



## **Lääkinnällinen kuntoutus**

Valtiontalouden tarkastusviraston  
tuloksellisuustarkastuskertomus 193/2009



## **Lääkinnällinen kuntoutus**

ISSN-L 1798-2219  
ISSN 1798-2219 (nid.)  
ISSN 1798-2227 (PDF)  
ISBN 978-952-499-104-9 (nid.)  
ISBN 978-952-499-105-6 (PDF)

Edita Prima Oy  
Helsinki 2009

# Valtiontalouden tarkastusviraston tuloksellisuustarkastuskertomus

Dnro 74/54/08

Valtiontalouden tarkastusvirasto on suorittanut tarkastussuunnitelmaansa sisältyneen lääkinnällistä kuntoutusta koskeneen tarkastuksen. Tarkastus on tehty tarkastusviraston voimassa olevien tarkastusohjeiden mukaisesti.

Tarkastuksen perusteella tarkastusvirasto on antanut tarkastuskertomuksen, joka lähetetään sosiaali- ja terveysministeriölle sekä tiedoksi eduskunnan tarkastusvaliokunnalle, valtiovarainministeriölle ja valtiovarain controller -toiminnolle.

Tarkastuksen jälkiseurannassa tarkastusvirasto tulee selvittämään, mihin toimenpiteisiin tarkastuskertomuksessa esitettyjen huomautusten johdosta on ryhdytty. Jälkiseuranta tehdään vuonna 2012.

Helsingissä 23. päivänä kesäkuuta 2009

Ylijohtaja Vesa Jatkola

Johtava tuloksellisuustarkastaja Juho Nurminen

Asiasanat:

lääkinnällinen kuntoutus, sosiaali- ja terveysministeriö, Kansaneläkelaitos, moniammatillisuus, mielenterveyskuntoutus, hoitoketju

# Sisällys

<b>Tiivistelmä</b>	<b>7</b>
<b>Resumé</b>	<b>9</b>
<b>1 Johdanto</b>	<b>11</b>
<b>2 Tarkastusasetelma</b>	<b>14</b>
2.1 Tarkastuskohteen kuvaus	14
2.2 Sääösperusta	16
2.3 Tarkastuskysymykset ja tarkastuskohteen rajaus	20
2.4 Tarkastuskriteerit	21
2.5 Tarkastusaineistot ja -menetelmät	24
<b>3 Tarkastushavainnot</b>	<b>26</b>
3.1 Palvelujärjestelmä	26
3.1.1 Järjestämissuunnitelmat	28
3.1.2 Hoitoketjun toimivuus	30
3.1.3 Apuvälinepalvelut	34
3.1.4 Yhteistoiminta	37
3.2 Kuntoutuksen ohjaus	40
3.2.1 Säädösohjaus	40
3.2.2 Sosiaali- ja terveysministeriön rooli ja asiakasyhteistyö	45
3.2.3 Kuntoutussuunnitelmat	52
3.3 Kuntoutuksen resurssit	54
3.3.1 Resurssien riittävyys	55
3.3.2 Monikanavainen rahoitus	57
3.4 Mielenterveyskuntoutus	58
3.5 Muita havaintoja	62
3.5.1 Kuntaliitosten vaikutus kuntoutuspalveluihin	62
3.5.2 Kuntoutuksen asema opetuksessa ja tutkimuksessa	63
3.5.3 Moniammatillisuuden merkitys kuntoutuksessa	65
3.5.4 Vaikuttavuustutkimustiedon hyödyntäminen	66
3.6 Kokoavia tarkastushavaintoja	68
<b>4 Tarkastusviraston kannanotot</b>	<b>71</b>
Lähteet	74



### Lääkinnällinen kuntoutus

Suomen demografisen kehityksen seurauksena työvoiman tarjonta tulee lähivuosikymmeninä supistumaan samalla kun eläkeläisten määrä kasvaa. Tämä aiheuttaa painetta muiden asioiden ohella sosiaali- ja terveydenhuollon rahoituspohjaan. Työllisyysastetta onkin eri tavoin pyritty nostamaan ja pitämään ihmisiä entistä pidempään työelämässä. Kuntoutus on noussut yhdeksi keinoksi, jolla voidaan pyrkiä niin pidentämään ihmisten työuria kuin myös edesauttaa ikäihmisten omatoimista selviytymistä arkipäivän askareista. Sosiaali- ja terveysministeriö vastaa kuntoutuksen ohjauksesta ja koordinoinnista. Sen strategiassa on mainittu koulutuksen ohella kuntoutus ja työkyvyn ylläpito ensisijaisina työttömyysturvaan ja varhaiseläkkeeseen nähden.

Kuntoutukseen käytetyn rahan määrää on hankala arvioida. Tähän vaikuttavat puutteelliset tilastointikäytännöt sekä se, että usein sairaanhoidon ja kuntoutuksen välistä rajaa on vaikea määrittää. Vuoden 2002 kuntoutuslonteossa arvioitiin vuoden 2000 kuntoutuskustannuksiksi 1,2 miljardia euroa, josta valtion osuudeksi arvioitiin 40 prosenttia. Tätä tuoreempia kattavia arvioita kuntoutuksen kokonaiskustannuksista ei ole saatavissa. Kansaneläkelaitoksen rahoituksesta on kuitenkin olemassa tarkat tiedot. Vuonna 2007 Kansaneläkelaitos käytti vaikeavammaisten lääkinälliseen kuntoutukseen ja harkinnanvaraiseen kuntoutukseen yli 200 miljoonaa euroa.

Kuntoutus voidaan jaotella erilaisiin kuntoutuslajeihin. Tässä tarkastuksessa on keskitytty lääkinälliseen kuntoutukseen sekä siihen mielenterveyskuntoutuksen osaan, joka sisältyy lääkinälliseen kuntoutukseen. Lääkinällinen kuntoutus kuuluu kuntien järjestämisvastuulle. Sitä rahoitetaan paitsi kuntien verotuloilla, myös kuntien saamalla sosiaali- ja terveydenhuollon valtionosuuksilla. Lääkinällistä kuntoutusta toteutetaan sekä perusterveydenhuollossa että erikoissairaanhoidossa. Näin lääkinällisen kuntoutuksen palvelujärjestelmä on kaksiportainen ja rahoitus monikanavaista.

Tarkastuksen pääkysymyksenä oli selvittää, turvaako lääkinällisen kuntoutuksen ohjaus ja organisointi kuntoutuspalvelujen saatavuuden. Tarkentavat kysymykset liittyivät kuntoutuksen palvelujärjestelmään, monikanavaiseen rahoitukseen ja ohjaukseen. Näitä kokonaisuuksia tarkastettiin mm. arvioimalla hoitoketjun toimintaa ja kuntoutuksen valtakunnallista ohjausta sekä asiakasyhteistyötä. Kansaneläkelaitoksen toimintaa lää-



kinnällisen kuntoutuksen alalla on kuvattu niiltä osin kuin on aiheen käsittelyn kannalta ollut välttämätöntä.

Tarkastuksessa havaittiin, että erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon yhteistyö ei aina toimi kuntoutuksessa niin hyvin kuin olisi tarpeen. Tämä on saattanut ilmetä muun muassa hoitoketjun katkeamisina ja yhteistyön kehittämiseen tulisikin kiinnittää huomiota. Yhteistyön parantaminen kunnallisen terveydenhuollon sekä Kansaneläkelaitoksen välillä olisi myös tärkeää.

Kuntoutuksessa tärkeiden kuntoutussuunnitelmien tasossa on tarkastushavaintojen perusteella parantamisen varaa. Kuntoutussuunnitelman asema kuntoutusprosessissa on keskeinen ja siksi sen kunnollista valmistelua sekä myös noudattamista tulisikin valvoa huolellisesti.

Tarkastuksessa kiinnitettiin huomiota hoitohenkilökunnan osaamiseen. Hoitohenkilökunnan koulutuksessa, erityisesti lääkäreiden perus- ja jatkokoulutuksessa, tulisi nykyistä enemmän panostaa kuntoutusasioihin.

Tarkastuksessa havaittiin edelleen, että lääkinnälliseen kuntoutukseen sisältyvää mielenterveyskuntoutusta vaivaavat pitkälti samat ongelmat kuin muutakin lääkinnällistä kuntoutusta, mutta kärjistetympin.

Tarkastusvirasto katsoo, että sosiaali- ja terveysministeriön, jonka vastuulle kuntoutusasiat kuuluvat, toiminta on nykyisellään liian passiivista. Sama koskee myös Kuntoutusasiain neuvottelukuntaa, joka toimii kuntoutusta järjestävien tahojen valtakunnallisena yhteistyöelimenä. Ministeriön ja neuvottelukunnan tulisikin ottaa aktiivisempi rooli kuntoutuksen ohjaamisessa ja toiminnan koordinoinnissa.

### Den medicinska rehabiliteringen

Som en följd av den demografiska utvecklingen i Finland kommer under de närmaste årtiondena utbudet av arbetskraft att minska samtidigt som antalet pensionärer ökar. Detta leder förutom andra verkningar till ett tryck på basen för social- och hälsovårdens finansiering. Strävan har därför varit att på olika sätt höja sysselsättningsgraden och behålla människorna längre kvar i arbetslivet. Rehabilitering har framstått som ett sätt med vilket man både kan gå in för att förlänga människornas arbetskarriärer och underlätta för äldre personer att klara sig på egen hand i vardags-sysslor. För styrningen och koordineringen av rehabiliteringen svarar social- och hälsovårdsministeriet. I dess strategi har vid sidan av utbildning nämnts rehabilitering och upprätthållande av arbetsförmågan som primära i förhållande till arbetslöshetsskydd och förtidspension.

Det är svårt att uppskatta den penningssumma som har använts för rehabilitering. På detta inverkar bristfälliga förfaranden i statistikföringen samt det, att det ofta är svårt att definiera gränsen mellan sjukvård och rehabilitering. I 2002 års rehabiliteringsredogörelse uppskattades kostnaderna för rehabiliteringen år 2000 till 1,2 miljarder euro, av vilket statens andel uppskattades till 40 procent. Uppskattningar färskare än så av de totala kostnaderna för rehabiliteringen finns inte att tillgå. Om den finansiering som ges av Folkpensionsanstalten finns emellertid exakta siffror. År 2007 använde Folkpensionsanstalten över 200 miljoner euro för medicinsk rehabilitering av gravt handikappade och rehabilitering enligt prövning.

Rehabiliteringen kan indelas i olika slag av rehabilitering. I denna revision har fokuserats på den medicinska rehabiliteringen samt på den del av den mentala rehabiliteringen som ingår i den medicinska rehabiliteringen. Att ordna den medicinska rehabiliteringen är ett ansvar för kommunerna. Den finansieras förutom med kommunernas skatteintäkter också med åt kommunerna givna statsandelar för social- och hälsovården. Medicinsk rehabilitering verkställs både i primärvården och i den specialiserade sjukvården. Sålunda är servicesystemet i den medicinska rehabiliteringen uppbyggt i två steg och finansieringen sker genom flera kanaler.

Huvudfrågan vid revisionen var att klarlägga, huruvida styrningen och organiseringen av den medicinska rehabiliteringen tryggar tillgången på rehabiliteringstjänster. De preciserande frågorna anknöt till rehabiliteringens servicesystem, finansieringen genom många kanaler och styrningen. Dessa helheter granskade man genom att bl.a. utvärdera vårdkedjans funktion och den riksomfattande styrningen av rehabiliteringen samt samarbe-

tet med klienterna. Folkpensionsanstaltens verksamhet på området för rehabilitering har beskrivits till den del detta har varit nödvändigt med tanke på behandlingen av temat.

Vid revisionen observerades att samarbetet mellan den specialiserade sjukvården och primärvården inte alltid i rehabiliteringen fungerar så väl som vore önskvärt. Detta har kunnat visa sig bl.a. som att vårdkedjan har brutits, och det vore därför skäl att ägna uppmärksamhet åt att utveckla samarbetet. Det vore också viktigt att förbättra samarbetet mellan den kommunala hälsovården och Folkpensionsanstalten.

I nivån för de rehabiliteringsplaner som är så viktiga i rehabiliteringen finns enligt revisionsobservationerna rum för förbättringar. Rehabiliteringsplanen är i central ställning i rehabiliteringen och därför borde noga tillses att den bereds omsorgsfullt och likaså följs.

Vid revisionen fästes uppmärksamhet vid vårdpersonalens kunnande. I utbildningen av vårdpersonalen, särskilt grundutbildningen och fortbildningen av läkare, borde satsas mera än för närvarande på rehabiliteringsfrågorna.

Vid revisionen observerades vidare, att den mentala rehabilitering som ingår i den medicinska rehabiliteringen i stor omfattning anfäktas av samma problem som den övriga medicinska rehabiliteringen, men i ännu mer tillspetsad form.

Revisionsverket anser att verksamheten vid social- och hälsovårdsministeriet, som har ansvaret för rehabiliteringsärendena, för närvarande är alltför passiv. Det samma gäller Delegationen för rehabiliteringsärenden, som fungerar som riksomfattande samarbetsorgan för de instanser som ordnar rehabilitering. Ministeriet och delegationen borde sålunda ta ett aktivare grepp om styrningen av rehabiliteringen och koordineringen av verksamheten.

# 1 Johdanto

Kuntoutuksen käsite on olennaisesti laajentunut vuosikymmenten saatossa yhteiskunnan kehittymisen myötä. Suppeaa ryhmää koskevista palveluista on tullut monialainen, suuren väestönosan hyvinvointia edistävä toimintakokonaisuus. Kuntoutus alkoi kehittyä toisen maailmansodan jälkeen sotainvalidien ja rintamaveteraanien tarpeiden pohjalta. Sodan jälkeisinä vuosikymmeninä kuntoutuksen kohderyhmät ovat lisääntyneet ja työmuodot monipuolistuneet. Lainsäädäntö on kehittynyt ja tullut kattavammaksi. Kuntoutuksen organisointi on monimutkaistunut ja toimijoita – rahoittajia ja palveluntuottajia – on useita. Viime vuosikymmeninä on pyritty kiinnittämään enemmän huomiota kuntoutujan voimavaroihin kuin toimintakyvyn rajoitteisiin ja korostettu kuntoutujan omaa kokemusta ja aktiivisuutta. Sosiaaliset ja kontekstuaaliset tekijät ovat nousseet tärkeään asemaan.

Suuret ikäluokat ovat hiljalleen siirtymässä eläkkeelle samaan aikaan kun työmarkkinoille tulevat ikäluokat ovat yhä pienempiä. Tämän seurauksena työvoiman tarjonta tulee supistumaan eikä asiointilaan ole odotettavissa muutosta vuosiin. Tilanne on Suomen taloushistoriassa ennennäkemätön. Supistuva työvoiman tarjonta sekä eläkeikäisten lisääntyvä määrä heikentävät lähivuosikymmeninä huoltosuhdetta ja aiheuttavat painetta sosiaali- ja terveydenhuoltoon<sup>1</sup>. Työllisyysastetta on pyrittykin erilaisin toimin parantamaan ja pitämään sitä mahdollisimman hyvänä jotta hyvinvointivaltion rahoituspohja olisi turvattu. Kuntoutusta on tarjottu yhdeksi keinoksi saada ihmiset pysymään pidempään työelämän parissa tai saada heidät sinne takaisin. Suhtautuminen kuntoutukseen on hiljalleen muuttunut; nykyään se ymmärretään myös investointina eikä pelkästään kustannuksena. Esimerkiksi vanhusväestön kuntoutuksella voidaan vähentää sairaanhoidon tarvetta.

Sosiaali- ja terveysministeriön strategiassa kuntoutus, työkyvyn ylläpito ja koulutus ovat ensisijaisia työttömyysturvaan ja varhaiseläkkeeseen nähden. Ministeriön strategian keskeisenä tavoitteena on pidentää työuria 2–3 vuodella sekä parantaa väestön työ- ja toimintakykyä<sup>2</sup>. Vaikka kuntoutuksella on merkittävää kansantaloudellista merkitystä pyrittäessä mahdollisimman hyvään huoltosuhteeseen, on selvää, että sillä on yksilöl-

---

<sup>1</sup> *Etlan arvion mukaan yli 60-vuotiaiden määrä suhteessa 20–59-vuotiaisiin nousee nykyisestä noin 40 prosentista noin 60 prosenttiin vuoteen 2020 mennessä. Etila 2007.*

<sup>2</sup> *Sosiaali- ja terveysministeriö 2006a, 2008b.*

listä arvoa myös jokaiselle kuntoutuvalle henkilölle. Kuntoutuksella ja kuntoutumisella on siis sekä yhteiskunnallisia että yksilöä koskevia tavoitteita ja se palvelee molempien etua.

Kuntoutuksen tulisi perustua yhteistyöhön ja olla suunnitelmallista ja moniammatillista. Moniammatillisuus sekä kuntoutuksessa käytettävät menetelmät erottavat sen tavanomaisesta sairaanhoidosta tai huollosta. Sairaanhoidon ja kuntoutuksen raja on kuitenkin monesti varsin häilyvä.

Kuntoutus voidaan jakaa erilaisiin kuntoutuslajeihin. Tavanomaisen jaottelun perusteella erotetaan ammatillinen, kasvatuksellinen, sosiaalinen ja toiminnallinen eli lääkinnällinen kuntoutus. Kuntoutukseen tai lääkinnällisen kuntoutukseen käytetyn rahan määrää on mahdoton tarkasti määrittää, koska kuntien terveydenhuollon – perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon – keräämät tiedot kuntoutukseen käytetyistä resursseista ja tuotetuista kuntoutuspalveluista eivät ole kattavia. Käytetyn rahan määrän arviointia vaikeuttaa myös määrittelyongelmat: mitä lasketaan kuntoutukseksi? Sosiaali- ja terveysministeriö laati vuonna 2002 kuntoutusselonteon<sup>3</sup> jonka taustamuistiossa kuntoutuksen kokonaismenoiksi vuonna 2000 arvioitiin noin 1,2 miljardia euroa. Tästä arvioitiin valtion rahoittaneen 40 prosenttia. Kuntoutuksen nykyisten menojen tasosta on vaikea esittää tarkkaa arviota. Kansaneläkelaitoksen kuntoutuskustannuksista on sen sijaan tarkat tiedot. Sen käyttämä rahamäärä vaikeavammaisten lääkinnälliseen kuntoutukseen ja harkinnanvaraiseen kuntoutukseen oli yli 200 miljoonaa euroa vuonna 2007.

Lääkinnällinen kuntoutus on kuntien järjestämisvastuulle kuuluvaa toimintaa, jota rahoitetaan myös kuntien saamalla sosiaali- ja terveydenhuollon valtionosuuksilla. Lääkinnällisen kuntoutuksen valtiontaloudellinen merkitys on huomattava siksikin, että sen avulla voidaan torjua ennenai-kaista eläköitymistä ja ehkäistä syrjäytymistä. Eri kuntoutuksen lajeista tarkastuksen kohteeksi valittiinkin lääkinnällinen kuntoutus, koska se on keskeisessä asemassa pyrittäessä pidempiin työuriin. Tarkastusaiheen taustalla on myös terveydenhuollon monikanavaista rahoitusta koskeva vi-raston tarkastusteema, jonka yksi osa käsillä oleva tarkastus on.

Tarkastus kohdistuu kuntien terveydenhuollon järjestämisvastuulla ole-vaan lääkinnälliseen kuntoutukseen, erityisesti sen ohjaukseen, organi-sointiin ja rahoitukseen. Lääkinnällisen kuntoutukseen liittyvää mielenter-veyskuntoutusta on käsitelty omana kokonaisuutenaan. Mielenterveyskun-toutus sisällytettiin tarkastukseen sen vuoksi, että mielenterveysongelmat ovat työkyvyttömyyden ja ennenaikaisen eläköitymisen aiheuttajina mer-kittäviä ja yhä yleisempiä. Kansaneläkelaitos on merkittävä kuntoutuksen

---

<sup>3</sup> *Sosiaali- ja terveysministeriö 2002.*

rahoittaja eikä aihetta olekaan mahdollista käsitellä kuvaamatta myös sen tehtävää ja toimintaa. On kuitenkin syytä korostaa, ettei tarkastus kohdistu Kansaneläkelaitoksen toimintaan.

Kuntoutusta on käsitelty aiemminkin Valtiontalouden tarkastusviraston tarkastuksissa, ei kuitenkaan ohjauksen, organisoinnin tai resurssien kannalta. Tarkastuskertomuksessa *Sotainvalidien sairaanhoitopalvelujen hankinta* selvitettiin sotainvalidien sairaanhoitopalvelujen hankintojen kilpailuttamismenettelyjä<sup>4</sup>. Kyseisessä tarkastuksessa ei otettu kantaa palvelujen laatuun tai sisältöön, vaan arvioinnin kohteena oli hankintojen kilpailumenettelyn laillisuus ja tarkoituksenmukaisuus.

---

<sup>4</sup> Valtiontalouden tarkastusvirasto 2001.

## 2 Tarkastusasetelma

### 2.1 Tarkastuskohteen kuvaus

Terveydenhuollon lääkinällinen kuntoutus on osa kansanterveyslaissa ja erikoissairaanhoidolaissa tarkoitettua sairaanhoitoa. Lääkinällisen kuntoutuksen tavoitteena on parantaa sekä ylläpitää henkilön toimintakykyä. Pyrkimyksenä on tukea kuntoutujan elämäntilanteen hallintaa ja edesauttaa itsenäistä suoriutumista päivittäisestä elämästä.

Lääkinällinen kuntoutus pitää sisällään monia erilaisia toiminnan muotoja. Näitä ovat

- kuntoutumista ja kuntoutuspalveluja koskeva neuvonta ja ohjaus
- kuntoutustarvetta ja -mahdollisuuksia selvittävä tutkimus työ- ja toimintakyvyn arviointineen ja työkokeiluineen
- fysioterapia, toimintaterapia, puheterapia, neuropsykologinen kuntoutus, psykoterapia ja muut näihin rinnastettavat toimintakykyä parantavat ja ylläpitävät terapiat ja toimenpiteet
- apuvälinepalvelut, johon kuuluu apuvälineiden tarpeen määrittely, välineiden sovitus, luovutus omaksi tai käytettäväksi, käytön opetus ja seuranta sekä välineiden huolto
- sopeutumisvalmennus, jolla tarkoitetaan kuntoutujan ja hänen omaistensa ohjausta ja valmentautumista sairastumisen tai vammautumisen jälkeisessä elämäntilanteessa
- edellä mainituista tarpeellisista toimenpiteistä koostuvat kuntoutusjaksot laitos- tai avohoidossa
- kuntoutusohjaus, jolla tarkoitetaan kuntoutujan ja hänen lähiyhteisönsä tukemista ja ohjausta sekä kuntoutujan toimintamahdollisuuksiin liittyvistä palveluista tiedottamista
- muut näihin rinnastettavat palvelut<sup>5</sup>.

Kuntoutusorganisaatio Suomessa on hajautettu. Päävastuu lääkinällisestä kuntoutuksesta on kuntien ja kuntayhtymien terveydenhuollolla. Kuntien järjestämässä terveydenhuollossa kuntoutusta toteutetaan sekä perusterveydenhuollossa että erikoissairaanhoidossa. Kuntien tulee huolehtia siitä, että kuntalaisten saatavilla on lääkinällistä kuntoutusta ja niiden tulee järjestää edellä lueteltuja lääkinällisen kuntoutuksen palveluja.

---

<sup>5</sup> Asetus lääkinällisestä kuntoutuksesta 28.6.1991/1015.

Kansaneläkelaitoksen osalta on säädetty, että sen tulee tietyin rajoituksin järjestää vaikeavammaisten lääkinällistä kuntoutusta ja se voi harkintansa mukaan järjestää myös muuta ammatillista ja lääkinällistä kuntoutusta (ks. luku 2.2). Lisäksi lääkinällistä kuntoutusta järjestetään myös kuntien sosiaalitoimessa ja työterveyshuollossa ja sitä rahoitetaan erilaisista vakuutusjärjestelmistä.

Läkinällinen kuntoutus liittyy kiinteänä osana sairauden hoitoon ja sijoittuu usein välittömästi sairauden akuuttivaiheen jälkeiseen aikaan. Rajanveto sairauden hoidon ja kuntoutuksen välillä on kuitenkin vaikeaa. Tämä osaltaan vaikeuttaa niin kuntoutuksen kustannusten kuin sen vaikuttavuudenkin arviointia. Kuten johdannossa kerrottiin, kuntoutuksen kokonaiskustannuksia ei ole arvioitu vuosituhannen alun jälkeen. Kansaneläkelaitoksen kuntoutuskustannuksista tietoja kuitenkin löytyy. Taulukossa 1 on esitetty Kansaneläkelaitoksen vaikeavammaisten lääkinällisen kuntoutuksen sekä eräiden harkinnanvaraisen kuntoutusmuotojen kustannuksia vuosina 2004–2007<sup>6</sup>. Kunnallisen terveydenhuollon lääkinällisen kuntoutuksen kustannukset oletettavasti ylittävät selvästi Kansaneläkelaitoksen kustannukset.

**TAULUKKO 1. Kansaneläkelaitoksen vaikeavammaisten lääkinällisen kuntoutuksen sekä ASLAK-kurssien<sup>7</sup> ja psykoterapian kuntoutujien kustannukset vuosina 2004 – 2007, tuhatta euroa.**

Vuosi	Vaikeavammaisten lääkinällinen kuntoutus	ASLAK-kurssit	Psykoterapia
2004	109 734	30 360	6 522
2005	104 139	30 639	7 433
2006	101 852	32 151	9 763
2007	110 905	31 096	18 923 <sup>8</sup>

Kuntoutus on käsitteenä moniulotteinen ja sillä voidaan viitata hyvinkin erilaiseen toimintaan. Käsitteen moninaisuus hankaloittaa niin toiminnan ohjaamista kuin sen kehittämistäkin. Osaltaan moninaisuus ilmenee myös kuntoutusta koskevasta säädosperustasta.

<sup>6</sup> Kansaneläkelaitos 2004, 2005, 2006, 2007.

<sup>7</sup> Ammatillisesti syvennetty lääketieteellinen kuntoutus.

<sup>8</sup> Vuonna 2007 psykoterapiakustannukset oli jaoteltu tilastoissa aikuisten psykoterapian ja lasten psykoterapian kustannuksiin. Taulukon luku on näiden summa, aikuisten osuus 10 944 ja lasten 7 979 tuhatta euroa.



## 2.2 Säädosperusta

Kuntoutusta suoraan koskevia tai sitä jollain tavoin sivuavia säännöksiä on useassa laissa ja asetuksessa. Kokonaisuus onkin vaikeasti hahmotettava. Terveydenhuollon lääkinällisen kuntoutuksen sekä Kansaneläkelaitoksen järjestämän lääkinällisen kuntoutuksen keskeisiä lakeja ja asetuksia ovat laki Kansaneläkelaitoksen kuntoutusetuuksista ja kuntoutusrahaetuksista, asetus Kansaneläkelaitoksen järjestämästä kuntoutuksesta, asetus lääkinällisestä kuntoutuksesta, valtioneuvoston asetus kuntoutusasiain neuvottelukunnasta sekä laki kuntoutuksen asiakasyhteistyöstä. Erikoissairaanhoitolaki ja kansanterveyslaki sisältävät myös määräyksiä terveydenhuoltoon kuuluvasta lääkinällisestä kuntoutuksesta ja ovat siten keskeisessä asemassa.

Kansanterveyslaissa<sup>9</sup> todetaan, että kunnan kansanterveystyöhön kuuluvana tehtävänä tulee järjestää kunnan asukkaiden lääkinällinen kuntoutus. Tähän sisältyy kuntouttavien hoitotoimenpiteiden lisäksi neuvonta, kuntoutustarvetta ja -mahdollisuuksia selvittävä tutkimus, apuvälinehuolto sekä sopeutumisvalmennus- ja ohjaustoiminta ja muut näihin rinnastettavat toiminnot, joita on määritelty tarkemmin asetuksessa. Jos potilas tarvitsee kuntoutusta, jota ei ole säädetty terveyskeskuksen tehtäväksi tai jota ei ole tarkoituksenmukaista järjestää kansanterveystyönä, terveyskeskuksen tehtävänä on huolehtia, että asianomainen saa tietoja muista kuntoutusmahdollisuuksista. Potilas tulee tarvittaessa ohjata sairaanhoitopiiriin, sosiaali-, työvoima- tai opetusviranomaisen, Kansaneläkelaitoksen tai muun palvelujen järjestäjän palveluiden piiriin yhteistyössä niitä järjestävien tahojen kanssa.

Erikoissairaanhoitolaissa<sup>10</sup> säädetään kuntoutuksesta samaan tapaan kuin kansanterveyslaissa. Lain mukaan erikoissairaanhoidolla tarkoitetaan kyseisessä laissa lääketieteen ja hammaslääketieteen erikoisalojen mukaisia sairauden ehkäisyyn, tutkimiseen, hoitoon, lääkinälliseen pelastustoimintaan sekä lääkinälliseen kuntoutukseen kuuluvia terveydenhuollon palveluja. Lääkinälliseen kuntoutukseen sisältyy kuntouttavien hoitotoimenpiteiden lisäksi neuvonta, kuntoutustarvetta ja -mahdollisuuksia selvittävä tutkimus, apuvälinehuolto sekä sopeutumisvalmennus- ja ohjaustoiminta ja muut näihin rinnastettavat toiminnot niiltä osin kuin kuntoutusta ei ole säädetty Kansaneläkelaitoksen tehtäväksi. Vastaava kuntoutujan ohjausta ja neuvontaa koskeva velvoite, joka on kansanterveyslaissa, on

---

<sup>9</sup> 28.1.1972/66.

<sup>10</sup> 1.12.1989/1062.

myös erikoissairaanhoidolaissa. Mikäli erikoissairaanhoidon vastuulla oleva potilas tarvitsee kuntoutusta, jota ei ole säädetty sairaanhoitopiiriin tehtäväksi tai jota ei ole tarkoituksenmukaista järjestää erikoissairaanhoidona, sairaanhoitopiiriin tulee huolehtia siitä, että asianomaiselle annetaan kuntoutusmahdollisuuksista tietoja. Potilas tulee tarpeen mukaan ohjata terveyskeskuksen, sosiaali-, työvoima- tai opetusviranomaisen taikka Kansaneläkelaitoksen tai muun palvelujen järjestäjän palveluiden piiriin yhteistyössä niitä järjestävien tahojen kanssa.

Laissa kuntoutuksen asiakasyhteistyöstä<sup>11</sup> säädetään eri hallinnonalojen yhteistyöstä kuntoutuksessa. Lain tarkoituksena on auttaa kuntoutujaa saamaan hänen tarvitsemansa kuntoutuspalvelut ja edistää viranomaisten ja muiden yhteisöjen asiakasyhteistyötä tilanteessa, joka edellyttää usean kuntoutusta järjestävän tahon toimenpiteitä. Tarkoituksena on myös edistää kuntoutujan asemaa ja osallistumista hänen kuntoutustaan koskevan asian käsittelyssä. Laissa määrätään yhteistyömuodoista; sosiaali- ja terveydenhuollon viranomaisten, työvoima- ja opetusviranomaisten sekä Kansaneläkelaitoksen on oltava keskenään yhteistyössä paikallisella, alueellisella ja valtakunnallisella tasolla. Kyseisten viranomaisten tulee toimia yhteistyössä myös muiden kuntoutusta järjestävien yhteisöjen kanssa. Yhteistyötä tulee toteuttaa paikallisen, alueellisen ja valtakunnan tason yhteistyöelimissä.

