

Mikko Jaakonsaari ja Auli Karttunen

Lasten psykiatrisen perhekuntoutuksen kehittämishankkeen työaika- ja kustannusseuranta





Kirjoittajat

Mikko Jaakonsaari, erityisasiantuntija, TtM
FCG Konsultointi Oy
etunimi.sukunimi@fcg.fi

Auli Karttunen, erityisasiantuntija, TtM
FCG Konsultointi Oy
etunimi.sukunimi@fcg.fi

© Kirjoittajat ja Kela

www.kela.fi/tutkimus

ISSN 2323-9239

Helsinki 2017

SISÄLTÖ

Tiivistelmä	4
1 Johdanto	5
2 Lasten mielenterveysongelmien psykiatrinen perhekuntoutus, sen kotona sovellettava malli ja kuntoutuksen kustannusten seuranta.....	5
3 Aineisto ja menetelmät	8
3.1 Tutkimusasetelma	8
3.2 Kohderyhmä	9
3.2.1 Kuntoutujat	9
3.2.2 Perhe	9
3.3 Kuntoutuksen toteuttajat	10
3.4 Kuntoutuksen toteutuminen	10
3.4.1 Kuntoutukseen ohjautuminen	10
3.4.2 Kuntoutuksen rakenne.....	10
3.5 Työajan- ja kustannusseurannan tiedonkeruu.....	12
3.6 Kustannusseurannan menetelmät.....	13
3.7 Tilastolliset tunnusluvut.....	15
3.8 Tutkimuksen eettisyys	15
4 Tulokset.....	15
4.1 Kohderyhmän perustiedot.....	15
4.2 Työajan seuranta.....	16
4.2.1 Aloitusvaihe.....	16
4.2.2 Varsinaiset käynnit	17
4.2.3 Lisäkäynnit	19
4.2.4 Kuntoutusviikonloput	21
4.2.5 Työajan seuraamiseen käytetty aika	23
4.3 Kustannusseuranta	24
4.3.1 Aloitusvaihe.....	24
4.3.2 Varsinaiset käynnit	25
4.3.3 Lisäkäynnit	25
4.3.4 Kuntoutusviikonloput	26
4.3.5 Koko kuntoutusprosessin kustannukset	27
4.3.6 Palveluntuottajalle kuntoutujan kotikunnan maksama kuntaosuus	29
5 Pohdinta.....	29
6 Johtopäätökset.....	33
Lähteet	33

TIIVISTELMÄ

Kela toteutti vuosina 2013–2016 kotona annettavaa 5–12-vuotiaiden lasten psykiatrasta perhekuntoutusta koskevan kehittämishankkeen (Etä-LAKU). Osana kehittämishanketta tutkittiin kontrolloimattomassa seurantatutkimuksessa lasten perhekuntoutuksen aikana palveluntuottajien käyttämää työaikaa sekä työstä aiheutuneita henkilötyökustannuksia. Seurannassa kartoitettiin välitöntä ja välillistä työaikaa sekä kuntoutuksesta aiheutuneita kustannuksia kuntoutusprosessin eri vaiheissa.

Kuntoutus toteutettiin yhden vuoden ja kuuden kuukauden (+ yhden optiovuoden) kestäväenä monimuotoisena kuntoutusprosessina. Perhekuntoutusta annettiin mahdollisimman lähellä lapsen ja hänen perheensä arkielämää eli palveluntuottajat tulivat perheiden kotiin. Kuntoutus sisälsi aloituskäynnin, varsinaiset käynnit ja mahdollisesti vielä lisäkäyntejä. Varsinaisten käyntien aikana järjestettiin kaksi kuntoutusviikonloppua sekä seurantakäynti puolen vuoden päästä varsinaisten käyntien päättymisestä. Kehittämishankkeen kohderyhmänä olivat lapset (n = 78), joilla oli diagnosoitu neuropsykiatrinen häiriö, jonka lisäksi lapsella saattoi olla samanaikaisia psykiatrisia häiriöitä.

Palveluntuottajien työaikaa kului enemmän välilliseen kuin välittömään työhön. Kotona sovellettavassa kuntoutusmallissa korostui palveluntuottajien matkustamisen osuus, joka vaihteli 29 prosentista 39 prosenttiin välillisestä työajasta. Kuntoutusprosessin kustannukset olivat kuntoutujakohtaisesti laskettuna palveluntuottajien omilla henkilötyökustannuksilla kalteimmillaan keskimäärin 13 971 euroa ja halvimmillaan keskimäärin 10 627 euroa. Kotona annettavasta psykiatrisesta perhekuntoutuksesta on hyvin vähän saatavilla kustannustietoa, joten tutkimusta kaivataan yhä edelleen.

1 JOHDANTO

Kela toteutti lasten ja nuorten psykiatrisen monimuotoisen perhekuntoutuksen kehittämiseen liittyvänä osahankkeena 5–12-vuotiaiden lasten perhekuntoutuksen kehittämishankkeen (Etä-LAKU). Etä-LAKU oli kotona sovellettava kuntoutusmalli, johon osallistui perheitä alueilta, joissa palveluja on harvassa. Hanke toteutettiin vuosina 2013–2016. Tarkoitus oli selvittää joustavan ja monimuotoisen lapsen ja perheyhteisön psykiatrisen kotona toteutettavan kuntoutuksen toimivuutta, sen palveluprosesseja, palvelujen vaikuttavuutta ja kuntoutuksen jalkautumisen aiheuttamia kustannuksia. Lisäksi Kelan tavoite oli tässä osahankkeessa tarkentaa verkostoyhteistyötä kunnan ja sairaanhoitopiirien kanssa ja luoda toimiva palveluketju perheiden tueksi. FCG Konsultointi Oy (tästä eteenpäin FCG) vastasi tämän Kelan Etä-LAKU-osahankkeen työajan ja kustannusten seurantaan koskevasta osuudesta.

Työajan- ja kustannuseurantaosuuden tarkoitus oli selvittää lapsille kotona annettavan psykiatrisen perhekuntoutuksen aikana palveluntuottajien käyttämää työaikaa sekä työajasta aiheutuvia henkilötyökustannuksia. Seurannassa kartoitettiin välitöntä ja välillistä työaikaa sekä kuntoutuksesta aiheutuneita mahdollisia muita kustannuksia kuntoutusprosessin eri vaiheissa.

2 LASTEN MIELENTERVEYSONGELMIEN PSYKIATRINEN PERHEKUNTOUTUS, SEN KOTONA SOVELLETTAVA MALLI JA KUNTOUTUKSEN KUSTANNUSTEN SEURANTA

Mielenterveysongelmia on lähes viidesosalla koululaisista (Lönnqvist ym. 2014). Lasten mielenterveysongelmat näkyvät useimmiten tarkkaavuuden, käyttäytymisen, ahdistuneisuuden ja uhmakkuuden häiriöinä (Baxter ym. 2013; Kessler ja Bromet 2013). Psykkisten ongelmien syntymiseen ei voida esittää yhtä kaikenkattavaa syytä, vaan syyt ovat moninaiset (Moilanen 2004, 205–206). Syytä voidaan löytää perinnöllisestä alttiudesta, biologisista ja psykologisista tekijöistä (Linnakangas ym. 2010). Almqvist ym. (1999) puolestaan havaitsivat, että lasten mielenterveysoireiluun liittyy vahvasti perheen matala sosiaalinen status ja häiriintyneet perhesuhteet. Tukea tarvitsevat siis lapsen lisäksi koko perhe ja lähiympäristö (Kumpulainen 2004, 132–133).

Perinteinen hoitomalli mielenterveysongelmien hoitamiseen myös lapsilla on ollut lääkehoidon lisäksi laitoshoido. Siinä on keskitytty oireiden vähentymiseen/parantumiseen sen kustannuksella, että lapsi on ollut erossa perheestään, sosiaalisista suhteistaan ja koulutukseen liittyvistä asioista (Woolston ym. 1998). Laitoshoidon on lisäksi todettu olevan kallis hoitomuoto (Barth 2002; Stevens ym. 2004). Vaihtoehtoisia lasten mielenterveysongelmien hoitomalleja siis tarvitaan. Niillä pyritään estämään lapsen laitostuminen tai leimautuminen ja saamaan kuntoutumisen siirtovaikutusta lapsen jokapäiväiseen ympäristöön (Shepperd ym. 2009). Vaihtoehtoisia hoitomalleja on tutkittu toistaiseksi vähän korkealaatuisilla vaikuttavuustutkimuksilla niin ulkomailla (Lamb 2009) kuin Suomessa (Linnakangas 2010). Seuraa-

vassa tehdään lyhyt katsaus psykiatriselle laitoshoidolle vaihtoehtoisin avohoitomalleihin; psykiatriseen perhekuntoutukseen ja psykiatriseen kotona toteutettavaan kuntoutukseen.

Yleisesti ottaen perhekuntoutus sisältää sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja, jotka kohdennetaan perheyhteisöön tai useampaan sen jäseneseen. Perhekuntoutuksen tarkoitus on edistää perheen jäsenten turvallisuutta fyysisellä, psyykkisellä ja sosiaalisella ulottuvuudella. Tavoitteena on ylläpitää ja tarvittaessa palauttaa heidän toimintakykyään (Heino ym. 2000, 10–11). Perhekuntoutuksesta on saatu hyviä tuloksia (Henggeler ym. 1999a; Mosier ym. 2001; Daley ym. 2014).

Perhekuntoutukseen on kehitetty erilaisia perheterapioita, joiden keskeisin lähestymistapa on nykyisin kognitiivis-behavioraalinen perheterapia (Rasheed ym. 2011). Tutkituin hoitomuoto lasten käytöshäiriöiden hoidossa on Vuoren ym. (2015) katsaustutkimuksen mukaan strukturoitu vanhempainohjaus (Zwi ym. 2011; Furlong ym. 2012; Daley ym. 2014; Sanders ym. 2014). Perhekuntoutuksessa käytetään myös lisensoituja perheterapeuttisia työmalleja, jotka ovat tutkimuksissa osoittautuneet vaikuttavaksi (Baldwin ym. 2012; Rigter ym. 2013), mutta näytön mukaan eri työmallivaihtoehdot eivät ole toinen toistaan vaikuttavampia nuorten sosiaalisten, emotionaalisten tai käyttäytymisen ongelmien hoidossa (Aos ym. 2001). Näistä työmalleista tunnetuimpia ovat Vuoren ym. (2015) katsaustutkimuksen mukaan ryhmäpohjainen vanhemmuusohjelma (*Positive Parenting Program*, Triple P), Ihmeelliset vuodet -vanhemmuusohjelma (*Incredible Years, Child Interaction Therapy*, PCIT) ja *Parent Management Training – the Oregon Model* eli PMTO-ohjelma. Lisäksi muita käytettyjä työmalleja ovat muun muassa monimuotoinen perheterapia (MDFT) (Liddle ja Hogue 2001), monisysteeminen perheterapia (MST) (Henggeler ja Borduin 1990) ja toiminnallinen perheterapia (FFT) (Alexander ja Parsons 1982). Malleista osa on käytössä myös Suomessa.

Vanhemmuusohjelmissa tuetaan vanhempien voimavaroja ja vanhemmuutta, ja ryhmämuotoisessa ohjelmassa voidaan hyödyntää myös vertaisryhmää (Sanders ym. 2014). MDFT-mallissa on kolme viitekehystä: 1) riski- ja suojatekijöiden arviointi ja kartoitus, joilla on vaikutusta ongelmiin ja niistä selviytymiseen, 2) kehityspsykologinen lähtökohta, jossa analysoidaan nuoren kehityskaarta, ja 3) ekologinen näkökulma, jossa keskitytään tutkimaan sosiaalisen verkoston roolia nuoren elämässä. Asiakas perheensä tai vanhempiansa kera sitoutuu tiiviiseen ja kokonaisvaltaiseen työskentelyyn 5–9 kuukauden ajaksi. Tuona aikana pyritään muutokseen ajattelussa ja toiminnassa, jotka tuottivat aiemmin ongelmia nuoren elämässä. Terapeutti on yhteydessä nuoreen ja hänen perheeseensä useasti viikossa joko kasvokkain tai puhelimitse (Ehrling 2014). MST-malliin kuuluu laaja-alainen arviointi lapsen kehityksestä, perheen vuorovaikutuksesta perheen sisäisesti ja muissa sosiaalisissa verkostoissa (Henggeler ym. 1999b). Ensin käsitteellistetään kattavasti asiakkaan/perheen kliiniset ongelmat. Kun se on tehty, terapeutti määrittää yhdessä perheen kanssa tarkat tavoitteet hoidolle, joka on monitahoinen. Tavoitteiden saavuttamista tarkistellaan säännöllisissä perheen tapaamisissa, joita on vähintään kerran viikossa, joskus jopa päivittäin perheen kotona (Littell ym. 2005). Tiiviin ja kokonaisvaltaisen 4–6 kuukauden työskentelyn aikana perheitä rohkaistaan muutoksiin ongelmakäyttäytymisessä ja nuoren sosiaalisessa ympäristössä (Henggeler ym. 1999b). FFT-malli on kattava menetelmä, jossa pystytään yksilöllisesti tarkastelemaan nuoren ja perheen erityistarpeita. Ensin tarkastellaan perheen sisäisiä käyttäytymistoimintoja, minkä

jälkeen etsitään mukautuvampia tapoja kohdata perheen tarpeet. FFT-mallissa on viisi erityis-teemaa: sitoutuminen, motivaatio, suhteellinen arviointi, käyttäytymisen muutos ja yleistäminen. FFT-mallilla voidaan toimia toimistossa tai asiakkaan kotona. Hoidon kesto on 3–6 kuukautta (Sexton ja Alexander 1999).

