

# Sosiaalivakuutus

**TEEMA KUNTOUTUS**

”Kuntoutujan  
on otettava ohjat”

Pekka Sauri:  
Hoitotakuu ei pelaa  
psykoterapiassa

Näin palvelujen  
kilpailutus toimii





16

Lue, miten harkinnanvaraista kuntoutusta tehostetaan.

TEEMA

Kuntoutus

10 TERVEISET PÄÄTTÄJÄLLE

Kuntoutajat Pia-Nina Vekka ja Jaana Helin ottivat ohjat omiin käsiin.

16 ENEMMÄN VÄHEMMÄLLÄ

Harkinnanvaraisesta kuntoutuksesta leikataan 13 miljoonaa euroa. Kuka jää ilman palvelua?

32 ODOTETTU UUDISTUS

Lääkinnällinen kuntoutus laajenee.

KESKUSTELUA

20 TOIMIIKO KILPAILUTUS?

Professori Pekka Rissanen arvioi.

24 PEKKA SAURI & MARITA RUOHONEN

Näin sosiaaliturva tukee mielenterveyttä.

31 KOLUMNI

Ravitsemuskeskusteluun tarvitaan tutkittua tietoa.

34 VÄITÖS

Unohda syrjäytymispuhe.

JOKA NUMEROSSA

4 UUTISET

Toimeentulotuki tulee Kelaan 2017.

8 MEDIASSA

15 VASTAUKSIA

AURA-kuntoutus korvaa ASLAK- ja TYK-kuntoutuksen 2016.

23 TILASTOILMIÖ

30 PALVELU

Eriystukea tarvitseville henkilökohtaista Kela-neuvontaa.

40 SVENSKA SIDOR

43 JOSKUS ENNEN

Kalle Könkkölä.

Kela|Fpa<sup>®</sup>

Sosiaalivakuutus 2.2015. 53. vuosikerta. Sosiaali- ja terveysturvan asiantuntijalehti Kelan sidosryhmille.

Vuonna 2015 ilmestyy neljä numeroa. Sosiaalivakuutus 3/2015 ilmestyy 24.9.2015 Aineistot 11.8.2015 mennessä sosiaalivakuutus@kela.fi. Facktidsskrift om social- och hälsoskyddet för FPA:s intressentgrupper. Tidningen utkommer med fyra nummer år 2015. Julkaisija Kansaneläkelaitos, PL 450, 00101 Helsinki Puhelin 020 634 11 Sähköposti sosiaalivakuutus@kela.fi tai etunimi.sukunimi@kela.fi Verkossa www.sosiaalivakuutus.fi Vt. päätoimittaja Minna Latvala Toimituspäällikkö Johanna Koskinen Toimitus ja taitto Alma 360 Tuottaja Johanna Hytönen Taitto Antti Pulkkinen Kuvatoimitus Alma 360 Kansii Juuso Paloniemi Osoitelähde Kelan osoiterekisteri Osoitteenmuutokset ja tilaukset sosiaalivakuutus@kela.fi tai puh. 020 634 1459 (ti-to) Paino PunaMusta Oy, Joensuu 2015, ISSN 0584-1410 (painettu) ISSN 2242-9301 (verkkojulkaisu) Vapaasti lainattavissa, jos lähde mainitaan. Kirjoituksissa esiintyvät kannanotot eivät välttämättä vastaa Kelan kantaa.

KUVITUS KATI NÄRHI

KUVA KELO



## Kuntoutusjärjestelmä on mutkikas kokonaisuus

Kuntoutuksessa liikkuvat isot rahat. Kela hankkii vuosittain laitospalveluita noin 145 milj. eurolla, kerrotaan tämän numeron kilpailutusta käsittelevässä jutussa. Tämän lisäksi tulevat vielä Kelan hoitaman avokuntoutuksen kustannukset.

Kuntoutusta maksetaan myös muun muassa kuntien ja vakuutuslaitosten kukkaroista. Kaikkien kuntoutuksen tehtävien, rahavirtojen ja palveluketjujen lähempi tarkastelu olisi haastava, mutta yhteiskunnallisesti hyödyllinen tehtävä. Välineitä tällaiseen työhön kehitetään muun muassa Kelan tutkimuksessa. Oulun sosiaali- ja terveystieteiden rahoituksesta tehty tapaustutkimus on kiinnostava kuvaus siitä, miten tieto voisi ohjata toimintaa.

Kuntoutus on myös sote-uudistuksen keskiössä, muistuttaa kolumnissaan johtava ylilääkäri Iloa Autti-Rämö.

Ensi vuoden alusta yhä useampi pääsee vaikeavammaisten (lakiuudistuksen jälkeen: vaativan) lääkinällisen kuntoutuksen piiriin. Lainmuutoksen arvioidaan tuovan noin 7 700 uutta kuntoutusasiakasta Kelalle vuoteen 2017 mennessä.

Kuntoutuksesta joudutaan kuitenkin lähivuosina myös säästämään. Esimerkiksi harkinnanvaraisen kuntoutuksen määrärahoja leikataan tänä vuonna noin 13 milj. euroa osana valtiontalouden sopeuttamistoimia. Kela vastaa tähän lisäämällä avokuntoutuksen palveluja ja käymällä läpi kuntoutustarjontansa. Pelkästään panostamalla avomuotoiseen tuki- ja liikuntaelin kuntoutukseen laitospalveluita sijaan arvioidaan säästettävän 2 milj. euroa vuodessa. Vastaisuudessa myös ryhmätoiminta korostuu yhä enemmän yksilökuntoutukseen sijaan.

Muitakin säästökohteita etsitään, mutta helppoa se ei ole.

Kuntoutuksen ammattilaiset niin Kelassa kuin muuallakin ovat huolissaan siitä, miten tavoitetaan kuntoutusta tarvitsevat ja siitä hyötyvät, ja miten kuntoutusta saadaan tarjottua oikealla hetkellä. Jotta tämä onnistuu, tarvitaan läheistä yhteistyötä Kelan ja sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöiden välillä.

Jotain saadaan varmasti aikaan jo sillä, että ymmärretään, mitkä asiat tarvitsevat aina ammattilaisen otetta. Ammattilaisten antamat ravitsemussuosituksot ovat korvaamaton tuki esimerkiksi laitok-

sissa. Kuntouttavan työotteen pitäisi jo nykyään olla osa kaikkien sosiaali- ja terveyspalveluissa työskentelevien ammattitaitoa.

Säästöpainneiden ja kasvavien tarpeiden ristipaineissa ei kuitenkaan unohdeta sitä olennaista: kuntoutusta tarvitsevaa ihmistä. Eurojen takana on ihminen, kiteyttää johtaja Helena Pesola, joka jättää kesällä tehtävänsä.

Ajoittain tulisikin muistuttaa mieliin, mikä merkitys kuntoutuksella on kuntoutujil-

le. Kun menetyksen tilalle tulee uusia mahdollisuuksia. Kun luopumisen sijaan saadaan uutta toivoa. Tästä kertovat omakohtaisesti hämeenlinnalaiset Pia-Nina Vekka ja Jaana Helin, jotka ovat saaneet kuntoutuksesta apua sairautsiensa kanssa selviämiseen.

Joudumme kysymään, miten tavoitamme kuntoutusta tarvitsevat. Tuleeko kuntoutus oikeaan aikaan?

Minna Latvala





## Tervetuloa toimeentulotuki!

**PERUSTOIMEENTULOTUEN** myöntäminen ja maksaminen siirtyvät Kelaan vuoden 2017 alussa. Kelassa siirtoa valmistellaan Toimeentulotuki 2017 -hankkeessa, jota vetää etuuspäällikkö **Heli Kauhanen**.

”Valmistelut etenevät hyvää vauhtia. Töitä riittää tietojärjestelmien rakentamisesta etuuskäsittelyn organisoimiseen”, Kauhanen kertoo.

”Arvioimme, riittävätkö nykyiset palvelukanavat ja voimmeko ottaa käyttöön uusia asiointitapoja. Palvelua pitää tarjota joustavasti ja kattavasti joka puolella Suomea. Käsittelytakuun toteutuminen on varmistettava, ja kiireellisen tuen myöntämisen käytännöt on suunniteltava huolellisesti.”

Valmistelutyöstä valtaosa tehdään osana Kelan Arkki-teknologiahanketta. Arkissa rakennetaan perustoimeentulotuen käsittelyjärjestelmä, sen tukijärjestelmät ja verkkoasiointipalvelu. Lisäksi toteutetaan toimeentulotukijärjestelmän yhteydet Kelan työnhajausjärjestelmään ja sosiaalitoimen kyselypalvelu Kelmuun.

”Varmistamme, että toimeentulotukijärjestelmä toimii yhdessä muiden etuusjärjestelmiemme kanssa. Näin käsittelijä saa käyttöönsä kaikki tarvitsemansa hakijan etuustiedot”, Kauhanen kuvailee.

### Mallia kuntien parhaista käytännöistä

Siirron valmisteluissa on tukena myös Kelan ja kuntien toimeentulotuen yhteistyöfoorumi. Foorumin jäsenenä on kymmenkunta sosiaalitoimen asiantuntijaa kunnista eri puolilta Suomea.

”Foorumin tavoitteena on koota yhteen kuntien hyvät toimintatavat ja muodostaa niiden pohjalta yksi yhtenäinen käytäntö”, Heli Kauhanen kertoo.

Yhteistyöfoorumi on kokoontunut tähän mennessä kolme kertaa. Tapaamisissa on keskusteltu vilkkaasti muun muassa asiakasohjauksesta ja tiedonkulkuun liittyvistä kysymyksistä.

”Sujuva yhteistyö ja tiedonkulku kuntien ja Kelan välillä on tärkeää, kun kaksi tahoa

on toimeenpanemassa yhtä lakia”, Kauhanen muistuttaa.

Toimeentulotuen palveluyhteistyöstä on saatu myönteisiä kokemuksia Vantaalla käynnissä olevassa kokeilussa. Palveluneuvojat ottavat Kelan toimistoissa Vantaalla vastaan kuntalaisten toimeentulotukihakemuksia ja kirjaavat ne kaupungin asiakastietojärjestelmään. Lisäksi palveluneuvojat antavat toimeentulotuen asiakkaille palveluohjausta. Päätös toimeentulotuesta tehdään kuitenkin vuoden 2016 loppuun asti kaupungin organisaatiossa. ■

### Tilaa toimeentulotuen uutiskirje

Kelan Toimeentulotuki 2017 -info välittää ajankohtaiset kuulumiset toimeentulotuen uudistuksesta ja perustoimeentulotuen siirrosta Kelaan. Tilaa uutiskirje osoitteesta [www.kela.fi/uutiskirje](http://www.kela.fi/uutiskirje).

KUVA: KATRI LEHTOLA

### PALVELUT

#### Kela-asiat kuntoon etäpalvelun avulla

Kela tarjoaa etäpalvelua englanniksi, venäjäksi, kurdiksi, pohjoissaameksi sekä kolmansaameksi. Kielipalveluja tarjotaan kuvayhteyden avulla etäpalveluna 4–6 tuntia viikossa/kieli. Lisäksi etäpalvelua tarjotaan työttömyysturva-asiakkaille.

Etäpalvelussa Kelan palveluneuvoja neuvoo asiakasta kuvayhteyden välityksellä. Palvelun avulla asiakas voi hoitaa kotoa käsin monia sellaisia asioita, jotka muuten vaatisivat käyntiä Kelan palvelupisteissä. Uutta palvelua kannattaa hyödyntää esimerkiksi silloin, jos tarvitsee apua verkkolomakkeen täyttämiseksi.

Palvelun käyttäminen on asiakkaalle maksutonta ja siitä selviää ilman erityistä tietoteknistä osaamista.



### PALVELUT

#### Ruotsiksi yhteistyökumppaneille ja työnantaja-asiakkaille

Kela on ottanut käyttöön ruotsinkielisen puhelinpalvelun yhteistyökumppaneille ja työnantaja-asiakkaille. Numero on 020 692 239, ja siinä palvellaan maanantaista perjantaihin kello 9–16.

Samaan aikaan palvelee myös suomenkielinen numero 020 692 235.

#### Servicenummer för samarbetspartner och arbetsgivare

FPA erbjuder nu ett servicenummer för svenskspråkiga samarbetspartner och arbetsgivarkunder. Det nya servicenumret är 020 692 239 och svarar på kundernas frågor vardagar mellan kl. 9–16. Vill man tala finska kan man ringa servicenumret 020 692 235.

### JULKAISUT

#### Barometri: Perusturvassa koetaan puutteita

Sosiaalibarometriin vastanneiden kuntien sosiaali- ja terveysjohtajien, Kelan toi-

mistojen johtajien ja TE-toimistojen johdossa työskentelevien mukaan väestön hyvinvointiin vaikuttavat lähivuosina eniten työttömyys ja toimeentulo-ongelmat.

Noin kolmasosa vastaajista arvioi perusturvan riittämättömäksi. Nämä vastaajat korottaisivat ensisijaisia etuuksia, kuten omaishoidon tukea, opintotukea, vähimmäismääräisiä sairaus- ja vanhempainpäivärahoja, työttömän peruspäivärahaa ja työmarkkinatukea sekä takuueläkettä. Vain harva korottaisi ansiosidonnaisia etuuksia ja selvästi alle puolet toimeentulotukea. Vastaajien mukaan summa, jolla yksinasuvan pitää tulla kuukaudessa toimeen, on 1 100 euroa.

Lue Sosiaalibarometri 2015: [www.soste.fi/julkaisut](http://www.soste.fi/julkaisut).

### KAMPANJA

#### Mikä kunto? -kampanja nuorille

16–25-vuotiaille suunnattu kampanja esittelee nuorille tarkoitettuja kuntoutuspalveluja. Kelan ammatillinen kuntoutus voi olla vaihtoehto nuorelle, jonka elämäntilanne on solmussa, tai nuorelle, joka ei ole vielä päässyt kiinni työelämään esimerkiksi sairauden vuoksi. Myös Kelan tarjoama

mielenterveyskuntoutus on kattavasti esillä kampanjassa.

Nuoria lähestytään videoiden ja heidän omien tarinoidensa avulla. Kuntoutukseen hakeutumista esitellään havainnollisesti.

Kampanja näkyy nuorten suosimissa some-kanavissa. Se kestää vuoden 2016 loppuun asti. Kampanjan nettisivut ovat osoitteessa [nuortenkuntoutus.kela.fi](http://nuortenkuntoutus.kela.fi).

### LAINSÄÄDÄNTÖ

#### Vammaistukien hakeminen yksinkertaistuu

Laki vammaisetuksista muuttuu 1.6.2015 alkaen. Lakimuutos selkeyttää tukien myöntämisperusteita ja kohdentaa tuet nykyistä tasapuolisemmin. Jatkossa kaikkia vammaisuuksia voi hakea kokonaan ilman vammasta aiheutuvia erityiskustannuksia. Tällöin tukien hakeminen helpottuu, kun hakemuksen liitteeksi tarvittavien kustannusselvitysten määrä vähenee.

Kelassa uudistus nopeuttaa hakemusten käsittelyä, joten asiakas saanee päätöksen nykyistä nopeammin. Uudistuksen ansiosta vammaisuuksia voidaan jatkoissa myöntää pidemmäksi aikaa määräaikaisesti tai entistä useammin toistaiseksi.





Palstalla Kelan yhteistyökumppanit kertovat työstään ja lähettävät terveisiä Kelaan.



## ”Yhteistyö kantaa tai kaataa”

Antti Weckroth, kehityspäällikkö, A-klinikkasäätön Järvenpään sosiaalisairaala

**”PÄIHDEONGELMASTA TOIPUMINEN** on useimmiten vuosia kestävä prosessi, jossa on mukana lukuisia toimijoita ja hoitotahoja. Järvenpään sosiaalisairaala toteutettava laitoshoidon on osa tätä prosessia. Laitoshoitojakson onnistuminen edellyttää, että avohoito kantaa kokonaisvastuun ja toimii palveluketjun lennonjohtotornina. Ensimmäisen tärkeää on, että tavoitteet määritellään yhdessä asiakkaan kanssa ja että mukana määrittelemässä ovat kaikki olennaiset toimijat, kuten lähettävä taho ja palvelun tuottaja. Jos tässä epäonnistutaan ja osapuolille jää erilainen kuva laitoshoidon

tavoitteesta, ei tulos useinkaan ole hyvä. Hoitoon tullaan nyt maantieteellisesti yhä kauempaa. Hoitojaksoa edeltävät verkoston neuvottelut pidetäänkin usein videoyhteydellä. Etenkin asiakkailta on tullut siitä erittäin hyvää palautetta. Meillä Sosiaalisairaala on asiakkaita 70 kunnasta. Monelle Kelan myöntämä kuntoutusraha on ainoa toimeentulon lähde. On hienoa, että Kelan käytännöt eri alueille ovat viime vuosina yhtenäistyneet. Aiemmin ne saattoivat vaihdella alueittain. Päihdekuntoutus on viime vuosina muuttanut avohoitopainotteisemmaksi. Laitos-

hoitojaksoilla on edelleen paikkansa, mutta laitoshoidon pitää olla avohoidon työväline. Tällä ajattelulla olemme myös Sosiaalisairaala uudistaneet toimintaa ja palvelukulttuuria. Lääketieteen ammattilaiset ovat aiempaa enemmän mukana moniammatillisessa päihdekuntoutuksessa. Se toivottavasti kytkee päihdekuntoutuksen yhä tiiviimmin osaksi terveyspalveluja. Meidän pitää kuitenkin edelleen huolehtia myös psykososiaalisen kuntoutuksen monimuotoisuudesta.” ■

Johanna Hytönen

KUVA SARRI KUKKONEN

KUVA KELA



### TULOSSA Seminaari uudistuvista kuntoutuspalveluista syyskuussa

Työssä oleville suunnatut Kelan kuntoutuspalvelut uudistuvat vuonna 2016. AURA-kuntoutus korvaa ASLAK- ja TYK-kuntoutuksen. Lisäksi Tules-kursseille eli tuki- ja liikuntaelinsairauksien kursseille tulee uusi avomuotoinen kuntoutuspalvelu.

Esittelemme uudistuksia seminaarissa Finlandia-talossa 17.9.2015. Tilaisuuteen ovat tervetulleita työterveyshuoltojen, terveydenhuollon, työnantajien, ammattiliittojen ja yhdistysten edustajat. Voit seurata seminaaria myös verkossa. Lisätietoja ja ilmoittautuminen [www.kela.fi/aura-kuntoutus](http://www.kela.fi/aura-kuntoutus).

### PALVELUT Etuuksista useilla kielillä

Kela julkaisee vuosittain selkosuomeksi ja -ruotsiksi esitteet Eläkkeet, Koti ja perhe, Opiskelu ja asevelvollisuus, Muutto Suomeen ja Suomesta ulkomaille, Terveys ja kuntoutus sekä Työttömyys. Esitteitä voi tilata sähköpostilla osoitteesta [lomakevarasto@kela.fi](mailto:lomakevarasto@kela.fi). Esitteet ovat myös [kela.fi](http://kela.fi):ssä.

Tänä vuonna ilmestyvät myös näiden esitteiden kieliversiot englanniksi, venäjäksi, viroksi ja saameksi. Saamenkieliset ovat [kela.fi](http://kela.fi):ssä, muut lisäksi paperille painettuina.

### LAINSÄÄDÄNTÖ Kela ehdottaa asumistukien yhdistämistä

Kelan lainsäädännön kehittämissalkkuun kootaan vuosittain kehittämissuositukset, joita valmistellaan ministeriöiden kanssa tai joita esitetään valmisteltavaksi lähivuosina.

Kehittämistarpeet perustuvat asiakkailta, toimihenkilöiltä ja sidosryhmiltä saatuun palautteeseen sekä sisäisen valvonnan ja tutkimustoiminnan tuloksiin.

Tämän vuoden kehittämissalkussa yksi keskeinen ehdotus on asumistukien yhdistäminen. Kela maksaa asumistukia yhteensä yli 1,5 miljardia euroa vuodessa eläkkeensaajan asumistukena, yleisenä asumistukena, opintotuen asumislisänä sekä sotilasavustuksen asumisavustuksena.

Kehittämissalkkuun voi tutustua muun muassa Slideshare-palvelussa osoitteessa [slideshare.net/kela-fpa](http://slideshare.net/kela-fpa).



### PALVELUT Kysy Kelasta -palvelu laajenee

Asiantuntijat vastaavat verkossa lapsiperheitä, opiskelijoita ja nyt myös työttömiä askaruttaviin Kela-asioihin. Kysy Kelasta -palvelut toimivat eri päätelaitteilla, joten niitä voi käyttää myös älypuhelimella ja tablettitietokoneella. Palstoilla on tähän mennessä ollut jo 20 000–25 000 kävijää kuukausittain. Palstat ovat osoitteessa [kela.fi/kysy-kelasta](http://kela.fi/kysy-kelasta).