Kunnan on huolehdittava siitä, että sen alueella toimii kuntoutuksen asiakasyhteistyöryhmä. Kunnat voivat myös sopia, että niillä on yhteinen ryhmä. Ryhmän toiminnasta tulee tiedottaa kunnan asukkaille, viranomaisille ja kuntoutusta järjestäville yhteisöille. Asioiden käsittelyä varten yhteistyöryhmä voi jakaantua jaostoihin. Asiakasyhteistyöryhmän tehtävänä on kehittää virranomaisten, muiden yhteisöjen ja laitosten yhteistyömuotoja, sopia viranomaisten ja palvelujen järjestäjien keskinäisen yhteistyön periaatteista ja menettelytavoista, huolehtia yhteistyön toteuttamiseksi tarpeellisten tietojen vaihtamisesta sekä käsitellä muita kuntoutuksen järjestämistä koskevia yhteisiä asioita. Asiakasyhteistyöryhmä voi myös käsitellä yksittäisten kuntoutujien asiakasyhteistyötä koskevia asioita.

Lääninhallitus asettaa kutakin sairaanhoitopiiriin aluetta varten neljäksi vuodeksi kerrallaan kuntoutuksen asiakasyhteistyötoimikunnan. Useampaa sairaanhoitopiiriä varten voi olla myös yhteinen toimikunta. Asiakasyhteistyötoimikunta suunnittelee, edistää ja seuraa lain mukaista viranomaisten sekä muiden yhteisöjen ja laitosten yhteistyötä sekä käsittelee asiakasyhteistyön periaatteellisesti tärkeitä kysymyksiä. Lääninhallituksen tehtävä on sovittaa yhteen läänin alueen toimikuntien työtä.

---

<sup>11</sup> 13.6.2003/497.

Kuntoutusasiain neuvottelukunta toimii sosiaali- ja terveysministeriön yhteydessä ja sen asettaa valtioneuvosto neljän vuoden pituiseksi toimikaudeksi. Neuvottelukunnan tehtävänä on valtakunnallisella tasolla ohjata, kehittää ja sovittaa yhteen viranomaisten, yhteisöjen ja laitosten yhteistyötä sekä alueellisten kuntoutuksen asiakasyhteistyötoimikuntien toimintaa.

Valtioneuvoston asetuksessa kuntoutusasiain neuvottelukunnasta<sup>12</sup> määrätään tarkemmin neuvottelukunnasta. Kuntoutusasiain neuvottelukunta on yhteistoimintaelin, jonka tehtäviin kuuluu

- seurata kuntoutusta koskevan lainsäädännön täytäntöönpanoa ja vaikutuksia sekä omalta osaltaan huolehtia tähän lainsäädäntöön liittyvästä tiedottamisesta ja koulutuksesta
- edistää, yhteen sovittaa ja seurata kuntoutusta sekä siihen liittyviä palveluja ja sosiaaliturvaa koskevien kehittämissuunnitelmien laatimista ja toteutumista
- seurata ja arvioida kuntoutusjärjestelmän toimivuutta ja kuntoutuksen vaikutuksia ja tehdä esityksiä ja aloitteita kuntoutustoiminnan tutkimiseksi ja kehittämiseksi
- edistää eri viranomaisten, laitosten ja yhteisöjen järjestämän kuntoutuksen yleisten toimintaperiaatteiden, kehittämistavoitteiden ja kehittämissaikataulujen yhteensovittamista
- antaa lausuntoja kuntoutuksen kannalta tärkeistä suunnitelmista ja ehdotuksista
- olla yhteydessä muihin kuntoutukseen liittyviä kysymyksiä käsitteleviin neuvottelukuntiin ja vastaaviin toimielimiin
- suorittaa muut sosiaali- ja terveysministeriön määräämät kuntoutustoiminnan toteuttamista ja kehittämistä koskevat tehtävät.

Asetuksen mukaan neuvottelukunta voi myös asettaa jaostoja, joihin voi kuulua kuntoutusasiain neuvottelukunnan ulkopuolisia jäseniä.

Asetuksessa lääkinnällisestä kuntoutuksesta<sup>13</sup> annetaan tarkemmat määräykset lääkinnällisestä kuntoutuksesta, joka järjestetään osana kansanterveyslaissa tai erikoissairaanhoidolaissa tarkoitettua sairaanhoitoa. Asetus määrää, että lääkinnällisen kuntoutuksen palvelut järjestetään sisällöltään ja laajuudeltaan sellaisiksi kuin kuntoutuksen tarve kunnassa tai kuntaliiton alueella edellyttää. Asetuksen mukaan lääkinnällisellä kuntoutuksella pyritään parantamaan ja ylläpitämään kuntoutujan fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista toimintakykyä sekä edistämään ja tukemaan hänen elämäntilanteensa hallintaa ja hänen itsenäistä suoriutumistaan päivittäisissä toi-

---

<sup>12</sup> 25.9.2003.

<sup>13</sup> 28.6.1991/1015.

minnoissa. Asetuksessa määritellään lääkinnällisen kuntoutuksen piiriin kuuluvat palvelut (ks. luku 2.1) ja siinä määrätään myös lääkinnälliseen kuntoutukseen kuuluvista apuvälineistä. Asetuksen mukaan kuntoutujalle tulee laatia yhdessä hänen ja tarvittaessa hänen omaistensa kanssa kuntoutussuunnitelma. Kuntoutussuunnitelmassa määritellään tarpeelliset kuntoutustoimenpiteet ja suunnitelman toteutumista seurataan ja suunnitelmaa arvioidaan määräajoin.

Kansaneläkelaitoksen kuntoutusetuuksia ja kuntoutusrahaetuuksia<sup>14</sup> koskevan lain mukaan Kansaneläkelaitoksen tulee järjestää vaikeavammaisten lääkinnällistä kuntoutusta sekä harkinnanvaraisena kuntoutuksena muuta kuin vaikeavammaisten lääkinnällistä kuntoutusta. Vaikeavammaisella on oikeus saada lääkinnällistä kuntoutusta, jos hän ei ole julkisessa laitoshoidossa ja jos hän alle 65-vuotiaana saa korotettua tai ylintä vammaistukea tai hoitotukea<sup>15</sup>. Kuntoutuksen tulee olla lain mukaan hyvän kuntoutuskäytännön mukaista ja perustua erityisasiantuntemukseen ja erityisosaamiseen. Kansaneläkelaitoksen tehtävänä ei ole järjestää sairaanhoitoon välittömästi liittyvää lääkinnällistä kuntoutusta. Harkinnanvaraiseen kuntoutukseen käytetään vuosittain rahamäärä, joka vastaa neljää prosenttia vakuutettujen sairausvakuutusmaksuina kertyneestä määrästä.

Laissa määrätään, että vaikeavammaisen lääkinnällisen kuntoutuksen tulee perustua kirjalliseen kuntoutussuunnitelmaan, joka laaditaan kuntoutujan hoidosta vastaavassa julkisen terveydenhuollon yksikössä kuntoutujan tai hänen omaistensa tai muun läheisensä kanssa. Suunnitelma tulee tehdä vähintään yhdeksi vuodeksi ja enintään kolmeksi vuodeksi. Suunnitelma toimitetaan Kansaneläkelaitokselle.

Asetuksessa kansaneläkelaitoksen järjestämästä kuntoutuksesta<sup>16</sup> määrätään mm. vaikeavammaisten lääkinnällisestä kuntoutuksesta sekä harkinnanvaraisesta ammatillisesta ja lääkinnällisestä kuntoutuksesta. Asetuk-

---

<sup>14</sup> 15.7.2005/566.

<sup>15</sup> *Vaikeavammaisen henkilön lääkinnällinen kuntoutus siirtyy Kansaneläkelaitoksen vastuulta kunnallisen terveydenhuollon vastuulle kun hän täyttää 65 vuotta. On havaittu, että tällöin vaikeavammaisen saamat kuntoutuspalvelut usein heikenevät. Eduskunta edellytti vuonna 2005 hallituksen toimia asiassa ja sosiaali- ja terveysministeriö laati asiaa koskeneet menettelytapaohjeet, joiden avulla oli tarkoitus varmistaa, että vaikeavammaisen henkilön kuntoutus jatkuu yksilöllisen tarpeen mukaisena järjestämisvelvollisuuden siirtymisen jälkeenkin. Asia on tästä huolimatta useiden asiantuntijoiden näkemyksen mukaan ongelmallinen ja Satakomiteassa pohditaan parhaillaan mahdollisuuksia tilanteen korjaamiseksi. Ikärajan aiheuttamiin ongelmiin palataan tarkastuksessa mm. luvuissa 3.1.2 ja 3.1.4.*

<sup>16</sup> 23.8.1991/1161.

nessa määrätään myös vaikeavammaisten apuvälineistä sekä toiminnan järjestämisestä. Kansaneläkelaitos voi järjestää kuntoutuksen joko tuottamalla kuntoutuspalvelut itse tai hankkimalla niitä muilta palvelujen tuottajilta. Harkinnanvaraisesta ammatillisesta ja lääkinnällisestä kuntoutuksesta Kansaneläkelaitoksen on toimitettava vuosittain kolmea seuraavaa kalenterivuotta koskeva suunnitelma sosiaali- ja terveystieteiden ministeriöön.

## 2.3 Tarkastuskysymykset ja tarkastuskohteen rajaus

Tarkastuksen pääkysymys on seuraava:

*Turvaako lääkinnällisen kuntoutuksen ohjaus ja organisointi kuntoutuspalvelujen saatavuuden?*

Pääkysymystä täsmentävät tarkastuskysymykset:

1. Miten lääkinnällisen kuntoutuksen kaksiportainen palvelujärjestelmä ja monikanavainen rahoitus vaikuttavat kuntoutuspalveluiden järjestämiseen<sup>17</sup>?
  - Onko kuntoutuksen palvelujärjestelmässä sellaisia tekijöitä jotka heikentävät toiminnan tuloksia; miten esimerkiksi palvelujärjestelmän kaksiportaisuus vaikuttaa kuntoutustoimintaan, toimiiko hoitoketju?
  - Onko lääkinnällinen kuntoutus saumaton, tärkeä osa sairauden hoidon jälkeistä toimintaa ja alkaako kuntoutustoiminta viivytyksettä?
  - Toimiiko kuntoutuksen moniammatillisuus?
  - Onko resursointi hoidettu riittävän hyvin kun otetaan huomioon lääkinnällistä kuntoutusta koskevat lainsäädännön määräykset sekä tavoitteet väestön eläkkeellesiirtymisiän nostamisesta?
  - Miten eri tahojen rahoittama kuntoutusjärjestelmä toimii, vaikuttaako rahoituksen monikanavaisuus esimerkiksi palvelujen saantiin tai palvelujärjestelmään?
2. Miten lääkinnällisen kuntoutuksen ohjaus toimii?
  - Miten kuntoutusta koskeva lainsäädäntö tukee kuntoutustoimintaa?
  - Toimiiko kuntoutuksen asiakasyhteistyö?

---

<sup>17</sup> Ilmaus "kaksiportainen palvelujärjestelmä" kuvastaa sitä, että terveydenhuolto jakaantuu perusterveydenhuoltoon ja erikoissairaanhoidon. Näissä molemmissa annetaan lääkinnällistä kuntoutusta. Lääkinnällistä kuntoutusta rahoittavat kunnat, Kansaneläkelaitos, vakuutusyhtiöt ja työterveyshuolto.

- Miten kuntoutussuunnitelmien laadinta, seuranta ja arviointi toteutuvat?

Kuten tarkastuksen pääkysymyksestä ilmenee, tarkastus kohdistuu kunnallisen terveydenhuollon palvelujärjestelmän tarjoamaan kuntoutukseen. Tarkastuskohde käsittää sekä perusterveydenhuollon että erikoissairaanhoidon vastuulla olevan lääkinällisen kuntoutuksen ja lääkinälliseen kuntoutukseen liittyvän mielenterveyskuntoutuksen. Viimeksi mainittu tarkoittaa tässä tarkastuksessa erityisesti psykoterapiaa.

Paikoittain on ollut tarpeen laajentaa käsittely koskemaan kuntoutusta yleensä. Kansaneläkelaitoksen järjestämistä vastuulla olevaa vaikeavammaisten lääkinällistä kuntoutusta sekä harkinnanvaraista kuntoutusta käsitellään tarkastuksessa vain siltä osin kuin aiheen käsittelyn kannalta on ollut tarpeellista, eikä tarkastus kohdistu Kansaneläkelaitoksen toimintaan. Tarkastuksessa sivuutetaan vakuutusyhtiöiden rahoittama lääkinällinen kuntoutus sekä sosiaalitoimen ja työterveyshuollon piirissä tapahtuva lääkinällinen kuntoutus.

Tarkastuksen rajaus perustuu mainittuun tarkastusviraston terveydenhuollon monikanavaista rahoitusta koskevaan tarkastusteemaan. Rajausta puoltavat myös käytettävissä olleet tarkastusresurssit sekä pyrkimys pitää tarkastus mahdollisimman kompaktina.

## 2.4 Tarkastuskriteerit

Pyrkimyksenä oli löytää hyvän ja asianmukaisesti järjestetyn lääkinällisen kuntoutuksen ominaisuuksia, joista tarkastuskriteerit olisivat johdettavissa: esimerkiksi miten hyvä lääkinällinen kuntoutus tulisi organisoida, miten resursoida ja miten yhteistyö tulisi järjestää eri tahojen kesken. Tällaisia hallinnon itselleen asettamia hyvän toiminnan määritelmiä on löydettävissä mm. hallinnon tavoitteita käsittelevistä dokumenteista kuten strategia- tai suunnitteluasiakirjoista. Tutkimuskirjallisuudesta on saatavissa myös osviittaa sille, mikä on "oikea" tapa järjestää lääkinällistä kuntoutusta. Lainsäädännöstä on mahdollista poimia joitain kriteereitä suoraan. Tarkastuskriteerien muodostamisen tässä tarkastuksessa teki hankalaksi se, että kuntoutusta koskeva lainsäädäntö on osin suurpiirteistä puitelainsäädäntöä ja muu ohjeistus niukkaa.

Jos kuntoutusta yleisesti koskevia tarkastuskriteereitä olikin työlästä löytää tai johtaa (muualta kuin lainsäädännöstä), niin lääkinällistä kuntoutusta erityisesti koskevia ei ollut löydettävissä juuri lainkaan. On toki

perusteltua soveltaa kuntoutusta yleisesti koskevia hyvän toiminnan kriteereitä lääkinnälliseen kuntoutukseen.

Kansanterveyslaissa ja erikoissairaanhoitolaissa määrätään yleisellä tasolla lääkinnällisen kuntoutuksen järjestämisvelvollisuudesta sekä potilaan neuvontavelvollisuudesta, kuten edellä kerrottiin (luku 2.2). Kansanterveyslaissa ja erikoissairaanhoitolaissa veloitetaan myös apuvälinehuollon järjestämiseen ja asiasta määrätään myös asetuksessa lääkinnällisestä kuntoutuksesta. Apuvälineistä sosiaali- ja terveysministeriö on julkaissut laatusuosituksen<sup>18</sup>, jonka avulla pyritään mm. siihen, että apuvälinepalvelut toimivat yhtäläisin perustein. Laatusuosituksessa todetaan, että apuvälineen tarpeen toteuttamisen jälkeen apuvälineen tarvitsijan tulee saada apuvälineeseen liittyvät palvelut nopeasti ja vaivattomasti. Yhteistyön ja tiedonvälityksen eri organisaatioiden välillä tulee toimia. Sairaanhoitopiirien tulee tehdä alueellinen suunnitelma, joka sisältää mm. työn- ja vastuunjaot ja yhteishankintamenettelyn.

Vaadittavaa toiminnan resursoinnin tasoa määritellään asetuksessa lääkinnällisestä kuntoutuksesta hieman tarkemmin kuin kansanterveyslaissa tai erikoissairaanhoitolaissa:

Kunta tai kuntainliitto huolehtii siitä, että lääkinnällisen kuntoutuksen palvelut järjestetään sisällöltään ja laajuudeltaan sellaisiksi kuin kuntoutuksen tarve kunnassa tai kuntainliiton alueella edellyttää.

Kuntoutuksessa korostuneessa asemassa olevasta yhteistyöstä lainsäädäntö on yksityiskohtaisempaa. Paikallisella tasolla kuntoutuksen asiakasyhteistyöryhmän tehtävänä on kehittää viranomaisten, muiden yhteisöjen ja laitosten yhteistyömuotoja, sopia viranomaisten ja palvelujen järjestäjien keskinäisen yhteistyön periaatteista ja menettelytavoista, huolehtia yhteistyön toteuttamisesta tarpeellisesta tietojen vaihtamisesta sekä käsitellä muita kuntoutuksen järjestämistä koskevia yhteisiä asioita. Yhteistyöryhmän tulee suunnitella, edistää ja seurata asiakkaiden kuntoutuksen toteutumista.

Alueellisella tasolla kuntoutuksen asiakasyhteistyötoimikunnan tehtävänä on suunnitella, edistää ja seurata viranomaisten sekä muiden yhteisöjen ja laitosten yhteistyötä sekä käsitellä asiakasyhteistyötä koskevia periaatteellisesti tärkeitä kysymyksiä. Lisäksi toimikunnan on huolehdittava paikallisten yhteistyöryhmien työn edistämisestä ja järjestettävä tarvittavaa ohjausta ja koulutusta.

---

<sup>18</sup> *Sosiaali- ja terveysministeriö 2003.*

Laissa kuntoutuksen asiakasyhteistyöstä Kuntoutusasiain neuvottelukunta veloitetaan mm. ohjaamaan asiakasyhteistyötoimikuntien toimintaa. Valtioneuvoston asetuksessa kuntoutusasiain neuvottelukunnasta määritellään mm. neuvottelukunnan tehtävät tarkemmin (ks. luku 2.2).

Kuntoutuksen ohjauksesta käytännön tasolla määrätään asetuksessa lääkinnällisestä kuntoutuksesta. Kuntoutujalle tulee laatia kuntoutussuunnitelma, sen toteutumista tulee seurata ja suunnitelmaa tulee arvioida määräajoin.

Sosiaali- ja terveysministeriön hallinnonalan eri ohjaus- ja suunnitteluasiakirjoista on kuntoutusta koskevia tavoitteita vain vähän. Tavoitteet liittyvät usein mm. väestöryhmiin ja ovat lähinnä toteamuksia kuntoutuksen tuottamista hyödyistä. Vanhusväestön kuntoutuksen palveluista on mainittu mm., että niiden "on oltava riittäviä, oikea-aikaisia ja tarkoituksenmukaisia"<sup>19</sup>. Ikäihmisten palvelujen laatusuosituksessa todetaan mm., että akuuttihoiton jälkeen nopeasti käynnistyvä kuntoutus ja kuntouttava hoito ovat tuloksellisia ja niihin panostaminen estää tehokkaasti pitkäaikaiseen laitoshoitoon joutumista. Kuntouttavaa työtettä korostetaan<sup>20</sup>. Työkyvyttömyyseläkkeelle siirtymistä pyritään vähentämään tehostamalla ja nopeuttamalla kuntoutusta ja hoitoon pääsyä. Kuntoutuksen todetaan auttavan työllistymistä, työuran pidentämiseen pyritään varhaiskuntoutuksella ja toimintakyvyn parantamiseksi lisätään kuntoutusta. Palvelujen ja niiden yhteensovittamisen tarvetta selvitetään monipuolisella arvioinnilla ja asiakkaan kanssa laadittavilla yksilöllisillä hoito- palvelu- ja kuntoutussuunnitelmilla<sup>21</sup>. Lääkinnällistä kuntoutusta ei mainita erikseen ollenkaan.

Hyvän kuntoutuksen kriteereitä ovat pyrkineet määrittämään myös kuntoutuksen asiantuntijat tieteellisesti tutkimukseen ja kokemukseen perustuen. Hyvän kuntoutuksen leimallisia piirteitä ovat suunnitelmallisuus ja monialaisuus. Kuntoutusorganisaation toiminta ei saa olla sattumanvaraista ja kuntoutuskäytännön tulee olla kuntoutujakeskeistä eli kuntoutujan näkemys tulee ottaa huomioon. Henkilöstön asiantuntemus on olennaista, joten henkilöstön tulee olla hyvin koulutettua ja osaavaa. On myös tärkeää, että kuntoutusnäkökulma ja kuntoutustarpeet otetaan huomioon kun sairaanhoito- ja terveydenhuoltopalveluja järjestetään<sup>22</sup>.

Edellä kuvattujen säädösten, suunnitteluasiakirjojen ja tutkimusten avulla on johdettu tarkastuskysymyksille seuraavat tarkastuskriteerit.

---

<sup>19</sup> *Sosiaali- ja terveysministeriö 2006a.*

<sup>20</sup> *Sosiaali- ja terveysministeriö 2008a.*

<sup>21</sup> *Sosiaali- ja terveysministeriö 2006a, 2006c, 2007, 2008b.*

<sup>22</sup> *Rissanen, Kallanranta, Suikkanen (toim.) 2008.*



Lääkinnällisen kuntoutuksen organisointia ja rahoitusta koskevan tarkentavan tarkastuskysymyksen kriteerit:

- Palvelujärjestelmän kaksiportaisuuden ei tule vaikuttaa haitallisesti kuntoutujan saamiin palveluihin: hoitoketjun tulee toimia saumattomasti ja kuntoutuksen tulee alkaa viivytyksettä.
- Resurssien tulee olla mitoitettuja siten, että kuntoutuja saa tarvitsemansa hoidon oikea-aikaisesti eikä esimerkiksi asuinkunta vaikuta palvelujen saatavuuteen.
- Kuntoutustoiminta on moniammatillista ja henkilökunta ammattitaitoista.
- Rahoitusvastuiden tulee olla selkeät eikä vastuun siirtoa muille osapuolille ilmene.
- Apuvälinepalveluiden ovat saatavilla oikea-aikaisesti, asiakasta tulee neuvoa ja toiminta on asiakkaalle vaivatonta.

Lääkinnällisen kuntoutuksen ohjausta koskevan tarkentavan tarkastuskysymyksen kriteerit:

- Kuntoutusasiain neuvottelukunta ohjaa aktiivisesti kuntoutustoimintaa kaikilla niillä keinoilla, joita lainsäädäntö suo, esimerkiksi seuraamalla kuntoutustoimintaa ja tekemällä kehittämissuunnitelmia.
- Asiakasyhteistyö toimii kokonaisuutena, toimikunnat ohjaavat ryhmien toimintaa ja Kuntoutusasiain neuvottelukunta ohjaa toimikuntien toimintaa.
- Kuntoutussuunnitelmat tehdään, niitä seurataan ja arvioidaan, kuten säädöksessä määrätään.
- Hallintorakenteen kehittyessä yhä suurempien yksiköiden suuntaan kuntoutusnäkökulma tulee ottaa toiminnan suunnittelussa huomioon.

## 2.5 Tarkastusaineistot ja -menetelmät

Tarkastuksen keskeisin aineisto muodostuu asiantuntijahaastatteluista sekä internetpohjaisesta kyselystä. Ensin mainituilla kartoitettiin erikoissairaanhoidon ja jälkimmäisellä perusterveydenhuollon tilannetta.

Erikoissairaanhoidossa toteutettavaa kuntoutusta selvitettiin haastatteleamalla seitsemässä sairaanhoitopiirissä kuntoutuksesta vastaavaa ylilääkäriä. Joissain sairaanhoitopiireissä haastatteluihin osallistui ylilääkärin lisäksi myös muita sairaanhoitopiirin kuntoutusasiiantuntijoita, kuten kuntoutussuunnittelijoita. Kysymykset koskivat lääkinällisen kuntoutuksen resursointia, organisointia, lainsäädäntöä ja asiakasyhteistyötä. Kysymyksiä oli myös mielenterveyskuntoutuksesta sekä Kansaneläkelaitoksen roo-

lista. Haastattelujen lisäksi ylilääkäreiltä saatiin kirjalliset vastaukset tiettyihin valittuihin kysymyksiin.

Perusterveydenhuollon tilannetta kartoitettiin alustavasti haastatteleamalla Espoon kaupungin terveydenhuollon kuntoutuksesta vastaavia tahoja. Perusterveydenhuollon tilanne arvioitiin selvästi erikoissairaanhoidon tilannetta vaihtelevammaksi eri alueiden ja yksiköiden välillä, joten pääasialliseksi tiedonhankintatavaksi valikoitui internetkysely Webropol-kyselytyökalua käyttäen. Tällä menettelyllä oli mahdollista saavuttaa suurempi vastaajamäärä kuin suorittamalla haastatteluita henkilökohtaisesti kunnissa.

Kysely lähetettiin 62 kuntaan, kuntayhtymään tai muuhun perusterveydenhuollosta vastaavaan organisaatioon. Kyselyn vastaanottajat (sähköpostiosoitteet) oli etsitty mainittujen organisaatioiden kotisivuilta. Useimmiten vastaajaksi valittiin terveyskeskuksen ylilääkäri tai kunnan sosiaali- ja terveysjohtaja. Saatekirjeessä pyydettiin tarvittaessa jatkolähtettämään kysely asiaa paremmin tuntevalle henkilölle, mikäli alkuperäinen vastaanottaja ei katsonut olevansa oikea henkilö vastaamaan. Vastauksia tuli kaikkiaan 38 kunnasta joten vastausprosentti oli noin 61. Internetkysely on tarkastuksen liitteenä 1.

Osassa sairaanhoitopiireissä ja internetkyselyn perusterveydenhuollon vastauksissa mielenterveyskuntoutusta koskeviin kysymyksiin vastasi nimenomaan mielenterveystyön asiantuntija.

Tarkastuksessa haastateltiin asiantuntijoita myös sosiaali- ja terveystyöministeriöstä, Kansaneläkelaitoksesta, Kuntoutussäätiöstä ja Synapsiasta (Invalidiliiton Käpylän kuntoutuskeskus). Lisäksi haastateltiin Kuntoutusasiain neuvottelukunnan entistä pääsihteeriä.

Haastatteluiden ja internetkyselyn ohella tarkastuksessa hyödynnettiin laajaa kirjallista aineistoa. Tähän aineistoon kuuluivat Kuntoutusselonteko 2002 sekä erilaiset kuntoutusta koskevat tutkimukset ja selvitykset joiden käsittelemät aihepiirit koskivat mm. kuntoutuksen vaikuttavuutta, asiakasyhteistyön toimivuutta ja apuvälinetoimintaa. Tärkeä lähde oli Duodecimin julkaisema perusteos Kuntoutus. Sairaanhoitopiireistä saatiin haastattelujen yhteydessä erilaista materiaalia kuntoutuksesta. Sairaanhoitopiirien terveydenhuollon järjestämissuunnitelmia hyödynnettiin myös tarkastuksessa. Kuntoutusta koskeva lainsäädäntö on ollut tarkastuksen keskeisintä aineistoa.

Tarkastuskertomusluonnos on ollut kommentoitavana sosiaali- ja terveystyöministeriössä. Saatu palaute on otettu huomioon lopullisessa tarkastuskertomuksessa.

Tarkastuksen on suorittanut johtava tuloksellisuustarkastaja Juho Nurminen ja sitä on ohjannut tuloksellisuustarkastuspäällikkö Armi Jämsä.

# 3 Tarkastushavainnot

Tarkastuskertomuksen kolmas luku sisältää tarkastushavainnot. Luvussa 3.1 käsitellään palvelujärjestelmää, luvussa 3.2 ohjausta ja luvussa 3.3 resurssointia. Luku 3.4 sisältää tarkastushavainnot mielenterveyskuntoutuksesta. Luku 3.5 käsittelee aiempien lukujen ulkopuolelle jääneitä muita tärkeitä asiakokonaisuuksia, kuten lääkinnällisen kuntoutuksen vaikuttavuutta. Luku 3.6 kokoaa lopuksi keskeisimmät tarkastushavainnot.

Terveydenhuollon palvelujärjestelmä on kaksiportainen ja sen rahoitus monikanavaista. Nämä suomalaisen terveydenhuollon erityispiirteet koskevat myös kuntoutusta ja ne nousevat aiheen käsittelyssä selvästi esiin. Erityisesti luvuissa 3.1–3.4 tarkastelutapa on erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon erillisyyttä painottava.

## 3.1 Palvelujärjestelmä

Kuntoutusjärjestelmässä pääperiaate on järjestää kuntoutus yleisten palvelujen sekä sosiaalivakuutusjärjestelmien osana. Järjestelmä koostuu useasta melko autonomisesta osajärjestelmästä, joten kuntoutusvastuu jakaantuu usealle hallinnon ja toiminnan sektorille. Kuntoutus on integroitunut osaksi yleisiä sosiaali- ja terveystalvveluja ja sosiaaliturvaa, mutta se on silti oma kokonaisuutensa näiden järjestelmien sisällä. Kuntoutusjärjestelmän pääelementit ovat lainsäädäntö, toiminnan rahoittavat ja tuottavat organisaatiot sekä kuntoutusalan ammattilaiset. Järjestämis- tai rahoitusvastuussa olevat tahot voivat yleensä tuottaa kuntoutuspalvelut itse tai ostaa ne muilta palveluntuottajilta<sup>23</sup>. Suomen hallinnollisesta rakenteesta ja kuntien vahvasta asemasta seuraa, että kuntoutuksen järjestämistavat ovat hyvin moninaiset. Usean toimijan ja rahoittajan muodostama kuntoutusjärjestelmä on vaikeasti hallittavissa ja ohjattavissa.

Koska kuntoutus muodostuu tavanomaisesti monen eri tahon palveluista ja etuuksista, törmätään usein kyseisten järjestelmien ja toimintaperiaatteiden rajapinnoille. Vaikka vastuutaho ilmenee lainsäädännöstä, käytännössä vastuukysymykset ovat monesti epäselviä. Toisaalta tarkka työnjako osapuolien välillä johtaa myös siihen, että järjestelmien raja-aidat ovat

---

<sup>23</sup> Rissanen, Kallanranta, Suikkanen (toim.) 2008.

korkeita<sup>24</sup>. Usein on myös niin, että mikään palvelujärjestelmän yksittäinen osa ei kanna vastuuta kuntoutujan koko kuntoutusprosessista ja kuntoutuspalveluista. Kuntoutusjärjestelmässä onkin havaittavissa asiakkaan pallottelua ja osaoptimointia<sup>25</sup>, joka johtaa kokonaiskustannusten kasvuun.

Kuntoutustehtävät, eri järjestäjien väliset vastuut sekä kuntoutuksen perusrakenne, ovat pysyneet vuodesta 1991 asti jokseenkin samoina. Kuntoutuksen palvelujärjestelmä ja toimijoiden suuri määrä korostaa eri osapuolien yhteistyön tärkeyttä. Yhteistyön sujuvuudessa on kuitenkin havaittu ongelmia, esimerkiksi yhteistyökumppaneiden toimintaa ja resursseja ei aina tunneta riittävästi. Onkin havaittu, että nykyisellään palvelujärjestelmä tuottaa liian usein katkonaisen kuntoutusprosessin ja resursien epätarkoituksenmukaista käyttöä. Toisaalta se todennäköisesti myös tarjoaa yksinkertaisempaa kuntoutusjärjestelmää enemmän varoja ja mahdollisuuksia ainakin joillekin kuntoutujaryhmille<sup>26</sup>.

