löytää työtä ja vajaat seitsemän prosenttia työllistyy avoimille työmarkkinoille. Myös Tanskassa suuri osa kuntoutujista jää työttömiksi, samoin Hollannissa. Suomessa työeläkekuntoutuksessa olleista peräti 65 prosenttia on kuntoutuksen jälkeen työssä. On arvioitu, että hyvään tulokseen on vaikuttanut mm. se, että työeläkekuntoutukseen päässeet muodostava valikoidun pienen joukon (ns. *creaming effect*), joilla on usein ollut vakinainen työsuhde jo ennen kuntoutusta ja sen aikana.

4.2 Vaikeavammaisten lääkinnällinen kuntoutus Tanskassa ja Hollannissa

Kansaneläkelaitoksen tutkimusosaston katsaus (Faurie 2008) osoitti, että erityisesti vaikeavammaisten lääkinnällisestä kuntoutuksesta oli miltei mahdotonta löytää selkeää ja vertailukelpoista tietoa eri maista. Tämä johtui ennen kaikkea kuntoutusjärjestelmien eroista ja niiden puutteellisesta kuvauksesta. Monessa tarkastelun kohteena olleessa maassa lääkinnällinen kuntoutus on osa terveyden- ja sairaanhoitoa eikä sitä erotella muusta hoidosta. Yhteisenä piirteenä oli kuitenkin, että kuntoutus yleensä järjestyi pääasiallisesti kunnallisella tai alueellisella tasolla. Katsauksessa kuvattiin seuraavien maiden käytäntöjä: Iso-Britannia, Ruotsi, Norja, Tanska, Islanti, Saksa, Hollanti, Itävalta, Ranska ja Japani. Usean maan osalta tiedot jäivät muutama lauseeseen. Seuraavassa on referoitu aluksi Tanskan ja Hollannin järjestämistapaa, myöhemmin otetaan vertailuun mukaan Ruotsi ja Saksa.

Tanskassa kunta on vastuussa kaikesta kuntoutuksesta siltä osin kuin kuntoutus ei liity sairaalahoittoon tai seuraa sitä välittömästi. Koko terveydenhoidosta vastaavat vuoden 2007 alusta perustetut terveydenhuollon alueet. Näiden alueiden vastuulla ovat myös sairausvakuutusjärjestelmään kuuluvat yksityis- ja erikoislääkäripalvelut (STM 2007). Kuntoutus järjestetään siis joko sairaalassa hoidon yhteydessä tai avohoidossa kiinteästi kuntoutujan lähiyhteisöön liittyvänä.

Kunta päättää kuntoutuksen tarpeista yksilöllisin perustein ja lähettää ratkaisun kirjallisena hakijalle. Päätöstä edeltää usein kunnan edustajan kotikäynti ja sen perusteella tehty arvio kuntoutuksen tarpeesta sekä konsultoivan yleislääkäarin suositus. Kuntoutus myönnetään henkilölle, jolla on väliaikainen tai pysyvä vamma. Palveluja antavat kunnan palkkaamat yksityiset palvelun tuottajat tai kunnan terveydenhoidon korvausjärjestelmältä tilaamat terapeutit. Tanskassa avohoidon palveluilla ja kotikäynneillä on ollut aina tärkeä sija.

Hollannissa sairausvakuutuslaki säätelee alle vuoden kestävästä hoidosta – lääkinnällinen kuntoutus mukaan lukien. Yli vuoden kestävästä hoidon tarpeesta säädetään laissa poikkeuksellisista sairaanhoitokuluista. Lakeja toimeenpanevat terveydenhuollon vakuuttajat delegoivat vastuun palvelusopimuksen tekemisestä alueellisille terveydenhuollon toimipaikoille, joiden budjetista päättää vakuutuslautakunta (Health Care Insurance Board, CVZ). Vakuutettu henkilö on oikeutettu hoitoon alueellisen toimijan (Regional Indication Body, CIZ) puolueettomasti, objektiivisesti ja perusteellisesti antaman hoidonaiheen mukaan, josta ilmenee henkilön hoidon tarve, luonne ja määrä. (Faurie 2008)

Potilas voi itse valita palvelujen tuottajan, mutta vakuutus maksaa vain edellä mainitun toimijan hyväksymän ja vakuutuksen antajan kanssa sopimuksen tehneen laitoksen toteuttaman hoidon. Yli 18-vuotiaan henkilön on maksettava omavastuuosuus, joka määräytyy henkilön iän, tulojen tai perhetilanteen mukaan. Laki poikkeuksellisista sairaanhoitokuluista tarjoaa

myös mahdollisuuden ottaa vastaan etuus ns. henkilökohtaisena budjettina (personal budget) tai sen ja palvelun yhdistelmänä, mutta tämä mahdollisuus pätee vain tiettyihin etuuksiin (Faurie 2008). Henkilökohtainen budjetti tarkoittaa, että henkilökohtaiseen käyttöön osoitetun rahamäärän turvin voi itse ostaa haluamansa ja tarpeelliseksi kokemansa palvelut.

4.3 Vakuutus pohjainen kuntoutus Saksassa

Kun Suomen tavalle järjestää kuntoutusta etsitään eurooppalaisia vertailukohteita, valitaan usein vertailumaiksi Saksa ja Ruotsi. Tarkemmin katsottuna Suomen kuntoutusjärjestelmässä on piirteitä sekä Saksan vakuutus pohjaisesta järjestelmästä että Pohjoismaiden veropohjaisiin julkisiin palveluihin perustuvasta järjestelmästä. Näiden maiden kuntoutusjärjestelmässä näkyy myös samanlaisia muutospaineita kuin meillä.

Saksassa lakisääteiset vakuutusjärjestelmät eli sairausvakuutus, eläkevakuutus ja tapaturmavakuutus vastaavat kuntoutuksesta. On lukuisia yksityisiä sairauskassoja, jotka ovat organisoituneet eri tavoin, esimerkiksi työsuhteen tai asuinpaikan mukaan. Myös eläkevakuutus on organisoitu monella tavalla. Työmarkkinalaitos on työnvälitystoimistojen pääelin ja se vastaa työpaikkatason tukitoimenpiteistä ja työnvälityksestä sekä jossain määrin myös uudelleen koulutuksesta. Työnvälitys vastaa työhön kuntoutuksesta, jos muuta vastuuviranomaista ei ole. Sairausvakuutuksella on ensisijainen vastuu akuutista hoidosta. Sairauskassat voivat maksaa hoidon kuntoutuslinikassa silloin, kun ei ole muita kuntoutuksesta vastuussa olevia tahoja. Tapaturmavakuutus vastaa työtapaturmista ja muista tapaturmista johtuvasta kuntoutuksesta.

Saksassa AOK (Allgemeine Ortskrankenkassen) on suurimpia sairauskassoja. Se on lähtökohdiltaan julkinen ja siihen liitytään asuinpaikkaperusteella. Kassalla on kaikkiaan 230 kuntoutuslinikkaa eri puolilla maata. Klinikat voivat olla hoitopainotteisia, jatkohoitopainotteisia (anschlussheilbehandlung, AHB), kuntoutuspainotteisia tai geriatrispainotteisia. Lisäksi ne saattavat olla erikoistuneita tiettyihin sairausryhmiin. AHB tarkoittaa Saksan järjestelmässä hoitoa kuntoutuslinikassa välittömästi akuutin lääketieteellisen hoidon jälkeen, esim. sydäninfarktin tai lonkkaleikkauksen jälkeen. Näin järjestetty välitön jatkohoito on tuottanut hyviä tuloksia. Sairauskassa maksaa akuutin hoidon ja eläkevakuutus jatkohoidon. (Gerner et Deck 1995, AOK Reha-Hospital <<http://www.reha-hospital.de>> viitattu 8.12.2009)

Vuonna 2001 voimaan tullut sosiaalilainsäädännön ns. yhdeksäs kirja (Sozialgesetzbuch Neuntes Buch – SGB IX) käsittelee vammaisen henkilön kuntoutusta ja osallistumista. Sen mukaan vammaiseksi eli pysyvästi toimintarajoitteiseksi määritellyn henkilön lääkinnällisen kuntoutuksen maksaa lakisääteinen sairausvakuutus. Lääkinnällisen kuntoutuksen etuudet kattavat erilaisia terapioiden ja toimenpiteiden, apuvälineiden, lääkinnällisiä tuotteita ja sidostarpeita sekä lääketieteellistä ja muuta sairaanhoitoa, vammaisuuden varhaista tunnistamista ja ehkäisyä. Osana etuuksia on mm. aktivointi, informaatio ja neuvonta, yhteyksien välittäminen, apu henkiseen tasapainon ja sosiaalisen kykyjen saavuttamiseen, arkielämän harjoittelu sekä tuki ja motivointi kuntoutukseen. Saksassa kuten Hollannissakin voi vammaisen henkilö itse hankkia haluamansa palvelut henkilökohtaisen budjetin avulla valmiiden palvelujen sijasta (Faurie 2008).

Saksan sairausvakuutuksessa tapahtui 2000-luvulla suuria muutoksia. Kun lakisääteistä sairausvakuutusta uudistettiin vuonna 2004, vahvistui myös ajatus integroidusta terveydenhuollosta. Tämä yhdistettynä sosiaalilainsäädännön muutokseen vuonna 2001 toi keskusteluun vaa-

timukset integroidun hoidon uudesta rakenteesta, akuutin hoidon ja lääkinnällisen kuntoutuksen rajapinnoista sekä kysymykset palvelujen tuottamisesta tulevaisuudessa (Fuchs 2004).

Eläkevakuutus on Saksassa perinteisesti ollut merkittävin kuntoutuksen järjestäjä. Sen vastuulla ja kustannettavana on ollut pääosa lääkinnällisestä kuntoutuksesta ja suuri osa työhön kuntoutuksesta. Lääkinnällinen kuntoutus järjestetään työelämässä oleville, joilla arvioidaan kuntoutuksen jälkeen olevan mahdollisuus palata työhön. Sairauksassa järjestää kuntoutusta pysyvästi toimintarajoitteisille henkilöille, jotka tarvitsevat kuntoutusta toimintakyvyn ylläpitämiseen ja arjesta selviytymiseen.

Aikaisemmin lääkinnällinen kuntoutus järjestettiin pääsääntöisesti neljän viikon pituisina jaksoina kuntoutusklirikassa. Kuntoutuksen lähtökohtana oli lääketieteellisin perustein annettujen hoitojen ja terapioiden lisäksi myös perinteinen Kur-ajattelu, joka perustui kokonaisvaltaiseen ruumiin ja sielun hoitoon rauhallisessa ympäristössä. Tällaisen kuntoutuksen tehokkuutta on kuitenkin kyseenalaistettu (Gerner et Deck 1995). Ajatus kokonaisvaltaisesta kuntoutuksesta näyttää kuitenkin edelleen säilyneen.

Saksassa eläkevakuutuksen kuntoutuksen periaatteena on "Kuntoutus ennen eläkettä". Kuntoutuksella pyritään vaikuttamaan sekä terveydellisiin että toiminnallisiin tekijöihin, jotka voivat rajoittaa ihmisen työkykyä. Deutsche Rentenversicherung Bund DRB – eläkevakuutusyhtiöiden kattojärjestö – on kattavasti määritellyt eläkevakuutuksen kuntoutustehtävät ja kuntoutuksen järjestämisen ehdot (Deutsche Rentenversicherung Bund DRB <<http://www.deutsche-rentenversicherung-bund.de>> viitattu 8.12.2009). Niissä korostetaan mm. tarvetta täsmentää terveydenhuollon ja eläkevakuutuksen kuntoutuskonsepteja sekä kehittää kuntoutuksen laadunvarmistuksen työkaluja ja menetelmiä.

DRB:llä on maata kattava verkosto kuntoutuskeskuksia. Niitä on 22 paikkakunnalla eri puolilla Saksaa. Kattojärjestön ohjeissa todetaan, että eläkevakuutuksen lääkinnällinen kuntoutus ei ole kylpylähoitoa, lomaa tai terveydenhoitoa. Kuntoutuskonsepti perustuu uusimpaan tieteelliseen tietoon ja tutkimukseen. Kuntoutuksen tavoitteena on lääkinnällisin ja kuntoutuksellisin keinoin vaikuttaa ihmisen mahdollisuuksiin tehdä työtä.

4.4 Kuntoutuksen yhteensovittamisen haasteita Ruotsissa

Ruotsin sosiaaliturva- ja terveydenhuoltojärjestelmät ovat pääpiirteittäin samankaltaisia kuin Suomessa ja koetut ongelmat usein myös samanlaisia. Kummassakin maassa kamppaillaan sinänsä kattavien järjestelmien yhteensovittamisen kanssa.

Ruotsissa kuntoutusprosessin osapuolia ovat sosiaali- ja terveydenhuolto, vakuutuskassa, työnantajat, työterveyshuolto ja työnvälitys. Sosiaali- ja terveydenhuolto, josta maakäräjät vastaavat, huolehtii lääkinnällisestä kuntoutuksesta. Tavanomaisen sairaanhoidon lisäksi siihen kuuluu mm. tutkimus ja hoito fysioterapiayksiköissä tai näkö- ja kuulokeskuksissa, toiminta- ja työterapia, neuvontaa, tukitoimia sekä toimintakyvyn arviointeja.

Yksittäinen kunta vastaa asumispalveluihin kuuluvasta lääkinnällisestä kuntoutuksesta ja sosiaalisesta kuntoutuksesta, johon kuuluu palveluja, neuvontaa ja avustusta yksilön elämään, arkeen ja elämänhallintaan liittyvissä asioissa. Kunta vastaa myös päihdehuollosta.

Työelämään suuntautuva kuntoutus sisältää toimenpiteet, joita tarvitaan henkilön toimintakyvyn palauttamiseksi ja työhön paluun turvaamiseksi. Työnantajalla on ensisijainen vastuu havaita ja selvittää tällaisen kuntoutuksen tarve. Työnantajan on myös ryhdyttävä kaikkiin järjestelyihin, jotka ovat työpaikalla mahdollisia.

Vakuutuskassojen tehtävä on yhteen sovittaa työelämään suuntautuvan kuntoutuksen erilaisia toimenpiteitä. Toimenpiteet voivat olla lääkinnällisiä, sosiaalisia tai työelämään kohdistuvia. Vakuutuskassan on pidettävä yhteyttä myös työntajajaan. Vakuutuskassa voi kutsua kuntoutujan itse ja muut osapuolet "yhteensovittamiskokoukseen" (avstämningmöte), jossa sovitaan kunkin tahon toimenpiteistä ja niiden ajoituksesta. Siinä yhteydessä voidaan myös laatia kuntoutus- tai työhön paluusuunnitelma. Kokous on vakuutuskassan tärkein keino aktiivisesti viedä kuntoutujan asiaa eteenpäin.

Vakuutuskassalla on rajoitetusti mahdollisuus ostaa palveluja, kuten esim. toimintakykysearvi-tyksiä, yhteisarvioiteja tai työhön paluuseen liittyviä selvityksiä. Vakuutuskassa voi ostaa selvitykset vain sellaisilta palvelujen tuottajilta, joiden kanssa se on tehnyt sopimuksia. Palveluntuottajan on täytettävä vakuutuskassan asettamat laatuvaatimukset.

Työnvälitys vastaa puolestaan työmarkkinoille suunnatuista toimenpiteistä, sen päätehtävänä on helpottaa työn saantia ja ehkäistä työmarkkinoilta syrjäytymistä. Työttömien kuntoutus ja työllistämiseen tähtäävät toimenpiteet ovat kokonaan työnvälitystoimistojen vastuulla. Julkisin varoin ylläpidetyt työmarkkinainsitootit (Arbetsmarknadsinstitut AMI) tarjoavat myös kuntoutus- ja työllistämispalveluja.

Eri osapuolten yhteistyötä on pyritty parantamaan siten, että määrättyissä tilanteissa on voitu kustantaa kuntoutus yhteisrahoituksella. Tämä järjestely aloitettiin kokeiluluontoisesti jo 1990-luvun puolessa välissä. Kunnat, vakuutuskassat ja työnvälitys voivat kukin osoittaa määrätyn osuuden yhteistoiminnan pysyvään rahoitukseen. Vuonna 2003 säädettiin toiminnasta lailla ja samalla tarkistettiin osapuolten rahoitusvelvollisuuksia. Jokaisen alueen harkinnassa on kuitenkin edelleen ryhdytäänkö tähän yhteisrahoitukseen vai ei.

Ruotsissa on viime vuosina kiinnitetty huomiota paljon sairauspoissaolojen vähentämiseen. Tässä tarkoituksessa on luotu selkeä toimintamalli sairauspäiväraha-kauden seurannasta ja toimenpiteistä eli ns. kuntoutusketju (Socialdepartementet 2008). Kuntoutusketju tarkoittaa sitä, että sairauspoissaolon eri vaiheissa (0–90 päivää, 91–180 päivää ja 181–365 päivää) vakuutuskassan on arvioitava työntekijän edellytykset palata työhön sekä selvittävä työhön kuntoutuksen mahdollisuuksia. Vakuutuskassan on yhdessä työnantajan tai työnvälityksen kanssa ryhdyttävä tarpeellisiin toimenpiteisiin työn tai työkokeilujen järjestämiseksi. Kuntoutusketju vahvistettiin lainsäädännössä ja se otettiin käyttöön heinäkuun alusta 2008.

Sairauspäiväraha-kaudella tapahtuvan kuntoutuksen tehostamiseksi on valtion, kuntien ja maakäräjien liiton keskinäisellä sopimuksella otettu lisäksi käyttöön ns. kuntoutustakuu. Sopimus tehtiin vuonna 2008 ja se koskee toistaiseksi vuosia 2009 ja 2010.

Kuntoutustakuusta tehdyn sopimuksen mukaan valtio antaa rahallista tukea maakäräjille, jos ne järjestävät sellaisia lääkinnällisiä hoitomuotoja, joiden vaikutuksesta työkyvyn palauttamiseen on tieteellistä näyttöä. Tämä koskee toistaiseksi kahta diagnoosiryhmää, jotka yhteensä muodostavat yli puolet kaikista sairauspoissaoloista. Kyseiset diagnoosiryhmät ovat epäspesifit selkä- ja niskavaivat sekä lievät tai keskivaikeat mielenterveysongelmat. Korvaukseen oikeuttavien toimenpiteiden tulee olla määriteltyjä Valtion lääketieteellisten toimenpiteiden arviointiorganisaation SBU:n raporteissa, Sosiaalhallituksen kansallisissa hoitosuosituksissa ja

vakuutuslääketieteellisissä päätöksenteko-ohjeissa. Korvaus maksetaan maakäräjille jokaisesta kuntoutus- ja hoitotoimenpiteistä saaneesta potilaasta. Korvaus on esimerkiksi kipupotilaan monimuotoisesta hoidosta ja kuntoutuksesta 40 000 kruunua (3 930 euroa¹) ja kognitiivista käyttäytymisterapiaa saaneesta potilaasta 10 000 kruunua (980 euroa). Maakäräjät saavat lisäksi näihin kustannuksiin 25 prosentin korotuksen käytettäväksi kuntoutustakuun kehittämisen ja organisoinnin kustannuksiin. Valtion varoista osoitettiin kuntoutustakuun toteuttamiseen 600 milj. kruunua (58,9 milj. euroa) vuonna 2009. Vuonna 2010 summa on miljardi kruunua (98,2 milj. euroa). Kuntoutustakuun vaikutuksia seurataan ja arvioidaan. Ensimmäinen raportti luovutetaan sosiaaliministeriölle vuoden 2010 alussa. (SOU 2009)

Kuntoutustakuun tultua voimaan vakuutuskassat lopettivat vastaavanlaisten palvelujen ostamisen yksityisiltä kuntoutusyrittäjiltä. Valtion ja kuntien välisen sopimuksen mukaan maakäräjät voivat järjestää kuntoutustakuun mukaiset palvelut omana toimintana tai käyttää ulkopuolisia palveluntuottajia. Sopimus ei vaadi, että maakäräjät kilpailuttavat julkista tukea saavia kuntoutuspalveluja. Valtaosa maakäräjistä onkin turvautunut omiin kuntoutuspalveluihin sillä seurauksella, että yksityisten kuntoutuspalvelujen kysyntä on merkittävästi vähentynyt. Yksityisten kuntoutuspalvelujen tuottajien järjestön mukaan palvelujen kysyntä on vähentynyt lähes 50 prosentilla, minkä seurauksena joitakin klinikoita on jouduttu myös lopettamaan.

Hallituksen selvityksessä (SOU 2009) esitetään epäily kuntoutustakuun kykyyn kannustaa vaikuttaviin kuntoutustoimenpiteisiin. Kuntoutustakuun korvaus saadaan aloitetusta ja toteutetusta kuntoutuksesta riippumatta siitä, onko kuntoutus ollut tehokasta tai onko se johtanut työhön paluuseen. Kuntoutuksen laadun varmistamiseksi on olemassa vain yksityiskohtaisia määräyksiä kuntoutustoimenpiteistä ja kuntoutushenkilöstön koulutuksesta. Selvityksessä peräänkuulutetaan kannustusjärjestelmää, joka paremmin palkitsisi saavutetuista tuloksista.

4.5 Yhteenvetoa

Vertailu eri maiden kesken osoittaa, että kuntoutuspalveluiden järjestämis- ja tuottamistavat seuraavat maan hyvinvointipalvelujen yleisiä järjestämis- ja rahoitusperiaatteita. Ääripäissä tässä suppeassa vertailussa olivat toisaalta Tanska, jossa kunnilla ja sairaanhoidon alueilla on keskeinen vastuu kuntoutuksen toimeenpanosta ja toisaalta Hollanti, jossa lähtökohdina ovat yksityiset vakuutusjärjestelmät ja niiden hankkimat palvelut. Tarkastelluissa maissa kuntoutuksen järjestämisperiaatteet olivat erilaiset lääkinnällisessä kuntoutuksessa ja työelämään suuntautuneessa kuntoutuksessa. Lääkinnällinen kuntoutus on integroitu mahdollisimman lähelle muuta terveydenhuoltoa. Vastuu työelämään suuntautuvan kuntoutuksen järjestämisestä on pyritty kytkemään joko työnantajiin tai työeläkevakuutusjärjestelmiin.

Suomalaiset kuntoutuslaitokset muistuttavat lähtökohdiltaan saksalaisia kuntoutusklinikoita ja kylpylöitä. Suomalaisen kylpylöiden ja kuntoutuslaitosten vilkkaimpana perustamisajankana 1970- ja 1980-luvuilla vaikutteita haettiin nimenomaan Saksasta. Perinteisen Kur –ajattelun pohjalta toimivat laitokset näyttävät Saksassa nyt olevan samanlaisten vaikuttavuus- ja laatuvaatimusten edessä kuin kuntoutuslaitokset Suomessa.

¹ Kurssi tammikuussa 2010: 1 euro = 10,32 kruunua

Muissa tarkastelun kohteena olleissa maissa eli Tanskassa, Hollannissa ja Ruotsissa kuntoutuspalvelut on kiinteämmin integroitu yleisiin palvelujärjestelmiin ja kuntoutus tuotetaan näiden palvelujen osana. Yhteisenä piirteenä on, että kuntoutuspalvelujen hankinnassa halutaan yhä enemmän kiinnittää huomiota kuntoutuksen tuloksellisuuteen palvelujen laadun arvioinnissa. Eri maissa on kehitetty mm. kuntoutuksen rahoitusmuotoja siten, että ne kannustavat kuntoutuksen mahdollisimman hyvään vaikuttavuuteen.

5 Kuntoutuksen vaikuttavuus

Kuntoutuksen vaikuttavuutta on tutkittu Suomessa ja muissa maissa suhteellisen vähän, vaikka tällaisen tietämyksen tarve on monissa yhteyksissä todettu. Toisaalta huolta on kannettu myös siitä, miten olemassa oleva vaikuttavuusnäyttö muuttaa kuntoutuskäytäntöjä. (Aalto ym. 2002)

Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön toimeksiannosta laadittiin vuonna 2002 kuntoutuksen vaikuttavuutta koskeva raportti, jossa raportoitiin ja arvioitiin kahdeksan kohderyhmän kuntoutuksen vaikuttavuudesta kertynyt tutkimustieto (Aalto ym. 2002). Mukaan koottiin erityisesti suuriin ikäluokkiin ja niissä oleviin keskeisiin sosiaalisiin tai terveysongelmiin liittyvät kuntoutusmuodot. Arviot perustuivat kansainvälisiin katsauksiin ja kotimaassa julkaistuihin tutkimusraportteihin.

Raportin mukaan tutkimukset osoittavat, että näyttöä kuntoutuksen vaikuttavuudesta on olemassa lääkinnällisen kuntoutuksen osalta muutamissa kuntoutusmuodoissa ja ongelmaryhmissä, kuten pitkittyneessä alaselkävauriossa, aivohalvauspotilaiden akuutissa kuntoutuksessa ja äkillisesti sairastuneiden vanhusten sairaalakuntoutuksessa. Ammatillisen kuntoutuksen osalta raportoitiin, että tutkimukset osoittavat selkeää näyttöä mm. tuetun työllistämisen, päihdekuntoutuksen, psykiatrisen kuntoutuksen ja pitkäaikaistyöttömien kuntoutuksen vaikuttavuudesta, mutta muissa maissa toteutettujen tutkimusten tulosten soveltuvuus Suomen olosuhteisiin vaatisi lisätutkimuksia. (Aalto ym. 2002).

Moniammatillinen toimintatapa korostui yhteisenä piirteenä vaikuttavalle kuntoutukselle. Vaikuttavuus oli suurempaa, kun kuntoutuskokonaisuuteen liitettiin varsinaisten kuntoutusorganisaatioiden ulkopuolisia tahoja, kuten koti- tai muu lähiyhteisö, työpaikka, jne. Kuntoutuksen varhainen aloitus ja tarkka kohdentaminen näyttivät tehostavan vaikuttavuutta. (Aalto ym. 2002).

Raportin perusteella voi todeta, että kuntoutuksen vaikuttavuutta koskeva tietämys on satunnaista, eikä kata keskeisiä kuntoutuksen alueita. Toisaalta raportissa tarkasteltiin kuntoutusta kokonaisuutena, jolloin laitospotilaiden panos vaikuttavan kuntoutuksen tekijänä ei erotu kokonaisuudesta varsinkaan muissa maissa tehdyissä tutkimuksissa (joissa laitospotilasta ei ehkä meidän kaltaisena ole). Tarkasteltujen tutkimusten tuottama näyttö vahvuus oli vaihtelevaa ja myös käytetyt vaikuttavuuden mittaamenetelmät vaihtelivat.

Tätä selvitysmiesraporttia varten etsittiin Aallon ym. raportin jälkeen julkaistuja ulkomaalaisia katsauksia kuntoutuksen vaikuttavuuteen, ja näistä arvioitiin laitospotilasta koskevat tulokset. Lisäksi koottiin kotimaiset laitospotilaiden vaikuttavuutta koskevat tutkimusraportit (koonti tutkimusraporteista on liitteenä 1).

Kirjallisuushaussa löytyi kaksi ulkomaista systemaattista kirjallisuuskatsausta, joissa käsiteltiin laitospotilaiden vaikuttavuutta. Toisessa katsauksessa selvitettiin kroonisten selkäkipupotilaiden ja toisessa tuki- ja liikuntaelinpotilaiden laitospotilaiden vaikuttavuutta Saksassa (Hüppe ja Raspe 2003; Bethge & Müller-Fahrnow 2008). Hüppen ja Raspen (2003) koomat tutkimukset osoittivat selkäkipupotilaiden laitospotilaiden useita myönteisiä vaikutuksia, mutta näyttö vahvuus jäi käytettyjen tutkimusmenetelmien vuoksi heikoksi. Bethge ja Müller-Fahrnow (2008) osoittivat katsauksessaan tuki- ja liikuntaelinsairauksien intensiivisellä laitospotilastutuksella olevan vahva myönteinen vaikutus itse arvioituun terveyteen ja kiipun perinteiseen kuntoutukseen verrattuna.

Kotimaisia tutkimusraportteja löytyi haussa yhteensä 37. Vaikuttavuusarviot koskettelivat varsin erityyppisiä laitosinterventioita ja kohderyhmiä. Eniten oli tutkimuksia ammatillisen kuntoutuksen vaikuttavuudesta (yhteensä 12, sisältäen 6 ASLAK-kuntoutuksen vaikuttavuus-tutkimusta). Seitsemässä raportissa kuntoutus kohdistui tuki- ja liikuntaelinsairauksiin ja –vai-voihin (sisältää fibromyalgia, reuma) ja neljässä kohdejoukkona oli vanhusväestö. Myös tut-kimusmenetelmät vaihtelivat satunnaistetuista kokeista laadullisiin (haastattelu-)tutkimuksiin.

Tuki- ja liikuntaelinpotilaiden kuntoutusta koskeneissa tutkimuksissa havaittiin lähinnä indi-katiivista vaikuttavuutta. Monissa tutkimuksissa sovellettiin ennen – jälkeen –asetelmaa, jol-loin kuntoutuksen lisäksi mahdolliset muut tekijät saattavat selittää myönteisiä tuloksia. Eroja havaittiin myös sen suhteen, millaista hoitoa taustasairauteen oli annettu, vaikka kuntoutusin-terventio olikin sama: konservatiivisesti hoidettujen potilaiden olkanivelen laitoskuntoutus oli leikkaushoidettujen vastaavaa kuntoutusta vaikuttavampaa.

Kuntoutujien arviot kuntoutuksen hyödyistä olivat pääsääntöisesti positiivisia. Vanhusten kuntoutuksen osalta havaittiin, että vaikka vanhukset itse kokivat myönteisiä vaikutuksia, esimerkiksi kivut, mieliala ja toimintakyky eivät vakiintuneilla mittareilla arvioituna kohentu-neet. Sotaveteraanit arvioivat laitoskuntoutuksen parantaneen heidän toimintakykyään ja vä-hentäneen kipuja. Tilastollisesti merkittävä muutos tapahtui veteraanien lihasvoimassa. Van-husten kuntoutuksessa ei havaittu eroja laitos- ja avokuntoutuksen vaikuttavuudessa.

Erilaisia laitoskuntoutuksen vaikuttavuusindikaattoreita oli tutkimuksissa luonnollisesti useita ja hyvinkin erityyppisiä. Erityisesti lääkinnällisen, mutta osin myös ammatillisen kuntoutuk-sen vaikuttavuutta näyttää tutkitun samoilla indikaattoreilla, joilla myös terveydenhuollon muita interventioita arvioidaan. Terveydenhuollon toimenpiteiden ja kuntoutuksen tavoitteet eivät kuitenkaan aina ole samat, jolloin terveyspalveluihin kehitetyt vaikuttavuusindikaattorit vastaavat kuntoutukseen sovellettuna väärään kysymykseen. Toisaalta tutkimusten aineistot vaihtelivat, minkä vuoksi tulosten vahvuus näytön asteen suhteen oli hyvin vaihteleva.

Löydettyjen tutkimusraporttien pohjalta ei voi tehdä yksiselitteisiä johtopäätöksiä laitoskun-toutuksen vaikuttavuudesta. Jos myönteisiä vaikutuksia tutkimuksissa löytyi, niiden ei voi täysin luotettavasti sanoa johtuvan kuntoutuksesta. Lisäksi laitoskuntoutuksen myönteiset vaikutukset näyttivät jäävän lyhytaikaisiksi. Vain muutamassa tutkimuksessa todettiin kun-toutuksen myönteisten vaikutusten jatkuvan vielä vuoden kuluttua kuntoutuksen jälkeen.

6 Kuntoutuslaitoskysely

6.1 Kyselyn tarkoitus ja toteutus

Selvitystehtävän ensimmäinen osa oli selvittää kuntoutuslaitosten kapasiteetin, käytön, henkilöstön ja talouden tämänhetkinen tilanne. Koska tarvittavia tietoja ei ollut saatavissa valtakunnallisista rekistereistä, eikä myöskään keskeisten kuntoutuksen rahoittajien (Kansaneläkelaitos, Valtiokonttori) tiedostoista, oli tarpeen toteuttaa kyselytutkimus kuntoutuslaitoksille.

Kyselytutkimus toteutettiin mahdollisimman tarkoin noudattaen aiemmin tehtyjä vastaavia tutkimuksia, jotta voitaisiin arvioida kiinnostuksen kohteena olevissa tekijöissä tapahtuneita muutoksia. Aiempia tutkimuksia olivat erityisesti kaksi Raha-automaattiyhdistyksen toteuttamaa kyselyä 1990-luvulla. Lisäksi kyselyssä haettiin tietoja, joita aiemmissa tutkimuksissa ei raportoitu, erityisesti asiakaskuntaan liittyviä tietoja samoin kuin tietoja avokuntoutuksen merkityksestä laitoksille. Kyselyssä tiedusteltiin myös laitosten tulevaisuuden näkymiä kapasiteetin, käytön ja talouden kehityksen suhteen.

Kysely toteutettiin internet-pohjaisesti. Siihen pyrittiin saamaan mukaan kaikki Suomessa toimivat kuntoutuslaitokset, jotka tuottavat internaattimuotoista kuntoutusta ja joissa kuntoutusta rahoitetaan julkisista varoista tai pakollisten vakuutusten kautta. Yhteensä kysely lähetettiin 94 kuntoutuslaitokseen, jotka olivat säätiöiden, järjestöjen tai yritysten ylläpitämiä.

6.2 Kyselyn tulokset

Kyselyyn vastasi 30.11.2009 mennessä yhteensä 85 laitosta. Luettelo vastanneista laitoksista on liitteessä 2. Osa vastauksista koski organisaatioita, jotka omistavat useita laitoksia, mutta joiden eri laitoksia ei voitu vastauksista erotella.

Kaikilla laitoksilla oli lääninhallituksen antama toimilupa. Kuntoutuslaitokset ovat yksityisesti terveydenhuollosta annetun lain mukaan (152/1990) yksityisiä palvelujen tuottajia, joilla tulee olla lääninhallituksen antama lupa palvelujen antamiseen.

Kapasiteetti ja käyttöaste

Kuntoutuslaitosten kapasiteettia mitattiin aiempien selvitysten tapaan laitoksen vuodepaikkojen määränä. Koska monissa kuntoutuslaitoksissa harjoitetaan kuntoutuksen lisäksi muuta majoitustoimintaan (kuten kylpylä- ja hotellitoimintaa), tiedusteltiin myös nimenomaan kuntoutukseen varattujen vuodepaikkojen määrää. Luonnollisesti majoituskapasiteettia käytetään kysynnän mukaan joustavasti niin, että kuntoutukseen varattua kapasiteettia voidaan käyttää hotellitoimintaan tai päinvastoin.

Taulukossa 4 kuvataan laitosten koko vuodekapasiteetti vuosilta 1992, 1996 ja 2008 sekä laitosten ennuste vuodepaikoistaan vuonna 2012. Kaikkiaan vuonna 2008 laitosten käytettävissä oli noin 11 600 vuodepaikkaa. Näistä oli varattu kuntoutustoimintaan noin 6 600 vuodepaikkaa. Kuntoutusvuodepaikkojen määrä kasvoi vuodesta 1996 vuoteen 2008 noin 21 prosenttia. Laitokset kuitenkin varautuvat laitoskuntoutuskapasiteetin vähentämiseen, sillä vuonna 2012

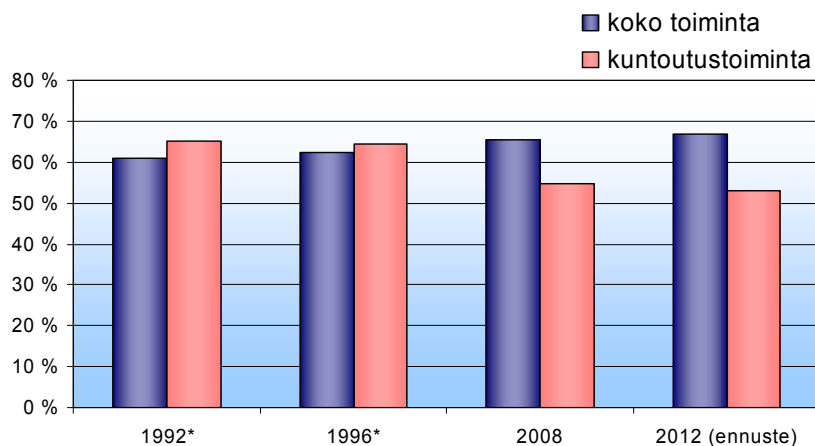
kuntoutukseen varattujen paikkojen määrän odotetaan olevan noin seitsemän prosenttia nykyistä pienempi.

Taulukko 4. Kuntoutuslaitosten vuodekapasiteetti vuosina 1992, 1996 ja 2008 sekä ennuste vuodelle 2012.

Kapasiteetti, vuodetta	1992	1996	2008	2012
Vuodepaikat yhteensä	9 770	10 266	11 637	11 736
Kuntoutusvuodepaikat	4 829	5 501	6 664	6 225

Kapasiteetin käyttöaste laskettiin aiempien selvitysten tapaan majoitusvuorokausien määrän perusteella. Majoitusvuorokausien maksimimääränä pidettiin 365 vuorokautta yhtä vuodetta kohden. Tällaista maksimaalista vuorokausien määrää ei käytännössä ole useimmissa laitoksissa mahdollista saavuttaa mm. henkilöstökapasiteetin riittävyyden vuoksi, mutta se kuitenkin on yksiselitteinen vertailupohja sekä aiempiin selvityksiin verrattuna että laitosten välisessä vertailussa.

Kuviossa 2 kuvataan kapasiteetin käyttöaste vuosina 1992, 1996 ja 2008, sekä laitosten ilmoittama ennuste käyttöasteestaan vuonna 2012. Käyttöaste on laskenut aiemmista selvityksistä nimenomaan kuntoutustoiminnassa, sen sijaan koko toiminnan käyttöaste on hiukan kasvanut. Kuntoutustoiminnan käyttöasteen ennustetaan vielä laskevan lähelle 50 prosenttia vuoteen 2012 mennessä.



* Mykrä / RAY 1993 ja 1997

** Maksimikapasiteetti = 365 vuorokautta / vuodepaikka

Kuvio 2. Kuntoutuskapasiteetin käyttöaste vuosina 1992, 1996 ja 2008, sekä ennuste vuodelle 2012. Maksimikapasiteetti = 365 vrk/kuntoutuspaikka.

Laitokset luokiteltiin kolmeen ryhmään sen perusteella, mikä taho on niiden tärkein kuntoutuksen tilaaja tai rahoittaja. Mikäli laitoksen rahoituksesta vähintään 70 % tuli samalta rahoittajalta (esim. Kelasta), määriteltiin laitos tätä rahoittajaa (esim. Kelaa) palvelevaksi laitoksek-

si. Luokkia muodostui näin kolme: Kelan kuntoutusta palvelevat laitokset, sotainvalideja ja -veteraaneja palvelevat laitokset ja eri maksajatahoja palvelevat laitokset. Viimeksi mainitun ryhmän laitosten rahoittajina toimivat myös sekä Kela että Valtiokonttori, mutta tällöin kunkin osuus rahoituksesta oli alle 70 prosenttia. Käyttöaste oli korkein sotainvalideja ja -veteraaneja palvelevissa laitoksissa, lähes 70 prosenttia, ja matalin Kelan kuntoutusta palvelevissa laitoksissa (alle 50 prosenttia).

Toinen laitosryhmitys oli Raha-automaattiyhdistyksen selvityksissä vuosina 1992 ja 1996 käytetty jako vaikeavammaisten kuntoutuslaitoksiin, sotainvalidien sairaskoteihin ja kuntoutussairaaloihin, kuntoutus- ja kurssikeskuksiin, kylpylöihin sekä muihin laitoksiin. Käyttöaste oli korkein sotainvalidien sairaskodeissa ja kuntoutussairaaloissa, yli 80 prosenttia, ja matalin kylpylöiden kuntoutusosastoilla, alle 40 prosenttia.

Kuntoutustoiminnan käyttöaste pieneni laitoksessa kuntoutukseen varattujen vuodepaikkojen määrän kasvaessa niin, että enintään 30 paikan laitoksissa käyttöaste oli runsaat 60 prosenttia, ja suurimmissa yli 100 paikan laitoksissa runsaat 40 prosenttia.

Taulukko 5. Kuntoutuskapasiteetin käyttöaste eri laitosluokituksilla vuonna 2008.

Maksimikapasiteetti = 365 vrk/kuntoutuspaikka.