## Kela-asiaa yksissä kansissa

Uusi Elämässä-opas on suunnattu erityisesti niille, jotka eivät etsi tietoa verkosta.

**KELAN ASIAKASLEHTI** Elämässä–Mitt i allt on uudistunut samannimiseksi oppaaksi. Kaksikielisessä oppaassa on tiiviissä muodossa tietoa Kelan tuista ja palveluista. Oppaassa on myös lehdestä tuttuja ihmisläheisiä asiakastarinoita ja käytännöllisiä vinkkejä asiointiin. Aiheina ovat esimerkiksi lääkekorvaukset ja asiointi valtakirjalla toisen puolesta.

Oppaassa ovat selkeästi esillä Kelan eläkkeiden maksupäivät, palvelunumerot ja Kela-taksien tilausnumerot.

Uusi opas ilmestyy kerran vuodessa. Sitä ei jaeta kotitalouksiin, vaan asiakkaat voivat noutaa sen Kelan palvelupisteistä.

”Opas on suunnattu erityisesti niille asakkaille, jotka eivät ole aktiivisia verkossa”, kertoo kehittämisspäällikkö **Tua Kyrklund** Kelan viestinnästä.

”Tiedämme, että valtaosa suomalaisista käyttää internetiä päivittäin tai viikoittain. Kela.fi-sivuille tehtiin viime vuonna 24,4 miljoonaa käyntiä. Joka kotiin jaettava lehti ei ole enää tässä tilanteessa kustannustehokas ja järkevä tapa viestiä Kelan asakkaille.”

Vaikka viestinnän painopiste on siirtymässä nettiin, viesti kulkee näin myös niille, jotka eivät hae tietoa verkosta. Etuustietoa saa painettuna myös Kelan esitteistä.

### Mahtuu vaikka käsilaukkuun

Uutta opasta markkinoidaan asakkaille mainoskampanjalla muun muassa sanomalehdissä, uutiskirjeessä ja tiedotteissa sekä toimistojen ja apteekkien infonäyttöillä.

”Olemme markkinoineet ja lähettäneet opasta myös terveysasemille, sosiaalitoimistoille, apteekkeille, TE-toimistoille ja

TYP-pisteisiin. Toivomme kumppanien laittavan oppaita esille yhteisiä asiakkaitamme varten”, **Tua Kyrklund** sanoo.

Oppaasta otetaan 200 000 kappaleen ensipainos, ja lisäpainoksia tilataan tarpeen mukaan.

”Tarkoituksena on, että opas palvelee koko vuoden. A5-kokoinen opas on painettu melko tukevalle paperille. Se on kätevä ottaa mukaan asiointireissulla ja laittaa talletteen. Toisen oppaan voi viedä naapurille tai kaverille tuliaisiksi.”

”Lähetämme mielellämme opasta 20 tai 50 kappaleen nipuissa esimerkiksi potilastai eläkeläisjärjestöille, jotka haluavat jakaa opasta sitä tarvitseville. Järjestöt voivat tilata opasnippuja sähköpostitse osoitteesta [lo-makevarasto@kela.fi](mailto:lo-makevarasto@kela.fi)”, **Kyrklund** vinkkaa. ■

**Satu Kontiainen**

KUVA NANA LUITTO/KELA



## Kuntoutus on soten ydintehtävä

Terveystuon tulee tuottaa terveyshyötyä. Sosiaalipalvelujen tehtävä on auttaa parempaan elämänhallintaan. Näitä asioita ei voida kuntoutuksessa erottaa toisistaan: kuntoutuksen tehtävänä on parantaa ihmisen edellytyksiä toimia yhteiskunnassa ottaen huomioon molemmat edellä mainitut näkökulmat.

Kuntoutuminen on tavoitteellista toimintaa, ja kuntoutujan tavoitteet voivat asettua mille tahansa hänen tärkeistä elämänalueistaan. Kuntoutumiseen tarvitaan erilaisia toimenpiteitä – ohjasta, terapiaa, ympäristön muutostöitä, asenteiden muokkausta ja henkilökohtaisia apuvälineitä – yksilön tarpeiden mukaisesti.

Kuntoutus jaetaan lääkinälliseen, pedagogiseen, sosiaaliseen ja ammatilliseen kuntoutukseen. Tämä jako perustuu järjestäjätahon ammatilliseen osaamiseen ja sen ydintehtävään.

Kuntoutuja puolestaan tarvitsee ihmisen tai ihmisiä, jotka huomioivat hänen tarpeensa kokonaisuutena, ei pilkottuna kuntoutuksen osa-alueisiin.

Parhaiten tämä kokonaisvaltaisen ajatus muuten toteutuu valtion erityiskouluissa, joissa koulu vastaa kokonaisvaltaisesti oppilaidensa tarpeista – opetuksesta, lääkinällisestä kuntoutuksesta ja asumispalveluista. Valterikouluissa toteutuu soten ydintehtävä: tarpeet määrittävät sisällön, ja niihin vastataan yhteisvoimin. Mutta kaikkia kuntoutujia ei erityiskouluihin laiteta.

Harvinaissairaita eli harvinaisia sairauksia sairastavia on Suomessa noin 300 000 henkilöä. Heitä yhdistää paitsi diagnoosin ja hoidon käynnistymisen viivästyminen myös psykososiaalisen tuen ja usein pitkäkestoisien kuntoutuksen tarve. Näiden henkilöiden monialaisiin tarpeisiin vastaamiseksi perustetaan yliopistosairaaloihin parhaillaan osaamiskeskustoja.

Osaamiskeskukset eivät keskity vain lääketieteelliseen huippuosaamiseen, vaan keskustun on vastattava myös psykososiaalisen

tuen ja kuntoutuksen toteuttamisen sekä kehittämisen tarpeeseen. Olemme jälleen soten ytimessä: on huolehdittava sekä lääketieteellisestä hoidosta että yksilöllisiä tarpeita vastaavasta monialaisesta kuntoutuksesta avohoidossa.

Mutta toiminnan ja osallistumisen esteitä nousee myös arjesta. Niitä voivat olla niin kehon kuin mielenkin, yleisen toimintakyvyn tai fyysisen ja sosiaalisen ympäristön asettamat rajoitteet. Taas vaaditaan osaamista: toimintakykyyn vaikuttavat tekijät, niiden aiheuttamat toiminnan rajoitteet sekä henkilön voimavarat on tunnistettava. Pelkkä lääketieteellinen toimintakyvyn arvio ei tässä riitä. Nyt ytimessä on sote-yhteistyö kunnan sosiaalitoimen, päiväkodin, koulun, oppilaitosten ja työhallinnon kanssa.

Kuntoutumiseen ei aina tarvita ammattilaisia. Useimmiten siihen kuitenkin vaaditaan ammattilaisen antamia ohjeita ja kannustusta, joilla kuntoutujaa ohjataan aktiiviseen toimintaan. Kaikkien sosiaali- ja terveydenhuollon työntekijöiden tulisikin omaksua kuntouttava työote. Näin muutoksen mahdollisuus nähdään päivittäisessä työssä, asiakkaan arjessa. Asiakkaan kokonaisvaltaisen huomioiminen jokaisessa kohtaamisessa on sote-työtä parhaimmillaan.

Menetykset ja luopuminen ovat läsnä jokaisen sairastuneen ja vammautuneen elämässä. Jos kuntoutuja voi luottaa saavansa jotain menettämänsä tilalle, hän on jo ottanut askeleen eteenpäin. Tämän takia meidän täytyy varmistaa, että kuntoutus on sote-järjestelmän ytimessä, vaikka sen tuottajat ja kaikki toimijat vaihtuisivat ympäriltä. Tämän pitää näkyä myös tulevassa sote-uudistuksessa.

*Kuntoutumiseen ei aina tarvita ammattilaisia, ammattilaisen ohjeita kyllä.*

**Ilona Autti-Rämö**  
Johtava ylilääkäri



# ”Kuntoutujan pitää ottaa ohjat”

Hämeenlinnaisten Pia-Nina Vekan ja Jaana Helinin elämä mullistui, kun sairaus puhkesi. Kuntoutus on auttanut uuden alkuun, mutta kaikki ei ole sujunut aivan mutkattomasti.

TEKSTI Hanna Moilanen KUVAT Juuso Paloniemi



Pia-Nina Vekka osallistuu ratsastusterapiaan Kelan tukemana.



Pia-Nina Vekan arki täyttyy palaverista ja yhdistystoiminnasta. Myös kuntoutus vie oman aikansa.



**P**ia-Nina Vekka, 44, tulee rollaattorin avulla keittiöön ja nostaa kahvikupit pöydälle. Asuminen kolmikerröksisessä rintamamiestalossa tarkoittaa, että arkiliikuntaa kertyy kotonakin.

Vekka pudottelee keskustelussa sujuvasti kuntoutuksen termit ja etuuskien nimet. Elämä MS-taudin kanssa on opettanut paljon sekä kuntoutuksesta että sosiaali- ja terveyspalveluista. Välillä oppi on tosin tullut kantapään kautta.

”Ehkä on niin, että suutarin lapsella ei ole kenkiä. Olen näpökästi sanomassa toisille, että pitää huoli etuuksista, mutta omien etuuskien hoito jää vähän retuperälle”, Kanta-Hämeen neuroyhdistyksen ja Hämeenlinnan vammaisneuvoston puheenjohtajana toimiva Vekka naurahtaa.

#### Apua kurssilta

Vuosien kuluessa Pia-Nina on matkustanut sopeutumisvalmennukseen ja kahdesti lääkinnälliseen kuntoutukseen Maskuun Neuroliiton ylläpitämään kuntoutuskeskukseen. Säännöllinen fysioterapia omalla ko-

tipaikkakunnalla tukee liikkumista. Pia-Ninan MS-tauti puhkesi lähes 20 vuotta sitten.

”Sopeutumisvalmennuskurssi oli äärettömän hyvä. Suosittelen sitä kaikille. Sieltä sai vinkkejä puheterapiasta uroterapiaan. Muistan vieläkin, miten puhuessa kannattaa rentouttaa suunalueen lihaksia”, Vekka kertoo.

Sopeutumisvalmennus on tarkoitettu ensitiedon pakettiksi sairastuneelle. Valmennuksessa pureudutaan kuntoutujan tilanteeseen ja etsitään keinoja mahdollisimman täysipainoiseen elämään sairauden kanssa.

Pia-Nina pääsi harkinnanvaraiseen kuntoutukseen, kun hän pohti lisäapuvälineiden ottamista arkeen. Ajatuksena oli, että 17 vuorokauden kuntoutusjaksolla testattaisiin erilaisia välineitä ja opeteltaisiin niiden käyttöä.

”Sain laitosjaksolta hyviä kuntosalivinkkejä ja innostuin liikkunnasta. Kuntoutuksessa opettelin myös katetroimaan itse”, Vekka muistelee.

Viime vuosina Vekka on Kelan tukemana voinut osallistua myös ratsastusterapiaan kotikaupungissaan Hämeenlinnassa. Terapiassa ratsastetaan ilman satulaa ja tehdään eri-

laisia liikkeitä hevosen liikkumisen tahtiin.

”Ratsastusterapia ei ole mitään mukavaa ratsastelua, vaan se on tosi rankkaa. Olen aina hirveän väsynyt jälkeenpäin. Mutta ratsastusterapia vaikuttaa keskivartalon hallintaan ja tasapainon ylläpitämiseen niin paljon, että olen taas hakenut oikeutta uuteen jaksoon.”

#### ”Paranin yhdessä yössä”

Yllättävä muutos Pia-Nina Vekan elämässä tapahtui vuosi sitten keväällä, kun hän pääsi työkyvyttömyyseläkkeelle. Eläkepäätöksellä oli odottamattomia seurauksia.

”Viranomaisten silmissä paranin yhdessä yössä”, Vekka kärkehtää.

Työelämässä olevien ja eläkkeelle jääneiden kuntoutuksen tarvetta arvioidaan osittain eri tavalla. Aiemmin Vekka sai korotettua vammaistukea. Eläkepäätöksen jälkeen vammaistuen korvasi aiempaa etuutta pienempi hoitotuki.

”Ei kuntoni oikeasti ole parantunut. MS-sairaus on kuin korttipeli. Joka aamu tai ainakin viikoittain jaetaan uudet kortit. Jokainen jaettu käsi on yleensä edellistä huo-

## Sairaus on kuin korttipeli. Jokainen jaettu käsi on yleensä edellistä huonompi.

noppi, mutta niillä korteilla on pelattava. Se tuntuu välillä aika masentavalta.”

Vekka sai aiemmin yksilöllistä fysioterapiaa Kelan maksamana kaksi kertaa viikossa. Uudessa tilanteessa siihen tai Kelan korvaamiin laitokuntoutuksiin ei enää ole samalla tavalla oikeutta.

”Töissä olevat ovat yhteiskunnalle tärkeämpiä. Olen yrittänyt muistuttaa itselleni, että minäkin olen tärkeä esimerkiksi järjestöissä tekemäni vapaaehtoistyön vuoksi”, Vekka sanoo.

”Ihmisen elämä ei lopu siihen, kun hän jää eläkkeelle. 65-vuotias on tänä päivänä aika nuori ja 45-vuotias on tosi nuori. Osa jää eläkkeelle vieläkin aiemmin.”

#### Ei saa kaunistella

Nykyisin Vekka käy fysioterapiassa sairaanhoitopiirin myöntämien palvelusetelien avulla, koska hän saa uudenlaista MS-lääkettä erikoissairaanhoidossa. Jos lääkitys olisi tavanomaisempi, Vekan pitäisi etsiä fysioterapiaa paikallisesta terveyskeskuksesta.

”Fysioterapian merkitys on minulle suuri. Sen ansiosta pystyn kävelemään rollaattorin kanssa yksin kaupungilla ja ylipäätään osallistumaan yhteiskunnan toimintaan”, Vekka pohtii.

”Hakemuksia täytettäessä ei saisi yhtään kaunistella omaa tilannetta. Mietin jatkuvasti, olisiko tukipäätös ollut erilainen, jos olisin osannut täyttää hakemuksen tarkemmin ja yksityiskohtaisemmin. Yritän hakea korotettua hoitotukea ja vaikeavammaisen statusta uudelleen.”

#### Oppisopimuksella uuteen ammattiin

Nelikymppinen iittalalainen Jaana Helin kertoo arjestaan kasvat intoa hehkuen.

”Tykkään järkyttävän paljon työstä ja opiskelusta. Oppisopimuskoulutuksen rikkauks on se, että meidän luokalla jokaisella on erilainen työpaikka. Keskustelu ja kokemusten vertailu ovat todella antoisia.”

”Asiat järjestyvät, kun osaa pyytää apua”, ammatillisen kuntoutuksen avulla lähihoitajaksi opiskeleva Jaana Helin sanoo.



## Monialaista kuntoutusta kehitetään

Suomalainen kuntoutusjärjestelmä on monialainen. Se koostuu useista itsenäisistä osajärjestelmistä, joita myös rahoitetaan eri tavoin. Kuntoutuksen kehittämiseksi selkiytetään vastuita, huomioidaan kuntoutujien yksilöllisiä tarpeita sekä parannetaan ohjausta ja koordinaointia. Esimerkiksi seuraavia uudistuksia on jo tehty.

- Kuntoutusta on viime vuosina kehitetty asiakaslähtöisesti aikaisempaa avomuotoisempaan ja kevyempään suuntaan. Nyt korostetaan kuntoutujan aktiivisuutta ja osallistumista tukevaa toimintatapaa. Lisäksi kuntoutus toteutetaan lähellä kuntoutujan tavallista arkea, työtä ja elinympäristöä.
- Kuntoutukseen pääsyä katsotaan nykyisin kokonaisvaltaisemmin eli ei

pelkästään lääketieteellisten kriteerien perusteella. Kelan ammatillisen kuntoutuksen myöntämisedellytyksissä on vuoden 2014 alusta alkaen huomioitu sairauden lisäksi myös elämäntilanne.

• Lainsäädännön uudistamisen ansiosta Kela voi maksaa osakuntoutusrahaa 1.10.2015 alkaen. Näin kuntoutus ja työ voidaan yhdistää aikaisempaa joustavammin. Kuntoutusta voidaan toteuttaa paremmin myös avomuotoisena.

• Vaikeavammaisten lääkinnälliseen kuntoutukseen pääsy ei enää 1.1.2016 alkaen riipu vammaisuuden saamisesta. Muutoksen ansiosta kuntoutus voi alkaa oikea-aikaisemmin. Lakimuutoksen on arvioitu vuosittain lisäävän kuntoutukseen oikeutettujen henkilöiden määrää noin 7 700 henkilöllä.





”Opiskelumotivaatio on paljon vahvempi kuin nuorempana”, Jaana Helin pohtii.

## Lääkäriajasta muistutetaan, mutta kuntoutuksesta kukaan ei muistuttele.

Pari vuotta sitten tunnelmat olivat hyvin erilaiset. Helin oli työskennellyt vajaat 10 vuotta tehtaassa kolmivuorotyössä tuotteiden tarkastuksessa, pakkaamossa ja lähettämässä. Työuraa kuitenkin rikkoivat pitkät sairauslomat. Aiemmin todettu astma ei selittänyt toistuvia keuhkoputkentulehduksia ja keuhkokuumeita.

”Vuonna 2012 sain lopulta diagnoosiksi bronkiektasian eli keuhkoputkien laajentuman. Sen jälkeen itsehoitokeinoja on löytynyt helpommin”, Helin sanoo.

Koska työuraa on nelikymppisellä vielä reilusti jäljellä, Jaana alkoi selvittää työterveyshuollon kanssa mahdollisuutta ammatilliseen kuntoutukseen. Sen avulla oli mahdollista kokeilla uutta alaa ja kouluttautua toiseen ammattiin.

Elokuussa 2013 Jaana sai kirjeen, jossa Eläkeyhtiö Varma kertoi hyväksyneensä Jaanan kuntoutushakemuksen. Helin pääsi kuntoutustuen turvin etsimään uutta uraa työvalmennuksen ja työkokeilujen avulla.

Nyt Jaana Helin opiskelee oppisopimuksella lähihoitajan ammattiin. Hän tekee työtä kuntouttavan työtoiminnan työvalmentajana. Työn rinnalla on opiskelupäiviä noin kerran viikossa ja erilaisia kirjallisia etätehtäviä.

### Kelpaanko vielä?

Opin tielle lähteminen ei ollut pitkän tauon jälkeen erityisen helppoa. Läheisten apu ja tuki ovat olleet korvaamattoman tärkeitä.

”Jännitin pääsykokeita tosi paljon. Mietin, kelpaanko mihinkään ja ottaako kukaan minua enää töihin”, Helin muistelee.

”Vielä opiskelu- ja työpaikan löytymisen jälkeenkin pohdin, pärjääkö, pystynkö ja jaksanko. Miten yhdistän uuden alan, työn, opiskelun, oman sairauden ja murrosikäiset lapset?”

Käytännössä kaikki on sujunut hyvin. Ammatillisen kuntoutuksen ansiosta uuden alan opiskelu on taloudellisesti mahdollista kuntoutusrahan turvin.

### Täytyy osata vaatia

Suomalaista kuntoutusjärjestelmää on pidetty hajanaisena. Monialaisessa järjestelmässä kuntoutusvastuu jakautuu useille eri tahoille ja osajärjestelmiä myös rahoitetaan eri tavoin.

Kuntoutujalle hajanaisuus näkyy muun muassa siten, että jokaista etuutta tai palvelua on haettava erikseen ja usein vielä eri osoitteesta. Osa papereista lähtee Kelaan ja osa esimerkiksi kunnan eri yksiköihin.

”Henkilökohtaista avustajaa, auton ajon-

hallintalaitteita, toimeentuloetuksia, kuntoutusta, asunnonmuutostöitä ja erityiskorvattavia lääkkeitä haetaan kaikkia erikseen”, Pia-Nina Vekka havainnollistaa.

”Palveluputkesta voi luiskahtaa pois koska vaan, jos ei itse ole riittävän vahva ja heireillä. Hammaslääkäriajasta tulee muistutus postitse, mutta kuntoutusasioissa kukaan ei muistuttele. Täytyy itse olla tarkkana, että pysyy perillä hakuajoista ja muutoksista.”

Myös Jaana Helin on törmännyt palvelujärjestelmän hajanaisuuteen. Vaikka Helin pohti uutta ammatinvalintaa Kiiipulasäätiön työvalmentajan kanssa, hänet velvoitettiin vastaavanlaiseen keskusteluun paikalliseen työ- ja elinkeinotoimistoon.