Suomessa monimuotoisen neuropsykiatrisen perhekuntoutuksen tutkimus- ja kehittämistoimintaa edelsi Kelan Lapset ja nuoret kuntoutuksessa -hanke, ns. LN-hanke vuosina 2005–2008, johon osallistui lapsia ja nuoria (5–16-vuotiaat, $n = 440$) perheineen (lapset ja perheet yhteensä $N = 1\,514$). Kuntoutuksen kokonaiskesto perheissä vaihteli puolesta vuodesta kolmeen vuoteen, ja kuntoutus muodostui monimuotoisista palveluista perheiden tarpeiden mukaan. Tämän kehittämishankkeen arviointitutkimus (Linnakangas ym. 2010) osoitti, että kun perhekuntoutus painottui pidempikestoiseen perheterapiaan ja ryhmätoimintaan, se antoi monipuolisesti tukea ja voimavaroja vanhemmille esimerkiksi vanhemmuuteen. Lasten seurantakyselyssä, joka kohdistettiin 11–16-vuotiaille, yli puolet ilmoitti saaneensa psykiatrisesta perhekuntoutuksesta apua. Lapsen kokemus avunsaamisesta oli yhteydessä kuntoutuksen pitkään keston, naissukupuoleen ja siihen, että kuntoutus oli ollut yksilö- ja perhepainotteinen. Lasten oireilun vähenemistä ennustavia tekijöitä olivat vanhempien huoli lapsesta, perheen vahva sisäinen toimivuus ja kuntoutuksen kesto. LN-hankkeessa ei ollut kustannusseurantaa.

Neuropsykiatrisen perhekuntoutuksen tutkimus- ja kehittämistoiminta sisältää Kelan Etä-LAKU-hankkeen rinnalla jo aiemmin aloitetun Kelan Lasten psykiatrisen perhekuntoutus (LAKU) -hankkeen, jossa pääkohderyhmänä olivat 5–12-vuotiaat psykiatrisiin häiriöihin sairastuneet lapset ($n = 121$) ja sen lisäksi koko hänen perheensä/huoltajansa ja keskeiset arjessa mukana olevat verkostot ($n = 299$). LAKU-hankkeessa kuntoutus rakentui erilaisista osista noin vuoden kestävässä, asiakkaan valinnan mukaan avo- tai laitospainotteisessa kuntoutusprosessissa. Pilottivaihe loppui vuonna 2011, ja varsinainen hanke alkoi vuonna 2012. Hanke päättyy vuonna 2016 (jatkojaksot voivat jatkua vuoteen 2018), joten tätä raporttia kirjoitettaessa lopullisia tuloksia ei ollut käytössä. LAKU-hankkeessa ei ollut kustannusseurantaa.

Kansainvälisissä tutkimuksissa on havaittu, että kotiin annettu psykiatrisen kuntoutuksen voi sopia ahdistus- ja käyttäytymishäiriöisille lapsille ja nuorille (Woolston ym. 1998; Stevens ym. 2003; Stevens ym. 2006), jossain tapauksessa myös perheille, joissa lapsi oireilee vakavasti (Daley ym. 2014; Sanders ym. 2014). Myös Schmidt ym. (2006) osoittivat kontrolloidussa ei-satunnaistetussa tutkimuksessaan, että kolme ja puoli kuukautta kestänyt lasten ja nuorten (6–17-vuotiaat) psykiatrisen intensiivinen kotikuntoutusinterventio, jossa myös vanhemmat huomioitiin, paransi merkittävästi lasten ja nuorten psykiatrisia oireita, häiriön vaikeusastetta ja psykososiaalista mukautumista. Tosin laitospainotteinen kuntoutus oli kokonaisuudessaan vaikuttavampaa, mutta kun tilannetta tarkasteltiin yhden vuoden seuranta-ajan jälkeen, useammalla kotikuntoutujalla vaikutukset näkyivät edelleen verrattuna laitospainotteisiin, joilla vaikutukset eivät enää näkyneet. Tutkimuksissa ei ollut kustannusseurantaa. Kotimaisia tutkimuksia kotiin annettusta psykiatrisesta kuntoutuksesta ei löytynyt.

Kustannusvertailu eri psykiatristen työmallien välillä on haastavaa. Yleisesti ottaen näkemys on, että avohoito on edullisempaa kuin laitoshoido (Knapp ym. 2011). Yhdysvalloissa, Arizo-

nassa sijaitsevassa sairaalassa hoito-ohjelman hinnaksi on laskettu 575–600 dollaria päivältä ja hoitokodissa 250–275 dollaria päivältä. Intensiivisen perhekuntoutuksen (*Intensive Home-Based Program*, IHB) kustannukset olivat 10 % Arizonassa sairaalan hoito-ohjelman kustannuksista ja 20 % hoitokodin hoito-ohjelman kustannuksista (Stevens ym. 2006).

Shepperdin ym. (2009) systemaattisessa katsauksessa tutkittiin lasten psykiatriselle laitoshoidolle vaihtoehtoja ja vertailtiin niiden sisältöä ja kustannuksia. Katsauksen tutkimukset sisälsivät neljä sisällöllisesti erilaista avokuntoutusmallia (MST, *Intensive home-based crisis intervention* (Homebuilders model), *Intensive home treatment* ja *Intensive specialist outpatient treatment*). Lopputulos oli, ettei mukaan otettuja aineistoja voinut yhdistää, sillä kuntoutuksen sisällöt ja arviointimittaukset poikkesivat liikaa toisistaan. Kuntoutuksen kustannuksia ei voinut samasta syystä vertailla.

MacCrone ja Knapp (2007) pohtivat, että kustannusvaikuttavuutta ei voi tutkia vertailemalla vain eri interventioiden kustannuksia keskenään. Jotta hoito olisi kustannusvaikuttavampaa kuin toinen, keskenään verrattujen hoitojen tulisi olla yhtä vaikuttavia ja toisen tulisi olla edullisemmin toteutettavaa. Sellaista suomalaista kustannusseurantatutkimusta ei löytynyt, jossa lasten psykiatrinen perhekuntoutus olisi toteutettu tämän hankkeen tapaan kotona.

3 AINEISTO JA MENETELMÄT

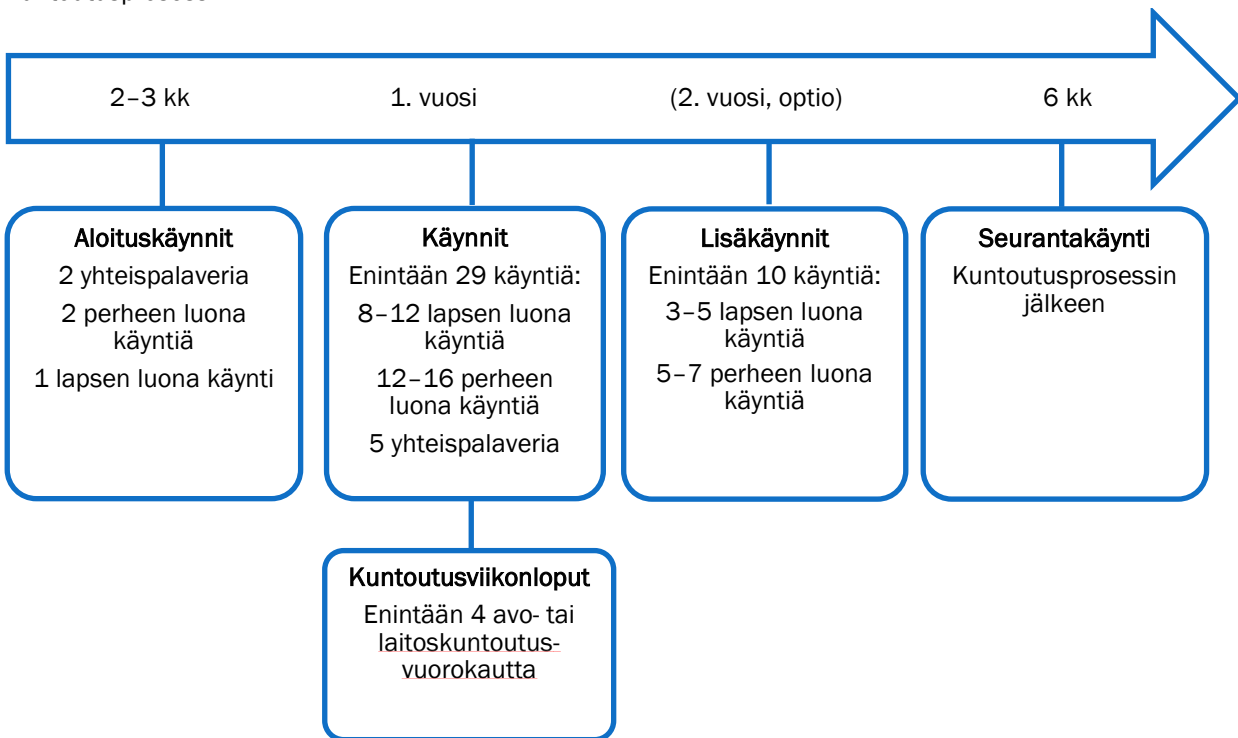
3.1 Tutkimusasetelma

Tutkimusasetelmana oli kontrolloimaton seurantatutkimus. Kuntoutus toteutettiin yhden vuoden ja kuuden kuukauden (+ yksi optiovuosi) kestäväenä monimuotoisena kotona toteutettavana kuntoutusprosessina. Tutkimusta varten kerättiin tietoa niiltä kuntoutujilta, joiden kuntoutus alkoi 1.1.2014 jälkeen, ja tiedonkeruu päättyi 31.8.2016.

Kuntoutujat ja perheet osallistuivat aloituskäynneille, terapiakäynneille, yhteispalavereihin ja kuntoutusviikonloppuun (kuvio 1, s. 9). Osalla kuntoutujista oli lisäkäyntejä optiovuoden aikana. Lisäkäynteihin tarvittiin lääkärinlausunto ja Kelan päätös. Seurantakäynti oli kuusi kuukautta kuntoutusprosessin jälkeen.

Koko kuntoutusprosessi sisälsi enintään 35 käyntiä ja tarvittaessa enintään 10 lisäkäyntiä sekä neljä avo- tai laitosvuorokautta. Kuntoutusprosessi suunniteltiin kuntoutujan tarpeen mukaan yksilöllisesti Kelan laatiman hankesuunnitelman mukaisesti.

Kuvio 1. Lasten psykiatrisen perhekuntoutuksen (Etä-LAKU) kehittämishankkeen kuntoutuja- ja perhekohtainen kuntoutusprosessi.



3.2 Kohderyhmä

3.2.1 Kuntoutujat

Etä-LAKU-kehittämishankkeen kohderyhmänä olivat 5–12-vuotiaat lapset, joilla oli diagnosoitu neuropsykiatrinen häiriö, jonka lisäksi lapsella saattoi olla samanaikaisia psykiatrisia häiriöitä. Alle kouluikäisillä lapsilla (5–6-vuotiaat) saattoi olla myös diagnosoitu samanaikaisia käytös- ja tunne-elämän häiriöitä (aktiivisuuden ja/tai tarkkaavaisuuden ongelmat eivät olleet poissulkukriteereitä). Lapsilla tuli olla todettuna pitkäkestoisen, monimuotoisen kuntoutuksellisen tuen ja ohjauksen tarve, eli lapsella oli hoitavan tahon lääkärin ja moniammatillisen tiimin kanssa laatima arvio ja suositus perhekuntoutuksen tarpeesta. Oli todettu, että lapsen häiriöt vaikuttivat lapsen toimintaan lapsiryhmässä arjen ympäristöissä, kuten koulussa tai kotiympäristössä. Lapsen perheen tai huoltajien tuli olla sitoutuneita kuntoutukseen.

3.2.2 Perhe

Lasten perhekuntoutuksessa perhe tai lapsen huoltajat olivat mukana kuntoutusprosessissa. Lapsen perheen tai huoltajien osallistuminen määriteltiin yhdessä lapsen ja perheen tai huoltajien kanssa kuntoutuksen alussa. He olivat esimerkiksi vanhemmat, sisarukset, isovanhemmat tai muut lasta hoitavat aikuiset.

3.3 Kuntoutuksen toteuttajat

Etä-LAKU-hankkeen kuntoutuksen toteutuksesta vastasivat kaksi palveluntuottajaa. Palveluntuottaja A toimi Kainuun alueella, Ylä-Savon SOTE-kuntayhtymän (Vieremä, Sonkajärvi, Kiu-ruvesi ja Iisalmi) ja Ylä-Karjalan alueilla (Valtimo, Juuka, Lieksa ja Nurmes). Kainuun alueella kuntoutujia oli rekrytoitu kesäkuusta 2015 alkaen myös Kajaanista. Palveluntuottaja B toimi Lapin ja Kuusamon alueella (pois lukien Rovaniemi ja Länsi-Pohjan alue).

Kelan hankesuunnitelman mukaan kuntoutukseen osallistui moniammatillinen työryhmä. Työryhmässä tuli olla erikoislääkäri ja vähintään kolme seuraavista: psykologi, sosiaalityöntekijä tai sosionomi, psykiatrinen sairaanhoitaja, neuropsykologi, erityisopettaja tai erityislastentarhanopettaja tai toimintaterapeutti. Erityistyöntekijät olivat mukana kuntoutujan yksilöllisten tavoitteiden mukaisesti. Tarpeen mukaan kuntoutuksen toteutukseen osallistui myös liikunnanohjaaja, vapaa-ajanohjaaja ja lähihoitaja. Kuntoutusviikonlopuissa avustavasta henkilöstöstä mukana olivat lastenhoitaja, lastentarhanopettaja ja lähihoitaja.

3.4 Kuntoutuksen toteutuminen

3.4.1 Kuntoutukseen ohjautuminen

Etä-LAKU-hankkeen kuntoutus ei sisältänyt tutkimusta, joten lapsen ja perheen tilanteen selvitti ennen kuntoutuksen alkua ensisijaisesti erikoissairaanhoidon lastenpsykiatri, lastenneurologi tai joku muu erikoislääkäri, joka oli yhdessä arviointityöryhmän kanssa perehtynyt kuntoutujan ja hänen perheensä tilanteeseen. Tämän perusteella lääkäri teki lähetteen eli B-lausunnon kuntoutuksen tarpeesta. Jos lapsen ja perheen tilanteen selvittely oli tehty riittävän laajasti, perusterveydenhuollon lääkäri pystyi myös tekemään B-lausunnon kuntoutusta varten.

Perhe ja lapsi hakeutuivat kuntoutukseen Kelan kuntoutushakemuslomakkeella (KU132), jonka liitteenä oli lääkärin B-lausunto. Kuntoutushakemuksen täytti perhe itse tai hakemus täytettiin yhteistyössä lähettävän tahon kanssa. Kuntoutuksen palveluntuottajat ja Kelan vaakuutuspiirien toimistot antoivat terveydenhuollolle, sosiaalitoimelle ja muille tahoille tietoa Etä-LAKU-kuntoutuksen kohderyhmästä. Monimuotoinen perhekuntoutus kytkettiin osaksi lapsen kuntoutussuunnitelmaa. Vastuu hoidon järjestämisestä Kelan kuntoutuksen ajan oli julkisella terveydenhuollolla.