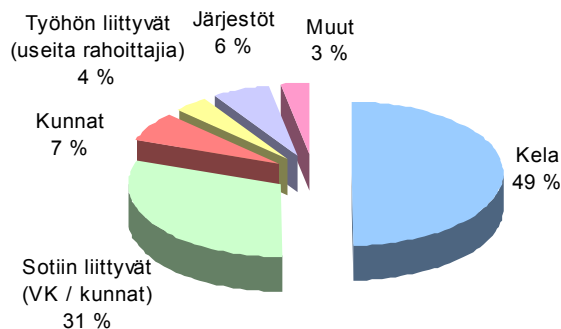
Laitosryhmä rahoittajan mukaan	
Kelan kuntoutusta palveleva laitos	0,46
Sotainvalideja ja -veteraaneja palveleva laitos	0,67
Eri maksajatahoja palveleva laitos	0,50
Laitosryhmä asiakaskunnan mukaan (ks. Mykrä 1993)	
Vaikeavammaisten kuntoutuslaitokset	0,47
Sotainvalidien sairaskodit ja kuntoutussairaalat	0,83
Kuntoutus- ja kurssikeskukset	0,43
Kylpylät	0,35
Muut laitokset	0,41
Laitoksen kuntoutusvuodepaikkojen mukaan	
1 - 30 paikkaa	0,65
31 - 63 paikkaa	0,57
64 - 100 paikkaa	0,52
yli 100 paikkaa	0,43
Kaikki laitokset	0,55

Majoitusvuorokaudet

Majoitusvuorokausia oli tutkimuksessa olleissa laitoksissa vuonna 2008 yhteensä 2,5 miljoonaa, ja laitokset ennakoivat, että niitä olisi vuonna 2012 hiukan enemmän, noin 2,6 miljoonaa. Vuonna 2008 vuorokausia oli yhteensä hiukan enemmän kuin 12 vuotta aikaisemmassa selvityksessä (2,4 miljoonaa). Sen sijaan kuntoutusvuorokausia oli vuonna 2008 jokseenkin yhtä paljon, (noin 1,17 miljoonaa vuonna 2008 ja 1,25 miljoonaa vuonna 1996). Kuntoutusvuoro-

kausien arvioitiin vähenevän vuodesta 2008 vuoteen 2012 mennessä noin 80 tuhannella (arvion mukaan 1,09 miljoonaa kuntoutusvuorokautta vuonna 2012).

Kansaneläkelaitos rahoitti vuonna 2008 kuntoutusvuorokausista noin puolet ja sotiin liittyen Valtiokonttori (osin kuntien välityksellä) rahoitti niistä noin kolmanneksen.



Kuvio 3. Kuntoutusvuorokaudet rahoittajan mukaan vuonna 2008

Avokuntoutuskäyntejä oli kuntoutuslaitoksissa vuonna 2008 vain noin 220 000 käyntikertaa. Kymmenen laitosta ei ilmoittanut lainkaan tuottaneensa avokuntoutuskäyntejä. Myös avokuntoutuksen tärkein rahoittaja oli Kela noin 55 prosentin osuudella. Työhön liittyvän avokuntoutuksen osuus (työnantajat, työ- ja elinkeinohallinto, tapaturma- ja liikennevakuutus jne.) rahoituksesta oli 11 prosenttia, kuntien ja sotiin liittyvien avokuntoutusten (Valtiokonttori ja kunnat) osuus rahoituksesta oli kummankin noin 7–8 prosenttia. Asiakkaat maksoivat itse noin kymmenesosan avokuntoutuspalveluista.

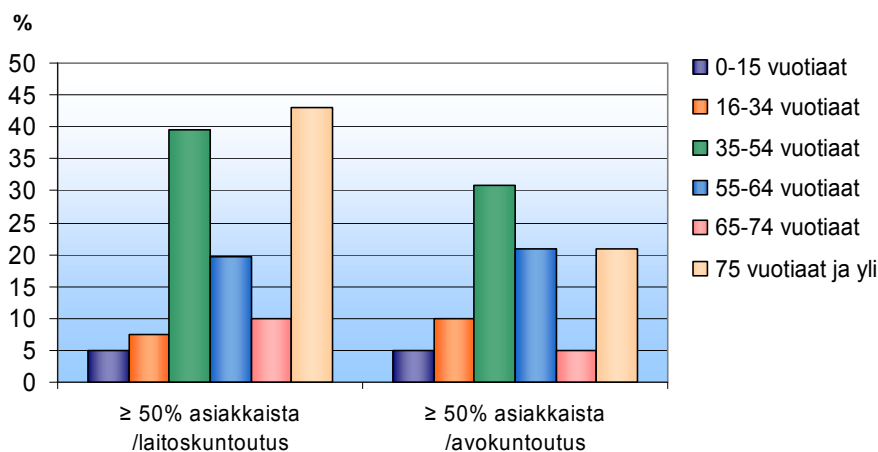
Asiakkaat

Kyselyssä tiedusteltiin asiakaskunnan rakennetta iän, iän ja kuntoutuksen aiheuttavan tarpeen mukaan sekä asiakkaiden sairaus- ja vammaryhmittäin. Koska kaikissa laitoksissa ei systemaattisesti seurata kuntoutuksen käyttöä siten, että käyttö voitaisiin suoraan kohdentaa edellä mainittuihin ryhmiin, kyselyssä pyydettiin arvioimaan, mikä oli kunkin ryhmän osuus (prosentteina) asiakaskunnasta.

Tulokset raportoidaan tässä laitostasolla, jolloin ne kertovat, kuinka monessa prosentissa vastanneista laitoksista kunkin asiakasryhmän osuus oli vuonna 2008 enemmän kuin puolet. Tämä ei tarkalleen ottaen kerro asiakasmääriä, koska jokaisen laitoksen painoarvo oli sama koosta ja kuntoutusmäärästä riippumatta. Tällä tavalla kuitenkin saatiin asiakaskunnasta karkea käsitys.

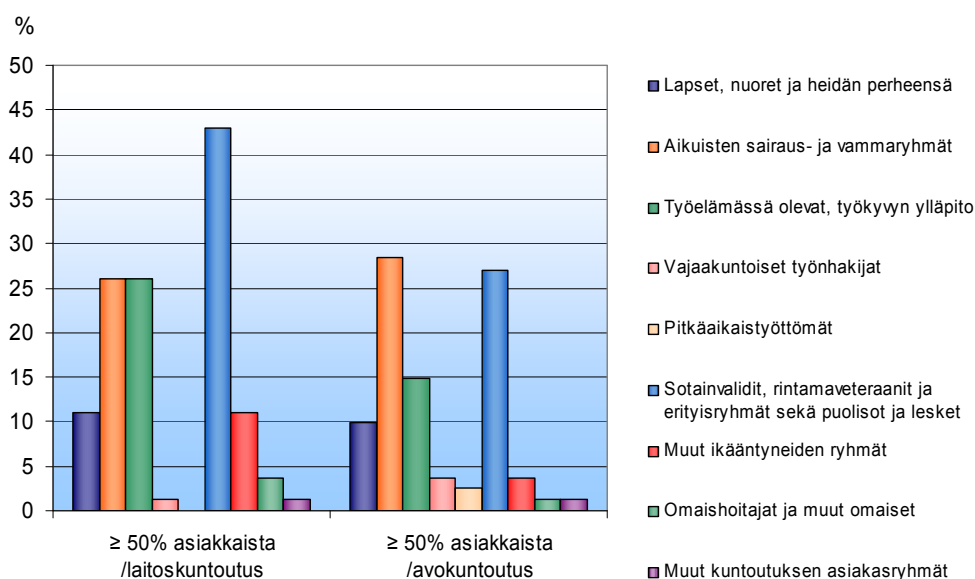
Laitoskuntoutuksen asiakaskunta jakautuu iän perusteella karkeasti kahteen ryhmään. Valtaosin asiakaskunta koostuu työikäisistä (35–64-vuotiaista). Toinen suuri ikäryhmä on 75 vuotta täyttäneet asiakkaat. Noin 43 prosenttia laitoksista ilmoitti, että yli puolet asiakaskunnasta oli 75 vuotta täyttäneitä. Vastaavasti noin 40 prosentissa laitoksia asiakaskunnasta yli puolet oli 35–54 vuoden ikäisiä. Nuorten ja juuri eläkeikään tulleiden osuus asiakaskunnasta näyttää olevan pieni.

Avokuntoutuksessa asiakaskunnan suurin ikäryhmä oli 35–54-vuotiaat, ja niiden osuus asiakkaista oli yli puolet joka kolmannessa laitoksessa. Toiseksi suurimmaksi asiakasryhmäksi nousi niukasti 16–35-vuotiaat (noin 22 000 käyntiä), ennen 75 vuotta täyttäneitä (noin 20 000 käyntiä). Laitokset eivät kuitenkaan olleet keskittyneet nuorten aikuisten avokuntoutukseen, sillä vain kymmenesosa laitoksista ilmoitti tämän ikäryhmän muodostavan yli puolet asiakkaistaan. Joka neljännen laitoksen avokuntoutusasiakkaista yli puolet oli 75 vuotta täyttäneitä. (Kuvio 4)



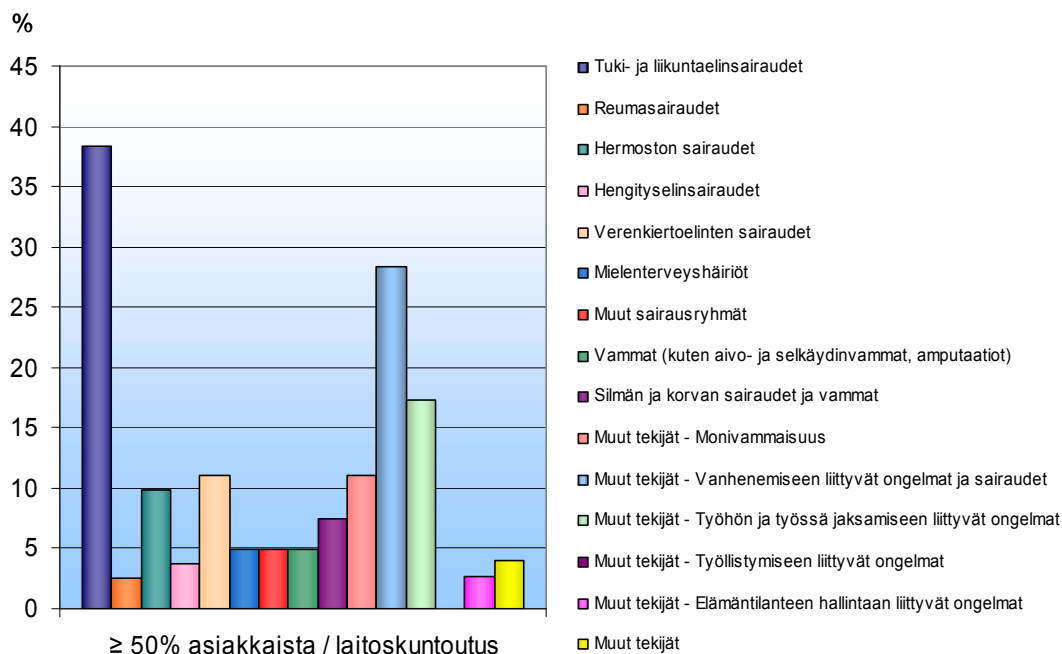
Kuvio 4. Ikäryhmät laitos- ja avokuntoutuksessa vuonna 2008.

Sotainvalidit ja –veteraanit sekä heidän puolisonsa muodostivat merkittävän asiakasryhmän. Runsaat 40 prosenttia laitoksista ilmoitti, että yli puolet heidän asiakkaistaan kuuluu tähän kuntoutujaryhmään. Noin joka neljännen laitoksen asiakaskunnasta valtaosa oli kuntoutuksessa aikuisten sairauden tai vamman perusteella. Samoin noin neljännes laitoksista ilmoitti, että valtaosa asiakkaista oli työhön liittyvässä kuntoutuksessa. Vajaakuntoiset työnhakijat ja pitkäaikaistyöttömät eivät juuri missään laitoksessa muodostaneet kuntoutujien enemmistöä.



Kuvio 5. Asiakasryhmät laitos- ja avokuntoutuksessa vuonna 2008.

Yli kolmasosa (38 prosenttia) laitoksista ilmoitti, että sairaus- ja vammaryhmien mukaan luokitellen asiakaskunnan enemmistön muodostivat tuki- ja liikuntaelinsairauksien vuoksi kuntoutukseen tulleet. Työhön ja työssä jaksamiseen liittyvät ongelmat muodostivat toiseksi suurimman ryhmän (reilut 117 000 vrk), mutta tämä ryhmä oli enemmistönä vain 17 prosentilla laitoksista. Kolmanneksi suurin ryhmä, eli vanhenemiseen liittyvät ongelmat (noin 104 000 vrk), oli puolestaan merkittävä asiakasryhmä 28 prosentilla laitoksista. (Kuvio 6).



Kuvio 6. Sairaus- ja vammaryhmät laitostuntoutuksessa vuonna 2008.

Laitosten asiakaskunnan alueellista painottumista arvioitiin kyselyssä pyytämällä laitoksia mainitsemaan tärkein, toiseksi tärkein ja kolmanneksi tärkein alue, jolta asiakaskunta tulee. Kysymyksen vastanneista (n=80) laitoksista 41 prosenttia ilmoitti tärkeimmäksi asiakaskunnan alueeksi lähikunnat, 33 prosenttia maakunnan ja 26 prosenttia koko maan.

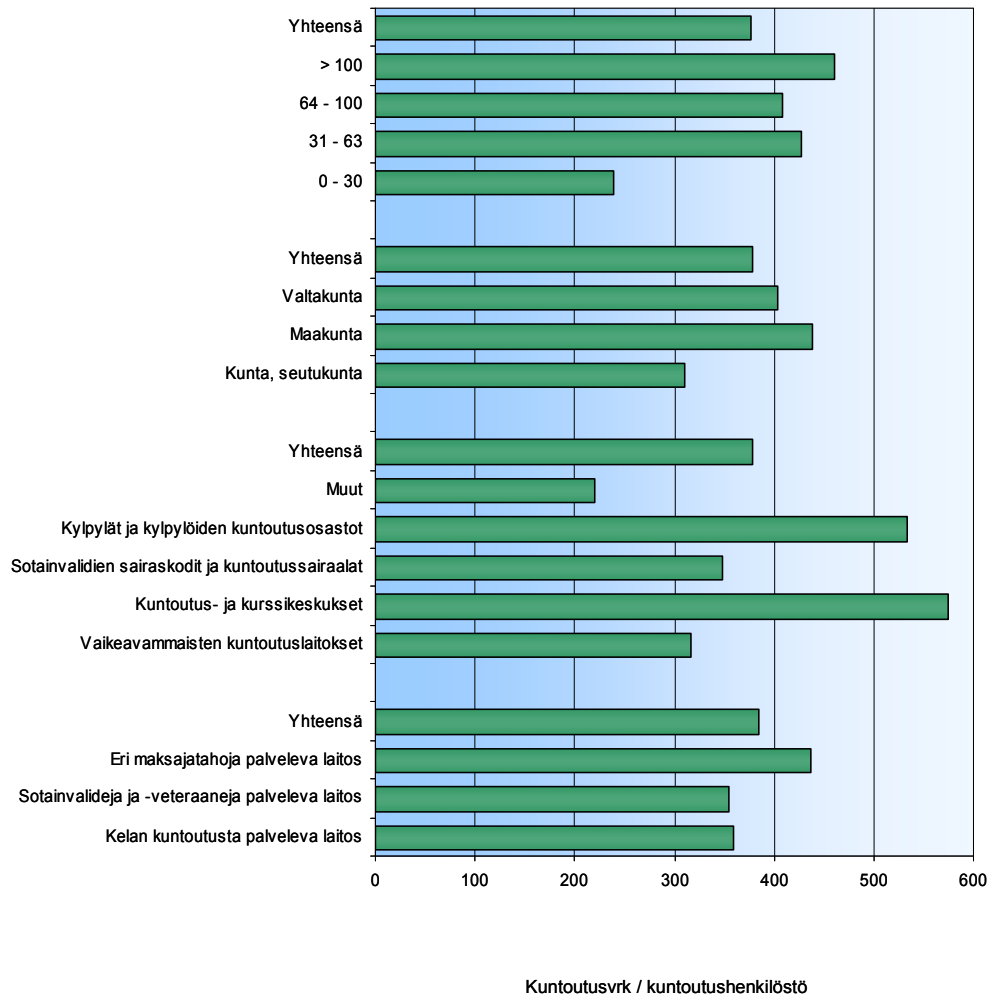
Henkilöstö

Laitosten koko henkilöstö vuonna 2008 oli yhteensä 6 515 työntekijää, joista 3 503 luettiin kuntoutushenkilöstöön. Vuonna 1992 vastaavat luvut olivat 5 338 ja 2 458, toisin sanoen koko henkilöstön määrä oli kasvanut tarkastelujaksolla noin 22 prosentilla, mutta kuntoutushenkilöstön osuus peräti 42,5 prosentilla.

Henkilöstömäärä kasvoi vuodesta 1992 vuoteen 2008 paikkalukuun suhteutettuna selvästi maltillisemmin. Henkilöstön kokonaismäärä suhteessa laitoksen vuodepaikkojen kokonaismäärään oli 0,53 vuonna 1992, kun se vuonna 2008 oli 0,56. Kuntoutushenkilöstön suhteellinen määrä oli tosin noussut nopeammin myös suhteessa kuntoutuspaikkoihin: vuonna 1992 kuntoutushenkilöitä oli kuntoutuspaikkaa kohti 0,51 ja 0,55 vuonna 2008.

Tärkeämpi indikaattori henkilöstön kehityksestä kuin kuntoutushenkilöstön suhde käytettäviin paikkoihin on aikaansaadun kuntoutuksen ja henkilöstön suhde. Tähän tosin vaikuttaa paitsi

henkilökunnan määrä, myös laitosten ulkopuolisten tahojen toimet, erityisesti laitostuotuksen kysyntä. Tässä selvityksessä työn tuottavuutta arvioitiin kuntoutushenkilöä kohti tuotettujen kuntoutusvuorokausien määrällä. Vuonna 1992 yhtä kuntoutushenkilöä kohti tuotettiin noin 466 kuntoutusvuorokautta, vuonna 2008 vastaavasti 378 eli tuottavuus oli laskenut lähes 20 prosentilla näiden mittausajankohtien välillä. Tulos kertoo yhtäältä siitä, että kapasiteetin käyttöaste on alentunut, ja toisaalta siitä, että vaikka laitostuotuksen kysyntä ja käyttö ovat kokonaisuutena pysyneet jokseenkin samalla tasolla, henkilöstön määrä on kasvanut huomattavasti. Syitä tuottavuuden alentumiseen voivat olla esimerkiksi asiakaskunnan rakenteen muutos sekä rahoittajien tiukentuneet kuntoutuksen laatuvaatimukset.



Kuvio 7. Kuntoutusvuorokaudet kuntoutushenkilöstöä kohti vuonna 2008.

Laitosryhmien vertailussa tuottavuus (kuntoutusvuorokausien suhde kuntoutushenkilöstön määrään) oli matalin Kansaneläkelaitoksen kuntoutusta ja sotainvalideja ja -veteraaneja palvelevissa laitoksissa, korkein niissä laitoksissa, joissa oli useita rahoittajatahoja. Toisaalta laitostyypeittäin korkein tuottavuus oli kuntoutus- ja kurssikeskuksissa samoin kuin kylpylöissä ja niiden kuntoutusosastoilla, matalin vaikeavammaisten kuntoutuslaitoksissa sekä sotainvalidien sairaskodeissa ja kuntoutusosastoilla. Pienissä, alle 31 kuntoutuspaikan laitoksissa tuottavuus oli matalin, mutta muutoin laitoksen koko ei ollut yhteydessä tuottavuuteen. Luonnollisesti asiakaskunnan rakenne vaikuttaa työvoimatarpeeseen ja edellä kuvatut erot tuottavuudessa selittyvät pääosin sillä, että asiakaskunnan tarpeet ovat kovin erilaiset.

Talous

Kuntoutuslaitoskyselyssä kysyttiin talouteen liittyviä tietoja kolmella kysymyksellä, joista ensimmäinen sisälsi 11 kohtaa eli keskeisimmät laitosten taloudellista tilannetta kuvaavat tunnusluvut vuodelta 2008. Ensimmäisen kysymyksen tiedot pohjautuivat joko tilinpäätöstietoihin tai niiden perusteella laskettaviin talouden tunnuslukuihin. Kysymykset 2 ja 3 olivat vastaajien arvioita siitä, mikä on kuntoutuksen osuus laitoksen toimintatuotoista ja toimintakuluista. Talouden keskeiset tunnusluvut pyydettiin esittämään laitoksen koko toiminnan osalta, mikäli se oli vastaajalle organisaatorakenteen puolesta mahdollista.

Taloutta koskevissa kysymyksissä ja raportoinnissa mukana olevien vastaajien määrä oli 75/74. Tämä johtuu siitä, että kaikki muutoin kyselyyn vastanneet eivät ole pystyneet ilmoittamaan tietoja nimenomaan laituskuntoutukseen kohdentuvina. Tämä puolestaan johtuu siitä, että osa vastaajista kuuluu laajempaan kokonaisuuteen (yhtiö tai säätiö), jonka sisällä laituskuntoutusta toteuttavan yksikön taloustietoja ei kirjata ja seurata alakohtaisesti sillä tarkkuudella, mitä kyselyn kysymyksissä edellytettiin. Kuntoutustoimintaa harjoittavien toimijoiden taustat, organisaatorakenteet sekä budjetoinnin ja talousseurannan erilaisuus tarkoittaa sitä, että kaikkien laitosten tietoja ei ollut käytettävissä samalla tavalla esitettynä.

Taloustietojen käsittelyssä ja esittämisessä on seuraavassa käytetty samaa perusryhmittelyä kuin kyselyn muidenkin osioiden tietojen raportoinnissa. Kuntoutuslaitosten taloustietoja voidaan ryhmitellä toki muullakin perusteella, mutta selvitystyön tarkoituksesta ja luonteesta johtuen myös taloustietojen esittämisessä päädyttiin keskeisimpien (julkisten) rahoittajatahojen mukaiseen perusryhmittelyyn. Minkään yksittäisten laitosten taloustietoja ei näin ollen esitetä, vaan kyseessä on kunkin ryhmän keskiarvolukuja.

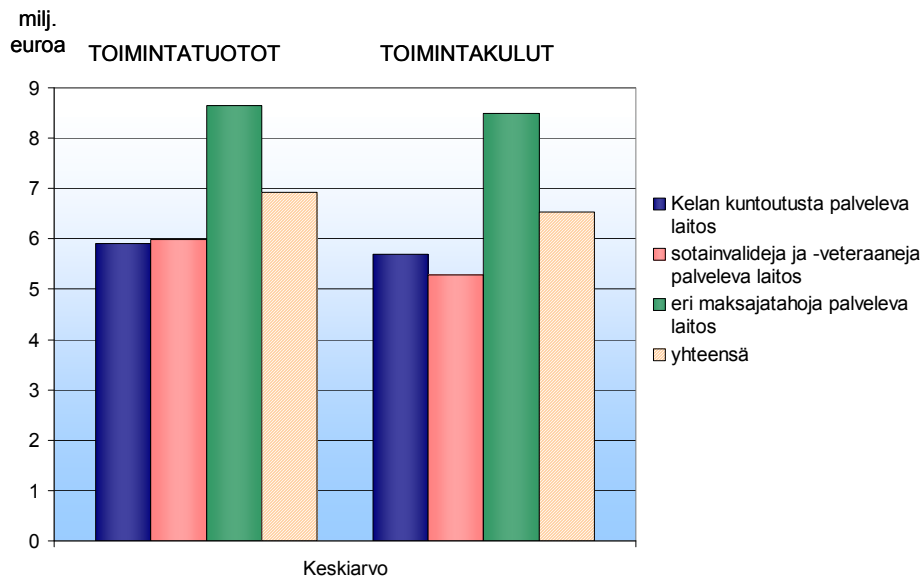
Kyselyn raportoinnin taloustietoja tarkasteltaessa on syytä muistaa, että keskiarvotiedot "tasaavat" kokonaiskuvaa. Eri talouden tunnusluvuilla mitattuna hyvin menevien tai huonosti pärjäävien laitosten tunnusluvut sulautuvat keskiarvoon. Toisaalta keskihajonnan avulla on ollut mahdollista tarkastella sitä, kuinka hajallaan laitokset ovat keskiarvon ympärillä. Toinen keskeinen huomio talouslukujen tarkasteltaessa on se, että kyseessä on laitosten yhden vuoden (2008) poikkileikkaustiedot. Tietystä ajankohdasta kertovat taloustiedot antavat yhden näkökulman laitoksen talouteen ja talouden tasapainoon. Useamman vuoden tarkastelu kertoo myös talouden kehityksen suunnasta. Tällaiseen analyysiin kyselyssä ei kuitenkaan ollut mahdollisuutta. Samoin kyselyssä ei tiedusteltu tasetietoja, jotka kertovat yrityksen tai yhteisön omaisuuden ja sen, kuinka omaisuus on rahoitettu. Puutteistaan huolimatta kyselyn taloustiedot antavat kokonaiskuvan siitä, millainen kuntoutusta tuottavien laitosten taloudellinen tilanne on toiminnan ylläpitämisen näkökulmasta.

Kyselyssä tiedusteltiin talouteen liittyen seuraavat tiedot ja tunnusluvut: toimintatuotot, toimintakulut, vuosikate, tilikauden tulos, sijoitetun pääoman tuotto prosentti, korkokulut, lainan lyhennykset, kassan riittävyys (päivinä), omavaraisuusaste, suhteellinen velkaantuneisuusaste ja lainakanta tilinpäätöshetkellä. Seuraavassa näistä tiedoista on raportoitu toimintatuotot ja –kulut, vuosikate, tilikauden tulos, kassan riittävyys sekä lainakanta tilinpäätöshetkellä ja omavaraisuusaste.

Toimintatuotot ja –kulut

Toimintatuottoja ja –kuluja koskeviin kysymyksiin vastasi 75/74 laitosta. Vuonna 2008 niiden yhteenlasketut toimintatuotot olivat 515 milj. euroa ja toimintakulut 480 milj. euroa. Toimin-

tatuottojen keskiarvo kaikkien laitosten osalta oli 6,9 milj. euroa. Tätä voidaan pitää keskimääräisenä kuntoutusta tuottavan laitoksen liikevaihtona. Vastaavasti toimintakulujen keskiarvo oli kaikkien kysymykseen vastanneiden laitosten osalta 6,5 milj. euroa. Vaihtelut laitoksittain olivat merkittäviä. Suurimmillaan toimintatuotot olivat 59,8 milj. euroa ja alhaisimmillaan 0,2 milj. euroa. Yli 20 milj. euron vuosittaiseen liikevaihtoon ylsi kysymykseen vastanneista 75 laitoksesta 3 ja toisaalta alle 2 milj. euron liikevaihdolla toimivia laitoksia oli 12.



Kuvio 8. Kuntoutuslaitosten keskimääräiset toimintatuotot ja -kulut laitosryhmittäin vuonna 2008.

Laitosryhmittäin tarkasteltuna korkeimmat keskimääräiset toimintatuotot olivat eri maksajatahoja palvelevilla laitoksilla, kun sen sijaan Kansaneläkelaitoksen kuntoutusta sekä sotainvalideja ja -veteraaneja palvelevilla laitoksilla toimintatuotot olivat keskimäärin samalla tasolla. Vastaavasti myös toimintakuluissa oli nähtävissä sama piirre. Tosin niissä Kansaneläkelaitoksen kuntoutusta palvelevien laitosten toimintakulut olivat keskimäärin hieman korkeammat kuin sotainvalideja ja -veteraaneja palvelevien laitosten toimintakulut. Kolmanteen laitosryhmään eli eri maksajatahoja palvelevien laitosten toimintatuottojen ja -kulujen keskimääräistä korkeampi taso selittyy sillä, että niissä palvelutuotteet ja -tuotanto on monipuolisempaa kuin kahdessa muussa ryhmässä.

Kyselyssä tiedusteltiin myös sitä, mikä on kuntoutuksen prosentuaalinen osuus laitoksen tuotoista ja kuluista. Alla olevassa taulukossa on asiaa tarkasteltu laitosryhmän mukaan.

Taulukko 6. Kuntoutuksen prosentuaalinen osuus laitoksen tuotoista ja kuluista laitosryhmittäin vuonna 2008.

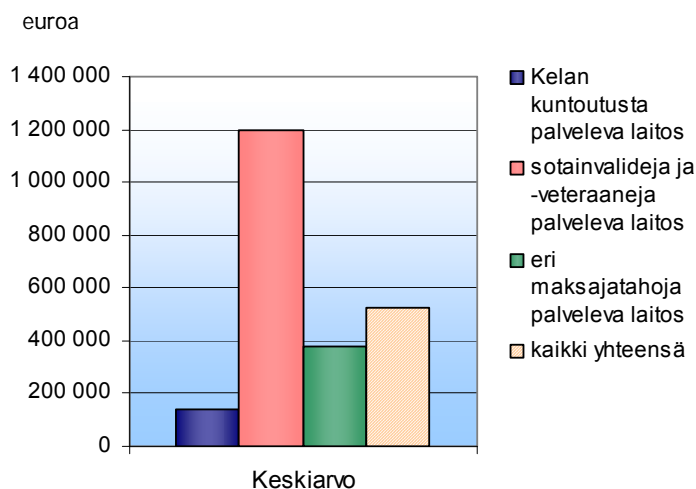
Laitosryhmä	Kuntoutuksen osuus, keskiarvo	
	% toimintatuotoista	% toimintakuluista
Kelan kuntoutusta palveleva laitos	69,8	71,4
Sotainvalideja ja –veteraaneja palveleva laitos	31,6	34,6
Eri maksajatahoja palveleva laitos	60,9	61,0
YHTEENSÄ	53,9	55,7

Taulukosta ilmenee se, että kaikista tähän kysymykseen vastanneista kuntoutuksen osuus laitoksen tuotoista ja kuluista oli hieman yli 50 prosenttia. Toisin sanoen laitoskuntoutuksen lisäksi toimijoilla oli merkittävässä määrin myös muuta palvelutoimintaa. Toinen selkeä piirre oli, että suurin osuus laitoksen toiminnasta kohdistuu kuntoutukseen niillä, jotka tuottivat palveluja ensisijaisesti Kansaneläkelaitokselle. Näiden laitosten toimintakuluista hieman alle 70 prosenttia oli kuntoutustoimintaa. Alhaisin vastaava osuus oli sotainvalideja ja -veteraaneja palvelevilla laitoksilla, joilla kuntoutuspalvelut edustivat noin kolmannesta toiminnasta. Vastaava osuus muita maksajatahoja palvelevilla laitoksilla oli noin kaksi kolmasosaa palvelutuotannosta. Sotainvalideja ja -veteraaneja palvelevien laitosten muita alhaisempi kuntoutuksen osuus toimintatuotoista ja kuluista selittyy näiden laitosten toiminnan painottumisella asiakaskunnan ikärakenteesta johtuen hoitoon ja hoivaan.

Vuosikate ja tilikauden tulos

Vuosikate kertoo laitoksen tulorahoituksen riittävyyden korvausinvestointeihin eli poistoihin. Vuosikate muodostuu toimintakatteen (toimintatuotot – toimintakulut) ja rahoituserien jälkeen. Vuosikatteen osalta kyselyyn vastanneita oli hieman vähemmän (56) kuin toimintatuotoja ja –kuluja kysymykseen vastanneita.

Vastanneiden laitosten keskimääräinen vuosikate vuonna 2008 oli noin 0,5 milj. euroa. Kaiken kaikkiaan yhteenlaskettu vuosikate kaikilla vastanneilla oli 29,2 milj. euroa. Laitosryhmittäin vuosikatteen osalta oli kuitenkin merkittäviä eroja.

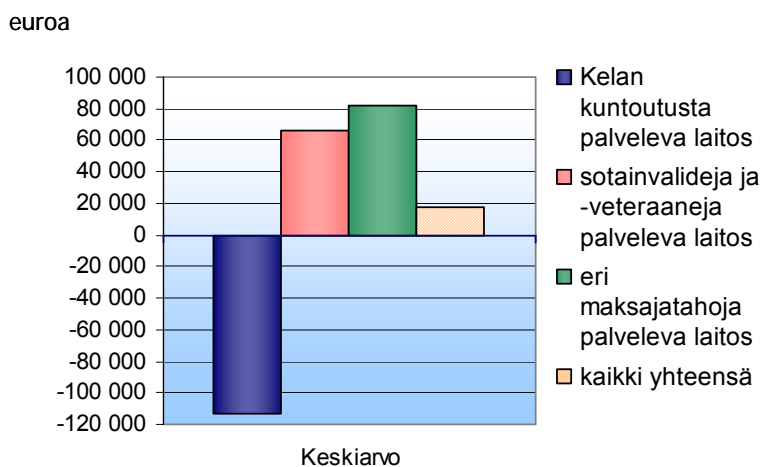


Kuvio 9. Kuntoutuslaitosten keskimääräinen vuosikate laitosryhmittäin vuonna 2008.

Selkeästi pienimmällä vuosikatteella kyselyn mukaan toimivat Kansaneläkelaitoksen kuntoutusta palvelevat laitokset, joilla vuosikate oli keskimäärin noin 0,1 milj. euroa eli varsin alhainen. Lähes kymmenkertainen vuosikate sen sijaan oli sotainvalideja ja –veteraaneja palvelevilla laitoksilla, joilla se oli noin 1,2 milj. euroa. Muilla laitoskuntoutusta tuottavilla ja eri maksajatahoja palvelevilla laitoksilla se oli vajaat 0,4 milj. euroa.

Sama perusasetelma näkyi myös tilikauden tuloksen osalta. Tilikauden tulos kertoo kuntoutuslaitoksen tuloksen ennen varausten ja rahastojen muutoksia. Tilikauden tulos ottaa huomioon vuosikatteella rahoitettavat poistot sekä mahdolliset satunnaiset tuotot vuoden aikana.

Laitosryhmittäin tarkasteltu tilikauden tulos kaikkien vastanneiden (69) osalta oli keskimäärin ainoastaan 17 000 euroa ja kaikkien osalta yhteenlaskettunakin vain 1,2 milj. euroa vuonna 2008.



Kuvio 10. Kuntoutuslaitosten keskimääräinen tilikauden tulos laitosryhmittäin vuonna 2008.

Laitosryhmittäin tarkasteltuna vuosikate ja tilikauden viittaavat siihen, että Kansaneläkelaitoksen kuntoutusta palvelevissa laitoksissa ei vuonna 2008 kyetty (keskimäärin) huolehtimaan tulorahoituksella poistojen eli korvausinvestointien rahoituksesta. Tässä ryhmässä tilikauden tulos oli keskimäärin noin 113 000 euroa alijäämäinen. Sen sijaan muilla pääryhmillä tilikauden tulos oli positiivinen, joskin erittäin alhaisella tasolla. Laitoksittain vaihtelu tilikauden tuloksessa oli kuitenkin suuri.

Vuosikate työntekijää kohti kyselyyn vastanneissa laitoksissa oli keskimäärin 3 100 euroa vuonna 2008. Laitosryhmittäin katteessa oli kuitenkin merkittäviä eroja. Paras vuosikate työntekijää kohden mitattuna oli sotainvalideja ja –veteraaneja palvelevilla laitoksilla (8 390 euroa). Sen sijaan Kansaneläkelaitoksen kuntoutusta palvelevilla laitoksilla se oli jopa negatiivinen (-322 euroa). Kuntoutuspaikkojen mukaan tarkasteltuna vuosikate työntekijää kohti näytti olevan korkein suurimmissa eli yli sadan kuntoutuspaikan yksiköissä (6 200 euroa). Alle sadan kuntoutuspaikan laitoksissa vuosikate työntekijää kohden oli noin 2 400 euroa.

Maksuvalmiuspäivät ja lainakanta

Maksuvalmiuspäivät kertovat laitoksen kassan riittävyyden toiminnasta aiheutuvien menojen maksamiseen eli käytettävissä olevan rahan määrää päivinä. Maksuvalmius kertoo laitoksen kyvystä selviytyä jokapäiväisistä maksuvelvoitteistaan. Kysymykseen vastasi ainoastaan 33 vastaajaa. Eli – mitä ilmeisimmin - huomattavalla osalla kuntoutuslaitoksista rahoituksesta vastasi konserni tai yhteisö, johon laitos juridisesti kuuluu.

Kokonaisuutena kysymykseen vastanneiden kuntoutuslaitosten maksuvalmius oli hyvä eli hieman yli kaksi kuukautta. Laitosryhmittäin sen sijaan oli eroja.

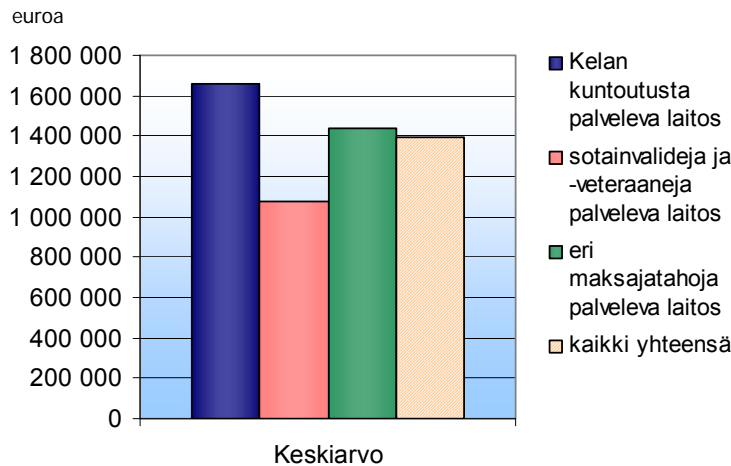
Taulukko 7. Kuntoutuslaitosten maksuvalmiuspäivät laitosryhmittäin vuonna 2008.

Laitosryhmä	Maksuvalmiuspäivät, keskiarvo
Kelan kuntoutusta palveleva laitos	24,7
Sotainvalideja ja –veteraaneja palveleva laitos	96,9
Eri maksajatahoja palveleva laitos	82,8
YHTEENSÄ	66,9

Paras maksuvalmius (yli kolme kuukautta) oli sotainvalideja ja –veteraaneja palvelevilla laitoksilla. Samoin muilla maksajatahoja palvelevilla laitoksilla maksuvalmius oli hyvä. Sen sijaan Kansaneläkelaitoksen kuntoutusta palvelevilla laitoksilla maksuvalmiuspäivien määrä oli tyydyttävä eli noin kolme viikkoa.

Maksuvalmiuspäivien tasoon ja käytettävissä olevan kassan määrään vaikuttaa mm. se, mikälaista rahoitusstrategiaa laitos toteuttaa. Kassassa olevia varoja voidaan käyttää mm. investointien rahoitukseen ja sitä kautta tietoisesti pitää kassaa alhaisena. Näin on järkevää menettääkin, jos kassassa olevalle pääomalle saadaan alhaisempi tuotto kuin rahan sijoittamisella muualle. Alhaisen kassan rahoitusstrategiaa tukee myös se, jos käyttömenoihin on mahdollista saada ulkopuolista väliaikaisrahoitusta. Toisaalta kassapäivien alhaisuus voi kertoa myös siitä, että laitokset, jotka tuottavat sopimusperusteisia palveluja, saavat korvaukset säännölliseen laskutukseen perustuen (esim. kerran tai kahdesti kuukaudessa) sen mukaan kuin palveluja on tuotettu. Tällöin palvelun tuottajan tilille ei kerry (ennakko)laskutuksen perusteella merkittäviä likvidejä varoja.

Kyselyssä tiedusteltiin myös kuntoutuslaitosten lainakantaa vuonna 2008. Tähän kysymykseen vastasi 51 laitosta. Näiden laitosten yhteinen lainakanta oli 71 milj. euroa. Keskiarvo yhtä laitosta kohden oli 1,4 milj. euroa.



Kuvio 11. Kuntoutuslaitosten keskimääräinen lainakanta laitosryhmittäin vuonna 2008.

Keskimääräinen lainakanta oli suurin Kansaneläkelaitoksen kuntoutusta (1,66 milj. euroa) ja pienin sotainvalideja ja –veteraaneja (1,07 milj. euroa) palvelevissa laitoksissa. Lainakanta kuitenkin vaihteli eri laitoksittain huomattavasti. Suurin yksittäinen lainamäärä oli 7,4 milj. euroa. Vastanneista kolmella oli lainaa 5 milj. euroa tai enemmän. Sellaisia kuntoutuslaitoksia, joilla ei ollut lainaa lainkaan, oli tähän kysymykseen vastanneista 14.

Omavaraisuusaste

Omavaraisuusaste kertoo oman pääoman osuuden kokonaispääomasta. Se lasketaan suhteuttamalla oma pääoma taseen loppusummaan. Mitä korkeampi omavaraisuusaste on, sitä vakaammalla pohjalla laitos (/yritys) toimii.

Omavaraisuusastetta koskevaa kysymykseen vastasi 45 laitosta 81:sta eli vain hieman yli puolet vastaajista.

Taulukko 8. Kuntoutuslaitosten omavaraisuusaste (%) laitosryhmittäin vuonna 2008.

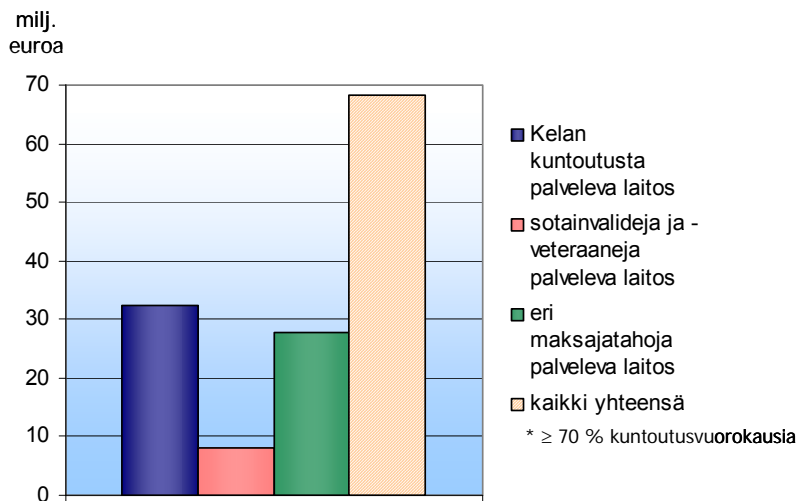
Laitosryhmä	Omavaraisuusaste %, keskiarvo
Kelan kuntoutusta palveleva laitos	45,7
Sotainvalideja ja –veteraaneja palveleva laitos	64,2
Eri maksajatahoja palveleva laitos	40,0
YHTEENSÄ	48,5

Keskimääräinen omavaraisuusaste vastaajilla oli vajaa 49 %, mikä on kohtuullinen luku. Korkein se oli ensisijaisesti sotainvalideja ja –veteraaneja palvelevilla laitoksilla, joilla omavaraisuus oli hyvä. Alhaisin omavaraisuusaste oli puolestaan eri maksajatahoja palvelevilla laitoksilla.

