



Tuloksellisuustarkastuskertomus

Kuntoutus työurien pidentäjänä

Valtiontalouden tarkastusviraston
tarkastuskertomus 2/2013



Tuloksellisuustarkastuskertomus
Kuntoutus työurien pidentäjänä

ISSN-L 1799-8093
ISSN 1799-8107 (PDF)
ISBN 978-952-499-236-7 (PDF)

Edita Prima Oy
Helsinki 2013

Valtiontalouden tarkastusviraston tuloksellisuustarkastuskertomus

Dnro 229/54/2011

Valtiontalouden tarkastusvirasto on suorittanut tarkastussuunnitelmaansa sisältyneen kuntoutusta ja työurien pituutta koskeneen tarkastuksen. Tarkastus on tehty tarkastusviraston tuloksellisuustarkastuksesta antaman ohjeen mukaisesti.

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

Ennen tarkastuskertomuksen antamista sosiaali- ja terveysministeriöllä, työ- ja elinkeinoministeriöllä ja Kansaneläkelaitoksella on ollut mahdollisuus varmistaa, ettei kertomukseen sisälly asiavirheitä, sekä lausua näkemysensä siinä esitetyistä tarkastusviraston kannanotoista.

Tarkastuksen jälkiseurannassa tarkastusvirasto tulee selvittämään, mihin toimenpiteisiin tarkastuskertomuksessa esitettyjen kannanottojen johdosta on ryhdytty. Jälkiseuranta tehdään vuonna 2015.

Helsingissä 13. päivänä toukokuuta 2013

Ylijohtaja Vesa Jatkola

Johtava tuloksellisuustarkastaja Ville Vehkasalo

Tarkastuksen tekijät:

Johtava tuloksellisuustarkastaja Ville Vehkasalo

Johtava tuloksellisuustarkastaja Matti Ojala

Tarkastuksen ohjaus ja laadunvarmistus:

Tuloksellisuustarkastuspäällikkö Marko Männikkö

Tuloksellisuustarkastusjohtaja Jarmo Soukainen

Tarkastetusta toiminnasta vastuulliset hallinnonalat:

sosiaali- ja terveysministeriö

työ- ja elinkeinoministeriö

Asiasanat:

kuntoutus, työkyky, työkyvyttömyys, työllisyysaste

Sisällys

Tiivistelmä	7
Resumé	9
1 Johdanto	11
2 Tarkastusasetelma	14
2.1 Tarkastuskohteen kuvaus	14
2.2 Taloudellinen merkitys	16
2.3 Tarkastuskysymykset ja -kriteerit	16
2.4 Aineistot ja menetelmät	18
3 Tarkastushavainnot	19
3.1 Työllisyysastetavoitteet ja työurien pidentäminen	19
3.2 Kuntoutusjärjestelmän toimijat	24
3.3 Kuntoutusjärjestelmän valtakunnallinen ja aluetason ohjaus	26
3.4 Kuntoutuksen kustannukset ja tuloksellisuuden seuranta	30
3.5 Työkyvyttömyyden riskitekijät	35
3.6 Kuntoutuksen vaikuttavuus aluetason tilastojen perusteella	46
4 Tarkastusviraston kannanotot	60
Lähteet	62
Liitteet	67

Kuntoutus työurien pidentäjänä

Työllisyysasteen nostaminen ja työurien pidentäminen ovat keskeisiä hallituksen tavoitteita. Nykyisen hallitusohjelman (22.6.2011) tavoitteena on pidentää työuria niiden alusta, keskeltä ja lopusta. Ihmisten keskimääräinen elinikä pitenee jatkuvasti, ja osa pidentyneestä eliniästä tulisi hallitusohjelman mukaan käyttää työntekoon, jotta hyvinvointivaltion rahoitus olisi jatkossa kestäväällä pohjalla. Vuonna 2011 työkyvyttömyyseläkettä sai 260 000 henkilöä, joista 236 000 henkilön työkyvyttömyyseläke oli pysyvä ja loput saivat määräaikaista eläkettä eli kuntoutustukea. Työttömien määrä oli 209 000.

Tarkastus on kohdennettu työkykyä ylläpitävään kuntoutukseen. Työkykyä ylläpitävästä kuntoutuksesta aiheutuu valtiolle ja kansantaloudelle kustannuksia 140–170 miljoonaa euroa vuodessa. Tarkastuksessa tutkittiin työkyvyttömyyden riskitekijöitä ja selvitettiin työkykyä ylläpitävän kuntoutuksen vaikutuksia työkyvyttömyyseläkealkavuuteen. Tarkastuksessa arvioitiin myös kuntoutuksen varainkäytön valtakunnallista ohjausta. Tarkastuksen pääkysymys oli: Miten tuloksellisesti valtio on onnistunut ylläpitämään ja parantamaan kansalaisten työkykyä kuntoutuksen keinoin sekä siten pidentämään työuria?

Terveydenhuoltolain (1326/2010) 29 §:n mukaan lääkinnällinen kuntoutus on aina viime kädessä kunnan vastuulla. Sosiaali- ja terveysministeriö vastaa terveydenhuollon lainsäädännön valmistelusta ja informaatio-ohjauksesta, ja tältä osin myös kuntoutuksen säädös- ja muusta ohjauksesta. Valtioneuvoston nimittämä ja sosiaali- ja terveysministeriön yhteydessä toimiva kuntoutusasiain neuvottelukunta ohjaa ja kehittää valtakunnallisesti kuntoutusta sekä sovittaa yhteen eri hallinnonalojen hallinnoimaa kuntoutusta. Lisäksi alueilla toimii kuntoutuksen asiakasyhteistyötoimikunnat ja -ryhmät, joiden tehtävänä on asiakkaan kuntoutustarpeen arviointi.

Kuntoutuksen lainsäädännössä määriteltynä tavoitteena on ollut ehkäistä työkyvyttömyyttä ja parantaa työkykyä. Hallitusohjelman tavoite on pidentää työuria keskimäärin kolmella vuodella vuoteen 2025 mennessä. Kuntoutuksen osuutta tavoitteesta ei ole kuitenkaan yksityiskohtaisesti eritelty.

Tarkastuksessa arvioitiin Kansaneläkelaitoksen järjestämän ammatillisen ASLAK- ja TYK-kuntoutuksen vaikutuksia työkyvyttömyyseläkealkavuuteen aluetasolla. Lakisääteisen TYK-toiminnan työkyvyttömyyttä ehkäisevistä vaikutuksista saatiin heikkoa tilastollista näyttöä. Sitä vastoin

harkinnanvaraiseen kuntoutukseen kuuluvalla ASLAK-toiminnalla ei ole ollut työkyvyttömyyttä vähentävää vaikutusta. Työkyvyttömyyden riskitekijöitä ovat sairastavuus, ylipaino, heikko kielellinen lahjakkuus ja runsas alkoholin käyttö. Aineiston perusteella näyttäisi siltä, että varhaisella hoitoonohjauksella työkyvyttömyyden riskiä voidaan merkittävästi vähentää. Havainto korostaa säännöllisten ikäkausiterveystarkastusten merkitystä työkyvyttömyyden ehkäisyssä.

Ammatillisen kuntoutuksen vaikutuksia työkyvyttömyyseläkkeelle siirtymiseen on kuitenkin syytä tutkia lisää. Ongelmana on riittävän pitkien seuranta-aikojen mahdollistaminen koeasetelmissa. Seurannan tulisi kestää ainakin viisi vuotta. Viiden vuoden aikana ennakoitu työkyvyttömyyden uhka ilman kuntoutusta on yksi lainsäädännössä asetettu kriteeri kuntoutukselle.

Työurien pidentämiseksi ja työllisyysasteen nostamiseksi tulisi puuttua sekä työkyvyttömyyteen että työttömyyteen. Maamme kuntoutusjärjestelmä on palveluiden tarvitsijan kannalta monimutkainen, koska kuntoutuksen järjestäjien vastuusuhteet kuntoutuksessa ovat epäselvät. On myös näyttöä siitä, että kuntoutus alkaa useissa tapauksissa liian myöhään. Hallitusohjelman linjausten mukaisesti sosiaali- ja terveysministeriö onkin aloittamassa hanketta, jolla on tarkoitus selkiyttää kuntoutukseen ohjausta, sen kohdentamista ja tavoitteita asiakkaan näkökulmasta. Tätä kehitystä on pidettävä oikeansuuntaisena.

Kuntoutuksen valtakunnallinen ohjaus, koordinointi ja seuranta on säädetty sosiaali- ja terveysministeriön yhteydessä toimivan kuntoutusasiain neuvottelukunnan tehtäväksi. Tarkastuksen perusteella kuntoutuksen valtakunnallista ohjausta ja koordinointia ei ole kuitenkaan viime vuosina ollut juuri lainkaan.

Tarkastuksessa suoritettujen paikalliskäyntien perusteella kuntoutuksen asiakasyhteistyötä tekevät yhteistyöryhmät ja toimikunnat eivät kaikilta osin ole toimineet asiakasyhteistyöstä säädetyn lain mukaisesti, vaan yhteistyöryhmien toiminnassa on korostunut asiakkaan työkyvyttömyyseläkearviointi eikä asiakkaan kuntoutustarpeen arviointi, kuten lainsäädäntö edellyttää.

Rehabilitering som förlängare av arbetskarriärerna

Att höja sysselsättningsgraden och förlänga arbetskarriärerna är en av de centrala målsättningarna i regeringsprogrammet. Målsättningen i det nuvarande regeringsprogrammet (21.6.2011) är att förlänga arbetskarriärerna i deras inledande, mellanliggande och avslutande skede. Människornas genomsnittliga livslängd ökar kontinuerligt, och en del av den ökade livslängden borde enligt regeringsprogrammet användas till att arbeta, för att finansieringen av välfärdsstaten i fortsättningen skall vara på hållbar grund. År 2011 betalades invalidpension åt 260 000 personer, av vilka 236 000 personers pension var varaktig och återstoden fick pension för viss tid dvs. rehabiliteringsstöd. Antalet arbetslösa var 209 000.

Revisionen har inriktats på rehabiliteringen för upprätthållande av arbetsförmågan. Rehabiliteringen för upprätthållande av arbetsförmågan orsakar staten och folkhushållet årliga kostnader om 140 - 170 miljoner euro. Vid revisionen granskades vilka faktorer som utgör risk för arbetsförmåga och klarlades vilka effekter rehabiliteringen för upprätthållande av arbetsförmågan har på invalidpensioneringsfrekvensen. Vid revisionen granskades också den riksomfattande styrningen av penninganvändningen inom rehabiliteringen. Huvudfrågan vid revisionen var: hur framgångsrikt har staten lyckats med att upprätthålla och förbättra medborgarnas arbetsförmåga med hjälp av rehabilitering och på så sätt förlänga arbetskarriärerna?

Enligt 29 § i hälso- och sjukvårdslagen (1326/2010) är medicinsk rehabilitering alltid i sista hand ett ansvar för kommunen. Social- och hälsovårdsministeriet svarar för beredningen av lagstiftningen och hälso- och sjukvården och för informationsstyrningen, och till denna del också för författnings- och annan styrning av rehabiliteringen. Den av statsrådet tillsatta delegationen för rehabiliteringsärenden, som fungerar i anslutning till social- och hälsovårdsministeriet, styr och utvecklar rehabiliteringen på riksplanet samt samordnar den rehabilitering som administreras av olika förvaltningsområden. Dessutom fungerar i regionerna rehabiliteringssamarbetskommissioner och grupper, vilka har till uppgift att bedöma klientens behov.

Den i lagstiftningen definierade målsättningen för rehabiliteringen har varit att förebygga arbetsoförmåga och förbättra arbetsförmågan. Målsättningen i regeringsprogrammet är att förlänga arbetskarriärerna med i genomsnitt tre år fram till år 2015. Rehabiliteringens andel i målsättningen har emellertid inte specificerats i detalj.

Vid revisionen utvärderades den av Folkpensionsanstalten ordnade yrkesinriktade ASLAK- och TYK-rehabiliteringens effekter på invalidpensioneringsfrekvensen på det regionala planet. På den lagstadgade TYK-rehabiliteringens effekter i förebyggandet av arbetsförmåga erhöles ett svagt statistiskt belägg. Däremot har ASLAK-verksamheten, som hör till rehabiliteringen enligt prövning, inte inverkat minskande på arbetsförmågan. Riskfaktorer som gäller arbetsförmågan är insjukningsbenägenhet, övervikt, svag språklig förmåga och rikligt alkoholbruk. På basis av materialet förefaller det som att risken för arbetsförmåga kan minskas väsentligt med tidig vårdhänvisning. Iakttagelsen understryker betydelsen av regelbundna hälsoundersökningar av åldersgrupper i förebyggandet av arbetsförmåga.

Det är emellertid skäl att ytterligare undersöka rehabiliteringens verkningar på avgång med invalidpension. Problemet är att möjliggöra tillräckligt långa uppföljningstider i provuppläggen. Uppföljningen bör fortgå åtminstone fem år. Ett i lagstiftningen uppställt kriterium för rehabilitering är hot om arbetsförmåga inom fem år utan rehabilitering.

I syfte att förlänga arbetskarriärerna och höja sysselsättningsgraden borde befattning tas både med arbetsförmågan och arbetslösheten. Rehabiliteringssystemet i vårt land är komplicerat ur synvinkeln för den som behöver tjänsterna, emedan ansvarsförhållandena i rehabiliteringen mellan dem som ordnar rehabilitering är oklara. Det finns också belägg på att rehabiliteringen i ett flertal fall sätts in alltför sent. I enlighet med linjedragningarna i regeringsprogrammet är därför social- och hälsovårdsministeriet i färd med att starta ett projekt, som syftar till att klargöra styrningen av rehabiliteringen, dess riktande och målsättningar ur klientens synvinkel. I detta avseende går utvecklingen i rätt riktning.

Den riksomfattande styrningen, koordineringen och uppföljningen av rehabiliteringen har föreskrivits som en uppgift för delegationen för rehabiliteringsärenden, som fungerar i anslutning till social- och hälsovårdsministeriet. På basis av revisionen har emellertid riksomfattande styrning och koordinering av rehabilitering just inte alls förekommit under de senaste åren.

På basis av de besök på orter som har gjorts under revisionen har de samarbetsgrupper och samarbetskommissioner som bedriver klientsamarbetet inte till alla delar fungerat i enlighet med lagen om kundsamarbete, utan i samarbetsgruppernas verksamhet har betonats en bedömning av klientens behov av invalidpension och inte klientens behov av rehabilitering, vilket lagstiftningen förutsätter.

1 Johdanto

Työllisyysasteen nostaminen ja työurien pidentäminen ovat keskeisiä hallituksen tavoitteita. Työurien pidentämiseen kohdistettu tuloksellisuustarkastus on rajattu työkykyä ylläpitävään kuntoutukseen, koska työurien pidentämiseen liittyvien toimenpiteiden vaikuttavuudella on merkittävä valtiontaloudellinen merkitys. Olemassa oleva näyttö kuntoutuksen vaikutuksista työkykyyn on kuitenkin enimmäkseen heikkoa, kun vaikutuksia mitataan ns. kovilla mittareilla, kuten työkyvyttömyyseläkkeelle siirtymisellä tai sairauspoissaoloilla.

Työkykyä ylläpitävään kuntoutukseen käytettäviä valtion varoja ei voida osoittaa yksiselitteisesti valtion talousarviosta. Tarkastuksessa arvioitiin, että työkykyä ylläpitävästä kuntoutuksesta aiheutuu valtiolle ja kansantaloudelle vuotuisia kustannuksia 140–170 miljoonaa euroa vuodessa. Tarkastuksessa tutkittiin työkyvyttömyyden riskitekijöitä ja selvitettiin työkykyä ylläpitävän kuntoutuksen vaikutuksia työkyvyttömyyseläkekavuuteen. Tarkastuksessa arvioitiin myös kuntoutuksen valtakunnallista ohjausta ja koordinoitua.

Nykyisen hallitusohjelman (22.6.2011) tavoitteena on pidentää työuria niiden alusta, keskeltä ja lopusta. Ihmisten keskimääräinen elinikä pitenee jatkuvasti, ja osa pidentyneestä eliniästä tulisi hallitusohjelman mukaan käyttää työntekoon, jotta hyvinvointivaltion rahoitus olisi jatkossa kestävällä pohjalla. Työvuosien lisääminen olisi tarpeen myös nykyisen eläketason säilyttämiseksi. Vaihtoehtona työurien pidentämiselle olisi eläkemaksujen korotus, jotta eläkkeet riittäisivät entistä pidemmälle eläkkeelläoloajalle.

Työurat muodostavat keskeisen osan useimpien kansalaisten elämästä nuoruudesta vanhuuseläkkeelle siirtymiseen asti. Työuriin ja niiden pituuteen vaikuttavat lukemattomat asiat aina peruskoulumenestyksestä lähtien. Kyse on täten hyvin laajasta tavoitekokonaisuudesta.

Kansantalouden työvuosien määrän kasvu perustuu ennen kaikkea kuitenkin siihen, että työvoimalle on kysyntää eli yrityksissä syntyy uusia työpaikkoja. Keskeinen ja ehkä kaikkein tärkein työurien pituuteen vaikuttava tekijä on siis työvoiman kysyntä. Kysyntä taas riippuu pääasiassa maailmantalouden suhdannetekijöistä ja jossain määrin myös kansallisesta finanssipolitiikasta. Jos työvoiman kysyntä on suurempaa kuin tarjonta ja avoimia työpaikkoja on runsaasti tarjolla, työurat pitenevät kaikissa ikäryhmissä. Toisaalta myös työvoiman tarjonnan tulee olla oikeanlaatuista työvoiman kysyntään nähden.

Taloustutkijoiden piirissä työurien pidentämisen hyödyistä ei olla yksimielisiä. Pohjola (2012) pitää työurien pidentämissyrkimyksiä toisarvoisina talouskasvun ja elintason kannalta. Hänen mukaansa talouskasvun lähde on teknologian kehitys ja sen aikaansaama työn tuottavuuden kasvu. Elintason ja työn määrän välillä ei Pohjolan mukaan ole korrelaatiota. Pitkällä aikavälillä olennaista on siis kiinnittää huomio työn tuottavuuden kehitykseen.

Julkinen keskustelu työurista keskittyy usein niiden loppuvaiheeseen, tarkemmin sanottuna vanhuuseläkkeen ikärajoihin. Eläkeikärajoissa valtion vaikutusmahdollisuudet ovat tosiasiallisesti rajalliset, sillä työmarkkinaosapuolet neuvottelevat ikärajoista, kuten monista muistakin työuriin liittyvistä seikoista.

Valtiolla on kuitenkin käytössään laaja valikoima keinoja, joilla työurien pituuteen voidaan yrittää vaikuttaa. Työvoimapolitiittisilla toimenpiteillä, kuten palkkatuilla ja koulutuksella, pyritään vaikuttamaan työttömäksi jääneiden uudelleen työllistymiseen ja työurien jatkumiseen. Kuntoutuksella pyritään estämään sairauksista ja vammoista aiheutuvaa työkyvyttömyyttä. Opintoihin siirtymistä ja opintojen kestoa on niin ikään yritetty nopeuttaa erilaisin toimenpitein, muun muassa opintotuen enimmäistukiajoilla ja uudistamalla haku- ja valintajärjestelmää.

Työkyvyttömyydestä on viime vuosina tullut suurempi ongelma kuin työttömyydestä, koska työkyvyttömyyden vuoksi menetetään selvästi enemmän työvuosia kuin työttömyyden vuoksi. Tuoreiden tilastojen mukaan vuonna 2011 työkyvyttömyyseläkettä sai 260 000 henkilöä. 236 000 henkilön työkyvyttömyyseläke oli pysyvä, ja loput saivat määräaikaista eläkettä eli kuntoutustukea.¹ Tilastokeskuksen työvoimatutkimuksen mukaan työttömien määrän vuosikeskiarvo oli samaan aikaan 209 000. Vertailussa on lisäksi otettava huomioon se, että useimmilla työttömyys on tilapäinen elämänvaihe – pitkäaikaistyöttömiä oli vuoden 2011 lopulla noin 60 000. Pysyvältä työkyvyttömyyseläkkeeltä hyvin harva palaa enää työelämään. Ongelma todetaan myös hallitusohjelmassa, jonka mukaan työkyvyttömyyden syiden torjuntaan kiinnitetään hallituskaudella erityistä huomiota.

Vuoden 2004 kuntoutusuudistuksessa työeläkekuntoutuksesta tuli työntekijän subjektiivinen oikeus ja kuntoutuspäätöksestä tuli valituskelpoinen. Aiemmin työeläkekuntoutukseen pääsy oli harkinnanvaraista. Uudistuksen tavoitteena oli korostaa ammatillisen kuntoutuksen ensisijaisuutta työkyvyttömyyseläkkeeseen nähden siten, että henkilön kuntoutusmahdollisuudet on tutkittava johdonmukaisesti ennen työkyvyttömyyseläkkeen

¹ *Eläketurvakeskus 2012.*

myöntämistä. Tässä tarkastuksessa ei kuitenkaan arvioitu nimenomaisesti tämän uudistuksen vaikutuksia.

Uudistuksesta huolimatta kuntoutusjärjestelmässä on nähty monia puutteita ja ongelmia. Pääministeri Jyrki Kataisen hallituksen ohjelmassa onkin päätetty parantaa monialaisen (ammatillinen, sosiaalinen, lääkinnällinen) kuntoutuksen asiakaslähtöisyyttä ja selkiyttää kuntoutuksen järjestämis- ja rahoitusvastuita. Koko prosessia on tarkoitus kehittää kuntoutujan näkökulmasta. Lääkinnällisen kuntoutuksen työnjakoa ja yhteistyötä erikoissairaanhoidon, perusterveydenhuollon ja Kansaneläkelaitoksen välillä on myös tarkoitus selkeyttää. Kuntoutuksen vaikuttavuuden parantamiseksi tulisi varmistaa kuntoutuksen oikea-aikaisuus sekä kuntoutuksen ottaminen osaksi hoito- ja työhönpaluuprosessia. Erityistä huomiota tulisi kiinnittää varhaisvaiheen kuntoutustarpeen tunnistamiseen.

Hallitusohjelmassa luetellaan siis useita kuntoutukseen liittyviä kehittämistavoitteita ja -toimenpiteitä. Kulunee kuitenkin useita vuosia, ennen kuin kehittämistoimet on pantu käytäntöön. Tarkastuksen tavoitteena on ollut arvioida valtion kustantamien kuntoutustoimenpiteiden nykyistä merkitystä ja tarkoituksenmukaisuutta työkyvyttömyyden ehkäisyssä ja työurien pidentämisessä. Tarkastuksen toteutuksessa ja rajauksessa otettiin huomioon käynnissä olevat kuntoutukseen liittyvät kehittämistavoitteet.

Tarkastusvirasto on valtion- ja kansantalouden riskianalyysissään määritellyt työllisyysasteen nostamisen yhdeksi kansantaloutemme merkittävistä haasteista. Työllisyyden hoitoon kohdennetut toimenpiteet ovatkin olleet viime vuosina yksi tarkastusten painopistealue. Työllisyyden hoito-tarkastusteemasta ovat aiemmin valmistuneet pitkäaikaistyöttömien työllistymistä (229/2011), äkillisten rakennemuutosalueiden tukemista (2/2012) sekä työperäistä maahanmuuttoa (13/2012) käsittelevät tarkastuskertomukset.

