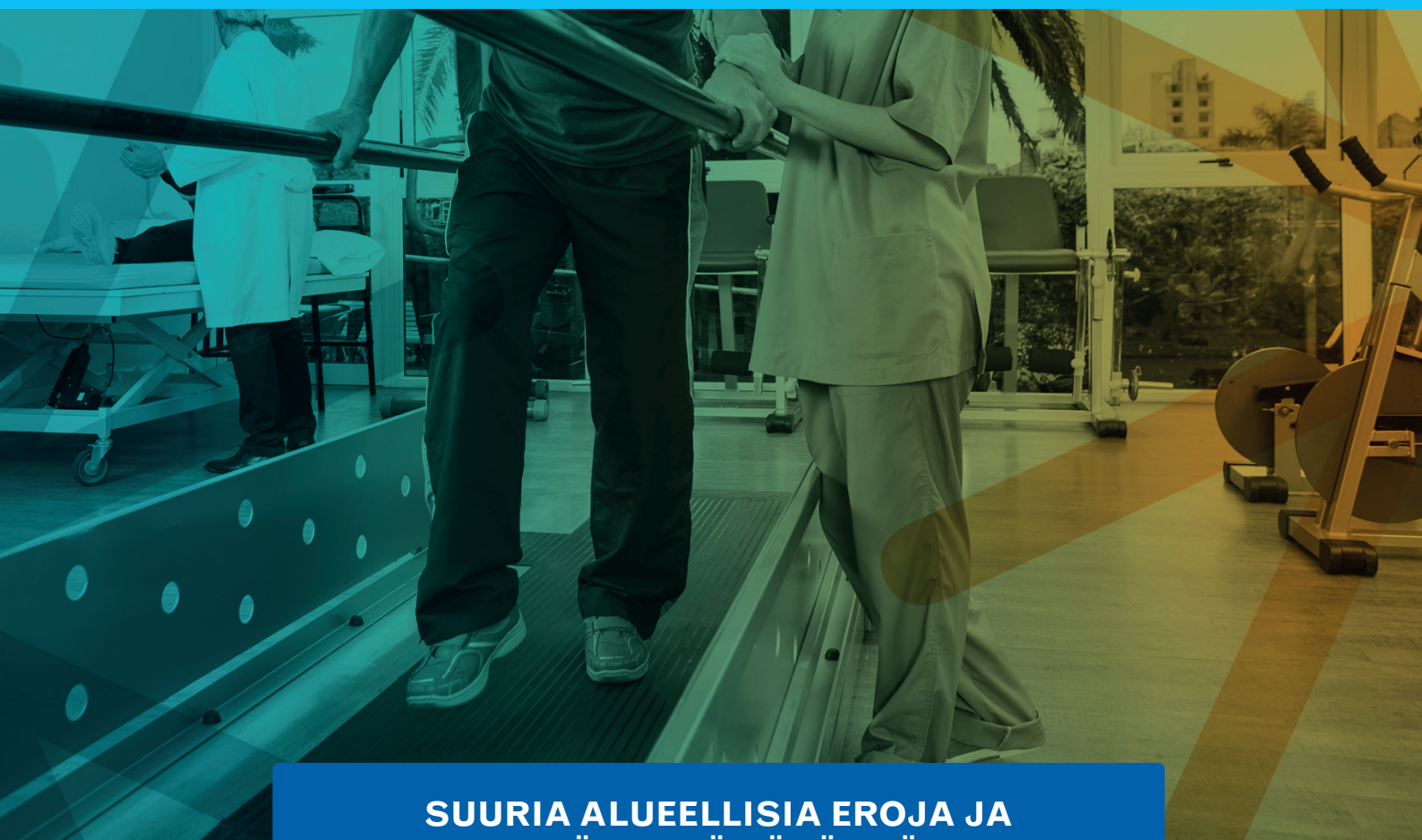




KUNTOUTUKSEN TOIMIALA- JA TULEVAISUUSSELVITYS



**SUURIA ALUEELLISIA EROJA JA
HYÖDYNTÄMÄTÖNTÄ
POTENTIAALIA KUNTOUTUKSESSA**

Kuntoutuspalveluita järjestetään
n. 1,5 miljardilla eurolla.

Kuntoutuksen tarpeen odotetaan
kasvavan tulevaisuudessa.

Kuntoutuksen järjestämisessä on suuria
maakunnallisia eroja.



KUNTOUTUKSEN TOIMIALA- JA TULEVAISUUSSELVITYS

Suuria alueellisia eroja ja hyödyntämätöntä potentiaalia kuntoutuksessa

Tämän selvityksen tarkoituksena on ollut luoda ylätasoinen yhtenäinen kuva kuntoutuspalveluiden järjestämisestä ja tuotannosta sekä luoda kuntoutustoimialan katsaus tulevaisuuteen. Selvityksen toteuttivat Nordic Healthcare Group ja Kuntoutussäätiö. Selvityksen ohjausryhmä on koostunut selvityksen rahoittajista: Hyvinvointialan HALI ry, Kuntoutuksen toimialayhdistys ry, Etelä-Savon sosiaali- ja terveystieteiden kuntayhtymä (Essote), Mikkelin kaupunki, Suomen Kuntoutusyritykset ry sekä Hoito- ja kuntoutuslaitosten liitto ry. Lisäksi Kela on selvitystyön loppuvaiheessa rahoittanut maakunnallisten erojen tutkimista.

Kuntoutuspalveluita järjestetään n. 1,5 miljardilla eurolla ja kuntoutusmenot ovat kasvaneet n. 2,4 % vuosittain 2010-2016 erityisesti fysioterapian tarpeen kasvun sekä päihde- ja mielenterveyshäiriöiden lisääntymisen ajamana. Kuntoutusmarkkinasta n. 85 % on julkisesti järjestettyä, mutta arviolta jopa 60 % on yksityisesti tuotettua. Kuntoutuksen suurimpia järjestäjiä menojen mukaan laskettuna ovat kunnat ja sairaanhoitopiirit, jotka järjestävät noin puolet kuntoutuksessa, sekä Kela, jonka vastuulla on noin neljännes kuntoutuksen järjestämisestä.

Kuntoutuksen järjestämisessä on suuria maakunnallisia eroja - mm. Kelan järjestämää kuntoutusta hyödynnetään (eur / asukas) Pohjois-Pohjanmaalla yli 2,5 enemmän kuin Päijät-Hämeessä. Demografiset erot eivät rekisterianalyysin perusteella selitä suuria eroja Kelan järjestämässä kuntoutuksessa maakuntien välillä. Keskeisimmät alueellisia vaihteluja selittävät tekijät NHG:n suorittamien asiantuntijahaastatteluiden perusteella ovat erot kuntoutuksen hyödyntämisen aktiivisuudessa ja suhtautumisessa ostopalveluihin - kuntoutuskulttuurissa. Selvityksen ohjausryhmän johtopäätöksenä Kelan kuntoutuksen maakunnallisten erojen todettiin yleisesti heijastelevan kuntoutuspalveluiden tilaa eri maakunnissa.