Investoinnit

Investointeja koskeviin kysymyksiin vastasi suurin osa (53 vastaajaa) kyselyyn vastanneista. Investointien osalta kysyttiin investointien määrää (euroa) vuonna 2008 sekä investointien tulo-rahoitusprosenttia. Samoin tiedusteltiin sitä, onko laitoksessa tehty vuosina 2006–2008 rakennusinvestointeja tai suurempia laite-/kalustehankintoja, millaisia investointeja tai hankintoja on tehty ja miten ne liittyvät kuntoutustoimintaan. Edelleen tiedusteltiin sitä, onko laitoksella suunnitteilla lähivuosina (2009–2014) rakennusinvestointeja tai suurempia laite-/kalustehankintoja ja millaisia ne ovat sekä miten ne liittyvät kuntoutustoimintaan. Lopuksi tiedusteltiin myös sitä, onko laitoksella muita suunniteltuja investointitarpeita ja miten ne liittyvät kuntoutustoimintaan.

Vuosina 2006–2008 kuntoutuslaitoksilla oli ollut yhteensä investointeja 68,4 milj. euron arvosta eli keskimäärin vajaa 23 milj. euroa vuosittain. Kyseisellä ajanjaksolla kuitenkin laitosten keskimääräinen investointitaso oli alhainen eli 3,9 milj. euroa. Alhainen vuosittainen keskimääräinen investointitaso kertoo siitä, että suuri osa laitoksista ei ole tehnyt merkittäviä investointeja viimeisten vuosien aikana. Toteutunut korjaus- ja muu rakentaminen sekä laitehankinnat ovat kohdistuneet muutamisiin laitoksiin.



Kuvio 12. Kuntoutuslaitosten investoinnit yhteensä laitosryhmittäin vuosina 2006–2008.

Laitosryhmittäin tarkasteltuna nähdään, että kolmen vuoden ajanjaksolla investointeja olivat pääosin tehneet Kansaneläkelaitoksen kuntoutusta palvelevat laitokset (32 milj. euroa) ja muita maksajatahoja palvelevat laitokset (27 milj. euroa). Sen sijaan sotainvalideja ja -veteraaneja palvelevissa laitoksissa investointitaso oli ollut alhainen (8,2 milj. euroa). Tämä johtuu siitä, että nämä laitokset on rakennettu pääosin 1990-luvulla, jolloin niissä ei ole vielä ilmennyt merkittävää peruskorjaustarvetta. Epävarmassa tilanteessa on luonnollista, että merkittäviin peruskorjauksiin tai suuriin laitehankintoihin ei ryhdytä.

Suurin yhteen laitokseen kohdistunut investointi kyseisellä kolmen vuoden tarkastelujaksolla (2006–2008) oli yhteensä 15 milj. euroa. Merkittäviä, yli miljoonan euron suuruisia investointeja tai hankintoja, oli tehnyt vastaajista 15. Viisi laitosta ilmoitti, ettei ollut tehnyt lainkaan investointeja vuonna 2008. Investointeja koskevaan kysymykseen ei vastannut 24 laitosta.

Kuntoutuslaitosten kehitysnäkymiä ja –suunnitelmia

Kuntoutustoiminnan rahoitus

Laitoskyselyn avovastausten mukaan lähes kaikki laitokset odottivat, että kuntoutuksen rahoitusrakenne tulee muuttumaan seuraavien vuosien aikana. Luonnollisesti kaikki arvioivat, että sotaveteraanien ja –invalidien kuntoutuksen vähetessä Valtiokonttorin rahoitusosuus tulee pienemään. Lisää rahoitusta odotettiin kertyvän ennen kaikkea kunnista ja sairaanhoitopiireistä, myös itse maksavien asiakkaiden ja vakuutusyhtiöiden osuuden arvioitiin lisääntyvän. Sen sijaan jotkut laitokset näkivät Kansaneläkelaitoksen rahoituksen lisääntyvän, toiset vähenvän, riippuen lähinnä siitä ostiko Kansaneläkelaitos kuntoutuslaitokselta harkinnanvaraista vai vaikeavammaisten kuntoutusta. Kansaneläkelaitoksen uskottiin myös siirtyvän laitosmaisesta kuntoutuksen rahoituksesta aiempaa enemmän avo-kuntoutuksen rahoitukseen. Kaiken kaikkiaan laitokset odottivat kuntoutuksen rahoitusperustan monipuolistuvan tulevina vuosina.

Asiakaskunta

Suuri osa laitoksista arvioi avokuntoutusasiakkaiden osuuden kasvavan vuoteen 2012 mennessä. Toiset laitokset arvioivat laitoskuntoutuksen osuuden vähenevän, mutta toiset taas näkivät laitoskuntoutuksen edelleen vahvana, ja arvioivat siten toimintansa volyymin kokonaisuudessaan lisääntyvän. Ikäihmiset nähtiin tulevaisuuden kuntoutusasiakkaista suurimpana asiakasryhmänä. Monet laitokset arvioivat silti, että ikärakenne nuortuu sotainvalidien ja –veteraanien jäädessä pois. Työelämään suuntautuvan kuntoutuksen odotettiin kasvavan, joten myös työkäisten osuuden arvioitiin kasvavan. Sairaus- ja vammaryhmistä erityisesti mielen-terveyspotilaiden ja neurologisten kuntoutujien määrien arvioitiin lisääntyvän. Osa laitoksista arvioi asiakkaiden olevan tulevaisuudessa huonompikuntoisia kuin tällä hetkellä.

Asiakasrakenteen muutoksen nähtiin kuitenkin edellyttävän osaamisen ja kuntoutusmallien kehittämistä ja muuttamista. Yhteistyön lisääminen kuntien kanssa nähtiin tarpeelliseksi asiakaskunnan pohjan laajentamiseksi.

Henkilöstön rakenne

Kolmannes laitoksista arvioi kuntoutushenkilöstön määrän pysyvän ennallaan, neljännes arvioi henkilöstömäärän lisääntyvän ja vain muutama laitos ilmoitti vähentävänsä henkilöstöä. Monet laitokset suunnittelivat henkilöstörakenteen muuttamista kuntoutuspalvelujen kysynnän mukaisesti. Erityisesti laitokset arvioivat tarvitsevansa tulevaisuudessa kuntoutuksen moniosaajia sekä ammatillisen kuntoutuksen osaajia. Tämän vuoksi laitokset aikovat muun muassa kouluttaa nykyistä henkilöstöään vastaamaan tulevaisuuden tarpeisiin. Toiset kertoivat täydentävänsä osaamista ostopalveluina.

6.3 Yhteenvetoa kyselyn tuloksista

Laitosten kapasiteetti on kasvanut jatkuvasti huolimatta useissa aiemmissä selvityksissä ilmaistusta pyrkimyksistä pysäyttää laitoskuntoutuskapasiteetin kasvu. Kuntoutuspalvelujen kokonaiskäyttö sen sijaan on pysynyt viimeisen runsaan vuosikymmenen aikana jokseenkin entisellään. Näiden kehityssuuntien johdonmukaisena seurauksena on ollut kapasiteetin käyttöasteen alentuminen. Kyselyyn vastanneet laitokset arvioivat, että laitoskuntoutuskapasiteettia pienennetään tulevana vuosina. Koska käyttö pienenee kapasiteetin vähenemistä nopeammin, kyselyn tulosten mukaan laitoskuntoutuksen käyttöasteen nousua ei ole tällä hetkellä näkyvissä.

Laitoskuntoutuksen keskeinen hankkija ja sitä kautta toiminnan rahoittaja on Kansaneläkelaitos. Kun toisen tärkeän rahoittajan, Valtiokonttorin rahoittama kuntoutus tulevana vuosina tulee pienenevään sotainvalidien ja –veteraanien määrän nopeasti vähetessä tulee Kansaneläkelaitoksen merkitys rahoittajana huomattavasti kasvamaan. Kuntien osuus kuntoutuslaitosten käytöstä ja rahoituksesta on varsin pieni. Vaikka kyselyyn vastanneet laitokset arvioivat kuntien merkityksen ostajana lisääntyvän, on kuitenkin ilmeistä, että kuntien lisäkysyntäkään ei riitä – mikäli laitosten arviot toteutuvat - kompensoimaan sotiin liittyvän kuntoutuksen kysynnän vähenemisestä aiheutuvaa ylikapasiteetin kasvua.

Laitoskuntoutuksen asiakaskunta näyttää tulosten valossa kaksijakoiselta. Työhön suuntautuvan kuntoutuksen osuus asiakasjoukosta on suuri. Sotiin liittyvän kuntoutuksen asiakkaat muodostavat toisen suuren asiakasjoukon. Ikäryhmittäin tämä tarkoittaa, että kuntoutus kohdistuu suurelta osin työikäisiin ja varsin iäkkäisiin henkilöihin – sotaveteraanien keski-ikä oli vuoden 2009 lopussa noin 88 vuotta. Merkittävää on, että sotiin liittyvää kuntoutusta lukuun ottamatta vanhusväestö käyttää laitoskuntoutusta tai laitosten tarjoamaa avokuntoutustakin varsin vähän.

Kuntoutuslaitokset työllistävät yhteensä noin 6 500 työntekijää, heistä varsinaista kuntoutushenkilöstöä on 54 prosenttia. Kuntoutushenkilöstön rakennetta ei voitu kyselyn perusteella yksityiskohtaisesti arvioida, mutta se koostui varsin suuresta erilaisten ammattinimikkeiden määrästä. Kyselyssä raportoitiin noin kolmekymmentä eri ammattinimikettä.

Kuntoutuslaitosten liikevaihto oli yhteensä noin puoli miljardia euroa vuonna 2008, eli keskimäärin laitosta kohti noin 7 miljoonaa euroa. Kuntoutuksen osuus liikevaihdosta vaihteli kohtalaisen paljon laitosten kesken, ja suurin merkitys kuntoutuksella oli sellaisten laitosten liikevaihdossa jotka palvelivat ensisijaisesti Kansaneläkelaitoksen asiakkaita.

Vuosikate oli keskimäärin noin seitsemän prosenttia liikevaihdosta, 0,5 miljoonaa euroa laitosta kohti. Kate vaihteli laitosten välillä huomattavasti, mikä heijastaa laitosten kokoeroja. Kate oli selkeästi korkein niissä laitoksissa, joiden asiakaskunta muodostui ennen kaikkea sotaveteraaneista ja –invalidista. Vuosikate kertoo laitosten mahdollisuudesta käyttöomaisuus- tai muihin investointeihin, joten kyselyn tulokset viittaavat siihen, että laitosten investointimahdollisuudet ovat hyvin rajalliset, tosin laitosten välillä on tässäkin eroja. Samaan viittaa myös tilikauden 2008 tulos, joka oli keskimäärin noin 17 000 euroa. Tilikauden tulos oli keskimäärin yli satatuhatta euroa negatiivinen sellaisissa laitoksissa, jotka palvelevat erityisesti Kansaneläkelaitoksen kuntoutusta.

Kokonaisinvestoinnit kyselyyn vastanneissa laitoksissa olivat viimeisen kolmen vuoden aikana yhteensä noin 70 miljoonaa euroa, keskimäärin noin neljä miljoonaa vastannutta laitosta kohti. Lainoja laitoksissa oli vuoden 2008 lopussa yhteensä noin 71 miljoonaa euroa.

Kokonaisuutena laitosten taloudellinen tilanne oli haasteellinen, mikä osittain näyttäisi johtuvan siitä, että kapasiteetista merkittävä osa on käyttämättä. Samaan aikaan laitosten tuottavuus on alentunut, toisin sanoen erityisesti henkilöstön määrää ei ole pystytty sopeuttamaan vähentyneeseen kysyntään. Toisaalta laitosten välillä oli taloudellisessa tilanteessa huomattavia eroja, mikä tarkoittaa, että osassa laitoksista tilanne oli hyvä, mutta monissa huono.

Mielenkiintoinen havainto oli myös se, että kaikki laitokset eivät pystyneet erittelemään keskeisiäkään taloustietoja tilinpäätöksessään, tai eriyttämään kuntoutustoimintaa laitoksen muusta toiminnasta taloudellisten tunnuslukujen osalta. Kaikki kyselyssä mukana olleet laitokset saivat kuitenkin julkista rahoitusta kuntoutuspalvelujen tuottamiseen, jolloin voidaan olettaa, että ne kykenisivät esittämään myös keskeisimmät taloustiedot niillä tunnusluvuilla, joita yleisesti käytetään tilinpäätöksissä.

Kyselyyn vastanneiden laitosten tulevaisuuden näkymiä on lopuksi koottu SWOT-analyysiin taulukkoon 9. Vaikka laitokset kuvasivat tulevaisuudennäkymiään epävarmoiksi ja haasteelliseksi, yleisesti ottaen luotettiin kuntoutustoiminnan jatkumiseen vielä viiden vuoden kuluttua.

Taulukko 9. SWOT-analyysi laitosten kehitysnäkymistä (suluissa laitosten määrä).

	Vahvuudet	Heikkoudet
Sisäiset tekijät	Sijainti (3) (erityis)osaaminen (14) Uudet palvelut/kehittäminen/keskittyminen (12) Laadukkaat ja hyvät palvelut (2) Vakiintuneisuus/ tunnettuus (5) Tilat (2) Koulutushalukkuus (1)	Sijainti (2) Käyttö vähenee (2) Pienet resurssit (1) Pieni yksikkö (1) Hoitohenkilöstön saanti (1) Kiinteistön ylläpito/hoitokustannukset (1)
Ulkoiset tekijät	Mahdollisuudet Kysyntä kasvaa (2) Kysyntä pysyy ennallaan (3) Tarve kasvaa/pysyy ennallaan (7) Uudet asiakasryhmät (4) Yhteistyö (8) Kunnat maksajina tulevaisuudessa (7) Nykyisten rahoittajien säilyminen (5) Tietoverkkoyhteydet/ teknologia (2)	Uhat Kysyntä laskee (3) Rahoituksen supistuminen, loppuminen (12) Kuntien rooli epävarma (5) Kilpailu (5) Epävarmuus tulevaisuudesta (2) Kuntien omien palvelujen kehittäminen (1) Diagnoosikeskeisyys (1) Uusien asiakasryhmien hankinta vaikeaa (1)

Uusien palvelujen kehittäminen ja keskittyminen sekä yhteistyö muiden toimijoiden kanssa olivat keinoja, joilla laitokset olivat takaamassa toiminnan jatkumista tulevaisuudessa. Laitokset näkivät vahvuuksinaan erityisosaamisen ja toiminnan vakiintuneisuuden. Tarve ja kysyntä kuntoutukseen nähtiin pysyvän ennallaan tai jopa kasvavan. Kuntien toivottiin lisäävän laitosten tarjoamien palvelujen hankintaa. Tulevaisuuden uhkaksi koettiin selvimmin rahoituksen epävarmuus.

Noin puolet laitoksista vastasi olevansa aikeissa muuttaa tai edelleen kehittää kuntoutustoimintaansa. Laitokset aikovat erikoistua ja keskittyä muutamien asiakasryhmien kuntoutukseen. Erityisesti työikäisille suuntautuvia kuntoutusmuotoja aiottiin lisätä. Muita merkittäviä kasvavia asiakasryhmiä olivat ikääntyneet, sekä neurologiset ja mielenterveyspotilaat. Yli kolmannes laitoksista on kehittämässä avo-, päivä- tai kotikuntoutuspalvelujaan. Kuntoutustoiminnan kehittämisen lisäksi osa laitoksista suunnittelee myös muun toiminnan, kuten loma-, hyvinvointi- ja asumispalvelujen lisäämistä.

Reilu neljännes laitoksista oli kyselyn aikaan suunnittelemassa organisaatiomuutoksia, osassa suunnitelmat olivat jo valmiina ja osassa ratkaisut olivat vielä avoimia. Toisessa neljänneksessä muutoksia oli jo tehty tai tehtiin parhaillaan. Tällaisia muutoksia olivat muun muassa yhtiöittäminen ja organisaatorakenteen keventäminen. Neljännes laitoksista ei suunnitellut rakenteen tai toimintamuodon muuttamista.

Laitokset ilmoittivat vastaavansa tulevaisuuden haasteisiin panostamalla erityisosaamiseen mm. kouluttamalla henkilöstöään, muuttamalla henkilöstörakennetta, ostamalla erityisosaamista ostopalveluina ja verkostoitumalla muiden toimijoiden kanssa. Vähentyneen kysynnän vuoksi osa laitoksista oli kuitenkin jo joutunut vähentämään henkilöstöään ja osa suunnitteli sitä.

7 Kuntoutuksen järjestäjien, rahoittajien ja toteuttajien sekä asiantuntijoiden kuuleminen

Selvitystyön toisessa vaiheessa järjestettiin kuulemistilaisuudet, joiden avulla haluttiin sekä täsmentää keväällä palveluntuottajille tehdyn kyselyn tuloksia ja niissä keskeisesti esille nousseita asiakokonaisuuksia että mahdollista laitospalvelun järjestäjille ja rahoittajille esittää näkemyksenä määriteltyihin teemoihin. Kuulemistilaisuuksissa haluttiin syventää aiemmin kyselystä saatuja tietoja sekä kiteyttää keskeisiä asiakokonaisuuksia kuntoutuslaitosten nykytilanteesta ja tulevaisuudesta. Kuulemistilaisuudet tarjosivat eri toimija- ja rahoittajatahoille myös mahdollisuuden esittää tärkeinä pitämiään omia näkemyksiä selvitystehtävään liittyvistä asioista.

Kuulemiset toteutettiin kahdessa erässä. Aluksi kuultiin palvelujen rahoittajien edustajia ja tämän jälkeen noin kuukauden kuluttua palvelujen tuottajia. Kuulemistilaisuuksien teemat olivat samat sekä rahoittajien että tuottajien kuulemisissa, joskin yksityiskohtaiset kysymykset muotoiltiin erikseen molemmille ryhmille sopiviksi. Molemmissa kuulemisissa niihin osallistuville lähetettiin kysymykset ennakkoon tiedoksi. Heidän toivottiin antavan niihin sekä kirjallisen vastauksen että esittävän näkemyksensä kuulemistilaisuudessa käytävässä keskustelussa. Kaikille kuulemistilaisuuksiin kutsutuille tahoille lähetettiin etukäteen myös tiivistelmä kuntoutuslaitoksille tehdyn kyselyn alustavista tuloksista

Kuntoutuksen rahoittajien tai järjestäjien edustajia kuultiin 18.9.2009. Tällöin kuultavina olivat Kansaneläkelaitos, Valtiokonttori, Raha-automaattiyhdistys, Suomen Kuntaliitto, työ- ja elinkeinoministeriö, Työeläkevakuuttajat TELA ry, Vakuutuslaitokset VVK ry sekä Sosiaali- ja terveysjärjestöjen yhteistyöyhdistys YTY ry. Kuultavana oli yhteensä 12 näitä tahoja edustavaa henkilöä. Kuntoutuspalvelujen tuottajista kuultavina 15.–16.10.2009 olivat Invalidiliitto ry, Käpylän kuntoutuskeskus (Synapsia), Hengitysliitto HELI ry, Verve, Anttolanhovi, Samfundet Folkhälsan, Siuntion hyvinvointikeskus, Kuntoutus Peurunka, Aivotutkimus- ja kuntoutuskeskus Neuron, Kuntoutuskeskus Petrea, Kuntoutus- ja hyvinvointikeskus Kunnanpaikka, Ruissalon ja Naantalintalon Kylpylät, Diabeteskeskus sekä Hoito- ja kuntoutuslaitosten liitto HOKULI ry. Laitospalvelujen tuottajien edustajiksi kuulemistilaisuuteen pyrittiin valitsemaan sellaisia tahoja, jotka edustavat kattavasti erimuotoista laitospalvelua ja toimivat eri puolilla Suomea. Selvitysmiesten kuultavana oli 27 näitä tahoja edustavaa henkilöä. Kuntasektoria kuntoutuspalvelujen rahoittajina ja tuottajina kuultiin 16.10. ja 3.11.2009. Kuntia edustivat Oulun kaupungin sosiaali- ja terveystoimi, Kuopion kaupungin sosiaali- ja terveystoimi, Helsingin kaupungin terveystoimi ja Ilomantsin kunta. Lisäksi Tuusulan kunnan sosiaali- ja terveystoimi lähetti kirjallisen kannanottonsa. Sairaanhoidopiirejä edustivat Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveysyhtymän ja Etelä-Pohjanmaan sairaanhoidopiirin kuntayhtymän kuntoutusyksiköt. Kuultavana oli kaikkiaan 7 kuntien ja kuntayhtymien edustajaa. Kaiken kaikkiaan kuulemistilaisuuksiin osallistui 46 laitospalvelun ammattilasta tai keskeistä päättäjää.

Liitteessä 3 on luettelo kuulemistilaisuuksiin osallistuneista tahoista ja henkilöistä sekä yhteenvedo kuulemistilaisuuksissa käsitellyistä teemoista ja kysymyksistä. Kuulemistilaisuuksista tehtiin muistiot jatkovalmistelua varten.

Seuraavassa on kuulemistilaisuuksien keskeinen anti raportoitu siten, että siinä on asiakokonaisuuksittain käsitelty sekä laitospalveluja tuottavien että niitä järjestävien tai rahoittavien tahojen näkemyksiä samanaikaisesti. Raportoinnissa on pyritty nostamaan esille

kunkin asiakokonaisuuden osalta keskeiset näkemykset kiteytettyinä. Jos on ollut perusteltua todeta se, onko kannanotto palvelun rahoittaja vai tuottajan esittämä, se on myös pyritty tuomaan esiin. Raportoinnissa ei luonnollisesti ole voitu kuin rajatulta osin esittää kuulemistilaisuuksissa käytä monipuolista ja rikasta keskustelua, vaan on jouduttu pitäytymään selvitysmiesten määrittämiin keskeisiin asiakokonaisuuksiin. Raportointi on tehty yleisellä tasolla siten, että siitä ei ole tunnistettavissa yksittäisen tahon kannanottoja tai näkemyksiä.

7.1 Järjestäjien, rahoittajien ja toteuttajien kuuleminen

Millaisia kuntoutuspalveluja tarvitaan

Kuntoutuksen rahoittaja- ja hankkijatahojen näkemyksen mukaan merkittäviä laitospuotoisen kuntoutuksen tarpeiden muutoksia ei ole näköpiirissä lukuun ottamatta sotiin liittyvän laitospuoutustarpeen nopeaa vähenemistä. Vanhuuteen liittyvien kuntoutustarpeiden ennakoitiin kasvavan, mutta epäiltiin, että laitospuotoista raskasta kuntoutusmallia tarvitaan tulevina vuosina selvästi nykyistä vähemmän. Potentiaalisesti kasvavina asiakasryhminä nähtiin mm. moniongelmaiset, päihdeongelmaiset, toisaalta työelämään suuntautuva kuntoutus sekä mielenterveyskuntoutus. Työelämään suuntautuvan kuntoutuksen ilmeisestä tarpeesta huolimatta nähtiin, että tällaisen kuntoutuksen käyttö vähenee, elleivät palvelujen sisällöt nykyistä paremmin vastaa työelämän tarpeisiin. Useissa puheenvuoroissa tuotiin esiin tarve kehittää kuntouttavia palveluja omaishoitajille. Uusissa tai laajenevissa asiakasryhmissä ei välttämättä nähty tarvetta nimenomaan laitospuoutukseen.

Myös kuntoutuslaitosten edustajien monissa puheenvuoroissa nähtiin nykyinen laitospuoutusmalli vanhentuneeksi. Erityisesti kritisoitiin työelämään suuntautuvaa laitospuotoista kuntoutusta, jonka kytkentää työelämään ja siihen sisältyvää työelämän tuntemusta kritisoitiin heikoksi. Kuten rahoittaja- ja hankkijatahojen kuulemisissa, tuottajatahotkin näkivät, että mm. vanhuuteen liittyvät kuntoutuspalveluja ei ole tarkoituksenmukaista järjestää ainakaan yksinomaan internaattityyppisenä toimintana.

Palvelujen tuottajatahojen puheenvuoroissa korostettiin erityisesti joidenkin erityisryhmien kuntoutuksen palvelutarpeisiin liittyen riittävää laadun varmistamista. Useissa puheenvuoroissa tuotiin esiin ajatus osaamiskeskuksista, mutta näkemykset tällaisten keskusten organisointimuodoista ja toimintojen sisällöistä vaihtelivat. Selkein yhtenäinen näkemys oli, että esimerkiksi aivoverenkiertohäiriöpotilaiden kaltaisten ryhmien kuntoutus on syytä keskittää laitoksiin, joissa on heidän kuntoutustarpeitaan vastaava riittävä osaaminen.

Onko järjestämis- ja rahoitustapa tarkoituksenmukainen

Rahoittajatahojen näkemysten mukaan nykyjärjestelmän yhtenä ongelmana on, että rahoitus on liian keskittynyt Kansaneläkelaitokseen. Kansaneläkelaitoksen hankkimat palvelut eivät riittävästi integroidu muihin sosiaali- ja terveystalveluihin. Useakanavainen rahoitus aiheuttaa tarpeetonta resurssikilpailua tuottajatahojen kesken. Toisaalta Kansaneläkelaitoksen merkityksen korostumisen nähtiin johtuvan siitä, että kuntien rooli laitospuoutuksessa on jäänyt liian vähäiseksi, eivätkä kunnat kaikilta osin täytä kuntoutuksen liittyviä velvoitteitaan. Kaiken kaikkiaan suunnittelu- ja järjestämisvastuun nähtiin olevan kateissa. Yhtenä keinona tä-

män korjaamiseksi esitettiin, että kokonaisvastuu kuntoutuksesta annettaisiin erikoissairaanhoidon erityisvastuualueille (erva-alueille).

Hankintalain ja kilpailutuksen ongelmat tulivat useissa puheenvuoroissa esille, erityisesti tuottajatahojen kuulemisissa. Ongelmina nähtiin mm. useamman vuoden kilpailutusperiodin pituus, johon liittyvä kustannusnousun riski jää yksinomaan laitosten kannettavaksi, ja hankintalain mahdollistaman neuvottelumenettelyn käytön vähäisyys. Ylipäättänsä kilpailutusmenettely on liian jäykkä, ja jättää käytön määrien vaihtelusta aiheutuvan riskin yksinomaan tuottajille. Lisäksi esitettiin, että se on omiaan heikentämään laatua, sillä hintojen ollessa keskeinen hankintoja määrittävä tekijä, hinnat laskevat. Seurauksena nähtiin mm. että laitosten erikoistuminen estyy.

Monet kuulluista kuntoutuslaitosten edustajista korostivat, että kuntoutusprosessin kokonaisuus ei ole riittävästi kenenkään hallussa. Prosessin omistajuus lääkinnällisessä kuntoutuksessa kuuluu julkiseen terveydenhuoltoon ja erikoissairaanhoidon, mutta rahoitusvastuun jakautuminen usealle rahoittajalle on omiaan heikentämään prosessien toimivuutta ja aiheuttamaan tarpeettomia viiveitä. Kuntoutussuunnitelmaa ja asiakasyhteistyötoimikuntia ei pidetty riittävinä kuntoutuksen käytön ohjaamisen instrumentteina.

Lähes kaikki kuullut tahot näkivät, että kuntoutuksen vaikuttavuus ei ohjaa kuntoutustoimintaa riittävästi. Muutamassa puheenvuorossa esitettiin, että voimavaroja ohjautuu sellaiseen toimintaan, jonka vaikuttavuus on huono tai sitä ei ole, tai kuntoutuksen ajoitus ei ole onnistunut vaikuttavuuden näkökulmasta. Toisaalta vaikuttavaksi tiedettyyn kuntoutukseen pääsy vaihtelee osin sattumanvaraisesti sen mukaan missä kuntoutuja asuu, mikä aiheuttaa alueellista eriarvoisuutta.

Miten kysyntä ja tarjonta tasapainotetaan

Lähes kaikki kuulemistilaisuuksissa kuullut tahot katsoivat, että laitospalveluiden tarjontaa on liikaa suhteessa kysyntään. Keinoja tilanteen tasapainottamiseen ovat joko kysynnän kasvattaminen, tarjonnan supistaminen tai näiden yhdistelmä. Kysynnän kasvattamista ehdotettiin muutamissa asiakasryhmissä. Tällaisia olivat rahoittajatahojen puolelta esitettynä nuorten, maahanmuuttajien, omaishoitajien ja vanhusväen (65+ ikäluokat) kuntoutus. Kuntoutuslaitokset näkivät edellisten ohella mahdolliseksi lisätä kysyntää vammaisten lasten ja heidän perheidensä, sekä joidenkin potilasryhmien kuntoutuksessa. Kysynnän kasvu nähtiin mahdollisena myös työelämäänsä suuntautuvassa kuntoutuksessa, mikäli palveluvalikoimaa kehitetään.

Kuntoutuslaitokset esittivät, että kunnollisen kuntoutusohjauksen kehittämisen avulla voitaisiin lisätä tarpeenmukaista kysyntää. Kysynnän lisäämiseksi ehdotettiin myös mm. suurten ikäluokkien ennaltaehkäisevää kuntoutusta, sotainvalidien jokavuotista kuntoutusoikeutta ja kansalaisen kuntoisuuslomaa.

Vaikka muutamien kuntoutujaryhmien kysynnän kasvattamisen tarpeita paikallistettiin, näin syntyvä kysynnän kasvu ei useimpien puheenvuorojen mukaan kokonaan poista ylikapasiteettia. Koska kuntoutuslaitokset ovat periaatteessa yksityisiä yrityksiä, kapasiteetin sääntely nähtiin kokonaiskysynnän pienentyessä mahdolliseksi lähinnä markkinoiden kautta. Yleisesti oltiin sitä mieltä, että kysyntää ei pidä ylläpitää keinotekoisesti. Edelleen nähtiin, että laitoksista vapautuu hyvää osaamista ja käyttökelpoisia toimitiloja, että vapautuville voimavaroille on kysyntää muissa sosiaali- ja terveyspalveluissa. Laitospalveluiden kokonaistarjonnan vähe-

nemisen tilalle ehdotettiin erityisesti avokuntoutuksen kehittämistä. Osa kapasiteetista nähtiin mahdolliseksi siirtää lähinnä vanhuuteen liittyviin hoivapalveluihin.

Tarjonnan vähentämiseksi laitosten edustajat ehdottivat mm. seuraavia toimia: vaikuttavuudeltaan heikkoa kuntoutusta olisi vähennettävä, kylpyläkuntoutuksen ja viihdekylpylöiden kuntoutustarjontaa olisi vähennettävä mm. osaamisvajeen vuoksi, minkä vuoksi kilpailutukseen olisi määriteltävä korkeammat osaamisvaatimukset (kuten omat erikoislääkärit). Monet kuntoutuslaitosten edustajat ehdottivat, että veteraanilaitosten vapautuva kuntoutuskapasiteetti olisi saatava pois kuntoutusmarkkinoilta ja siirrettävä niiden voimavarat vanhusten palveluihin. Kuntien edustajat näkivät mahdolliseksi ottaa osan näistä voimavaroista käyttöönsä lähinnä vanhustenhuollon tarpeisiin.

Onko hankinta- ja kilpailuttamisprosessi toimiva

Hankintalaki asettaa periaatteessa täsmälliset puitteet kilpailuttamiselle. Silti eri rahoittaja- tai hankijatahojen kilpailuttamismenettelyt poikkeavat huomattavasti toisistaan. Näin siitä huolimatta, että kaikissa rahoitus tulee julkisista varoista. Hankintalaista johtuen kilpailuttamisen ongelmina nähtiin sekä tuottajien että rahoittajien tahoilla joustamattomuus, menettelyn raskaus (ja kalleus) ja liiallinen jäykkyys asiakkaan henkilökohtaisten tarpeiden huomioon ottamisessa. Useimmat tuottajat ja hankkijat toivat esiin hankintalain muutostarpeita sosiaali- ja terveystalouden palvelujen hankintaan liittyen. Vähintään tarpeelliseksi nähtiin hankintalain tulkinnan yhtenäistäminen laitospalveluiden kilpailutuksessa.

Kuntoutuslaitosten edustajat pitivät kilpailutuksen ongelmana erityisesti hintojen suurta merkitystä hankintapäätöksiä tehtäessä. Koska valtaosa tarjouskilpailuun osallistuvista laitoksista ilmoittaa täyttävänsä hankintaan liittyvät laatustandardit, tulee hinta ratkaisevaksi. Toisaalta nähtiin, että hankittavien kuntoutusmäärien vaihtelusta aiheutuva riski on yksinomaan laitoksilla, jotka joutuvat ylläpitämään kapasiteettia toteutuvaa tilausta selvästi suurempaa palvelumäärää varten. Tästä aiheutuu rakenteellista tehottomuutta, mikä vaarantaa kuntoutuslaitosten kannattavuuden.

Tuottajatahot kritisoivat hankintamenettelyjä myös siitä, että kuntoutuksen alueelliset tarpeet ja erityisryhmät, kuten kielivähemmistöt, eivät siinä tule riittävästi otetuksi huomioon. Koska kilpailu on käytännössä hintakilpailua, normaali toiminnan kehittäminen tulee helposti laiminlyödyksi, millä on pitkällä tähtäimellä merkitystä laitospalveluiden laatuun. Huolta kannettiin myös siitä, että laitosten esittämä kuntoutusprosessin kuvaus poikkeaa merkittävästi toteutuvasta sisällöstä.

Miten turvataan laitospalveluiden laatu ja erityisosaaminen

Tähän asiakokonaisuuteen esittivät kuulemisessa näkemyksiään erityisesti palveluiden järjestäjät ja rahoittajat. Palveluiden tuottajilta samaa asiaa tiedusteltiin oman toiminnan vahvuksina ja erityisosaamisena. Vähäisessä määrin tuottajat esittivät myös yleisemmin näkemyksiä laitospalveluiden vahvuksista suhteessa muihin sosiaali- ja terveydenhuollon palveluihin tai kuntoutuksen avopalveluihin.

Palvelujen järjestäjille ja rahoittajille keskeisenä laatua ja erityisosaamista turvaavina tekijöinä nousivat esille palvelujen standardointi, auditointi ja asiakaspalautteet. Tärkeänä pidettiin, että kaikilla palvelujen tuottajilla olisi samanlainen käsitys laadusta. Tähän voitaisiin pyrkiä esimerkiksi laitostuntoutuksen yhtenäisellä tuotteistuksella (terveydenhuollossa käytössä olevan DRG-luokituksen kaltaisella järjestelmällä). Osaamista ja laatua katsottiin voitavan kehittää myös kilpailutuksella ja sopimuskumppanuudella sekä tiiviillä tilaaja-tuottaja –yhteistyöllä. Ratkaisevassa roolissa nähtiin olevan ostajatahon, jolla tulee olla käytettävissään asian tuntijoiden laatimat laatukriteerit. Palvelujen laadunvalvontaa tulisi puolestaan tehdä auditoinnin avulla. Viime kädessä vastuu laitostuntoutuksen kokonaislaadusta valtakunnallisesti katsottiin olevan sosiaali- ja terveystieteiden ministeriöllä.

Eräänä keinona laadun ylläpitämisessä nähtiin myös hankintamenettelyn kehittäminen. Hankintamenettelyssä toivottiin nykyistä paremmin otettavan huomioon kuntoutuksen vaikuttavuus ja laitosten erityisosaaminen hankintapäätöksiä tehtäessä. Harvinaisten sairaus- ja vamma-ryhmien kuntoutuksessa laadun nähtiin toteutuvan myös keskittämällä palveluja osaamis- ja resurssikeskuksiin, joissa toimii moniammatillisia työryhmiä. Kuntoutuslaitosten eräänä vahvuutena erityisosaamisen osalta nähtiinkin ryhmätoiminnan hallitseminen. Tärkeänä pidettiin myös, että Suomessa säilyy riittävä ja riippumaton kuntoutuksen tutkimus- ja kehittämistoiminta. Niin ikään koulutusta pidettiin tärkeänä kuntoutuksen laatutekijänä. Erityisesti korostettiin sitä, että kuntoutuslaitostyöntekijöiden tehtävänä on huolehtia työpaikkakoulutuksesta ja työssä oppimisen tukemisesta.

Mihin sairaskotien toimintaa ja osaamista pitäisi suunnata

Yleinen käsitys kuulemistilaisuuksissa oli, että sairaskotien erityinen vahvuus on ikäihmisten hoiva- ja kuntoutuspalvelut. Eniten kannatusta sai vanhuuteen liittyvän toiminnan kehittäminen sairaskodeista vapautuvilla resursseilla. Toisaalta nähtiin myös, että osa näiden laitosten kapasiteetista ja osaamisesta voisi markkinoiden ohjaamana suuntautua uusiin palveluihin, koska kaikelle olemassa olevalle kapasiteetille ei ole käyttöä julkisessa sosiaali- ja terveydenhuollossa. Osaltaan sairaskotien tulevaa käyttöä vaikeuttaa vaikuttaa se, että niistä eräät sijaitsevat vanhusten hoito- ja hoivapalveluja ajatellen liian kaukana asutuskeskuksista. Vahva näkemys kuntien edustajilla oli, että sairaskotien kapasiteettia ei tule automaattisesti siirtää kuntien vastuulle. Ratkaisut tulee tehdä aina tapauskohtaisesti.

Sairaskotien tulevaisuuden tulisi rakentua kuulemisessa esitettyjen näkemysten mukaan niiden olemassa oleviin vahvuuksiin ja suuntautua mm. geriatriseen kuntoutukseen. Dementiaa sairastavien määrä tulee kasvamaan lähivuosina ja he saattaisivat olla yksi sairaskodeissa hoidettava potilasryhmä. Mahdollisia uusia palvelumuotoja voisivat olla myös asumiskokeilut ja asumispalvelut.

Pelkästään markkinoiden avulla tapahtuvassa sairaskotien toiminnan sopeutuksessa vaarana nähtiin, että hyvin toimivia ja paljon osaamista omaavia laitoksia saatetaan joutua lopettamaan palvelukysynnän puutteesta johtuen. Sairaskotien keskeisenä rahoittajana toimiva Valtiokonttori onkin käynnistänyt hankkeen, jossa selvitetään sairaus- ja veljeskotien tulevaisuuden suuntautumista. Hanke valmistuu maaliskuun 2010 loppuun mennessä.

Miten kuntoutus integroidaan muihin sosiaali- ja terveyspalveluihin

Toimivan integraation keskeisenä ongelmana nähtiin kuntoutuspalvelujen rahoituksen monimuotoisuus (-kanavaisuus) sekä se, että kuntarakenne on liian hajanainen, jotta kunnat voisivat huolehtia yhtenäisellä tavalla kuntoutuspalvelujen järjestämisestä. Eräänä integraatiota vaikeuttavana asiana nähtiin myös tietosuojalain säännökset, jotka voivat pahimmillaan estää kuntoutujaa koskevien tietojen siirtymistä eri toimijoiden välillä.

Koska Kansaneläkelaitoksen laitostuntoutuksen rahat ovat "korvamerkittyjä", kunnallinen sosiaali- ja terveydenhuolto ei voi hallita kaikkia kuntoutusrahoja. Toisaalta esimerkiksi akuuttihoidon jälkeinen kuntoutus vaatii tehokasta palveluketjun suunnittelua ja toteutusta, jolloin toimintamalli ei voi olla myöskään liian hajautettu. Erityisesti lääkinällisen kuntoutuksen osalta integraation vastuuta tulisi selkeyttää ja siirtää sitä kuntaa laajemmalle alueelliselle tasolle, esimerkiksi sairaanhoitopiireille tai niiden muodostamille erityisvastuualueille. Eräänä mahdollisuutena tarvittavan koordinaation aikaansaamiseksi nähtiin myös lisääntyvä verkostomainen yhteistyö eri toimijoiden välillä. Selkeänä näkemyksenä nousi esiin perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon sekä kuntoutuksen välisen yhteyden ja yhteistyön kiinteittäminen. Kuntoutus tulee nähdä tärkeänä osana potilaan hoidon kokonaisuutta.

Työterveyshuollolla on kasvava koordinoiva rooli työkyvyn seurannassa. Tähän sopii myös tiivistyvä yhteistyö kuntoutuslaitosten kanssa. Kuulemisissa tuli toisaalta esille, että julkinen terveydenhuolto ei riittävästi havaitse työttömien kuntoutustarpeita. Tämän vuoksi tulisi selvittää miten työttömät henkilöt, joiden työllistämisen esteenä on hoidon lisäksi esimerkiksi lääkinällistä kuntoutusta vaativa sairaus tai vamma, pääsevät oikea-aikaisesti kuntoutukseen.

