

# Kuntoutuksen koulutuksen ja tutkimuksen kehittämisfoorumi

## Kuntoutuksen osaamis- ja työelämätarpeet

Opetus- ja kulttuuriministeriö  
Sosiaali- ja terveysministeriö

### **Työryhmä 1:**

Mika Pekkonen, Johanna Holvikivi, Eija Haapala, Sinikka Hiekkala, Juho Korpi, Ida Nummelin, Sari Raassina, Satu Rannisto, Salla Seppänen, Antti Teittinen ja Riitta Työläjäarvi

## Sisällys

<b>Kuntoutuksen osaamis- ja työelämätarpeet</b> .....	4
1.1 Tiivistelmä tuotetusta materiaalista .....	4
1.1.1 Väestön kuntoutustarpeet 2020 – luvulla .....	4
1.1.2 Työvoimatarve ja henkilöstön saatavuus 2021 – 2030.....	6
1.1.2.1 <i>Kuntoutuksen työvoimatarpeeseen vaikuttavia asioita</i> .....	6
1.1.3 Sote-uudistuksen vaikutus kuntoutuksen osaamis- ja työelämätarpeisiin.....	8
1.1.4 Kuntoutuksen muutos, trendit ja toimintaympäristöt .....	9
1.2 Alatyöryhmä 1: Mitä tiedetään väestön kuntoutustarpeesta 2020-luvulla? .....	10
1.2.1 Menetelmät.....	10
1.2.2 Tulokset.....	11
1.2.2.1 <i>Kuntoutuspalveluiden nykytila</i> .....	11
1.2.2.1.1 Julkisen terveydenhuollon kuntoutuspalvelut.....	11
1.2.2.1.2 Kelan kuntoutuspalvelut .....	15
1.2.2.1.3 Eläkelaitosten ja vakuutusyhtiöiden järjestämä kuntoutus.....	17
1.2.2.1.3.1 Työeläkekuntoutus.....	17
1.2.2.1.3.2 Työtapaturmien ja ammattitautien kuntoutus.....	19
1.2.2.1.3.3 Liikennevakuutuslain perusteella korvattava kuntoutus.....	20
1.2.2.1.4 Järjestöjen järjestämä kuntoutus.....	21
1.2.2.2 <i>Kuntoutustarvetta ennustavat indikaattorit</i> .....	21
1.2.2.2.1 Työkyvyttömyyseläkkeet ja pitkät sairauspoissaolot.....	21
1.2.2.2.2 Terveyskäyttäytyminen.....	23
1.2.2.2.3 Ikääntyneiden palvelutarve .....	25
1.2.2.2.4 Väestöennuste .....	26
1.2.2.2.5 Hallitustavoitteet .....	27
1.2.3 Johtopäätökset .....	27
1.2.3.1 <i>Selvityksen luotettavuus</i> .....	27
1.2.3.2 <i>Arvio väestön kuntoutustarpeesta 2020-luvulla</i> .....	28
1.2.4 Yhteenveto .....	31
1.3 Alatyöryhmä 2: Työvoimatarve ja henkilöstön saatavuus .....	32
1.3.1 Tietopohja.....	32
1.3.2 Kuntoutuksen työvoimatarpeeseen vaikuttavia asioita .....	32
1.3.3 Digitalisaation ja teknologian vaikutus työhön .....	33
1.3.3.1 <i>Etäasiointi moninkertaistunut korona-aikana sote-palveluissa</i> .....	33

	1.3.3.2	<i>Terveysteknologian ala tarjoaa runsaasti työmahdollisuuksia myös tulevaisuudessa</i> .....	34
	1.3.4	Maahanmuuton ja muuttoliikkeen vaikutus työvoimatarpeeseen .....	34
	1.3.5	Kuntoutusalan työvoiman tarve ja alueellisuus.....	35
	1.3.6	Mahdollisia jatko kysymyksiä pohdittavaksi ja selvittäväksi.....	37
1.4		Alatyöryhmä 3: Miten sote-uudistus vaikuttaa kuntoutuksen osaamis- ja työelämätarpeisiin? .....	38
	1.4.1	Sosiaali- ja terveysalan perustutkintojen ja korkeakoulutuksen nykytilanne.....	38
	1.4.2	Sote-uudistuksen vaikutukset sosiaali-, terveys- ja hyvinvointipalvelujen koulutukseen .....	41
	1.4.3	Sote uudistus.....	42
	1.4.4	Toimintakyky - osaamisella Soteen kuntoutuksessa .....	44
	1.4.5	Työelämästä nousevia osaamistarpeita kuntoutuksen eri sektoreilla .....	45
1.5		Alatyöryhmä 4: Miten kuntoutus muuttuu? Mitkä ovat kuntoutuksen trendit ja toimintaympäristöt? .....	46
	1.5.1	Toimintaympäristön muutokset kuntoutuksessa.....	46
	1.5.1.1	<i>Yhden luukun periaate ja hoitoketju</i> .....	46
	1.5.1.2	<i>Tulevaisuuden asiakas vaatii itsensä näköistä palvelua</i> .....	48
	1.5.1.3	<i>Asiakaskeskeinen hyvä kuntoutus on vaikuttavaa</i> .....	48
	1.5.1.4	<i>Teknologian aseman vahvistuminen kuntoutuksessa</i> .....	49
	1.5.2	Asiakastarpeiden moninaisuus ja palveluiden monimuotoisuus.....	51
	1.5.2.1	<i>Etäkuntoutus vastaa asiakkaiden tarpeisiin</i> .....	51
	1.5.2.2	<i>Kun sairaus yllättää asiakkaan tiedon jano on pitkäaikainen</i> .....	52
	1.5.3	Mielenterveystyö.....	53
	1.5.4	Lääkinnällinen kuntoutus .....	53
	1.5.4.1	<i>Vaativa lääkinnällinen kuntoutus tulevaisuudessa</i> .....	54
	1.5.5	Ammatillinen kuntoutus .....	55
	1.5.6	Kuntoutuksen vaikuttavuus ja hyödyn arviointi .....	56

# Kuntoutuksen osaamis- ja työelämätarpeet

Kuntoutuksen tutkimus- ja kehittämisfoorumin työryhmä 1:n tehtäväksi oli laatia selvitys kuntoutuksen osaamis- ja työelämätarpeista joulukuun 2021 loppuun mennessä. Työryhmälle annettiin seuraavat tarkemmat kysymykset: 1) Mitä tiedetään väestön kuntoutustarpeista 2020-luvulla? 2) Mitä tiedetään kuntoutuksen työvoimatarpeesta ja henkilöstön saatavuudesta 2020-luvulla? 3) Miten sote-uudistus vaikuttaa kuntoutuksen osaamis- ja työelämätarpeisiin? ja 4) Miten kuntoutus muuttuu? Mitkä ovat kuntoutuksen trendit ja toimintaympäristöt?

Työryhmä jakaantui 4 alatyöryhmään em. kysymysten mukaisesti. Kukin alatyöryhmä työskenteli itsenäisesti, minkä lisäksi koko työryhmä kävi kokouksissaan keskustelua kaikista kysymyksistä. Kaikki työryhmän jäsenet osallistuivat myös kaikkien kysymysten vastausten kirjoittamiseen, joten kaikki tekstit ovat lopulta koko työryhmän yhteisen työn tulos.

## 1.1 Tiivistelmä tuotetusta materiaalista

### 1.1.1 Väestön kuntoutustarpeet 2020 – luvulla

Julkisen terveydenhuollon järjestämä kuntoutus jakautuu läpileikkaavana osaksi sosiaali- ja terveydenhuollon palveluita. Vuodeosastohoidon vähentyminen ja avohoidon lisääntyminen ovat trendejä, jotka vaikuttavat myös kuntoutukseen. Tarkastelua vaikeuttaa puuttuva tieto julkisen terveydenhuollon järjestämisvastuulla olevan kuntoutuksen ulkoistuksista (ostopalvelu- ja palvelusetelihankinnat). Muutokset terveydenhuollon kuntoutuspalveluissa voivat selittyä paitsi kansalaisten tarpeen muuttumisella, myös sillä, että kuntoutuspalveluita on hankittu aiempaa enemmän tai vähemmän yksityiseltä tai kolmannelta sektorilta. Kuntoutuksen järjestämisvastuu on voinut myös muuttua, jolloin kuntoutujat vähenevät yhdeltä sektorilta ja lisääntyvät toisella sektorilla. Terveydenhuollon vastuulla oleva kuntoutus on pääosin lisääntynyt kuluneiden kahden vuosikymmenen aikana.

Väestön kuntoutustarpeesta tai kuntoutuspalveluiden tämänhetkisestä käytöstä ei löytynyt kattavaa ja kokonaisvaltaista tietoa. Kuntoutustarpeen arvioimiseksi koottiin sote-alan yhteisestä tietopohjasta tilastotietoa kuntoutuspalveluiden käytön nykytilasta

ja lähihistorian muutoksista sekä muutamista kuntoutustarvetta mahdollisesti ennustavista indikaattoreista. Selvityksen perusteella tunnistettiin kuusi kuntoutustarvetta kuvaavaa pääteemaa:

1. **Mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöt** ovat 2020-luvun suurin haaste työikäisten työkyvyille. Mielenterveyskuntoutus tulee jatkamaan voimakasta kasvua 2020-luvulla ja mielenterveyspalveluiden kehittäminen on välttämätöntä.
2. **Tuki- ja liikuntaelinvaivat** uhkaavat työkykyä myös 2020-luvulla. Tule-vaivojen lääkinällisen kuntoutuksen (fysioterapian) voimavaroja on lisättävä erityisesti perusterveydenhuollossa ja työterveyshuollossa. Asianmukainen lääkinällisen kuntoutuksen toteutuminen tulee olla edellytyksenä tule-vaivojen ammatilliselle kuntoutukselle.
3. **Ikääntyneiden kuntoutuksen** kehittäminen on välttämätöntä sekä ikääntyneiden ihmisarvon että kansantalouden näkökulmasta. Perusterveydenhuollon voimavaroja ja moniammatillisuutta on vahvistettava ja kuntouttavaa työtä otetta edellytettävä kaikilta ikääntyneiden parissa työskenteleviltä. Ympäri-vo-rokautisen hoidon tavoitetasoksi on asetettava enintään 6 % yli 75-vuotiaista.
4. **Lasten ja nuorten palveluiden vahvistaminen ja integroiminen normaaliin kasvuympäristöön** on yksi kuntoutuksen tärkeä tehtävä jo nyt ja tulevaisuudessa, niin että elinikäisen oppimisen ja hyvinvoinnin turvaaminen on kaikille mahdollista.
5. **Terveyden edistäminen** on integroitava kaikkiin kuntoutuspalveluihin. Jokaisen kuntoutusalan ammattilaisen vastuulla on ohjata asiakkaalle terveellinen ravitsemus, päihteiden kohtuukäyttö ja terveysliikuntasuositusten mukainen määrä liikuntaa.
6. **Työhön paluun tai mahdollisen ammatillisen kuntoutuksen** suunnittelu tulee toteuttaa lääkinällisen kuntoutuksen rinnalla osana kuntoutusprosessia. Muuttuva työ aiheuttaa terveydentilasta riippumattomia ammatillisen kuntoutuksen tarpeita.

2020-luvulla on tärkeää vahvistaa ja yhtenäistää kuntoutukseen liittyvää tietopohjaa ja tunnistaa toisaalta kuntoutustarvetta ennustavia ja toisaalta kuntoutuksen vaikuttavuutta kuvaavia indikaattoreita. Julkisten hankintojen kautta järjestetystä kuntoutuksesta ja vakuutusyhtiöiden järjestämästä kuntoutuksesta tulee kerätä järjestelmällisesti tietoa. Tieto kuntoutuksen monilta eri kanavilta tulisi koota yhteen, jotta voidaan

arvioida minkä verran kuntoutujat liikkuvat eri palveluiden välillä ja minkä verran kuntoutuspalveluiden käyttö kokonaisuutena muuttuu.

## 1.1.2 Työvoimatarve ja henkilöstön saatavuus 2021 – 2030

Vuonna 2019 sote-palveluissa työskenteli yhteensä 422 000 työllistä (Tilastokeskus, Työlliset ja palkansaajat työnantajasektorin ja toimialan mukaan). Sote-palveluissa työllisten määrän kasvu vuosina 2009–2019 on ollut toiseksi suurinta toimialojen keskinäisessä vertailussa. Alatoimialoittaisessa toimialojen keskinäisessä vertailussa sosiaalihuollon laitospalvelujen työllisyyden kasvu on ollut suurinta vuosina 2009–2019. (Räsänen & Ylikännö 2021.) TEM raportti 2:2021 Näistä on varsinaisia kuntoutuksen ammattilaisia noin alle 20 000 työllistä (psykologit 5360, fysioterapeutit 9738, muut alle 2000). Tällä hetkellä näyttää osaavan henkilöstön saaminen eri alueille olevan pulmallista erityisesti neuropsykologisen kuntoutuksen sekä puhe- ja psykoterapian osalta.

Avoimena tietona olevassa ammattien tilastoinnissa ja arvioinnissa (esim. TEM:n ammattibarometri tai toimialaraportit) puuttuu useita kuntoutusalan ammattinimikkeitä. Tietopohjan puutteet vaikeuttavat kokonaiskuvan muodostamista ja tulevaisuuden näkymien kattavaa esittämistä. Toisin sanoen tarvitsemme nyt ja jatkossa systemaattisesti tuotettua yksityiskohtaisempaa tietoa kuntoutusalan ammattiteista.

### 1.1.2.1 Kuntoutuksen työvoimatarpeeseen vaikuttavia asioita

1. **On suhteessa muuhun sosiaali- ja terveysalan työvoimatarpeeseen,** esim. hoitajamitoituksesta tuleva lisätarve 0.7 vaikuttaa työvoimatarpeeseen. Kuinka paljon olisi kuntoutuksen ammattilaisia ja millaisia työkuvia ja tehtävänsiirtoja voisi olla tulevaisuudessa? Henkilöstömitoituksesta iäkkäiden henkilöiden tehostetussa palveluasumisessa ja pitkäaikaisessa laitoshoidossa säädetään laissa (Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista annetun lain muuttaminen).
2. **Jos kuntoutukseen panostetaan aiempaa enemmän** esimerkiksi ikäohjelman tai sote-keskushankkeiden puitteissa, fysioterapeuttien ja muiden kuntoutusalan osaajien työmarkkinatilanne voi kuitenkin muuttua nopeasti.
3. **Eläköityminen kuntoutuksen** alueella on nähtävissä, tämä vaikuttaa uusien osaajien määrään (lisää koulutuspaikkoja).

4. **Uudet työalueet kuntoutuksessa**, esim. varhaiskasvatus, työkyky ja työllisyyspalvelut, eri maissa olevat käytännöt ja työalueet. Suomessa on esim. toimintaterapeutteja 100 000 asukasta kohti noin 62. Tanskassa vastaava luku on 189, Ruotsissa 116, Islannissa 104 ja Norjassa 97. (COTEC 2021)
5. **Vaikuttavuuden vaatimus kuntoutuksessa**, vaikuttaa sekä osaamistasoon että työvoiman määrään.
6. **Muuntuvat työurat**; vaihdetaan työpaikkaa, alalta toiselle siirtyminen, uudenlaiset työ sopimukset ja alustat, kombinaatio palkkatyö ja yrittäjyys.
7. **Digitalisaation, maahanmuuton ja muuttoliikkeen vaikutuksia** työvoimatarpeeseen kuntoutuksen sektorilla voidaan vain arvioida tai trendejä nostaa esille.

Kuntoutusalan työvoiman tarve jakaantuu alueellisesti. Kasvukeskuksissa tarvitaan ja toteutetaan enemmän palveluja, jolloin myös työvoiman tarve on suurempi kuin haja-asutusalueilla. Väestön ikääntyminen lisää tiettyjen kuntoutuksen ammattilaisten tarvetta; esimerkkinä audionomit.

Ammattialakohtaisesti työvoiman saatavuus vaihtelee paljon maan eri osissa. Viime vuosina käytettävissä olevan tiedon mukaan eri ammattiryhmistä on ollut toisilla alueilla alitarjontaa ja toisilla ylitarjontaa. Fysioterapeuteista on ollut alitarjontaa Kainuussa ja Varsinais-Suomessa. Puheterapeuteista on ollut alitarjontaa kaikkialla muualla, paitsi Varsinais-Suomessa. Psykologien osalta alitarjontaa on kaikkialla muualla, paitsi Uudellamaalla. Itä-Suomessa on ollut tarvetta toimintaterapeuttien osalta. Erityisesti alitarjontaa on neuropsykologin pätevyyden omaavista psykologeista, joskin systemaattista tilastointia neuropsykologien tarpeesta ei ole saatavilla. Myös psykoterapiapalveluista on alitarjontaa erityisesti haja-asutusalueilla.

Kuntoutusalan työntekijätarve siis vaihtelee eri ammattiryhmissä eli kokonaiskuvia voi muodostaa vain ammattiryhmittäin. Kuitenkaan kattavaa avointa tietopohjaa kaikista kuntoutusalan ammateista ei ole saatavilla. Tästä voidaan esimerkkinä mainita kuntoutuslääkärit ja erilaisten kuntoutusterapioiden toteuttajat.

### 1.1.3 Sote-uudistuksen vaikutus kuntoutuksen osaamis- ja työelämätarpeisiin

Kuntoutus on jäänyt sosiaali- ja terveydenhuollon koulutuksen nykytilanteen yleisluonteisissa arvioinneissa piiloon, eikä siihen liittyviä kehittämistoimenpiteitä löydy lainkaan. Kaikilla eri sote-alan ammattilaisryhmillä pitäisi olla kuntoutuksen oppisisältöjä jo perustutkinnossa vahvemmin, jotta oppiminen työskentelyyn osana moniammatillista ryhmää ja palveluverkostoa juurtuu osaksi omaan profession kasvamista. Tavoitteena on asiakaslähtöinen työskentely.

Sosiaali-, terveys- ja hyvinvointipalvelujen rooli fyysisen, psyykkisen, sosiaalisen sekä taloudellisen hyvinvoinnin ja turvallisuuden tuottamisessa vaatii uusiutuvassa sote-palvelujärjestelmässä uutta ja kehittyvää osaamista. Monipuolisella osaamisella kyetään järjestämään ja tuottamaan laadukkaita ja vaikuttavia asiakaslähtöisiä palveluja ehkäisevään, ennakoivaan ja korjaavaan työhön. Asiakaslähtöisten palvelujen kehittämisoaamisen rakentuminen edellyttää eri koulutusalojen ja -asteiden sekä työelämän yhteisinä ekosysteeminä toimivien osaamiskeskittymien kokoamista yhteiskehittämisen varmistamiseksi.

Kuntoutuksen koulutuksen ja kehittämisen osalta keskeistä on huomioida ehkäisevän ja ennakoivan työn osaaminen, palvelun vaikuttavuuden arviointi ja ymmärrys kustannusten muodostumisesta riittävän laajasti ja liitettynä palvelujen vaikuttavuuteen. Kehittämistarpeita on myös ammattilaisten eettiseen osaamiseen, asiakaslähtöiseen ohjaukseen, monikulttuurisuuteen, sähköisten palvelujen käyttöön ja monialaiseen yhteistyöhön. Tietoisuutta toisten ammattilaisryhmien vahvuuksista tulee syventää.

Kuntoutuksen näkökulmasta **erityisen keskeistä on toimintakykyosaaminen**. Toimintakykyosaaminen on osaltaan geneeristä osaamista ja osaltaan ammattialakohtaista spesifiä osaamista. Toimintakykyosaamiseen tulee kuulua kuhunkin ammatialaan soveltuvasti eri-ikäisten toimintakyvyn arviointiosaaminen, saadun arviointitiedon hyödyntäminen asiakkaan ja potilaan toimintakykyä tukevien palvelujen ja etuuksien suunnittelussa, toteutuksessa ja seurannassa sekä toimintakykytiedon rakenteellisen kirjaamisen osaaminen. Toimintakykyosaamisen kehittämisessä on tärkeää pyrkiä sosiaali-, terveys- ja hyvinvointialojen kansallisesti yhdenmukaisiin käytäntöihin ja toimintatapoihin. Työikäisten monialaisissa kuntoutuspalveluissa tulee vahvistaa erityisesti työkykyosaamista, työkyvyn arviointia ja myös osittaisen työkyvyn ylläpitämisen ja edistämisen tukea.

Tulevassa sote-palvelujärjestelmässä erityisesti palveluohjaus ja laajennetut työtehtävät lisäävät osaamisen tarpeita. Kuntoutuksen eri ammattilaisryhmien tietoa sosiaaliturvajärjestelmästä ja eri etuuksista tulee lisätä. Sosiaaliturvaetuuksien ja tarvittavien



monialaisten kuntoutuspalvelujen yhteensovittamista tulee parantaa. Erityisesti huomiota tulee kiinnittää perustason palveluja tuottavan henkilöstön ja asiakasrajapinnassa toimiva henkilöstö osaamiseen. Myös johdon järjestämisosaaminen on tärkeä osa-alue palvelujen tuottamisosaamisen lisäksi.

### **1.1.4 Kuntoutuksen muutos, trendit ja toimintaympäristöt**

Uudistuvassa sote-järjestelmässä keskeisiä periaatteita ovat yhden luukun periaate ja hoitoketjuajattelu. Asiakkaat vaativat tulevaisuudessa yhä enemmän henkilökohtaista palvelua, joka vastaa heidän kuntoutustarpeisiinsa ja -tavoitteisiin. Palvelujen tulee olla helposti saatavilla ja asiakkaille sopivaan aikaan sekä asiakkaalle sopivassa paikassa. Asiakkaat haluavat myös seurata kuntoutuksen vaikuttavuutta ja onnistumista. Sen vuoksi palveluntuottajien on tärkeää osata käyttää tarpeellisia arviointimenetelmiä.

Perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon, sosiaalitoimen, järjestöjen ja yksityissektorin palveluiden tulee olla asiakkaalle kokonaisuus ilman toiminnallisia rajoja. Hoitoketjut ovat paikallisiin oloihin sovellettuja, hoitosuositukseen perustuvia kannanottoja hoitopäätösten tueksi ja työnjaon selkeyttämiseksi.

Sote-keskuksissa toiminnan painopisteen tulee olla palvelujen tarkoituksenmukaisessa järjestämisessä. Palvelutuotannon ei tulisi ohjautua järjestelmäkeskeisesti, vaan yksilöllisten asiakastarpeiden mukaisesti: asiakaskeskeisesti. Keskeisin kysymys ei tulisi olla kuka palvelun tuottaa, vaan miten pystytään toteuttamaan tarkoituksenmukaisin palvelujen kokonaisuus integroimalla eri palvelujen järjestäjien ja tuottajien palvelut parhaalla mahdollisella tavalla.