2 Tarkastusasetelma

2.1 Tarkastuskohteen kuvaus

Tarkastus kohdistui valtion konkreettisiin toimiin kansalaisten työkyvyn ylläpitämiseksi ja työurien pidentämiseksi siten, että tarkastus rajattiin työkykyä ylläpitävään kuntoutukseen. Kuntoutus voidaan määritellä sellaiseksi toiminnaksi, jonka tavoitteena on edistää toimintakyvyn palautumista henkilöä kohdanneen sairauden tai vamman jäljiltä. Tarkastuskohde – työkykyä ylläpitävä kuntoutus – ei ole tarkkarajainen kokonaisuus. Kuntoutusjärjestelmä on monimutkainen, ja se sisältää lukuisia eri toimenpiteitä, kohderyhmiä, tavoitteita, toteuttajia ja rahoittajia. Kuntoutuksen järjestäjistä työeläkelaitokset ja Kansaneläkelaitos ovat Valtiontalouden tarkastusviraston tarkastusoikeuden ulkopuolella.

Perusjako voidaan tehdä jakamalla kuntoutus lääkinnälliseen ja ammatilliseen kuntoutukseen. Sosiaali- ja terveysministeriö määrittelee **lääkinnällisen kuntoutuksen** fyysisen toimintakyvyn palauttamiseen ja ylläpitämiseen tähtääväksi kuntoutukseksi. **Ammatillinen kuntoutus** taas määritellään kuntoutukseksi, jota työeläkelaitoksilla ja Kansaneläkelaitoksella on velvollisuus järjestää, jos sairaus tai vamma aiheuttaa työkyvyttömyyden uhan lähivuosina. Kela järjestää ammatillista kuntoutusta myös työttömille työkyvyn olennaisen heikentymisen perusteella. **Sosiaalinen kuntoutus** on tarkoitettu vaikeasti syrjäytyneiden yhteiskunnallisen osallisuuden tukemiseen. Näiden lisäksi on olemassa mm. vaikeavammaisten ja sotaveteraanien kuntoutusta sekä erilaisia vammaispalveluja, joiden järjestäminen on lakiin perustuvaa. Näitä ei voida kuitenkaan varsinaisesti lukea työkykyä ylläpitävään kuntoutukseen.

Lääkinnällisen kuntoutuksen järjestäminen on kuntien vastuulla osana terveydenhoitoa. Lääkinnällinen kuntoutus on normaali osa monien sairauksien jatkohoitoa, eikä kuntoutuksen ja sairaanhoidon rajaa ole aina edes mahdollista vetää. On kuitenkin huomattava, että kaikki lääkinnällinen kuntoutus ei ole välttämättä työkykyä ylläpitävää. Osa hoidetuista ja kuntoutetuistahan on jo eläkeikäisiä tai muihin erityisryhmiin kuuluvia.

Ammatillista kuntoutusta rahoittavat sekä työeläkelaitokset että Kansaneläkelaitos. Työeläkeyhtiöiden rahoittama ammatillinen kuntoutus järjestetään tavallisesti omalla työpaikalla. Kelan kuntoutuksen toteuttajat (hoitolaitokset, kylpylät tai vastaavat) valitaan tarjouskilpailujen perusteella. Liikenneonnettomuuksissa ja työtaturmissa loukkaantuneiden kuntoutus rahoitetaan asianomaisista vakuutuksista.

Terveydenhuoltolain (1326/2010) 29 §:n mukaan lääkinällinen kuntoutus on aina viime kädessä kunnan vastuulla. Kunnan viimekätinen vastuu konkretisoituu, jos ei ole selvää, mille taholle henkilön kuntoutus kuuluu. Jos henkilö tarvitsee sellaista kuntoutusta, jota ei ole säädetty kunnan tehtäväksi (kuten ammatillinen tai sosiaalinen kuntoutus), lain 30 §:n mukaan kunnan on huolehdittava siitä, että henkilö ohjataan kyseiseen kuntoutukseen. Kunnille on siten säädetty viimekätinen vastuu kuntoutuksen toteuttamisesta ja siihen ohjaamisesta. Kunnissa on oltava myös kuntoutuksen asiakasyhteistyöryhmät, joihin tulee kuulua ainakin sosiaalihuollon, terveydenhuollon, opetus- ja työvoimaviranomaisten ja Kansaneläkelaitoksen edustajia. Yhteistyöryhmät suunnittelevat ja seuraavat sitä, miten kuntoutuksen yhteistyö sujuu ja asiakkaiden kuntoutus toteutuu.

Sosiaali- ja terveysministeriö vastaa terveydenhuollon lainsäädännön valmistelusta ja informaatio-ohjauksesta ja tältä osin myös kuntoutuksen säädös- ja muusta ohjauksesta. Valtioneuvoston nimittämä ja sosiaali- ja terveysministeriön yhteydessä toimiva kuntoutusasiain neuvottelukunta ohjaa ja kehittää valtakunnallisesti kuntoutusta sekä sovittaa yhteen eri hallinnonalojen kuntoutustoimintaa.

Työurien pidentämisestä on viime vuosina laadittu useita työmarkkinajärjestöjen välisiä sopimuksia, työryhmämietintöjä, raportteja, tutkimuksia ja selvityksiä.² Tarkastuksen yhteydessä tätä aineistoa on käyty läpi, mutta tarkastuksen tarkoituksena ei ole esittää työurakirjallisuuden kattavaa yhteenvetoa tai meta-arviointia.

Vuonna 2002 valmistui viimeisin valtioneuvoston kuntoutusselonteko, jossa koottiin yhteen senhetkinen tutkimustieto kuntoutuksen vaikuttavuudesta ja kustannuksista. Kuntoutusta koskevaa tutkimuskirjallisuutta on referoitu lyhyesti kertomuksen havaintoluvussa 3.

Valtionalouden tarkastusvirasto julkaisi vuonna 2009 tarkastuskertomuksen *Lääkinällinen kuntoutus*, jossa tarkastelun painopiste oli kuntien terveydenhuollon vastuulla olevan lääkinällisen kuntoutuksen järjestämisessä ja hallinnoinnissa. Tarkastuksessa havaittiin puutteita erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon yhteistyössä. Myös sosiaali- ja terveysministeriön ohjaustoiminnan katsottiin olleen liian passiivista.

² Ks. esim. *Työelämäryhmä 2010, Valtioneuvoston kanslia 2011, Elinkeinoelämän keskusliitto 2012.*

2.2 Taloudellinen merkitys

Työurien pidentymisen välilliset vaikutukset valtiontalouteen ovat erittäin merkittäviä. Vaikutukset näkyvät ennen kaikkea lisääntyvinä verotuloina. Työttömyyden ja työkyvyttömyyden väheneminen näkyy välittömästi näihin liittyvien menojen säästönä. Työurien piteneminen vaikuttaa siten julkisen talouden ns. kestävyysvajeeseen. Kestävyysvajeen suuruudesta on olemassa useita arvioita, joita myös tarkastusvirasto on käsitellyt tarkastuksissaan.

Valtion talousarviossa ei ole olemassa erillistä työkykyä ylläpitävän kuntoutuksen tai työurien pidentämisen momenttia. Lukuun ottamatta eräitä työsuojeluun liittyviä toimintamenoja sosiaali- ja terveysministeriön momentilla 33.70.01 valtion budjettivaroja ei siis käytetä suoraan työurien pidentämiseen, vaan työurien pidentäminen on tavoite, joka liittyy useisiin toimintoihin ja lainsäädäntöhankkeisiin. Työsuojeluun liittyvä toiminta on kuitenkin rajattu tämän tarkastusasetelman ulkopuolelle, koska siihen on kohdistettu tuloksellisuustarkastus 230/2011.

Valtion talousarviosta ei voida siten yksiselitteisesti osoittaa työurien pidentämisen käytettäviä varoja, joiden tarkoituksenmukaisuus voitaisiin määrittää tarkastuksen kohteeksi. Myöskään työkykyä ylläpitävään kuntoutukseen käytettäviä valtion varoja ei voida osoittaa yksiselitteisesti valtion talousarviosta.

Kansaneläkelaitoksen menoista valtio kustantaa noin 70 prosenttia, joten valtion rahaa³ työkyvyn ylläpitämiseen käytetään lähinnä Kansaneläkelaitoksen budjetin kautta. Lisäksi osa työvoimapolitiikan menoista (momentti 32.30.51) voidaan lukea kuntoutukseksi. Tarkempi erittely työkykyä ylläpitävän kuntoutuksen menoista on luvussa 3.4.

2.3 Tarkastuskysymykset ja -kriteerit

Tarkastuksen pääkysymys on seuraava:

- Miten tuloksellisesti kansalaisten työkykyä on ylläpidetty ja parannettu kuntoutuksen keinoin sekä siten pidennetty työuria?

³ Momentti 33.30.60. *Valtion osuus sairausvakuutuslaista johtuvista menoista: harkinnanvaraiseen yksilökohtaiseen kuntoutukseen enintään 80,3 miljoonaa euroa.*

Tarkastuksen kuluessa on asetelman täsmentämiseksi asetettu seuraavia täydentäviä kysymyksiä:

- Onko kuntoutukselle asetettu selkeät vaikuttavuustavoitteet?
- Onko työurien pidentämisen tavoitteenasettelu johdonmukainen työllisyysasteeseen liittyvien tavoitteiden kanssa?
- Kuinka paljon valtion resursseja työkykyä ylläpitävään kuntoutukseen käytetään?
- Mitkä ovat työkyvyttömyyden riskitekijöitä ja onnistuneen kuntoutuksen edellytyksiä yksilötasolla?
- Miten kuntoutusasiain neuvottelukunta on valtakunnallisesti ohjannut ja kehittänyt kuntoutusta?
- Pystytäänkö kuntoutuksella vähentämään työkyvyttömyyttä?

Tarkastuskriteerit, eli tarkastetun toiminnan tavoitteet ja viranomaisten toiminnan arvioinnin vertailuperusteet, on johdettu kuntoutusta koskevista lainsäädännöstä ja lakien valmisteluaineistosta. Työkykyä ylläpitävän kuntoutuksen keskeinen tavoite on estää työkyvyttömyyseläkkeelle siirtymistä. Lainsäädännössä tavoitteeksi on määritetty, että kuntoutus tulisi järjestää suunnitelmallisesti asiakkaan omaa osallistumista korostaen.

Laissa Kansaneläkelaitoksen kuntoutusetuuksista ja kuntoutusrahaetuksista (566/2005, 6 §) säädetään, että vakuutetulla on oikeus saada työkyvyttömyyden estämiseksi tai työ- ja ansiokyvyn parantamiseksi tarkoituksenmukaista ammatillista kuntoutusta, jos asianmukaisesti todettu sairaus, vika tai vamma todennäköisesti aiheuttaa sellaisen uhan, että vakuutettu tulee työkyvyttömäksi. Tarkoituksenmukaisuutta arvioitaessa otetaan huomioon vakuutetun ikä, ammatti, aikaisempi toiminta, koulutus ja sosiaalis-taloudelliset seikat. Työkyvyttömyyden uhalla tarkoitetaan tilannetta, jossa on todennäköistä, että vakuutetulle lähivuosina ilman ammatillista kuntoutusta tulisi myönnettäväksi työkyvyttömyyseläke, vaikka otettaisiin huomioon hoidon ja lääkinnällisen kuntoutuksen mahdollisuudet. Lain esitöissä lähivuodet on täsmennetty seuraavaksi viideksi vuodeksi.⁴ Myös työntekijän eläkelaislaissa (395/2006, 25 §) on lähes samansisältöinen säädos työntekijän oikeudesta työeläkekuntoutukseen.

Työeläkelaitosten ja Kansaneläkelaitoksen järjestämän lakisääteisen ammatillisen kuntoutuksen tavoitteena on siis estää työkyvyttömyyseläkkeelle siirtyminen lähimmän viiden vuoden aikana. Lakisääteisen kuntoutuksen lisäksi Kansaneläkelaitos järjestää harkinnanvaraista ammatillista kuntoutusta, ja siihen luetaan esimerkiksi ammatillisesti syvennetty lääketieteellinen kuntoutus (ASLAK). Kelan kuntoutusta koskevan hallituksen

⁴ HE 3/2005.

esityksen (HE 3/2005) mukaan tämänkin toiminnan tavoitteena on parantaa työkykyä.

Tarkastusvirasto tarkasti työsuojeluvalvontaa vuonna 2010 (tarkastuskertomus nro 230/2011). Sosiaali- ja terveysministeriön työsuojeluosaston alainen, aluehallintovirastojen suorittama työsuojeluvalvonta on tämän vuoksi rajattu tarkastuksen ulkopuolelle.

2.4 Aineistot ja menetelmät

Kuntoutuksen vaikutuksia työkyvyttömyyseläkealkavuuteen on tutkittu jonkin verran, mutta kovin paljon tietoa vaikutuksista ei tällä hetkellä ole. Ongelmana ovat mm. pitkät seuranta-ajat. Tarkastuksessa suunniteltu satunnaiskoeasetelma kuntoutuksen pitkäaikaisten vaikutusten arvioimiseksi ei ollut toteutettavissa,⁵ joten tarkastuksessa on pyritty selvittämään, onko kuntoutuksen vaikutuksia havaittavissa aggregaattitason tilastoista.

Tarkastuksessa analysoitiin työkyvyttömyyseläkkeelle siirtymistä ja siihen vaikuttavia tekijöitä kahdella erityyppisellä aineistolla. Ensimmäinen on hyödynnetty Jyväskylän yliopiston keräämää pitkittäistutkimusaineistoa vuonna 1959 syntyneistä henkilöistä (Pulkkinen ym. 2001, 2009). Tämän aineiston avulla on selvitetty työkyvyttömyyseläkkeelle siirtymiseen vaikuttavia terveys- ja elämäntapatekijöitä. Toiseksi on käytetty seutukunta-kohtaista paneelianeistoa, jonka avulla on pyritty arvioimaan, näkyykö kuntoutusmäärien aggregaattitason muutos työkyvyttömyyseläkealkavuuden muutoksina pitkällä aikavälillä. Molempien aineistojen analyysimenetelminä käytettiin tavanomaisia tilastollisia menetelmiä.

Tarkastuksen tietolähteinä käytettiin myös haastattelu- ja asiakirja-aineistoja. Haastatteluja tehtiin valtion keskus- ja aluehallinnossa, kunnissa, tutkimuslaitoksissa, työeläkeyhtiöissä ja työterveyshuollossa.

⁵ Tarkastuksessa selvitettiin mahdollisuutta hyödyntää Julkusen ym. (2000) Sydänkuntoutuksen tuloksellisuus -tutkimuksen aineistoa täydennettynä Eläketurvakeskuksesta saatavilla seurantatiedoilla. Aineistojen yhdistäminen tarkastuksen yhteydessä ei kuitenkaan ollut mahdollista.

3 Tarkastushavainnot

3.1 Työllisyysastetavoitteet ja työurien pidentäminen

Työllisyysaste määritellään työssä käyvien osuudeksi 15–64-vuotiaasta väestöstä. Viimeaikaisten hallitusohjelmien yhtenä keskeisenä tavoitteena, työurien pidentämisen lisäksi, on ollut nostaa työllisyysastetta. Vanhasen I ja II hallitusten tavoitteena oli saavuttaa pitkällä aikavälillä 75 prosentin työllisyysaste. Hallitusohjelmassa aikavälin päättymisvuotta ei ollut tarkemmin määritelty.

Kataisen hallituksen tavoitteena on nostaa työllisyysaste 72 prosenttiin vaalikauden (2011–2015) loppuun mennessä. Tavoitteet ovat olleet kunnianhimoisia, kun asetettua tavoitetta verrataan toteutuneisiin työllisyysasteisiin viimeisen vuosikymmenen ajalta (taulukko 1). 2000-luvun nousukauden viimeisenä vuonna (2008) työllisyysaste kipusi hiukan yli 70 prosentin. Muutoin suhdeluku on pysynyt alle 70 prosentissa. Ovatko hallitusten työllisyysastetavoitteet ja toisaalta työurien pidentämistavoitteet yhteen sovitettavissa?

TAULUKKO 1. Työllisyysaste koko maassa vuosina 1998–2011 (lähde: Tilastokeskus, Statfin-tietokanta).

vuosi	työllisyysaste	vuosi	työllisyysaste
1998	64,1	2005	68,0
1999	66,0	2006	68,9
2000	66,9	2007	69,9
2001	67,7	2008	70,6
2002	67,7	2009	68,3
2003	67,3	2010	67,8
2004	67,2	2011	68,6

Työuria pidentämällä on mahdollista nostaa työllisyysastetta, sillä työuran pituus (vuosina) ja työllisyysaste (prosentteina) ovat kaksi eri näkökulmaa samaan asiaan. Työuran pituus on ajassa muuttuva suure. Joka vuosi työuran toteutunut pituus kasvaa yhdellä vuodella, jos henkilö on työllinen. Työttömällä työuran pituus ei kasva. Työllisyysaste kuvaa samaa asiaa poikkileikkausnäkökulmasta. Jos työuran teoreettinen maksimipituus on

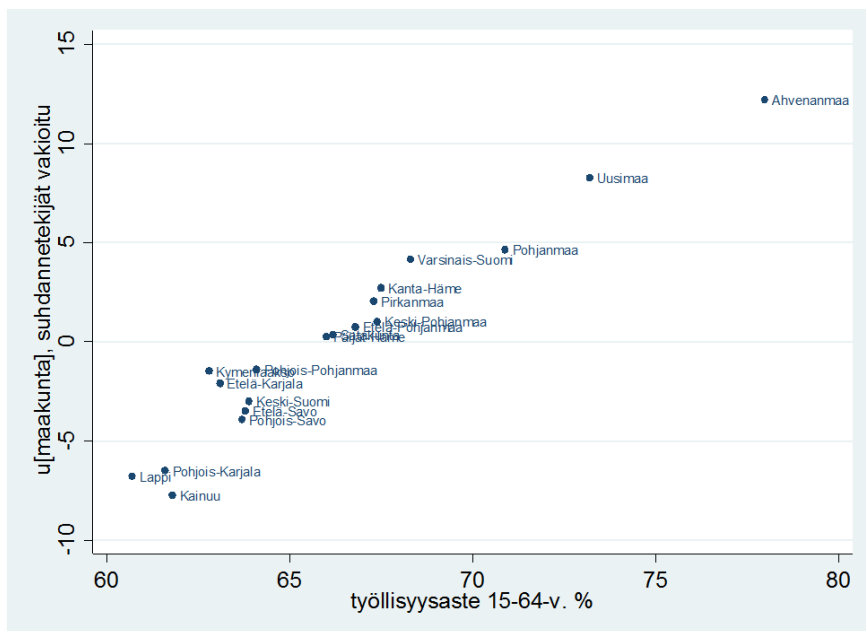
50 vuotta (15–64 vuotta) ja työssä käydään keskimäärin 40 vuotta, niin tämä vastaa 80 prosentin työllisyysastetta ($40/50 = 80\%$). Lähimpänä tätä ollaan Ahvenanmaalla. 30 vuoden keskimääräinen työrupeama vastaa vain 60 prosentin työllisyysastetta, johon ylletään Kainuu–Lappi-alueella.

Hallitusohjelmien työllisyysasteeseen liittyvät tavoitteet ovat käytännössä sama asia kuin työurien pituuteen liittyvät tavoitteet. 75 prosentin työllisyysaste vastaa keskimäärin 37,5 vuoden pituista työuraa. 72 prosentin työllisyysaste vastaa 36 vuoden keskimääräistä työuraa. Nykyisellä työllisyysasteella keskiarvotyöntekijälle kertyy 34 työvuotta. Lipposen II hallituksesta lähtien viimeaikaisten hallitusohjelmien tavoitteena on ollut pidentää työuria 2–3 vuodella.

Tarkastuksessa haastateltujen asiantuntijoiden mukaan Suomen ongelma muihin Pohjoismaihin nähden ovat suuret alueelliset vaihtelut työllisyysasteessa eli työurien pituudessa. Nämä taas johtuvat mm. eroista sairastavuudessa. Myös työttömyys vaihtelee paljon alueittain. Tämä kertoo ennen kaikkea siitä, että minimieläkeikään keskittyminen vie työurakeskustelua osittain harhaan. Ahvenanmaalla ei ole omia eläkelakeja, mutta työikäiset ahvenanmaalaiset ovat harvoin työttömiä tai työkyvyttömiä.

Tarkastuksessa tehdyt analyysit osoittavat, että alueittaisissa työllisyysasteissa on suuria eroja senkin jälkeen, kun suhdanteista johtuvat vaihtelut työllisyydessä on vakioitu (kuvio 1). Aineistona on käytetty Tilastokeskuksen julkaisemia maakunnittaisia työllisyysasteita vuosilta 1998–2011.⁶

⁶ Aineistoon sovitettiin kiinteiden vaikutusten malli, jossa työllisyysasteen selittäjinä ovat vuosi-indikaattorit. Laskelmat ovat saatavissa tarkastusvirastosta.



KUVIO 1. Työllisyysastetta (1998–2011) selittävät havaitsemattomat tekijät maakunnittain, kun kansantalouden suhdannevaihtelut on vakioitu; vaaka-akselilla työllisyysaste 2010 (lähde: VTV:n laskelmat).

Työllisyysasteen pysyvien erojen vaihteluväli on lähes 20 prosenttiyksikköä. Toisin sanoen keskimääräisissä työurien pituuksissa on lähes 10 vuoden alueittainen vaihtelu. Ahvenanmaalla tehdään lähes 40 vuoden työura, kun taas Itä- ja Pohjois-Suomessa työura jää keskimäärin vähän yli 30 vuoteen.

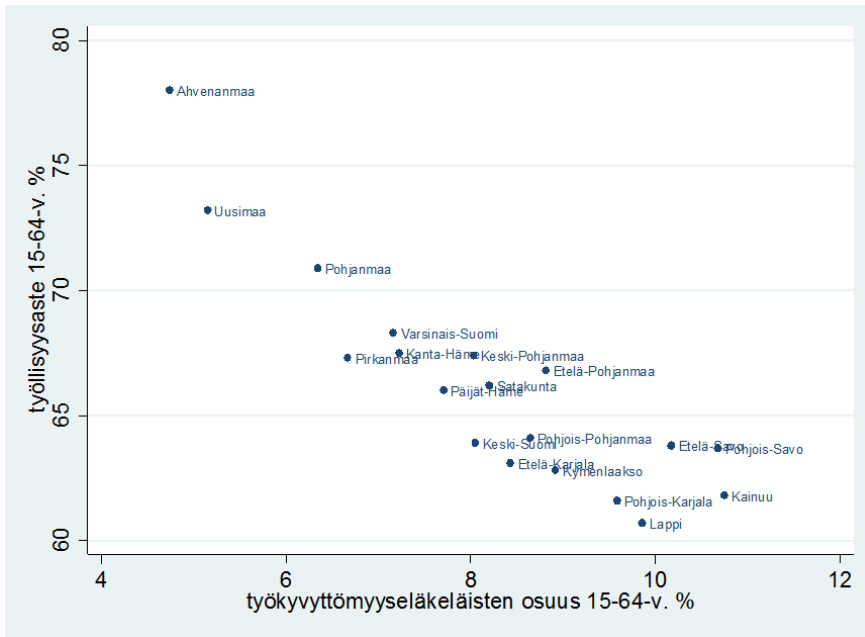
Työllisyysasteet voidaan siis muuntaa laskennallisiksi työvuosiksi, jotka kuvaavat keskimääräisen työntekijän työuran pituutta. Kansalaisten toteutuneiden työurien pituuksia ei ole tähän asti tilastoitu. Eläketurvakeskuksen mukaan työeläkkeiden ansaintarekisterin työsuhtetiedoista on tehty joitain koelaskelmia, mutta lukuja ei tarkastusta tehtäessä ollut julkaistu virallisina tilastoina. Työurien pituuden mediaani on tämänhetkisten laskelmien mukaan noin 35 vuotta.

Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön strategian nykyinen tavoite on pidentää työuria keskimäärin kolmella vuodella vuoteen 2025 mennessä, mikä on sama kuin hallitusohjelman tavoite. Tämä taas pohjautuu hallituksen ja työmarkkinajärjestöjen vuonna 2009 tekemään sopimukseen työurien pidentämisestä. Kuntoutuksen osuutta tavoitteesta ei ole kuitenkaan yksi-

tyiskohtaisesti eritelty, ja tätä on ministeriön mukaan mahdotonta määrittää.

Edellä mainitun työurasopimuksen mukaan 25-vuotiaan eläkkeelle siirtymisiään odotetta pyritään vuoteen 2025 mennessä nostamaan 59,4 vuodesta 62,4 vuoteen. Ongelmallista tavoitteesta on se, että eläkkeelle siirtymisiällä ja työuran pituudella ei ole välttämättä yhteyttä keskenään, koska työuran alkamiselle ei ole asetettu tavoiteikää.

Osa työllisyysasteen vaihtelusta johtuu siitä, että väestön sairastavuudessa on suurta alueittaista vaihtelua. Etelä- ja Länsi-Suomessa sairastavuus on selvästi vähäisempää kuin Itä- ja Pohjois-Suomessa (kuvio 2), jos sairastavuutta mitataan työkyvyttömyyseläkeläisten väestöosuudella.



KUVIO 2. Työkyvyttömyyseläkeläisten väestöosuus ja työllisyysaste maakunnittain 2010 (lähde: Kelan eläketilastot, Tilastokeskuksen Staffin-tietokanta).

Mitä enemmän alueella on sairastavuutta, sitä pienempi on alueen työllisyysaste. Koko maan työikäisestä väestöstä 7,3 prosenttia oli työkyvyttömyyseläkkeellä vuonna 2010. Esimerkiksi Ruotsissa vastaava luku on 7,8 prosenttia ja Tanskassa 7 prosenttia. Suomen tilanne ei täten olennaisesti

poikkeaa muista Pohjoismaista.⁷ Erilaisten eläkejärjestelmien vuoksi kansainväliset vertailut ovat kuitenkin hankalia.

Korkeamman sairastavuuden alueilla työkyvyttömiä on suhteellisesti yli kaksi kertaa niin paljon kuin terveimmillä alueilla. Osa vaihtelusta selittyy ikärakenteen eroilla. Uudellamaalla nuoria (15–39-v.) ja keski-ikäisiä (40–64-v.) on yhtä paljon. Etelä-Savossa ja Kainuussa nuorten osuus työikäisistä on 40 % ja Pohjois-Savossa 43 %. Työikäisissä siis painottuvat vanhemmat ikäluokat, jotka sairastavat keskimäärin enemmän kuin nuoret. Tosin Savo ja Kainuu erottuvat muista maakunnista jo nuorissa ikäluokissa. Näillä alueilla 20–44-vuotiaista eläkkeellä on noin 4 prosenttia, kun Uudellamaalla osuus on vain 2 prosenttia ja koko maassa 2,7 prosenttia.⁸

Sairastavuus ei kuitenkaan selitä kaikkea vaihtelua työllisyysasteessa, mikä näkyy verrattaessa esimerkiksi Kymenlaaksoa ja Etelä-Pohjanmaata tai Keski-Suomea ja Keski-Pohjanmaata. Vaikka työkyvyttömyys on samalla tasolla, pohjalaiset ovat selvästi työllistetympiä. Ikärakenteeltaan maakunnat ovat samankaltaisia.

Selityksenä on Pohjanmaan maakuntien pienempi työttömyysaste, ts. työttömien osuus työvoimasta. Kymenlaaksossa työttömyysaste oli 11 prosenttia, Etelä-Pohjanmaalla 8,2 prosenttia. Keski-Suomessa työttömyysaste oli 9,9 prosenttia, Keski-Pohjanmaalla 6,8 prosenttia.

Maamme heikoimmilla alueilla työttömyysaste on yli 10 prosenttia. Uudellamaalla ja Pohjanmaalla työttömiä on 6–7 prosenttia työvoimasta. Ahvenanmaalla työttömyysprosentti on alle 3.

Vastaavasti samankaltaisen työttömyyden alueilla, kuten Pohjanmaalla (6,6 %) ja Keski-Pohjanmaalla (6,8 %), erilainen sairastavuus johtaa erisuuriin työllisyysasteisiin. Vaasaa ympäröivällä Pohjanmaalla sairastavuus on lähes 2 prosenttiyksikköä pienempi kuin Kokkolan liepeillä Keski-Pohjanmaalla.

Toisin sanoen työllisyysasteen nosto edellyttää sitä, että sekä työkyvyttömyys että työttömyys vähentyvät. Kertomuksen loppuosa keskittyy valtion toimenpiteisiin työkyvyttömyyden vähentämiseksi, työkykyä edistävän kuntoutuksen kustannuksiin, työkyvyttömyyden riskitekijöihin ja kuntoutuksen hyötyihin työkyvyttömyyden ehkäisyssä. Valtion toimenpiteet työttömyyden vähentämiseksi on rajattu tämän tarkastuksen ulkopuolelle.

⁷ *Lähteet: Statistiska Centralbyrån (Ruotsi), Social- og Integrationsministeriet (Tanska).*

⁸ *Eläketurvakeskus 2011.*

Näitä toimenpiteitä on tarkastettu mm. työllisyyden hoito -teeman aiemmissa tuloksellisuustarkastuksissa.⁹

3.2 Kuntoutusjärjestelmän toimijat

Suomessa useat eri toimijat tarjoavat toimenpiteitä, joilla pyritään parantamaan työntekijän työkykyä, työssä jaksamista ja työllistymisedellytyksiä. Kuntoutusta järjestävät ja tukevat työeläkelaitokset, Kela, kunnallinen sosiaali- ja terveydenhuolto, työterveyshuolto sekä työhallinto (ks. taulukko 2). Työnantajat voivat henkilöstöpoliittisin toimin parantaa ja ylläpitää työntekijöiden työ- ja toimintakykyä. Työterveyshuolto, muu terveydenhuolto sekä työvoima- ja elinkeinotoimistot (TE-toimistot) arvioivat henkilön kuntoutustarvetta ja ohjaavat henkilön tarvittaessa kuntoutukseen.

Kelalla ja työeläkelaitoksilla on kuntoutuksessa osittain erilaiset kohde-ryhmät. Työeläkelaitosten rahoittama kuntoutus koskee lähinnä työssäkäyviä. Kelan kuntoutus kohdentuu työssäkäyvien lisäksi myös työttömiin ja sellaisiin nuoriin, jotka eivät ole vielä edes aloittaneet työuraansa. Työeläkelaitosten tehtävänä on selvittää kuntoutusmahdollisuuksia ja suunnitella kuntoutusta yhteistyössä henkilön kanssa, toteuttaa kuntoutusta sekä turvata kuntoutuksen aikainen toimeentulo. Kelan tehtävänä on tämän lisäksi selvittää kuntoutustarve.

Lainsäädännössä on selkeä työnjako-ohje tapaturmassa tai liikennevahingossa vammautuneen tai ammattitautiin sairastuneen kuntoutujan osalta siten, että näiden lakien mukainen kuntoutus on ensisijaista muuhun kuntoutukseen nähden. Ammatillisen kuntoutuksen työnjaosta ovat sopineet työeläkelaitokset ja Kela.¹⁰ Työttömien kuntoutuksen vastuu on työhallinnolla ja Kelalla.

Yleensä vajaakuntoisen henkilön kuntoutustarpeen ja mahdollisuuksien selvittely käynnistyy työterveyshuollon, terveydenhuollon tai Kelan aloitteesta. Tällöin henkilölle voidaan järjestää kuntoutustarvetta ja kuntoutusmahdollisuuksia selvittäviä tutkimuksia. Jos kuntoutustarvetta todetaan olevan, kuntoutussuunnitelman valmisteleminen jatkuu usein niin, että henkilö neuvottelee työpaikalla tai TE-toimistossa sopivasta kuntoutustavasta. Työpaikalla voidaan selvittää mahdollisuudet työkyvyttömyyden

⁹ 229/2011 Pitkäaikaistyöttömien työllistyminen ja syrjäytymisen ehkäisy; 2/2012 Äkillisten rakennemuutosalueiden tukeminen. Ks. myös kertomukset 97/2005 ja 112/2005.

¹⁰ Käytetyistä menettelyistä on sovittu Kelan, työeläkelaitosten ja Eläketurvakeskuksen ammatillisen kuntoutuksen yhteistyöryhmän kokouksissa.

uhkan vähentämiseen suoraan asianomaisen työeläkelaitoksen kanssa, ja jos henkilö kuuluu työeläkekuntoutuksen piiriin, hän hakee tarvittaessa kuntoutusta kuntoutushakemuksella.

TAULUKKO 2. Kuntoutustoimijat (lähde: Eläketurvakeskus).

Järjestäjä	Kenelle	Kuntoutuslaji	Muuta
Vakuutusyhtiöt	Työtapaturman, ammattitaudin tai liikennevahingon takia kuntoutusta tarvitseville	Lääkinnällistä ja ammatillista	
Työeläkeyhtiöt	Työeläkelakien piiriin kuuluville, joille sairaus, vika tai vamma todennäköisesti aiheuttaa uhkan tulla työkyvyttömäksi, joilla on eläkkeessä tulevan ajan oikeus ja jotka ovat vaikiintuneet työelämään	Ammatillista (lääkinnällistä vain ammatillisen tukena)	
Kela	-Henkilöille, joilla todettu sairaus, vika tai vamma todennäköisesti aiheuttaa työkyvyttömyyden uhkan ja joiden työkyky ja ansiomahdollisuudet ovat olennaisesti heikentyneet -Vaikeavammaisille	Ammatillista Lääkinnällistä sekä työhön ja opiskeluun liittyvät apuvälineet	Muu lääkinällinen kuntoutus lievemmin kriteerein harjannanvaraisena
Työterveyshuolto	Työntekijöille, joilla on vaikeuksia työssä selviytymisessä	Toimenpideehdotukset työn sopeuttamiseksi työntekijöiden edellytyksiin. Vajaakuntoisten työssä selviytymisen tukeminen. Ohjaus lääkinälliseen tai ammatilliseen kuntoutukseen työpaikan ulkopuolella.	
Työvoimaviranomaiset	Vajaakuntoisille TE-toimiston asiakkaille	Ammatillista	Vajaakuntoisille työnhakijoille erityispalveluja
Terveydenhuolto	Terveydenhuollon asiakkaille, joilla on kuntoutustarvetta	Lääkinnällistä	Myös mm. kuntoutustutkimuksia

Päätelmät

Kuntoutuksen organisointi vaihtelee huomattavasti alueittain. Isoissa keskus- ja yliopistosairaaloissa on usein mahdollisuus tarjota moniammatillista osaamista kuntoutujan kuntoutustarpeen arviointiin. Sairaanhoidopiirit ovat itsenäisesti voineet päättää kuntoutusyksiköidensä muodostamisesta. Kuntoutusyksiköiden organisointi ja henkilöstön erikoistumisalat voivat siten vaihdella huomattavasti.

Kaikissa tilanteissa ei kuitenkaan aina ole yksiselitteisesti selvää, mille taholle kuntoutuksen järjestäminen kuuluu. Varsinkin näissä tilanteissa korostuu eri kuntoutustahojen välisen yhteydenpidon ja yhteistyön merkitys. Tämän yhteistyön pitäisi olla osa kuntoutuksen järjestäjien tavanomaista työtä. Asiakasyhteistyön toimivuutta on arvioitu seuraavassa alaluvussa.

Terveydenhuoltolain 29.2 §:n mukaan kunta vastaa potilaan lääkinnällisen kuntoutuksen suunnittelusta, ohjauksesta ja seurannasta. Kuntoutuksen tarve, tavoitteet ja sisältö on määriteltävä kuntoutussuunnitelmassa. Kunta nimeää potilaalle tarvittaessa kuntoutuksen yhdyshenkilön.

Tarkastuksessa tehdyissä haastatteluissa¹¹ tuli useasti esille, että kokonaisvastuu kuntoutusasiakkaasta on puutteellinen. On ilmeistä, ettei kaikissa tapauksissa kuntoutettavalle ole nimetty yhdyshenkilöä, joka ottaisi kokonaisvastuun kuntoutettavasta, vaikka se olisi ollut tarpeen. Tämä vastuiden epäselvyys on johtanut joissakin tapauksissa siihen, että kuntoutettava siirtyy kuntoutuksen järjestäjältä toiselle useita kertoja.

3.3 Kuntoutusjärjestelmän valtakunnallinen ja aluetason ohjaus

Ohjausjärjestelmän kuvaus

Valtioneuvoston ohjesäännön (262/2003) 22 §:n mukaan sosiaali- ja terveysministeriön toimialaan kuuluvat muun muassa terveyden ja sosiaalisen hyvinvoinnin edistäminen sekä sairauksien ja sosiaalisten ongelmien ehkäisy, sosiaali- ja terveyspalvelut sekä työsuojelu. Kuntoutusta ei erikseen ole ohjesäännössä mainittu.

¹¹ Katso liite 1, jossa on esitetty yhteenveto haastatteluissa yksilöidystä kuntoutusjärjestelmän ongelmista.

Kuntoutuksen ohjausta säädellään erityisesti kansanterveyslailla (66/1972), terveydenhuoltolailla (1326/2010), erikoissairaanhoidolailla (1062/1989) sekä lailla kuntoutuksen asiakasyhteistyöstä (497/2003). Kuntoutuslainsäädäntöä on kuvattu lukuisissa tutkimuksissa ja selvityksissä sekä kaikissa tarkastuksessa suoritetuissa asiantuntijahaastatteluuissa¹² sekavaksi, monitahoiseksi ja päällekkäiseksi.

Kansanterveyslain 2 §:n (1537/2009) mukaan kansanterveystyön, johon kuntoutus sisältyy, suunnittelu, ohjaus ja valvonta kuuluvat sosiaali- ja terveysministeriölle. Aluehallintovirasto ohjaa ja valvoo kansanterveystyötä toimialueellaan. Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto (Valvira) ohjaa sosiaali- ja terveysministeriön alaisena aluehallintovirastojen toimintaa niiden toimintaperiaatteiden, menettelytapojen ja ratkaisukäytäntöjen yhdenmukaistamiseksi kansanterveystyön ohjauksessa ja valvonnassa.

Terveydenhuoltolaissa säädetään (7 §), että sosiaali- ja terveysministeriö laatii yhdessä Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen kanssa yhtenäiset hoidon perusteet. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL) seuraa ja arvioi yhtenäisten hoidon perusteiden toteutumista kunnissa ja sairaanhoitopiirin kuntayhtymissä. Ministeriön www-sivujen mukaan tuoreimmat yhtenäiset kiireettömän hoidon perusteet ovat vuodelta 2010¹³.

Lain 23 §:ssä sanotaan, että kunnan on järjestettävä alueensa asukkaiden sairaanhoitopalvelut, joihin sisältyy muun muassa tarpeellinen lääkinällinen kuntoutus. Hoidon ja kuntoutuksen toteutukselle on tarvittaessa laadittava hoito- ja kuntoutussuunnitelma. Lain 29 §:ssä määritellään lääkinällisen kuntoutuksen sisältö.

Terveydenhuoltolain 33 §:n mukaan sairaanhoitopiirin on vastattava muun muassa lääkinällisen kuntoutuksen kehittämisen ohjauksesta ja laadun valvonnasta. Sairanhoitopiirien on laadittava alueensa kuntien kanssa terveydenhuollon järjestämissuunnitelma, johon sisältyvät lääkinällisen kuntoutuksen palvelut. Erityisvastuualueiden sairaanhoitopiirien on suunniteltava muun muassa lääkinällisen kuntoutus.

Erikoissairaanhoidolain 5 §:n mukaan erikoissairaanhoidon yleinen suunnittelu, ohjaus ja valvonta kuuluvat sosiaali- ja terveysministeriölle. Aluehallintovirastolle kuuluvat erikoissairaanhoidon suunnittelu, ohjaus ja valvonta toimialueellaan. Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto ohjaa sosiaali- ja terveysministeriön alaisena aluehallintovirastojen toimintaa niiden toimintaperiaatteiden, menettelytapojen ja ratkaisukäytäntöjen yhdenmukaistamiseksi erikoissairaanhoidon ohjauksessa ja valvonnas-

¹² Katso liite 1.

¹³ STM (2010).

sa. Erikoissairaanhoidon palvelujen ja toiminnan sisällöstä säädetään terveydenhuoltolaissa (1 §).

Laissa kuntoutuksen asiakasyhteistyöstä (497/2003) säädetään kuntoutuksen valtakunnallisesta yhteistyöstä. Lain 14 §:n mukaan sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön yhteydessä toimii valtioneuvoston neljäksi vuodeksi kerrallaan asettama kuntoutusasiain neuvottelukunta, jonka tehtävänä on ohjata, kehittää ja sovittaa yhteen viranomaisten, yhteisöjen ja laitosten yhteistyötä sekä alueellisten kuntoutuksen asiakasyhteistyötoimikuntien toimintaa. Tarkemmat säännökset kuntoutusasiain neuvottelukunnasta on annettu asetuksella (823/2003).

Päätelmät

Kuntoutusjärjestelmän valtakunnallisen ohjauksen toimivuutta tarkastettiin vertaamalla asiantuntijahaastatteluiden perusteella tehtyjä päätelmiä siihen, mitä kuntoutuksen ohjauksesta on lainsäädännössä säädetty. Tarkastuksessa käytiin neljällä alueella (Etelä-Savo, Pirkanmaa, Kainuu, Varsinais-Suomi) selvittämässä paikallis- ja aluetason toimijoiden kokemuksia kuntoutuksen valtakunnallisen ohjauksen toimivuudesta.

Paikallis- ja aluetasolla suoritettujen haastatteluiden mukaan kuntoutusasiain neuvottelukunnan työskentely ja ohjaus ovat supistuneet merkittävästi viime vuosina. Toimijoiden yhteinen näkemys oli se, että kuntoutuksen valtakunnallista ohjausta ei ole viime vuosina ollut lainkaan. Tällaista ohjausta olisi kuitenkin alueilla nimenomaan kaivattu. Tietojen ja kokemusten vaihtamiseksi alueelliset toimijat (yhteistyöryhmät ja toimikunnat) olivat järjestäneet omia yhteisiä tilaisuuksia ja neuvottelupäiviään.

Aluehallintovirasto asettaa kutakin sairaanhoitopiirin aluetta varten neljäksi vuodeksi kerrallaan kuntoutuksen asiakasyhteistyötoimikunnan. Useampaa sairaanhoitopiiriä varten voi olla myös yhteinen toimikunta. Kuntoutuksen asiakasyhteistyötoimikunnan tehtävänä on suunnitella, edistää ja seurata lain mukaista 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.¹⁴

Kunnan on huolehdittava siitä, että sen alueella toimii asianmukaisesti kuntoutuksen asiakasyhteistyöryhmä. Kuntoutuksen asiakasyhteistyöryhmän tehtävänä on muun muassa kehittää viranomaisten, muiden yhteisö-

¹⁴ Laki kuntoutuksen asiakasyhteistyöstä (497/2003).

jen ja laitosten yhteistyömuotoja. Yhteistyöryhmä suunnittelee, edistää ja seuraa asiakkaiden kuntoutuksen toteutumista.¹⁵

Kuntoutuksen asiakasyhteistyöryhmä käsittelee myös yksittäisen kuntoutujan asiakasyhteistyötä koskevia asioita. Ryhmän tehtävänä on kuntoutustarpeita vastaavien ratkaisujen etsimiseksi arvioida kuntoutujan palveluvaihtoehtoja, suunnitella palveluja sekä vaihtaa tähän liittyviä tietoja. Lailla kuntoutuksen asiakasyhteistyöstä, joka on luonteeltaan puitelaki, ei ole pystytty sovittamaan yhteen eri ohjausjärjestelmien alaisina olevien rahoittajaorganisaatioiden (kunnat, työeläkelaitokset, Kela ja valtio) kuntoutustoimintaa. Tarkastuksessa havaittiin, että kuntoutuksen eri rahoittajien vastuita kuntoutettavasta ei ole määritelty selkeästi lainsäädännössä. Ongelma tuli esiin myös paikallishaastatteluissa. Riskinä on, että asiakkaan kuntoutusketju voi katketa, syntyy viiveitä ja asiakasta ”pallotellaan” toimijalta toiselle. Tästä syntyy päällekkäistä ja kokonaistaloudellisesti tehotonta toimintaa.

Tarkastuksessa tehtyjen paikalliskäyntien perusteella kuntoutuksen asiakasyhteistyölaissa säädetyt yhteistyöryhmät ja -toimikunnat ovat pääosin olleet toiminnassa ja toiminnan on koettu olleen hyödyllistä. On kuitenkin huomattava, että arvio perustuu muutamiin paikalliskäynteihin. Koko maan kattavaa arviointia yhteistyöryhmien ja -toimikuntien toiminnasta ei tehty.

Haastatteluissa tuli selkeästi esille se, että asiakasyhteistyöryhmien toiminta on pääasiassa asiakkaiden eläkeselvittelyjä, ei kuntoutusmahdollisuuksien ja -tarpeiden selvittelyä. Tämä johtuu siitä, että asiakkaat ovat jo niin huonokuntoisia, että kuntoutusmahdollisuudet on menetetty. Varhaisempi puuttuminen kuntoutusasiakkaan tilanteeseen koettiin tärkeäksi. Muutamissa haastatteluissa pidettiin tarpeellisena sitä, että työeläkelaitokset olisivat edustettuina asiakasyhteistyötoimikunnissa, koska ne ovat työsuhteessa olevien kannalta merkittävä toimijataho työkyvyttömyyden ennaltaehkäisyssä.