Kuntoutussuunnitelma nähtiin hyvänä välineenä kuntoutuksen ja muiden palvelujen integraatiossa. Kuntoutussuunnitelman tehokasta käyttöä vaikeuttaa kuitenkin rahoitusvastuiden hajanaisuus ja tosiasiallinen sitoutuminen suunnitelman tekemiseen. Osa integraatio-ongelmaa näyttäisi olevan myös Kansaneläkelaitoksen ja sosiaali- ja terveydenhuollon keskinäisen luottamuksen puutteet. Eräiden palvelutuottajien näkemyksen mukaan kuntoutuksen integraatio edellyttää myös lainsäädännön kehittämistä esimerkiksi vaikeavammaisten kuntoutuksen osalta.

Onko kuntoutuslaitosten tuottavuus ja kannattavuus riittävä ja kilpailukykyinen

Kuntoutuslaitosten tuottavuutta ja kilpailukykyä koskevaan kysymykseen vastasivat kuulemisessa ainoastaan palvelujen tuottajat.

Palveluntuottajien yhdenmukainen näkemys oli, että laitosten tuottavuus on huono ja se ei täytä toimialan kannattavuudelle asetettuja tavoitteita. Osan mielestä laitosten kannattavuus on heikompi, kuin mitä tilinpäätökset suoraan näyttävät, koska laitosten korjausvelka kasvaa koko ajan. Osa tuottajista oli myös sitä mieltä, että ellei laitoksilla olisi kuntoutustoiminnan lisäksi muuta palvelutoimintaa, ei laitostuntoutuspalvelujen tuottaminen olisi nykyisellään mahdollista. Todennäköisenä pidettiin myös sitä, että tämän hetkiselällä käyttöasteella osa kuntoutuslaitoksista on hinnoittelemassa itsensä pysyvästi ulos markkinoilta. Erityisesti ammatillisessa kuntoutuksessa kilpailun nähtiin olevan kovaa ja tuottavuuden alhaisen.

Keskeisenä syynä laitosten heikkoon kannattavuuteen pidettiin kilpailun kautta markkinoille muodostuvaa hintatasoa. Riittävän laadukkaan kuntoutustoiminnan ylläpitäminen pitkällä täh-

täimellä ei ole nykyisillä hinnoilla mahdollista. Palvelujen tuottajien mielestä ne joutuvat kohtuuttomasti kantamaan tuotannon määrän vaihtelusta aiheutuvaa riskiä. Tarvittaisiin nykyistä tasaisempaa riskin jakamista kuntoutuspalvelujen rahoittajien ja tuottajien välillä. Palvelujen käytön tulisi samalla olla nykyistä vakaampaa läpi koko vuoden.

Kuntoutuslaitokset tuottavat standardilähtöisiä prosesseja ja palveluja. Kuulemistilaisuuksissa tulikin esille vaihtoehtona se, että voisi olla parempi tuottaa lukumääräisesti vähemmän erilaisia palveluja, mutta laadukkaasti ja erikoistuen. Tällöin myös pitkäjänteinen työ palvelujen laatuun voitaisiin ottaa huomioon nykyistä paremmin hinnoittelussa. Nykyisin käytössä olevilla laatupisteillä ei kilpailutuksessa saada riittävää eroa palvelujen tuottajien kesken, vaan hinta jää käytännössä keskeiseksi valintaperusteeksi. Joidenkin palveluntuottajien mielestä kilpailutuksen kautta "ota tai jätä -sanelulla" jouduttu sitoutumaan liian alhaiseen hintatasoon.

Miten turvataan rahoitus investointeihin

Tämän kysymyksen osalta sekä palvelujen järjestäjien että palvelun tuottajien näkemykset olivat hyvin yhtenevät. Keskeinen viesti oli, että korjaus- ja muut investoinnit tulee voida kattaa laitosten normaalilla tulorahoituksella eli "terveessä kilpailuyhteiskunnassa pitäisi investoinnit kyetä hoitamaan tulorahoituksella". Investoinneista aiheutuvat kustannukset tulee tällöin sisällyttää kuntoutustuotteiden hintoihin, jolloin palvelujen ostajat viime kädessä maksavat investoinnit ostamallaan palveluilla. Investoinneilla ymmärrettiin tällöin sekä rakennus- ja laiteinvestointeja että investointeja osaamisen ylläpitämiseen ja kehittämiseen.

Ainoastaan muutama palvelujen tuottaja näki, että investointeihin tulisi saada erillistä ulkopuolista investointiavustusta. Tällöin viitattiin aiemmin käytössä olleeseen Raha-automaattiyhdistyksen investointiavustukseen, joka vuonna 2002 voimaan tulleen lainmuutoksen myötä poistui. Raha-automaattiyhdistys ei voi myöntää kuntoutuslaitoksille investointi- tai alijäämäavustuksia, koska menettely aiheuttaisi käytännössä avustuslain 4 §:ssä tarkoitettuja kilpailuhaittoja. Uutena avustusmuotona kuulemisessa nousi esille kuntoutuslaitosten mahdollisuus saada Asumisen kehittämis- ja rahoituskeskus ARA:n investointiavustuksia.

Vaikka poikkeuksetta kaikki olivat periaatteessa samaa mieltä investointien sisällyttämisestä tulorahoitukseen, nähtiin palvelujen tuottajien taholla sen toteutuminen nykytilanteessa varsin ongelmalliseksi. Keskeiseksi syyksi sanottiin, että palvelujen hinnat eivät tällä hetkellä kata investoinneista aiheutuvia kustannuksia. Kilpailutuksen (erityisesti Kansaneläkelaitoksen toteuttaman) myötä kuntoutustuotteista saatavien tulojen (hintojen) katsottiin olevan niin alhaiset, että niillä ei voida rahoittaa korjaus- ja muita investointeja. Tilanne on osaltaan johtanut myös siihen, että ei uskalleta tehdä suurempia rakennus- tai korjausinvestointeja, koska kilpailutus tekee toiminnan jatkuvuuden epävarmaksi. Palvelujen tuottajien näkemysten mukaan investoinneista päätettäessä tulisi olla varmuus palvelujen hankinnan jatkumisesta useamman vuoden ajan. Tähän päästäisiin tekemällä pitempiäaikaisia sopimuksia. Sairas- ja veljeskotien sanottiin olevan vielä niin hyvässä kunnossa (laitokset rakennettu 1980- ja 1990-luvuilla), että suurempiin investointeihin ei ole ollut tarvetta, mutta peruskorjaukset ovat edessä lähivuosina. Myöskään näissä laitoksissa ei ole kyetty kaikilta osin tekemään varauksia tuleviin investointeihin.

7.2 Asiantuntijapaneeli

Selvitysmiehet järjestivät asiantuntijapaneelina ns. pyöreän pöydän keskustelun 18.11.2009. Asiantuntijapaneelissa kuultiin laitostuntoutuksen kanssa tekemisissä olevien keskeisten muiden kuin varsinaisten kuntoutusta toteuttavien tahojen ja viranomaisten näkemyksiä asiakokonaisuuksista, jotka selvitystyön siinä vaiheessa olivat nousseet erityisesti esille. Asiantuntijapaneelin keskusteluteemoja olivat laitostuntoutuspalvelujen tuotannon määrän ohjaaminen, laitostuntoutuksen laadun varmistaminen, laitostuntoutuksen integrointi muuhun kuntoutukseen ja asiakkaan koko kuntoutusprosessiin. Asiantuntijapaneelin keskusteluista laadittiin muistio jatkotyötä varten.

Ns. pyöreän pöydän keskusteluun osallistui kaksi kansanedustajaa ja samalla Kansaneläkelaitoksen valtuutettua, Kansaneläkelaitoksen edustaja, edustajat Kilpailuvirastosta, Kuntaliitosta, sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto Valvirasta ja sosiaaliturvan uudistamiskomiteasta (Sata-komiteasta) sekä kolme edustajaa sosiaali- ja terveysministeriöstä. Liitteessä 3 on esitetty asiantuntijapaneeliin yksilöidyt keskusteluteemat sekä luettelo paneeliin osallistuneista henkilöistä.

Seuraava raportointi asiantuntijapaneelin keskustelusta on tehty ennakolta määriteltyjen keskusteluteemojen mukaisesti ja samalla siten, että raportoinnissa on pyritty tiivistämään selvitysmiesten mielestä oleellimmat näkemykset kuhunkin keskusteluteemaan liittyen. Raportointi on tehty siten, että siitä ei ole tunnistettavissa kenenkään yksittäisen keskusteluun osallistuneen näkemyksiä tai mielipiteitä.

Laitostuntoutuspalvelujen tuotannon ohjaaminen

Paneelin näkemyksenä oli, että laitostuntoutuksessa on ylikapasiteettia, joka tulisi kyetä asteittain purkamaan. Keskustelussa kysymyksenä nousi esiin, mistä ylikapasiteetti on muodostunut? Onko niin, että rahoittajatahot ovat vähentäneet ostojaan ja se on aikaansaanut kapasiteettiongelman. Vai onko niin, että kuntoutuslaitokset eivät ole osanneet kehittää palveluja siten, että ne vastaisivat tämän päivän palvelutarpeeseen. Kolmantena kapasiteettiongelmaan mahdollisesti vaikuttaneena tekijänä nostettiin esiin julkisen rahoituksen riittämättömyys. Koska kuntoutuksen tarve kasvaa väestön ikääntymisen myötä, kysymys on paljolti myös siitä, ovatko laitokset kyenneet kehittämään toimintaansa myös muun kuin julkisen rahoituksen varaan rakentuvalla palvelutuotannolla. Ylikapasiteetin erääksi syyksi nähtiin myös se, että julkisin varoin voimakkaasti tuettua palvelutuotantoa on ylläpidetty ja jopa lisätty ilman, että toiminnan vaikuttavuudesta on ollut riittävä näyttöä. Useassa puheenvuorossa kysyttiin myös sitä "onko aika ajanut nykyisen kaltaisen laitostuntoutuksen ohi?" ja pitäisikö laitostuntoutuksen kenttää tarkastella rahoittajatahojen toimesta kokonaan uudella tavalla.

Eräänä keskeisenä kuntoutuskeskustelun heikkoutena pidettiin sitä, että kuntoutusta ei nähdä kokonaisuutena, vaan sitä tarkastellaan helposti tuottajälhtöisesti ja esimerkiksi laitos- ja avokuntoutukseen ryhmiteltyinä. Asiantuntijapaneelissa nousi esiin tarve arvioida kuntoutusta asiakaslähtöisesti ja miettiä laitostuntoutuksen järjestämistä kuntoutuksen tarvitsijoiden lähtökohdista. Keskustelussa tuli esiin myös, että on olemassa kuntoutustarvetta, jota ei oteta riittävästi huomioon. Esimerkkinä mainittiin, että erikoissairaanhoidossa on potilaita, jotka tarvitsevat kuntoutusta, mutta eivät välttämättä saa sitä. Sosiaalialan uudistamiskomitean (Sata-komitean) työssä on lisäksi noussut esiin työttömien kuntoutuksen lisääminen, joskaan laitostuntoutus ei ole näiden asiakkaiden kohdalla pääasiallinen kuntoutusmuoto. Toisaalta todet-

tiin myös, että lääkehoidon kehitys (esimerkkinä reumasairaudet) on vienyt tarvetta perinteiseltä laitospuolelta kuntoutukselta. Uusina ja lisääntyvästi palveluja tarvitsevinä asiakasryhminä nähtiin mielenterveyskuntoutuksen ja erityisesti päihdekuntoutuksen asiakkaat.

Laitoskuntoutuksen keskeisenä ongelmana nähtiin, että mikään tahon ota vastuuta toiminnan kokonaisuudesta. Osin tämän seurauksena palvelujen tuottajat ovat luoneet oman toimintatapsansa. Tällöin saattaa käydä niin, että toiminta ei pohjautu niinkään palvelutarpeisiin vaan siihen, mitä palveluja laitokset tuottavat. Kokonaisuuden eräänä ongelmana nähtiin myös se, että kuntoutuslaitokset eivät nivelly riittävästi muihin sosiaali- ja terveyspalveluihin. Tämän on puolestaan johtanut siihen, että sairaanhoitopiireissä ja kunnissa on lähdetty kehittämään omia korvaavia kuntoutuspalveluja. Käytetyissä puheenvuoroissa todettiin, että kunnilla tulisi olla nykyistä suurempi rooli kuntoutuksen käytännön ohjauksessa. Tällöin asiakasnäkökulmaan voitaisiin yhdistää myös case management -toiminta. Eli potilaan tai asiakkaan palveluja tarkasteltaisiin kokonaisuutena ja kuntoutus olisi kiinteä osa koko palveluketjua. Potilaan tai asiakkaan apuna voisi olla kuntoutukseen perehtynyt tahon tai henkilö, joka ohjaa ja auttaa kuntoutusta tarvitsevaa henkilöä erilaisten vaihtoehtojen ja -etuuksien selvittämisessä.

Paneelin keskustelussa tuli esille, että laitospuolelta pitäisi jäsentää nykyistä selkeämmin kuntoutusta tarvitsevien palvelutarpeen sisällön mukaan. Tällöin on perusteltua tehdä ero lääkekinnällisen kuntoutuksen ja ammatillisen kuntoutuksen välillä. Kolmantena kuntoutuksen kokonaisuutena nähtiin yleistä toimintakykyä ylläpitävä tai parantava muu kuntoutus. Laitospuolelta eritellymmän jäsentämisen avulla voidaan selkeyttää myös järjestämis- ja rahoitusvastuuta sekä yksilöidä, millaisia palveluja laitospuolelta tuottavilta eri toimijoilta toivotaan.

Lääkekinnällisen kuntoutuksen osalta keskustelussa korostui sen kiinteä niveltymisen potilaan muuhun hoitoprosessiin. Tämän johdosta lääkekinnällisen kuntoutuksen järjestämis- ja tuottamisvastuu tulee olla terveydenhuollolla ja siellä siten toteutettuna, että kuntoutus seuraa välittömästi akuutin vaiheen hoitoa. Eräänä uudistuksena tähän liittyen nostettiin esiin, että Kansaneläkelaitoksen hankkima ja rahoittama lääkekinnällinen kuntoutus siirretäisiin kuntien vastuulle ja sitä vastaava rahoitusosuus ohjattaisiin kuntarajana sairaanhoitopiirien käyttöön. Kysymyksenä esitettiin epäily siitä, että raha ei tällöin enää kohdentuisi kuntoutettaville, vaan menisi valtionosuuden kautta kunnan kaikkien palvelutoimintaa.

Kolmas kuntoutuksen osa-alue eli toimintakykyä ylläpitävä ja parantava kuntoutus liittyy paneelin näkemyksen mukaan ikääntymiseen, mutta lisääntyvästi myös päihdeongelmiin ja psykososiaalisiin ongelmiin. Tämä kokonaisuus kuuluu sosiaali- ja terveydenhuollolle ja kuntien vastuulle. Eräänä mahdollisuutena voisi olla, että olemassa olevaa laitospuolelta kapasiteettia kohdennettaisiin lisääntyvästi juuri tälle alueelle.

Asiantuntijapaneelin eräs keskeinen viesti oli, että laitospuolelta ylikapasiteetti-ongelmaa ei tule jättää yksinomaan markkinoiden ratkaistavaksi, vaan järjestelyissä tarvitaan laajempaa strategista näkemystä kuntoutuspalvelujen tarpeesta tulevaisuudessa. Markkinoiden avulla tapahtuvan ohjauksen erääksi ongelmaksi nähtiin, että (kovan kilpailun seurauksena) saattaa jatkossa olla vain muutamia tai joillakin kuntoutuksen osa-alueilla vain yksi palvelun tuottaja. Tällöin kilpailu ei enää toteudu, vaan ennen pitkää se rajoittuu ja monopolisoituu. Jos on vain yksi merkittävä palvelun tuottaja tai käänteisesti vain yksi merkittävä palvelujen tilaaja, markkinat eivät ole enää tasapainossa ja epävakaus kasvaa. Tämä puolestaan saattaa johtaa varovaisuuteen esimerkiksi tarvittavien investointipäätösten tekemisessä.

Laitoskuntoutuksen laadun varmistaminen

Paneelin vahva näkemys oli, että tulevaisuudessa valtaosa ikääntyneistä hoidetaan joko kotiin tai palveluasuntoihin. Tällä hetkellä kunnat eivät kykene tarjoamaan riittävästi sellaisia palveluja, joita kotona asuvat ihmiset tarvitsevat. Jotta asiakasnäkökulma toteutuisi käytännössä, kuntien tulisi toimia sekä avo- että laitoskuntoutuksessa "palveluvartijana" ja tarjota ikääntyville ihmisille suunnitelmallista kuntoutusta. Kunnille tulisi antaa tämän tehtävän hoitamiseen myös riittävä rahoituksellinen tuki. Esimerkkinä nostettiin esille aivoverenkiertohäiriöpotilaiden kuntoutus, jossa kunnilla nähtiin olevan selkeä kokonaisvastuu myös siitä, että akuutin sairaalahoidon jälkeen ihmiset selviytyvät nykyistä paremmin.

Kuntoutuksen ohjauksessa vaikuttavuuden tulee olla peruskäsite, vaikkakin sitä on hankala mitata. Kuntoutuksessa palvelujen laatua tarkastellaan usein osaamisen lähtökohdasta siitä huolimatta, että osaamisen mittaaminen ei kerro välttämättä riittävästi toiminnan sisällöstä. Vaikuttavuutta ja laatua on tarkasteltava "loppupalvelun" kautta. Keskustelussa esiintuodun näkemyksen mukaan ammatillisessa kuntoutuksessa vaikuttavuutta on helpompi mitata kuin esimerkiksi lääkinnällisessä kuntoutuksessa, jossa vaikuttavuus riippuu myös siitä, mitä kuntoutukselta odotetaan. Tavoitteeksi ei voida aina asettaa vain toimintakyvyn palautumista tai paranemista, vaan tavoitteena voi olla myös toimintakyvyn heikkenemisen hidastaminen tai heikentyneen toimintakyvyn kanssa selviytyminen.

Paneelin keskustelussa tuli esiin, että vaikuttavuuden yhdistäminen kilpailuttamiseen saattaa olla käytännössä hankalaa. Yhteinen näkemys oli, että vaikuttavuusmittarit ja niiden luominen on kansallinen haaste, eikä tehtävää tule hajottaa tilaajakohtaiseksi kehittämistyöksi. Sosiaali- ja terveysministeriöllä ja sen alaisilla laitoksilla tulisi olla keskeinen rooli vaikuttavuusmittareiden laatimisessa. Tulee ymmärtää myös se, että vaikuttavuusmittareiden määrittely ja käyttöönotto vie aikaa ja tätä työtä kannattaa tehdä osa-alueittain. Vaikuttavuusarviointiin kytkeytyy myös toimivien kannustin- ja ohjausjärjestelmien luominen. Toisaalta pelkät mittarit eivät välttämättä ratkaise asiaa kuntoutettavien näkökulmasta Eräänä mahdollisuutena pidettiin sitä, että oma (vastuu)lääkäri olisi nykyistä enemmän kuntoutettavan apuna kuntoutukseen ohjautumisessa.

Paneelin keskustelussa tuli esiin, että valvontaviranomaiset seuraavat palvelujen laatua lähinnä kanteluiden kautta ja, että kuntoutuksesta ei tule tällä hetkellä valvontaviranomaiselle juurikaan yhteydenottoja. Toisaalta kaikki kuntoutuspalveluja tuottavat yksiköt joutuvat hakemaan luvan lääninhallituksilta. Lupahakemukset tulevat sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto Valviraan silloin, jos palvelun tuottajan toimipisteitä on kahdessa tai useammassa läänissä. Laitoksiin tehdään viranomaisten toimesta myös tarkastuskäyntejä ja ne joutuvat tekemään toimintakertomukset, joiden avulla laatua valvotaan.

Laitoskuntoutuksen integraatio sosiaali- ja terveyspalveluihin

Kuntoutuksen integraatiota tulisi paneelin mukaa tarkastella kansalaisten tarpeitten kautta ja miettiä sitä, miten kuntoutus integroituu arjessa. Kyse on usein case management –tyyppisestä kuntouttajaa tukevasta toiminnasta. Osa-alue, josta puhutaan vähemmän, on kuntouttava työtoiminta moniongelmaisten ja syrjäytyneiden osalta. Tällöin on kyse laaja-alaisesta kuntoutuksesta.

Integraation on kuntoutuksessa ajateltu tällä hetkellä toteutuvan mm. paikallisten kuntoutusryhmien avulla. Toimijoina ryhmissä ovat Kansaneläkelaitos, kunta jne. Yleinen käsitys oli, että nämä ryhmät eivät toimi ajatellulla tavalla. Ainoastaan lääkinnällisen kuntoutuksen osuus toimii integraatiomielessä kohtuullisesti.

Asian, jonka nähtiin käytännössä vaikeuttavan kuntoutuksen integraatiota, on kuntarakenteen sirpaleisuus. Vastuu kuntoutuksesta tulee paneelin käsityksen mukaan säilyttää jatkossakin perustasolla ja pyrkiä muuttamaan palvelurakenteita niin, että ne tukevat paikallista integraatiota. Kyse on pitkälti siitä, että toiminnan perustaksi on riittävä väestöpohja sekä osaamista ja tarvittavia kuntoutuksen "työkaluja". Ammatillista kuntoutusta lukuun ottamatta suunnitteilla olevien uusien sosiaali- ja terveydenhuoltoalueiden (sote-alueiden) tulisi kyetä ottamaan kattavalla tavalla järjestämisvastuu myös kuntoutuksesta.

Eräänä integraatiokeinona myös kuntoutuksen osalta on nostettu esiin palveluseteli, jolloin kuntoutuja itse vaikuttaa suoraan palvelujen hankintaan. Palveluseteliin liittyen paneelin keskustelussa tuotiin esiin, että ennen kuin kuntoutuspalvelujen tuotteistuksessa on päästy pidemmälle, voi palveluseteli olla huono vaihtoehto. Palvelusetelin käyttööotto kuntoutuksessa voi johtaa yksilötasolla vaikuttavuudeltaan myös epätarkoituksenmukaisiin valintoihin. Palveluseteliin liittyvien käytännön kokemusten kartuttamiseksi Kansaneläkelaitos on käynnistä-mässä palvelusetelikokeilua vuonna 2011.

Kuntoutuksen integraatiota voidaan paneelissa esitetyn näkemyksen mukaan kehittää myös siten, että kuntoutuspalvelujen tuotekehittelyä keskitetään valtakunnallisiin osaamiskeskuksiin, vaikka varsinainen palvelujen tuotanto on hajautettua. Tuotekehityksen keskittäminen mahdollistaa samalla myös kuntoutuksen vaikuttavuuden arvioinnin nykyistä paremmin.

Myönteisenä esimerkkinä integraation onnistumisesta julkisessa hallinnossa nostettiin esiin työvoimahallinnon palvelukeskukset. Alkuvaiheessa niiden rakentamisessa oli "sähläämistä ja epätoivoa", mutta ajanoloon toiminta on alkanut sujua ja tuottaa tulosta.

8 Selvitysmiesten keskeiset havainnot ja toimenpide-ehdotukset kuntoutuslaitosten toiminnan kehittämiseksi

Selvitysmiehet esittävät toimenpide-ehdotuksia yhdeksään asiakokonaisuuteen, joista neljä ensimmäistä liittyy laituskuntoutuksen kysynnän ja tarjonnan tasapainoon. Toimenpide-ehdotukset viisi ja kuusi käsittelevät laituskuntoutuksen laatua. Toimenpide-ehdotukset seitsemästä yhdeksään puolestaan kohdistuvat kuntoutuksen sisältöön ja integraation, tällöin kuntoutus on ymmärretty laajempaan kuin pelkästään laituskuntoutuksena. Toimenpide-ehdotusten sisällä on yhteensä 30 alakohtaa.

Toimenpide-ehdotuksen ja niihin liittyvät keskeiset havainnot ovat muotoutuneet selvitystyön yhteydessä tehdyn kyselyn, kuulemistilaisuuksien ja muiden asiantuntijakeskustelujen sekä selvitysmiesten harkinnan perusteella. Toimenpide-ehdotukset pyrkivät antamaan vastauksen toimeksiannon varsinaisen selvitystehtävän kohtiin 2 ja 3. Toimenpide-ehdotuksia edeltävään keskeiset havainnot -kohtaan on koottu oleellisemmat kyseistä asiakokonaisuutta määrittävät havainnot.

Toimenpide-ehdotuksia tehtäessä on sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenteesta käytetty nykyisiä organisaationimityksiä. Selvitystyössä ei ole lähdetty ennakoimaan sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenteessa lähitulevaisuudessa mahdollisesti tapahtuvia muutoksia. Toimenpide-ehdotukset on pyritty laatimaan siten, että niitä voidaan toteuttaa myös uudistuvassa palvelurakenteessa.

Kuntoutuslaitosten kapasiteetin kasvu ja vähenevä kysyntä

Keskeiset havainnot

Vuonna 2008 kuntoutuslaitosten kapasiteetti oli runsaat 6 600 kuntoutukseen varattua vuodepaikkaa. Paikkamäärä on kasvanut runsaassa kymmenessä vuodessa yli tuhannella. Kuntoutuslaitosten kuntoutushenkilöstön kokonaismäärä oli vuonna 2008 noin 3 500 henkilöä. Henkilöstön määrä on kasvanut viimeisen runsaan kymmenen vuoden aikana paikkamäärää nopeammin.

Samaan aikaan laituskuntoutuksen käyttö on pysynyt ennallaan tai vähentynyt, minkä vuoksi kuntoutuslaitosten käyttöaste on laskenut. Käyttöasteen ennustetaan laskevan edelleen tulevina vuosina. Arvion mukaan sotainvalidien ja –veteraanien laituskuntoutuksen käyttö tulee laskemaan vähintään kymmenen prosenttia vuosittain.

Veteraanikuntoutukseen käytettyä kapasiteettia on vapautunut ja vapautuu tulevina vuosina nopeasti. Varsinkin sotainvalidien sairaus- ja veljeskotien osaaminen on suuntautunut vanhus-ten hoivaan, hoitoon ja kuntoutukseen, ja niiden käytössä olevat tilat tukevat tätä toimintaa.

1. Toimenpide-ehdotukset kysynnän ja tarjonnan tasapainottamiseksi

- Sairas- ja veljeskotien vapautuvaa osaamista ja tiloja suunnataan tapauskohtaisesti kuntien vastuulla olevien vanhusväestön hoiva- ja kuntouttavien palvelujen sekä asu- mispalvelujen käyttöön.

- Ei ole tarkoituksenmukaista suunnata sairas- ja veljeskotien vapautuvaa kapasiteettia vaikeavammaisten kuntoutukseen tai työelämään suuntautuneeseen kuntoutukseen.
- Omaishoitajien kuntouttaville palveluille on selvästi tarvetta. Kohdennetaan Kansaneläkelaitoksen harkinnanvaraista kuntoutusmäärärahaa omaishoitajien toimintakykyä ja jaksamista tukevaan kuntoutukseen.
- Muun kapasiteetin käyttöasteen merkittävä nostaminen edellyttää uusien palvelukonseptien ja kuntoutustuotteiden kehittämistä, jolloin rahoitus tulee muista kuin julkisista varoista tai lakisääteisistä vakuutuksista.
- Raha-automaattiyhdistykseltä tai muista julkisista varoista laitoksille myönnettyjen investointiavustusten ja niiden mahdollisen takaisinperinnän ei pidä ohjata laitosten kapasiteetin tarkoituksenmukaista käyttöä tulevina vuosina. Takaisinperintää koskevat ratkaisut tulee kuitenkin jatkossakin tehdä tapauskohtaisesti. Laitosten tulee varautua myös kuntoutustoiminnan mahdollisesta lopettamisesta aiheutuviin kustannuksiin.

Laitoskuntoutuksen sisältö ja uudet toimintamallit

Keskeiset havainnot

Työelämään suuntautuvasta kuntoutuksesta vastaavat rahoittajat (lähinnä Kansaneläkelaitos, vakuutuslaitokset ja työhallinto) ja kunnat katsovat, että laitoskuntoutustuotteet eivät kaikilta osin vastaa niiden odotuksia ja tarpeita. Nykyiset laitoskuntoutuspalvelut palvelevat ensisijaisesti Kansaneläkelaitoksen ja Valtiokonttorin tarpeita, eikä nykyinen tarjonta välttämättä kohtaa muiden rahoittajien tarpeita.

Osa kuntoutuslaitoksista toimii perinteisellä palveluvalikoimalla, joka on heijastusta mm. omistajatahojen perustehtävästä. Palveluvalikoima ei myöskään vaihtele tuottajittain. Perinteiset toimintatavat vaikeuttavat laitosten toimintaa nykyisessä tilanteessa, sillä kaikissa laitoksissa ei ole markkinoilla toimimisen osaamista, vaikka mm. kilpailulainsäädäntö sitä edellyttää.

2. Toimenpide-ehdotukset

- Kuntoutuslaitokset monipuolistavat palveluvalikoimaansa sekä kehittävät yritystoimintaan liittyvää osaamistaan. Markkinoilla oleva kysyntä tulee kyetä tunnistamaan herkemmin ja palvelutoimintaa kehittää sitä vastaavaksi.
- Järjestötoiminta ja palvelujen tuottaminen eriytetään nykyistä selkeämmin toisistaan organisatorisilla ratkaisuilla, esimerkiksi yhtiöittämillä. Palvelutuotannon mittakaava-etuja on haettava aktiivisesti joko verkostoitumalla tai fuusioitumalla.

Kuntoutuslaitosten taloudellinen tilanne ja kilpailutus

Keskeiset havainnot

Laitoskuntoutuksen kokonaisrahoituksesta (noin 350 milj. euroa) tulee tällä hetkellä vajaa 40 prosenttia Kansaneläkelaitoksen palveluostoina. Vuonna 2012 tämän osuuden arvioidaan olevan noin kaksi kolmasosaa koko laitoskuntoutuksen rahoituksesta. Samanaikaisesti nykyisen-

kaltaisen laitoskuntoutuksen tarpeen ja sen myötä myös rahoituksen ennakoitaan vähenevän nykyisestä.

Kansaneläkelaitoksen hankintamenettely, jossa tiukan kilpailutuksen perusteella laitospaasiteetistä tehdään varaus, mutta ei anneta takeita sen käytöstä, saattaa johtaa laitoksissa palvelutuotantoon varattujen resurssien vajaakäyttöön ja asettaa kovan vaateen toiminnan kannattavuudelle. Käytössä oleva sopimusmenettely jättää riskin palvelujen käytöstä ja siitä aiheutuvaasta tuotannon vaihtelusta lähes yksinomaan palveluntuottajalle.

Kuntoutuslaitosten tuloksenteekokyky on heikentynyt siten, että huomattava osa laitoksista ei pysty riittävästi huolehtimaan toiminnan edellyttämistä investoinneista. Laitosten käyttöaste on liian alhainen suhteessa talouden tasapainoiseen tilanteeseen pidemmällä aikavälillä. Valtiokonttorin pääasiallisen rahoituksen varassa olevissa kuntoutuslaitoksissa talouden kokonaistilanne on parempi.

Osassa kuntoutuslaitoksia liiketaloudellinen ajattelu ja osaaminen ovat kehittymättömiä. Samoin talouden seuranta ja keskipitkän aikavälin suunnittelu ei kaikilta osin ole riittävän eriytyntä ja kehittynyttä laitosten haasteelliseen taloustilanteeseen verrattuna.

Laitoskuntoutuksesta puuttuu kansallisesti yhtenäinen tuotteistus, jollaista ollaan parhaillaan luomassa perusterveydenhuoltoon ja joka on otettu laajasti käyttöön erikoissairaanhoidossa (DRG -tuotteistus). Kuntoutuslaitosten kustannuslaskenta ei ole kaikkien toimijoiden osalta vielä riittävän kehittynyttä tuottamaan oikein kohdentuvia kustannustietoja palveluhinnittelun pohjaksi.

3. Toimenpide-ehdotukset

- Kuntoutuslaitosten tulee vähentää riippuvuutta yhden rahoittajan päätöksistä ja omilla toimenpiteillään turvata laitosten nykyistä monipuolisempi käyttö. Tämä edellyttää laitoksilta kuntoutuspalveluiden sisällön ja tuotteiden uudistamista erityisesti työelämään suuntautuvassa kuntoutuksessa ja näiden palvelujen kehittämistä vaikuttavuuteen perustuviksi sekä keskeisten rahoittajatahojen eli työnantajien, työeläkelaitosten ja työvoimahallinnon tarvetta vastaavaksi.
- Kuntoutuspalvelut tuotteistetaan valtakunnallisesti yhtenäisellä tavalla. Tuotteistamistyö tehdään Kansaneläkelaitoksen johdolla niin, että valmistelussa ovat mukana muut keskeiset laitoskuntoutuksen rahoittajatahot (Valtiokonttori, vakuutuslaitokset, kunnat) ja palveluntuottajien edustus. Tuotteistusta tehtäessä tulee kuulla palvelujen käyttäjien edustajina potilas- ja vammaisjärjestöjä.
- Käynnistetään kuntoutuspalvelujen kustannuslaskennan kehittämishanke. Hankkeessa sovitetaan perusteet, joilla laitoskuntoutuksen kustannukset voidaan yhtenäisellä ja mahdollisemman läpinäkyvällä tavalla kohdentaa palvelutuotteisiin. Samassa yhteydessä on perusteltua selvittää myös avokuntoutuksen kustannusten oikea kohdentuminen. Kustannuslaskennan kehittämishanke toteutetaan kuntoutuspalvelujen tuotteistuksen selvitystyön yhteydessä.
- Laitoskuntoutuspalvelujen sopimuskäytäntöä tulee kehittää nykyistä joustavammaksi sekä palvelujen mahdollisesta yli- ja alikäytöstä aiheutuvaa taloudellista riskiä tasaavaksi. Palvelusopimus palvelujen rahoittajan ja tuottajan välille tehdään kilpailutuksen perusteella vähintään neljäksi vuodeksi. Tämän jälkeen neuvotellaan vuosittaiset tuotantosopimukset. Vuosittaiset sopimukset ovat molempia osapuolia sitovia, mutta niitä voidaan yhteisesti

tarkistaa palvelukysyntää ja rahoitusmahdollistuksia vastaaviksi. Vuosittainen tuotantosopimus voi sisältää ns. yli- ja alikäyttömenettelyyn perustuvan laskutuksen.

- Kuntoutuslaitosten talouden terve rakenne ja tasapaino edellyttävät, että palvelutuotteiden hintojen tulee keskipitkällä aikavälillä kattaa käyttökustannusten lisäksi myös laitosten investoinneista aiheutuvat kustannukset sekä palvelutuotteiden kehittämisestä aiheutuvat menot.

Hankintalain tulkinta ja muutostarpeet

Keskeiset havainnot

Kuntoutuslaitokset joutuvat toimimaan markkinaehtoisesti entisestään kiristyvillä palvelumarkkinoilla.

Palvelujen nykyinen hankintaprosessi koetaan sekä rahoittajien että palvelujen tuottajien näkökulmasta raskaaksi ja resursseja kuluttavaksi. Eri osapuolet ovat esittäneet tyytymättömyyttä nykyiseen hankintalakiin tai sen tulkintoihin. On myös ilmennyt, että eri rahoittaja- ja järjestäjätahot tulkitsevat hankintalain toimenpanoa jossain määrin eri tavoin. Yksityiskohtaisin tulkinta on Kansaneläkelaitoksella.

Käytössä oleva hankintamenettely ja siihen liittyvä kilpailutus näyttää johtavan eräissä tapauksissa palvelujen tuottajien epätarkoituksenmukaiseen valikoitumiseen sekä osaamisen ja laadun perusteella hyvien palveluntuottajien poistumiseen markkinoilta.

4. Toimenpide-ehdotukset

- Laitoskuntoutuspalveluja järjestävien ja rahoittavien tahojen, erityisesti Kansaneläkelaitoksen, tulee selvittää missä määrin on mahdollista keventää nykyistä kilpailutusmenettelyä hankintalain tulkintaa hyväksikäyttäen.
- Lisäksi sosiaali- ja terveysministeriön toimesta tulee erikseen selvittää, pitäisikö hankintalakiin tehdä muutoksia sosiaali- ja terveyspalvelujen hankintamenettelyn muuttamiseksi joustavammaksi (rajatuissa tapauksissa nykyistä pidemmät sopimuskaudet, useiden puitejärjestelyjen yhdistämismahdollisuus, palvelun tuottajasta saadut hyvät kokemukset yhtenä valintakriteerinä kilpailutuksessa ja näyttövelvollisuuden määrittäminen valittajalle).

Osaamisen ylläpitäminen, laadun varmistus ja kilpailutus

Keskeiset havainnot

Kuntoutuslaitoksilla on hyvää osaamista ja kokemusta perinteisen toimintansa alueilla. Nykyajan ilmiö on, että markkinoille tulee uusia tarjoajia, joiden osaaminen perustuu ostopalveluihin alihankintana.

Henkilökunta on lisääntynyt suhteessa paikkamäärään ja sen ammattirakenne ja osaaminen ovat monipuolistuneet, mikä osin johtuu kilpailuttamisesta käytetyistä standardeista. Standardien avulla pyritään turvaamaan riittävä osaamistaso ja siten varmistamaan laitoskuntoutuksen

laatu. Kilpailutusmenettelyt johtavat kuitenkin hyvin yksityiskohtaisiin henkilöstövaatimukseen, mikä jäykistää palvelutuotantoa ja estää joustavaa henkilöstön käyttöä, aiheuttaen siten tehottomuutta.

Lähivuosina osaavaa henkilöstöä vapautuu varsinkin sotainvalidien ja –veteraanien kuntoutukselta. Vapautuvalle osaamiselle on kuitenkin tarvetta ja käyttöä muissa hoivapalveluissa.

Perinteinen sairausryhmäkohtainen laitoskuntoutus on muuttumassa ja vähenemässä mm. lääketieteen kehityksen vuoksi. Tämän kehityksen arvioidaan jatkuvan tulevina vuosina. Toisaalta pienten ja erityisosaamista vaativien sairausryhmien korkealaatuisen kuntoutuksen tarve on edelleen sama. Näitä palveluja voidaan tuottaa nykyistä keskitetymin.

Kyselyssä ja kuulemisissa erityisesti palvelutuottajien taholta tuotiin esiin osaamiskeskusten muodostamisen tarve, mutta näkemykset osaamiskeskusten tavoitteista ja organisoimisen muodoista poikkesivat paljon toisistaan.

Ruotsia tai muita vähemmistökieliä puhuvien tarve saada kuntoutuspalveluja omalla äidinkielellään säilyy tulevina vuosina aiemmalla tasollaan.

5. Toimenpide-ehdotukset

- Pienten ja harvinaisten ryhmien ja aistivammaisten tarvitseman kuntoutuksen erityisosaaminen turvataan. Erikseen selvitetään, miten yhtäältä näiden ryhmien tarpeiden muutokset ja toisaalta terveydenhuollon teknologian kehitys vaikuttavat kuntoutustarpeisiin, kuntoutusmuotoihin ja –menetelmiin sekä hoidon kokonaisuuteen.
- Laadukkaat kuntoutuspalvelut turvataan ruotsinkielisille ja muille kielivähemmistöille, mikä voidaan toteuttaa esimerkiksi hyväksymällä kielen perusteella perustettavien ryhmien pienempi aloituskoko, tai mikäli hyvä laatu sitä edellyttää, mahdollistamalla esimerkiksi kilpailutuksen perusteella erityisosaamista vaativien ryhmien kaksikielisyys.
- Suuri ja tulevina vuosina kasvava potilasryhmä ovat aivoverenkiertohäiriöpotilaat, joiden kuntoutus tulee järjestää nykyistä nopeammin heti akuutin hoidon jälkeen. Tämän ryhmän laitoskuntoutus keskitetään kuntoutuksen laadun ja osaamisen varmistamiseksi, kuitenkin niin, että huolehditaan alueellisesti riittävästä palvelutarjonnasta ja osaamisesta.
- Kilpailumenettelyissä siirrytään laadun varmistuksessa henkilöstöä koskevien mitoituksivaatimusten ohella vaikuttavuuden käyttöön laadun indikaattorina.
- Laadun varmistuksessa ei riitä pelkästään henkilöstömitoitusten määrittäminen, vaan myös koko palveluprosessien toimivuus on laadun tae. Kuntoutuspalvelutuotannon prosessiajattelua tulee kehittää niin, että kyetään tunnistamaan ja määrittämään keskeisimmät ydinprosessit, ja järjestämään kuntoutus niiden mukaisesti.

Vaikuttavuustiedon tarve ja hyödyntäminen

Keskeiset havainnot

Vaikuttavuustieto kohdistuu suurelta osin yksittäisiin sairausryhmiin ja/tai kuntoutustapahtumiin, eikä niinkään laitosten merkitykseen kuntoutumisessa. Tieto on lisäksi sattumanvaraista,

eikä kata keskeisiä kuntoutuksen osa-alueita. Poikkeuksena on Aslak, jonka suhteen on tehty eniten vaikuttavuustutkimuksia. Niiden tulokset ovat tosin ristiriitaisia ja tulosten hyödynnettävyys siksi melko vähäinen.

Kaikkien tahojen mukaan vaikuttavuutta koskevalle tiedolle on erittäin suuri tarve sekä kuntoutuksen rahoittajien että palvelujen tuottajien näkökulmasta. Toisaalta ongelmana on, että olemassa oleva vaikuttavuustieto ei ohjaa riittävästi palvelutuotantoa.

Vaikuttavuus ei ole tällä hetkellä kriteerinä palvelutuottajien kilpailutuksessa eikä siten myöskään rahoituksen ohjaamisessa.