Hoitoketjujen tavoitteena on turvata asiakkaan hoidon tarkoituksenmukaisuus ja sujuvuus yli organisaatorajojen sekä eri ammattiryhmien kesken. Yhtenäiset käytännöt ja suunnitellut palvelupolut kuuluvat myös kuntoutukseen. Sote-uudistuksen myötä hoito- ja kuntoutusketjuja tultaneen tarkastelemaan/tarkastellaan hyvinvointialueittain. Hoito- ja kuntoutusketjujen suunnittelu ja uudelleen suunnittelu tulee tehdä tiiviissä ja moniammatillisessa yhteistyössä eri organisaatioiden ja tahojen osaajien kanssa ja pohjautuen vaikuttavuusnäyttöön ja Käypä hoito -suositukseen sekä huomioiden omahoidon tukikeinot ja elintapaohjaus. Oleellista on, että uudet toimintamallit juurrutetaan arkityöhön kaikilla toiminnan tasoilla.

Uusien teknologioiden kehittyminen - samoin kuin innovatiiviset yhdistelmät olemassa olevista - muuttavat perustavanlaatuisesti tapaamme ehkäistä, diagnosoida ja parantaa sairauksia sekä edistää kuntoutumista. Teknologia mahdollistaa uudenlaisia kuntoutuskeinoja. Robotiikkaa käytetään tulevaisuudessa yhä enemmän. Se voi muun muassa korvata osan manuaalisesta avustamisesta. Virtuaalitekniikasta ja -peleistä saadaan jo nyt ja erityisesti tulevaisuudessa toimivia työvälineitä kuntoutukseen.

Kuntoutuksessa teknologian vahvistuminen on näkyvimmin esillä erilaisten etäpalveluiden kautta. Etäkuntoutus on jo nyt tuonut lisää valinnanmahdollisuuksia kuntoutujille ja ratkaisuja kuntoutusammattilaisten työvoimapulaan. Etäkuntoutus on erilaisten etäteknologiaa hyödyntävien laitteiden ja sovellusten tavoitteellista käyttöä kuntoutuksessa.

Virtuaalitekniikasta seuraa nopeasti etäkuntoutuksen perässä ja siihen yhdistettynä. Virtuaalitekniikka on kuntoutusta, jossa hyödynnetään erilaisia virtuaalitekniikkaa hyödyntäviä teknologioita. Virtuaalista kuntoutusta voidaan hyödyntää sekä kasvokkaisessa kuntoutuksessa että etäkuntoutuksessa.

Kuntoutuksen asiakkaiden määrän lisääntyessä etäkuntoutus lisää kuntoutuspalveluiden saatavuutta ja alueellista tasa-arvoa. Etäkuntoutuksen soveltuvuus on arvioitava aina yksilöllisesti. Terapeutit ja muut kuntoutuksen ammattilaiset tarvitsevat lisää osaamista etäkuntoutuksen toteuttamistavoista.

## **1.2 Alatyöryhmä 1: Mitä tiedetään väestön kuntoutustarpeesta 2020-luvulla?**

### **1.2.1 Menetelmät**

Kysymykseen etsittiin vastausta kotimaisesta kirjallisuudesta hyödyntäen kansalliskirjaston ARTO-tietokantaa, Sosiaali- ja terveysministeriön avointa julkaisuarkistoa (Julkari) ja Helsingin yliopiston digitaalista arkistoa (HELDA). Kesällä 2021 tehty narratiivinen kirjallisuuskatsaus tuotti 135 kuntoutukseen liittyvää tutkimusta, artikkelia, hanke- ja selvitystyötä tai muuta julkaisua.

Kirjallisuudesta ei löytynyt vastausta tutkimuskysymykseen. Kirjallisuuskatsauksen aikana selvisi, että kattavaa ja ajankohtaista selvitystä kuntoutuspalveluiden käytöstä ja käytön muutoksista 2000 ja 2010-luvuilla ei tiettävästi ole tehty.

Kuntoutuspalveluiden nykytilannetta kartoitettiin hyödyntämällä sosiaali- ja terveydenhuoltoalan kansallista tietopohjaa. Selvitystä varten koottiin tausta-aineistoa Tilastokeskuksen StatFin- ja Findikaattori- tietokannoista, Kansaneläkelaitoksen tilastotietokanta Kelastosta, Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen Hilmo ja Avohilmo -tilastotietokannoista, tilasto- ja indikaattoripankki Sotkanetistä, Eläketurvakeskuksen tilastoista, Liikennevakuutuskeskuksen ja Onnettomuustietoinstituutin tilastoista ja Tapaturmavakuutuskeskuksen tilastosovellus Tikusta. Kuntoutuspalveluiden käyttöä tarkasteltiin palveluiden järjestämistä vastaavien mukaisissa kokonaisuuksissa: 1) terveydenhuollon järjestämä kuntoutus, 2) Kansaneläkelaitoksen järjestämä kuntoutus, 3) vakuutusyhtiöiden ja eläkelaitosten järjestämä kuntoutus sekä 4) järjestöjen järjestämä julkisrahoitteinen kuntoutus. Tietopohja osoittautui monelta osin ohueksi ja johtopäätökset jäävät Kelan kuntoutuspalveluita lukuun ottamatta epävarmoiksi.

Kuntoutustarpeen arvioinnin pohjana käytettiin lisäksi tilasto- ja indikaattoritietoa työkyvyttömyyseläkkeiden ja pitkien sairauslomien syistä, väestörakenteen muutoksista ja väestön fyysisestä aktiivisuudesta.

## 1.2.2 Tulokset

### 1.2.2.1 Kuntoutuspalveluiden nykytila

#### 1.2.2.1.1 Julkisen terveydenhuollon kuntoutuspalvelut

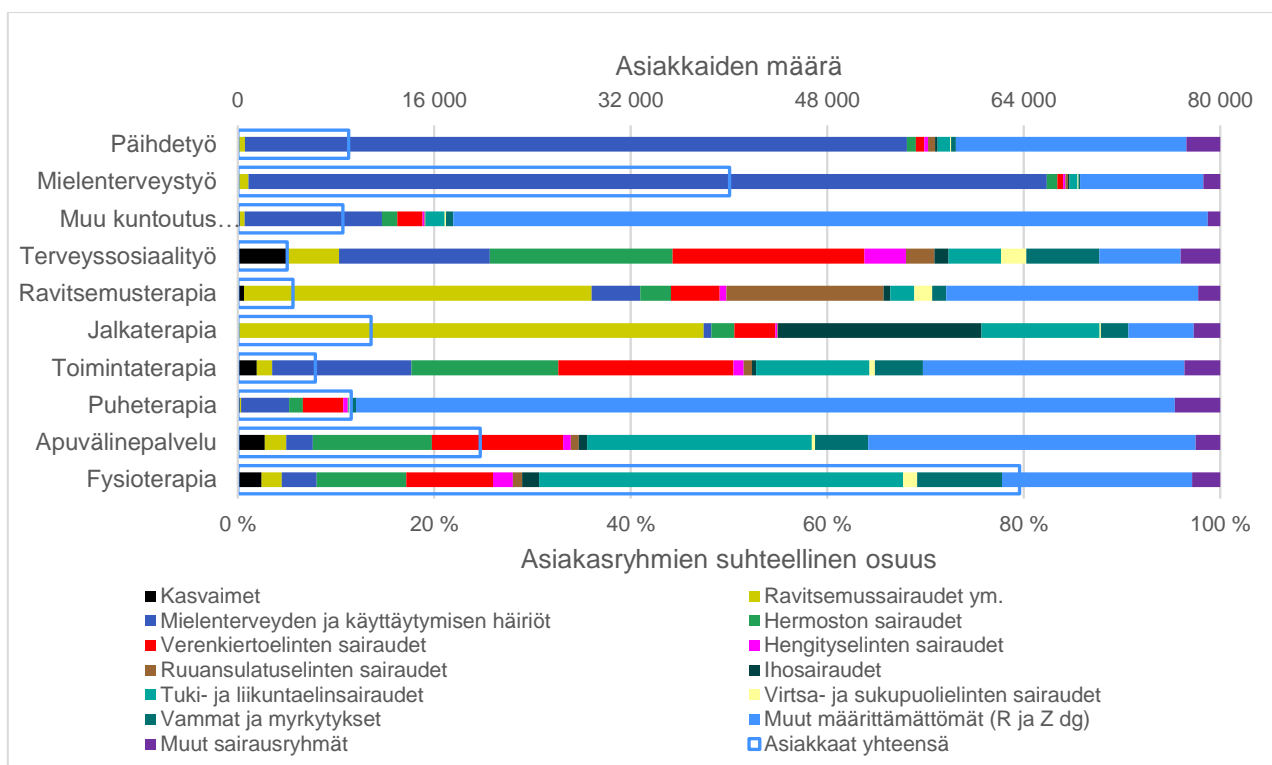
Julkisen terveydenhuollon järjestämistä vastaava kuntoutuksessa perustuu terveydenhuoltolakiin. Tässä laissa säädetään julkisen terveydenhuollon vastuulle sairaanhoitoon liittyvä lääkinällinen kuntoutus sekä määrittellään sen pääasiallinen sisältö.

Julkisen terveydenhuollon järjestämä kuntoutus jakautuu läpileikkaavana osaksi sosiaali- ja terveydenhuollon palveluita. Vuodeosastohoidon vähentyminen ja avohoidon lisääntyminen ovat trendejä, jotka vaikuttavat myös kuntoutukseen. Tarkastelua vaikeuttaa puuttuva tieto julkisen terveydenhuollon järjestämistä vastuulla olevan kuntoutuksen ulkoistuksista (ostopalvelu- ja palvelusetelihakinnat). Muutokset terveydenhuollon kuntoutuspalveluissa voivat selittyä paitsi kansalaisten tarpeen muuttumisella, myös sillä, että kuntoutuspalveluita on hankittu aiempaa enemmän tai vähemmän yksityiseltä tai kolmannelta sektorilta. Kuntoutuksen järjestämistä vastuulla on voinut myös muuttua, jolloin kuntoutujat vähenevät yhdeltä sektorilta ja lisääntyvät toisella sektorilla.

Terveydenhuollon vastuulla oleva kuntoutus on pääosin lisääntynyt kuluneiden kahden vuosikymmenen aikana. Perusterveydenhuollon suurimpia avomuotoisia kuntoutuspalveluita ovat fysioterapia, mielenterveystyö ja päihdetyö, jotka kattavat kaksi kolmannesta kaikista kuntoutuspalveluista. Päihdetyö ja mielenterveystyö ovat kasvaneet voimakkaasti 2010-luvulla.

Kuntoutustoimenpiteitä tilastoitiin vuonna 2019 yli kuusi miljoonaa. Yleisimpiä kuntoutustoimenpiteitä olivat lähihoitajan antama itsenäistä selviytymistä edistävä neuvonta ja ohjaus, lähihoitajan tekemä toimintakyvyn arviointi sekä fysioterapeutin toteuttama fysioterapeuttinen kuntoutus. Perusterveydenhuollon psykiatrisessa hoidossa keskeisiä kuntoutustoimia olivat lähihoitajien toteuttama sosiaalisen toimintakyvyn tukeminen ja sairaanhoitajan toteuttama terapeuttinen keskustelu.

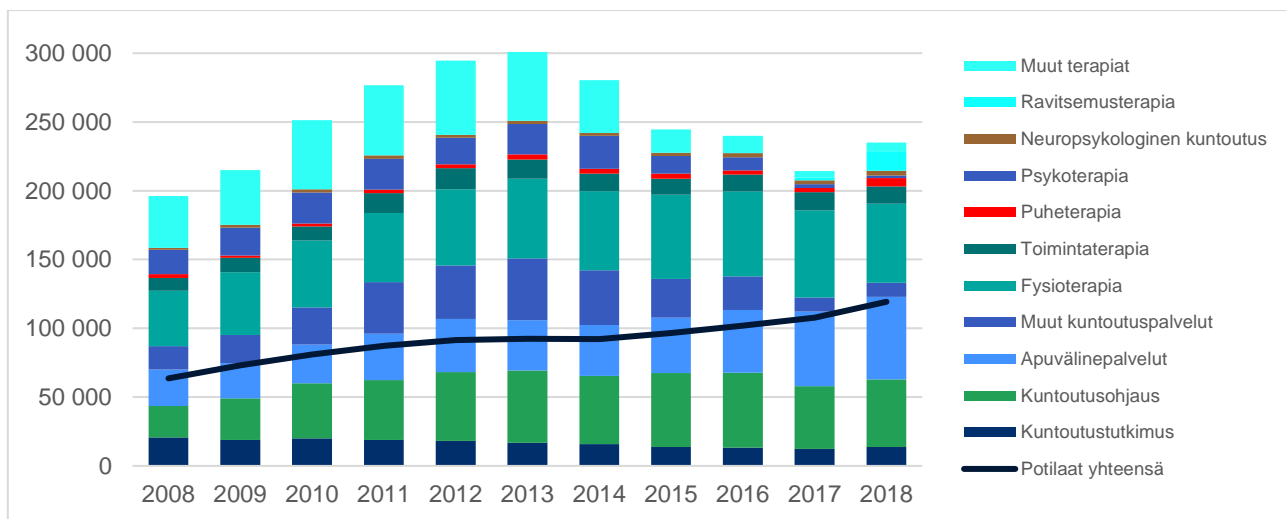
Perusterveydenhuollon avokuntoutuksen asiakaskunta on vaihtelevaa. Mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöt ovat suurin asiakasryhmä päihdetyössä ja mielenterveystyössä ja merkittävä asiakasryhmä terveysosiaalityössä ja toimintaterapiassa (kuvio 1). Verenkiertoelinten ja hermoston sairaudet ovat suuri asiakasryhmä terveysosiaalityössä, toimintaterapiassa, fysioterapiassa ja apuvälinepalveluissa. Tuki- ja liikuntaelinvaivat työllistävät fysioterapeutteja, toimintaterapeutteja ja apuvälinepalvelua; ravitsemussairaudet puolestaan ravitsemusterapiaa ja jalkaterapiaa. Puheterapeuttien ja muiden kuntoutuspalveluiden asiakkaista valtaosalla ei ole selkeää diagnoosia (R ja Z-diagnoosit).



KUVIO 1. Perusterveydenhuollon kuntoutuspalveluiden käynnit sairausryhmän (ICD-10) mukaan vuonna 2019 (suhteellinen osuus) (lähde: THL/AvoHilmo).

Erikoissairaanhoidon avomuotoisen kuntoutuksen yleisimpiä kuntoutustoimenpiteitä ovat apuvälinepalvelut, fysioterapia ja kuntoutusohjaus, jotka kattavat noin kolme neljänestä kaikesta kuntoutuksesta. Kuntoutustutkimus, toimintaterapia ja ravitsemusterapia muodostavat kukin 5–6 % osuuden avokuntoutuksen palveluista.

Somaattisen erikoissairaanhoidon avokuntoutuksen asiakasmäärä on kasvanut koko 2010-luvun, mutta kuntoutuskäynnit ovat vuoden 2013 jälkeen alkaneet vähentyä (kuvio 2). Fysioterapian, kuntoutusohjauksen ja apuvälinepalveluiden kasvu on ollut merkittävää, samoin monien pienempien kuntoutusmuotojen kasvu, esimerkiksi kuulon kuntoutus, neuropsykologinen kuntoutus, puheterapia ja erityisesti ravitsemusterapia. Psykoterapian ja kuntoutustutkimuksen käynnit ovat puolestaan vähentyneet merkittävästi. Muutosta selittää psykoterapian osalta vuonna 2010 tehty Kelan kuntoutuslain uudistus, joka muutti Kelan kuntoutuspsykoterapian aseman harkinnanvaraisesta kuntoutuksesta subjektiiviseksi oikeudeksi.

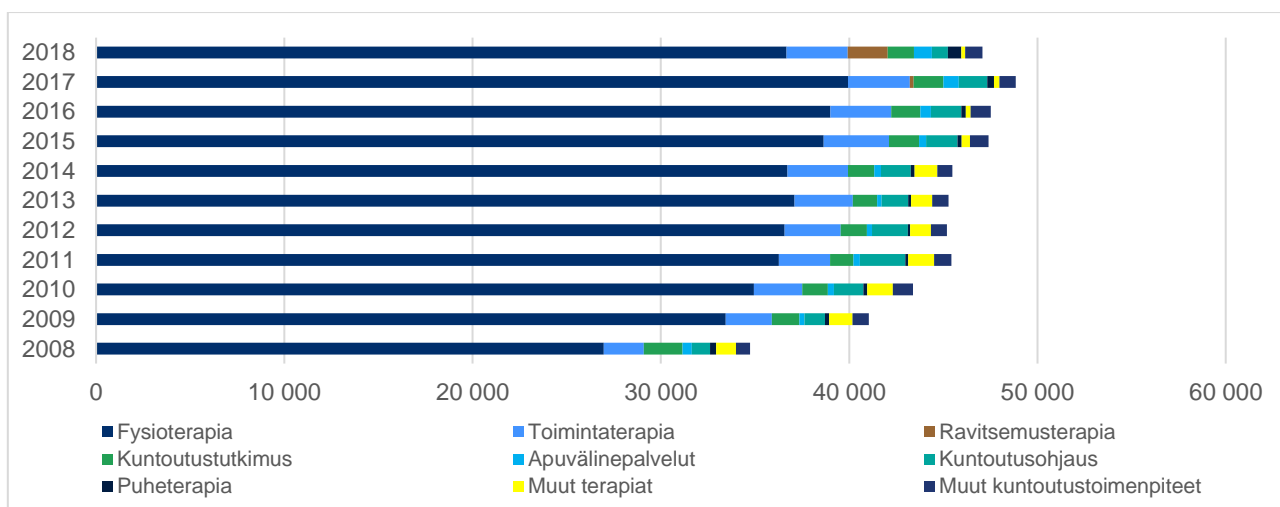


KUVIO 2. Somaattisen erikoissairaanhoidon avohoidon kuntoutuskäynnit ja potilaat vuosina 2008–2018 (lähde: THL/Hilmo).

Vuodeosastoilla tapahtuva kuntoutus on vähentynyt perusterveydenhuollossa, mutta lisääntynyt somaattisessa erikoissairaanhoidossa. Psykiatristen vuodeosastohoitojaksojen kuntoutuksen toteutumisesta ei löytynyt tietoa. Suurin osa vuodeosastojen kuntoutuksesta lienee kuntouttavaa hoitotyötä, jota tuetaan muiden ammattilaisten toteuttamilla kuntoutustoimenpiteillä.

Somaattisessa erikoissairaanhoidossa vuodeosastohoitojaksot ovat keskimäärin lyhyitä (4 vrk). Kuntoutus on vuodeosastohoitojaksojen yleisestä vähenemisestä ja lyhenemisestä huolimatta lisääntynyt 2010-luvulla. Yli kolme neljäsosaa vuodeosastojen kuntoutuksesta on fysioterapiaa. Toimintaterapian osuus on 7 % ja ravitsemusterapian osuus 5 %. Kuntoutustoimenpiteet ovat lisääntyneet 2010-luvulla lähes kaikissa vuodeosastojen kuntoutuspalveluissa kuntoutustutkimusta, kuntoutusohjausta ja muuta kuntoutusta lukuun ottamatta (kuvio 3).

Perusterveydenhuollon vuodeosastoilla tapahtuvan kuntoutuksen tiedot ovat epävarmoja. Vuodeosastohoitoon kuuluvat käyntitiedot ovat selkeästi puutteellisia. Kuntoutusalan ammattilaisten sairaalakäynnit ovat vähentyneet 2010-luvulla kautta linjan, epävarmaksi jää kuvaako tämä vuodeosastoilla tapahtuvan kuntoutuksen vähentymistä, vai muutosta tilastointitavoissa. Terveyssoseaalityön, päihdetyön, mielenterveytyön ja ravitsemusterapian osalta sairaalakäynnit ovat lisääntyneet ja terapioiden sekä apuvälinepalveluiden käynnit ovat vähentyneet.



KUVIO 3. Kuntoutustoimenpiteet erikoissairaanhoidon somaattisilla vuodeosastoilla 2008–2018 (lähde: THL/Hilmo)

Perusterveydenhuollon kotiin järjestämät kuntoutuspalvelut vaikuttavat tilastoituvan pääasiassa kotihoidon ja kotisairaanhoidon ulkopuolelle, koska kotisairaanhoidon käynneistä 95 % on lähihoitajan tai sairaanhoitajan käyntejä ja alle prosentti kuntoutusalan ammattilaisten käyntejä. Avohoidon ns. kotikäyntejä (ammattilaisen käynti asiakkaan kotona) tarkastelemalla sairaanhoitajien osuus on 51 %, fysio- ja toimintaterapeuttien osuus 19 %, lähihoitajien osuus 15 % ja lääkäreiden osuus 12 %. Fysio- ja toimintaterapeuttien kotikäynnit ovat lisääntyneet huomattavasti 2010-luvulla kotikuntoutuksen yleistyessä.

#### 1.2.2.1.2 Kelan kuntoutuspalvelut

Kelan järjestämisvastuut ja toimintaedellytykset kuntoutuksessa perustuva Kelan kuntoutuslakiin. Tämän lain perusteella Kelalla on alle 65-vuotiaiden osalta järjestämisvastuu laissa määritellyin kriteerein vaativasta lääkinnällisestä kuntoutuksesta, joka ei liity välittömään sairaanhoitoon sekä niin ikään järjestämisvastuu laissa määritellyin kriteerein ammatillisesta kuntoutuksesta. Lisäksi Kela korvaa laissa määritellyillä perusteilla 16–67 –vuotiaiden kuntoutuspsykoterapiaa. Edelleen Kela järjestää eduskunnan Tulo- ja menoarviossa vuosittain vahvistaman määrärahan turvin harkinnanvaraista kuntoutusta viisivuotissuunnitelmansa mukaisesti.

Kelan vastuulla olevien kuntoutujien määrä on lisääntynyt 2010-luvulla 69 % (57 000 hlö). Kuntoutuksen painopiste on siirtynyt harkinnanvaraisesta kuntoutuksesta lakisääteisiin kuntoutuksiin, erityisesti kuntoutuspsykoterapiaan. Vuonna 2020 neljännes Kelan kuntoutuksesta oli vaativaa lääkinnällistä kuntoutusta, viidennes ammatillista

kuntoutusta, 15 % harkinnanvaraista kuntoutusta ja lähes 40 % kuntoutuspsykoterapiaa.