Jo kuntoutusmahdollisuuksia selvittäessään Helin huomasi, että samasta asiasta pitää jaksaa puhua ja kysyä tarpeeksi monelta. Ensimmäiseen ei-vastaukseen ei pidä tyytyä. Kannattaa kysyä niin kauan, että saa kysymyksensä ymmärrettävät vastaukset ja perustelut.

”Eivät vastaukset ole koskaan tulleet tarjottimella. Nettisivuja ja esitteitä on, mutta eivät kipeät ihmiset niitä jaksaa lukea. Usein sairaiden elämä on yritystä selvitä päivä kerrallaan. Siinä tilanteessa pitäisi neuvoa enemmän, kun ihminen tulee tiskille tai soittaa.”

Yhdistyksissä aktiivisesti toimiva Pia-Nina toivoo, että Kela panostaisi enemmän vuorovaikutukseen kolmannen sektorin ja vapaaehtoistoimijoiden kanssa.

”Olemme pyytäneet Kelasta virkailijaa tai paikallisjohtoa keskustelemaan esimerkiksi kerran vuodessa kuntoutujien kanssa. Tämä ei ole vielä onnistunut.”

”Meille, jotka olemme riippuvaisia Kelasta, ei saisi tulla tunnetta, että meitä ei uskalta kohdata. Voimme myös kertoa omista kokemuksistamme, jolloin syntyisi vuorovaikutusta.” ■



# Yksilöllisempää kuntoutusta

Uusi AURA-kuntoutus käynnistyy vuoden 2016 alussa. Se korvaa ASLAK- ja TYK-kuntoutuksen. Uuden palvelun suunnittelussa on käytetty hyväksi mittavaa selvitystä kuntoutujien kokemuksista.

## 1 MIKÄ ON AURA-KUNTOUTUKSEN TAVOITE, SUUNNITTELIJA LEENA PENTTINEN JA ASiantuntijalääkäri KIRSI VAINIEMI?

Kuntoutus on yksi yhteiskunnan merkittävimmistä sijoituksista. AURA-kuntoutuksen tavoitteena on tukea kuntoutujan ammatillista kehitystä ja samalla edistää talouskasvua vahvistamalla työkykyä ja työn tuottavuutta. Kuntoutuksen ansiosta kuntoutujat pysyvät pidempään työelämässä.

## 2 MITKÄ OVAT SUURIMMAT MUUTOKSET ASLAK- JA TYK-KUNTOUTUKSEEN VERRATTUNA?

ASLAK- ja TYK-kuntoutus luotiin aikaan, jolloin kuntoutettavat työskentelivät pääasiassa fyysisesti kuormittavissa ammateissa. Työntekijät kärsivät nyt useammin kiireen, jatkuvien muutosten ja huonon työilmapiirin vaikutuksista.

AURA-kuntoutus on aina täsmäkuntoutusta tietylle työpaikalle. Kuntoutuksessa on mukana kuntoutettavan esimies, sillä hän pystyy vaikuttamaan suoraan kuntoutujan työolosuhteisiin.

Kuntoutusmalli on aiempaa joustavampi – kuntoutuja voi esimerkiksi itse valita palveluntarjoajan. Kuntoutusta voi hakea milloin vain, ja se pyritään käynnistämään niin pian kuin mahdollista. Yleensä kuntoutus on vauhdissa jo 2–3 kuukauden kuluttua hakemisesta.

Kuntoutukseen voi saada kuntoutusrahaa tai lokakuun alusta alkaen myös osakuntoutusrahaa. Kuntoutusrahan suuruus on 75 % palkasta eli aiempaa enemmän.

## 3 KUKA VOI HAKEA AURA-KUNTOUTUKSEEN?

AURA-kuntoutusta voivat hakea alle 67-vuotiaat henkilöt, jotka ovat vakituisessa työsuhteessa tai jotka työskentelevät määräaikaissuhteissa, toistuvissa työsuhteissa tai yrittäjänä.

Kuntoutukseen valitaan henkilöitä, jotka tarvitsevat kuntoutusta kuormittuneisuuden, jaksamisvaikeuksien tai sairauksien vuoksi. Päätökset tehdään yksilöllisesti kokonaistilanteen pohjalta. Hakijan tilanteeseen liittyvät riskit arvioidaan tutkimustiedon ja tilastojen perusteella.



Leena Penttinen ja Kirsi Vainiemi luovat AURA-kuntoutusta.

Kuntoutustarpeen taustalla voivat olla muutokset työssä tai henkilön vähäiset mahdollisuudet vaikuttaa omaan työhönsä. Nämä voivat näkyä työsuorituksen heikentymisenä, kuormittuneisuuden kokemuksena tai jatkuvasta kuormituksesta aiheutuvinä, työkykyä heikentävinä terveysongelmina.

## 4 MITEN AURA-KUNTOUTUKSEEN HAETAAN?

AURA-kuntoutus on kurssimuotoista. Kurssia voi hakea työterveyshuolto, terveydenhuolto, liitto tai yhdistys. Yksittäiset asiakkaat voivat hakea AURA-kuntoutukseen, jos kuntoutustarve on todettu työterveyshuollossa tai julkisessa tai yksityisessä terveydenhuollossa.

## 5 MIKÄ ON TYÖNANTAJAN JA TYÖTERVEYSHUOLLON ROOLI AURA-KUNTOUTUKSESSA?

Kuntoutusyhteistyö työterveyshuollon ja työpaikan toimijoiden välillä on ensiarvo-

sen tärkeää kuntoutujan työkyvyn ylläpitämiseksi tai palauttamiseksi. Kuntoutus alkaa ja päättyy työterveyshuollossa. Yhteistyössä sovitaan vastuualueet, roolit ja tehtävät. Esimies sitoutetaan yhteistyöhön alusta asti, sillä hän on ainoa, joka voi pysyvästi muuttaa kuntoutujan työolosuhteita. AURA-kuntoutuksessa otetaan huomioon myös työnantajan etu.

## 6 MITEN KUNTOUTUJAN TYÖTEHTÄVÄT JA YKSILÖLLISET TARPEET OTETAAN HUOMIOON KUNTOUTUKSEN SUUNNITTELUSSA?

Kuntoutujan tilanne arvioidaan kuntoutujan, kuntoutujan esimiehen ja työnantajan sekä palveluntuottajan ja työterveyshuollon kesken. Samalla määritellään tavoitteet ja osatavoitteet. Apuna käytetään esimerkiksi työhyvinvoinnin määrittelyyn ja masennuksen toteamiseen suunniteltuja yleisiä testejä. Palveluntuottaja sopii ensimmäisen tapaamisen. ■

Johanna Hytönen





# Kuntoutus tuli arkeen

Valtiontalouden sopeutustoimet leikkaavat tänä vuonna noin 13 milj. euroa Kelan harkinnanvaraisen kuntoutuksen määrärahoista. Toimintaa tehostamalla palvelun taso saadaan kuitenkin pidettyä lähes ennallaan.

TEKSTI Jukka Nortio KUVITUS Kati Närhi

**H**arkinnanvaraisen kuntoutuksen määrärahojen leikkaus merkitsee yli 10 %:n pudotusta toimintamenoihin. Kuntoutuskustannukset ovat vuosittain olleet 80–90 milj. euroa. Lisäksi eduskunta päätti, ettei rahoitukseen tule vuosina 2015–2017 indeksikorotuksia.

”Onhan tämä aika iso vähennys, jonka kanssa joudumme nyt elämään”, sanoo Kelan harkinnanvaraisesta kuntoutuksesta vastaava kehittämisspäälikkö **Tuula Ahlgren**.

Ahlgrenin tiimin tehtäviin kuuluu sekä harkinnanvaraisen kuntoutuksen suunnittelu ja budjetointi että palvelujen sisältöjen kehittäminen.

## Yksilöllinen kuntoutus supistuu

Kelassa kuultiin tulevista leikkauksista ensi kerran keväällä. Ne varmistuivat lopullisesti vuoden 2015 budjettiriihen aikana kesällä 2014. Kelassa on ollut aikaa päättää, kuinka palvelut sopeutetaan uuteen tilanteeseen.

Yksilölliset kuntoutusjaksot ovat ensimmäinen asia, josta tingitään. Vuonna 2014 kuntoutujia oli 5 900, ja tänä vuonna määrän arvioidaan vähenevän 5 500:aan. Määrän supistuksella säästetään noin milj. euroa.

”Olemme asettaneet kiintiöitä eli selkeän vuosittaisen budjettirajoitteen nyt ensi kerran yli kymmeneen vuoteen. Kun-

toutusjaksojen määrä vähenee, ja kuntoutusanomusten hylkäämisprosentti nousee”, Ahlgren sanoo.

Yksilölliseen kuntoutukseen on osallistunut kaikenikäisiä kuntoutujia, mutta suurin osa heistä on ollut työikäisiä.

”Yksilöllisessä kuntoutuksessa meillä on ollut paljon haastavampia asiakkaita kuin useimmissa muissa harkinnanvaraisen kuntoutuksen ryhmämuotoisissa kuntoutuksissa. Monilla asiakkailla on useita diagnooseja sekä muita toimintakyvyn puutteita, jotka rajoittavat heidän osallistumistaan ryhmämuotoiseen kuntoutukseen”, Ahlgren sanoo.

Määrärahoja on lisäksi supistettu kautaltaan lukuun ottamatta nuorten ADHD-kuntoutujien ja omaishoitajien kuntoutusta.

## Kuntoutuslinjoja yhdistetään

Myös palvelulinjoja on karsittu. Tämä koskee esimerkiksi syövän sekä sydän- ja verisuonitautien hoitoon liittyvää kuntoutusta.

”Syövän palvelulinjoja on ollut aiemmin seitsemän. Osa niistä loppuu ja yhdistetään suurempiin kokonaisuuksiin”, Ahlgren sanoo.

Osa tiettyjen sairausryhmien omista kursseista lopetetaan kokonaan. Tämä ei kuitenkaan tarkoita, että näiden sairausryhmien asiakkaat jäisivät heitteille. Heille on



edelleen tarjolla muita kuntoutuskursseja.

Esimerkiksi fibromyalgiakuntoutujien kursseja lopetetaan. He voivat kuitenkin edelleen hakea muun muassa ASLAK- ja Tules-kursseille, jotka ovat monelle heistä sopiva kuntoutusmuoto.

### Avokuntoutus yleistyy

Merkittäviä kustannussäästöjä saadaan, kun kuntoutuskurssien toteutustapa muutetaan laitosmuotoisesta kuntoutuksesta avokuntoutukseen. Kuntoutettavat käyvät kursseilla tulevaisuudessa yhä useammin kotoaan käsin. Näin säästetään majoituskustannuksissa.

”Lokakuun alussa 2015 käyttöön otetaan osakuntoutusraha. Se mahdollistaa täysin avomuotoisen kuntoutuksen. Tämä vaikuttaa ensi vuoden alussa alkaviin kursseihin”, Ahlgren sanoo.

Kelan laskelmien mukaan säästöt voivat olla 5 000–10 000 euroa kurssia kohden. Vuodesta 2016 alkaen järjestetään yli 200 avomuotoista Tules-kurssia. Jo tällä keinolla säästetään vajaat kaksi milj. euroa vuodessa. Avomuotoisten kurssien määrä lisääntyy myöhempinä vuosina, kun niitä järjestetään myös muiden suurien sairausryhmien kuntoutujille.

### Täydentää senioripalveluja

”Keski-ikäiset ja työssä käyvät ovat harkinnanvaraisen kuntoutuksen suurin asiakasryhmä. Kuntoutettavista 70 % on työs-

sä käyviä”, kertoo Kelan kuntouspäällikkö **Tiina Huusko**.

Harkinnanvaraisessa kuntoutuksessa ei ole yläikärajaa toisin kuin subjektiiviseen oikeuteen perustuvassa kuntoutuksessa, joka on kohdennettu alle 65-vuotiaille.

”Täydennämme hyvin terveydenhuollon palveluja ikäihmisille. Hyvä esimerkki ovat omaishoitajien kuntoutuskurssit”, Huusko sanoo.

Kuntoutusmäärärahojen leikkaukset eivät merkitse sitä, että kuntoutettavien määrä laskee. Kelan alustavien laskelmien mukaan näin kuitenkin käy harkinnanvaraisessa kuntoutuksessa, jossa kuntoutettavien määrä laskee vuoden 2014 lähes 45 000 asiakkaasta 39 000 asiakkaaseen vuonna 2017.

Osa kuntoutettavista siirtyy subjektiivisen oikeuden palveluiden piiriin. Näin

Avomuotoisten  
Tules-kurssien  
ansiosta säästetään  
vajaat 2 milj. euroa  
vuodessa.

odotetaan tapahtuvan esimerkiksi vaikeavammaisten kuntoutuksessa, jota koskeva lainmuutos astuu voimaan vuoden 2016 alussa. Heitä arvioidaan siirtyvän subjektiivisen oikeuden kuntoutuspalveluiden piiriin 1 500–2 000.

### Vaikuttavuus selville

Kuntoutuspalvelujen kustannusvastaavuutta ja vaikuttavuutta seurataan yhä tarkemmin. Jo palvelujen hankintaan kiinnitetään huomiota.

”Me määrittelemme palvelujen laatu- ja sisältökuvaukset, kilpailutamme ne ja ostamme kaikki palvelut parhaat tarjoukset tehneiltä yksityisiltä toimijoilta”, Huusko sanoo.

Palvelujen vaikutuksia mitataan monella tavalla.

”Meillä on hyvin yksityiskohtainen toiminnan seuranta ja raportointi. Tiedämme tarkoin, minkälaista palvelua missäkin on tarjottu millekin ryhmälle ja mitä palvelut ovat maksaneet. Seurantatutkimuksilla selvitämme, miten kuntoutus on vaikuttanut. Tämän lisäksi meillä on paljon kehittämishankkeita, joihin liittyy aina vaikuttavuusarviointi”, Huusko kertoo.

Kela on ollut keskeisenä toimijana mukana Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen kansallisessa toimintakykyverkostossa, jossa on arvioitu erilaisten menetelmien ja mittaristojen käyttökelpoisuutta muun muassa kuntoutuspalveluiden tuloksellisuuden mittaamisessa. Tämän seurauksena on luo-

tu standardimittaristo, jolla palveluiden vaikuttavuutta voidaan tasapuolisesti arvioida.

”Meillä on lisäksi käytössä määrämuo- toiset palveluntuottajien vuosiraportit sekä kuntoutujien antamat asiakaspalautteet, jotka antavat yhdessä meille hyvän kokonaiskuvan palveluiden tasosta”, Huusko sanoo.

### Kysyntä vaihtelee

Budjettileikkaukset osuvat moniin suosituimpiin kuntoutuskursseihin, joita aiemmin voitiin järjestää kysynnän mukaan lisää. Nyt tilanne saattaa muuttua.

”Kurssit tulevat täyteen, ja joudumme siksi tekemään hylkääviä päätöksiä. Tällainen tilanne meillä on jo nyt muun muassa lasten ja nuorten ADHD-kurssien kanssa, vaikka se on alue, josta emme haluaisi missään tilanteessa tinkiä. Kysynnän kasvaessa meillekin tulee jossain vaiheessa raja vastaan”, Ahlgren harmittelee.

Kurssien kysyntään vaikuttavat muun muassa diagnosimäärien vaihtelu ja kurseista asiakasryhmien sisällä vaihdetut kokemukset. Myös sillä on merkitystä, kuinka tietoisia Kelan kurseista asiakkaat ovat. Esimerkiksi ADHD-diagnooseja tehdään koko ajan enemmän, ja siksi kurssikysyntä kasvaa jatkuvasti.

Joissakin sairausryhmissä kuntoutuksen tarve selkeästi vähenee. Esimerkiksi syöpä-, reuma- ja sydänsairauksien hoidot ja lääkitys ovat kehittyneet niin, että kuntoutuksen tarve on vähentynyt.

Vaikka palvelulinjoissa on kauttaaltaan supistuksia, luodaan samalla myös uusia palveluita niitä tarvitseville asiakasryhmille.

”Narkolepsiaa sairastaville nuorille järjestämme nyt ensimmäisen kerran muuttaman kurssin, sillä lapsena narkolepsiaan sairastuneet ovat nyt siinä iässä, että he ovat kuntoutuksen tarpeessa”, Huusko sanoo.

Toinen uutuuksia ovat ammattikouluopiskelijoille suunnatut OPI-kurssit, joilla tuetaan oppimisvaikeuksista, masennuksesta tai ahdistuneisuudesta kärsiviä nuoria.

”Teemme näitä kursseja yhteistyössä noin kymmenen ammattikoulun kanssa siten, että opettajat osaavat ohjata tukea tarvitsevia opiskelijoita kursseille”, Huusko sanoo.

### Miltä tulevaisuus näyttää?

”Olemme onnistuneet tehostamaan toimintaa ja leikkaamaan palveluita niin, että kuntoutuspalvelujen määrä vastaa kohtuullisesti asiakastarpeita. Mikäli toimintanedellytykset vielä heikkenevät, joudumme huomattavasti suurempiin leikkauksiin”, Ahlgren sanoo.

Kustannusjähdin pakottama toiminnan tehostaminen ei ole ollut pelkästään negatiivinen kokemus.

”Kelan rooli kehittyä koko ajan. Opimme luomaan uudenlaisia palveluja sekä kehittämään olemassa olevia kuntoutusmuotoja edelleen asiakkaitamme paremmin palveleviksi”, Huusko summaa. ■



## ”Rahoitusmalli suurin haaste”

Helsingin yliopistollisen keskussairaalan johtava ylilääkäri, sisätautien ja kuntoutuksen toimialajohtaja **Jukka Louhija** katsoo kuntoutusmaailmaa kriittisesti julkisen terveydenhuollon ja lääketieteen näkökulmasta.

”Kuntoutus on meillä jäljessä länsieurooppalaisesta tasosta. Kuntoutus on laitoskeskeistä, mikä ei läheskään aina ole järkevää. Erityisesti ikäihmisten kuntoutus on jäänyt meillä jälkeen alan kehityksestä”, Louhija kritisoi.

Rahoituksen taso ei ole suurin haaste vaan nykyinen monikanavainen rahoitusmalli.

”Meillä palaa Ruotsiin verrattuna paljon rahaa monikanavapompotteluun ja byrokraatiaan”, Louhija sanoo viitaten Kelan ja julkisen terveydenhuollon työnjakoon ja päällekkäisyyksiin.

Harkinnanvaraisen kuntoutuksen kohdistaminen on Louhijan mukaan vaikeiden valintojen tekemistä, jossa lääketieteelliset perusteet eivät valitettavasti aina ratkaise. Jakoperus-

teissa on vanhoja toimintatapoja, joilla ei ole lääketieteellistä pohjaa.

”Meidän pitää keskittyä asioihin, joista saadaan suurin hyöty. Esimerkiksi työ- ja toimintakyvyn palauttaminen vaikean vammautumisen jälkeen on sellaista. Toisaalta pitäisi arvioida kriittisesti palveluja, jotka ovat kuntoutuksen saajille mukavia mutta joilla ei juurikaan saavuteta hyötyjä.”

Louhija peräänkuuluttaa kuntoutuspalvelujen valinnoissa riippumatonta ja ammattimaista arviointia. Asiantuntemusta tarvitaan erityisesti nyt, kun valintoja pitää tehdä supistuvien määrärahojen vuoksi.

”Politiittisesti sopivia ratkaisuja on helppo tehdä. Ne voivat olla sekä taloudellisesti että lääketieteellisesti vääriä. Päätöksenteon pohjaksi tarvitaan ennen kaikkea alan asiantuntemusta. Tässä asiassa muut Pohjoismaat ovat meitä edellä”, Louhija sanoo.



Meillä palaa rahaa monikanavapompotteluun ja byrokraatiaan, moitti johtava ylilääkäri Jukka Louhija.

KUVA TIMO LÖFGREN





# Määräkö hinta liikaa?

Pyysimme professori Pekka Rissasta arvioimaan Kelan laituskuntoutuksen kilpailutuksen ja valintakriteerit. Auttavatko ne löytämään parhaat kumppanit, ja mikä vaikutus on kansallisella hankintalailla?

TEKSTI Hanna Moilanen KUVAT Laura Vesa

**K**ela hankkii vuosittain laituskuntoutusta lähes 57 000 kuntoutujalle yhteensä noin 145 milj. eurolla.

”Kelassa on selkeästi mietitty, mitä halutaan ostaa. Hankintatoimi on järjestetty erittäin ammattimaisesti”, kehuu terveystaloustieteen professori **Pekka Rissanen** Tampereen yliopistosta.

Käytännössä Kela muotoilee itse ostamansa palvelut. Palvelukuvauksen eli kuntoutuksen standardin laatiminen käynnistyy jopa 2–3 vuotta ennen varsinaista hankintaa. Standardin työstämisessä hyödynnetään uusinta tutkimustietoa, kehittäjäkokemusta ja asiakaspalautetta. Lisäksi pyydetään kommentteja palveluntuottajilta.