3.4.2 Kuntoutuksen rakenne

Etä-LAKU-hankkeen kuntoutus suunniteltiin kuntoutujan ja hänen perheensä kanssa tarpeen mukaisesti erilaisista kuntoutuksen osista. Kuntoutusprosessi koostui aloituskäynneistä, varsinaisista käynneistä sekä näiden aikana toteutettavista yhteispalavereista. Kuntoutusprosessi sisälsi myös kaksi kuntoutusviikonloppua.

Aloitusvaiheessa järjestettiin kaksi perheen luona käyntiä, joista vähintään toinen oli kotikäynti. Perheen luona käynti voitiin vaihtoehtoisesti toteuttaa muussa perheen arjen ympäristössä. Perheen luona käynteihin osallistui kaksi kuntoutuspalveluntuottajan työntekijää, ja

käynnin kesto oli 90 minuuttia. Yksinhuoltajaperheissä käynnin saattoi toteuttaa yksi työntekijä.

Yksilöllinen lapsen luona käynti kuului aloitusvaiheeseen, ja sen toteutti yksi työntekijä lapsen arjen ympäristössä. Käyntikerran kesto oli 45 minuuttia.

Aloitusvaiheeseen sisältyi lisäksi kaksi yhteispalaveria. Niihin osallistui kaksi kuntoutuspalveluntuottajan työntekijää, joista ainakin toisella oli Valviran hyväksymä vähintään erityistason psykoterapiakoulutus ja kokemusta verkoston sekä ryhmien kanssa työskentelystä. Ensimmäinen yhteispalaveri järjestettiin lähettävän tahon kanssa. Toinen yhteispalaveri oli määritelty hankesuunnitelmassa järjestettäväksi koulun tai päivähoiton kanssa. Yhteispalaverin kesto oli 90 minuuttia. Aloitusvaiheen käynnit oli hankesuunnitelmassa suositeltu järjestettäväksi tiiviinä kokonaisuutena, jonka kesto oli noin 2–3 kuukautta.

Varsinaiset käynnit olivat lasten osalta 8–12 käyntiä ja perheen osalta 12–16 käyntiä siten, että yhteismäärä oli enintään 29 kertaa. Yksilötapaamisen kesto oli 45 minuuttia ja perhetapaamisen 90 minuuttia. Pitkien matkojen vuoksi lapsen luona käyntejä voitiin tarvittaessa yhdistää (2 x 45 min).

Varsinaisen kuntoutusprosessin käynnit sisälsivät lisäksi viisi yhteispalaveria. Yhteispalaveriin osallistuivat lapsen ja hänen perheensä lisäksi keskeisten verkostojen edustajat. Toteutuksesta vastasivat kaksi kuntoutustyöntekijää. Yhteispalaverin kesto oli 90 minuuttia.

Varsinaisia käyntejä voitiin tehdä uudelleen, jolloin toteutui 3–5 yksilökäyntiä ja 5–7 perhekäyntiä siten, että käyntejä oli yhteensä enintään kymmenen. Jos lisäkäynnit toteutuivat, kuntoutusprosessin kestoksi tuli noin kaksi vuotta. Lisäkäyntien toteutuminen arvioitiin yksilöllisesti kunkin kuntoutujan ja perheen kohdalla.

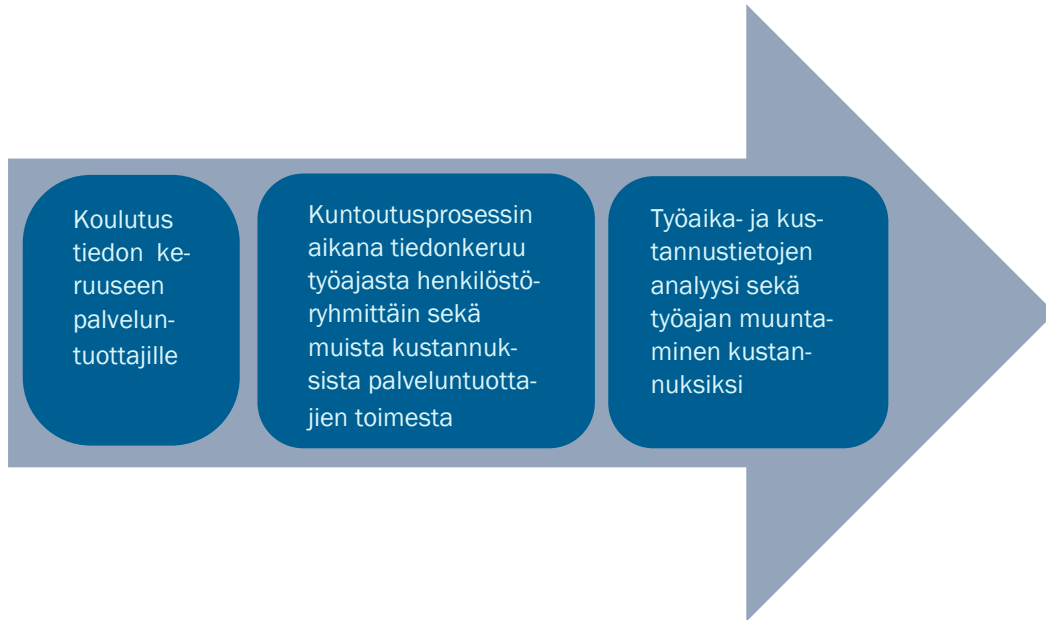
Varsinaiset käynnit päättyivät seurantakäyntiin puolen vuoden päästä kuntoutuksen päättymisestä. Seurantakäynnin toteutuksesta vastasivat kuntoutustyöntekijät joko perheen kotona tai palveluntuottajan tiloissa. Seurantakäynnin kesto oli 90 minuuttia.

Kuntoutusprosessiin kuului kaksi kuntoutusviikonloppua vuodessa. Viikonlopun kesto oli kaksi päivää, johon laskettiin mukaan lauantai ja sunnuntai. Tarvittaessa kuntoutusviikonloppuun oli mahdollista saapua jo perjantaina, joka ei ollut varsinainen kuntoutuspäivä. Kuntoutusviikonlopun päivän pituus oli vähintään 6 tuntia, josta ohjatun ohjelman osuus oli vähintään 5 tuntia. Toteutuksesta vastasi moniammatillinen työryhmä, jota täydennettiin erityistyöntekijöillä ja avustavalla henkilöstöllä. Viikonloppuun oli mahdollista osallistua enintään 10 perhettä yhtä aikaa. Kuntoutusohjelma viikonloppuina oli monimuotoista kuntoutusta, kuten erilaisia ryhmiä perheille, vanhemmille, lapsille sekä sisaruksille. Lisäksi iltaisin oli ohjattua vapaa-ajantoimintaa perheiden yhdessäolon tukemiseksi.

3.5 Työajan- ja kustannusseurannan tiedonkeruu

Tutkimusaineiston tiedonkeruuta (kuvio 2) varten palveluntuottajat koulutettiin tiedonkeruulomakkeiden käyttöön vuoden 2014 alussa. Koulutuksessa palveluntuottajille annettiin ohjeet oman työajan kirjaamiseen Excel-taulukkoon sekä tiedon tallentamiseen.

Kuvio 2. Tutkimusaineiston tiedonkeruun prosessikuvaus.



Ennen tiedonkeruun aloittamista palveluntuottajat voivat kommentoida tiedonkeruumallia sekä tiedonkeruutaulukkoa. Molempien palveluntuottajien luona vierailtiin koulutuksen jälkeen kerran. Tällöin käytiin läpi tiedonkeruun eteneminen sekä pohdittiin kysymyksiä, joita oli tullut esiin tiedonkeruussa. Lisäksi tukea tietojen kirjaamiseen ja tallentamiseen annettiin sähköpostitse ja puhelimitse tiedonkeruun aikana.

Seurantaan otettiin mukaan uudet kuntoutujat sitä mukaa kuin palveluntuottajat pystyivät aloittamaan uusien kuntoutujien jaksoja. Tässä hankkeen loppuraportissa käsitellään kuntoutujien tietoja, jotka palveluntuottajat olivat tallentaneet vuoden 2016 elokuun loppuun mennessä.

Tiedonkeruutaulukko tallennettiin käyttäen kuntoutujan tutkimuskoodia. Jos samasta perheestä oli kuntoutuksessa useampi kuntoutuja, jokaiselle oli oma tiedonkeruutaulukko. Taulukkoon ei kirjattu kuntoutujan tai perheen henkilötietoja.

Laskentataulukkoon kirjattiin kuntoutujaan kohdistuva välitön ja välillinen työaika henkilöstöryhmittäin. Jos käyntiin osallistui useampi työntekijä, kaikki työntekijät kirjasivat käyntiin kohdistuneen työajan kuntoutujakohtaisesti. Välittömällä työajalla tarkoitetaan esimerkiksi terapia-aikoja, joissa lapsi tai perhe oli mukana, tai yhteispalavereita kuntoutujan, perheen tai kuntoutustyöryhmän kanssa. Välillisellä työajalla tarkoitetaan esimerkiksi matkustamiseen käytettyä aikaa, kuntoutuksen suunnittelua ja yhteistyötä, terapia-aikojen varaamista ja luen-

tojen valmistelemista sekä kuntoutukseen liittyvää kirjaamisaikaa. Työaikakirjaus tehtiin kaikissa kohdin vähintään viiden minuutin tarkkuudella.

Tiedonkeruun tavoitteena oli yhden kuntoutusjakson todellisen työajan selvittäminen. Tilanteissa, joissa yhden kuntoutujan kanssa toimi yhtä aikaa useampia työntekijöitä, kirjattiin taulukkoon kaikkien työntekijöiden työaika. Ryhmätilanteissa työntekijöiden käyttämä työaika jaettiin ryhmään osallistuneiden kuntoutujien määrällä. Työajanseurannan tuloksissa on huomattava, että lapsen luona käynneissä palveluntuottajan työntekijöitä oli pääasiassa yksi. Perheen luona käynneissä ja yhteispalavereissa palveluntuottajien työntekijöitä oli pääasiassa kaksi.

Kuntoutujakohtainen toteutus oli yksilöllinen, ja siinä palveluntuottaja päätti, miten käynnit jakautuivat lapsen ja perheen kesken. Lisäksi kuntoutus alkoi tutkittavilla eri aikaan, joten tiedonkeruun päätyttyä myös kuntoutus oli eri vaiheessa eri kuntoutujilla. Tämän vuoksi käynteihin ja lisäkäynteihin kuuluva työaika on jaettu toteutuneiden käyntien määrällä kuntoutujakohtaisesti, koska käytännössä kuntoutujilla oli eri määrä toteutuneita käyntejä. Näin saatiin vertailukelpoinen tieto toteutuneista käynneistä ja lisäkäynneistä kuntoutujakohtaisesti.

Raportoitavat henkilöstöryhmät tiedonkeruussa olivat sosiaalityöntekijä, sairaanhoitaja/kuntoutusohjaaja, lääkäri/psykiatri, psykologi sekä kuntoutusviikonloppujen avustava henkilöstö. Jos saman henkilöstöryhmän edustajia oli enemmän kuin yksi, kirjattiin samaan henkilöstöryhmään useamman eri työntekijän työaika.

Tutkimuksen ohjausryhmä halusi, että työajanseurantaan sisällytetään palveluntuottajien työajanseurantaan käyttämä aika. Työajanseurantaan käytetty työaika on raportoitu erillisenä tietona kuntoutujakohtaisesti ja kuntoutusprosessin vaiheittain.

Palveluntuottajat toimittivat FCG:lle keskimäärin kerran kuukaudessa kuntoutujakohtaiset työajanseurantataulukot tarkastettavaksi, poikkeuksena lomakuukaudet. Jos seurannassa huomattiin korjattavaa, korjaukset pyydettiin tekemään palveluntuottajien alkuperäisiin taulukoihin.

3.6 Kustannuseurannan menetelmät

Tiedonkeruulomakkeella kerätty kuntoutujaan kohdistunut välitön ja välillinen työaika muutettiin kustannuksiksi henkilöstöryhmien palkka- tai korvaustietojen perusteella, jotka palveluntuottajat olivat ilmoittaneet.

Palkka kerrottiin kertoimella 1,55, joka määriteltiin käytettäväksi hankkeen ohjausryhmässä. Kerroin kattaa työnantajan maksaman eläkemaksun, työttömyysvakuutuksen, tapaturma- ja ryhmähenkivakuutuksen, sosiaaliturvamaksun sekä loma-ajan palkan ja lomarahat.

Palkasta laskettiin vuosittaisten työpäivien ja päivittäisen työtuntien perusteella yhden työtunnin kustannus sekä minuuttikustannus. Vuosittaisten työpäivien määräksi määriteltiin 215 päivää. Jos palveluntuottaja toimi kertakorvausperusteisesti, palveluntuottaja ilmoitti suoraan

tuntikorvauksen tai korvauksen, joka työntekijälle maksettiin yhden käynnin tai kuntoutusviikonlopun toteuttamisesta.

Henkilöstön työajan kirjaamisen lisäksi kerättiin tietoa myös muista kuntoutukseen liittyvistä kustannuksista, esimerkiksi majoituskustannuksista, pienhankinnoista, kuntoutusviikonloppujen kustannuksista sekä matka- ja päiväraha-kustannuksista (kuvio 3). Matka- ja päiväraha-kustannuksiin kirjattiin osuus, joka maksettiin työntekijälle matkustamisesta.

Kuntoutujan kotikunta maksoi osuuden kuntoutuksesta, joka kohdentui tyypillisesti aloitusvaiheeseen. Kuntien maksuosuus kerättiin erillisenä tietona kuntoutujakohtaisesti tiedonkeruulomakkeelle.

Varsinaisten käyntien sekä lisäkäyntien henkilötyökustannukset sekä matka- ja päiväraha-kustannukset suhteutettiin toteutuneeseen käyntimäärään samalla tavalla kuin työaikakin, jotta saatiin vertailukelpoista tietoa.

Koko kuntoutusprosessin kustannuslaskenta tehtiin niille kuntoutujille, joilla olivat toteutuneet aloitusvaiheen käynnit, varsinaiset käynnit sekä molemmat kuntoutusviikonloput. Mahdollisia lisäkäyntejä ei tässä laskennassa huomioitu. Varsinaisten käyntien keskimääräinen yhden kontaktin kustannus ja keskimääräiset kulut kerrottiin 24:llä kummallakin palveluntuottajalla, jotta saatiin vertailukelpoinen arvio koko kuntoutusprosessin kokonaiskustannuksista. Kerroin 24 perustui palveluntuottaja B:n koko kuntoutusprosessin osallistuneiden keskimääräiseen varsinaisten käyntien määrään.