6. Toimenpide-ehdotukset

- Vaikuttavuustutkimus nivelletään kuntoutuksen kansallisiin linjauksiin. On tarvetta kohdentaa aiempaa enemmän tutkimusta sekä kuntoutuksen vaikuttavuuteen että prosessien ja vaikuttavuuden yhteyden selvittämiseen. Lisäksi tarvitaan kuntoutuskäytäntöjen ja metodien tutkimusta.
- Vastuu kuntoutuksen vaikuttavuuden arviointimenetelmien kehittämisestä tulee olla Terveystieteiden- ja hyvinvoinnin laitoksella. Menetelmien kehittäminen ja käyttöönoton suunnittelu toteutetaan yhteistyössä Kansaneläkelaitoksen ja kuntoutuslaitosten kanssa. Kansaneläkelaitoksen harkinnanvaraiseen kuntoutukseen kuuluvan tutkimus- ja kehittämistoiminnan määräraha pidetään vähintään nykyisellään ja tätä käytetään vaikuttavuustutkimukseen.
- Kilpailun kriteereitä kehitetään niin, että niissä otetaan enemmän huomioon vaikuttavuustutkimuksen tuottamaa tietoa. Tavoitteena tulee olla, että kuntoutuksen vaikuttavuus ohjaa keskeisellä tavalla kuntoutuksen hankintapäätöksiä.

Laitoskuntoutuksen integraatio ja prosessin omistajuus

Keskeiset havainnot

Lääkinnällisen kuntoutuksen vastuun jakautuminen eri rahoittajatahojen kesken aiheuttaa mm. viiveitä kuntoutukseen pääsyssä ja heikentää vaikuttavuutta. Esimerkiksi aivoverenkiertohäiriöiden jälkeinen laitoskuntoutus on vaikuttavinta välittömästi akuutin vaiheen hoidon jälkeen, mutta nykyinen lainsäädäntö ja rahoitusmenettelyt eivät kannusta kuntoutuksen välitöntä aloitusta. Lisäksi kuntoutukseen pääsyssä on alueellisia eroja, mikä aiheuttaa eriarvoisuutta.

Kuntoutussuunnitelma ei ole riittävä instrumentti kuntoutukseen ohjaamisessa ja integroinnissa. Palvelunohjauksesta on hyviä kokemuksia palveluja integroivana menetelmänä. Palveluseleiden soveltuvuudesta kuntoutuksessa ei ole vielä riittävästi tietoa.

Yli 65-vuotiaiden osuus laitoskuntoutusasiakkaista on pieni, lukuun ottamatta sotainvalideja ja -veteraaneja. Tulevina vuosina vanhusten kotona selviytymiseen liittyvät ongelmat tulevat lisäämään kuntoutustarpeita, jolloin kuntoutuspalvelujen ja vanhustalpalvelujen niveltäminen tulee entistä tärkeämmäksi.

Työelämään suuntautuvan laitoskuntoutuksen sisällöt ja toimintamuodot ovat integroituneet puutteellisesti työelämään sekä kuntoutujien ja työpaikan tarpeisiin.

7. Toimenpide-ehdotukset

- Akuutin sairaanhoidon jälkeinen tarpeenmukainen laitospääntoutus aloitetaan viiveettömästi hoidon jälkeen. Vastuu välittömän pääntoutuksen suunnittelusta ja toteutuksesta kuuluu sairaanhoitopiireille.
- Vastuu työelämään suuntautuvan pääntoutuksen prosessien ohjaamisesta kuuluu työssä olevien osalta työterveyshuoltoon, ja pääntoutus integroidaan nykyistä paremmin työpaikkaan.
- Palvelunohjausta tehostetaan ja terveydenhuollon nykyistä pääntoutusohjausta uudistetaan. Palvelusetelien käyttökelpoisuudesta hankitaan riittävästi kokemuksia ennen niiden käyttöönottoa.
- Vanhusten hoiva ja pääntoutus on kuntien vastuulla. Pääntoutus integroidaan saumattomasti kunnan peruspalveluihin, mikä edellyttää pääntoutuksen toimintatapojen ja sisältöjen kehittämistä vastaamaan vanhusten tarpeita.

Kuntoutuksen sisältö ja järjestäminen

Keskeiset havainnot

Laitospääntoutus ei välttämättä jäsenny kokonaisuuksina, jotka muotoutuisivat pääntoutuksen sisällön ja tarpeen kautta. Samalla hämärtyy se, millä taholla on ensisijainen vastuu pääntoutuksen järjestämisestä ja rahoituksesta. Lisäksi eri toimijat käyttävät pääntoutuksesta omista lähtökohdistaan erilaisia jaotuksia, mikä on omiaan vaikeuttamaan pääntoutuksesta käytävää keskustelua.

Pääntoutuslaitosten merkittävä osa-alue on työelämään suuntautuva pääntoutus eli Kansaneläkelaitoksen rahoittama ammatillinen pääntoutus ja osa harkinnanvaraisesta pääntoutuksesta (Aslak). Näitä palveluita ei tuoteta julkisina palveluina, vaan ne ovat lähinnä yksityisten pääntoutuslaitosten toimintaa.

Työelämään suuntautuvassa pääntoutuksessa keskeinen toimija ja aloitteentekijä on työterveyshuolto. Muita toimijoita ovat Kansaneläkelaitos, työeläke-, tapaturma- ja liikennevakuutuslaitokset sekä työnantajat ja työhallinto. Pääntoutuslaitokset eivät tällä hetkellä integroidu riittäväällä tavalla pääntoutuksen tämän osa-alueen toteutukseen.

Kansaneläkelaitoksen velvollisuuden järjestää vaikeavammaisen henkilön lääkinällistä pääntoutusta liittyy ehtoja, jotka ovat ristiriidassa tehokkaan sekä oikein kohdentuvan ja ajoitetun pääntoutuksen kanssa. Oikeus pitkäaikaiseen pääntoutukseen säädettiin vaikeavammaisen henkilön työ- ja toimintakyvyn turvaamiseksi. Tällöin pääntoutus ei saa olla välittömästi sairaanhoitoon liittyvää ja sitä voidaan antaa vain alle 65-vuotiaalle henkilölle. Pääntoutuksen saamisen eräänä ehtona on, että henkilö saa samanaikaisesti korotettua tai ylintä vammaistukea tai korotettua tai ylintä eläkkeen saajan hoitotukea. Pääntoutustarpeella ja pääntoutuksen oikealla ajoituksella ei kuitenkaan ole yhteyttä vammais- tai hoitotukipäätökseen.

8. Toimenpide-ehdotukset

- *Työelämään suuntautuva kuntoutus*

Vastuu työelämään suuntautuvasta kuntoutuksesta työssä olevien ja työttömien osalta kuuluu sosiaalivakuutukselle (Kansaneläkelaitos, muut vakuutuslaitokset) ja työhallinnolle. Sosiaalivakuutuksen palvelut tuotetaan ensisijaisesti kuntoutuslaitosten ja muun yksityisen sektorin toimesta.

- *Lääkinnällinen kuntoutus*

Lääkinnällisen kuntoutuksen tulee olla viiveetön jatke terveydenhuollossa toteutetulle hoidolle ja kuntoutuksen tulee saumattomasti integroitua hoidon kokonaisprosessiin. Tämän johdosta terveydenhuollolla tulee olla keskeinen vastuu kuntoutusprosessin ohjauksessa ja palvelujen järjestämisessä. Laitoskuntoutuksen roolin tulee kohdistua tiettyihin rajattuihin kohderyhmiin ja palveluihin (lakisääteinen vaikeavammaisten kuntoutus sekä harkinnanvaraiset kuntoutuksen sairausryhmäkohtaiset kuntoutusjaksot ja kuntoutuskurssit).

Kansaneläkelaitoksen järjestettäväksi säädetyn vaikeavammaisten lääkinällisen kuntoutuksen ehtoja tulee tarkistaa siten, että kuntoutus kohdistuu ja ajoittuu vaikeavammaisen henkilön kuntoutustarpeen ja elämäntilanteen kannalta nykyistä vaikuttavammin. Samalla tulee tarkistaa Kansaneläkelaitoksen ja sairaanhoitopiirien välistä vastuunjakoa ja rahoitusta vaikeavammaisten kuntoutuksen järjestämisessä.

- *Sosiaalinen ja muu kuntoutus*

Vastuu sosiaalisen ja muun elämänhallintaan liittyvän kuntoutuksen järjestämisestä ja rahoituksesta kuuluu ensisijaisesti kunnille.

Kansallinen näkemys kuntoutuksen kehittämiseksi

Keskeiset havainnot

Kuntoutuksen järjestäminen ja rahoitus on hajautunut usealle taholle, jolloin kokonaisvastuuta ei ole välttämättä kenelläkään. Tästä voi seurata yksittäisen kuntoutujan kannalta kuntoutusprosessin hidastumista ja palveluviiveitä. Kokonaisvastuun pirstaloituminen voi johtaa myös laitoskuntoutusresurssien epätarkoituksenmukaiseen ja tehottomaan käyttöön.

Sosiaali- ja terveysministeriön alaisuudessa toimivan Kuntoutusasiain neuvottelukunnan rooli kuntoutuspolitiikan muodostajana ja eri osapuolten toiminnan yhteen sovittajana on jäänyt käytännössä heikoksi.

9. Toimenpide-ehdotukset

- Sosiaali- ja terveysministeriön tulee käynnistää hanke, joka kokoaa yhteen kuntoutuksen keskeiset rahoittaja- ja järjestäjätahot. Hankkeen tehtävänä on tehdä ehdotuksia julkisen rahoituksen piirissä olevan kuntoutustoiminnan yhteisistä linjauksista, eri toimijoiden välisestä vastuujaoista ja siihen liittyvästä rahoituksen kohdentumisesta sekä vaikuttavuutta parantavien kannustejärjestelmien kehittämisestä.

Lähteet

- Faurie M. Vaikeavammaisten lääkinnällinen kuntoutus. Katsaus eräiden maiden lainsäädäntöön. Kansaneläkelaitoksen tutkimusosasto 28.11.2008. Julkaisematon.
- Fuchs H. Medizinische Leistungen zur Rehabilitation und integrierten Versorgen (Services and Benefits for Medical Rehabilitation and Integrated Health Care). *Rehabilitation* 2004; 43: 325-334.
- Gerner U, Deck R. Rehabiliteringssystem i Tyskland och Sverige. En beskrivning och jämförelse. Centrum för socialförsäkringsforskning vid Mitthögskolan i Östersund, Rapport 1995:9.
- Hännikäinen I. Suomalainen sotaveteraani. Tutkimus vuosien 1939-1945 sotavammaisten ja muiden sotaveteraanien elinoloista ja niihin vaikuttamisesta yhteiskunnan säätelytoiminnan avulla. Väitöskirja. Sosiaalipoliittisen yhdistyksen tutkimuksia 37. Helsinki 1982.
- Karjula J. Yksityisten terveyskylpylöiden ja kuntoutuslaitosten palvelut ja näiden palvelujen tarve. Katsauksia ja selvityksiä 3/1982, Kuntoutussäätiö. Helsinki 1982.
- Kela 1991. Kuntoutuslaitostiedosto. Kansaneläkelaitoksen kuntoutusosasto. Helsinki 1991.
- Kela 1993. Vaikeavammaisten kuntoutus. Tietoja kuntoutuslaitoksista. Kansaneläkelaitoksen kuntoutusosasto. Helsinki 1993.
- Kelan kuntoutustilastot 2008. Suomen virallinen tilasto. Sosiaaliturva 2009. Kela/Fpa. Helsinki 2009.
- Kelan tilastollinen vuosikirja 2006. Suomen virallinen tilasto. Sosiaaliturva 2007. Kansaneläkelaitos. Helsinki 2007.
- Korpela V. Yksityisten terveyskylpylöiden ja kuntoutuslaitosten kapasiteetin kehityksestä. Moniste. Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö 1986.
- Mykrä P. Kuntoutuslaitokset. Tutkimus laitosten kapasiteetista ja käyttöasteista. Raha-automaattiyhdistys. Espoo 1993.
- Mykrä P. Kuntoutuslaitokset 1996. Tutkimus laitosten kapasiteetista ja käyttöasteista. Raha-automaattiyhdistys. Espoo 1997.
- Puumalainen J. Kuntoutuksen historia. Kirjassa: Rissanen P, Kallanranta T, Suikkanen A (toim.) Kuntoutus. Toinen painos. Duodecim 2008: 16-30.
- OECD 2008. *Sickness, Disability and Work. Breaking the Barriers. Vol. 3 : Denmark, Finland Ireland and the Netherlands.* OECD 2008.
- RAY 1987. Kuntoutuslaitostyöryhmän muistio. Raha-automaattiyhdistys. Helsinki 1987.
- Sapora K. Sairas- ja veljeskotien tulevaisuus. Yhteenveto. Valtiokonttorin 2007.
- Socialdepartementet 2008. Införandet av en rehabiliteringskedja. Departementsserien 2008, Ds 2008:3. Stockholm 2008.
- SOU 2006. Fokus på åtgärder. En plan för effektiv rehabilitering i arbetslivet. Betänkande av Rehabiliteringsutredningen. Statens offentliga utredningar, SOU 2006:107. Stockholm 2006.

- SOU 2009. Bättre samverkan. Några frågor kring samspelet mellan sjukvård och socialförsäkring. Delbetänkande av Utredningen om patientens rätt. Statens offentliga utredningar, SOU 2009:49. Stockholm 2009.
- STM 1979. Kylpylähoidon kokeilusuunnitelma. Kylpylätyöryhmän mietintö. Sosiaali- ja terveysministeriö. Työryhmämietintö 10, 1979.
- STM 1982. Kuntoutuslaitostyöryhmän muistio. Sosiaali- ja terveysministeriö. Työryhmämuistio 1982:19.
- STM 1983. Sotainvalidien sairaskotityöryhmän muistio. Sosiaali- ja terveysministeriö. Työryhmämuistio 1983:38.
- STM 1985a. Sotainvalidien sairaskotityöryhmä II (osa I). Sosiaali- ja terveysministeriö. Työryhmämuistio 1985:17.
- STM 1985b. Sotainvalidien sairaskotityöryhmä II (osa II). Sosiaali- ja terveysministeriö. Työryhmämuistio 1985:32.
- STM 1991a. Erityiskuntoutustyöryhmän muistio. Sosiaali- ja terveysministeriö. Työryhmämuistio 1991:7.
- STM 1991b. Reumasäätien sairaala –työryhmän muistio. Sosiaali- ja terveysministeriö. Työryhmämuistio 1991:12.
- STM 1991c. Invalidisäätien sairaala –työryhmän muistio. Sosiaali- ja terveysministeriö. Työryhmämuistio 1991:26.
- STM 1992. Vaajasalo –työryhmän muistio. Sosiaali- ja terveysministeriö. Työryhmämuistio 1992:11.
- STM 2000. Sotainvalidien laitosten tulevaa käyttöä selvittäneen työryhmän muistio. Sosiaali- ja terveysministeriö. Työryhmämuistioita 2000:23.
- STM 2002. Kuntoutuksen kustannuksista ja vaikuttavuudesta. Tausta-aineistoa valtioneuvoston kuntoutusselontekoon. Sosiaali- ja terveysministeriö. Julkaisuja 2002:5.
- STM 2007. Pohjoismaiden terveydenhuollon rahoitus- ja palvelujärjestelmien vertailu. Sosiaali- ja terveysministeriö. Selvityksiä 2007:36.
- Valtiontalouden tarkastusvirasto 1985. Eräiden kylpylöiden ja kuntoutuslaitosten toimintaa sekä niille myönnettyjen valtionapujen käyttöä koskeva tarkastus. Kertomus 190/51/85.
- Valtiontalouden tarkastusvirasto 2001. Sotainvalidien sairaanhoitopalvelujen hankinta. Tarkastuskertomus 1/2001.
- YTY 2001. Sosiaali- ja terveysjärjestöjen kuntoutuspalvelut. YTY ry, Helsinki 2001.
- YTY 2009. Hakala H (toim.) Järjestöt hyvinvointia rakentamassa. Sosiaali- ja terveysjärjestöjen vuosikirja 2009. Sosiaali- ja terveysjärjestöjen yhteistyöyhdistys YTY ry. Helsinki 2009.

Sähköiset lähteet

AOK Reha-Hospital < <http://www.reha-hospital.de>>

Deutsche Rentenversicherung Bund DRB < <http://www.deutsche-rentenversicherung-bund.de>>

Vaikuttavuustutkimukset

- Aalto, A-M. Kannattaako kuntoutus? : asiantuntijakatsaus eräiden kuntoutusmuotojen vaikuttavuudesta. Sosiaali- ja terveystieteen tutkimus- ja kehittämiskeskus, raportteja 267. 2002.
- Aalto, A-M. Ote elämään : rintasyöpäpotilaiden sopeutumisvalmennuksen vaikuttavuus ja koetut hyödyt. Miina Sillanpään säätiön julkaisuja B:23. Helsinki. 2005.
- Ahtonen, S. CI-menetelmän ja nimeämisharjoitusten vaikuttavuus kroonisesti afaattisen henkilön kuntoutuksessa: Tapaustutkimus. Oulun yliopisto, Suomen kielien, informaatiotutkimuksen ja logopedian laitos. Pro gradu –tutkielma. 2007.
- Albrecht, P.; Vasala, K.; Sjögren, T.; Paltamaa, J. Pilottitutkimus: Kahden viikon kuntoutusjakso vähensi niskakipuja. Fysioterapia 3/2007.
- Belt, N. Kuntoutuskurssin vaikutus fibromyalgiapotilaiden oireisiin : onko kuntoutuksesta hyötyä? Turun yliopisto, psykologian laitos. Pro gradu –tutkielma. 2006.
- Bethge, M.; Muller-Fahrnow, W. [Efficacy of intensified inpatient rehabilitation in musculoskeletal disorders: systematic review and meta-analysis]. [German] Rehabilitation. 47(4):200-9, 2008.
- Halonen, J-P.; Klaukka, T.; Lind, J.; Aaltonen, T. Kelan kuntoutuksen vuonna 2002 päättäneet. Sosiaali- ja terveysturvan katsauksia: 74. Kelan tutkimusosasto. Helsinki. 2007.
- Helo, T. Kelan Aslak-toiminnan kustannusten ja vaikutusten arviointi. Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 55. Kelan tutkimuskeskus. Turku. 2000.
- Hietakangas, A.; Väisänen, J.; Lemmetty, A. Latu uupumisesta jaksamiseen. Kyselytutkimus laitospotilaiden kuntoutusjakson vaikuttavuudesta. Kuntoutus 2/2000.
- Hinkka, K.; Karppi, S-L.; Ollonqvist, K.; Aaltonen, T. Kuntoutus vanhuksen kokemuksen ja vaikuttavuusmittareiden valossa. Kuntoutus 1/2006.
- Hinkka, K.; Takala, I.; Saarni, H. Merenkulkualan ASLAK-kurssien vaikuttavuus laboratorio- ja suorituskäytännöillä arvioituna. Suomen lääkärilehti. 2000.
- Homan-Helenius, P. Empowering families of children with asthma through adaptation training. Turun yliopiston julkaisuja, sarja D: 669. Turku. 2005.
- Huppe, A.; Raspe, H. [Efficacy of inpatient rehabilitation for chronic back pain in Germany: a systematic review 1980-2001]. [German] Rehabilitation. 42(3):143-54, 2003.
- Hämäläinen, H.; Röberg M. Kokonaisvaltainen katse sydänkuntoutukseen. Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 88. Kelan tutkimusosasto. Helsinki. 2007.
- Jaakkola, K.; Mikkonen, A.; Sipari, E. ASLAK - Avain jaksamiseen? Erityisopetuksen ammattilaisten kokemuksia ASLAK -kuntoutuksesta työssä jaksamiseen. Jyväskylän ammattikorkeakoulu, opinnäytetyö. 2007.
- Kajanus-Kujala, L. Sydänkuntoutuksen kustannukset ja vaikuttavuus. Kuopion yliopisto, sosiaalitieteiden laitos. Pro gradu –tutkielma. 2002.
- Karjalainen, P.; Matikka, A. Kuntoutujien kokemat muutokset TYK-prosessin aikana: tutkimus työikäisten kuntoutuksesta Siuntion kuntoutumiskeskuksessa. Miina Sillanpään säätiön julkaisusarja B: 21. 2002.
- Karppi, S-L.; Aaltonen, T.; Grönlund, R.; Pohjolainen, T.; Ketala, R.; Poikkeus, L.; Puukka, P. Vanhukset tyytyväisiä saamaansa kuntoutukseen. Fysioterapia 1/2004.

- Kehusmaa, S.; Mäki, J. Kuntoutuksen taloudelliset vaikutukset. Tuki- ja liikuntaelinsairauden tai mielenterveyden häiriön vuoksi kuntoutettujen terveysturvaetuudet Kelan rekisterissä. Sosiaali- ja terveysturvan katsauksia 55. Kela. Helsinki. 2002.
- Kiiveri, M. "En olisi selvinnyt ilman kuntoutusta" : Narratiivinen analyysi työkykyä ylläpitävään valmennukseen osallistuneiden kuntoutujien yksilöllisistä kokemuksista. Jyväskylän yliopisto, yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Pro gradu –tutkielma. 2008.
- Koho, P.; Rantanen, P.; Pekkonen, M.; Härkönen, H.; Railo-Granfelt, A.; Pohjolainen, T.; Hurri, H. Laitosmuotoinen kuntoutus yksilölliseksi ja jatkuvaksi prosessiksi. *Fysioterapia* 5/2007.
- Kurki, M. Missä kunnossa kuntoutukseen, entä kuntoutuksen jälkeen? : Tules- ja Aslak-kurssit pystyvyysarvioiden vahvistajina. Miina Sillanpään säätiön julkaisuja A:6. Akateeminen väitöskirja. Helsinki. 2004.
- Kyngäs, A. "Vintin matot on suoristettu" : Strada-hankkeiden vaikuttavuus. Porin aikuiskoulutuskeskuksen julkaisusarja 3/2005.
- Laiho, A. Änkyttävien lasten ja nuorten kuntoutuskurssien vaikutukset. Teoksessa: Lehtihalmes, M. (toim.) Kuntoutuksen vaikuttavuus. Puheen ja kielen tutkimuksen yhdistys ry:n julkaisuja 35. 2003.
- Lindh, J. Työhön kuntoutuksen kehittäminen ja arviointi. Lapin yliopiston yhteiskuntatieteiden tiedekunta. B. Tutkimusraportteja ja selvityksiä 54. Lapin yliopistopaino: Rovaniemi. 2007.
- Mikkelsen, M.; Launiainen, K.; Lahtinen, T.; Lind, R.; Soini-Hartikainen, I. Kontrollitoimaton seurantatutkimus olkapään kroonisen impingement-kiputilan kuntoutuskäytännöstä Reumasäätiön kuntoutuskeskuksessa. *Fysioterapia* 5/2000.
- Molander-Mäkelä, O. Aslak-kuntoutuksen vaikuttavuus viiden vuoden seurannassa. Kuopion yliopisto, Ibiolääketieteen laitos. Pro gradu –tutkielma. 2007.
- Niemelä, K. Ikääntyneiden kuntoutusjaksot tukevat kotona selviytymistä. *Fysioterapia* 8/2004.
- Ojala, H. OTE-ammattillisen kuntoutuskurssin vaikuttavuus mielenterveyskuntoutujien psyykkiseen hyvinvointiin. Tampereen yliopisto, psykologian laitos. Sivuaineen tutkielma. 2007.
- Pohjolainen, T. Mitä tiedetään terveydenhuollossa käytettyjen kuntoutusmuotojen vaikuttavuudesta? *Kuntoutus* 3/2006.
- Rautakoski, P. Vaikeasti afaattisten henkilöiden yhteisöpohjainen kommunikoinnin kuntoutus. Teoksessa: Simberg, S. ym. (toim) Ryhmä- ja yhteisöpohjaisen kielen ja kommunikoinnin kuntoutuksen haasteet. Puheen ja kielen tutkimuksen yhdistyksen julkaisuja 38. Helsinki. 2006.
- Ronni, S.; Ala-Peijari, S.; Pystynen, T.; Karlsten, U. Laitoskuntoutus paransi. *Fysioterapia* 4/2000.
- Salo, O.; Savolainen, S.; Teräväinen, M.; Kärki, A. Porin kuntoremontti: Miten varhaiskuntoutus vaikutti? *Fysioterapia* 2/2002.
- Salonen, P. Veteraanien tyytyväisyys kuntoutukseen ja kuntoutuksen itsearvioitu vaikuttavuus toimintakykyyn. Tampereen yliopisto, hoitotieteen laitos. Pro gradu –tutkielma. 2003.

- Sandell, S. Sopeutumisvalmennus- ja kuntoutusjakson vaikuttavuus MS-tautia sairastavan elämänlaatuun. Turun yliopisto, hoitotieteen laitos. Pro gradu –tutkielma. 2000.
- Suikkanen, A.; Linnakangas, R.; Harjajärvi, M.; Martin, M. Kokeilusta kipinää: keski-ikäisten pitkäaikaistyöttömien kuntoutuskokeilun arviointi. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä. Helsinki. 2005.
- Turja, J. Ammatillisesti syvennetyn lääketieteellisen kuntoutuksen vaikuttavuus. Tampereen yliopisto, Akateeminen väitöskirja. Acta Universitatis Tamperensis: 1375. Tampere University Press, Tampere. 2009
- Urala, T. Toteutuvatko tavoitteet - muuttuuko työ? : TYK-kuntoutuksen vaikutuksia työssä. Kuopion yliopisto, lääketieteellinen tiedekunta. Pro gradu –tutkielma. 2003.
- Vasala, K.; Sjögren, T.; Pekkonen, M.; Heinonen, A.; Albrecht, P.; Ojanen, M.; Mälkiä, E. Muutokset niskakivussa ja psyykkisessä toimintakyvyssä. Kuntoutus 2/2008.
- Vatanen, R. Työikäisten sepelvaltimotautipotilaiden laitospääntöön ajoitus. Kuopion yliopisto, kansanterveystieteen ja kliinisen ravitsemustieteen laitos. Pro gradu –tutkielma. 2007.

Lait ja asetukset

- Asetus Kansaneläkelaitoksen järjestämästä kuntoutuksesta 23.8.1991/1161.
- Asetus rintamaveteraanien kuntoutuksesta 119/1983.
- Kuntoutusrahalaki 27.3.1991/611.
- Laki eräissä Suomen sotiin liittyneissä tehtävissä palvelleiden kuntoutuksesta 28.11.1997/1039.
- Laki eräissä Suomen sotiin liittyneissä tehtävissä palvelleiden kuntoutuksesta annetun lain muuttamisesta 19.11.2004/984.
- Laki julkisista hankinnoista 23.12.1992/1505.
- Laki julkisista hankinnoista 30.3.2007/348.
- Laki Kansaneläkelaitoksen järjestämästä kuntoutuksesta 27.3.1991/610.
- Laki Kansaneläkelaitoksen kuntoutusetuuksista ja kuntoutusrahaetuuksista 15.7.2005/566.
- Laki kuntoutuksen asiakaspalveluyhteistyöstä 27.3.1991/604.
- Laki liikennevakuutuslain perusteella korvattavasta kuntoutuksesta 27.3.1991/626.
- Laki raha-automaattivastuksista 23.11.2001/1056.
- Laki rintamaveteraanien kuntoutuksesta 23.12.1988/1184.
- Laki rintamaveteraanien kuntoutuksesta 60/1983.
- Laki sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionosuudesta 677/1982.
- Laki tapaturmavakuutuslain perusteella korvattavasta kuntoutuksesta 27.3.1991/625.
- Laki yksityisestä terveydenhuollosta 9.2.1990/152.
- Sotilasvammalaki 28.5.1948/404.

Kuntoutuslaitos selvitys 2009

LIITE 1

Taulukko 1. Vaikuttavuustutkimukset - kotimaiset artikkelit

Tekijät, vuosi	Interventio	Osallistujat	Mitatut muuttajat, mittarit	Tulokset	Johtopäätökset
Albrecht, P.; Vasala, K.; Sjögren, T.; Paltamaa, J. 2007	Laitoskuntoutus kurssi, Ikaalinen; ei vertailuryhmää; jakson kesto 2 vrk	Krooninen niskakipu, 19 vapaaehtoista, 16 naista ja 3 miestä, keski-ikä 48,6 v., vaihteluväli 36- 57	Kipu: Borgin CR10-asteikko, Kivun kliinisen merkitsevyyden mittari	Niskakipu väheni tilastollisesti merkittävästi kuntoutusjakson puoliväliin mennessä, mutta vähentyminen ei jatkunut tämän jälkeen merkittävästi. Voimakas kipu lievenyi selvimmin.	Ei esitetty johtopäätöksiä.
Hietakangas, A.; Väisänen, J.; Lemmetty, A. 2000	Laitoskuntoutus- kurssi, Ikaalinen; ei vertailuryhmää; 12+3+3 vrk tai 12+6 vrk, kotihoitoa 6kk jaksojen välissä	Pitkään jatkuneen stressin, ylikuormituksen tai kroonistuneen kivun aiheuttama uupumus; kyselyn sai 86 siihen vastasi 73; 76 naista 10 miestä; vaihteleva ammattitausta; ikähaarari 40-55 vuotta	Tyytyväisyys: kysely Edistyminen elämän eri osa- alueilla: kysely Työkykyarviointi: kysely Kokonaisarvio kuntoutuksesta: kysely	Tyytyväisiä terveydentilaan 56%, henkiseen tasapainoon 57%, työtilanteeseensa 45%, perhetilanteeseensa 63%, muihin ihmissuhteisiin 75%, taloudelliseen tilanteeseensa 55% Lähes kaikki kokivat edistyneensä henkisessä tasapainossa ja terveydentilassa, monet kokivat edistyneensä työn fyysisessä ja psyykkisessä kuormittavuudessa, vähiten muutosta perhe- elämässä ja muissa ihmissuhteissa. Tyytyväisyydessä ja edistymisessä suurin muutos parempaan tapahtui henkisessä tasapainossa	Tulokset tukevat sitä seikkaa, että melko lyhyelläkin laitoskuntoutusjaksoilla voi olla myönteinen vaikutus ihmisen jaksamiseen sekä koettuun työkykyyn. Voimavarojen palautuminen näkyi fyysisestä kunnosta huolehtimisena, mielialan kohentumisena sekä parempana elämänhallintana
Hinkka, K.; Karppi, S-L.; Ollonqvist, K.; Aaltonen, T. 2006	Kelan harkinnan- varaiset laitos- kuntoutuskurssit (44 kurssia v. 2002) ikäihmisille; ei vertailuryhmää; ei tietoa jakson kestosta	Keski-ikä 78 vuotta (vaihteluväli 65-94), täyttivät kelan eläkkeensaajien hoitotuen kriteerit, N= 343 (seurantatutkimuksen osallistujat 321)	Terveydentila: oma arvio Kipu: VAS (kipujana), oma arvio Mieliala: GDS-15 Toimintakyky: PADL, IADL, oma arvio Elintapojen muutos: Oma arvio Arkielämän järjestelyjä: Oma arvio Suhtautuminen ikäntymiseen: Oma arvio Tyytyväisyys kuntoutukseen: oma arvio	Terveydentila arvioituna asteikolla 1-5 ei muuttunut, pysyi keskinkertaisena; 56% ilmoitti kuitenkin terveytensä parantuneen VAS-mittarilla mitattuna kipu oli kohtalainen, ja se aleni hieman vuoden kuluttua (alkutilanne 42mm, lopputilanne 38mm) Suuri osa ilmoitti, että kuntoutuksella ei ollut vaikutusta kipuun (64%) tai lääkkeiden tarpeeseen (76%). GDS-pisteet eivät muuttuneet (ka 4,1), mutta 85% arvioi mielialansa kohentuneen PADL- ja IADL mittareiden mukaan päivittäisistä toimista selviytyminen heikkeni merkittävästi, silti 46% ilmoitti kotona selviytymisensä parantuneen 62% oli muuttanut ainakin yhtä elintapaansa, 16% oli muuttanut ruokailutottumuksiaan terveellisemmiksi 38% ilmoitti tehneensä muutoksia Viidenneksen suhtautuminen ikääntymiseen oli muuttunut myönteisemmäksi 93% ilmoitti olevansa tyytyväinen kuntoutukseen	Vanhukset arvioivat kuntoutuksen parantaneen kotona selviytymistä, kohentaneen mielialaa ja lisänneen terveyttä. Mittauksissa ei vastaavia muutoksia ollut osoitettavissa. Kuntoutuksen vaikuttavuus näyttäytyi sitien erilaisena subjektiivisin ja objektiivisin mittarein mitattuna.
Hinkka, K.; Takala, I.; Saarni, H. 2000	Asiakurssi, Kelan tutkimuskeskus; ei vertailuryhmää; 5- 6+11-14+4-6 vrk (alkujakso, kk kuluttua kuntoutusjakso, vuoden kuluttua seurantajakso)	Merenkulkualan työntekijät, n=132, keski- ikä 47 v (vaihteluväli 31- 59 v), miehiä	Kolesteroli, rasva-arvot: kliiniset mittaukset Verenpaine: kliiniset mittaukset Painoindeksi: punnitus Fyysinen suorituskyky: polkupyöräergometri	Kokonaiskolesterolin ja LDL-kolesterolin keskiarvo laski, rasva-arvojen keskiarvot muuttuivat myönteisempään suuntaan Ryhmä keskimääräinen verenpaine laski 6/4 mmHg Paino laski keskimäärin 2kg Suorituskyky parani	Kuntoutuskurssiin osallistuneilla miehillä todettiin tilastollisesti merkittäviä myönteisiä muutoksia painossa, rasva-arvoissa, verenpaineessa ja kliinisen rasituskokeen muuttujissa. Kuntoutuskurssi saattaa johtaa myönteisiin muutoksiin sydän- ja verisuonitautien vaaratekijöissä.

Taulukko 1. JATKUU

Tekijät, vuosi	Interventio	Osallistujat	Mitatut muuttujat, mittarit	Tulokset	Johtopäätökset
Karppi, S-L.; Aaltonen, T.; Grönlund, R.; Pohjolainen, T.; Ketala, R.; Poikkeus, L.; Puukka, P. 2004	Laitosmalli, 12 kuntoutuslaitosta: vertailuryhmä: Avomalli, 56 kuntaa, 10-11 avopäivää laitoksessa tai kotikunnassa, sisältö sama; 4+12+4 vrk. Kuntoutusprosessi kesti 7 kk (molemmissa)	Alentunut toimintakyky sairauden vuoksi ja kotona selvyminen heikentynyt, ei kuntosuostavaa sairautta, eikä oikeutta veteraanikuntoutukseen. N=543 (laitos n= 382), naisia 466, miehiä 77, keski-ikä 76 (vaihteluväli 64-92 v)	Toimintakyky: FIM Mieliala: GDS-15 Kognitiivinen toimintakyky: MMSE Arvio terveydestä, tyytyväisyys kuntoutukseen: kysely Apuvälineiden käyttö, kodin muutostyöt	Ei muutosta Alkumittauksessa 18% masennusta, masentuneisuus väheni (p=0.0015) Kognitiivinen toimintakyky parani (p=0.0071) Koettu terveys ja kotona selvytytymien parantuneet, miehillä kivut vähenivät useammin kuin naisilla, lähes kaikki olivat tyytyväisiä kuntoutukseen (90%), kokivat saaneensa liian vähän tietoa palveluista, toimeentuloista. Laitoskuntoutujien apuvälineiden käyttö lisääntyi merkittävästi enemmän kuin avokuntoutujien (p<0.0001). Avokuntoutujien kodeissa tehtiin merkittävästi enemmän muutostöitä kuin laitoskuntoutujien (p<0.0001).	Ei eroja avo- ja laitoskuntoutuksen välillä
Koho, P.; Rantanen, P.; Pekkonen, M.; Härkönen, H.; Railo-Granfelt, A.; Pohjolainen, T.; Hurri, H. 2007	Perinteinen yhtäjaksoinen laitoskuntoutus ORTON ja Peurunka; vertailuryhmä: jaksotettu laitoskuntoutus ORTON ja Peurunka; perinteinen 14 tai 21 vrk; jaksotettu 3+11+5 vrk	Harkinnanvarainen kuntoutus; Keski-ikä 49 vuotta; 45% miehiä; N= 416, 61% perinteisessä laitoskuntoutuksessa;	Terveyteen liittyvä elämänlaatu: RAND-36 Kipu: VAS Somatisaatio, henkiset ja fyysiset voimavarat: SCL-90	Jaksotettuun kuntoutukseen osallistuneiden kuntoutusmitulos oli parempi verrattuna perinteiseen kuntoutukseen osallistujiin. Vuoden seurannan jälkeen kipu lisääntyi perinteiseen kuntoutukseen osallistuneilla 4,2 arvoon 4,6, mutta väheni jaksotaiseen osallistuneilla 4,8 arvoon 3,9. Ero oli tilastollisesti merkittävä (p=0,001). Jaksotettuun malliin osallistuneilla, erityisesti naisilla, somatisaatio väheni	Jaksotettuun kuntoutusmalliin osallistuneilla lopputulos on käytetyillä mittareilla arvioituna parempi kuin yhtäjaksoiselle kuntoutusjaksolle osallistuneilla.
Mikkelsson, M.; Launiainen, K.; Lahtinen, T.; Lind, R.; Soini-Hartikainen, I. 2000	Kolmiosainen kuntoutuskurssi, Reumasäätöön kuntoutuskeskus; ei vertailuryhmää; 5+10+3 vrk	Olkanelven krooninen pinnoireyhtymä; N=29, 20 naista; keski-ikä 48 (leikatuilla 52);	Olkanelven liikkuvuus ja liihasvoima: Myrin-mittari, dynamometri Kipu, yleisvointi: VAS Subjekttiivinen toimintakyky: HAQ Mieliala: LKDA Toimintakyky: Valpar n:o 9, nostotesti Työkyky: työssä, sairauspäivärahalta, työtön, eläkkeellä	Olkanelven liikkuvuus parani kaikkiin suuntiin konservatiivista hoitoa saaneilla, leikatuilla fleksio lisääntyi kliinisesti ja tilastollisesti merkittävästi. Konservatiivisesti hoidetuilla puristusvoima lisääntyi, mutta ei merkittävästi. Leikattujen vääntövoima fleksioon ja ekstensioon väheni. Yökipu väheni molemmissa ryhmissä tilastollisesti merkittävästi. Kipu vaakatason ala- ja yläpuolella tehtävissä askareissa sekä yleisvointi vähenivät molemmissa ryhmissä, konservatiivisten ryhmässä tilastollisesti merkittävästi. Subjekttiivinen toimintakyky parani molemmissa ryhmissä, ei tilastollisesti merkittävästi. Mieliala parani molemmissa ryhmissä, ei tilastollisesti merkittävä eroa Toimintakyky parani konservatiivisessa ryhmässä ja pysyi samana tai huononi leikatuilla, muutokset eivät olleet merkittäviä. Kuntoutuksen päätyttyä 2 henkilöä oli (palannut) töihin (22 alussa, 24 lopussa töissä).	Konservatiivisesti hoidettujen olkapään kiputilojen vaste kuntoutukselle oli parempi kuin leikattujen olkapäiden, kun vastetta arvioidaan kivun ja yleisvoinnin muutoksen perusteella. Olkanelven liikkeet lisääntyivät konservatiivisesti hoidettujen ryhmässä merkittävästi kaikkiin suuntiin. Leikatuilla lisääntyi fleksio, jopa enemmän kuin konservatiivisten ryhmässä.
Vasala, K.; Sjögren, T.; Pekkonen, M.; Heinonen, A.; Albrecht, P.; Ojanen, M.; Mälkiä E. 2008	Yhtäjaksoinen laitoskuntoutuskurssi, Kuntoutus Peurunka; ei vertailuryhmää; jakson kesto 13 vrk	Niskakipu; N= 19, 16 naista; keski-ikä 49 v, vaihteluväli 36-57 v.	Niskakivun voimakkuus: Borgin CR10-asteikko, Kivun kliinisen merkittävyyden mittari Psyykinen toimintakyky: lomake	Kipu lieventyi tilastollisesti merkittävästi (p=0,001, suhteellinen muutos 43%). Ahdistuneisuus lieventyi (p=0,003, suhteellinen muutos 12,5%), ja mieliala koheni (p=0,001, suhteellinen muutos 13,7%) tilastollisesti merkittävästi. Itseluottamuksessa ei ollut muutoksia.	Moniammatillisen 13 vuorokauden pituisen kuntoutusjakson aikana tapahtui positiivisia muutoksia koetussa kivussa ja itsearvioidussa psyykkisessä toimintakyvyssä.