Kuntoutuksen asiakasryhmät ovat muuttuneet 2010-luvulla ja kuntoutuksen painopiste on siirtynyt toisaalta harkinnanvaraisesta kuntoutuksesta lakisääteisiin kuntoutuksiin ja toisaalta laitospuolitoisesta kuntoutuksesta avomuotoiseen kuntoutukseen. Vuonna 2020 suurimmat asiakasryhmät olivat mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöt (69 %), tuki- ja liikuntaelimestön sairaudet (11 %) ja hermoston sairaudet (7 %).

Mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöiden kuntoutus on kasvanut 2010-luvulla yli 200 % (+57 000 kuntoutujaa). Tuki- ja liikuntaelinvaikeuksien kuntoutus on vähentynyt 37 % (-9 000 kuntoutujaa) ja verenkiertoelimestön sairauksien kuntoutus 7 % (-300 kuntoutujaa). Hermoston sairauksien kuntoutujamäärät ovat säilyneet ennallaan. Monen pienemmän sairausryhmän osalta kuntoutujamäärät ovat vähentyneet 20–30 %, hie-man kasvua (4–16 %) on korvasairauksien, synnynnäisten epämuodostumien tai kromosomipoikkeavuuksien sekä vammojen ja myrkytysten kuntoutuksessa.

Mielenterveys- ja käytöshäiriöiden kuntoutujien määrä on 2010-luvulla kolminkertaistunut ammatillisessa kuntoutuksessa (+12 000 kuntoutujaa), kaksinkertaistunut vaativassa lääkitämisessä kuntoutuksessa (+17 000 kuntoutujaa) ja melkein nelinkertaistunut kuntoutuspsykoterapiassa (+44 000 kuntoutujaa). Ainoastaan harkinnanvaraisessa kuntoutuksessa mielenterveys- ja käytöshäiriöiden kuntoutujien määrä on vähentynyt (-15 000 kuntoutujaa). Tämä selittyy harkinnanvaraisen psykoterapian muuttumisella kuntoutuspsykoterapiaksi, joka on Kelan eniten kasvanut kuntoutusmuoto. 2010-luvulla kuntoutuspsykoterapian asiakasmäärä on kasvanut 10-20 % vuosittain, yhteensä 350 % (+44 000 kuntoutujaa).

Harkinnanvaraisessa yksilökuntoutuksessa mielenterveys- ja käytöshäiriöiden kuntoutujien määrä on kasvanut 2010-luvulla kahdeksankertaiseksi (+400 kuntoutujaa). Vaativan lääkitämisellisen kuntoutuksen terapeutoissa kuntoutujat ovat lisääntyneet erityisesti puheterapiassa (+262 %, +8 000 kuntoutujaa), toimintaterapiassa (+320 %, +7 400 kuntoutujaa) ja fysioterapiassa (+83 %, +1 700 kuntoutujaa).

Vaativa lääkitäminen kuntoutus on lisääntynyt 2010-luvulla 82 % (+17 000 kuntoutujaa). Moniammatillinen laitospuolitoinen yksilökuntoutus ja kuntoutuskurssit ovat vähentyneet (-3 000 kuntoutujaa) ja avomuotoiset terapiapalvelut ovat lisääntyneet (+21 000 kuntoutujaa). Eniten kuntoutujamäärä on lisääntynyt toimintaterapiassa ja puheterapiassa (+8 000 kuntoutujaa kummassakin).

Vaativan lääkitämisellisen kuntoutuksen moniammatillinen yksilökuntoutus on vähentynyt eniten hermoston sairauksien osalta (-75 %, -1 300 kuntoutujaa). Harkinnanvarainen



moniammatillinen yksilökuntoutus on toisaalta hieman lisääntynyt (+ 300 kuntoutujaa), samoin avoterapioista puheterapia (+8 300 kuntoutujaa) ja toimintaterapiaa saaneet (+). Voimakas laituskuntoutuksen väheneminen ei kuitenkaan ole kompensoitunut vastaavan suuruisella avokuntoutuksen lisääntymisellä.

Harkinnanvarainen kuntoutus on kaikkiaan vähentynyt 2010-luvulla 57 % (-30 000 kuntoutujaa). Harkinnanvarainen moniammatillinen yksilökuntoutus on kuitenkin lisääntynyt 46 % (+1 400 kuntoutujaa) ja harkinnanvaraiset sopeutumisvalmennuskurssit 12 % (+350 kuntoutujaa). Kehittämistoiminta on vähentynyt 85 % (-1 800 kuntoutujaa) ja kuntoutuskurssit 7 % (-1 300 kuntoutujaa). ASLAK-kuntoutus on loppunut kokonaan (-13 000 kuntoutujaa), samoin harkinnanvarainen psykoterapia (-16 000 kuntoutujaa). Loppuneet kuntoutusmuodot kattavat lähes kaiken harkinnanvaraisen kuntoutuksen vähentymisen.

Tuki- ja liikuntaelinvaivojen ammatillinen kuntoutus on lisääntynyt 27 % (+1 000 kuntoutujaa). Vaativa lääkinällinen kuntoutus on vähentynyt 16 % (-191 kuntoutujaa) ja harkinnanvarainen kuntoutus 48 % (-10 000 kuntoutujaa).

Ammatillinen kuntoutus on lisääntynyt 2010-luvulla 137 % (+18 000 kuntoutujaa). Koulutukseen liittyvä kuntoutus on lisääntynyt 160 % (+8 000 kuntoutujaa) ja ammatilliset kuntoutusselvitykset ovat moninkertaistuneet (+ 4 500 kuntoutujaa). Työkokeilut ja työhönvalmennus ovat lisääntyneet 96 % (+1 900 kuntoutujaa). Kuntoutustutkimus on loppunut (-1 000 kuntoutujaa) ja TYK/KIILA-kuntoutus on säilynyt ennallaan (noin 3 000 kuntoutujaa vuodessa). Nuorten ammatillinen kuntoutus ilman lääkärinlausuntoa mahdollistui Kelan kuntoutuslain muutoksen myötä vuonna 2019, jolloin kuntoutujia oli 2 600. Määrä kaksinkertaistui vuonna 2020. Muutoksen seurauksena ilman sairaustietoa kuntoutusta saaneet ovat lisääntyneet moninkertaisesti (+10 000 kuntoutujaa).

2020-luvun alussa Kelan kuntoutus on kuntoutusmuodosta riippumatta vahvasti mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöiden kuntoutusta. Tuki- ja liikuntaelinvaivojen kuntoutuksessa painotus on siirtynyt harkinnanvaraisesta kuntoutuksesta ammatilliseen kuntoutukseen ja hermoston sairauksissa laituskuntoutuksesta avomuotoiseen kuntoutukseen.

### [1.2.2.1.3 Eläkelaitosten ja vakuutusyhtiöiden järjestämä kuntoutus](#)

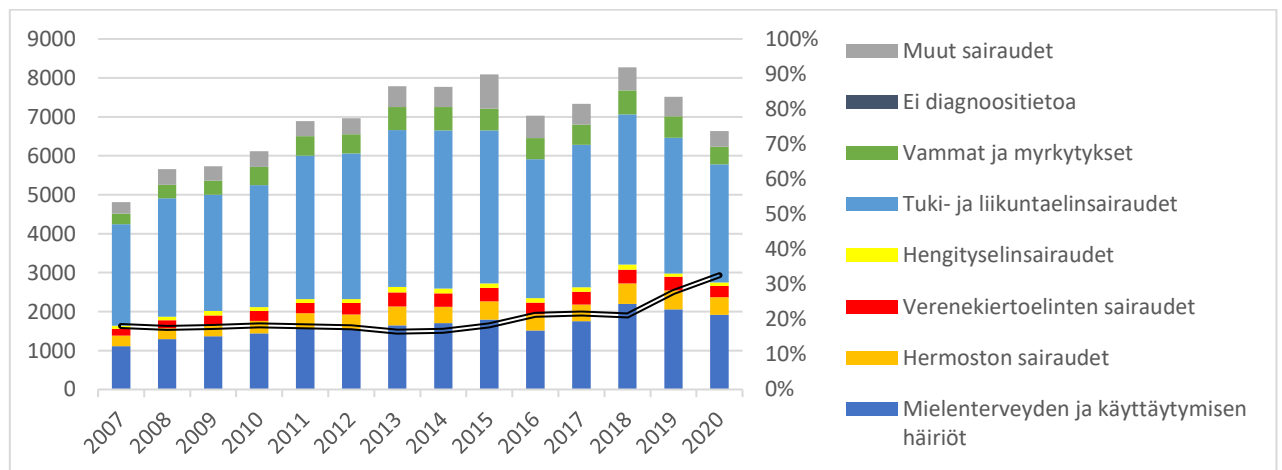
#### *1.2.2.1.3.1 Työeläkekuntoutus*

Työeläkekuntoutus on työeläkelaitosten tukemaa ammatillista kuntoutusta henkilöille, joiden työkyky on heikentynyt sairauden vuoksi. Työeläkelaitosten järjestämistä vastuu ja toimintaedellytykset kuntoutuksessa perustuvat työeläkelainsäädäntöön. Työeläke-

laitokset vastaavat vakiintuneesti työelämässä olevien alle 63-vuotiaiden ammatillisesta kuntoutuksesta silloin, kun henkilö ei voi terveydentilansa vuoksi jatkaa työssään.

Suurin osa työeläkekuntoutuspäätöksistä koskee näin ollen työelämässä olevia kansalaisia. Työeläkekuntoutuksien hylkäysprosentti on noussut vuosien 2007–2019 aikana työelämässä olevilla seitsemän prosenttiyksikköä ja eläkkeellä olevilla kuusi prosenttiyksikköä. Työeläkekuntoutujien määrä on kasvanut samalla aikavälillä 133 % (+10 000 kuntoutujaa).

Työeläkekuntoutushakemukset ovat lisääntyneet kaikissa sairausryhmissä vuosien 2007–2019 välillä (kuvio 4). Eniten hakemukset ovat lisääntyneet mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöissä (+125 %, +1 600 päätöstä). Runsasta kasvua on myös tuki- ja liikuntaelinsairauksien (+47 %, 1 500 päätöstä), vammojen ja myrkytysten (+104 %, +350 päätöstä), hermoston sairauksien (+97 %, +332 päätöstä) sekä verenkiertoelinten sairauksien (+106 %, +211 päätöstä) osalta.



KUVIO 4. Myönnetyt työelämäkuntoutukset eri sairausryhmissä ja keskimääräinen hylkäysprosentti vuosina 2007–2020 (lähde: Eläketurvakeskus/tilastotietokanta).

Työeläkekuntoutuksessa nähdään samanlaisia trendejä kuin Kelan kuntoutuksessa. Kuntoutusta haetaan enenevässä määrin mielenterveysongelmien vuoksi ja tuki- ja liikuntaelinvaivat ovat työeläkekuntoutuksen suurin sairausryhmä.

Työeläkekuntoutukselle on erityisesti 2000-luvulla asetettu Suomessa kasvavia odotuksia. Työeläkekuntoutujien vuosittainen määrä on nelinkertaistunut kahdessa vuosikymmenessä (ETK 2020). Lisäksi kuntoutuksen toimenpiteissä on tapahtunut muu-

tos. Työelä-kekuntoutuksen yleisin keino 2000-luvun alussa oli koulutus, mutta vuoden 2004 kuntoutuksuudistuksen jälkeen työpaikalla tapahtuva kuntoutus eli työpaikkakuntoutus on ollut ensisijainen ja käytetyin vaihtoehto (ETK 2016).

Useimmiten työpaikkakuntoutus tarkoittaa lyhytaikaisia työkokeiluja esimerkiksi pitkän sairausloman jälkeen. Työkokeilua vähemmän käytetty työpaikkakuntoutuksen muoto on työhönvalmennus, joka sisältää pidempiaikaisempaa työharjoittelua ja mahdollisesti täydennyskoulutusta uusiin työtehtäviin siirtymisen tukemiseksi.

Uusimman kotimaisen tutkimuksen tulokset työeläkekuntoutuksen ja erityisesti työpaikalla tapahtuvien lyhytaikaisten toimien odotettua heikommasta vaikuttavuudesta ja kustannustehokkuudesta ovat herättäneet tarpeen keskustella ja arvioida sitä, voisiko työeläke-kuntoutuksen keino valikoimaa ja työeläke-kuntoutukseen liittyviä prosesseja tarkentaa ja kehittää toimivampaan ja vaikuttavampaan suuntaan.

#### *1.2.2.1.3.2 Työtapaturmien ja ammattitautien kuntoutus*

Tapaturmavakuutusyhtiöt korvaavat lääkinnällistä kuntoutusta osana sairaanhoitoa silloin, kun kuntoutustarve johtuu työtapaturmasta tai ammattitaudista. Korvausvastuu perustuu työtapaturma- ja ammattitautilakiin. Vakuutusyhtiöt eivät siis itse järjestä kuntoutusta vaan korvaavat kuntoutuksesta syntyviä kustannuksia. Kuntoutuksen järjestämistä vastuu on julkisella terveydenhuollolla. Järjestämistä vastuussa oleva julkinen terveydenhuolto voi ostaa kuntoutuspalveluja myös yksityisiltä palveluntuottajilta.

Tapaturmavakuutusyhtiöt korvaavat niin ikään em. lakien perusteella ammatillista kuntoutusta kuntoutustarpeen johtuessa työtapaturmasta tai ammattitaudista. Tavoitteena on, että kuntoutuja voi vammasta huolimatta työllistyä, jatkaa työssä tai palata työhön. Ammatillinen kuntoutus tulee liittää aina jo varhaisessa vaiheessa osaksi lääkinnällistä kuntoutusta.

Työtapaturmien ja ammattitautien kuntoutuksen tietopohja on niukka. Vakuutusyhtiöiden maksama kuntoutusraha (80 milj. euroa) on huomattavan suuri verrattuna esimerkiksi Kelan maksamaan kuntoutusrahaan (151 milj. euroa), mutta vakuutusyhtiöiden korvaama kuntoutus (13,7 milj. euroa) on suuruusluokaltaan Kelan korvaamaa kuntoutusta (374 milj. euroa) huomattavasti vähäisempi.

Tavanomaisia työtapaturmia ja työmatkatapaturmia ovat kaatumiset, liukastumiset ja kompastumiset, jotka aiheuttavat tyypillisesti alaraajojen tai yläraajojen tuki- ja liikuntaelimistön vammoja. Toinen yleinen työtapa- tai työmatkatapaturma liittyy yläraajojen käyttöön, jolloin eniten vammoja syntyy sormiin ja olkapäihin. Selkävammat aiheuttavat yli kuu-

kauden työkyvyttömyyden hyvin harvoin (2 % tapauksista). Työmatkatapaturmia tapahtuu eniten kävellen tai polkupyörällä liikuttaessa. Vakavat työmatkatapaturmat henkilöautolla liikuttaessa ovat harvinaisia

Yleisin ammattitauti on kuulovamma, jonka vuoksi kuulon kuntoutus voi olla tarpeen. Muita kuntoutustarpeen aiheuttavia, mutta määrältään pieniä ammattitauteja ovat esimerkiksi hengityselinsairaudet ja tenniskyynärpää.

Pitkää työkyvyttömyyttä tai eläköitymistä aiheuttaneet työtapaturmat ja erityisesti ammattitaudit ovat vähentyneet 2010-luvulla merkittävästi ja vastaavasti vakuutusyhtiöiden korvaama kuntoutus on vähentynyt. Työtapaturmat ja työmatkatapaturmat aiheuttavat usein tuki- ja liikuntaelinvammoja, joiden tärkein hoito on joko pelkkä kuntoutus (fysioterapia) tai operatiivinen hoito ja kuntoutus.

#### *1.2.2.1.3.3 Liikennevakuutuslain perusteella korvattava kuntoutus*

Liikennevakuutusyhtiöt korvaavat lääkinällistä kuntoutusta osana sairaanhoitoa silloin, kun kuntoutustarve johtuu liikennevahingosta. Korvausvastuu perustuu liikennevakuutuslakiin. Vakuutusyhtiöt eivät siis myöskään liikennevahingoissa itse järjestä kuntoutusta vaan korvaavat kuntoutuksesta syntyviä kustannuksia. Kuntoutuksen järjestämistä vastuu on julkisella terveydenhuollolla. Järjestämistä vastuussa oleva julkinen terveydenhuolto voi ostaa kuntoutuspalveluja myös yksityisiltä palveluntuottajilta.

Liikennevakuutusyhtiöt korvaavat niin ikään em. lain perusteella ammatillista kuntoutusta kuntoutustarpeen johtuessa liikennevahingosta. Tavoitteena on, että kuntoutuja voi vammasta huolimatta työllistyä, jatkaa työssä tai palata työhön. Ammatillinen kuntoutus tulee liittää aina jo varhaisessa vaiheessa osaksi lääkinällistä kuntoutusta.

Liikennevakuutusten perusteella korvattavasta kuntoutuksesta ei ole käytettävissä tarkkaa tietoa. Vakavat henkilövahingot ovat vähentyneet 25 % vuosina 2014–2019. Autokannan uusiutuessa vakavat onnettomuudet tulevat todennäköisesti edelleen vähemmän autojen turvallisuuden parantuessa. Toisaalta alkoholi on edelleen osallisena 60 % vakavista loukkaantumisista, joten vakavien henkilövahinkojen ehkäisy vaatii riittävää päihdekuntoutusta, erityisesti työikäisille miehille.

Vuosittain tieliikenneonnettomuuksissa loukkaantuu vakavasti keskimäärin 400 henkilöä ja lievemmin useita tuhansia. Vakavien henkilövahinkojen tyyppivammoja ovat erilaiset murtumat, erityisesti reisiluun ja lantion murtuma, sekä aivovamma ja selkäydinvamma. Joka kolmas henkilövahinko johtuu peräänajotilanteesta, joka altistaa erityisesti niskan retkahdusvammoille.

Murtumien kuntoutus on tyypillisesti lääkinällistä kuntoutusta, jonka tarve on yleensä verrattain lyhytaikainen, yleensä alle vuoden. Selkäydinvamma ja aivovamma puolestaan vaativat akuuttivaiheessa intensiivistä ja moniammatillista kuntoutusta ja vakavissa vammoissa toimintakykyä tukevan kuntoutuksen tarve on elinikäinen. Aivo- ja selkäydinvammoihin voi liittyä myös ammatillisen kuntoutuksen tarve, mikäli vammautuneella on työkykyä jäljellä.

#### 1.2.2.1.4 Järjestöjen järjestämä kuntoutus

Järjestöt tuottavat Suomessa merkittävän määrän kuntoutuspalveluita, mutta kattavaa tietoa näiden palveluiden käytöstä ja rahoituksesta ei löytynyt. Järjestöjen vastuulla on sellaisia kuntoutuspalveluita, joita muut sektorit eivät tuota tai rahoita. Sosiaali- ja terveysjärjestöjen avustuskeskus STEA tukee järjestöjä vuosittain yli 300 miljoonalla eurolla, josta yli puolet on kohdennettua toiminta-avustusta, reilu neljännes hankeavustusta, vajaa viidennes yleisavustusta ja pieni osuus investointiavustusta. Vuosina 2017–2021 hankeavustus on lisääntynyt 43 % ja investointiavustus on vähentynyt 72 %. Kaikkiaan avustukset ovat lisääntyneet 12 %.

STEA:n avustusten määrä on kaikkiaan suuri ja vastaa kustannuksiltaan esimerkiksi Kelan kuntoutuksen kustannuksia (374 miljoonaa euroa). Järjestöille myönnettävät avustukset kattavat kuitenkin muutakin yleishyödyllistä toimintaa kuin kuntoutuspalveluiden tuottamisen. STEA jakaa avustukset neljään pääkategoriaan: 1. Järjestöjen toimintaedellytysten vahvistaminen, 2. Terveyden edistäminen sekä työ- ja toimintakyvyn vahvistaminen, 3. Osallisuuden, toimijuuden ja arjenhallinnan tukeminen ja 4. Kriisi- ja turvallisuuden edistäminen.

Suurin osa kuntoutuspalveluista liittyy todennäköisesti terveyden edistämiseen sekä työ- ja toimintakyvyn vahvistamiseen. Vuosina 2017–2021 tämän kategorian rahoitus on lisääntynyt 36 %, ollen vuonna 2021 yli sata miljoonaa euroa.

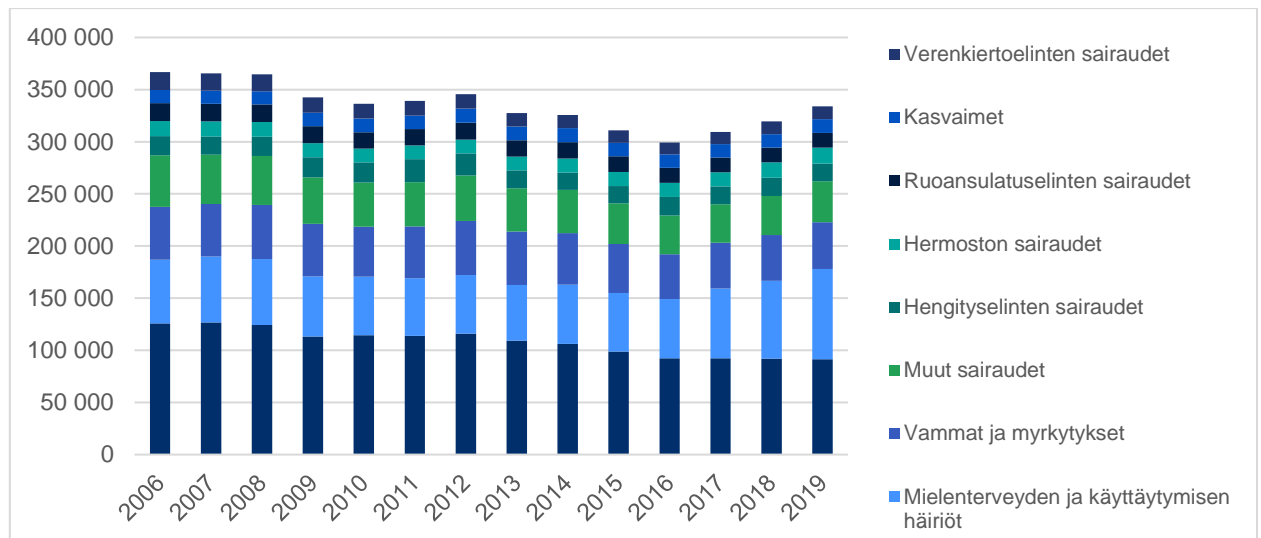
#### 1.2.2.2 Kuntoutustarvetta ennustavat indikaattorit

##### 1.2.2.2.1 Työkyvyttömyyseläkkeet ja pitkät sairauspoissaolot

Kuntoutuksen keskeisimpiä tavoitteita on työkyvyn ylläpitäminen. Työkyvyn menetyksen syitä voidaan tarkastella pitkien sairauslomien ja työkyvyttömyyseläkkeiden kautta. Pitkiä sairauslomia kuvaa Kelan tilasto sairauspäivärahasta ja eläkkeitä Eläketurvakeskuksen tilasto työkyvyttömyyseläkkeistä.