Terveydenhuollon kuntoutus on suurimmalta osin lääkinällistä kuntoutusta. Mainitut ongelmat koskevat lääkinällistä kuntoutusta siinä missä muitakin kuntoutusmuotoja. Tilannetta on yritetty kohentaa menettelytapaohjeilla sekä yksiköiden ja organisaatioiden yhteistoimintaa parantamalla.

Kuntoutusvastuiden jakaantumista terveydenhuollon ja Kansaneläkelaitoksen kesken on havainnollistettu taulukossa 2.

---

<sup>24</sup> *Socius* 2/2008.

<sup>25</sup> Tällä viitataan pyrkimykseen siirtää rahoitusvastuuta muiden osapuolien kannettavaksi. Yksittäisellä toimijalla tämä voi olla kannattavaa, mutta koko järjestelmän tasolla kustannukset nousevat ja kuntoutujan asema heikkenee.

<sup>26</sup> Rissanen, Kallanranta, Suikkanen (toim.) 2008, 15.7.2005/566 ja Paatero 2008.

**TAULUKKO 2. Terveydenhuollon ja Kansaneläkelaitoksen kuntoutusvastuut<sup>27</sup>.**

Kuntoutuksen järjestäjä	Kohderyhmä	Tavoite	Kuntoutuksen keskeinen sisältö
Terveydenhuolto	<i>koko väestö</i>	työ- ja toimintakyvyn parantaminen	työ- ja toimintakyvyn arviointi, kuntoutustarvetta ja -mahdollisuuksia selvittävä tutkimus, apuvälinepalvelut, sopeutumisvalmennus, kuntoutusohjaus, terapia- ja kuntoutusjaksot
Kansaneläkelaitos	<i>alle 65-vuotiaat vajaakuntoiset</i>	työelämään pääseminen tai siellä pysyminen	kuntoutustarpeen selvitys, kuntoutustutkimustyökokeilu, ammatillinen koulutus, ASLAK-kurssit, TYK-toiminta, psykoterapia
	<i>vaikeavammaiset</i>	työ- ja toimintakyvyn tukeminen	avo- ja laitospohjainen kuntoutus, apuvälineet opiskelussa ja työssä, koulutus, työhönvalmennus

### 3.1.1 Järjestämissuunnitelmat

Valtioneuvoston asetuksessa hoitoon pääsyn toteuttamisesta ja alueellisesta yhteistyöstä määrätään, että sairaanhoitopiirin kuntayhtymän ja sen kuntien on laadittava yhteistyössä terveydenhuollon palvelujen järjestämissuunnitelma<sup>28</sup>. Asetuksen mukaan sairaanhoitopiirin kuntayhtymä vastaa suunnitelman laatimisesta valtuustokausittain ja sen toteutumista arvioidaan vuosittain yhteistyössä alueen kuntien kanssa. Tarvittaessa suunnitelmaa muutetaan. Järjestämissuunnitelmassa tulee sopia mm. alueellisesta yhteistyöstä ja palvelujen yhteensovittamisesta sairaanhoitopiirin alueella sijaitsevien sairaaloiden, terveyskeskusten ja tarvittaessa muiden terveydenhuollon toimintayksiköiden kesken. Asetus määrää edelleen, että terveydenhuollon palvelujen yhteensovittamiseksi sairaanhoitopiirin kuntayhtymän ja sen alueen kuntien tulee erityisesti arvioida alueen laboratorio- ja kuvantamispalvelujen, lääkinnällisen kuntoutuksen sekä päivystys- ja ensihoidon palvelujen toiminnallinen kokonaisuus.

<sup>27</sup> Rissanen, Kallanranta, Suikkanen (toim.) 2008.

<sup>28</sup> 25.11.2004/1019.

Tarkastuksessa perehdyttiin 12 kuntayhtymän sairaanhoitopiirin terveydenhuollon järjestämissuunnitelmaan lääkinällistä kuntoutusta koskevilta osin<sup>29</sup>. Kyseiset osat suunnitelmista vaihtelivat niin laajuudeltaan kuin sisällöltäänkin merkittävästi. Lyhyimmillään lääkinällistä kuntoutusta käsiteltiin alle kymmenen riviä, pisimmillään peräti kahdeksan sivua.

Seitsemän suunnitelman lääkinällisen kuntoutuksen osuus oli puutteellinen eikä niiden voi katsoa täyttävän asetuksen määräystä arvioida lääkinällisen kuntoutuksen toiminnallinen kokonaisuus palvelujen yhteensovittamiseksi. Suuri osa tekstistä oli lainsäädännön, erityisesti lääkinällisen kuntoutuksen asetuksen asettamien vaatimusten referointia. Yleensä ainoa varsinaista toimintaa koskeva osuus liittyi apuvälineisiin, apuväline-toiminnan järjestämiseen, apuvälinekeskuksen perustamiseen tai sen toimintaperiaatteisiin. Satunnaisesti oli joitain yleisluontoisia ja hyvin suppeita kuvauksia toiminnan organisoinnista yleisemminkin tai kuntoutuksen tutkimuksen suunnitelmista. Yhdessä suunnitelmassa oli lisäksi sopimus (lausunto) siitä, miten lääkinällistä kuntoutusta tulevaisuudessa järjestetään.

Loput viisi suunnitelmaa olivat hyviä, asiasisällöltään riittäviä tai jopa laajoja. Suunnitelmien kuvaukset olivat sivumääräisesti pitkiä, muutamasta sivusta kahdeksaan sivuun. Sisältö oli suunnitelmissa ryhmitelty esimerkiksi nykytilan kuvaukseen ja tulevaisuuden suunnitelmiin tai toimintoperusteisesti kuten kuntoutustutkimukseen, terapiaan, apuvälinepalveluihin jne. Kuvauksissa kerrottiin toiminnan ongelmista, resursseista, työnjaosta ja vastuista sairaanhoitopiirissä sekä perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä, tutkimuksesta ja myös tulevaisuuden suunnitelmista. Laajimmassa järjestämissuunnitelmassa oli lueteltu eri toimintoista tulevaisuudessa toteutettavia kehittämistoimenpiteitä, suunnitelmaa oli tarkistettu ja täydennetty ja suunnitelman eri osioihin oli määritelty vastuuhenkilöt. Kyseisten viiden terveydenhuollon järjestämissuunnitelmien lääkinällisen kuntoutuksen kohtien voi katsoa täyttävän asetuksen määräykset.

Eräässä suunnitelmassa käsiteltiin erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon yhteistoiminnan parantamiseen tähtäävää kehittämishanketta. Siinä esitettiin, että jokaiseen terveyskeskukseen nimettäisiin kuntoutusyhdyshenkilö, joka seuraisi sairaanhoitopiirin kuntoutuksen yleislinjauksia ja informoisi omaa terveyskeskustaan tarpeiden mukaan. Lisäksi potilaan siirtyessä hoitopaikasta toiseen kuntoutussuunnitelma laadittaisiin yhteistyössä osallistuvien tahojen kanssa, jotta vastaanottavan tahon mah-

---

<sup>29</sup> Luettelo käytetyistä järjestämissuunnitelmista, ks. Lähteet.

dollisuus toteuttaa suunniteltu kuntoutus olisi riittävä ("saattaen vaihtamisen").

Apuvälinepalveluiden järjestämisen yhteydessä useassa järjestämissuunnitelmassa mainittiin tietojärjestelmäongelmat. Eri osapuolien käyttämät ohjelmistot eivät olleet keskenään yhteensopivia.

Asetus ei velvoita sairaanhoitopiirejä lähettämään järjestämissuunnitelmia sosiaali- ja terveysministeriöön, eikä niitä kaikkia sieltä ollutkaan saatavilla. Valvonnan ja ohjauksen kannalta tällainen velvoite saattaisi olla tarpeen.

### 3.1.2 Hoitoketjun toimivuus

Suomen terveydenhuoltojärjestelmässä keskeisessä asemassa, kuntalaista lähimpänä, on perusterveydenhuolto. Perusterveydenhuollon kuntoutusvalmiuksia on eri yhteyksissä epäilty. On mm. todettu, että perusterveydenhuollon resurssiongelmat ja akuuttien sairauksien hoito ja sen asettamat vaatimukset ovat olleet esteenä kuntoutuksellisen ajattelutavan kehittymiselle. Erikoissairaanhoidon on 1980-luvulta lähtien perustettu kuntoutustutkimusyksiköitä, jotka toimivat kuntoutuskeskusten, kuntoutusklินิกoiden tai kuntoutustutkimusyksiköiden nimellä. Nämä yksiköt ovat vaikiinnuttaneet asemansa, mutta ne eivät ole saaneet kuntoutuksen kentässä kuitenkaan koordinoivaa asemaa<sup>30</sup>.

Hiljattain peruspalveluministeri Paula Risikko totesi, että kuntoutuksen haasteet ovat pitkälti perusterveydenhuollossa, erikoissairaanhoidossa kuntoutus on toimivaa. Ministeri totesi ongelmaksi myös sen, että kuntoutusketju saattaa katketa asiakkaan siirtyessä perusterveydenhuollon piiriin<sup>31</sup>.

Kaksiportaisessa terveydenhuollon palvelujärjestelmässä potilaan siirtyessä perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä ilmenee monesti katkoksia tiedonkulussa ja epäselvyyttä hoitovastuusta. Nämä ongelmat koskevat myös lääkinnällistä kuntoutusta, mahdollisesti jopa suu-remmassa määrin kuin muuta terveydenhuoltoa.

---

<sup>30</sup> Ylinen 2006 (julkaisematon).

<sup>31</sup> Sosiaali- ja terveysministeriön tiedote 95/2009.

**Erikoissairaanhoito**<sup>32</sup>. Lääkinnällisen kuntoutuksen organisointitavat terveydenhuollossa voivat aiheuttaa tarkastushaastattelujen perusteella arvioiden toiminnallisia ongelmia. Kun kuntoutuja siirretään erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuoltoon, on riskinä esimerkiksi se, että perusterveydenhuolto ei kykene resurssiensa tai osaamisensa puutteiden vuoksi tarjoamaan sellaista lääkinällistä kuntoutusta kuin erikoissairaanhoidossa on kuntoutujalle suunniteltu.

Tarkastuksen erikoissairaanhoidon asiantuntijahaastatteluissa esitettiin varsin pessimistisiä näkemyksiä hoitoketjun toimivuudesta. Eräs haastateltava totesi, että hoitoketju toimii erittäin huonosti. Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon väliin jää ikään kuin kuilu ja hoitoketju katkeaa. Myös asenteiden katsottiin olevan kuntoutusta vastaan. Kuntoutus koetaan usein ikään kuin ylimääräiseksi palveluksi. Tämän seurauksena käytännön kuntoutus toteutuu hyvin vaihtelevasti.

Haastateltavien mielestä potilaalla tulisi olla selvillä seuraava kontaktipinta (perusterveydenhuollosta) ennen kuin hänet kirjataan ulos erikoissairaanhoidosta. Mikäli tällaista kontaktipintaa ei ole, seurauksena voi olla huonosti toteutettu kuntoutus, joka aiheuttaa lisäkustannuksia. Ongelmaksi todettiin sekin, ettei monesti ole selvää, missä sairauden jälkitiloja seurataan. Hoitovastuu muodostuu siis ongelmaksi, ei ole selvyyttä siitä, kuka vastaa tai kenelle asia kuuluu. Esimerkkinä mainittiin aivohalvauspotilaiden jatkokontrollit. Hoitoketjuja tulisi vielä kehittää ja perinpohjaista suunnittelua tarvittaisiin nykyistä enemmän. Epikriiseissä tulisi määritellä tarkkaan jatkohoito samoin kuin vastuukysymykset. Kuntoutuksen oikea-aikaisuuden kannalta on tärkeää, että potilasta ei siirretä liian aikaisin esimerkiksi perusterveydenhuoltoon.

Haastateltavien näkemyksen mukaan Lääkintöhallituksen lakkauttamisen jälkeen millään taholla ei ole ollut koordinoivaa roolia. Haastatteluissa toivottiinkin, että jollakin taholla olisi koordinoivastuu kuntoutuksesta, jotta tietty kuntoutushoidon taso voitaisiin varmistaa. Keskustelussa mainittiin mm. yliopistosairaalat. Asiantuntijat pitivät valitettavana myös sitä,

---

<sup>32</sup> *Tavanomaisten sairaanhoitopiirien lisäksi tarkastukseen sisältyi Kainuun maakunta -kuntayhtymä. Kainuussa sosiaali- ja terveystyöpalvelut, päivähoitoa lukuun ottamatta, ovat vuodesta 2005 lähtien olleet yhteistä maakunnallista toimintaa. Erikoissairaanhoito, perusterveydenhuolto sekä sosiaalitoimi on hallinnollisesti yhdistetty. Toiminta on jaettu elinkaarimalliin ja järjestetty lähi-, seudullisiksi ja maakunnallisiksi palveluiksi. Asiantuntijanäkemyksen mukaan kyseisessä mallissa kehittäminen ja toimintojen järjestäminen on helpompaa kuin normaaleissa sairaanhoitopiireissä. Lisäksi malli on joustavoittanut päätöksentekoa. Kainuun maakunta-kuntayhtymä -malli on kokeilussa vuoteen 2012 asti.*



ettei terveydenhuoltolakiehdotuksessa ole lisätty koordinoitavuutta mil-  
lekään taholle.

Kaikissa keskussairaaloissa ei ole varsinaista kuntoutusosastoa tai vaati-  
van kuntoutuksen klinikkaa. Haastateltujen asiantuntijoiden mielestä täl-  
lainen olisi tarpeen kuntoutuksen organisoinnin kannalta. Osaston tulisi  
olla myös riittävän suuri kooltaan ja toiminnaltaan, jotta kuntoutusammattaitoa voidaan ylläpitää ja kehittää. Esimerkkinä mainittiin jälleen aivo-  
vammapotilaat, joiden hoito saattaa monessa tapauksessa heikentyä olen-  
naisesti heidän siirtyessä pois erikoissairaanhoidon vastuulta. Peruster-  
veydenhuollon osaamis- ja resurssipulan vuoksi kuntoutustoiminnassa  
tärkeä moniammatillisuus ei toteudu niin hyvin kuin pitäisi.

Ongelmaksi koettiin joissain tapauksissa kiire erikoissairaanhoidossa.  
Usein terveyskeskuksissa toivotaan hyvää ohjeistusta kuntoutuksesta eri-  
koissairaanhoidon jälkeen (kuntoutussuunnitelma), mutta kaikki alat eri-  
koissairaanhoidossa eivät tällaiseen ehdi paneutua. Erikoissairaanhoidon  
loppulauseunnot eivät olekaan aina riittävän selkeitä perusterveydenhuol-  
lolle. Tilanne hankaloittaa perusterveydenhuollon tehtävää etenkin kun  
asiantuntemus on usein puutteellista. Sairaaloissa annetaan monen asian-  
tuntijan mukaan jopa katteettomia lupauksia osin siksi, ettei selvitetä mitä  
palveluja kuntoutujan kotikunnassa on tarjolla. Tilanne on haastateltavien  
mielestä valitettava, sillä kuntoutus on kuitenkin halpa ja kannattava jatko  
hoidolle.

65 vuotta täyttäneiden vaikeavammaisten tilanne nousi haastatteluissa  
toistuvasti ja voimakkaasti esiin. Tämän ikäisenähän, kuten edellä todet-  
tiin, vaikeavammaisen henkilö siirtyy Kansaneläkelaitoksen vastuulta  
kunnalliseen terveydenhuoltoon. Toiminta on asiantuntijanäkemyksen mu-  
kaan kirjavaa ja palvelujen taso monesti heikkenee verrattuna aiempaan,  
Kansaneläkelaitoksen rahoittamaan kuntoutukseen. Tässäkin väestöryh-  
mässä erilaiset kuntoutusta vaativat ongelmat yleensä kuitenkin lisäänty-  
vät ikääntymisen myötä, joten siirto kunnallisen terveydenhuollon piiriin  
on ajallisestikin huono. Yleinen näkemys haastatteluissa oli, että tässä  
vaiheessa vaikeavammaisista ei tulisi siirtää terveydenhuollon vastuulle. Ti-  
lanteen ratkaisuksi esitettiin vastuun siirtämistä vaikeavammaisten kun-  
toutuksesta Kansaneläkelaitokselle kokonaan<sup>33</sup>.

**Perusterveydenhuolto.** Perusterveydenhuollon järjestämistavat kuntien  
välillä vaihtelevat suuresti, sillä kunnilla on vapaus päättää toiminnan jär-  
jestämistavasta. Vaihtoehtoisia tapoja on esimerkiksi tuottaa palvelut kun-  
nan omana toimintana, kuntayhtymän kautta sekä ostopalveluina. Tarkas-  
tuksen kyselyyn vastanneiden joukossa yleisin tapa oli organisoida kun-

---

<sup>33</sup> Tällä hetkellä asiaa selvitetään osana Sata-komitean työtä.

toutuspalvelut muun terveydenhuollon ohella kunnan omana toimintana. Yleisiä olivat myös kuntayhtymien kautta tehdyt järjestelyt. Ostopalveluita käytettiin yleisesti kunnallisia tai kuntayhtymän palveluita täydentämissä.

Tarkastuksen kyselyaineiston perusteella ei ole arvioitavissa miten terveydenhuollon järjestämistapa vaikuttaa kuntoutuspalveluihin. Myöskään erikoissairaanhoidon edustajien haastatteluissa asiaa ei arvioitu. Eräs erikoissairaanhoidon edustaja kuitenkin arvioi, että kuntoutuspalveluissa pienten kuntien tilanne on vaikein. Tarkastukseen vastanneista perusterveydenhuollon edustajista neljännes oli yli 50 000 asukkaan kunnista, vajaa 30 prosenttia 20 000–50 000 asukkaan, neljännes 10 000–20 000 asukkaan, kuudennes 5 000–10 000 asukkaan ja loput viisi prosenttia alle 5 000 asukkaan kunnista.

Kyselyyn vastanneista perusterveydenhuollon edustajista yli puolet katsoi, että lääkinnällinen kuntoutus on hoitoketjussa huomioitu erittäin hyvin tai hyvin. Tyydyttävänä tilannetta piti reilu kolmannes vastaajista. Vain alle kolme prosenttia katsoi, että lääkinnällisen kuntoutuksen asema hoitoketjussa on huono. Loput eivät osanneet arvioida tilannetta.

Viidennes vastaajista katsoi, että erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välillä ei esiinny juuri koskaan epäselvyyttä lääkinnällisen kuntoutuksen hoitovastuusta. Vajaa kaksi kolmasosaa oli sitä mieltä, että epäselvyyttä ilmenee ainakin joskus. Loput, miltei kuudennes vastaajista, katsoi, että epäselvyyttä ilmenee melko usein. Silti peräti kolme neljästä piti lääkinnällistä kuntoutusta toimivana osana sairauden jälkeistä hoitoa. Loppu neljännes kertoi tilanteen vaihtelevan.

Perusterveydenhuollon edustajilta tiedusteltiin, minkälaisia ongelmia tyypillisesti esiintyy, kun potilas siirtyy erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuoltoon. Varsin voimakkaasti esiin nousivat ne ongelmat, jotka seuraavat siitä, että kuntoutussuunnitelma tehdään erikoissairaanhoidossa ilman perusterveydenhuollon konsultointia, vaikka toteutus ja toteutuksen resursointi on perusterveydenhuollon vastuulla. Vastauksissa valitettiin sitä, että erikoissairaanhoidossa ei suunnitelmia tehtäessä huomioida perusterveydenhuollon kuntoutusresursseja, jolloin potilaalle luvataan liikaa. Perusterveydenhuollossa joudutaankin usein osaamisen ja resurssien takia "uudelleenarvioimaan" kuntoutussuunnitelmaa, eli käytännössä karsimaan alkuperäisen suunnitelman esityksiä. Ymmärrettävästi potilas tällaisessa tilanteessa pettyy. Tosin uudelleenarviointien todettiin joissain tapauksissa johtuvan siitä, että perusterveydenhuollossa tunnetaan potilaan tilanne paremmin. Tällaisista ongelmista huolimatta perusterveydenhuollossa katsottiin, että kuntoutujan tarpeisiin kyetään vastaamaan, kun hän siirtyy erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuoltoon. Yli puolet oli sitä mieltä,

että tarpeisiin kyetään vastaamaan aina tai lähes aina ja miltei kaikki lo-puistakin oli sitä mieltä, että tarpeisiin kyetään vastaamaan useimmiten.

Sellainen toimintamalli, jossa suunnitelma tehdään erikoissairaanhoidossa ja se toteutetaan perusterveydenhuollossa saattaa aiheuttaa toisinaan erikoisia tilanteita. Eräässä vastauksessa kerrottiin, että sairaanhoitopiiri saattaa siirtää kuntoutusvastuun perusterveydenhuoltoon muun hoitovastuun pysyessä erikoissairaanhoidossa. Menettelyn syyksi kyseiselle perusterveydenhuollon edustajalle oli kerrottu erikoissairaanhoidon resurssipu-la.

Vastauksissa kerrottiin myös, että erikoissairaanhoidosta saman sairaalan eri osastoilta saattaa tulla hyvin eritasoisia kuntoutussuunnitelmia. Tilanteen korjaamiseksi kaivattiin koulutusta ja valtakunnallista ohjeistusta.

Perusterveydenhuollon edustajien vastauksista toisaalta ilmenee, että joissain tapauksissa perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välistä hoitovastuuta on pohdittu ja suunniteltu yhteistyössä. Esimerkiksi konsultointia ja yhteydenpitoa oli harjoitettu.

Hoitoketjussa ilmeni muitakin ongelmia. Tiedon välittymistä moitittiin samoin kuin jatkohoitoviivettä ja kuntoutuksen oikea-aikaisuutta. Osasyynä näihin oli resurssipu-la ja jossain tapauksissa myös se, ettei palveluja ollut ylipäättään saatavissa (esimerkiksi haja-asutusalueilla). Vastauksissa kerrottiin myös perusterveydenhuollon tietotaidon riittämättömyydestä joissakin tapauksissa. Samoin hoitovastuu vaikutti joissain tilanteissa epäselvältä.

Perusterveydenhuollon vastaajista reilu kymmenen prosenttia katsoi, että erikoissairaanhoidon tulisi aktiivisesti ohjata perusterveydenhuoltoa lääkinnällisessä kuntoutuksessa. Lähes puolet toivoi ohjausta joskus ja vajaa kolmannes ei sitä kaivannut ollenkaan. Usein toivottu ohjaus oli koulutusta tai mahdollisuutta konsultoida erikoissairaanhoidoa tarvittaessa. Apuvälinehuollon osalta toivottiin usein myös yhteistyötä tai ohjausta. Vastauksissa epäiltiin myös, että erikoissairaanhoidon ohjaus tulisi vain lisäämään kuluja ilman huomattavaa parannusta kuntoutujien asemassa. Tämän näkemyksen mukaan kuntoutus tulisi toteuttaa yhteistyössä ja päätösten tulisi olla sidottuja käytettävissä olevaan rahamäärään.

### 3.1.3 Apuvälinepalvelut

Lääkinnällisen kuntoutuksen apuvälinepalvelut ovat osa kansanterveyslaissa ja erikoissairaanhoidolaissa tarkoitettua sairaanhoitoa. Näin ollen niiden pääasiallinen järjestämisvastuu on kunnallisella terveydenhuollolla. Apuvälinepalvelut ovat keskeinen osa lääkinnällisen kuntoutuksen palvelujärjestelmää.

Apuvälineiden tarkoituksena on tukea henkilöä, jonka toimintakyky on esimerkiksi sairauden, ikääntymisen tai vamman seurauksena heikentynyt. Väestön ikääntyminen tulee lähivuosina ja -vuosikymmeninä johtamaan apuvälineiden tarvisijoiden määrän selvään lisääntymiseen. Perusterveydenhuollossa on lähinnä liikkumisen ja muiden päivittäisten perustoimintojen apuvälineitä kun taas erikoissairaanhoidossa valikoima on laajempi. Keskussairaaloissa erikoisaloilla on omat erityisapuvälineensä ja lisäksi useimmiten keskussairaaloissa on apuvälineyksikkö ja kommunikaatiokeskus. Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon työnjako vaihtelee sairaanhoitopiireittäin. Kansaneläkelaitos vastaa työssä ja opiskelussa tarvittavista vaativista apuvälineistä<sup>34</sup>. Koska lainsäädäntö ei yksityiskohdaisesti määrää miten apuvälinepalvelut tulee järjestää, järjestämistavat vaihtelevat kunnittain.

Stakesin (Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimus- ja kehittämiskeskus, nykyisin osa Terveyden ja hyvinvoinnin laitosta) vuonna 2000 tekemässä selvityksessä havaittiin suuria eroja yksikköjen välillä niissä käytännöissä, joiden perusteella apuvälineitä luovutettiin tarvisijoiden käyttöön<sup>35</sup>. Tämä koski niin terveyskeskuksia kuin keskussairaaloitakin. Selvityksessä todettiin myös, että apuvälinerekisterit olivat puutteellisia. Apuvälinepalveluita kehittämään laadittiin vuonna 2003 Apuvälineiden laatusuositus<sup>36</sup>, jonka pääkohdat ovat seuraavat:

1. Palvelujen tulee olla joustavia ja saumattomia.
  - Apuvälineen tarvisijan tulee saada palvelut nopeasti ja vaivattomasti eikä hänen tarvitse selvittää eri tahojen työnjakoa.
  - Apuvälinetoiminnan tulee olla asiakaslähtöistä, tehokasta, oikea-aikaista, suunnitelmallista ja ammattitaitoista.
  - Sairaanhoitopiirien tulee tehdä alueellinen suunnitelma, joka sisältää mm. työn- ja vastuunjaon, yhteishankintamenettelyn, apuvälineiden hallinnan tietojärjestelmän, varastoinnin, henkilöstön määrän ja koulutustason, tiedottamisen ja suunnitelman.
2. Apuvälinetoiminnan tulee olla käyttäjälähtöistä.
  - Ongelmatilanteet ratkaistaan nopeasti ja tarvittaessa henkilö ohjataan muihin palveluihin.
  - Asiakasyhteistyöryhmät ja -toimikunnat käsittelevät tarvittaessa apuvälineisiin liittyviä periaatekysymyksiä.
3. Apuvälinetoiminnan laadun takaa ammattitaito ja osaaminen.
4. Apuvälineistä tulee tiedottaa kuntalaisille.

---

<sup>34</sup> Rissanen, Kallanranta, Suikkanen (toim.) 2008.

<sup>35</sup> Töytäri 2001. Vastaava selvitys tehtiin myös vuonna 1994.

<sup>36</sup> Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimus- ja kehittämiskeskus 2003.

Laatusuosituksessa todetaan seurannasta ja arvioinnista mm. myös niin, että toiminnassa tulisi ottaa huomioon apuvälinepalveluja kuvaavat tilastot ja apuvälineiden käytön seuranta.

Vuonna 2006 apuvälinepalveluista tehtiin jälleen selvitys, jossa verrattiin sen hetkistä tilannetta vuoden 2000 tilanteeseen<sup>37</sup>. Selvityksessä todettiin, että apuvälineiden saatavuus oli kohentunut, terveyskeskukset ja keskussairaalat luovuttivat vuonna 2006 useammin käyttöön lähes kaikkia selvityksessä kysytyjä apuvälineitä kuin vuonna 2000. Apuvälinepalveluihin pääsi vuonna 2006 kohtuujassa eikä terveydenhuollon hoitotakuun ylittäviä jonoja juuri ollut.

Rahaa apuvälineisiin käytettiin aiempaa enemmän. Erot yksiköiden käyttämissä rahamäärissä asukasta kohden olivat kuitenkin huomattavat, joidenkin terveyskeskusten välillä ero oli yli kymmenkertainen. Keskussairaaloidenkin välillä ero saattoi olla kaksinkertainen. Lisääntyneestä rahankäytöstä huolimatta kolmannes terveyskeskuksista ja keskussairaaloista kertoi, että apuvälineisiin käytettävissä olleet määrärahat olivat liian pienet. Selvityksessä todetaan, että hankintamäärärahojen käyttöä voidaan tehostaa alueellisesti toteutetuilla apuvälineiden hankintakilpailuilla ja organisaatioiden välisillä kierrätyksillä. Edellytyksenä ovat yhtenäiset apuvälinealuokitukset sekä tietojärjestelmät. Selvityksessä kuitenkin todetaan apuvälineitoiminnan epäyhtenäinen tilastointi. Luovutettujen apuvälineiden määrää tai niitä saaneiden henkilöiden määrää ei tiedetty puolessa terveyskeskuksista ja kolmanneksessa keskussairaaloista.

Selvityksessä ilmeni apuvälinealalla työskentelevien määrissä ja osaisissa puutetta. Keskussairaaloissa tyytymättömyys henkilöstön vähyyteen oli kolminkertaistunut vuodesta 2000 vuoteen 2006. Ongelmiksi koettiin myös apuvälineiden huono tuntemus ja vaikeus pysyä teknisen kehityksen mukana. Myös toimintaan tarkoitettuja tiloja pidettiin puutteellisina. Rekisterijärjestelmissä sekä luokituksissa oli kehittämisen varaa; terveyskeskuksissa ja keskussairaaloissa oli käytössä useita erilaisia sähköisiä apuvälineiden rekisterijärjestelmiä. Terveyskeskuksista noin joka kymmenellä ei ollut käytössään sähköistä apuvälinerekisteriä.

Selvityksessä todetaan, että suurin osa sairaanhoitopiireistä on toteuttanut tai on toteuttamassa laatusuosituksen tavoitteita alueellisin kehittämishankkein. Alueellinen apuvälinekeskus yhtenäistää keskussairaalan ja terveyskeskusten toimintatapoja ja saatavuuseriaatteita, ja tämä taas parantaa apuvälineiden tarvitsijoiden keskinäistä tasa-arvoa. Synergiaetuja ja kustannussäästöjä olisi saatavissa yhteishankinnoilla ja kierrätyksellä. Selvityksen mukaan apuvälineprosessi toimi sekä terveyskeskuksissa että

---

<sup>37</sup> *Töytäri 2007.*

keskussairaaloissa pääsääntöisesti hyvin tai erittäin hyvin. Heikoimmaksi kohdaksi arvioitiin seuranta.

**Erikoissairaanhoito.** Ylilääkäreiden haastatteluissa apuvälinepalveluiden tasoon suhtaudutaan varovaisen positiivisesti. Alueelliset apuvälinekeskukset ovat parantaneet potilaiden asemaa ja niiden avulla on saatu aikaan apuvälineiden tehokkaampaa käyttöä. Haastatteluissa kuitenkin kerrottiin suurista eroista hankintamäärärahoissa ja perusterveydenhuollon ongelmista. Kaikissa haastatelluissa sairaanhoitopiireissä apuvälinetoiminta ei ollut keskitettyä. Erikoissairaanhoidon asiantuntijat toivoivat myös tarkempaa apuvälinepalveluita koskevaa lainsäädäntöä.

