

Jenna Mäkinen ja Riitta Seppänen-Järvelä

# Vaativan lääkinällisen kuntoutuksen lainmuutos Kelan arviointi- ja ratkaisutyön asiantuntijoiden näkökulmasta



## **Kirjoittajat**

Jenna Mäkinen, VTM, tutkija  
Kelan tutkimus  
etunimi.sukunimi@kela.fi

Riitta Seppänen-Järvelä, tutkimuspäällikkö, VTT, dosentti  
Kelan tutkimus  
etunimi.sukunimi@kela.fi

© Kirjoittajat ja Kela

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

ISBN 978-952-284-063-9 (pdf)

ISSN 2323-9239

URI <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2019042513216>

Julkaisija: Kela, Helsinki

2019

# SISÄLTÖ

Tiivistelmä .....	4
1 Johdanto .....	5
2 Kelan vaativa lääkinällinen kuntoutus ja ammatillinen harkinta.....	6
2.1 Vaativan lääkinällisen kuntoutuksen lainmuutos .....	6
2.2 Vaativan lääkinällisen kuntoutuksen hakemusten ratkaisuprosessi .....	7
2.3 Ammatillinen harkinta lain toimeenpanossa.....	8
3 Tutkimuksen tavoite .....	9
4 Aineisto ja menetelmät .....	10
4.1 Kyselyaineisto.....	10
4.2 Kyselyn muuttujat.....	10
4.3 Analyysimenetelmät.....	11
4.4 Taustatiedot kyselyaineiston vastaajista.....	12
5 Tulokset.....	14
5.1 Vaativaan lääkinälliseen kuntoutukseen liittyvä tieto ja osaaminen.....	14
5.2 Vaativan lääkinällisen kuntoutuksen asiakastapauksista saatavilla oleva tieto.....	18
5.3 Laaja-alaisen arvioinnin tekeminen asiakkaan tilanteesta.....	21
5.4 Vaativan lääkinällisen kuntoutuksen lainmuutoksen tavoitteiden saavuttaminen .....	24
5.5 Lainmuutos kuntoutuksen hylkäysperusteiden valossa.....	26
5.6 Näkemyksiä Kelan vaativan lääkinällisen kuntoutuksen asiantuntijatyön kehittämiseksi....	29
6 Pohdinta.....	29
Lähteet.....	31

## TIIVISTELMÄ

Tämä tutkimus on osa Kelan vaativan kuntoutuksen lainmuutoksen toimeenpanoa koskevaa tutkimuskokonaisuutta. Tässä raportoitava kyselyaineistoon perustuva tutkimus kohdistui siihen, millaisia seuraamuksia kuntoutuksen myöntöedellytysten muuttumisella on ollut kuntoutushakemusten ratkaisutyöhön: miten laaja-alaista toimintakyvyn arviointia tehdään asiakkaan kuntoutustarvetta sekä suoritus- ja osallistumisrajoitetta määriteltäessä. Lisäksi tutkimuksessa tarkasteltiin ammatillista harkintaa lainmuutoksen toimeenpanossa. Sähköisen kyselyn kohderyhmä oli kaikki Kelassa vaativan lääkinnällisen kuntoutuksen ratkaisu- tai arviointityötä keväällä 2018 tehneet etuuskäsittelijät ja asiantuntijalääkärit. Perusjoukkoon (n = 224) kuului 155 etuuskäsittelijää ja 68 asiantuntijalääkärää. Vastausprosentti oli 58 ja vastaajia oli yhteensä 130. Aineisto analysoitiin R 3.4.4 -ohjelmistolla ja SPSS 25 -tilasto-ohjelmistolla. Avovastaukset analysoitiin temaattisella sisällönanalyysillä.

Valtaosa vastaajista arvioi lainmuutoksen vaikutuksia positiivisesti tai neutraalisti. Lakiuudistuksen nähtiin parantaneen asiakkaiden etua esimerkiksi kuntoutuksen oikea-aikaisuuden näkökulmasta. Etuuskäsittelijöiden ja asiantuntijalääkäreiden välillä ei ollut havaittavissa eroja suhtautumisessa lisääntyntä harkintaa tuoneeseen lainmuutokseen. Sosiaali- ja terveysalan koulutuksen saaneet etuuskäsittelijät kokivat laaja-alaisen arvioinnin keskimäärin helpomaksi kuin etuuskäsittelijät, joilla oli opistotason koulutus muilta aloilta. Samoin asiantuntijalääkärit keskimäärin ilmoittivat arvioinnin olevan helpompaa etuuskäsittelijöihin verrattuna. Tutkimuksen perusteella vaativan lääkinnällisen kuntoutuksen hakijoista saatavilla oleva tieto ei vielä kaikilta osin ole sellaista, että se parhaalla mahdollisella tavalla tukisi uuden lain mukaisesti tehtävää, kokonaisvaltaiseen arvioon pohjautuvaa harkintaa. Kuntoutujan yksilö- ja ympäristötekijöistä välittyi päätöksentekoon huomattavasti heikommin yksilöllisen tilanteen huomioimisessa tarvittavia tietoja.

**Avainsanat:** kuntoutus, lääkinnällinen kuntoutus, lainsäädäntö, uudistukset, muutos, vaikutukset, hakemukset, käsittely, ratkaisut, arviointi, harkinta, harkintavalta

# 1 JOHDANTO

Kuntoutuksen varhaisvuosia hallinneesta vajavuuskeskeisestä ja kuntoutujaa toimenpiteiden kohteena pitävästä ajattelumallista on siirrytty kuntoutujan aktiivista roolia korostavaan ajattelumalliin, jossa kuntoutusprosessi kytkeytyy osaksi kuntoutujan arjen ympäristöjä (Järviskoski 2013). Kuntoutuja on nostettu kuntoutuksen keskiöön, kuntoutuksen kohteesta aktiiviseksi ja tasaveroiseksi toimijaksi, joka osallistuu oman kuntoutuksensa tavoitteiden ja sisällön suunnitteluun ammattilaisten rinnalla (Autti-Rämö ja Salminen 2016). Nämä asiat kuntoutujan roolista ja toimijuudesta kuntoutuksessa ja omassa kuntoutumisessa ovat olleet keskeisiä myös Kelan vaativan lääkinällisen kuntoutuksen lakiuudistuksen taustalla. Lainmuutoksessa korostettiin kuntoutujan omaa aktiivisuutta ja roolia oman kuntoutuksensa sisällön, toteutustavan sekä menetelmien suunnittelussa. Kuntoutuksen lähtökohdaksi määriteltiin kuntoutujan arjen toimintoihin ja osallistumiseen liittyvät tarpeet ja tavoitteet. (Ks. HE 332/2014.)

Tämä tutkimus on osa Kelan vaativan lääkinällisen kuntoutuksen lainmuutoksen tutkimuskokonaisuutta, joka kuuluu Kelan Muutos-hankkeeseen (ks. Kela 2018a). Hanke lukeutuu implementaatiotutkimuksen piiriin; siinä tutkitaan, millaisia vaikutuksia Kelan kuntoutuspalveluiden muutoksilla on ollut asiakkaille. Implementaatiotutkimuksena Muutos-hanke on moniulotteinen, koska se kohdistuu toimeenpanon erilaisiin näkökulmiin. Toimeenpanon institutionaaliseen näkökulmaan (Hupe ja Hill 2017) mukaan politiikka määrittelee Kelalle institutionaalisen mandaatin kuntoutuksen toimeenpanoon. Tällöin tutkimuksen kiinnostus kohdistuu toimeenpanoprosessin sisälle: Kelan palvelukuvauksilla ja hankintamenettelyllä ohjaamaan toimeenpanoon, joka realisoituu Kelan asiakasratkaisutoiminnassa ja kuntoutuksen palveluntuottajan toteuttamana kuntoutuspalveluna asiakkaille. (Seppänen-Järvelä 2017.)

Kelan vaativan kuntoutuksen lainmuutoksen tutkimuskokonaisuuden kohteena oli keskeiset lainmuutokset, jotka kohdistuvat Kelan järjestämän lääkinällisen kuntoutuksen myöntöedellytyksiin: vaikeavammaisuuden määritelmästä on siirrytty laaja-alaiseen toimintakyvyn arviointiin osallistumisen ja suoriutumisen näkökulmasta. Lainmuutosta tarkasteltiin niin toimeenpanon, asiakkaiden kuin toteuttavan tahon näkökulmista kolmessa erillisessä tutkimustehtävässä (Kela 2018b), jotka raportoidaan omina julkaisuinaan<sup>1</sup>. Tutkimuksen ensimmäisessä osassa Lapin yliopiston ja Oulun yliopistollisen sairaalan yhteinen tutkijaryhmä selvitti vaativan lääkinällisen kuntoutuksen toteutumista uuden lain mukaisesti asiakkaille ja palveluntuottajille suunnatuilla kyselyillä sekä palveluntuottajien haastatteluilla. Toinen osa oli rekisteritutkimus, jossa vastattiin kysymykseen siitä, millaisia vaikutuksia lainmuutoksella on ollut kuntoutuksen kohdentumiseen ja annettuihin kuntoutuspäätöksiin. Tässä raportoitava kolmas osa käsitteli sitä, millaisia seuraamuksia kuntoutuksen myöntöedellytysten muuttumisella on ollut kuntoutushakemusten ratkaisutyöhön. Tutkimus selvitti, miten ICF-luokitukseen nojaavaa laaja-alaista toimintakyvyn arviointia tehdään asiakkaan kuntoutustarvetta sekä suoritus- ja osallistumisrajoitetta määriteltäessä.

Tässä tutkimuksessa kiinnostus suuntautui lain toimeenpanossa etuuden myöntämiseen ja keskeisten ”katutason” päättäjien rooliin. Näillä ammattiroolissa toimivilla asiantuntijoilla on

---

<sup>1</sup> Raportit julkaistaan Kelan tutkimusjulkaisuina.

omaa ratkaisuvalltaa, joka vaikuttaa lain toteutumiseen tai toteutumattomuuteen (Kalliomaa-Puha ym. 2014). Raportissa tutkimuksen aineiston analyysi ja tulkinta taustoitetaan kuvaamalla Kelan lääkinällisen kuntoutuksen lakiuudistuksen tavoitteita ja tarkoitusta sekä kuntoutusetuuksien myöntämiskäytäntöjä. Lisäksi tarkastellaan ammatillista harkintaa lain toimeenpanossa.

## **2 KELAN VAATIVA LÄÄKINNÄLLINEN KUNTOUTUS JA AMMATILLINEN HARKINTA**

### **2.1 Vaativan lääkinällisen kuntoutuksen lainmuutos**

Kela on järjestänyt vaativaa lääkinällistä kuntoutusta vuoden 1991 kuntoutuusuudistuksesta lähtien. Uudistuksessa kunnallishallinnolta siirrettiin Kelan järjestämismvastuulle pitkäaikainen tai vaativa lääkinällinen kuntoutus tietyin rajauksin (L 610/1991, 3 §). Uudistuksen yhteydessä Kelan järjestämismvastuulla olevan lääkinällisen kuntoutuksen, eli vaikeavammaisten lääkinällisen kuntoutuksen, myöntöedellytykset sidottiin vammaisetteuksiin. Kuntoutujalle tuli olla myönnettynä tasoltaan vähintään korotettu vammaisetus, jotta hänelle voitiin myöntää Kelan järjestämismvastuulla oleva lääkinällinen kuntoutus.

Kuntoutuksen kytkeytyminen vammaisetteuden tasoon alkoi kohdentaa kuntoutusta epätaroituksenmukaisesti. Eri vammaisetteuslajeissa (alle 16-vuotiaan vammaisetus, 16 vuotta täyttäneen vammaisetus ja eläkkeensaajan hoitotuki) korotetun etuuden myöntökriteerit poikkeavat toisistaan. Vammaisetus saattoi siksi laskea perustasolle etuuslajilta toiselle siirryttäessä, esimerkiksi silloin, kun kuntoutuja täytti 16 vuotta tai siirtyi työkyvyttömyyseläkkeelle. Perustasoinen vammaisetus ei täyttänyt vaikeavammaisten lääkinällisen kuntoutuksen myöntökriteereitä, jolloin asiakkaan oikeus Kelan järjestämismvastuulla olevaan lääkinälliseen kuntoutukseen päättyi. (Esim. Heino ym. 2014.) Laissa vammaisetteuden myöntökriteerit eivät myöskään huomioineet hakijan kuntoutustarvetta, eikä kuntoutukseen liittyviä näkökohtia siten voitu harkita vammaisetteuksia myönnettäessä, vaikka päätös vammaisetteuden tasosta määräiti myös oikeutta kuntoutukseen (Autti-Rämö ym. 2011).

Vaikeavammaisten lääkinällisen kuntoutuksen kytköstä vammaisetteuksiin ehdotettiin purettavaksi tutkimuksiin ja selvityksiin pohjautuen (Kallanranta ja Rissanen 1996; Autti-Rämö ym. 2011). Lakimuutoksesta (L 145/2015), joka purkai vaikeavammaisten lääkinällisen kuntoutuksen sidonnaisuuden vammaisetteuksiin, annettiin hallituksen esitys 4.12.2014. Kuntoutuksen myöntökriteereitä esitettiin muutettavan siten, että uusina myöntämisen perusteina olisivat sairaus tai vamma, sairauteen tai vammaan liittyvä suoritus- ja osallistumisrajoite, huomattavat vaikeudet arjen toiminnoista suoriutumisessa ja osallistumisessa sekä perusteltu kuntoutustarve (HE 332/2014). Kuntoutustarvetta arvioitaisiin kokonaisvaltaisesti huomioiden toimintakykyyn vaikuttavat, ICF-luokituksen mukaiset osa-alueet: lääketieteellinen terveydentila, kehon rakenteet ja toiminnot, suoritukset, osallistuminen sekä yksilö- ja ympäristötekijät. Lainmuutoksen yhteydessä muutettiin myös vaikeavammaisten lääkinällisen kuntoutuksen palveluja ja toteuttamista koskevia säännöksiä kuntoutuksen sisällön kehittämiseksi. Kuntoutusta tuli toteuttaa hyvän kuntoutuskäytännön mukaisesti ja yhteistyössä kuntoutujan omaisten ja

muiden läheisten sekä kuntoutujan kannalta tarpeellisten ammattihenkilöiden ja toimijoiden kanssa. Lainmuutoksen yhteydessä etuuden nimi muutettiin vaikeavammaisten lääkinnällisestä kuntoutuksesta vaativaksi lääkinnälliseksi kuntoutukseksi.

Vammaisetuuskytkennän poistumisella ja myöntökriteereitä koskevalla muutoksella pyrittiin kohdentamaan kuntoutus entistä tarkoituksenmukaisemmin. Lainmuutoksella tavoiteltiin kuntoutuksen käynnistymistä kuntoutustarpeen ja kuntoutuksen tavoitteiden kannalta oikea-aikaisesti ja riittävän varhaisessa vaiheessa. Lisäksi tavoitteena oli, että Kelan järjestämisvastuulla oleva lääkinnällinen kuntoutus tukisi ja parantaisi entistä paremmin kuntoutujan työ-, opiskelu- ja toimintakykyä – erityisesti osatyökykyisten ja nuorten kuntoutujien kohdalla. Lainmuutoksen arveltiin ehkäisevät tarpeettomia järjestämisvastuun siirtymiä Kelan ja julkisen terveydenhuollon välillä. Toimella varmistettiin kuntoutusprosessien katkeamattomuutta ja jatkuvuutta. Kuntoutuksen sisältöä koskevien muutosten tavoite oli edistää hyvien kuntoutuskäytäntöjen mukaisia sekä vaikuttavampia palvelumalleja ja toimintamalleja vaativan lääkinnällisen kuntoutuksen palveluissa. Lainmuutoksesta esitetyissä vaikutusarvioissa ennakoitiin muutoksen tuovan noin 8 000 uutta kuntoutujaa Kelan järjestämisvastuulla olevaan lääkinnälliseen kuntoutukseen. (HE 332/2014.)

Lakimuutosesityksestä annetuissa lausunnoissa kannatettiin vammaisetuuskytköksen poistamista Kelan järjestämässä lääkinnällisessä kuntoutuksessa. Lausunnoissa arveltiin, että muutos vastaa nykyistä paremmin kuntoutujien yksilöllisiin kuntoutustarpeisiin. Osassa lausunnoista arveltiin kuitenkin lakimuutoksen kasvattavan kuntoutuksen päätösprosessin työläyttä, esimerkiksi kasvattamalla kuntoutussuunnitelmille asetettuja vaatimuksia (Kuntaliitto 2015). Lisäksi osassa lausunnoista epäiltiin, ettei Suomessa ole vielä riittävää osaamista ICF-luokituksen käyttöön (esim. THL 2014).

## **2.2 Vaativan lääkinnällisen kuntouksen hakemusten ratkaisuprosessi**

Kelassa ratkaistaan vaativan lääkinnällisen kuntoutuksen hakemukset Kansaneläkelaitoksen kuntoutusetuuksista ja kuntoutusrahaetuksista annetun lain (L 566/2005) 9–10 §:n mukaisesti. Ratkaisu- ja arviointityössä etuskäsittelijät ja asiantuntijalääkärit käyttävät sovellettavan lain lisäksi tukena etuusohjeita, joissa on tarkentavaa ohjeistusta kyseiseen etuuteen liittyen (Kela 2019). Vaativaa lääkinnällistä kuntoutusta haetaan kirjallisella hakemuslomakkeella (KU 104 -lomake). Hakemuksessaan asiakas ilmoittaa, mitä kuntoutusmuotoja hän hakee, millaisia ovat hänen arjen ympäristöihin liittyvät kuntoutuksen ja avun tarpeensa sekä kuvaa omat tavoitteensa kuntoutukselle.