Kuntoutuksen tarpeen odotetaan kasvavan tulevaisuudessa. Päättäjät ja asiantuntijat näkevät kuntoutustarpeen koskevan niin toimintakykyä, työkykyä kuin sosiaalista osallisuuttakin. Suurimpana yksittäisenä kasvun ajurina kuntoutustarvetta lisää erityisesti ikääntyminen, mikä asettaa tarpeen palveluiden kehittämiseksi ja rajapintojen yhdistämiseksi.

Kunnat ja kuntayhtymät arvioivat ja käyttävät ostopalveluita vaihtelevasti - pyrkimyksenä on useimmiten ensisijaisesti tuottaa palvelut itse. Suunnitelmallisen ostamisen pitäisi perustua sote-palvelujen strategiaan ja potilaan etuun, mutta usein kunnat ja sairaanhoitopiirit hyödyntävät ostopalveluita, kun oma infrastruktuuri tai henkilöstöresurssit eivät riitä. Tällöin ostoja tehdään kuntoutujan näkökulmasta epätarkoituksenmukaisesti eikä tilaajan kannalta aina taloudellisesti kannattavasti, jolloin pakottavassa tilanteessa tehty hankinta ei välttämättä ole sosiaali- ja terveystieteiden järjestelmän kannalta järkevä. Kunnilla ja sairaanhoitopiireillä on tahtotila siirtyä aiempaa suurempien palvelukokonaisuuksien ja hoitoketjujen hankintaan, mutta tämä vaatii uusien toimintamallien luomista.

Kuntoutusta tulisi tarjota ja tuottaa ylimaakunnallisesti – toteaa Kuntoutussäätiön laajaan kyselyyn vastanneista 90 %. Ylimaakunnallisesti tuotettaviksi kuntoutuspalveluiksi soveltuvat vastaajien mielestä erityisosaamista vaativat kuntoutuksen toiminnot ja palvelut.

Keskeistä on, että kuntoutuspalveluissa on kehitettävä edelleen julkisen, yksityisen ja kolmannen sektorin yhteistyötä

esimerkiksi luomalla uusia hankinta- ja kumppanuusmalleja. Laatu ja vaikuttavuus tulevat painottumaan merkittävästi nykyistä enemmän palvelutuotannossa. Tiiviillä järjestäjien, rahoittajien ja palveluntuottajien välisellä yhteistyöllä ja yhtenäisillä hoitoketjuilla voidaan vaikuttaa merkittävästi kokonaispalvelukäyttöön ja saavuttaa parempi kustannusvaikuttavuus ja tuloksellisuus.

Koko kuntoutuskentän yhteisenä tavoitteena pitää olla kuntoutujalähtöiset yhtenäiset palveluketjut: järjestäjä-rahoittaja-tuottajasektoreiden ylittävää laaja-alaista kertynyttä ja kehitettyä osaamista on hyödynnettävä kustannusvaikuttavuuden ja tuloksellisuuden saavuttamiseksi.



Kuntoutus on toimintaa, jonka tarkoituksena on edistää asiakkaan työ- tai toimintakykyä erilaisten hyvinvointipalveluiden avulla. Niin kuntoutujien joukko kuin kuntoutuspalveluiden järjestäjä-, rahoittaja- ja tuottajakenttä on moninainen eikä yhtä yhtenäistä kuntoutuspalvelujärjestelmää ole Suomessa muotoutunut. Toisaalta kuntoutuksen moninaisuus on etu erilaisten yksittäisten kuntoutuspalveluiden ja -toimijoiden näkökulmasta – kokonaisuutena kuntoutusta ja yhteistyötä eri toimijoiden välillä pitäisi kuitenkin tiivistää.

Kuntoutuksen järjestäjä-, rahoittaja- ja tuottajakenttä koostuu niin julkisista, yksityisistä kuin kolmannenkin sektorin toimijoista. Kuntien ja sairaanhoitopiirien kuntoutustointa on merkittävä osa kuntoutusjärjestelmää, mutta tähän toimintaan käytettyjen resurssien määrästä on vaikea saada tietoa – yhteiset indikaattorit puuttuvat eikä tietoa

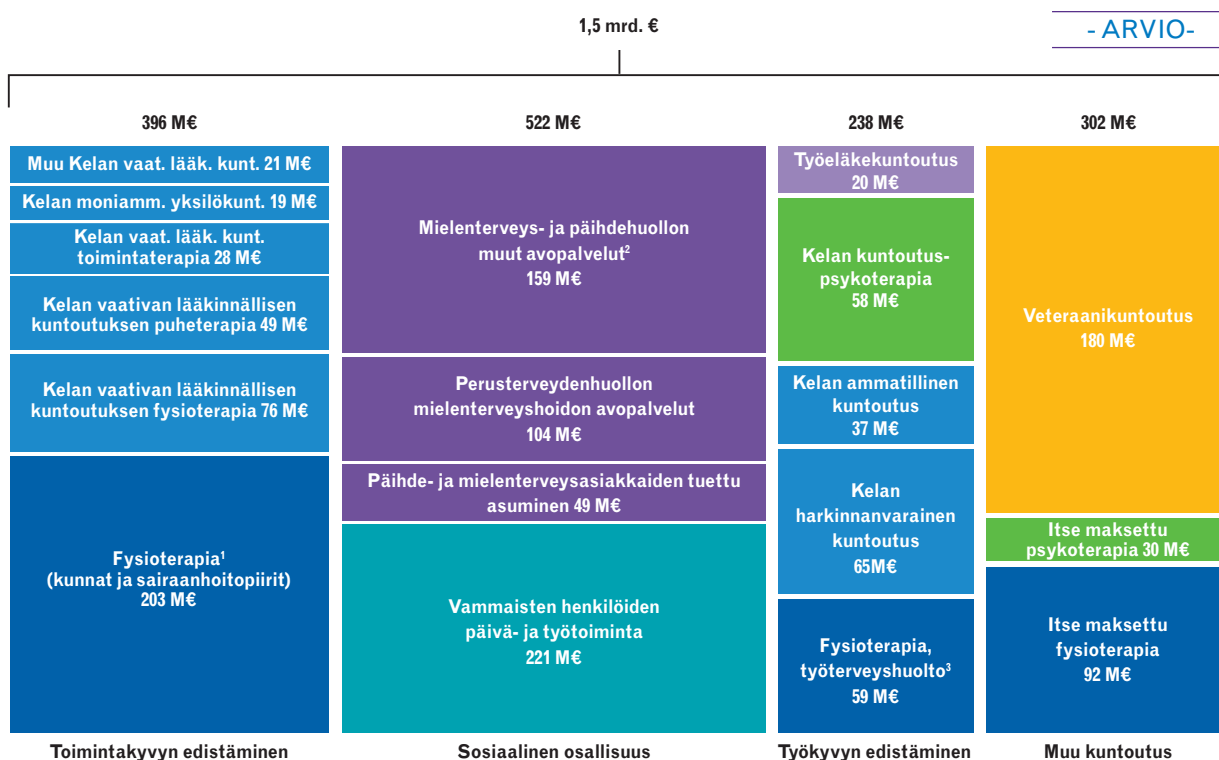
kirjata ja kerätä järjestelmällisesti. Tässä raportissa esitetyt luvut ovat siten eri lähteistä koostettujen tietojen perusteella tehtyjä arvioita. Kuntoutusjärjestelmän muutostarve on todettu useassa raportissa, kuten Sosiaali- ja terveysministeriön kuntoutuksen uudistamiskomitean ehdotuksissa.¹