**Perusterveydenhuolto.** Arviot apuvälinepalveluista olivat samanlaisia niin perusterveydenhuollossa kuin erikoissairaanhoidossakin. Monessa vastauksessa kerrottiin apuvälinepalveluiden olevan toimiva osa lääkinnällistä kuntoutusta. Vaikka osa vastaajista kertoi, ettei koordinaatiota tai alueellista apuvälinekeskusta ollut, suurimmalla osalla jonkunlainen yhteistoiminnan muoto löytyi ja sen toimintaan oltiin pääasiassa tyytyväisiä. Perusterveydenhuollossa yhteistoiminta apuvälinepalveluissa toteutui monella eri tavalla: kirjallisena ohjeistuksena, alueellisina apuvälinekeskuksina (erikoissairaanhoidon alaisuudessa), yhteisinä kriteereinä apuvälineiden käytöstä ja huollosta, apuvälineiden yhteishankintana jne. Jos apuvälinekeskusta tai muuta yhteistyötä ei ollut, vastauksissa todettiin usein, että sellaiselle olisi tarvetta.

Sekä erikoissairaanhoidon haastattelujen että perusterveydenhuoltoon suunnatun kyselyn perusteella muodostui sellainen vaikutelma, että apuvälinepalvelut ovat yksi lääkinnällisen kuntoutuksen toimivimmista osista. Eräs tarkastuksessa haastateltu asiantuntija totesikin, että lääkinnällisen kuntoutustoiminnan kokonaisuudessa nimenomaan apuvälinepalvelut ovat kehittyneet viime aikoina eniten.

### 3.1.4 Yhteistoiminta

Lääkinnällisestä kuntoutuksesta on siis erotettu lainsäädännöllisesti eräitä osia, jotka on määrätty Kansaneläkelaitoksen järjestettäväksi. Kansaneläkelaitoksen vastuulla ovat alle 65-vuotiaat vaikeavammaiset ja lisäksi Kansaneläkelaitoksen tulee järjestää harkinnanvaraisena lääkinnällistä kuntoutusta. Harkinnanvaraisesta kuntoutuksesta Kansaneläkelaitos tekee varojenkäyttösuunnitelman kolmeksi vuodeksi kerrallaan. Esimerkiksi ASLAK-kuntoutus sekä viime vuosina yhä enemmän psykoterapia ovat saaneet Kansaneläkelaitoksen harkinnanvaraista rahoitusta. Kansaneläke-

laitoksen roolia lääkinnällisen kuntoutuksen toimijana kritisoitiin, mutta sitä myös kiiteltiin tarkastuksen asiantuntijahaastatteluissa<sup>38</sup>.

Eräänä ongelmana pidettiin kuntoutuksen alkamisen viivästymistä. Kansaneläkelaitoksen prosesseja pidettiin monimutkaisina ja niiden katsottiin kestävän liian kauan, minkä seurauksena kuntoutus ei ala ajoissa. Kuntoutuksessa oikea-aikaisuus on keskeistä, sillä kuntoutuksen vaikuttavuus riippuu olennaisesti siitä, että kuntoutus aloitetaan mahdollisimman varhain. Oikea-aikaisuus on siis yksi vaikuttavan kuntoutuksen keskeisistä edellytyksistä.

**Erikoissairaanhoido.** Haastatteluissa toivottiin enemmän yhteistyötä Kansaneläkelaitoksen kanssa. Esimerkiksi asiakastapauksiin liittyviä neuvottelukontakteja kuntoutussuunnitelman laadinnan yhteydessä kaivattiin. Haastatteluissa tuotiin esiin, että Kansaneläkelaitokseen on vaikea saada joissain tapauksissa puheyhteyttä. Toivottiin myös nykyistä kiinteämpää ilmoituskäytäntöä Kansaneläkelaitoksen asettamista uusista, terveydenhuollon kuntoutustoimintaan vaikuttavista käytännöistä. Tiiviimpää yhteistyötä toivottiin myös siksi, että terveydenhuollossa monin paikoin tunnetaan huonosti lakisääteinen työnjako terveydenhuollon ja Kansaneläkelaitoksen kuntoutusvelvoitteiden suhteen. Asiantilaa kohentamaan toivottiin yhteistyöelintä, jossa kuntoutussuunnitelmia voitaisiin arvioida. Todettiin, että tätä voitaisiin tehdä myös asiakasyhteistyöryhmässä.

Toisaalta haastatteluissa kiiteltiin yhteistyön kehittyneen toimivammaksi Kansaneläkelaitoksen kanssa ja sen roolia pidettiin tärkeänä kuntoutuspalvelujen hankinnassa.

Kelan toimintaa haastateltavat pitivät liian etäisenä, irrallaan terveydenhuollosta olevana. Useat haastatellut asiantuntijat eivät nähneet järkevänä, että kuntoutus on organisoitu nykyisen kaltaisella tavalla. Haastatteluissa kritisoitiin erityisesti vaikeavammaisten kuntoutuksen järjestelyä. Ongelmia niin rahoituksessa kuin hoitoketjussakin seuraa, mikäli lainsäädännöllä eriytetään jokin osa hoitoketjusta pois. Vaikeavammaisten lääkinnällisen kuntoutuksen järjestämistapaa kuvattiin poikkeavaksi muuhun terveydenhuoltoon verrattuna. Vaikeavammaisuuden määrittelyä pidettiin tulokinnanvaraisena, mistä seuraa epäselvyyksiä hoidon järjestämisvastuusta. Haastatteluissa pidettiin tärkeänä, että kuntoutusta järjestettäisiin yhdenmukaisilla perusteilla maan eri osissa. Palveluiden laajuus ja taso olisi hyvä turvata 65 ikävuoden täyttämisen jälkeenkin. Käytännössä tämä merkitsisi Kansaneläkelaitoksen järjestämisvastuun jatkamista.

---

<sup>38</sup> *Rahoituksen monikanavaisuuden ongelmia on käsitelty luvussa 3.3.2, psykoterapiaa puolestaan mielenterveyskuntoutusta käsittelevässä luvussa 3.4.*

Haastatteluissa kritisoitiin lisäksi Kansaneläkelaitoksen standardeja ja kilpailutusstrategiaa. Moitteita kohdistettiin lisäksi kuntoutuslaitoksissa tapahtuvaan kuntoutukseen. Sitä pidettiin vaikuttavuudeltaan heikkona<sup>39</sup>.

**Perusterveydenhuolto.** Perusterveydenhuollossa suhtautuminen Kansaneläkelaitoksen rooliin lääkinnällisen kuntoutuksen järjestäjänä yhdessä terveydenhuollon kanssa oli positiivisempi kuin erikoissairaanhoidossa. Useasti esitettiin se käsitys, että ilman Kansaneläkelaitosta jotkin kuntoutujaryhmät jäisivät ilman tarvitsemaansa kuntoutusta. Vastauksissa todettiin myös, että Kansaneläkelaitoksen kuntoutuskriteerit tasa-arvoistavat kansalaisia, koska kuntoutuksen saanti ei riipu asuinkunnan taloudellisesta tilanteesta. Erityisesti kiitettiin sitä, että vaikeavammaisten lääkinnällinen kuntoutus on määrätty Kansaneläkelaitoksen vastuulle.

Vaikeavammaisten lääkinnälliseen kuntoutukseen liittyi myös suurin kritiikin kohde, joka oli sama kuin muidenkin tarkastuksessa haastateltujen asiantuntijoiden. Vaikeavammaisen siirtyminen 65 vuoden iässä terveydenhuollon vastuulle nähtiin sekä henkilön itsensä että terveydenhuollon kannalta huonona asiana. Vaikeavammaisen palvelut monesti heikenevät, koska kunnilla ei ole samanlaisia resursseja kuin Kansaneläkelaitoksella. Kunnan kannalta taas tilanne on hankala resurssien ja osaamisenkin takia. Vastauksissa mainittiin, että usein 65-vuoden ikärajan ylittänyt vaikeavammaisen tulee kunnallisen terveydenhuollon vastuulle yllättäen eli tilannetta ei osata tai kyetä ennakoimaan.

Toisaalta vastauksissa arveltiin yleisesti Kansaneläkelaitoksen kriteerien tiukentuneen ja niiden soveltamista pidettiin epäyhtenäisenä. Byrokratiaa pidettiin kankeana ja moitittiin erityisesti sitä, että kuntoutuspäätöksen saaminen saattaa kestää vuodenkin. Tänä aikana kuntoutuja on perusterveydenhuollon vastuulla.

Vastauksessa todettiin yhteistyön Kansaneläkelaitoksen kanssa sujuvan ja kiitettiin sitä, että Kansaneläkelaitoksella on asiantuntemusta sekä hyvät resurssit erityisesti vaikeavammaisten lääkinnällisen kuntoutuksen järjestämiseen. Muutamassa vastauksessa todettiin, että jos kuntoutus olisi täysin kuntien vastuulla, olisi lopputulos huonompi resurssipulan vuoksi. Vaikka useat katsoivat yhteistyön sujuvan, myös sen puutetta tai huonoa toimivuutta kritisoitiin.

---

<sup>39</sup> *Kuntoutuksen vaikuttavuutta, myös ASLAK-kursseja on käsitelty luvussa 3.5.4. Kuntoutusasiain neuvottelukunnan toimeksiannosta tehdään parhaillaan kuntoutuslaitosselvitystä. Selvitysmiehet jättävät kuntoutuslaitoksia koskevat kehittämissuosituksensa vuoden 2009 loppuun mennessä neuvottelukunnalle.*



## 3.2 Kuntoutuksen ohjaus

Eri tasoilla ja tavoilla tapahtuva kuntoutuksen ohjaus on kuntoutuksen onnistumisen kannalta keskeisessä asemassa. Ohjauksen keskeisin väline on lainsäädäntö. Lainsäädännön lisäksi kuntoutustoimintaa ohjataan kuntoutuksen asiakasyhteistyön puitteissa paikallisesti, alueellisesti ja kansallisesti. Sosiaali- ja terveysministeriön yhteydessä toimiva Kuntoutusasiain neuvottelukunta toimii valtakunnallisena ohjauselimenä. Konkreettisen kuntoutustoiminnan tasolla kuntoutussuunnitelmat ovat tärkein kuntoutuksen ohjausväline.

Eräänlaisena ohjausvälineenä voidaan pitää myös kuntoutusselontekoja, joita valtioneuvosto on antanut eduskunnalle vuosina 1994, 1998 ja 2002. Esimerkiksi tuoreimmassa kuntoutusselonteossa on todettu kuntoutuksen kasvava merkitys pyrittäessä pitämään yllä työkykyä sekä tukemaan ikääntyneen väestön omatoimista selviytymistä. Selontekoon onkin kirjattu hallituksen tavoitteita kuntoutuksen kehittämiseksi 2000-luvun alkuvuosiksi.

### 3.2.1 Säädosohjaus

Sotien jälkeen ilmeni tarve huolehtia sodissa vammautuneista sekä saada heidät mahdollisuuksien mukaan työelämän pariin. Näiden päämäärien edistämiseksi säädettiin invalidihuoltolaki vuonna 1947. Kyseessä oli Suomen ensimmäinen kuntoutusta koskeva laki. Lakia muutettiin neljänkymmenen vuoden aikana useasti ja sen piiriin kuuluvien asiakasryhmien määrä kasvoi. Laki muuttui vuonna 1987 vammaispalvelulaksi.

Vuonna 1972 säädettiin kansanterveyslaki, jossa terveydenhuolto määrättiin järjestämään lääkinällistä kuntoutusta. Vuonna 1991 toteutettiin kuntoutusuudistus, jossa korostettiin kuntoutujan asemaa. Tällöin säädettiin kolme uutta lakia kuntoutuksesta, mm. kuntoutuksen asiakasyhteistyötä koskeva laki. Tätä lakia uudistettiin vuonna 2003. Vuonna 1991 annettiin myös asetus lääkinällisestä kuntoutuksesta.

Tällä hetkellä valmisteilla on uusi terveydenhuoltolaki, jossa kansanterveyslaki ja erikoissairaanhoidolaki yhdistetään. Lääkinällisen kuntoutuksen osalta merkittävin muutos on se, että lääkinällisen kuntoutuksen asetuksessa nykyisin oleva asiasisältö on sisällytetty lakiehdotukseen.

#### *Voimassa oleva lainsäädäntö*

Lääkinällistä kuntoutusta koskevaa voimassa olevaa lainsäädäntöä ja sen sisältöä on kuvattu luvuissa 2.2 ja 2.4. Kuten todettu, säädösten lääkinäll-

liselle kuntoutukselle asettamat velvoitteet ovat osin väljät. Lainsäädäntö mahdollistaa toisistaan poikkeavia tulkintoja siitä, mihin laki velvoittaa; minkälaisia palveluja, neuvontaa ja muita kuntoutukseen liittyviä toimenpiteitä terveydenhuollossa tulee tarjota. Lainsäädännön suurpiirteisyys koskee mm. kansanterveyslakia ja erikoissairaanhoidolakia. Sen sijaan laki Kansaneläkelaitoksen kuntoutusetuuksista ja kuntoutusrahaetuksista on yksiselitteisempi.

Väljä lainsäädäntö mahdollistaa eriävät tulkinnat lainsäädännön vaatimuksista esimerkiksi palvelujen laajuuden tai määrien suhteen. Tulkinnat lain vaatimuksista terveydenhuollolle, kuntoutus pitkälti mukaan lukien, tehdään pääasiassa kunnissa. Jos kunnan taloudellinen tilanne on kireä, käsitys siitä, mihin lainsäädäntö velvoittaa, saattaa poiketa huomattavasti vauraamman kunnan näkemyksestä. Asetuksessa lääkinnällisestä kuntoutuksesta säädetään että "lääkinnällisen kuntoutuksen palvelut järjestetään sisällöltään ja laajuudeltaan sellaisiksi kuin kuntoutuksen tarve kunnassa tai kuntainliiton alueella edellyttää".

**Erikoissairaanhoido.** Selvä enemmistö sairaanhoitopiirien asiantuntijoista ei pitänyt nykyistä lainsäädäntöä onnistuneena ja kuntoutusta tukevana. Haastatteluissa esitettiin mielipiteitä, että kuntoutus on nykyisessä lainsäädännössä huonosti määritelty ja että uusi laki (valmisteilla oleva terveydenhuoltolaki) ei ainakaan voi mennä huonompaan suuntaan. Sairaanhoidopiirien ylilääkäreiden haastatteluissa esitettiin näkemyksiä, että kuntoutusta koskevat säädökset ovat kovin pirstaleisena eri laeissa ja asetuksissa. Tämän seurauksena jotkut potilaat eivät saa sitä kuntoutusta, jota tarvitsisivat ja johon ovat oikeutettuja.

Haastatteluissa todettiin, että lain tulkinta vaihtelee eri organisaatioiden ja ammattihenkilöiden välillä. Yleisluonteinen lainsäädäntö saattaa siten aiheuttaa kansalaisten yhdenvertaisuusongelman. Lainsäädännöllä voi ohjata: tarkalla lainsäädännöllä saadaan tarkkaa toimintaa, väljällä lainsäädännöllä löysää toimintaa. Väljä lainsäädäntö johtaa "oikeuksiin paperilla".

Haastatteluissa tuotiin esiin mm. se, että lainsäädännön erillisyyden (kansanterveyslaki ja erikoissairaanhoidolaki) vuoksi perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välissä on kynnys, eräänlainen epäjatkuvuuden kohta. Tällä tarkoitettiin sitä, että potilaan siirtyminen erikoissairaanhoidon kuntoutuksesta perusterveydenhuollon kuntoutusvastuulle ei suju ongelmitta. Kuntoutuja saattaa kohdata erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon erillisyydestä johtuvia, kuntoutusta haittaavia tekijöitä.

Useimmat haastateltavat kuitenkin totesivat, että asetukset lääkinnällisestä kuntoutuksesta erittelee hyvin sen, mitä lääkinnälliseen kuntoutukseen terveydenhuollossa tulee sisältyä. Asetusta pidettiin lääkinnällisen kuntoutuksen kannalta erittäin merkittävänä ja eräs haastateltava kertoikin ve-

donneensa siihen resurssineuvotteluissa sairaanhoitopiirissään. Toisaalta huomautettiin, että asetukseen ei kuitenkaan sano sitä, missä määrin ja millä aikataululla kuntoutuspalveluja tulee tarjota. Aikataulullisesti hoitotakuu<sup>40</sup> on muuttanut tilannetta parempaan suuntaan, koska se koskee myös lääkinnällistä kuntoutusta.

Nykyisellä lainsäädännöllä oli kuitenkin puolustajansakin. Erään näkemyksen mukaan lainsäädäntö tukee tällä hetkellä kuntoutusta ja kuntien sekä Kansaneläkelaitoksen vastuut ovat selkeät. Toteutus on sen sijaan haastateltavan mukaan kirjavaa. Sama haastateltava kuitenkin katsoo, että vuonna 1991 voimaan tullut kuntoutuslainsäädäntö vieraannutti kuntoutuksen terveydenhuollosta. Vuosikymmenen alun lama pahensi tilannetta, säästöjen paineessa laki ei jalkautunut kentälle, eikä käytäntöjä ehtinyt muodostumaan.

**Perusterveydenhuolto.** Perusterveydenhuollolle lähetetyssä kyselyssä tiedusteltiin näkemyksiä siitä, miten voimassa oleva lainsäädäntö tukee lääkinnällistä kuntoutusta. Näkemys perusterveydenhuollon vastaajien parissa oli ehkä hieman positiivisempi kuin erikoissairaanhoidossa. Monet vastaajat katsoivat, että lainsäädäntö tukee ja ohjaa kuntoutusta hyvin tai kohtalaisesti. Lainsäädännöstä sanottiin mm., että se antaa kehikon ja selkeät rajat sekä tukea toiminnalle. Hyvänä pidettiin myös sitä, että nykylaki ajaa potilaan asemaa ja velvoittaa järjestämään palveluja. Lainsäädännön harmonisointia kuitenkin kaivattiin.

Enemmistön näkemys voimassa olevasta säädännöstä oli kuitenkin kriittinen. Lainsäädäntöä pidettiin monimutkaisena ja pirstaleisena, ja sen seurauksena kokonaisuus on vaikeasti hallittavissa. Lainsäädännön väljyyttä moitittiin myös ja todettiin se, että nykyisellä lainsäädännöllä voidaan perustella eritasoista toimintaa. Työnjaon selkeyttämistä toivottiin Kansaneläkelaitoksen ja kuntien terveydenhuollon välillä. Toimijoiden määrää pidettiin liian suurena. Lainsäädännön selkeyttämisen arvioitiin vähentävän riitatilanteita, mutta lakiuudistuksen positiivista vaikutusta myös epäiltiin.

### *Valmisteilla oleva terveydenhuoltolaki*

Sosiaali- ja terveysministeriössä on valmisteltu uutta terveydenhuoltolakia. Terveydenhuoltolaki yhdistäisi nykyisen kansanterveyslain ja erikoissairaanhoitolain. Tavoitteena on vahvistaa perusterveydenhuollon asemaa, tehostaa toimintaa, edistää kehittämistä ja parantaa terveystalouden saa-

---

<sup>40</sup> Laki kansanterveyslain muuttamisesta 855/2004 ja laki erikoissairaanhoitolain muuttamisesta 856/2004.

tavuutta. Pyrkimyksenä on myös parantaa perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteistyötä ja kaventaa sekä väestöryhmien että alueiden välisiä eroja<sup>41</sup>.

Tuleva laki on kuntoutuksen keskeisin ohjauskeino ja määrittää sitä, miten kuntoutus tulee lähivuosina kehittymään. Siten onkin tarpeen käsitellä tässä lakiehdotuksen sisältöä ja siitä esitettyjä näkemyksiä. Samalla on syytä pitää mielessä, että lain valmistelu on vielä kesken ja ehdotus tulee todennäköisesti joiltain osin vielä muuttumaan mm. saatujen lausuntojen pohjalta. Lakiehdotuksen tavoitteet, varsinkin yhteistyön parantaminen sekä alueiden ja väestöryhmien välisten erojen kaventaminen ovat myös kuntoutuksen kannalta tärkeitä tavoitteita.

Eduskunnan oikeusasiamies on antanut lausunnon terveydenhuoltolaki-työryhmän mietinnöstä<sup>42</sup>. Lausunnossaan oikeusasiamies toteaa, että ehdotus ei täsmennä lääkinällisen kuntoutuksen järjestämistä ja tehtäviä sekä vastuunjako. Oikeusasiamies toteaa, että lakiehdotukseen olisi perusteltua sisällyttää säännös erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon vastuunjaosta lääkinällisen kuntoutuksen järjestämisessä.

Myös keskussairaaloiden kuntoutusyksiköt ovat antaneet terveydenhuoltolakiehdotuksesta *lausunnon*<sup>43</sup> lakiesitystä valmistellelle työryhmälle. Lausunnon allekirjoittivat kuntoutusyksiköiden ylilääkärit sekä kuntoutussuunnittelijat. Ylilääkärit ovat lisäksi antaneet *kannanoton*<sup>44</sup> lakiehdotuksesta. Tarkastuksen haastattelukierroksella tiedusteltiin sairaanhoitopiirien ylilääkäreiden näkemyksiä lakiehdotuksesta<sup>45</sup>.

Lakiehdotuksen yleisperusteluissa käsitellään seikkaperäisesti lääkinällistä kuntoutusta. Selostuksessa todetaan hoitotakuun koskevan myös lääkinällistä kuntoutusta sekä kerrataan kuntoutussuunnitelman rooli. Perusteluissa kuvataan järjestämisvastuuta ja todetaan mm., että julkisen sektorin kuntoutuksen ja muiden toimijoiden välinen rajapinta on monimutkainen. Apuvälinepalveluita kuvataan niin ikään perusteellisesti.

Perusteluissa todetaan, että kuntoutukseen ohjautumista ja varhaista kuntoutuksen käynnistymistä on tehostettava. Edelleen todetaan, että epä-tietoisuus kuntoutuksen rahoittajasta sekä kuntoutujan siirtely toimijalta

---

<sup>41</sup> *Sosiaali- ja terveysministeriö 2008a.*

<sup>42</sup> *Lausunto terveydenhuoltolaki-työryhmän mietinnöstä 31.10.2008. Dnro 2645/5/08.*

<sup>43</sup> *Lausunto terveydenhuoltolaki-työryhmän mietinnöstä (2008:28) Keskussairaaloiden kuntoutusyksiköiden kannanotto.*

<sup>44</sup> *Keskussairaaloiden kuntoutusylilääkäreiden kannanotto valmisteilla olevaan terveydenhuoltolakiin 23.10.2007.*

<sup>45</sup> *Yhtä lukuun ottamatta kaikki haastatellut ylilääkärit olivat allekirjoittaneet mainitun lausunnon.*

toiselle luo tarvetta selkeyttää kuntoutuksen järjestämisvastuuta ja kuntoutuksen koordinaatiota.

Varsinaisen lakiehdotuksen lääkinällistä kuntoutusta koskevassa 39 pykälässä todetaan kuitenkin perusteluihin nähden lyhyesti kunnan, yhteistoiminta-alueen tai terveystoiminnan järjestämisvastuu silloin kuin se ei ole Kansaneläkelaitoksen tehtävä ja määritellään se, mitä lääkinälliseen kuntoutukseen kuuluu. Pykälässä todetaan, että kuntoutussuunnitelmassa määritellään potilaan lääkinällinen kuntoutus. Lisäksi viitataan lakiin kuntoutuksen asiakasyhteistyöstä.

Lakiehdotuksen 40 §:ssä säädetään ohjauksesta muuhun kuntoutukseen. Kuntoutujalle tulee antaa tietoja ja hänet ohjata muun kuntoutuksen piiriin, mikäli hänen kuntoutustaan ei ole säädetty kunnan tehtäväksi tai ei ole tarkoituksenmukaista hoitaa kansanterveystyönä kunnan, yhteistoiminta-alueen tai terveystoiminnan tehtävänä. Vastuunjaosta muiden kuntoutusta antavien tahojen kanssa määrätään potilaan yksilöllisessä kuntoutussuunnitelmassa. Pykälässä viitataan myös lakiin kuntoutuksen asiakasyhteistyöstä.

Kuntoutusylilääkäreiden *kannanotossa* korostetaan painokkaasti kuntoutuksen muuhun terveydenhuoltoon nähden heikkoa asemaa. Ylilääkäreiden mukaan lama-ajan säästötoimenpiteet aiheuttivat sen, että kuntoutus ei muodostunut kiinteäksi osaksi terveydenhuoltoa. Kuntoutus on ollut vuodesta 1984 lähtien terveydenhuollon lakisääteinen tehtävä. Säästötoimenpiteet 1990-luvun laman aikana sekä kuntoutuksen akuuttitoimenpiteisiin, sairaushoitoon, nähden alisteinen asema on ylilääkäreiden näkemyksen mukaan johtanut siihen, että kuntoutuksen puutteellinen järjestäminen on muodostunut vakiintuneeksi asiantilaksi. Kuntoutusta ei ole terveydenhuollossa suunniteltu ja johdettu osana muuta hoitoa.

Kansalaiset ovat ylilääkäreiden mukaan eriarvoisessa asemassa asuinpaikkansa perusteella, kuntoutuksen toteuttamistavat sekä resurssit vaihtelevat suuresti yksiköiden välillä. Tilannetta hankaloittaa perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon erillisuus. Ylilääkärit kirjaavat useita muitakin epäkohtia toiminnassa kuten kuntoutuksen alkuvaiheen viivästymisen ja ongelmalliset kuntoutusvastuut. Rahoituksen monikanavaisuus tuottaa myös ongelmia. Ylilääkärit katsovat lisäksi kannanotossaan, että Kansaneläkelaitoksen vaikeavammaisille järjestämä kuntoutus on vieraannuttanut terveydenhuoltoa kuntoutuksen vastuullisesta hoitamisesta.

Kannanoton mukaan suunnitelmallisuutta ja vastuullisuutta terveydenhuollon ja Kansaneläkelaitoksen välillä tulisi kehittää. Ylilääkärit esittävät, että keskussairaaloiden kuntoutustutkimusyksiköiden tai kuntoutusklinikoiden asiantuntemusta tulisi hyödyntää paremmin. Kannanotossa toivotaan, että terveydenhuollon kuntoutustehtävät ilmenevät uudessa

laissa selkeästi velvoitteina ja vastuina. Sisällön tulisi olla vähintään nykyisen asetuksen (asetus lääkinällisestä kuntoutuksesta) tekstin mukainen.

Lakiehdotusta koskevassa *lausunnossa* todetaan, että lakiehdotus noudattaa suunnilleen nykyisen lääkinällistä kuntoutusta koskevan asetuksen tekstiä. Lausunnossa esitetään lakiehdotukseen joitain lisäyksiä ja täsmennyksiä. Jokaisessa sairaanhoitopiirissä tulisi olla kuntoutuksen ylimmästä asiantuntemuksesta vastaava yksikkö, joka koordinoisi kuntoutusta ja ohjaisi terveydenhuollon yksiköitä. Lausunnossa todetaan, että mikäli koordinaatiota ei ole, seurauksena on palveluntarpeen kasvua ja kustannusvuotoja. Lausunnossa on myös tekstinlisäysehdotus, jossa kiinnitetään huomiota siihen, että lääkinällinen kuntoutus tulee järjestää yhdenvertaisesti asuinpaikkakunnasta riippumatta. Lisäyksessä korostetaan edelleen kuntoutussuunnitelman toteutumisen seuranta sekä kuntoutujan edistymisen seuranta.

**Erikoissairaanhoito.** Sairaanhoitopiireissä suoritetuissa haastatteluisa suhtautuminen lakiesitykseen oli samantyyppinen kuin lausunnossa. Useimmat haastateltavat pitävät terveydenhuoltolakiehdotusta parannuksena nykytilanteeseen. Positiivisena pidettiin sitä, että koko terveydenhuolto tulee yhteen lakiin. Sen sijaan tekstiä arvosteltiin ympäripyöreäksi ja niukaksi. Perusteluosioita pidettiin hyvänä, mutta itse tekstiä turhan lyhyenä.

Haastateltavien näkemyksen mukaan kuntoutuksessa tarvitaan keskussairaalatason ohjausta. Haastatteluisa ei tarkkaan osattu arvioida, millaiseksi käytännöt tulevat uuden lain aikana muodostumaan. Terveydenhuoltolain katsottiin kuitenkin parantavan kuntien asemaa.

### 3.2.2 Sosiaali- ja terveysministeriön rooli ja asiakasyhteistyö

Lakisääteinen yhteistyö kuntoutustoiminnassa sai alkunsa miltei 20 vuotta sitten, kun vuonna 1991 säädettiin laki kuntoutuksen asiakaspalveluyhteistyöstä. Lainsäädäntö uudistettiin Kuntoutusselonteko 2002:n pohjalta ja uusi laki kuntoutuksen asiakasyhteistyöstä tuli voimaan vuonna 2003. Uudistuksessa tähdennettiin yhteistyötä sekä asiakkaan ohjaamista palvelujen piiriin. Tarkoitus oli myös parantaa kuntoutujan asemaa, kun hänen kuntoutusasiaansa käsitellään<sup>46</sup>. Asiakasyhteistyön yhteistyöelimet koostuvat edellä lainsäädännön yhteydessä kuvatussa kolmiportaisesta viran-

---

<sup>46</sup> Rissanen, Kallanranta, Suikkanen (toim.) 2008 sekä HE 164/2002 vp.

omaisten ja muiden yhteisöjen ja laitosten muodostamasta organisaatiosta, jossa Kuntoutusasiain neuvottelukunta edustaa valtakunnallista tasoa, asiakasyhteistyötoimikunnat alueellista tasoa (sairaanhoidopiirit) ja asiakasyhteistyöryhmät paikallista tasoa (kunnat).

Asiakasyhteistyön organisaatorakenteesta esitettiin tarkastuksen asiantuntijahaastattelussa vaihtelevia mielipiteitä. Kun yksi piti kolmiportaista organisaatorakennetta hierarkkisena, oli se toisen mielestä toimiva. Asiantuntijayhteistyötä ja sitä varten luotua toimintarakennetta pidetään kentällä kuitenkin arvossa. Tämä ilmeni tarkastushaastattelussa, kun esille nousi Kuntoutusasiain neuvottelukunnan viime aikojen toiminta.

Stakes teki vuonna 2006 arviointitutkimuksen kuntoutuksen asiakasyhteistyölain vaikutuksesta (lain muutoksesta) kuntoutujan asemaan sekä paikallisten viranomaisten yhteistyöhön<sup>47</sup>. Arviointitutkimuksessa selvitettiin

1. minkälaisia edellytyksiä lainmukaiset muutokset tuottivat asiakkaan aseman paranemiseen ja osallistumisen lisäämiseen sekä paikallisen yhteistyön kehittämiseen
2. miten yhteistyön menetelmät olivat kehittymässä paikallisesti
3. minkälaiset kuntoutuksen kehittämisen kysymykset olivat ajankohtaisia paikallisella ja alueellisella tasolla
4. miten asiakasyhteistyöryhmät sijoituivat suhteessa muihin paikallisiin ja alueellisiin toimijoihin ja miten yhteistyö eri toimijoiden välillä oli kehittymässä.