Kuvio 3. Kustannuseurantatietojen muodostuminen.

Aloitusvaiheen käynnit	Varsinaiset käynnit	Kuntoutusviikonloput	Mahdolliset lisäkäynnit	Seuranta-käynti
Työaika henkilöstöryhmittäin				
Työajan kustannukset				
Kuntoutusviikonloppujen kustannukset				
Matka- ja päiväraha-kustannukset				
Muut kustannukset				

Palkkatietoina käytettiin palveluntuottajien ilmoittamia palkkatietoja. Vertailun vuoksi koko kuntoutusprosessin kustannuslaskenta tehtiin myös pääasiallisesti kuntoutukseen osallistuneiden henkilöstöryhmien työehtosopimusten (TES) mukaisilla palkoilla. Lisäksi kustannuslaskenta tehtiin kolmannella tavalla käyttämällä palveluntuottajien palkkatietoja ristiin palveluntuottajien välillä.

Kustannuslaskenta tehtiin palveluntuottaja A:n kaikilla kuntoutujilla sekä vertailun vuoksi laskennasta jätettiin pois kuntoutujat, jotka olivat samalta paikkakunnalta, missä palveluntuottajan toimipiste sijaitsi, koska näillä kuntoutujilla matkustamiseen liittyvät kustannukset sekä aika poikkesivat muusta tutkimusjoukosta. Palveluntuottaja B:n kaikki kuntoutujat asuivat kauempana palveluntuottajan toimipisteestä.

3.7 Tilastolliset tunnusluvut

Tutkimukseen valittiin keskilukujen tarkasteluun keskiarvo (ka.), mediaani (Md) sekä hajontalukujen tarkasteluun keskihajonta (SD) ja variaatiokerroin, joka ilmoitetaan prosentteina. Variaatiokerroin laskettiin jakamalla keskihajonta keskiarvolla ja kertomalla tulos sadalla.

3.8 Tutkimuksen eettisyys

Työajan- ja kustannusseurantatutkimuksessa FCG ei kerännyt tutkittavista yksilöintitietoja eikä lääketieteellisiä tietoja, eikä kyseessä ole ihmiseen kohdistuva rekisteri-, kysely- tai haastattelututkimus. Sen sijaan seurantatutkimus kohdistui palveluntuottajiin, joilta kerättiin EtäLAKU-hankkeen ajalta työaika- ja kustannustietoja. Palveluntuottajat olivat koodanneet tutkittavat samoilla tunnuksilla kuin Kelan tutkimusosaston tutkimuksessa. Kelan tutkimusosasto oli sisällyttänyt oman tutkimuksensa eettisen toimikunnan lausuntopyyntöön työajan- ja kustannustietojen keräämisen kuntoutuspalveluntuottajilta. Tämän johdosta Kela totesi, ettei FCG:n tarvinnut hakea erikseen omaan tutkimukseensa eettisen toimikunnan lausuntoa.

4 TULOKSET

4.1 Kohderyhmän perustiedot

Palveluntuottaja A:lla oli työajan- ja kustannusseurantatutkimuksessa 38 kuntoutujaa, joista yhdellä kuntoutusjakso keskeytyi aloituskäyntien jälkeen. Yhdelläkään heistä ei ehtinyt toteutua kokonainen kuntoutusprosessi, joka olisi sisältänyt myös seurantakäynnin. Palveluntuottaja B:n kuntoutuksessa oli tutkimushankkeen aikana 40 kuntoutujaa, joista yhdellä kuntoutusjakso keskeytyi aloituskäyntien jälkeen. Seitsemällä heistä toteutui kokonainen kuntoutusprosessi. Näillä kuntoutujilla oli varsinaisia käyntejä keskimäärin 24, joihin on laskettu mukaan yhteispalaverit ja seurantakäynti.

4.2 Työajan seuranta

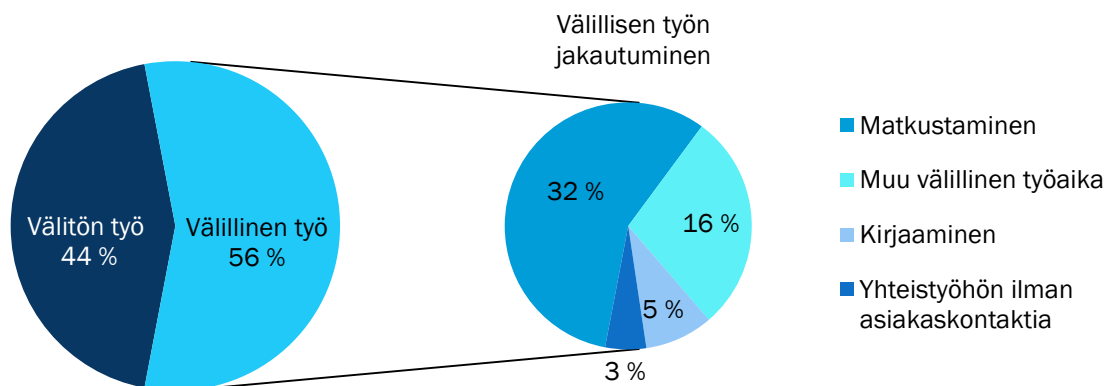
4.2.1 Aloitusvaihe

Palveluntuottaja A:n työntekijöiden käyttämä työaika aloitusvaiheen läpiviemiseksi oli kuntoutujakohtaisesti keskimäärin yhteensä 30 tuntia kaikkien kuntoutukseen osallistuneiden työntekijöiden osalta. Välittömään työhön kului työaika keskimäärin 12 tuntia 16 minuuttia. Matkustamiseen käytetty aika vaihteli yhdestä tunnista 27 tuntiin. Yhteistyöhön käytetty aika vaihteli nollassa kolmeen tuntiin (taulukko 1). Välillisen työn osuus koko työajasta oli 56 prosenttia, josta matkustamisen osuus oli suurin (kuvio 4).

Taulukko 1. Palveluntuottaja A:n työntekijöiden aloitusvaiheessa käyttämän työajan jakautuminen kuntoutujakohtaisesti.

Palveluntuottaja A, n = 38	Keskiarvo (SD), h:min	Mediaani, h:min	Vaihteluväli, h:min	Variaatiokerroin, %
Välitön työaika	12:16 (0:56)	12:32	9:55–13:55	8
Matkustaminen	10:38 (6:53)	10:05	1:00–27:00	65
Kirjaaminen	1:30 (0:21)	1:30	0:40–2:30	24
Yhteistyö ilman kuntoutujaa	0:49 (0:36)	0:37	0:00–3:00	74
Muu välillinen työ	4:35 (1:31)	4:42	0:30–7:30	33
Työaika yhteensä	30:00 (8:36)	28:15	15:55–51:10	29

Kuvio 4. Palveluntuottaja A:n työajan käytön jakautuminen aloitusvaiheessa.

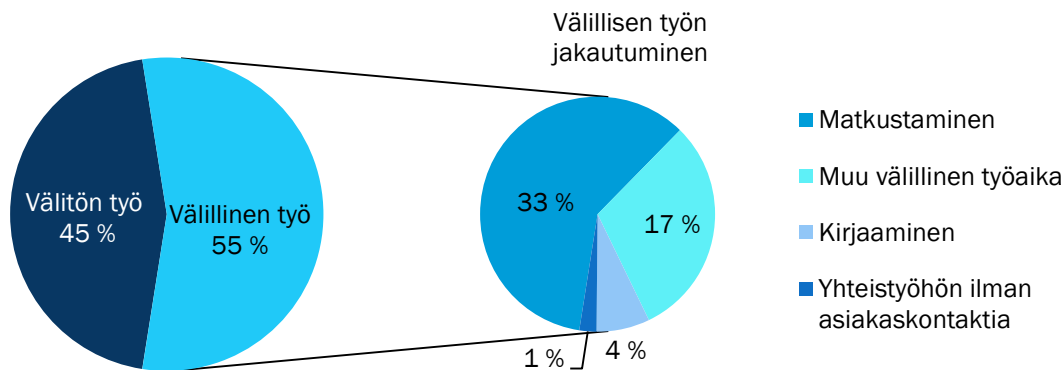


Palveluntuottaja B:n kaikkien kuntoutukseen osallistuneiden työntekijöiden käyttämä työaika oli kuntoutujakohtaisesti yhteensä keskimäärin 25 tuntia 51 minuuttia. Välittömään työhön kului työaika keskimäärin 11 tuntia 27 minuuttia. Yhteistyöhön käytetty aika vaihteli nollassa kolmeen tuntiin, kuten myös muun välillisen työn aika vaihteli nollassa 10 tuntiin 35 minuuttiin (taulukko 2, s. 17). Välillisen työn osuus koko työajasta oli 55 prosenttia, josta matkustamisen osuus oli suurin (kuvio 5, s. 17).

Taulukko 2. Palveluntuottaja B:n työntekijöiden aloitusvaiheessa käyttämän työajan jakautuminen kuntoutujakohtaisesti.

Palveluntuottaja B, n = 40	Keskiarvo (SD), h:min	Mediaani, h:min	Vaihteluväli, h:min	Variaatio-kerroin, %
Välitön työaika	11:27 (1:26)	11:35	8:30–14:10	13
Matkustaminen	8:41 (3:39)	8:05	2:00–19:05	42
Kirjaaminen	1:00 (0:26)	0:52	0:15–2:10	44
Yhteistyö ilman kuntoutujaa	0:18 (0:48)	0:00	0:00–3:00	263
Muu välillinen työ	4:30 (3:24)	5:00	0:00–10:35	76
Työaika yhteensä	25:51 (4:52)	25:15	15:40–37:01	19

Kuvio 5. Palveluntuottaja B:n työajan käytön jakautuminen aloitusvaiheessa.



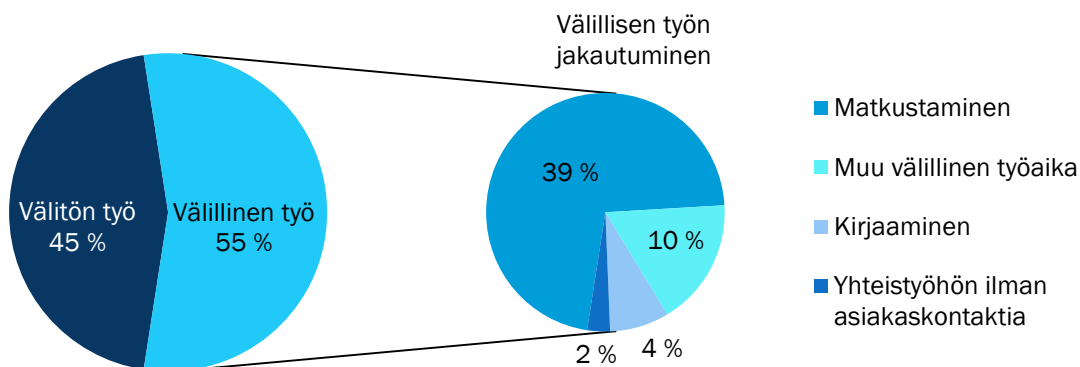
4.2.2 Varsinaiset käynnit

Palveluntuottaja A:n kuntoutukseen osallistuneet työntekijät käyttivät yhtä käyntiä kohden työaika kuntoutujakohtaisesti yhteensä keskimäärin neljä tuntia 56 minuuttia. Matkustamiseen käytetty aika vaihteli 16 minuutista neljään tuntiin 54 minuuttiin ja myös yhteistyöhön käytetty aika vaihteli yhdestä minuutista 31 minuuttiin. Välillisen työn osuus koko työajasta oli 55 prosenttia, ja tästä matkustamisen osuus oli 39 prosenttia (taulukko 3, s. 18 ja kuvio 6, s. 18).

Palveluntuottaja A:n työntekijällä lapsen luona käynnin välitön työaika oli keskimäärin 57 minuuttia, perheen luona käyntien välitön työaika oli keskimäärin kolme tuntia 14 minuuttia sekä yhteispalaverien välitön työaika oli keskimäärin kaksi tuntia 32 minuuttia (taulukko 3).

Taulukko 3. Palveluntuottaja A:n työntekijöiden käyttämä työaika suhteutettuna yhtä käyntiä kohden.

Palveluntuottaja A	Keskiarvo (SD), h:min	Mediaani, h:min	Vaihteluväli, h:min	Variaatio- kerroin, %
Lapsen luona käynti, n = 37	0:57 (0:10)	0:56	0:46–1:37	18
Perheen luona käynti, n = 37	3:14 (0:09)	3:12	3:00–3:40	5
Yhteispalaveri, n = 29	2:32 (0:29)	2:40	1:10–3:24	20
Matkustaminen, n = 37	1:56 (1:11)	1:57	0:16–4:54	62
Kirjaaminen, n = 37	0:13 (0:01)	0:13	0:11–0:18	11
Yhteistyö ilman kuntoutujaa, n = 29	0:05 (0:06)	0:03	0:01–0:31	111
Muu välillinen työ, n = 37	0:28 (0:08)	0:27	0:13–0:50	29
Työaika yhteensä, n = 37	4:56 (1:16)	4:56	2:54–8:16	26

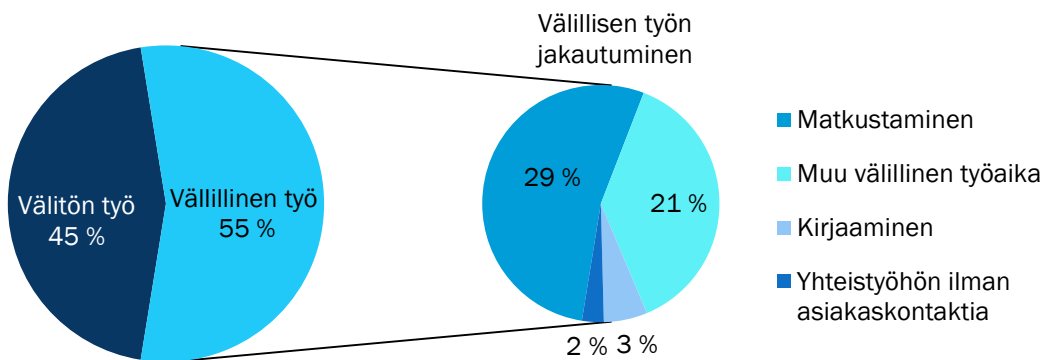
Kuvio 6. Palveluntuottaja A:n työajan käytön jakautuminen varsinaisissa käynneissä.