Yhteistyöryhmissä on tavallisesti käsitelty niiden asiakkaiden tapauksia, joiden kuntoutukseen ei ole löytynyt selkeätä vastuutahoa tai toteutus on vaatinut useamman toimijan yhteistyötä. Toimikunnat ovat keskittyneet enemmän seminaarien ja koulutusten järjestämiseen. Kaikkialla työryhmät ja toimikunnat eivät ole toimineet yhtä aktiivisesti.

Eräät paikalliset toimijat korostivat sitä, että asiakasyhteistyölaki ei säätele kuntoutuksen vastuita ja työnjakoa. Taustalla on monta eri toimijaa ja toimijoita koskevia erillislakeja, jotka tekevät järjestelmästä monimutkai-

¹⁵ *Laki kuntoutuksen asiakasyhteistyöstä (497/2003).*

sen. Tämän vuoksi yhteistyöhön velvoittavan lain merkitys on käytännössä jäänyt heikoksi.

Paikalliskäyntien perusteella voidaan arvioida, että alueilla pidettäisiin tarpeellisenä ministeriön tai neuvottelukunnan antamaa yhteistä ohjeistusta muun muassa kuntoutuksen järjestäjien vastuiden osalta, koulutusta ja hyvien kuntoutuskäytäntöjen levittämistä. Toisaalta haastattelussa tuli esiin se, että kuntoutusasiain neuvottelukunnalta puuttuu sitovien, velvoittavien ohjeiden antamismahdollisuus. Kuntoutuksen vaikuttavuuden seuranta on valtakunnan tasolla puutteellisesti järjestetty, eikä edes kuntoutukseen käytettävistä rahamääristä ole luotettavaa seurantatietoa.

Paikalliskäyntien perusteella kuntoutuksen valtakunnallista ohjausta ei ole käytännössä ollut viimeisten viiden vuoden aikana. Tältä osin kuntoutusasiain neuvottelukunta ei ole huolehtinut kaikista sille laissa määritellyistä tehtävistä.

3.4 Kuntoutuksen kustannukset ja tuloksellisuuden seuranta

Työkykyä ylläpitävän kuntoutuksen menot

Työkykyä ylläpitävää kuntoutusta järjestävät monet tahot: työeläkelaitokset, Kela, työhallinto ja kunnat osana akuuttia sairaanhoitoa. Arviota kuntoutuksen kokonaiskustannuksista on vaikea esittää, sillä tilastointi on puutteellista, erityisesti kuntien osalta. Vuoden 2002 kuntoutusselonteossa kuntoutuksen kokonaiskustannukset arvioitiin 1,2 miljardiksi euroksi vuodessa, mutta summa pitää sisällään monia sellaisia toimintoja, jotka eivät varsinaisesti tähtää työkyvyn ylläpitämiseen, kuten eläkeikäisten kuntoutus.

Tarkastuksessa pyrittiin karkealla tasolla arvioimaan valtiolle ja kansantaloudelle aiheutuvia vuotuisia kustannuksia työkykyä ylläpitävästä kuntoutuksesta. Nämä ovat jäljempänä esitetyn laskelman mukaan valtioneuvoston tasolla noin 140 miljoonaa euroa vuodessa ja kansantalouden tasolla noin 170 miljoonaa euroa vuodessa. Eläkeläisten, vaikeavammaisten, sotaveteraanien ja muiden erityisryhmien kuntoutusta ei ole laskettu mukaan. Myöskään liikenne- ja tapaturmavakuutuksista korvattavaa kuntoutusta ei ole huomioitu. Lähteinä ovat olleet mm. Kelan kuntoutustilasto 2011 (Kansaneläkelaitos 2012), Sosiaalimenot ja rahoitus -tilasto 2010 (Terveystieteiden tutkimuskeskus 2012) ja Työeläkekuntoutustilasto 2010 (Eläketurvakeskus 2011).

On huomattava, että valtiontalouden ja kansantalouden näkökulmasta kustannukset lasketaan eri tavalla. Kansantaloudellisesta näkökulmasta tulonsiirrot, kuten kuntoutusrahat ja ylläpitokorvaukset, eivät ole todellisia kustannuksia. Tulonsiirroissa rahaa siirretään yksiltä henkilöiltä toisille, joten maksajien tulonmenetykset kompensoituu etuuden saajien tulonlisäyksellä. Kansantaloudelliseksi kustannukseksi on laskettava hankitut kuntoutuspalvelut, kuten laitoshoidot ja työpaikalla tapahtuva neuvonta ja ohjaus, toisin sanoen vain toimintaan kulutetut resurssit. Vastaavasti työkyvyttömyyden kansantaloudellinen kustannus ei muodostu työkyvyttömyyseläkkeistä vaan menetetyt tuotannon arvosta. Sitä ei kuitenkaan tässä yritetä arvioida. Työkyvyttömyyseläkkeellä on noin 7 % koko maan työikäisestä väestöstä.

Työeläkelaitosten järjestämän kuntoutuksen kustannukset (70 miljoonaa euroa vuonna 2010) muodostuvat pääasiassa kuntoutuksen aikaisen toimeentulon korvaamisesta kuntoutusavustuksilla ja kuntoutusrahalla. Summasta palvelukustannukset muodostavat noin 9 miljoonaa euroa. Toimet on suunnattu työelämässä oleville. Kustannuksista vastaavat työeläkelaitokset; valtio ei osallistu työeläkekuntoutuksen rahoitukseen.

- Kustannukset valtiolle = 0 euroa.
- Kustannukset kansantaloudelle = 9 milj. euroa.

Kansaneläkelaitoksen järjestämät kuntoutuspalvelut kustannetaan sairaanhoidovakuutuksesta, jonka rahoittavat puoliksi valtio ja vakuutetut. Kuntoutusraha maksetaan työtulovakuutuksesta, jonka rahoittavat pääasiassa työnantajat ja palkansaajat. Valtion osuus työtulovakuutuksesta on vain noin 5 prosenttia. Työelämässä olevien henkilöiden kuntoutuspalveluiden kustannukset olivat 128,4 miljoonaa euroa vuonna 2011, joten valtion osuudeksi tulee 64,2 miljoonaa euroa. Kuntoutusajan toimeentuloa turvaavat kuntoutusrahat olivat 71,4 miljoonaa euroa, josta valtion 5 prosentin osuus on 3,6 miljoonaa euroa.

- Kustannukset valtiolle = 67,8 milj. euroa.
- Kustannukset kansantaloudelle = 128,4 milj. euroa.

Työhallinto järjestää kuntoutusta niille asiakkaille, jotka on luokiteltu vajaakuntoisiksi.¹⁶ Työ- ja elinkeinoministeriöstä saadun tiedon mukaan vuoden 2011 aikana tällaisia asiakkaita oli yhteensä 96 000, joista työttömiä oli 68 000. Henkilöille järjestetään mm. terveydentilan ja työkyvyn

¹⁶ Työhallinto ei ole erikseen seurannut työkyvyn kehittymistä vajaakuntoisiksi luokitelluilla. Uudessa laissa julkisista työvoimapalveluista (916/2012) vajaakuntoisen määritelmää ei enää ole.

arviointeja, työkokeiluja ja työhönvalmennusta. Lisäksi osa työvoimakoulutuksesta ja työllistämistuesta on kohdennettu vajaakuntoisille. Arviointeja ja työkokeiluja tehtiin noin 6 miljoonalla eurolla. Vajaakuntoisten työvoimakoulutukseen käytettiin 22 miljoonaa euroa. Vajaakuntoisten työllistämiseen kului 32 miljoonaa euroa, joka voidaan laskea valtion menoihin, mutta yhteiskunnan kannalta tätä erää on pidettävä tulonsiirtona. Henkilöstömenoihin TE-toimistoissa kului 9 miljoonaa euroa.

- Kustannukset valtiolle = 69 milj. euroa.
- Kustannukset kansantaloudelle = 37 milj. euroa.

Kuntien järjestämän kuntoutuksen menoista ei ole olemassa tilastoja, sillä kuntoutusta on vaikea erottaa erikoissairaanhoidon menoista: missä vaiheessa sairaanhoito loppuu ja kuntoutus alkaa? Kuntoutus on luonnollinen osa monien sairauksien jatkohoitoa. Valtio tukee toimintaa epäsuorasti kuntien valtionosuuksien kautta, mutta valtion kustannusosuutta kuntien järjestämästä kuntoutuksesta on hyvin vaikea määrittää.

Kuntien vastuulla olevaan pitkäaikaistyöttömien kuntouttavaan työtoimintaan osallistui vuonna 2010 noin 15 000 henkilöä. Toimenpiteen kesto vaihtelee yksilöllisesti 3–24 kuukauden välillä ja sisältää 1–5 työpäivää viikossa. Osallistujat saavat Kelasta normaalin työmarkkinatuen lisäksi osallistumispäiviltä 9 euron ylläpitokorvauksen. Mikäli osallistujan pääasiallinen tulo on kunnan toimeentulotuki, osallistuja saa vastaavansuuruisen toimintarahaa.

Kelan maksamat työttömyysturvaetuudet maksetaan sosiaaliturvan yleisrahastosta, josta valtion rahoitusosuus vuonna 2011 oli 86 %, mutta pitkäaikaistyöttömien (> 500 pv) etuuksista kunnat maksavat puolet. Ylläpitokorvauksista koostuva lisäkustannus valtiolle lienee joitain miljoonia euroja vuodessa; tarkkaa summaa on mahdoton laskea, koska toimenpidetaksojen pituudet eivät ole tiedossa. Kansantaloudellista kustannusta ei muodostu, sillä henkilöt ovat lähinnä kevennetyssä työharjoittelussa joko kunnan tai kolmannen sektorin työpaikoissa ja ylläpitokorvaus on puhdas tulonsiirto. Kuntouttavasta työtoiminnasta syntyy todennäköisesti jonkin verran yhteiskunnallista hyötyä, sikäli kun henkilöt saavat työpaikoissa jotakin hyödyllistä tekemistä.

- Kustannukset valtiolle = joitain miljoonia euroja vuodessa.
- Kustannukset kansantaloudelle = tilastot puuttuvat (vaikea erottaa sairaanhoidosta).

Yhteensä työkykyä edistävään kuntoutukseen käytetään valtion talousarviomenoina noin 140 miljoonaa euroa vuodessa. Kansantalouden näkökulmasta, toimintaan allokoituina resursseina, kustannukset ovat suuruusluokkaa 170 miljoonaa euroa vuodessa. Näistä luvuista kuitenkin puuttuu

esimerkiksi kunnallisissa sairaaloissa sairaanhoidon osana järjestetty kuntoutus. Mukaan ei ole myöskään luettu valtion aluehallintovirastojen suorittamaa työsuojeluvalvontaa, jonka menot olivat 27 miljoonaa euroa vuonna 2012.

Tuloksellisuuden seuranta

Sosiaali- ja terveysministeriön käsitys työkykyä ylläpitävän kuntoutuksen tuloksista perustuu muun muassa Kansaneläkelaitoksen tutkimusosaston ja muiden tutkimuslaitosten tekemiin vaikuttavuusmittauksiin. Ministeriö itse ei ole tehnyt tai teettänyt kuntoutusta koskevaa seurantatutkimusta. Valtioneuvoston asetuksen (823/2003) nojalla vaikuttavuuden seuranta on säädetty valtioneuvoston nimittämän kuntoutusasiain neuvottelukunnan tehtäväksi. Neuvottelukunnan toiminta on kuitenkin viime vuosina ollut passiivista. Neuvottelukunnan pääsihteerin virka lakkautettiin vuonna 2007. Myös neuvottelukunnan internetsivujen ylläpito on lopetettu.

Ministeriössä tehtyjen haastattelujen mukaan vaikuttavuuden arvioinnista on keskusteltu neuvottelukunnan kokouksissa. Aiheen vaikeuden ja kuntoutusjärjestelmän lukuisten toimijoiden vuoksi varsinaisiin toimenpiteisiin kuntoutuksen tuloksellisuuden seuraamiseksi ei ole kuitenkaan ryhdytty.

Tarkastuksen perusteella kuntoutuksen tuloksellisuuden seuranta ei ole ministeriön ja neuvottelukunnan tasolla ollut riittävää, kun sitä arvioidaan suhteessa neuvottelukunnalle asetettuun tehtävään ja otetaan huomioon kuntoutusjärjestelmän merkittävät rahavirrat ja viimeisten hallitusohjelmien työurien pidentämistavoitteet.

Sosiaali- ja terveysministeriössä tehtyjen haastattelujen mukaan työurien pidentämisessä lääkinnällistä kuntoutusta suurempi merkitys on nimenomaan ammatillisella kuntoutuksella. Ministeriössä todetaan tutkimustulosten mukaisesti, että vaikutukset työssä jatkamiseen riippuvat kuntoutuksen oikea-aikaisuudesta, työsuhteen olemassaolosta sekä kuntoutettavan henkilön osallistumisesta oman kuntoutussuunnitelmansa laadintaan. Lyhyellä ajalla ammatillinen kuntoutus on lisännyt työssäoloa, mutta pitemmällä aikavälillä toiminta on ollut vähemmän tehokasta.¹⁷ Ministeriön käsitys kuntoutuksen vaikuttavuudesta vastaa suomalaisilla aineistoilla tehtyjen evaluointien tuloksia, joita on käsitelty jäljempänä luvussa 3.6. Ministeriön mukaan kuntoutusta ei ole nykyisellään tarpeeksi hyvin integroitu osaksi terveydenhuollon kokonaisuutta, vaan toiminta on usein jäänyt irralliseksi muusta hoidosta.

¹⁷ Ministeriössä viitattiin Gouldin ym. (2012) toimittamaan tutkimusraporttiin.

Kuntoutuksen oikea-aikaisuutta on pyritty parantamaan lainsäädäntöä muuttamalla. Kesäkuussa 2012 tulivat voimaan sairausvakuutus- ja työterveyshuoltolakien muutokset, joilla aikaistetaan työkyvyttömyyden ehkäisytoimenpiteiden käynnistymistä. Työterveyshuoltolain uuden 10 a §:n mukaan työnantajan on ilmoitettava työntekijän sairauspoissaolosta työterveyshuoltoon viimeistään silloin, kun poissaolo on jatkunut kuukauden ajan.

Sairausvakuutuslakia muutettiin siten, että sairauspäivärahaa on haettava kahden kuukauden kuluessa työkyvyttömyyden alkamisesta (15 luku 4 §). Entinen neljän kuukauden määräaika lyheni puolella. Lakiin lisättiin vaatimus työkyvyn arviointia koskevasta työterveyshuollon lausunnosta, joka on toimitettava Kansaneläkelaitokselle viimeistään silloin, kun sairauspäivärahaa on maksettu 90 arkipäivältä (8 luku 5 a §). Kaikki edellä mainitut poissaolopäiväraajat (30/60/90) voivat kertyä joko pätikissä tai yhtäjaksoisesti. Lakimuutosten taustalla on hallituksen tavoite työurien pidentämisestä.¹⁸

Hallitusohjelman linjausten mukaisesti sosiaali- ja terveysministeriössä on syksyllä 2012 käynnistynyt hanke kuntoutusjärjestelmän selkiyttämiseksi ja kuntoutukseen ohjautumisen nopeuttamiseksi. Ministeriön mukaan konkreettisia tuloksia on odotettavissa vielä kuluvan hallituskauden aikana.

Kansaneläkelaitoksessa kuntoutuksen vaikutukset nähtiin lyhyellä ajalla positiivisiksi. Kelan omien tutkimusten mukaan kuntoutus vähentää sairauspoissaoloja ja eläkkeelle siirtymistä muutaman vuoden ajan,¹⁹ joten uusia työkyvyttömyyseläkkeitä voitaisiin vähentää kuntoutusta lisäämällä. Kelan mukaan suomalaisessa yhteiskunnassa olisi satsattava kuntoutukseen nykyistä enemmän. Kelassa kuitenkin korostettiin sitä, että toiminnan vaikuttavuuden arviointi on erittäin vaikeaa, pitkäkestoista ja kallista.

Tarkastuksessa tehdyillä paikalliskäynneillä haastateltiin kuntoutusalan käytännön toimijoita, kuten kuntoutuslääkäreitä, kuntoutussuunnittelijoita, vakuutussihteereitä, työvoimaneuvojia ja valtion aluehallinnon virkamiehiä.²⁰ Kuntoutuksen valtakunnallisen ohjauksen lisäksi toimijoilta kysyttiin myös tuloksellisen kuntoutuksen edellytyksistä. Kuntoutujan oma motivaatio nähtiin lähes poikkeuksetta tärkeimmäksi edellytykseksi sille, että kuntoutuksella saadaan aikaan pysyviä tuloksia. Jos kuntoutuja ei ole motivoitunut työkykynsä parantamiseen, tulokset ovat heikkoja.

¹⁸ HE 75/2011.

¹⁹ Kelassa viitattiin lähinnä Suoyrjön (2010) tutkimukseen.

²⁰ Haastatteluja tehtiin yhteensä 14, ja kussakin haastateltavia oli 1–3. Haastattelut tahot on lueteltu lähteissä.

Edellä todettu aiheuttaa ongelmia myös kuntoutuksen vaikuttavuuden luotettavalle arvioinnille. Jos vain motivoituneet valikoituvat kuntoutukseen, rekisteripohjaiseen tarkasteluun liittyy merkittävä valikoitumisharha. Vaikuttavuutta tulisikin arvioida satunnaiskoeasetelmin.

Toimenpiteiden oikea-aikaisuus on myös tärkeää, ja ongelmana nähtiin usein se, että yleensä kuntoutus alkaa liian myöhään. Työkyvyn vähittäiseen heikkenemiseen pitäisi pystyä puuttumaan jo varhaisemmassa vaiheessa. Työkyvyttömyyden uhkaa viiden seuraavan vuoden sisällä pidettiin monessa tapauksessa liian tiukkana kriteerinä työeläkekuntoutukseen pääsulle. Toisaalta Kelan varhaiskuntoutukseen pääsee myös sellaisia henkilöitä, joilla on selkeästi työvuosia jäljellä.

Alue- ja paikallistasolla korostettiin myös kuntoutusjärjestelmän monimutkaisuutta. Jopa alan asiantuntijoiden on ajoittain vaikeaa selvittää tahoa, jonka vastuulle jonkun tietyn potilaan kuntoutus kuuluu. Kuntoutukseen tarvittaisiin selvemmat työnjaot siitä, kuka kuntouttaa, milloin ja kenet. Tämänkaltainen valtakunnallinen ohjaus ja koordinointi on säädetty kuntoutusasiain neuvottelukunnan tehtäväksi, mutta se ei ole hoitanut tehtäviään tältä osin.

Kokonaiskuvan saaminen henkilön toimintakyvystä ja siinä olevista primaarirajoitteista olisi tärkeää tuloksellisen kuntoutuksen järjestämiseksi. Kainuussa on ryhdytty toteuttamaan valtakunnallisesti ainutlaatuisia mallia mielenterveysongelmaisten kuntoutuksessa. Lähettävät tahot (Kela, sairaanhoitopiiri, työhallinto) teettävät asiakkaasta toimintakyvyn arvioinnin kuntien omistamassa työpajassa. Arvioinnissa työnohjaajat havainnoivat kuukauden ajan henkilön toimintaa ja onnistumista erilaisissa työpajalla suoritettavissa tehtävissä. Toimintakyvyn arviointi perustuu WHO:n kansainväliseen ICF-luokitukseen, ja se tehdään työpajassa tätä varten suunnitellulla ohjelmistolla. Kokemukset tuloksista ovat olleet positiivisia: kun henkilön ensisijaiset rajoitteet ja vahvuudet saadaan selville, kuntoutusta ja toimenpiteitä on helpompi suunnitella.

3.5 Työkyvyttömyyden riskitekijät

Työkyvyttömyyseläkkeelle siirtymiseen vaikuttavia henkilökohtaisia ja sosiaalisia tekijöitä ovat Suomessa tutkineet mm. Hytti (1993), Hakola (2000), Rytkönen ym. (2004) ja Polvinen (2009). Tutkimusten mukaan työkyvyttömyyseläkettä selittävät monet erityyppiset tekijät, kuten henkilön ikä, terveys, ammatti, työolot, elintavat sekä sosiaaliset ja sosioekonomiset olosuhteet.

Laajassa Terveys 2000 -tutkimuksessa selvitettiin terveystarkastuksissa käynnin yleisyyttä.²¹ Yli 8 000 henkilön otokseen kuuluvista työikäisistä (18–64-v.) miehistä 39 % ja naisista 42 % oli käynyt työhön tai opiskeluun liittyvässä terveystarkastuksessa viimeisten viiden vuoden aikana. Saman ajanjakson kuluessa ikäryhmäterveystarkastuksissa oli käynyt vain 9 % miehistä ja 40 % naisista (ikäryhmissä 35–64-v.). Ajokorttia varten tehdyt terveystarkastukset painottuivat nuorimpiin ja vanhimpiin ikäryhmiin. Terveystarkastuksissa käynti oli koulutus- ja tulositonnaista: koulutetut ja hyvätuloiset kävivät tarkastuksissa selvästi useammin.

Työkyvyttömyys kehittyy tavallisesti pitkän ajan kuluessa, poikkeuksena äkillisten onnettomuuksien ja työtapaturmien aiheuttamat vammat. Täten olisi hyödyllistä tietää, voidaanko terveydenhuollon varhaisella väliintulolla ehkäistä henkilön työkyvyttömyysriskiä. Tarkastuksessa tätä arvioitiin hyödyntämällä Jyväskylän yliopiston psykologian laitoksen keräämää pitkittäistutkimusaineistoa, mikä antaa mahdollisuuden tutkia hoitoonohjauksen vaikutusta työkyvyttömyyseläkkeelle siirtymiseen. Tätä ei ole aiemmin Suomessa tutkittu. Analyysien yhteenvetona voidaan todeta, että hoitoonohjauksella näyttäisi olevan työkyvyttömyyttä vähentävä vaikutus.

Aineisto

Työkyvyttömyyden riskitekijöitä arvioitiin Jyväskylän yliopiston keräämällä pitkittäistutkimusaineistolla. Vuonna 1967 poimittiin Jyväskylässä 369 henkilön satunnaisotos kansakoulujen toisen luokan oppilaista, jotka olivat tuolloin 8-vuotiaita. Samojen lasten kasvua aikuisiksi, persoonallisuuden kehitystä, terveyttä ja sijoittumista yhteiskunnassa on seurattu tämän jälkeen yli 40 vuoden ajan. Aineistoa on kerätty, kun henkilöt ovat olleet 14-, 20-, 27-, 33-, 36-, 42- ja 50-vuotiaita, viimeksi vuonna 2009. Osa henkilöistä on kuollut tai jättäytynyt muista syistä pois tutkimuksesta, mutta viimeisimmissäkin seurannoissa on mukana ollut yli 200 alkuperäisen tutkimuksen henkilöä. Tutkimusaineistot on siirretty Yhteiskuntatieteelliseen tietoarkistoon,²² ja myös tässä tarkastuksessa käytetyt aineistot ovat sieltä peräisin.