Tutkimus suoritettiin asiakasyhteistyöryhmille ja asiakasyhteistyötoimikunnille suunnatulla kyselyllä, ryhmien tuottamalla seuranta-aineistolla, asiakashaastattelulla sekä arviointialoilla.

Tutkimustulosten mukaan lakimuutos on huomioitu kattavasti asiakasyhteistyöryhmien toiminnassa. Pääsääntöisesti uuden lain arvioitiin vaikuttaneen ryhmien toimintaan ja asiakkaan asemaan positiivisesti, mutta kolmannes vastanneista ei nähnyt lainmuutoksessa mitään vaikutuksia ryhmän toimintaan tai asiakkaan asemaan. Tutkimuksessa todetaankin, että asiakasyhteistyöryhmien toiminta on jatkunut pääpiirteissään hyvin samanlaisena koko niiden olemassaolon ajan vuodesta 1991. Niin asiakasyhteistyöryhmät kuin asiakasyhteistyötoimikunnatkin arvioivat silti uuden lain vaikutuksia myönteisesti, erityisesti asiakkaan aseman koettiin lainmuutoksen myötä kohentuneen. Yli puolet kyselyyn vastanneista piti asiakasyhteistyöryhmän toimintaa melko tärkeänä ja reilu kolmannes erit-

---

<sup>47</sup> *Sosiaali- ja terveysministeriö 2006b.*

täin tärkeänä kuntoutuksen asiakkaan kannalta. Kuntoutuksen yleisten asioiden kehittymisen kannalta ryhmiä ei koettu yhtä tärkeiksi.

Yhteistyötoimikunnissa ryhmien toiminta nähtiin vielä tärkeämpänä kuin itse ryhmissä. Peräti 82 prosenttia vastaajista arvioi ryhmien toiminnan olevan erittäin tärkeää kuntoutuksen yleisen kehityksen kannalta. Asiakkaan kannalta erittäin tärkeänä niiden toimintaa piti 55 prosenttia.

Kyselyyn vastanneista yhteistyötoimikunnan edustajista kolmannes katsoi, että Suomessa on valtakunnallista kuntoutuspolitiikkaa, joskin hajanaista tai teorian tasolla, kolmannes katsoi, ettei maassa ole kuntoutuspolitiikkaa ja kolmannes ei osannut ottaa asiaan kantaa. Tukea toiminnalleen toimikunnat olivat saaneet ensisijaisesti Kuntoutusasiain neuvottelukunnasta ja sen järjestämistä tilaisuuksista. Alueellista tukea oli epätasaisesti, toisilla alueilla oli, toisilla ei. Tukea oli tullut lähinnä lääninhallituksista, sairaanhoitopiireistä ja TE-keskuksista. Kuntoutusasiain neuvottelukunnan toivottiin jatkavan neuvottelu- ja koulutuspäivien järjestämistä entiseen tapaan.

Kuntoutujan osallistuminen asiansa käsittelyyn oli tutkimuksen mukaan lisääntynyt. Tämä olikin yksi lakiuudistuksen tavoitteista. Lähes 70 prosenttia ryhmistä ilmoitti seuraavansa asiakasasioita melko säännöllisesti. Tutkimuksessa kuitenkin todettiin, että asiakasyhteistyöryhmien rooli kuntoutusyhteistyön kehittäjänä vaihtelee hyvinkin aktiivisesta passiiviseen. Arviointitutkimuksen mukaan heikoimmin uuden lain mukaisista muutoksista oli toteutunut asiakkaan yhteyshenkilön nimeäminen ja asiakkaan yksilöllisten tarpeiden huomioon ottaminen.

Tutkimuksessa havaittiin, että lakiuudistusta enemmän paikalliseen kuntoutusyhteistyöhön ja palveluverkoston toimintaan vaikuttaa kunta- ja palvelurakennemuutostukseen liittyvät kuntaliitokset sekä seutukunnallistuminen. Tämä on huomionarvoinen havainto. Kuntoutuksen kehityksen kannalta kuntaliitosten vaikutusta ja niihin varautumista saattaisi olla syytä tutkia tarkemminkin<sup>48</sup>.

### *Sosiaali- ja terveysministeriön ohjaus ja asiakasyhteistyö valtakunnallisella tasolla*

Lääkintöhallitus ohjeisti tarkasti kuntoutusta vuodesta 1984 vuoteen 1991. Vuonna 1991 Lääkintöhallitus lakkautettiin ja säädettiin kuntoutusta järjestävien tahojen toimintaa koskeva lainsäädäntö. Lääkintöhallituksen lakkauttamisen jälkeen kuntoutuksen ohjaus muuttui. Sosiaali- ja ter-

---

<sup>48</sup> *Kuntaliitosten vaikutusta kuntoutustoimintaan käsitellään tarkemmin luvussa 3.5.1.*



veysministeriön vastuualueisiin kuuluu valtakunnallisella tasolla ohjata myös lääkinnällistä kuntoutusta. Tällä hetkellä ministeriön kuntoutuksen ohjauksen keinot ovat säädösohjausta lukuun ottamatta melko vähäiset.

Sosiaali- ja terveysministeriön yhteydessä toimii Kuntoutusasiain neuvottelukunta, joka on kuntoutusta järjestävien tahojen valtakunnallinen yhteistyöelin. Kuntoutusasiain neuvottelukunnan asettaa valtioneuvosto neljäksi vuodeksi kerrallaan. Neuvottelukunta on perustettu kuntoutuksen valtakunnallista ohjausta ja kehittämistä sekä eri hallinnonalojen kuntoutustoiminnan yhteensovittamista varten. Neuvottelukunta ohjaa alueellisten kuntoutuksen asiakasyhteistyötoimikuntien toimintaa. Alueelliset yhteistyötoimikunnat puolestaan huolehtivat paikallisten kuntoutuksen asiakasyhteistyöryhmien työn edistämisestä ja järjestävät näille tarvittavaa ohjausta ja koulutusta. Kuntoutusasiain neuvottelukunnan puheenjohtajana toimii sosiaali- ja terveysministeriön kansliapäällikkö<sup>49</sup>. Kuntoutusasiain neuvottelukunnalla oli pääsihteeri aina vuoden 2007 loppuun asti. Tuolloin virka lakkautettiin viranhaltijan siirryttyä eläkkeelle.

Tällä hetkellä sosiaali- ja terveysministeriössä ei ole sellaista päätoimista kuntoutusasiiantuntijaa, joka koordinoisi kuntoutustoimintaa tai sen ohjausta. Lokakuussa 2007 aloittaneelle uudelle neuvottelukunnalle ei ole nimetty vielä edes sihteeriä. Kaudella 2007–2011 Kuntoutusasiain neuvottelukunnan painopistealueet ovat kuntoutuslaitosten kokonaistilanteen selvittäminen sekä rahoituskanavien yksinkertaistaminen. Tarkoitus on laatia selvitys laitosten kokonaistilanteesta sekä laatia ehdotus kehittämistoimenpiteistä, joilla kuntoutuslaitosten toimintaa tuetaan. Edelleen tarkoitus on koota ehdotukset toimenpiteistä, joiden avulla laitosten toimintaa ohjataan pirstaloituneen järjestelmän ja kuntoutuksen rahoituskanavien selkeyttämistä varten<sup>50</sup>.

Tarkastuksessa haastateltujen eri organisaatioiden asiantuntijoiden näkemys Kuntoutusasiain neuvottelukunnan toiminnasta, ennen kuin pääsihteerin virka lakkautettiin, oli varovaisen positiivinen. Pääsihteerin aktiivista toimintaa arvostettiin. Toiminta oli haastateltavien mukaan vireää, neuvottelukunta koettiin keskustelukumppaniksi ja sitä pidettiin kuntoutussektorit yhteenkokoavana instituutiona, jolla oli keskeinen merkitys tiedon

---

<sup>49</sup> *Neuvottelukuntaan kuuluu edustajat sosiaali- ja terveysministeriöstä, työministeriöstä, opetusministeriöstä, Stakesista, Valtiokonttorista, Kansaneläkelaitoksesta, Suomen Kuntaliitosta, vammais- ja kansanterveysjärjestöistä, kuntoutuspalveluiden tuottajista, työeläkevakuutuksesta, tapaturma- ja liikennevakuutuksesta sekä työmarkkina- ja etujärjestöistä. [www.kunk.fi](http://www.kunk.fi).*

<sup>50</sup> *Esitykset Kuntoutusasiain neuvottelukunnassa 10.12.2008.*

levittäjänä. Pääsihteerin kautta kuultiin ministeriön näkemykset ja saatiin omat näkemykset ministeriön tietoon.

Vuoden 2007 jälkeen tiedonvälitys ja kaikinainen yhteydenpito ministeriön ja kentän välillä on haastateltavien mukaan heikentynyt. Eräs näkemys oli, että ministeriön ohjaus on nykyisellään olematonta. Haastateltavat pelkäsivät myös toiminnan poikkihallinnollisuuden vähenevän tai katoavan kokonaan. Eräs haastatelluista kuvaa neuvottelukunnan toimintaa varsin pessimistisesti. Neuvottelukunnassa ei haastatellun mukaan ole pohdintaa siitä, miten osapuolien tulisi toimia ja kehittää asioita, vaan lähinnä keskitytään omien asemien suojaamiseen. Neuvottelukunnan kokousten anti ei haastateltavan mukaan yleensä ollut erityisen merkittävä.

Kuntoutusasiain neuvottelukunnalla on omat kotisivut, joilla on informaatiota neuvottelukunnasta sekä kuntoutuksesta. Sivusto jakautuu osioihin, joilta on löydettävissä tietoa ajankohtaisista asioista, tietoa neuvottelukunnasta, alueellisesta yhteistyöstä ja asiakasyhteistyöstä. Lisäksi sivustolle on linkitetty kuntoutukseen liittyviä julkaisuja. Perehtyminen sivustoon paljastaa, että sen päivitys ei ole ajan tasalla. Etusivulla kerrotaan 4.3.2008 pidetystä kokouksesta ja se onkin uusiin tieto, mitä neuvottelukunta toiminnastaan omilla kotisivuillaan kertoo<sup>51</sup>. Ajankohtaista-alasivun alla uusiin tieto on syyskuussa 2007 pidetystä neuvottelupäivästä. Sivustolta löytyvä toimintasuunnitelma koskee vuosia 2004–2007. Neuvottelukunta ei ole internetsivustonsa tietojen perusteella asettanut jaostoja vuoden 2007 lopussa alkaneella kaudellaan. Neuvottelukunnan tuorein sivustolta löytyvä pöytäkirja on vuoden 2007 lopusta.

Lain mukaan eräs neuvottelukunnan tehtävä on ohjata alueellisten kuntoutuksen asiakasyhteistyötoimikuntien toimintaa (laki kuntoutuksen asiakasyhteistyöstä). Neuvottelukunnan verkkosivuilla kerrotaan (keväällä 2009), että vuoden 2008 alusta asetettujen toimikuntien yhteystiedot eivät ole vielä koossa. Toimikuntien työn ohjaaminen ei voi olla parhaalla mahdollisella tasolla, mikäli edes niiden yhteystietoja ei ole neuvottelukunnan tiedossa.

Sivustojen perusteella muodostuva kuva neuvottelukunnan nykytoiminnan aktiivisuudesta on samansuuntainen kuin haastateltavien perusteella saatu.

Monet haastatelluista asiantuntijoista toivoivat neuvottelukunnalle nykyistä enemmän näkyvyyttä. Sen rooli voisi näkemysten mukaan olla vahvempikin ja siltä kaivattiin myös selkeitä valtakunnallisia linjauksia. Neuvottelukunnan tulisi toimia tukena ja seurata alueiden toimintaa.

---

<sup>51</sup> *Kuntoutusasiain neuvottelukunta kokoontui vuonna 2008 kolme kertaa.*

Kokonaisuutena on arvioitavissa, että neuvottelukunnan pääsihteerin viran lakkauttaminen on heikentänyt neuvottelukunnan toimintaa. Tilanne on koko kuntoutustoiminnan kannalta epäsuotuisa.

### *Alueellinen ja paikallinen asiakasyhteistyö*

Alueellisella tasolla eli sairaanhoitopiireittäin toimivat kuntoutuksen asiakasyhteistyötoimikunnat, jotka lääninhallitus asettaa neljän vuoden toimikaudeksi. Paikallisella tasolla toimivat kuntien asettamat asiakasyhteistyöryhmät, joiden toimikausi on niin ikään neljä vuotta<sup>52</sup>. Asiakasyhteistyötoimikunta voi olla useamman sairaanhoitopiirin yhteinen ja vastaavasti asiakasyhteistyöryhmä voi olla usean kunnan yhteinen. Tarkastuksessa tiedusteltiin erikoissairaanhoidon asiantuntijoilta käsityksiä sekä asiakasyhteistyötoimikuntien että asiakasyhteistyöryhmien toiminnasta, perusterveydenhuollon edustajilta vain asiakasyhteistyöryhmiä.

**Erikoissairaanhoido.** Moni sairaanhoitopiirin asiantuntija katsoi, että asiakasyhteistyötoimikunnan toimivuus riippuu paljolti siihen kuuluvista henkilöistä, näiden motivaatiosta ja virka-asemasta. Useiden haastateltavien näkemys oli, että toimikunnan jäsenellä tulee olla sellainen virka-asema, että tämä saa asioita vietyä eteenpäin omassa organisaatiossaan. Kerrottiin mm., että toimikunnan toiminnan intensiteetti ja tavoitteet ovat vaihdelleet vuosien saatossa toimikunnan jäsenten aktiivisuuden ja sen mukaan, mikä heidän asemansa on omassa taustaorganisaatiossaan.

Toimikunnan toimintaan kaivattiin muutamissa kommentteissa terävöittämistä, todettiin, että seurantaa tulisi olla enemmän eikä pitäisi aina "aloittaa toimintaa alusta" kun uusi toimikunta aloittaa tehtävässään. Vanhan toimikunnan perinnön eli kokemuksen ja asiantuntemuksen tulisi olla siirrettävissä. Haastatteluissa tuli esille, että toimikunta pyrkii tukemaan asiakasyhteistyöryhmien toimintaa koulutuksen, tiedottamisen ja vierailujen avulla. Myös vuosittaisia toimikunnan ja yhteistyöryhmien puheenjohtajien yhteiskokouksia järjestettiin, joten tieto kulkee myös ryhmistä toimikunnan suuntaan.

Varsin kriittisiäkin näkemyksiä esitettiin. Toimikuntien toimintaa kuvattiin byrokraattiseksi. Niitä on paikoin vaikea saada luontevasti osaksi muuta kuntoutustoimintaa ja käytännöt ovat kirjavia. Haastatteluissa ar-

---

<sup>52</sup> Asiakasyhteistyötoimikuntaan kuuluu keskeisten kuntoutuksen alalla toimivien sosiaali- ja terveydenhuollon viranomaisten, kuntoutusasiakkaita edustavien järjestöjen, muiden yhteisöjen ja laitosten, opetus- ja työhallinnon sekä Kansaneläkelaitoksen edustaja. Asiakasyhteistyöryhmässä on vähintään yksi sosiaalihuolto-, terveydenhuolto-, opetus-, ja työvoimaviranomaisen, Kansaneläkelaitoksen ja muiden tarpeellisten yhteisöjen nimeämä edustaja.

vioitiin myös, että toimikunnilla ei ole juurikaan vaikutusvaltaa kuntoutukseen eivätkä ne ohjaa toimintaa.

Asiakasyhteistyöryhmät toimivat yhden haastateltavan näkemyksen mukaan vaihtelevasti. Monet kokivat, että kunnat eivät pidä asiakasyhteistyöryhmiä tärkeänä resurssina. Haastatteluissa todettiin, että asiakasyhteistyöryhmät ovat idealtaan hyviä, mutta niiden mahdollisuuksia ei hyödynnetä tällä hetkellä täysimääräisesti. Yhteistyöryhmät voivat toimia joidenkin asioiden suhteen hyvin mutta eivät välttämättä kuitenkaan kaikkien. Myös ryhmien toiminnan arvon kuvattiin olevan osittain virka-asemasta kiinni.

Aina kentällä ei ole ryhmän toiminnasta edes selkeää käsitystä. Ryhmien asemaa tulisikin edelleen korostaa, mikä saattaisi ratkaista joitakin kuntoutuksen ongelmia. Ryhmien mahdollisuutta ottaa yksittäisen kuntoutujan asia käsittelyyn pidettiin hyvänä asiana. Toisaalta ryhmät käsittelevät yksittäisten tapausten lisäksi organisaatiota koskevia asioita. Tämä koettiin haastatteluissa ongelmaksi, sillä asiakkaiden asioista ja organisatorisista asioista päättämiseen tarvitaan erityyppistä asiantuntemusta. Nyt molemmista asioista päättävät kuitenkin samat ihmiset. Asiakasyhteistyöryhmän toimintaan vaikutti haitallisesti joissain tapauksissa se, että lääkäreiden saaminen ryhmien kokouksiin on muodostunut ongelmalliseksi.

Haastatteluissa arveltiin, että pienissä kunnissa asiakasyhteistyöryhmän toiminta voi olla hyödyllistä ja avuksi kuntoutustoiminnassa. Toisaalta suurissa kaupungeissa on mahdollisuudet muodostaa eriytyneitä, eri asiakokonaisuuksiin keskittyviä ryhmiä.

**Perusterveydenhuolto.** Perusterveydenhuollon edustajista puolet katsoi, että asiakasyhteistyöryhmä toimi heidän kunnassaan hyvin tai erittäin hyvin. Kolmannes katsoi, että ryhmä toimi hyvin ja vain 8 prosenttia vastaajista oli sitä mieltä, että ryhmän toiminta oli huonoa tai erittäin huonoa. Loput eli kymmenesosa vastaajista ei osannut määritellä kantaansa. Näkemykset asiakasyhteistyöryhmän toiminnasta olivat siis varsin positiivisia. Kritiikkiäkin silti esitettiin.

Negatiivisissa kommentteissa mainittiin, ettei ryhmän työ näy mitenkään tai että se on ollut vaisua. Epäselvyyttä oli siitäkin, mitä asiakasyhteistyöryhmän tulisi tehdä. Myös ryhmän työmäärä koettiin liian suureksi. Yksi vastaajista ei tuntenut asiakasyhteistyöryhmän toimintaa lainkaan.

Positiivisissa kommentteissa kiitettiin ryhmien apua viranomaistahojen näkemysten koordinoinnissa ja työnjaossa asiakastapauksissa. Ryhmässä oli hyödyllistä toimintaa koskevaa pohdintaa ja asiakkaiden sitoutuminen asiakastapausten käsittelyyn myötä oli kasvanut. Suunnitelmista oli tullut realistisempia ja moniammatillista toimintatapaa kiitettiin. Useammassa kommentissa tosin valitettiin, että ryhmiin oli vaikeuksia saada asiakkaiden tapauksia pohdittavaksi. Arveltiinkin, että kuntoutujien asioita hoide-

taan muissa verkostoissa (työvoiman palvelukeskukset). Myös lääkäreiden osallistumisessa ryhmän toimintaan oli muutamassa tapauksessa vaikeuksia. Vastauksista ilmeni, että ryhmissä pohditaan sekä yksittäisiä kuntoutujia koskevia asioita että yleisempiä linjauksia, kuten tarkoitus onkin.

### 3.2.3 Kuntoutussuunnitelmat

Konkreettisessa kuntoutustoiminnassa tärkeimpänä ohjauksena on kuntoutussuunnitelma. Kuntoutussuunnitelmassa ilmaistaan sekä kuntoutujan että kuntoutusjärjestelmän tavoitteet ja keinot kuntoutuksen yleisistä linjoista, ennusteet kuntoutumisen etenemisestä sekä osapuolten oikeudet ja velvoitteet kuntoutuksen toteutuksessa.

Kuntoutuksen suunnittelu ja seuranta kuuluu terveydenhuollon tehtäviin usein myös silloin, kun jokin muu taho vastaa kuntoutuksen järjestämisestä. Usein kuitenkin kuntoutussuunnitelman tekeminen koetaan terveydenhuollossa ylimääräiseksi tai jopa tarpeettomaksi työksi. Lääkäreiden asenteeseen saattaa vaikuttaa muiden mahdollisten seikkojen ohella se, ettei lääkäreiden perus- ja jatkokoulutuksessa ole riittävästi tietoa kuntoutuksen periaatteista. Kuntoutussuunnitelman laatiminen on kuitenkin lakisääteinen velvoite. Vastuu kuntoutussuunnitelman tekemisestä on hoitavalla lääkärillä ja se tulee tehdä mahdollisimman varhain, jotta kuntoutuksella voidaan vaikuttaa kuntoutuvan henkilön tilanteeseen. Lääkäriin apuna toimii usein moniammatillinen työryhmä, johon kuuluu mm. psykologi, toimintaterapeutti ja sosiaalityöntekijä<sup>53</sup>. Kansaneläkelaitoksen rahoittaman vaikeavammaisten lääkinnällisen kuntoutuksen ehdoton edellytys on kirjallinen kuntoutussuunnitelma. Suunnitelma laaditaan siinä julkisen terveydenhuollon toimintayksikössä, joka on vastuussa ko. henkilön hoidon ja kuntoutuksen järjestämisestä<sup>54</sup>.

Asetus lääkinnällisestä kuntoutuksesta säätää yksityiskohtaisesti kuntoutussuunnitelman laatimisesta. Suunnitelma tulee laatia yhdessä kuntoutujan ja tarvittaessa kuntoutujan omaisten kanssa. Suunnitelmassa yhteen sovitetaan terveydenhuollon, sosiaalihuollon, työvoimaviranomaisten, opetusviranomaisten, Kansaneläkelaitoksen ja muiden tahojen kuntoutuspalvelut. Kuntoutussuunnitelman toteutumista tulee seurata ja sitä arvioidaan määräajoin. Kuntoutujan kanssa sovitaan yhteydenpidosta ja hänelle määrätään tarvittaessa yhteyshenkilö.

Kuntoutussuunnitelman tulee sisältää tiedot suunnitelman laatijasta eli siitä hoidosta vastaavasta yksiköstä, jossa suunnitelma on tehty. Lisäksi

---

<sup>53</sup> Moniammatillisuutta käsitellään myös luvussa 3.5.3.

<sup>54</sup> Rissanen, Kallanranta, Suikkanen (toim.) 2008 ja 15.7.2005/566.

siihen sisältyvät asiakastiedot, kuntoutustarpeen arviointi, tärkeät diagnoosit, kuntoutuksen tavoitteet, kuntoutuksen seuranta sekä kuntoutuksen vastuuhenkilö. Asetuksessa ei ole kuitenkaan mainintaa siitä, että suunnitelma tulee tehdä kirjallisena<sup>55</sup>.

**Erikoissairaanhoido.** Erikoissairaanhoidon edustajien haastatteluissa nousi toistuvasti esiin tyytymättömyys kuntoutussuunnitelmien nykytasoon. Tyytymättömyys koskee erityisesti perusterveydenhuollossa tehtyjä kuntoutussuunnitelmia. Haastatteluissa todettiin, että kuntoutussuunnitelmat eivät aina täytä lainsäädännön asettamia vaatimuksia. Erityisesti perusterveydenhuollossa moniammatillisuus ei haastateltavien mukaan toteudu eikä suunnittelu ole aina ajoissa mukana. Kuntoutussuunnitelman tarkoitus ohjata asioita jää erään näkemyksen mukaan mieltämättä.

Kuntoutussuunnitelmien laadun parantamiseksi haastatteluissa esitettiin useita ehdotuksia. Pohdittiin mm. sellaista mahdollisuutta, että kuntoutussuunnitelmien teko terveyskeskuksissa keskitettäisiin lääkärille, jolla olisi kuntoutusta koskevaa ammattitaitoa tai kokemusta. Tällaisen menettelyn ongelma on ainakin se, että lääkäreiden vaihtuvuus terveyskeskuksissa on suurta. Pienissä terveyskeskuksissa saattaisi olla hankalaa löytää sopivaa henkilöä. Keikkalääkäreillä ei ole mahdollisuuksia perehtyä pitkjänteisesti potilaiden tilanteeseen, mikä taas on tärkeää kuntoutussuunnitelmaa laadittaessa. Haastatteluissa tuli esille, että omalääkärijärjestelmä on ollut hyödyllinen kuntoutussuunnitelmien tason parantamisessa<sup>56</sup>.

Tällä hetkellä ei ole olemassa kuntoutussuunnitelmien laadun seurantaa. Myöskään kuntoutussuunnitelmien laatimisvelvoitetta ei seurata millään tavalla. Haastatteluissa toivottiin valvonnan parantamista. Yhdeksi malliksi esitettiin keskitettyä valvontaa ja seurantaa sairaanhoitopiiriin tai terveydenhuoltopiiriin alueella. Kuntoutussuunnitelman seurannassa hyvä toimija erään haastateltavan näkemyksen mukaan olisi kuntoutusohjaaja. Kuntoutusohjaajia ei kuitenkaan monesti ole kuin joissakin suurimmissa yksiköissä.

Myös erikoissairaanhoidossa tehtävissä kuntoutussuunnitelmissa oli haastateltavien mielestä toivomisen varaa. Useiden haastateltavien käsityksen mukaan erikoissairaanhoidossa ei läheskään aina tehdä kuntoutussuunnitelmia. Erään arvion mukaan erikoissairaanhoidossa oli havaittavissa "laskusuhdanna" kuntoutussuunnitelmien tasossa ja niiden tekemisessä ylipäätään on ilmennyt taantumista. Yksi ylilääkäreistä totesi, että kuntoutussuunnitelmat tehdään aina hyvin, kun kyse on vaikeavammaisista. Sairaskertomuksia tarjotaan joissain tapauksissa kuntoutussuunnitel-

---

<sup>55</sup> Rissanen, Kallanranta, Suikkanen (toim.) 2008.

<sup>56</sup> Omalääkärijärjestelmästä ollaan monin paikoin luopumassa.

maksi. Eräs haastateltava totesikin, ettei ole järkeä tehdä pitkälti samaa asiaa kahteen kertaan. Toisaalta haastatteluissa todettiin, että kuntoutuksen ammattilaiset ottavat kuntoutussuunnitelman vakavasti ja se tehdään huolellisesti.

Kuntoutussuunnitelmien tekemiseen tarvittaisiin haastateltavien mukaan lisää koulutusta. Erikoissairaanhoidon asiantuntijoiden mukaan osaamista tehdä moniammatillisesti kuntoutussuunnitelmia ei perusterveydenhuollossa useinkaan ole.

**Perusterveydenhuolto.** Perusterveydenhuollon toimintaa koskevan internetkyselyn vastauksista ilmeni, että kuntoutussuunnitelma tehdään aina tai lähes aina viidesosassa tapauksista, useimmiten kolmessa tapauksessa viidestä ja lopuissa viidesosassa tapauksista harvoin. Moniammatillisuus kuntoutussuunnitelman laadinnassa toteutuu aina tai lähes aina 13 prosentissa tapauksista, useimmiten kolmessa tapauksessa viidestä ja lopussa neljänneksessä tapauksista harvoin.

Vastausten mukaan lääkärit osallistuvat aina kuntoutussuunnitelman tekoon ja fysioterapeutitkin 90 prosentissa tapauksista. Muita kuntoutussuunnitelman laadintaan usein osallistuvia henkilöitä ovat puheterapeutit, psykologit, sosiaalityöntekijät ja toimintaterapeutit. Kahdessa kolmasosassa tapauksista kuntoutussuunnitelmien tavoitteita seurattiin useimmiten. Harvoin tavoitteita seurattiin viidenneksessä tapauksista ja vain 8 prosenttia vastanneista kertoi, että tavoitteita seurataan aina tai lähes aina.

### 3.3 Kuntoutuksen resurssit

Annetun ja tuotetun kuntoutuksen määrän arviointi on hankalaa, koska kuntoutusta toteutetaan kunnissa sekä oman henkilökunnan toimin että maksusitoumuksilla ulkopuolisilta tuottajilta ostettuina. Lisäksi kuntoutuksen tilastointi – tehdyt toimenpiteet ja käytetyt varat – on terveyskeskuksissa ja sairaanhoitopiireissä varsin vaihtelevaa. Kun vielä sairauden hoidon ja kuntoutuksen raja on monesti epäselvä, on edes resurssien kokonaisuuden arviointi hankalaa. Asia on todettu monesti, kuten mm. Kuntoutusselonteko 2002:n yhteydessä.

Tarkastushaastatteluista muodostui sellainen käsitys, että suomalaiset saavat määrällisesti tarvettaan vähemmän kuntoutusta ja että kuntoutuksen kohdentumisessa on ilmeisesti ongelmia. Tilanteen tarkka arviointi on mainitusta syystä kuitenkin hankalaa ja vaihtelua maan eri osien välillä esiintyy. Väliinputoajia vaikuttaa olevan eri väestöryhmissä ja ikäluokissa. Kuntoutuspalvelujen saatavuus korreloi karkeasti ottaen etelä-

pohjoinen ulottuvuuden kanssa: maan eteläosissa kuntoutuspalveluja on tarjolla paremmin kuin pohjoisessa.

Tarkastuksen puitteissa ei lääkinnällisen kuntoutuksen resursseja koskevan datan puuttumisen vuoksi ollut mahdollista tehdä arviota kuntoutustoiminnan kustannustehokkuudesta. Resurssien kohdentuminen on niiden määrän ohella tärkeä toimintaan vaikuttava seikka. Tätä on käsitelty myös luvussa 3.5.4 kuntoutuksen vaikuttavuuden yhteydessä.

### 3.3.1 Resurssien riittävyys

**Erikoissairaanhoido.** Sairaanhoidopiirien haastatteluissa kerrotaan, että resursseista neuvoteltaessa kuntoutus on aina heikommassa asemassa akuuttiin sairaanhoitoon verrattuna. Kuntien yhdistymisneuvotteluistakin näkyy kuntoutuksen vähäinen rooli. Aina kuntoutusta ei edes mietitä kuntien yhdistymisen yhteydessä. Kuntoutus on siis jotain sellaista, josta voidaan säästää, jos säästettävä on. Resurssien lisäämistä toivottiinkin. Erikoissairaanhoidon haastatteluissa tuotiin esiin sellainen käsitys, että kunnat alibudjetoivat kuntoutusresursseja varsinkin silloin, kun on taloudellisesti tiukkaa.

Tämän kaltaista toimintaa haastateltavat kuvaavat kuitenkin lyhytnäköiseksi. Mikäli sairauden hoidon jälkeinen kuntoutus ei ole asianmukaisesti organisoitu ja riittävästi resursoitu, on olemassa reaalinen riski hoidon tulosten valumisesta hukkaan kuntoutuksen puutteellisuuden tai sen täydellisen puuttumisen vuoksi. Kuntoutus on haastateltujen keskussairaaloiden ylilääkäreiden ja muiden asiantuntijoiden mukaan huonosti tunnettu ala myös lääkäriprofession sisällä. Tämä on omiaan heikentämään kuntoutuksen asemaa rahanjaossa ja hoitoketjussa, mistä on seurauksena huonoja kuntoutustuloksia.