Palveluntuottaja B:n kuntoutukseen osallistuneet työntekijät käyttivät yhden kuntoutujakohtaisen käynnin toteuttamiseen työaika keskimäärin neljä tuntia kaksi minuuttia. Yhteistyöhön käytetty aika vaihteli yhdestä minuutista seitsemään minuuttiin. Välillisen työn osuus koko työajasta oli 55 prosenttia, ja tästä matkustamisen osuus oli 29 prosenttia (taulukko 4, s. 19 ja kuvio 7, s. 19).

Palveluntuottaja B:n työntekijän toteuttaman lapsen luona käynnin välitön työaika oli keskimäärin 55 minuuttia, perheen luona käyntien välitön työaika oli keskimäärin kaksi tuntia 30 minuuttia sekä yhteispalaverien välitön työaika oli keskimäärin kaksi tuntia 17 minuuttia (taulukko 4).

Taulukko 4. Palveluntuottaja B:n työntekijöiden käyttämä työaika suhteutettuna yhtä käyntiä kohden.

Palveluntuottaja B	Keskiarvo (SD), h:min	Mediaani, h:min	Vaihteluväli, h:min	Variaatio- kerroin, %
Lapsen luona käynti, n = 37	0:55 (0:07)	0:53	0:45–1:12	13
Perheen luona käynti, n = 39	2:30 (0:20)	2:31	1:48–3:00	13
Yhteispalaveri, n = 33	2:17 (0:43)	2:27	0:45–4:03	32
Matkustaminen, n = 39	1:12 (0:20)	1:09	0:42–2:02	28
Kirjaaminen, n = 39	0:08 (0:02)	0:07	0:05–0:15	31
Yhteistyö ilman kuntoutujaa, n = 3	0:04 (0:02)	0:03	0:01–0:07	61
Muu välillinen työ, n = 39	0:51 (0:18)	0:47	0:25–1:36	35
Työaika yhteensä, n = 39	4:02 (0:41)	4:00	2:45–6:28	17

Kuvio 7. Palveluntuottaja B:n työajan käytön jakautuminen varsinaisissa käynneissä.

4.2.3 Lisäkäynnit

Palveluntuottaja A:lla lisäkäynnejä toteutui viidellä (n = 5) kuntoutujalla ja palveluntuottaja B:llä kuudella (n = 6) kuntoutujalla.

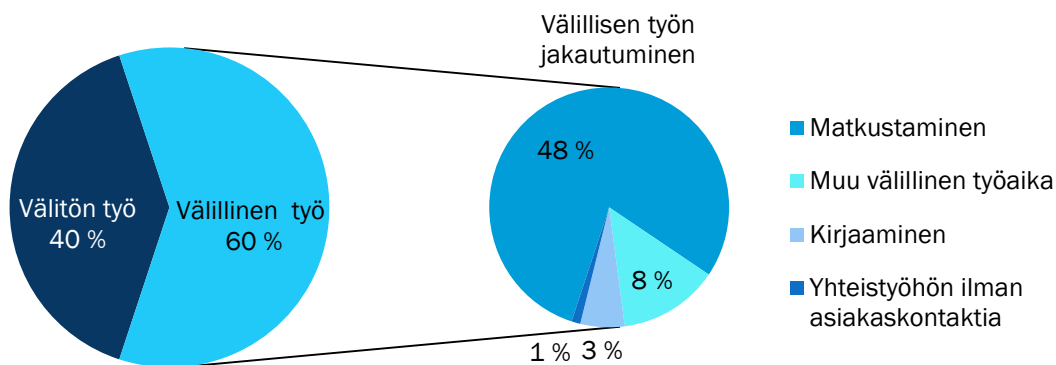
Palveluntuottaja A:n kuntoutukseen osallistuneet työntekijät käyttivät yhden kuntoutujakohtaisen lisäkäynnin toteuttamiseen työaika keskimäärin kuusi tuntia 59 minuuttia. Matkustamiseen käytetty aika vaihteli yhdestä tunnista 49 minuutista kuuteen tuntiin 53 minuuttiin. Välillisen työn osuus koko työajasta oli 60 prosenttia ja tästä matkustamisen osuus oli 48 prosenttia (taulukko 5, s. 20 ja kuvio 8, s. 20).

Lapsen luona käyntiin kului välitöntä työaika työntekijältä keskimäärin 54 minuuttia, ja perheen luona käynnin välitön työaika oli työntekijöiltä yhteensä keskimäärin kolme tuntia 54 minuuttia (taulukko 5).

Taulukko 5. Palveluntuottaja A:n työntekijöiden käyttämä työaika lisäkäynneissä suhteutettuna yhtä käyntiä kohden.

Palveluntuottaja A	Keskiarvo (SD), h:min	Mediaani, h:min	Vaihteluväli, h:min	Variaatio-kerroin, %
Lapsen luona käynti, n = 4	0:54 (0:08)	0:51	0:47–1:07	15
Perheen luona käynti, n = 5	3:54 (1:24)	3:14	2:52–6:40	36
Matkustaminen, n = 5	3:20 (1:50)	2:27	1:49–6:53	55
Kirjaaminen, n = 5	0:15 (0:04)	0:12	0:11–0:23	30
Yhteistyö ilman kuntoutujaa, n = 3	0:03 (0:01)	0:04	0:01–0:05	39
Muu välillinen työ, n = 5	0:34 (0:12)	0:40	0:12–0:45	36
Työaika yhteensä, n = 5	6:59 (2:34)	5:27	4:46–11:26	37

Kuvio 8. Palveluntuottaja A:n työajan käytön jakautuminen lisäkäynneissä.



Palveluntuottaja B:n työntekijöiden käyttämä työaika yhtä lisäkäyntiä kohden oli keskimäärin kolme tuntia 46 minuuttia. Välillisen työn osuus koko työajasta oli 54 prosenttia, ja tästä matkustamisen osuus oli 31 prosenttia (taulukko 6, s. 21 ja kuvio 9, s. 21).

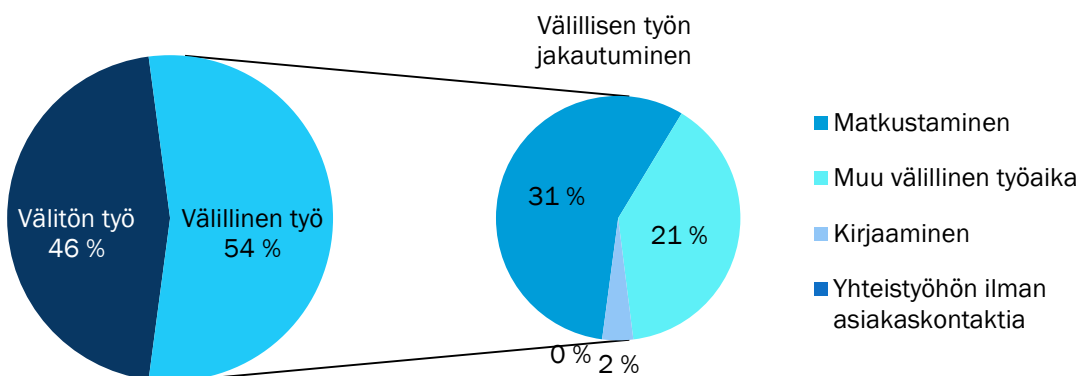
Lapsen luona käyntiin kului työntekijältä välitöntä työaika keskimäärin 44 minuuttia, ja perheen luona käynnin välitön työaika oli työntekijöiltä yhteensä keskimäärin kolme tuntia yksi minuutti, joka vaihteli tunti 46 minuutista kuuteen tuntiin 16 minuuttiin (taulukko 6).

Taulukko 6. Palveluntuottaja B:n työntekijöiden käyttämä työaika lisäkäynneissä suhteutettuna yhtä käyntiä kohden.

Palveluntuottaja B	Keskiarvo (SD), h:min	Mediaani, h:min	Vaihteluväli, h:min	Variaatio-kerroin, %
Lapsen luona käynti, n = 6	0:44 (0:00)	0:45	0:44–0:45	1
Perheen luona käynti, n = 6	3:01 (1:30)	2:22	1:46–6:16	50
Matkustaminen, n = 6	1:09 (1:07)	0:06	1:03–1:23	10
Kirjaaminen, n = 6	0:05 (0:01)	0:05	0:03–0:08	27
Yhteistyö ilman kuntoutujaa, n = 0	na ^a	na ^a	na ^a	na ^a
Muu välillinen työ, n = 6	0:48 (0:18)	0:55	0:22–1:08	38
Työaika yhteensä, n = 6	3:46 (0:37)	3:41	2:53–4:41	17

^ana = ei relevantti.

Kuvio 9. Palveluntuottaja B:n työajan käytön jakautuminen lisäkäynneissä.



4.2.4 Kuntoutusviikonloput

Palveluntuottaja A:n työntekijät käyttivät ensimmäisen kuntoutusviikonloppun toteutukseen kuntoutujaa kohden yhteensä keskimäärin 21 tuntia 6 minuuttia, josta monimuotoisen kuntoutuksen osuus oli keskimäärin 10 tuntia 35 minuuttia (49 prosenttia). Avustamiseen käytettiin aikaa 10 minuutista neljään tuntiin 20 minuuttiin. Välillistä työaika työntekijät käyttivät yhteensä keskimäärin 10 tuntia 10 minuuttia (47 prosenttia) kuntoutujaa kohden (taulukko 7, s. 22 ja kuvio 10, s. 22).

Toisena kuntoutusviikonloppuna työntekijät käyttivät työaika keskimäärin kuntoutujaa kohden yhteensä 22 tuntia 30 minuuttia, josta monimuotoisen kuntoutuksen osuus oli 10 tuntia 55 minuuttia (49 prosenttia). Välillistä työaika työntekijät käyttivät yhteensä keskimäärin 10 tuntia 46 minuuttia (48 prosenttia) kuntoutujaa kohden (taulukko 7 ja kuvio 10).

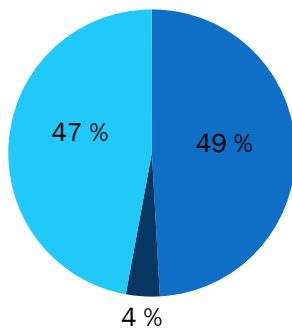
Taulukko 7. Palveluntuottaja A:n työntekijöiden sekä avustavien henkilöiden käyttämä työaika kuntoutusviikonloppuina.

Palveluntuottaja A	Keskiarvo (SD), h:min	Mediaani, h:min	Vaihteluväli, h:min	Variaatio- kerroin, %
1. Kuntoutusviikonloppu				
Monimuotoinen kuntoutus, n = 26	10:35 (1:10)	11:06	8:53–12:27	11
Avustaminen, n = 9	0:48 (1:16)	0:10	0:10–4:20	136
Välillinen työaika, n = 26	10:10 (2:14)	10:40	6:42–13:42	22
Työaika yhteensä, n = 26	21:06 (3:40)	20:40	15:47–28:52	17
2. Kuntoutusviikonloppu				
Monimuotoinen kuntoutus, n = 13	10:55 (1:25)	10:28	9:15–12:38	13
Avustaminen, n = 13	0:48 (0:41)	0:25	0:10–2:40	86
Välillinen työaika, n = 13	10:46 (2:09)	11:40	7:26–12:48	20
Työaika yhteensä, n = 13	22:30 (3:30)	21:20	18:04–26:38	16

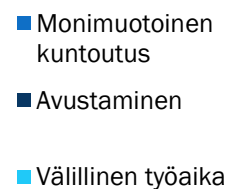
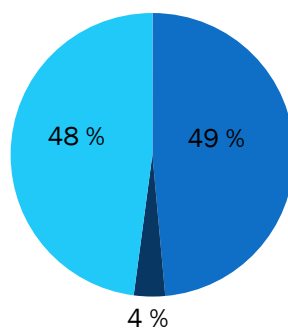
Palveluntuottaja A:n kuntoutusviikonloppujen työaika jakautuu prosentuaalisesti samankaltaisesti ensimmäisen ja toisen kuntoutusviikonlopun välillä (kuvio 10).

Kuvio 10. Palveluntuottaja A:n työajan käytön jakautuminen ensimmäisenä ja toisena kuntoutusviikonloppuna.

1. Kuntoutusviikonloppu



2. Kuntoutusviikonloppu



Palveluntuottaja B:n työntekijät käyttivät ensimmäisen kuntoutusviikonlopun toteutukseen kuntoutujaa kohden yhteensä keskimäärin 16 tuntia ja yhden minuutin, josta monimuotoisen kuntoutuksen osuus oli 8 tuntia (50 prosenttia). Välillistä työaika työntekijät käyttivät yhteensä keskimäärin kuusi tuntia 22 minuuttia (40 prosenttia) kuntoutujaa kohden (taulukko 8, s. 23 ja kuvio 11, s. 23).

Toisena kuntoutusviikonloppuna työntekijät käyttivät työaika keskimäärin kuntoutujaa kohden yhteensä 16 tuntia 23 minuuttia, josta monimuotoisen kuntoutuksen osuus oli seitsemän tuntia 47 minuuttia (47 prosenttia). Välillistä työaika työntekijät käyttivät yhteensä keskimäärin seitsemän tuntia yhdeksän minuuttia (44 prosenttia) kuntoutujaa kohden (taulukko 8 ja kuvio 11).

Taulukko 8. Palveluntuottaja B:n työntekijöiden sekä avustavien henkilöiden käyttämä työaika kuntoutusviikonloppuina.