Kaksi viimeistä seurantaa, vuosina 2001 ja 2009, ovat sisältäneet muiden osioiden ohella perusteellisen terveystarkastuksen. Vuoden 2009 tarkastuksessa kysyttiin, oliko henkilö pysyvällä tai määräaikaisella työkyvyttömyyseläkkeellä. 225 vastaajasta 17 henkilöä (8 %) oli tuolloin työ-

²¹ *Kansanterveyslaitos (2006).*

²² www.fsd.uta.fi.

kyvyttömyyseläkkeellä. Osuus ei poikkea tilastollisesti koko maan 50–54-vuotiaiden työkyvyttömyyseläkeläisten osuudesta vastaavanikäisestä väestöstä (9 %).²³ Vuoden 2001 terveystarkastuksessa vastaavaa kysymystä ei ollut, mutta silloisen elämäntilannekyselyn ja muiden tietojen perusteella voidaan päätellä, että kuusi henkilöä oli eläkkeellä jo 42-vuotiaana.

Vuoden 2009 terveystarkastuksessa kysyttiin ensimmäistä kertaa myös kuntoutukseen osallistumisesta. Yhteensä 46 henkilöä oli jossain elämänsä vaiheessa osallistunut kuntoutukseen, mutta syy ja ajankohta eivät tiedoista ilmene. Koska kuntoutuskysymystä ei ollut vuoden 2001 seurannassa, kuntoutuksen vaikutuksia työkyvyttömyyteen ei pystytä tällä aineistolla arvioimaan. Tämä edellyttäisi henkilötason paneeliaineiston muodostamista, jotta voitaisiin vakiodia havaitsemattomat tekijät. Todennäköistä on, että kuntoutukseen osallistujat poikkeavat muista sellaisilla tavoilla, joita ei voida havaita.

Yhdistämällä terveystarkastusaineistot vuoden 2001 elämäntilannekyselyyn voidaan kuitenkin tutkia, ennustavatko jotkin vuoden 2001 terveystarkastuksessa ja elämäntilannekyselyssä havaitut tekijät sitä, että henkilö on työkyvyttömyyseläkkeellä vuonna 2009. Molempiin terveystarkastuksiin (2001 ja 2009) ja elämäntilannekyselyyn 2001 osallistuneita henkilöitä oli 206. Koska selittäviä tekijöitä on alle 20, aineiston koko on sinänsä riittävä. Työkyvyttömyyseläkkeelle siirtyminen on kuitenkin sen verran harvinainen tapahtuma, että näitä havaintoja aineistossa on vain vähän. Tältä osin aineiston kokoa koskevat vaatimukset eivät täyty.²⁴

Tämä tarkoittaa sitä, että tulokset eivät välttämättä ole yleistettävissä laajemmin vaan koskevat ainoastaan tätä aineistoa. Toisaalta tutkimusjoukon on todettu edustavan hyvin omaa ikäluokkaansa. Alkuperäinen osallistujajoukko valittiin satunnaisotannalla ja vertailua samanikäisten henkilöiden keskiarvoihin on tehty jokaisen tiedonkeruun yhteydessä. Myös työkyvyttömyyseläkeläisiä osallistujissa on saman verran kuin samanikäisessä väestössä keskimäärin.

Käytetyt muuttujat ja menetelmät

Henkilön terveydellinen tilanne, tai käänteisesti sairastavuus, on luonnollinen riskitekijä myöhemmälle työkyvyttömyyseläkkeelle. Työkyvyttömyyteen vaikuttavia tekijöitä tutkinut Polvinen (2009) mainitsee myös tiettyjä elämäntapaan kytkeytyviä muuttujia, kuten liikalihavuus, tupa-

²³ Eläketurvakeskus 2011.

²⁴ Vittinghoff & McCulloch (2006) esittävät, että tapahtumia tulisi olla vähintään 5 per selittäjä.

kointi ja alkoholinkäyttö, joiden on todettu lisäävän työkyvyttömyyden riskiä. Henkilön työtyytyväisyydellä sekä koulutus- ja tulotasolla on myös havaittu olevan yhteyttä työkyvyttömyyseläkkeelle siirtymiseen.

Henkilön työkyvyttömyyseläkettä (0 = ei, 1 = kyllä) vuonna 2009 selittävinä muuttujina on tässä käytetty seuraavia tietoja vuodelta 2001:

- sukupuoli, 0 = nainen, 1 = mies
- ammatillinen koulutus; ei mitään (referenssi), työllisyyskurssi tai oppisopimuskoulutus, ammattikoulu, opisto, korkeakoulu
- työtyytyväisyys (= 1 jos erittäin tyytyväinen ammatinvalintaan, 0 muulloin)
- lääkärin toteamien sairauksien ja pysyvien vammojen lukumäärä
- painoindeksi, kg/m^2
- lievän ylipainon indikaattori, painoindeksi 25–29
- merkittävän ylipainon indikaattori, painoindeksi ≥ 30
- kielellinen sujuvuus, minuutissa lueteltujen eläinten lukumäärä
- lasten lukumäärä
- äiti elossa
- isä elossa
- tupakointi päivittäin
- juominen ”kunnolla humalaan” kerran viikossa tai useammin
- hoitoonohjaus: jatkohoidon tai seurannan tarve.

Menetelminä on käytetty lineaarista regressiota ja probit-regressiota. Probit-regression käyttö on perusteltua, koska selitettävä muuttuja saa ainoastaan arvoja 0 tai 1. Vertailun vuoksi on esitetty myös lineaarisen todennäköisyysmallin tulokset.

Analyysissä kokeiltiin myös yksittäisiä sairauksia (selkäsairaus, astma, masennus jne.) indikoivia osoitinmuuttujia, mutta näillä ei ollut erikseen selitysvoimaa. Tämä voi johtua otoksen pienuudesta. Tämän vuoksi sairastavuutta mitataan kliinisesti todettujen sairauksien ja vammojen yhteismäärällä. Hoitoonohjausta käsitellään lisää jäljempänä.

Koehenkilöiden kognitiivista toimintakykyä testattiin vuoden 2001 terveystarkastuksessa useillakin testeillä. Näiden kaikkien tuloksia kokeiltiin lisäselittäjinä, mutta kielellistä sujuvuutta mittaava koe oli ainoa, jonka tuloksilla oli tilastollisesti merkitsevää vaikutusta. Kielellinen sujuvuus on jossain määrin korreloitunut henkilön koulutustason kanssa: korkeakoulututkinon suorittaneet pystyivät luettelemaan enemmän eläimiä, ja ero muihin oli tilastollisesti merkitsevä. Kielellisen sujuvuuden ja työkyvyn yhteys on havaittu myös aiemmin (Sainio ym. 2010).

Vanhempien elossaolo voi vaikuttaa työkyvyn säilymiseen sekä kannustavana elementtinä että perinnöllisten tekijöiden kautta. Lasten lukumäärä taas kuvaa elätettävien mukanaan tuomaa kannustinvaikutusta työkyvyn

ylläpitämiseen. Käytettyjen muuttujien kuvailutietoja on koottu tauluk-
koon 3. Joidenkin henkilöiden puuttuvien tietojen vuoksi estimointeja var-
ten oli käytettävissä 194 täydellistä havaintoa.

TAULUKKO 3. Aineiston tunnuslukuja (N = 194).

muuttuja	keskiarvo	hajonta	minimi	maksimi
mies	0,459	0,500	0	1
työllisyyskurssi tai oppisopimuskoulutus	0,093	0,291	0	1
ammattikoulu	0,258	0,439	0	1
opistotutkinto	0,356	0,480	0	1
korkeakoulututkinto	0,180	0,386	0	1
erittäin tyytyväinen ammatinvalintaan	0,325	0,469	0	1
sairauksien ja pysyvien vammojen luku- määrä	1,933	1,704	0	11
painoindeksi	26,07	4,794	18	47
lievä ylipaino	0,376	0,486	0	1
merkittävä ylipaino	0,222	0,416	0	1
kielellinen sujuvuus	26,21	6,118	10	44
lasten lukumäärä	2,000	1,255	0	6
äiti elossa	0,799	0,402	0	1
isä elossa	0,541	0,500	0	1
tupakointi päivittäin	0,206	0,406	0	1
humalajuominen viikoittain tai useammin	0,036	0,187	0	1
hoitoonohjaus	0,428	0,496	0	1
työkyvyttömyyseläkkeellä v. 2009	0,077	0,268	0	1

Indikaattorimuuttujien osalta keskiarvo osoittaa suhteellisen osuuden. Toisin sanoen esimerkiksi lievästi ylipainoisia tutkittavista oli 38 % (0,376) ja merkittävästi ylipainoisia 22 % (0,222). Lähes joka toiselta isä oli jo kuollut, ja äiti oli elossa 80 prosentilla. Jatkohoitoon tai seurantaan ohjattuja oli 43 %. Lapsia henkilöillä oli keskimäärin kaksi. Lääkärin to-
teamia sairauksia tai vammoja oli enimmillään toistakymmentä ja keski-
määrin kaksi. Niistä tarkastukseen osallistujista, joista oli saatu kerättyä
kaikki tässä tarvittavat tiedot, 46 % oli miehiä ja 54 % naisia.

Opistotason tutkinto oli yleisin ammattikoulutus 36 prosentin osuudella. Vailla minkäänlaista ammatillista koulutusta oli vain joka kymmenes osal-
listuja. Ammatinvalintaan erittäin tyytyväisiä oli joka kolmas. Päivittäin
tupakoivia oli 20 %.

Alkoholin käyttöä koskevat vastaukset ovat tämäntyyppisissä kyselyissä
usein epäluotettavia, sillä ihmisillä on taipumus vähätellä juomiaan määriä
ja juomisesta seuraavia ongelmia. Kyselytutkimusten indikoimien kulu-
tusmäärien ja myyntitilastojen välillä voikin olla jopa yli 50 prosentin

ero.²⁵ Tässä käytettyyn otokseen kuuluvista 194 henkilöstä 2 % joi itsensä ”kunnolla humalaan” vähintään kerran viikossa vuoden 2001 elämäntilannekyselyn mukaan. Tosin on huomattava, että kunnolla humaltumista ei kysymyksessä tarkemmin määritelty, joten termin tulkinta on ollut vastaajien omassa harkinnassa.

Henkilöiltä kysyttiin myös kulutettuja määriä, ja joka viikko vähintään viinapullon kerralla juovista henkilöistä kolme ei kokenut olevansa vielä kunnolla humalassa. Arkikokemus kuitenkin osoittaa, että rappioalkoholisteja lukuun ottamatta ihmiset ovat viinapullon (12 alkoholiannosta) juotuaan yleensä tukevassa humalassa. Tässä on sen vuoksi korjattu vastauksia humalakysymykseen siten, että henkilöt, jotka ilmoittivat juovansa viikoittain kerralla viinapullon tai enemmän, on koodattu humalajuomista harrastaviksi riippumatta siitä, mitä he vastasivat itse humalakysymykseen.

Yhtenä selittävänä tekijänä käytettiin hoitoonohjausta vuoden 2001 terveystarkastuksessa. Lähes joka toinen vuoden 2001 terveystarkastukseen osallistuja ohjattiin jatkohoitoon tai seurantaan. Hoitoonohjausta voidaan pitää eräänlaisena terveydenhuollon interventiona riippumatta siitä, seuraisiko henkilö ohjausta kirjaimellisesti. Vaikka henkilö ei olisikaan mennyt sairaanhoitajan tai lääkärin vastaanotolle, hän on siitä huolimatta saattanut muuttaa elintapojaan omatoimisesti terveellisempään suuntaan. Interventionäkökulmasta olisi mielenkiintoista tietää, onko hoitoonohjauksella onnistuttu vähentämään työkyvyttömyysriskiä.

Jatkohoitoon tai seurantaan ohjatuista 78 % ohjattiin terveyden- tai sairaanhoitajan vastaanotolle ja 16 % ohjattiin lääkäriin. Suurin osa hoitoonohjauksista liittyi henkilöllä todettuun ylipainoon, ja enemmistö hoitoon ohjatuista oli miehiä. Sukupuolta ja painoindeksiä lukuun ottamatta ryhmät (hoitoon ohjatut ja muut) eivät poikenneet toisistaan tilastollisesti merkitsevästi (taulukko 4).²⁶ Nähtävissä kuitenkin on, että hoitoon ohjatut olivat keskimäärin heikommin koulutettuja kuin muut. Korkeakoulututkinnon suorittaneiden osuudessa (12 % ja 23 %) eron tilastollinen merkitsevyys on vain hieman päälle 5 prosentin riskitason.

²⁵ Huhtanen ym. (2011). *Yksi syy voi olla se, että eniten juovat eivät vastaile kyselyihin.*

²⁶ *Jatkuvat muuttajat testattiin t-testillä ja muut suhteellisten osuuksien testillä.*

TAULUKKO 4. Jatkohoitoon ohjattujen ja muiden osallistujien vertailu.

muuttuja	hoitoon ohjatut (N = 83)	muut (N = 111)
mies	54 %*	40 %
työllisyyskurssi tai oppisopimuskoulutus	13 %	6 %
ammattikoulu	31 %	22 %
opistotutkinto	33 %	38 %
korkeakoulututkinto	12 %	23 %
erittäin tyytyväinen ammatinvalintaan	33 %	32 %
sairauksien ja pysyvien vammojen lukumäärä	2,2	1,7
painoindeksi	29,5***	23,5
kielellinen sujuvuus	25,5	26,8
lasten lukumäärä	2,0	2,0
äiti elossa	80 %	80 %
isä elossa	54 %	54 %
tupakointi päivittäin	20 %	21 %
humalajuominen viikoittain tai useammin	5 %	3 %

* Ero muihin tilastollisesti merkitsevä 5 prosentin riskitasolla.

*** Ero muihin tilastollisesti merkitsevä 0,1 prosentin riskitasolla.

Hoitoonohjauksen kriteereinä käytettiin normaaleja kliinisiä kriteerejä jatkohoidon tarpeesta, kuten ylipaino, kohonnut verenpaine tai poikkeavat veriarvot. Tältä osin tutkimuksen terveystarkastuksissa toimittiin siis kuten normaalistikin lääkärinvastaanotolla. Hoitoonohjausta ei kuitenkaan annettu, jos henkilöllä oli jo hoito- tai seurantasuhde terveydenhuoltoon.²⁷

Hoitoonohjauksen vaikuttavuuden luotettava arviointi edellyttäisi tutkimusasetelmaa, jossa sairaiden joukosta poimittaisiin satunnaisotannalla hoitoon ohjattavat.²⁸ Tässä tapauksessa näin ei ole asianlaita vaan on syytä huolellisesti arvioida, voidaanko hoitoonohjauksen vaikuttavuutta ylipäänsä mitata. Vertailuryhmään kuuluu ensinnäkin henkilöitä, jotka olivat terveitä ja normaalipainoisia ja joilla ei ollut hoidon tai seurannan tarvetta 42-vuotiaana. Heillä myös työkyvyttömyyden riski on pienin. Lisäksi vertailuryhmään kuuluvat ne hoidon tai seurannan tarpeessa olevat henkilöt, joilla oli jo ennestään hoitosuhde. Heillä työkyvyttömyyden riski on suurempi mutta korjaaviin toimenpiteisiin on jo ryhdytty.

Kuten taulukosta 4 ilmenee, hoitoon ohjatut eivät poikenneet tilastollisesti muista henkilöistä sairauksien lukumäärän suhteen. Hoitoon ohjatuilla sairauksia oli keskimäärin 2,2 ja muilla 1,7. Kaikki sairaudet eivät kuitenkaan muodosta uhkaa työkyvylle, ja samankin sairauden aste voi vaihdella lievästä vakavaan. Voi olla, että hoitoon ohjatuilla henkilöillä sai-

²⁷ Tutkimuslääkäri Marja-Liisa Kinnunen, Jyväskylän yliopisto, henkilökohtainen tiedonanto 4.5.2012 ja 8.7.2012.

²⁸ Asetelman eettisyydestä voidaan olla monta mieltä.

raudet olivat keskimäärin vakavampia kuin vertailuryhmän henkilöillä vaikka määrät eivät eronneetkaan tilastollisesti. Tosin keskiarvot ovat tässä yhteydessä hieman harhaanjohtavia keskilukuja: kellään ei voi olla 2,2 sairautta. Jos verrataan mediaaneja, niin hoitoon ohjatuilla oli keskimäärin kaksi sairautta tai vammaa ja muilla yksi sairaus. Tämäkään ero ei ole kuitenkaan tilastollisesti merkitsevä.

Osa vertailuryhmän henkilöistä oli hoidon tai seurannan tarpeessa olevia, mutta he olivat jo aiemmin käyneet lääkärissä tai terveystarkastuksessa ja päässeet asianmukaiseen hoitoon tai seurantaan. Vasta 42-vuotiaana hoitoon ohjattujen tilanne oli siis tässä suhteessa kaikkein heikoin, sillä hoitoa tai seurantaa kaipaavat sairaudet ja elämäntapaongelmat olivat ehtineet kehittyä kaikkein pisimpään.

Voidaan täten odottaa, että 42-vuotiaana hoitoon ohjattujen keskimääräinen riski päätyä työkyvyttömyyseläkkeelle on *suurempi* kuin vertailuryhmän riski, koska vertailuryhmään kuuluu lähinnä terveitä ja jo aiemmin hoitosuhteen aloittaneita henkilöitä. Lähtökohtaisesti on siis odotettavissa, että hoitoonohjauksen etumerkki on tässä asetelmassa positiivinen. Jos ajatellaan hoitoonohjausta interventiona, niin vaikuttavuuden arviointiin asetelma on epäluotettava, koska vertailuryhmään kuuluvat poikkeavat selvästi osallistujaryhmästä.

Regressiotuloksia

Taulukossa 5 esitetään työkyvyttömyyseläkettä selittävien yhtälöiden kerroinestimaatit. Tilastollinen merkitsevyys on indikoitu tähdillä. Koska epälineaarisen probit-regression kerroinestimaattien tulkinta on hankalaa, kertoimista on laskettu ns. marginaalivaikutukset, jotka vastaavat tulkinnaan lineaarisen yhtälön kertoimia. Toisin sanoen kerroin osoittaa keskimääräisen muutoksen työkyvyttömyyseläkkeen todennäköisyydessä, kun selittävä tekijä kasvaa yhdellä yksiköllä (jatkuvat muuttujat) tai muuttuu nolasta yhteen (indikaattorimuuttujat) ja muut tekijät pysyvät vakiona.

TAULUKKO 5. Työkyvyttömyyseläkettä (v. 2009) selittäviä regressioyhtälöitä. Selittävät tekijät vuoden 2001 terveystarkastuksesta ja elämäntilannekyselystä.

selittävä muuttuja	1) lineaarinen	2) probit	3) lineaarinen	4) probit
mies	-0,057	-0,060	-0,056	-0,072
työllisyyskurssi tai oppisopimuskoulutus	0,065	0,075	0,066	0,032
ammattikoulu	0,076	0,142	0,074	0,111
opistotutkinto	0,026	0,068	0,024	0,038
korkeakoulututkinto	-0,005	0,003	-0,009	-0,018
erittäin tyytyväinen ammatinvalintaan	-0,031	-0,030	-0,033	-0,039
sairauksien ja vammojen lukumäärä	0,039*	0,026**	0,036*	0,022*
painoindeksi	0,012*	0,010**		
lievä ylipaino			0,061	0,076
merkittävä ylipaino			0,225**	0,421**
kielellinen sujuvuus	-0,007*	-0,007*	-0,006*	-0,007*
lasten lukumäärä	-0,020	-0,023	-0,021	-0,022
äiti elossa	-0,015	0,001	-0,012	0,000
isä elossa	-0,036	-0,054	-0,044	-0,067
tupakointi päivittäin	-0,042	-0,042	-0,049	-0,046
humalajuominen viikoittain tai useammin	0,315	0,256*	0,253	0,125
hoitoonohjaus	-0,118*	-0,102*	-0,141**	-0,167*
vakio	-0,022		0,244*	
N	194	194	194	194
R ²	0,232	0,395	0,264	0,491

Selite: * p<0.05; ** p<0.01; *** p<0.001. Lineaarisisa regressioissa on käytetty heteroskedastisuusrobusteja keskivirheitä. Probit-regressiotulokset ovat kertoimien perusteella laskettuja marginaalivaikutuksia. Tilastollinen merkitsevyys viittaa alkuperäisiin kertoimiin.

Sarakkeissa 1–2 esitettyihin malleihin painoindeksi sisältyy jatkuvana muuttujana. Tuloksista ilmenee, että työkyvyttömyyseläkkeen todennäköisyys on ollut sitä suurempi, mitä enemmän henkilöllä on ollut sairauksia tai vammoja, mitä suurempi on ollut painoindeksi ja jos henkilö on harrastanut humalajuomista (lineaarisisa yhtälössa humalajuomisen $p = 0,052$). Lineaarisen mallin mukaan yksi lisäsairaus on kasvattanut työkyvyttömyyden todennäköisyyttä 3,9 prosenttiyksikköä, kun muut tekijät pysyvät vakiona. Yksi painoindeksin lisäyksikkö on kasvattanut työkyvyttömyyden todennäköisyyttä 1,2 prosenttiyksikköä. Humalajuominen on kasvattanut riskiä merkittävästi, 25 prosenttiyksikköä.

Työkyvyttömyyden todennäköisyyttä ovat vähentäneet kielellinen lahjakkuus ja hoitoonohjaus. Muilla tekijöillä, kuten koulutuksella tai työtyytyväisyydellä, ei ole ollut tilastollisesti merkitsevää vaikutusta. Tämä saattaa johtua suhteellisen pienestä otoskoosta. Lasten lukumäärän ja isän

elossaolon, jotka saivat odotetusti negatiivisia kertoimia, p -arvot ovat hieman päälle 10 prosentin.

On luonnollista, että hyvin sairaalloiset henkilöt päätyvät muita todennäköisemmin työkyvyttömyyseläkkeelle. Ylipainon suuri vaikutus työkyvyttömyysriskiin on tullut esiin myös aiemmissa tutkimuksissa.²⁹ Hoitoonohjauksen etumerkki on negatiivinen ja tilastollisesti merkitsevä.

Sarakkeissa 3–4 on esitetty tulokset yhtälöistä, joissa painoindeksin sijaan selittäjinä ovat lievän ja merkittävän ylipainon indikaattorit. Merkittävä ylipaino (painoindeksi ≥ 30) on selkeä työkyvyttömyyden riskitekijä, mutta lineaarisen ja probit-regression tuottamat marginaalivaikutukset poikkeavat toisistaan melko paljon. Merkittävän ylipainon ”puhdasta” vaikutusta työkyvyttömyyteen on vaikea estimoida, koska useimmat merkittävästi ylipainoiset joutuvat ennemmin tai myöhemmin jonkinlaisen terveydenhuollon intervention kohteeksi, joko sairastuttuaan tai normaalin lääkärintarkastuksen yhteydessä. Aineistossa oli vain muutama henkilö, joilla painoindeksi oli vähintään 30 ja joita ei ohjattu jatkohoitoon. Terveystarkastukset tehneen lääkärin mukaan heillä oli jo hoito- tai seurantasuhde olemassa.