”Kelan palvelukuvaukset ovat huolellisesti laadittuja. Kuitenkin käytännössä kaikki palveluntuottajat pystyvät osoittamaan, että heillä on palvelukuvauksissa vaadittu henkilöstö joko olemassa tai saatavissa, jos kilpailutus voitetaan”, Rissanen arvioi.

Kelalle palveluja tuottavat yritykset eivät pärjää taloudellisilla mittareilla.

Koska laatu kriteerit eivät erottele palveluntuottajia riittävästi toisistaan, hinta jää käytännössä määrääväksi tekijäksi.

”Tämä on johtanut välillä vähän kummalliin hankintoihin. Erittäin hyvälaatuiset ja tunnustetut palveluntuottajat ovat hävinneet noviiseille, joilla ei ole paljonkaan näyttöjä kuntoutusohjelmien toteuttamisesta.”

## Kuntoutuslaitokset ahtaalla

Muutaman vuoden takaisessa selvityksessä tutkijat huomasivat, että Kelan kilpailutusten myötä osa kuntoutuslaitoksista on joutunut tiukoille.

”Yritykset, jotka tuottivat kuntoutuspalveluja pääasiassa Kelalle, olivat taloudellisilla mittareilla mitattuina huonossa kunnossa verrattuna muihin laituskuntoutusta tuottaviin yrityksiin”, Pekka Rissanen kertoo.

Tutkimus ei kerro, mikä kehitystä selittää. Onko kilpailu niin kovaa, että se pakottaa tekemään liian edullisia tarjouksia? Tarjouksia voi pitää liian halpoina, jos niistä ei jää katetta esimerkiksi kiinteistöjä ylläpitäviin investointeihin.

”Voi myös olla, että kuntoutuslaitoksilla ei ole riittävästi liiketoimintaosaamista eli tarjouksiin ei osata laskea kaikkia kustannuksia”, Rissanen pohtii.

Kansallista hankintalakiä uudistetaan parhaillaan. Uusi laki on tarkoitus saattaa voimaan keväteen 2016 mennessä. Pekka Rissasella on muutamia evästyksiä.

”Aika mekaanisesta kilpailuttamisesta pi-

täisi päästä joustavuuteen ja harkinnanvaraisuuteen sosiaali- ja terveyspalvelujen hankinnassa”, Rissanen arvioi.

”Esimerkiksi hyvin sujunut yhteistyö voisi olla hankinnassa yhtenä kriteerinä. Kenties jopa niin, että palvelujen ostamista voisi jatkaa suoraan ilman kilpailutusta.”

## Katse tuloksellisuuteen

Keskeisenä kehittämiskohteena Pekka Rissanen nostaa esiin laatu kriteerit. Niiden avulla olisi pystyttävä arvioimaan kuntoutuksen vaikutuksia paremmin.

”Pitäisi kysyä, miten tehdyt toimenpiteet vaikuttavat asiakkaan tilanteeseen ja saako hän tarvitsemansa avun”, Rissanen ehdottaa.

Tämä on helpommin sanottu kuin tehty. Rissanen mukaan ongelma on pitkälti hankintalain seurausta. Laki itsessään on tiukka ja sitä tulkitaan markkinaoikeudessa tiukasti.

”Palvelujen ostajien täytyy pystyä todentamaan laatu kriteerit yksiselitteisesti”, Rissanen kertoo.

Toisin sanoen laatumittarien täytyy olla hyvin konkreettisia. Esimerkiksi henkilökunnan määrää ja osaamistasoa on helppo verrata. Vaikutusta kuntoutujan toimintakykyyn on huomattavasti vaikeampi mitata.

Haasteeseen on silti Kelassa jo tartuttu. Muutamissa kuntoutuspalveluissa on laadittu kokeilemaan tuloksellisuuden raportointia. Ensimmäinen tuloksellisuusraportti saadaan vuonna 2016.

>>



Laatu kriteerit eivät erottele palveluntuottajia riittävästi, toteaa Pekka Rissanen.





Mietimme kilpailutukselle vaihtoehtoisia hankintamuotoja, kertoo Kelan hankintapäällikkö Kari Tolonen.

## Hankintalaki kahlitsee

**K**elan hankintapäällikkö **Kari Tolonen** ei usko, että hinta määrää liikaa palvelujen hankinnassa.

”Hankintalain mukaan valintakriteerinä on joko halvin hinta tai kokonaistaloudellinen edullisuus”, Tolonen muistuttaa.

Hintakriteeri tarkoittaa laitoskuntoutuksen toteuttajia seulottaessa sitä, että osallistujista valitaan jatkoon ne, jotka pystyvät toteuttamaan kuntoutuksen standardeissa kuvatut palvelut. Sen jälkeen arvioidaan, ketkä tekevät tämän edullisimmin.

Kelan laitosmuotoista kuntoutusta kilpailutetaan sekä valtakunnallisesti että yliopistosairaala-alueittain. Usein asiakkaat saavat valita niistä kuntoutuksen tuottajista, joiden kanssa Kelalla on sopimus.

”Se tarkoittaa, että palveluntuottajalla pitää olla hyvä maine, verkostot ja nettisivut. Sana kiirii aika nopeasti. Ihmiset osaavat valita, ja he antavat herkästi palautetta, jos ovat tyytymättömiä”, kertoo Kelan kuntoutuspäällikkö **Tiina Huusko**.

### Toimisiko palveluseteli?

Kehitys on viime aikoina suosinut suurempia palveluntarjoajia myös kuntoutukses-

sa, vaikka keskittyminen ei näy siellä yhtä vahvana kuin esimerkiksi asumispalveluissa. Tiina Huuskon mukaan keskittyminen johtuu osittain myös Kelan kilpailutuksen ulkopuolisista tekijöistä.

Esimerkiksi Raha-automaattiyhdistyksen avustuskriteereitä on tiukennettu niin, että yhdistystoimijat eivät pysty enää yhdistämään avustuksia ja palvelumyynnin tuloja entiseen tapaan.

Kelan hankintayksikössä pyritään hyödyntämään erilaisia hankintatapoja monipuolisesti.

”Kela hankkii palveluja suoraan itse silloin, kun se on mahdollista”, Kari Tolonen muistuttaa.

”Jatkossa pitää miettiä myös kilpailutukselle vaihtoehtoisia hankintamuotoja.

Palveluseteli voi olla vaihtoehto kilpailutukselle.

Palveluseteli on yksi mahdollisuus. Silloin kaikki kelpoisuuskriteerit täyttävät palveluntuottajat pääsevät mukaan, ja asiakas valitsee kuntoutuspaikkansa.”

### Julkisen ja yksityisen raja hämärtyy

Kela on ehdottanut, että kuntoutuspalveluja voisi ostaa jatkossa myös julkiselta sektorilta. Nykylainsäädännön mukaan se ei ole mahdollista.

”Julkiset ja yksityiset toimijat tuottavat yhä useammin kuntoutuspalveluja yhdessä tai niin, että julkinen taho on mukana yksityisen tuottajan osaamistajana. Välillä on vaikeaa tulkita, onko kyseessä aidosti yksityinen vai julkiseen rinnastettava toimija”, Huusko kertoo.

Muutos parantaisi esimerkiksi syrjäisillä seuduilla asuvien ja ruotsinkielisten kuntoutujien mahdollisuutta saada kuntoutuspalveluja. Se toisi myös jatkuvuutta, kun palvelun tarjoajaa ei tarvitse vaihtaa omistusjärjestelyjen muuttuessa.

”Henkilökohtaisesti ajattelen, että mennään asiakas edellä. Ei ole hyvä kuntoutujan kannalta, jos palveluntarjoaja muuttuu kesken sopimuskauden.” ■



# Kuntoutuspsykoterapiasta toiseksi yleisin kuntoutusmuoto



**TIMO PARTIO**  
Pääsuunnittelija  
Kelan aktuaari- ja  
tilasto-osasto

**KUNTOUTUSPSYKOTERAPIASTA** tuli vuonna 2014 Kelan toiseksi yleisin kuntoutusmuoto harkinnanvaraisen kuntoutuksen jälkeen. Tätä ennen kuntoutujamäärältään toiseksi yleisin oli vaikeavammaisten lääkinällinen kuntoutus. Vuonna 2014 harkinnanvaraista kuntoutusta sai 44 860, kuntoutuspsykoterapiaa 25 050, vaikeavammaisten lääkinällistä kuntoutusta 24 070 ja ammatillista kuntoutusta 15 180 henkilöä.

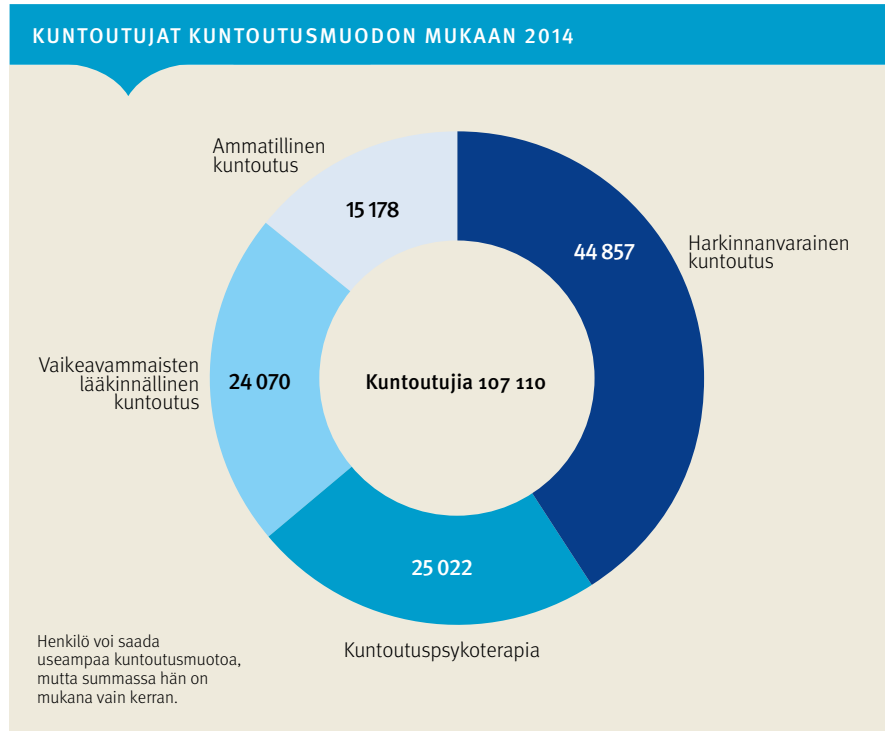
Kuntoutujien määrä kasvoi kaikissa Kelan kuntoutusmuodoissa. Suhteellisesti suurinta kasvu oli ammatillisessa kuntoutuksessa, jossa kuntoutujien määrä lisääntyi 13,4 %. Tähän vaikutti se, että Kelan ammatilliseen kuntoutukseen pääsy helpottui vuoden 2014 alusta. Siitä lähtien kuntoutusta myönnettäessä on huomioitu sairauden lisäksi muut kuntoutujan elämäntilanteeseen vaikuttavat asiat. Ammatilliseen kuntoutukseen pääsyn tiukat kriteerit aiheuttivat sen, että kuntoutujien määrä pieneni viidenneksen vuodesta 2005 vuoteen 2013.

Kuntoutusajan toimeentuloturvana maksettavaa kuntoutusrahaa sai 56 700 henkilöä. Heidän lukumääränsä kasvoi edellisvuodesta 2,2 %.

## 100 000 kuntoutujan raja rikki

Kelan järjestämässä kuntoutuksessa olevien henkilöiden määrä ylitti ensi kertaa 100 000 henkilön rajan vuonna 2014. Kaikkiaan kuntoutujia oli 107 110, mikä oli 8,4 % enemmän kuin edellisvuonna.

Kelan yleisin kuntoutus on aikuisten psykoterapia, johon vuonna 2014 osallistui 17 060 henkeä. Määrittäen isoja kuntoutuksia ovat fysioterapia, jota sai 14 670 henkeä, ja ASLAK-kurssit, joille osallistui 13 070 kuntoutujaa. TYK-kuntoutusta järjestettiin 2 770:lle, mikä oli 15,7 % enemmän kuin edellisenä vuonna. Yksilölliselle kuntoutusjaksolle osallistui harkinnanvaraisessa kuntoutuksessa 5 970 henkeä ja moniammatilliseen yksilökuntoutukseen vaikeavammaisten kuntoutuksessa 2 980 henkeä.



## Syynä useimmiten mielenterveyden häiriöt

Yleisin syy Kelan kuntoutukseen hakeutumiseen ovat mielenterveyden ongelmat. Ne syrjäyttivät tuki- ja liikuntaelinten sairaudet kuntoutuksen yleisimpänä sairausryhmänä 1990-luvun lopulla. Mielenterveyskuntoutujien määrä on lähes kaksinkertaistunut vuodesta 2006 vuoteen 2014. Viime vuonna kuntoutusta sai mielenterveyden häiriöiden vuoksi 46 950 henkilöä.

Tuki- ja liikuntaelinsairauksien vuoksi sai kuntoutusta 29 300 henkilöä. Useimmiten kuntoutukseen johti selkärangan sairaus.

Verenkiertoelinten sairauksien vuoksi kuntoutusta sai 5 600 henkilöä. Useammalla kuin joka toisella heistä kuntoutuksen aiheutti aivoverisuonien sairaus. Hermoston sairauksista yleisimmät olivat MS-tauti ja CP-oireyhtymä, joiden vuoksi sai kuntoutusta noin 2 000 henkilöä sairautta kohden.

## Kuntoutusetuusmenot 405 milj. euroa

Vuonna 2014 Kelan yksilökohtaisen kuntoutuksen menot olivat yhteensä 405 milj. euroa, joista kuntoutuksen osuus oli 313

miljoonaa ja maksettujen kuntoutusrahojen 91 milj. euroa. Edellisvuodesta kuntoutusetuusmenot kasvoivat 7,9 %. Kuntoutuspalvelukustannuksista noin puolet (156 milj. euroa) aiheutui vaikeavammaisten lääkinällisestä kuntoutuksista. Harkinnanvaraisen kuntoutuksen käyttöön käytettiin 89 miljoonaa, kuntoutuspsykoterapiaan 38 miljoonaa ja ammatilliseen kuntoutuksen 31 milj. euroa.

Kelan harkinnanvaraiseen kuntoutuksen käytettävissä oleva rahamäärä supistuu vuodesta 2015. Sosiaali- ja terveysministeriön valmisteleva säästö tarkoittaa muutoksia sekä kuntoutujamääriin että kuntoutuspalveluihin. Rahamäärän supistuessa kuntoutujamäärä pienenee vuonna 2016 noin 41 000 kuntoutujaan ja vuonna 2017 noin 39 000 kuntoutujaan.

Vaikeavammaisten lääkinälliseen kuntoutuksen pääsy ei enää 1.1.2016 alkaen riipu vammaisuuksien saamisesta. Muutoksen ansiosta kuntoutus voi alkaa oikea-aikaisemmin. Samassa yhteydessä kuntoutuksen nimeksi tulee vaativa lääkinällinen kuntoutus. Lakimuutoksen on arvioitu vuosittain lisäävän kuntoutuksen oikeutettujen määrää noin 7 700 henkilöllä. ■



# Pidetään kiinni turvaverkoista

Kysyimme mielenterveyden pitkän linjan asiantuntijoilta Marita Ruhoselta ja Pekka Saurilta, miten sosiaaliturva tukee mielenterveyttä. Kuka ottaa kopin, kun mieli järkkyy?

TEKSTI Johanna Hytönen KUVAT Nea Ilmevalta

**K**untoutuspsykoterapia nousi viime vuonna toiseksi yleisimmäksi Kelan korvaamista kuntoutusmuodoista. Suomen Mielenterveysseuran toiminnanjohtajan Marita Ruohosen mielestä se on hyvä viesti. Ihmiset saavat ja uskalta-  
vat hakea apua.

”Esimerkiksi masennuksesta puhutaan avoimemmin kuin ennen. Mielenterveyden ongelmiin liitetty leima on hälventynyt. Myös terveydenhuollossa ja kuntoutuksessa on ymmärretty, ettei ole terveyttä ilman mielenterveyttä”, Ruohonen sanoo.

Marita Ruohonen antaa haastattelun Suomen Mielenterveysseuran toimistossa Länsi-Pasilassa, samassa talossa, jossa seuran va-

paahtoiset vastaavat päivittäin jopa satoihin kriisipuheluihin.

”Jokainen meistä kohtaa elämässään kriisiä. Mitä aiemmin niihin puututaan, sitä todennäköisemmin ihminen saa apua, ennen kuin tilanne pahenee”, sanoo Ruohonen.

## Yksinäisyys tappaa

Ruohosen mukaan kriisipuheluissa esiin tulevat mielenterveyden ongelmat ovat nykyisin yhä monimuotoisempia. Parisuhdeongelmat hallitsevat, ja niihin liittyy usein myös päihdeongelmia ja parisuhdeväkivaltaa.

”Erot ovat yleistyneet, ja niitä varjostaa huoli lasten tulevaisuudesta”, kuvailee Ruohonen.

Itsemurhat ovat tilastojen mukaan lievässä laskussa. Kriisipuheluissa kuitenkin näkyy







Marita Ruohonen on työskennellyt aiemmin Sosiaaliturvan keskusliiton apulaisjohtajana ja Ensi- ja turvakotien liiton toimitusjohtajana.

se, että monen mielenterveyskuntoutujan hoitosuhde on katkennut.

”Meille näkyy palveluketjujen heikkous. Monilla mielenterveyskuntoutujilla pitäisi olla hoitosuhde, mutta kuntoutuja tapaa auttajiaan aivan liian harvoin”, Ruohonen toteaa.

Yksinäisyys on merkittävä tekijä mielenterveysongelmien taustalla. Myös maahanmuuttajien kotoutumisen ongelmat ovat kuuluneet kriisipuheluissa 1990-luvulta lähtien.

”Ihmiset kokevat nyt monenlaista turvattomuutta. Turva ja ennakoitavuus ovat hävinneet työelämästä. Myös perheyksikö on aiempaa epävarmempi, eivätkä parisuhteet ole niin kestäviä kuin ennen. Maailma on muuttunut paljon monimutkaisemmaksi”, Ruohonen kiteyttää.

Hän muistuttaa, että turvaverkoista on nyt pidettävä kiinni.

”Tässä tilanteessa sosiaali- ja terveystalouden alasajo tulisi todella kalliiksi.”

#### Työttömyys voi ajaa yksinäisyyteen

Vaikka sosiaali- ja terveysala ei kuuluakaan rakentamisesta ja ympäristötoimista vastaavan Helsingin apulaiskaupunginjohtajan Pekka Saurin toimialaan, hän seuraa aitiopaikalta kaupunkilaisten jaksamista. Siihen

häntä pätevoittävät myös psykologin koulutus ja aiempi työ Mielenterveyden keskusliiton puheenjohtajana. Moni muistaa hänet myös vuosilta 1992–2002 radion Yölinja-keskusteluohjelman vetäjänä.

Suurimmaksi nykyongelmaksi Sauri nimeää empimättä nuorten masennuksen. Sen yhtenä aiheuttajana on nuorisotyöttömyyden kasvu.

### Sosiaali- ja terveystalouden alasajo tulisi todella kalliiksi.

”Pahinta on, jos työtön nuori joutuu ikään kuin yhteisön ulkopuolelle ja jää yksinäiseksi tilanteessa, jossa hänellä on vielä vähän selviämiskeinoja”, Sauri toteaa.

#### Uusi sosiaalihuoltolaki tulee avuksi

Ruohosen mukaan mielenterveyspalvelujen järjestelmä on heikentynyt viime vuosina.

”Pitkäjänteisiä auttajasuhteita ei luoda. Uusi sosiaalihuoltolaki kuitenkin edellyttää, että sosiaalihuollon asiakkaalla on oltava oma vastuutyöntekijä, ja se on merkit-

tävä parannus”, Ruohonen sanoo.

Uudessa sosiaalihuoltolaissa otetaan Ruohosen mukaan muitakin edistysaskelia. Palvelujen saatavuutta ja yhdenvertaisuutta parannetaan ja kiinnitetään huomiota varhaiseen puuttumiseen. Tämä on myös Saurin mielestä hyvä asia.

”Terapiaan on suhtauduttu meillä tavattoman juhlallisesti. Liian usein ajatellaan että se on pitkä ja kallis prosessi”, Sauri perustelee.

”Usein ratkaisukeskeisellä ja lyhytterapialla saavutetaan yhtä hyviä tai parempia tuloksia kuin esimerkiksi psykoanalyysillä, jolla on Suomessa pitkät perinteet”, Sauri jatkaa.