Vuonna 2019 alkoi 334 000 sairauspäivärahakautta, joista oli 27 % tuki- ja liikuntaelinvaivoista, 26 % mielenterveysongelmista ja 13 % vammoista tai myrkytyksistä. Pitkien

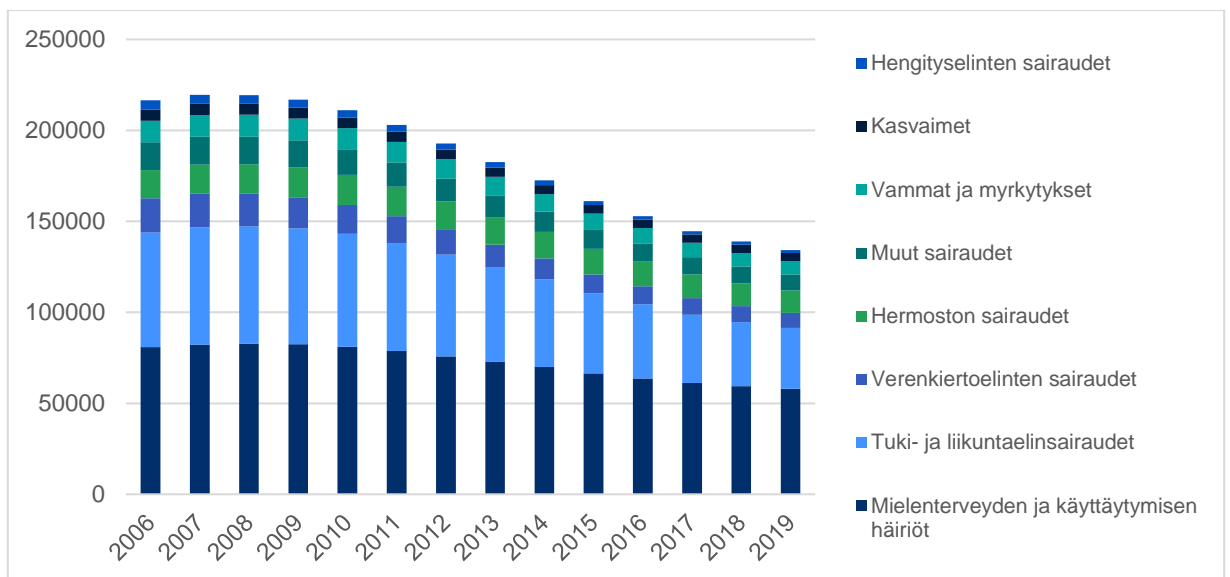
sairauslomien kokonaismäärä ei ole oleellisesti muuttunut 2010-luvulla, mutta sairausryhmäkohtaisia eroja on nähtävillä (kuvio 5).



KUVIO 5. Kelan maksama sairauspäiväraha (ml. osasairauspäiväraha) sairausryhmittäin vuosina 2006–2019 (lähde: Kela/Kelasto).

Mielenterveysongelmien aiheuttamat pitkät sairauslomat ovat lisääntyneet 2010-luvulla 54 % ja hermoston sairauksien aiheuttamat sairauslomat 14 %. Tuki- ja liikuntaelinvaivojen aiheuttamat sairauslomat ovat vähentyneet 20 %. Syöpäsairauksien osalta tilanne ei ole muuttunut. Muissa sairausryhmissä pitkät sairauslomat ovat vähentyneet 7–20 %.

Vuonna 2019 työkyvyttömyyseläkkeellä oli 134 000 kansalaista. 43 % eläkkeen syy oli mielenterveysongelma, 25 % tuki- ja liikuntaelinvaiva ja 9 % hermoston sairaus. Työkyvyttömyyseläkkeen saajat ovat vähentyneet 2010-luvulla kaikkiaan 36 %. Eläkkeet ovat vähentyneet kaikissa sairausryhmissä (kuvio 6). Pienin muutos on tapahtunut syöpäsairauksissa (-20 %), hermoston sairauksissa (-25 %) ja mielenterveysongelmissa (-28 %) ja eniten eläkkeensaajat ovat vähentyneet hengityselinten sairauksissa (-62 %).



KUVIO 6. Työkyvyttömyyseläkkeen saajat sairausryhmittäin vuosina 2006–2019 (lähde: Eläketurvakeskus/tilastotietokanta).

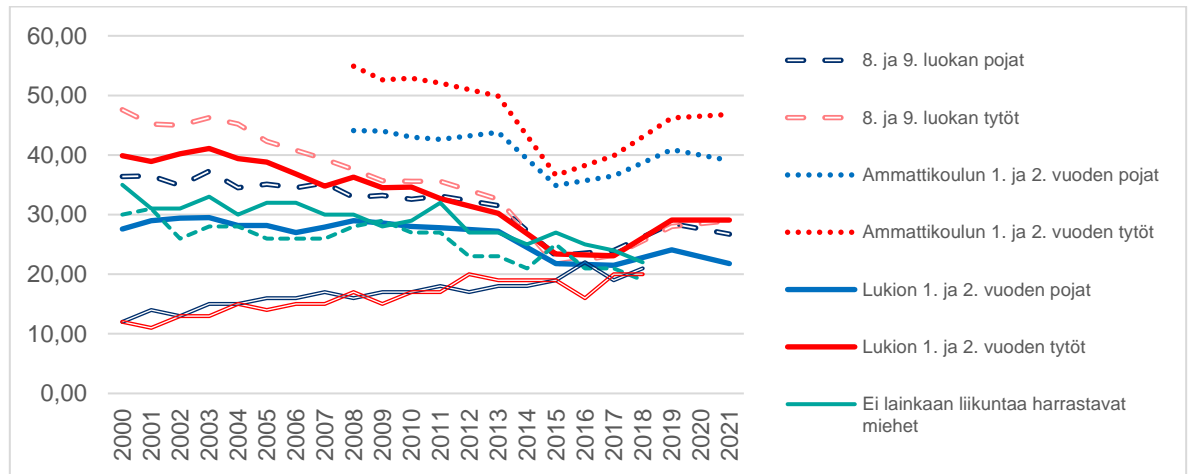
#### 1.2.2.2.2 Terveyskäyttäytyminen

Terveyskäyttäytyminen vaikuttaa myös kuntoutustarpeeseen. Kansansairauksien suurimpia riskitekijöitä ovat vähäinen fyysinen aktiivisuus, epäterveellinen ravinto ja lihavuus sekä päihteiden käyttö. Kansansairauksien lisääntyminen tarkoittaa myös kuntoutustarpeen lisääntymistä. Toisaalta kansansairauksien ehkäisy vaatii terveyttä edistävää toimintaa, jota toteuttavat erityisesti kuntoutusalan ja muut terveydenhuollon ammattilaiset. Myös mm. liikuntatoimella sekä kouluilla ja oppilaitoksilla on merkittävä rooli terveydenedistämässä.

Kansalaisten fyysinen aktiivisuus on liian vähäistä. Vuonna 2020 terveystieteiden tutkimuksen mukaan liian vähän liikkuvien osuus oli 61 %. Työikäisestä väestöstä liian vähän liikkuu 59 %, yli 65-vuotiaista 66 % ja yli 75-vuotiaista 72 %. Vuonna 2021 vähintään tunnin päivässä liikkui 43 % peruskoulun 4. ja 5. luokan oppilaista, 24 % peruskoulun 8. ja 9. luokan oppilaista, 18 % lukion 1. ja 2. vuoden oppilaista ja 15 % ammattikoulun 1. ja 2. vuoden oppilaista.

Lasten ja nuorten vain vähän liikkuvien osuus on kuitenkin alkanut lisääntyä 2010-luvun puolivälissä ja vuosien 2000–2015 positiivinen kehitys on katkennut (kuviot 7). Vuonna 2021 vain vähän (alle tunnin viikossa) hengästyttävää liikuntaa harrastaneita peruskoulun 8. ja 9. luokkalaisia oli 28 % ikäluokasta, lukion 1. ja 2. vuoden opiskelijoita 26 % ikäluokasta ja ammattikoulun 1. ja 2. vuoden opiskelijoita 42 % ikäluokasta. Vähän liikkuvia tyttöjä on kaikissa ikäluokissa enemmän kuin vähän liikkuvia poikia.

Ei lainkaan liikuntaa harrastavien kokonaismäärä on vähentynyt vuosina 2010–2018, miehillä seitsemän ja naisilla kahdeksan prosenttiyksikköä. Suurin muutos on tapahtunut ikääntyneiden kohdalla. Toisaalta lihavien miesten määrä on lisääntynyt yhdeksän prosenttiyksikköä ja lihavien naisten määrä kahdeksan prosenttiyksikköä.

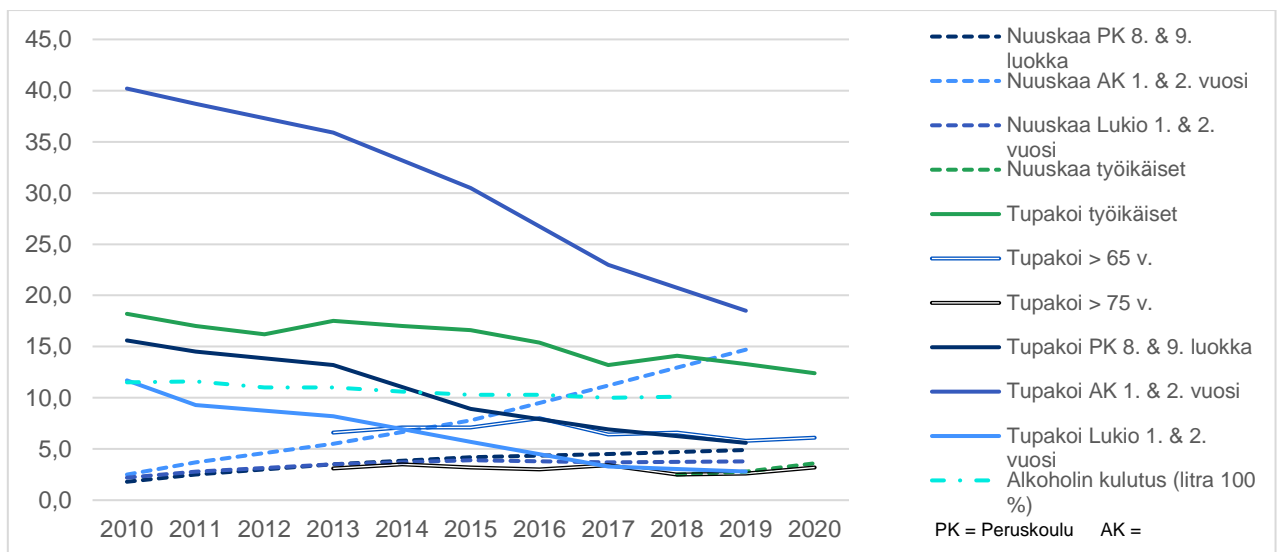


KUVIO 7. Vähän (< 1 h/vk) hengästyttävää liikuntaa vapaa-aikana harrastavien nuorten, ei lainkaan liikuntaa harrastavien aikuisten ja lihavien aikuisten osuus ikäluokasta (%) vuosina 2000–2021 (lähde: THL/Sotakanet ja Tilastokeskus/StaFin).

Päihteistä alkoholin ja tupakan terveyshaitat tunnetaan parhaiten. Vuonna 2020 päivittäin tupakoi 11 % väestöstä. Työikäisistä tupakoi 12 % ja nuuskaa käyttää 4 %. Yli 65-vuotiaista tupakoi 6 % ja yli 75-vuotiaista 3 %. Tupakointi on vähäisintä korkeasti koulutetuilla ja runsainta matalasti koulutetuilla. Peruskoulun 8. ja 9. luokan oppilaista 9 % käyttää jotain tupakkatuotetta (ml. nuuska ja sähkösavukkeet), lukion 1. ja 2. vuoden opiskelijoista 7 % ja ammattikoulun 1. ja 2. vuoden opiskelijoista 30 %. Tupakointi on hieman nuuskaamista yleisempää.

Tupakointi on vähentynyt 2010-luvulla kaikissa ikäluokissa, mutta nuuskan käyttö on lisääntynyt (kuviot 8). Peruskoulun 8. ja 9. luokkalaisten nuuskaaminen on lisääntynyt kolmella prosenttiyksiköllä ja tupakointi vähentynyt kymmenen prosenttiyksikköä. Lukion 1. ja 2. vuoden opiskelijoilla nuuskaaminen on lisääntynyt kolme prosenttiyksikköä ja tupakointi on vähentynyt yhdeksän prosenttiyksikköä.





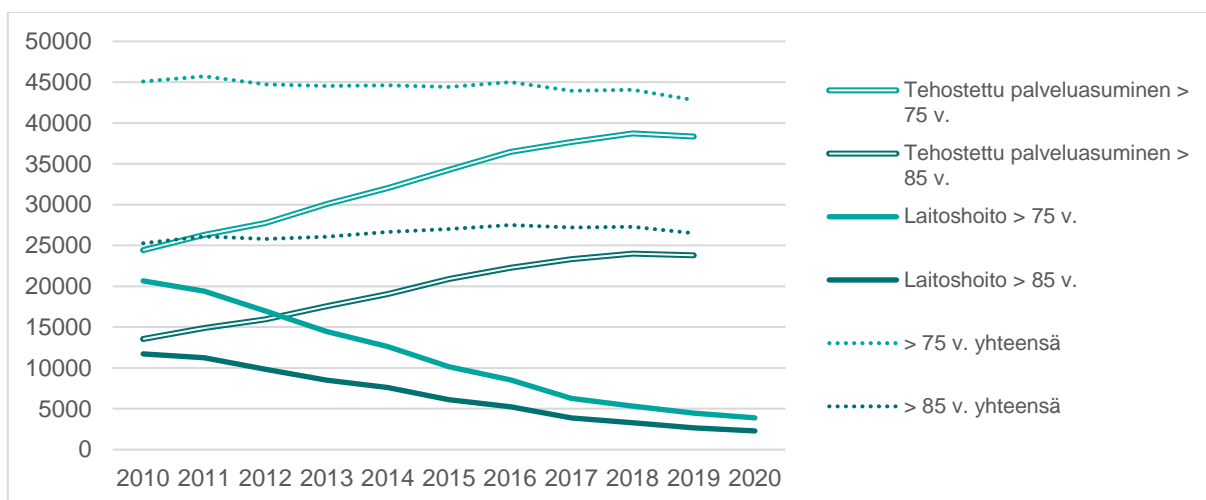
KUVIO 8. Tupakkatuotteiden käyttö eri ikäluokissa (%) ja alkoholin kokonaiskulutus (litra 100 % alkoholia) vuosina 2010–2020 (lähde: THL/Sotakanet ja Tilastokeskus/StaFin).

Ammattikoulun 1. ja 2. vuoden oppilailla nuuskaaminen on lisääntynyt 12 prosenttiyksikköä ja tupakointi on vähentynyt 22 prosenttiyksikköä. Työkäisten nuuskan käytöstä ei ole historiatietoja. Työkäisten tupakointi on vähentynyt viisi prosenttiyksikköä. Alkoholin kokonaiskulutus ei ole muuttunut.

#### 1.2.2.2.3 Ikääntyneiden palvelutarve

Ikääntyneen väestön palvelutarve ennustaa myös kuntoutuksen tarvetta. Ympäri vuorokautisen hoidon tarve kuvaa merkittävästi alentunutta toimintakykyä, samoin laitoshoido.

Vuonna 2019 tehostetun palveluasumisen piirissä oli 7,3 % yli 75-vuotiaista ja 15,8 % yli 85-vuotiaista. Vanhainkodeissa tai pitkäaikaisessa laitoshoidossa terveyskeskuksissa oli 0,9 % yli 75-vuotiaista ja 1,8 % yli 85-vuotiaista. Tehostettu palveluasuminen on väkilukuun suhteutettuna yleistynyt kaikissa ikäluokissa ja laitoshoido on vastavasti vähentynyt (kuvio 9). Ympäri vuorokautisen hoidon tarve (laitoshoido ja tehostettu palveluasuminen yhdistettynä) on hieman vähentynyt vuosina 2010–2019: yli 75-vuotiailla 5 % ja yli 85-vuotiailla 3 %.



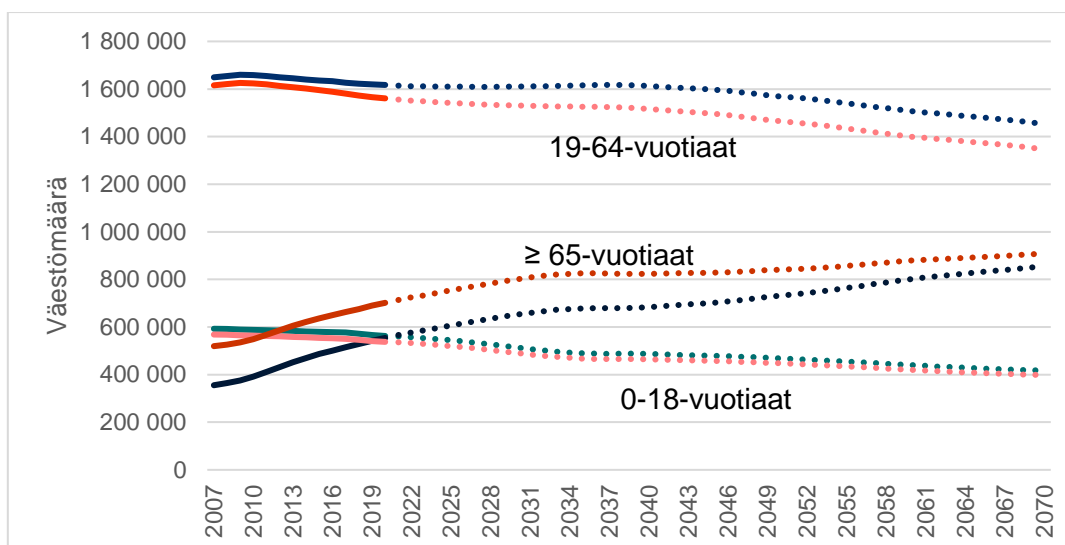
KUVIO 9. Ikääntyneiden laitoshoidon ja tehostetun palveluasumisen asiakkaat vuosina 2010–2020 (lähde: THL/Sotakanet).

Maakuntakohtaiset vaihtelut ympärivuorokautisen hoidon tarpeessa ovat huomattavia. Tehostettu palveluasuminen ja laitoshoidon yhteenlaskettuna ympärivuorokautista hoitoa tarvitsevia yli 75-vuotiaita oli vuonna 2019 vähiten Ahvenanmaalla ja Etelä-Karjalassa (6,1 %). Ahvenanmaalla laitoshoidon osuus on 2,4 %, joka on selvästi Suomen korkein. Etelä-Karjalassa laitoshoidon osuus on 0,5 %. Eniten ympärivuorokautista hoitoa tarvitsevia yli 75-vuotiaita on Pohjois-Pohjanmaalla (9,7 %). Koko maan keskiarvo on 8,2 %. Yli 85-vuotiaiden ikäluokassa vähiten ympärivuorokautisen hoidon piirissä olevia on Etelä-Karjalassa (12,6 %) ja eniten heitä on Pohjois-Pohjanmaalla (20,4 %). Koko maan keskiarvo on 17,6 %.

Yli 75-vuotiaiden ympärivuorokautisessa hoidossa koko maan vähimmäistavoitteena voidaan pitää 6 % väestöstä ja vastaavasti yli 85-vuotiailla 12 % väestöstä, joka vastaa tällä Etelä-Karjalan vuoden 2019 tilannetta.

#### 1.2.2.2.4 Väestöennuste

Väestöennuste vaikuttaa kaikkien ikäluokkien kuntoutustarpeeseen. Väestöennusteen (kuviot 10) mukaan lasten ja nuorten määrä tulee vähenemään 2020-luvulla noin 95 000 henkilöllä ja työikäisten määrä noin 36 600 henkilöllä. Eläkeikäisten määrä puolestaan kasvaa 240 000 henkilöllä. Väestön kehityksen on ennustettu jatkuvan saman suuntaisena myös 2030-luvulla. 2050-luvulla on odotettavissa selvästi voimakkaampi työikäisten määrän vähentyminen ja eläkeikäisten määrän kasvu.



KUVIO 10. Väestömäärän kehitys eri ikäluokissa vuosina 2007–2020 ja ennuste väestömäärän muutoksista eri ikäluokissa 2021–2070 sukupuolittain tarkasteltuna (miehet sininen, naiset punainen) (lähde: Tilastokeskus/StaFin).

#### 1.2.2.2.5 Hallitustavoitteet

Työurien pidentäminen ja työllisyysasteen nostaminen ovat olleet keskeisiä tavoitteita useilla hallituskausilla. Tältä pohjalta nykyinenkin hallitus on toteuttanut useita toimia, jotka edistävät työllisyyttä. Perustellusti voidaan esittää, että kuntoutustoimenpiteet ovat yksi keskeinen asia työurien pidentämisessä ja työllisyysasteen nostamisessa.

## 1.2.3 Johtopäätökset

### 1.2.3.1 Selvityksen luotettavuus

Kattavaa tietoa väestön kuntoutustarpeesta 2020-luvulla ei löytynyt kotimaisesta kuntoutukseen liittyvästä kirjallisuudesta. Kirjallisuudesta ei myöskään ollut tunnistettavissa kuntoutustarvetta ennustavia indikaattoreita, eikä kattavaa arviota kuntoutuspalveluiden käytön nykytilasta. Kuntoutustarpeen arviointi näistä lähtökohdista on haastavaa.