Hakemuslomakkeeseen liitetään ajantasainen kuntoutussuunnitelma, jonka laatii hoitava lääkäri tai moniammatillinen työryhmä yhdessä kuntoutujan ja hänen omaisten tai läheisten kanssa (L 566/2005, 9 §). Kuntoutussuunnitelmassa kuvataan diagnoositietojen lisäksi kuntoutujan toimintakykyä sekä sairauteen, vikaan tai vammaan liittyviä suoritus- ja osallistumisrajoitteita arjen ympäristöissä (ks. Suomela-Markkanen ja Peltonen 2016). Suunnitelmasta tulee käydä ilmi kuntoutuksen ajankohtainen tarve, tavoitteet ja sisältö. Kuntoutussuunnitelma on voimassa 1–3 vuotta ja sitä tarkistetaan tarvittaessa. Tavanomaisin tarkistustarve on uuden

terapialajin lisääminen suunnitelmaan tai terapian käyntikertojen määrän tai pituuden muuttaminen. Terapian jatkojaksoa haettaessa tarvitaan kuntoutussuunnitelman lisäksi terapeutin laatima kuntoutuspalaute päättyneeltä kuntoutusjaksolta. (L 1326/2010; Kela 2019.)

Kuntoutushakemukset ratkaistaan yleensä siinä vakuutuspiirissä, jonka alueella kuntoutujan kotikunta sijaitsee, ja ratkaisun tekee kuntoutuksen etuuskäsittelijä. Hakemusta ratkaiseva etuuskäsittelijä pyytää tarvittaessa lisätietoja kuntoutujalta tai kuntoutussuunnitelman laatineelta taholta. Etuuskäsittelijä voi myös tarpeen mukaan haastatella kuntoutujan puhelimitse tai erillisellä ajanvarauskäynnillä. Kuntoutushaastattelussa kartoitetaan kuntoutuksen tarvetta sekä kuntoutujan tavoitteita ja odotuksia kuntoutukselle. Haastattelun tehtävänä on tukea etuuskäsittelijää päätöksen tekemistä, auttaa kuntoutujaa kuntoutuksen tavoitteiden määrittämisestä ja vähentää tarvetta lisäselvityksille. Vaativan lääkinnällisen kuntoutuksen etuosohjeen mukaan kuntoutusta hakeva henkilö haastatellaan aina silloin, kun kuntoutusta haetaan ensimmäistä kertaa, kuntoutuspalveluissa on tulossa olennainen muutos, kuntoutuspalveluiden tarve tai tavoitteet ovat selkiytymättömiä tai asiakas itse pyytää haastattelua. Etuuskäsittelijä voi pyytää ratkaisun valmistelussa tuekseen asiantuntijalääkärin arviota. Arvio keskittyy erityisesti lääketieteellisiin seikkoihin, mutta myös asiantuntijalääkäri antaa arvionsa asiakkaan tilanteen kokonaisvaltaisesti huomioiden. Arviopyyntö ohjeistetaan jättämään asiantuntijalääkärille vasta sitten, kun asian ratkaisemiseksi tarpeelliset ja riittävät tiedot on saatu. (Kela 2019.)

Kuntoutuspäätös annetaan kirjallisena, ja siitä käy ilmi annettu ratkaisu sekä hylkäävissä päätöksissä perustelut päätökselle. Vaativaa lääkinnällistä kuntoutusta koskeva päätös lähetetään asiakkaalle ja kuntoutussuunnitelman laatijalle sekä kuntoutusta toteuttavalle palveluntuottajalle. Kuntoutuspäätös terapiaoihin annetaan yleensä 1–3 vuoden ajalle. Vuoden kestäviä päätöksiä annetaan pääsääntöisesti alle kouluikäisille sekä kuntoutujille, joiden terveydentila on vakiintumaton. (Kela 2019.)

## 2.3 Ammatillinen harkinta lain toimeenpanossa

Laki Kansaneläkelaitoksen kuntoutusetuuksista ja kuntoutusrahaetuksista määrittelee, että Kela järjestää sekä harkinnanvaraista että järjestämisvastuunalaista kuntoutusta, kuten vaativaa lääkinnällistä kuntoutusta. Kela käyttää toimeenpanovaltaa kuntoutuspalveluiden järjestämisessä, jolloin toimeenpanossa tarvittavaa harkintavaltaa on lainsäädännössä sille nimenomaisesti delegoitu. Kun Kelan etuuskäsittelijät ja asiantuntijalääkärit ratkaisevat vaativan lääkinnällisen kuntoutuksen hakemuksia, käyttävät he harkintaa päätöksenteossa. Asiantuntijoiden harkinta nojaa erityisesti lakiin (L 566/2005) ja edellä kuvattuun Kelan etuosohjeeseen mutta myös alan tietoperustaan, asiantuntijatietoon ja ammattietiikkaan; harkintavaltaa käyttäessään asiantuntijat toimivatkin niin alansa ammattilaisina kuin hallintoviranomaisina. Myös tietojärjestelmien toimivuus ja asiakasdokumentoinnin ehdot sekä tämänhetkiset poliittiset suuntaukset ja julkishallinnon johtamisopit vaikuttavat merkittävästi työntekijöiden harkintaan. (Ks. Kalliomaa-Puha ym. 2014.)



Ammatillinen harkinta on olennainen osa hyvinvointivaltion toimintaa. Harkintaa tarvitaan, kun palveluissa ja etuuksien myöntämisessä huomioidaan yksilöllisiä tarpeita ja tilannekohtaisia olosuhteita (Molander ym. 2012). Harkinta palvelee hyvää tarkoitusta, jonka tavoite on kuntoutusta hakevan henkilön yksilöllinen kohtelevuus ja tarpeiden huomioiminen. Esimerkiksi ennen lainmuutosta Kelan lääkinnällinen kuntoutus myönnettiin suhteellisen kaavamaisesti perustuen muihin myönnettyihin Kelan vammaisuuksiin. Lainmuutoksella tavoiteltiin sitä, että vaativan lääkinnällisen kuntoutuksen päätöksissä voitiin käyttää enemmän yksilöllisen tilanteen huomioivaa harkintaa.

Kelan toimeenpanemissa etuuksissa on lakiin kirjattu eriasteisesti harkintavaltaa. Osassa etuuksista ratkaisutyö on melko mekaanista, kun taas osassa etuuksista ratkaisutyö edellyttää harkintaa. Erityisesti kuntoutusetuudet ovat luonteeltaan sellaisia, joissa lainsäätäjä on jättänyt laajemmin tilaa harkinnalle. (Kotkas ja Kalliomaa-Puha 2014.) Vaikka lakiin kirjatut normit jättäisivät tilaa viranomaisen harkinnalle, ei harkinta kuitenkaan koskaan ole täysin vapaata. Harkintaa sitovat esimerkiksi vakiintunut oikeus- ja ratkaisukäytäntö sekä hallinnon oikeusperiaate. Lisäksi viranomaisen on huomioitava lainsäädännön tavoitteet. (Mäenpää 2016.)

### 3 TUTKIMUKSEN TAVOITE

Tässä tutkimuksessa lainmuutosta tarkasteltiin toimeenpanon näkökulmasta. Tutkimuksen tavoite oli tuottaa tietoa siitä, millaisia seuraamuksia myöntöedellytysten muuttumisella on ollut kuntoutushakemusten ratkaisutyöhön. Tarkoitus oli selvittää, miten ICF-luokitukseen nojaa laaja-alaista toimintakyvyn arviointia tehtiin asiakkaan kuntoutustarvetta sekä suoritus- ja osallistumisrajoitetta määriteltäessä.

Tutkimus tuotti tietoa seuraaviin tutkimuskysymyksiin:

1. Miten laaja-alainen toimintakyvyn ja kuntoutustarpeen arviointi Kelassa tehdään suoriutumisen ja osallistumisen näkökulmasta?
2. Millaiset asiat vaikuttavat laaja-alaiseen arvioon asiakkaan toimintakyvystä suoriutumisen ja osallistumisen näkökulmasta?
3. Millaiseen tietoon perustuen arviointi tehdään; kuinka riittävää käytettävissä oleva tieto on?
4. Millaista osaamista toimintakyvyn arviointi vaatii; millaiset asiat arvioinnissa ja päätöksenteossa ovat haasteellisia?
5. Millaista vaihtelua arviointikäytännöissä on?

## 4 AINEISTO JA MENETELMÄT

### 4.1 Kyselyaineisto

Kyselyn kohderyhmään kuuluivat kaikki Kelassa vaativan lääkinnällisen kuntoutuksen ratkaisu- tai arviointityötä keväällä 2018 tehneet etuuskäsittelijät ja asiantuntijalääkärit. Kyselylomake muotoiltiin yhdessä tutkimusta ohjaavan Kelan sisäisen projektiryhmän kanssa, johon kuuluivat Kelan lääkinnällisen kuntoutuksen suunnittelijat sekä vastaava asiantuntijalääkäri. Kysely haluttiin pitää mahdollisimman lyhyenä, jotta sillä ei kuormitettaisi kiireistä ratkaisu- ja arviointityötä.

Kelan kuntoutuksen etuuskäsittelijöiden yhteystiedot saatiin Kelan vakuutuspiirien kuntoutuksen ryhmäpäälliköiden kautta ja asiantuntijalääkärien yhteystiedot kunkin vakuutuspiiriin ylilääkäriltä. Etuuskäsittelytyö on Kelassa organisoitu viiteen vakuutuspiiriin (eteläinen, läntinen, itäinen, keskinen ja pohjoinen), joissa jokaisessa toimii kuntoutusetuuskäsittelytyötä tekevä kuntoutusryhmä. Kuntoutusryhmää johtaa kuntoutuksen ryhmäpäällikkö. Asiantuntijalääkärityö organisoituu vastaavasti viiteen asiantuntijalääkärikeskukseen, joita vetävät ylilääkärit. Kuntoutuksen ryhmäpäälliköitä ja ylilääkäreitä pyydettiin lähettämään listaus selaisista etuuskäsittelijöistä ja asiantuntijalääkäreistä, jotka tekevät kyseisessä vakuutuspiirissä vaativan lääkinnällisen kuntoutuksen ratkaisu- tai arviointityötä. Vakuutuspiirien välillä kuntoutuksen ratkaisu- ja arviointityön organisoimisessa oli eroja sen suhteen, kuinka keskitettyä kuntoutusetuuskäsittelytyötä oli, ja kuinka suurta väestöä vakuutuspiiri palveli. Näistä syistä johtuen ryhmäpäälliköiden ja ylilääkärien ilmoittamat vaativan lääkinnällisen kuntoutuksen henkilöresurssit erosivat vakuutuspiireittäin.

Saatujen yhteystietojen perusteella kyselyn lähettämishetkellä perusjoukkoon ( $n = 224$ ), kuului 155 etuuskäsittelijää ja 68 asiantuntijalääkäriä. Kysely toteutettiin sähköisenä Questback-alustan kautta. Kohderyhmään kuuluvat henkilöt saivat sähköpostitse kutsun osallistua tutkimukseen, tiedotteen tutkimuksesta sekä linkin kyselyyn toukokuussa 2018. Vastausaikaa kyselyssä annettiin 11 päivää ja kyselyn ollessa auki lähetettiin kohderyhmälle yksi muistutusviesti. Kyselyn vastausprosentti oli 58 prosenttia ja vastaajia oli yhteensä 130. Kaiken kaikkiaan kyselyn voidaan arvioida tavoittaneen vastaajat melko hyvin, sillä vastausprosenttia voidaan pitää tämän tyyppiselle kyselylle hyvänä (vrt. esim. Kalliomaa-Puha ym. 2014).

### 4.2 Kyselyn muuttajat

Kyselylomake (liite) sisälsi yhteensä 18 kysymystä, joista viidessä kysymyksessä etuuskäsittelijöille ja asiantuntijalääkäreille esitettiin erilaiset vastausvaihtoehdot. Lisäksi lainmuutoksen vaikutuksia koskevat kysymykset aukesivat vain niille vastaajille, jotka olivat ilmoittaneet tehneensä lääkinnällisen kuntoutuksen ratkaisutyötä ennen lainmuutosta. Seuraavaksi esitellään kyselyssä käytetyt muuttajat.

Taustamuuttujina vastaajilta tiedusteltiin, toimivatko he asiantuntijalääkäreinä vai kuntoutuksen etuuskäsittelijöinä, heidän Kelan toimipisteensä erityisvastuualuetta sekä sitä, kuinka pitkään vastaaja oli ollut töissä Kelassa. Lisäksi vastaajille esitettiin kysymys viikoittaisista ja kuukausittaisista vaativan lääkinnällisen kuntoutuksen ratkaisumääristä. Koulutusta koskevana

taustatietoina asiantuntijalääkäreiltä kysyttiin erikoistumisalaa sekä erityispätevyyttä. Etuus- käsittelijöiden koulutustaustalle annettiin valmiit vaihtoehdot.

Vastaajilta tiedusteltiin, olivatko he tehneet vaativan lääkinnällisen kuntoutuksen ratkaisu- tai arviointityötä ennen vuoden 2016 alussa voimaan tullutta lainmuutosta. Vaihtoehtoina olivat kyllä ja ei. Mikäli vastaaja oli valinnut vaihtoehdon ”kyllä”, hänelle avautuivat myös lainmuutosta koskevat kysymykset 7, 8 ja 9. Jos vastaaja oli valinnut vaihtoehdon ”ei”, ohitti hän lainmuutosta koskevat kysymykset ja siirtyi suoraan kysymykseen 10. Kysymyksessä 7 vastaajaa pyydettiin antamaan arvio siitä, miten hänen mielestään vuonna 2016 voimaan astunut vaativa lääkinnällistä kuntoutusta koskeva lainmuutos vaikutti hänen arviointi- ja ratkaisutyöhönsä. Kysymyksessä 8 vastaajaa pyydettiin arvioimaan, kuinka hyvin lainmuutos toteutui esitetyissä asioissa ja valitsemaan väittämässä parhaiten omaa mielipidettään vastaava vaihtoehto. Viimeisessä lainmuutosta koskevassa kysymyksessä (9) vastaajille esitettiin viisi yleisintä hylkäysperustetta vaativan lääkinnällisen kuntoutuksen päätöksissä vuonna 2014 ja vuonna 2016. Vastaajaa pyydettiin kommentoimaan muutosta avomuotoisesti.

Vaativaan lääkinnälliseen kuntoutukseen liittyvää osaamista tiedusteltiin pyytämällä vastaajaa arvioimaan omaa, lähettävän tahon ja Kelan kuntoutuspalveluntuottajien osaamista vaativan lääkinnällisen kuntoutuksen laista, etuusohjeesta, ICF-luokituksesta, hyvästä kuntoutuskäytännöstä ja Kuntoutuksen Käypä hoito -suosituksesta (vain asiantuntijalääkärit), terveydenhuoltolaista ja palvelukuvauksista. Saatavilla olevan tiedon riittävyttä asiakastapauksissa tiedusteltiin kysymällä, kuinka usein vastaaja löytää tarvitsemansa esitetyistä tiedonlähteistä sekä antamaan arvio siitä, kuinka suuressa osassa asiakastapauksista he joutuvat pyytämään lisäselvityksiä. Saatavilla olevan tiedon riittävyttä pyydettiin arvioimaan vielä sen suhteen, kuinka hyvin asiakkaista oli saatavilla tietoa, jonka avulla arvioida oirekuvaa, toimintakykyä, oireilun vaikutusta yksilön elämään, kuntoutujan yksilötekijöitä, kuntoutujan lähiverkoston toimintaa sekä ympäristötekijöiden merkitystä suoriutumiseen, osallistumiseen ja kuntoutustarpeeseen.

Erilaisten tiedonlähteiden merkitystä laaja-alaisessa arvioinnissa asiakkaan tilanteesta tiedusteltiin kysymällä, kuinka suuri merkitys esitetyillä tiedonlähteillä oli arvion tekemisessä. Vaativan lääkinnällisen kuntoutuksen arvioinnin haasteita pyydettiin arvioimaan kysymällä, kuinka helpoksi tai vaikeaksi vastaajat kokivat esitettyjen osa-alueiden arvioinnin vaativan lääkinnällisen kuntoutuksen asiakastapauksissa. Lopuksi vastaajille annettiin mahdollisuus vastata vapaamuotoisesti kysymyksellä ”Onko vielä jotain, mitä haluaisit sanoa? Esimerkiksi miten arviointi- tai ratkaisutyötäsi voisi paremmin tukea tai vaativaan lääkinnälliseen kuntoutukseen liittyen.”.

### 4.3 Analyysimenetelmät

Kyselyaineisto analysoitiin R 3.4.4 -ohjelmistolla ja SPSS 25 -tilasto-ohjelmistolla. Aineistoa tarkasteltiin suorien frekvenssien, prosenttijakaumien, mediaanin ja vaihteluvälien avulla. Aineistoa on analysoitu ristiintaulukoimalla ja muodostamalla summamuuttujia. Ryhmien välisiä eroja jakaumissa on testattu epäparametrisilla testeillä, sillä aineisto oli suhteellisen pieni, suurin osa muuttujista oli mitattu järjestysasteikolla, ja jakaumat eivät enimmäkseen noudattaneet

normaalijakaumaa. Ryhmien välisiä eroja tarkasteltiin pääasiassa ristiintaulukoinneilla ja erojen merkitsevyyttä khiin neliö -testillä tai Fisherin tarkalla testillä. Aineiston pienen koon vuoksi muuttujien luokkia jouduttiin yhdistämään, jotta khiin neliö -testin ehdot täyttyivät. Kysymyspattereista muodostettiin edelleen summamuuttujia. Muodostettua summamuuttujaa käytettiin vain, jos Cronbachin alfa oli yli 0,6. Ryhmien välisiä eroja summamuuttujan jakaumissa testattiin Mannin–Whitneyn U-testillä (kaksi ryhmää) tai Kruskallin–Wallisin testillä (useampi ryhmä). Lisäksi muuttujien välisiä yhteyksiä testattiin Spearmanin rho -kertoimella. Luettavuuden helpottamiseksi raportissa ei esitetä havaituista eroista testisuureita, vaan ainoastaan tilastolliset merkitsevyydet.