Moninaisen kuntoutustoimialan palvelukentän kuvaaminen on haastavaa eikä yksiselitteistä vertailukelpoista jakoa voida tehdä. Selvityshankkeessa kuntoutuspalvelut on jaettu neljään osaan Sosiaali- ja terveysministeriön asettaman Kuntoutuksen uudistamiskomitean raportin ehdotusten mukaan:

- 1) Toimintakyvyn edistäminen
- 2) Sosiaalinen osallisuus
- 3) Työkyvyn edistäminen
- 4) Muu kuntoutus

Kuva 1. Kuntoutuspalvelut Suomessa 2016, miljoonaa euroa

Lähteet: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Sotkanet, KELA, Kuusikko-kunnat, Valtion tilinpäätösaineisto, Eläketurvakeskus, NHG analyysi



1 Sis. Kelan sairausvakuutus korvattu fysioterapia, sekä THL:n tilastoima kuntien ja sairaanhoitopiirien tuottama; 2) Sis. A-klinikka-, katkaisuhuolto-, selviämisen- ja nuorisoseinät, ensisuojaajat ym. päihdehuoltoyksiköt; 3) Työterveyshuollon ennaltaehkäisevä (KL1) ja sairaanhoidollinen (KL2) fysioterapia

¹ Kuntoutuksen uudistamiskomitean ehdotukset kuntoutusjärjestelmän uudistamiseksi. Sosiaali- ja terveysministeriö. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2017:41. Saatavissa verkosta osoitteesta: <http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/handle/10024/160273>. Vierailtu 7.3.2019

Kuntoutusmarkkina on kooltaan noin 1,5 mrd € (Kuva1) selvityksessä tehdyn arvion mukaan. Suurimmat kaksi palvelusegmenttiä eli toimintakyvyn edistäminen (n. 400 M€) ja sosiaalinen osallisuus (n. 500 M€) muodostavat yhteensä n. 60 % markkinasta. Lisäksi työkyvyn edistämiseen käytetään vuodessa n. 240 M€ ja muihin kuntoutuspalveluihin n. 300 M€. Ylivoimaisesti suurin yksittäinen palvelu puolestaan on fysioterapia (n. 430M€), joka on jakautunut eri kuntoutuksen palvelusegmenteille.

Kuntoutusmarkkina on kasvanut keskimäärin 2,4 % vuosina 2010-2016 (Kuva 2) kokonaisuudessa noin 1,3 miljardista eurosta vuoden 2016 yhteensä 1,5 miljardiin euroon. Viime vuosina kasvu on hieman hidastunut (2010-2012 +4,4 % p.a.; 2012-2016 +1,5 % p.a.). Kolmessa suurimmassa palvelusegmentissä (1. Toimintakyvyn edistäminen; 2. Sosiaalinen osallisuus; 3. Työkyvyn edistäminen) kasvu on kuitenkin ollut voimakasta. Muut palvelut (itse maksettu fysioterapia ja psykoterapia) sen sijaan ovat kasvaneet yhteensä lähes 280 M€ noin 0,9 miljardista eurosta noin 1,2 miljardiin euroon. Muiden segmenttien 2010-2016 keskimäärin 4,6 % vuosittaisen kasvun taustalla on sosiaalisen osallisuuden

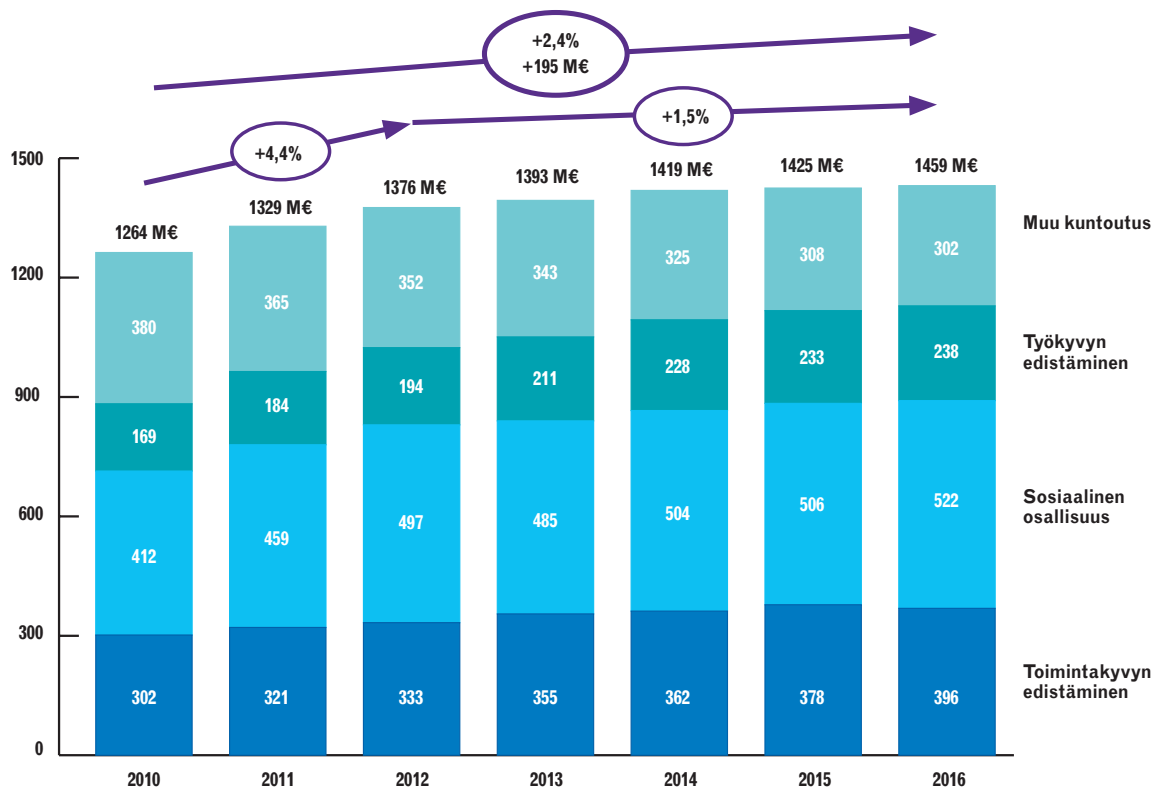
keskimääräinen 4,0 %:n vuosikasvu (yhteensä +110 miljoonaa euroa), toimintakyvyn edistämisen keskimäärin 4,6 %:n kasvu (yhteensä +94 miljoonaa euroa) ja työkyvyn edistämisen keskimäärin 5,9 %:n kasvu (yhteensä +69 miljoonaa euroa).