Taulukko 1. JATKUU

Tekijät, vuosi	Interventio	Osallistujat	Mitatut muuttujat, mittarit	Tulokset	Johtopäätökset
Niemelä, K. 2004	Veteraani-kuntoutus, laitostuntoutus, Kaunialan Sotavamma-sairaala; ei vertailuryhmää; jakson kesto 2-4 vk, seurantajakso 2kk	Sotaveteraanit, n=45, yli 75-v	Fyysinen toimintakyky: itsearviointi, TOIMIVA-testi Kotona selviytyminen: itsearviointi Kipu Tasapaino	Kuntoutujat arvioivat fyysisen toimintakykynsä kohentuneen, TOIMIVA-testissä tuoliita ylösnousun ($p<0.01$) ja kymmenen metrin kävelyn ($p<0.001$) tulokset paranivat tilastollisesti merkitsevästi. Kuntoutujien arvioit kotona selviytymisessä paranivat tilastollisesti merkitsevästi ($p<0.001$) Kuntoutujien kiputunteukset vähenivät tilastollisesti merkitsevästi ($p<0.05$), TOIMIVA-testin tulos oli myös positiivinen ja tilastollisesti merkitsevä ($p<0.001$) Kuntoutujat ilmoittivat kotona kaatumisia tilastollisesti merkitsevästi ($p<0.05$) vähemmän, myös TOIMIVA-testi osoitti tasapainon parantuneen tilastollisesti merkitsevästi ($p<0.01$)	Sotiemme veteraanit arvioivat fyysisen toimintakykynsä kohentuneen ja kaatumisten vähentyneen merkittävästi kuntoutusjakson seurauksena. Kuntoutusjakso vähensi tutkittujen kiouja, kohensi heidän tasapainoaan ja lisäsi alaraajojen lihasvoimaa.
Pohjolainen, T. 2006	Useita interventioita, yksi maininta laitostuntoutuksesta (Cochrane-katsaus Dagfinrud ym. 2005); ei tietoa mahdollisesta vertailuryhmästä; ei tietoa jakson kestosta	Selkärankareuma, ei muuta tietoa	Ei tietoa	Selkärankareumakuntoutuksessa tiedetään, että kotiharjoitukset ovat parempia kuin hrajottelemattomuus, fysioterapeutin ohjaamat harjoitukset ovat kotivoimistelua tehokkaampia ja yhdistetty laitostuntoutus, jota seuraa viikoittainen ryhmävoimistelu, on tehokkaampaa kuin pelkkä ryhmävoimistelu (Dagfinrud ym. 2005)	
Ronni, S.; Ala-Peijari, S.; Pystynen, T.; Karlsten, U. 2000	Fibromyalgia-potilaiden kuntoutuskeskus, Reumaliiton kuntoutuskeskus; ei vertailuryhmää; jakson kesto 3vk (2vk intensiivijakso+ 1 vk seurantajakso 3 kk jälkeen)	Fibromyalgiaa sairastavat henkilöt, n=142 ja 185 (mitattiin eri asioita), keski-ikä 48v (vaihteluväli 22-60v.), naisia	Kestävyyskunto: polkupyöräergometri Kipu: VAS-jana	Hapenottokyky parani merkitsevästi, lihaskunto parani Kipu ei vähentynyt	Fibromyalgiapotilaiden kuntoutus osoittautui tehokkaaksi lihaskunnan ja hapenottokyvyn parantajaksi. Kiputunteuksiin ei ollut vaikutusta. Kuntoutuksessa paneudutaan jatkossa kivunlievitykseen.
Salo, O.; Savolainen, S.; Teräväinen, M.; Kärki, A. 2002	Laitostuntoutus, työkuntoutus, Kankaanpään kuntoutuskeskus; ei vertailuryhmää; jakson kestosta ei tietoa	Porin kaupungin työntekijät, N=40, 38 naista (tuloksista on poistettu jopa puolen osallistujan tulokset erinäisistä syistä)	Lihaskunto: suoristuskykytesti, UKK-testi Liikkuvuus: suoristuskykytesti, UKK-testi Työkyky: työkykyindeksi Hapenottokyky: polkupyöräergometri Painoindeksi	Punnerrustulokset (23,7%, $p<0.05$) ja toistokykkykset (7,8%, $p<0.001$) paranivat kahden vuoden seurannassa tilastollisesti merkitsevästi, staattisessa selkätestissä ei muutosta Selän sivutaivukset paranivat tilastollisesti merkitsevästi ($p<0.001$) Työkyky parani tilastollisesti merkitsevästi (5,5%, $p<0.003$) Maksimaalinen hapenottokyky ei parantunut, ja kahden vuoden seurannassa se jopa laski 7,1%. Painoindeksi nousi yhden %-yksikön verran.	Kuntoutuskursseilla ei ollut vaikutusta hapenottokykyyn. Punnerrustulosten paraneminen voi selittyä tekniikan oppimisesta. Työkyky parani tilastollisesti merkitsevästi.

Mittarit: VAS=kipujana; GDS-15= vanhuusiän depressioseula, lyhyt versio; PADL= Physical Activities of Daily Living; IADL= Instrumental Activities of Daily Living; FIM=Functional Independence Measure; MMSE=Minimal State Examination; HAQ=Stanford Health Assessment Questionnaire; LKDA=depressioasteikko; Valpar n:o 9: Whole Body Range of Motion; BORG CR-10=Rating on the Perceived Pain Scale)

Taulukko 2. Vaikuttavuustutkimukset - kotimaiset tutkimusraportit (opinnäytetyöt, tutkimusraportit ym.)

Tekijät, vuosi	Interventio	Osallistujat	Mitatut muuttujat, mittarit	Tulokset	Johtopäätökset
Aalto, A-M. 2005	Sopeutus- valmennuskurssi, avo-laitoskuntoutus, Siuntion kuntoutus- keskus ja asumispalvelu- keskus Wilhelmiina; ei vertailuryhmää; jakson kesto +10+5+10 vrk, 10 päivän jaksot laitoskuntoutusta, viiden päivän jaksot avokuntoutusta	Rintasyöpää sairastaneet naiset, N=108, keski-ikä 49,5 v	Terveysteen liittyvä elämänlaatu: RAND-36 Kuntoutuspalvelujen tarve: Kysymyssarja Suhtautumista sairauteen: IAS Kuntoutujan omakohtaiset kokemukset: kysely	Hyvinvointi parani jokaisella osa-alueella. Tilastollisesti erittäin merkittävästi koheni koettu terveys, fyysinen toimintakyky, psyykinen hyvinvointi, tarmokkuus ja fyysiset roolitoiminnan rajoitukset. Tukea tarvitsevien osuus oli seurannassa lähtötilannetta tilastollisesti merkittävästi pienempi kaikilla tarveulottuvuuksilla (p<0,001) Suhtautuminen sairauteen muuttui positiivisemmaksi lähes kaikilla ulottuvuuksilla. Osa muutoksista säilyi tilastollisesti merkittävänä kuuden kuukauden seurannassa. Pääsääntöisesti erittäin myönteisiä kokemuksia.	Voidaan todeta tämän tyyppisen yksilöllisesti suunnitellun, sekä yksilöllisesti että ryhmässä toteutetun syöpäkuntoutuksen saavuttaneen sille asetetut tavoitteet. Kurssilaisten koettu terveydentila parani ja sopeutuminen sairastumiseen edistyi suotuisasti.
Ahtonen, S. 2007	Kuntoutus toteutettiin Oulun yliopistollisen sairaalan kuntoutusosas- tolla kahden viikon aikana, päivittäin neljä tuntia yksilö- kuntoutusta; ei vertailuryhmää; jakson kesto 2 vkoa, 4h/päivä, yht. 40h	Konduktioafasia, n=1, 74 vuotias nainen	Afasian määrittely: WAB Puheen vastaanottaminen: Token-testi Nimeämistaidon kehitys: BTN, Object & Action Naming Battery Puhenäyte	Konduktioafasia ed., mutta afasiaosamäärä ja kielellinen osamäärä hieman parantuneet. Nimeäminen heikkeni. Ei merkittävää kehitystä puheen ymmärtämisessä. Nimeäminen kehittynyt, mutta ei tilastollisesti merkittävää muutosta. Kuntoutuksen päättyessä lauseet olivat pidempiä kysymyksiin vastatessa, mutta taukoja oli useammin ja puhuminen oli rytmiltään hitaampaa, korjauksia oli enemmän. Spontaanissa puheessa korjausten määrä väheni. Lauseet keskimäärin pidempiä. Puhe tuli informativisemmaksi.	Nimeämisen kehittymisestä ristiriitaiset tulokset eri testeillä. Kieli muuttui rikkaammaksi. Kuntoutuksen aikana tulleita positiivisia muutoksia ei saatu mitattua testeillä.
Belt, N. 2006	Tietopainotteinen kuntoutuskurssi, Reumasäätiön sairaala; ei vertailuryhmää; jakson kesto 10+5 vrk (välissä 4kk)	Fibromyalgiaa sairastavat, N=37, 27-58 vuotiaita, 2 miestä	Kipu ja fyysinen toimintakyky: FIQ-kysely Ahdistuneisuus: STAI -lomake Masentuneisuus: BDI II - lomake Unihäiriöt: Terveys 2000 - kysely, Kelan unikysely	Kipu ja fyysiset oireet vähenivät, ero oli tilastollisesti merkittävästi. Ahdistuneisuus laski, ero ei ollut tilastollisesti merkittävä. Masentuneisuus väheni, ero oli tilastollisesti merkittävä. Energisyys, päiväväsytys, huolien takia valvominen ja unen syvyys muuttuivat positiivisempaan suuntaan tilastollisesti merkittävästi.	Masennus-, ahdistus- ja fyysiset oireet palasivat seurantakyselyyn mennessä keskimäärin samalle tasolle kuin ne olivat ennen kurssia. Osa hyötyi kurssista toisia enemmän, selittäviä tekijöitä ei tiedetä. Fibromyalgia-potilaat olivat tyytyväisiä kurssiin koko tutkimuksen ajan, vaikka oireet palasivatkin.
Homan-Helenius, P. 2005	Allergia- ja Astmaliitto ry, Yliopistosairaalan allergia- vastaanotto (ei laitoskuntoutus) intensiivinen 3 tai 6 vrk sopeutus- valmennus; vertailuryhmä standardoitu polikliininen ohjaus; jakson kesto 3 vrk tai 6 vrk (avokuntoutusta)	83 perhettä, joissa oli astmaa sairastava lapsi	Tiedollinen voimaantumisen: FES (kyselylomake) Toiminnallinen voimaantuminen: FES (kyselylomake) Kokemuksellinen voimaantuminen: FES (kyselylomake)	Kolmen päivän interventoryhmään osallistuneiden perheiden tiedollinen voimaantuminen koheni eniten sekä lyhyssä että pitkässä seurannassa. Kolmen päivän interventoryhmään osallistuneiden perheiden toiminnallinen voimaantuminen koheni eniten sekä lyhyssä että pitkässä seurannassa (p=0.015). Kolmen päivän interventoryhmään osallistuneiden perheiden kokemuksellinen voimaantuminen koheni eniten lyhyssä seurannassa.	Kolme päivää kestävä sopeutusvalmennus näyttää olevan yhtä tehokas kuin kuusi päivää kestävä. Sopeutusvalmennusta esitetään jatkossa kohdennettavaksi perheille, joilla on sekä riittämättömät tiedot ja toimintatavat astmasta että sairautta koskevat kielteiset kokemukset, heikko taloudellinen tilanne ja puutteelliset elinolosuhteet, ja joissa on pieniä astmaa sairastavia lapsia.

Taulukko 2. JATKUU

Tekijät, vuosi	Interventio	Osallistujat	Mitatut muuttujat, mittarit	Tulokset	Johtopäätökset
Helo, T. 2000	Aslak-kuntoutus, Kelan järjestämä kuntoutus vuosina 1991, 1993, 1995, 1996, 1998 ja 1999; seuranta-aineistot: juuri päättäneet, vuosi sitten päättäneet, kolme vuotta sitten päättäneet; vertailuryhmä; jakson kesto keskimäärin: 22 vrk, kolme jaksoa, kesto yhteensä n. vuosi	v. 96-99: otos 1200 kuntoutujaa yl. tule-ongelmaisia (73,5-91,9%), naisia yli puolet, keski-ikä 44-45 v.; v. 91-95 rekisteri, eli paneelaineisto (kaikki kuntoutujat)	Kustannukset, mm. palvelu+kuntoutujan työaika+matkakustannukset+ ääkkeiden ja terveystalvelujen käytön muutos Työkyky: kysely, työkykyindeksi, rekisteriaineistossa sairauspäivärahopäivät Toimintakyky: kysely RAND-36 Elämänhallinta: kysely mielialakysely II (RBDI) Työyhteisö: kysely Terveys: kysely 15D, rekisteriaineistossa sairauspäivärahopäivät	Nettopalkka-arviossa yhden kuntoutujan yhteiskunnalliset kustannukset 22 318 mk (kokonaispalkka-arvio 34 955 mk, nollapalkka-arvio 14 456,6mk). Positiivinen vaikutus työkykyyn, huomattavasti enemmän naiskuntoutujiin; vaikutus kestää vähintään vuoden, naisilla voi jatkua vielä tämänkin jälkeen; vaikutusta enemmän nuorempiin kuntoutujiin. Naisilla fyysinen toimintakyky parani tilastollisesti merkitsevästi, kun taas miehillä fyysinen toimintakyky laski tilastollisesti merkitsevästi. Naisten elämänhallinta parani kaikissa seurantarhythmissä, osa miesten elämänhallinnan osa-alueista jopa heikkeni. Naisten tyytyväisyys henkiseen ja työilmapiiriin koheni tilastollisesti merkitsevästi, vaikutus säilyi vuoden seurannassa. Miehillä lisääntyi tyytymättömyys tilastollisesti merkitsevästi vaikutusmahdollisuuksiinsa välittömästi kuntoutuksen jälkeen, tilanne parani hieman vuoden ja kolmen vuoden seurannassa. Kuntoutuksella oli vuoden kestävä positiivinen vaikutus kuntoutujien terveyteen liittyvään elämänlaatuun. Naisten terveyteen liittyvä elämänlaatu parani voimakkaammin kuin miesten.	Aslak-toiminta on vaikuttavaa monilla toiminnan tavoitteiden mukaisilla mittareilla arvioituna. Vaikuttavuus näyttää kuitenkin kohdistuvan lähinnä naisiin. Tätä tulosta ei muuta edes paneelaineistoon perustuva analyysi, jossa vaikuttavuusmittana käytetään sairauspäivärahaa. Aslak-toiminnan kustannus-vaikuttavuussuhde vaihtelee voimakkaasti kustannus- ja vaikuttavuusestimaintien otosvaihtelun ja kuntoutukseen käytetyn työajan arvioimiseen käytetyn laskentaperiaatteen mukaan. Ajatus Aslak-toiminnan ja muiden terveydellisten toimenpiteiden asettamisesta paremmuusjärjestyksen perustuen esimerkiksi K/U-suhteisiin ei ole mielekäs, mikäli taustalla olevien tutkimusten toteutustapa ei ole läpinäkyvä ja lasketut K/U-suhteet eivät eroa toisistaan merkittävästi.
Hämäläinen, H.; Röberg, M. 2007	Kelan järjestämät sopeutusvalmennus- ja kuntoutuskurssit, neljä kuntoutuslaitosta; Ei vertailuryhmää; jakson kesto 12-15+2-5 vrk (alkujakso+seuranta-jakso 3-6kk kuluttua), seurankysely n. vuoden kuluttua alkujaksosta	Työkäiset sydänpotilaat, n=147, 117 miestä, ikä ?	Terveysten liittyvä elämänlaatu: RAND-36 Mieliala: HADS -lomake Liikunnan rasittavuus: Liikuntaindeksi Ruokavalio: rasvaindeksi Kuntoutujien tavoitteet: kuntujan ja työryhmän arviot Yhteenveto muutoksista: Subjektiiivinen työkyky ja työelämässä pysyminen	Ks. tulokset koottuna alla. Ks. tulokset koottuna alla. Ks. tulokset koottuna alla. Ks. tulokset koottuna alla. Ks. tulokset koottuna alla. Työkyky ei parantunut ratkaisevasti. Työelämästä siirryttiin jonkin verran sekä työkyvyttömyys- että ikäeläkkeelle. Työttömät edelleen työttöminä.	(Ei varsinaista johtopäätöstä) Terveystentilaan liittyvän elämänlaadun monilla osa-alueilla oli tapahtunut merkitsevää paranemista, mikä todettiin vuosiseurannassa. Subjektiiivinen fyysinen kunto parani, ja fyysiset rajoitukset vähenivät. Henkisen hyvinvoinnin kohentaminen ei ollut niin selkeää. Työkyvyn kohentaminen ei täysin toteutunut. Vaikka tarvetta laihduttamiseen olisi ollut suurimmalla osalla kurssilaisista, oli kokonaistulos vaatimaton.
			Ruumiillinen kunto ja liikunta	Liikunnan määrässä tai tehossa ei merkittäviä muutoksia. Subjektiiivisen hyvinvoinnin lisääntyminen näkyi elämänlaatumittarin fyysisissä osioissa.	
			Henkinen hyvinvointi	Ahdistuneisuus ja masentuneisuus vähenivät, erityisesti naisilla.	
			Paino ja ruokavalio	Keskimäärin paino laski jonkin verran kurssin aikana, pitkäaikaisesti vain naisilla.	
			Alkoholi	Raportoidut määrät jopa lisääntyivät joidenkin kohdalla vuoden aikana.	
			Hoitosuhde	Hoitosuhteen ongelmiin kuntoutus vaikuttaa vain vähän.	
			Elämänlaatu	Fyysiset rajoitukset olivat vähentyneet huomattavasti. Suotuisia muutoksia oli myös seuraavilla alueilla: fyysinen toimintakyky, emotionaaliset rajoitukset, tarmokkuus ja sosiaalinen toimintakyky. Kurssi-aikeiset muutokset säilyivät samankaltaisina koko vuoden.	

Taulukko 2. JATKUU

Tekijät, vuosi	Interventio	Osallistujat	Mitatut muuttujat, mittarit	Tulokset	Johtopäätökset
Jaakkola K.; Mikkonen A.; Sipari E. 2007	Aslak-kuntoutus; ei vertailuryhmää; jakson kesto epäselvä (yleensä 15-22 vrk)	Kuntoutuskurssille osallistuneet erityisopettajat ja koulunkäyntiavustajat, n=6	Koettu hyöty työssä jaksamiseen: kysely	Kuntoutujat tunnistivat omat voimavarat ja kuormittavat tekijät. Hyöty näkyi vielä kahden vuoden kuluttua. Itsetuntemus lisääntyi. Elintapatottumukset muuttuivat myönteisempään suuntaan. Ergonomiaohjauksesta saadut hyödyt eivät säilyneet kahta vuotta.	ASLAK-kuntoutus tuki työssä jaksamista
Kajanus-Kujala, L. 2002	Laitoskuntoutus tai polikliininen avokuntoutus, Kuntoutussäätiö Malminkartanon kuntoutuskeskus; Vertailuryhmä sairaaloiden yleinen seurantakäytäntö; jakson kesto 4+18+5+2; avokuntoutus kesto 6kk, yht. 15 käyntiä	Sydäninfarktipotilaat, keski-ikä 49,2 v., miehiä 247, naisia 55. laitосkuntoutus n=104, avokuntoutus n=99, vertailuryhmä n=99	Työssäolotilanne: kysely Koettu työkyky: kysely Julkisten palvelujen käyttö: kysely, sairaaloiden rekisterit Elämänlaatu: 15D -mittari (mittaus 3 v. kuluttua infarktista) Kustannukset: Kelan rekisteri	Tulokset? Tulokset? Tulokset? Tutkimusryhmät eivät poikenneet toisistaan tilastollisesti merkitsevästi. Laitosryhmän kustannukset 145 milj euroa (13 930/hlö), avokuntoutuksen kustannukset 1,08 milj euroa (10 900/hlö), vertailuryhmän kustannukset 0,88 milj euroa (8 870/hlö). Tutkimusryhmien välinen ero on tilastollisesti suuntaa antava (p=0.07). Kun kustannuksista poistetaan kuntoutuskustannukset erot ryhmien välillä eivät enää poikenneet toisistaan tilastollisesti merkitsevästi (p>0.01).	Kustannus-vaikuttavuusanalyysin perusteella ei vakuuttavaa näyttöä laitосkuntoutuksen tai polikliinisen avokuntoutuksen paremmuudesta hoitavien sairaaloiden yleiseen käytäntöön saatu. Laitосkuntoutuksen Kelalle aiheutuneet kustannukset ovat suuremmat kuin polikliinisen avokuntoutuksen. Kuntoutuksen kustannusten poistamisen jälkeen tutkimusryhmät eivät eronneet toisistaan tilastollisesti. Elämänlaadussa ei myöskään ollut tutkimusryhmien välillä tilastollista eroa. Tutkimus antaa viitteitä siitä, että laitосkuntoutusta tai polikliinista avokuntoutusta voidaan pitää joko hieman parempina tai yhtä hyvinä kuin yleistä käytäntöä.
Karjalainen, P.; Matikka A. 2002	TYK-kuntoutus, Siuntion kuntoutumiskeskus; ei tietoa mahdollisesta vertailuryhmästä; jakson kesto 12+12+6 (selvitysjakso, 6 kk kuluttua arvioiva jakso, 8 kk kuluttua valmennusjakso)	Siuntion kuntoutumiskeskuksen kuntoutusasiakkaat, otanta n=300, 240 naista, keski-ikä 52 v (vaihteluväli 34-63 v.)	Työ: kyselylomake Terveydentila ja sairastaminen: kyselylomake Elämäntilanne: kyselylomake Odotukset kuntoutuksesta: kyselylomake	Kuntoutujien koettu kykenevyys työhön laski. Työ koettiin henkisesti kuormittavaksi. Koettu työn ruumiillinen rasittavuus väheni. Koettu omien tietotaitojen hyödyntäminen, vaikeat työvaiheet, kiire muuttuivat vähän myönteisempään suuntaan. Koetussa työkyvyssä tapahtui merkittävä muutos parempaan suuntaan. Koetussa terveydentilassa tapahtui paranemista. Sairaslomien käyttö väheni. Kivut ja niiden vaikutus työhön vähenivät huomattavasti. Kuntoutujat arvioivat oman kuntonsa ikävereihinsä verrattuna huomattavasti paremmaksi kuntoutusprosessin jälkeen. Tyytyväisyys terveydentilaan muuttui myönteisemmäksi. Kuntoutujista 2/3 koki saaneensa paljon apua ja 1/3 jonkin verran apua niihin ongelmiin, joihin oli lähtenyt apua hakemaan.	Työhön liittyvissä kysymyksissä tapahtui myönteisiä muutoksia kuntoutusprosessiin myötä. Parannuksesta huolimatta suuri osa kuntoutujista koki edelleen työnsä henkisesti rasittavaksi, ja kahden vuoden kuluttua arviot työkyvystä olivat jälleen heikentyneet. Tutkimus osoittaa, että merkittävä osa kuntoutujista koki hyötynensä kuntoutus-prosessista terveydentilansa suhteen.
Kehusmaa S.; Mäki J. 2002	Sekä avo- että laitосkuntoutusta, tulokset ei erotettavissa; ei vertailuryhmää; jakson kestosta ei tietoa	Mielenterveys- tai tule- kuntoutujat	Kustannukset : rekisterit Kohdentuminen: rekisterit	MT-kuntoutujien sairaanhoitokorvaukset vähenivät, TULE-kuntoutujien kustannuksissa ei muutosta. MT-ryhmästä siirryttiin eläkkeelle hyvinkin nuorena. TULE-kuntoutus kohdentui tasaisesti, MT-kuntoutusta saaneet olivat Itä- ja Länsi-Suomen vakuutusalueilla selvästi huonokuntoisempia kuin Etelä-Suomessa.	Ei johtopäätöksiä laitосkuntoutuksen vaikuttavuudesta
Kiiveri, M. 2008	Tyk-kurssi, Härmän kuntoutuskeskus; ei tietoa mahdollisesta vertailuryhmästä; jakson kestosta ei tietoa	Tyk-kurssin käyneet, n=7	Kokemukset: haastattelu	Positiivisia kokemuksia välittämisestä, luottamuksesta, ryhmän vertaistuesta, huomioituksi tulemisesta ja mahdollisuudesta tuoda esiin omia näkemyksiä. Nämä nostivat kuntoutujien itsetuntoa ja luottamusta omiin kykyihin. Vaihtelevia kokemuksia työterveyshuollosta ja työyhteisön tuesta.	Kuntoutujat voimaantuivat kuntoutuksessa.
Kurki, M. 2004	Selkä-, niska- ja Aslak-kurssit (7 kpl, v.1996); ei vertailuryhmää; jakson kesto selkä- ja niskakurssit 12+5; aslak-kurssi 5+12+5	n=207, keski-ikä ? (iän vaihteluväli 28-62 v), naisia niska- ja aslak-kurssilla 80/88%, selkäkurssilla 54%,	Toimintakyky: kysely Itsetunto, liikunta- ja lenkkeilypystyvyys Liikunta-aktiivisuus	Kaikkien toimintakyky parani, mutta muutokset eivät säilyneet kolmen vuoden seurannassa. Pystyvyysarviot paranivat ja olivat parempia aslak-kuntoutujilla, mutta muutos ei säilynyt kolmen vuoden seurannassa. Itsetuntoarviot olivat parempia niskakurssilaisilla. Liikunta-aktiivisuus lisääntyi ensin, mutta laski taas kolmen vuoden seurannassa.	Kaikkien kurssilaisten toimintakyky sekä liikunta-, lenkkeily- ja harjoituspystyvyysarviot paranivat kuntoutuskurssien aikana, mutta saavutetut muutokset olivat palautuneet lähes ennalleen kolmivuotis seurannassa. Itsetuntoarviot vahvistuivat koko seurannan ajan. Kuntoutuksella on myönteisiä vaikutuksia sekä psykologisiin hallintamekanismeihin että toimintakykyyn, mutta vaikutukset jäävät lyhytaikaisiksi.

Taulukko 2. JATKUU

Tekijät, vuosi	Interventio	Osallistujat	Mitatut muuttujat; mittarit	Tulokset	Johtopäätökset
Kyngäs, A. 2005	Kuntoutusosio laajemmassa koulutusjaksossa, osittain tulokset eivät ole erotettavissa; ei vertailuryhmää; jakson kesto 10+5 vrk		Hyvinvointi (fyysinen, sosiaalinen, psyykinen): kuntotestit, kysely	Kuntoutuksella oli myönteinen vaikutus toimintakykyyn, kuntoon, liikunnan/terveyden vaikutuksen tiedostamiseen kokonaishyvinvointiin, virkistykseen, työn tauotukseen, liikuntalajikokeiluihin, ryhmytymiseen. Nämä vaikuttavat positiivisesti kokonaishyvinvointiin.	Kokonaishyvinvointiin merkittävästi vaikuttaneena tekijänä osallistujat näkivät koulutukseen yhdistetyn kuntoutuksen, joka on tukenut erityisesti fyysisistä hyvinvointia, mutta vaikuttanut myös psyykkiseen hyvinvointiin ja edelleen työhyvinvointiin. Kuntoutuksen koettiin lisäävän myös sosiaalista ulottuvuutta ryhmyttävänä osiona.
Laiho, A. 2003	Änkyttävien lasten terapiakurssit (laitoskuntoutus?); ei vertailuryhmää; jakson kestosta ei tietoa	21 änkyttävää lasta, heidän 29 vanhempaa	Änkyttämiskäyttäytyminen: videointi, palautelomake, seurantakysely	Änkytyskäyttäytyminen lieventyi, puherohkeus ja puhehalukkuus lisääntyivät.	
Lind, J. 2007	Kelan järjestämä avo- ja laitoskuntoutus vuonna 2002, tuloksia ei voi erottaa; ei vertailuryhmää; jakson kesto vaihteli	henkilöt, joilla päätynyt kuntoutustapahtuma v. 2002, naisia 58%, mediaani-ikä 47 vuotta.	Työtilanne, terveysturva (sairauspäiväraha): rekisterit	Vajaakuntoisten ammatillista kuntoutusta saaneista työssä olleiden osuus väheni seuranta-aikana kaikkein selvimmän, noin 8 prosenttiyksikköä, muiden kuntoutusryhmien työtilanne ei juurikaan muuttunut.	Työtilanteessa tapahtuneissa muutoksissa oli selviä eroja mm. sukupuolen ja kuntoutuksen lakiperusteen mukaan. Työvoimaan kuuluneiden osuuden väheneminen ilmeni lähinnä työkyvyttömyyseläkkeelle siirtyneiden osuuden kasvuna. Riippumatta kuntoutuksen lakiperusteesta sairauspäivärahauskautien esiintyvyys ja kesto vähenivät usein niiden kuntoutusta edeltäneen tason alapuolelle johtuen mm. työkyvyttömyyseläkkeelle siirtymisestä.
Lindh, J. 2007	Työelämä-suuntautuneet kuntoutusprojektit Kaprakka, Kiipula, Merikoski; ei vertailuryhmiä; Kaprakka: yht. 7kk, sis. 6vk+2kk valmentavat jaksot+työpaikkaja kso; Kiipula: 4-5vk+1kk valmentavat jaksot+työpaikkaja kso; Merikoski 4vk+työkokeilu-jakso 6-8kk	Pitkäaikaistyöttömät, vaikeasti työllistettävät, vajaakuntoiset työnhakijat; Keski-ikä 39,5 v (mediaani 41 v.); naisia 56,1% (alle 30-v naisia 46,7%, yli 50-v naisia 71,8%)	Työmarkkina-asema: kysely, haastattelu Toimeentulo ja taloudellinen tilanne: kysely Koettu terveydentila ja työkyky: kysely Yksilölliset suunnitelmat ja projektin hyödyllisyys: kysely	Yli puolella (51,7%) oli projektin myötä tapahtunut työmarkkinallinen siirtymä työttömyydestä joko työllistymis- tai koulutusratkaisuun. Vajaalla puolella taloudellinen tilanne ja toimeentulon edellytykset paranivat. Noin kymmenes oli sitä mieltä, että projekti huononsi heidän toimeentulon edellytyksiä. Vajaakuntoisuuden terveydelliset rajoitukset vähenivät selvästi. 38% koki, että heidän terveydentilassaan tapahtui muutosta parempaan, joka viides ilmoitti terveydentilansa heikentyneen. 43% koki työkykynsä parantuneen, ja 14% työkykynsä huonontuneen projektin aikana.	Suhteessa työllistymis- ja koulustavoitteisiin projektit onnistuivat kohtuullisen hyvin. Projektit ovat mahdollistaneet väylän parantaa työllistymisen edellytyksiä. Positiivista on myös toimeentulon kohentuminen ja koetun työkyvyn ja terveydentilan paraneminen.
Molander-Mäkelä, O. 2007	Aslak-kurssit, Siuntion Kylpylä (v. 1989-1990); ei vertailuryhmää; jakson kestosta ei tietoa	N=54	Aerobinen kunto: kävelytesti, polkupyöräergometritesti Lihaskunto: suorituskestävyystesti (Invalidisäätiö) Terveys, työkyky, liikuntatottumukset: kysely	Positiiviset muutokset aerobisessa kunnossa eivät säilyneet viiden vuoden seurannassa. Positiiviset muutokset lihasvoimassa ja kestävyudessa säilyivät viiden vuoden seurannassa. 98% koki hyötynsä kuntoutuksesta (hyöty säilyi 3kk-5 vuotta).	Tutkimukseen osallistuneet kokivat hyötynsä kuntoutuksesta ja reilusti yli puolet heistä kokivat hyötynsä kurssista viiden vuoden jälkeen. Suorituskestävyyden tilastollisesti merkitsevä ero oli säilynyt naisilla yläraajojen staattisessa testissä ja miehillä selän staattisessa testissä ja selän toistosuorituskestävyydessä. Kuitenkin lähes jokaisessa testiosion keskiarvo ja mediaani olivat alkutilanteen keskiarvoa ja mediaania parempi.

Taulukko 2. JATKUU

Tekijät, vuosi	Interventio	Osallistujat	Mitatut muuttujat, mittarit	Tulokset	Johtopäätökset
Ojala, H. 2007	Ammatillinen kuntoutus, Kiipulan Ammattiopisto (Tampere ja Vantaa), avokuntoutusta?; ei vertailuryhmää; 5vk työnhakukoulutus +työkokeilujakso	Mielenterveyskuntoutujat, 22-53 v., naisia 70%, N=43	Masentuneisuus: DEPS Kokonaisvaltainen itsetunto: Rosenbergin Self-Esteem Scale Tavoitteeseen suuntaava ajattelu: Hope Elämänlaatu ja hyvinvointi: Markku Ojosen lomakemittaristo	Masentuneisuus väheni, ero oli tilastollisesti merkitsevä (p=0.001). Itsetunto koheni tilastollisesti merkitsevästi (p=0.001). Mieliala ja arvostus kohenivat melkein merkitsevästi (p<0.05). Itseluottamus ja työkyky kohenivat tilastollisesti merkitsevästi (p=0.001).	Osallistujien kokema psyykinen hyvinvointi kohentui merkitsevästi kurssin aikana. Kaikki kurssin aikana havaitut muutokset olivat positiivisia eli osallistujien kokema psyykinen hyvinvointi oli kurssin aikana lisääntynyt.
Rautakoski, P. 2006	Sopeutumisvalmennuskurssi, Aivohalvaus- ja dysfasiliitto; ei tietoa mahdollisesta vertailuryhmästä; jakson kesto 8+4 vrk (jaksojen väli 3 kk)	Afasia, N=53	Toiminnallinen kommunikointikyky: CETI-lomake, omaisten arviot Kommunikointikeinojen käyttö: AVE -lomake, omaisten arviot	Omaisten arvioiden perusteella toiminnallinen kommunikointikyky parani merkitsevästi (p<0.01). Kuntoutujien oma arvio toiminnallisesta kommunikointikyvystään parani alku- ja loppumittauksen välillä merkitsevästi (p<0.01). Kuntoutujat lisäsivät erilaisten kommunikointikeinojen käyttöä merkitsevästi (p<0.01) sekä heidän itsensä että omaisten arvioiden mukaan.	Sosiaalisen mallin mukaisen ja kokonaisvaltaisen kommunikoinnin periaatteella toimiva ryhmäkuntoutus parantaa vaikeasti ja keskivaikeasti afaattisten henkilöiden toiminnallista kommunikointikykyä.
Salonen, P. 2003	Veteraani-kuntoutus, avo- ja laitosjakso, Porin Diakonialaitoksen Sotainvalidien Sairaskoti ja Kuntoutuskeskus; ei vertailuryhmää; jakson kesto 12-14 vrk, vaihteli 6-35 vrk	Veteraanit (N=144, 93 laitoskuntoutuksessa), 45% III toimintakykyluokka, 47% II toimintakykyluokka, 8% I toimintakykyluokka, iän vaihteluväli 65-94 vuotta, miehiä 68%	Tyytyväisyys: kysely Itsearvioitu toimintakyky: kysely	Kuntoutujat olivat pääsääntöisesti tyytyväisiä kuntoutusjaksoon. Yli puolet arvioivat fyysisen toimintakykynsä parantuneen tyydyttävästi. Psyykkisen toimintakyvyn osa-alueista elämän kokeminen mielekkääksi ja virkistyminen saivat kiitettävän arvosanan puolelta kuntoutujista. Sosiaalisen toimintakyvyn osa-alueet muuttuivat myönteisempään suuntaan.	Kuntoutus vaikutti toimintakykyyn myönteisesti. Parhaiten oli vaikuttavuutta sosiaaliseen toimintakykyyn.
Sandell, S. 2000	Sopeutumisvalmennus- ja kuntoutusjakso, Maskun neurologinen kuntoutuskeskus; ei vertailuryhmää; jakson kesto 3 vk	MS-tauti, N=41, naisia 59%, keski-ikä 47 v (vaihteluväli 35-63v)	Elämänlaatu, yleinen: MSQOL-54 Elämänlaatu, fyysinen terveys: MSQOL-54 Elämänlaatu, psyykinen terveys: MSQOL-54 Elämänlaatu, terveydentilan aiheuttama ahdistus: MSQOL-54 Elämänlaatu: MSQOL-54	Koettu yleinen elämänlaatu parani tilastollisesti merkitsevästi (p=0.001). Koettu fyysinen terveys parani, mutta ei tilastollisesti merkitsevästi. Koettu psyykinen terveys parani tilastollisesti merkitsevästi (p=0.002). Koettu terveydentilan aiheuttama ahdistus lieventyi tilastollisesti merkitsevästi (p=0.003) Terveydentilan muutos (p=0.05) ja tyytyväisyys seksielämään (p=0.04) koettiin parantuneen. Muut elämänlaadun osa-alueet eivät muuttaneet tilastollisesti merkitsevästi	Kuntoutujien elämänlaatu parani merkitsevästi psyykkisen terveyden osalta, fyysisen terveyden alueella ei tilastollista eroa tapahtunut. Millään elämänlaadun osa-alueella ei tapahtunut huononemista. Taustamuuttujista sukupuolella, sairastamisajalla, toimintakyvyllä ja mielialalla oli tilastollisesti merkitsevää yhteys fyysisen ja psyykkisen terveyden muutoksiin. Miehillä kohentui psyykinen terveys naisia enemmän, fyysinen terveys kohentui erityisesti pidempään sairastaneilla ja vaikeavammilla, joilla myös psyykinen terveys kohentui muita enemmän.
Suikkanen, A.; Linnakangas, R.; Harjajärvi, M.; Martin, M. 2005	Kuntoutuskurssit, avo- ja laitoskuntoutusta yht. 13 projektia; laitoskuntoutusjakso Anttolanhovissa; ei vertailuryhmää; jakson kesto 5+5+4 vrk laitosjakso + 20 vrk työharjoittelu	Vaikeasti työllistettävät pitkäaikaistyöttömät, yli 45 v.	Työtilanne Vaikutukset kuntoutujalle: kysely	8% avoimilla työmarkkinoilla, 4% yrittäjänä, 17% tukityössä, 17% työttömänä, 25% työttömänä/tilanne epäselvä, 13% sairauslomalla, 8% eläkkeellä, 8% muu tilanne Välittäminen, vakavasti ottaminen ja auttaminen koettiin tärkeäksi, oman tilanteen selkiytyminen positiivista.	Kuntoutujilta saatu palaute kertoo hyvin toteutuneesta projektista. Tulokset olivat kohtalaisen onnistuneita jopa työelämään ja työhön liittyvien tavoitteiden saavuttamisen osalta, kun otetaan huomioon, että kuntoutuksen tavoitteena oli ennemminkin elämäntilanteen selvittely ja työelämään valmistautuminen kuin työnsaanti.

Taulukko 2. JATKUU

Tekijät, vuosi	Interventio	Osallistujat	Mitatut muuttujat; mittarit	Tulokset	Johtopäätökset
Turja, J. 2009	Aslak-kuntoutuskurssit (1995-1998 ja 1998-2000), loppukysely v. 2002; vertailuryhmä ei kuntoutusta, samasta työpaikasta kuin kuntoutujat; jakson kesto keskimäärin 17-25 vrk	n=220, 79 kuntoutujaa ja 141 verrokkiä; keski-ikä 51,2 v (vaihteluväli 33-62 v), naisia 14% (verrokeista 17%)	Työterveyshuollon ja työpaikan tuki: kysely Kuntoutusprosessia edistävät ja hankaloittavat tekijät: kysely Henkinen hyvinvointi, koettu terveys ja työkyky: kysely Fyysiset ja psykososiaaliset työolosuhteet: kysely	Työterveyshuollon tuen koki 40% riittäväksi, muuta tukea työpaikalla ei koettu riittäväksi. Kuntoutujat ilmoittivat kuntoutusprosessia hankaloittavia tekijöitä huomattavasti useammin kuin prosessia edistäneitä tekijöitä. Henkinen hyvinvointi sekä koettu terveys ja työkyky heikkenivät, kuntoutujien muutos oli verrokkeja suurempi. Työn fyysiset kuormitustekijät muuttuivat huonompaan suuntaan, kuntoutujilla muutos oli suurempi kuin verrokeilla. Innovatiivisuus ja tyytyväisyys esimiestyöhön huononivat kuntoutujilla, mutta paranivat verrokeilla. Vaikutusmahdollisuudet työhön paranivat, työpaikan ilmapiiri ja yhteistyö heikkeni, nämä muutokset olivat molemmissa ryhmissä samansuuntaisia ja tilastollisesti merkitseviä.	Tulosten mukaan kuntoutusprosessi jatkui työpaikalla vain harvoin. Aslak-kuntoutuksella ei saavuteta pitkäaikaista myönteistä vaikutusta kuntoutujien henkiseen hyvinvointiin, koettuun terveyteen ja työkykyyn sekä työpaikan fyysisiin tai psykososiaalisiin työolosuhteisiin.
Urala, T. 2003	TYK-kuntoutuskurssit, Kiipulan kuntoutuskeskus, vuosina 1999-2001; ei vertailuryhmää; jakson kestosta ei tietoa	n=83, kolmasosa miehiä	Työhön liittyvät tavoitteet: kysely Työkyky	Tutkittavien arvioiden mukaan he saavuttivat parhaiten ammatilliseen kompetenssiin liittyviä tavoitteita, noin puolet arvioivat työympäristöön ja työyhteisöön toteutuneiden tavoitteiden toteutuneen hyvin. Yksilökuntoutujat arvioivat työasentojensa ja -liikkeiden parantuneen, ero ryhmäkuntoutujiin oli tilastollisesti merkitsevää. Naisilla työkyky työn ruumiillisten ja henkisten vaatimusten kannalta parantui tilastollisesti merkitsevästi, miehillä työkyky parani työn henkisten vaatimusten kannalta tilastollisesti merkitsevästi.	Kiipulan kuntoutuskeskuksessa toteutettavalla TYK-kuntoutuksella voidaan vaikuttaa työhön eli työympäristöön, ammatilliseen kompetenssiin ja työyhteisöön.
Vatanen, R. 2007	Sydänkuntoutuskurssi, Pääskynpesän kuntoutuskeskus; ei tietoa mahdollisesta vetailuryhmästä; jakson kesto 12+3-4vrk, (aloitusjakso, 3-4kk kuluttua seurantajakso	sepelvaltimotautipotilaat, n=19, miehiä 89%, keski-ikä 54 v (miehet 54,1+-6,1, naiset 53+-9,7v)	kuntoutukseen pääsy: kysely Verenpaine Kolesteroli Elämäntavat: kysely Sydänoireet: NYHA-luokitus Työtilanne	Kuntoutukseen pääsyn mediaani oli 341 päivää sairastumisesta. Puolen vuoden tavoitteeseen pääsi vain alle 10% osallistujista, puolet aloitti kuntoutuksen 6-12 kk kuluessa, ja 40% aloitti kuntoutusjakson yli vuoden kuluttua. Naiset, eläkkeellä olevat ja koulutusoisen ammattikoulun käyneet pääsivät kuntoutukseen nopeammin. Systolinen ja diastolinen verenpaine pienenivät tilastollisesti merkitsevästi (p<0,001) Kokonaiskolesteroli ja LDL-kolesteroli pienenivät tilastollisesti merkitsevästi. Kuntoliikunta väheni ja arkiliikunta lisääntyi tilastollisesti merkitsevästi. Sydänoireet eivät muuttuneet. Eläköityminen oli tilastollisesti merkitsevää, sairaslomien ja sairaseläkkeiden väheneminen oli tilastollisesti merkitsevää.	Sepelvaltimopotilaat eivät ohjaudu kuntoutukseen suositusten mukaisesti. Tämän tutkimuksen perusteella ei voida tehdä johtopäätöksiä siitä, minkälainen merkitys laitoskuntoutuksen ajoituksella on sekundaariprevention onnistumiselle.