Kyselyssä oli kaksi kysymystä, joihin vastaaja saattoi vastata omalla tekstisisällöllä. Näiden vastaukset analysoitiin temaattisella sisällönanalyysillä (Guest 2012) käyttäen Atlas-ti laadullisen aineiston analyysiohjelmaa (ks. Atlas-ti 2018). Tekstisisällöt analysoitiin aineistolähtöisesti siten, että sisällöstä etsittiin ja jäsennettiin teemoja, jotka replikoivat tutkimuskysymysten aihealueita (ks. Elo ja Kyngäs 2007).

#### 4.4 Taustatiedot kyselyaineiston vastaajista

Vastaajien taustatiedot esitetään taulukossa 1 (s. 13). Vastaajista asiantuntijalääkäreitä oli 33,1 prosenttia ( $n = 43$ ) ja etuuskäsittelijöitä 66,9 prosenttia ( $n = 87$ ). Asiantuntijalääkäreiden vastausprosentti oli 62 % ja etuuskäsittelijöiden 56 %. Vastaajajoukon asiantuntijalääkäreiden ja etuuskäsittelijöiden välinen suhde vastasi perusjoukon jakaumaa ( $p = 0,569$ ). Suurin osa vastaajista (31,8 %) sijoittui HYKS:n erityisvastuualueelle. Toiseksi eniten vastaajia oli TAYS:n alueelta (22,5 %) ja kolmanneksi eniten OYS:sta (17,8 %). Vastaajista TYKS:n erityisvastuualueella työskenteli 14,7 prosenttia ja KYS:n 13,2 prosenttia. Vastaajien alueellinen jakauma ei poikennut tilastollisesti merkitsevästi perusjoukon jakaumasta ( $p = 0,163$ ).

Hieman yli puolella kyselyyn vastanneista vaativan lääkinnällisen kuntoutuksen etuuskäsittelijöitä (51,2 %) koulutustaustana oli sosiaali- tai terveystieteiden ammattikorkeakoulututkinto tai ylempi ammattikorkeakoulututkinto. Toiseksi yleisin koulutustausta oli opintotason koulutus sosiaali- tai terveystieteiden alalta (33,7 %) ja kolmanneksi yleisin opintotason koulutus muilta aloilta (8,1 %). Noin kuudella prosentilla vastaajista koulutuksena oli kandidaatin tai maisterintutkinto (5,8 %). Vaativan lääkinnällisen kuntoutuksen etuuskäsittelijät ovat siten valtaosin sosiaali- ja terveystieteiden ammattilaisia, sillä näiden alojen tutkinto oli 85 prosentilla vastaajista.

Asiantuntijalääkäreiden erikoistumisalaa kysyttiin avomuotoisella kysymyksellä. Erikoistumisalat päätettiin jättää raportoimatta, koska vastaajajoukko oli pieni ja epäsuoran tunnistamisen mahdollisuutta ei voitu sulkea pois. Erityispätevyyttä koskevassa kysymyksessä ( $n = 41$ ) asiantuntijalääkäreistä valtaosa (68 %) ilmoitti omaavansa erityispätevyyden. Asiantuntijalääkäreiden ja etuuskäsittelijöiden koulutustaustoista ei ollut tietoa perusjoukon osalta, joten vastaajien edustavuutta ei voitu testata tältä osin.

Enemmistö vastaajista oli kokeneita Kelan työntekijöitä: miltei puolet vastaajista (44,5 %), ilmoitti olleensa töissä Kelassa yli 15 vuotta. Työkokemusta 11–15 vuotta oli noin 13 prosentilla ja 6–10 vuotta 17 prosentilla. Reilulla viidenneksellä (21,9 %) vastaajista työkokemusta oli

karttunut 1–5 vuotta. Alle vuoden Kelassa työskennelleitä oli vastaajista vain noin 4 prosenttia. Etuuskäsittelijöillä oli asiantuntijalääkäreitä pidempi työkokemus Kelassa ( $p = 0,035$ ). Perusjoukon osalta työkokemustietoa ei ole saatavissa, joten vastaajien edustavuutta ei voitu tältä osin testata. Saattaa siis olla, että vastaajiksi ovat valikoituneet kokeneemmat työntekijät.

**Taulukko 1.** Kyselyn vastaajientaustatiedot.

	Lukumäärä	Osuus
<b>Vastaaja</b>	<b>n = 130</b>	
Asiantuntijalääkäri	43	33,1 %
Kuntoutuksen etuuskäsittelijä	87	66,9 %
<b>ERVA-alue</b>	<b>n = 129</b>	
HYKS	41	31,8 %
TAYS	29	22,5 %
KYS	17	13,2 %
OYS	23	17,8 %
TYKS	19	14,7 %
<b>Työkokemus Kelassa</b>	<b>n = 128</b>	
Alle vuoden	5	3,9 %
1–5 vuotta	28	21,9 %
6–10 vuotta	22	17,2 %
11–15 vuotta	16	12,5 %
Yli 15 vuotta	57	44,5 %
<b>Asiantuntijalääkärien erityispätevyys</b>	<b>n = 43</b>	
Kyllä	28	68,0 %
<b>Etuuskäsittelijöiden koulutustausta</b>	<b>n = 86</b>	
Opistotason koulutus, sosiaali- tai terveysala	29	33,7 %
Opistotason koulutus, muut alat	7	8,1 %
Ammattikorkeakoulututkinto tai ylempi AMK-tutkinto sosiaali- tai terveysalalta	44	51,2 %
Kandidaatin- tai maisterintutkinto	5	5,8 %
Muu tutkinto	1	1,2 %
<b>Ratkaisujen tai arvioiden määrä</b>	mediaani	keskiarvo [vaihteluväli]
Viikossa (n = 108)	10	11,69 [1, 40]
Kuukaudessa (n = 111)	32	41,2 [1, 160]

Vastaajilta tiedusteltiin, paljonko he tekevät vaativan lääkinnällisen kuntoutuksen ratkaisuja (etuuskäsittelijät) tai arvioita (asiantuntijalääkärit) viikossa ja kuukaudessa. Keskimäärin vastaajat tekivät viikossa noin 12 ratkaisua tai arviota. Tehtyjen arvioiden ja ratkaisujen viikoittainen määrä vaihteli vastaajien keskuudessa välillä 1–40. Kuukaudessa ratkaisuja tai arvioita an-

nettiin keskimäärin noin 41 kappaletta. Vaihtelu kuukausittaisissa ratkaisu- ja arviointimäärissä oli suurta: vastaukset vaihtelivat välillä 1–160. Perusjoukon osalta tietoa ratkaisumääristä ei ollut saatavilla. Asiantuntijalääkärien ja etuuskäsittelijöiden välillä ei ollut tilastollisesti merkitsevää eroa viikoittaisten tai kuukausittaisten ratkaisumäärien suhteen. Eroja ratkaisumäärissä ei havaittu myöskään työkokemuksen tai erityisvastuualueiden suhteen.

## 5 TULOKSET

Seuraavassa tulokset esitetään niin, että ensin käydään läpi vaativaan lääkinnälliseen kuntoutukseen liittyvää tietoa ja osaamista, sen jälkeen esitetään vaativan lääkinnällisen kuntoutuksen asiakastapauksista saatavilla olevaa tietoa ja laaja-alaisen arvion tekemistä asiakkaan tilanteesta. Tämän jälkeen esitetään lainmuutokseen vaikutuksia ratkaisu- ja arviointityötä tekevien näkökulmasta. Kuvioiden yhteydessä esitetään sitaatteja avovastauksista, joissa viitataan lyhenteellä EK etuuskäsittelijän vastaukseen ja lyhenteellä ATL asiantuntijalääkäriin vastaukseen. Lisäksi tulosluvun lopussa esitetään avovastausten sisällönanalyysin tulokset kokonaisuudessaan.

### 5.1 Vaativaan lääkinnälliseen kuntoutukseen liittyvä tieto ja osaaminen

Vastaajilta tiedusteltiin vaativan lääkinnällisen kuntoutuksen ratkaisu- ja arviointityöhön liittyvää osaamista (kuvio 1, s. 15) vaativan lääkinnällisen kuntoutuksen lain, etuusohjeen, ICF-luokituksen, sekä hyvän kuntoutuskäytännön osalta. Asiantuntijalääkäreiltä kysyttiin vielä kuntoutuksen Käypä hoito -suosituksista. Parhaiten vastaajat ilmoittivat hallitsevansa vaativan lääkinnällisen kuntoutuksen etuusohjeen: miltei kaikki vastaajat ilmoittivat osaavansa etuusohjeen erittäin hyvin (26 %) tai hyvin (65 %). Valtaosa vastaajista arvioi osaavansa myös vaativaa lääkinnällistä kuntoutusta koskevan lain (L 566/2005) erittäin hyvin (12 %) tai hyvin (61 %). Lisäksi vastaajista yli puolet arvioi osaavansa Hyvä kuntoutuskäytäntö -ohjeistuksen hyvin ja vajaa kolmannes ilmoitti, ettei osaaminen ollut hyvää tai huonoa. Kuntoutuksen Käypä hoito -suositusten osaamista kysyttiin ainoastaan asiantuntijalääkäreiltä. Heistä valtaosa (60 %) ilmoitti osaavansa suositukset erittäin hyvin tai hyvin ja vajaa kolmannes arvioi, ettei osaaminen ollut hyvää tai huonoa.

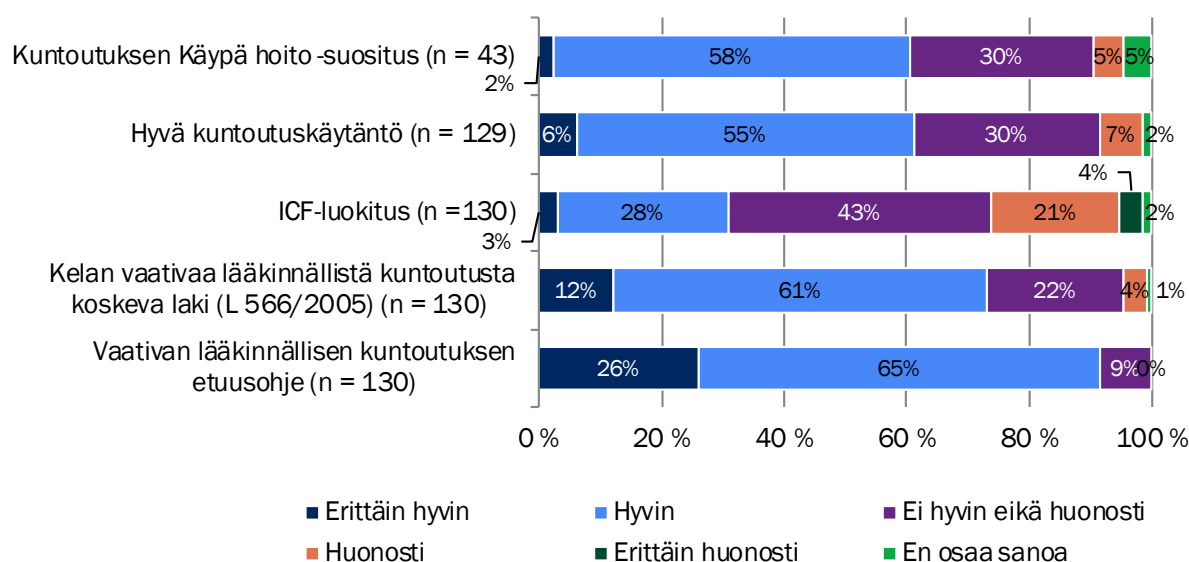
Kysytyistä osa-alueista eniten koulutustarvetta liittyi ICF-luokitukseen: vastaajista enemmistö (43 %) arvioi, että heidän ICF-osaamisensa ei ollut hyvää eikä huonoa. Rungas neljäsosa (28 %) vastaajista ilmoitti osaavansa ICF-luokituksen erittäin hyvin tai hyvin, ja viidennes vastaajista arvioi osaamisensa huonoksi tai erittäin huonoksi. Tulosta voidaan pitää sikäli odotettuna, että Kelan ratkaisutyössä edellytetään tällä hetkellä ICF:n osaamista viitekehyksenä, mutta ei vielä luokituksenä (Kela 2019). Samoin vaativaa lääkinnällistä kuntoutusta koskevassa lainsäädännössä viitataan ICF:ään viitekehyksenä (L 566/2005, 9 §). ICF-luokitukseen liittyvää toivetta lisäkoulutukselle tuotiin esille muutamassa molempien vastaajaryhmien avovastauksessa.

Asiantuntijalääkärien ja etuuskäsittelijöiden osaamista koskevissa kysymyksissä vastaukset eivät juuri eronneet toisistaan. Tilastollisesti merkitsevä ero voitiin havaita ainoastaan hyvän kuntoutuskäytännön osaamisessa: asiantuntijalääkärit ilmoittivat etuuskäsittelijöitä useammin osaavansa hyvän kuntoutuskäytännön erittäin hyvin tai hyvin ( $p = 0,006$ ). Vastaajan osaamista koskevista kysymyksistä muodostettiin vielä summamuuttuja, jonka jakaumissa ei havaittu eroja alueiden, työkokemuksen tai etuuskäsittelijän koulutuksen mukaan. Summamuuttujalla mitattu osaaminen ei myöskään korreloinut viikoittaisten tai kuukausittaisten ratkaisumäärien suhteen.

Kyselyn avovastauksissa pohdittiin uudenlaista kuntoutujan kokonaistilanteen tarkastelua itsekriittisesti myös osaamisen näkökulmasta, kuten seuraava sitaatti tuo esille:

”Uuden lain myötä huomattavien vaikeuksien arvioimisessa on vielä opittavaa. Erityisesti psyykkisesti sairaiden hakijoiden kohdalla arviointi on heikkoa ja kirjavaa – –.”  
(EK)

**Kuvio 1.** Etuuskäsittelijöiden ja asiantuntijalääkärien näkemykset siitä, kuinka hyvin he osaavat Kelan vaativan lääkinällisen kuntoutuksen ratkaisu- ja arviointityöhön liittyvät osa-alueet (n = 43 – 130).



Vastaajia pyydettiin arvioimaan, kuinka hyvin lähettävät tahot olivat huomioineet kuntoutuksen suosittamisessa vaativaan lääkinälliseen kuntoutukseen liittyviä osa-alueita (kuvio 2, s. 16). Kysymyksen osa-alueet saivat huomattavan paljon en osaa sanoa -vastauksia, mikä kertoo siitä, että lähettävien tahojen arviointi on ollut vastaajille haasteellista.

Runsas kolmannes (34 %) asiantuntijalääkäreistä ja etuuskäsittelijöistä arvioi, että lähettävät tahot huomioivat hyvin tai erittäin hyvin Kelan vaativaa lääkinällistä kuntoutusta koskevan lain (L 566/2005) suosittaessaan kuntoutusta. Hieman suurempi osuus vastanneista (36 %) oli valinnut kysymyksessä neutraalin vaihtoehdon. Viidennes vastaajista arvioi puolestaan, että lähettävät tahot huomioivat edellä mainitun lain erittäin huonosti tai huonosti suosittaessaan kuntoutusta. Näin asiaa kommentoitiin kyselyn avovastauksessa:

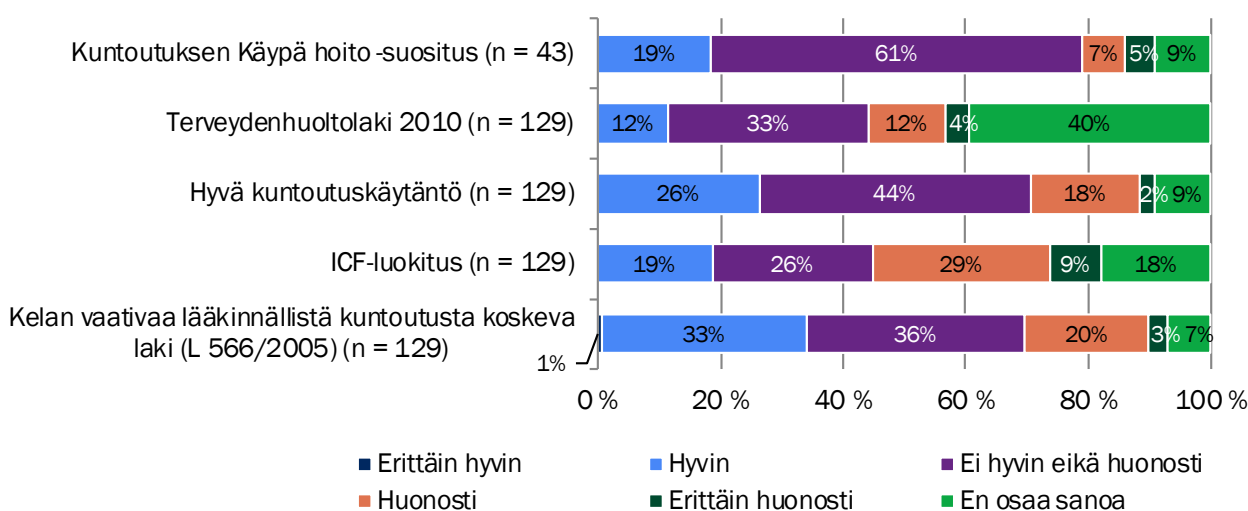
”Kliinisen käytännön kannalta ero on ollut th:n toimijoille osin vaikea mieltää: lakipe-  
rusteet tunnetaan kentällä huonosti.” (ATL)

Miltei puolet näkemyksensä ilmaiseista vastaajista (44 %) antoi neutraalin arvion siitä, miten lähettävät tahot huomioivat hyvän kuntoutuskäytännön suosittaessaan kuntoutusta. Runsas neljäsosa (26 %) vastaajista arvioi, että hyvä kuntoutuskäytäntö huomioidaan hyvin ja noin viidennes (22 %) arvioi, että hyvä kuntoutuskäytäntö arvioidaan huonosti tai erittäin huonosti kuntoutusta suosittaessa. Lähettävien tahojen ICF-luokituksen huomioimisesta kuntoutussuosituksissa kantaansa ei osannut ilmaista 18 prosenttia kaikista vastaajista. Vastaajista 27 prosenttia arvioi, että ICF-luokitus huomioidaan erittäin huonosti tai huonosti kuntoutusta suosittaessa. Runsas neljäsosa (26 %) vastaajista arvioi, että ICF-luokitusta ei huomioida hyvin eikä huonosti, ja lähes viidennes vastaajista arvioi, että ICF-luokitus huomioidaan hyvin kuntoutusta suosittaessa.