Ruohonen muistuttaa, että moni asiakas hyötyisi varsin pienestä avusta.

”Tutkimuksissa on havaittu, että psykiatrisen kuntoutuksen menetelmällä ei ole suurtakaan väliä toipumisen kannalta. Tärkeintä näyttää olevan, että ihmisellä on joku joka kuuntelee ja että tämä joku uskoo kuntoutettavan toipumiseen”, Ruohonen tiivistää.

Hän ottaa esimerkin Britanniasta, jossa 1990-luvulla autettiin teiniäitejä saamaan omasta elämästä kiinni.

”Tärkeintä oli luoda heille polkuja työelämään”, Ruohonen kuvailee.



Helsingin apulaiskaupunginjohtaja Pekka Sauri nimeää nuorten masennuksen pahimmaksi mielenterveyden nykyongelmaksi.





Pekka Sauri toivoo, että uudet sote-alueet ovat mahdollisimman laajoja ja tehokkaita.

## Mielenterveys- palvelujen hoitojonot eivät lyhene, sillä niitä ei ole.

putaan mallin, jossa mielenterveyspotilaat saavat hoitoa heti tarvitessaan ja hoidossa ovat mukana myös sairastuneen läheiset.

### Hoitakaa sote kuntoon

Pekka Sauri arvioi, että hoitotakuu toimii yleisesti vain somaattisissa sairauksissa. Leikkausjonot ovat lyhentyneet, mutta psyykkisten sairauksien hoito ei ole helpottunut.

”Psykkisten sairauksien hoitojonot eivät lyhene, sillä niitä ei ole. Mielenterveyden ongelmista kärsiviä kukaan ei laita jonoon. Kun ihminen hakeutuu hoitoon, käynti on yleensä mitoitettu niin lyhyeksi, ettei sen kuluessa ehdi saada aikaan mitään todellisia vaikutuksia. Usein ihminen kotiutuu lääkkeen varassa, eikä hänelle ole mitään seurantaa”, Sauri kuvailee.

Avokuntoutuksen yleistymistä Sauri tervehtii kuitenkin iloisena.

”Avomuotoisuus on aina hyvä asia, kunhan seuranta on riittävää. Myös ryhmäterapioiden tuottaminen on tärkeää, sillä se vähentää mielenterveyden sairauksiin liitettävää leimautumista”, hän sanoo.

”Ihmiset usein kuvittelevat olevansa ainoa, jolla on ongelma. On helpottavaa huomata, että on muitakin samoista asioista kärsiviä ihmisiä. Se lievittää sairauden aiheuttamaa ahdistusta ja häpeääkin.”

Yksityisten ja julkisten palvelujen yhdistäminen on Saurin mielestä hyvä asia ja tuo lisää valinnanvaraa.

”Julkisia palveluita tarvitaan, sillä yksityiselle puolelle kaikki asiakkaat eivät kelpaa. Toisaalta julkinen terveydenhuolto ei pysty kantamaan vastuuta yksin”, Sauri kärjistää.

Sauri toivoo, että sote-uudistus saadaan toteutettua mahdollisimman pian. Se parantaisi terveyspalvelujen saatavuutta ja laatua.

”Minulle kävisi hyvin niin, että sote-alueet nimettäisiin kunniksi ja järjestettäisiin kylä- tai kaupunginosademokratia niiden alle”, hän innostuu.

”Näin palvelut voitaisiin hoitaa mahdollisimman tehokkaasti, mutta ihmiset pääsisivät kuitenkin lähidemokratian avulla vaikuttamaan heille läheisimpiin asioihin, kuten kouluihin, leikkipuistoihin ja lenkki-polkuihin. Ihminen ei tarvitse lääkärinä tai hammaslääkärinä joka päivä, mutta puiston läpi hän saattaa kulkea päivittäin.” ■

### Avohoidon rakentaminen jäi kesken

Ruuhonen on seurannut suomalaista sosiaali- ja terveysalaa 1970-luvulta asti. Hän näkee nykytilanteessa vielä kaikuja 1990-luvun alun lamasta. Ruuhosen mukaan sosiaali- ja terveysala oli juuri ennen lamaa kiinnostavassa muutosvaiheessa, joka kunnissa pysähtyi laman aiheuttamaan rahapulaan ja säästöihin.

”Tuolloin oli juuri herännyt voimakas itsekriittinen keskustelu siitä, oliko kuntoutus liian laitostunutta. Laitoksia alettiin purkaa, mutta avohoito jäi kunnolla rakentamatta, kun kunnilla ei ollut rahaa satsata siihen”, Ruuhonen muistelee.

Hän on huolissaan kuntoutuslaitosten kilpailuttamisesta ja sen aiheuttamasta keskittymisestä.

”Esimerkiksi Skotlanti on suurin piirtein Suomen kokoinen maa, mutta siellä palveluntuottajien kenttä on paljon monipuolisempi”, Ruuhonen toteaa.

”Skotlannissa puhutaan hyvinvointipalvelujen welfare mixistä, jolla tarkoitetaan

yksityisen sektorin, julkisten palvelujen ja järjestöjen muodostamaa kokonaisuutta, jonka osat täydentävät toisiaan. Yksityistämisen myötätuuli on siellä ollut voimakas”, hän kertoo.

Ruuhosen mukaan meillä on oltu turhan varovaisia esimerkiksi siinä, että järjestö ei voi samaan aikaan saada julkista tukea ja tehdä liiketoimintaa. Tämä on kaventanut palvelutarjontaa.

Ruuhonen puhuu mielellään pienten, kodinomaisten kuntoutuslaitosten puolesta, mutta niiden toimintaedellytykset ovat vaikeutuneet. Toisaalta on esimerkkejä terveydenhuoltopiireistä, joissa asenteet, ilmapiiri ja vahvat, innostuneet tulisielut ovat saaneet hyviä tuloksia palvelujen hoitamisessa joustavasti.

Esimerkkinä joustavuudesta Ruuhonen mainitsee Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveyspiiri Eksoten, jossa kahdeksan kunnan erikoissairaanhoidon, perusterveydenhuollon, vanhuspalvelut ja sosiaalitoimi on yhdistetty. Toisena esimerkkinä hän tuo esille Kero-



# Ennuste: Sairausvakuutuksen osuus Kelan menoista kasvaa

Rahoituksen painopiste siirtyy valtiolta vakuutetuille, työnantajille ja kunnille.



**PERTTI PYKÄLÄ**  
aktuaaripäällikkö

**KELAN ROOLI** suomalaisessa sosiaaliturvasa muuttuu merkittävästi seuraavien 65 vuoden aikana. Väestö ikääntyy ja sairausvakuutuksen osuus kokonaiskuluista kasvaa.

Kahden seuraavan vuosikymmenen aikana väestön vanhenemisen yhteiskunnalle aiheuttama haaste on suurimmillaan. Suurten ikäluokkien ikääntyessä vanhusen määrä ja osuus koko väestöstä kasvaa voimakkaasti. Vuonna 2014 yli 80-vuotiaita oli 280 000. Vuonna 2030 heitä on noin 500 000. Työikäisten 18–65-vuotiaiden määrä on vähentynyt vuodesta 2010 alkaen.

## Vähimmäisturvan osuus kasvaa lähivuosina

Kokonaismenojen määrä oli vuonna 2014 saman verran kuin 7,1 % bruttokansantuotteesta (BKT). Kansantalouden kasvuun suhteutettuna kasvu on siis maltillista. Suhde pienenee melko tasaisesti ja on noin 5,7 % vuonna 2040 ja 4,7 % vuonna 2080.

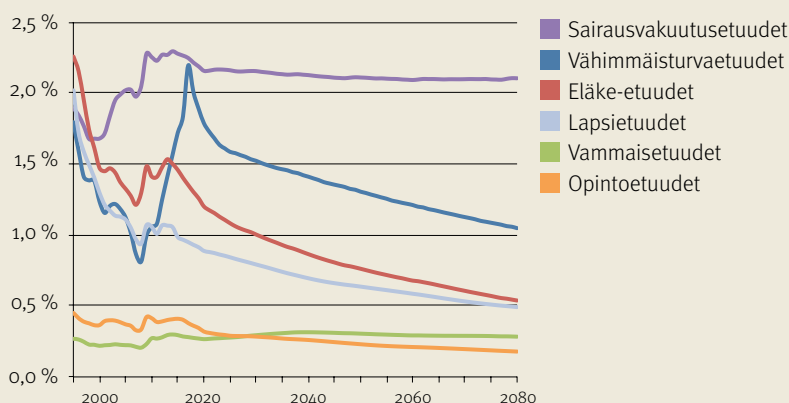
Kun etuuksia tarkastellaan ryhminä, niiden suhde BKT:hen muuttuu eri tavalla. Kelan ennusteen mukaan kansaneläkkeen saajien osuus eläkkeensaajista pienenee noin 30 %:iin vuonna 2040 ja noin 25 %:iin vuonna 2080, koska työeläkkeet kasvavat. Kelan maksamien eläkkeiden BKT-suhde pienenee kolmasosaan nykytasosta.

Vähimmäisturvaetuuksien eli työttömyyden perusturvan, asumistuen ja toimeentulotuen suhde on suurimmillaan vuonna 2017, jolloin toimeentulotuen maksaminen siirtyy Kelalle. Näiden etuuksien suhde BKT:hen puolittuu kuitenkin tarkastelukauden loppuun mennessä.

Myös lapsi- ja opintoetuuksien suhde puolittuu nykytasosta. Sairausvakuutusetuuksien (työtulovakuutus ja sairaanhoidovakuutus) ja vammaisetuuksien suhde pysyy ennallaan koko tarkastelukauden.

Ennuste tarkoittaa muutoksia rahoitus-

## KELAN HOITAMAN SOSIAALITURVAN ETUURYHMITTÄISET ETUUSMENOT SUHTEESSA BRUTTOKANSANTUOTTEeseen 1995–2080



## Ennuste ulottuu vuoteen 2080

Kela on julkaissut laskelmat hoitamansa sosiaaliturvan kehitysnäkymistä. Laskelmat kertovat väestön ikääntymisen ja vuoden 2017 eläkeuudistuksen vaikutuksista Kelan etuuksiin.

Pitkän aikavälin laskelmiin liittyy epävarmuustekijöitä, ja laskelmien tulokset riippuvat tehdyistä oletuksista.

Laskelmat perustuvat väestöennusteeseen. Kansantaloussuureiden muutos vuodesta 2020 eteenpäin on vakio: inflaatio on 1,7 % ja reaalin ansiotaso on 1,6 % ja työttömiä on 7 % työvoimasta vuodesta 2025 lähtien. Vuodesta 2020 lähtien kansaneläkeindeksiin sidottuja etuuksia korotetaan puolella reaaliansiotoson kasvusta.

Sairausvakuutusrahastosta maksettavista etuuksista oletetaan, että lääkkeiden ja sairaanhoidon hinnat kehittyvät ansiotason kehityksen mukaisesti. Lisäksi oletetaan, että sairaanhoitokorvausten korvaustaso säilyy nykyisenä. Vuoden 2017 eläkeuudistus on huomioitu peruslaskelmassa.

Myös vaihtoehtoisia laskelmia on tehty sellaisten skenaarioiden mukaan, että työttömyys, ansiotason kasvu ja eläkeikä muuttuvat suuntaan tai toiseen.

*Aktuaariraportti, Kelan hoitama sosiaaliturva 2014–2080. Kansaneläkelaitos Aktuaariryhmä. Julkaistaan Helda-tietokannassa.*

osuuksiin. Rahoituksen painopiste siirtyy valtiolta vakuutetuille, työnantajille ja kunnille, kun sairausvakuutuksen osuus Kelan menoista kasvaa ja toimeentulotuki tulee Kelaan.

## Eläkeuudistus lisää kokonaismenoja

Vuoden 2017 eläkeuudistuksen vaikutukset Kelan etuuksiin vaihtelevat. Eläkeuudistus

lisää Kelan kokonaismenoja 1,6 % vuonna 2040 ja 3,8 % vuonna 2080.

Vuonna 2080 Kelan maksamat eläkkeet ovat 10 % pienemmät, sairauspäivärahat noin 30 % suuremmat ja vähimmäisturvameno 10 % suuremmat kuin nykyisin. Muihin Kelan maksamiin etuuksiin eläkeuudistuksen ei oleteta vaikuttavan merkittävästi. ■





## Henkilökohtainen neuvoja kulkee rinnalla

Kelan yli 4 miljoonasta asiakkaasta noin prosentti tarvitsee henkilökohtaista neuvontapalvelua.

**KELAN PALVELUKANAVAT** ovat viime vuosina monipuolistuneet. Yhä useammin etuuksia haetaan verkossa. Kela palvelee asiakkaita myös puhelimitse ja 203 toimistossa, yli sadassa yhteis palvelupisteessä sekä etäpalveluna. Lisäksi voi asioida postitse.

On kuitenkin asiakkaita, joille etuukseen hakeminen ja Kelassa asioiminen voi olla hankalaa esimerkiksi elämäntilanteen vuoksi. Heille on tarjolla henkilökohtaista neuvontapalvelua, joka on yksi uusimmista palvelumuodoista.

”Asiakkaan elämäntilanne voi olla raskas, esimerkiksi jos perheessä on vammaisen lapsi. Muillekin lapsille pitäisi riittää aikaa, ja silti pitäisi hoitaa etuusasiat”, kuvaillee suunnittelija **Tuula Sahiluoto** Kelasta.

”Myös esimerkiksi sairaus, kuten masennus, voi olla syy hakea henkilökohtaista palvelua. Ilman henkilökohtaista apua etuudet voisivat jäädä kokonaan hakematta”, Sahiluoto kertoo.

Kaikissa vakuutuspiireissä on henkilökohtaisia neuvoja. He voivat käyttää tähän työhön noin päivän viikossa.

Henkilökohtainen palvelu on tarkoitettu henkilöille, joilla on jokin sairaus tai vam-

ma. Henkilökohtaiset neuvot ovat sen vuoksi myös kuntoutus-, vammais- ja sairauspäivärahaetuuksien käsittelijöitä.

### Haasteena asiakkaiden tunnistaminen

Valtaosa henkilökohtaisen neuvonnan asiakkaista tulee Kelaan yhteistyökumppanien, kuten sairaanhoitopiirien, lähettämänä. Viime vuonna 1 503 asiakasta päätti henkilökohtaisen neuvonnan.

”Tyypillisesti henkilökohtaisen neuvonnan asiakas asioi usein myös muissa kuin Kelan palveluissa. Asioiden etenemiseksi on tärkeää tunnistaa yhteiset asiakkuudet ja tehdä yhteistyötä. Henkilökohtaisen neuvontapalvelun tavoite sovitaan yksilöllisesti, ja neuvonnalla pyritään vahvistamaan asiakkaan itsenäistä asiointia, voimaantumista ja työ- tai toimintakykyä”, Sahiluoto jatkaa.

Asiakkaan suostumuksella henkilökohtainen neuvoja voi olla yhteydessä muihin hänen asioitaan hoitavaan viranomaisiin ja yhteistyökumppaneihin. Huhtikuussa voimaan tullut uusi sosiaalihuoltolaki vahvistaa Kelan ja sen kumppanien välistä yhteis-

työtä ja antaa mahdollisuuden myös henkilökohtaisen omatyöntekijän nimeämiseen.

Haasteena on asiakkaiden löytäminen. Henkilökohtaista neuvontaa tarvitsevia asiakkaita on kaikista 4 miljoonasta asiakkaasta noin prosentin verran.

”Asiakasryhmä on pieni, mutta toisaalta nämä asiakkaat käyttävät paljon ja monenlaisia sosiaali- ja terveyspalveluja. Jos kaikki nämä asiakkaat otettaisiin haltuun, se säästäisi rahaa ja aikaa ja parantaisi asiakkaiden elämää”, Sahiluoto muistuttaa.

### Palvelun laajentamista selvitetään

Sahiluoto kertoo, että neuvontapalvelusta on saatu myönteistä asiakaspalautetta. Palvelusta on tekeillä myös pro gradu -tutkielma.

Palvelua aiotaan mahdollisesti laajentaa myös muille asiakkaille. Sitä kehitetään samaan tapaan kuin muitakin Kelan asiakaspalvelukanavia.

”Kaikilla palvelukanavilla on oma paikkansa. Emme halua sulkea mitään asiakkaille soveltuvaa kanavaa pois”, Sahiluoto lisää.

**Johanna Hytönen**





# Unohda uskomukset – ravitsemuskuntoutus perustuu tietoon

Hyvä ravitsemustila ehkäisee sairauksia ja edistää sairastumisen ja vammautumisen jälkeistä kuntoutumista.

**KELAN STANDARDIEN** tavoitteena on taata laadukas kuntoutus riippumatta siitä, mikä taho sen toteuttaa. Tämä koskee myös ravitsemuskuntoutusta, johon kuuluu sekä ravitsemusohjaus että ruokatarjonta.

Ravitsemuskuntoutuksesta hyötyvät erityisesti henkilöt, jotka potevat lihavuuteen liittyviä sairauksia, esimerkkeinä diabetes, kohonnut verenpaine, sydänsairaudet ja uniapnea. Ruokavalio ja painonhallinta ovat oleellinen osa niiden ehkäisyä ja hoitoa.

Kuntoutujan ravitsemuksen puutteet tulee tunnistaa. Niitä on varsinkin vaikeavammaisten ja ikääntyneiden ruokavaliossa, ja ne voivat aiheuttaa muun muassa lihaskatoa ja osteoporoosia. Riittämätön ravinto ja ruokavalion puutokset voivat heikentää liikuntakykyä sekä lisätä kaatumisen, murtumien ja tulehdusten vaaraa. Tehostetulla ruokavalioidolla voidaan kohentaa ravitsemustilaa ja toimintakykyä.

## Riittävästi proteiinia

Monen kuntoutujan tavoitteisiin kuuluu saada lisää lihasvoimaa. Jotta tämä voisi toteutua, tulee varmistaa varsinkin proteiinin riittävä saanti. Muutoin liikuntaharjoituksesta voi olla enemmän haittaa kuin hyötyä.

Ravitsemusneuvonta ja ruokatarjonta ovat toistensa tukipilarit. Kelan standardien mukaan ravitsemusneuvonnan tulee toteutua pääosin niin, että siitä huolehtii laillistettu ravitsemusterapeutti. Jos joku muukin antaa neuvontaa, sen tulee tapahtua ravitsemusterapeutin ohjauksessa. Tällä haluamme varmistaa, että neuvonta on yhdenmukaista ja perustuu ravitsemussuosituksiin. Jos näin ei tapahdu, kuntoutuja kyseenalaistaa neuvonnan uskottavuuden ja samalla sen vaikuttavuus kärsii.

On olennaisen tärkeää, että kuntoutuslaitoksissa tarjottu ruoka on sekä suositusten mukaista että maukasta. Ruokailun tulisi olla oppimistilanne, joka antaa mallin ja houkuttelee terveyttä edistävään ruokavalintoihin myös kotioloissa.

## Jatkuva kehitystyö on tarpeen

Suomessa on kuntoutuslaitoksia, joissa ruoan terveellisyys ja hyvä maku on osattu yhdistää taitavasti. Lisäksi terveellisen aterian koostaminen havainnollistetaan lautasmallin avulla. Tämä tukee

ihanteellisella tavalla ravitsemusneuvontaa ja kuntoutumisen onnistumista. Onnistuneen ateriavalikoiman salaisuus on jatkuva aktiivinen kehitystyö, jossa on hyödynnetty muun muassa Sydänmerkki-aterian kriteereitä.

On myös laitoksia, joiden ruoassa on liikaa terveydelle haitallista suolaa ja tyydytynyttä rasvaa. Tämä epäkohta on helppo korjata – rahasta se ei ole ainakaan kiinni. Ruokatarjonnan laadun kehittämisessä auttaa rakentava yhteistyö ravitsemusohjausta antavan ja ruokatarjonnasta vastaavan henkilöstön välillä.

Kuntoutuslaitosten oma etu on pitää hyvää huolta sekä ravitsemusosaamisesta että ruoan laadusta. Niiden maine – olipa se hyvä tai huono – leviää helposti kulovalkean tavoin. Kelassa tulisi varmistaa ravitsemuskuntoutuksen hyvä laatu ottamalla se arviointiin piiriin. ■

*Kuntoutuslaitosten etu on pitää hyvää huolta ravitsemusosaamisen tasosta ja ruoan laadusta.*

**Paula Hakala**

Johtava tutkija, Kelan tutkimusosasto



## Lääkinnällinen kuntoutus laajenee

Ensi vuoden alusta yhä useampi Asperger- tai ADHD-oireista kärsivä nuori tai työkykyinen vaikeavammainen pääsee vaativan lääkinällisen kuntoutuksen piiriin.