Mittarit: RAND-36-item health survey; IAS=Illness Attitude Scale; WAB=Western Aphasia Battery; BNT=Bostonin nimentätesti; FIQ=Fibromyalgia Impact Questionnaire; STAI=State Trait Anxiety Inventory; BDI II=Beck Depression Inventory II; FES=the Family Empowerment Scale; HADS=Hospital Anxiety and Depression Scale; CETI=the Communitative Effectiveness Index; MSQOL-54=Multiple Sclerosis Quality of Life

Kuntoutuslaitoskysely – kyselylomake, luettelo vastanneista laitoksista, tuloksia tunnuslukuina, yhteenvetoa avovastauksista

Kuntoutuslaitoskysely

Arvoisa kuntoutuslaitoskyselyyn vastaaja!

Tämä kysely sisältää 45 kysymystä, joihin vastaaminen vie 1-2 tuntia. Kysymykset koskevat muun muassa kuntoutuslaitoksen toimintaa ja resursseja vuonna 2008. Näitä kysymyksiä varten kehotamme teitä ottamaan esille laitoksen tilinpäätös- ja toimintakertomusasiakirjat vuodelta 2008. Lisäksi kyselyssä kartoitetaan laitoksen lähivuosien suunnitelmia ja toiveita kuntoutustoimintaan liittyen.

Tiedot käsitellään ehdottoman luottamuksellisesti. Tulokset raportoidaan niin, että laitoksia ei voi tunnistaa.

Kysely on mahdollista keskeyttää painamalla Keskeytä-painiketta, ja jatkaa sen täyttämistä sopivana hetkenä. Keskeyttäessä ohjelma antaa uuden linkin kyselyyn, joka kannattaa lähettää omaan sähköpostiin.

Kyselyn teknisissä ja sisällöllisissä kysymyksissä voi ottaa yhteyttä selvitystyöryhmän tekniseen sihteeriin: Jutta Suoranta, puh. (03) 3551 6815, tai sähköposti jutta.suoranta@uta.fi.

TAUSTA

1) Laitoksen/toimintayksikön nimi ja sijaintipaikkakunta

2) Laitoksen ylläpitäjä/palvelun tuottaja, jolla on lääninhallituksen toimilupa (päivämäärä, jolloin lupa on annettu?)

3) Laitoksen perustamisvuosi

4) Vastaajan nimi/sähköposti

5) Toiminnan kuvaus - lyhyt kuvaus laitoksen toiminnasta ja kuntoutuksen osuus siinä

KAPASITEETTI JA KÄYTTÖ

Laitoksen majoitusvuorokaudet ja vuodepaikat sekä avokuntoutuskäynnit

Ilmoittakaa majoitusvuorokausien ja vuodepaikkojen sekä avokuntoutuskäyntien lukumäärät.

6) Laitoksenne majoitusvuorokaudet yhteensä

Toteutuneet vuonna 2008 = _____
Arvio/tavoite vuonna 2012 = _____

7) Kuntoutustoiminnan majoitusvuorokaudet (=kuntoutusvuorokaudet)

Toteutuneet vuonna 2008 = _____
 Arvio/tavoite vuonna 2012 = _____

8) Laitokseen vuodepaikat yhteensä

Vuonna 2008 = _____
 Arvio/tavoite vuonna 2012 = _____

9) Kuntoutustoimintaan käytettävissä olevat vuodepaikat enimmillään

Kuntoutustoiminnan enimmäiskapasiteetti vuodepaikkoina

Vuonna 2008 = _____
 Arvio/tavoite vuonna 2012 = _____

10) Avokuntoutuskäynnit

Vuonna 2008 = _____
 Arvio/tavoite vuonna 2012 = _____

Kuntoutusvuorokaudet ja avokuntoutuskäynnit maksajatahon mukaan

11) Maksajatahot ja niiden korvaama kuntoutus laitoksessanne vuonna 2008

A) Ovatko seuraavat maksajatahot korvanneet kuntoutustoimintaa laitoksessanne?

B) Kuinka paljon ko. taho on korvannut järjestämisperusteisiinsa kuuluvaa kuntoutusta kuntoutusvuorokausina (laitoskuntoutus) ja avokuntoutuskäynteinä vuonna 2008?

	kyllä	ei	Kuntoutus- vuorokaudet v. 2008	Avokuntoutus- käynnit v. 2008
Kela - Ammatillinen kuntoutus				
Kela - Vaikeavammaisen lääkinällinen kuntoutus				
Kela - Harkinnanvarainen kuntoutus				
Valtio - Sotainvalidien kuntoutus				
Valtio - Sotainvalidien puolisoien ja leskien sekä sotaleskien kuntoutus				
Valtio - Sotiin liittyvien erityisryhmien kuntoutus				
Kunnat/valtio - Rintamaveteraanien ja heidän puolisoitensa kuntoutus				
Kunnat tai shp:t - Terveystieteiden lääkinällinen kuntoutus				
Kunnat - Sosiaalihuollon kuntoutus				
Työ- ja elinkeinohallinto - Ammatillinen kuntoutus				
Tapaturma- ja liikennevakuutus - Lääkinällinen tai ammatillinen kuntoutus				
Työeläkevakuutus - Ammatillinen kuntoutus				
Työnantajat - Työkykyä ylläpitävää toimintaa				
Järjestöt/RAY - Sopeutumisvalmennus- ja muut kurssit				
Järjestöt/RAY - Kuntoremontit ja kuntolomat				
Muut maksajatahot				
Itse maksavat kuntoutusasiakkaat				

12) Arvioikaa, millä tavoin kysymyksessä 11 mainitut maksajatahot hankkivat teiltä kuntoutusta vuonna 2012?

ASIAKASKUNTA**Ikäryhmät**

13) Arvioikaa, miten ikäryhmät painottuivat laitoksenne laitoskuntoutuksessa vuonna 2008?

A) Valitkaa ikäryhmän osuutta parhaiten vastaava vaihtoehto (numero 1-5):

1=vähän tai ei lainkaan

2=jonkin verran

3=noin puolet

4=yli puolet

5=kaikki tai lähes kaikki

B) Arvioikaa mahdollisuuksienne mukaan, miten laitoksessanne toteutuneet kuntoutusvuorokaudet jakoutuivat ikäryhmittäin vuonna 2008 (lukumäärinä)?

	1	2	3	4	5	Ikäryhmän kuntoutus- vuorokaudet
0-15 vuotiaat						
16-34 vuotiaat						
35-54 vuotiaat						
55-64 vuotiaat						
65-74 vuotiaat						
75-vuotiaat						

14) Arvioikaa, miten ikäryhmät painottuivat laitoksenne avokuntoutuksessa vuonna 2008?

Mikäli laitoksessanne ei ollut avokuntoutuskäyntejä vuonna 2008, voitte siirtyä kysymykseen 15.

A) Valitkaa ikäryhmän osuutta parhaiten vastaava vaihtoehto (numero 1-5):

1 = vähän tai ei lainkaan

2 = jonkin verran

3 = noin puolet

4 = yli puolet

5 = kaikki tai lähes kaikki

B) Arvioikaa mahdollisuuksienne mukaan, miten laitoksessanne toteutuneet avokuntoutuskäynnit jakoutuivat ikäryhmittäin vuonna 2008 (lukumäärinä)?

	1	2	3	4	5	Ikäryhmän avokuntoutus- käynnit
0-15 vuotiaat						
16-34 vuotiaat						
35-54 vuotiaat						
55-64 vuotiaat						
65-74 vuotiaat						
75-vuotiaat						

Kuntoutuksen asiakasryhmät

15) Arvioikaa, miten seuraavat asiakasryhmät painoutuivat laitoksenne laituskuntoutuksessa vuonna 2008?

A) Valitkaa asiakasryhmän osuutta parhaiten vastaava vaihtoehto (numero 1-5):

1 = vähän tai ei lainkaan

2 = jonkin verran

3 = noin puolet

4 = yli puolet

5 = kaikki tai lähes kaikki

B) Arvioikaa mahdollisuuksienne mukaan, miten laitoksessanne toteutuneet kuntoutusvuorokaudet jakautuivat asiakasryhmittäin vuonna 2008 (lukumäärinä)?

	1	2	3	4	5	Asiakasryhmän kuntoutusvuorokaudet
Lapset, nuoret ja heidän perheensä						
Aikuisten sairaus- ja vammaryhmät						
Työelämässä olevat/työkyvyn ylläpito						
Vajaakuntoiset työnhakijat						
Pitkäaikaistyöttömät						
Sotainvalidit, rintamaveteraanit ja erityisryhmät sekä puoliset ja lesket						
Muut ikääntyneiden ryhmät						
Omaishoitajat ja muut omaiset						
Muut kuntoutuksen asiakasryhmät (ks. kysymys 16)						

16) Jos laitoksessanne on ollut muita laituskuntoutuksen asiakasryhmiä, tarkentakaa mitä?

17) Arvioikaa, miten seuraavat asiakasryhmät painoutuivat laitoksenne avokuntoutuksessa vuonna 2008?

Mikäli laitoksessanne ei ollut avokuntoutuskäyntejä vuonna 2008, voitte siirtyä kysymykseen 19.

A) Valitkaa asiakasryhmän osuutta parhaiten vastaava vaihtoehto (numero 1-5):

1 = vähän tai ei lainkaan

2 = jonkin verran

3 = noin puolet

4 = yli puolet

5 = kaikki tai lähes kaikki

B) Arvioikaa mahdollisuuksienne mukaan, miten laitoksessanne toteutuneet avokuntoutuskäynnit jakautuivat asiakasryhmittäin vuonna 2008 (lukumäärinä)?

	1	2	3	4	5	Asiakasryhmän avokuntoutuskäynnit
Lapset, nuoret ja heidän perheensä						
Aikuisten sairaus- ja vammaryhmät						
Työelämässä olevat/työkyvyn ylläpito						
Vajaakuntoiset työnhakijat						
Pitkäaikaistyöttömät						
Sotainvalidit, rintamaveteraanit ja erityisryhmät sekä puoliset ja lesket						
Muut ikääntyneiden ryhmät						
Omaishoitajat ja muut omaiset						
Muut kuntoutuksen asiakasryhmät (ks. kysymys 16)						

18) Jos laitoksessanne on ollut muita avokuntoutuksen asiakasryhmiä, tarkentakaa mitä?

Sairaus- ja vammaryhmät sekä muut kuntoutusta aiheuttavat tekijät

19) Arvioikaa, miten sairaus- ja vammaryhmät tai muut kuntoutusta aiheuttavat tekijät painoutuivat laitoksenne laitostuntoutuksessa vuonna 2008?

A) Valitkaa ryhmän osuutta parhaiten vastaava vaihtoehto (numero 1-5):

- 1 = vähän tai ei lainkaan
 2 = jonkin verran
 3 = noin puolet
 4 = yli puolet
 5 = kaikki tai lähes kaikki

B) Arvioikaa mahdollisuuksienne mukaan, miten laitoksessanne toteutuneet kuntoutusvuorokaudet jakautuivat ao. ryhmittäin vuonna 2008 (lukumäärinä)?

	1	2	3	4	5	Ryhmän kuntoutusvuorokaudet
Tuki- ja liikuntaelinsairaudet						
Reumasairaudet						
Hermoston sairaudet						
Hengityselinsairaudet						
Verenkiertoelinten sairaudet						
Mielenterveyshäiriöt						
Muut sairausryhmät						
Vammat (kuten aivo- ja selkäydinvammat, amputaatiot)						
Silmän ja korvan sairaudet ja vammat						
Muut tekijät - Monivammaisuus						
Muut tekijät - Vanhenemiseen liittyvät ongelmat ja sairaudet						
Muut tekijät - Työhön ja työssä jaksamiseen liittyvät ongelmat						
Muut tekijät - Työllistymiseen liittyvät ongelmat						
Muut tekijät - Elämäntilanteen hallintaan liittyvät ongelmat						
Muut tekijät						

20) Arvioikaa, miten sairaus- ja vammaryhmät tai muut kuntoutusta aiheuttavat tekijät painoutuivat laitoksenne avokuntoutuksessa vuonna 2008?

Mikäli laitoksessanne ei ollut avokuntoutuskäyntejä vuonna 2008, voitte siirtyä kysymykseen 21.

A) Valitkaa ryhmän osuutta parhaiten vastaava vaihtoehto (numero 1-5):

- 1 = vähän tai ei lainkaan
 2 = jonkin verran
 3 = noin puolet
 4 = yli puolet
 5 = kaikki tai lähes kaikki

- B) Arvioikaa mahdollisuuksienne mukaan, miten laitoksessanne toteutuneet avokuntoutuskäynnit jakautuivat ao. ryhmittäin vuonna 2008 (lukumäärinä)?

	1	2	3	4	5	Ryhmän avokuntoutuskäynnit
Tuki- ja liikuntaelinsairaudet						
Reumasairaudet						
Hermoston sairaudet						
Hengityselinsairaudet						
Verenkiertoelinten sairaudet						
Mielenterveyshäiriöt						
Muut sairausryhmät						
Vammat (kuten aivo- ja selkäydinvammat, amputaatiot)						
Silmän ja korvan sairaudet ja vammat						
Muut tekijät - Monivammaisuus						
Muut tekijät - Vanhenemiseen liittyvät ongelmat ja sairaudet						
Muut tekijät - Työhön ja työssä jaksamiseen liittyvät ongelmat						
Muut tekijät - Työllistymiseen liittyvät ongelmat						
Muut tekijät - Elämäntilanteen hallintaan liittyvät ongelmat						
Muut tekijät						

Asiakaskunnan alueellinen jakautuminen

- 21) Arvioikaa, palveliko laitoksenne kuntoutustoiminta lähikuntien asukkaita, maakunnan asukkaita vai koko valtakuntaa vuonna 2008?

Merkitkää 1 (=tärkein), 2 (=toiseksi tärkein) tai 3 (=kolmanneksi tärkein). Voitte jättää jonkin/jotkin alueet merkitsemättä, esim. niin että merkitsette vain tärkeimmän.

Lähikunta tai seutukunta	
Maakunta	
Valtakunta	

Asiakaskunnan rakenteen muutos

- 22) Arvioikaa, miten kuntoutuksen asiakaskuntanne muuttuu lähivuosina (vuoteen 2012 mennessä)?

- A) Miten muuttuvat painotukset laitos- ja avokuntoutusasiakkaiden suhteen?
 B) Miten muuttuvat painotukset esimerkiksi ikäryhmissä, asiakasryhmissä, sairaus- ja vammaryhmissä, asiakkaiden toimintakyvyssä sekä asiakaskunnan alueellisessa jakautumisessa?

--

HENKILÖSTÖ

Ilmoittakaa osa-aikaisen henkilöstön määrä niin, että yhden päivän viikossa tekevät =0,2 (20%), kaksi päivää viikossa tekevät =0,4 (40%) jne. Esimerkiksi yhteenlaskettuna neljästä 20% osa-aikaisesta fysioterapeutista tulee lukumääräksi 0,8.

23) Laitoksenne henkilöstö yhteensä vuonna 2008

Henkilöstön lukumäärä 31.12.2008 _____

24) Laitoksenne kuntoutustoimintaan osallistunut henkilöstö yhteensä vuonna 2008

Henkilöstön lukumäärä 31.12.2008 _____

25) Laitoksenne kuntoutustoimintaan osallistunut henkilöstö ammattiryhmittäin vuonna 2008

A) Mikä oli oman vakituisessa tai määräaikaisessa työsuhteessa olleen koko- ja osa-aikaisen henkilöstön lukumäärä 31.12.2008?

B) Mikä oli ostopalveluna hankitun henkilöstön lukumäärä 31.12.2008?

Merkitkää lääkärimäärät erikoisaloittain.

	Kyllä	Ei	Oman henkilöstön lukumäärä	Ostopalveluhenkilöstön lukumäärä	Lääkärien erikoisala
Lääkäri -erikoisala?					
Lääkäri -erikoisala?					
Lääkäri -erikoisala?					
Lääkäri -erikoisala?					
Psykologi					
Neuropsykologi					
Sosiaaliohjaaja					
Sosionomi					
Fysioterapeutti					
Työfysioterapeutti					
Toimintaterapeutti					
Puheterapeutti					
Ravitsemusterapeutti					
Jalkaterapeutti					
Työelämän asiantuntija/ammattillisen kuntoutuksen ohjaaja					
Kuntoutusohjaaja					
Liikunnanohjaaja					
Muut erityistyöntekijät					
Kuntohoitaja					
Jalkahoitaja					
Hieroja					
Ravitsemusneuvoja					
Muu kuntoutushenkilöstö					
Erikoissairaanhoitaja					
Sairaanhoitaja					
Perushoitaja/lähihoitaja					
Muu sairaanhoitohenkilöstö					
Liikunnanopettaja					
Vapaa-ajanohjaaja					
Askarteluohjaaja					
Muu liikunta ja vapaa-ajan henkilöstö					

26) Arvioikaa, miten kuntoutuksen toteuttamiseen osallistuvan henkilöstön rakenne muuttuu laitoksessanne lähivuosina (vuoteen 2012 mennessä)? Miten muuttavat eri ammattiryhmien sekä oman ja ostopalveluhenkilöstön rakenne?

TOIMINTA

27) Onko laitoksessanne tehty toiminnan sisältöön liittyviä muutoksia viime vuosina (2006-2008)?

	Kyllä	Ei	Jos kyllä, millaisia muutoksia?
Kuntoutusmuotojen osuudessa (ammatillinen vs. lääkinällinen ym.)			
Erikoistumisessa			
Uusien palvelujen aloittamisessa			
Avo/koti/päiväkuntoutuksen osuudessa			
Kuntoutuksen ja muun toiminnan suhteen muuttumisessa			
Muita toiminnan sisällön muutoksia			

28) Onko laitoksessanne suunnitelmia toiminnan sisällön muuttamiseksi lähivuosina (vuoteen 2012 mennessä)?

	Kyllä	Ei	Jos kyllä, millaisia muutoksia?
Kuntoutusmuotojen osuudessa (ammatillinen vs. lääkinällinen ym.)			
Erikoistumisessa			
Uusien palvelujen aloittamisessa			
Avo/koti/päiväkuntoutuksen osuudessa			
Kuntoutuksen ja muun toiminnan suhteen muuttumisessa			
Muita toiminnan sisällön muutoksia			

29) Onko laitoksessanne suunnitelmia organisaatorakenteen tai toimintamuodon muuttamiseksi (kuten yhtiöittäminen, fuusio tms.)? Millaisia suunnitelmia?

--

TALOUS JA INVESTOINNIT

- 30) Kirjatkaa seuraavat laitoksenne taloudellista tilannetta kuvaavat tunnusluvut vuoden 2008 tilinpäätöstiedoista koko toimintanne osalta (ja niiltä osin kuin se on organisaationne puolesta mahdollista).

Toimintatuotot (€)	
Toimintakulut (€)	
Vuosikate (€)	
Tilikauden tulos (€)	
Sijoitetun pääoman tuotto% (nettotulos/sijoitettu pääoma)	
Korkokulut (€)	
Lainan lyhennykset (€)	
Kassan riittävyys keskimäärin päivinä	
Omavaraisuusaste% (oman pääoman suhde vieraaseen pääomaan)	
Suhteellinen velkaantumisaste% (vieraan pääoman suhde toimintatuottoihin)	
Lainakanta tilinpäätöshetkellä (miljoonaa €)	
Käyttöomaisuusinvestoinnit (€)	
Investointien tulorahoitus% (vuosikatteen suhde investointimenoihin)	

- 31) Arvioikaa, mikä on kuntoutuksen osuus laitoksenne koko toiminnan toimintatuotoista (%-osuuksina ja/tai euroina)?

% _____
 € _____

- 32) Arvioikaa, mikä on kuntoutuksen osuus laitoksenne koko toiminnan toimintakuluista (%-osuuksina ja/tai euroina)?

% _____
 € _____

- 33) Onko laitoksessanne tehty viime vuosina (v. 2006-2008) rakennusinvestointeja tai suurempia laite/kalustehankintoja?

	On tehty	Ei ole tehty
Peruskorjauksia, ylläpitokorjauksia, laite/kalustehankintoja (<200 000€)		
Suurempia korjauksia, laite/kalustehankintoja (>200 000€)		

- 34) Millaisia rakennusinvestointeja tai suurempia laite/kalustehankintoja olette tehneet viime vuosina (v. 2006-2008)?

- A) Mitkä olivat investoinnin tai hankinnan kustannukset?
 B) Miten investointi rahoitettiin (esim. oma rahoitus, laina, avustus: mainitkaa avustajataho, esim. Kela, RAY)?

	Kyllä	Ei	Kustannukset (€)	Rahoitusmuoto ja mahdollinen avustajataho/-tahot
Majoitustilojen lisärakentamista tai väljentämistä, vuodepaikkojen lisäämistä				
Muiden toiminnallisten tilojen laajentamista/uudisrakentamista				
Tilojen uudelleen järjestelyä				
Laitoksen ympäristön rakentamista				
Laite/kalustehankintoja				
Muita investointeja				

- 35) Miten tehdyt investoinnit ja hankinnat liittyvät kuntoutustoimintaanne?

- 36) Onko laitoksessanne suunnitteilla lähivuosina (v. 2009-2014) rakennusinvestointeja tai suurempia laite/kalustehankintoja?

	Kyllä	Ei
Peruskorjauksia, ylläpitokorjauksia, laite/kalustehankintoja (<200 000€)		
Suurempia korjauksia, laite/kalustehankintoja (>200 000€)		

- 37) Millaisia rakennusinvestointeja tai suurempia laite/kalustehankintoja suunnittelette lähivuosille (v. 2009-2014)?

- A) Mikä ovat investoinnin kustannusarvio (esim. 100 000€ tarkkuudella)?
 B) Miten investointi on aiottu rahoittaa (esim. oma rahoitus, laina, avustus: mainitkaa avustajataho, esim. Kela, RAY)?

	Kyllä	Ei	Kustannukset (€)	Suunniteltu rahoitusmuoto ja mahdollinen avustajataho/-tahot
Majoitustilojen lisärakentamista tai väljentämistä, vuodepaikkojen lisäämistä				
Muiden toiminnallisten tilojen laajentamista/uudisrakentamista				
Tilojen uudelleen järjestelyä				
Laitoksen ympäristön rakentamista				
Laite/kalustehankintoja				
Muita investointeja				

- 38) Miten suunnitteilla olevat investoinnit ja hankinnat liittyvät kuntoutustoimintaan?

- 39) Onko laitoksessanne edellä esittämienne suunniteltujen hankkeiden lisäksi muita investointitarpeita? Miten ne liittyvät kuntoutustoimintaan?

KUNTOUTUSLAITOSTEN KEHITYSNÄKYMÄT

- 40) Miten arvioitte maamme laitospalveluissa viime vuosina tapahtunutta kehitystä oman laitoksen näkökulmasta?

Esim. kuntoutuspalvelujen kysynnässä ja tarjonnassa, kuntoutusasiakkaiden odotuksissa, maksajatahojen vaatimuksissa, kuntoutuspalvelujen hinnoittelussa ja kilpailuttamisessa, toimintamuodoissa, tai muita tapahtuneita muutoksia.

- 41) Miten arvioitte oman laitoksen laitospalveluissa kehitysnäkymiä tulevina vuosina (vuoteen 2014 asti)?

- 42) Mitä edellä kuvaamanne kehitysnäkymät tarkoittavat oman laitoksen henkilöstön käytön, osaamisen, investointitarpeiden ym. resurssien kannalta?

Laitoksen yhteistoiminta muiden alueen sosiaali- ja terveydenhuollon toimijoiden kanssa

- 43) Millaista yhteistoimintaa laitoksella on alueella sijaitsevien muiden sosiaali- ja terveydenhuollon toimijoiden kanssa?

- 44) Miten laitoksen ja alueella sijaitsevien muiden sosiaali- ja terveydenhuollon toimijoiden yhteistoimintaa voisi tulevaisuudessa kehittää? Miten tämän hetkinen kuntarakenteen kehitys tulee vaikuttamaan kuntoutustoimintaan?

- 45) Terveisenne selvitysmiehille

Esim. miten toivotte, että kuntoutuslaitosten toimintaa kehitetään tulevaisuudessa?

Linkki kyselyn internet-pohjaiseen lomakkeeseen:

<http://www.webropol.com/P.aspx?id=320514&cid=86444835>

Kyselyyn vastanneet kuntoutuslaitokset:

Anttolanhovi
 Bottenhavets Sjukhem / Selkämeren Sairaskoti
 Diabeteskeskus
 Erityisosaamiskeskus Suvituuli
 Folkhälsan Syd Mjölbolsta Rehab
 Folkhälsans Habiliteringsavdelning
 Fontana Casino, Savonlinnan Kuntoutumiskeskus
 Herttuan Kuntoutuskeskus
 Hoikan kuntoutuskeskus (Verve Sastamala)
 Holiday Cub Kuusamon Tropiikki
 Hopeaniemen kuntoutumiskeskus
 Hotelli Mesikämmen
 Huoltoliitto ry / Kunnonpaikka
 Härmän Kuntoutus Oy
 Iisalmen Veljeskoti
 Ikaalisten Kylpylä Oy
 Ilveskoti
 Imatran kylpylä Oy
 Invalidiliiton Jyväskylän kuntoutus- ja työklินิกka
 Invalidiliiton Kuopion kuntoutus- ja työklินิกka
 Invalidiliiton Käpylän kuntoutuskeskus
 Invalidiliiton Lahden kuntoutuskeskus
 Invalidiliiton Lapin kuntoutuskeskus
 Invalidisäätiö/Kuntoutus ORTON
 Joensuun Kuntohovi
 Jyllin Kodit
 Kalevalan kuntoutuskoti
 Kaprakan kuntoutuskeskus (Verve Liperi ja Kuopio)
 Karjalohjan Päiväkumpu Oy / Karjalohjan Kuntoutumiskeskus
 Kartanokylpylä Kaisankoti
 Kaunialan Sairaala Oy
 Kiipulan kuntoutuskeskus
 Kitinkannus
 Kivipuron kuntoutuskoti
 Kruunupuisto Oy - Punkaharju
 Kuntoutumiskeskus Summassaari
 Kuntoutus- ja kehittämiskeskus Huvitus
 Kuntoutus Peurunka
 Kuntoutuskeskus Petrea
 Kuntoutuskeskus Pääskynpesä
 Kuntoutussairaalasäätiö Kankaanpää
 Kuntoutussäätiö
 Kuuloliitto ry, Kopolan kurssikeskus
 Kuuloliitto ry: Kuulovammaisten lasten kuntoutuskoti,
 Kuulomonivammaisten lasten tutkimus- ja kuntoutuskoti ja
 Aikuisten kurssitoiminta
 Kuulonäkövammaisten Kuntoutumiskeskus
 Kuurosokeiden Toimintakeskus
 Kylpylä Kivitippu
 Kymen Sotavammaisten Sairaskoti

Kyyhkylän kuntoutussairaala ja kuntoutukskeskus
Lahden Diakonialaitos, Fysioterapia ja Sotainvalidien Veljeskoti
Laitilan Terveyskoti
Lamminniemen Hyvinvointikeskus
Lappeenrannan kuntoutus- ja kylpyläsäätiö
Lehtimäen opisto
Länsi-Suomen Diakonialaitoksen Sotainvalidien Sairaskoti ja
Kuntoutuskeskus
Maskun Neurologinen Kuntoutuskeskus
Meri-Karinan toiminta- ja palvelukeskus
Miinan Hoitolat Oy / Asumispalvelukeskus Wilhelmiina
Naantalın Kylpylä ja Kuntoutuskeskus
Norrvalle Rehab Center
Nykarleby sjukhem
Näkövammaisten keskusliitto
ODL Terveys Oy / Kuntoutus
Oulun Seudun Kuntoutussairaala Oy
Oulunkylän kuntoutussairaala
Reumaliiton Kuntoutumiskeskus Apila
Reumasäätiön sairaala
Rinnekoti-Säätiö, Lasten kuntoutuskoti
Rokuan Kuntoutus Oy (Utajärvi, Oulu ja Kajaani)
Rovaniemen Veljes-sairaskotisäätiö / Rovaniemen Veljes-
sairaskoti
Ruissalon Kylpylä ja Kuntoutuskeskus
Scandic Kiannon Kuohut
SEESAM Työhönvalmennus
Siuntion Hyvinvointikeskus
Sotainvalidien Sairaskoti
Suomen aivotutkimus- ja kuntoutuskeskus Neuron
Tammenlehväkeskus
Taukokangas
Tornion Sairaskotisäätiö (Saarenvire 23.3.2009 alkaen)
Verve (Oulu, Helsinki ja Tampere)
Ähtärin Veljeskoti

TULOKSIA TUNNUSLUKUINA**1 KÄYTTÖ JA KAPASITEETTI**

Taulukko 1.1 Majoitusvuorokaudet ja avokuntoutuskäynnit

	N	Max	Yhteensä	Keskiarvo	Keskihajonta
Majoitusvuorokaudet 2008	79	180000	2511168	31787	33334
Majoitusvuorokaudet arvio 2012	74	208857	2587557	34967	38861
Kuntoutuksen majoitusvuorokaudet 2008	81	48000	1169553	14439	12215
Kuntoutuksen majoitusvuorokaudet arvio 2012	74	55000	1089390	14721	13227
Vuodepaikat 2008	80	1000	11637	145	164
Vuodepaikat arvio 2012	77	1200	11736	152	190
Kuntoutuksen vuodepaikat 2008	78	373	6664	85	83
Kuntoutuksen vuodepaikat arvio 2012	72	400	6225	86	82
Kuntoutuksen avokäynnit 2008	77	19709	222679	2892	4203
Kuntoutuksen avokäynnit arvio 2012	71	30000	270029	3803	5403

Taulukko 1.2 Kuntoutusvuorokaudet maksajatahon mukaan

	N	Min	Max	Yhteensä	Keskiarvo	Keskihajonta
Kela - Ammatillinen kuntoutus	31	35	15915	109146	3521	3477
Kela - Vaikeavammaisen lääkinällinen kuntoutus	38	21	21000	114414	3011	4585
Kela - Harkinnanvarainen kuntoutus	47	98	30280	336863	7167	6817
Valtio - Sotainvalidien kuntoutus	55	10	7434	118011	2146	1997
Valtio - Sotainvalidien puolisoisten ja leskien sekä sotaaleskien kuntoutus	46	10	7000	44969	978	1193
Valtio - Sotiin liittyvien erityisryhmien kuntoutus	40	2	2117	16595	415	469
Kunnat/valtio - Rintamaveteraanien ja heidän puolisoitensa kuntoutus	54	28	20167	171181	3170	3341
Kunnat tai shp:t - Terveystieteiden lääkinällinen kuntoutus	47	4	13628	71619	1524	3104
Kunnat - Sosiaalihuollon kuntoutus	11	0	880	2345	213	318
Työ- ja elinkeinohallinto - Ammatillinen kuntoutus	18	6	1500	7825	435	420
Tapaturma- ja liikennevakuutus - Lääkinällinen tai ammatillinen kuntoutus	34	5	6278	17042	501	1129
Työeläkevakuutus - Ammatillinen kuntoutus	16	5	1000	3415	213	296
Työnantajat - Työkykyä ylläpitävää toiminta	19	11	2999	13087	689	897
Järjestöt/RAY - Sopeutumisvalmennus- ja muut kurssit	32	50	2668	23591	737	686
Järjestöt/RAY - Kuntoremontit ja kuntolomat	24	100	10000	44739	1864	2804
Muut maksajatahot	33	26	2100	21682	657	656
Itse maksavat kuntoutusasiakkaat	45	0	1916	12978	288	379

Taulukko 1.3 Avokuntoutuskäynnit maksajatahon mukaan

	N	Min	Max	Yhteensä	Keskiarvo	Keskihajonta
Kela - Ammatillinen kuntoutus	15	0	17023	49095	3273	5216
Kela - Vaikeavammaisen lääkinällinen kuntoutus	43	0	9834	49196	1144	1780
Kela - Harkinnanvarainen kuntoutus	18	0	3471	12944	719	985
Valtio - Sotainvalidien kuntoutus	28	0	757	6619	236	225
Valtio - Sotainvalidien puolisoiden ja leskien sekä sotaleskien kuntoutus	5	0	50	114	23	21
Valtio - Sotiin liittyvien erityisryhmien kuntoutus	6	10	60	228	38	21
Kunnat/valtio - Rintamaveteraanien ja heidän puolisoitensa kuntoutus	26	10	2000	7580	292	495
Kunnat tai shp:t - Terveystieteiden lääkinällinen kuntoutus	30	0	3343	11005	367	692
Kunnat - Sosiaalihuollon kuntoutus	8	0	3415	4271	534	1184
Työ- ja elinkeinohallinto - Ammatillinen kuntoutus	13	0	1676	7813	601	644
Tapaturma- ja liikennevakuutus - Lääkinällinen tai ammatillinen kuntoutus	22	20	2952	8749	398	688
Työeläkevakuutus - Ammatillinen kuntoutus	9	12	1337	3540	393	510
Työnantajat - Työkykyä ylläpitävää toimintaa	16	10	600	3097	194	177
Järjestöt/RAY - Sopeutumisvalmennus- ja muut kurssit	11	0	2609	4516	411	819
Järjestöt/RAY - Kuntoremontit ja kuntolomat	3	0	166	316	105	92
Muut maksajatahot	15	8	3854	10111	674	1079
Itse maksavat kuntoutusasiakkaat	28	5	5600	21508	768	1379

2 ASIAKASKUNTA

Taulukko 2.1 Laitoskuntoutuksen asiakasryhmät (kuntoutusvuorokaudet)

	N	Max	Yhteensä	Keskiarvo	Keskihajonta
Lapset, nuoret ja heidän perheensä	26	16000	52339	2013	3460
Aikuisten sairaus- ja vammaryhmät	44	33000	254040	5774	7731
Työelämässä olevat/työkyvyn ylläpito	30	22000	175786	5860	5749
Vajaakuntoiset työnhakijat	16	5224	19285	1205	1661
Pitkäaikaistyöttömät	13	2000	5446	419	520
Sotainvalidit, rintamaveteraanit ja erityisryhmät sekä puoliset ja lesket	44	37000	295257	6710	6995
Muut ikääntyneiden ryhmät	33	11800	42732	1295	2377
Omaishoitajat ja muut omaiset	25	2000	8320	333	438
Muut kuntoutuksen asiakasryhmät	14	2000	7408	529	603

Taulukko 2.2 Laitosten avokuntoutuksen asiakasryhmät (kuntoutuskäynnit)

	N	Max	Yhteensä	Keskiarvo	Keskihajonta
Lapset, nuoret ja heidän perheensä	22	3795	18179	826	1168
Aikuisten sairaus- ja vammaryhmät	32	12826	49531	1548	2864
Työelämässä olevat/työkyvyn ylläpito	21	6000	16384	780	1410
Vajaakuntoiset työnhakijat	11	7710	12319	1120	2420
Pitkäaikaistyöttömät	11	3000	4941	449	888
Sotainvalidit, rintamaveteraanit ja erityisryhmät sekä puoliset ja lesket	30	2000	17618	587	551
Muut ikääntyneiden ryhmät	13	3000	7653	589	928
Omaishoitajat ja muut omaiset	7	1000	1495	214	384
Muut kuntoutuksen asiakasryhmät	7	600	1053	150	223

Taulukko 2.3 Laitoskuntoutuksen asiakkaiden sairaus- ja vammaryhmät(kuntoutusvuorokaudet)

	N	Min	Max	Yhteensä	Keskiarvo	Keskihajonta
Tuki- ja liikuntaelinsairaudet	30	110	22000	147332	4911	5107
Reumasairaudet	8	20	14068	25538	3192	5568
Hermoston sairaudet	19	200	25200	65221	3433	5957
Hengityselinsairaudet	15	0	4773	15346	1023	1455
Verenkiertoelinten sairaudet	21	0	9500	40602	1933	2539
Mielenterveyshäiriöt	20	0	3200	22190	1110	913
Muut sairausryhmät	17	243	11316	35913	2113	2610
Vammat (kuten aivo- ja selkädinvammat, amputaatiot)	18	14	22928	48304	2684	5567
Silmän ja korvan sairaudet ja vammat	8	0	8752	18879	2360	3338
Muut tekijät - Monivammaisuus	13	300	5500	20347	1565	1462
Muut tekijät - Vanhenemiseen liittyvät ongelmat ja sairaudet	24	300	23115	103999	4333	5257
Muut tekijät - Työhön ja työssä jaksamiseen liittyvät ongelmat	22	170	20000	117367	5335	5740
Muut tekijät - Työllistymiseen liittyvät ongelmat	9	100	1500	6348	705	499
Muut tekijät - Elämäntilanteen hallintaan liittyvät ongelmat	16	60	3754	13018	814	904
Muut tekijät	6	145	18933	41897	6983	7937

Taulukko 2.4 Laitosten avokuntoutuksen asiakkaiden sairaus- ja vammaryhmät (kuntoutuskäynnit)

	N	Min	Max	Yhteensä	Keskiarvo	Keskihajonta
Tuki- ja liikuntaelinsairaudet	26	15	8000	35570	1368	1909
Reumasairaudet	10	0	1300	3374	337	448
Hermoston sairaudet	18	0	9000	14916	829	2090
Hengityselinsairaudet	6	0	246	554	92	113
Verenkiertoelinten sairaudet	8	30	3900	6514	814	1287
Mielenterveyshäiriöt	8	0	6857	19555	2444	2261
Muut sairausryhmät	11	2	2779	6419	584	851
Vammat (kuten aivo- ja selkäydinvammat, amputaatiot)	18	11	1632	8535	474	496
Silmän ja korvan sairaudet ja vammat	3	0	120	140	47	64
Muut tekijät - Monivammaisuus	14	50	1820	5903	422	505
Muut tekijät - Vanhenemiseen liittyvät ongelmat ja sairaudet	19	26	4500	13912	732	1059
Muut tekijät - Työhön ja työssä jaksamiseen liittyvät ongelmat	9	19	85	3693	410	290
Muut tekijät - Työllistymiseen liittyvät ongelmat	10	11	5240	10386	1039	1734
Muut tekijät - Elämäntilanteen hallintaan liittyvät ongelmat	6	17	1184	2066	344	422
Muut tekijät	5	0	3800	6177	1235	1639

3 HENKILÖSTÖ

3.1 Henkilöstön lukumäärä

	N	Min	Max	Yhteensä	Keskiarvo	Keskihajonta
Henkilökunnan lukumäärä	77	4	300	6515	84,6	62,7
Kuntoutushenkilökunnan lukumäärä	76	3	200	3504	46,1	41,6

3.2 Henkilöstön lukumäärä ammattiryhmittäin – oma henkilökunta

	N	Min	Max	Yhteensä	Keskiarvo	Keskihajonta
Lääkäri -erikoisala?	64	0	42	144	2,2	5,4
Lääkäri -erikoisala?	39	0	5	56,8	1,5	1,1
Lääkäri -erikoisala?	14	0	6	18,5	1,3	1,4
Lääkäri -erikoisala?	10	0,1	7	21	2,1	2,2
Psykologi	46	0	15	163,6	3,6	3,2
Neuropsykologi	16	0	7	22,6	1,4	1,6
Sosiaalityöntekijä	58	0	17	154,2	2,7	3
Fysioterapeutti	69	1	33	536	7,8	6,4
Työfysioterapeutti	42	0	14	150	3,6	2,7
Toimintaterapeutti	50	0	16	135	2,7	2,7
Puheterapeutti	13	0	6	27,4	2,1	1,6
Ravitsemusterapeutti	18	0	3	18,5	1	0,6
Jalkaterapeutti	14	0	2	15,8	1,1	0,5
Liikunnanohjaaja	30	0	6	56	1,9	1,3
Muut erityistyöntekijät	19	0	20	50,6	2,7	4,4
Kuntohoitaja	51	0	6	133	2,6	1,5
Jalkahoitaja	26	0	3	29,6	1	0,7
Hieroja	34	0	10	81,1	2,4	2,2
Ravitsemusneuvoja	11	0	2	11,2	1	0,6
Muu kuntoutushenkilöstö	33	0	25	196,5	6	6,5
Erikoissairaanhoitaja	42	0	17	121	2,9	3
Sairaanhoitaja	54	0	76	402,2	7,4	12,7
Perushoitaja/lähihoitaja	56	1	47	595	10,6	11
Muu sairaanhoitohenkilöstö	21	0	16	66,7	3,2	4,1
Liikunnanopettaja	3	0	2	3	1	1
Vapaa-ajanohjaaja	44	0	4,5	58,6	1,3	0,8
Askarteluohjaaja	27	0	3	29,5	1,1	0,7
Muu liikunta ja vapaa-ajan henkilöstö	7	0	9	16	2,3	3