Erityisen haastavaksi arviointikohteeksi koettiin lähettävien tahojen terveydenhuoltolain huomioiminen kuntoutusta suosittaessa. Kaikista vastaajista 40 prosenttia ei osannut ilmaista kantaansa kysymyksessä. Kolmannes vastaajista ilmoitti, että lähettävät eivät huomioi terveydenhuoltolakeja hyvin eivätkä huonosti suosittaessaan kuntoutusta. Vastaajista 13 prosenttia oli sen kannalla, että lähettävät tahot ottavat terveydenhuoltolain hyvin huomioon. Negatiivisen arvion antoi 14 prosenttia vastaajista, eli terveydenhuoltolaki huomioitiin heidän arvionsa mukaan huonosti tai erittäin huonosti kuntoutusta suositettaessa.

Lähettävien tahojen kuntoutuksen Käypä hoito -suosituksen osaamista koskeva kysymys esitettiin ainoastaan asiantuntijalääkäreille. Valtaosa (61 %) arvionsa antaneista vastaajista ilmoitti, että lähettävät tahot eivät huomioi hyvin eivätkä huonosti kuntoutuksen Käypä hoito -suosituksia. Vastaajista noin viidennes arvioi, että lähettävät tahot huomioivat hyvin kuntoutuksen Käypä hoito -suosituksen kuntoutusta suosittaessaan.

**Kuvio 2.** Etuuskäsittelijöiden ja asiantuntijalääkärien näkemykset siitä, kuinka hyvin lähettävät tahot yleisesti ottaen ovat huomioineet kuntoutuksen suositamisessa kysytyt osa-alueet (n = 43–129).



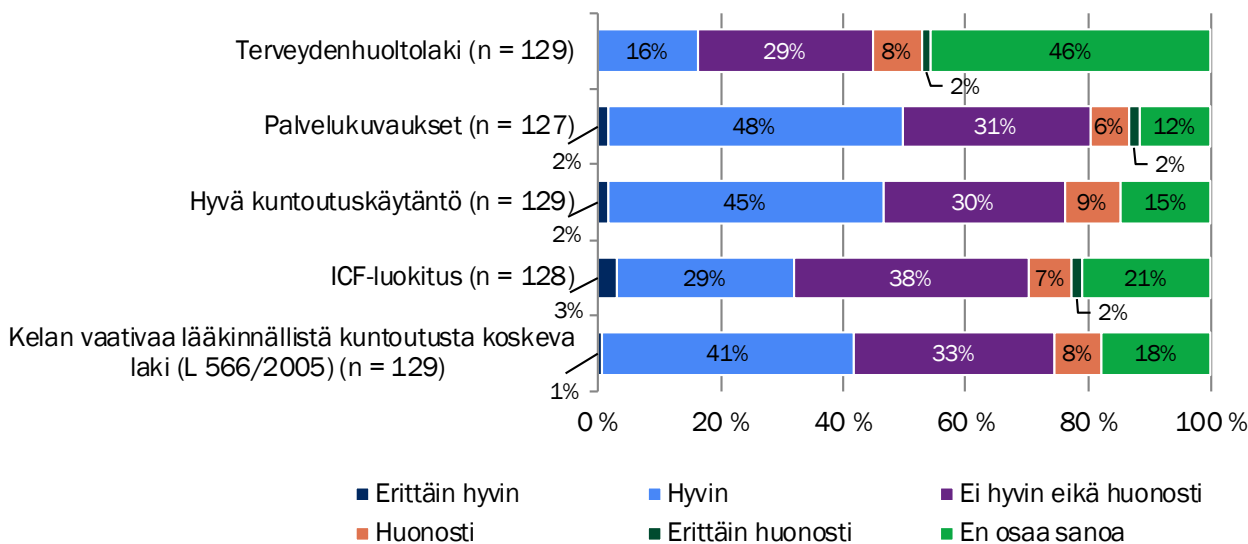


Vastaajilta tiedusteltiin vielä sitä, miten hyvin Kelan kuntoutuksen palveluntuottajat ovat huomioineet vaativan lääkinällisen kuntoutuksen toteuttamisessa Kelan kuntoutuslain, terveydenhuoltolain, hyvän kuntoutuskäytännön, ICF-luokituksen sekä palvelukuvaukset (kuvio 3). Vastaajista noin puolet (48 %) arvioi, että palveluntuottajat huomioivat hyvin palvelukuvaukset toteuttaessaan kuntoutusta. Hieman vajaa kolmannes (31 %) vastaajista oli sitä mieltä, että palveluntuottajat eivät huomioineet palvelukuvauksia hyvin eivätkä huonosti. Kriittisesti palvelukuvausten huomioimiseen kuntoutuksen toteutuksessa suhtautui noin kymmenesosa (8 %) vastaajista.

Hyvän kuntoutuskäytännön huomioimiseen liittyen annettiin palveluntuottajista pääosin positiivisia tai neutraaleja arvioita. Lähes puolet vastaajista (47 %) arvioi, että palveluntuottajat huomioivat hyvän kuntoutuskäytännön hyvin tai erittäin hyvin kuntoutuksen toteutuksessa. Vajaa kolmannes vastaajista (30 %) antoi hyvän kuntoutuskäytännön huomioimisesta neutraalin arvion. Samoin Kelan vaativaa lääkinällistä kuntoutusta koskevan lain huomioimisesta kuntoutuksen toteutuksessa annettiin valtaosin positiivisia tai neutraaleja arvioita. Vastaajista 42 prosenttia arvioi palveluntuottajien huomioivan lain hyvin tai erittäin hyvin, ja kolmannes vastaajista antoi lain huomioimisesta neutraalin arvion.

Arvionsa antaneista vastaajista kolmasosa oli sitä mieltä, että ICF-luokituksen palveluntuottajat huomioivat hyvin tai erittäin hyvin kuntoutuksen toteuttamisessa. Neutraalin arvion ICF-luokituksen huomioimisesta kuntoutuksen toteutuksessa antoi 38 prosenttia vastaajista. Vajaa kymmenesosa vastaajista arvioi, että palveluntuottajat huomioivat huonosti tai erittäin huonosti ICF-luokituksen kuntoutuksen toteutuksessa. Palveluntuottajien terveydenhuoltolain huomioimista kuntoutuksen toteuttamisessa ei osannut arvioida 46 prosenttia vastaajista. Vajaa kolmasosa vastaajista oli sitä mieltä, että terveydenhuoltolain huomioiminen ei ollut hyvää eikä huonoa. Positiivisen arvion terveydenhuoltolain huomioimisesta kuntoutuksen toteutuksessa antoi 16 prosenttia vastaajista.

**Kuvio 3.** Etuuskäsittelijöiden ja asiantuntijalääkärien näkemykset siitä, kuinka hyvin Kelan kuntoutuksen palveluntuottajat ovat huomioineet esitetyt osa-alueet vaativan lääkinällisen kuntoutuksen toteuttamisessa (n = 127 - 129).

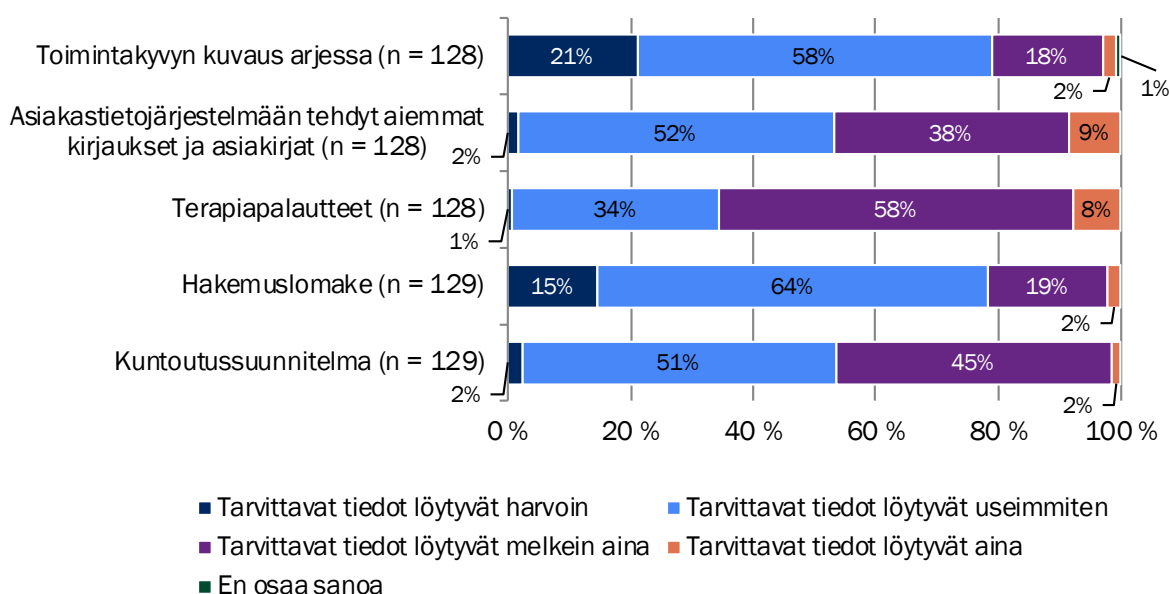


## 5.2 Vaativan lääkinällisen kuntoutuksen asiakastapauksista saatavilla oleva tieto

Ratkaisijoiden ja asiantuntijalääkärien käytettävissä olevaa tietoa selvitettiin tiedustelemalla, kuinka usein he löytävät tarvitsemansa tiedot keskeisesti ratkaisutyössä käytettävistä tietolähteistä (kuvio 4). Terapiapalautteet olivat asiakirjoja, joista vastaajat yleisimmin ilmoittivat löytävänsä tarvitsemansa tiedot: 66 prosenttia ilmoitti löytävänsä tarvittavat tiedot joko melkein aina tai aina. Aiemmista asiakastietojärjestelmään kirjatuista tiedoista ja asiakirjoista vastaajista runsas kolmannes (38 %) ilmoitti löytyvänsä tarvittavat tiedot melkein aina ja 9 prosenttia aina. Miltei puolet vastaajista (45 %) arvioi löytävänsä tarvittavat tiedon aina tai melkein aina kuntoutussuunnitelmista.

Useimmiten puutteita vaativan lääkinällisen kuntoutuksen ratkaisu- tai arviointityössä tarvittavissa tiedoissa ilmoitettiin olevan toimintakyvyn kuvauksessa arjessa ja hakemuslomakkeessa. Vaikka enemmistö vastaajista ilmoitti löytävänsä tarvitsemansa tiedot ainakin useimmiten toimintakyvyn kuvauksesta arjessa sekä hakemuslomakkeista, olivat ne myös tiedonlähteitä, joissa puutteita ilmoitettiin eniten. Runsas viidennes (21 %) vastaajista löysi vain harvoin toimintakyvyn kuvauksessa arjesta tarvitsemansa tiedot. Hakemuslomakkeesta harvoin tarvittavat tiedot löysi 15 prosenttia vastaajista. Asiantuntijalääkärit löysivät etuuskäsittelijöitä harvemmin tarvittavia tietoja kuntoutussuunnitelmista ( $p = 0,035$ ) ja terapiapalautteista ( $p = 0,002$ ). Muiden tiedonlähteiden kohdalla ei havaittu merkitseviä eroja asiantuntijalääkärien ja etuuskäsittelijöiden välillä.

**Kuvio 4.** Kuinka usein löydät ratkaisua tai arviota varten tarvitsemasi tiedot seuraavista tietolähteistä (n = 128–129)?



Vastaajilta tiedusteltiin tämän jälkeen, kuinka usein he joutuvat pyytämään lisäselvityksiä ratkaisua tai arviota varten hakemuslomakkeeseen, kuntoutussuunnitelmaan, aiempiin asiakastietojärjestelmään kirjattuihin tietoihin ja asiakirjoihin, kuntoutuspalautteeseen sekä toimintakyvyn kuvaukseen arjessa (kuvio 5, s. 19). Kaikkien edellä mainittujen tiedonlähteiden osalta

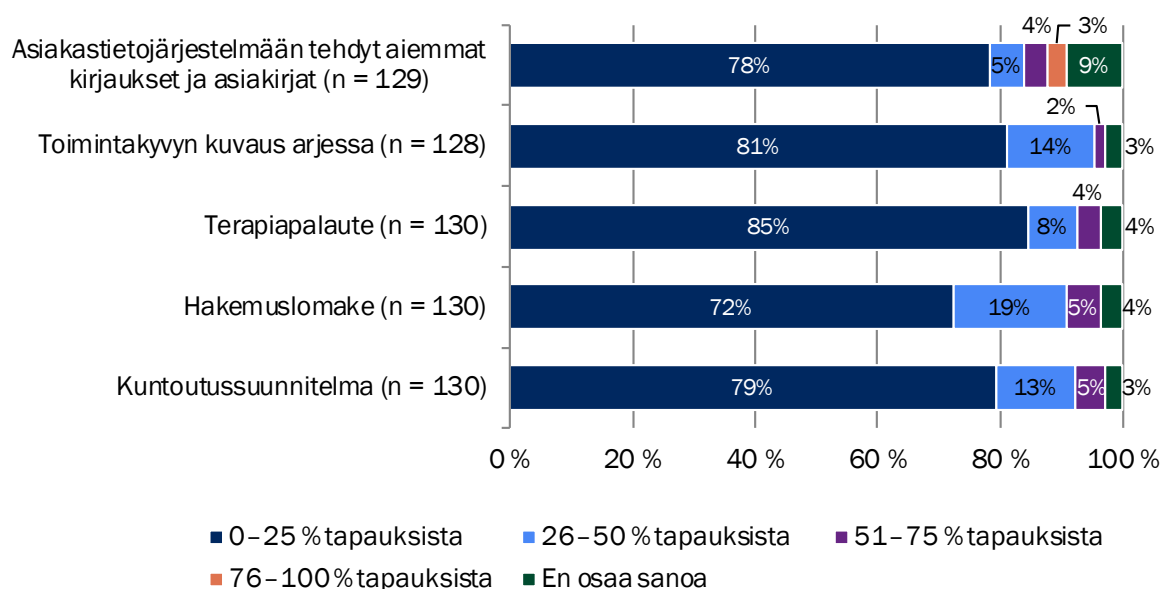
enemmistö vastaajista ilmoitti, että lisäselvityksien pyytäminen oli tarpeen korkeintaan neljäsosassa asiakastapauksista. Runsaimmin lisäselvityksiä pyydettiin kuntoutushakemuksista, kuntoutussuunnitelmista sekä arjen toimintakykykuvauksista. Tällaisen tilanteen kommentoinnissa oli vastaajan näkemyksessä havaittavissa hienoinen turhautunut sävy:

”Hakemuksista saatava tieto vaihtelee erittäin paljon, ja kuntoutussuunnitelmat voivat olla erittäin hyviä tai erittäin huonoja. Jos tällaiseen huonoon pyytää lisäselvityksiä hoitavalta taholta, se kuitataan yleensä lauseella, joka alkaa ’Kela pyytää.’” (EK)

Asiakastietojärjestelmässä olevat aiemmat kirjaukset ja asiakirjat olivat tietolähde, josta toisaalta valtaosa (78 %) ilmoitti pyytävänsä lisäselvityksiä korkeintaan neljäsosassa tapauksista, mutta toisaalta pieni osa vastaajista (3 %) ilmoitti pyytävänsä jopa 75–100 prosentissa tapauksista lisäselvityksiä. Syynä tähän saattaa olla se, että muut mainitut tietolähteet ovat tallennettuina asiakastietojärjestelmään, ja vastaaja on ajatellut näihin pyytämiään selvityksiä kysymyksen vastatessaan. Toisaalta asiakastietojärjestelmään kirjautuvat muun muassa yhteydenotopyynnöt ja uudet kuntoutussuunnitelmat, joihin käsittelijät pyytävät esimerkiksi hakemuksia.

Etuuskäsittelijät pyysivät asiantuntijalääkäreitä tavanomaisemmin lisäselvityksiä erityisesti hakemuksiin ( $p < 0,001$ ) ja aiempiin asiakastietojärjestelmiin tallennettuihin tietoihin sekä asiakirjoihin liittyen ( $p = 0,042$ ). Ero lisäselvitysten pyytämisessä selittyy sillä, että etuuskäsittelijöitä ohjeistetaan pyytämään tarvittavat lisäselvitykset asiakkaalta ennen kuin asiantuntijalääkärin arviota pyydetään (Kela 2019). Lisätietojen pyytämistä koskevista kysymyksistä muodostettiin summamuuttuja, jolla mitattuna etuuskäsittelijät yleisesti ottaen pyysivät enemmän lisäselvityksiä asiantuntijalääkäreihin verrattuna ( $p = 0,002$ ), mutta alueiden välillä eroja ei havaittu.

**Kuvio 5.** Etuuskäsittelijöiden ja asiantuntijalääkärien arvio siitä, kuinka useissa asiakastapauksissa he pyytävät lisäselvityksiä ratkaisua tai arviota varten kysytyistä tietolähteistä (n = 128–130).