Toimintakyvyn edistämisen palvelusegmentin kasvua selittää ensisijaisesti yksikköhintojen nousu. Sosiaalisen osallisuuden palvelusegmentissä mielenterveys- ja päihdekuntoutujien tuetun asumisen yksityiset ja julkiset paikkamäärät ovat kasvaneet keskimäärin 9,4 % vuodessa 2010-2016. Työkyvyn edistämisessä työeläkuntoutujien määrä on kasvanut keskimäärin 20 % vuodessa.

Vain muu kuntoutus -palvelusegmentin menot ovat vähentyneet, ja lasku vuodesta 2010 on ollut vauhdikasta olleen keskimäärin -3,8 % vuodessa, yhteensä 78 M€. Voimakas lasku selittyy ennen kaikkea veteraanikuntoutuksen asiakkaiden vähenemisellä. Toisaalta yksityisesti tuotetut itse valitut palvelut ovat kasvaneet markkinan kokonaiskasvua nopeammin.

Kuva 2. Kuntoutusmenojen kehitys 2010-2016, miljoonaa euroa

Lähteet: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Soskanet, KELA, Kuusikko-kunnat, Valtion tilinpäätösaineisto, Eläketurvakeskus, NHG analyysi

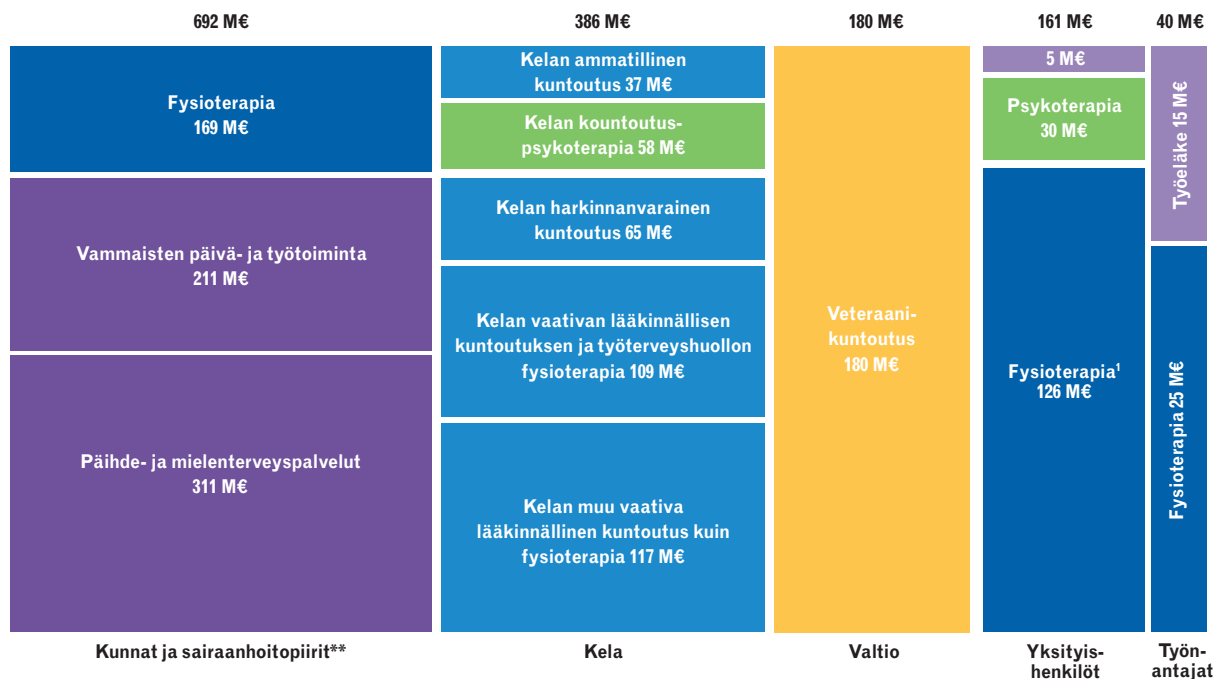


Kuntoutusmarkkinasta noin 85 % on julkisesti järjestettyä, mutta arviolta jopa 60 % on yksityisesti tuotettua. Kuntoutuksen suurimpia järjestäjiä menojen mukaan laskettuna ovat kunnat ja sairaanhoitopiirit, jotka järjestävät noin puolet kuntoutuksesta, sekä Kela, jonka vastuulla on noin neljännes kuntoutuksen järjestämisestä. Valtio vastaa reilun kymmenyksen ja yksityiset noin

15 %:n järjestämisestä. Yksityishenkilöiden ja työnantajien itse järjestämä ja maksama kuntoutus muodostaa noin 200 M€ eli 23 % yksityisesti tuotetusta kuntoutuksesta, ja 13 % koko kuntoutusmarkkinasta. Tämä koostuu ennen kaikkea yksityishenkilöiden ja työnantajien suoraan tai vakuutusmaksujen kautta kustantamasta fysioterapiasta, työfysioterapiasta, psykoterapiasta ja työeläkekuntoutuksesta.

Kuva 3. Kuntoutuspalveluiden järjestäjät 2016, miljoonaa euroa

Lähteet: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Sotkanet, KELA, Kuusikko-kunnat, Valtion tilinpäätösaineisto, Eläketurvakeskus, NHG analyysi



¹ Sis. Kelan sairausvakuutuskorvattu fysioterapia sekä asiakkaiden itse maksaman fysioterapian.