3.3 Henkilöstön lukumäärä ammattiryhmittäin – ostopalveluna

	N	Min	Max	Yhteensä	Keskiarvo	Keskihajonta
Lääkäri -erikoisala?	18	0,1	5	22	1,2	1
Lääkäri -erikoisala?	21	0	3	20	1	0,8
Lääkäri -erikoisala?	16	0	3	14	0,9	0,8
Psykologi	22	0,1	4	25,1	1,1	1
Neuropsykologi	6	0,2	3	7,2	1,2	0,9
Sosiaalityöntekijä	8	0,1	3	7,7	1	0,9
Sosionomi	4	0	3	6	1,5	1,3
Fysioterapeutti	14	0,2	4	19,1	1,4	1,1
Työfysioterapeutti	6	0	1	5	0,8	0,4
Puheterapeutti	17	0	3	15	0,9	0,7
Jalkaterapeutti	11	0	2	10,2	0,9	0,5
Työelämän asiantuntija/ammattillisen kuntoutuksen ohjaaja	4	0	5	8	2	2,2
Kuntoutusohjaaja	4	1	2	5	1,3	0,5
Liikunnanohjaaja	6	0,2	2	5,1	0,9	0,7
Muut erityistyöntekijät	6	0,1	3	8,3	1,4	1,2
Kuntohoitaja	7	0,2	2	7,6	1,1	0,7
Ravitsemusneuvoja	5	0	1	2	0,5	0,5
Muu kuntoutushenkilöstö	2	7	7	14	7	0
Erikoissairaanhoitaja	2	2	2	4	2	0
Sairaanhoitaja	5	1	5	12	2,4	1,7
Perushoitaja/lähihoitaja	6	0	6	20	3,3	2,2
Muu sairaanhoitohenkilöstö	1	0	0	0	0	.
Liikunnanopettaja	1	0	0	0	0	.
Vapaa-ajanohjaaja	6	0,1	34	39,3	6,6	13,5
Askarteluohjaaja	5	0,1	2	6,1	1,2	0,8
Muu liikunta ja vapaa-ajan henkilöstö	7	0,2	7	23,2	3,3	2,7

4 TALOUS

4.1 Talouden tunnusluvut

	N	Min	Max	Yhteensä	Keskiarvo	Keskihajonta
Toimintatuotot €	75	192000	59800000	515085000	6868000	7949000
Toimintakulut €	74	-2125000	58900000	479767000	6483000	7574000
Vuosikate €	59	-785000	12037000	29773000	505000	1709000
Tilikauden tulos €	72	-1101000	1926000	679000	9400	468000
Sijoitetun pääoman tuotto %	27	-140	995	1000	38	196
Korkokulut €	57	-185000	467000	3734000	66000	110000
Lainan lyhennykset €	50	0	3000000	12319000	246000	511000
Kassan riittävyys keskimäärin päivinä	34	2	366	2600	75	99
Omavaraisuusaste %	46	-25	285	2000	49	47
Suhteellinen velkaantumisasaste %	44	0	152	1400	32	30
Lainakanta tilinpäätöhetkellä, milj €	53	0	7400000	75594000	1426000	1647000
Käyttöomaisuusinvestoinnit €	55	0	5316000	21579000	392000	909000
Investointien tulorahoitus %	31	-1200	2700	3500	113	549

4.2 Kuntoutuksen osuus laitosten toimintatuotoista ja -kuluista

	N	Min	Max	Yhteensä	Keskiarvo	Keskihajonta
Kuntoutuksen osuus toimintatuotoista €	44	176828	13346000	158545000	3603000	3041500
Kuntoutuksen osuus toimintakuluista €	40	3178	12486000	135120000	3378000	2974700

4.3 Tehdyt investoinnit - kustannukset

	N	Min	Max	Yhteensä	Keskiarvo	Keskihajonta
Majoitustilojen rakentaminen, vuodepaikkojen lisäämistä	13	6000	6517000	23945000	1842000	2441000
Muiden toiminnallisten tilojen laajennus/uudisrakentaminen	16	5000	7000000	15823000	989000	1773000
Tilojen uudelleen järjestelyä	31	1500	3000000	13052000	421000	728000
Laitoksen ympäristön rakentamista	7	5000	360000	630000	90000	126000
Laite/kalustehankintoja	41	5000	1500000	9490000	231000	290000
Muita investointeja	21	12000	2500000	7615000	363000	550000

4.4 Suunnitellut investoinnit - kustannusarvio

	N	Min	Max	Yhteensä	Keskiarvo	Keskihajonta
Majoitustilojen rakentaminen, vuodepaikkojen lisäämistä	30	10	3000000	10430000	348000	622000
Muiden toiminnallisten tilojen laajennus/uudisrakentaminen	20	50000	3000000	8937000	447000	651000
Tilojen uudelleen järjestelyä	9	1	17	38	4	5
Laitoksen ympäristön rakentamista	80	0	0	0	0	0
Laite/kalustehankintoja	80	0	0	0	0	0
Muita investointeja	81	0	0	0	0	0

YHTEENVETOA AVO-VASTAUKSISTA - kuntoutuslaitosten tulevaisuuden visioita
14. Arvioikaa, millä tavoin kysymyksessä 11 mainitut maksajatahot hankkivat teiltä kuntoutusta vuonna 2012? (+ ja - merkit tarkoittavat laitosten antamia vastauksia)

Maksajataho	Lisääntyy	vähenee
Kela	+++++	-----
Valtiokonttori		-----
Kunnat	+++++	-
shp	+++++	
Vakuutusyhtiöt, työeläkevakuutus (sis.)	+++++	-
Itse maksavat	+++++	
Järjestöt	+++++	
Yritykset	+++	
Työ- ja elinkeinohallinto	+++++	
Työnantajat	+++++	
RAY	+++	--

30. Arvioikaa, miten kuntoutuksen asiakaskuntanne muuttuu lähivuosina (vuoteen 2012 mennessä)? (+ ja - merkit tarkoittavat laitosten antamia vastauksia)

Asiakasryhmät	Lisääntyy	vähenee
Ikäryhmät		
Työikäiset	+++++	
Eläkeikäiset	+	
Ikäihmiset	+++++	-----
Lapset ja nuoret	++	
Ikärakenne nuorenee	+++++	
Ikärakenne vanhenee	++	
Ikärakenne laajenee	+	
Sairausryhmät		
Tuki- ja liikuntaelinkuntoutujat	+	-
reumasairaudet ja tulehdukselliset lihassairaudet		
Neurologiset kuntoutujat	+++++	
Tapaturmainen tai sairausperäinen selkäydin- tai aivovaurio		
Aivoverenkiertohäiriöt	++	
Verenkiertoelinten sairaudet	+	
Aivohalvaus	+	
Sydänkuntoutujat		
Mielenterveyskuntoutujat	+++++	
Vanhenemiseen liittyvät sairaudet	++	
Muistisairaat	+	
Syöpäpotilaat	+	
Ortopediset	+	
Näkövammat		
Vammat		
Vaikeasti vammat, aivovamma	++++	
Vajaakuntoiset		
Postoperatiivinen kuntoutus	++++	
Vammaryhmäkohtainen kuntoutus	++	
Lievemmät vammat ja sairaudet	++	

Ennaltaehkäisevä toiminta	+++	
Toimintakykyisempiä	+	
Huonompikuntoisia	+++++++	
<u>Muut</u>		
Sotaveteraanit ja sotainvalidit		-----
Lapsiperheet		
Työhön ja työssä jaksamiseen liittyvä kuntoutus	++++++	
Vammaisten ja vajaakuntoisten kanssa työskentelevät omaishoitajat	+	
Palveluja kotiin	+	
Laitoskuntoutus asiakkaat	++	-----
Avokuntoutus asiakkaat	+++++	
	+++++	

37. Arvioikaa, miten kuntoutuksen toteuttamiseen osallistuvan henkilöstön rakenne muuttuu laitoksessanne lähivuosina (vuoteen 2012 mennessä)? (Lukumäärä = laitosten määrä)

Ennallaan	Enemmän	Vähemmän	Toisia enemmän toisia vähemmän
24	20	5	9

41. Millaisia suunnitelmia laitoksessanne on toiminnan sisällön muuttamiseksi lähivuosina (vuoteen 2012 mennessä)? (+ merkit tarkoittavat laitosten antamia vastauksia)

Erikoistuminen	
mm. AVH	++++
Muistisairaudet	++
erikoistuminen reumaan vähenee	+
Ikääntyvät (neurologiset) gerontologia neurologiset	+++++
Keskittyminen ydintoimintaan.	+
Tules -kuntoutus	++
Kotona asuvien potilaiden kuntoutus niin että pärjäisivät pidempään kotona	+
erikoistuminen ortogeriatriaan	+
Työikäisten kuntoutus- ja hyvinvointipalvelut	+++++
Kuntoutuksen asiantuntijaverkoston luominen	+
uusien asiakasryhmien tarpeet näärittää	+
lääkinnällisessä akuutin ja subakuutin vaiheen painotuksen lisääminen	+
vaikeavammaisten kuntoutus tarjotaan alueen kunnille ja shp:lle	+
omaishoitajavalmennusta	+
Lasten ja nuorten osaamiskeskuksen kehittämistä	+
reumaortopediaan keskittyminen	+
Jatkuva kouluttautuminen	+
uusia diabeetikoryhmiä	+
mielenterv ongelmat	++
kivun ja elämänhall. lisää	+
ennaltaehkäisevä toimintaa lisää	+

Uusien palvelujen aloittaminen

virkestys- ja hyv.vointi	+
Jalkautuminen, kotiin ja työpaikoille	++++
Neurolog kunt?	+
hoitopainotteisuus lisääntyy	+
Avotoimintana tuotetut	+
leikkausten jälk. kuntoutus	+
Terveyspalveluliiketoiminnan vahvistaminen	+
Vakuutuskuntoutus ja eläkekuntoutuspalvelut	++
Ammatillisia kursseja tarjoamme	+++
Palvelutalo asuminen	++
moniammatilliset kuntoutuskurssit	+
työvoimahallinnon kurssit	+
uusia palveluja	+++
mobiilipalvelut alueille	+
yrityksille	++
tarjouskilpailutuksen kautta	++
työhyvinvointihankkeet työnantajien kanssa lisääntyvät	++
Vanhusväestön kuntotutus, mm. neuvolatoiminta	+++
Työikäisille	+++++
uusia asiakasryhmiä	+
kelan harkinnanvarainen kuntoutus	+
monivammaopotilaiden kuntoutus yhdessä shp:n kanssa	+
Uusien palveluluiden myyminen Rovaniemen kaupungille, mahdollisesti myös muille kunnille tai sairaanhoitopiirille.	+
kartoitetaan, mitä palveluja syöpäpotilaat toivovat yhdistykseltä saavansa	+
Työkykyä ylläpitävä toiminta	+
kuntoremontti	+
hengityselinsairaudet	+
neuropsykiatrian lisäämistä	+
Työllistymiseen liittyvät ongelmat ja työttömyyden huonovointisuuden hallinta.	+
palveluohjauksen käynnistäminen	+

avo- ym. kuntoutuksen osuus

avopalvelu (uutena tai aikaisemman kehittäminen)	+++++
	+++++
päivätoiminta	++++
kotikuntoutus	+++
kaupunkitoimipaikat	+
laitoskuntoutukseen liittyvä	+
yhteistyö eri palvelutoimittajien kanssa	+
itsemaksaville asiakkaille	++
monipuolistamista	++
kunnille	+

Kuntoutuksen ja muun toiminnan suhde	
Kuntoutustoiminta vähenee	++
Intervalli lisääntyy	+
Loma- ja hyvinvointipalvelut	++++
Muun toiminnan lisääminen	+++
Kuntoutuksen kehittäminen	+++++
Kysynnän kartoitus	++
Asumispalveluiden lisääminen	+
Yhteistyön tehostaminen	+
Koulutustarve kasvaa	+

Toiminnan sisältö	
Yhteistyön lisääminen	+++
Majoitustoiminnan lisääminen	+
Kehon, mielen, elämäntilanteen huomioiminen	+
Henkilöstön tarkistus tarpeita vastaavaksi	+
Itsemaksavien asiakkaiden lisääminen	+
Markkinointi	+
Tutkimus	+++
Lasten kuntoutuksen lisääminen	+
Tarpeen mukaan lisääminen	+
Kv. Loma- ja kokousasiakkaiden lisääminen	+
Toimipaikka lopetetaan	+
Tehostettu palveluasuminen	+
Päiväkävijöiden lisääminen	+
Saattohoitoyksikön perustaminen	+
Lääkinnällisen subakuuttikuntoutuksen lisääminen	+
Huonokuntoisten osuuden lisääminen	+

42. Onko laitoksessanne suunnitelmia organisaatorakenteen tai toimintamuodon muuttamiseksi (kuten yhtiöittäminen, fuusio tms.)? Millaisia suunnitelmia? (Lukumäärä = laitosten määrä)

Ei		20
Tehty/käynnissä	Yhtiöittäminen	7
	Muutokset (ei tarkennettu)	7
	Organisaation keventäminen tms.	4
	Uusio	1
Suunnitteilla/suunniteltu	Yhtiöittäminen	6
	Yhteistyö	2
	Fuusio	1
Organisaatiomuutosta selvitetään	Ratkaisut avoimia	13

58. Miten arvioitte laitoksenne laituskuntoutuksen kehitysnäkymiä tulevina vuosina (vuoteen 2014 asti)? Kehitysnäkymät SWOT-kentässä (suluissa laitosten määrä)

	Vahvuudet	Heikkoudet
Sisäiset tekijät	Sijainti (3) (erityis)osaaminen (14) Uudet palvelut/ kehittäminen/ keskittyminen (12) Laadukkaat ja hyvät palvelut (2) Vakiintuneisuus/ tunnettuus (5) Tilat (2) Koulutushalukkuus (1)	Sijainti (2) Käyttö vähenee (2) Pienet resurssit (1) Pieni yksikkö (1) Hoitohenkilöstön saanti (1) Kiinteistön ylläpito/hoitokustannukset (1)
	Mahdollisuudet	Uhat
Ulkoiset tekijät	Kysyntä kasvaa (2) Kysyntä pysyy ennallaan (3) Tarve kasvaa/pysyy ennallaan (7) Uudet asiakasryhmät (4) Yhteistyö (8) Kunnat maksajina tulevaisuudessa (7) Nykyisten rahoittajien säilyminen (5) Tietoverkkoyhteydet/ teknologia (2)	Kysyntä laskee (3) Rahoituksen supistuminen, loppuminen (12) Kuntien rooli epävarma (5) Kilpailu (5) Epävarmuus tulevaisuudesta (2) Kuntien omien palvelujen kehittäminen – resurssien päällekkäisyys (1) Diagnoosikeskeisyys (1) Uusien asiakasryhmien hankinta vaikeaa (1)

59. Mitä edellä kuvaamanne kehitysnäkymät tarkoittavat oman laitoksenne henkilöstön käytön, osaamisen, investointitarpeiden ym. resurssien kannalta? (+ merkit tarkoittavat laitosten antamia vastauksia)

Koulutus	+++++
Osaamiseen (erityis- ja moniosaamiseen) panostaminen	+++++
	+++
Henkilöstön määrän vähentäminen (mikäli toiminta hiipuu...)	+++++
Henkilöstön määrä ennallaan	++++
Henkilöstön määrän lisääminen	++
Henkilöstön rakenteen muutos	+++++
Ostopalvelut	+++++
Yhteistyö, verkostoituminen	+++++
Toimitilat	+++++
Majoitustilat	++
Tietojärjestelmät	+++
Laitteet	+++

KUULEMISTILAISUUKSIEN (18.9.2009, 15. – 16.10.2009 ja 3.11.2009) JA
ASIA TUNTIJAPANEELIN (18.11.2009) TEEMAT JA OSALLISTUJAT

TEEMAT

Järjestäjä- ja rahoittajatahot 18.9.2009

1. Millaisia laitoskuntoutuspalveluja tarvitaan nyt ja lähitulevaisuudessa?
2. Mikä on edustamanne alan ja / tai rahoittamanne laitoskuntoutuksen nykyinen käyttö ja ennuste vuonna 2012 (asiakasmäärinä ja kuntoutuslaitosvuorokausina, jos mahdollista)?
3. Onko nykyinen laitoskuntoutuksen järjestämis- ja rahoitustapa tarkoituksenmukainen? Millaisia muutoksia siihen tarvitaan?
4. Mitä pitäisi tehdä laitoskuntoutuspalvelujen kysynnän ja tarjonnan tasapainottamiseksi?
5. Mihin sotainvalidien sairaskotien kapasiteettia ja osaamista pitäisi tulevaisuudessa suunnata ja miten näiden palvelujen rahoitus tulisi järjestää?
6. Miten turvataan laitoskuntoutuksen laatu ja erityisosaaminen?
7. Miten turvataan rahoitus kuntoutuslaitosten tarvitsemiin korjaus- ja muihin investointeihin?
8. Onko toteuttamanne laitoskuntoutuspalvelujen hankinta- ja kilpailuttamisprosessi toimiva ja miten sitä pitäisi uudistaa?
9. Miten laitoskuntoutus saadaan nivellettyä nykyistä paremmin osaksi terveydenhuollon ja sosiaalihuollon koko palveluketjua?
10. Muuta

Palvelujen tuottajat ja kuntasektori 15. – 16.10.2009 ja 3.11.2009

1. Onko nykyinen laitoskuntoutuksen järjestämis- ja rahoitustapa tarkoituksenmukainen? Millaisia muutoksia siihen mahdollisesti tarvitaan?
2. Mitä pitäisi tehdä kuntoutuslaitosten palvelujen kysynnän ja tarjonnan tasapainottamiseksi?
3. Ovatko kuntoutuslaitosten nykyiset palvelutuotteet ja asiakasryhmät sellaisia, joiden varaan toiminta voi rakentua myös tulevaisuudessa?
4. Onko kuntoutuslaitospalvelujen hankinta- ja kilpailuttamisprosessi toimiva? Pitäisikö sitä uudistaa ja millä tavalla?
5. Onko kuntoutuslaitosten tuottavuus nykyisellään riittävän hyvä ja kilpailukykyinen? Jos ei, niin mihin seikkoihin tulisi silloin kiinnittää huomiota?
6. Miten turvataan rahoitus kuntoutuslaitosten tarvitsemiin korjaus- ja muihin investointeihin?
7. Mitkä ovat kuntoutuslaitostoiminnan tai erityisesti omien laitostenne vahvuudet ja erityisosaaminen?
8. Mihin sotainvalidien sairaskotien kapasiteettia ja osaamista pitäisi tulevaisuudessa suunnata ja miten näiden palvelujen rahoitus tulisi järjestää?
9. Miten laitoskuntoutus saadaan nivellettyä nykyistä paremmin osaksi terveydenhuollon ja sosiaalihuollon koko palveluketjua?
10. Muita kehittämisehdotuksia ja –ideoita sekä toivomuksia selvitysmiehelle

Asiantuntijapaneeli 18.11.2009

1. Laitoskuntoutuspalvelujen tuotannon määrän ohjaaminen
 - Mitä tehdä ylikapasiteetille vai eikö mitään?
 - Miten? Markkinaohjaus, ohjattu kilpailutus vai strateginen ohjaus?
 - Hankinta- ja kilpailuprosessien kehittäminen: tarve kehittää kilpailulainsäädäntöä, kilpailuttamiseen liittyvä osaaminen erityisesti palvelutuottajien taholla, valtakunnallisten ohjeistusten / standardien tarve?

2. Laitoskuntoutuksen laadun varmistaminen
 - Kuntoutuksen laatua ohjataan tätä nykyä kilpailutukseen sisältyvillä standardeilla (mm, henkilöstön mitoituksen standardit). Onko järkevää ja mahdollista ohjata laatua kuntoutuksen tuloksilla, kuten vaikuttavuudella?
 - Kuntoutuksen vaikuttavuus: tarve vaikuttavuuden selvittämiseen / mittaamiseen esitetty usein, mutta millainen on vaikuttavuustiedon funktio päätöksenteossa, kenen / keiden vastuulle?
 - Osaamisen turvaaminen: kilpailuttamisen ei pidä johtaa tarpeenmukaisen kuntoutusosaamisen hakeutumiseen sektorin ulkopuolelle. Seuraus olisi kuntoutuksen laadun heikentyminen
 - Viranomaisvalvonta: mikä on sen merkitys kuntoutuksen laadun varmistajana?

3. Integraatio
 - Niveltäminen muihin hyvinvointipalveluihin: sosiaali- ja terveystieteiden palvelut, työvoimapalvelut, koulutuspalvelut jne.
 - Kuntoutuspalvelujen valikoima: mikä on sen soveltuvuus integraation kannalta?
 - Kuntoutusprosessin omistajuus: mitkä ovat asiakkaiden vs. palveluntuottajien vs. rahoittajien roolit palveluketjun ohjaamisessa?

OSALLISTUJAT*Järjestäjä- ja rahoittajatahot 18.9.2009 (12)*

Kuntoutuspäällikkö Tiina Huusko	Kansaneläkelaitos
Hankintapäällikkö Kari Tolonen	Kansaneläkelaitos
Linjajohtaja Marja-Liisa Taipale	Valtiokonttori
Avustusosaston päällikkö Mika Pyykkö	Raha-automaattiyhdistys
Kehittämispäällikkö Pekka Mykrä	Raha-automaattiyhdistys
Johtaja Jussi Merikallio	Suomen Kuntaliitto
Ylitarkastaja Patrik Kuusinen	Työ- ja elinkeinoministeriö
Ylilääkäri Jukka Kivekäs	Työeläkevakuuttajat TELA ry
Johtaja Eero Lankia	Työeläkevakuuttajat TELA ry
Kuntoutussuunnittelija Helena Oksanen	Vakuutuskuntoutus VKK ry
Pääsihteeri Eeva Kuuskoski	Sosiaali- ja terveysjärjestöjen Yhteistyöyhdistys YTY ry
Suunnittelija Anssi Kemppi	Sosiaali- ja terveysjärjestöjen Yhteistyöyhdistys YTY ry

*Palvelujen tuottajat ja kuntasektori 15. – 16.10.2009 (32 + 1 kirjallinen vastaus) ja 3.11.2009 (1)*15.10.2009 (18)

Toimitusjohtaja Raimo Linberg	Invalidiliitto
Kuntoutuspäällikkö Jorma Varkila	Invalidiliitto
Johtaja Aarne Ylinen	Käpylän kuntoutuskeskus (Synapsia)
Kuntoutusjohtaja Veikko Korpela	Hengitysliitto HELI
Johtaja Matti Anttonen	Verve
Johtaja Juhani Palonen	Anttolanhovi
Verkställande direktör Gun Eklund	Folkhälsan Syd Ab
Områdeschef Kristiina Morin	Folkhälsan Syd Ab
Biträdande överläkare Andrei Ianchine	Norvalla Folkhälsan
Säätiönjohtaja Eija Sorvari	Siuntion Hyvinvointikeskus, Asumispalvelukeskus Wilhemiina / Miina Sillanpään säätiö
Toimitusjohtaja Eija Tolvanen	Siuntion Hyvinvointikeskus, Asumispalvelukeskus Wilhemiina / Miinan hoitolat Oy
Taluspäällikkö Kalevi Korpi	Kuntoutus Peurunka
Kuntoutuksen palvelupäällikkö Jukka Ruuska	Kuntoutus Peurunka
Ylilääkäri Pekka Jäkälä	Aivotutkimus- ja kuntoutuskeskus Neuron
Taluspäällikkö Auvo Vilpponen	Aivotutkimus- ja kuntoutuskeskus Neuron
Toimitusjohtaja, ylilääkäri Ismo Takala	Kuntoutuskeskus Petrea
Suunnittelija Timo Kauppinen	Kuntoutuskeskus Petrea
Kuntoutusjohtaja Marja-Terttu Huuhtanen	Kuntoutumis- ja hyvinvointikeskus Kunnonpaikka

16.10.2009 (14 + 1 kirjallinen vastaus)

Ylilääkäri Matti Pietikäinen
 Sosiaali- ja terveystoimen johtaja Jari Parkkonen
 Kunnanjohtaja Markku Lappalainen
 Sosiaali- ja terveystoimen johtaja Pirjo Vainio
 Kuntoutusylilääkäri Marja Mikkelsson
 Kuntoutusylilääkäri Heikki Suoyrjö
 Toimitusjohtaja Ritva Niemi

Tuotepäällikkö Mia Siutla
 Terveyspalvelupäällikkö Auli Saari
 Ylilääkäri Pirjo Ilanne-Parikka
 Vastaava diabeteshoitaja Kati Hannukainen
 Talouspäällikkö Jarmo Riihelä
 Sosiaalineuvos Ahti Karttunen

Johtaja Tuomo Hokkinen

Johtaja Hanna Lähelmä

Kuopion kaupunki
 Oulun kaupunki
 Ilomantsin kunta
 Tuusulan kunta (*vain kirjallinen vastaus*)
 Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveysyhtymä
 Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri
 Ruissalon Kylpylä ja Naanantalin Kylpylä /
 Sunborn Saga Oy
 Ruissalon Kylpylä
 Naantalin Kylpylä
 Diabeteskeskus
 Diabeteskeskus
 Diabeteskeskus
 Hoito- ja kuntoutuslaitosten liitto HOKULI /
 Joensuun Kuntohoivi / Pohjois-Karjalan sairaskoti
 Hoito- ja kuntoutuslaitosten liitto HOKULI /
 Saarenvire (Tornion sairas- ja kuntoutuskoti)
 Hoito- ja kuntoutuslaitosten liitto HOKULI /
 Rovaniemen veljes- ja sairaskoti

3.11.2009

Ylilääkäri Pertti Heikkilä

Helsingin kaupungin terveystoimisto

Asiantuntijapaneeli 18.11.2009 (10)

Kansanedustaja Anneli Kiljunen
 Kansanedustaja Sanna Lauslahti
 Osastopäällikkö Elise Kivimäki
 Johtaja Martti Virtanen
 Johtaja Jussi Merikallio
 Ylilääkäri Maarit Sandelin
 Kansliapäällikkö Kari Välimäki
 Sata-komitean puheenjohtaja Markku Lehto
 Ohjelmapäällikkö Juha Teperi
 Sosiaalineuvos Aune Turpeinen

Kansanedustaja ja Kansaneläkelaitoksen valtuutettu
 Kansanedustaja ja Kansaneläkelaitoksen valtuutettu
 Kansaneläkelaitos
 Kilpailuvirasto
 Suomen Kuntaliitto
 Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto Valvira
 Sosiaali- ja terveysministeriö
 Sosiaalialan uudistamiskomitea (Sata)
 Sosiaali- ja terveysministeriö
 Sosiaali- ja terveysministeriö

- 2009:
- 1 Sikiön poikkeavuuksien seulonta. Seulonta-asetuksen täytäntöönpanoa tukevan asiantuntijaryhmän muistio. (Moniste)
ISBN 978-952-00-2754-4 (nid.)
ISBN 978-952-00-2755-1 (PDF)
 - 2 Selvitys EVO-pisteitä tuottaneista terveystieteellisistä julkaisuista vuosilta 2003-2005. (Vain verkossa)
ISBN 978-952-00-2756-8 (PDF)
 - 3 Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma. Mieli 2009 -työryhmän ehdotukset mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseksi.
ISBN 978-952-00-2767-4 (nid.)
ISBN 978-952-00-2768-1 (PDF)
 - 4 Raskaan olevien päihdeongelmaisten naisten hoidon varmistaminen -työryhmän raportti. (Vain verkossa)
ISBN 978-952-00-2769-8 (PDF)
 - 5 Yhtenäiset kiireettömän hoidon perusteet 2009.
ISBN 978-952-00-2770-4 (nid.)
ISBN 978-952-00-2771-1 (PDF)
 - 6 Enhetliga grunder för icke-brådskande vård 2009. (Vain verkossa)
ISBN 978-952-00-2773-5 (PDF)
 - 7 Skenaarioita sosiaalimenoista. Terveystieteellisten vaikutukset ja analyysimallin esittely.
ISBN 978-952-00-2774-2 (nid.)
ISBN 978-952-00-2775-9 (PDF)
 - 8 Sosiaali- ja terveysministeriön toimintasuunnitelma vuodelle 2009. (Vain verkossa)
ISBN 978-952-00-2776-6 (PDF)
 - 9 Salme Kallinen-Kräkin . Kaste-ohjelman valtakunnallinen toimeenpanosuunnitelma vuosille 2008-2011. (Moniste)
ISBN 978-952-00-2777-3 (nid.)
ISBN 978-952-00-2778-0 (PDF)
 - 10 Sosiaaliturvan uudistamiskomitean (SATA) ehdotus sosiaaliturvan kokonaisuudistuksen keskeisistä linjauksista. (Moniste)
ISBN 978-952-00-2779-7 (nid.)
ISBN 978-952-00-2780-3 (PDF)
 - 11 Katja Uosukainen, Hanna-Leena Autio, Minna Leinonen. Tasa-arvosuunnitelmat ja palkkakartoitukset Suomessa 2008. (Moniste)
ISBN 978-952-00-2781-0 (nid.)
ISBN 978-952-00-2782-7 (PDF)
 - 12 Mikko Wennberg, Olli Oosi, Kaisa Alavuotunki, Sirpa Juutinen, Henrik Pekkala. Sosiaalialan kehittämishankkeen arviointi. Loppuraportti: Tulosten ja vaikutusten arviointi.
ISBN 978-952-00-2793-3 (nid.)
ISBN 978-952-00-2794-0 (PDF)
 - 13 Selvitys ensihoidon ja sairaankuljetuksen kehittämisestä. Sairaan kuljetuksen ja ensihoidon kehittämisen ohjausryhmän loppuraportti. (Vain verkossa)
ISBN 978-952-00-2795-7 (PDF)

- 14 Tuottava, tuloksellinen ja laadukas työsuojeluvalvonta 2015. Työsuojeluhallinnon resurssityöryhmän raportti. (Moniste)
ISBN 978-952-00-2796-4 (nid.)
ISBN 978-952-00-2797-1 (PDF)
- 15 Tupakkapoliittisia lakimuutoksia ja toimia valmisteleavan työryhmän loppu- ja väliraportit. Ehdotukset tupakkalain ja tupakkaverolain muutoksiksi.
ISBN 978-952-00-2806-0 (nid.)
ISBN 978-952-00-2807-7 (PDF)
- 16 Sanna Parrila. Perhepäivähoitohenkilöstön osaamisen kehittäminen. PERHOKE-hankkeen loppuraportti. (Moniste)
ISBN 978-952-00-2808-4 (nid.)
ISBN 978-952-00-2809-1 (PDF)
- 17 Vaihtoehtohoitojen sääntelytarve. Vaihtoehtohoitoja koskevan lainsäädännön tarpeita selvittäneen työryhmän raportti. (Vain verkossa)
ISBN 978-952-00-2810-7 (PDF)
- 18 Kosteusvauriot työpaikoilla. Kosteusvauriotyöryhmän muistio. (Moniste)
ISBN 978-952-00-2811-4 (nid.)
ISBN 978-952-00-2812-1 (PDF)
- 19 Hannu Jokiluoma, Hannele Jurvelius. Työsuojelupiirien tuottavuusryhmän loppuraportti. (Moniste)
ISBN 978-952-00-2813-8 (nid.)
ISBN 978-952-00-2814-5 (PDF)
- 20 Plan för mentalvårds- och missbruksarbete. Förslag av arbetsgruppen Mieli 2009 för att utveckla mentalvårds- och missbruksarbete fram till år 2015. (Endast på webben)
ISBN 978-952-00-2819-0 (PDF)
- 21 Huumausainepolitiikan kertomus v. 2008 valtioneuvostolle. (Vain verkossa)
ISBN 978-952-00-2820-6 (PDF)
- 22 Toivo Niskanen, Hannu Kallio, Paula Naumanen, Jouni Lehtelä, Mika Lauhamo, Jorma Lappalainen, Jarmo Sillanpää, Erkki Nykyri, Antti Zitting, Matti Hakkola. Riskinarviointia koskevien työturvallisuus- ja työterveyssäännösten vaikuttavuus.
ISBN 978-952-00-2821-3 (nid.)
ISBN 978-952-00-2822-0 (PDF)
- 23 Salme Kallinen-Kräkin. Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma Kaste 2008-2011. Hankeavustusopas. (Vain verkossa)
ISBN 978-952-00-2823-7 (PDF)
- 24 Neuvonta- ja palveluverkosto ikääntyneiden hyvinvoinnin ja terveyden edistäjänä. (Vain verkossa)
ISBN 978-952-00-2833-6 (PDF)
- 25 Simone Ghislandi, Joni Hokkanen, Aki Kangasharju, Ismo Linnosmaa, Matteo Galizzi, Marisa Miraldo, Hannu Valtonen. Reference pricing in Finnish pharmaceutical markets. Pre-policy evaluation. (Vain verkossa)
ISBN 978-952-00-2835-0 (PDF)
- 26 Nationella utvecklingsprogrammet för social- och hälsovården (KASTE) 2008-2011. Handbok om projektunderstöd. (Vain verkossa)
ISBN 978-952-00-2836-7 (PDF)

- 27 Göran Bondjers, Paulien Bongers, Marilyn Fingerhut, Timo Kauppinen, Stavroula Leka, Paul Schulte, Vappu Taipale, Hannu Uusitalo. Meeting future needs of Finnish working life through a healthy workforce. 2009 international evaluation of the Finnish Institute of Occupational Health.
ISBN 978-952-00-2837-4 (pb)
ISBN 978-952-00-2838-1 (PDF)
- 28 Varhaiskasvatuksen uudistamisen linjauksia. (Moniste)
ISBN 978-952-00-2847-3 (nid.)
ISBN 978-952-00-2848-0 (PDF)
- 29 Esitys varhaiskasvatusalan koulutuksen valtakunnalliseksi arvioimiseksi. Varhaiskasvatuksen koulutusten arvioinnin valmisteluryhmän raportti. (Vain verkossa)
ISBN 978-952-00-2851-0 (PDF)
- 30 Lasten seksuaalisen hyväksikäytön selvittäminen. Työryhmän muistio. (Vain verkossa)
ISBN 978-952-00-2852-7 (PDF)
- 31 Oikeuslääkinnän organisointia Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksessa selvittävän työryhmän väliraportti. (Vain verkossa)
ISBN 978-952-00-2853-4 (PDF)
- 32 Arvo Myllymäki. Eläketurvakeskusta koskevan sääntelyn uudistamistarpeiden selvittäminen. (Moniste)
ISBN 978-952-00-2859-6 (nid.)
ISBN 978-952-00-2860-2 (PDF)
- 33 Evankelis-luterilaisen kirkon eläkejärjestelmän uudistamistyöryhmän mietintö. (Vain verkossa)
ISBN 978-952-00-2861-9 (PDF)
- 34 Oppilas- ja opiskelijahuoltotyöryhmän toimenpide-ehdotukset. (Vain verkossa)
ISBN 978-952-00-2868-8 (PDF)
- 35 Poronhoitajien sijaisapukokeilu. Poronhoitajien sijaisapukokeilua valmistelleen työryhmän muistio. (Vain verkossa)
ISBN 978-952-00-2869-5 (PDF)
- 36 Rådgivnings- och servicenätverk för att främja äldre personers välfärd och hälsa. En förkortad version av rapporten. (Endast på webben)
ISBN 978-952-00-2875-6 (PDF)
- 37 Tavoitteena tasa-arvo. Keskustelua rajat ylittävästä prostituutiosta. (Moniste)
ISBN 978-952-00-2882-4 (nid.)
ISBN 978-952-00-2883-1 (PDF)
- 38 Potilasturvallisuuden edistämisen ohjausryhmä ja työvaliokunnat edistävät potilasturvallisuutta. Ohjausryhmän raportti. (Vain verkossa)
ISBN 978-952-00-2884-8 (PDF)
- 39 Yrittäjien sosiaaliturvan kehittäminen. Yrittäjät 2009 -työryhmän muistio. (Vain verkossa)
ISBN 978-952-00-2885-5 (PDF)
- 40 Sosiaali- ja terveydenhuollon hallinnonalan laboratoriotointa selvittävän työryhmän raportti. (Vain verkossa)
ISBN 978-952-00-2886-2 (PDF)
- 41 Traumaattisten tilanteiden psykososiaalinen tuki ja palvelut. Työryhmän muistio. (Vain verkossa)
ISBN 978-952-00-2889-3 (PDF)

- 42 Suomen kansainvälisten lapseksiottamisasioiden lautakunta. Toimintakertomus 2008. Nämnden för internationella adoptionsärenden i Finland. Verksamhetsberättelse 2008. The National Board of Inter-Country Adoption Affairs. Annual Report 2008. (Moniste)
ISBN 978-952-00-2890-9 (nid.)
ISBN 978-952-00-2891-6 (PDF) (fin)
ISBN 978-952-00-2892-3 (PDF) (swe)
ISBN 978-952-00-2893-0 (PDF) (eng)
- 43 Sukupuolisilmäläsit käyttöön! Loppuraportti.
ISBN 978-952-00-2870-1 (nid.)
ISBN 978-952-00-2871-8 (PDF)
- 44 Joukkoruokailun kehittäminen Suomessa. Joukkoruokailun seuranta- ja kehittämistyöryhmän toimenpidesuositus. (Vain verkossa)
ISBN 978-952-00-2894-7 (PDF)
- 45 Kaisa Jaakkola, Pekka Huuhtanen, Irja Kandolin. Psykososiaalisten työolojen kehitys vuosina 1997-2008.
ISBN 978-952-00-2895-4 (nid.)
ISBN 978-952-00-2896-1 (PDF)
- 46 Toimiva terveyskeskus. Toimeenpanosuunnitelma. (Vain verkossa)
ISBN 978-952-00-2899-2 (PDF)
- 47 Nuorten terveystapatutkimus 2009. Nuorten tupakkatuotteiden ja päihteiden käyttö 1977-2009. (Vain verkossa)
ISBN 978-952-00-2902-9 (PDF)
- 48 Suomen romanipoliittinen ohjelma. Työryhmän esitys. (Moniste)
ISBN 978-952-00-2911-1 (nid.)
ISBN 978-952-00-2912-8 (PDF)
- 49 Opiskeluterveydenhuollon kustannukset ja järjestämistapaehdotukset. Työryhmämuistio. (Vain verkossa)
ISBN 978-952-00-2917-3 (PDF)
- 50 Taina Riski. Naisiin kohdistuva väkivalta ja tasa-arvopoliittikka. Tasa-arvoselonteon taustaselvitys.
ISBN 978-952-00-2930-2 (nid.)
ISBN 978-952-00-2931-9 (PDF)
- 51 Kristiina Brunila. Sukupuolten tasa-arvo korkeakoulutuksessa ja tutkimuksessa.
ISBN 978-952-00-2932-6 (nid.)
ISBN 978-952-00-2933-3 (PDF)
- 52 Heli Kuusi, Ritva Jakku-Sihvonen, Marika Koramo. Koulutus ja sukupuolten tasa-arvo.
ISBN 978-952-00-2934-0 (nid.)
ISBN 978-952-00-2935-7 (PDF)
- 53 Raija Julkunen. Työelämän tasa-arvopoliittikka.
ISBN 978-952-00-2924-1 (nid.)
ISBN 978-952-00-2925-8 (PDF)
- 54 Anne-Maria Holli, Marjo Rantala. Tasa-arvoviranomaisten institutionaalinen asema.
ISBN 978-952-00-2926-5 (nid.)
ISBN 978-952-00-2927-2 (PDF)
- 55 Johanna Lammi-Taskula, Minna Salmi, Sanna Parrukoski. Työ, perhe ja tasa-arvo.
ISBN 978-952-00-2928-9 (nid.)
ISBN 978-952-00-2929-6 (PDF)

56 Sosiaali- ja terveysministeriön toiminta- ja taloussuunnitelma vuosille 2011-2014. (Vain verkossa)
ISBN 978-952-00-2940-1 (PDF)

57

58 Lasten ja nuorten tupakoimattomuuden edistäminen – yhteinen vastuumme
ISBN 978-952-00-2905-0 (nid.)
ISBN 978-952-00-2906-7 (PDF)

59 Terveydenhuollon laitosturvallisuuden kehittäminen. Työryhmämuistio. (Vain verkossa)
ISBN 978-952-00-2948-7 (PDF)

60 Vakiintumisen vuodet. Sosiaalialan osaamiskeskustoiminnan neuvottelukunnan toimintakausi 2006-2009. (Vain verkossa)
ISBN 978-952-00-2949-4 (PDF)

61 Rauno Ihalainen, Pekka Rissanen. Kuntoutuslaitos selvitys 2009. Kuntoutuslaitosten tila ja selvitysmiesten ehdotukset kuntoutuslaitostoiminnan kehittämiseksi. (Moniste)
ISBN 978-952-00-2950-0 (nid.)
ISBN 978-952-00-2951-7 (PDF)