Kuten alussa todettiin, aineisto on melko pieni ja työkyvyttömyyseläke on siinä harvinainen tapahtuma. Jos sovelletaan Vittinghoffin ja McCullochin (2006) nyrkkisääntöä, jonka mukaan tulisi olla vähintään viisi tapahtumaa per selittäjä, malliin voidaan valita enintään kolme selittävää muuttujaa. Kun hoitoonohjauksen lisäksi selittäjiksi valitaan painoindeksi ja sairauksien lukumäärä, hoitoonohjauksen marginaalivaikutus on -10,6 prosenttiyksikköä ($p = 0,028$). Estimaatti on käytännössä sama kuin taulukossa 5 (sarake 2). Samaan tulokseen päästään, jos selittäjiksi valitaan vain tilastollisesti merkitsevät muuttujat sarakkeesta 2, toisin sanoen painoindeksi, sairaudet, kielellinen sujuvuus, humalajuominen sekä hoitoonohjaus.³⁰

Mallista riippuen hoitoonohjaus on siis vähentänyt työkyvyttömyyseläkkeen todennäköisyyttä 10–16 prosenttiyksikköä. Viiden merkitsevän selittäjän (sairaudet, painoindeksi, kielellinen sujuvuus, humalajuominen ja hoitoonohjaus) probit-yhtälöön perustuen työkyvyttömyyseläkkeen keskimääräinen ennustettu todennäköisyys on 14,9 prosenttia, jos ketään ei olisi ohjattu jatkohoitoon. Jos kaikki olisi ohjattu jatkohoitoon, työkyvyttömyyseläkkeen ennustettu todennäköisyys on 4,2 prosenttia. Näiden ennustettujen todennäköisyyksien erotus on hoitoonohjauksen marginaalivaikutus.

²⁹ Ks. esim. Månsson ym. (1996).

³⁰ Tulosteet saatavissa tarkastusvirastosta.

Hoitoonohjauksen marginaalivaikutusta voidaan pitää merkittävänä, koska koko maassa 50–54-vuotiaiden ikäryhmästä 9,2 prosenttia oli vuonna 2010 työkyvyttömyyseläkkeellä. Toteutunut väestöosuus on luonnollisesti seurausta ikäryhmän varsin heterogeenisestä pitkän ajan käyttäytymisestä – osa on käynyt säännöllisesti lääkärissä ja terveystarkastuksissa, jotkut harvemmin ja osa ei ehkä koskaan. Osa on saanut oikea-aikaista hoitoa, osa ei.

Ylipainon vaikutusta työkyvyttömyyteen havainnollistaa taulukko 6, jossa henkilöt on luokiteltu vuoden 2001 painoindeksin mukaan kolmeen luokkaan: normaalipainoisiin, lievästi ylipainoisiin ja merkittävästi ylipainoisiin. Sarakkeissa henkilöt on jaoteltu sen mukaan, saiko henkilö työkyvyttömyyseläkettä vuonna 2009.

TAULUKKO 6. Painoindeksi ja työkyvyttömyys.

painoindeksi 2001	työkyvyttömyyseläkkeellä 2009		työkyvyttömiä %
	ei	kyllä	
< 25	77	2	2,5
25–29	75	4	5,1
≥ 30	34	9	20,9

Päätelmät

Jyväskylän yliopiston aineiston perusteella elintavoilla on suuri merkitys työssä jaksamisessa. Ylipaino on odotetusti erittäin merkittävä työkyvyttömyyden riskitekijä. Myös runsas alkoholinkäyttö, jota indikoitiin humalajuomisella viikoittain tai useammin, kasvattaa työkyvyttömyysriskiä. Suuri sairauksien tai vammojen lukumäärä lisää odotetusti työkyvyttömyysriskiä. Sitä vastoin kielellinen lahjakkuus vähentää työkyvyttömyyttä. Tulosten yleistettävyyttä heikentävät pieni otoskoko ja erityisesti työkyvyttömyyseläkkeelle siirtyneiden vähäinen määrä otoksessa. Alkoholinkäyttöä koskevat kysymykset sisältävät omat epävarmuustekijänsä.

Elintapoihin voidaan vaikuttaa valistuksella ja myös verotuksellisin keinoin. Vuonna 2011 käyttöön otettu makeisvero on askel tähän suuntaan. Nykyisen hallitusohjelman mukaan makeisvero korvataan lähivuosina veropohjaltaan laajemmalla sokeriverolla. Myös elintarvikkeiden sisältämän rasvan ylimääräistä verottamista on pohdittu³¹.

Työurien pidentämisen kannalta ehkä merkittävin havainto on se, että 42-vuotiaille annetulla hoitoonohjauksella on saatu vähennettyä työkyvyt-

³¹ KK 192/2010 vp.

tömyyseläkkeen riskiä 50 vuoden iässä. Vaikka vertailuryhmä muodostui pääosin terveistä henkilöistä, vuonna 2001 hoitoon ohjatuilla oli selkeästi pienempi riski olla työkyvyttömyyseläkkeellä vuonna 2009, kun vakioitiin henkilöiden painoindeksi ja sairauksien määrä. Sama tulos saatiin useilla eri spesifikaatioilla ja eri estimointimenetelmillä.

Vaikuttaisi siis siltä, että terveydenhuollon asiantuntijoiden oikea-aikaisella interventiolla on merkitystä työkyvyttömyyden ehkäisyssä. Havainto korostaa esimerkiksi säännöllisten ikäryhmäterveystarkastusten merkitystä työkyvyn ylläpitämisessä. Terveys 2000 -tutkimuksen mukaan merkittävä osa työikäisistä ei käy säännöllisissä terveystarkastuksissa. Tämä koskee erityisesti työikäisiä miehiä, joista vain joka kymmenes oli käynyt ikäryhmäterveystarkastuksessa viimeisen viiden vuoden aikana. Kun otetaan huomioon, että noin 40 % miehistä oli käynyt työhön liittyvässä terveystarkastuksessa, arviolta joka toinen työikäinen mies ei ollut käynyt lainkaan terveystarkastuksessa viimeisen viiden vuoden aikana.

3.6 Kuntoutuksen vaikuttavuus aluetason tilastojen perusteella

Kuntoutuksen järjestäminen

Kuten edellä todettiin, maamme kuntoutusjärjestelmässä vastuu kuntoutuksen järjestämisestä jakautuu monelle eri taholle ja kuntoutusta on monentyyppistä. Lääkinnällinen kuntoutus on osa monien sairauksien jatkohoitoa ja kunnat järjestävät sitä osana sairaanhoitoa. Tästä kuntien järjestämästä kuntoutuksesta ei juuri ole tilastoja, sillä usein on vaikea määritellä, missä sairaanhoito loppuu ja kuntoutus alkaa. Kuntoutusta järjestetään myös sotainvalideille, vanhuksille yleensä, vaikeavammaisille ja monille muille erityisryhmille. Näiden toimenpiteiden tavoitteet ovat yleensä muualla kuin työurien pidentämisessä.

Työssä käyvän väestön kuntoutus tähtää oireiden vähenemisen lisäksi siihen, että henkilö jaksaisi jatkaa työelämässä. Lainsäädännössä ammatillisen kuntoutuksen nimenomaisena tavoitteena mainitaan työkyvyttömyyden estäminen ja työkyvyn parantaminen.³² Työssä käyvien kuntoutusta järjestävät sekä työeläkelaitokset että Kansaneläkelaitos.

³² Laki Kansaneläkelaitoksen kuntoutusetuuksista ja kuntoutusrahaetuksista (566/2005) 6 §, työntekijän eläkelaki (395/2006) 25 §.

Työeläkelaitosten järjestämän kuntoutuksen määrä on kasvanut parin viimeisen vuosikymmenen aikana lähes nollasta vajaaseen 10 000 osallistujaan vuodessa. Työeläkekuntoutus tapahtuu tavallisesti omalla työpaikalla, esimerkiksi työkokeiluna, pitkän sairausloman jälkeen. Työeläkelaitosten arvioiden mukaan kuntoutus maksaa itsensä takaisin säästyneinä työkyvyttömyyseläkkeinä, jos kuntoutujan työura jatkuu parillakin vuodella.³³

Kansaneläkelaitoksen lukuisista kuntoutustyypeistä tarkastellaan tässä lähemmin kahta ammatillisen kuntoutuksen muotoa, työkykyä ylläpitävää kuntoutusta ja ammatillisesti syvennettyä lääketieteellistä kuntoutusta.

Työkykyä ylläpitävä kuntoutus (TYK) on osa Kelan lakisääteistä ammatillista kuntoutusta. Tähän turvaudutaan pääasiassa silloin, kun työpaikalla tai työterveyshuollossa tehtävät toimenpiteet eivät enää riitä. Osallistujien työkyky on sairauden tai vamman vuoksi olennaisesti heikentynyt, tai heillä on työkyvyttömyyden uhka lähivuosina. Vuonna 2010 TYK-kuntoutujia oli noin 3 000 ja heidän keski-ikänsä oli 56 vuotta. Suurin sairauspääryhmä oli tuki- ja liikuntaelinten sairaudet. TYK-toiminnan tavoitteena on estää tai myöhentää työkyvyttömyyseläkkeelle siirtyminen.³⁴

Ammatillisesti syvennetty lääketieteellinen kuntoutus (ASLAK) on merkittävä osa Kelan harkinnanvaraista kuntoutusta. Osallistujilla on vasta lieviä oireita, eli ASLAK on luonteeltaan ennalta ehkäisevää varhaiskuntoutusta. Vuonna 2010 ASLAK-osallistujia oli noin 13 000 ja heidän keski-ikänsä oli 50 vuotta. Myös ASLAK-kuntoutujissa suurin pääryhmä oli tuki- ja liikuntaelinten sairaudet. ASLAK-kurssien tavoitteena on parantaa työkykyä pitkäaikaisesti.³⁵

Kelan järjestämän kuntoutuksen keskimääräinen kustannus osallistujaa kohti on selvästi korkeampi kuin työeläkelaitosten järjestämän kuntoutuksen kustannus. Tämä johtuu siitä, että työeläkelaitosten järjestämä kuntoutus tapahtuu pääasiassa omalla työpaikalla ja Kelan kuntoutus tapahtuu hoitolaitoksissa. Vuonna 2010 TYK-toiminnassa käytettyjen kuntoutuspalvelujen kustannukset olivat 2 690 euroa osallistujaa kohti. ASLAK-kurssien palvelukustannukset olivat 1 840 euroa osallistujaa kohti. Työeläkekuntoutuksen palvelukustannukset olivat keskimäärin 947 euroa osallistujaa kohti.

³³ *Työeläkevakuuttajat (2011).*

³⁴ *Ks. edellä mainittu laki ja HE 3/2005.*

³⁵ *Ks. HE 3/2005.*

Mitä vaikutuksista tiedetään?

Kuntoutuksen vaikutuksista on tehty runsaasti tutkimusta sekä Suomessa että muissa maissa. Pohjolainen (2006) toteaa kirjallisuuskatsauksessaan, että kuntoutuksen vaikuttavuutta on tutkittu paljon, myös satunnaiskoeasetelmilla. Kuoppala ja Lamminpää (2008) argumentoivat oman kansainvälisen katsauksensa perusteella, että kuntoutuksesta on kirjoitettu paljon julkaisuja mutta sen vaikutuksista työkykyyn on yllättävän vähän luotettavaa tieteellistä näyttöä. Olemassa oleva näyttö on enimmäkseen heikkoa, eli se ei perustu samankaltaisiin toistuviin tuloksiin laadukkaista satunnaiskokeista. Kokeista saadut tulokset ovat olleet joko ristiriitaisia, kokeita on ollut liian vähän tai menetelmät ja aineistot ovat muuten olleet puutteellisia. Kuoppalan ja Lamminpään (2008) mukaan kansainvälisesti on kuitenkin olemassa kohtalaista näyttöä siitä, että moniammatillinen kuntoutus vähentää työkyvyttömyyseläkkeen riskiä.

Laajassa *Kannattaako kuntoutus* -raportissa selvitettiin kirjallisuuskatsauksilla useiden kuntoutusmuotojen vaikuttavuutta. Tutkimusten mukaan kuntoutuksella on voitu vähentää sairauspoissaoloja sekä koettuja kipuja ja oireita, mutta vaikutuksista eläkkeelle siirtymiseen ei voida vetää luotettavia johtopäätöksiä (Aalto ym. 2002, 20). Koko työuraa tarkasteltaessa ongelmana on se, että useimmissa vaikuttavuustutkimuksissa seuranta-aika ulottuu korkeintaan parin vuoden päähän interventioista (Kuoppala ja Lamminpää 2008, taulukko IIA).

Suomessa on kuitenkin jonkin verran tutkittu myös vaikutuksia työkyvyttömyyseläkkeelle siirtymiseen. Kroonisen selkävun kuntoutusta arvioineita, satunnaiskoeasetelmiin perustuvia tutkimuksia ovat olleet Lukinmaa (1989), Härkäpää ym. (1990), Alaranta ym. (1994) ja Holstila (1997). Seuranta-ajat olivat vastaavasti 1, 4, 1 ja 8 vuotta. Yhdessäkään tutkimuksessa ei havaittu työkyvyttömyyseläkkeelle siirtymisessä tilastollisesti merkitsevää eroa osallistujien ja kontrolliryhmän välillä.

Suoyrjö (2010) on tutkinut ASLAK-kuntoutuksen vaikutuksia työkyvyttömyyseläkkeen todennäköisyyteen rekisteriaineistolla, joka mahdollistaa pitkät seuranta-ajat. Suoyrjö toteaa, että vaikka aluksi osallistujien riski siirtyä työkyvyttömyyseläkkeelle oli selvästi pienempi kuin verrokkien, seitsemän vuoden jälkeen riskissä ei ollut enää eroa osallistuja- ja vertailuryhmien välillä. Myös vaikutukset poissaolojen määrään olivat vain ohimeneviä.

Saltychev (2012) on myös tutkinut rekisteriaineistolla ASLAK-kuntoutuksen vaikuttavuutta ja kuntoutukseen valikoituneiden ominaisuuksia. Saltychev on käyttänyt kaltaistettujen verrokkien menetelmää ja keskimäärin vajaan kolmen vuoden seuranta-aikaa. Tutkimuksen mukaan pitkäaikaisen työkyvyttömyyden riskissä ei ole ollut eroja kuntoutujien ja

vertailuryhmän välillä. Työkyvyttömyyttä mitattiin pitkällä (> 90 pv) sairauslomalla tai työkyvyttömyyseläkkeellä. Saltychevin mukaan ASLAK-kuntoutukseen valikoituneet ovat olleet pääosin terveitä ja hyvinvoivia, eikä esimerkiksi särky- ja masennuslääkkeiden käytössä tai sairauspoissaoloissa ole ollut eroja vertailuryhmään nähden.

Satunnaiskoeasetelmia on ylipäänsä käytetty melko vähän kuntoutustutkimuksessa. ASLAK-kuntoutuksen vaikutuksista tehty kirjallisuuskatsaus (Saltychev ym. 2012) ei löytänyt yhtään sellaista tutkimusta, joka olisi toteutettu satunnaiskoeasetelmalla. Kontrolliryhmän sisältäneitä havainnoivia tutkimuksia oli tehty 11. Ohimeneviä vaikutuksia työkyvyttömyysriskiin havaittiin vain edellä mainitussa Suoyrjön tutkimuksessa. Muissa tutkimuksissa vaikutuksia ei havaittu.

Työeläkekuntoutuksen vaikutuksia työssä jatkamiseen selvittänyt Tuomalan (2012) tutkimus perustui niin ikään rekisteriaineistoon. Verrokkeina olivat hylätyn kuntoutuspäätöksen saaneet henkilöt. Johtopäätöksenä todettiin, että vaikutuksia oli havaittavissa vain lyhyellä aikavälillä. Pidemmällä seuranta-ajalla (2–3 vuoden päästä) ryhmien välillä ei enää ollut tilastollisesti merkitseviä eroja.

Gould ym. (2012) esittelevät raportissaan työeläkekuntoutujille tehdyn kyselytutkimuksen tuloksia. Kaksi kolmesta kuntoutukseen päässeestä oli sitä mieltä, että kuntoutus alkoi liian myöhään. Vuoden 2004 kuntoutusuudistuksen³⁶ yhtenä tavoitteena oli varhentaa kuntoutuksen käynnistymistä, mutta tutkimuksessa ei löydetty tästä merkkejä.

Kirjallisuuden perusteella kuntoutuksen vaikutukset työkyvyttömyyseläkealkavuuteen näyttäisivät siis olevan vähintäänkin kyseenalaisia, ainakin kun katsotaan suomalaisilla aineistoilla tehtyjä evaluointeja.

Tarkastuksessa on pyritty selvittämään, onko vaikutuksia havaittavissa aggregaattitasolla. Varsinkin satunnaistetut tutkimukset ovat sen verran työläitä ja kalliita, että osallistujia näissä ei ole yleensä kuin muutamia satoja. Suomalaisessa kuntoutustutkimuksessa satunnaiskoeasetelmia on ylipäänsä käytetty hyvin vähän. Kaiken kaikkiaan kuntoutusjaksoihin osallistuu vuosittain kymmeniätuhansia ihmisiä. Tarkastuksessa tavoitteena on ollut arvioida, onko aluetason tilastoissa nähtävissä vähentymistä työkyvyttömyyseläkkeelle siirtymisessä. Käytetty aineisto on aggregoitu melko karkealle tasolle, mutta aggregoinnista aiheutuvia ongelmia on pyritty poistamaan paneeliaineistoa käyttämällä.

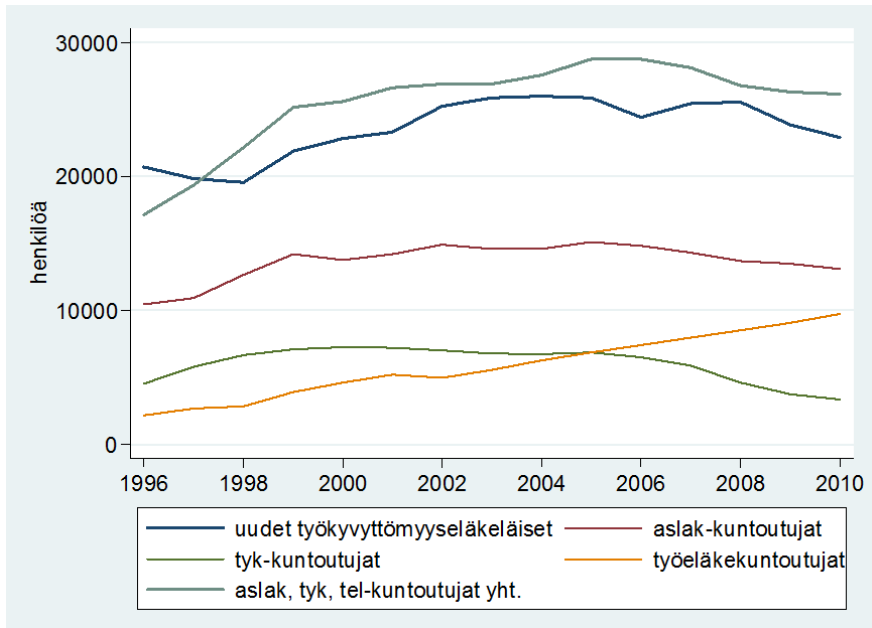
³⁶ *Ammatillisesta kuntoutuksesta tuli lakisääteinen työeläke-etuus vuoden 2004 alussa. Kuntoutuja saa toimeentulokseen kuntoutusrahaa, joka on aina suurempi kuin pelkkä työkyvyttömyyseläke. Työntekijäin eläkelaki (395/2006) 25 §.*

Kuntoutettavien määrien kehitys

Jotta vaikuttavuutta pystytään ylipäänsä arvioimaan, tutkittavissa ilmiöissä täytyy tapahtua jonkinlaista muutosta. Kuviossa 3 on esitetty aikasarjat ASLAK-, TYK- ja työeläkekuntoutujista ja uusista työkyvyttömyyseläkeläisistä koko maan tasolla. Tiedot ovat vuosilta 1996–2010.

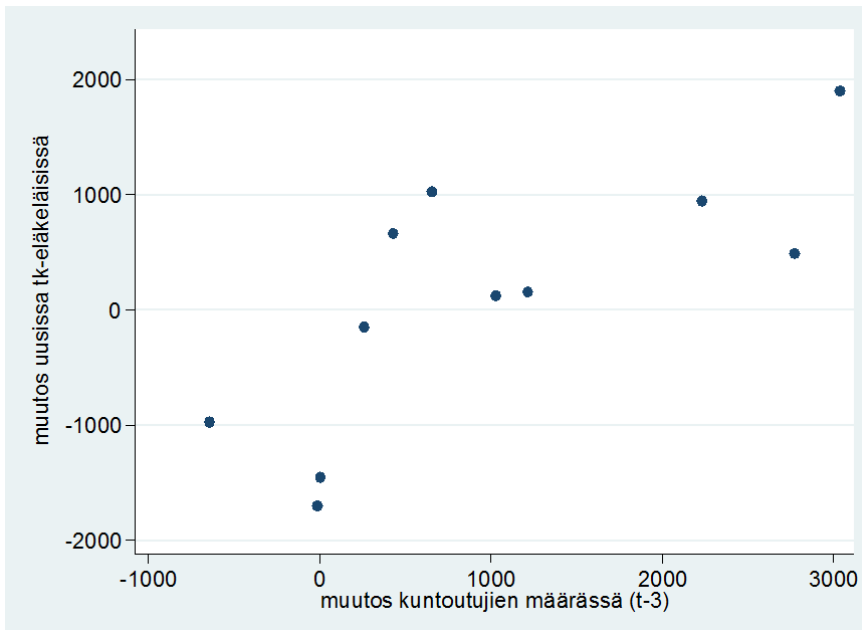
Työeläkekuntoutujien määrä on kasvanut tasaisesti viimeiset 15 vuotta. Myös ASLAK- ja TYK-kuntoutusta lisättiin 1990-luvun loppupuolella. Vuonna 1996 osallistujia kyseisissä kuntoutusmuodoissa oli yhteensä 15 000. Vuonna 1999 osallistujia oli noin 21 000, eli lähes saman verran kuin kyseisenä vuonna oli uusia työkyvyttömyyseläkeläisiä. Muutamassa vuodessa ASLAK- ja TYK-kuntoutujien määrä lisääntyi yli 40 %, joten kuntoutettavien määrät ovat kasvaneet merkittävästi. Edellytykset vaikutavuuden arvioinnille ovat täten olemassa. ASLAK- ja TYK-kuntoutusmäärät pysyivät melko vakioina useita vuosia, kunnes ne kääntyivät laskuun vuonna 2005.

Oheisesta kuviosta 3 ilmenee, että kuntoutusmäärien kasvusta huolimatta ainakaan silmämääräisesti ei ole havaittavissa laskua työkyvyttömyyseläkkeiden alkavuudessa. Vuoden 1999 jälkeen uusien työkyvyttömyyseläkeläisten määrä jatkoi kasvuaan seuraavat viisi vuotta. Alkavuus kääntyi laskuun vuonna 2008.



KUVIO 3. Uudet työkyvyttömyyseläkeläiset sekä eräisiin kuntoutusmuotoihin osallistujat vuosina 1996–2010.