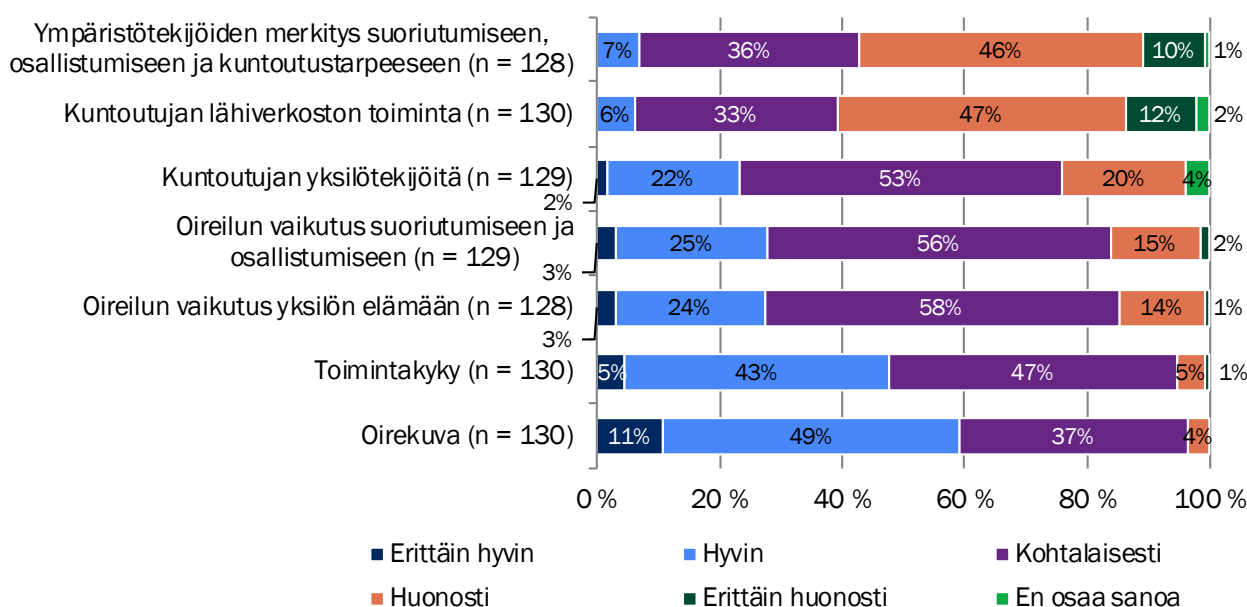


Saatavilla olevan tiedon määrää kartoitettiin ratkaisu- ja arviointityössä keskeisistä arviointikohteista, eli oirekuvasta, toimintakyvystä, ympäristötekijöistä, kuntoutujan lähiverkostosta, oireilun vaikutuksesta suoriutumiseen sekä osallistumiseen, yksilötekijöistä ja oireilun vaikutuksesta yksilön elämään (kuvio 6). Vastaajien mukaan parhaiten tietoa oli saatavissa oirekuvasta ja toimintakyvystä. Lähes kaksi kolmasosaa vastaajista arvioi, että oirekuvasta oli tietoa saatavilla erittäin hyvin tai hyvin. Lisäksi miltei puolet (48 %) vastaajista ilmoitti, että toimintakyvystä tietoa oli saatavilla erittäin hyvin tai hyvin ja 47 prosenttia vastaajista arvioi tietoa olevan kohtalaisesti.

Oireilun vaikutuksesta suoriutumiseen ja osallistumiseen, oireilun vaikutuksesta yksilön elämään sekä kuntoutujan yksilötekijöistä oli useimpien vastaajien mielestä saatavilla kohtalaisesti tietoa. Sen sijaan tiedot ympäristötekijöiden merkityksestä suoriutumiseen, osallistumiseen ja kuntoutustarpeeseen sekä tiedot kuntoutujan lähiverkoston toiminnasta olivat puutteellisia. Yli puolet vastaajista (56 %) arvioi, että käytettävissä oli huonosti tai erittäin huonosti tietoa kuntoutujan ympäristötekijöistä. Samoin lähes kolme vastaajaa viidestä ilmoitti, että kuntoutujan lähiverkoston toiminnasta oli käytettävissä huonosti tai erittäin huonosti tietoa. Tietojen puutteellisuudet arviointityön kannalta tulivat esille myös kyselyn avovastauksissa, kuten seuraava sitaatti toi esille:

”Erityisesti vaikeavammaisten/kehitysvammaisten lasten kohdalla arjen toimintakyvyn kuvauksen sisältäen päiväkodin/koulun kuvauksen toivoisin olevan parempi – erityisesti kun arvoimme runsaiden terapioiden todellista vaikuttavuutta. Tässä on toki viime vuosina menty eteenpäin.” (EK)

**Kuvio 6.** Vastaajien näkemykset siitä, kuinka hyvin kysytyistä osa-alueista on saatavilla arvioinnissa tarvittavaa tietoa (n = 128–130).



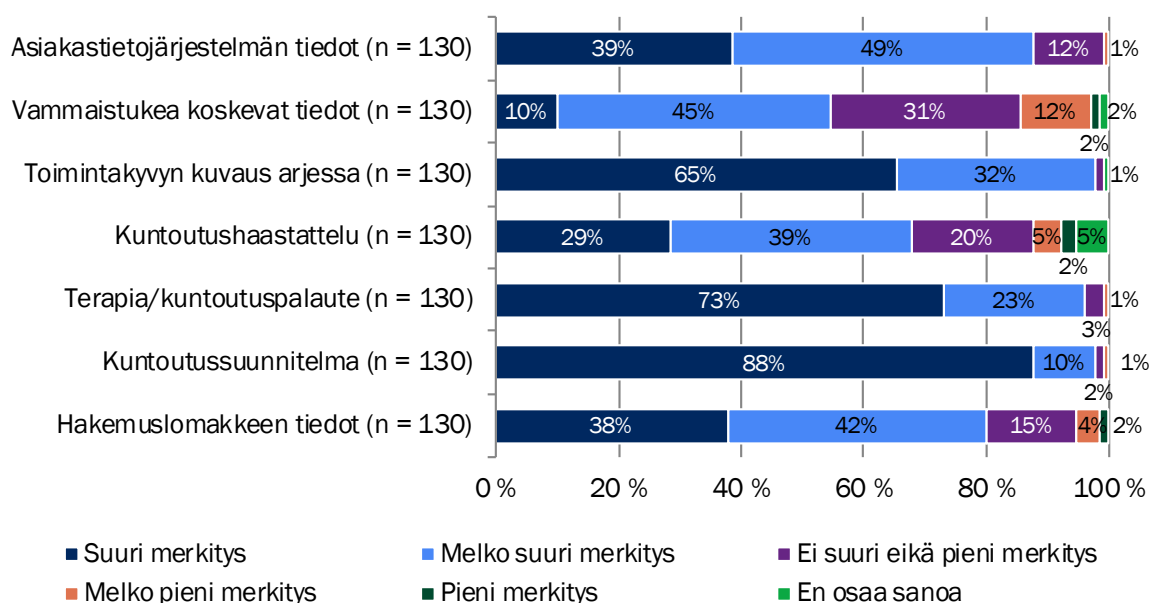
Etuuskäsittelijöiden ja asiantuntijalääkärien arviot saatavilla olevan tiedon riittävydestä olivat hyvin yhdenmukaisia. Ainoa havaittava ero oli se, että etuuskäsittelijät olivat asiantuntijalääkäreitä useammin ( $p = 0,038$ ) sitä mieltä, että asiakastapauksesta on saatavilla erittäin hyvin tai hyvin tietoa, jonka avulla arvioida oireilun vaikutusta yksilön elämään. Tietojen saatavuudesta muodostetulla summamuuttujalla ei havaittu merkitseviä alueellisia eroja.

### 5.3 Laaja-alaisen arvioinnin tekeminen asiakkaan tilanteesta

Vastaajilta tiedusteltiin eri tiedonlähteiden merkitystä tehtäessä laaja-alaista arviota asiakkaan tilanteesta (kuvio 7). Enemmistö vastaajista ilmoitti kaikki kysytyt tiedonlähteet merkitykseltään suureksi tai melko suureksi arvioinnissa. Tärkeimmiksi tietolähteiksi arviointityössä nousivat kuntoutussuunnitelma, toimintakyvyn kuvaus arjessa sekä kuntoutus- tai terapiapalaute. Kuntoutussuunnitelma oli arviointityössä lähes neljälle vastaajalle viidestä merkitykseltään suuri. Toimintakyvyn kuvauksen arjessa ilmoitti merkitykseltään suureksi 65 prosenttia vastaajista ja melko suureksi kolmannes vastaajista. Useimmat vastaajista (73 %) arvioivat terapiapalautteen merkitykseltään suureksi.

Vammaistukea koskevat tiedot olivat kysytyistä tiedonlähteistä se, joka arvioitiin merkitykseltään useimmiten neutraaliksi tai pieneksi kokonaisvaltaista arviota laadittaessa. Vastaajista miltei kolmannes (31 %) arvioi, että vammaistuen merkitys ei ollut suuri eikä pieni. Melko pieneksi tai pieneksi vammaistukea koskevien tietojen merkityksen arvioi runsas kymmenesosa (13 %) vastaajista. Tulosta voidaan pitää odotettuna, sillä vaikka vammaistuen taso ei enää ole kuntoutuksen myöntöedellytys, löytyy vammaistukitiedoista kirjattuna paljon kuntoutujan toimintakykyä koskevaa tietoa.

**Kuvio 7.** Etuuskäsittelijöiden ja asiantuntijalääkärien näkemykset siitä, kuinka suuri merkitys kysytyillä tiedonlähteillä on tehtäessä laaja-alaista arviota asiakkaan tilanteesta ( $n = 130$ ).



Asiantuntijalääkärien ja etuuskäsittelijöiden välillä oli tilastollisesti merkitseviä eroja sen suhteen, miten merkitykselliseksi hakemuslomakkeen tiedot ja vammaistukea koskevat tiedot

nähtiin laaja-alaisen arvion teossa. Etuuskäsittelijöille hakemuslomakkeen tiedoilla oli suurempi merkitys arvioinnissa kuin asiantuntijalääkäreillä ( $p < 0,001$ ). Tulosta selittää se, että asiantuntijalääkäri keskittyy arviossaan erityisesti lääketieteellisiin seikkoihin, mutta lopullisen päätöksen asiakaan hakemuksesta tekee etuuskäsittelijä. Vammaistukea koskevilla tiedoilla oli asiantuntijalääkäreille etuuskäsittelijöitä useammin neutraali merkitys ( $p = 0,011$ ). Alueiden välillä ei havaittu tilastollisesti merkitseviä eroja eri tiedonlähteiden tärkeydessä arviointityössä.

Vastaajilta tiedusteltiin lopuksi sitä, kuinka helpoksi tai vaikeaksi he kokivat ratkaisu- ja arviointityöhön liittyvien osa-alueiden arvioimisen vaativan lääkinnällisen kuntoutuksen asiakastapauksissa (kuvio 8, s. 23). Useimpien (59 %) vastaajien mielestä oli helppoa tai melko helppoa arvioida sitä, milloin toimintakyvyn haitta on niin suuri, että se aiheuttaa huomattavia vaikeuksia arjen suoriutumiseen ja osallistumiseen. Helposti arvioitavaksi koettiin myös kuntoutuksen liittyminen sairaanhoitoon<sup>2</sup>: vastaajista hieman yli puolet ilmoitti tämän helpoksi tai melko helpoksi arvioida. Samoin suositellun kuntoutuskokonaisuuden tarpeellisuus osallistumisen ja suoriutumisen näkökulmista oli 44 prosentille vastaajista helppoa tai melko helppoa arvioida.

Haastavimpina arviointikohteina nähtiin kuntoutuksen hoidollisuuden arviointi<sup>3</sup>, terapian päätösvaiheen arviointi sekä sen arvioiminen, milloin terapia saatettiin toteuttaa ohjauksellisesti<sup>4</sup>. Vastaajista 44 prosenttia ilmoitti vaikeaksi tai melko vaikeaksi arvioida sitä, milloin kuntoutuksen tavoitteet ovat ainoastaan hoidollisia. Yhtä suuri osuus (44 %) vastaajista koki terapian päätösvaiheen arvioimisen erittäin tai melko vaikeaksi. Samoin lähes vastaava osuus (41 %) ilmoitti, että oli erittäin tai melko vaikeaa arvioida milloin terapia voi toteutua ohjauksellisesti.

Vastaukset jakaantuivat kaikissa kysytyissä osa-alueissa niin, että osa koki arviointikohteen helposti arvioitavaksi ja osa taas erityisen haastavaksi. Tämän tyyppiset näkemuserot saivat tukea myös kyselyn avovastauksista; sekä etuuskäsittelijä että asiantuntijalääkäri kommentoivat hakijan tilanteen arvioinnin haasteellisuutta seuraavasti:

”Psykiatristen asiakkaiden kohdalla myös asiantuntijalääkäreillä eriäviä mielipiteitä siitä, onko kuntoutus vielä sairaanhoitoon liittyvää. Heidän kohdallaan myös vaihtelevuutta suoriutumisen ja osallistumisen rajoitteen arvioinnissa. Asia ei ole selkeä edes psykiatriasiantuntijalääkäreille.” (EK)

”Osallistumisen ja suoriutumisen sekä huomattavan vaikeuden arvioiminen on haastavaa. Varsinkin vaativana haettavat psykoterapiat –.” (ATL)

---

2 Ohjauksellisessa terapiassa asiakkaan läheinen tai esimerkiksi henkilökohtainen avustaja ohjaa kuntoutujaa tavoitteiden mukaisesti asuin- nissa kodin ulkopuolella ja arkiympäristössä terapeutilta saamansa neuvonnan perusteella. Kun terapian on perusteltua toteuttaa ohjauksellisesti, myönnettävien terapiakertojen määrä voi olla vähäinenkin.

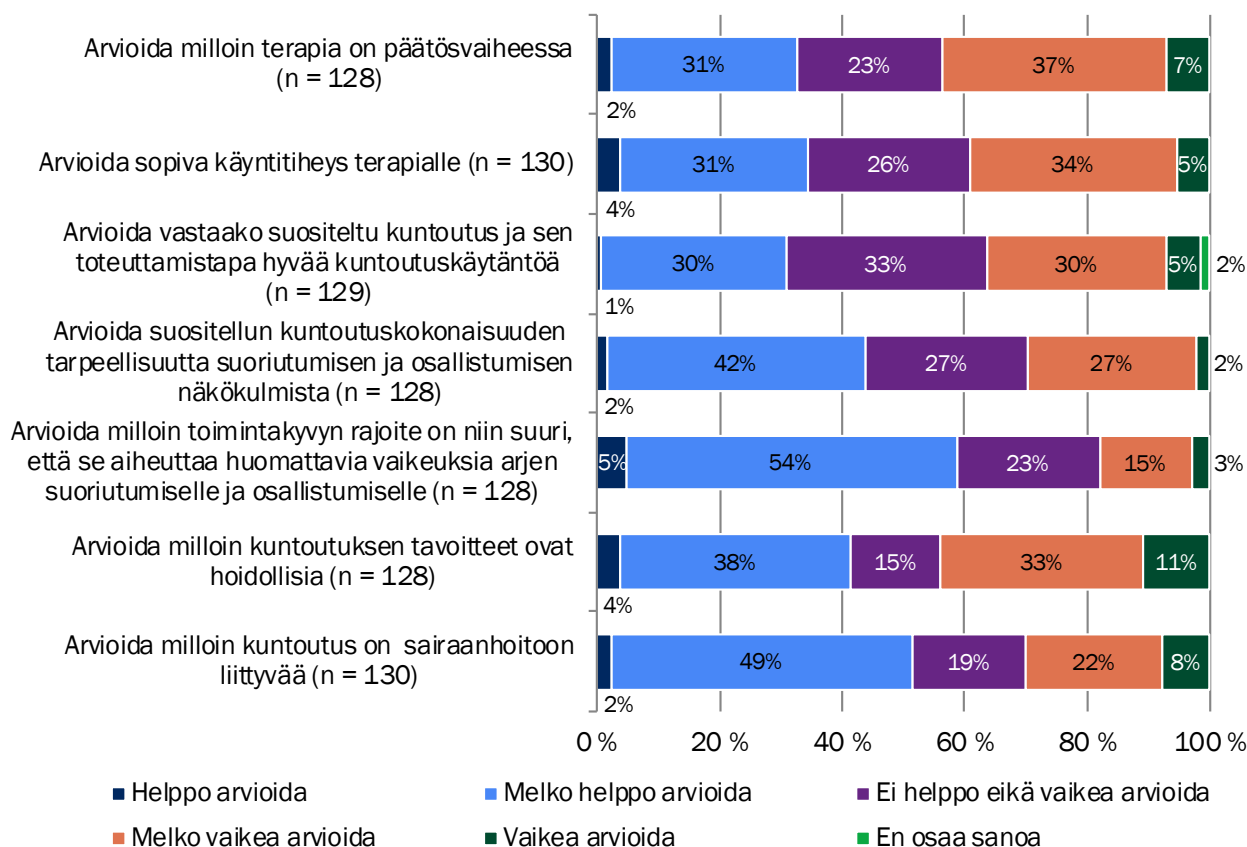
3 Julkinen terveydenhuolto vastaa välittömästä sairaanhoidosta ja siihen liittyvästä kuntoutuksesta.

4 Kuntoutus on hoidollista silloin, kun sen kuntoutuksella ei voida mahdollistaa suoriutumista opiskelusta, työstä tai muista arjen toiminnoista, ja kuntoutuksen tavoitteet ovat ainoastaan hoidollisia. Hoidollisen kuntoutuksen järjestämisvastuu on julkisella terveydenhuollolla.