Haastateltavien mielestä lääkinnällisen kuntoutuksen tavoitteita ei voida nykyresursoinnilla saavuttaa. Resurssien niukkuuden seurauksena lääkinnällisen kuntoutuksen tavoitteet jäävät usein saavuttamatta. Käytävissä olevat resurssit ovat joissain tapauksissa niin ohuet, että henkilökunnan sairaustapaukset tuottavat toiminnallisia ongelmia.

Alueellisia eroja on myös. Mitä kauempana asiakas asuu asutuskeskittymistä, sitä huonommassa asemassa hän on. Haastatteluissa tuli esille, että terveyskeskuksissa saattaa olla sääntöjä siitä, kuinka paljon mitään kuntoutusmenetelmää voidaan yhdelle henkilölle antaa. Lähtökohtana ei siten ole potilaan tarve, vaan käytävissä olevat resurssit.

Samaan aikaan kun sairauksien hoito on tehostunut, ovat kuntoutuksen resurssit pysyneet entisellään. Asiakasmäärät ovat kasvaneet, tietotaito on riittämätöntä eivätkä hoitoketjut ole ajan tasalla. Haastatteltujen mukaan



potilaita on jopa ohjattu yksityiselle sektorille kuntoutumaan omalla kustannuksella tilanteessa, jossa kunta ei ole kyennyt palveluja tarjoamaan.

Kuntoutuksen asemaa perusterveydenhuollossa vaikeuttaa myös terveyskeskusten lääkäripula. Yleisesti ottaen terveyskeskuksissa ei ole riittävästi (virassa olevia) lääkäreitä eivätkä väliaikaiset henkilöstöfirmojen palkkalistoilla olevat lääkärit välttämättä hallitse kuntoutuksen kokonaisuutta. Lyhyen aikaa terveyskeskuksessa työskentelevät lääkäreiden ei myöskään ole mahdollista sitoutua sellaiseen pitkäaikaiseen potilaslääkärisuhteeseen, jota kuntoutus edellyttäisi.

Ylilääkäreiden näkemysten mukaan erikoissairaanhoidon kuntoutuksen resurssit eivät ole riittävät. Varsinkin joidenkin erityispalveluiden saatavuudessa on ongelmia. Tilanne vaihtelee alueittain ja riippuu paitsi erikoissairaanhoidon omista resursseista myös siitä, minkälaisia ostopalveluita alueella on tarjolla. Maan eri osissa on huomattavia eroja lääkinnällisen kuntoutuksen resursseissa, mikä asettaa kansalaisten yhdenvertaisuuden kyseenalaiseksi.

Erikoissairaanhoidon resurssitilanne on näkemysten mukaan kuitenkin parempi kuin perusterveydenhuollon.

**Perusterveydenhuolto.** Perusterveydenhuollon edustajista 18 prosenttia katsoi, että lääkinnällisen kuntoutuksen resurssit heidän kunnassaan (tai muussa perusterveydenhuollosta vastaavassa organisaatiossa) ovat hyvät. Vastanneista 69 prosenttia ilmoitti, että lääkinnällisen kuntoutuksen resursseja on tyydyttävästi ja hyvin ja loput 13 prosenttia oli sitä mieltä, että resursseja on niukasti. Perusterveydenhuollon näkemys omasta resurssitilanteestaan vaikuttaa ehkä hieman valoisammalta kuin erikoissairaanhoidon.

Perusterveydenhuollossa oli vastaajien mukaan puutetta varsin laajalla skaalalla erilaisista kuntoutusammattilaisista. Yleisimmin puutetta oli fysioterapeuteista, toimintaterapeuteista ja puheterapeuteista. Perusterveydenhuollon useassa vastauksessa todettiin, että tiettyjen erityistyöntekijöiden palveluja ei ole alueella saatavilla, vaikka niitä olisikin mahdollista hankkia ostopalveluina. Perusterveydenhuollossa oli myös varsin optimistinen näkemys siitä, onko käytettyjen resurssien määrä arvioitavissa. Vastaaajista 58 prosenttia oli sitä mieltä, että perusterveydenhuollon lääkinnällisen kuntoutuksen osaamista on kunnassa hyvin ja 42 prosenttia sitä mieltä, että sitä on tyydyttävästi.

Vastauksissa tuotiin julki, että kuntoutusasiantuntemus on perusterveydenhuollossa liian vähäistä. Lyhyen aikaa terveyskeskuksessa toimivat keikkalääkärit eivät ole kuntoutustoiminnan edellyttämän pitkäjänteisyyden kannalta optimaalinen ratkaisu. Määrärahojen realistista budjetointia pidettiin hankalana, mikä johtaa vuosittain toistuviin määrärahaylityksiin.

### 3.3.2 Monikanavainen rahoitus

Lääkinnällistä kuntoutusta rahoitetaan sosiaali- ja terveydenhuollon laskennallisella valtionosuudella, kuntien verotuloilla sekä Kansaneläkelaitoksen varoin. Rahoituksen monikanavaisuus terveydenhuollossa aiheuttaa usein ei-toivottuja seurauksia. Osoptimointi on monikanavaisen rahoituksen merkittävin haittapuoli. Hyvä puoli monikanavaisuudessa on se, että useampi rahoittaja takaa enemmän tai laajempia kuntoutusmahdollisuuksia ainakin joillekin väestöryhmille. Vaikeavammaisten lääkinällisen kuntoutuksen järjestämisvastuun siirrolla Kansaneläkelaitokselle pyrittiin varmistamaan se, että vaikeavammaiset saavat tasa-arvoisesti kuntoutuspalveluja maan ei osissa.

Viimeaikaisessa julkisessa keskustelussa monikanavaisuus on koettu enemmänkin rasitteeksi. Esimerkiksi Stakesin vuonna 2007 suorittamissa asiantuntijahaastattelussa melko laaja yksimielisyys vallitsi siitä, että monikanavainen rahoitus on nykyterveydenhuoltojärjestelmän merkittävä heikkous<sup>57</sup>. Vuonna 2004 laaditussa Kuntoutuksen tutkimuksen kehittämissuositelmassa todetaan, että nykyjärjestelmässä kuntoutuspalvelut ovat monen osajärjestelmän hallinnoimia ja rahoittamia ilman kunnollista koordinaatiota ja ohjausta. Käsitys toimenpiteiden tavoitteista ja toimenpiteiden ja tulosten välisestä suhteesta hämärtyy. Järjestelmässä tapahtuu vastuun välttelyä, omia menoja yritetään säästää siirtämällä rahoitusvastuuta muualle<sup>58</sup>. Nämä yleisesti kuntoutusta koskevat havainnot pätevät myös lääkinällisen kuntoutuksen kohdalla.

Suurin ongelma rahoituksen monikanavaisuudessa lääkinällisen kuntoutuksen kohdalla on se, että järjestelmä luo nykyisellään terveydenhuollon eri toimijoille epäsuotavia taloudellisia kannusteita. Eri tahot pyrkivät siirtämään kustannuksia muiden maksettavaksi eli kunnat Kansaneläkelaitoksen maksettavaksi ja päinvastoin. Vaikka lainsäädäntö määrääkin vaikeavammaisten lääkinällisen kuntoutuksen Kansaneläkelaitoksen vastuulle, on ongelmia havaittu. Tulkintaerimielisyyksiä on syntynyt vaikeavammaisuuden määritelmästä ja siitä kuka on vaikeavammaisen. Rahoi-

---

<sup>57</sup> *Terveydenhuollon rahoituksen tulevaisuus: asiantuntijahaastattelun satoa. Stakes, Chess-seminaari 15.11.2007, luentomoniste. Haastatellut asiantuntijat edustivat ministeriöitä (VM, STM, KTM), sairaanhoitopiirejä, kuntia ja kuntaliittoja, sektoritutkimuslaitoksia, yliopistoja sekä muita tutkimuslaitoksia ja Kansaneläkelaitosta.*

<sup>58</sup> *Sosiaali- ja terveysministeriö 2004.*

tusvastuusta onkin tietyissä tilanteissa kiistelty<sup>59</sup>. Kuntien ja Kansaneläkelaitoksen kiistat hoitojen rahoitusvastuusta ovat osoitus monikanavaisen rahoitusjärjestelmän synnyttämästä osaoptimoinnista<sup>60</sup>. Tilanteen kohentamiseksi tulisi selkeyttää pelisääntöjä.

Haastatteluissa tuotiin esille, että vaikeavammaisten kuntoutuksen siirtäminen Kansaneläkelaitoksen vastuulle on tavallaan ”pelastanut” vaikeavammaiset. Kuntien näkökulmasta niiden kuntoutusvastuuta on kevennetty. Useimmat haastateltavat eivät kuitenkaan nähneet monikanavaista rahoitusmallia toiminnan kannalta hyvänä ratkaisuna.

Monikanavaisuus on käytännössä johtanut siihen, että eräisiin kuntoutusmuotoihin on runsaasti resursseja ja toisiin ei. Haastatteluissa tuli esille, että usein hyödyttömäksi koettua laitospäätyä rahoitetaan runsaasti, kun taas todistetusti vaikuttava terveydenhuollon kuntoutus kärsii resurssipulasta. Laitospäätyä perinnettä myös kritisoitiin.

### 3.4 Mielenterveyskuntoutus

Mielenterveysongelmat ovat 2000-luvulla nousseet yhä suuremman huomion kohteeksi. Näyttöä mielenterveys sairauksien lisääntymisestä väestössä ei ole, mutta mielenterveysdiagnoosit ovat siitä huolimatta yleistyneet työkyvyttömyyseläkkeiden myöntämisperusteissa. Erityisesti masennusdiagnoosien määrä on kasvanut.

Vuonna 2007 mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöt olivat merkittävien työkyvyttömyyseläkkeelle siirtymisen syy. Myönnettyistä yli 27 000 työkyvyttömyyseläkkeestä kolmannes eli yli 9 000 oli mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöiden syistä johtuvia ja niistä yli puolet masennuksesta johtuvia. Tuki- ja liikuntaelinten sairaudet ovat jääneet työkyvyttömyyseläkkeelle siirtymisen syynä toiseksi<sup>61</sup>. Vuoden 2006 lopussa työeläkejärjestelmän työkyvyttömyyseläkettä sai miltei 220 000 henkilöä. Varsinaista työkyvyttömyyseläkettä saaneilla 38 prosentilla eläkkeen perusteena oli jokin mielenterveysdiagnoosi. On havaittu, että työkyvyttömyyseläke- ja kuntoutuslainsäädännön työssä jatkamista tukevat piirteet eivät

---

<sup>59</sup> Tästä esimerkkinä mm. *Helsingin Sanomat* 13.2.2008 "Kela tiukentanut linjaa lasten kuntoutuksessa" ja *Helsingin Sanomat* 23.2.2008 "Kunnat ovat vastuussa lääkinnällisestä kuntoutuksesta".

<sup>60</sup> Valtioneuvoston kanslia 2007 sekä Sintonen ja Pekurinen 2006.

<sup>61</sup> Eläketurvakeskus 2008.

painotu mielenterveyden sairausryhmässä yhtä selkeästi kuin muiden sairauksien ryhmässä<sup>62</sup>.

Syyksi mielenterveys- ja erityisesti masennusdiagnoosien lisääntymiseen on arveltu työelämän haasteiden koventumista. Esimerkiksi vaikutusmahdollisuuksien puute, kova kiire, kokemus kiusaamisesta ja epäoikeudenmukaisuudesta saattavat lisätä mielenterveyshäiriöitä<sup>63</sup>. Erään tarkastuksessa haastatellun asiantuntijan mukaan mielenterveyssyistä työkyvyttömyyseläkkeelle jäämisen kasvuun syynä on yksinkertaisesti se, että nykyään ongelmia osataan diagnosoida paremmin kuin ennen. Erityisesti tämä koskee hänen mukaansa masennusta.

Mielenterveyteen on kiinnitetty yhä enemmän huomiota viranomaistaholla. Erilaisia projekteja on ollut käynnissä jo 1980-luvun alusta lähtien. Uusin näistä on vuoden 2007 lopussa käynnistynyt masennuksen ehkäisyyn ja masennuksesta aiheutuvan työkyvyttömyyden vähentämiseen tähtäävä MASTO-hanke. Hankkeen tavoitteena on mm. edistää ja tukea masennuksen hyvää hoitoa ja kuntoutusta, jotka tukevat työssä jaksamista ja työhön paluuta. Hankkeen tulee laatia toimintaohjelma, johon tulee sisältyä myös kuntoutuksen kehittämisen osa-alue. Hanke päättyy vuonna 2011.

Vuoden 2007 raportissaan Työkyvyttömyysasiain neuvottelukunta esitti Kansaneläkelaitoksen ammatillisen ja lääkinnällisen kuntoutuksen kehittämistä ja huomion kiinnittämistä erityisesti mielenterveyskuntoutujiin. Mielenterveyskuntoutujien työ- ja toimintakyvyn parantamista ja säilyttämistä tulisi tukea kuntoutustarvetta selvittävillä tutkimuksilla ja kuntoutustoimenpiteillä. Työelämään pääsemiseen tulee kiinnittää huomiota erityisesti nuorten mielenterveysasiakkaiden kuntoutuksessa.

Kansaneläkelaitos järjestää harkinnanvaraisena kuntoutuksena psykoterapiaa. Psykoterapian saajien lukumäärä on kasvanut 1990-luvun lopulta vuoteen 2002, ja sen jälkeen seurasi muutaman vuoden mittainen tasaisempi, lievästi laskeva trendi. Vuoden 2004 jälkeen harkinnanvaraisen psykoterapian kuntoutuvien määrä on kasvanut<sup>64</sup>. Kustannukset ovat kasvaneet vastaavasti (ks. Taulukko 1). Potilaiden määrän lisääntyminen ja sen aiheuttama resurssien kasvanut tarve on tuottanut ongelmia. Määrärahat ovat tarpeeseen nähden liian pienet<sup>65</sup>.

Suunnitteilla on psykoterapian muuttaminen lakisääteiseksi subjektiiviseksi oikeudeksi jonka järjestämisvastuu olisi siis Kansaneläkelaitoksella.

---

<sup>62</sup> *Tilasto Suomen eläkkeensaajista 2007.*

<sup>63</sup> *Emt.*

<sup>64</sup> *Kelan kuntoutustilastot ja Eläketurvakeskus 2007.*

<sup>65</sup> *Tästä esimerkiksi Pohjolainen 2005b.*

Osa tarkastuksessa haastatelluista asiantuntijoista kritisoi voimakkaasti tätä suunnitelmaa. Heidän mukaansa vaarana on se, että valtaosa nyt julkisella puolella toimivista ammattilaisista siirtyy tämän seurauksena ajan mittaan yksityisiksi palveluntarjoajiksi ja julkinen psykiatrinen hoito romahtaa. Mitä enemmän Kansaneläkelaitos tukee yksityistä psykoterapiaa, sitä suurempi osa ammatinharjoittajista siirtyy yksityispraktiikan pitoon. Todennäköisesti vaikeimmat potilaat jäävät silti julkisen puolen hoidettavaksi samalla kun ammattitaitoinen henkilökunta vähenee. Kansaneläkelaitoksen harkinnanvaraisen psykoterapian oli tarkoitus vain täydentää terveydenhuollon mielenterveyshoitoa.

Tarkastushaastatteluiden mukaan palvelujärjestelmä mielenterveyskuntoutuksessa toimii kankeammin kuin muualla kuntoutuksessa ja katsottiin, että psykiatrisessa hoidossa on organisoitioingelma. Mielenterveysongelmaiset nuoret ovat järjestelmän väliinputoajia. Haastatteluissa esitettiin arvio, että mielenterveydellisestä kuntoutuksesta kukaan ei ota vastuuta. Sekä kuntouttava ote että vastuullinen taho puuttuvat.

**Erikoissairaanhoito.** Yleisenä näkemyksenä haastatteluissa todettiin, että mielenterveyskuntoutuksen ja -sairaanhoidon välinen raja on vielä häilyvämpi kuin muussa sairaanhoidossa. Erikoissairaanhoidon asiantuntijoiden näkemys mielenterveyskuntoutuksesta on pessimistinen. Valtakunnan tasolla ei ole paneuduttu riittävästi mielenterveyskuntoutujien aseman parantamiseen. Eroja maan eri osien välillä pidetään varsin suurina ja mielenterveyden kuntoutusasiat ovat haastateltavien mukaan levällään. Mielenterveyskuntoutuksen resursseja pidettiin vähäisinä.

Haastatteluissa todettiin, että psykiatrasta ja somaattista kuntoutusta ei pitäisi erottaa toisistaan. Kuntoutus on ala, jossa psykiatrinen ja somaattinen hoito tulee käsittää kokonaisuudeksi. Niin ikään mielenterveyskuntoutuksessa sairauden hoidon ja kuntoutuksen välinen raja on epäselvempi kuin muun sairauden hoidon ja kuntoutuksen välillä. Kokonaisvaltaisuus ja moniammatillisuus on siis olennaista.

Somaattinen kuntoutus on haastateltavien mielestä paremmin hoidettu kuin psykiatrinen kuntoutus. Psykoterapiapalvelujen saatavuus on paljon heikompaa kuin esimerkiksi fysioterapiapalvelujen.

Haastatteluissa arvosteltiin Kansaneläkelaitoksen kuntoutusprosesseja jäykiksi ja ratkaisujen vievän paljon aikaa. Tämä lykkää kuntoutuksen aloittamista, ja se puolestaan heikentää kuntoutuksen vaikuttavuutta. Lisäksi kuntalaiset ovat varsin eriarvoisessa asemassa ja on usein arpapeliä kuka kuntoutusta onnistuu saamaan. Mielenterveysasioissa Kansaneläkelaitoksen kriteereitä pidettiin ahtaina. Sama käytettävissä olevien resursien niukkuus toistuu mielenterveyskuntoutuksessa kuin muuallakin kuntoutussektorilla. Järjestelmää pidettiin yleisesti sekavana.

**Perusterveydenhuolto.** Perusterveydenhuollon mielenterveyskuntoutus on kyselyn perusteella järjestetty vaihtelevin tavoin. Yleisimpiä tapoja ovat mielenterveyskuntoutus osana perusterveydenhuoltoa tai omissa toimintayksiköissä (kuten mielenterveystoimistoissa).

Yleensä kunnissa oli käytössä useampi kuin yksi tapa mielenterveyskuntoutuksen järjestämiseen. Kaikissa kunnissa tarjottiin mielenterveyskuntoutujien avopalveluita. Noin 90 prosenttia mainitsi, että tarjolla oli päivätoimintaa ja 80 prosenttia kertoi asumispalvelutarjonnasta. Kuntoutuskoti oli tarjolla noin 40 prosentissa vastaajien kunnista. Muita mielenterveyskuntoutujien palveluja, joita kyselyssä mainittiin, olivat mm. päiväsaarialatoiminta, tehostettu kotihoito ja työsalitoiminta.

Vastaajista peräti 56 prosenttia oli sitä mieltä, että kunnassa ei ole riittävästi tarjolla mielenterveyskuntoutuspalveluja. 34 prosenttia katsoi, että niitä on riittävästi ja loput eivät osanneet arvioida asiaa.

Perusterveydenhuollon kommentit mielenterveyskuntoutuksen järjestämisestä kertovat resurssipulasta. Psykiatreista oli pulaa ja rekrytointi kunnalliselle puolelle hankalaa. Myös muusta henkilökunnasta oli pulaa ja sen vaihtuvuus ongelma. Vastauksissa moitittiin myös psykiatristen sairaaloiden alasajoa. Avohoito ja terveyskeskusten yleislääkärit eivät näkemysten mukaan kykene selviytymään tilanteesta, jos psykiatrisia osastoja edelleen lakkautetaan. Vastauksissa mainittiin myös yhteistyön toimimattomuudesta esimerkiksi päihdehuollon ja sosiaalihuollon kanssa sekä tarpeesta kohentaa intensiteettiä hoidon tarpeen tunnistuksessa, tutkimuksessa ja hoidossa.

Perusterveydenhuollon edustajilta tiedusteltiin myös kokemuksia yhteistoiminnasta mielenterveyskuntoutuksen alalla Kansaneläkelaitoksen kanssa. Vastaajista reilulla viidenneksellä ei ollut kokemuksia asiasta ollenkaan. Positiivisissa kommentteissa kiiteltiin yhteistyön sujumista ja pidettiin hyvänä, että Kansaneläkelaitos hoitaa päävastuun psykoterapiasta. Toisaalta Kansaneläkelaitoksen toimintaa pidettiin myös epäjohtomukaisena, roolia epäselvänä ja terveyskeskuslääkäreille tuntemattomana. Yhteistyötä perusterveydenhuollon kanssa pidettiin liian vähäisenä. Lisäksi tukirajoja moitittiin tiukoiksi ja Kansaneläkelaitos nähtiin ei-aktiivisena toimijana, jonka sisäisessä rahanjaossa mielenterveysongelmaiset jäävät jalkoihin.

## 3.5 Muita havaintoja

### 3.5.1 Kuntaliitosten vaikutus kuntoutuspalveluihin

Luvussa 3.2.2 käsitellyn asiakasyhteistyön yhteydessä sivuttiin lyhyesti kuntaliitoksia. Luvussa mainittiin tutkimustulokseen viitaten, että asiakasyhteistyölakiuudistusta enemmän paikallisen kuntoutusyhteistyön ja palveluverkoston toimintaan vaikuttaa kunta- ja palvelurakenneuudistukseen liittyvät kuntien yhdistymiset ja seutukunnallistuminen.

Kuntaliitokset ovatkin olleet tällä vuosituhannella varsin yleisiä aiempiin vuosikymmeniin verrattuna. Esimerkiksi kuluvan vuoden alussa toteutui 32 kuntaliitosta, joista puolet oli monikuntaliitoksia. Kuntien määrä väheni 67:llä. Kun Suomessa vuonna 2000 oli 448 kuntaa, niin vuonna 2009 niitä on peräti sata vähemmän. Tällä hetkellä meneillään on kahdeksaa kuntaa koskeva kuntaliitosselvitys<sup>66</sup>.

Kuntaliitosten tuntuvan lisääntymisen taustalla on kunta- ja palvelurakenneuudistus eli ns. Paras-hanke. Uudistusta säätelee puitelaki<sup>67</sup> ja sen avulla on pyrkimys turvata asukkaille kuntien järjestämistä vastaavalla tavalla olevat hyvinvointipalvelut. Tavoitteena on elinvoimainen kuntarakenne. Kuntien tuli laatia vuoden 2007 elokuun loppuun mennessä selvitykset yhteistyöstä ja toimeenpanosuunnitelmat palveluiden järjestämisestä. Yhteistyö on tarkoitus tapahtua kuntaliitoksien tai yhteistoiminta-alueita muodostamalla.

Kunta- ja palvelurakenneuudistuksen suunnitteluvaiheen loppuraportissa<sup>68</sup> todetaan, että sosiaali- ja terveydenhuollon järjestäminen ja asiaa koskenut keskustelu samoin kuin ratkaisujen hakeminen näytti olevan yksi voimakkaimmin esiin nousseista Paras-hankkeen valmisteluvaiheen teemoista. Lain tavoitteiden mukaista sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden pohdintaa on raportin mukaan toteutettu lähes kaikissa kunnissa. Lääkinnällinen kuntoutus on osa kansanterveyslaissa ja erikoissairaanhoidoissa tarkoitettua sairaanhoitoa, joten myös lääkinällisen kuntoutuksen järjestäminen kuului laadittavien selvitysten piiriin. Kuntien tekemissä Paras-hankeselvityksissä kuntoutuksen osuus jäi kuitenkin tiettävästi erittäin vähäiseksi tai puuttui täysin. Tämä on selkeä puute, sillä Paras-hankkeen suunnitteluvaiheessa olisi ollut erinomainen tilaisuus arvioida myös kuntoutustoiminnan järjestämistä.

---

<sup>66</sup> [http://www.kunnat.net/k\\_peruslistasivu.asp?path=1;29;348;4827;50631](http://www.kunnat.net/k_peruslistasivu.asp?path=1;29;348;4827;50631) sekä [http://www.kunnat.net/k\\_perussivu.asp?path=1;29;348;4827;4892;4869](http://www.kunnat.net/k_perussivu.asp?path=1;29;348;4827;4892;4869).

<sup>67</sup> 9.2.2007/169.

<sup>68</sup> Valtiovarainministeriö 2009.

Haastateltujen asiantuntijoiden mielipiteet olivat melko kriittisiä. Todettiin, että kuntaliitoksissa on ongelmansa kuntoutuksen kannalta: isossa yksikössä tulevat hallintorajat vastaan ja moniammatillinen toiminta muodostuu ongelmalliseksi. Myös isot kaupungit ovat taloudellisten ongelmien edessä. Alueellinen toimintamalli toisi haastateltavien mukaan yhdenmukaisuutta. Eroja edelleen on mm. apuvälineiden hankinnassa, vaikka apuvälinetoiminnasta onkin annettu laatusuositus.

Perusterveydenhuoltoon suunnatussa kyselyssä tiedusteltiin, miten Paras-hanke on vaikuttanut lääkinnällisen kuntoutuksen organisointiin, kuten esimerkiksi yhteistyöhön, palvelujen monipuolisuuteen ja saatavuuteen. Valtaosalla vastanneista eli noin 70 prosentilla Paras-hanke ei vaikuttanut mitenkään. Positiivisia vaikutuksia mainittiin vain muutamassa vastauksessa. Nämä koskivat käytäntöjen yhtenäistymistä kuntien välillä sekä kuntien ja keskussairaalan välillä, samoin yhteistyön parantamista pidettiin myönteisenä.

Negatiivisia mainintoja oli kuitenkin enemmän. Kyselyissä tuli esille, että pienet kunnat joutuvat mukautumaan isomman toimintaan ilman kunnollisia vaikutusmahdollisuuksia. Tietojärjestelmät olivat yhteensopimattomia. Toiminnan alkuvaihe oli ollut sekava ja tuonut aikaisempiin käytäntöihin epäselvyyksiä. Eräässä vastauksessa todettiin uudistuksen hajotaneen vuosikymmeniä jatkuneen yhteistoiminnan.

Kyselyssä tiedusteltiin myös, miten kuntaliitoksen yhteydessä oli pohdittu lääkinnällisen kuntoutuksen järjestämistä. Haasteiksi koettiin pitkät etäisyydet kunnan sisällä ja tietojärjestelmien yhteensopivuus. Positiivisia puolia oli apuvälinetoiminnan koordinointi, minkä seurauksena apuvälineiden saatavuus oli parantunut. Kiitosta sai myös toiminnan järjeistäminen henkilötasolla, jonka mahdollisti isompi henkilökunnan määrä. Käytäntöjä oli yhtenäistetty ja työnkuvat selkiytyneet.

### 3.5.2 Kuntoutuksen asema opetuksessa ja tutkimuksessa

Tarkastushaastatteluissa ilmeni selvästi se, että kuntoutuksen alalla toimivat asiantuntijat eivät pidä kuntoutuksen imagoa sen enempää lääkäriprofession sisällä kuin muuallakaan yhteiskunnassa sellaisena, että se edistäisi kuntoutustoimintaa ja sen kehittämistä. Erilaisia syitä tilanteeseen esitettiin. Kuntoutuksen koulutuksen vähäisyys ja ehkä osin sen pohjalta nouseva kuntoutuksen huono imago sekä tutkimustoimintaan liittyvät asiat olivat näistä tärkeimpiä.

Haastatteluissa kuvattiin lääkäreiden asennetta kuntoutusta kohtaan monesti tietämättömäksi ja kriittiseksi. Lääkärit eivät pohdi riittävästi kun-



toutusta esim. potilaiden jäljellä olevan työkyvyn kannalta eivätkä lähesty asiaa kokonaisvaltaisesti. Kuntoutuksen arvostukselle ongelma saattaa olla sekin, että kuntoutuksen rajaaminen ei ole aina yksiselitteistä. Lääkäreillä ei aina ole myöskään riittävästi tietoa kuntoutuksen vaikuttavuudesta.

Lääkärin peruskoulutuksessa kuntoutusta on hyvin vähän. Tarkastuksessa haastateltiin lääkäreitä, jotka opettavat eri lääketieteellisissä tiedekunnissa kuntoutusta. Opetus käsitti muutamia luentoja opiskelijain viimeisenä vuotena sekä eräässä tiedekunnassa pienryhmässä suoritettavan tapaus-tutkimuksen. Vähäinen kuntoutuksen opetus saattoi olla myös vapaavalintainen opintosuorite. Lisäksi fysiatrian opetuksen yhteydessä kuntoutus-asioita sivutaan. Kuuden vuoden pituisessa lääketieteen lisensiaatin koulutuksessa tällainen tuntimäärä on jokseenkin olematon.

Haastateltavat toisaalta myönsivät tilanteen hankaluuden. Lääketieteellinen tieto lisääntyy koko ajan eikä opetuksen kokonaispituutta voida juurikaan lisätä, joten priorisointeja on tehtävä. Jos kuntoutus jää rahanjaossa voimakkaiden erikoisalojen jalkoihin erikoissairaanhoidossa ja perusterveydenhuollossa, ei sen tilanne ole juuri parempi myöskään peruskoulutuksen ajanjaossa. Monen haastateltavan käsitys olikin se, että kuntoutus pitäisi nivoa opintoihin joka vaiheessa; kuntoutus sairauden hoidon yhteydessä ja kokonaisuuden osana auttaisi ymmärtämään sen merkityksen hoitokokonaisuudessa.

Tilanne ei muutu lääketieteen jatkokoulutuksessa. Tällä hetkellä kuntoutus vaikuttaa olevan kaukana prioriteettilistalla valmistumisen jälkeisessä tilanteessa, vaikka kuntoutukseen perehtymistä olisi hyödyllistä olla nuorella lääkärillä heti työelämän alussa. Haastatteluissa toivottiinkin, että parin työvuoden jälkeen olisi kurssi kuntoutustoiminnasta. Kuntoutukseen ei voi erikoistua, vaikka kuntoutuksen erityispätevyys onkin mahdollista hankkia. Yleensä kuntoutuslääkärit ovat fysiatreja tai neurologeja. Haastateltujen mielestä kuntoutus tulisi organisoida lääkäreiden jatkokoulutuksessa siten, että se olisi integroitu kaikkeen muuhun koulutukseen mukaan, kuten ehdotettiin peruskoulutuksenkin suhteen.

Kuntouttavan työotteen merkitystä on korostettu jo yli kymmenen vuoden takaisessa tutkimuksessa kuntalaisten kuntoutuspalveluista. Tutkimuksen mukaan kuntouttava työote tulisi saada kaikkiin sosiaali- ja terveydenhuollon yksiköihin tärkeäksi oman työn kehykseksi. Sitä tulisi kyseisen tutkimuksen mukaan opettaa kaikille sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisille jo peruskoulutusvaiheessa. Lääkärien, hoitajien, sosiaalityöntekijöiden sekä muiden alan ammattilaisten tulisi kartoittaa potilaan

toimintakykyä taustatietoja selvittäessään ja samalla ottaa hoitosuunnitelmassa kantaa kuntoutukseen<sup>69</sup>.