Kuntoutuksen tietopohja on vaihteleva ja luonnollisesti riippuvainen kuntoutuksen järjestäjien tuottamasta tiedosta. Kansaneläkelaitoksen järjestämästä kuntoutuksesta on käytettävissä tarkkaa tietoa useiden vuosikymmenten ajalta. Julkisen terveydenhuollon järjestämisvastuulla olevien kuntoutuspalveluiden tietopohja on ohuempi ja eri tietoraporttien tiedot ovat keskenään ristiriitaisia tai tietosisällöltään selvästi puutteellisia.

Julkisen sektorin julkisina hankintoina järjestämästä kuntoutuksesta ei löytynyt lainkaan tietoja. Työeläkeyhtiöiden ja vakuutusyhtiöiden järjestämästä kuntoutuksesta tietoja on niin ikään käytettävissä niukasti.

Erikoissairaanhoidon käynti- ja toimenpidetietoja on saatavilla vuosilta 2008–2018. Kuntoutuksen tunnistaminen perustuu pääasiassa erikoissairaanhoidon toimenpideluokitukseen, joka ei ulotu sairausryhmäkohtaiseen tarkasteluun. Psykiatrisesta erikoissairaanhoidosta kuntoutustoimenpiteitä ei ole erikseen tunnistettavissa lainkaan. Perusterveydenhuollon kuntoutuspalveluiden tietopohja on vahvistunut aivan viime vuosina ja vuoden 2019 tietojen perusteella saadaan jo kohtalaisen hyvä käsitys perusterveydenhuollon kuntoutuksesta. SPAT-toimenpideluokituksen tiedot kuntoutuksesta ja eri kuntoutuspalveluiden käyntitiedot herättävät kuitenkin kysymyksiä siitä, tilastoituuko avomuotoinen toiminta kaikilta osin SPAT-toimenpideluokituksen mukaisesti.

### 1.2.3.2 Arvio väestön kuntoutustarpeesta 2020-luvulla

Kuntoutus on kaikkiaan lisääntynyt 2010-luvulla ja vaikuttaa todennäköiseltä, että tämä kehityskulku jatkuu. Perusterveydenhuollossa avokuntoutus on suurelta osin fysioterapiaa, mielenterveystyötä ja päihdetyötä, erikoissairaanhoidossa taas fysioterapiaa, apuvälinepalvelua tai kuntoutusohjausta. Vuodeosastoilla kuntoutus on suurelta osin kuntouttavaa hoitotyötä ja fysioterapiaa. Julkisessa terveydenhuollossa monet kuntoutuspalvelut (esim. kuulon kuntoutus, neuropsykologinen kuntoutus, puheterapia, toimintaterapia ja erityisesti ravitsemusterapia) ovat lisääntyneet voimakkaasti 2010-luvulla.

Julkisen terveydenhuollon kuntoutuspalvelut tulevat todennäköisesti edelleen kasvamaan 2020-luvulla. Merkittäviä julkisen terveydenhuollon asiakasryhmiä ovat ikääntyneet, mielenterveys- ja päihdekuntoutujat, tuki- ja liikuntaelinvaivoista kärsivät, verenkierroelinten tai hermoston sairauksista kärsivät sekä tarkemmin määrittelemättömästä syystä (R- ja Z-diagnoosit) kuntoutukseen tulevat (esimerkiksi puheterapiaa tarvitsevat lapset). Kuntoutuspalveluiden painotus tulee 2020-luvulla todennäköisesti kohdentumaan toisaalta avopalveluihin ja toisaalta kotikuntoutukseen.

Kelan vastuulla olevien kuntoutujien määrä on lisääntynyt voimakkaasti 2010-luvulla ja todennäköisesti sama kehitys tulee jatkumaan 2020-luvulla. Kelan kuntoutus painottuu 2020-luvulla todennäköisesti entistä vähemmän harkinnanvaraiseen kuntoutukseen ja entistä enemmän kuntoutuspsykoterapiaan, joka on kasvanut 2010-luvulla voimakkaasti ja oli vuonna 2020 Kelan suurin kuntoutuspalvelu. Mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöt ovat lisääntyneet kaikissa muissakin Kelan kuntoutuksissa

2010-luvulla. Kelan kuntoutujista 69 %:lla oli vuonna 2020 mielenterveyden tai käyttäytymisen häiriö.

Väestön työkyvyn suurimmat uhkakuvat liittyvät mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöihin sekä tuki- ja liikuntaelinsairauksiin, jotka ovat yleisimmät syyt jäädä pitkälle sairauslomalle, hakea työeläkekuntoutusta ja joutua työkyvyttömyyseläkkeelle. Mielenterveysongelmat ovat kasvaneet räjähdysmäisesti 2010-luvulla ja todennäköisesti sama kehitys tulee jatkumaan myös 2020-luvulla. Mielenterveyskuntoutuksen kehittäminen on yksi 2020-luvun tärkeimmistä teemoista.

Tuki- ja liikuntaelinvaivojen suurta määrää ei ole saatu taitettua 2010-luvulla. Tule-vaivojen kuntoutuksessa sekä työeläkelaitosten että Kelan ammatillinen kuntoutus on lisääntynyt, mutta Kelan vaativa lääkinällinen kuntoutus ja harkinnanvarainen kuntoutus ovat vähentyneet.

Tule-vaivojen ensisijainen kuntoutusmuoto on fysioterapia (lääkinällinen kuntoutus), joka on pääasiassa perusterveydenhuollon vastuulla, pois lukien vakuutusyhtiöiden vastuulla olevien vammojen kuntoutus. Tule-asiakkaat kattavat kolmanneksen perusterveydenhuollon fysioterapeuttien asiakaskäynneistä. Ottaen huomioon tule-vaivojen suuri osuus pitkissä sairauslomissa, työeläkekuntoutuksessa ja työkyvyttömyyseläkkeissä, ei niiden lääkinällisen kuntoutuksen määrää voida pitää riittävänä. Tuki- ja liikuntaelinvaivojen kuntoutuksen voimavarojen vahvistaminen on toinen 2020-luvun tärkeä teema.

Ikääntyneiden määrä tulee lisääntymään 2020-luvulla neljännesmiljoonalla. Ikääntyneiden kuntoutus on muuta väestöä heikommassa asemassa, koska Kelan vaativa lääkinällinen kuntoutus on rajattu alle 65-vuotiaille ja Kelan kuntoutuspsykoterapia alle 67-vuotiaille. Ainoastaan Kelan harkinnanvaraista kuntoutusta järjestetään myös yli 65-vuotiaille, joskin tähän käytettävä rahoitus on vähäinen. Ikääntyneet ovat myös aliedustettuina erikoissairaanhoidon avopalveluissa, jotka usein toimivat kuntoutuspalveluiden käynnistäjinä. Käytännössä ikääntyneiden kuntoutus on kokonaisuudessaan merkittävältä osin perusterveydenhuollon vastuulla.

Ikääntyneiden laitoshoido tulee 2020-luvulla entisestään vähenemään ja palveluasuminen puolestaan lisääntymään. Ympäri vuorokautisen avun tarpeessa on 2010-luvulla edelleen tarpeettoman suuri osa yli 75-vuotiaista. Määrää on mahdollista vähentää kuntoutuksen keinoin. Ikääntyneiden riittävän varhain tunnistettu ja aloitettu kuntoutus mahdollistaa ympärivuorokautisen hoidon vähentämisen, joka vapauttaa terveydenhuollon voimavaroja muuhun työhön ja auttaa ratkaisemaan heikentyvän huoltosuhteen aiheuttamia resurssiongelmia. Ikääntyneiden kuntoutuksen kehittäminen vaatii kuntoutuksen voimavarojen lisäämistä, kuntoutukseen ja kuntoutumiseen soveltuvien

asuintilojen rakentamista ja kuntouttavan hoitotyön toimintatavan käyttöönottoa kaikissa ikääntyneiden palveluissa. Ikääntyneiden kuntoutuspalveluiden vahvistaminen on 2020-luvun kolmas tärkeä teema.

Väestön terveystyytymisen vaikuttaa merkittävästi paitsi kuntoutustarpeeseen, myös muiden sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden käyttöön. Lihavien aikuisten määrä on kasvanut 2010-luvulla ja kansalaisten fyysinen aktiivisuus on terveyden näkökulmasta liian vähäistä. Erityisen huolestuttava ilmiö on lasten ja nuorten liikkumattomuuden nopea lisääntyminen. Päihteiden käytön suhteen tupakointia on onnistuttu vähentämään 2010-luvulla kaikissa ikäluokissa, mutta nuuska käyttö on yleistynyt nuorten keskuudessa. Yksi Suomen merkittävimmistä terveystyöngelmistä on alkoholi, jonka kulutus ei ole 2010-luvulla muuttunut.

Lasten ja nuorten palveluiden vahvistaminen ja integroiminen normaaliin kasvu-ympäristöön on yksi kuntoutuksen tärkeä tehtävä jo nyt ja tulevaisuudessa, niin että elinikäisen oppimisen ja hyvinvoinnin turvaaminen on kaikille mahdollista. Tärkein lasten kuntoutuksen erityispiirre on sen suhde lasten kehitykseen, siten että se kuuluu lasten kehitysympäristön kokonaisuuteen, jonka muut osat ovat kasvatus (koti), ohjaus (mm. lähi-ihmiset) ja opetus (varhaiskasvatus ja koulu) ja jota sosiaalityö tukee omalta osaltaan. Lapsia ympäröivä kasvattava, ohjaava, opettava ja kuntouttava ympäristö on vain saatettava kokonaisuudeksi.

Väestön terveystyytymisestä nousee esille kuntoutusalan ammattilaisten osaamisalueella olevia tarpeita, jotka eivät aina suoraan kuulu kuntoutuksen alle, vaan myös sairauksien ehkäisyyn eli primääripreven-tioon. Keskeistä kuitenkin on, että terveysneuvonta ja ohjaus integroidaan entistä vahvemmin osaksi kaikkia kuntoutuspalveluita ja hoitoreitit esimerkiksi tupakasta vieroitukseen ja päihdehuoltoon muodostuvat toimiviksi. 2020-luvun neljäs merkittävä teema on kansalaisten terveystyytymiseen vaikuttaminen terveellisen ravinnon, päihteiden käyttöön ja riittävän fyysisen aktiivisuuden tukemiseksi.

Työhön paluun tai mahdollisen ammatillisen kuntoutuksen suunnittelu tulee toteuttaa lääkinnällisen kuntoutuksen rinnalla osana kuntoutusprosessia. Työelämän jatkuvat, erityisesti keskeneräiset muutokset, tulevat jatkossakin aiheuttamaan myös terveydentilasta riippumatonta kuntoutustarvetta. Viides merkittävä teema on kansalaisten työssä jatkamisen tukeminen työhön linkittyvän ja tarvittaessa varsinaisen ammatillisen kuntoutuksen keinoin.

## 1.2.4 Yhteenveto

Väestön kuntoutustarpeesta tai kuntoutuspalveluiden tämänhetkisestä käytöstä ei löytynyt kattavaa ja kokonaisvaltaista tietoa. Kuntoutustarpeen arvioimiseksi koottiin sote-alan yhteisestä tietopohjasta tilastotietoa kuntoutuspalveluiden käytön nykytilasta ja lähihistorian muutoksista sekä muutamista kuntoutustarvetta mahdollisesti ennustavista indikaattoreista. Selvityksen perusteella tunnistettiin viisi kuntoutustarvetta kuvaavaa pääteemaa:

1. Mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöt ovat 2020-luvun suurin haaste työikäisten työkyvyille. Mielenterveyskuntoutus tulee jatkamaan voimakasta kasvua 2020-luvulla ja mielenterveyspalveluiden kehittäminen on välttämätöntä.
2. Tuki- ja liikuntaelinvaivat uhkaavat työkykyä myös 2020-luvulla. Tule-vaivojen lääkinällisen kuntoutuksen (fysioterapian) voimavaroja on lisättävä erityisesti perusterveydenhuollossa ja työterveyshuollossa. Asianmukainen lääkinällisen kuntoutuksen toteutuminen tulee olla edellytyksenä tule-vaivojen ammatilliselle kuntoutukselle.
3. Ikääntyneiden kuntoutuksen kehittäminen on välttämätöntä sekä ikääntyneiden ihmisarvon että kansantalouden näkökulmasta. Perusterveydenhuollon voimavaroja ja moniammatillisuutta on vahvistettava ja kuntouttavaa työtä edellytettävä kaikilta ikääntyneiden parissa työskenteleviltä. Ympärivuorokautisen hoidon tavoitetasoksi on asetettava enintään 6 % yli 75-vuotiaista.
4. Terveiden edistäminen on integroitava kaikkiin kuntoutuspalveluihin. Jokaisen kuntoutusalan ammattilaisen vastuulla on ohjata asiakkaalle terveellinen ravitsemus, päihteiden kohtuukäyttö ja terveysliikuntasuositusten mukainen määrä liikuntaa.
5. Työhön paluun tai mahdollisen ammatillisen kuntoutuksen suunnittelu tulee toteuttaa lääkinällisen kuntoutuksen rinnalla osana kuntoutusprosessia. Muuttuva työ aiheuttaa terveydentilasta riippumattomia ammatillisen kuntoutuksen tarpeita.

2020-luvulla on tärkeää vahvistaa ja yhtenäistää kuntoutukseen liittyvää tietopohjaa ja tunnistaa toisaalta kuntoutustarvetta ennustavia ja toisaalta kuntoutuksen vaikuttavuutta kuvaavia indikaattoreita. Julkisten hankintojen kautta järjestetystä kuntoutuksesta ja vakuutusyhtiöiden järjestämästä kuntoutuksesta tulee kerätä järjestelmällisesti tietoa. Tieto kuntoutuksen monilta eri kanavilta tulisi koota yhteen, jotta voidaan

arvioida minkä verran kuntoutujat liikkuvat eri palveluiden välillä ja minkä verran kuntoutuspalveluiden käyttö kokonaisuutena muuttuu.

## 1.3 Alatyöryhmä 2: Työvoimatarve ja henkilöstön saatavuus

### 1.3.1 Tietopohja

Vuonna 2019 sote-palveluissa työskenteli yhteensä 422 000 työllistä (Tilastokeskus, Työlliset ja palkansaajat työnantajasektorin ja toimialan mukaan). Sote-palveluissa työllisten määrän kasvu vuosina 2009–2019 on ollut toiseksi suurinta toimialojen keskinäisessä vertailussa. Alatoimialoittaisessa toimialojen keskinäisessä vertailussa sosiaalihuollon laitospalvelujen työllisyyden kasvu on ollut suurinta vuosina 2009–2019. (Räsänen & Ylikännö 2021). Näistä on varsinaisia kuntoutuksen ammattilaisia noin alle 20 000 työllistä (fysioterapeutit 9738, psykologit 5360, muut alle 2000).

Kuntoutusalan työpaikkojen kirjo on moninainen ja muuttuva sen mukaan, mitä kuntoutustarpeita ihmisillä on ja ovatko kuntoutukset esimerkiksi Kelan tai vakuutusyhtiöiden kustantamia. Tulevaisuuden kuntoutuksen työvoiman tarvetta ja henkilöstön saatavuutta ei voi tästä syystä täysin edes arvioida. Avoimena tietona olevassa ammatin tilastoinnissa ja arvioinnissa (esim. TEM:n ammattibarometri tai toimialaraportit) puuttuu useita kuntoutusalan ammattinimikkeitä. Erityisesti tämä näkyy sellaisissa kuntoutusalan ammattinimikkeissä, jotka edellyttävät erikoistumiskoulutusta, kuten neuropsykologit. Tietopohjan puutteet vaikeuttavat kokonaiskuvan muodostamista ja tulevaisuuden näkymien kattavaa esittämistä. Toisin sanoen tarvitsemme nyt ja jatkossa systemaattisesti tuotettua yksityiskohtaisempaa tietoa kuntoutusalan ammatteista.

### 1.3.2 Kuntoutuksen työvoimatarpeeseen vaikuttavia asioita

1. Kuntoutuksen työvoimatarve on suhteessa muuhun sosiaali- ja terveysalan työvoimatarpeeseen, esim. hoitajamitoituksesta tuleva lisätarve 0.7, kuinka paljon olisi kuntoutuksen ammattilaisia ja millaisia työkuvia ja tehtävänsiirtoja voisi olla tulevaisuudessa vaikuttaa työvoimatarpeeseen. Henkilöstömitoituk-



sesta iäkkäiden henkilöiden tehostetussa palveluasumisessa ja pitkäaikaisessa laitoshoidossa säädetään laissa (Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvveluista annetun lain muuttaminen).

2. Jos kuntoutukseen panostetaan aiempaa enemmän esimerkiksi ikäohjelman tai sote-keskushankkeiden puitteissa, fysioterapeuttien ja muiden kuntoutusalan osaajien työmarkkinatilanne voi muuttua nopeasti.
3. Eläköityminen kuntoutuksen alueella on nähtävissä, vaikuttaa uusien osaajien määrään (lisää koulutustarvetta).
4. Uudet työalueet kuntoutuksessa esim. varhaiskasvatus, työkyky ja työllisyyspalvelut, eri maissa olevat käytännöt ja työalueet. Eri maissa eri kuntoutustyöntekijöiden määrissä on vaihtelua (esim. toimintaterapeuttien määrä 100 000 asukasta kohti on Suomessa noin 62; Tanskassa vastaava luku on 189, Ruotsissa 116, Islannissa 104 ja Norjassa 97 (COTEC 2021).
5. Vaikuttavuuden vaatimus kuntoutuksessa, vaikuttaa sekä osaamistasoon että työvoiman määrään.
6. Muuntuvat työurat; vaihdetaan työpaikkaa, alalta toiselle siirtyminen, uudenlaiset työsuopimukset ja alustat, kombinaatio palkkatyö ja yrittäjyys.

### 1.3.3 Digitalisaation ja teknologian vaikutus työhön

#### 1.3.3.1 Etäasiointi moninkertaistunut korona-aikana sote-palveluissa

Strategisesti ohjattava myös etäteknologian myötä syntyviä työvoima- ja henkilöstövaikutuksia: pelkästään palvelun siirtyminen etänä toteutettavaksi ei muuta kovin paljon työvoimatarvetta (TEM raportti 2021:2).

Sote-alan työvoiman saatavuus tulevaisuudessa näyttöytyy haasteellisena. Pelkästään laskennallisesti työvoiman määrää lisäämällä tavoitteisiin ei päästä. Digitalisaatio ja teknologian kehittyminen tarjoavat sote-palveluissa uudenlaisia näkymiä, ja synnyttävät myös uusia osaamistarpeita. Keskeisintä työvoiman saatavuuden parantamiseksi on huomion kiinnittäminen alan vetovoiman ja työolojen parantamiseen.

\* Teknologiaa voidaan käyttää joko välillisesti (etäyhteys) tai välittömästi (teknologiset harjoituslaitesovellukset ym.)

\* esim. Digitalisaatio ja teknologiset ratkaisut helpottavat tulevaisuudessa entisestään mm. omahoitoa ja itsediagnoosia sekä mahdollistavat varhaisen ennaltaehkäisyyn sekä ajantasaisen hoidon. Tämä trendi haastaa fysioterapeutit kehittämään asiakaslähtöisiä ja teknologiaa monipuolisesti hyödyntäviä palveluita nyt ja tulevaisuudessa. (Fysioterapeuttiliitto.)

Teknologialla voidaan vain rajallisesti korvata sote-alan työtä. (TEM raportti 2021:2)

### 1.3.3.2 Terveysteknologian ala tarjoaa runsaasti työmahdollisuuksia myös tulevaisuudessa

Sote-palveluala murtumassa globaalisti toimivaksi alaksi alustatalouden myötä, Suomessa tähän potentiaalisesti annettavaa. Digitalisaatio ja muu teknologinen kehitys nopeutuu ja tarjoaa mahdollisuuden referenssien hankkimiseen kotimaisille yrityksille → viennin, osaamisen ja investointien lisääntyminen → uusia työmahdollisuuksia. Vaikuttavuuden tavoittelu, voi vaikuttaa positiivisesti myös työntekijöiden työhön. Toimiva yhteistyö ja osaamisen jakaminen julkisen ja yksityisen sektorin välillä. Terveysteknologia- ja sote-palvelualan startup-yritykset tarjoavat työmahdollisuuksia monille muillekin kuin sote-alan ammattilaisille, ja samoin sote-alan ammattilaisille on tarjolla erilaisia urapolkuja teknologiayrityksissä (TEM 2021:2).

Tästä nousee kysymys, että vaatisiko koulutuksellista innovaatiota, jotta tämä tapahtuisi?

Lähde: Tevameri, T. 2021. Katsaus sote-alan työvoimaan. Toimintaympäristön ajankohtaisten muutosten ja pidemmän aikavälin tarkastelua. Raportit TEM, Työ- ja elinkeinoministeriö. Helsinki 2021. Saatavissa: <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/handle/10024/162852>

### 1.3.4 Maahanmuuton ja muuttoliikkeen vaikutus työvoimatarpeeseen

Syntyvyyden lasku vaikuttaa tulevaisuudessa merkittävästi työvoiman saatavuuteen eri toimialoilla. Tilastokeskuksen väestöennusteen mukaan Suomen väestö supistuu

vuodesta 2031 alkaen. Siksi kuntoutuksen työvoimatarpeita ja henkilöstön saatavuutta on tärkeää tarkastella myös maahanmuuton näkökulmista keinona vastata työvoimatarpeisiin sekä huomioida myös maan sisäinen muuttoliike.

Ulkomaisten osaajien saatavuuden yleiset haasteet heijastuvat myös sosiaali- ja terveysaloille. Esimerkiksi Suomessa tutkinnon suorittaneilla ulkomaisilla opiskelijoilla on vaikeuksia työllistyä Suomeen tutkinnon valmistumisen jälkeen, ja joka viides tutkinnon suorittanut muuttaa pois Suomesta heti valmistumisvuonna (Tilastokeskus, Tieto & Trendit). Ulkomaiset osaajat myös keskittyvät pääkaupunkiseudulle, jossa asuu noin puolet kaikista ulkomaalaistaustaisista (Tilastokeskus, Väestörakenne 2020). Kuntoutusalalla ja muissa sosiaali- ja terveysalan ammateissa työllistymistä ja koulutukseen pääsemistä haittaa usein puutteellinen suomen tai ruotsin kielen taito. Korkeakoulutettujen maahanmuuttajien pätevyitysmpolkuja on edistetty mm. SOTE-silta-hankkeessa.