**ENSI VUODEN ALUSTA** alkaen vaikeavammaisten lääkinälliseen kuntoutukseen pääsy ei enää riipu siitä, saako sen haki ja vammaisetuutta. Kuntoutukseen pääsy ei enää edellytä, että kuntoutuja saa korotettua tai ylintä vammaistukea.

Uudistus tuo uusia asiakkaita Kelan kuntoutuksen piiriin.

”On olemassa joukko ihmisiä, joilla on selkeä kuntoutuksen tarve mutta jotka eivät ole tähän asti voineet saada Kelan kuntoutusta vammaisetuuskäytön vuoksi”, kertoo Kelan asiantuntijalääkäri **Tiina Suomela-Markkanen**.

”Esimerkkinä voisi olla vaikkapa 16 vuotta täyttänyt Asperger- tai ADHD-oireista kärsivä nuori, jolla on huomattavia vaikeuksia suoriutua arjessa”, Suomela-Markkanen mainitsee.

Kun nuori täyttää 16 vuotta, vammaistuen myöntämisen edellytykset muuttuvat. Tähän asti on voinut käydä niin, että nuorelle ei ole enää myönnetty korotettua vammaistukea ja oikeus Kelan lääkinälliseen kuntoutukseen on päättynyt. Lakiuudistuksen jälkeen kuntoutus voi jatkua, jos sille on tarvetta, vaikka vammaisetuuden taso muuttuisikin.

### Yli 7 000 uutta asiakasta

Tiina Suomela-Markkanen mukaan uudistuksesta hyötyvät myös esimerkiksi MS-tautia sairastavat aikuiset ja selkäydinvammaiset henkilöt, jotka pärjäävät arjessa melko itsenäisesti mutta tarvitsevat silti kuntoutusta.



Vaativan lääkinällisen kuntoutuksen edellytyksenä on vaikea sairaus tai vamma tai niihin liittyvä rajoite. Kuntoutuksella varmistetaan, että kuntoutuja pystyy selviytymään arjen toimistaan, kertovat **Tiina Suomela-Markkanen** ja **Lyyti Harju**.

”Tavoitteena on, että myös työelämässä olevilla vaikeavammaisilla olisi paremmat mahdollisuudet päästä kuntoutukseen ja työkykyä voitaisiin näin tukea. Uudistuksella tähdätään oikea-aikaiseen ja yhä tehokkaampaan kuntoutukseen”, kuvailee Kelan terveysosaston lakimies **Lyyti Harju**. Uudistus tuo arviolta 7 700 uutta asiakasta Kelan kuntoutuksen piiriin vuoteen 2017 mennessä. Kelan järjestämää vaikeavammaisten lääkinällistä kuntoutusta sai viime vuonna 24 070 asiakasta.

Ensi vuoden alussa myös kuntoutuksen nimi muuttuu. Vaikeavammaisen lääkinällinen kuntoutus on jatkossa nimeltään

vaativa lääkinällinen kuntoutus.

Lakiuudistus on pitkän työn tulos. Kela ja potilasjärjestöt ovat ajaneet jo vuosia vammaisetuuskäytön purkua kuntoutuksessa.

Uudistus maksaa vuoden 2017 alusta lähtien arviolta 21,3 miljoonaa euroa vuodessa.

”Kustannukset ovat suhteellisia, sillä oikea-aikainen kuntoutus maksaa itsensä hyvin nopeasti takaisin, esimerkiksi jos henkilö pysyy kuntoutuksen ansiosta pidempään työelämässä. Toki kuntoutuksen vaikutukset myös elämänlaatuun voivat olla suuret”, **Lyyti Harju** toteaa.

### Toimintakyky ratkaisee

Kuntoutusuudistus vaatii Kelalta tiivistä yhteistyötä julkisen terveydenhuollon kanssa. Avainasemassa ovat lääkärit, jotka laativat potilaille kuntoutussuunnitelmia.

Tiina Suomela-Markkanen kertoo, että Kelassa määritellään nyt yhteistyössä terveydenhuollon asiantuntijoiden kanssa, millaiset asiakkaat täyttävät vaativan lääkinällisen kuntoutuksen kriteerit. Perusteena aiotaan käyttää toimintakykyä.

Vaativan lääkinällisen kuntoutuksen myöntämisperusteet säilyvät samankaltaisina kuin aiemmin. Olennaista ei ole diagnoosi vaan kuntoutuksen tarve ja hakijan

arvioitu toimintakyky. Saadakseen vaativaa lääkinällistä kuntoutusta asiakkaalla täytyy olla huomattavia vaikeuksia arjen toimissa. Päätöstä tehtäessä arvioidaan myös, onko kuntoutuksella mahdollista saavuttaa kuntoutussuunnitelmassa asetettuja tavoitteita.

Tiina Suomela-Markkanen toivoo, että Suomessa hyödynnettäisiin entistä useammin kansainvälistä ICF-luokitusta toimintakyvyn arvioinnissa.

”Siinä toimintakykyä arvioidaan tarkasti esimerkiksi liikkumisen, esineiden käsittelyn, siirtymisen sekä aisti- ja ajatustoimintojen perusteella.”

### Kuntoutusta omassa arjessa

Vaativa lääkinällinen kuntoutus voi olla esimerkiksi terapiaa, laitospäästä tai sopeutumismennusta. Kuntoutuksessa korostetaan asiakkaan omaa aktiivisuutta ja pyritään ohjaamaan otteeseen.

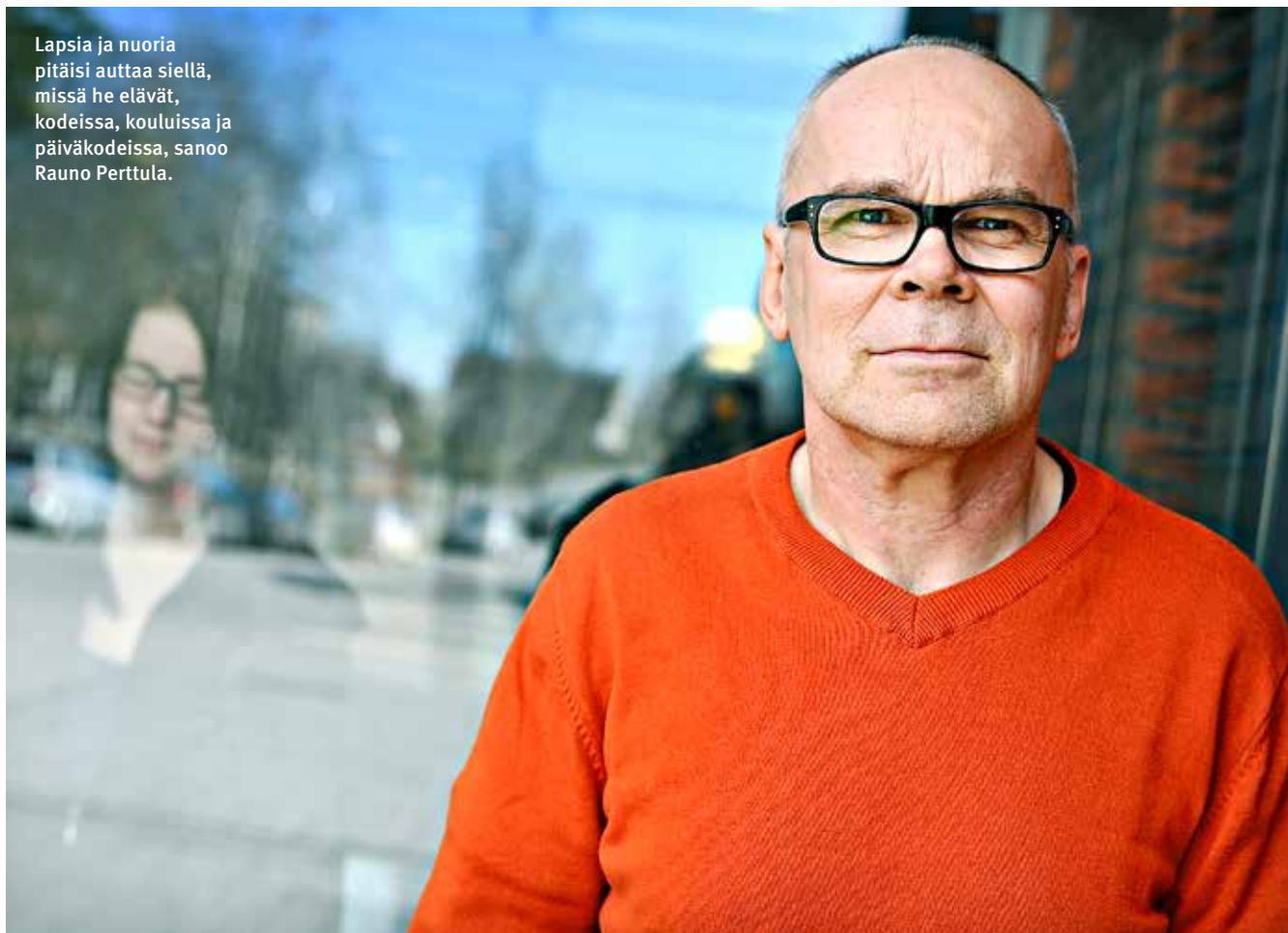
”Haluaamme tukea arjessa tapahtuvaa kuntoutumista. Yhteistyö kuntoutujan läheisten ihmisten sekä arjen toimijoiden, esimerkiksi koulun, kanssa on tärkeää”, **Tiina Suomela-Markkanen** huomauttaa.

”Kuntoutuksen tavoitteena on saada asiakkaan omat voimavarat käyttöön”, **Lyyti Harju** lisää. ■

**Laura Kosonen**



Lapsia ja nuoria pitäisi auttaa siellä, missä he elävät, kodeissa, kouluissa ja päiväkodeissa, sanoo Rauno Perttula.



## ”Jokainen on syrjäytynyt jostakin”

Tutkija ja koulukuraattori Rauno Perttula arvioi, että syrjäytymispuhe estää vuosittain satoja nuoria saamasta todellista apua kasvuhaasteisiinsa.

**RAUNO PERTTULAN** helmikuussa Jyväskylän yliopistossa tarkastettu väitöskirja on herättänyt poikkeuksellista kiinnostusta. Perttulan tutkimuksen aiheena on syrjäytymisestä puhuminen ja erityisesti sen käyttö vallan välineenä. Hän kiinnostui asiasta työskennellessään koulukuraattorina.

”Syrjäytymisestä puhutaan erityisesti nuorten kohdalla, ja syrjäytymisen ehkäisemistä käytetään perusteena mitä erilaisimmille hankkeille”, sanoo Perttula.

”Se on synnyttänyt yhteiskunnan, jossa nuoria tuetaan projektiluonteisesti vailla pitkäjänteisyyttä. Seurauksena on helposti mitattavissa olevia näennäisvaikutuksia, joista ei ole todellista apua”, Perttula pohtii.

Syrjäytymispuheella pyritään pahimmillaan oikeuttamaan toimenpiteitä, joissa ei ajatella lainkaan nuorten etua.

Perttulan mukaan todellisuudessa syrjäytymistä on erittäin vaikea määrittellä, sillä jokainen meistä on syrjäytynyt jostakin.

### Syrjäytymispuhe siirtää vastuuta

Syrjäytymisestä tuli Perttulan mukaan 1990-luvulla iskusana erityisesti yhteiskuntapoliittiseen ja tieteelliseen keskusteluun. Taustalla oli ajatus, että hyvä koulutus torjuu syrjäytymistä.

”Työelämä on nyt muuttunut niin, ettei hyväkään koulutus takaa varmaa toimeentuloa. Syrjäytymispuhe on siksi erityisen vaarallista, sillä se asettaa yksilön yksin vastuuseen tilanteestaan. Tämä on nuoria kohtaan väärin.”

### Annetaan kasvamiselle aikaa

Syrjäytymisen ehkäisemisen sijasta Perttula puhuisi mieluummin toimenpiteistä, jotka ehkäisivät sosiaalista pahoinvointia. Hän kehottaa muuttamaan sosiaalityön näkökulmaa ja kiinnittämään huomiota lapsiin jo kehityksen alkuvaiheessa. Perttulan mukaan olemme unohtaneet, että kasvaminen vaatii aikaa.

”Resursseja pitäisi varata siihen, että lasta voitaisiin auttaa siellä, missä hän elää, kuten kotona, päiväkodeissa ja kouluissa. Lasten ja nuorten pitäisi saada kokeilla ja tehdä virheitä.”

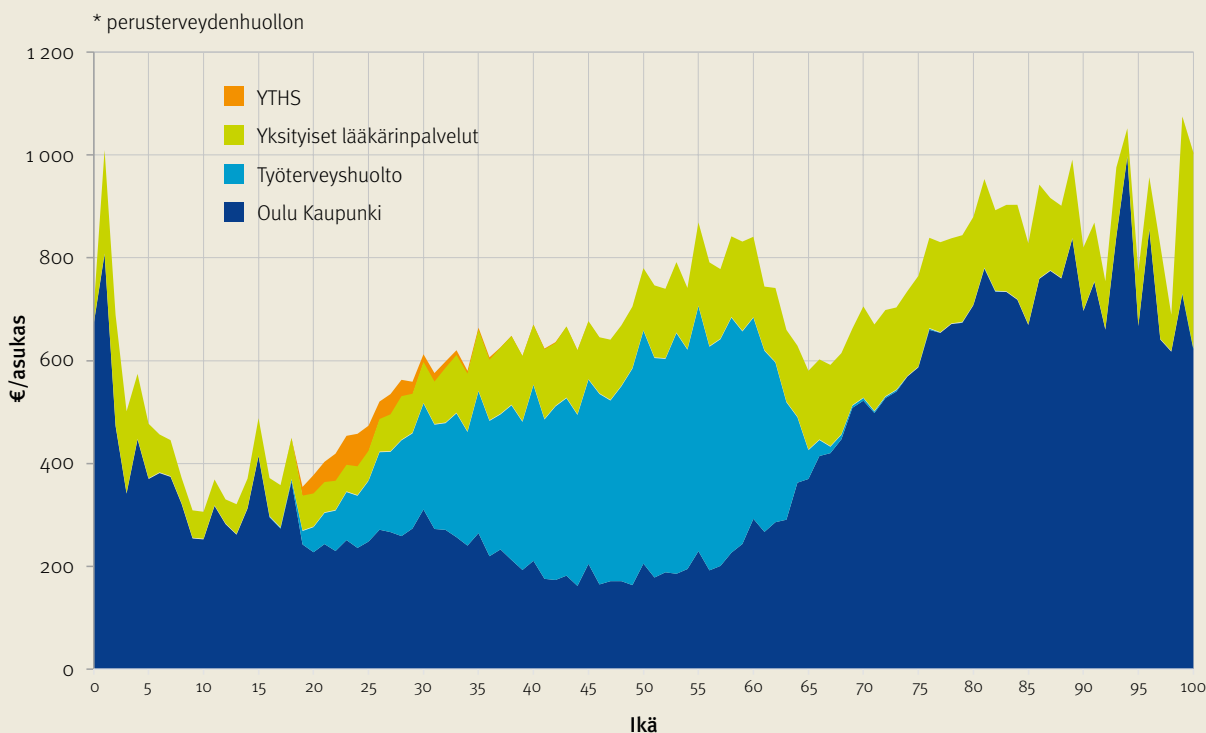
Sosiaalityöntekijöitä Perttula kehottaa rohkeasti haastamaan vallitsevia käsityksiä ja etsimään erilaisia tapoja tehdä asioita.

”Olisi hyvä, että voisimme irtautua välinekeskeisyydestä ja tehokkuusajattelusta ja kuunnella nuorta. Meidän tehtävämme on keskittyä nuoren tilanteeseen, antaa kehys elämälle ja luopua pakkoaktiivoinnista.” ■

Johanna Hytönen

YTT Rauno Perttula: ”Syrjäytymispuhe hallinnan strategiana opiskelijahuollon sosiaalityössä”, Jyväskylän yliopisto 2015

## OULULAISTEN PTH:N\* AVOHOIDON KUSTANNUKSET €/ASUKAS VUONNA 2013 (PL. SUUN TERVEYDENHOITO)



Eri rahoituskanavien kustannukset sisältävät myös potilaan itsensä maksaman osuuden.  
Lähde: Hujanen T, Mikkola H, Kelan tutkimusosasto, Työterveyshuolto Oulussa 2013 (12.2.2015)

## Jos tieto ohjaisi sote-suunnittelua

Sote-menoja pystytään karsimaan, kun tunnetaan hoitoketjun kaikki kustannukset.



**HENNAMARI MIKKOLA**  
tutkimusprofessori  
Kelan tutkimusosasto



**TIMO HUJANEN**  
tutkija  
Kelan tutkimusosasto



**ELINA AHOLA**  
tutkija  
Kelan tutkimusosasto

**SOSIAALI-** ja terveydenhuoltojärjestelmän uudistamista ja sen rahoitusta on pohdittu tänä keväänä yhä kiivaammin. Rahoituksen uudelleenjärjestelystä tehdyt ehdotukset perustuvat kuitenkin varsin karkeisiin tilastotietoihin.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen tuore selvitys rahavirroista paljastaa, että tiedot varsinkin sosiaalipalvelujen kustannuksista ovat hyvin ylimalkaista. Vastaava tilanne on laitoshoidossa käytetyissä lääkkeissä ja kuntien maksamissa kyydeissä.

### Kelassa raha seuraa asiakasta

Laitoshoidon lääkekustannuksista ei ole samanlaista kansallista eikä alueellista rekisteritietoa kuin Kelan korvaamista lääketoista. Kelan rekistereistä löytyvät tarvittaessa tiedot lääkkeistä ostokertojen tarkkuudella, ja myös matkakorvaustiedot ovat yksilöitävissä tarkasti.

Tiedot kirjautuvat järjestelmään, koska korvaukset maksetaan asiakkaille valtaosin

ajantasaisesti suorakorvausjärjestelmissä. Työterveyshuollosta Kelalla ei ole vastaavia tietoja, koska korvaukset maksetaan suoraan työnantajalle.

Jos kunnallisessa sosiaali- ja terveydenhuollossa rekisteritiedon tarkkuus olisi vastaavalla tasolla kuin valtaosassa Kelan etuusrekistereistä, jokaisen potilaan hoitoketjun kustannukset pystyttäisiin jäljittämään aukottomasti ja niitä voitaisiin vertailla. Nykyisen sote-järjestelmän suurin ongelma kustannusten hallinnassa on epäselvyys siitä, kuka kustannusprosesseja hallitsee ja kuka niihin puuttuu.

### Ainutlaatuista tietoa Oulusta

Kelan tutkimus- ja IT-osasto ovat kantaneet kortensa kekoon vauhdittamalla koko sote-palvelukentän kattavan tutkimusaineiston keruuta Oulusta. Saimme kerättyä perusterveydenhuollon avohoidon tietoja siten, että pystyimme arvioimaan neljän eri kanavan käyttöä ja kustannuksia väestössä ikä-



ryhmittäin vuonna 2013. Nämä kanavat ovat kunnallinen avohoito (pl. suun terveydenhoito), työterveyshuolto, yksityiset lääkäripalvelut sekä opiskelijaterveydenhuolto YTHS:n palvelut.

Työterveyshuollon tiedot kerättiin neljältä palveluntuottajalta, ja aineisto kattaa yli 90 % työterveyshuoltopalvelujen kustannuksista. Työikäisten oululaisten avoterveydenhuollon palvelut tuotetaan pääosin työterveyshuollossa. Yksityisillä lääkäripalveluilla on puolestaan esimerkiksi yli 40-vuotiaan työikäisen väestön hoidossa yhtä merkittävä rooli kuin kunnallisilla palveluilla.

Kunnallisen perusterveydenhuollon merkitys kasvaa eläkeiän saavuttamisen jälkeen. Avoterveyshuoltopalvelujen käyttö näyttää tilapäisesti vähenevän yli 60-vuotiaiden ikäryhmässä. Tällöin työterveyshuolto loppuu ja siirrytään käyttämään kunnallisia terveyskeskuspalveluita. Yksityis palvelujen käyttö näyttää säilyvän täydentävänä palveluna kaikissa ikäryhmissä.

Oulun väestö on hivenerämpi kuin maassa keskimäärin. 200 000 hengen väestöpohja on kuitenkin niin suuri, että tutkimuksen tuloksia voidaan pitää vähintäänkin suuntaa antavina koko maan tasolla.