Asiantuntijalääkärit ilmoittivat etuuskäsittelijöitä useammin ( $p = 0,002$ ), että on helppoa tai melko helppoa arvioida, vastaako suositeltu kuntoutus ja sen toteuttamistapa hyvää kuntoutuskäytäntöä. Vastaavasti etuuskäsittelijät ilmoittivat asiantuntijalääkäreitä useammin tämän arvioimisen olevan vaikeaa tai melko vaikeaa. Etuuskäsittelijät kokivat asiantuntijalääkäreitä useammin ( $p = 0,005$ ) vaikeaksi tai melko vaikeaksi arvioida sitä, milloin terapia voi toteutua ohjauksellisesti. Samoin etuuskäsittelijöille sopivan käyntitiheyden arviointi oli vaikeampaa kuin asiantuntijalääkäreille ( $p = 0,048$ ). Näin asiaa kommentoitiin kyselyn avovastauksessa:

”Suoriutumisen ja osallistumisen rajoite on hyvä pohja kuntoutustarpeen arvioinnille. Laki antaa hyvät edellytykset arvioida kuntoutuksen tarpeellisuutta, erityisesti ns. automaattiset moniammatilliset laitosjaksot on helpompi arvioida – –.” (ATL)

**Kuvio 8.** Etuuskäsittelijöiden ja asiantuntijalääkärien näkemykset siitä, kuinka helppoa tai vaikeaa on arvioida kysytyjä osa-alueita Kelan vaativan lääkinällisen kuntoutuksen asiakastapauksissa ( $n = 128-130$ ).



Arvioinnin vaativuutta kartoittaneista kysymyksistä muodostettiin vielä summamuuttuja, jonka avulla tarkasteltiin vastaajan kokemusta arvioinnin vaativuudesta kokonaisuudessaan. Summamuuttujalla mitattuna asiantuntijalääkärit kokivat arvioinnin keskimäärin helpomaksi kuin etuuskäsittelijät ( $p = 0,028$ ). Etuuskäsittelijät, joilla oli opistotason koulutus muilta kuin sosiaali- ja terveystieteiltä, ilmoittivat arvioinnin olevan keskimäärin haastavampaa verrattuna etuuskäsittelijöihin, joilla oli sosiaali- tai terveystieteiden tutkinto ( $p = 0,006$ ). Sen sijaan työ-

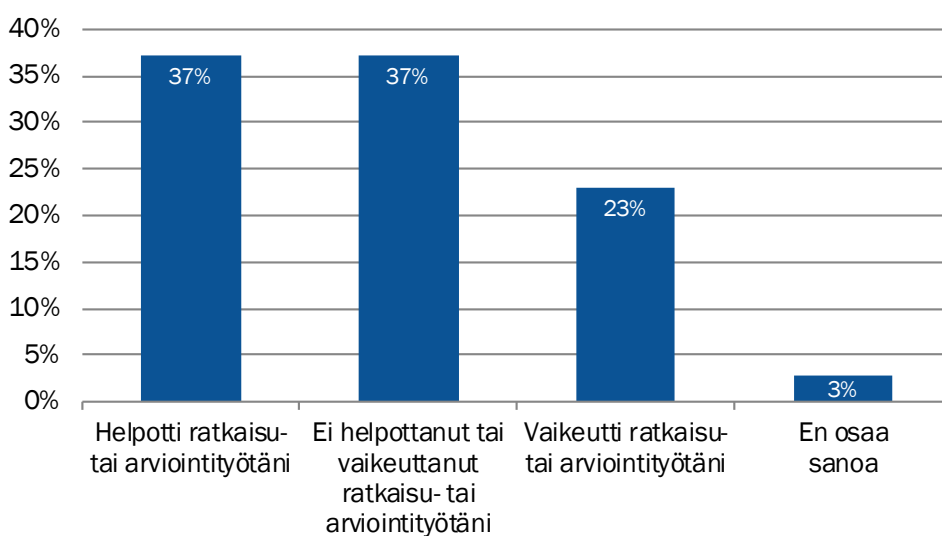
kokemus Kelassa ei ollut yhteydessä siihen, kuinka helpoksi tai vaikeaksi arviointi kokonaisuudessaan koettiin. Alueiden välinen ero arvioinnin haasteellisuudessa ei juuri ja juuri ollut merkitsevä ( $p = 0,056$ ).

## 5.4 Vaativan lääkinällisen kuntoutuksen lainmuutoksen tavoitteiden saavuttaminen

Lainmuutosta koskevassa kysymysosiossa vastaajilta tiedusteltiin, olivatko he ratkaisseet vaativaa lääkinällistä kuntoutusta, eli vaikeavammaisten lääkinällistä kuntoutusta, ennen 1.1.2016 voimaan tullutta lainmuutosta. Vastaajista valtaosalla (81,5 %) oli kokemusta ratkaisu- ja arviointityöstä ennen lainmuutosta. Etuuskäsittelijöistä suurempi osuus asiantuntijalääkäreihin verrattuna (87 % vs. 70 %) oli tehnyt ratkaisutyötä ennen lainmuutosta. Ero oli tilastollisesti merkitsevä ( $p = 0,015$ ), ja sitä voi pitää odotettuna, sillä asiantuntijalääkäreissä oli taustatietojen perusteella etuuskäsittelijöihin verrattuna enemmän uusia työntekijöitä.

Vastaajilta, jotka ilmoittivat tehneensä ratkaisutyötä ennen lainmuutosta, kysyttiin, oliko lainmuutos helpottanut tai vaikeuttanut heidän työtään (kuvio 9). Vastaukset jakautuivat niin, että 37 prosenttia vastaajista ilmoitti lainmuutoksen helpottaneen ratkaisu- tai arviointityötä. Vastaava osuus (37 %) arvioi, että lainmuutos ei ollut helpottanut tai vaikeuttanut ratkaisu- tai arviointityötä. Neljännos vastaajista (23 %) ilmoitti puolestaan lainmuutoksen vaikeuttaneen työtään. Asiantuntijalääkärien ja etuuskäsittelijöiden välillä ei ollut tilastollisesti merkitsevää eroa sen suhteen, miten lainmuutoksen koettiin vaikuttaneen ratkaisu- tai arviointityöhön. Sen sijaan alueiden välillä vaikutti olevan merkitsevää eroa, mutta khiin neliö -testin ehdot eivät täyttyneet.

**Kuvio 9.** Vastaajan arvio siitä, kuinka vuonna 2016 voimaan astunut vaativaa lääkinällistä kuntoutusta koskeva lainmuutos vaikutti arviointityöhön, % (n = 108).





Kyselyn avovastauksissa ne vastaajat, jotka olivat kokeet lainmuutoksen vaikeuttaneen työtänsä, toivat sen myös esille. Vastauksissa viitattiin siihen, että ennen lainmuutosta ratkaisutai arviointityö oli joutuisampaa ja selkeämpää, kuten seuraava sitaatti myös toi esille:

”Kokonaisuutena ratkaisutyö on vaikeutunut ja hidastunut.” (EK)

Vaativan lääkinnällisen kuntoutuksen lainmuutoksen ratkaisutyötä ennen vuotta 2016 tehneiltä tiedusteltiin lainmuutoksen seurauksia koskevien väittämien avulla sitä, oliko lainmuutos edistänyt hallituksen esityksessä (HE 332/2014) lainmuutoksen tavoitteiksi asetettuja osa-alueita. Vastausten jakauma esitetään kuviossa 10 (s. 26). Enemmistö vastaajista näki, että lainmuutoksella oli parannettu kaikkia kysymyksessä esitettyjä osa-alueita. Eniten samaa mieltä vastaajat olivat siitä, että lainmuutos paransi kuntoutuksen myöntämisessä toimintakyvyn laaja-alaista arviointia. Miltei yhdeksän vastaajaa kymmenestä (87 %) oli väittämästä täysin tai jokseenkin samaa mieltä. Valtaosa (85 %) vastaajista oli myös täysin tai jokseenkin samaa mieltä siitä, että lainmuutos oli parantanut sairauteen tai vammaan liittyvien vaikeuksien huomiointia arjen toiminnoista suoriutumisessa tai osallistumisessa.

Lääkinnällistä kuntoutusta tarvitsevien lasten ja nuorten aseman parantumisesta lainmuutoksen myötä oli täysin tai jokseenkin samaa mieltä neljä vastaajaa viidestä. Lainmuutoksen nähtiin myös parantaneen kuntoutuksen käynnistymistä kuntoutustarpeen mukaan: täysin tai jokseenkin samaa mieltä oli 79 prosenttia vastaajista. Hyvän kuntoutuskäytännön mukaisen kuntoutustoiminnan edistymisestä lainmuutoksen myötä oli täysin tai jokseenkin samaa mieltä miltei 70 prosenttia vastaajista. Lisäksi enemmistö vastaajista näki lainmuutoksen parantaneen kuntoutuksen oikea-aikaisuutta (66 %) ja kuntoutuksen alkamista riittävän varhaisessa vaiheessa (67 %). Eteneviä sairauksia sairastavien aseman parantumisesta vastaajat olivat epävarmempia: väittämästä samaa mieltä oli lähes puolet (48 %) vastaajista, mutta täysin tai jokseenkin eri mieltä 16 prosenttia.

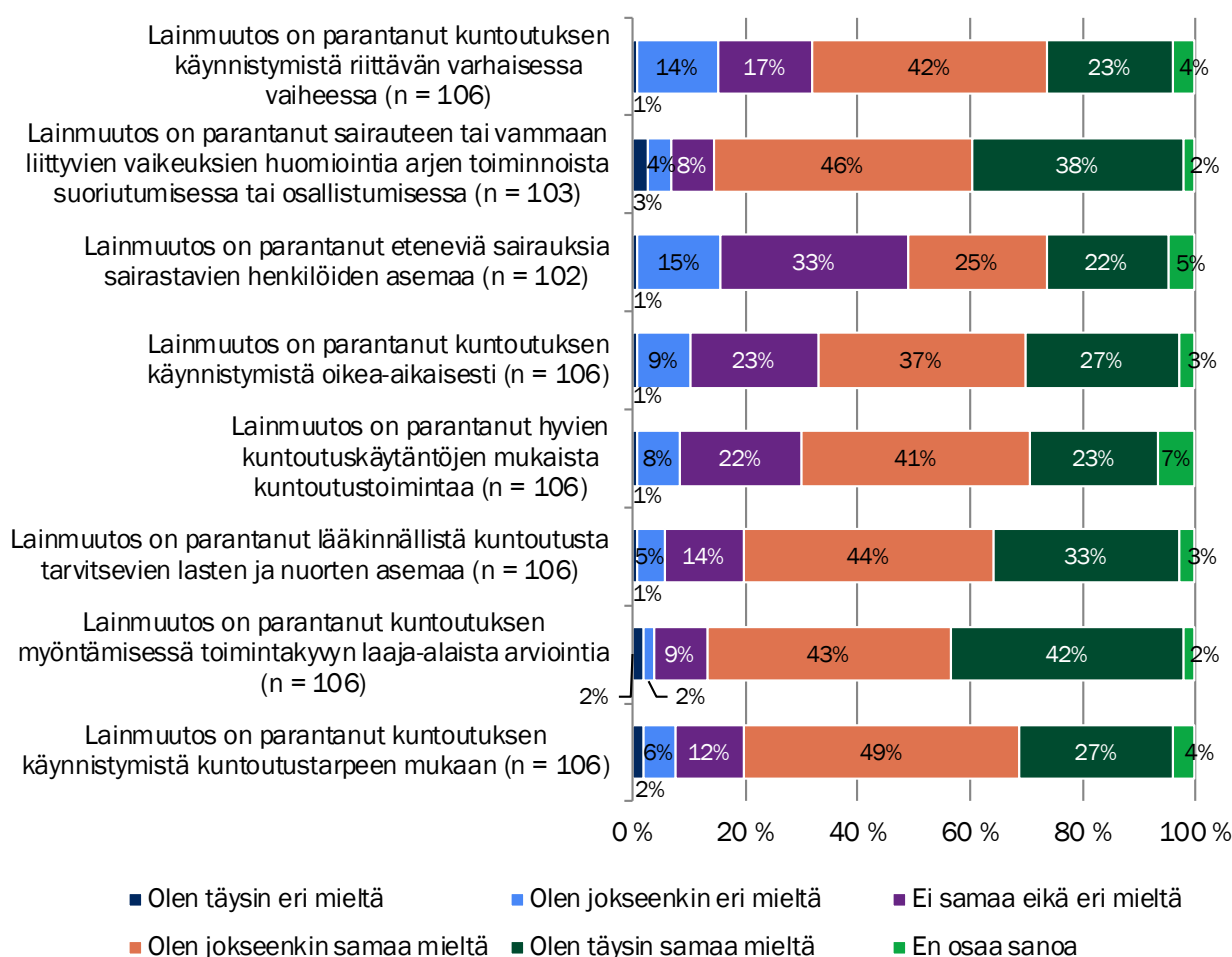
Asiantuntijalääkärien ja etuuskäsittelijöiden vastaukset eivät poikenneet toisistaan tilastollisesti merkitsevästi yhdenkään väittämän kohdalla. Myös kyselyn avovastauksissa molemmat vastaajaryhmät kommentoivat runsaasti ja erittäin myönteisesti lainmuutoksen henkeä. Erityisesti tuotiin esille se, että vammaisuus-kytkennän poistuminen loi tasa-arvoa ja oikeudenmukaisuutta kuntoutuksen myöntämiseen sekä mahdollisti kuntoutuksen paremman oikea-aikaisuuden.

”Vammaisuuskytköksen poistuminen ja ICF -viitekehyksen käyttöönotto oli loistava parannus vaativan kuntoutuksen asiakkaille!” (EK)

”Vammaisuuskytköksen poistuminen vaikutti siihen, että kuntoutusta haetaan monesti varhaisemmassa vaiheessa. Mielestäni tämä näkyy myös noissa hylkisyissä: kuntoutusta haetaan jo siinä vaiheessa kun ei vielä ole huomattavia vaikeuksia, toisaalta taas kuntoutus päästään myöntämään aikaisemmin ja kuntoutujien toimintakykyä pystytään kuntoutuksen keinoin tukemaan ja ylläpitämään.” (ATL)

Lainmuutoksen vaikutuksia koskevista väittämistä muodostettiin kaikki kahdeksan kysymystä sisältävä summamuuttuja. Asiantuntijalääkärien ja etuuskäsittelijöiden näkemykset lainmuutoksen vaikutuksista eivät summamuuttujan avulla tarkasteltuna poikenneet toisistaan tilastollisesti merkitsevästi. Eroa ei myöskään ollut erityisvastuualueiden tai Kelassa hankitun työkokemuksen välillä. Sen sijaan se, miten lainmuutoksen koettiin vaikuttaneen ratkaisutyöhön, näkyi lainmuutoksen tavoitteiden arvioinnissa. Vastajat, jotka kokivat lainmuutoksen vaikeuttaneen ratkaisutyötä, antoivat myös keskimäärin kriittisempiä arvioita lainmuutoksen tavoitteiden toteuttamisesta muihin vastaajiin verrattuna ( $p = 0,002$ ). Lisäksi vastajat, jotka kokivat lainmuutoksen helpottaneen työtään, kokivat uuden lain mukaisen arviointityön kokonaisuudessaan helpommaksi ( $p = 0,031$ ) verrattuna vastaajiin, jotka arvioivat lainmuutoksen vaikeuttaneen työtään.

**Kuvio 10.** Vastaajien arviot siitä, paransiko lainmuutos esitettyjä asioita vaativassa lääkinnällisessä kuntoutuksessa.



## 5.5 Lainmuutos kuntoutuksen hylkäysperusteiden valossa

Vastajia pyydettiin avovastauksessa kommentoimaan lainmuutosta. Kysymyksen vinjetti oli listaus kuntoutuksen hylkäävien päätösten hylkäysperusteista ennen ja jälkeen lainmuutoksen (ks. taulukko 2, s. 27). Vinjetin tarkoitus oli kannustaa pohtimaan lainmuutosta konkreettisesti. Kysymykseen vastattiin erittäin aktiivisesti; vastausten tyyli oli pohtiva ja arvioiva.

**Taulukko 2.** Viisi yleisimmin käytettyä hylkäysperustetta hylkäävissä päätöksissä ennen lainmuutosta ja sen jälkeen.

	2014	2016
1.	Kuntoutus ei perustu kuntoutussuunnitelmaan	Hakijalla ei huomattavia vaikeuksia
2.	Avohoito on riittävä	Kuntoutus ei tarpeen suoriutumiselle ja osallistumiselle
3.	Kuntoutus ei ole tarpeen toimintakyvyn säilyttämiseksi	Kuntoutus ei perustu kuntoutussuunnitelmaan
4.	Hakija ei saa vammaisetuutta tai hoitotukea	Ei laitosjaksoa, terapia riittävää
5.	Ei saa korotettua vammaisetuutta eikä ole vaikeavammainen	Omaisien ohjaus- ja tukikäynnit ei tarpeen

Avovastausten temaattisessa sisällönanalyysissä tuli esille kaksi pääteemaa: 1) arviointi- ja päätöksenteko sekä 2) hakija. Pääteemat jakautuivat alateemoihin, joihin tekstisegmentit koodattiin. Toisaalta teemojen väliset rajat menivät jossain määrin limittäin.

Pääteemassa 'arviointi- ja päätöksenteko' vastaajat kommentoivat selkeästi oman työn näkökulmasta, jolloin he pohtivat kuntoutuksen ja hoidon suhdetta, toimintakykyä ja tarpeenmukaisuutta sekä huomattavan vaikeuden arviointia. Lisäksi kuntoutussuunnitelmaa sekä terapiamääriä pohdittiin erityisesti kuntoutusta koskevan päätöksen sisällön näkökulmasta. Yleisesti näkemykset lakimuutoksen heijastumisesta omaan työhön jakautuivat kahtia: osan mielestä lakimuutos helpotti ja osan mielestä vaikeutti arviointi- ja päätöksentekotyötä. Hankaloituminen liittyi erityisesti 'huomattavan vaikeuden' arviointiin. Asiantuntijalääkärit pohtivat varsinkin kuntoutuksen tarpeenmukaisuutta ja toimintakykyä. Kysymys on myös uudenlaisten käsitteiden ja niiden sisältöjen omaksumisesta.