Jos katsotaan pelkästään kuntoutujien yhteenlaskettua määrää (ASLAK, TYK, työeläke) ja työkyvyttömyyseläkkeiden alkavuutta, nähdään että muutokset kuntoutusmäärissä ennakoivat samansuuntaista muutosta uusissa työkyvyttömyyseläkkeissä (kuvio 4). Muuttujien välillä on tilastollisesti merkitsevä positiivinen korrelaatio (0,76).



KUVIO 4. Muutos kuntoutusmäärissä (t-3) ja muutos uusissa työkyvyttömyyseläkkeissä.

Kuvion 4 esittämä positiivinen korrelaatio ei ole se, mitä voisi odottaa. Taustalla voi luonnollisesti olla jokin kolmas tekijä, joka aiheuttaa samansuuntaisia muutoksia molemmissa muuttujissa, kuten kansantulon kasvu. Kun kansantalous on noususuhdanteessa, työntekijöitä on varaa kuntouttaa ja toisaalta on myös varaa siirtää halukkaat työkyvyttömyyseläkkeelle. Työnantajat rahoittavat työkyvyttömyyseläkkeistä 60 %, valtio 25 % ja vakuutetut loppuosan.³⁷

Kuviosta 3 kuitenkin nähdään, että kuntoutusmäärät kääntyivät laskuun jo vuonna 2006 eli paria vuotta ennen vuoden 2008 lopun finanssikriisistä johtuneen laman alkamista. Ihmisten sairastavuus on yleensä seurausta pitkän ajan tekemisistä tai tekemättä jättämisistä, joten taloudellisten suhdanteiden vaikutus työkyvyttömyyteen on tässäkin suhteessa kyseenalainen.

³⁷ THL 2012.

Paneeliaineiston analyysi

Silmämääräinen tarkastelu lyhyillä aikasarjoilla on kuitenkin liian epätarkkaa ja subjektiivista. Täsmällisemmät arviot edellyttävät laajempien aineistojen ja tilastollisten menetelmien käyttöä. Tällöin voidaan yrittää selvittää mm. seuraavia kysymyksiä:

- Minkälaista vaihtelua työkyvyttömyyseläkealkavuudessa on alueittain?
- Miten kuntoutusmäärät vaihtelevat alueittain?
- Voidaanko kuntoutusmääriä lisäämällä vähentää uusien työkyvyttömyyseläkeläisten määriä tulevaisuudessa?

Tarkastelussa hyödynnetään seutukuntatason paneeliaineistoa kuntoutuksesta vuosilta 1996–2010 ja tietoja työkyvyttömyyseläkkeelle siirtyneistä vuosilta 2003–2010. Tiedot eläkkeelle siirtyneistä on saatu Eläketurvakeskuksesta, ja tiedot kuntoutujista ovat peräisin Kansaneläkelaitoksesta. Työeläkekuntoutujista ei ole saatavilla alueittaisia tilastoja, joten tarkempi analysointi rajoittuu Kelan kuntoutujiin. Analyysissä käytetyt muuttujat ovat seuraavat:

- työkyvyttömyyseläkkeelle siirtyneet / 1 000 as. (tkepc)
- ASLAK-kuntoutujien määrä / 1 000 as. (ASLAKpc)
- TYK-kuntoutujien määrä / 1 000 as. (TYKpc)
- vuosi-indikaattorit.

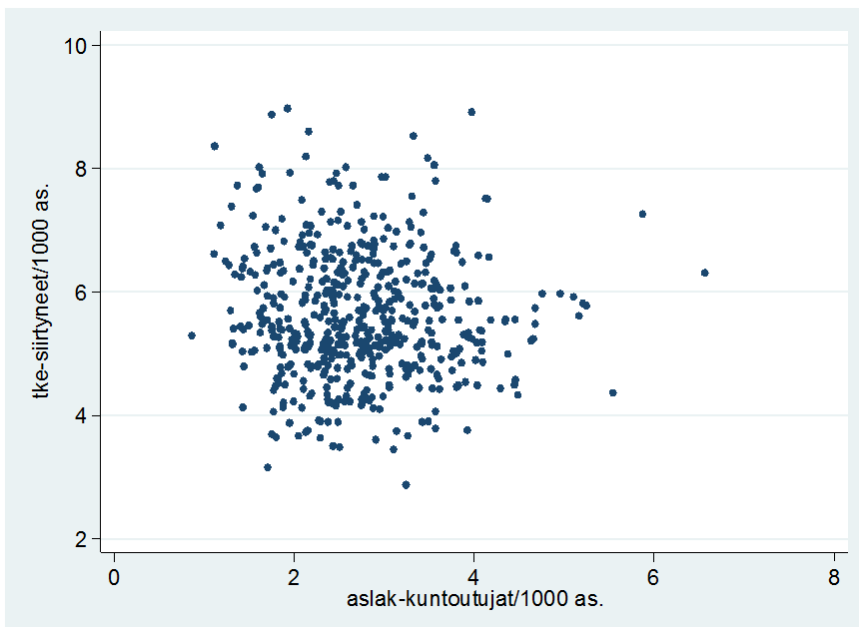
Muuttujien keskeiset tunnusluvut on koottu taulukkoon 7. Aineistosta on poistettu Ahvenanmaan seutukunnat ja Manner-Suomen pienin seutukunta Joutsa. Näissä on ollut ylipäänsä hyvin vähän kuntoutujia, joten suhteelliset vuosivaihtelut ovat suuria ja havainnot ovat siten poikkeavia suhteessa muihin havaintoihin (ns. outlier-havainnot). Vuosi-indikaattoreilla vakioidaan yleiset ajassa muuttuvat tekijät, kuten keskimääräisen eliniän nousu ja työolosuhteissa tapahtuvat muutokset. Nämä koskettavat kaikkia seutukuntia samalla tavalla.

TAULUKKO 7. Tunnuslukuja 1 000:ta asukasta kohti.

muuttuja	vuodet	havainnot	keskiarvo	minimi	maksimi
ASLAK-kuntoutujat	1996–2010	990	2,63	0,28	7,08
TYK-kuntoutujat	1996–2010	990	1,33	0	6,70
työkyvyttömyyseläkkeelle siirtyneet	2003–2010	528	5,61	2,87	8,97

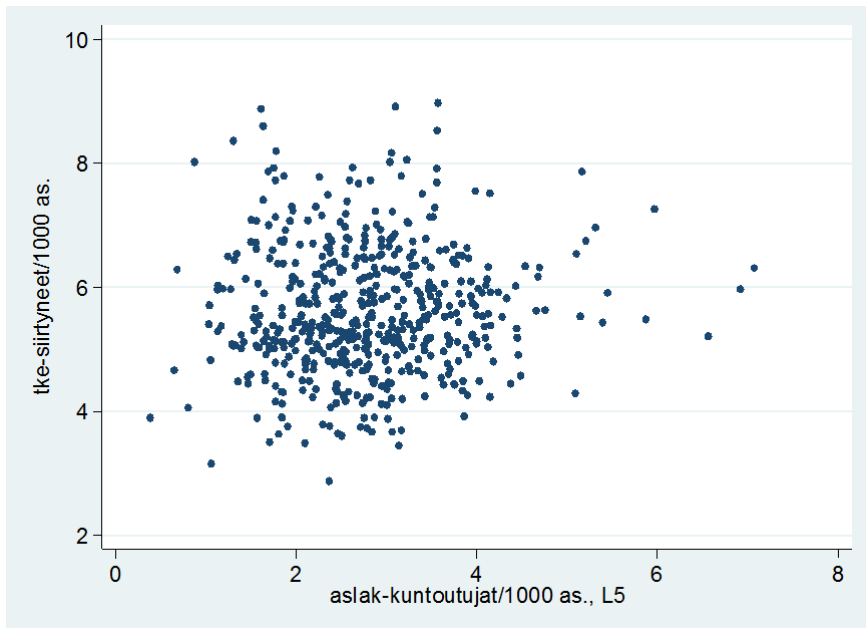
Alueittainen vaihtelu sairastavuudessa on melko suurta: sairaimmilla alueilla jäädyään työkyvyttömyyseläkkeelle kolme kertaa todennäköisemmin kuin terveimmillä alueilla. Rannikolla sairastetaan selvästi vähemmän kuin Itä-Suomessa, mikä kertoo melko suurista hyvinvointieroista maan eri osien välillä.

Vaihtelu kuntoutusmäärissä on myös suurta. Eniten kuntouttavilla alueilla kuntoutujia on ollut moninkertaisia määriä vähemmän aktiivisiin alueisiin nähden. Kuntoutusmäärien ja sairastavuuden välillä ei ole lainkaan korrelaatiota (kuvio 5). Toisaalta voisi olettaa, että niillä alueilla, joilla sairastavuus on korkea, yritettäisiin kuntouttaa mahdollisimman paljon.



KUVIO 5. Työkyvyttömyyseläkkeelle siirtyneet ja ASLAK-kuntoutujat 1 000:ta asukasta kohti seutukunnittain 2003–2010.

Viisi vuotta aiemmin toteutuneiden ASLAK-kuntoutusmäärien ja uusien työkyvyttömyyseläkeläisten välillä ei ole myöskään nähtävissä korrelaatiota, ainakaan negatiivista (kuvio 6). Samankaltainen kuvio syntyy, jos ASLAK-kuntoutusmäärät viivästetään kymmenellä vuodella. Korrelaatiotarkasteluissa ei ole kuitenkaan huomioitu seutukuntien pysyviä ominaispiirteitä työkyvyttömyyteen johtavista syistä.



KUVIO 6. Viidellä vuodella viivästetty ASLAK-kuntoutujien määrä ja uudet työkyvyttömyyseläkeläiset 1 000:ta asukasta kohti seutukunnittain 2003–2010.

Kuten edellä todettiin, tutkittavissa ilmiöissä täytyy tapahtua muutosta, jotta vaikutuksia ylipäänsä voidaan havaita. ASLAK-kuntoutusmäärien suhteellisten muutosten ylä- ja alakvartiilit ovat aineistossa 0,14 ja -0,11. Toisin sanoen 25 prosenttia muutoksista on ollut suurempia kuin 14 % ja 25 prosenttia muutoksista on ollut pienempiä kuin -11 %. TYK-kuntoutuksessa vastaavat luvut ovat 0,17 ja -0,19. Kuntoutusmäärät ovat siis vaihdelleet seutukunnissa vuodesta toiseen, joskus paljonkin.

Analyysimenetelmänä on käytetty lineaarista regressiota. Ennen laskelmia muuttujat on muunnettu logaritmuotoon ja logaritmeista on otettu differenssit. Kuntoutuksen lisäyksen tai vähennyksen vaikutukset eivät todennäköisesti näy saman vuoden kuluessa vaan muutaman vuoden viiveellä. Ensimmäisessä vaiheessa käytetään ASLAK- ja TYK-kuntoutujamäärien viipeitä $t-1$... $t-5$. Valinta perustuu Kelan kuntoutusetuuksia koskevan lainsäädännön esitöihin. Niissä kuntoutuksen ehtona olevan työkyvyttömyyden uhkan katsotaan olevan olemassa, jos henkilön arvioidaan siirtyvän noin viiden vuoden kuluessa työkyvyttömyyseläkkeelle ilman ammatillista kuntoutusta.

Seutukuntien pysyvät ominaispiirteet tulevat automaattisesti huomioon otetuiksi, kun analysissä keskitytään työkyvyttömyyseläkealkavuuden muutosten tarkasteluun. Differenssiyhtälöihin voidaan lisätä myös seutu-

kuntakohtainen vakio, joka huomioi ajassa trendinomaisesti muuttuvat havaitsemattomat tekijät (ks. Wooldridge 2010, 375). Analyysissä on siis huomioitu kunkin seutukunnan pysyvät ja ajassa vakionopeudella muuttuvat havaitsemattomat erityispiirteet, jotka vaikuttavat työkyvyttömyyseläkealkavuuteen. Näitä erityispiirteitä voivat olla esimerkiksi paikalliset ruokailutottumukset, alkoholinkäyttötavat, geneettiset tekijät, periytyvät sairaudet jne.

Estimoitava differenssiyhtälö on siis perusmuodossaan seuraava:

$$\Delta \ln kepc_{it} = \beta_0 + \beta_1 \Delta \ln ASLAKpc_{i,t-n} + \beta_2 \Delta \ln TYKpc_{i,t-n} + \Delta e_{it} \quad n = 1, \dots, 5$$

Taulukossa 8 on kyseisen yhtälön (sarake 1) ja eräiden sen variaatioiden estimointituloksia. Sarakkeessa 2 ovat mukana vuosi-indikaattorit, sarakkeessa 3 seutukuntatrendit ja sarake 4 on yhtälö seutukuntatrendeilla sekä vuosiosoitimilla.

TAULUKKO 8. ASLAK- ja TYK-kuntoutuksen viivästetty vaikutus työkyvyttömyyseläkealkavuuteen.

selittäjä	1) differenssit	2) lisätty vuosi-indikaattorit	3) lisätty seutukuntatrendit	4) lisätty vuosi-indikaattorit ja seutukuntatrendit
ASLAK				
t-1	0,079*	0,080*	0,089*	0,084*
t-2	0,029	-0,009	0,028	-0,024
t-3	-0,002	-0,024	0,007	-0,026
t-4	0,036	0,058*	0,038	0,053
t-5	0,066*	0,025	0,078*	0,035
TYK				
t-1	0,002	-0,023	-0,002	-0,040
t-2	0,018	0,009	0,015	-0,001
t-3	0,032	0,017	0,029	0,006
t-4	0,005	0,001	0,002	-0,009
t-5	-0,012	-0,020	-0,020	-0,039
vuosi				
2005		-0,026		-0,027
2006		-0,098***		-0,103***
2007		0,021		0,016
2008		-0,015		-0,021
2009		-0,130***		-0,138***
2010		-0,063**		-0,075**
vakio	-0,006	0,037*	-0,007	0,040*
N	457	457	457	457
R ²	0,041	0,189	0,061	0,215
F (u _i = 0)			0,124	0,195

Selitte: * p<0.05; ** p<0.01; *** p<0.001.

Testien mukaan yhtälöissä ei ole heteroskedastisuutta,³⁸ joten hypoteesien testauksessa on käytetty tavallisia keskivirheitä. Uusien työkyvyttömyyseläkeläisten määrä ei riipu edellisvuoden uusista työkyvyttömyyseläkeläisistä, joten autokorrelaatio ei ole aineistossa ongelma. Havaintoja on 457, joten otoskoko on riittävän suuri. Tilastollisesti merkitsevän rajana on pidetty normaalia viiden prosentin riskitasoa. 5–10 prosentin havaittua riskitasoa voidaan pitää tilastollisesti suuntaa-antavana evidenssinä.

Taulukon viimeinen rivi on F -testi uusien työkyvyttömyyseläkkeiden seutukuntatrendien u_i yhteismerkitsevyydelle. Nämä termit eivät yhdessä ole tilastollisesti merkitseviä, mutta tulosten kannalta niillä on silti merkitystä. Termit kontrolloivat havaitsematonta heterogeenisuutta seutukuntien työkyvyttömyyskehityksessä.

Taulukon 8 mallivaihtoehdoissa kuntoutuksella ei ole nähtävissä tilastollisesti merkitseviä ($p < 0,05$) negatiivisia vaikutuksia työkyvyttömyyseläkealkavuuteen. ASLAK-kuntoutuksen yhden vuoden viipeen kerroin on kaikissa spesifikaatioissa merkitsevä, mutta etumerkki on odotusten vastainen eli positiivinen. Myös eräiden muiden ASLAK-kertoimien etumerkki on positiivinen ja merkitsevä.

Sarakkeen 4 yhtälössä TYK-kuntoutuksen yhden ja viiden vuoden viipeiden kertoimien p -arvot ovat 0,089 ja 0,087, eli kertoimia voidaan pitää suuntaa-antavina. Kertoimet ovat suuruudeltaan noin -0,04:n luokkaa, mikä voidaan tulkita siten, että kymmenen prosentin lisäys TYK-kuntoutujien määrässä on vähentänyt 1 ja 5 vuoden viipeellä uusien työkyvyttömyyseläkeläisten määrää 0,4 prosenttia. Tilastollisesti näyttöä on kuitenkin pidettävä heikkona. Vaikutusta kyseenalaistaa sekin, että 2–4 vuoden viipeellä vaikutus on käytännössä nolla.

Toisaalta on myös mahdollista, että taulukon 8 yhtälöissä on joko liikaa tai liian vähän viipeitä. Tämän vuoksi analyysissä kokeiltiin kaikkia viivästysvaihtoehtoja yhdestä vuodesta seitsemään vuoteen (ts. $t-1 \dots t-7$). Kokeilussa käytettiin sarakkeen 4 mukaista yhtälöä, johon sisältyvät vuosi-indikaattorit ja seutukuntatekijät. ASLAK-kuntoutuksen tulokset eivät poikenneet taulukosta 8: missään vaihtoehdossa ei havaittu tilastollisesti merkitseviä negatiivisia vaikutuksia.

Kun kuntoutujamäärät viivästettiin 1–7 vuodella, viidellä vuodella viivästetyn TYK-kertoimen (-0,048) p -arvo alitti 5 prosentin riskitason ($p = 0,044$). Myös yhden vuoden viipeen (-0,042) merkitsevyys oli lähellä viittä prosenttia ($p = 0,072$). Tässäkin vaihtoehdossa 2–4 vuodella viivästetyt TYK-kuntoutujamäärät olivat täysin merkityksettömiä, mikä heikentää em. tulosten uskottavuutta. On hieman epäloogista, että TYK-toiminnan

³⁸ Ts. *virhetermin varianssi on vakio*.

vaikutuksia työkyvyttömyydessä havaittaisiin 1 ja 5 vuoden viipeillä mutta ei 2–4 vuoden viipeillä.

Uusien työkyvyttömyyseläkeläisten ja kuntoutujien määrät on edellä laskettu seutukunnan 1000 asukasta kohti. Jos jakajana käytetään 1000 työikäistä (15–64 v.), tulokset eivät käytännössä muutu taulukossa 8 esitetyistä.

Päätelmät

Tulosten perusteella voidaan todeta, että harkinnanvaraisella ASLAK-kuntoutuksella ei ole ollut työkyvyttömyyseläkealkavuutta vähentävää vaikutusta. Lakisääteisen TYK-toiminnan työkyvyttömyyttä ehkäisevistä vaikutuksista saatiin heikkoa tilastollista evidenssiä.

ASLAK on luonteeltaan varhaiskuntoutusta, jonka tehottomuus voi joutua useista syistä. Toimenpiteet on voitu kohdentaa henkilöille, joilla ei todellisuudessa ole ollutkaan kuntoutustarvetta. Toisaalta kuntoutukseen pääsy edellyttää aina laajaa lääkärintodistusta (B-lausunto). Vaikuttaisi lähtökohtaisesti epätodennäköiseltä, että kursseille on systemaattisesti valittu tervettä ja työkykyistä väkeä.

Tuore Saltychevin (2012) tutkimus kuitenkin indikoi, että näin saattaa ASLAK-kuntoutuksessa olla asianlaita. Saltychevin aineiston kuntoutettavat eivät terveydentilan suhteen millään lailla poikenneet verrokeista. Tällöin vaikutusta työkyvyttömyyseläkealkavuuteen ei tietenkään ole sillä aikavälillä, jolla kuntoutusta on lainsäädännössä pidetty tarkoituksenmukaisena työkyvyttömyyden ehkäisemiseksi, eli noin viiden vuoden sisällä. Tarkastuksessa tehdyt havainnot näyttäisivät tukevan Saltychevin tutkimusta.

Saltychevin tutkimustulosten perusteella tehtiin vuoden 2012 valtiopäivillä ASLAK-kuntoutuksen kohdentamisesta kirjallinen kysymys.³⁹ Vastauksessaan sosiaali- ja terveysministeri korosti, että Saltychevin vuosilta 1997–2005 oleva tutkimusaineisto on vanhentuneiden kuntoutusstandardien mukainen eikä siten vastaa sisällöltään ja valintakriteereiltään nykyistä ASLAK-kuntoutusta. Vuoden 2012 alusta käyttöön otettu kuntoutusstandardi asettaa ministerin mukaan kuntoutujille aiempaa tiukemmat kriteerit.

Nykyisiäkään ASLAK-kuntoutuksen valintakriteerejä ei voida kuitenkaan pitää erityisen tiukkoina. Kuntoutusstandardissa todetaan kohderyhmästä seuraavaa: ”Kohderyhmänä ovat työssä olevat (vakiintuneet, määräaikaiset työsuhteet) henkilöt, joiden työ- ja toimintakyvyn heikkenemi-

³⁹ *KK 552/2012 vp.*

sen riskit ovat jo selvästi todettavissa. Kuntoutujan *sairausoireet ovat vielä lieviä ja palautuvia*, ja hänen sairauspäivärahopäiviensä määrä on vähäinen. *Kuntoutujalla on selkeästi työvuosia jäljellä.*⁴⁰ Työkyvyttömyyden uhka lähivuosina ei ole valintaperuste, toisin kuin TYK-kuntoutuksen standardissa.⁴¹

⁴⁰ *Kursivointi tarkastusviraston.*

⁴¹ *Kansaneläkelaitos 2011a ja 2011b.*

4 Tarkastusviraston kannanotot

Tarkastus on kohdistettu sosiaali- ja terveysministeriön toimintaan työkyvyttömyyden ehkäisyssä ja tätä kautta kansalaisten työurien pidentämisessä. Kansaneläkelaitoksen budjetin kautta valtion rahaa käytetään työikäisen väestön kuntoutukseen vuosittain noin 140 miljoonaa euroa, mutta valtiolla ei ole kuntoutustoiminnassa keskeistä operatiivista roolia. Kuntoutuksen toteutusvastuu on kunnilla, työterveyshuollolla, työeläkelaitoksilla ja Kansaneläkelaitoksella. Sosiaali- ja terveysministeriö vastaa lähinnä toiminnan säädösvalmistelusta.

Kuntoutuksen valtakunnallinen ohjaus, koordinointi ja seuranta on säädetty sosiaali- ja terveysministeriön yhteydessä toimivan kuntoutusasiain neuvottelukunnan tehtäväksi. Tarkastuksen perusteella kuntoutuksen valtakunnallista ohjausta ja koordinointia ei ole kuitenkaan viime vuosina ollut juuri lainkaan. Sitä vastoin tarkastuskohteina olleet kuntoutuksen asiakasyhteistyötä tekevät tahot – yhteistyöryhmät ja toimikunnat – ovat pääosin toimineet asiakasyhteistyöstä säädetyn lain mukaisesti. Monesti yhteistyöryhmien toiminnassa kuitenkin korostuvat asiakkaiden työkyvyttömyyseläkearvioinnit eivätkä asiakkaiden kuntoutusasiat. Kuntoutuksen vaikutusten seuranta ovat tehneet lähinnä yksittäiset tutkijat ja tutkimusryhmät.