Kuntoutuksen arvostuksen heikkous saattaa johtua myös tutkimustoiminnan vaikeuksista. Kuntoutuksen tutkimuksessa ns. kovaa, satunnaistettua näyttöä vaikuttavuudesta on joiltain osin vaikea löytää. Satunnaistettuja tutkimustilanteita on kuntoutuksessa usein hankala luoda, vaikka niitäkin kyllä käytetään. Kun tieteellistä näyttöä vaikuttavuudesta ei aina ole, on tutkimukselle vaikea saada rahoitusta. Haastatteluissa kuvattiinkin kuntoutusta ei-puoleensavetävänä alana lääkäreille, siellä ei meritoiduta. Tutkimuspuoleen pitäisi asiantuntijoiden mielestä panostaa enemmän, sillä lääketieteessä arvostus tulee tutkimuksen kautta. Kuntoutuksen asemaa kohentaisi luonnollisesti sekin, jos kuntoutukselle saataisiin omia professuureja lääketieteellisiin tiedekuntiin.

Asenteet ovat kuitenkin muuttuneet ja muuttumassa kuntoutusta kohtaan. Kaikki haastatellut kuntoutusylilääkärit olivat sitä mieltä, että asenne kuntoutusta kohtaan on muuttunut ainakin hieman positiivisempaan suuntaan viimeisen 10–20 -vuoden aikana. Resursointi on vakiintunut ja sisällöllisesti on menty eteenpäin. Siitä huolimatta kuntoutus silti edelleen jää "kovien alojen" jalkoihin. Toisaalta myös asiakkaat osaavat vaatia kuntoutusta. Lääkäriprofession sisällä ymmärretään väestön ikääntyminen ja sen asettamat paineet. Haastateltavat kuitenkin epäilivät, että se ei välttämättä näy käytännön toiminnassa.

### 3.5.3 Moniammatillisuuden merkitys kuntoutuksessa

Kuntoutustoiminnassa on pidetty tärkeänä moniammatillisuuden periaatetta. Tämä ilmenee myös lainsäädännössä asiakasyhteistyön muodossa, joka on leimallisesti moniammatillista. Esimerkiksi Kuntoutusselonteko 2002 toteaa, että kuntoutuksessa toimii suuri joukko ammatillisesti eriytyneen koulutuksen saaneita henkilöitä ja että moniammatillisuus on kuntoutukselle tunnusomaista. Selonteossa mainitaan, että tuloksellisen kuntoutuksen yleisinä piirteinä ovat mm. moniammatillinen työote ja asiakkaan kuntoutukseen osallistuvien tahojen yhteistyö. Moniammatillisen työotteen kehittäminen mainitaankin yhdeksi kuntoutuksen tulevaisuuden haasteeksi.

Tarkastushaastatteluissa arveltiin moniammatillisuuden toteutuvan kuntoutustoiminnassa nykyisellään melko kehnosti. Haastateltujen asiantuntijoiden mukaan terveyskeskusten ollessa vielä hyvin resursoituja ja voi-

---

<sup>69</sup> Winell ja Ståhl 1998.

missaan oli työote kuntoutuksessa moniammatillinen. Haastatteluissa viitataan 1990-luvun alkuun eli aikaan jolloin kuntoutusta koskeva lainsäädäntö oli pääosiltaan sama kuin nykyään. Eräs tekijä toiminnan heikentymiselle moniammatillisuuden suhteen on keikkalääkäreiden tulo terveyskeskuksiin. Halukkuutta moniammatilliseen toimintaan kyllä olisi ja sen arvon ymmärtämisessä ei ole mitään puutteita: eräs haastateltavista totesi, että työn tulisi aina olla moniammatillista. Tämä tarkoittaa lääkäreiden, sosiaalityöntekijöiden, puheterapeuttien, psykologien, toimintaterapeuttien ja muiden kuntoutustoiminnassa tarvittavien ammattiryhmien yhteistyötä. Sellainen malli ei toimi, jossa osaaminen on hajallaan eri vastuualueilla.

Joitakin poikkeaviakin näkemyksiä esitettiin. Eräs haastateltava yllilääkäri kertoi, että moniammatillisuutta on olemassa ja toimii kohtuullisesti. Kyseinen haastateltava katsoi, että moniammatillisuutta ei aina tarvitse käsittää jäykästi ja kaavamaisesti, eikä sitä aina tarvita.

Perusterveydenhuollon edustajista lähes kaksi viidestä piti kuntansa lääkinnällistä kuntoutusta moniammatillisena aina tai lähes aina. Puolet katsoi, että kuntoutus on moniammatillista useimmiten ja kymmenesosa piti lääkinnällistä kuntoutusta moniammatillisena vain harvoin.

### 3.5.4 Vaikuttavuustutkimustiedon hyödyntäminen

Kuntoutuksen vaikuttavuudella voidaan tarkoittaa niin yksilötason tavoitteita (henkilön selviäminen vajaakuntoisuuden kanssa, mahdollinen paluu työelämään) kuin laajempia, yhteiskunnallisia vaikutuksia (työvoiman pitäminen työkykyisenä) tai muita pyrkimyksiä (esimerkiksi syrjäytymisen ehkäisy). Kuntoutuksen vaikuttavuudella tarkoitetaan tieteellisen tutkimuksen osoittamaa näyttöön perustuvaa kuntoutusintervention vaikuttavuutta<sup>70</sup>. Kuntoutuksen vaikuttavuuden arvioinnissa käytetään mm. terveydenhuollon arviointiin kehitettyjä mittaamismenetelmiä, mutta näiden menetelmien soveltuvuus tai riittävyys kuntoutuksen vaikuttavuuden arviointiin ei ole itsestään selvää. Terveydenhuollossa hoitojen vaikuttavuutta mitataan usein sairastumisriskin ja elinajanodotteen muutoksilla. Vaikuttavuuden määrällinen mittaaminen ei kuitenkaan aina ole mahdollista kaikkien hyödyllisten seurausten osalta<sup>71</sup>. Kuntoutuksen vaikuttavuuden tutkimuksessa on käytetty myös satunnaistettuja kokeellisia tutkimuksia

---

<sup>70</sup> Pohjolainen 2005a.

<sup>71</sup> Stakes 2002.

Kuntoutuksen vaikuttavuudesta on olemassa paljon tutkimustietoa. Esimerkiksi lääketieteessä arvostetussa Cohcrane-katsauksissa on julkaistu runsaasti kuntoutuksen vaikuttavuutta koskevia tuloksia. Näyttöä kuntoutuksen vaikuttavuudesta on erityisesti tuki- ja liikuntaelinsairauksissa, sydänsairauksissa, neurologisissa sairauksissa (esimerkiksi aivoverenkierron häiriöt) ja psykiatriassa. Vaikuttavuudesta on olemassa siis paljon näyttöä ja vaikuttavat kuntoutusmuodot tunnetaan<sup>72</sup>. Esimerkiksi akuutin selkäivun kuntoutushoidon vaikuttavuudesta on näyttöä, lääkinnällinen kuntoutus toimii. Kuntoutuksen osoittaututtua vaikuttavaksi siihen on panostettu, minkä seurauksena leikkaushoitoa on voitu vähentää.

Useimmissa sairausryhmissä moniammatillinen, tiimityöskentelyyn perustuva kuntoutusmalli on vaikuttavin. Kuntoutuksen vaikutus on parhaimmillaan silloin, kun kuntoutukseen yhdistetään työympäristöön, työpaikkaan ja työyhteisöön kohdistuvia toimenpiteitä. Tarkka kohdentaminen ja varhainen aloittaminen tehostavat vaikuttavuutta<sup>73</sup>.

Tarkastuksessa ilmeni, että rahoitusta saavat sellaisetkin kuntoutusmuodot, joiden vaikuttavuus on heikko. Eräs merkittävä tällainen kuntoutusmuoto on ammatillisesti syvennetty lääketieteellinen kuntoutus (ASLAK), jota Kansaneläkelaitos rahoittaa vuosittain merkittäväällä summalla, esimerkiksi vuonna 2007 yli 31 miljoonalla eurolla (ks. Taulukko 1). ASLAK-kurssin tavoitteena on työkyvyn pitkäaikainen parantaminen ja työkyvyn säilyttäminen silloin, kun työkyvyn heikkenemisen riskit ovat jo todettavissa. ASLAK-kurssi toteutetaan vuoden aikana ja sisältää avo- ja laitosjaksoja tai niiden yhdistelmiä. Tavallisesti kurssi koostuu alkujaksosta, perusjaksosta ja seurantajaksosta.

Tuoreessa tutkimuksessa selvitettiin kyseisen kuntoutuksen jatkumista työpaikalla, sen pitkäaikaista vaikutusta kuntoutujan henkiseen hyvinvointiin, koettuun terveyteen ja työkykyyn sekä työpaikan fyysisiin ja psykososiaalisiin työolosuhteisiin. Tutkimuksessa havaittiin, että kuntoutusprosessin jatkuminen työpaikalla jäi puutteelliseksi. Ammatillisesti syvennetyllä kuntoutuksella ei voitu tutkimuksen aineiston perusteella vaikuttaa kuntoutujan henkiseen hyvinvointiin, terveyteen ja työkykyyn pitkällä aikavälillä. Kuntoutusmuodolla ei tutkimuksen perusteella kyetty vaikuttamaan työpaikan fyysisiin tai psykososiaalisiin työolosuhteisiin pitkällä aikavälillä. Tutkimuksessa suositeltiin mm. kuntoutuksen tarpeen, oikea-aikaisuuden sekä muutosten mahdollisuuksien kartoitusta ennen kuntoutusprosessia samoin kuin kuntoutuksen ammatillisesti syvennettyä osuutta vahvistetaan sekä liitetään selkeästi työhön. Yhteistyötä tulisi tii-

---

<sup>72</sup> Pohjolainen 2005a.

<sup>73</sup> Stakes 2002.

vistää työpaikan, työterveyshuollon, kuntoutuslaitoksen ja kuntoutujan kesken ja konkreettisia jatkosuunnitelmia tulisi tehdä laitosjaksojen välillä ja niiden jälkeen<sup>74</sup>.

Kunnallinen terveydenhuolto vastaa vaikuttavaksi todetuista kuntoutusmuodoista, kuten mainituista aivoverenkiertohäiriöiden jälkitilojen kuntoutuksesta tai tuki- ja liikuntaelinsairauksien kuntoutuksesta. Vaikuttavaksi todetun kuntoutustoiminnan resursointi on tarpeisiin nähden liian vähäistä samalla kun rahoitetaan vaikuttavuudeltaan heikoksi todettua kuntoutusta. Tarkastuksessa haastatellut asiantuntijat kritisivatkin laitoskuntoutusta. Kuntoutuksen tulisi tapahtua aina kuntoutujan lähellä, hänen elämänpiirissään eikä etäisessä laitoksessa.

Myös tarkastuksen asiantuntijahaastatteluissa korostettiin, että kuntoutus on vaikuttavimmillaan vamman tai sairauden alkuvaiheessa. Siksi kuntoutus tulisi aloittaa välittömästi sairaanhoidon jälkeen ilman viivytyksiä. Usein kuitenkin kuntoutuksen aloitus viivästyy tarpeettomasti. Syynä tavallisesti on hoitoketjun katkeaminen sekä resurssipula.

### 3.6 Kokoavia tarkastushavaintoja

Tarkastuksen perusteella lääkinällisestä kuntoutuksesta ja mielenterveyskuntoutuksesta – osin kuntoutuksesta yleisestikin – saa sellaisen kuvan, että niin toiminnassa kuin palvelujärjestelmässä on parantamisen varaa. Ongelmakohtat ovat kuntoutuksen parissa toimivien tiedossa, mutta siitä huolimatta ne näyttävät pysyvän monesti muuttumattomina vuodesta toiseen. Vaikka toiminta onkin kehittynyt, on turhautumista havaittavissa toimijoiden keskuudessa. Suurin osa ongelmista juontaa terveydenhuollon palvelujärjestelmän kaksijakoisuudesta sekä (lääkinällisen) kuntoutuksen rahoituksen monikanavaisuudesta.

Erikoissairanhoidon ja perusterveydenhuollon erillisyys aiheuttaa katkoksia hoitoketjussa ja tiedonkulussa. Erikoissairanhoidon kuntoutussuunnitelmat ovat usein perusterveydenhuollolle mahdottomia toteuttaa resurssipulan, osaamisen puutteen tai molempien seikkojen takia. Tilanne on kaikkien osapuolien kannalta epätydyttävä ja saattaa vaikuttaa haitallisesti kuntoutujan motivaatioon ja kuntoutussuunnitelmaan sitoutumiseen. Kuntoutustoiminnan kannalta erikoissairanhoidon ja perusterveydenhuollon erillisyys aiheuttaa ongelmia. Koordinointia näiden välillä

---

<sup>74</sup> Turja 2009.

kaivattaisiin lisää. Olemassa olevat asiakasyhteistyön muodot eivät näytä vastaavan tarpeeseen riittävässä määrin.

Tarkastuksen perusteella muodostui sellainen vaikutelma, että erikoissairaanhoidossa käsitys kuntoutustoiminnan tilasta on pessimistisempi kuin perusterveydenhuollossa. Tämä koskee niin kuntoutustoimintaa yleensä kuin myös erikoissairaanhoidon asiantuntijoiden käsitystä perusterveydenhuollon osaamisesta.

Kuntoutustoiminnan resurssien suuntaamisessa on ongelmia sekä myös resurssipulaa. Vaikuttaa siltä, että kansalaiset ovat eriarvoisessa asemassa asuinpaikkansa perusteella. Mitä heikompi kunnan taloudellinen tilanne on, sitä niukempaa kuntoutustoimintaa se todennäköisesti tarjoaa. Maan kaikissa osissa ei ole kuntoutuspalveluita saatavilla edes ostopalveluina ammattitaitoisen työvoiman puutteen vuoksi. Resurssien taso vaihtelee maan eri osissa. Tarkastuksen perusteella ei voi tehdä tarkkoja johtopäätöksiä esimerkiksi sen suhteen, onko kuntoutuspalveluita saatavilla paremmin pienissä vai suurissa kunnissa. Maan eteläosissa kuntoutuspalveluja on asutuskeskittymien takia paremmin saatavilla kuin maan pohjoisosissa.

Kuntien terveydenhuollon ja Kansaneläkelaitoksen yhteistoiminta lääkinnällisen kuntoutuksen alueella ei vaikuta täysin sujuvalta. On olemassa joitakin merkkejä osaoptimoinnista eli pyrkimyksestä siirtää rahoitusvastuuta toiselle osapuolelle. Muutoinkin sellainen järjestelmä vaikuttaa varsin epätavalliselta, jossa suunnitelma tehdään yhtäällä, rahoitus tulee toisaalta ja kuntoutuksen toteuttaa kolmas taho. Ei ole uskottavaa, että järjestelmä olisi samaan aikaan kustannustehokas, kuntoutujalle tämän tarvitsemat palvelut oikea-aikaisesti tuottava sekä hallinnollisesti sujuva. On pikemminkin todennäköistä, että tällainen järjestelmä haittaa toimintaa ja heikentää vaikuttavuutta.

Vaikka kuntoutuksen palvelu- ja rahoitusjärjestelmässä on ilmeisiä toimintaan negatiivisesti vaikuttavia tekijöitä, myönteistäkin kehitystä on tapahtunut. Asiantuntijoiden mukaan kuntoutustietoisuus on lisääntynyt terveydenhuollossa, vaikka parannettavaa edelleen onkin. Hyvänä esimerkkinä positiivisesta muutoksesta voi pitää apuvälinetoimintaa, jota on saatu alueellisesti tasapuolisemmaksi ja muutoinkin parannettua ohjeistuksen avulla.

Kuntoutustoimintaa on pyritty tehostamaan lakisääteisen asiakasyhteistyön avulla. Asiakasyhteistyö on ilmeisesti tehokkainta kuntatasolla asiakasyhteistyöryhmissä, jossa tuntuma paikallisiin tarpeisiin ja olosuhteisiin on hyvä. Ryhmien toiminta kuitenkin riippuu paljon henkilöistä, henkilöiden osaamisesta ja motivaatiosta. Asiakasyhteistyötoimikuntien anti näytetään tarkastuksen perusteella asiakasyhteistyöryhmiä vähäisempänä. Suurin ongelma on kuitenkin se, että valtakunnallinen yhteistyöelin, Kun-

toutusasiain neuvottelukunta, ei toimi nykyisellään niin aktiivisesti kuin olisi mahdollista ja hyödynnä täysimääräisesti sitä toimivaltaa, minkä lainsäädäntö sille sallii. Neuvottelukunnassa on edustettuna kaikki kuntoutuksen kanssa tekemisissä olevat keskeiset ryhmät, joten sen panos kuntoutustoiminnan ohjaamisessa olisi tarpeellinen.

Eräs neuvottelukunnan tehtävistä on ohjata toimikuntien työtä. Tehtävä vaikuttaa haasteelliselta, jos neuvottelukunnalla ei ole käytettävissään edes toimikuntien yhteystietoja. Aiemmin neuvottelukunta olikin aktiivisempi, toiminnan hiipuminen on tapahtunut viimeksi kuluneen reilun vuoden aikana. Tilanne on mitä ilmeisimmin seurausta neuvottelukunnan pääsihteerin viran lakkauttamisesta vuoden 2007 lopussa. Kuntoutustoiminnan merkittävyyden kannalta neuvottelukunnan toiminnan passiivoutuminen on valitettavaa. Keskeisen koordinoitikanavan heikentyminen saattaa vaikuttaa kuntoutustoiminnan valtakunnalliseen ohjaukseen tilanteessa, jossa kuntoutukselle asetetaan suuria odotuksia koko yhteiskunnan tasolla.

Konkreettista kuntoutustoimintaa ohjaa kuntoutussuunnitelma. Tarkastuksessa saatiin viitteitä siitä, että kuntoutussuunnitelmien taso ei ole sellainen kuin lainsäädännössä edellytetään. Syynä tähän ovat puutteet osaamisessa mutta vaikuttaa siltä, että suunnitelman merkitystä ei aina täysin ymmärretä edes ammattilaisten (lääkäreiden) piirissä. Kuntoutujan kannalta suunnitelman arvo jo pelkästään kuntoutukseen sitouttajana on tärkeä. Kuntoutussuunnitelmien tekemistä valvomalla, niiden tasoon panostamalla ja noudattamista seuraamalla voisi olla mahdollista tehostaa kuntoutustoimintaa.

Lääkinnälliseen kuntoutukseen liittyvää mielenterveyskuntoutusta näyttävät vaivaavan samat resurssien ja oikea-aikaisuuden ongelmat kuin lääkinnällistä kuntoutusta yleensä, mutta kärjistetyimmässä muodossa. Toisaalta on olemassa merkkejä siitä, että tilanne on viranomaistaholla tiedostettu, sillä erilaisiin toimiin tilanteen parantamiseksi on ryhdytty. Toimintapiteille onkin selkeä tarve mielenterveyshäiriöiden aiheuttamien työkyvyttömyyseläkkeiden määrän rajun lisääntymisen vuoksi.

Kuntoutuksen asema lääkärikoulutuksessa on varsin vaatimaton nykyisellään. Tämä koskee niin perus- kuin jatkokoulutustakin eikä tilanne voi olla vaikuttamatta kuntoutustoimintaan haitallisesti. Moniammatillisuus, vaikuttavan kuntoutuksen eräs keskeinen vaatimus, ei nykyisellään aina toteudu. Usein syynä on resurssipula. Kuntoutuksen vaikuttavuudesta on olemassa näyttöä; siitä minkälainen toiminta on tehokasta ja mikä ei, mutta resurssija ei aina näytetä suuntavan tämän tiedon pohjalta.

## 4 Tarkastusviraston kannanotot

Tarkastuksessa haettiin vastausta siihen, onko lääkinällisen kuntoutuksen ohjaus ja organisointi järjestetty siten, että kuntoutuspalvelujen saatavuus on turvattu. Tarkastuksen täsmentävät kysymykset liittyivät palvelujärjestelmään, rahoitukseen ja ohjaukseen. Tarkastuksen perusteella on todettavissa, että lääkinällistä kuntoutusta ei ole aina tarjolla riittävästi ja oikea-aikaisesti. Lääkinällisen kuntoutuksen asema terveydenhuollossa ei ole toiminnan merkittävyyden ja tavoitteiden saavuttamisen kannalta riittävän vahva.

Organisatorisesti lääkinällinen kuntoutus on järjestetty muun terveydenhuollon yhteyteen; kuntoutuspalveluita tarjotaan niin perusterveydenhuollossa kuin erikoissairaanhoidossakin. Tarkastuksen perusteella on ilmeistä, että kuntoutusta ei ole organisoitu optimaalisesti. Hoitoketju katkeaa usein potilaan siirtyessä perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä. Kuntoutuksen kustannukset ja kokonaisvaikutukset sekä yksilöille että yhteiskunnalle ovat suuret. Siksi perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon lääkinällisen kuntoutuksen yhteistoimintaa olisi parannettava ja ohjeistusta kehitettävä. Kuntoutuksen vaikuttavuuden kannalta keskeisessä asemassa on se, että kuntoutus aloitetaan nopeasti sairaanhoidon jälkeen ja yleensäkin kuntoutuksen oikea-aikaisuus.

Mahdollisuuksista muuttaa käytäntöjä parempaan suuntaan ohjeistuksen avulla on olemassa rohkaisevia tuloksia esimerkiksi apuvälinetoiminnassa. Vuonna 2000 tehdyssä selvityksessä havaittiin apuvälinetoiminnassa selkeitä puutteita. Tilanteen kohentamiseksi laadittiin Apuvälineiden laatusuositus. Tutkittaessa vuonna 2006 tilannetta uudelleen, havaittiin, että apuvälinetoiminta oli kehittynyt monelta osin myönteiseen suuntaan. Eräs mahdollisuus olisi selvittää olisiko vastaavanlaisesta menettelystä – vallitsevan tilanteen kartoituksesta ja sitä seuraavasta ohjeistuksesta – hyötyä myös perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteistoiminnan kehittämässä. Tarkastusvirasto katsoo, että mahdollisuuksia erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon yhteistoiminnan parantamiseen kuntoutustoiminnassa on selvitettävä.

Hoitoketjun toimintaa, koordinoitua ja tiedonkulkua olisi mahdollista kehittää myös nimeämällä terveyskeskuksiin kuntoutusyhdyshenkilö, joka seuraisi sairaanhoitopiirin tasolla tapahtuvaa kuntoutustoimintaa. Kuntoutusyhdyshenkilön kautta erikoissairaanhoidon tietoon tulisi perusterveydenhuollon mahdollisesti syvempi tai pitkäaikaisempi tieto potilaan tilanteesta, jolloin kuntoutuksen suunnittelu parantuisi ja resurssien käyttö tehostuisi. Toisaalta perusterveydenhuollossa tiedettäisiin tarkemmin eri-



koissairaanhoidosta perusterveydenhuollon hoitovastuulle tulevat potilaat, jolloin näiden tarpeita kyettäisiin ennakoimaan nykyistä paremmin. Yhdys henkilön avulla olisi mahdollista niin ikään välttää mahdolliset perusterveydenhuollon osaamiseen ja resursseihin nähden ylimitoitettut kuntoutussuunnitelmat ja se, että potilaalle muodostuu epärealistisia odotuksia perusterveydenhuollon kuntoutuksen suhteen. Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteistoimintaa kuntoutussuunnitelmien laadinnassa olisi muutoinkin tärkeää kehittää nykyisestä.

Tällä hetkellä kuntoutussuunnitelmia ei aina edes tehdä ja niiden tasossa on tarkastuksen perusteella arvioiden parantamisen varaa. Kuntoutussuunnitelmien laadun valvontaa ei ole ja toteutumisen seurantakin on pikemminkin sattumanvaraista kuin säännöllistä.

Eräs yhteistoimintaa haittaava tekijä on tietojärjestelmien yhteensopimattomuus. Tämä ilmenee apuvälinetoiminnassa mutta myös muualla lääkinnällisen kuntoutuksen toiminnassa. Ongelma on noussut esiin niin apuvälinetoiminnan kehittyessä kuin myös kuntaliitosten seurauksena. Tietotekniset yhteensopivuusongelmat ovat luonteeltaan sellaisia, että niiden ratkaisu edellyttää ylätasoa ohjausta. Paikallisilla ratkaisuilla päädytään nykyiseen tilanteeseen, jossa käytössä on useita erilaisia ohjelmistoja. Kuntaliitoksista on ollut myös positiivisia seurauksia esimerkiksi siinä muodossa, että kuntoutusalan ammattilaisia on enemmän käytössä. Kuntoutustoiminnan suunnittelu on kuitenkin liitosten yhteydessä ollut heikkoa.

Kuntoutuksen resurssien riittävyden arviointi tarkastuksessa oli hankalaa puutteellisen datan sekä kuntoutuksen ja sairaanhoidon rajan häilyvyyden vuoksi. On silti ilmeistä, että resurssit ovat usein niukat ja vaihtelu maan eri osien välillä suurta. Kunnallinen terveydenhuolto kokonaisuudessaan kärsii kroonisesta resurssipulasta ja kuntoutuksen heikko asema esimerkiksi akuuttihoitoon verrattuna vaikeuttaa tilannetta entisestään. Kuntoutuksessa tärkeä moniammatillisuus ei toteudu nykyisellään siinä laajuudessa kuin tarvetta olisi. Tämä johtuu mm. resurssipulasta. Resurssien niukkuuden ohella ongelmana on myös se, että ne kohdentuvat epäoptimaalisesti. Kuntoutustoiminnan resurssien parempaa kohdentumista edesauttaisi se, että kuntoutustoimet ja resurssit suunnattaisiin vain sellaisiin kuntoutusmenetelmiin, joiden hyödystä ja vaikuttavuudesta on tutkimuksellista näyttöä. Julkisella sektorilla ei pitäisi rahoittaa sellaista kuntoutustoimintaa, jonka vaikuttavuus on tutkitusti heikko.

Suunnitelmissa on muutaa psykoterapia subjektiiviseksi oikeudeksi. On olemassa vaara, että tällöin julkisen terveydenhuollon henkilöresurssipula, erityisesti siis psykiatreja koskeva, pahenee entisestään. Mikäli näin käy, niin kaikkein huonoimmassa asemassa olevien potilaiden asema heikenee todennäköisesti entisestään.

Tarkastusvirasto katsoo, että kunnallisen terveydenhuollon ja Kansaneläkelaitoksen yhteistyötä kuntoutussektorilla tulisi parantaa. Kunnallisen terveydenhuollon piirissä vaikuttaa olevan joissain tapauksissa epäselvyyttä Kansaneläkelaitoksen roolista ja vastuista. Joustava yhteistyö, sujuva tiedonvälitys ja selkeät pelisäännöt parantaisivat toimintaa, mahdollisesti nopeuttaisivat kuntoutuksen aloittamista ja siten parantaisivat kuntoutujankin asemaa. Tilannetta vaikeuttaa osin tulkinnanvarainen lainsäädäntö. Lainsäädännön uudistustyö on käynnissä, mutta tässä vaiheessa on vaikea sanoa, minkälaiseksi käytäntö tulee muodostumaan. Keskeisen lainsäädännön kokoaminen yhteen lakiin on kuitenkin oikean suuntaista kehitystä.

Usein toimintaa hidastavat tai sitä heikentävät resurssipula ja hoitoketjun katkeaminen. Eräänä syynä kuntoutuksen viivästyminen ja yleisemminkin epätydyttävään tilanteeseen vaikuttaa olevan kuitenkin myös tietämättömyys ja osaamisen puute. Nykyisellään lääkärin peruskoulutuksessa kuntoutuksen osuus kuuden vuoden opinnoista on minimaalinen, vain joitakin tunteja. Kuntoutukseen ei voi myöskään jatkokoulutuksessa erikoistua, vaikka erityispätevyyden hankkiminen onkin mahdollista. Kuntoutuksen koulutuksen lisäämistä lääkärinkoulutuksessa tulisi vakavasti harkita. Lääkärinkoulutusta sekä perustasolla että jatkokoulutuksessa olisi mahdollista kehittää esimerkiksi niin, että kuntoutus integroitaisiin kiinteästi muuhun opetukseen mukaan. Tällä tavoin tarvittavien lisätuntien määrä ei lisääntyisi kohtuuttomasti. Myös muun hoitohenkilökunnan koulutuksessa kuntoutuksen opetuksen mahdollisia kehittämistarpeita tulisi selvittää.

Kuntoutusasiain neuvottelukunnan roolia kuntoutustoiminnan ohjauksessa ja koordinoinnissa tulee vahvistaa. Kuntoutusasiain neuvottelukunnan aktiivisuutta kentän suuntaan toivotaan ja siltä odotetaan linjauksia. Nykyisellään neuvottelukunnan toiminta on liian näkymätöntä ja passiivista. Tarkastusviraston näkemyksen mukaan Kuntoutusasiain neuvottelukunnan tulisi aktivoitua ja nostaa profiiliaan. Sen tulisi toiminnallaan nostaa esiin, puuttua ja ratkoa edellä mainittuja ongelmia kuten erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon yhteistoimintaa ja toiminnan yleistä koordinointia, kuntoutussuunnitelmien valvontaa sekä koulutusta. Osa kehittämiskohteista on mahdollisesti ratkaistavissa nykyisten yhteistoimintamenettelyjen puitteissa, osa saattaa vaatia uusia, esimerkiksi sairaanhoitopiiriin taseisia ratkaisuja.

Tarkastuksessa ilmeni, että vuoden 2007 jälkeen yhteydenpito ministeriön ja kentän välillä on heikentynyt. Ministeriössä ei ole lääkinnällisessä kuntoutuksessa riittävää toiminnan ohjausta ja koordinointia. Tarkastusvirasto katsoo, että sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön tulee ottaa vahvemmin se kuntoutusta ohjaava rooli, joka ministeriön vastuulle kuuluu.

# Lähteet

---

## 1. Lait, asetukset ja hallituksen esitykset

Kansanterveyslaki 66/1972

Erikoissairaanhoidonlaki 1062/1989

Laki kuntoutuksen asiakasyhteistyöstä 497/2003

Laki Kansaneläkelaitoksen kuntoutusetuuksista ja kuntoutusrahaetuksista 566/2005

Asetus lääkinnällisestä kuntoutuksesta 1015/1991

Asetus Kansaneläkelaitoksen järjestämästä kuntoutuksesta 1161/1991

Valtioneuvoston asetus kuntoutusasiain neuvottelukunnasta 25.9.2003

Asetus hoitoon pääsyn toteuttamisesta ja alueellisesta yhteistyöstä 1019/2004

HE 164/2002 vp. Hallituksen esitys Eduskunnalle laiksi kuntoutuksen asiakasyhteistyöstä sekä eräiksi siihen liittyviksi laeiksi

## 2. Kirjalliset lähteet

Etla (2007): Korkman Sixten, Lassila Jukka, Määttä Niku, Valkonen Tarmo: Hyvinvointivaltion rahoitus – Riittävätkö rahat, kuka maksaa? ETLA B230, Yliopistopaino, Helsinki, 2007.

Helsingin Sanomat 13.2.2008 – Mieliä – Kela tiukentanut linjaa lasten kuntoutuksissa.

Helsingin Sanomat 23.2.2008 – Mieliä – Kunnat ovat vastuussa lääkinnällisestä kuntoutuksesta.