Kansallisella tasolla Kelan kuntoutuksen (n. 340 M€) ja veteraanikuntoutuksen (n. 180 M€) ohella julkisesti maksettua yksityistä tuotantoa on merkittävästi sosiaalisen osallisuuden palveluihin lukeutuvissa päihde- ja mielenterveyspalveluissa. Tämä yhteensä vajaan 100 miljoonan euron yksityisen tuotannon kokonaisuus jakautuu mielenterveys- ja päihdehuollon avopalveluihin, joista 55 miljoonaa euroa (n. 30%) tuotetaan yksityisesti sekä päihde- ja mielenterveysasiakkaiden tuettuun asumiseen, josta noin 40 miljoonaa euroa (n. 80 %) tuotetaan yksityisesti. Valtaosa yksityisestä tuotannosta onkin julkisesti rahoitettua.

Tarkemman palvelutason kuvan saamiseksi julkisen sektorin ostopalveluista arvioitiin käytettävissä olleen Essoten kustannuspaikkakohtaisen tiedon avulla. Aineiston perusteella ostopalveluiden hyödyntäminen keskittyy sosiaalisen osallisuuden palveluihin, joissa ostopalveluiden osuus on

50%. Toimintakyvyn edistämässä ostopalveluiden osuus on n. 10% ja terveydenhuollon laitospalveluissa 3%. Tuloksen yleispätevyyttä arvioitiin haastattelemalla asiantuntijoita muilla paikkakunnilla. Haastattelut toteutettiin puolistrukturoituina teemahaastatteluina puhelimitse. Haastateltavat olivat kuntoutuksesta vastaavia lääkäreitä eri tehtävissä suurista kaupungeista, sairaanhoitopiireistä ja maakuntavalmistelusta. Jos Kelan kuntoutus ja veteraanikuntoutus jätetään huomioimatta, vaikuttaisi yksityisen sektorin hyödyntäminen kuntien ja kuntayhtymien ostoissa olevan suurinta sosiaalisen osallisuuden palveluissa.

Maakunnalliset erot Kelan järjestämän kuntoutuksen kustannuksissa ovat suurimmillaan 2,5-kertaiset. Kelan kuntoutuksen kustannukset vuositasolla ovat noin 337 M€ (2017) ja kohdistuvat ennen kaikkea diagnosi- ja hoitoon, mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöpotilail-

le (59% saajista ja 55% kustannuksista). Kelan järjestämän kuntoutuksen kustannukset ovat kasvaneet keskimäärin 5 % vuodessa 2010-2017. Kasvua selittää erityisesti se, että diagnoosiryhmä mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriö potilaiden määrä on kasvanut lähes 10 % vuosittain. Vuositaitaiset noin 340 miljoonan euron menot jakautuvat vaativaan lääkkinnälliseen kustannukseen (192 M€, 57 % koko summasta), kuntoutuspsykoterapiaan (67 M€, 20 % koko summasta), harkinnanvaraiseen kuntoutukseen (45 M€, 13 % koko summasta) sekä ammatilliseen kuntoutukseen (32 M€, 9 % koko summasta).

Maantieteellisesti Kelan kuntoutuksen kustannukset jakautuvat hyvin epätasaisesti (kuva 4): korkeimmat ne ovat Pohjois-Pohjanmaalla (97 €/asukas vuodessa ja kasvua keskimäärin 5,2 % vuodessa 2011-2017) ja matalimmat Päijät-Hämeessä (39 €/asukas vuodessa ja kasvua keskimäärin 1,8 % vuodessa 2011-2017). Yleisesti ottaen Kelan kuntoutuksen menot asukasta kohti ovat Pohjois-Suomessa suuremmat kuin Etelä-Suomessa. Etelä-Karjala on ainoa maakunta, jossa menot ovat pienentyneet (keskimäärin -0,7% vuodessa 2011-2017). Nopeimmin menot ovat kasvaneet Pohjois-Karjalassa (kes-

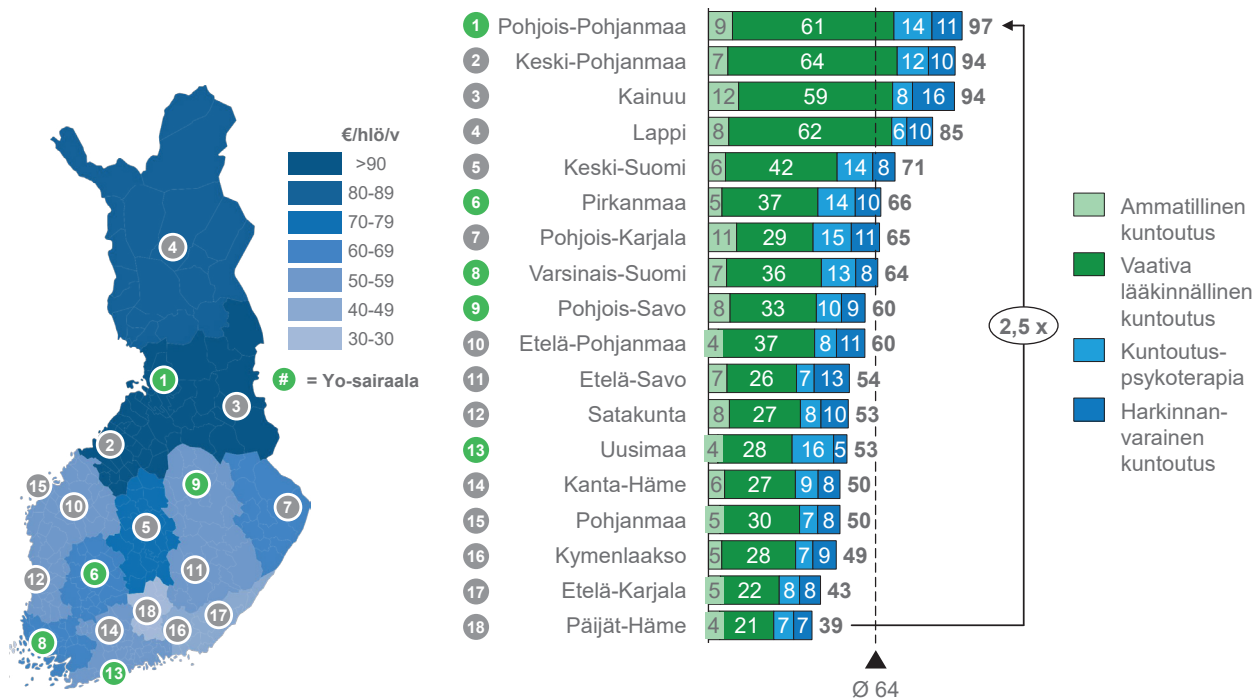
kimäärin 6,8 % vuodessa 2011-2017). Kasvun taustalla on yleisesti paitsi kuntoutujien määrän kasvu, myös se, että kustannukset per potilas ovat nousseet. Potilaskohtaisiin kustannuksiin vaikuttavat hoitojakson pituus, hoitokertojen määrä hoitojaksolla ja yhden hoitokerran hinta.