Maamme kuntoutusjärjestelmä on palveluiden tarvitsijan kannalta monimutkainen. On myös näyttöä siitä, että kuntoutus alkaa useissa tapauksissa liian myöhään. Hallitusohjelman linjausten mukaisesti sosiaali- ja terveysministeriö onkin aloittamassa hanketta, jolla on tarkoitus selkiyttää kuntoutukseen ohjausta, sen kohdentamista ja tavoitteita asiakkaan näkökulmasta. Tätä kehitystä on pidettävä oikeansuuntaisena, kun otetaan huomioon tarkastuksessa tehdyt havainnot.

Työllisyysaste ja työuran pituus vaihtelevat alueittain hyvin paljon, ja yksi selittävä tekijä on työkyvyttömyyseläkkeellä olevien väestöosuus. Tämä on joillakin alueilla yli kaksinkertainen terveimpien ihmisten asutamiin alueisiin nähden. Sairastavuus ei siis ole jakautunut tasaisesti maan eri osiin, mihin vaikuttaa muun muassa asukkaiden ikärakenne. Myös työttömyydessä on paljon alueittaista vaihtelua. Työurien pidentämiseksi ja työllisyysasteen nostamiseksi tulisi puuttua sekä työkyvyttömyyteen että työttömyyteen.

Kuntoutuksen lainsäädännössä määriteltynä tavoitteena on ollut ehkäistä työkyvyttömyyttä ja parantaa työkykyä. Tämä on laaja kokonaisuus, johon vaikuttavat monet muutkin tekijät kuin kuntoutus. Tarkastuksessa arvioitiin Kansaneläkelaitoksen järjestämän ammatillisen ASLAK- ja TYK-

kuntoutuksen vaikutuksia työkyvyttömyyseläkealkavuuteen aluetasolla. Lakisääteisen TYK-toiminnan työkyvyttömyyttä ehkäisevistä vaikutuksista saatiin heikkoa tilastollista näyttöä. Sitä vastoin harkinnanvaraiseen kuntoutukseen kuuluvalla ASLAK-toiminnalla ei tilastollisen analyysin perusteella ole ollut työkyvyttömyyttä vähentävää vaikutusta. Kansaneläkelaitoksen nykyisten kuntoutusstandardien mukaisesti ASLAK-kurssit kohdennetaan sellaisille henkilöille, joilla ei edellytetä olevan työkyvyttömyyden uhkaa lähivuosina ja työvuosia on vielä selkeästi jäljellä. Tällöin ei voidakaan havaita muutoksia työkyvyttömyyseläkealkavuudessa muutaman vuoden aikajänteellä. Pitkän aikavälin vaikutusten seuranta ei ole toistaiseksi Suomessa tehty.

Sosiaali- ja terveysministeriön näkemykset ja tarkastuksessa saadut tulokset ovat linjassa aiempien kuntoutuksen vaikuttavuustutkimusten kanssa. Satunnaiskoeasetelmilla saatu evidenssi on ollut pääasiassa kuntoutusta puoltamatonta. Ammatillisen kuntoutuksen vaikutuksia työkyvyttömyyseläkkeelle siirtymiseen on kuitenkin syytä tutkia lisää. Perusteltua on, että kuntoutusasiain neuvottelukunta seuraa ammatillisen kuntoutuksen vaikutuksia. Luotettavan seurannan ongelmana on riittävän pitkien seuranta-aikojen mahdollistaminen koeasetelmissa. Seurannan tulisi kestää ainakin viisi vuotta. Viiden vuoden aikana ennakoitu työkyvyttömyyden uhka ilman kuntoutusta on yksi lainsäädännössä asetettu kriteeri kuntoutukselle.

Jyväskylän yliopiston pitkittäistutkimusaineiston nojalla työkyvyttömyyden riskitekijöitä ovat sairastavuus, ylipaino, heikko kielellinen lahjakkuus ja runsas alkoholin käyttö. Osaan sairauksista ja synnynnäiseen lahjakkuuteen ei juurikaan voida vaikuttaa, mutta osa riskitekijöistä on yksinomaan elämäntavoista johtuvia. Näihin voidaan haluttaessa vaikuttaa esimerkiksi verotuksella. Aineiston perusteella näyttäisi siltä, että varhaisella hoitoonohjauksella työkyvyttömyyden riskiä voidaan merkittävästi vähentää. Havainto korostaa säännöllisten ikäkausiterveystarkastusten merkitystä työkyvyttömyyden ehkäisyssä. Nykylainsäädännössä ei ole määritelty säännöllisiä ikäkausiterveystarkastuksia pakollisiksi.

Lähteet

1. Kirjallisuus

Aalto A.-M., Hurri H., Järvikoski A., Järvisalo J., Karjalainen V., Paatero H., Pohjolainen T. & Rissanen P. (toim.) (2002): Kannattaako kuntoutus? Asiantuntijakatsaus eräiden kuntoutusmuotojen vaikuttavuudesta. STAKES, Raportteja 267.

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

Elinkeinoelämän keskusliitto (2012): Työmarkkinakeskusjärjestöjen työurasopimuksen linjaukset 22.3.2012.

Eläketurvakeskus (2011): Tilasto Suomen eläkkeensaajista 2010.

Eläketurvakeskus (2011): Työeläkekuntoutus vuonna 2010. Eläketurvakeskuksen tilastoraportteja 3/2011.

Eläketurvakeskus (2012): Taskutilasto 2012.

Gould R., Järvikoski A. & Härkäpää K. (2012): Oikeaan aikaan? Teoksessa Gould R., Härkäpää K. & Järvikoski A. (toim.): Toimiiko työeläkekuntoutus? Eläketurvakeskuksen tutkimuksia 1/2012.

Hakola T. (2000): Varhaiseen eläkkeelle siirtymiseen vaikuttavat tekijät. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuslaitoksen julkaisu 11/2000.

Holstila A. (1997): Kuntoutumisen ennuste pitkäaikaisissa tuki- ja liikuntaelinsairauksissa. 910 potilaan prospektiivinen hoitotutkimus. Kansaneläkelaitos, Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 18, 1997.

Huhtanen P., Miekkala M., Mustonen H. & Mäkelä P. (2011): Suomalaisien alkoholinkäyttötavat 1968–2008: Juomatapatutkimusten tuloksia. Terveystieteiden tutkimuslaitos, raportti 26/2011.

Hytti H. (1993): Työkyvyttömyyseläkkeelle siirtymisen yhteiskunnalliset taustatekijät. Kansaneläkelaitoksen julkaisuja, M:87.

Härkäpää K., Mellin G., Järvikoski A. & Hurri H. (1990): A controlled study on the outcome of inpatient and outpatient treatment of low back pain. Part III. Long-term follow-up of pain, disability, and compliance. *Scandinavian Journal of Rehabilitation Medicine* vol. 22, 181–188.

Julkunen J., Saarinen T., Idänpään-Heikkilä U. & Sala R. (2000): Sydän-kuntoutuksen tuloksellisuus – kontrolloitu seurantatutkimus. Kuntoutus-säätiön tutkimuksia 63/2000.

Kansaneläkelaitos (2011a): Kelan avo- ja laitosmuotoisen kuntoutuksen standardi. Ammatillisesti syvennetyn lääketieteellisen kuntoutuksen (AS-LAK) palvelulinja. Voimassa 1.1.2012 alkaen.

Kansaneläkelaitos (2011b): Kelan avo- ja laitosmuotoisen kuntoutuksen standardi. Työkykyä ylläpitävän ja parantavan valmennuksen (TYK) palvelulinja. Voimassa 1.1.2012 alkaen.

Kansaneläkelaitos (2012): Kelan kuntoutustilasto 2011.

Kansanterveyslaitos (2006): Terveyspalvelujen käyttö ja sen väestöryhmittäiset erot. Terveys 2000 -tutkimus. KTL:n julkaisuja B10/2006.

Kuoppala J. & Lamminpää A. (2008): Rehabilitation and Work Ability: A Systematic Literature Review. *Journal of Rehabilitation Medicine*, vol. 40, 796–804.

Lukinmaa A. (1989): Lanneselkäsairaus biopsykososiaalisena häiriönä. Kontrolloitu hoitotutkimus ja kustannusvaikuttavuusanalyysi. Kansaneläkelaitoksen julkaisuja 90.

Månsson N.-O., Eriksson K.-F., Israelsson B., Ranstam J., Melander A. & Råstam L. (1996): Body Mass Index and Disability Pension in Middle-Aged Men – Non-Linear Relations. *International Journal of Epidemiology*, vol. 25, no. 1, 80–85.

Pohjola M. (2012): Taloustiedettä ja politiikkaa. *Kansantaloudellinen aikakauskirja* 3/2012.

Pohjolainen T. (2006): Mitä tiedetään terveydenhuollossa käytettyjen kuntoutusmuotojen vaikuttavuudesta? *Kuntoutus* 3/2006.

Polvinen A. (2009): Koulutuksen, terveyden ja työn vaikutus työkyvyttömyyseläkkeelle siirtymiseen. Eläketurvakeskuksen keskustelualoitteita 2009:4.

Pulkkinen L., Kinnunen, U. & Kokko, K. (2001): Lapsesta aikuiseksi: 42-vuotiaiden elämäntilannekysely 2001 [elektroninen aineisto]. FSD2002, versio 1.0 (2004-08-31). Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto [jakaja], 2004.

Pulkkinen L. & Kinnunen M.-L. (2001): Lapsesta aikuiseksi: 42-vuotiaiden terveystutkimus 2001 [elektroninen aineisto]. FSD2201, versio 1.0 (2007-09-18). Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto [jakaja], 2007.

Pulkkinen L., Kinnunen M.-L. & Kokko K. (2009): Lapsesta aikuiseksi: 50-vuotiaiden terveystutkimus 2009 [elektroninen aineisto]. FSD2619, versio 1.0 (2011-06-01). Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto [jakaja], 2011.

Sainio P., Koskinen S., Martelin T. & Gould R. (2010): Työkyvyn yhteys toimintakyvyn eri ulottuvuuksiin. Teoksessa Aromaa A. & Koskinen S. (toim.): Suomalaisten työ, työkyky ja terveys 2000-luvun alkaessa. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, raportti 11/2010, 60–66.

Rytönen H., Hänninen K. & Juntunen J. (2004): Työkyvyttömyysriski LEL-aloilla. Työkyvyttömyyseläkkeelle siirtymistä ennakoivat tekijät LEL-alojen työntekijöillä vuosina 1998–2002. Eteran tutkimuksia 2/2004.

Saltychev M. (2012): The effectiveness of vocationally oriented medical rehabilitation (ASLAK) amongst public sector employees. Turun yliopiston julkaisuja, sarja D, osa 1007. Saltychev M., Laimi K. & Vahtera J. (2012): ASLAK-kuntoutuksen vaikuttavuus – systemaattinen kirjallisuuskatsaus. *Suomen Lääkärilehti* 45/2012.

Sosiaali- ja terveysministeriö (2010): Yhtenäiset kiireettömän hoidon perusteet 2010. STM:n selvityksiä 2010:31.

Suoyrjö H. (2010): Kelan järjestämän kuntoutuksen kohdentuminen ja vaikutukset työkykyyn kunnallisilla työpaikoilla. Kelan tutkimusosasto, Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 113.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (2012): Sosiaalimenot ja rahoitus 2010. THL:n tilastoraportti 4/2012.

Tuomala J. (2012): Vaikuttaako kuntoutus työssä jatkamiseen? Teoksessa Gould R., Härkäpää K. & Järvikoski A. (toim.): Toimiiko työeläkekuntoutus? Eläketurvakeskuksen tutkimuksia 1/2012.

Työeläkevakuuttajat (2011): Työeläkekuntoutus vuonna 2010.

Työelämäryhmä (2010): Ehdotuksia työurien pidentämiseksi. Työelämäryhmän loppuraportti.

Valtioneuvoston kanslia (2011): Työurat pidemmiksi – työeläkejärjestelmän kehittämisvaihtoehtojen tarkastelua. VNK:n julkaisusarja 4/2011.

Vittinghoff E. & McCulloch C. E. (2006): Relaxing the Rule of Ten Events per Variable in Logistic and Cox Regression. *American Journal of Epidemiology*, vol. 165, no. 6, 710–718.

Wooldridge J. M. (2010): *Econometric Analysis of Cross Section and Panel Data*. 2nd edition. MIT Press.

2. Haastattelut

Eläketurvakeskus 19.10.2011.

Etelä-Savon sairaanhoitopiiri/Mikkelin keskussairaala 28.8.2012.

Helsingin yliopisto, politiikan ja talouden tutkimuksen laitos 17.10.2011.

Itä-Suomen aluehallintovirasto 27.8.2012.

Kainuun maakunta -kuntayhtymä/Kainuun keskussairaala 1.11.2012.

Kainuun työvoiman palvelukeskus 1.11.2012.

Kansaneläkelaitos/Terveysosasto/Kuntoutusryhmä 7.3.2012, Turun toimipiste 14.11.2012, Kajaanin toimipiste 1.11.2012.

Keskinäinen Eläkevakuutusyhtiö Ilmarinen 21.3.2012.

Kumppaniksi ry, Kajaani, 2.11.2012.

Kuntoutussäätiö 11.10.2011.

Lounais-Suomen aluehallintovirasto 14.11.2012.

Länsi- ja Sisä-Suomen aluehallintovirasto 25.9.2012.

Lääkärikeskus Aava 16.2.2012.

Mikkelin seudun sosiaali- ja terveystoimi/Terveyskeskussairaala
27.8.2012.

Opetus- ja kulttuuriministeriö 9.11.2011.

Pirkanmaan sairaanhoitopiiri/Tampereen yliopistollinen keskussairaala
24.9.2012.

Sosiaali- ja terveysministeriö 10.10.2011, 25.5.2012.

Tampereen työvoiman palvelukeskus 25.9.2012.

Turun sosiaali- ja terveystoimi/Kaupunginsairaala 14.11.2012.

Turun työvoiman palvelukeskus 13.11.2012.

Työ- ja elinkeinoministeriö 12.10.2011.

Työterveyslaitos 17.11.2011.

3. Seminaarit

Keinoja ja näkökulmia työurien pidentämiseen keskeltä -seminaari, järjestäjä Kuntoutussäätiö, 23.5.2012.

Suomen Väestötieteen Yhdistyksen jatko- ja täydennyskoulutusseminaari
Työurat 21.–22.11.2011.

4. Tarkastuskertomusluonnoksesta annetut lausunnot

Kansaneläkelaitos, 22.3.2013.

Sosiaali- ja terveysministeriö, 4.4.2013, STM/1047/2013.

Työ- ja elinkeinoministeriö, 19.3.2013.

Liitteet

Liite 1. Haastattelujen yhteenveto kuntoutusjärjestelmän puutteita ja kehittämisehdotuksia koskeneista kysymyksistä

Kuntoutusjärjestelmän puutteet ja kehittämiskohteet	Mainintoja kpl
Kuntoutusjärjestelmän epäselvät vastuusuhteet	6
Perusterveydenhuollon resurssipula	4
Kuntoutuksen oikea-aikaisuus	4
Työterveyshuollon kattavuus	2
Kuntoutusvastuuhenkilön puute	2
Mielenterveyskuntoutuksessa avohuollon lisääntyminen	2
Kuntoutuspalvelujen hankinta	2
Kelan byrokratia	1
Lääkärilausuntojen puutteellisuus	1

Valtiontalouden tarkastusviraston tarkastuskertomukset vuodesta 2008 lähtien

Tuloksellisuustarkastukset

- 157/2008 T&k-arviointitoiminta
- 158/2008 Alueellisten tietoyhteiskuntahankkeiden toteutus
- 159/2008 Rataväylien kunnossapito
- 160/2008 Terveyden edistämisen määrärahalla 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 Julkisen työnvälityksen asema ja painopisteet
- 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
- 194/2009 Mielenterveyspalveluja ohjaavan lainsäädännön toimivuus
- 195/2009 Autoverotus
- 196/2009 Sosiaali- ja terveysministeriön hallinnonalan ohjausjärjestelmä
- 197/2009 Oikeusministeriön hallinnonalan ohjausjärjestelmä
- 198/2009 Merenkulkulaitoksen eräiden toimintojen liikelaitostaminen
- 199/2009 Maatalouden kannattavuuden laskenta
- 200/2009 Päästökauppa – Kioton joustomekanismit
- 201/2009 Kainuun hallintokokeilun tila
- 202/2010 Työturvallisuus valtion työpaikoilla
- 203/2010 Täydentävyys kehitysyhteistyössä
- 204/2010 Valtion määräysvallassa olevien yhtiöiden ja valtion liikelaitosten antama vaali- ja puoluerahoitus 2006–2009 ja omistajaohjaus
- 205/2010 Valtion lainananto asuntotuotantoon
- 206/2010 Yliopistojen inhimillisten voimavarojen hallinta
- 207/2010 Tuottavuusohjelman valmistelu ja johtaminen
- 208/2010 Valtio tonttitarjonnan lisääjänä ja yhdyskuntarakenteen eheyttäjänä
- 209/2010 Teollisen yhteistyön rahasto Oy:n (Finnfund) toiminta
- 210/2010 Säätöiden valtiontuki ja valvonta
- 211/2010 Väylähankkeiden toteuttamisen perustelut

- 212/2010 Politiikkaohjelmat ohjausvälineenä – esimerkkinä Terveyden edistämisen ohjelma
- 213/2010 Uusiutuvien energiamuotojen edistäminen
- 214/2010 Vanhuspalvelut – Säännöllinen kotihoito
- 215/2011 Vuoden 2004 selonteko – Varuskuntarakenne sekä johtamis- ja hallintojärjestelmä
- 216/2011 Säädöshankkeiden valtiontaloudellisten vaikutusten arviointi
- 217/2011 Sosiaali- ja terveydenhuollon valtakunnallisten IT-hankkeiden toteuttaminen
- 218/2011 Ruokahuollon ja terveydenhuollon rakennemuutokset Puolustusvoimissa
- 219/2011 Valtion taloudelliset vastuut – esittäminen ja huomiointi suunnittelun ja seurannan asiakirjoissa
- 220/2011 Ympäristöministeriön hallinnonalan ohjausjärjestelmä
- 221/2011 Vammaispalvelut muuttuvassa kunta- ja palvelurakenteessa – valtion ohjaus kehitysvammaisten asumisen palveluiden järjestämisessä
- 222/2011 Koulutus- ja työvoimatarpeiden ennakointi, mitoitus ja kohdentaminen
- 223/2011 Puolustusministeriön hallinnonalan ohjausjärjestelmä
- 224/2011 Kaupunki- ja metropolipolitiikka
- 225/2011 Valtionhallinnon toimitilat ja konserniohjaus
- 226/2011 Poliisin ja syyttäjän yhteistyö
- 227/2011 Energia- ja ilmastoteknologian tukeminen
- 228/2011 Sairaanhoidtovakuutus – erityisesti korvaukset yksityislääkäreiden ja yksityishammaslääkäreiden palkkioista
- 229/2011 Pitkäaikaistyöttömien työllistyminen ja syrjäytymisen ehkäisy
- 230/2011 Työsuojeluvalvonta
- 231/2011 Tuottavuusohjelman toteuttaminen ja vaikutukset
- 232/2011 Tuottavuusohjelman toimeenpano ja vaikutukset oikeusministeriön hallinnonalalla
- 233/2011 VR-konserni: Valtion omistajaohjaus ja henkilöjunalienneostot
- 234/2011 Työ- ja elinkeinoministeriön hallinnonalan ohjausjärjestelmä
- 235/2011 Ilmastonmuutoksen hillintä - Ilmasto- ja energiastrategian valmistelu ja toimeenpano

Laillisuustarkastukset vuonna 2011

- 1/2011 Maakunnan liitot EU-varojen hallinnoijina
- 2/2011 Avustukset yhteisöille ja säätiöille terveyden ja sosiaalisen hyvinvoinnin edistämiseen
- 3/2011 Yhteishankintavelvoitteen noudattaminen (laki valtion talousarviosta 22 a §)

Tarkastuskertomukset vuodesta 2012 lähtien

- 1/2012 Tuloksellisuustarkastuskertomus: Valtionavustukset sosiaali- ja terveydenhuollon IT-hankkeissa
- 2/2012 Tuloksellisuustarkastuskertomus: Äkillisten rakennemuutos-alueiden tukeminen
- 3/2012 Tuloksellisuustarkastuskertomus: Tilahallinta puolustushallinnossa
- 4/2012 Finanssipolitiikan tarkastuskertomus: Euroalueen rahoitusvakaussjärjestelyjen sitoumukset - Vastuuerien sitovuuden ja riskisyyden ilmentäminen valtion tilinpäätöskertomuksessa
- 5/2012 Tuloksellisuustarkastuskertomus: Sairauspoissaolot ja niiden seuranta valtionhallinnossa
- 6/2012 Tuloksellisuustarkastuskertomus: Lastensuojelu
- 7/2012 Laillisuustarkastuskertomus: Palvelukeskuksen hoitamien henkilöstö- ja taloushallinnon prosessien sisäinen valvonta
- 8/2012 Tuloksellisuustarkastuskertomus: Humanitaarinen apu
- 9/2012 Laillisuustarkastuskertomus: Valtion vastinrahan maksaminen yliopistoille
- 10/2012 Laillisuustarkastuskertomus: Väylähankkeiden valtuuksien budjetointi ja valtuusseuranta
- 11/2012 Tuloksellisuustarkastuskertomus: Toisen asteen koulutuksen rakennejärjestelyt
- 12/2012 Tuloksellisuustarkastuskertomus: Sosiaali- ja terveysministeriön säädösvalmistelu
- 13/2012 Tuloksellisuustarkastuskertomus: Työperäinen maahanmuutto
- 14/2012 Avustukset veikkauksen ja raha-arpajaisten voittovaroista urheilun ja liikuntakasvatuksen, tieteen, taiteen ja nuorisotyön edistämiseen
- 15/2012 Tilintarkastuskertomukset – Tilikausi 2011
- 16/2012 Finanssipolitiikan tarkastuskertomus: Eduskunnan tiedonsaanti Euroopan rahoitusvakaussjärjestelyistä

- 17/2012 Finanssipolitiikan tarkastuskertomus: Hallitusohjelman ja kehysmenettelyn välinen suhde
- 18/2012 Tuloksellisuustarkastuskertomus: Hallituksen lainsäädäntösuunnitelma
- 19/2012 Tuloksellisuustarkastuskertomus: Sisäasiainministeriön hallinnonalan ohjausjärjestelmä

Tarkastuskertomukset vuodesta 2013 lähtien

- 1/2013 Tuloksellisuustarkastuskertomus: Tulli harmaan talouden torjijana
- 2/2013 Tuloksellisuustarkastuskertomus: Kuntoutus työurien pidentäjänä

Valtiontalouden tarkastusviraston aiemmat tuloksellisuustarkastuskertomukset ovat saatavissa viraston verkkosivuilla osoitteessa www.vtv.fi. Kertomukset vuodesta 2007 alkaen sekä kertomusten tiivistelmät vuosilta 2001–2006 löytyvät kohdasta julkaisut / tuloksellisuustarkastuskertomukset.



VALTIONTALOUDEN TARKASTUSVIRASTO
Antinkatu 1, PL 1119, 00101 Helsinki
Puh. 09 4321, faksi 09 432 5820, www.vtv.fi

ISBN 978-952-499-236-7 (PDF)