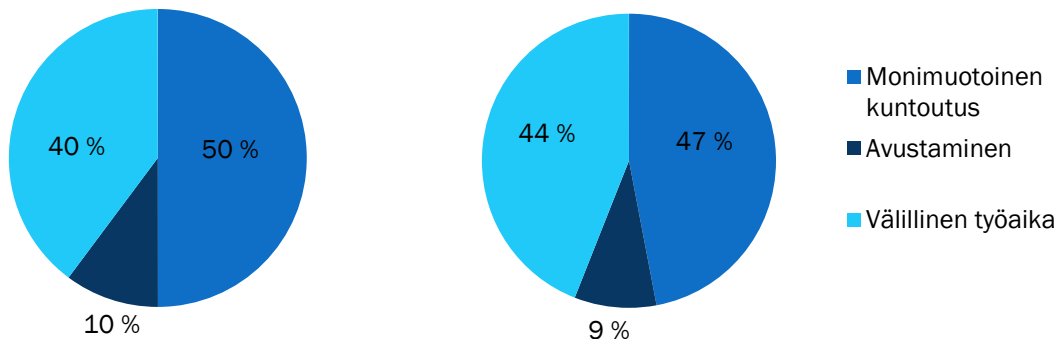
Palveluntuottaja B	Keskiarvo (SD), h:min	Mediaani, h:min	Vaihteluväli, h:min	Variaatiokerroin, %
1. Kuntoutusviikonloppu				
Monimuotoinen kuntoutus, n = 38	8:00 (0:44)	8:05	6:20–9:36	9
Avustaminen, n = 38	1:38 (0:45)	1:45	0:12–2:45	47
Väiillinen työaika, n = 38	6:22 (2:42)	7:20	2:00–9:26	43
Työaika yhteensä, n = 38	16:01 (2:49)	17:17	11:05–19:27	18
2. Kuntoutusviikonloppu				
Monimuotoinen kuntoutus, n = 21	7:47 (0:59)	7:45	6:04–9:44	13
Avustaminen, n = 21	1:26 (0:30)	1:39	0:50–2:10	35
Väiillinen työaika, n = 21	7:09 (2:26)	6:18	3:19–10:48	34
Työaika yhteensä, n = 21	16:23 (2:32)	16:00	12:18–21:35	16

Palveluntuottaja B:n kuntoutusviikonloppujen työaika jakautuu prosentuaalisesti samankaltaisesti ensimmäisen ja toisen kuntoutusviikonlopun välillä (kuvio 11).

Kuvio 11. Palveluntuottaja B:n työajan käytön jakautuminen ensimmäisenä ja toisena kuntoutusviikonloppuna.

1. Kuntoutusviikonloppu

2. Kuntoutusviikonloppu



4.2.5 Työajan seuraamiseen käytetty aika

Työajan seuraamiseen aloitusvaiheessa palveluntuottaja A käytti aikaa keskimäärin 37 minuuttia, ja aika vaihteli 25 minuutista yhteen tuntiin 37 minuuttiin. Varsinaisiin käynteihin aikaa kului yhden käynnin tutkimustietojen kirjaamiseen keskimäärin 4 minuuttia. Ensimmäisenä kuntoutusviikonloppuna aikaa kului keskimäärin 33 minuuttia, ja aika vaihteli 15 minuutista yhteen tuntiin 30 minuuttiin (taulukko 9, s. 24).

Taulukko 9. Tutkimuksen tietojen kirjaamiseen käytetty aika kuntoutujaa kohden.

Palveluntuottaja A	Keskiarvo (SD), h:min	Mediaani, h:min	Vaihteluväli, h:min	Variaatio- kerroin, %
Aloitusvaiheen aika yhteensä, n = 38	0:37 (0:14)	0:30	0:25–1:37	40
Varsinaiisiin käynteihin kulunut aika tapaamista kohden, n = 37	0:04 (0:01)	0:04	0:03–0:09	24
Lisäkäyntien aika tapaamista kohden, n = 5	0:05 (0:01)	0:05	0:05–0:07	18
1. Kuntoutusviikonlopun aika yhteensä, n = 26	0:33 (0:24)	0:25	0:15–1:30	75
2. Kuntoutusviikonlopun aika yhteensä, n = 13	0:32 (0:05)	0:30	0:28–0:40	16

Palveluntuottaja B käytti työajan seuraamiseen aikaa aloitusvaiheessa keskimäärin 41 minuuttia, ja aika vaihteli 16 minuutista kolmeen tuntiin 45 minuuttiin. Varsinaisten käyntien aikana palveluntuottaja B:n käyttämä työaika yhtä tapaamista kohden oli keskimäärin 4 minuuttia (taulukko 10).

Taulukko 10. Tutkimuksen tietojen kirjaamiseen käytetty aika kuntoutujaa kohden.

Palveluntuottaja B	Keskiarvo (SD), h:min	Mediaani, h:min	Vaihteluväli, h:min	Variaatio- kerroin, %
Aloitusvaiheen aika yhteensä, n = 40	0:41 (0:33)	0:30	0:16–3:45	80
Varsinaiisiin käynteihin kulunut aika tapaamista kohden, n = 39	0:04 (0:01)	0:04	0:02–0:08	26
Lisäkäyntien aika tapaamista kohden, n = 6	0:03 (0:00)	0:03	0:03–0:05	19
1. Kuntoutusviikonlopun aika yhteensä, n = 38	0:18 (0:05)	0:20	0:00–0:30	29
2. Kuntoutusviikonlopun aika yhteensä, n = 21	0:21 (0:06)	0:20	0:11–0:40	31

4.3 Kustannusseuranta

4.3.1 Aloitusvaihe

Aloitusvaiheen käyntien yhteenlasketut henkilötyökustannukset palveluntuottaja A:lla olivat kuntoutujaa kohden keskimäärin 1 552 euroa ja työntekijöille maksetut matka- ja päiväraha-kustannukset olivat keskimäärin 246 euroa, ja niiden määrä vaihteli neljästä eurosta 687 euroon (taulukko 11).

Taulukko 11. Aloitusvaiheen henkilötyökustannukset sekä työntekijälle maksetut matka- ja päiväraha-kustannukset kuntoutujaa kohden.

Palveluntuottaja A, n = 38	Keskiarvo (SD), €	Mediaani, €	Vaihteluväli, €	Variaatio- kerroin, %
Henkilötyökustannus	1 552 (498)	1 501	764–2 745	32
Matka- ja päiväraha-kustannus	246 (195)	232	4–687	79
Yhteensä	1 799 (684)	1 730	768–3 432	38

Palveluntuottaja B:n aloitusvaiheen käyntien henkilötyökustannukset olivat kuntoutujaa kohden keskimäärin 1 140 euroa ja työntekijälle maksetut matka- ja päiväraha-kustannukset keskimäärin 342 euroa (taulukko 12).

Taulukko 12. Aloitusvaiheen henkilötyökustannukset sekä työntekijälle maksetut matka- ja päiväraha-kustannukset kuntoutujaa kohden.

Palveluntuottaja B, n = 40	Keskiarvo (SD), €	Mediaani, €	Vaihteluväli, €	Variaatio- kerroin, %
Henkilötyökustannus	1 140 (236)	1 132	673–1 700	21
Matka- ja päiväraha-kustannus	342 (112)	324	110–614	33
Yhteensä	1 482 (336)	1 436	783–2 210	23

4.3.2 Varsinaiset käynnit

Yhtä käyntiä kohden palveluntuottaja A:n kuntoutujakohtaiset henkilötyökustannukset olivat yhteensä keskimäärin 254 euroa ja työntekijälle maksetut matka- ja päiväraha-kustannukset keskimäärin 48 euroa (taulukko 13).

Taulukko 13. Palveluntuottaja A:n varsinaisen käyntivaiheen henkilötyökustannukset sekä matka- ja päiväraha-kustannukset suhteutettuna yhtä käyntiä kohden.

Palveluntuottaja A, n = 37	Keskiarvo (SD), €	Mediaani, €	Vaihteluväli, €	Variaatio- kerroin, %
Henkilötyökustannus	254 (72)	267	140–447	28
Matka- ja päiväraha-kustannus	48 (36)	49	0–141	75
Yhteensä	302 (106)	306	140–588	35

Palveluntuottaja B:n kuntoutujakohtaiset henkilötyökustannukset olivat yhtä käyntiä kohden yhteensä keskimäärin 169 euroa ja työntekijälle maksetut matka- ja päiväraha-kustannukset olivat keskimäärin 56 euroa (taulukko 14).

Taulukko 14. Palveluntuottaja B:n varsinaisen käyntivaiheen henkilötyökustannukset sekä matka- ja päiväraha-kustannukset suhteutettuna yhtä käyntiä kohden.

Palveluntuottaja B, n = 39	Keskiarvo (SD), €	Mediaani, €	Vaihteluväli, €	Variaatio- kerroin, %
Henkilötyökustannus	169 (36)	166	79–291	21
Matka- ja päiväraha-kustannus	56 (13)	56	33–98	24
Yhteensä	225 (47)	225	47–389	21

4.3.3 Lisäkäynnit

Yhtä lisäkäyntiä kohden palveluntuottaja A:n kuntoutujakohtaiset henkilötyökustannukset olivat keskimäärin 457 euroa ja työntekijälle maksetut matka- ja päiväraha-kustannukset keskimäärin 86 euroa (taulukko 15, s. 26).

Taulukko 15. Palveluntuottaja A:n lisäkäyntien henkilötyökustannukset sekä matka- ja päiväraha-kustannukset suhteutettuna yhtä käyntiä kohden.

Palveluntuottaja A, n = 5	Keskiarvo (SD), €	Mediaani, €	Vaihteluväli, €	Variaatio- kerroin, %
Henkilötyökustannus	457 (170)	350	308–754	37
Matka- ja päiväraha-kustannus	86 (35)	75	52–146	41
Yhteensä	544 (204)	410	360–900	38

Yhtä lisäkäyntiä kohden palveluntuottaja B:n kuntoutujakohtaiset henkilötyökustannukset olivat keskimäärin 131 euroa ja työntekijälle maksetut matka- ja päiväraha-kustannukset keskimäärin 59 euroa (taulukko 16).

Taulukko 16. Palveluntuottaja B:n lisäkäyntien henkilötyökustannukset sekä matka- ja päiväraha-kustannukset suhteutettuna yhtä käyntiä kohden.

Palveluntuottaja B, n = 6	Keskiarvo (SD), €	Mediaani, €	Vaihteluväli, €	Variaatio- kerroin, %
Henkilötyökustannus	131 (42)	148	64–179	32
Matka- ja päiväraha-kustannus	59 (11)	59	44–73	19
Yhteensä	189 (52)	208	108–253	28

4.3.4 Kuntoutusviikonloput

Palveluntuottaja A:n ensimmäisen kuntoutusviikonloppun henkilötyökustannukset kuntoutujaa kohden olivat yhteensä keskimäärin 982 euroa ja muut kustannukset keskimäärin 487 euroa. Toisen kuntoutusviikonloppun henkilötyökustannukset olivat keskimäärin 730 euroa ja muut kustannukset keskimäärin 651 euroa (taulukko 17).

Taulukko 17. Palveluntuottaja A:n ensimmäisen ja toisen kuntoutusviikonloppun henkilötyökustannukset sekä viikonloppun muut kustannukset.

Palveluntuottaja A	Keskiarvo (SD), €	Mediaani, €	Vaihteluväli, €	Variaatio- kerroin, %
1. Kuntoutusviikonloppu, n = 26				
Henkilötyökustannus	982 (199)	989	532–1 484	20
Muut kustannukset	487 (137)	499	149–670	28
Yhteensä	1 470 (236)	1 408	1 027–1 885	16
2. Kuntoutusviikonloppu, n = 13				
Henkilötyökustannus	730 (165)	723	514–1 025	23
Muut kustannukset	651 (198)	634	344–888	30
Yhteensä	1 381 (263)	1 522	858–1 611	19

Palveluntuottaja B:n ensimmäisen kuntoutusviikonlopun henkilötyökustannukset kuntoutujaa kohden olivat yhteensä keskimäärin 751 euroa ja toisen kuntoutusviikonlopun henkilötyökustannukset olivat keskimäärin 834 euroa. Muita kustannuksia ei ollut tai niitä ei ollut raportoitu (taulukko 18).

Taulukko 18. Palveluntuottaja B:n ensimmäisen ja toisen kuntoutusviikonlopun henkilötyökustannukset sekä viikonlopun muut kustannukset.

Palveluntuottaja B	Keskiarvo (SD), €	Mediaani, €	Vaihteluväli, €	Variaatio- kerroin, %
1. Kuntoutusviikonloppu, n = 37				
Henkilötyökustannus	751 (157)	840	460–936	21
Muut kustannukset	na ^a	na ^a	na ^a	na ^a
2. Kuntoutusviikonloppu, n = 19				
Henkilötyökustannus	834 (145)	888	535–1 057	17
Muut kustannukset	na ^a	na ^a	na ^a	na ^a

^a na = ei relevantti

4.3.5 Koko kuntoutusprosessin kustannukset

Palveluntuottaja A:n koko kuntoutusprosessin kuntoutujakohtaiset yhteenlasketut kustannukset olivat palveluntuottajien omilla henkilötyökustannuksilla laskettuna keskimäärin 13 052 euroa, työehtosopimusten (TES) mukaisilla palkkatiedoilla 11 404 euroa sekä palveluntuottajien välisiä henkilötyökustannuksia ristiin käyttäen 11 827 euroa, kun mukana ovat maantieteellisesti kaikki kuntoutujat (taulukko 19).

Taulukko 19. Palveluntuottaja A:n koko kuntoutusprosessin kustannukset yhtä kuntoutujaa kohden laskettuna kolmella eri tavalla.

Palveluntuottaja A, n = 13	Keskiarvo (SD), €	Mediaani, €	Vaihteluväli, €	Variaatio- kerroin, %
Palveluntuottajan				
a) henkilötyökustannukset	10 073 (2 404)	10 120	5 860–15 979	24
b) henkilötyö-, matka-, päiväraha- ja muut kustannukset yhteensä	13 052 (3 219)	13 401	7 327–20 943	25
Palveluntuottajien välisiä henkilötyökustannuksia ristiin käyttäen				
a) henkilötyökustannukset	8 848 (2 023)	8 539	5 311–13 702	23
b) henkilötyö-, matka-, päiväraha- ja muut kustannukset yhteensä	11 827 (2 840)	11 830	6 778–18 666	24
TES:in mukaiset				
a) henkilötyökustannukset	8 426 (2 195)	7 763	4 653–13 641	26
b) henkilötyö-, matka-, päiväraha- ja muut kustannukset yhteensä	11 404 (2 990)	11 158	6 120–18 605	26
Matka-, päiväraha- ja muut kustannukset	2 979 (892)	3 290	1 467–4 964	30

Kun tuloksista rajattiin pois kuntoutujat, jotka asuivat samalla paikkakunnalla kuin palveluntuottajan toimipiste sijaitsi, palveluntuottaja A:n koko kuntoutusprosessin kuntoutujakohtaiset yhteenlasketut kustannukset olivat palveluntuottajan omilla henkilötyökustannuksilla laskettuna keskimäärin 13 971 euroa, työehtosopimusten mukaisilla palkoilla laskettuna keskimäärin 12 602 euroa ja palveluntuottajien henkilötyökustannuksia ristiin käyttäen keskimäärin 12 167 euroa (taulukko 20).