Demografiset erot eivät näytä rekisterianalyysin perusteella selittävän suuria eroja Kelan järjestämässä kuntoutuksessa maakuntien välillä (kuva 5). Kelaston ja Tilastokeskuksen rekisteritietojen analyysin perusteella maakunnittaisille eroille löydettiin kolme selittävää tekijää:

- 1) Vaativassa lääkkinnällisessä kuntoutuksessa Oulun ERVA-alueella on selvästi enemmän kuntoutuspalveluiden saajia kuin maassa keskimäärin
- 2) Psykoterapiaa hyödynnetään eniten suurissa keskuskunnissa (Helsinki, Tampere, Turku, Oulu, Jyväskylä, Lappeenranta)
- 3) Ammatillisessa ja harkinnanvaraisessa kuntoutuksessa Kainuun kuntoutuskohtainen kustannus näyttäytyy poikkeuksellisen suurena

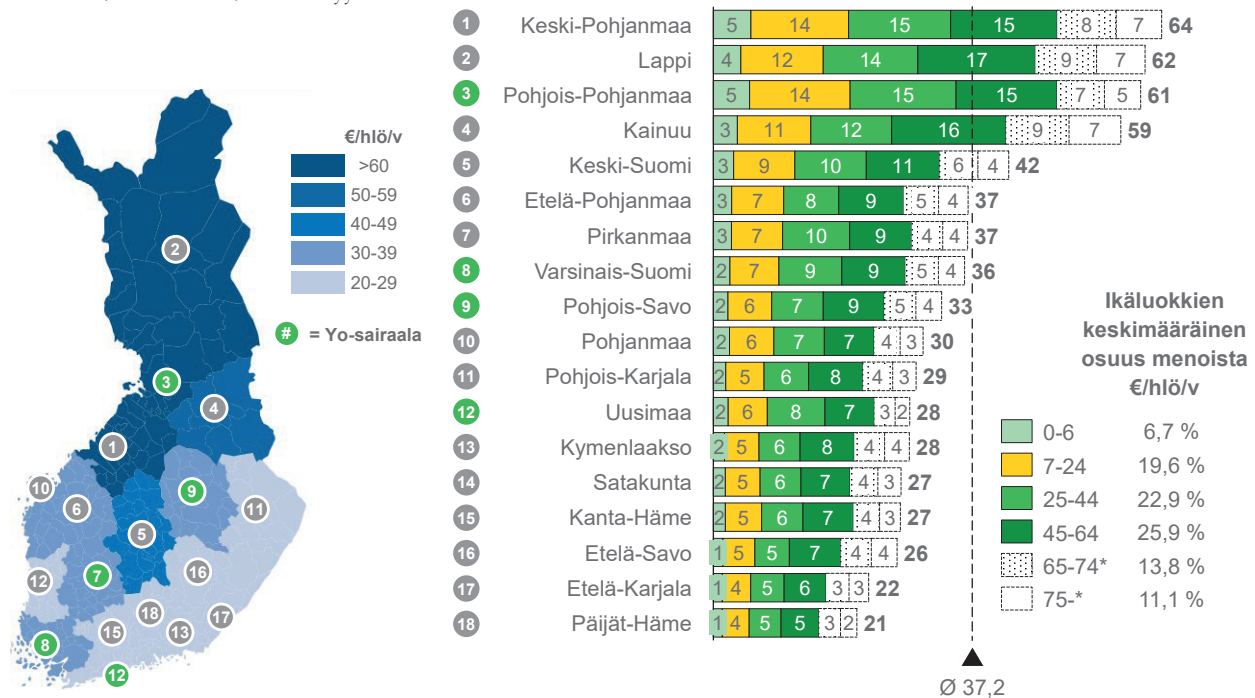
Kuva 4. Kelan kuntoutusmenot henkeä kohden 2017, euroa.

Lähteet: Kela, Tilastokeskus, NHG analyysi



Kuva 5. Kelan vaativan kuntoutuksen kustannukset henkeä kohden ikäryhmittäin 2017

Lähteet: Kela, Tilastokeskus, NHG analyysi



*Kelan vaativa lääkinällinen kuntoutus kohdistuu lainsäädännön perusteella 0-64 -vuotiaisiin, mutta Kelastossa vaativaa lääkinällistä kuntoutusta on tilastoitu myös yli 65-vuotiaille.

Suurin alueellisia vaihteluja Kelan kuntoutuspalveluiden menoissa asukasta kohden selittävä tekijä on kuitenkin erot kuntoutuspalvelujen järjestämisessä. Haastatteluihin perustuen kuntoutusmenojen eroa asukasta kohden maakunnittain selittää

- Kuntoutuksen paikallinen saatavuus yksityisiltä palveluntuottajilta, kuntoutusmarkkinoiden toimivuus sekä kulttuuri hyödyntää ostopalveluita ja yksityistä palvelutuotantoa – tarjolla olevien palveluiden suhde omaan kuntoutusosaamiseen ja saatavilla oleviin resursseihin
- Sote-alan ammattihenkilöiden ja paikallisen järjestelmän kuntoutusorientoituneisuus – miten kuntoutusta ja Kelan järjestämiä palveluita on perinteisesti osattu hyödyntää?
- Korkeampi sairastavuus Pohjois-Suomessa muuhun Suomeen verrattuna, työvoiman toimialajakauma ja työmarkkinoiden rakennemuutos
- Kuntoutuspalveluiden järjestäminen (sosiaali- ja terveyspalveluiden keskinäinen integraatio ja mm. kasvat-
tus- ja koulutuspalveluiden kanssa tehtävä ennaltaeh-
käisevä työ, työterveyshuollon toimivuus)

- Mahdollisesti kuntoutuspotilaiden hoitoisuus (pidem-
mät hoitokaksot tai hoitokertoja tiheämmin)
- Erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välinen
integraatio ja yhteistyö kuntoutukseen – tiivimpi yhteis-
työ yli hoito- ja kuntoutusketjujen lisää kuntoutuspal-
veluiden käyttöä

**Myös järjestöillä on laaja ja monipuolinen rooli kun-
toutumisessa:** ne tarjoavat vertaistukea, kokemusasian-
tuntijuutta, erilaisia kynnyksettömiä, avoimia palveluita
sekä varsinaisia kilpailutettuja palveluita. Järjestöjen asema
kuntoutumisen tuen palveluissa näyttäytyy monelle epäsel-
vänä, ja sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmän uudistukses-
sa niiden asema saattaa heikentyä. Järjestöjen resurssit ovat
usein pienet varsinkin paikallisyhdistyksissä, ja niiden kan-
tokyky on alhainen, mikä voi hillitä laajoihin kilpailutuksiin
osallistumista.