Henkilötasoisesti aineistoon on kerätty kaikkien oululaisten sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen käyttötiedot mahdollisimman tarkalla tasolla vuodelta 2013. Kunnallisen sosiaali- ja terveydenhuollon tietoihin yhdistettiin Kelan rekisteritietoja esimerkiksi sairaanhoitokorvausrekisteristä, joka kattaa tiedot muun muassa avohoidon lääkkeitä, yksityisistä lääkäri- ja hammaslääkäripalveluista, matkakorvauksista sekä Kelan järjestämistä vastuulla olevasta kuntoutuksista. Näihin tietoihin yhdistettiin vielä neljän suurimman työterveyshuollon palveluntuottajan tiedot henkilötasolla.

Ensimmäisiä tuloksia on jo tuotu päätöksentekoon sosiaali- ja terveysministeriön virtuaalikoelujen tutkimusverkostossa.

### Mistä säästetään?

Jo aikaisempien tutkimusten perusteella olemme tieneet, että esimerkiksi lääkerekustannukset kasaantuvat harvoille. Silti jossain määrin hätkähdyttää se tieto, että oululaisille maksetuista sairaanhoitova-

kuutuksen 88 milj. eurosta peräti 60 milj. maksetaan vain 10 %:lle oululaisista eli 20 000 potilaalle. Potista vain alle 30 milj. euroa jää 90 %:lle väestöstä.

Tässä joukossa on vähän työterveyshuollon asiakkaita. Vielä harvempi heistä on yksityisten lääkäri- tai hammaslääkäripalvelujen käyttäjiä. Tähän ryhmään kuuluvien henkilöiden kustannukset ilman asiakkaan itsensä maksamia maksuja ylittivät 5 000 euroa vuonna 2013.

Alustava analyysi eri potilasryhmistä kertoo sen, että eniten palveluja tarvitsevat ovat pääosin sosiaalipalvelujen asiakkaita.

10 % oululaisista käyttää valtaosan korvauspalveluista. Kaikkiaan oululaisille maksetaan 88 miljoonaa euroa.

Lukumääräisesti eniten paljon palveluita käyttävistä asiakkaista, noin 40 %, on somaattisen erikoissairaanhoidon asiakkaina. Näiden asiakkaiden keskimääräiset vuosikustannukset jäivät alle 15 000 euroon. Vanhuspalveluissa kustannukset kipusivat keskimäärin jo yli 40 000 euroon. Heitä oli noin 4 000 henkilöä.

Vammais palvelujen asiakkaiden keskimääräiset kustannukset olivat noin 35 000 euroa, ja lastensuojelussa oltiin lähellä 30 000 euron rajaa.

Pelkästään lääkekorvauksien saajista erityisen paljon voimavaroja tarvitsevia oli noin 500 eli noin 2 % näistä 20 000 asiakkaasta. Heidän keskimääräiset kulunsa hipoivat 20 000:ta euroa. Tässä asiakasryhmässä Kelan rahoituksen rooli oli ylivoimaisesti suurin. Toinen erityisesti Kelan rahoituksen kannalta merkittävä asiakasryhmä tulee vammais palveluista.

Aineisto todentaa sen, että vakavasti sairastavat todennäköisesti saavat vielä varsin hyvin palvelunsa ja ainakin lääkkeensä. Vakuutusperiaate siis toimii.

Mistä Kela-korvauksissa sitten voitaisiin säästää? Tutkimuksen tässä vaiheessa voidaan todeta, että esimerkiksi harvinaisen sairauden sattuessa kohdalle säästövara lie-nee vähäinen. Toisaalta, voidaanko esimerkiksi harvinaislääkkeiden hintoihin vaikuttaa säätelyllä tai kilpailutuksella enemmän?

Kovin massiivisia säästöjä ei löydy todennäköisesti vanhusten lääkehuollostakaan, mutta sieltä ehkä olisi syytä aloittaa. Kyse lie-nee lääkeshoidon arvioinnista ja hoidon laadusta sekä siitä, että lääkkeiden haitallisia yhteisvaikutuksia saataisiin vähennettyä, kuten Kelan tutkijat **Saastamoinen** ja **Verho** tuoreessa tutkimuksessaan toteavat.

Matkakorvauksissa saattaisi syntyä jonkin verran säästöjä, jos yhdistetään vammais palvelulain alaiset kuljetukset ja Kelan korvaamat matkat. Alle 20 %:lla Kelan kustantamaa kuljetusta saaneilla potilailla oli myös kunnan kuljetuspalvelupäätös.

Poliittisista päätöksentekijöistä riippuu se, ryhdytäänkö säästöjä etsimään heti vasta hamassa tulevaisuudessa, kun sote-rahoitus uudistus todella tehdään. ■

### Lähteet:

Kinnula P. ym. Sisältöä sote-uudistukseen, tunnuslukuja terveydenhuollon suunnitteluun, Kunnallissalan kehittämässätiön tutkimusjulkaisusarjan nro 78, Vammalan Kirjapaino, Sastamala 2014  
Saastamoinen LK, Verho J. Register-based indicators for potentially inappropriate medication in high-cost patients with excessive polypharmacy, Pharmacology and Drug Safety 2015 epub ahead of print DOI: 10.1002/pds.3764  
Saastamoinen LK, Verho J. Drug expenditure of high-cost patients and their characteristics in Finland. European Journal of Health Economics 14(3), 495–502, 2013  
Seppälä T.T, Pekurinen M. Sosiaali- ja terveydenhuollon keskeiset rahavirrat, THL raportteja 22/2014

### Lue myös:

[www.kela.fi/](http://www.kela.fi/) tutkimusblogi (Rinnakkaiselo Oulussa)  
[www.sitra.fi/](http://www.sitra.fi/) tapahtumat > Sote-solmut selville, rahavirrat näkyviksi

# Pienituloisille maksetaan eniten sairaanhoitokorvauksia



Kelan sairaanhoitokorvauksia maksetaan enemmän pienituloisille kuin suurituloisille, mikä johtuu pienituloisten suurista lääke- ja matkakorvauksista. Yksityisen sairaanhoidon asiakkaiden korvauksista valtaosa menee kuitenkin suurituloisille.

Kelan tutkimuksen mukaan sairaanhoitokorvauksia maksettiin 420 euroa jokaista 25 vuotta täyttäneeltä suomalaista kohden vuonna 2011. Erityisesti pienituloisille eniten korvauksia maksettiin lääkkeistä, joiden vuosikorvaukset olivat suuria. Pienituloisissa ryhmissä myös matkakorvaukset olivat merkittäviä. Sen sijaan lääkärinpalkkioista, hammashoidosta sekä tutkimuksesta ja hoidosta maksetut korvaukset kohdistuivat suurituloisille.

set kohdistuivat suurituloisille.

Pienituloiset maksoivat lääkkeistä ja matkoista vuoden aikana myös keskimääräistä enemmän omavastuita eli Kela-korvausten jälkeen itse maksettavaksi jääviä kustannuksia. Suurituloiset maksoivat kuitenkin omavastuita yhteensä yksityislääkärin palkkioista, yksityisestä hammashoidosta sekä yksityisestä tutkimuksesta ja hoidosta enemmän kuin pienituloiset maksoivat yhteensä lääkkeistä ja matkoista. Tästä syystä suurituloisimpaan viidennekseen kuuluvat maksoivat kaikkien sairaanhoitokorvausten perusteena olevista kustannuksista yhteensä eniten omavastuita tarkasteluvuoden aikana.

Sairaanhoitokorvauksia sai vuoden 2011 aikana 85 % 25 vuotta täyttäneestä väestöstä. Lääkekorvauksia saaneiden osuus oli suuri kaikissa tuloryhmissä. Matkakorvauksia saivat selvästi useammat pieni- kuin suurituloiset. Yksityisen sairaanhoidon korvauksia sai sitä suurempi osuus, mitä suurituloisemmasta väestöryhmästä oli kyse. Kaikkia sairaanhoitokorvauksia yhteensä tarkasteltaessa tuloryhmien väliset erot korvauksia saaneiden osuuksissa olivat melko pieniä, koska eri etuuslajeissa yhteys tuloihin oli erisuuntainen. Pienituloisimpien ryhmässä korvausta saaneita oli kuitenkin jonkin verran vähemmän kuin muissa tuloryhmissä.

Kelan tutkimuksessa tarkasteltiin ensimmäistä kertaa systemaattisesti kaikkien sairaanhoitokorvausten saamista ja korvauskustannusten jakautumista tulojen mukaan. Sairaanhoitokorvauksia eli Kela-korvauksia maksetaan lääkkeistä, sairaanhoitoon liittyvistä matkoista, yksityislääkärin palkkioista, yksityisestä hammashoidosta sekä yksityisestä tutkimuksesta ja hoidosta. Tutkimuksessa käytettiin rekisteriaineistoa, jossa yhdistettiin rekisteritietoja Kelan sairaanhoitokorvauksista, väestötietoja sekä verotajan tulotietoja vuodelta 2011. Tulojen yhteyttä Kela-korvausten saamiseen tarkasteltiin 25 vuotta täyttäneessä aikuisväestössä tuloviidenneksittäin.

Julkaisu: Blomgren J, Aaltonen K, Tervola J, Virta L. Kelan sairaanhoitokorvaukset tuloryhmittäin. Kenelle korvauksia maksetaan ja kuinka paljon? Helsinki: Kela, Sosiaali- ja terveysturvan selosteita 93, 2015. ISBN 978-951-669-974-8 (nid.), 978-951-669-975-5 (pdf).



**JULKAISUMME OVAT LUETTAVISSA  
HELPOSTI MYÖS PDF-VERSIOINA  
ESIM. TABLETTITIEKONEILLA!  
[WWW.KELA.FI/TUTKIMUS](http://WWW.KELA.FI/TUTKIMUS) > JULKAISUT**

## SITAATTI KIRJASTA

”Sairanhoitokorvausten käytön odotetaan kasvavan entisestään etenkin lääke- ja matkakorvausten osalta.”

## UUSIMMAT TUTKIMUSJULKAISUT

**Hirvilampi T. Kestävän hyvinvoinnin jäljillä. Ekologisten kysymysten integroiminen hyvinvointitutkimukseen.**

**Tutkimuksia 136**

Väitöstutkimuksen lähtökohtana on riskitiriiti: suomalaiset voivat keskimäärin hyvin mutta kuormittavat samalla maapallon ekosysteemejä kestävämmällä tavalla.

**Hakala P, Toikka T, Paturi M, Autti-Rämö I. Ravitsemuskuntoutuksen toteutuminen Kelan järjestämällä kuntoutuskursseilla.**

**Tutkimuksia 135**

Tutkimuksessa selvitettiin, miten ravitsemuskuntoutus toteutetaan eri kuntoutuslaitoksissa ja miten sitä voitaisiin kehittää.

**Hinkka K, Aalto L, Toikka T. Uudenlaiseen Kelan työhönkuntoutukseen? Viiden kuntoutusmallin arvioinnin tuloksia.**

**Tutkimuksia 134**

Tutkimuksessa arvioidaan viiden uuden kuntoutusmallin kehittämisehdoteiden toteutettavuutta ja toimivuutta. Muutokset koetussa työssä selviytymisessä vaihtelivat kehittämishankkeen eri kuntoutusmalleissa.

**Ylikännö M, Kehusmaa S, toim. Muuttuva Salo. Kyselytutkimus asukkaiden hyvinvoinnista äkillisen rakennemuutoksen jälkeen.**

**Selosteita 94**

Muuttuva Salo 2013–2023 -tutkimushankkeessa selvitetään, millaisia vaikutuksia laajamittaisella rakennemuutoksella on yksilöiden ja alueen hyvinvointiin.

**Appelqvist-Schmidlechner K, Wessman J, Salmelainen U, Tuulio-Henriksson A, Sipilä N, Ahonen S, Luoma M-L. Nuorten avomuotoinen OPI-mielenterveyskuntoutus. Koettu hyöty ja vaikuttavuus sekä kuntoutusmallin soveltuvuus.**

**Selosteita 92**

Tutkimuksen tulokset antavat varsin rohkaisevan kuvan oppilaitoksen kanssa yhteistyössä toimivan ja opintojen kanssa yhteen sovitun kuntoutuksen mahdollisuuksista pyrittäessä ehkäisemään nuorten syrjäytymistä.



# Joustava hoitoraha saa hitaasti jalansijaa

Uutta perhe-etuutta, joustavaa hoitorahaa, maksettiin viime vuoden lopussa 8 000 lapselta. Määrä vastaa 6 %:a niistä alle kolmevuotiaista, joista ei enää maksettu vanhempainpäivärahaa. Vuotta aiemmin maksettiin osittaista hoitorahaa 5 600 tämänikäisestä lapsesta.

Vuoden 2014 alusta tuli voimaan lakimuutos, jonka mukaan alle kolmevuotiaista lapsista ei enää myönnetä osittaista hoitorahaa vaan joustavaa hoitorahaa. Edellytyksenä on, että vanhempi tekee töitä viikoittain keskimäärin enintään 30 tuntia viikossa tai enintään 80 % normaalista kokopäivätyön työajasta.

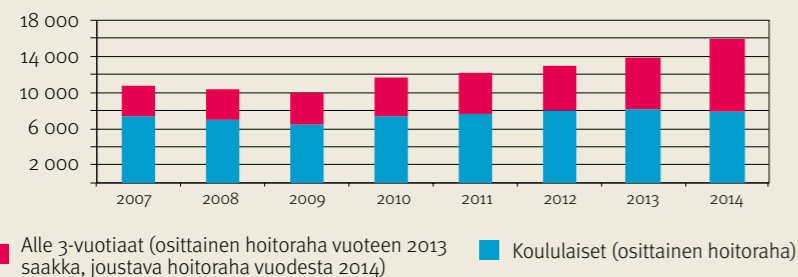
Hoitorahan määrä on porrastettu kahden tasoon vanhemman työajan mukaan.

Pienistä koululaisista myönnetään edelleen osittaista hoitorahaa.

Osittaista hoitorahaa maksettiin vuoden 2014 lopussa 7 900 koululaisesta, mikä on 6,6 % 7–8-vuotiaista. Sitä on maksettu vuodesta 1997 lähtien, ja alun perin sitä maksettiin alle 3-vuotiaista lapsista. Tuen saajien määrä kasvoi huomattavasti, kun sitä alettiin maksaa myös ensi- ja toisluokkalaisista 1.8.2004.

Pienten lasten vanhemmat käyttävät lyhyempään työaikaan sidottuja lastenhoidon tukia hieman aiempia vuosia useammin. Vuoden 2014 lopussa maksettiin 15 900 lapsesta joko osittaista hoitorahaa tai joustavaa hoitorahaa, ja 5 vuotta aiemmin maksettiin osittaista hoitorahaa 11 700 lapsesta.

## LAPSET, JOISTA MAKSETTIIN OSITTAISTA TAI JOUSTAVAA HOITORAHAA



## 3 ladatuinta tutkimusjulkaisua (1/2015–4/2015)

### 1. Häkkinen A, Korniloff K, Aartolahti E, ym. Näyttöön perustuva tuki- ja liikuntaelinsairauksien kuntoutus.

#### Työpapereita 68

Työpaperi perustuu järjestelmällisiin katsausartikkeleihin alaselän, niskan, olkapään sekä polven ja lonkan tule-sairauksien kuntoutuksesta. Julkaisuun on koottu tietoa kotimaisista ja kansainvälisistä näyttöön perustuvista kuntoutussuosituksista sekä kuntouttavan liikuntaharjoittelun annostelun perusteista. Näkökulmina ovat fyysinen aktiivisuus, terveysliikunta ja terapeuttinen harjoittelu.

### 2. Niemelä M, Saari J, toim. Huono-osaisten hyvinvointi Suomessa.

#### Teemakirja

Terveyteen ja talouteen liittyvät ongelmat

kasautuvat yhä useammin samoille henkilöille. Tämä selviää sosiaali- ja terveysministeriön rahoittamasta tutkimuksesta, joka toteutettiin Itä-Suomen yliopiston, Kelan ja Diakonia-ammattikorkeakoulun yhteistyönä. Tutkijoiden mukaan erilaisilla sosiaalipoliittisilla toimenpiteillä voidaan kuitenkin merkittävästi vaikuttaa huono-osaisten tilanteeseen.

### 3. Paltamaa J, Karhula M, Suomela-Markkanen T, Autti-Rämö I (toim.). Hyvän kuntoutuskäytännön perusta. Käytännön ja tutkimustiedon analyysistä suosituksiin vaikeavammaisten kuntoutuksen kehittämishankkeessa.

#### Teemakirja

Kirjassa kuvataan kolmen diagnoosiryhmän (aivoverenkiertohäiriöt, multippliskleroosi ja CP-oireyhtymä) avulla Kelan järjestämän vaikeavammaisten lääkinnällisen kuntoutuksen nykytilaa, arviointikäytäntöjä ja kehittämistarpeita sekä kuntoutustoimenpiteiden vaikuttavuutta.

### Pasternack I, Autti-Rämö I, Hinkka K, Pappila J. Miten tunnistaa varhaiskuntoutuksen tarve työelämässä? Kirjallisuuskatsaus työkyvyn heikkenevien ennusmerkeistä ja varhaisen tunnistamisen työkaluista.

#### Selosteita 91

ASLAK-kuntoutuksen vaikuttavuutta ja erityisesti sen kohdentumista on kritisoitu voimakkaasti. Nyt julkaistavassa kirjallisuuskatsauksessa etsittiin aikaisempien tutkimusten perusteella niitä riski- ja ennustekijöitä, jotka huomioidalla kohdennusta voisi parantaa. Raportti liittyy laajempaan Kelan työhönkuntoutuksen kehitystyöhön.

### UUSIMMAT TILASTOKATSAUKSET Erityiskorvattaviin lääkkeisiin oikeutavat sairaudet 31.12.2014

Vuoden 2014 lopussa joka neljännellä eli 1 311 000 suomalaisella oli oikeus erityiskorvattaviin lääkkeisiin. Yleisin erityiskorvaukseen oikeuttava sairaus oli krooninen verenpainetauti. Sen perusteella oli myönnetty 467 000 oikeutta. Toiseksi yleisin oli diabetes ja kolmanneksi yleisin krooninen keuhkoastma. Näiden kolmen sairauden korvausosuuksien osuus oli puolet kaikista erityiskorvausosuuksista.

### Muutoksenhakulautakuntiin tulleiden asioiden määrä on kasvanut

Sosiaaliturvan muutoksenhakulautakuntaan tuli viime vuonna 15 % enemmän valituksia kuin edellisellä vuonna. Kaikkiaan lautakunnan käsiteltäväksi tuli 23 988 Kelan päätöstä koskevaa valitusta ja poistoasiaa. Valitusten määrä lisääntyi etenkin loppuvuonna, jolloin Sosiaaliturvan muutoksenhakulautakuntaan tuli noin 40 % enemmän valituksia kuin vastaavana aikana vuonna 2013. Työttömyysturvan muutoksenhakulautakuntaan tulleiden valitusten määrä kasvoi vajaat 20 %.

### TILAUKSET

Suurin osa julkaisuista (pdf) on ladattavissa ilmaiseksi internetsivuilta [www.kela.fi](http://www.kela.fi).

Tutkimusjulkaisut: puh. 020 634 1947, [julkaisut@kela.fi](mailto:julkaisut@kela.fi)

Tilastojulkaisut: puh. 020 634 1502, [tilastot@kela.fi](mailto:tilastot@kela.fi)

Hinnat eivät sisällä lähetyksaluja.



Kuntoutukseen tarvitaan lisää koordinaatiota, muistuttaa Helena Pesola.

## Eurojen takana on ihminen

Julkisen ja yksityisen sektorin vastakkainasettelu ei ole tätä päivää, muistuttaa tehtävänsä kesällä jättävä Kelan johtaja, ministeri Helena Pesola.

**HELENA PESOLALLE** pitkä ura yhteiskunnan palveluksessa on ollut luonteva valinta. Kelan keskeisistä toiminnoista vastaavana johtajana hän on päässyt vaikuttamaan sosiaaliturvan kehitykseen.

”Olen ollut hyvin onnekas, sillä minulla on ollut mahdollisuus tarttua erittäin kiinnostaviin tehtäviin. En ole suunnitellut uraani etukäteen, mutta olen aina halunnut auttaa muita ihmisiä tavalla tai toisella”, hän kuvailee.

Pesola pätevytyi tehtävänsä muun muassa Jyväskylän sosiaalitoimen talousjohtajana, kokoomuksen kansanedustajana sekä sosiaali- ja terveysministerinä Harri Holkerin hallituksessa 1987–89. Kelan johtajana hän aloitti tammikuussa 1990.

Pesola on ollut valmistelussa monia keskeisiä sosiaaliturvan uudistuksia. Hänen aikanaan on kiinnitetty huomiota erityisesti palvelumuotoiluun ja asiakaslähtöisyyteen. Palvelujen suunnittelussa ovat olleet avuk-

si Kelan perustamat asiakasraadit, joissa on eri asiakasryhmien edustajia.