Taulukko 20. Palveluntuottaja A:n koko kuntoutusprosessin kustannukset yhtä kuntoutujaa kohden laskettuna kolmella eri tavalla. Laskennassa ei huomioitu kuntoutujia, jotka asuivat samalla paikkakunnalla kuin palveluntuottajan toimipiste.

Palveluntuottaja A, n = 11	Keskiarvo (SD), €	Mediaani, €	Vaihteluväli, €	Variaatio- kerroin, %
Palveluntuottajan				
a) henkilötyökustannukset	10 763 (1 924)	10 168	8 534–15 979	18
b) henkilötyö-, matka-, päiväraha- ja muut kustannukset yhteensä	13 971 (2 584)	13 563	10 983–20 943	18
Palveluntuottajien välisiä henkilötyökustannuksia ristiin käyttäen				
a) henkilötyökustannukset	9 395 (1 687)	9 053	7 627–13 702	18
b) henkilötyö-, matka-, päiväraha- ja muut kustannukset yhteensä	12 602 (2 348)	11 908	9 724–18 666	19
TES:in mukaiset				
a) henkilötyökustannukset	8 960 (1 927)	8 965	6 877–13 641	22
b) henkilötyö-, matka-, päiväraha- ja muut kustannukset yhteensä	12 167 (2 562)	11 658	8 973–18 605	21
Matka-, päiväraha- ja muut kustannukset	3 207 (767)	3 334	2 096–4 964	24

Palveluntuottaja B:n koko kuntoutusprosessin kuntoutujakohtaiset yhteenlasketut kustannukset olivat palveluntuottajan omilla henkilötyökustannuksilla laskettuna keskimäärin 10 627 euroa, työehtosopimusten (TES) mukaisilla palkkatiedoilla 9 619 euroa sekä palveluntuottajien välisiä henkilötyökustannuksia ristiin käyttäen 11 849 euroa (taulukko 21).

Taulukko 21. Palveluntuottaja B:n koko kuntoutusprosessin kustannukset yhtä kuntoutujaa kohden laskettuna kolmella eri tavalla.

Palveluntuottaja B, n = 19	Keskiarvo (SD), €	Mediaani, €	Vaihteluväli, €	Variaatio- kerroin, %
Palveluntuottajan				
a) henkilötyökustannukset	6 666 (597)	6 670	5 499–8 224	9
b) henkilötyö-, matka-, päiväraha- ja muut kustannukset yhteensä	10 627 (1 158)	10 669	8 410–13 813	11
Palveluntuottajien välisiä henkilötyökustannuksia ristiin käyttäen				
a) henkilötyökustannukset	7 888 (738)	7 858	6 516–9 831	9
b) henkilötyö-, matka-, päiväraha- ja muut kustannukset yhteensä	11 849 (1 300)	11 890	9 395–15 420	11
TES:in mukaiset				
a) henkilötyökustannukset	5 658 (1 050)	5 945	2 196–7 586	19
b) henkilötyö-, matka-, päiväraha- ja muut kustannukset yhteensä	9 619 (1 301)	9 790	5 074–11 921	14
Matka-, päiväraha- ja muut kustannukset	3 961 (587)	3 917	2 879–5 589	15

4.3.6 Palveluntuottajalle kuntoutujan kotikunnan maksama kuntaosuus

Kuntoutujan kotikunnan maksama osuus palveluntuottaja A:lle oli keskimäärin 569 euroa ja palveluntuottaja B:lle keskimäärin 812 euroa kuntoutujaa kohden. Palveluntuottaja B oli raportoinut tämän tiedon kymmeneltä (n = 10) kuntoutujalta (taulukko 22).

Taulukko 22. Palveluntuottajille kuntien maksamat kuntoutujakohtaiset kuntaosuudet.

Palveluntuottaja	Keskiarvo (SD), €	Mediaani, €	Vaihteluväli, €	Variaatio- kerroin, %
Palveluntuottaja A, n = 38	569 (182)	451	451-1 138	32
Palveluntuottaja B, n = 10	812 (0)	812	812-812	0

5 POHDINTA

Työajan- ja kustannuseurannan tarkoituksena oli selvittää lasten kotona toteutettavan psykiatrisen perhekuntoutuksen kehittämishankkeen (Etä-LAKU) kuntoutujaan ja perheeseen kohdistuvaa työaika- ja työstä aiheutuvia kustannuksia.

Vastaavia tämältyyppiseen kuntoutukseen kohdistuneita työajan- ja kustannuseurantatutkimuksia ei ole tutkimuksemme mukaan tehty Suomessa. Kansainvälisestäkin kotona toteutettavasta psykiatrisesta kuntoutuksesta on vähän työajan- ja kustannuseurantatietoa. Saatavissa oleva tieto ei ole vertailtavissa Etä-LAKU-perhekuntoutukseen. Syynä on muun muassa erilainen kuntoutusprosessi, esimerkiksi MST-mallissa (Henggeler ym. 1999b) perheiden kanssa työskentelyn kokonaisaika on lyhyempi ja tiiviimpi (tarvittaessa jopa päivittäinen) kuin Etä-LAKU-hankkeessa oli. Kokonaishoitoajan yhdellä MST-terapeutilla on kolme perhettä ja hän toimii lasten psykiatrin ohjauksessa (Shepperd ym. 2009), kun Etä-LAKU-hankkeessa kuntoutuksesta vastasivat kahdesta neljään työntekijää. Myös terapeuttien koulutus ja palkkaus saattavat olla erilaisia Suomessa kuin ulkomailla, esim. MST-terapeutit USA:ssa ovat yliopiston käyneitä maisteritason klinikoita (Rowland 2005), kun Suomessa terapeuteilta ei sitä koulutusta vaadita. Koulutustaso vaikuttaa palkkatasoon ja palkkataso muutoinkin on erilainen eri maissa, ja ne vaikuttavat terapiasta aiheutuneisiin kustannuksiin.

Etä-LAKU-perhekuntoutusmallin työajan- ja kustannuseurantamalli perustui Kelan laatimaan hankesuunnitelmaan, jossa oli määritelty tarkasti kuntoutusprosessin vaiheet, toteutus sekä vaatimukset. Hankesuunnitelman tietojen perusteella FCG laati kuntoutujakohtaisen tiedonkeruupohjan. Tiedonkeruupohja oli haasteellista laatia, koska kuntoutus sisälsi eri vaiheita sekä erityyppisiä käyntejä, kuten yksilöllisiä tapaamisia ja perhetapaamisia. Lisäksi kuntoutukseen saattoi osallistua monista eri ammattiryhmistä työntekijöitä, joiden osallistuminen kuntoutukseen oli määrällisesti hyvin erilaista. Pääkuntoutuksesta vastasivat palveluntuottajan kahdesta neljään työntekijää. Näiden tekijöiden vuoksi kuntoutujakohtainen tiedonkeruupohja muodostui laajaksi, joten työajan seuraaminen vaati palveluntuottajilta erityistä tarkkuutta.

Palveluntuottajien kanssa käydyn keskustelun perusteella haasteellisinta työajan kirjaaminen oli aloituskäyntien sekä kuntoutusviikonloppujen osalta. Tietojen kirjaaminen varsinaisista käynneistä osoittautui palveluntuottajille selkeimmäksi. Myös tilanteet, joissa työntekijöiden käyttämää työaikaa tuli jakaa useamman kuntoutujan välille, olivat kirjaamisen kannalta haastavia. Toisella palveluntuottajalla oli varsinkin tiedonkeruun alkuvaiheessa kuntoutuksessa mukana kuntoutujia, jotka eivät kuuluneet tähän tutkimusjoukkoon, koska heidän kuntoutuksensa oli alkanut jo aikaisemmin. Tämä aiheutti palveluntuottajalle erityistä pohdintaa tietojenkirjaamisesta, koska esimerkiksi saman päivän aikana terapiakäyntejä saattoi olla sekä tutkimuksessa mukana olevien luona että niiden luona, jotka eivät kuuluneet tutkimusjoukkoon.

Tiedonkeruun käynnistyessä toisella palveluntuottajalla oli haasteita saada kuntoutujia Etä-LAKU-perhekuntoutukseen, mutta tiedonkeruun edetessä kuntoutukseen osallistuneiden määrä tasoittui palveluntuottajien välillä. Koska osa kuntoutujista tuli kuntoutukseen myöhemmin, kuntoutus eteni eri tahtia ja tiedonkeruun päättyessä kuntoutujat olivat eri kuntoutusprosessin vaiheessa. Tiedonkeruun aikana kuntoutukseen osallistui yhteensä 78 kuntoutujaa, joista koko kuntoutusprosessin ehti käydä läpi kuusi kuntoutujaa. Kuntoutusprosessi keskeytyi vain kahdelta kuntoutujalta, mitä voidaan pitää erittäin pienenä määränä, kun huomioidaan tiedonkeruun pitkä kesto.

Aloitusvaiheessa palveluntuottajien työajan käyttö jakautui prosentuaalisesti lähes täsmälleen samalla tavalla. Välilliseen työhön kului prosentuaalisesti aikaa molemmilla palveluntuottajilla hieman yli puolet ajasta, josta matkustamisen osuus oli suurin. Palveluntuottajien välisessä ajankäytössä oli eniten eroa matkustamisessa. Palveluntuottajien kanssa käydyn keskustelun perusteella toinen palveluntuottaja pystyi ehkä paremmin yhdistämään samalle päivälle useamman tapaamisen, jolloin matkustamiseen käytetty aika saattoi jäädä kuntoutujakohtaisesti lyhyemmäksi. Luonnollisesti matkustamiseen käytetty aika riippui myös kuntoutujien ja palveluntuottajien välisestä etäisyydestä, koska kuntoutujat asuivat laajalla alueella. Myös yhteistyössä ilman kuntoutujaa sekä muussa välillisessä työssä ajan käyttö vaihteli molemmilla palveluntuottajilla, joka voi olla seurausta kuntoutuksen yksilöllisestä toteutuksesta ja siitä, että jokainen kuntoutuja tarvitsi eri määrän järjestelyä. Näihin kohtiin ohjattiin kirjaamaan työaika, joka kului esimerkiksi puhelimitse tehtyihin yhteydenottoihin lähettävään tahoon tai kouluun.

Aloitusvaiheessa kuntoutujakohtaiset palveluntuottajan työntekijöille matkustamiseen liittyvät maksetut kulut vaihtelivat etenkin palveluntuottaja A:lla, koska osa heidän kuntoutujistaan asui lähellä palveluntuottajan toimipistettä. Palveluntuottaja B:n matkustamiseen liittyvät kulut olivat suuremmat kuin palveluntuottaja A:lla, mikä viittaisi pidempiin välimatkoihin palveluntuottaja B:n ja kuntoutujien välillä.

Varsinaisia käyntejä eri kuntoutujilla oli eri määrä, joten tulokset piti suhteuttaa toteutuneisiin käyntien määriin. Tuloksissa on huomattava, että lapsen luona käynteihin osallistui pääasiassa yksi työntekijä, kun perheen tapaamisiin sekä yhteispalavereihin osallistui tavallisesti kaksi työntekijää.

Palveluntuottajien välillä ajankäytössä oli eroa matkustamisessa sekä perheen luona käyntien välillä. Palveluntuottaja A käytti perheen tapaamisiin sekä matkustamiseen noin 45 minuuttia enemmän aikaa yhtä tapaamista kohden. Syynä tähän voi olla, että toinen palveluntuottaja pystyi yhdistämään käyntejä paremmin. Molemmilla palveluntuottajilla yhteistyöhön käytetty aika vaihteli paljon, mutta toisaalta tämän osuus kokonaisajankäytöstä oli vähäinen.

Prosentuaalisesti käytetty työaika jakautui molemmilla palveluntuottajalla välittömän ja välillisen työn välillä samalla tavalla. Molemmilla palveluntuottajilla välillisen työn osuus oli hie-man yli puolet koko työajasta. Välillisestä työstä matkustamisen sekä muun välillisen työn osuus oli palveluntuottajilla kuitenkin erilainen. Palveluntuottaja A käytti matkustamiseen 39 prosenttia ja muuhun välilliseen työhön 10 prosenttia välillisestä työstä, kun puolestaan palveluntuottaja B:llä vastaavat prosentit olivat 29 ja 21. Matkustamisen osalta syy lienee sama kuin aloitusvaiheessa, mutta muun välillisen työn osuuden eroon on vaikea tietää yksittäisiä syitä.

Varsinaisten käyntien yhden tapaamisen keskimääräiset työntekijälle maksetut matkakulut ja päiväraha vaihtelivat suuresti palveluntuottaja A:lla, mihin syyt lienevät samat kuin aloitusvaiheessa.

Lisäkäyntejä toteutui vain muutamilla kuntoutujilla, joten kokonaisuuden kannalta yksilölliset erot toteutuksessa voivat vaikuttaa tuloksiin. Tämän vuoksi voi palveluntuottajien välillä olla eroa esimerkiksi matkustamisessa, koska ajallisesti sekä prosentuaalisesti ajan jakautumisessa tässä kohden oli iso ero palveluntuottajien välillä. Toisella palveluntuottajalla matkustamiseen käytetyn ajan vaihteluväli sekä varianssikerroin oli suuri, joten tämä kertoo osaltaan suurista kuntoutujakohtaisista eroista. Myös yhden lisäkäynnin kustannuksissa palveluntuottajien välillä oli iso ero, joka oli seurausta työajan käytön eroista.

Kuntoutusviikonloppuina kuntoutukseen osallistui enemmän henkilöstöryhmiä kuin muissa kuntoutusprosessin vaiheissa. Mukana oli avustavaa henkilöstöä, jonka osallistuminen kuntoutukseen vaihteli kuntoutujittain, koska avustajilla oli kuntoutusviikonloppuina erilaisia rooleja ja eri kuntoutajat tarvitsivat käytännössä eri lailla apua. Kuntoutusviikonloppujen sisällön toteutuksessa oli palveluntuottajien kanssa käydyn keskustelun perusteella myös eroa palveluntuottajien välillä, koska palveluntuottajat olivat suunnitelleet ohjelman ja sisällön omalla tavallaan.