Järjestöillä voi kuitenkin tulevaisuudessa olla paljon annet-
tavaa esimerkiksi julkista sektoria kiinnostaviin allianssi- ja
kumppanuusjärjestelyihin sekä asiakaskokemuksen välittä-
miseen palveluiden uudistamisen ja tuottamisen perustana.

Kunnat ja kuntayhtymät arvioivat ja käyttävät ostopalveluita vaihtelevasti - pyrkimyksenä on useimmiten ensisijaisesti tuottaa palvelut itse. Kuntoutuspalveluiden ostamista voidaan NHG:n suorittamien asiantuntijahaastatteluiden perusteella kategorisoida ostojen suunnitelmallisuuden asteen mukaan. Suunnitelmallinen ostaminen perustuu lähtökohtaisesti kunnan ja sairaanhoitopiirin sote-palvelujen strategiaan ja potilaan etuun.

Usein kunnat ja sairaanhoitopiirit hyödyntävät ostopalveluita kuitenkin vain, kun oma infrastruktuuri tai henkilöstöresurssit eivät riitä. Tällöin ostoja tehdään kuntoutujan näkökulmasta epätarkoituksenmukaisesti, eikä tilaajan kannalta aina taloudellisesti kannattavasti, jolloin pakottavassa tilanteessa tehty hankinta ei välttämättä ole sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmän kannalta järkevä. Tulevaisuuden merkittävin muutos haastatteluiden perusteella onkin, että palveluntuottajien ja kuntoutumisen edistymisen arviointia tiivistetään. Asiakkaan näkökulmasta on tärkeää, että hän voisi saada kaikki keskeiset tarvitsemansa palvelut samalta toimijalta.

Selvityksessä tunnistettiin neljä erilaista yleisesti käytössä olevaa tapaa hyödyntää ostopalveluita:

- 1) Yksittäiset palvelut ja terapiajaksot (esim. yksittäiset palvelutuotantoa täydentävät terapiat)
- 2) Palvelukokonaisuudet (esim. ympärivuorokautinen kuntoutusjakso sisältäen tukipalvelut)
- 3) Kokonaisten yksittäisten hoitoketjujen hallinta (esim. aivonverenkierohäiriön kuntoutus)
- 4) Palvelut tietyllä asiakasryhmälle (esim. mielenterveys- ja päihdekuntoutujien tuettu asuminen tai ikäihmisten kotiin vietävät kuntoutuspalvelut)

Kunnilla ja sairaanhoitopiireillä on tahtotila siirtyä aiempaa suurempien palvelukokonaisuuksien ja hoitoketjujen hankintaan, mutta tämä vaatii uusien toimintamallien luomista.

Uudenlaisille hankinta- ja kumppanuusmenettelyille on tilausta. Tarkoituksenmukaisin menettely kuntoutuspalveluiden hankintaan on Kuntoutussäätiön suorittaman laajan kyselyn perusteella jatkossa palveluseteli. Uudenlaisille hankintamenettelyille ja innovatiivisille hankinnoille on paljon tilausta. Kuntoutuksen hankinnoissa laatu ja vaikuttavuus tulevat painottumaan nykyistä paljon enemmän.

Runsaasti palveluita tarvitseville on järjestettävä asiakas- ja palveluohjausta, sekä sujuvat hoitopolut. Kuntoutumisen vaikuttavuus on osaltaan riippuvainen kuntoutumisen polun sujuvuudesta ja katkeilemattomuudesta.

Julkisen sektorin oman tuotannon kasvua ennakoivat yli puolet Kuntoutussäätiön kyselyyn vastanneista; toisaalta tätäkin useampi (lähes 90 prosenttia) vastaajista arvioi erilaisten kumppanuusjärjestelyjen lisääntyvän julkisen ja yksityisen sektorin kesken. Tämä viittaa julkisen sektorin halukkuuteen löytää uudenlaisia ratkaisuja kuntoutuksen palveluiden tuottamiseen yhteistyössä yritysten ja järjestöjen kanssa.

Julkisen sektorin toivotaan tuottavan jatkossa erityisesti fyysisen ja sosiaalisen toimintakyvyn kuntoutusta. Näissä painottuvat kuntoutumistarpeen ja toimintakyvyn arviointi sekä vanhusten kotikuntoutus ja sen erilaiset tukimuodot. Julkisen sektorin omaa palvelutuotantoa arvostetaan lähinnä kolmesta syystä: ostopalveluihin verrattuna siinä kuntoutuksen vaikuttavuuden arvioinnin todetaan olevan helpompaa, palveluiden integroinnin ja palvelukokonaisuuksien hallinnan ajatellaan sujuvan tehokkaammin ja asiakkaiden yhdenvertaisuuden katsotaan toteutuvan paremmin. Kuntoutuspalveluiden ostojen katsotaan lähinnä täydentävän julkista palvelua, vaikka yritysten osaamista ja palveluita sinänsä arvostetaan ja halukkuutta kumppanuuteen yksityisen sektorin kanssa on runsaasti.

Kuntoutuksen tarpeen odotetaan kasvavan tulevaisuudessa. Päättäjät ja asiantuntijat näkevät kuntoutustarpeen koskevan niin toimintakykyä, työkykyä kuin sosiaalista osallisuuttakin. Suurimpana yksittäisenä kasvun ajurina kuntoutustarvetta lisää erityisesti ikääntyminen, mikä asettaa tarpeen palveluiden kehittämiselle ja rajapintojen yhdistämiselle.

Asiantuntijoita huolettaa työikäisen väestön määrän väheneminen. Työikäisen väestön varhaisvaiheen kuntoutukselle on iso kysyntä, jotta työikäiset pysyvät työkykyisinä. Toisaalta varhaisvaiheen kuntoutus turvaa myös vanhusten toimintakykyä: 50-60-vuotiailla omaksutut elämäntavat ja hyvinvointi vaikuttavat toimintakykyyn vanhuusiässä. Varhaisvaiheen kuntoutus on myös olennainen osa syrjäytymisen ehkäisyä ja sosiaalista osallisuutta. Onnistunut varhaiskuntoutus ylläpitää toimintakykyä, arjessa pärjäämistä ja hyvinvointia – ja vähentää erikoissairaanhoidon käyttöä.