Kansaneläkelaitos (2004): Kelan kuntoutustilasto. Kansaneläkelaitos, Tilastoryhmä, Helsinki 2005.

Kansaneläkelaitos (2005): Kelan kuntoutustilasto. Kansaneläkelaitos, Tilastoryhmä, Helsinki 2006.

Kansaneläkelaitos (2006): Kelan kuntoutustilasto. Kansaneläkelaitos, Tilastoryhmä, Helsinki 2007.

Kansaneläkelaitos (2007): Kelan kuntoutustilasto. Kansaneläkelaitos, Tilastoryhmä, Helsinki 2008.

Keskussairaaloiden kuntoutusylilääkäreiden kannanotto valmisteilla olevaan terveydenhuoltolakiin 23.10.2007.

Lausunto terveydenhuoltolakityöryhmän mietinnöstä (2008:28) - Keskussairaaloiden kuntoutusyksiköiden kannanotto.

Lausunto terveydenhuoltolakityöryhmän mietinnöstä 31.10.2008. Dnro 2645/5/08. Oikeusasiamies Riitta-Leena Paunio.

Paatero Heidi (2008): Mikä vika kuntoutusjärjestelmässä? Kuntoutus 4/2008.

Pohjolainen Timo (2005a): Kuntoutuksen vaikuttavuus – mitä se tarkoittaa ja onko näyttöä? Suomen Lääkärilehti 35/2005 vsk 60 s. 3399 – 3405.

Pohjolainen Timo (2005b): Tule-sairauksien ja mielenterveyshäiriöiden työkyvyttömyyskulut kasvussa – Onko vikaa työssä, hoidossa vai hoitojärjestelmässä? Suomen Lääkärilehti 47/2005 vsk 60 s. 4891–4896.

Rissanen Paavo, Kallanranta Tapani, Suikkanen Asko (toim.) (2008): Kuntoutus. Kustannus Oy Duodecim. Otavan Kirjapaino Oy, Keuruu 2008.

Sintonen Harri, Pekurinen Markku (2006): Terveystaloustiede. WSOY Oppimateriaalit Oy, Helsinki 2006.

Socius 2/2008: Kuntoutuksessa on yhä väliinputoajia.

Sosiaali- ja terveysministeriö (2002): Valtioneuvoston kuntoutusselonteko eduskunnalle 2002. Sosiaali- ja terveysministeriö, Julkaisuja 2002:6.

Sosiaali- ja terveysministeriö (2003): Apuvälineiden laatusuositus. Sosiaali- ja terveysministeriö, Suomen Kuntaliitto, Helsinki 2003. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2003:7.

Sosiaali- ja terveysministeriö (2004): Kuntoutuksen tutkimuksen kehittämissuunnitelma. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki 2004. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2003:19.

Sosiaali- ja terveysministeriö (2006a): Sosiaali- ja terveystalouden strategiat 2015 – kohti sosiaalisesti kestäväää ja taloudellisesti elinvoimaista yhteiskuntaa. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2006:14.

Sosiaali- ja terveysministeriö (2006b): Asiakasyhteistyötä uudella lailla? Kuntoutuksen asiakasyhteistyön arviointia. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki 2006. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2006:47.

Sosiaali- ja terveysministeriö (2006c): Sosiaali- ja terveysministeriön hallinnonalan toiminta- ja taloussuunnitelma vuosille 2008–2011. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki 2006. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2006:78.

Sosiaali- ja terveysministeriö (2007): Sosiaali- ja terveysministeriön hallinnonalan toiminta- ja taloussuunnitelma vuosille 2009–2012. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki 2007. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2007:65.

Sosiaali- ja terveysministeriö (2008a): Uusi terveydenhuoltolaki. Terveydenhuoltolakityöryhmän muistio. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2008:28.

Sosiaali- ja terveysministeriö (2008b): Sosiaali- ja terveysministeriön hallinnonalan toiminta- ja taloussuunnitelma vuosille 2010–2013. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2008:52.

Sosiaali- ja terveysministeriö (2008c): Ikäihmisten palvelujen laatusuositus. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2008:3.

Sosiaali- ja terveysministeriön tiedote 95/2009: Ministeri Risikko: Kuntoutuspalvelut auttavat työurien pidentämisessä. 19.3.2009.

Stakes (2002): Kannattaako kuntoutus? Asiantuntijakatsaus eräiden kuntoutusmuotojen vaikuttavuudesta. Raportteja 267/2002. Gummerus Kirjapaino Oy, Saarijärvi 2002.

Tilasto Suomen eläkkeensaajista 2007. Eläketurvakeskus ja Kansaneläkelaitos. Edita Prima Oy, Helsinki 2008.

Turja Johanna (2009): Ammatillisesti syvennetyn lääketieteellisen kuntoutuksen vaikuttavuus. Kuntoutus osana työpaikan terveyden edistämistä. Akateeminen väitöskirja, Tampereen yliopisto, terveystieteen laitos, Työterveyslaitos. Tampereen Yliopistopaino Oy – Juvenes Print. Tampere 2009.

Töytäri Outi (2001): Apuvälineiden saatavuus 2000. Selvitys apuvälineiden luovutuskäytännöistä, resursseista ja yhteistyöstä terveyskeskuksissa ja keskussairaaloissa. Stakes, Aiheita 9.

Töytäri Outi (2007): Apuvälineiden ja apuvälinepalveluiden saatavuus terveyskeskuksissa ja keskussairaaloissa 2006. Selvitys apuvälineiden luovutuskäytännöistä ja apuvälinepalvelujen toteutuksesta. Stakes, Raportteja 15/2007.

Valtioneuvoston kanslia (2007): Terveydenhuollon menojen hillintä: rahoitusjärjestelmän ja ennaltaehkäisyn merkitys. Valtioneuvoston kanslian julkaisusarja 4/2007.

Valtiovarainministeriö (2009): Parasta nyt – Kunta- ja palvelurakennemuutoksen suunnitteluvaiheen loppuarviointi. Valtiovarainministeriön julkaisuja 11/2009. Edita Prima Oy, Helsinki 2009.

Valtiontalouden tarkastusvirasto (2001): Sotainvalidien sairaanhoitopalvelujen hankinta. Tarkastuskertomus 1/2001, Valtiontalouden tarkastusvirasto.

Winell Klas, Ståhl Tomi (1998): Kuntalaisten kuntoutuspalvelut. Julkisen ja yksityisen sosiaali- ja terveydenhuollon tuottamat kuntoutuspalvelut kolmessa kunnassa. Stakes Raportteja 226. Gummerus Kirjapaino Oy, Jyväskylä 1998.

### 3. Ei-painetut lähteet

Kuntoutusasiain neuvottelukunnan internetsivut

[www.kunk.fi](http://www.kunk.fi)

Kunnat.net: Ajankohtaiset kuntaliitokset

[http://www.kunnat.net/k\\_peruslistasivu.asp?path=1;29;348;4827;50631](http://www.kunnat.net/k_peruslistasivu.asp?path=1;29;348;4827;50631)

Kunnat.net: Kaupunkien ja kuntien lukumäärä 1917 - 2009

[http://www.kunnat.net/k\\_perussivu.asp?path=1;29;348;4827;4892;4869](http://www.kunnat.net/k_perussivu.asp?path=1;29;348;4827;4892;4869)

#### 4. Julkaisemattomat lähteet

Neuvottelukunta ja vireillä olevat uudistukset sekä Kuntoutuslaitosselvitys 2009. Kansliapäällikkö Kari Välimäen ja ylitarkastaja Hanna Nyforsin esitykset Kuntoutusasiain neuvottelukunnassa 10.12.2008, esitysmoniste.

Terveydenhuollon rahoituksen tulevaisuus: asiantuntijahaastattelun satoa. Stakes, Chess-seminaari 15.11.2007, esitysmoniste.

Ylinen, Aarne: Kuntoutuminen on oppimista – myös kuntoutusjärjestelmän kuntoutuminen.

#### 5. Haastattelut

##### **Sairaanhoitopiirit**

Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri, Seinäjoen keskussairaala, 2.12.2008, kaksi haastateltavaa

Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä, Pohjois-Karjalan keskussairaala, 4.12.2008, neljä haastateltavaa

Pohjois-Savon sairaanhoitopiiri, Kuopion yliopistollinen sairaala, 8.12.2008, yksi haastateltava

Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri, Oulun yliopistollinen sairaala, 12.12.2008, viisi haastateltavaa

Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri, Jorvin sairaala, 7.1.2009, yksi haastateltava

Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri, Turun yliopistollinen keskussairaala, 15.1.2009, kolme haastateltavaa

Kainuun maakunta-kuntayhtymä, Kainuun keskussairaala, 12.2.2009, yksi haastateltava

## **Muut haastattelut**

Kansaneläkelaitos, 8.10.2008, yksi haastateltava

Kuntoutussäätiö, 9.10.2008, yksi haastateltava

Synapsia, 8.1.2009, yksi haastateltava

Espoon kaupunki (perusterveydenhuollon edustajia), 9.1.2009, kolme haastateltavaa

Kuntoutusasiain neuvottelukunnan entinen pääsihteeri, 10.2.2009

Sosiaali- ja terveysministeriö, 24.3.2009, yksi haastateltava

## **6. Sairaanhoidopiirien järjestämissuunnitelmat**

Etelä-Karjalan sairaanhoidopiirin terveydenhuollon palvelusuunnitelma

Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoidopiirin terveydenhuollon järjestämssuunnitelma, 8.6.2006

Kanta-Hämeen sairaanhoidopiirin ky.: Terveydenhuollon järjestämssuunnitelma vuoteen 2008, 13.12.2006

Keskipohjanmaan sairaanhoidopiiri: Palvelujen järjestämssuunnitelma vuosille 2006 – 2008, 8.8.2006

Lapin sairaanhoidopiiri: Palvelujen järjestämssuunnitelma, 7.6.2006

Länsi-Pohjan sairaanhoidopiirin kuntayhtymä: Terveydenhuollon palvelujen järjestämssuunnitelma 2005 – 2008, 24.4.2006

Pirkanmaan sairaanhoidopiiri: Pirkanmaan sairaanhoidopiirin alueellinen terveydenhuollon palvelujen järjestämssuunnitelma, 8.12.2009

Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä: Terveydenhuollon palvelujen alueellinen järjestämssuunnitelma vuosille 2006 – 2009, 7.8.2006



Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin kuntayhtymä: Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin lääkinnällisen kuntoutuksen terveydenhuollon palvelujen järjestämissuunnitelma, 24.5.2007

Päijät-Hämeen sairaanhoitopiiri: Valtioneuvoston asetuksen 1019/2004 7 §:ssä tarkoitettu järjestämissuunnitelma

Terveydenhuollon palveluiden järjestämissuunnitelma Keski-Suomessa – Yhteistyötavoitteet vuosiksi 2006–2008

Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin alueellinen terveydenhuollon palvelujen järjestämissuunnitelma v. 2007, 22.5.2007

# Liite

---

## Liite 1. Webropol-kysely kuntien perusterveydenhuollolle

### **Kysely perusterveydenhuollon lääkinnällisestä kuntoutuksesta sekä mielenterveyskuntoutuksesta**

Valtiontalouden tarkastusvirastossa suoritetaan lääkinnällistä kuntoutusta sekä mielenterveyskuntoutusta koskevaa toiminnantarkastusta. Tarkastuksen tavoitteena on selvittää kyetäänkö kuntoutuksella saavuttamaan sille asetetut tavoitteet.

Tämä kysely on osa tarkastuksen tiedonhankintaa ja sen avulla kerätään tietoa siitä, miten lääkinnällinen kuntoutus on järjestetty perusterveydenhuollossa sekä miten mielenterveyskuntoutus on organisoitu. Kysymykset liittyvät organisoinnin lisäksi mm. toiminnan ohjaukseen ja resursointiin. Tavoitteena on, että kyselyyn vastaisi sellainen johtava viranhaltija, joka on selvillä kuntansa (tai esimerkiksi kuntayhtymänsä, yhteistoiminta-alueensa) järjestämästä kuntoutuksesta. Tällainen henkilö voi olla esimerkiksi ylilääkäri tai kunnan sosiaali- ja terveysjohtaja.

Kysely on lähetetty 62 vastaajalle. Yhteystiedot on haettu kuntien, kuntayhtymien ja muiden perusterveydenhuollosta vastaavien organisaatioiden www-sivuilta. Toivomme, että vastaatte kyselyyn niiden kokemusten pohjalta, joita teillä on alueenne perusterveydenhuollon lääkinnällisestä kuntoutuksesta ja mielenterveyskuntoutuksesta. Mikäli vastaanottaja ei katso olevansa oikea henkilö vastaamaan tähän kyselyyn, hän voi jatkolähettää saamansa sähköpostiviestin ja siihen sisältyvän linkin kuntansa (kuntayhtymänsä tai vastaavan organisaation) sisällä eteenpäin sopivalle henkilölle.

**Kysymyksissä viitataan usein kuntaan ja sen järjestämään toimintaan. Jos kuntoutus on järjestetty jonkun muun yksikön kuin kunnan toimesta, vastatkaa niiden kokemusten perusteella, joita teillä on ko. yksiköstä ja sen tuottamasta kuntoutuksesta.**

Toivomme, että vastaatte kaikkiin kysymyksiin. Mikäli koette, että ette voi jostain syystä vastata johonkin kysymykseen, sivuuttakaa se ja siirtäkää seuraavaan. Kyselylomakkeen täyttö kestää noin 20 - 30 minuuttia.

Toivomme vastaustanne, sillä kattavan näkemyksen saamiseksi perusterveydenhuollon lääkinnällisen kuntoutuksen ja mielenterveyskuntoutuksen

sen nykytilasta on ensiarvoisen tärkeää saada vastaus mahdollisimman monelta vastaajalta. **Vastauksia pyydetään 16.2.2009 mennessä.**

Kyselyllä saatuja tietoja ei luovuteta eteenpäin ja niitä käytetään vain em. tarkastuksessa. Yksittäisten kuntien vastauksia ei käsitellä julkaistavassa tarkastuskertomuksessa tunnistettavasti. Tietosuojaselosteen saa pyydetäessä Valtiontalouden tarkastusvirastosta.

Lisätietoja tarkastuksesta ja kyselystä antaa tarvittaessa johtava toiminnan tarkastaja Juho Nurminen, p. 040 734 7905, Valtiontalouden tarkastusvirasto PL 1119, 00101 Helsinki; sähköposti juho.nurminen@vtv.fi.

1. Kuinka suuren väestön kuntoutuksesta kuntanne, kuntayhtymänne tai muu vastaava organisaatio vastaa?

yli 50 000

20 000–49 999

10 000–19 999

5 000–9 999

alle 5 000

## **I LÄÄKINNÄLLISEN KUNTOUTUKSEN ORGANISOINTI**

2. Kuvatkaa miten lääkinnällinen kuntoutus on kunnassanne organisoitu (onko se esimerkiksi kunnan itse järjestämää, kuntayhtymän kautta tai jollain muulla tavoin järjestetty)?

3. Onko lääkinnällinen kuntoutus toimiva osa sairauden jälkeistä hoitoa?

Kyllä

Tilanne vaihtelee

Ei

Eos (En osaa sanoa)

4. Kyetäätkö kuntoutujan tarpeisiin vastaamaan, kun tämä siirtyy erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuoltoon?

Aina tai lähes aina

Useimmiten

Harvoin

Ei koskaan tai ei juuri koskaan

Eos

5. Jos ongelmia ilmenee, minkälaisia ne tyypillisesti ovat?

6. Onko olemassa väliinputoajaryhmiä, joiden on vaikea saada tarvitsemaansa lääkinnällistä kuntoutusta?

7. Onko kuntanne lääkinällinen kuntoutus moniammatillista?

Aina tai lähes aina

Useimmiten

Harvoin

Ei koskaan tai ei juuri koskaan

Eos

8. Miten arvioisitte Kansaneläkelaitoksen roolia lääkinällisessä kuntoutuksessa ja miten se vaikuttaa perusterveydenhuollon lääkinälliseen kuntoutukseen (esimerkiksi yhteistyön, tehokkuuden ja asiakkaiden saamien palveluiden näkökulmasta)?

9. Miten Paras-hanke on vaikuttanut lääkinällisen kuntoutuksen organisointiin (esimerkiksi yhteistyöhön, palvelujen monipuolisuuteen ja saataavuuteen)?

10. Mikäli kuntanne on ollut kuntaliitoksessa mukana muutaman viime vuoden tai kuluvan vuoden aikana, kertokaa onko liitoksen yhteydessä pohdittu lääkinällisen kuntoutuksen järjestämistä ja millä tavoin. Kertokaa myös mahdollisista muutoksista toiminnassa.

11. Esiintyykö erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välillä epäselvyyttä siitä, kumpi taho on lääkinällisen kuntoutuksen hoitovastuussa? Ei koskaan tai ei juuri koskaan

Joskus

Melko usein

Aina tai lähes aina

Eos

12. Miten erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välinen hoitovastuu on kuntoutuksen osalta järjestetty?

13. Miten lääkinällinen kuntoutus on huomioitu hoitoketjussa?

Erittäin hyvin

Hyvin

Tyydyttävästi

Huonosti

Erittäin huonosti

Eos

14. Onko kuntanne tarjoamia apuvälineitä koordinoitu jollain ylemmällä taholla (apuvälinekeskus)? Olisiko tällaiselle koordinaatiolle tarvetta?

15. Minkälaiseksi kuvaisitte lääkinällisen kuntoutuksen asemaa kuntanne sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmässä?

## II LÄÄKINNÄLLISEN KUNTOUTUKSEN OHJAUS

16. Tehdäänkö kuntoutussuunnitelma?

Aina tai lähes aina

Useimmiten

Harvoin

Ei koskaan tai ei juuri koskaan

Eos

17. Kuntoutussuunnitelma tulisi tehdä terveydenhuollossa moniammatillisesti. Toteutuuko tämä kokemustenne mukaan kunnassanne nykyisellään?

Aina tai lähes aina

Useimmiten

Harvoin

Ei koskaan tai ei juuri koskaan

Eos

18. Mitkä ammattiryhmät osallistuvat yleensä kuntoutussuunnitelman laadintaan? (voitte valita useamman vaihtoehdon)

Lääkäri(t)

Kuntoutussuunnittelija

Fysioterapeutti

Psykologi

Muut, ketkä?

19. Seurataanko kuntoutussuunnitelmien tavoitteiden toteutumista?

Aina tai lähes aina

Useimmiten

Harvoin

Ei koskaan tai ei juuri koskaan

Eos

20. Miten kuntanne asiakasyhteistyöryhmä toimii?

Erittäin hyvin

Hyvin

Tyydyttävästi

Huonosti

Erittäin huonosti

Eos

21. Vapaat kommentit asiakasyhteistyöryhmän toiminnasta

22. Pitäisikö erikoissairaanhoidon ohjata perusterveydenhuoltoa lääkin-  
nällisessä kuntoutuksessa?

Kyllä

Joskus

Ei

Eos

23. Jos ohjausta mielestänne tarvittaisiin, minkälaista sen tulisi olla?

24. Miten arvioisitte voimassa olevan lainsäädännön tukevan lääkin-  
nällistä kuntoutusta?

### **III LÄÄKINNÄLLISEN KUNTOUTUKSEN RESURSSIT**

25. Ovatko kuntanne lääkinällisen kuntoutuksen resurssit riittävät?

Resursseja on hyvin

Resursseja on tyydyttävästi

Resursseja on niukasti

Eos

26. Jos resursseja ei ole kunnassanne riittävästi niin minkälaisista resurs-  
seista on puutetta?

27. Onko lääkinälliseen kuntoutukseen tai yleensä kuntoutukseen käytet-  
tyjä resursseja mahdollista erottaa muista perusterveydenhuollon meno-  
ista?

Täysin erotettavissa

Osin, esim. ostopalveluiden tai joidenkin muiden osakokonaisuuksien  
suhteen

Ei ole erotettavissa

Eos

28. Onko kunnassanne perusterveydenhuollossa riittävää lääkinällisen  
kuntoutuksen osaamista? Osaamista on

Hyvin

Tyydyttävästi

Huonosti

Eos

29. Jos osaamisesta on mielestänne puutetta, minkälaista tarvittaisiin li-  
sää?

## **IV MIELENTERVEYSKUNTOUTUS**

30. Miten mielenterveyspotilaiden kuntoutus on kunnassanne järjestetty?  
(voitte valita useamman vaihtoehdon)

Osana perusterveydenhuoltoa

Omissa toimintayksiköissä (esimerkiksi mielenterveystoimistoissa)

Yhteistyössä muiden kuntien kanssa

Sairaanhoitopiirin toimesta

Ostopalveluna; millä tavoin?

Muu tapa, mikä?

31. Minkälaisia palvelumuotoja mielenterveyskuntoutujille kunnassanne on tarjolla? (voitte valita useamman vaihtoehdon)

Avopalveluita

Päivätoimintaa

Asumispalveluita

Kuntoutuskoti

Muita, mitä?

32. Onko kunnassanne mielestänne riittävästi tarjolla mielenterveyskuntoutuspalveluja?

Kyllä

Ei

Eos

33. Minkälaisia kokemuksia teillä on yhteistoiminnasta Kansaneläkelaitoksen kanssa mielenterveyskuntoutuksessa?

34. Vapaat kommentit mielenterveyskuntoutuksen järjestämisestä kunnassanne.

## **V YLEISIÄ HUOMIOITA**

35. Muita yleisiä kommentteja ja havaintoja perusterveydenhuollon lääkinnällisestä kuntoutuksesta. Mikäli täydennätte jotain edellä olleista kysymyksistä, viitatkaa kommentissanne kysymykseen sen numerolla.

Toiminnantarkastukset vuodesta 2005 lähtien  
(15.4.2009 lukien tuloksellisuustarkastukset)

- 92/2005 EU:n jäsenvaltioiden tarkastusvirastojen rinnakkaistarkastus rakennerahastojen jäljitysketjusta mukaan lukien 5 %:n tarkastusvelvollisuus
- 93/2005 Kihlakunnanvirastojen ja poliisin erillisyyksiköiden toimitilahankkeet
- 94/2005 Nuorisotoiminnan tukeminen
- 95/2005 Senaatti-kiinteistöjen kiinteistöhoitopalvelujen hankinnat – *puitesopimus*
- 96/2005 Asiantuntijapalveluiden käyttö puolustushallinnossa
- 97/2005 Työvoimakoulutuksen työllisyysvaikutukset
- 98/2005 Verosaatavien perinnän tehokkuus
- 99/2005 Korruption vastaisten mekanismien soveltamista käytännön kehitysyhteistyössä
- 100/2005 Hirvikannan säätelyjärjestelmä
- 101/2005 Yksityisten sosiaalipalvelujen valvonta
- 102/2005 Valtion asuntorahaston ulkoinen varainhankinta vuosina 1998 – 2003
- 103/2005 Ammatillisen koulutuksen kannustusraha
- 104/2005 Asuntomarkkinatiedon tuottaminen ja hyödyntäminen – *kuntien asuntomarkkinaselvitykset asumisen tarjontatukien suuntaamisessa*
- 105/2005 Puolustusministeriön hallinnonalan tuloksellisuusraportointi eduskunnalle
- 106/2005 Keksintötoiminnan edistämiseen myönnettyjen valtionavustusten käyttö
- 107/2005 Ympäristöministeriön hallinnonalan tuloksellisuusraportointi eduskunnalle
- 108/2005 Terveystieteellisen tutkimuksen erityisvaltionosuus
- 109/2005 Työvoimatoimistojen tehtävät työttömyysetuuksien hallinnoinnissa ja valvonnassa
- 110/2005 Ulosoton tietojärjestelmähanke
- 111/2005 Suomen ja Venäjän välinen velkakonversio
- 112/2005 Työllistämistukien työllisyysvaikutukset
- 113/2005 Maatalouden ympäristötuen erityistuet
- 114/2005 Maanmittauslaitoksen maanmittaustoimitukset
- 115/2005 Kuntien harkinnanvaraisten rahoitusavustusten myöntäminen ja käyttö



- 116/2005 Työhyvinvointi valtionhallinnossa
- 117/2006 Raha-automaattivastukset kansansairauksien ennaltaehkäisyyn
- 118/2006 Valtion televisio- ja radiorahasto
- 119/2006 Puolustusvoimien ennakkomaksut puolustusmateriaalihankinnoissa
- 120/2006 Sähköisten asiointipalvelujen kehittäminen julkishallinnossa
- 121/2006 Yritystukien vaikutusten pysyvyys
- 122/2006 EU-säädösehdotusten kansallinen käsittely – *erityisesti taloudellisten vaikutusten arvioinnin kannalta*
- 123/2006 Kuntien yhdistymisavustukset
- 124/2006 Ammatilliset erikoisoppilaitokset ja niiden käyttökustannusten valtionosuusjärjestelmä
- 125/2006 Käräjäoikeuksien tulosohjaus ja johtaminen
- 126/2006 Teiden kunnossapito tielaitosuudistuksen jälkeen
- 127/2006 Verotuksen yhdenmukaisuuden edistäminen verohallinnossa
- 128/2006 Valtion osakkuusyhtiöt ja valtio vähemmistöomistajana
- 129/2006 Viranomaisten valvottavilta perimät valvontamaksut
- 130/2006 Sisäasiainministeriön hallinnonalan tuloksellisuusraportointi eduskunnalle
- 131/2006 Työministeriön hallinnonalan tuloksellisuusraportointi eduskunnalle
- 132/2006 Suomen Kansallisteatterin peruskorjaus
- 133/2006 Kanatalouden tuotannonrajoitustoimet
- 134/2006 Maakunnan liittojen rooli – *maakunnan kehittämisrahan sitomattoman osan käyttö*
- 135/2006 Ympäristöministeriön harkinnanvaraiset valtionavustukset Vapaa Vuotos -liikkeelle
- 136/2006 Kouluterveydenhuollon laatusuositus – *suosituksen ohjausvaikutukset kuntien toimintaan*
- 137/2006 Budjettituki Tansanialle
- 138/2006 EU:n tarkastusvirastojen rinnakkaistarkastus rakennerahastojen epäsäännönmukaisuuksien ilmoittamisenettä
- 139/2006 Turvapaikkamenettely – *turvapaikkaprosessin, turvapaikanhakijoiden vastaanoton ja pakolaisten kotouttamisen toiminnallinen kokonaisuus*
- 140/2007 Natura 2000 -verkoston valmistelu

- 141/2007 Verotuet  
– *tilivelvollisuuden toteutuminen*
- 142/2007 Paikallisen yhteistyön määrärahan tarkastus
- 143/2007 Virkamatkustaminen  
– *ohjausjärjestelmät ja taloudellisuus*
- 144/2007 Jääluokat ja väylämaksut
- 145/2007 Poliisi-, tulli- ja rajavartiolaitosviranomaisten yhteistoiminta (PTR-yhteistyö)  
– *erityisesti vakavan rikollisuuden torjunnassa*
- 146/2007 Nuorten syrjäytymisen ehkäisy
- 147/2007 Hankerahoitus ohjausvälineenä
- 148/2007 Liikenne- ja viestintäministeriön hallinnonalan tuloksellisuusraportointi eduskunnalle
- 149/2007 Ulkoasiainministeriön hallinnonalan tuloksellisuusraportointi eduskunnalle
- 150/2007 Tulohajauksen tila  
– *Valtiontalouden tarkastusviraston tarkastushavaintojen 2002–2006 perusteella*
- 151/2007 Finanssialan asiantuntijapalveluhankinnat
- 152/2007 Aluekeskusohjelman toteutus vuosina 2004–2006
- 153/2007 Sotu-kokeilun vaikutukset
- 154/2007 Valtio etsintä- ja kaivostoiminnan edistäjänä
- 155/2007 Kalatalouden kehittäminen
- 156/2007 Kuluttajahallinnon toimivuus
- 157/2008 T&k-arviointitoiminta
- 158/2008 Alueellisten tietoyhteiskuntahankkeiden toteutus
- 159/2008 Rataväylien kunnossapito
- 160/2008 Terveystieteiden edistämisen määrärahalta toteutettavat hankkeet
- 161/2008 Tunnistuspalveluiden kehittäminen ja käyttö julkisessa hallinnossa
- 162/2008 Metsähallitus  
– *liikelaitoskonsernina ja ympäristöministeriön ohjaamana luonnonsuojelijana*
- 163/2008 Väärinkäytökset valtionhallinnossa
- 164/2008 Huoltovarmuuskeskus
- 165/2008 Valtion teknillisen tutkimuskeskuksen (VTT) aineettoman omaisuuden (Intellectual Property Rights IPR) kaupallinen hyödyntäminen
- 166/2008 EU:n tarkastusvirastojen rinnakkaistarkastus rakennerahasto-ohjelmien tuloksellisuudesta työllisyyden alueella

- 167/2008 Hoitotakuu
- 168/2008 Valtion kassanhallinta
- 169/2008 Hallinto-oikeudet
- 170/2008 Kehitysyhteistyön läpileikkaavat tavoitteet
- 171/2008 Koulutuksen määrällinen ennakointi, mitoitus ja kohdentaminen – erityiskohteena nuorten ammatillinen peruskoulutus
- 172/2008 Alueellisten kehittämisohjelmien vaikutukset
- 173/2008 Maa- ja metsätalousministeriön hallinnonalan ohjausjärjestelmä
- 174/2008 Työnvälityksen palveluprosessi
- 175/2008 Maatalouden ravinnepäästöjen vähentäminen
- 176/2008 Valot päällä Pohjolassa  
Pohjoismainen sähköhuollon valmiusyhteistyö
- 177/2008 Työterveyshuolto ja alkoholihaittojen ehkäisy
- 178/2008 Poliisin tietohallintokeskuksen alueellistaminen
- 179/2008 Valtion velanhallinta
- 180/2009 Asiantuntija- ja tutkimuspalvelujen hankinta ulkoasiainministeriössä
- 181/2009 Sosiaali- ja terveydenhuollon laskennallisen valtionosuusjärjestelmän läpinäkyvyys
- 182/2009 Vesiväylien kunnossapito
- 183/2009 Alueelliset ympäristökeskukset tavoite 2 -ohjelman toteuttajina
- 184/2009 Valtion talousarvion ulkopuolisten rahastojen ohjaus ja hallinto
- 185/2009 Ajoneuvohallintokeskuksen PALKO-hanke
- 186/2009 Taloushallinnon muutokset ministeriöissä, virastoissa ja laitoksissa
- 187/2009 Sisäasiainhallinnon palvelukeskus
- 188/2009 Ammattikorkeakoulutuksen työelämälähtöisyyden kehittäminen
- 189/2009 Yritysten liiketoiminnan sähköistämisen edistäminen
- 190/2009 Maa- ja metsätalousministeriön hallinnonalan harkinnanvaraiset tukijärjestelmät
- 191/2009 Puoluetuki
- 192/2009 Perusopetuksen ohjaus- ja rahoitusjärjestelmä
- 193/2009 Lääkinnällinen kuntoutus



VALTIONTALOUDEN TARKASTUSVIRASTO

Antinkatu 1, PL 1119, 00101 Helsinki

Puh. 09 4321, faksi 09 432 5820, [www.vtv.fi](http://www.vtv.fi)

ISBN 978-952-499-104-9 (nid.)