Hankkeen aikana käydyn keskustelun perusteella palveluntuottajat kokivat, että kuntoutujille ja perheille kuntoutusviikonloput olivat hyviä siinä mielessä, että perheet saivat samalla tutustua toisiinsa ja käydä vertaiskeskustelua muiden perheiden kanssa.

Kuntoutusviikonloppuina molemmat palveluntuottajat pystyivät käyttämään monimuotoiseen kuntoutukseen prosentuaalisesti noin puolet työajastaan. Jos siihen lasketaan mukaan avustamisen osuus, välittömän työn osuus kuntoutujakohtaisesti kasvoi edelleen. Eli välittömään työhön pystyttiin käyttämään enemmän aikaa, kun matkustamiseen ei kulunut aikaa.

Kuntoutusviikonloppujen osalta toinen palveluntuottaja ei raportoinut muita, kuten yöpymisiin liittyviä, kuntoutusviikonlopun kuluja, joten ero palveluntuottajien välillä muodostui niissä isoksi.

Tutkimuksen tietojen kirjaamiseen palveluntuottajan käyttämä aika vaihteli aloitusvaiheessa kummallakin palveluntuottajalla sekä toisella palveluntuottajalla ensimmäisen kuntoutusviikonlopun kohdalla. Varsinkin aloitusvaiheessa tietojen kirjaamista vielä harjoiteltiin, joten se todennäköisesti aiheuttaa suuren vaihtelun.

Koko kuntoutusprosessin kustannuksiin ei löytynyt vertailutietoa, sillä suomalaisia ja kansainvälisiä tutkimuksia samanlaisella asetelmalla toteutettuna ei löytynyt. Tämän vuoksi päätettiin esittämään kuntoutusprosessin kustannukset kolmella eri tavalla laskettuna. Se antoi lisätietoa, kuinka paljon henkilötyökustannusten ero vaikutti koko kuntoutusprosessin kustannuksiin. Koko kuntoutusprosessin yhteenlaskettujen keskimääräisten kustannusten ero oli kalleimman ja halvimman tavan välillä laskettuna noin 4 350 euroa.

Toisella palveluntuottajalla tehtiin laskenta erikseen vielä niille kuntoutujille, jotka eivät olleet samalta paikkakunnalta kuin palveluntuottaja. Jos he olivat samalta paikkakunnalta, vaikutus koko kuntoutusprosessin kustannuksiin oli noin 900 euroa, kun laskenta tehtiin palveluntuottajan omilla henkilötyökustannuksilla.

Koko kuntoutusprosessia tarkasteltaessa tässä monimuotoisessa perhekuntoutusmallissa korostuu matkustamisen osuus työajasta. Matkustamiseen osuus palveluntuottajilla välillisestä työajasta vaihtelee 29 prosentista 39 prosenttiin. Tästä syystä, lukuun ottamatta kuntoutusviikonloppuja, välitön työaika jää alle puoleen kokonaistyöajasta. Koska matkustamiseen käytetty aika on iso osa kuntoutusprosessista, on palveluntuottajien suunniteltava tarkasti, miten he toteuttavat kuntoutuksen ja kuinka hyvin he pystyvät yhdistämään käyntejä eri kuntoutujien välillä.

Kuntoutuksen suunnittelu ja toteutus oli yksilöllistä, joten on luonnollista, että kuntoutujien välillä muodostui eroja. Yksilöllinen toteutus oli kuntoutusprosessin tärkeä ominaisuus ja suuret vaihteluvälit kertovat siitä, että yksilöllistä toteutusta myös tehtiin. Työajan- ja kustannuseurannan näkökulmasta tämä korosti sitä, että kuntoutujakohtainen työajan- ja kustannuseuranta oli hyvä toteuttaa yksilöllisesti, jotta erot kuntoutujien välillä tulivat esiin.

Yksilöllinen suunnittelu heijastui työajan käytön kautta henkilötyökustannuksiin. Kuntoutujien tietoja, joita voitiin hyödyntää koko kuntoutusprosessin kustannusten laskennassa, oli alle puolet tutkimuksen koko tutkimusjoukosta, joten yksilölliset erot vaikuttavat tätä kautta kokonaisuuteen, joka täytyy huomioida tuloksia luettaessa.

Palveluntuottajien näkökulmasta tarkennettu työajanseuranta on työläs toteuttaa ja pitkän seuranta-ajan vuoksi työtä oli paljon. Työmäärää olisi voitu pienentää käyttämällä otantaa, mutta yksilöllisten erojen vaikutus ja sattuma olisivat tuolloin edelleen korostuneet, koska tutkimusjoukko oli kokonaisuudessaan pieni. Jos olisi käytetty otantaa, koko kuntoutusprosessin tutkimusjoukko olisi jäänyt ehkä niin pieneksi, että koko kuntoutusprosessin kustan-

nuksia ei olisi pystytty laskemaan ja osa työajan- ja kustannusseurannan tavoitteista olisi jäänyt toteutumatta.

Myöhemmin olisi mielenkiintoista ja tärkeää saada lisätietoa Kelan kuntoutuksen muista kuntoutusmalleista; kuinka niissä työaika jakautuu välittömän ja välillisen työn välillä sekä mitkä ovat niiden kustannukset.

6 JOHTOPÄÄTÖKSET

Monimuotoisessa Etä-LAKU-perhekuntoutuksessa palveluntuottajien työaika kului enemmän välilliseen kuin välittömään työhön. Kotona toteutettavaan perhekuntoutukseen liittyi oleellisesti matkustaminen lähelle perheiden arkea, joten matkustaminen lisäsi välillisen työn osuutta. Kuntoutusprosessiin liittyneiden kuntoutusviikonloppujen aikana työaika pystyttiin kohdentamaan enemmän välittömään työhön, koska näihin ei liittynyt palveluntuottajien matkustamista.

Koko kuntoutusprosessin kustannukset kuntoutujakohtaisesti olivat kalleimmillaan keskimäärin 13 971 euroa ja halvimmillaan keskimäärin 10 627 euroa palveluntuottajien omilla henkilötyökustannuksilla laskettuna.

Tämän kehittämishankkeen yhteydessä tehty kirjallisuuskatsaus osoitti, että kotona toteutettavasta kuntoutuksesta on hyvin vähän kustannustietoa saatavilla eikä se ole vertailtavaa. Kustannusseurantaa ja raportointia tulisi tehdä edelleen erilaisissa lasten ja nuorten psykiatrisissa perhekuntoutusmalleissa, jotta kuntoutusmalleja voitaisiin vähitellen verrata toisiinsa. Tämä olisi askel myös kuntoutuksen kustannusvaikuttavuustutkimuksen suuntaan.

LÄHTEET

Alexander JF, Parsons BV. Functional family therapy. Principles and procedures. Carmel, CA: Brooks/Cole, 1982.

Almqvist F, Kumpulainen K, Ikäheimo K ym. Behavioural and emotional symptoms in 8–9-year-old children. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 1999; 8 (4): 7–16.

Aos S, Phipps P, Barnoski R, Lieb R. The comparative costs and benefits of programs to reduce crime (Version 4.0). Document Number 01-05-1201. Olympia, WA: Washington State Institute for Public Policy, 2001. Saatavissa: <http://www.wsipp.wa.gov/ReportFile/756/Wsipp_The-Comparative-Costs-and-Benefits-of-Programs-to-Reduce-Crime-v-4-0_Full-Report.pdf>.

Baldwin SA, Christian S, Berkeljon A, Shadish WR. The effects of family therapies for adolescent delinquency and substance abuse. A meta-analysis. *J Marital Fam Ther* 2012; 38: 281–304.

Barth RP. Institutions vs. Foster Homes. The Empirical Base for the Second Century Debate. Chapel Hill, NC: School of Social Work, Jordan Institute for Families, 2002.

- Baxter AJ, Scott KM, Vos T ym. Global prevalence of anxiety disorders. A systematic review and meta-regression. *Psychol Med* 2013; 43 (5): 897–910.
- Daley D, van der Oord S, Ferrin M ym. Behavioral interventions in attention-deficit/hyperactivity disorder. A meta-analysis of randomized controlled trials across multiple outcome domains. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2014; 53: 835–847.
- Ehrling L. Multidimensional Family Therapy. Uusi työtapa nuorten monimuotoisiin ongelmiin. Kokemuksia MFFT:n mahdollisuuksista. Helsinki: Suomen Mielenterveysseura, 2014.
- Furlong M, McGilloway S, Bywater T, Hutchings J, Smith SM, Donnelly M. Behavioural and cognitive-behavioural group-based parenting programmes for early-onset conduct problems in children aged 3 to 12 years. *Cochrane Database Syst Rev* 2012 (2). CD008225.
- Heino T, Berg K, Hurtig J. Perhetyön ilo ja hämmennys. Lastensuojelun perhetyömuotojen esittelyä ja jäsenyksiä. Helsinki: Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus STAKES, Aiheita 12, 2000.
- Henggeler SW, Borduin CM. Family therapy and beyond. A multisystemic approach to treating the behavior problems of children and adolescents. Pacific Grove, CA: Brooks/Cole, 1990.
- Henggeler SW, Rowland MD, Randall J ym. Home-based multisystemic therapy as an alternative to the hospitalization of youths in psychiatric crisis. Clinical outcomes. *J Am Acad Child Psy* 1999a; 38 (11): 1131–1142.
- Henggeler SW, Pickrel SG, Brondino MJ. Multisystemic Treatment of Substance-Abusing and Dependent Delinquents. Outcomes, treatment fidelity, and transportability. *Mental Health Services Research* 1999b; 01 (3): 171–184.
- Kessler RC, Bromet EJ. The epidemiology of depression across cultures. *Annu Rev Public Health* 2013; 34: 119–138.
- Knapp M, Beecham J, McDaid D, Matosevic T, Smith M. The economic consequences of deinstitutionalisation of mental health services. Lessons from a systematic review of European experience. *Health Soc Care Community* 2011; 19: 113–125.
- Kumpulainen K. Epidemiologia ja häiriöiden jatkuvuus. Julkaisussa: Moilanen I, Räsänen E, Tamminen T, Almqvist F, Piha J, Kumpulainen K, toim. Lasten- ja nuorisopsykiatria. Helsinki: Duodecim, 2004: 130–141.
- Lamb C. Alternatives to admission for children and adolescents. Providing intensive mental healthcare services at home and in communities. What works? *Curr Opin Psychiatry* 2009; 22: 345–350.
- Liddle A, Hogue A. Multidimensional family therapy for adolescent substance abuse. Julkaisussa: Wagner EF, Waldron HB, toim. Innovations in adolescent substance abuse interventions. Kidlington, Oxford: Elsevier, 2001: 229–261.
- Linnakangas R, Lehtoranta P, Järvikoski A, Suikkanen A. Perhekuntoutus puntarissa. Kelan psykiatrisen perhekuntoutuksen kehittämishankkeen arviointi. Helsinki: Kela, Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 109, 2010.

- Littell JH, Campbell M, Green S, Toews B. Multisystemic Therapy for social, emotional, and behavioral problems in youth aged 10-17. *Cochrane Database Syst Rev* 2005 (4). CD004797. Doi: 10.1002/14651858.CD004797.pub4.
- Lönnqvist J, Henriksson M, Marttunen M, Partonen T, toim. *Psykiatria*. Helsinki: Duodecim, 2014.
- MacCrone, Knapp M. Economic evaluation of early intervention services. *BJP* 2007; 191: 19–22.
- Moilanen I. Tunne-elämän häiriöt. Julkaisussa: Moilanen I, Räsänen E, Tamminen T, Almqvist F, Piha J, Kumpulainen K, toim. *Lasten- ja nuorisopsykiatria*. Helsinki: Duodecim, 2004: 205–207.
- Mosier J, Burlingame GM, GawainWells M ym. In-home, family-centered psychiatric treatment for high-risk children and youth. *Children's Services: Social Policy, Research, and Practice* 2001; 4 (2): 51–68.
- Rasheed JM, Rasheed MN, Marley JA. *Family therapy. Models and techniques*. Lontoo: Sage, 2011.
- Rigter H, Henderson CE, Pelc I ym. Multidimensional family therapy lowers the rate of cannabis dependence in adolescents. A randomized controlled trial in Western European outpatient settings. *Drug and Alcohol Dependence* 2013; 130 (1–3): 85–93.
- Rowland ym. A randomized trial of Multisystemic Therapy with Hawaii's Felix class youths. *J Emot Behav Disord* 2005; 13: 13–23.
- Sanders MR, Kirby JN, Tellegen CL ym. The Triple P-Positive Parenting Program. A systematic review and meta-analysis of a multi-level system of parenting support. *Clin Psychol Rev* 2014; 34 (4): 337–357.
- Schmidt MH, Lay B, Göbel C, Naab S, Blanz B. Home treatment for children and adolescents with psychiatric disorders. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2006; 15 (5): 265–276.
- Sexton, T, Alexander J. *Functional Family Therapy. Principles of clinical intervention, assessment and implementation*. Henderson, NV: RCH Enterprises, 1999.
- Shepperd S, Doll H, Gowers S ym. Alternatives to inpatient mental health care for children and young people. *Cochrane Database Syst Rev* 2009 (2). CD006410. Doi:10.1002/14651858.CD006410.pub2.
- Stevens SJ, Murphy BS, McKnight K. Traumatic stress and gender differences in relationship to substance abuse, mental health, physical health, and HIV risk behavior in a sample of adolescents enrolled in drug treatment. *The Journal of Child Maltreatment* 2003; 8 (1): 46–57.
- Stevens S, Murphy B, Bracamonte-Wiggs C. Providence. Intensive Home Based Program (IHB) evaluation. Tucson, AZ: Southwest Institute for Research on Women, University of Arizona, 2004.
- Stevens S, Ruiz B, Bracamonte-Wiggs C, Shea M. Intensive home-based treatment for children and adolescents. A promising alternative to residential and hospital care. *Child Fam Behav Ther* 2006; 4: 39–58.
- Vuori M, Tuulio-Henriksson A, Nissinen H, Autti-Rämö I. Psykososiaaliset perheinterventiot lapsen aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriön sekä uhmakkuus- ja käytöshäiriöiden hoidossa. *Duodecim* 2015; 131: 1561–1568.
- Woolston JL, Berkowitz SJ, Schaefer MC, Adnopoz JA. Intensive, integrated, inhome psychiatric services. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* 1998; 7: 615–633.

Zwi M, Jones H, Thorgaard C, York A, Dennis JA. Parent training interventions for Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) in children aged 5 to 18 years. *Cochrane Database Syst Rev* 2011 (12). CD003018.