Alueellisesti tarkasteltuna tuleva väestönkehitys eriytyy voimakkaasti suurten kaupunkien ja muun maan välillä. MDI:n Sitralle tekemässä Mille väestölle -selvityksessä enustetaan, että koulutustarve kasvaa tai suurimmissa kaupungeissa etenkin toisen ja korkea-asteen koulutuksessa, kun taas muualla maassa koulutustarve vähenee huomattavasti. (<https://media.sitra.fi/2020/06/09113032/mille-vaestolle.pdf>)

Ammattialakohtaisesti työvoiman saatavuus voi vaihdella jyrkästikin maan eri osissa. Tästä ovat esimerkkinä fysioterapeutit, joista on samaan aikaan sekä pulaa että ylitarjontaa eri maakunnissa. Arviot perustuvat työ- ja elinkeinotoimistojen näkemyksiin ammattien kehittymisnäköyksiä lähitulevaisuudessa ja ne on raportoitu Ammattibarometrissa.

Työvoiman kohtaanto-ongelmissa korostuu aikuisväestön kouluttaminen. Aikuiskoulutuksen avulla on mahdollista kouluttaa nopeammin uutta työvoimaa alalle, ja toisaalta on tärkeä pitää huolta alalle jo koulutautuneiden osaamisen jatkuvasta ylläpitämisestä. Myös alan houkuttavuus (työolot, palkkaus jne.) vaikuttaa työvoiman saatavuuteen.

### 1.3.5 Kuntoutusalan työvoiman tarve ja alueellisuus

Kuntoutusalan työvoiman tarve ja alueellisuus liittyvät yhteen siten, että työvoiman tarve jakaantuu alueellisesti. Karkea jakolinja menee kaupunki-maaseutu-jaottelun mukaisesti. Toisin sanoen siellä missä on enemmän väestöä, tarvitaan kuntoutuspalveluita enemmän ja myös enemmän työntekijöitä kuntoutusalalle. Kuntoutusalan ammatteja on vaikea rajata, joten tässä tarkastellaan ensiksi kahden ammattiryhmän eli

fysioterapeuttien ja psykologien kautta niiden työvoiman tarvetta alueellisesti. Näistä ammateista tuotetaan säännöllisesti tietoa ammattibarometrissä. Lisäksi on olemassa kuntoutuksen ammattiryhmiä, joiden tarve kasvaa, kun väestö ikääntyy; esimerkkinä on audionomit.

Fysioterapeuteista on ollut pulaa tai liian vähän hakijoita Kainuussa ja Varsinais-Suomessa. Hämeessä, Pirkanmaalla, Keski-Suomessa ja Pohjois-Karjalassa hakijoita on ollut liikaa. Muualla Suomessa työmarkkinatilanne on ollut tasapainossa, vaikka kuntakohtaisia eroja ilmenee. Työvoiman tarve on lähtenyt kasvuun viimeisen vuoden aikana huolimatta koronapandemiasta. On arvioitu, että poistuma kunta-alalla 2020-luvulla on noin vajaa kolmannes.

Puheterapeuteista on pulaa kaikkialla muualla, paitsi Varsinais-Suomessa. Tosin Varsinais-Suomenkin osalta on huomioitava, että osassa tämän alueen kunnista tilanne on huono ja/tai huonontunut viimeisen vuoden aikana. Puheterapiaa ei välttämättä myönnetä sellaisessa tilanteessa, että palveluntarjoajia ole käytettävissä. Tällöin pelkässä tilastollisessa tarkastelussa jää huomiotta terapioiden todellinen tarve. Kaikkein vaikein tilanne on keskisuurissa kaupungeissa, kuten Joensuussa, Seinäjoella, Kuopiossa ja Lahdessa. Pohjois-Pohjanmaalla, Etelä-Pohjanmaalla ja Kaakkois-Suomessa puheterapeuttien tarve on kasvussa, mutta muualla Suomessa pysyy ennallaan. Tilanne ei kuitenkaan ole yhtään helpompi juuri missään päin Suomea, koska puheterapeuteista on pulaa lähes joka paikassa.

Psykologien osalta pulaa on kaikkialla muualla, paitsi Uudellamaalla. Korona on vaikuttanut viimeisen vuoden aikana jatkuvaan työvoiman tarpeeseen. TEM:n toimialakatsauksen 1/2021 mukaan psykologeista on kahdeksanneksi eniten pulaa sote-alan ammateista Suomessa. Koulutuksellisenä haasteena on pätevän psykoterapiakoulutuksen lisääminen. Psykologien rekrytointiongelmien suurin syy liittyy alueellisuuteen eli viimeisen vuoden aikana tasapainotila työvoiman saatavuudesta vielä Keski-Suomessa on muuttunut huonompaan suuntaan ja tasapainotila on enää vain Uudellamaalla. Rekrytointiongelmat kytkeytyvät alueellisuuden kautta erityisesti palkkaukseen ja erityispätevyyksiin. Erityispätevyyksistä voidaan nostaa esille neuropsykologit. Tämän erityispätevyyden omaavia psykologeja on hyvin vähän ja tämä näkyy avointen työpaikkojen määrässä, joita on jatkuvasti n. 200-300. Systemaattista tilastointia neuropsykologien rekrytointitilanteesta ja tarpeesta ei ole saatavilla.

Kasvava tarve väestön on myös audionomeille väestön ikääntyessä ja kuulemisen apuvälineiden nopeasti kehittyessä kehitys. Audionomin työstä kattava selvitys on tehty viimeksi vuonna 2013, jonka mukaan audionomeja oli tuolloin noin 220 koko Suomessa.

Kuntoutusalan työntekijätarve siis vaihtelee eri ammattiryhmissä eli kokonaiskuvia voi muodostaa vain ammattiryhmittäin. Kuitenkaan kattavaa avointa tietopohjaa kaikista kuntoutusalan ammateista ei ole saatavilla. Tästä voidaan esimerkkinä mainita esimerkiksi kuntoutuslääkärit ja erilaisten kuntouttavien terapioiden toteuttajat. 2019 aloitettua julkisten ja yksityisten kuntoutuspalveluiden analyysia pitää jatkaa erityisesti henkilöstörakenteen osalta ammattinimikkeisiin.

### **1.3.6 Mahdollisia jatko kysymyksiä pohdittavaksi ja selvitettäväksi**

- \* Yleisenä havaintona spesifiä kuntoutusalaa koskevaa tietoa on vaikea löytää.
- \* Kuinka paljon kuntoutusalalla työskentelee maahanmuuttajataustaisia?
- \* Voiko kielitaitokysymykseen löytyä ratkaisuja?
- \* Miten eri alueilla on ennakoitu tulevia kuntoutuksen alan osaamistarpeita mukaan lukien maahanmuutto ja maassamuutto?
- \* Minkälaista palvelutarjontaa tulevaisuudessa pystytään pitämään yllä haja-asutusalueilla?
- \* Minkälaisia osaamistarpeita palveluvalikoiman supistuminen aiheuttaa?
- \* Moniammatillisuus?

## 1.4 Alatyöryhmä 3: Miten sote-uudistus vaikuttaa kuntoutuksen osaamis- ja työelämätarpeisiin?

### 1.4.1 Sosiaali- ja terveysalan perustutkintojen ja korkeakoulutuksen nykytilanne

*Sosiaali- ja terveysalan perustutkinnon* vuoden 2020 arvioinnissa tarkasteltiin koulutuksen järjestäjien pedagogista toimintaa ja sen tuottamaa osaamista. Arvioinnissa oli mukana 48 koulutuksen järjestäjää.

Arvioinnin mukaan koulutuksen järjestäjien pedagoginen toiminta oli keskimäärin kehittyvällä tasolla asteikolla puuttuva-alkava-kehittyvä-edistynyt. Pedagogisen toiminnan laadussa oli eroja koulutuksen järjestäjien välillä erityisesti työpaikkaohjaajien ohjaus- ja arviointiosaamisen sekä opettajien ammatti- ja työelämäosaamisen varmistamisessa, resurssien kohdentamisessa opiskelijoiden ohjaukseen työpaikalla järjestettävässä koulutuksessa sekä pedagogisen toiminnan arvioinnissa ja kehittämisessä. Koulutuksen järjestäjät olivat vielä melko eri vaiheessa osaamisen arviointisuunnitelmien jalkauttamisessa käytännön arviointitoimintaan. Henkilökohtaisen osaamisen kehittämissuunnitelman (HOKS) menettelytavat ja prosessi koettiin keskimäärin hyvin toimiviksi, mutta sovittujen ohjeiden ja menettelytapojen noudattamisessa käytännössä sekä toimintatapojen yhtenäistämässä koettiin olevan vielä kehitettävää.

Näyttötoimintaan oltiin yleisesti ottaen tyytyväisiä. Lähes kaikki näytöt toteutetaan työpaikoilla aidoissa työtehtävissä ja niiden arvioitiin useimmiten vastaavan tutkinnon perusteiden ammattitaitovaatimuksia. Myös arvioinnin koettiin toteutuneen pääosin kriteerien mukaisesti. Koulutuksen järjestäjän ja työelämän välistä yhteistyötä tulisi kuitenkin tiivistää työpaikalla järjestettävän koulutuksen suunnittelussa ja toteuttamisessa. Erityisesti työpaikkaohjaajien osallistumista Hoksin laadintaan työelämässä oppimisen ja näyttöjen osalta tulee vahvistaa työpaikalla järjestettävän koulutuksen laadun varmistamiseksi. Myös opettajien jalkautumista työpaikalle opiskelijoiden ja työpaikkaohjaajien tueksi tulee vahvistaa.

Sosiaali- ja terveysalan opiskelijoiden osaaminen on ammatillisten ja yhteisten tutkinnon osien arvosanoilla mitattuna erittäin hyvää. Arvosanoissa oli jonkin verran eroja taustamuuttujien mukaan erityisesti opiskelijoiden iän ja sukupuolen mukaan tarkasteltuna. Naisten arvosit olivat miehiä korkeammat sekä ammatillisissa että etenkin

yhteisissä tutkinnon osissa. Vanhimmat ikäryhmät saivat sekä ammatillisista että yhteisistä tutkinnon osista selvästi nuorempia ikäryhmiä korkeampia arvosanoja. Arvioinnin mukaan opiskelijoiden osaamisen keskeisiä vahvuuksia ovat ammatin perusosaaminen, kuten käytännön taidot päivittäisessä toiminnassa sekä työmenetelmien ja välineiden käyttöön liittyvä osaaminen. Myös yhteistyö- ja vuorovaikutustaidot arvioitiin osaamisen vahvuuksiksi. Osaamisen keskeisimmät kehittämistarpeet kohdistuivat puolestaan työn perustana olevan teorian hallintaan, lääkehoidon osaamiseen, yhteistyö- ja vuorovaikutustaitoihin sekä työelämätaitoihin.

Valtakunnallisen Amispalautteen mukaan valtaosa opiskelijoista oli tyytyväisiä alan koulutukseen ja koki saaneensa koulutuksen aikana osaamista ja ammattitaitoa, jota pystyy hyödyntämään. Selkeä enemmistö koki myös koulutuksen parantaneen heidän valmiuksiaan työelämään siirtymiseen, siellä toimimiseen tai jatko-opintoihin. Myös opiskelijoiden itsearviointin mukaan koulutus oli antanut keskimäärin hyvät valmiudet työelämään ja melko hyvät myös korkeakouluopintoihin.

Arvioinnin tulosten perusteella raportissa esitetään kehittämissuosituksia muun muassa opiskelijoiden henkilökohtaisen osaamisen kehittämissuunnitelman (HOKS) sekä yksilöllisten opintopolkujen toteutumisen vahvistamiseen käytännössä, työpaikkaohjaajien ja opettajien osaamisen kehittämiseen, koulutuksen järjestäjien ja työelämän välisen yhteistyön tiivistämiseen työpaikalla järjestettävässä koulutuksessa sekä pedagogisen toiminnan seurantaan, arviointiin ja kehittämiseen. Opiskelijoiden osaamista koskevat kehittämistarpeet kohdistuivat muun muassa teorian hallintaan, lääkehoidon osaamiseen, yhteistyö- ja vuorovaikutustaitoihin sekä matemaattiseen osaamiseen.

*Sosiaali- ja terveysalan korkeakoulutuksen arviointi* toteutettiin vuosina 2020–2021, ja se koski yliopistojen ja ammattikorkeakoulujen sosiaali- ja terveysalan korkeakoulutuksen koulutustarjontaa. Erylisesti huomion kohteena olivat tutkintojen tuottama osaaminen ja työelämä- ja korkeakoulurelevanssi sekä jatkuva oppiminen.

Arvioinnin perusteella sosiaali- ja terveysalan korkeakoulutuksen keskeisimmät vahvuudet ovat:

- Sosiaali- ja terveysalan korkeakoulutuksen tarjonta on maantieteellisesti kattavaa ja tutkintoon johtavia koulutuksia on tarjolla runsaasti.
- Sosiaali- ja terveysalan korkeakoulutus tuottaa laaja-alaista osaamista.

- Sosiaali- ja terveysalojen korkeakoulutuksen työelämärelevanssi on hyvä ja sitä tuetaan tutkinto-ohjelmissa eri tavoin. Tärkeimmät keinot työelämärelevanssin toteutumiseen sosiaali- ja terveysalan korkeakoulutuksessa ovat harjoittelu sekä työelämän edustajien osallistuminen opetussuunnitelmatyöhön.
- Jatkuvan oppimisen tarjontaa on sosiaali- ja terveysalalla monipuolisesti ja erilaisia vaihtoehtoja kehittää osaamista on paljon.

Keskeisimmät kehittämissuosituksot sosiaali- ja terveysalan korkeakoulutukselle ovat:

- Sosiaali- ja terveysalan korkeakoulutuksen koulutustarjontaa tulee koordinoida valtakunnallisesti ja sopia työnjaosta. Opiskelijoiden siirtymiä korkeakoulusektorilta toiselle ja YAMK tutkinnon suorittaneiden pääsyä yliopistojen tieteellisiin jatko-opintoihin tulee kehittää.
- Opiskelijoiden yleisten valmiuksien ja sosiaali- ja terveysalan erityisten valmiuksien kehittymistä tulee edistää korkeakoulujen ja työelämätoimijoiden yhteistyönä. Tällaisia valmiuksia ovat muun muassa eettisen toiminnan valmiudet, digitaalinen osaaminen, moniammatillinen ja -alainen osaaminen, kansainvälisyysosaaminen ja kestävän kehityksen osaaminen.
- Alan koulutukset tulee toteuttaa vielä nykyistä enemmän työelämä- ja asiakaslähtöisesti sekä yhteiskunnan ajankohtaiset ilmiöt huomioiden.
- Hankesidonnaisten yhteistyömuotojen rinnalla tulee vahvistaa ja kehittää pysyviä sosiaali- ja terveysalan yhteistyörakenteita läpileikkaavasti korkeakoulujen sisällä, niiden välillä sekä yhdessä työelämän kanssa.

Kuntoutus on jäänyt yleisluonteisissa arvioinneissa piiloon, eikä siihen liittyviä kehittämistoimenpiteitä löydy lainkaan. Kummassakaan selvityksessä ei tullut esille kuntoutuksessa tärkeässä roolissa olevaa monialaisen kuntoutuksen osaamisen näkökulmaa. Kaikilla eri sote-alan ammattilaisryhmillä pitäisi olla kuntoutuksen oppisisältöjä jo perustutkinnossa vahvemmin, jotta oppiminen työskentelyyn osana moniammatillista ryhmää ja palveluverkoston juurtuu osaksi omaan profession kasvamista. Tavoitteena asiakaslähtöinen työskentely niin, että monialaisen kuntoutuksen palvelutarpeet tulisi huomioida kokonaisvaltaisesti ja oikea-aikaisesti. Nyt toimitaan usein siiloutuneesti, kapea-alaisesti oman toimenkuvan akuutit asiat suorittaen, mutta ei katsota riittävästi tulevaisuuteen asiakkaan työ- ja toimintakyvyn tarpeita ennakkoiden.

Lähteet:



Ammatillinen osaaminen ja pedagoginen toiminta sosiaali- ja terveysalan perustutkinossa. Kansallinen koulutuksen arviointikeskus. Julkaisut 6:2021.

Sosiaali- ja terveysalan korkeakoulutuksen arviointi. Julkaisut 14:2021.

## 1.4.2 Sote-uudistuksen vaikutukset sosiaali-, terveys- ja hyvinvointipalvelujen koulutukseen

Sosiaali-, terveys- ja hyvinvointipalvelujen rooli fyysisen, psyykkisen, sosiaalisen sekä taloudellisen hyvinvoinnin ja turvallisuuden tuottamisessa vaatii uutta ja kehittyvää osaamista jatkuvasti, johon sote-uudistus tuo oman lisänsä. Monipuolisella osaamisella kyetään järjestämään ja tuottamaan laadukkaita ja vaikuttavia asiakaslähtöisiä palveluja ehkäisevään, ennakoiwaan ja korjaavaan työhön. Asiakaslähtöisten palvelujen kehittämisosaamisen rakentuminen edellyttää eri koulutusalojen ja -asteiden sekä työelämän yhteisinä ekosysteeminä toimivien osaamiskeskittymien kokoamista yhteiskehittämisen varmistamiseksi.

Yksi eniten kasvavista on digitaaliset taidot. Vaikuttavuus ja palvelutarpeiden kasvu edellyttävät palvelujen järjestämistä ja tuottamista sekä lähi- että virtuaalipalveluina. Siksi koulutuksen toimijoiden tulee kehittää yhteistyössä työelämän kanssa pedagogiikkaa ja oppimissisältöjä, jotta koulutus tuottaisi hybridiympäristöissä vaadittavaa monipuolista digitaalista osaamista tutkintokoulutuksessa ja jatkuvan oppimisen tarjonnassa. Ammatillaiset toimivat tulevaisuudessa moniammatillisissa palveluverkostoissa, joissa yhdistellään monipaikkaisia ja liikkuvia palveluja, lähipalveluja ja digitaalisia alustoja. Näissä toimintaympäristöissä on vastattava asiakkaiden kuntoutustarpeisiin.

Koulutuksella tuetaan myös eri työtehtävien veto- ja pitovoimaa työelämässä. Työn kiinnostavuutta ja sitoutumista työhön vahvistavat koulutusten arvoperustaisuus, ammatti-identiteetin tukeminen sekä työhyvinvointi ja -turvallisuusosaamisen tuottaminen. Kasvaviin työvoimatarpeisiin vastaaminen edellyttää edelleen kaikkien koulutusasteiden tutkinto-ohjelmien kansainvälistymistä sekä EU- ja ETA-maiden ulkopuolella valmistuneiden ammattilaisten nopeaa siirtymistä työmarkkinoille joustavan osaamisen tunnistamisen ja täydentämisen toimenpiteillä.

Lähde: OKM:n sosiaali-, terveys- ja hyvinvointialan osaamisen ennakointityöryhmän (2018-2020) kehittämis ehdotukset 12/2020.

### 1.4.3 Sote uudistus

Sote uudistuksessa palvelujen integraatiota ja sujuvuutta tuetaan sosiaali- ja terveyskeskusohjelman kautta, jossa on viisi keskeistä tavoitetta: 1. Palveluiden yhdenvertaisen saatavuuden, oikea-aikaisuuden ja jatkuvuuden parantaminen, 2. Toiminnan painotuksen siirtäminen raskaista palveluista ehkäisevään ja ennakoiwaan työhön, 3. Palveluiden laadun ja vaikuttavuuden parantaminen, 4. Palveluiden monialaisuuden ja yhteen toimivuuden varmistaminen, 5. Kustannusten nousun hillitseminen.

Kuntoutuksen koulutuksen ja kehittämisen osalta keskeistä on huomioida ehkäisevän ja ennakoiwaan työn osaaminen, palvelun vaikuttavuuden arviointi ja ymmärrys kustannusten muodostumisesta riittävän laajasti ja liitettynä palvelujen vaikuttavuuteen. Lisäksi monialainen yhteistyö ja toimijuus edellyttää jäykän sektoriorientoituneen ajattelun purkamista ja korvaamista asiakaslähtöisellä kokonaisvaltaisella palvelu- ja tuki verkosto ajattelulla.

Sote-uudistuksessa vastuu sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen järjestämisestä siirtyy kunnilta ja kuntayhtymiltä hyvinvointialueille, jotka voivat myös sopia tehtävnsä järjestämisvastuun siirtämisestä yhdelle tai useammalle kunnalle, jolla on hyvinvointialueen arvion mukaan riittävät taloudelliset ja muut voimavarat näiden tehtävien hoitamiseen. Ensisijaisena palvelujen tuottajana ovat hyvinvointialueille perustettavat laaja-alaiset sotekeskukset, joissa on sosiaalityön ja sosiaalihuollon, lääketieteen, hammaslääketieteen ja hoitotyön ammattilaisia sekä eri alojen, kuten kuntoutuksen, osaamisen hallitsevia erityistyöntekijöitä. Sotekeskukset tuottavat monialaiset perustason palvelut kaikille asiakas- ja ikäryhmille mukaan lukien mielenterveys- ja kuntoutuspalvelut.

Samalla toiminnan keskiöön nousevat ennaltaehkäisevät palvelut ja ohjaus, jossa painottuu kansansairauksien ehkäisy. Huomiota kiinnitetään paljon palveluja tarvitseviin ja erityistä tukea tarvitseviin asiakkaisiin. Henkilöstön työnjakoa uudistetaan, niin että kehitetään omalääkäri- ja omahoitajamalleja sekä asiakaslähtöisiä moniammatillisia ns. omatiimimalleja käyttöön ottamalla. Omatiimin ammattilaisilla tulisi olla perusosaaminen monialaisesta kuntoutuksesta sekä työ- ja toimintakyvyn arvioinnista ja edistämisestä. Koska sotekeskuksissa työskentelee monia eri ammattilaisia, monialaista yhteistyötä tulee edistää kehittämällä asiakas- ja palveluohjausta integroituneena palveluna ja tuomalla erityistason palveluita perustasolle. Muistettava on myös sotealan järjestöjen ammattilaisten osaamisen ja vertaistuen hyödyntäminen. Sotekeskuksiin tarvitaan myös työkykyosaamiseen erikoistuneet tiimit.

Sote uudistus haastaa myös johtamisen. Tiedolla johtaminen nähdään edellytyksenä, jotta hyvinvointialueilla pystytään toimimaan tehokkaasti ja tarjoamaan vaikuttavia palveluja myös monialaisen kuntoutuksen osalta. Tiedon tuotanto ja sen analyysi alueen väestön hyvinvoinnista ja terveydestä sekä tarjottavien sote-palvelujen kustannuksista ja vaikuttavuudesta ovat edellytys hyvin johdetulle palvelujen kokonaisuudelle. Tärkeänä nostetaan esille hyvinvointialueen asukkaiden osallistumisen ja vaikuttamisen mahdollisuudet ja keinot, joista mainitaan mm. keskustelu- ja kuulemistilaisuudet sekä asukasraadit ja yhteiskehittäminen palvelumuotoilua hyödyntäen.