Selvityksen perusteella niin kuntoutuspalveluiden asiakkaiden kuin järjestäjien näkökulmasta kuntoutuksen järjestäminen olisi soveltuvasti koottava nykyistä vahvempien organisaatioiden vastuulle. Näitä voivat olla nykyistä suuremmat kuntien yhteenliittymät kuten kuntayhtymät, maakunnat tai vastaavat tahot.

Kuntoutussäätiön tekemään kyselyyn vastanneista 90 % oli sitä mieltä, että kuntoutuspalveluita tulisi tarjota ja tuottaa ylimaakunnallisesti. Ylimaakunnallisesti tuotettaviksi kuntoutuspalveluiksi soveltuvat vastaajien mielestä erityisosaamista vaativat kuntoutuksen toiminnot ja palvelut. Yli 60 % vastaajista ei kuitenkaan pitänyt toivottavana sitä, että maakunnat alkaisivat erikoistua kuntoutuksessa. Toisaalta enemmistö vastaajista (65%) ei pidä lainkaan toivottavana kehitystä, jossa Suomeen syntyisi 18 erilaista kuntoutusjärjestelmää. Edellä mainittu saattaisi entisestään kasvattaa maakunnallisia eroja kuntoutuksen järjestämisestä.

Kuntoutussäätiön tutkimuksen perusteella kuntoutuspalveluiden johtamisen näkökulmasta nykyistä suurempiin järjestäjäkokonaisuuksiin siirtymistä tukisivat myös voimistuvat ikääntymisen ja kaupungistumisen trendit sekä tarve toteuttaa perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon ja sosiaalipalveluiden integraatio. Selkeänä kysymyksenä nykytilassa on joka tapauksessa ratkaistava se, mikä taho omistaa kuntoutuspotilaan hoitoketjun ja vastaa kuntoutumisen kannalta olennaisten palveluiden toteutumisesta. Jo kuntoutuksen uudistamiskomitea on raportissaan todennut, että kuntoutuspalvelut on tärkeä liittää kuntoutujan hoitoprosessiin ja niiden tulee siis olla kiinteä osa asiakkaan palvelukokonaisuutta.

Esitetyssä muodossaan kariutuneella sosiaali- ja terveyspalvelu- sekä maakuntauudistuksella olisi toteutuessaan ollut merkittävä vaikutus myös kuntoutusjärjestelmään. Uudistuksen myötä kuntoutusjärjestelmä olisi tullut muuttamaan erityisesti kuntoutuspalveluiden järjestäjä- ja maksajakentän keskittyessä: kuntien ja sairaanhoitopiirien kuntoutukseen liittyvät tehtävät olisivat sote-järjestämislain mukaan siirtyneet maakunnille. Kun kaavailut valinnanvapauden mekanismit, kuten sote-keskuksen valinta, asiakas- eteli ja henkilökohtainen budjetti eivät tule voimaan, on mahdollista, että muissa sote-palveluissa havaittu konsolidoitumiskehitys voi valinnanvapauden ja tuottaja-järjestäjä-erottelun kariutumisen myötä hieman viivästyä kuntoutuksessa.

Tulevaisuuden kuntoutuspalveluissa korostuvat asiakaskokemus ja vaikuttavuus. Nämä ovat tärkeitä niin kuntoutuville, kuntoutuspalveluita tuottaville kuin järjestäjillekin. Hyvää asiakaskokemusta ja vaikuttavuutta syntyy, kun kuntoutus vastaa kuntoutujan tarpeisiin ja sitä voidaan räätälöidä joustavasti tarpeisiin ja kuntoutumisen etenemiseen nähden. Vaikuttavuutta lisää asiakkaalle tarjolla olevat riittävät valinnanvaihtoehdot ja osallisuuden mahdollisuudet, kun asiakas kohdataan aidosti ja näin hänelle muodostuu arvokkuuden kokemuksia. Kun kuntoutuja saa riittävän sosiaalisen tuen kuntoutumisensa ajan, hän kokee yhteisöllisyyttä.

Yksityistä kuntoutuspalvelujen kysyntää voivat lisätä ennaltaehkäisyyn ja terveyden edistämiseen liittyvät tavoitteet, kun asiakkaat tarvitsevat tietoa ja valmennusapua hyvinvointinsa parantumisen tukeen. Myös teknologiset ja toimintatavalliset muutokset, tehokas asiakaskokemuksen hyödyntäminen sekä vaikuttavuuden todentamisen tarpeet voivat muuttaa markkinakysyntää niin sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa yleisesti kuin kuntoutuksessakin.

Merkittävimmät uhat kuntoutuksessa liittyvät järjestelmän jäämiseen edelleen pirstoutuneeksi, osaamisen puutteisiin ja rahoituksen riittävyyteen, kuntoutujan oman aktiivisuuden sivuuttamiseen sekä lyhyen aikavälin kustannussäästöihin.

Merkittävimpiä mahdollisuuksia taas arvioidaan Kuntoutussäätiön toteuttaman kyselyn mukaan olevan siinä, että kuntoutustoiminnalle saataisiin yhtenäinen järjestäjä (maakunta), kuntoutuksen hyödyt ja vaikutukset olisivat todennettavissa ja kuntoutuksen tuotantoa ohjattaisiin vaikuttavuudella.

Kuntoutussäätiön osuudessa hyödynnettiin kyselyä, johon vastasi 53 kuntoutusalan päättäjää ja viranhaltijaa kunnista ja kuntayhtymistä eri puolilta Suomea. Lisäksi näkemyksiä kuntoutuksesta ja sen tulevaisuudesta kerättiin yhteensä 47 kuntoutusalan asiantuntijalta, päättäjältä, yritys- ja järjestösektorin edustajalta sekä tutkijoilta työpajoissa ja teema-haastattelujen avulla. Säätiön osuudesta vastanneet tutkijat toteuttivat myös kaksi työpajaa yhteensä 22 säätiön kuntoutusalan asiantuntijan ja kuntoutuksen kanssa.

SELVITYKSEN TOTEUTTAJAT



SELVITYKSEN TILAAJAT



Kuntoutuksen toimiala- ja tulevaisuusselvitys koostuu kolmesta erillisestä sähköisestä julkaisusta:

- Tiivistelmä
- Nordic Healthcare Groupin toteuttama määrällinen osuus
- Kuntoutussäätiön toteuttama laadullinen osuus