Hylkyperusteissa kommentoitiin erityisesti ohjauskäyntejä sekä laitosjaksoja, joiden myöntämiskäytännöissä oli tapahtunut merkittävä muutos. Kuntoutuksen myöntämiskäytäntöjä kommentoitiin yleisemminkin näin:

"Vaativan kuntoutuksen myöntäminen on tiukentunut joiltain osin. Esimerkiksi moniammatillisen yksilökuntoutuksen myöntämistä harkitaan tarkemmin ja vuosittain toistuvat kuntoutusjaksot ovat vähentyneet huomattavasti." (EK)

Tarpeenmukaisen kuntoutusmäärän arvioinnin haasteellisuutta pohtivat sekä asiantuntijalääkärit että erityisesti etuuskäsittelijät. Terapiamäärien arvioimisessa yhdistyi ja konkretisoitui lain sisältö, Kelan etuusohje ja asiakkaan kuntoutussuunnitelma, kuten eräs etuuskäsittelijä seuraavassa kommentissaan toi esille.

"Mielestäni ohjeet ja etenkin kuntoutussuunnitelma tulisi olla sellainen, että ei tarvitsisi kyseenalaistaa terapiakertojen määrää tai ohjauskäyntejä. Voitaisiin olla samaa mieltä kuntoutussuunnitelman laatijatahon kanssa ja näin olisi helpompi tehdä päätös. Liiksi ollaan menty myös siihen, että alennetaan terapiamääriä suhteettomasti. Jos asiakas on saanut esim. fysioterapiaa 45 kertaa vuodessa ja siitä hyötynyt, niin

Kelalla lähdetään heti vähentämään 20 kertaan vuodessa, vaikka hoitotaho suosittelee edelleen 45 tai kertaviikkoista, mikä tarkoittaa 40 kertaa vuodessa (mutta, jota määrää ei laissa ole määritelty). Nämä kertamäärät pitäisi olla laissa määritelty. Mikä on kertaviikkoinen, tai kaksi kertaa viikossa... On yksilökohtaista millä terapiamäärällä tilanne pysyy hyvänä – –.” (EK)

Kuntoutussuunnitelmaa koskevat kommentit liittyivät toisaalta hylkyperusteisiin ja toisaalta kuntoutussuunnitelmien laatuun. Tässä näkemykset myös jakautuivat: osan mielestä suunnitelmien laatu on kohentunut, osan mielestä pulma on edelleen huonosti laaditut hakemusasiakirjat. Tällä viitattiin Kelan kuntoutusta koskevaan huonoon tietämykseen terveydenhuollossa, erityisesti lääkäreiden keskuudessa.

Eniten yksittäisiä sitaatteja molemmissa vastaajaryhmissä kertyi teemaan, joka koski hylkyperusteissa kuntoutuksen ja vammaisetuuskytköksen poistumista. Muutosta pidettiin poikkeuksetta myönteisenä asiana, erityisesti asiakkaiden kuntoutukseen pääsyn oikea-aikaisuuden ja tasa-arvon näkökulmasta.

”Ei saa korotettua vammaisetuutta eikä ole vaikeavammainen – Tämä on onneksi poistunut, kytkös vammaisetuuteen aiheutti erittäin hankalia ja epäreiluja tilanteita.” (ATL)

Kaksi vastaajaa toi kuitenkin esille, että aiempi etuuskytkentä nopeutti päätöksentekoa; nykyään ”päästösten perusteluun pitää kiinnittää enemmän huomiota”. Toisaalta muutama vastaaja kommentoi, että etuuskytköksen poistuttua hakemuksissa saatetaan ikään kuin ’kokeilla’ kuntoutuksen saamista vaativana lääkinnällisenä, esimerkiksi psykoterapiassa. Tämä liittyi läheisesti kuntoutustarpeen arviointiin ja päätöksentekoon, jossa lainmuutoksen jälkeen on kohdattu haasteellisuutta.

”Muutoksen jälkeen on tullut paljon ’uudenlaisia’ hakemuksia lievempiin sairauksiin ja vammoihin liittyen ja vaikeuksien tason arviointi on korostunut.” (ATL)

Asiakasta koskevassa pääteemassa tuli esille asiakkaan oman ja lähiverkoston aktiivisuuden korostuminen, joka liittyi myös vaativan lääkinnällisen kuntoutuspalvelun luonteeseen, joka on kirjattu uudistettuun lakitekstiinkin. Asiakkaan näkökulmasta pidettiin tärkeänä, että kuntoutuspäätös on huolellisesti perusteltu; asiakkailla on tarve ja oikeus saada tietoa kuntoutuspalveluista. Toisaalta tämä kytkeytyi myös lisääntyneisiin valituksiin; oikeat ja riittävät perustelut ovat olennaisia muutoksenhakuprosessissa myös Kelan näkökulmasta. Lisäksi eräs etuuskäsittelijä myös totesi:

”Hyllyn perusteluissa tulee aina muistaa yksilöllisyys, vaikka fraaseja käytetäänkin ja ne ovat hyvä pohja päätökselle.” (EK)

## 5.6 Näkemyksiä Kelan vaativan lääkinnällisen kuntoutuksen asiantuntijatyön kehittämiseksi

Kyselyn lopussa vastaajille tarjottiin vielä tilaisuus kertoa näkemyksiään avovastauksessa, jonka teemaa ei rajattu. Tähän vastasivat aktiivisesti molemmat vastaajaryhmät. Keskeisin teema, jotka käsiteltiin, oli erilaiset kehittämissuunnitelmat. Lisäksi kaksi vastaajaa kommentoi Kelan sisäisiä muutoksia esim. organisaatiomuutosta, joilla nähtiin kielteisiä vaikutuksia vaativan lääkinnällisen kuntoutuksen alueen tehtävien hoitamiseen.

Vastauksissa tuotiin etenkin esille koulutustarpeita (erityisesti ICF), tiedottamista ja sidosryhmäyhteistyötä. Sidoryhmäyhteistyön tavoite liittyi kuntoutustietämyksen vahvistamiseen ja erityisesti kuntoutussuunnitelmien laadun nostamiseen. Yhteistyön ja tiedottamisen vahvistamista toivottiin sekä kuntoutuksen palveluntuottajien että kuntoutussuunnitelmia tekevien tahojen suuntaan. Myös asiakkaille nähtiin tärkeänä tuottaa lisätietoa palveluista. Lisäksi esitettiin toive saada vaivattomasti käyttöön kuntoutushakemusten muutosasteen (SAMU<sup>5</sup>, Vakuutusoikeus) päätökset. Juridisesti nämä päätökset rajaavat viranomaisen harkintaa, joten olisikin perusteltua, että ne myös olisivat etuuskäsittelijöillä ja asiantuntijalääkäreillä helposti saatavilla.

Useissa vastauksissa tuotiin esille tarvetta lisätä vuoropuhelua niin Kelan toimijoiden sisällä kuin sidosryhmiin Kelan ulkopuolella. Vuoropuhelulla tavoiteltiin parannusta toimintatapojen yhtenäistämisen, prosessien sujuvoittamisen sekä osaamisen kehittämisen näkökulmasta. Näin asiaa kuvattiin vastauksessa:

”Enemmän pitäisi olla etuuskäsittelijöiden ja osaamiskeskuksen välistä vuoropuhelua erilaisista asiakastilanteista, asiakastapauksista, toimintakyvystä. Vuoropuhelussa voitaisiin enemmän avata toimintakykyä, rajoitetta, huomattavaa, osallistumista ja suoriutumista. Koulutuksissa ei ole enää mitään mahdollisuutta keskustelulle. Jos keskustellaan, joku asiantuntijalääkäri tai -lääkärit alkavat puhua lääkärin näkökulmasta ja ollaan ihan eri tasolla, millä etuuskäsittelijät haluaisivat asioista käsitellä. Asiantuntijalääkärit menevät tutkimustietoihin ja julkaisuihin. Etuuskäsittelijät menevät asian ytimeen eli asiakkaan tilanteisiin ja arjen haasteisiin.” (ATL)

## 6 POHDINTA

Tämä tutkimus kohdistui Kelan vaativan lääkinnällisen kuntoutuksen lainmuutoksen toimeenpanoon. Tutkimus tuotti tietoa siitä, millaisia seuraamuksia kuntoutuksen myöntöedellytysten muuttumisella on ollut kuntoutushakemusten ratkaisutyöhön. Erityisesti selvitettiin, miten ICF-luokitukseen nojaavaa laaja-alaista toimintakyvyn arviointia tehdään asiakkaan kuntoutustarvetta sekä suoritus- ja osallistumisrajoitetta määriteltäessä. Pohdimme seuraavassa tutkimuksen tuloksia etenkin ammatillisen harkinnan näkökulmasta.

---

<sup>5</sup> Sosiaaliturva-asioiden muutoksenhakulautakunta.

Ammatillisen harkinnan perspektiivistä Kelan vaativan lääkinällisen kuntoutuksen lainmuutos merkitsi varsin suurta muutosta kuntoutuksen etuuskäsittelijöiden ratkaisutyöhön. Kun ennen lainmuutosta kuntoutus myönnettiin verrattain kaavamaisesti perustuen muihin myönnettyihin Kelan vammaisetuksiin, oli oikeus kuntoutukseen jo ikään kuin ennalta määritelty. Yksilökohtaiselle harkinnalle oli suhteellisen vähän tilaa. Lainmuutoksen myötä etuuskäsittelijöille nimenomaisesti delegoitiin harkintavaltaa yksilöllisten tilanteiden huomioimiseksi kuntoutuspäätöksissä.

Aiemmassa tutkimuksessa, jossa analysoitiin suomalaisten ja ruotsalaisten sosiaalityöntekijöiden harkintavaltaa koskevia asenteita, erottui kaksi erilaista ryhmää: regulatiivinen ja liberaatiivinen. Ensimmäiseen liittyy halukkuus lisätä ohjeistusta ja sanktiota ja jälkimmäiseen puolestaan työntekijän harkinnan ja asiakaslähtöisyyden lisääminen. (Blomberg ym. 2014.) Kyseinen havainto myötäilee myös tämän tutkimuksen tuloksia siinä, että tässä tutkimuksessa suurin osa piti lainmuutosta onnistuneena eikä kokenut sen tuomaa harkinnan lisääntymistä arviointi- tai päätöksentekotilanteissa erityisen pulmallisena vaan asiakaslähtöisyyttä lisäävänä positiivisena asiana. Suhteellisen pieni määrä vastaajia puolestaan koki muutoksen ja sen vaikutukset omaan työhönsä kielteisemmin. He myös toivat esille haasteellisena päätöksentekoa ohjaavien normien ja ohjeiden väljyyden; etuusohjeilta odotettiin selkeyttä ja täsmällisyyttä.

Tämän tutkimuksen aineistossa näkemykset lainmuutoksen vaikutuksista eivät niinkään liittyneet tehtävärooliin, työntekijöiden ikään tai työkokemukseen kyseisissä tehtävissä. Työntekijän työkokemuksen pituudella on kuitenkin havaittu olevan merkitystä: vanhuspalveluiden alueella toteutetussa ruotsalaistutkimuksessa huomattiin, että työntekijät, joilla oli vähemmän kokemusta kyseisistä työtehtävistä, kokivat haasteelliseksi harkintavallan käyttämisen päätöksentekotilanteessa (Olaison ym. 2018). Tämän tutkimuksen aineiston analyysin pohjalta voi pohtia sitä, missä määrin erot liittyvät ennemminkin työntekijöiden omiin asenteisiin ja arvoihin sekä paikalliseen johtamis- ja organisaatiokulttuuriin kytkeytyviin tekijöihin.

Harkintaan vaikuttaa aina myös ratkaisijan koulutus, joka voi muokata henkilön arvoja ja periaatteita (Kotkas ja Kalliomaa-Puha 2014). Sosiaali- ja terveysalan koulutuksen saaneet etuuskäsittelijät kokivatkin arvioinnin keskimäärin helpommaksi kuin etuuskäsittelijät, joilla oli opistotason koulutus muilta aloilta. Samoin asiantuntijalääkäreille vaativaan lääkinälliseen kuntoutukseen liittyvä arvio oli keskimäärin helpompaa kuin etuuskäsittelijöille. Sen sijaan tämän tutkimuksen aineistossa etuuskäsittelijöiden ja asiantuntijalääkäreiden välillä ei kuitenkaan ollut havaittavissa eroja suhtautumisessa lisääntyntä harkintaa tuoneeseen lainmuutokseen. Eroja suhtautumisessa lainmuutoksen vaikutuksiin näytti syntyvän alueiden suhteen, joskin ero ei ollut tilastollisesti merkitsevä ja aineiston pienuuden vuoksi kovin pitkälle meneviä johtopäätöksiä ei voida tehdä. On kuitenkin havaittavaa, että lainmuutoksen myötä harkintavallan merkitys kasvoi Kelan lääkinällisessä kuntoutuksessa. Tämä on haastanut ratkaisuja arviointityötä ja tuonut siihen uudenlaisia vaateita, jotka olisi tärkeätä ottaa huomioon asiantuntijoiden osaamisen ja organisaation toiminnan kehittämisessä.

Lain ja organisaation ohjeistuksen lisäksi työlle asetetut ajalliset kehykset määrittävät yksittäisellä ratkaisijalla käytettävissä olevaa tilaa harkinnalle. Kotkaksen ja Kalliomaa-Puhan tutkimuksessa etuuskäsittelijät ilmaisivat, että ratkaisutyölle asetetut aika- ja määrätavoitteet eivät aina mahdollistaneet yksittäisen asiakkaan tapaukseen ja elämäntilanteeseen perehtymistä riittävästi. Toisaalta ajallisten resurssien lisäksi yksilöllisen tilanteen huomioiva harkinta edellyttää, että hakijoiden elämäntilanteesta saatava tieto on tarpeeksi yksityiskohtaista ja kattavaa. (Kotkas ja Kalliomaa-Puha 2014.) Tämän tutkimuksen perusteella vaativan lääkinnällisen kuntoutuksen hakijoista saatavilla oleva tieto ei vielä kaikilta osin ole sellaista, että se parhaalla mahdollisella tavalla tukisi uuden lain mukaisesti tehtävää, kokonaisvaltaiseen arvioon pohjautuvaa harkintaa.

Tämän tutkimuksen aineistossa tuli esille, että ratkaisutyössä käytettävissä olevissa tiedonlähteissä painottui edelleen voimakkaasti hakijan oirekuva, mikä voidaan nähdä heijastuksena kuntoutuksen aiemmin ohjanneesta biolääketieteellistä sairauskäsityksestä ja vajavuuskeskeisestä kuntoutusparadigmasta (ks. Järvikoski 2013). Sen sijaan kuntoutujan yksilö- ja ympäristökäytännöistä välittyi päätöksentekoon paljon heikommin yksilöllisen tilanteen huomioimisessa tarvittavia tietoja. Voidaan myös pohtia, millainen rooli kuntoutuksen hakemuslomakkeella on asiakasta koskevan tiedon välittäjä: asiakkaan roolia voitaisiin vahvistaa muokkaamalla hake-  
musta sellaiseksi, että se mahdollistaisi asiakkaan ja hänen läheistensä näkökulman kuulumisen paremmin kuntoutuspäätöksissä. Päätökset nojautuvat edelleen voimakkaasti ammattilaisten laatimaan kuntoutuspalautteeseen ja kuntoutusuunnitelmaan.

Asiakkaalle päin kuntoutusta koskeva ratkaisu näyttäytyy Kela-instituution tekemänä eikä niinkään tietyn asiantuntijan tekemänä päätöksenä. Rajavaara (2014) toteaa, etteivät asiakkaat henkilökohtaisesti tunne epäluottamusta heitä palvelevia työntekijöitä kohtaan vaan ennemminkin epäillä sitä, toimiiko instituutio sille määritellyn tehtävän mukaisesti. Tämän tutkimuksen aineiston perusteella voidaan kuitenkin sanoa, että myös etuuskäsittelijöiden ja asiantuntijalääkäreiden vastauksissa heijastui varsin voimakas asiakaslähtöisyys; huolta kannettiin asiakkaiden tasa-arvoisuudesta ja oikeudenmukaisuudesta (vrt. Kotkas ja Kalliomaa-Puha 2014, 218). Heidän mielestään lakiuudistus ajoi asiakkaiden etua esimerkiksi kuntoutuksen oikea-aikaisuuden näkökulmasta. Myös organisaation tasolla etuusohjeessa on linjattu, että mahdollisessa rajatapauksessa asia ratkaistaan aina asiakkaan eduksi (Kela 2019). Ammatillisen harkinnan näkökulmasta tässä tutkimuksessa ei tullut esille vastakkainasettelua työntekijöiden ja organisaation ja sen johtamiskäytäntöjen välillä, jollaista on havaittu sosiaalityön alueella työntekijöiden joutuessa ajamaan asiakkaiden etua organisaatiota vastaan (ks. Evans 2010).

## LÄHTEET

[Atlas.ti](https://atlas.ti.fi/). Viitattu 4.1.2019.

Autti-Rämö I, Salminen A-L. Kuntoutumisen hyvät käytännöt. Julkaisussa: Autti-Rämö I, Salminen A-L, Rajavaara M, Ylinen A, toim. Kuntoutuminen. Helsinki: Duodecim, 2016.

Autti-Rämö I, Faurie M, Sakslin M. Vaikeavammaisten kuntoutuksen järjestämisvelvollisuus Suomessa. Aihetta lainsäädännön muutoksiin? Helsinki: Kela, Sosiaali- ja terveysturvan selosteita 79, 2011.