Kuntoutuksen koulutuksessa ja erityisesti tutkimuksessa korostuvat tarvittavan tiedon tuottaminen, tiedon soveltaminen ja käyttö sekä hyödyn vaikuttavuuden arviointi, jolle tarvitaan paitsi alueellisia niin myös kansallisia toimintamalleja.

Sote uudistukseen liittyen on tehty kansallista selvitystyötä Osaamisella soteen hankkeessa sekä Valtioneuvoston rahoittamassa selvitys- ja tutkimushankkeessa Optimoitu sote-ammattilaisten koulutus- ja osaamisuudistus (Kangasniemi ym. 2018) sekä COPE-hankkeessa, jossa tarkasteltiin Sote-ammattilaisten yhteistä osaamista sosiaali- ja terveydenhuollon muutoksessa (Juujärvi ym. 2019).

Kangasniemen ym. (2018) selvitys- ja tutkimusraportissa tulee esille sote osaamisen monimuotoisuus, joka jaetaan neljään pääluokkaan; jaettu-, integroitu-, rajatyö- ja työntekijyysosaaminen. Vahvan substanssiosaamisen rinnalle nostetaan yhteinen geneerinen osaaminen; asiakastyö-osaaminen, palveluiden ja työn kehittämisosaaminen, työntekijöiden ja yhteistoiminnan muutososaaminen.

Osaamisella soteen -hankkeessa todettiin, että Sote-uudistuksen tavoitteisiin pääseminen edellyttää eri alojen ammattilaisten osaamisen käytön tehostamista ja hyödyntämistä laajasti. Palveluohjaus ja laajennetut työtehtävät nostettiin esiin osaamisen tarpeita lisäävinä. Kaikkien sote ammattilaisten osaamisen kehittämisessä tulee huomioida monialainen ja asiakaslähtöinen työskentely ja digitalisaation mahdollisuudet. Erityisesti huomiota tulee kiinnittää perustason palveluja tuottavan henkilöstön ja asiakasrajapinnassa toimiva henkilöstö osaamiseen. Myös johdon koulutus järjestämisa osaaminen ja tuottamisaosaamisen osalta nostettiin esille. Koulutusväylinä mainittiin johtamisen erikoisammattitutkinto ja lähiesimiestyön ammattitutkinto, erityisesti keski-johdolle/alemmen korkeakoulututkinnon suorittaneille. Ylimmälle johdolle korkeakoulujen ja muiden koulutuksen tuottajien johtamiseen suuntaavat koulutukset, kuten MBA-koulutukset ja täydennyskoulutukset. Myös erikoistumiskoulutuksia tulee tarjota sote-tuotannon kehittämisen osaamistarpeisiin.

COPE-hankkeessa tunnistettiin monialaiset osaamisen kehittämistarpeet liittyen ammattilaisten eettiseen osaamiseen, asiakaslähtöiseen ohjaukseen, monikulttuurisuu-

teen, sähköisten palvelujen käyttöön ja monialaiseen yhteistyöhön. Hankkeissa tuotettu näkemys sote ammattilaisten yhteisen eli geneerisen osaamisen tarpeesta sisältyy myös kuntoutuksen osaamistarpeeseen. (Juujärvi ym. 2019)

STM:n alaisuudessa toimiva Terveystieteiden ammattihenkilöiden neuvottelukunta on asettanut 3. päivä kesäkuuta 2021 kokouksessaan sote-integraation edellyttämän osaamisen jaoston, jonka tehtävänä on arvioida minkälaisia yhteisiä osaamissisältöjä sote-integraatio, moniammatillinen ja –alainen tiimityö sekä paljon palveluita käyttävien asiakkaiden palvelun ja erityisen tuen tarpeeseen vastaaminen edellyttävät sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöiltä. Lisäksi jaoston tehtävänä on arvioida, minkälaiset pedagogiset ratkaisut soveltuvat sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöiden yhteisen osaamisen kehittämiseen. Jaoston valmistelee terveydenhuollon ammattihenkilöiden neuvottelukunnalle ja sosiaalihuollon ammattihenkilöiden neuvottelukunnalle ehdotukset yhteisistä osaamissisällöistä ja menetelmistä, joilla yhteistä osaamista voidaan kehittää työelämässä ja koulutuksessa. Jaoston toimikausi päättyy 31.8.2022. Jaoston työskentelyn aikana tulee pohtia myös monialaisen kuntoutuksen osaamiseen liittyviä henkilöstön kehittämisen tarpeita. Jaoston tuottamat ehdotukset on hyvä huomioida kuntoutuksen koulutuksen ja tutkimuksen kehittämisfoorumissa.

#### **1.4.4 Toimintakyky - osaamisella Soteen kuntoutuksessa**

Sosiaali- ja terveys- ja hyvinvointialojen palveluntuottajien monialaisen henkilöstönsä osaamisen varmistaminen ja vahvistaminen asiakkaiden ja potilaiden toimintakyvyn arvioinnissa, tukemisessa ja seurannassa täydennyskoulutuksella ja muilla kehittämistoimilla on erittäin tärkeää.

Osaamisen vahvistamisessa otetaan huomioon kunkin ammattialan edellyttämät koulutustason yleiset ammattitaito- ja osaamisvaatimukset. Kehittämistoimilla varmistetaan, että sosiaali-, terveys- ja hyvinvointipalveluissa toimivien eri alojen ammattilaisten toimintakykyosaaminen on riittävällä tasolla ja yhdenmukaista.

Toimintakykyosaaminen on osaltaan geneeristä osaamista ja osaltaan ammattialakohtaista spesifiä osaamista. Toimintakykyosaamiseen tulee kuulua kuhunkin ammattialaan soveltuvasti eri-ikäisten toimintakyvyn arviointiosaaminen, saadun arviointitiedon hyödyntäminen asiakkaan ja potilaan toimintakykyä tukevien palvelujen ja etuuk-sien suunnittelussa, toteutuksessa ja seurannassa sekä toimintakykytiedon rakentei-sen kirjaamisen osaaminen.

Toimintakykyosaamisen kehittämisessä on tärkeää pyrkiä sosiaali-, terveys- ja hyvinvointialojen kansallisesti yhdenmukaisiin käytäntöihin ja toimintatapoihin. Yhtenäistä toimintakykyosaamista tukevat Suomen tutkintojen ja muiden osaamiskokonaisuuksien viitekehyksen tasot (FINQF)<sup>2</sup> sekä Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) ylläpitämät toimintakykysivusto ja TOIMIA-tietokanta sekä THL:n tekemä kansainvälisen toimintakyvyn ja toimintarajoitteiden luokituksen käytön kehittämistyö Suomen toimintaympäristössä. Nämä kokoavat kansallisella tasolla monipuolista, näyttöön perustuvaa tietoa ja suosituksia toimintakyvystä, sen arvioinnista ja arviointitiedon hyödyntämisestä.

Lähde: Suositus sosiaali-, terveys- ja hyvinvointialan palveluntuottajien henkilöstön toimintakykyosaamisen vahvistamisesta sekä näiden ammattialojen koulutuspalveluiden tuottajien toimintakykyosaamisen tarjonnan kehittämisestä 12/2019.

## 1.4.5 Työelämästä nousevia osaamistarpeita kuntoutuksen eri sektoreilla

Työikäisten kuntoutusasiakkaiden kokemuksista ja näkökulmista nousee käytännön kehittämistarpeita tulevaisuuden työelämän kuntoutusosaamiselle. Työikäisten monialaisissa kuntoutuspalveluissa tulee vahvistaa erityisesti työkykyosaamista, työkyvyn arviointia ja myös osittaisen työkyvyn ylläpitämisen ja edistämisen tukea.

Kaikilla hyvinvointialueilla tulisi olla työkykyosaamiseen erikoistuneet tiimit, joiden palvelut saadaan tarvittaessa myös työpaikoille. Työkyvyn ylläpitäminen ja edistäminen tulisi liittää vahvemmin kriteeriksi palvelutarpeen ja kiireellisuuden arvioinnissa. Työelämän muutokset ja erityisesti keskeneräiset muutokset ja toistuvat keskeneräiset muutokset aiheuttavat ns. häiriökuormitusta tavanomaisen kuormituksen lisäksi. Tämä osa-alue edellyttää uudenlaista osaamista ja ymmärrystä sekä uusia kuntoutuksen työmenetelmiä.

Yhteistyö työterveyshuoltojen kanssa tulisi saada vahvemmin mukaan kuntoutusammattilaisten osaamisprofiiliin. Näiden tavoitteiden tulee heijastua myös tutkintokoulutuksien ja täydennyskoulutuksien sisällöissä. Tietoisuutta toisten ammattilaisryhmien vahvuuksista tulee syventää. Tämä toteutunee mm. lisäämällä yhteisiä oppisisältöjä ja yhdessä opiskelua. Tässä tulisi lisätä yhteistyötä ainakin eri korkeasteen oppilaitoksien, joiltain osin myös toisen asteen ammatillisten oppilaitosten kanssa.

Mielenterveyskuntoutuksen sektorilla esiintyy merkittävä pula pätevistä terapeuteista. Sekä keveämmän että intensiivisemmän psykoterapian saatavuutta tulee parantaa, ja sopivan terapeutin löytämistä helpottaa. Digitaalisia mielenterveyskuntoutuksen palveluja tulee myös kehittää vaihtoehtona osalle asiakkaista. Psykoterapeuttikoulutusta tulee lisätä ja sitä tulee olla helpommin ja edullisemmin saatavilla ammattilaisille -> psykoterapeuttien koulutusta tulee olla saatavilla yliopistojen ja/tai ammattikorkeakoulujen edullisena täydennyskoulutuksena.

Kuntoutuksen eri ammattilaisryhmien tietoa sosiaaliturvajärjestelmästä ja eri etuuksista tulee lisätä. Sosiaaliturvaetuuksien ja tarvittavien monialaisten kuntoutuspalvelujen yhteensovittamista tulee parantaa.

Lähteet:

Juujärvi ym. 2019. Sote-ammattilaisten yhteinen osaaminen sosiaali- ja terveydenhuollon muutoksessa. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Päätösten tueksi, 3/2019. COPE hanke

Kangasniemi ym. 2018. Optimoitu sote-ammattilaisten koulutus- ja osaamisuudistus. Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 39/2018)  
<http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-287-545-7>

Osaamisella soteen - hankkeen ehdotukset sosiaali- ja terveysalan osaamisen kehittämisestä täydennyskoulutuksella (Opetus- ja kulttuuriministeriö, 28.3.2018 Väliraportti)

## **1.5 Alatyöryhmä 4: Miten kuntoutus muuttuu? Mitkä ovat kuntoutuksen trendit ja toimintaympäristöt?**

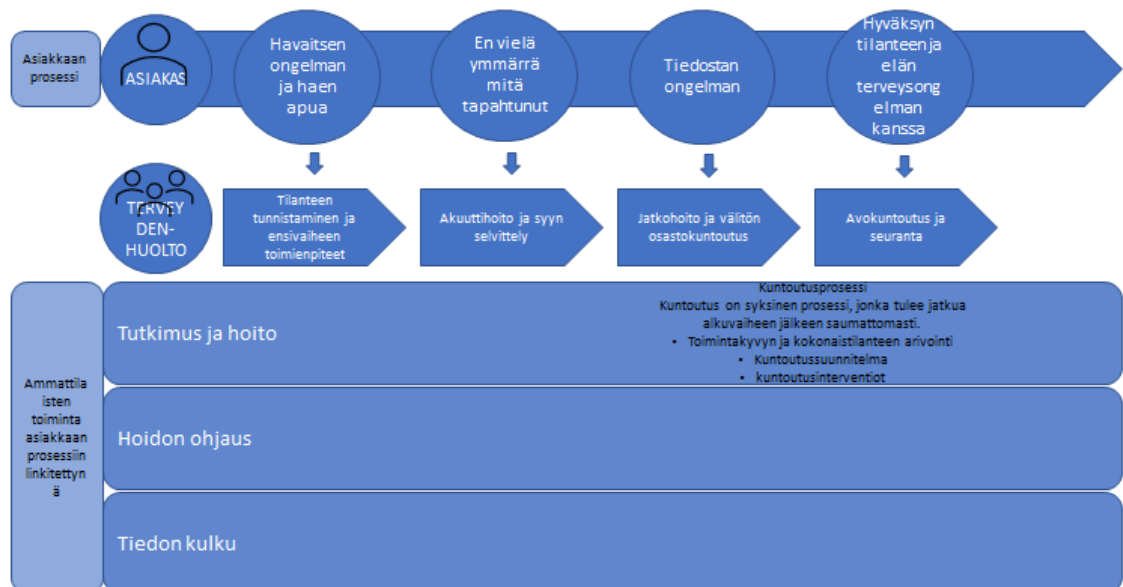
### **1.5.1 Toimintaympäristön muutokset kuntoutuksessa**

#### **1.5.1.1 Yhden luukun periaate ja hoitoketju**

Kesällä 2021 hyväksytty sote-uudistus tulee vaikuttamaan merkittävästi myös kuntoutustoimialaan. Kuntoutusasiakkaiden osalta nähtäväksi jää, miten niin sanottu "yhden luukun periaate" toteutuu, ettei asiakkaat kokisi heitä pompoteltavan viranomaiselta

toiselle. Tulevaisuudessa näemme miten sote-keskukset vastaavat tähän haasteeseen. "Keskuksiin on määrä koota perusterveydenhuollon, suun terveydenhuollon, sosiaalityön ja kotihoidon lähipalveluja, mielenterveys- ja päihdehuollon perustason palveluja, avokuntoutuspalveluja, kansansairauksien ehkäisyä sekä neuvola- ja muita ehkäiseviä palveluja." (Lähde: THL/tulevaisuuden sote-keskus).

Perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon, sosiaalitoimen, järjestöjen ja yksityissektorin palveluiden tulee olla asiakkaalle kokonaisuus ilman toiminnallisia rajoja. Hoitoketjut ovat olleet paikallisiin oloihin sovellettuja, hoitosuosituksiin perustuvia kannanottoja hoitopäätösten tueksi ja työnjaon selkeyttämiseksi (kuva 1.)



Kuva 1. Esimerkkinä aivoverenkiertohäiriön sairastaneen potilaan hoitoketju. Mukailtu Pirkanmaan sairaanhoitopiirin AVH-potilaan hoitoketjusta, joka on julkaistu Terveysportissa.

Sote-keskuksissa toiminnan painopisteen tulee olla palvelujen tarkoituksenmukaisessa järjestämisessä, pelkän oman palvelutuotannon kehittämisen sijaan. Palvelutuotannon ei tulisi ohjautua järjestelmäkeskeisesti, vaan yksilöllisten asiakastarpeiden mukaisesti: asiakaskeskeisesti. Keskeisin kysymys ei tulisi olla kuka palvelun tuottaa, vaan miten pystytään toteuttamaan tarkoituksenmukaisin palvelujen kokonaisuus integroimalla eri palvelujen järjestäjien ja tuottajien palvelut parhaalla mahdollisella tavalla.

Hoitoketjujen tavoitteena on turvata asiakkaan hoidon tarkoituksenmukaisuus ja sujuvuus yli organisaatorajojen sekä eri ammattiryhmien kesken. Yhtenäiset käytännöt ja suunnitellut palvelupolut kuuluvat myös kuntoutukseen. Sote-uudistuksen myötä hoito- ja kuntoutusketjuja tultaneen tarkastelemaan/tarkastellaan hyvinvointialueittain. Hoito- ja kuntoutusketjujen suunnittelu ja uudelleen suunnittelu tulee tehdä tiiviissä ja moniammatillisessa yhteistyössä eri organisaatioiden ja tahojen osaajien kanssa pohjautuen vaikuttavuusnäyttöön ja Käypä hoito -suositukseen sekä huomioiden omahoidon tukikeinot ja elintapaohjaus. Oleellista on, että uudet toimintamallit juurrutetaan arkityöhön kaikilla toiminnan tasoilla.

Tämä edellyttää asiakastyöosaamisessa palveluohjaus- ja järjestelmäosaamista. Perustasolla toimivien ammattilaisten on tärkeää tuntea palvelujärjestelmä ja sen mahdollisuudet - sekä osata ohjata asiakkaat, kuntoutujat, potilaat tarkoituksenmukaisesti sopivien palvelujen piiriin - asiakaslähtöisesti toimien.

### 1.5.1.2 Tulevaisuuden asiakas vaatii itsensä näköistä palvelua

Asiakkaat vaativat tulevaisuudessa yhä enemmän henkilökohtaista palvelua, joka vastaa heidän kuntoutustarpeisiin ja -tavoitteisiin. Palvelujen tulee olla helposti saatavilla ja asiakkaille sopivaan aikaan sekä asiakkaalle sopivassa paikassa.

Kuntoutuksen järjestäjänä tai kuntoutuksen ammattilaisena toimivilla asiantuntijoilla tulee olla ymmärrys erilaisista asiakasryhmistä, ja miten vastata asiakkaan tarpeisiin erilaisissa palvelukanavissa. Kaikilla kuntoutuksessa toimivilla tulee olla kyky, asenne ja oikeus toimia yhteistyössä asiakkaalle tarpeellisten viranomaisten kanssa.

Asiakkaat haluavat myös seurata kuntoutuksen vaikuttavuutta ja onnistumista. Sen vuoksi palveluntuottajien on tärkeää osata käyttää tarpeellisia arviointimenetelmiä.

### 1.5.1.3 Asiakaskeskeinen hyvä kuntoutus on vaikuttavaa

Hyvä ja vaikuttava kuntoutus on oikea-aikaista. Tämä edellyttää, että asiakkaan kuntoutustarve tunnistetaan hoitavassa yksikössä tai kuntoutukseen ohjaavassa tahossa oikea-aikaisesti. Asianmukainen kuntoutussuunnitelma laaditaan yhteistyössä moniammatillisesti ja moniammatillisesti asiakkaan ja hänen verkostonsa kanssa.

Hyvä kuntoutus nyt ja tulevaisuudessa tarkoittaa, että kuntoutuksen asiantuntijan ja asiakkaan välillä käydään dialogia tasavertaisina osallistujina. Tämä edellyttää molemmien puoleista asiantuntijuuden kunnioitusta ja luottamusta. Kuntoutuksen asiantuntijoiden tulisi olla myös kulttuurisensitiivisiä, sillä asiantuntijan ja asiakkaan oman



kulttuurin elementit vaikuttavat keskinäisen vuorovaikutuksen ja kuntoutuksen onnistumiseen. Keskinäinen kunnioitus ja toisen ehkä erilaistenkin arvojen hyväksyminen, on edellytys aidoille ja tasavertaisille kohtaamisille. Vaikuttavan kuntoutuksen edellytys on, että asiakkaalla on tahtoa kuntoutua ja kuntoutuksen asiantuntijalla on tahtoa edistää asiakkaan kuntoutumista monialaisin keinoin yhteistyössä asiakkaan ja hänen verkostonsa kanssa.

Kuntoutusintervention alkaessa asiantuntija tutustuu mahdollisuuksien mukaan jo ennalta asiakkaan asiakirjoihin. Hän haastattelee, käyttää Toimintakyvyn mittaamisen ja arvioinnin kansallisen asiantuntijaverkoston TOIMIA-suositusten mukaisia arviointimenetelmiä, jotka julkaistaan Terveysportissa. Lisäksi kun on kyse terapiasta, terapeutti tutkii asiakkaan. Yhdessä keskustellen he tunnistavat asiakkaan kuntoutukselle yksilölliset, mitattavat, saavutettavat, realistiset ja asiakkaalle merkitykselliset tavoitteet, jotka ovat mahdollista aikatauluttaa. Kuntoutuksen asiantuntija avaa selkeästi asiakkaalle käytössä olevan kuntoutumisen menetelmäsalkkunsu, joista he yhdessä keskustellen valitsevat asiakkaalle sopivan ja mielekkään kuntoutumisen menetelmän. Asiakas on siis oman kuntoutusprosessin omistaja ja kuntoutuksensa aktiivinen toimija. Myös asiakkaan perhe ja/tai muut lähiöt ovat avainasemassa asiakkaan kuntoutustavoitteiden saavuttamisessa sekä asiakkaan fyysisen ja psykososiaalisen ympäristön muokkaamisessa kuntoutusta edistäväksi.

He sopivat yhdessä pelisäännöt:

- miten kuntoutuksessa edetään
- miten asiakas toimii kuntoutuksen tapaamisten välillä
- milloin väliarvioidaan
- miten verkostoyhteistyötä tehdään
- miten lähiöt osallistuvat asiakkaan kuntoutumisen prosessiin
- milloin kuntoutumisen arviointi suhteessa päätavoitteisiin tehdään

Kuntoutuksen kentän kehittyminen ja muuttuminen vaatii ammattikorkeakoulujen ja yliopistojen ammatillisten opintojen koulutussuunnittelulta joustavuutta ja "ajan hermolla" olemista. Tällä hetkellä näyttää osaavan henkilöstön saaminen eri alueille olevan pulmallista erityisesti neuropsykologisen kuntoutuksen sekä puhe- ja psykoterapian osalta.

#### 1.5.1.4 Teknologian aseman vahvistuminen kuntoutuksessa

Uusien teknologioiden kehittyminen - samoin kuin innovatiiviset yhdistelmät olemassa olevista - muuttavat perustavanlaatuisesti tapaamme ehkäistä, diagnosoida ja parantaa sairauksia sekä edistää kuntoutumista. Tulevaisuustutkijat ja liiketalousasiantuntijat ovat yhtä mieltä siitä, että terveydenhuollon painopiste on siirtymässä sairauksista

hyvinvointiin. Kannettavat lääkintälaitteet (portable medical devices) ja erilaiset terveysensorit (health sensors) tekevät diagnosoinnista ja hoidosta mahdollista myös sairaalapalveluiden ulkopuolella, koska niiden avulla terveyttä voidaan tarkastella 24/7. Teknologia yhdistää lääkärit, potilaat ja yhteisön ennennäkemättömällä tavalla. Lääkintälaitteita käytetään myös yhä enemmän netin välityksellä (IoT, Internet things in Healthcare devices) ja myös tekoälyä hyödyntäen (AI, artificial intelligence). Muutokset ja innovaatiot tulevat hyvin nopeasti, esimerkiksi DNA-näytteenotto on tullut lyhyessä ajassa dramaattisesti halvemmaksi, ja ilman tekoälyn apua Ebolaa ei olisi voitu löytää niin nopeasti.