”Maksamme tänä vuonna yli 14,5 miljardia euroa etuiksina asiakkaillemme. Pitää muistaa, että näiden eurojen takana on aina ihminen tarpeineen”, Pesola sanoo.

### Kela koordinoimaan kuntoutusta

Pesolan vastuulla ovat muun muassa Kelan eläke- ja toimeentuloturvaosasto, terveysosasto, kenttäosasto ja koko maan kattava palveluverkko. Vastuualueelle kuuluu myös kuntoutus, joka on kehittynyt paljon viime vuosina. Pesola kaipaa silti lisää koordinaatiota kuntoutukseen, jossa on mukana useita eri toimijoita. Tämä saattaa näyttäytyä kuntoutujille hajanaisena ja vaikeaselkoisena.

Pesolan mukaan kuntoutuksen koordinointi sopisi hyvin Kelalle, joka on muun muassa ottanut laajemmin vastuuta esimerkiksi vaativan lääkinnällisen kuntoutuksen kehittämisestä.

”Olemme laatineet Kelassa vaikeavammaisten lääkinnälliseen kuntoutukseen sähköisen kuntoutumissuunnitelmalomakkeen, joka tukee kuntoutuksen suunnittelua ja Kelan ja terveydenhuollon välistä yhteistyötä. Kuntoutussuunnitelman lisäksi eri tahot tekevät asiakkaalle muita suunnitelmia. Nämä ovat monesti päällekkäisiä, eikä tarpeellinen tieto kulje eri tahojen välillä”, Pesola kertoo.

”Pidän ensiarvoisen tärkeänä, että asiakkaan monialaista ja moniammatillista kuntoutuksen järjestämistä varten rakennettaisiin yksi yhteinen sähköinen suunnitelma eri toimijoiden käyttöön. Tässä työssä voisi vallon hyvin hyödyntää Kelassa rakennettua sähköistä lomaketta. Päällekkäisen työn poistaminen vapauttaisi voimavaroja varsinaiseen asiakastyöhön, sillä asiakas on kuntoutuksen keskipiste.”

### Asiakas sote-uudistuksen keskiöön

Pesola on seurannut läheltä myös sote-uudistuksen etenemistä.

”Vaikka suunnitteluprosessista voidaan olla monta mieltä, pidän hyvänä sitä, että prosessin aikana kaikki poliittiset puolueet ja muutkin tahot tunnustivat uudistuksen tarpeen. Edessä on kuitenkin vielä iso savotta, jotta asiat saadaan vietyä päätökseen niin, että myönteiset vaikutukset näkyvät konkreettisina parannuksina asiakkaiden arjessa.”

Pesola oli Kelan edustajana mukana monikanavaisen rahoituksen purkamisen vaihtoehtoja selvittäneessä työryhmässä.

”Jatkotyössä ei ole mielestäni varaa näperrellä enää vain rakenteiden parissa. Asiakas on nostettava vihdoin uudistuksen keskiöön. On uskallettava tunnustaa, että tarvitsemme julkisen sektorin lisäksi yksityisiä palveluntuottajia ja kolmatta sektoria palveluiden tuottajiksi.”

Kela loi sote-uudistusta varten yhteisrahoitteisen vakuutusmalliin. Se mahdollistaa yksityisten palveluntuottajien osallistumisen palveluiden tuottamiseen julkisten toimijoiden rinnalla muun muassa lääkäri- ja hammaslääkäripalveluissa, jos palveluntuottajat sitoutuivat enimmäishintoihin ja laatukriteereihin.

”Sairaanhoidovakuutus on luonteeltaan kuin palveluseteli. Erillistä palvelusetelijärjestelmää ei tarvittaisi.”

Kelan kehittämä malli parantaisi asiakkaan valinnanvapautta. Vakuutusmaksuina kerätty rahoitusosuus tasaisi sekä väestöryhmien eroja että alueellisia eroja eikä olisi riippuvainen kuntatalouden heilahteluista.

”Pidän malliamme reiluna koko yhteiskunnan kannalta”, Pesola toteaa. ■

Johanna Hytönen



Under de senaste åren har Pia-Nina via FPA fått stöd för ridterapi i hemstaden Tavastehus.



## ”Man måste själv vara aktiv”

Pia-Nina Vekka och Jaana Helin drabbades vardera av en sjukdom som fullständigt förändrade deras liv. Tack vare rehabilitering har de kunnat börja om på nytt, men allt har inte gått som på räls.

**P**ia-Nina Vekka, 44, svänger sig ledigt med rehabiliteringstermer och förståelse. Livet med MS har lärt henne mycket om såväl rehabilitering som social- och hälsovårdstjänster. Vissa saker har hon dock lärt sig genom bitter erfarenhet.

Under åren har Pia-Nina deltagit i anpassningsträning och två gånger i medicinsk rehabilitering på Neuroförbundets rehabiliteringscenter i Masku. Regelbunden fysioterapi på hemorten stöder rörelseförmågan. Pia-Nina drabbades av MS för nästan 20 år sedan.

Anpassningsträningen är avsedd som ett introduktionspaket för den sjukdomsdrabbade. Under träningen analyseras rehabiliteringsklientens egen situation samtidigt som man försöker finna utvägar som kan bidra till ett fullvärdigt liv med sjukdomen.

Pia-Nina beviljades behovsprövad rehabilitering när hon funderade på att skaffa extra hjälpmedel för vardagen. Tanken var att hon under den 17 dygn långa rehabiliteringsperioden skulle testa olika redskap och lära sig hur de används.

”Slutenvårdsrehabiliteringen gav mig utmärkta gymtips samtidigt som mitt motionsintresse vaknade. Dessutom lärde jag mig självkaterisering”, berättar Pia-Nina.

### Frisk över en natt

Pia-Nina Vekkas liv förändrades radikalt när hon sjukpensionerades våren 2014. Pensionsbeslutet fick oanade följder.

”I myndigheternas ögon blev jag frisk över en natt”, konstaterar Pia-Nina lite tillspetsat.

Yrkesverksamma personers respektive pensionstagares behov bedöms delvis på

olika grunder. Tidigare fick Pia-Nina höjt handikappbidrag, men efter pensionsbeslutet ersattes handikappbidraget med vårdbidrag till ett lägre belopp.

Tidigare fick Pia-Nina FPA-finansierad individuell terapi två gånger per vecka, men som pensionstagare är hon inte längre på samma sätt berättigad till slutenvårdsrehabilitering som ersätts av FPA.

### Inga försköningar

Numera får Pia-Nina Vekka fysioterapi med stöd av servicesedlar från sjukvårdsdistriktet, eftersom hon får en ny sorts MS-medicin inom den specialiserade sjukvården. Om medicineringsen vore mer konventionell skulle hon vara tvungen att uppsöka terapi på sin egen hälsocentral.

”Fysioterapi är mycket viktig för mig. Tack vare den klarar jag av att röra mig med

rollator ensam på stan och att överlag delta i samhället”, säger Pia-Nina.

”Det gäller att inte försköna sin situation när man fyller i olika ansökningar. Jag kan inte släppa tanken på att jag kanske skulle ha fått ett annorlunda stödbeslut om jag hade fyllt i ansökan mer noggrant och detaljerat. Jag kommer att försöka ansöka om höjt vårdbidrag och status som svårt funktionshindrad på nytt.”

### Nytt yrke genom läroavtal

Jaana Helin, 40, kommer från Iittala och berättar om sitt liv med stor entusiasm.

”Jag gillar så otroligt att jobba och studera. Läroavtalsutbildningens mångfald visar sig i att alla i vår klass har olika arbetsplatser. Diskussionerna och utbytet av erfarenheter är verkligen givande.”

För ett par år sedan upplevde Jaana sin situation på ett helt annat sätt. Hon hade jobbat treskift på fabrik med kontroll, förpackning och avsändning av produkter i knappt tio år. Förvärvsarbetet splittrades dock av långa sjukledigheter. Den tidigare diagnostiserade astman förklarade inte de återkommande luftrörskatarrerna och lunginflammationerna.

”År 2012 fick jag slutligen diagnosen bronkiektasier, dvs. vidgade luftrör. Efter det har det varit lättare att hitta egenvårdsmetoder”, berättar Jaana.

Eftersom Jaana var bara 40 år och fortfarande hade en lång yrkesverksam tid framför sig började hon tillsammans med företagshälsovården reda ut möjligheterna till yrkesinriktad rehabilitering. Tack vare den blev det möjligt att pröva på och utbilda sig till ett annat yrke.

### Viktigt att ställa krav

Det finländska rehabiliteringssystemet har ansetts vara splittrat. I det branschövergripande systemet fördelas rehabiliteringsansvaret på flera parter samtidigt som subsystemen finansieras på olika sätt.

För rehabiliteringsklienterna avspeglar sig detta exempelvis i att varje förmån eller tjänst ska sökas separat och dessutom på olika håll. En del handlingar hamnar hos FPA och en del hos olika kommunala enheter.

”Personlig assistent, manöverorgan för bilen, försörjningsförmåner, rehabilitering, ombyggnad av bostaden och ersättning för specialersättningsgilla läkemedel ska alla sökas separat”, förklarar Pia-Nina Vekka.

## Är priset för avgörande?

Vi bad professor Pekka Rissanen att utvärdera anbudsförfarandet och urvalskriterierna i anslutning till FPA:s slutenvårdsrehabilitering.

**V**arje år upphandlar FPA slutenvårdsrehabilitering till ett totalvärde av cirka 145 miljoner euro för nästan 57 000 rehabiliteringsklienter.

”FPA har tydligt begrundat sina upphandlingar och ordnat upphandlingspraxisen synnerligen professionellt”, berömmar Pekka Rissanen, professor i hälsovårdsekonomi vid Tammerfors universitet.

I praktiken utformar FPA på egen hand de tjänster som FPA upphandlar. Utarbetandet av en servicebeskrivning, dvs. rehabiliteringsstandard, påbörjas upp till 2–3 år före den egentliga upphandlingen. Vid utformandet av standarden utnyttjas de nyaste forskningsrönen, utvecklas erfarenheter och klienternas åsikter. Dessutom begärs kommentarer från serviceproducenterna.

”Ett problem är att praktiskt taget alla serviceproducenter kan visa att de antingen har den personal som krävs eller har tillgång till sådan om de vinner en upphandling”, bedömer Rissanen.

Eftersom kvalitetskriterierna inte skiljer åt serviceproducenterna tillräckligt blir priset i praktiken den avgörande faktorn.

”Synnerligen högklassiga och erkända serviceproducenter har sidsteppats av noviser med rätt så liten dokumenterad erfarenhet av rehabiliteringsprogram.”

I en utredning för några år sedan märkte forskarna att FPA:s upphandlingar har försatt en del rehabiliteringsinrättningar i trångmål.

## Den nationella upphandlingslagen revideras för tillfället.

Den nationella upphandlingslagen revideras för tillfället. Avsikten är att den nya lagen ska träda i kraft våren 2016.

”I stället för det nuvarande rätt så mekaniska anbudsförfarandet borde man gå in för flexibilitet och behovsprövning inom upphandlingen av social- och hälsovårdstjänster”, bedömer Rissanen.

”Exempelvis kunde ett väl beprövat samarbete utgöra ett upphandlingskriterium.”

### Klienten kan välja

FPA:s upphandlingschef Kari Tolonen tror inte att priset är för avgörande vid upphandlingen av tjänster.

”Urvalskriteriet enligt upphandlingslagen är antingen det billigaste priset eller den totalekonomiska fördelaktigheten”, påpekar Tolonen.

FPA:s slutenvårdsrehabilitering konkurrensutsätts på såväl nationell nivå som universitetssjukhusnivå. Ofta får klienterna välja bland de rehabiliteringsproducenter som FPA har slutit avtal med.

”Detta innebär att serviceproducenterna ska ha gott rykte, nätverk och en webbplats. Ryktet sprider sig rätt så snabbt”, säger FPA:s rehabiliteringschef Tiina Huusko.

### Servicedelen som alternativ

Tiina Huusko menar att centraliseringen delvis också är en följd av faktorer som inte beror på FPA:s anbudsförfarande. Exempelvis Penningautomatföreningen RAY:s understöds-kriterier har skärpts så att föreningsaktörerna inte längre kan kombinera understöd med inkomster av försäljning av tjänster såsom förr.

FPA:s upphandlingsenhet strävar att mångsidigt utnyttja olika upphandlingsätt. Servicesedlar är en möjlighet. Då kan alla serviceproducenter som uppfyller kompetenskriterierna delta medan det är klienten som väljer.

FPA har föreslagit att rehabiliteringstjänster framöver ska kunna upphandlas också från den offentliga sektorn, vilket den gällande lagstiftningen inte tillåter.

Reformen skulle förbättra tillgången till rehabiliteringstjänster exempelvis för rehabiliteringsklienter i de mest avlägsna glesbygderna och för svenskspråkiga rehabiliteringsklienter. Den skulle även bidra till kontinuitet i och med att tjänsteleverantören inte behöver bytas ut i händelse av ägararrangemang.

Hanna Moilanen

ÖVERSÄTTNING KURT KAVANDER





## Rehabilitering är en central uppgift i sote

**H**älsovård ska producera hälsonytta. Socialtjänster ska hjälpa folk att få bättre kontroll över sina liv. Inom rehabiliteringen går det inte att skilja de här frågorna åt: rehabilitering har som uppgift att förbättra människans förutsättningar att fungera i samhället med beaktande av båda de ovan nämnda infallsvinklarna.

Rehabilitering är målinriktad verksamhet, och mål kan ställas upp för vilket viktigt område som helst i rehabiliteringsklientens liv. För att rehabiliteringen ska lyckas behövs olika åtgärder – handledning, terapi, omändringar i miljön, bearbetning av attityder samt personliga hjälpmedel – allt enligt individens behov.

Rehabilitering indelas i medicinsk, pedagogisk, social och yrkesinriktad rehabilitering. Denna indelning grundar sig på anordnarens yrkeskunskande och centrala uppgift.

Rehabiliteringsklienten å sin sida behöver en människa eller människor som ser hans behov som en helhet, inte splittrade på rehabiliteringens olika delområden.

I praktiken omsätts denna idé om helhetsrehabilitering bäst i statliga specialskolor, där skolan har helhetsomfattande ansvar för elevernas behov – för undervisningen, för den medicinska rehabiliteringen och för boendeservicen. I Valteri-skolorna blir den centrala sote-uppgiften verklig: behoven bestämmer innehållet, och man svarar mot behoven med gemensamma krafter. Men alla rehabiliteringsklienter placeras inte i specialskolor.

I Finland finns det omkring 300 000 personer med sällsynta diagnoser. Gemensamt för dem är inte bara att diagnosen fås sent och att det dröjer innan behandlingen kommer i gång utan också att de behöver psykosocialt stöd och att de ofta har ett långvarigt behov av rehabilitering. För att svara mot de multiprofessionella behov som dessa personer har byggs det nu som bäst upp kompetenscentra vid universitetssjukhusen.

Kompetenscentrumen koncentrerar sig inte enbart på medicinskt kunnande på toppnivå, utan centrumen ska också svara

mot behovet att i praktiken omsätta och utveckla det psykosociala stödet och rehabiliteringen. Då befinner vi oss åter i det som bildar kärnan i sote: både medicinsk behandling och multiprofessionell rehabilitering som svarar mot de individuella behoven ska skötas inom den öppna vården.

Men vår vardag ställer också till med funktions- och delaktighetsproblem. Det kan handla om begränsningar som såväl kropp som psyke ställer, och det kan också röra sig om begränsningar på grund av den allmänna funktionsförmågan eller av den fysiska och sociala omgivningen. Åter krävs det kunnande: man måste identifiera vilka faktorer som inverkar på funktionsförmågan, vilka funktionella begränsningar de medför samt vilka resurser personen har. Här räcker det inte med enbart en medicinsk bedömning av funktionsförmågan. Kärnan ligger nu i sote-samarbetet mellan kommunens socialarbete, daghem, skola, läroinrättningar och arbetsförvaltning.

För rehabilitering behövs inte alltid professionella. Oftast krävs i alla fall att någon yrkeskunnig ger anvisningar och inspiration, med hjälp av vilka rehabiliteringsklienten styrs till aktiv verksamhet. Alla anställda inom social- och hälsovården borde också tillägna sig ett rehabiliterande förhållningssätt i sitt arbete. Då ser man möjligheter till förändring i sitt dagliga arbete, i kundernas vardag. Att kunderna beaktas helhetsinriktat vid varje möte är sote-arbete när det är som bäst.

Alla som insjuknat eller blivit handikappade påminns ständigt om sin förlust och om allt de tvingas avstå ifrån. Om rehabiliteringsklienten kan lita på att han får något i stället för det han gått miste om har han redan tagit ett steg framåt. Därför måste vi se till att rehabiliteringen finns i sote-systemets kärna, också om systemets producenter och alla aktörer skulle bytas ut. Detta måste synas också i den kommande sote-reformen. ■

**Ilona Autti-Rämö**  
Ledande överläkare

*För rehabilitering behövs inte alltid professionella.*

KUVA KEILA

Kalle Könkkölä (kuvassa vas.) on helsinkiläinen Kynnys ry:n toiminnanjohtaja.



### Kun pääsin hengityskoneeseen

"Usein sanotaan, että joku joutuu hengityskoneeseen ja pyörätuoliin. Minulle se oli pääsemistä. Sairastuin 21-vuotiaana keuhkokuumeeseen, jonka seurauksena oli hengityshalvaus. Heräsin sairaalassa, en pystynyt puhumaan ja joka paikkaan sattui.

Kun sain hengityskoneen, oloni helpottui ja pystyin liikkumaan vapaammin. Vähitellen toivuini, mutta matematiikan opiskeluni Helsingin yliopistossa keskeytyivät pitkäksi aikaa.

Minulla on synnynnäinen lihassairaus ja käytän sähköpyörätuolia. Kela myönsi sellaisen minulle vuonna 1969, kun pääsin ylioppilaaksi. Pystyin liikkumaan itsenäisesti, ja koko maailma tuntui olevan avoinna. En ollut riippuvainen kenestäkään – vanhemmistani tai myöhemmin vaimostani.

Minun piti valmistua vakuutusmatematiikoksi, mennä vakuutusyhtiöön töihin ja hankkia hyvin.

Sen sijaan ryhdyinkin puolustamaan vammaisten oikeutta tasa-arvoiseen elämään. Meitä oli muutamia samoin ajattelevia, olimme rohkeita ja jälkeensä ajatellen aika kärkeviäkin. Vammaisjärjestöissä muut kuin vammaiset hoitivat vammaisten asioita ja halusimme muuttaa sen.

Olin mukana perustamassa vammaisten ihmisten perus- ja ihmissoikeusjärjestö Kynnys ry:tä. Perustin myöhemmin myös Abilis-säätiön, joka tukee kehitysvammaisten ihmisten hankkeita. Säätiön edustajana olen matkustanut paljon ulkomailla.

Nykyisin suhtaudun asioihin sovitteluvammin. Minulla on sellainen periaate, että olen 20-prosenttisesti ilkeä ja 80-prosenttisesti kiltti."

**Kalle Könkkölä**





## Seuraa Kelaä sosiaalisessa mediassa Löydät meidät monista eri kanavista

### Facebook

lapsiperheille ja opiskelijoille  
[www.facebook.com/kelakerttu](http://www.facebook.com/kelakerttu)  
[www.facebook.com/opintotuki](http://www.facebook.com/opintotuki)

### Kysy Kelasta -palsta

Kela-Kerttu neuvoo asiakkaita lapsiperheiden etuuksissa.  
Opintotuen ja työttömyysturvan keskustelupalstoilla opastavat Kelan asiantuntijat.  
[www.kela.fi/kysy-kelasta](http://www.kela.fi/kysy-kelasta)

### Twitter

@Kelan\_uutiset kertoo tuoreet uutiset Kelasta  
@Kelantutkimus painottuu sosiaaliturvan tutkimustietoon  
@Kelantilastot kertoo ajankohtaisen tilastotiedon sosiaaliturvan alalta  
@Kelankuntoutus viestii uusimmat kuntoutuusuutiset

### Youtube

[www.youtube.com/user/Kelakanava/](http://www.youtube.com/user/Kelakanava/)

### Slideshare

[www.slideshare.net/kela-fpa](http://www.slideshare.net/kela-fpa)  
[www.slideshare.net/kelantutkimus](http://www.slideshare.net/kelantutkimus)

### LinkedIn

työpaikkoja ja Kela-kuulumisia rekrytoinnin näkökulmasta  
[www.linkedin.com/kela](http://www.linkedin.com/kela)

### Blogit

[www.kela.fi/tutkimusblogi](http://www.kela.fi/tutkimusblogi)

**Kela|Fpa<sup>fi</sup>**

Kelan viestintä, PL 450, 00101 Helsinki