Blomberg H, Kallio J, Kroll C. Regulaatiivista vai liberaatiivista? Kuntien sosiaalityöntekijöiden harkintavaltaan liittyvät asenteet Suomessa ja Ruotsissa. Julkaisussa: Kalliomaa-Puha L, Kotkas T, Rajavaara M, toim. Harkittua? Avauksia sosiaaliturvan harkintavallan tutkimukseen. Helsinki: Kela, Teemakirja 13, 2014: 182–202.

Elo S, Kyngäs S. The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing* 2007; 62 (1): 107–115.

Evans T. Professional discretion in welfare services. Beyond street-level bureaucracy. Farnham: Ashgate, 2010.

Guest G. Applied thematic analysis. Thousand Oaks, CA: Sage, 2012.

HE 332/2014. Hallituksen esitys eduskunnalle laiksi Kansaneläkelaitoksen kuntoutusetuuksista ja kuntoutusrahaetuksista annetun lain muuttamisesta.

Heino P, Toikka T, Autti-Rämö I. [Vammaistuen kriteerit muuttuvat nuoren täyttäessä 16 vuotta. Vaikutukset kuntoutuksen järjestämiseen ja sisältöön.](#) Helsinki: Kela, Työpaperiteita 57, 2014.

Hupe P, Hill M. "And the rest is implementation." Comparing approaches to what happens in policy processes beyond Great Expectations. *Public Policy and Administration* 2016; 31 (2): 103–121.

Järvikoski A. Monimuotoinen kuntoutus ja sen käsitteet. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö, Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 43, 2013.

Kallanranta T, Rissanen P. Vaikeavammaisten lääkinällisen kuntoutuksen tehtäväjako ja yhteistyö. Selvitysmiesten raportti. Helsinki: STM, Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistioita 5, 1996.

Kalliomaa-Puha L, Kotkas T, Rajavaara M. Poliittisesta harkinnasta viranomaisharkintaan. Harkinta Kelan etuusratkaisijoiden näkökulmasta. Julkaisussa: Kalliomaa-Puha L, Kotkas T, Rajavaara M, toim. Harkittua? Avauksia sosiaaliturvan harkintavallan tutkimukseen. Helsinki: Kela, Teemakirja 13, 2014: 8–18.

Kela 2018a. [Muutos-hanke](#). Viitattu 12.9.2018.

Kela 2018b. [Vaativan lääkinällisen kuntoutuksen tutkimuskokonaisuus](#). Viitattu 12.9.2018.

Kela 2019. [Vaativa lääkinällinen kuntoutus -etuusohje](#). Viitattu 12.9.2018.

Kotkas T, Kalliomaa-Puha L. "Maalaisjärjellä ja asiakkaan eduksi". Harkinta Kelan etuusratkaisijoiden näkökulmasta. Julkaisussa: Kalliomaa-Puha L, Kotkas T, Rajavaara M, toim. Harkittua? Avauksia sosiaaliturvan harkintavallan tutkimukseen. Helsinki: Kela, Teemakirja 13, 2014: 204–227.

Kuntaliitto. [Lausunto eduskunnan sosiaali- ja terveysturvalautokunnalle 15.1.2015, Dnro 5980/90/2014](#). Viitattu 12.9.2018.

*Lait:*

L 610/1991. Laki kansaneläkelaitoksen järjestämisestä kuntoutuksesta.



- L 566/2005. Laki Kansaneläkelaitoksen kuntoutusetuuksista ja kuntoutusrahaetuksista.  
L 1326/2010. Terveysturvallisuuslaki.
- L 145/2015. Laki Kansaneläkelaitoksen kuntoutusetuuksista ja kuntoutusrahaetuksista annetun lain muuttamisesta.
- Molander A, Grimen H, Eriksen EO. Professional discretion and accountability in the welfare state. *Journal of Applied Philosophy* 2012; 29 (3): 214–230.
- Mäenpää O. Hallintolaki ja hyvän hallinnon takeet. Helsinki: Edita, 2016.
- Olaison A, Torres S, Forssell E. Professional discretion and length of work experience. What findings from focus groups with care managers in elderly care suggest. *Journal of Social Work Practice* 2018; 32 (2): 153–167.
- Rajavaara M. Ammattilaisten harkintavalta sosiaaliturvan edellytyksenä ja riskinä. Julkaisussa: Kallio-  
maa-Puha L, Kotkas T, Rajavaara M, toim. Harkittua? Avauksia sosiaaliturvan harkintavallan tutkimuk-  
seen. Helsinki: Kela, Teemakirja 13, 2014: 136–154.
- Seppänen-Järvelä R. Monimuotoinen implementaatiotutkimus. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti*  
2017; 54 (2): 151–154.
- Suomela-Markkanen T, Peltonen R. Kuntoutussuunnitelma. Julkaisussa: Autti-Rämö I, Salminen A-L,  
Rajavaara M, Ylinen A, toim. Kuntoutuminen. Helsinki: Duodecim, 2016.
- THL. Lausunto THL/118810.00.00/2014, 8.10.2014. [Vanhentunut linkki poistettu 1.9.2020.] Viitattu  
12.9.2018.

## LIITE

### Vaativan lääkinnällisen kuntoutuksen lainmuutoksen toteutuminen

Kysely vaativan lääkinnällisen kuntoutuksen ratkaisu- tai arviointityötä tekeville asiantuntija-lääkäreille ja kuntoutuksen etuuskäsittelijöille.

1. Vastaaja

- Asiantuntijalääkäri
- Kuntoutuksen etuuskäsittelijä

2a) Mikä on erikoistumisalasi? (kun valittu asiantuntijalääkäri)

Erikoistumisala

vastaus:

2b) Onko sinulla jokin erityispätevyys?

Ei erityispätevyyttä

kuntoutus

vakuutuslääketiede

joku muu, mikä?

2. Mikä on koulutuksesi? (kun valittu kuntoutuksen etuuskäsittelijä)

- Opistotason koulutus, sosiaali- tai terveysala
- Opistotason koulutus, muut alat
- Ammattikorkeakoulututkinto tai ylempi AMK-tutkinto sosiaali- tai terveysalalta
- Muu ammattikorkeakoulututkinto tai ylempi AMK-tutkinto
- Kandidaatin- tai maisterintutkinto
- Muu koulutus, mikä? \_\_\_\_\_

3. Millä ERVA-alueella Kelan toimipisteesi sijaitsee?

- HYKS, (Helsinki ja Uusimaa, Etelä-Karjala, Kymenlaakso, Päijät-Häme)
- TAYS (Pirkanmaa, Etelä-Pohjanmaa, Kanta-Häme)
- KYS (Pohjois-Savo, Etelä-Savo, Itä-Savo, Keski-Suomi, Pohjois-Karjala)
- OYS (Pohjois-Pohjanmaa, Kainuu, Keski-Pohjanmaa, Lappi, Länsi-Pohja)
- TYKS (Varsinais-Suomi, Satakunta, Vaasa)

4. Kuinka pitkään olet ollut töissä Kelassa?

- Alle vuoden
- 1–5 vuotta

- 6–10 vuotta  
 11–15 vuotta  
 Yli 15 vuotta

5. Arvioi kuinka paljon annat arvioita/ratkaisut vaativan lääkinällisen kuntoutuksen hakemuksia (vastaa kokonaislukuna).

Viikoittain \_\_\_\_\_ kpl

Kuukausittain \_\_\_\_\_ kpl

6. Oletko tehnyt lääkinällisen kuntoutuksen ratkaisu- tai arviointityötä ennen vuoden 2016 alussa voimaan tullutta lainmuutosta?

Kyllä  (-> kysymykset 7, 8 ja 9 avautuvat)

Ei  (-> siirtyy suoraan kysymykseen 10.)

7. Mielestäni vuonna 2016 voimaan astunut vaativaa lääkinällistä kuntoutusta koskeva lainmuutos

helpotti arviointi- tai ratkaisutyötäni

vaikeutti arviointi- tai ratkaisutyötäni

ei helpottanut tai vaikeuttanut arviointi- tai ratkaisutyötäni

en osaa sanoa

8. Kuinka hyvin lainmuutos toteutui seuraavissa asioissa? Valitse mielipidettäsi parhaiten vastaava vaihtoehto kussakin väittämässä (1 olen täysin eri mieltä, 2 olen jokseenkin eri mieltä, 3 ei samaa eikä eri mieltä, 4 olen jokseenkin samaa mieltä, 5 olen täysin samaa mieltä)

Lainmuutos on parantanut...

...kuntoutuksen käynnistymistä  
kuntoutustarpeen mukaan. 1.....2.....3.....4.....5

...kuntoutuksen myöntämisessä  
toimintakyvyn laaja-alaista arviointia. 1.....2.....3.....4.....5

...lääkinällistä kuntoutusta  
tarvitsevien lasten ja  
nuorten asemaa. 1.....2.....3.....4.....5

...hyvien kuntoutuskäytäntöjen  
mukaista kuntoutustoimintaa. 1.....2.....3.....4.....5

...kuntoutuksen käynnistymistä  
oikea-aikaisesti. 1.....2.....3.....4.....5

...eteneviä sairauksia sairastavien henkilöiden asemaa. 1.....2.....3.....4.....5

...sairauteen tai vammaan liittyvien vaikeuksien huomiointia arjen toiminnoista suoriutumisessa tai osallistumisessa. 1.....2.....3.....4.....5

...kuntoutuksen käynnistymistä riittävän varhaisessa vaiheessa. 1.....2.....3.....4.....5

9. Alla on esitetty tilastotietojen perusteella viisi yleisimmin käytettyä hylkäysperustetta ennen ja jälkeen lainmuutoksen, miten kommentoisit muutosta?

vuonna 2014

Kuntoutus ei perustu kuntoutussuunnitelmaan

Avohoito on riittävä

Kuntoutus ei ole tarpeen toimintakyvyn säilyttämiseksi

Hakija ei saa vammaisetuutta tai hoitotukea

Ei saa korotettua vammaisetuutta eikä ole vaikeavammainen

vuonna 2016

Hakijalla ei huomattavia vaikeuksia

Kuntoutus ei tarpeen suoriutumiselle ja osallistumiselle

Kuntoutus ei perustu kuntoutussuunnitelmaan

Ei laitosjaksoa, terapia riittävää

Omaisien ohjaus- ja tukikäynnit ei tarpeen

10. Kuinka hyvin koet osaavasi seuraavat Kelan vaativan lääkinnällisen kuntoutuksen ratkaisuja arviointityöhön liittyvät asiat? (1 erittäin hyvin, 2 hyvin, 3 ei hyvin eikä huonosti, 4 huonosti, 5) erittäin huonosti, 6 en osaa sanoa)

Kelan vaativaa lääkinnällistä kuntoutusta koskeva laki (KKRL 566/2005 9 § ja 10 §) 1.....2.....3.....4.....5.....6

ICF-luokitus 1.....2.....3.....4.....5.....6

Hyvä kuntoutuskäytäntö 1.....2.....3.....4.....5.....6

Vaativan lääkinnällisen 1.....2.....3.....4.....5.....6

kuntoutuksen etuusohje 1.....2.....3.....4.....5.....6

(vain jos valittu kohdassa

1. asiantuntijalääkäri)

11. Kuinka hyvin lähettävät tahot yleisesti ottaen ovat huomioineet kuntoutuksen suosittamisessa seuraavat asiat? (1 erittäin hyvin, 2 hyvin, 3 ei hyvin eikä huonosti, 4 huonosti, 5 erittäin huonosti, 6 en osaa sanoa)

Kelan vaativaa lääkinällistä kuntoutusta	1.....2.....3.....4.....5.....6
koskeva laki (KKRL 566/2005 9 § ja 10 §)	1.....2.....3.....4.....5.....6
ICF-luokitus	1.....2.....3.....4.....5.....6
Hyvä kuntoutuskäytäntö	1.....2.....3.....4.....5.....6
Terveydenhuoltolaki 2010	1.....2.....3.....4.....5.....6
Kuntoutuksen Käypä Hoito –suositus (vain jos valittu kohdassa 1. asiantuntijalääkäri)	1.....2.....3.....4.....5.....6

12. Kuinka hyvin Kelan kuntoutuksen palveluntuottajat ovat huomioineet seuraavat asiat vaativan lääkinällisen kuntoutuksen toteuttamisessa? (1 erittäin hyvin, 2 hyvin, 3 ei hyvin eikä huonosti, 4 huonosti, 5 erittäin huonosti, 6 en osaa sanoa)

Kelan vaativaa lääkinällistä kuntoutusta	1.....2.....3.....4.....5.....6
koskeva laki (KKRL 566/2005 9 § ja 10 §)	1.....2.....3.....4.....5.....6
ICF-luokitus	1.....2.....3.....4.....5.....6
Hyvä kuntoutuskäytäntö	1.....2.....3.....4.....5.....6
Palvelukuvaukset	1.....2.....3.....4.....5.....6
Terveydenhuoltolaki 2010	1.....2.....3.....4.....5.....6

13. a) Kuinka usein löydät ratkaisua- tai arviota varten tarvitsemasi tiedot seuraavista tietolähteistä?(1 tarvittavia tietoja ei löydy, 2 tarvittavat tiedot löytyvät harvoin, 3 tarvittavat tiedot löytyvät useimmiten, 4 tarvittavat tiedot löytyvät melkein aina, 5 tarvittavat tiedot löytyvät aina, 6 en osaa sanoa)

Kuntoutussuunnitelma	1.....2.....3.....4.....5.....6
Hakemuslomake	1.....2.....3.....4.....5.....6
Terapiapalautteet	1.....2.....3.....4.....5.....6
Toimintakyvyn kuvaus arjessa (esim. päiväkotia, koulu)	1.....2.....3.....4.....5.....6
Oiwaan tehdyt aiemmat kirjaukset ja asiakirjat	1.....2.....3.....4.....5.....6

b) Kuinka usein pyydät lisäselvityksiä ratkaisua tai arviota varten seuraavista tietolähteistä? (1 0-25 % tapauksista, 2 26-50 % tapauksista, 3 51-75 % tapauksista, 4 76-100 % tapauksista, 5 en osaa sanoa)

Kuntoutussuunnitelma	1.....2.....3.....4.....5
----------------------	---------------------------

Hakemuslomake	1.....2.....3.....4.....5
Terapiapalautteet	1.....2.....3.....4.....5
Toimintakyvyn kuvaus arjessa (esim. päiväkotia, koulu)	1.....2.....3.....4.....5
Oiwaan tehdyt aiemmat kirjaukset ja asiakirjat	1.....2.....3.....4.....5

14. Kuinka suuri merkitys seuraavilla tiedonlähteillä on tehdessäsi laaja-alaista arviota asiakkaan tilanteesta? (1suuri merkitys, 2 melko suuri merkitys, 3 ei suuri eikä pieni merkitys, 4 melko pieni merkitys, 5 pieni merkitys, 6 en osaa sanoa)

Hakemuslomakkeen tiedot	1.....2.....3.....4.....5.....6
Kuntoutussuunnitelma	1.....2.....3.....4.....5.....6
Terapia/kuntoutuspalaute	1.....2.....3.....4.....5.....6
Kuntoutushaastattelu	1.....2.....3.....4.....5.....6
Toimintakyvyn kuvaus arjessa	1.....2.....3.....4.....5.....6
Vammaistukea koskevat tiedot	1.....2.....3.....4.....5.....6
Aiemmat Oiwa-tiedot	1.....2.....3.....4.....5.....6

15. Kuinka hyvin asiakkaista on saatavissa tietoa, jonka avulla voit arvioida ...  
(1 erittäin hyvin, 2 hyvin, 3 kohtalaisesti, 4 huonosti, 5 erittäin huonosti, 6 en osaa sanoa)

oirekuvaa	1.....2.....3.....4.....5.....6
toimintakykyä	1.....2.....3.....4.....5.....6
oireilun vaikutusta yksilön elämään	1.....2.....3.....4.....5.....6
oireilun vaikutusta suoriutumiseen ja osallistumiseen	1.....2.....3.....4.....5.....6
kuntoutujan yksilötekijöitä	1.....2.....3.....4.....5.....6
kuntoutujan lähiverkoston toimintaa	1.....2.....3.....4.....5.....6
ympäristötekijöiden merkitystä suoriutumiseen, osallistumiseen, ja kuntoutustarpeeseen.	1.....2.....3.....4.....5.....6

16. Kuinka helppoa tai vaikeaa on mielestäsi arvioida seuraavia asioita Kelan vaativan lääkinnällisen kuntoutuksen asiakastapauksissa? (1 Helppo arvioida, 2 melko helppo arvioida, 3 ei helppo eikä vaikea arvioida, 4 melko vaikea arvioida, 5 vaikea arvioida, 6 en osaa sanoa)

arvioida milloin kuntoutus on sairaanhoitoon liittyvää	1.....2.....3.....4.....5.....6
arvioida milloin kuntoutuksen tavoitteet ovat hoidollisia	1.....2.....3.....4.....5.....6
arvioida milloin toimintakyvyn rajoite on niin suuri, että se aiheuttaa huomattavia vaikeuksia arjen	1.....2.....3.....4.....5.....6

suoriutumiselle ja osallistumiselle

arvioida suositellun kuntoutuskokonaisuuden tarpeellisuutta suoriutumisen ja osallistumisen näkökulmista 1.....2.....3.....4.....5.....6

arvioida vastaako suositeltu kuntoutus ja sen toteuttamistapa hyvää kuntoutuskäytäntöä 1.....2.....3.....4.....5.....6

arvioida milloin terapiaa voidaan toteuttaa ohjauksellisesti 1.....2.....3.....4.....5.....6

arvioida sopiva käyntitiheys terapialle 1.....2.....3.....4.....5.....6

arvioida milloin terapia on päätösvaiheessa 1.....2.....3.....4.....5.....6

18. Onko vielä jotain, mitä haluaisit sanoa? ... (Esimerkiksi miten arviointi- tai ratkaisutyötäsi voisi paremmin tukea tai vaativaan lääkinnälliseen kuntoutukseen liittyen)

-----  
-----  
-----