Kuntoutuksessa teknologian vahvistuminen on näkyvimmin esillä erilaisten etäpalveluiden kautta. Etäkuntoutus on jo nyt tuonut lisää valinnanmahdollisuuksia kuntoutujille ja ratkaisuja kuntoutusammattilaisten työvoimapulaan. Etäkuntoutus on erilaisten etäteknologiaa (puhelinta, matkapuhelinta, tietokonetta mukaan lukien tablettitietokoneet, puhelimen ja tietokoneen yhteiskäyttö, televisiosovelluksia) hyödyntävien laitteiden ja sovellusten tavoitteellista käyttöä kuntoutuksessa.

Virtuaaliodellisuusteknologia seuraa nopeasti etäkuntoutuksen perässä ja siihen yhdistettynä. Virtuaalikuntoutus on kuntoutusta, jossa hyödynnetään erilaisia virtuaaliodellisuutta hyödyntäviä teknologioita, kuten virtuaalilaseja. Virtuaalista kuntoutusta voidaan hyödyntää sekä kasvokkaisessa kuntoutuksessa että etäkuntoutuksessa.

Robottiikkaa on tutuimmillaan kuntoutuksessa erilaiset ohjelmoitavat kävelyn kuntoutusvälineet. Robotti määrittellään etukäteen ja moneen toimintaan ohjelmoitavana laitteena, jolla voidaan liikuttaa materiaalia, osia tai erityisiä laitteita tuottamaan ohjelmoitavasti tietty tehtävä. Robottien luokittelua voidaan tehdä useammalla tavalla. Laitteen mekaanisiin ominaisuuksiin perustuen puhutaan exoskeletoneista tai end-effector-laitteista. End-effector-laitteet tarjoavat mekaanista voimaa raajoille. Nämä laitteet ovat helppoja käyttää, mutta niillä kehon proksimaalisten nivelien kontrollointi on rajallista. Exoskeleton-roboteissa on vartalon raajojen mukaisesti säädeltävät akselit. Niveliä voidaan kontrolloida yksilöllisesti. Robottien käyttö keventää ammattilaisten fyysistä työkuormaa ja edesauttaa kuntoutujan harjoittelun toistomäärien saavuttamisessa.

Tutkimusten mukaan robotiikka ja virtuaalista todellisuutta käyttävät menetelmät ovat vaikuttavampia tai yhtä vaikuttavia kuin terapeutin ohjaaman terapiaa. Robotiikan on osin todettu olevan tylsää ja se ei korvaa ihmisten terapiayhteistyötä asiakkaan ja terapeutin välillä. Virtuaaliodellisuutta käytettävät terapeutit ovat huomanneet asiakkaiden sitoutuvan paremmin terapiaan ja esimerkiksi pelillisuus innostaa asiakkaita.

Kuntoutuksen ja tekniikan ammattilaisten kesken tarvitaan yhteistyötä turvallisten ja vaikuttavien teknisten ratkaisujen sekä kuntoutuksessa vaikuttavien menetelmien

suunnittelussa ja kehittämisessä. Tässä suunnittelu- ja kehittämissä tulee myös kuulla asiakkaita. Kuntoutuksessa voidaan hyödyntää myös kuvitellun suorituksen tuottaman aivokuoren aktiivisuuden analysointiin pohjautuvaa teknologiaa. Esimerkiksi liikesuorituksen ajatteluun liittyvää biosignaalia hyödyntämällä voidaan tuottaa siihen pohjautuva liikevaste vaikkapa tietokoneen näytöllä avatarhahmolla, robotin tai sähköstimulaation avulla (BCI, brain-computer interface).

Tulevaisuutta on myös kudosten, ihon, verisuonten ja luiden kolmiulotteinen tulostus, mikä tuo uusia ulottuvuuksia myös kuntoutukseen. Nanoteknologia mahdollistaa tulevaisuudessa terveyden ja toimintakyvyn 24 tunnin seurannan ja edistämisen reaaliajassa, kun kehossamme toimii nanometrikokoisia robotteja.

Kuntoutuksessa teknologiset harppaukset tarkoittavat itsehoidon ja kuntoutumisen entistä suurempaa yksilön vastuuta, kun terveydenhoito tulee ”kaikkialla läsnä olevaksi”. Suurimmat esteet muutoksille eivät olekaan itse teknologiat. Eettiset ja kulttuuriset kysymykset, investointien tai kohtuuhintaisuuden puute, sääntely -ympäristö - teknisten valmiuksien lisäksi - ovat tärkeitä näkökohtia, jotta tulevaisuuden teknologiat voivat toteutua ja vahvistua.

## 1.5.2 Asiakastarpeiden moninaisuus ja palveluiden monimuotoisuus

### 1.5.2.1 Etäkuntoutus vastaa asiakkaiden tarpeisiin

Kuntoutuksen asiakkaiden määrä on lisääntynyt ja sen on arvioitu lisääntyvän myös tulevaisuudessa. Etäkuntoutus lisää kuntoutuspalveluiden saatavuutta ja alueellista tasa-arvoa, mikä mahdollistaa kuntoutuksen yhä useammalle asiakkaalle. Esimerkiksi asiakkaan luokse matkustamisesta säästyvällä ajalla terapeutit voivat toteuttaa terapiaa nykyistä useammalle asiakkaalle yhtä laadukkaasti kuin kasvokkain toteutuvaa terapiaa. Etäkuntoutus on todettu yhtä tulokselliseksi kuin kasvokkain toteutuvaa kuntoutusta. Etäkuntoutus soveltuu useimmille asiakkaille, mutta sen soveltuvuus on arvioitava aina yksilöllisesti. Terapeutit ja muut kuntoutuksen ammattilaiset tarvitsevat lisää ymmärrystä ja osaamista etäkuntoutuksen eri vaihtoehtoista ja siitä, miten etäteknologiaa voi hyödyntää asiakkaiden erilaisiin kuntoutustarpeisiin. Etäkuntoutus toteutuu konkreettisesti asiakkaan arjessa esimerkiksi kotona. Kuntoutuksen ammattilaisten koulutuksessa tulee entistä vahvemmin huomioida asiakkaan arjen ympäristöt ja lähiympäristö.

Jotta etäkuntoutus on tuloksellista, on kuntoutuksen ammattilaisella oltava vahva osaaminen digitaalisten välineiden käyttöön sekä osaamista sisällöltään laadukkaan etäkuntoutuksen toteuttamiseen. Laadukas etäkuntoutus edellyttää ammattilaiselta osaamista esimerkiksi etänä toteutuvasta vuorovaikutuksesta sekä asiakkaan ja hänen läheistensä ohjaamisesta. Etäkuntoutuksen vakiinnuttaminen edellyttää ennakkoluulotonta asennetta ja sitoutumista oppimisprosessiin. Ammattilaisen tulee huomioida myös etäkuntoutuksen laatuun vaikuttava tekijät, esimerkiksi akustiikka ja valaistus.

Robottiikan, virtuaaliodellisuuden ja lisätyn todellisuuden käyttöä kuntoutuksessa kehitetään tavoitteellisesti. Tälläkin hetkellä kuntoutusta toteutetaan esimerkiksi VR-lasien avulla. Kehittyvä teknologia haastaa kuntoutuksen ammattilaisia ja ammattikorkeakoulujen, yliopistokoulutusten sekä täydennyskoulutusten suunnittelijoita.

### 1.5.2.2 Kun sairaus yllättää asiakkaan tiedon jano on pitkäaikainen

Tulevaisuuden kuntoutuspalveluiden tavoitteena on vastata asiakkaiden kuntoutustarpeisiin yksilöllisesti. Kuntoutuksen erilaiset ja uudistuvat toteuttamismuodot haastavat ja korvaavat perinteisiä kuntoutusmenetelmiä. Kuntoutuksella on tulevaisuudessa entistä merkittävämpi asema suomalaisten työ- ja toimintakyvyn turvaamisessa ja edistämisessä.

Lapsille ja nuorille järjestettävät palvelut turvaavat lapsen kehitystä ja tukevat koko perhettä silloin, kun sairaus tai vamma ovat osa arkea. Tulevaisuudessa kuntoutuksen tulee kohdentua entistä yksilöllisemmin ja paremmin tukemaan työssäjaksamista sekä ylläpitämään työkykyä. Työikäisten kuntoutuksella on suuri merkitys työnantajille. Ikäihmisille ja heitä hoitaville omaisille tai läheisille on puolestaan suuri apu, kun kotona suoriutumista tuetaan kuntoutuksen keinoin. Tulevaisuudessa kuntoutus voi kohdentua myös asiakkaille, joilla on todettu kuntoutustarve, mutta heillä ei ole diagnosoitua sairautta.

Tulevaisuuden kuntoutuspalveluiden tulee kohdentua ja vastata entistä paremmin asiakkaiden yksilöllisiä tarpeita, mutta myös terveydenhuollon sekä hyvinvointialueiden tarpeita. Kun ihminen sairastuu, siitä seuraa hyvinvointivajevaikutuksia laaja-alaisesti paitsi henkilölle itselleen myös perheelle ja läheisille sekä muille merkityksellisille lähiyhteisöille, esim. koululuokka tai työyhteisö. Asiakas ja hänen perheensä tarvitsevat oikea-aikaista tietoa siitä, miten elää täysipainoista elämää sairauden kanssa. He tarvitsevat myös onnistumisen tarinoita ja vertaistukea. Tämän vuoksi sopeutumisvalmennuskurssit ovat ensitietopäivien ohella usein tarpeen.

### 1.5.3 Mielen terveystyö

Mielen terveyden ja käyttäytymisen häiriöt ovat tällä hetkellä yleisin syy työkyvyttömyyseläkkeelle siirtymiselle. Terveysthuoltolain perusteella julkisen terveydenhuollon on järjestettävä alueensa asukkaiden terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseksi tarpeellinen mielen terveystyö, jonka tarkoituksena on sekä yksilön ja yhteisön mielen terveyttä suojaavien tekijöiden vahvistaminen että mielen terveyttä vaarantavien tekijöiden vähentäminen ja poistaminen. Terveysthuollossa tehtävä mielen terveystyö on suunniteltava ja toteutettava siten, että se muodostaa toimivan kokonaisuuden. Nämä mielen terveysspalvelut sisältävät mielen terveydenhäiriöiden tutkimuksen, hoidon ja lääkinällisen kuntoutuksen.

Kelan toimintaedellytykset kuntoutuksessa perustuvat Kelan kuntoutuslakiin. Kelan kuntoutuspsykoterapian tavoitteena on edistää mielen terveydenhäiriöön sairastuneen asiakkaan työ- ja opiskelukykyä sekä tukea opintojen edistymistä, työelämässä pysymistä ja työelämään siirtymistä tai sinne palaamista. Kelan kuntoutuspsykoterapia voi toteutua myös lyhytkestoisempaan. Varsinaisesta lyhytterapiaisesta hoidosta vastaa tällä hetkellä julkinen terveydenhuolto. Tutkimuksissa lyhytterapia on todettu tehokkaaksi hoitomuodoksi esimerkiksi masennuksen hoidossa.

Tulevaisuudessa on tärkeää kehittää asiakkaan hoito- ja kuntoutuspolkua niin, että asiakkaiden ohjaus toteutuu optimaalisella tavalla erilaisiin lyhytterapiaisiin hoitoihin tai pitkiin psykoterapioihin. Oikea-aikaisten hoidollisten lyhytterapioiden avulla voidaan myös parantaa pitkien psykoterapioiden kohdentumista, kun lyhyet, intensiivisesti hoitojakson alussa toteutetut terapiat voivat vähentää myöhempää pidemmän psykoterapian tarvetta.

Hyvinvointitietoisuus, itsetutkiskelun halun lisääntyminen, mielen terveyshäiriöiden stigman väistyminen ja popularisointi voivat johtaa tulevaisuudessa psykoterapioiden huomattavasti kasvavaan kysyntään. Kaikessa ei ole kyse sairaudesta ja lievemmissä mielen terveyshäiriöissä hoidoksi voi riittää riittävän alkuvaiheessa tapahtuva neuvonta ja asioiden normalisointi perustasolla. Myös psykoterapiassa etätoteutukset yksilö-, ryhmä-, perhe- ja paripsykoterapiassa ovat tuoneet helpotusta.

### 1.5.4 Lääkinällinen kuntoutus

Lääkinällisen kuntoutuksen lakisääteinen järjestämisvastuu määräytyy sairauden, vammautumistapahtuman sekä henkilön iän ja sairauden/vamman aiheuttaman haitan perusteella. Sairauksien ja vammojen akuuttivaiheen välittömään hoitoon liittyvän

kuntoutuksen järjestämisvastuu on terveydenhuoltolain perusteella aina julkisella terveydenhuollolla; kustannuksista voi vastata liikenne- ja työtaturmissa myös vakuutusyhtiöt. Vakuutusyhtiöt eivät itse järjestä kuntoutusta vaan korvaavat kuntoutuksesta syntyviä kustannuksia.

Välittömän kuntoutuksen jälkeen alle 65-vuotiaiden vaativan lääkinnällisen kuntoutuksen kuntoutusvastuu on Kelalla. Yli 65-vuotiaiden vaativan lääkinnällisen kuntoutuksen järjestämisvastuu on julkisella terveydenhuollolla. Kela järjestää harkinnanvaraisena kuntoutuksena kuntoutusta myös yli 65-vuotiaille. Myös ylläpitävässä vaiheessa vakuutusyhtiöt vastaavat kustannuksista liikenne- ja työtaturmissa, mutta kuntoutuksen koordinoinnin lakisääteinen vastuu on kuitenkin aina julkisella terveydenhuollolla.

Asiakkaan etu on, että hän pääsee oikea-aikaiseen lääketieteelliseen arvioon ja diagnoosiin, jotta hän saa tarvitsemaansa kuntoutusta ajoissa. Lääkinnälliseen kuntoutukseen voi kuulua esimerkiksi erilaisia terapioida, moniammatillista yksilökuntoutusta ja kuntoutuskursseja.

#### 1.5.4.1 Vaativa lääkinnällinen kuntoutus tulevaisuudessa

Olipa vaativan lääkinnällisen kuntoutuksen järjestäjänä tulevaisuudessa hyvinvointialueet tai Kela, on tärkeää, että asiakkaan kokonaisvaltainen arvio tehdään moniammatillisesti ja lääketieteellinen diagnoosi oikea-aikaisesti. Näin varmistetaan kuntoutuksen oikea-aikaisuus ja pystytään kenties lisäämään kuntoutuksen vaikuttavuutta, kun vielä asiakkaan lähitoimijat osallistuvat arjen kuntouttaviin toimiin.

Vaikuttavan kuntoutuksen edellytys on myös konkreettiset ja realistiset tavoitteet, joihin asiakas ja kaikki hänen lähitoimijansa ovat sitoutuneet. Aktiivisena toimijana asiakas ei jää kuntoutettavaksi objektiksi vaan on kuntoutumisen prosessinsa omistaja ja päähenkilö. Hän myös aktiivisesti arvioi kuntoutusmenetelmien vaikuttavuutta omalla kohdallaan. Hän tai hänen lähitoimijansa vastaavat myös yhteiskunnan arviointipyyntöihin kuntoutuksen hyödystä.

Tulevaisuudessa mietitään tarkemmin jokaisen asiakkaan tilanteessa, mikä on realistista saavuttaa, mikä määrä ja intensiteetti ovat tarpeen kuntoutusammattilaisten valmennusta, terapiaa jne. Yhteiskunnassa järjestetään asiakkaille vain perustellusti tarpeellinen määrä kuntoutustoimintapiteitä.

On myös mahdollista, että vaativaan lääkinnällisen kuntoutukseen tulee asiakasmaksuja, jos vaativan kuntoutuksen järjestäjä tahona ovat esim. hyvinvointialueet. Tällä

hetkellä kunnat perivät omasta kuntoutuspalvelustaan täysi-ikäisiltä asiakkailta asiakasmaksua, joka kerryttää maksukattoa. Toiset kunnat järjestävät kuntoutuspalvelun palveluseteleillä, ja lisäksi asiakas maksaa erisuuruisia omavastuuosuuksia. Nämä omavastuuosuudet eivät kerrytä maksukattoa. Tekniset laitteet ja henkilökunnan osaamisen varmistaminen tuo lisäkustannuksia kuntoutuksen palveluntuottajille. Tällä hetkellä esimerkiksi kuntoutuksen robotiikka on hintavaa.

## 1.5.5 Ammatillinen kuntoutus

Ammatillisen kuntoutuksen lakisääteinen järjestämisvastuu määräytyy sekin sairauden, vammautumistapahtuman ja henkilön iän perusteella, mutta lisäksi asiaan vaikuttavat muut lakisääteiset vastuut. Tavoitteena on se, että kuntoutuja voi sairaudesta tai vammasta huolimatta työllistyä, jatkaa työssä tai palata työhön. Ammatillinen kuntoutus tulee liittää aina jo varhaisessa vaiheessa osaksi lääkinnällistä kuntoutusta.

Tapaturma- tai liikennevakuutusyhtiöt korvaavat ammatillista kuntoutusta kuntoutustarpeen johtuessa työtapaturmasta, liikennevahingosta tai ammattitaudista. Työeläkelaitokset vastaavat vakiintuneesti työelämässä olevien alle 63-vuotiaiden ammatillisesta kuntoutuksesta silloin, kun henkilö ei voi terveydentilansa vuoksi jatkaa työssänsä. Kela järjestää ammatillista kuntoutusta niille, joilla ei ole oikeutta työeläkelaitosten kuntoutukseen. Heitä ovat muun muassa nuoret ja pitkään työelämän ulkopuolella olleet. Työ- ja elinkeinotoimisto tukee toimenpiteillään työnhakijoita, joiden sairaus tai vamma vaikeuttaa työllistymistä tai työpaikan säilyttämistä. Työ- ja elinkeinotoimiston kautta työnantaja voi saada myös työolosuhteiden järjestelytukea.

Tulevaisuudessa ammatillisen kuntoutuksen järjestämiseen vaikuttaa yhä enemmän poikkitieteellisyys ja –hallinnollisuus. Tämä tarkoittaa sitä, että jatkossa monien eri tieteidenalojen tutkittua tietoa hyödynnetään laajemmin kuntoutuspalveluiden uudistamistyössä sekä asiakkaan tunnistamisessa ja palvelutarpeen arvioinnissa eri toimijatahoilla. Lisäksi valtakunnallisesti olisi järkevää ja kustannustehokasta pohtia sitä, pitääkö pienessä maassa kuten Suomessa olla monilla tahoilla useita samankaltaisia – ja nimisiä ammatillisen kuntoutuksen palveluja.

Hyvä asiakaskokemus ammatillisessa kuntoutuksessa lähtee liikkeelle siitä, että asiakas on itse mukana arvioimassa asiantuntijan kanssa omaa toimintakykyään esim. sosiaalitoimessa, oppilaitoksessa, TE-toimistossa, etsivässä nuorisotyössä, Ohjauksessa tai työpajatoiminnassa. Tämän jälkeen tulisi olla mahdollista, että em. toimijat tai asiakas siirtävät saadut tiedot toimintakyvystä koosteena Kelaan digitaalisesti ja suojatusti. Kelan tehtävänä on arvioida se, olisiko asiakkaalla tarve juuri nyt esim. lyhytkestoinen selvittävä interventio vai pidempikestoinen valmennuksellinen tuki.

Voisiko tulevaisuuden ammatillinen kuntoutus toteutua yhteistyössä Kelan ja työeläkevakuutusyhtiöiden kanssa? Voisiko asiakkaan ammatillisen kuntoutuksen tavoite määritellä asiakkaalle tarpeelliset toimenpiteet?

## 1.5.6 Kuntoutuksen vaikuttavuus ja hyödyn arviointi

Kaiken kuntoutuksen tulee olla vaikuttavaa ja hyödyllistä asiakkaan, hänen perheensä, palveluntuottajan ja yhteiskunnan näkökulmista. Asiakas arvioi kuntoutuksen vaikuttavuutta mm. arvioimalla, onko kuntoutukselle asetetut tavoitteet saavutettu. Tähän voi käyttää esimerkiksi GAS- menetelmää. Asiakkaan lähiyhteisö, esim. perhe voi myös osallistua kuntoutuksen vaikuttavuuden arviointiin. Palveluntuottaja voi ohjata asiakasta arvioimaan kuntoutuksen tuloksellisuutta myös toimia.fi –sivuilta löytyvillä arviointimittareilla. Palveluntuottaja arvioi asiakkaan kuntoutuksen oikea-aloitteisuutta asiakkaan toimintakyvyn näkökulmasta ja kuntoutuksen vaikuttavuutta sekä omaa toimintaansa kehittäkseen sitä.

### Ammatillinen kuntoutus

sosiaaliohjaaja, etsivän ohjaaja, koulukuraattori, lääkäri jne. ja Asiakas tunnistavat ammatillisen kuntoutuksen tarpeen ja tavoitteen. Asiakas ja Kelan ratkaisija pohtivat, mikä palvelu sopii asiakkaalle.



Lähteet:

<https://www.satakieliohjelma.fi/wp-content/uploads/2020/10/11.-Pa%CC%88ivi-Lindholm.pdf>

Virtuaalikuntoutus, lisätty todellisuus ja robotiikka – vaikuttavuus ja merkityksellisyys (ROVA-hanke) Liikuntatieteellinen tiedekunta, Jyväskylän yliopisto, 2019–2021 (Dnro



50/26/2019) Eeva Aartolahti<sup>1</sup>, Marjo-Riitta Anttila<sup>1</sup>, Julija Chichaeva<sup>1</sup>, Riikka Holopainen<sup>1</sup>, Sari Honkanen<sup>1</sup>, Arja Häkkinen<sup>1</sup>, Outi Ilves<sup>1</sup>, Juha Karvanen<sup>2</sup>, Lauri Korjus<sup>1</sup>, Hilikka Korpi<sup>1</sup>, Anna Köyhäjoki<sup>1</sup>, Mirjami Margaritis<sup>1</sup>, Taavi Punsár<sup>1</sup>, Aki Rintala<sup>3</sup>, Tuulikki Sjögren<sup>1</sup>, Riku Yli-Ikkela<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Liikuntatieteellinen tiedekunta, Jyväskylän yliopisto

<sup>2</sup> Matematiikan ja tilastotieteen laitos, Jyväskylän yliopisto

<sup>3</sup> LAB-ammattikorkeakoulu; Center for Contextual Psychiatry, Department of Neurosciences, KU Leuven, Leuven, Belgia