

# Sosiaalivakuutus

Kela|Fpa<sup>®</sup>

SIDOSRYHMÄLEHTI 3 | 2018

TEEMA

Testiympäristönä  
Suomi

Julkiselta  
yksityiselle

Paraneeko  
palvelu?

Näin  
tulorekisteri  
vaikuttaa

Ennakointi tulee  
etuuspalveluihin

Työkyvyn  
arviointi uudistuu

”Torjumme hukattuja  
mahdollisuuksia”

## ”Sote-uudistus on riski”

Ekonomistien nouseva tähti Otto Toivanen  
on valinnanvapauden asiantuntija.



TEEMA

Testiympäristönä Suomi

- 8 Työkykyprosessi mietittiin uusiksi  
Jos kuntoutukselta tulee hukattu mahdollisuus, nuorikin voi joutua elinikäiseen köyhyyteen.
- 15 Pohjoismaista etsitään toimivia malleja kuntoutukseen
- 20 Miten auttaa osatyökykyisiä?
- 22 Tältä näyttää iäkkään hoivapolku
- 24 Valinnanvapauden ekonomia  
Alivaltiosihteeri Päivi Nerg ja ekonomisti Otto Toivanen
- 36 Täyttääkö yksityinen sote-yritys maakuntien palvelulupaukset?

SYVENTÄVÄT

- 30 Neljä viidestä omaishoidettavasta saa myös vammaisetuuksia.
- 32 Vammaistuki yleistyy nuorilla
- 33 Pienentääkö biosimilaarien käyttö lääkekustannuksia?

”Sisäministeriön kentällä voimavarat menivät siihen, että hoidettiin eriarvoistumisen synnyttämää akuuttia tilannetta.” Päivi Nerg, s. 27

VAKIOT

- 3 Pääkirjoitus  
Minna Latvala
- 4 Elämäntarina  
Hoiva-alan yrittäjä Antti Stenbäck
- 6 Päättäjäkolumni  
Ylijohtaja Kirsi Varhila
- 7 Vastauksia  
Näin tulorekisteri vaikuttaa, vastaajana Anne Neimala
- 41 Väitös  
Hanna Koskinen
- 42 Pääasia  
Päihdekuntoutuksen asiantuntija Mika Arramies
- 42 Joskus ennen  
Airu Samulin

Kela|Fpa<sup>®</sup>

Sosiaalivakuutus 3 | 2018. 56. vuosikerta. Sosiaali- ja terveysturvan asiantuntijalehti Kelan sidosryhmille. Vuonna 2018 ilmestyy neljä numeroa. Sosiaalivakuutus 4/2018 ilmestyy marraskuussa 2018. Aineistot 8.10.2018 mennessä sosiaalivakuutus@kela.fi. Julkaisija Kansaneläkelaitos, PL 450, 00056 Kela Puhelin 020 634 11 Sähköposti sosiaalivakuutus@kela.fi tai etunimi.sukunimi@kela.fi Verkossa www.sosiaalivakuutus.fi Päätoimittaja Minna Latvala Toimituspäällikkö Johanna Koskinen Toimitus Otavamedia OMA Johanna Hytönen, Essi Kuula (ulkoasu), Outi Rinne. Kansikuva Vesa Tyni. Osoitelähde Kelan osoiterekisteri Osoitteenmuutokset ja tilaukset sosiaalivakuutus@kela.fi tai puh. 020 634 1459 (ti-to) Paino PunaMusta Oy, Joensuu 2018 ISSN 0584-1410 (painettu), ISSN 2242-9301 (verkkójulkaisu) Vapaasti lainattavissa, jos lähde mainitaan. Kirjoituksissa esiintyvät kannanotot eivät välttämättä vastaa Kelan kantaa.

## Älä yksinkertaista!



Sosiaaliturva-järjestelmän kehittäminen on pitkäjänteistä ja -veteistä arkista työtä.

SOSIAALITURVAJÄRJESTELMÄÄ PITÄÄ YKSINKERTAISTAA ja sen kannustavuutta lisätä. Kannustin- ja byrokraloukut estävät ottamasta työtä vastaan, ja ne on poistettava. Sinänsä kauniita ja selkeitä virkeitä, joita tulemme varmasti kuulemaan taajaan, kun ensi kevään vaalit lähestyvät.

Yksinkertaisissa virkeissä piilee kuitenkin monimutkaisia asioita. Miten sosiaaliturva käytännössä yksinkertaistetaan? Mitkä etuudet voisi lakkauttaa, tai miten niitä pitäisi yhdistää? Miten tukien hakemisesta voitaisiin tehdä helpompaa ja samalla pitää kustannukset kurissa?

Silloinkin voidaan mennä metsään, kun on tarkoitus muokata sosiaaliturvajärjestelmää suuntaan, jossa se toteuttaa perimmäistä tarkoitustaan – eli tukee niitä, jotka ovat eniten tuen tarpeessa. Otetaan esimerkiksi uusi oppimateriaalilisa, joka on määrää ottaa käyttöön ensi syksynä. Oppimateriaalilisa varmasti auttaa vähävaraisia perheitä kustantamaan opinnoissa tarvittavat kirjat ja muun tarvittavan materiaalin. Mutta samalla se tuo jo ennestään ruuhkaiseen etuusjärjestelmään yhden etuuden lisää. Tällä hetkellä ei vielä tiedetä, miten oppimateriaalilisa lasketaan tuloksi kaikissa muissa etuuksissa.

Myös tulevan vaalien ruuhkavuoden alla tulee hyväksyä, että monimutkaisia asioita ei ratkaista yksinkertaisilla iskulauseilla. Toivon, että ehdokkaille esitetään oikeita kysymyksiä: Minkälais-ta työttömyysturvaa tai asumistukea Suomessa jatkossa tarvitaan? Pitääkö etuuksien kesto tai tasoa leikata tai saajajoukkoa jottenkin rajata? Uskaltaako joku myöntää, että nykytilanteessa ei ole mahdollista rakentaa yksinkertaista sosiaaliturvaa, jossa kaikki voittavat ja joka ei maksa nykyistä enempää?

Sosiaaliturvajärjestelmän kehittäminen on usein pitkäjänteistä ja -veteistä arkista työtä, josta ei saa kunniaa eikä kansiotikoita. Tämän numeron jutuissa käydään läpi sitä, miten hankkeissa rakennetaan polkuja osatyökykyisille, jotka muuten tippuvat helposti kuntoutuksen ja myös työelämän ulkopuolelle. Ruotsista haetaan oppia siitä, miten koordinoiti lisää mielenterveyskuntoutujan mahdollisuuksia pysyä työssä.

Lähivuosina sosiaaliturvan suurimmaksi uudistukseksi saat-taa muodostua tulorekisteri, joka vähitellen tuo asiakkaan tulotiedot etuushakemukseen automaattisesti – sekä asiakkaan että Kelan iloksi. Tämäkin edistysaskel ei kuitenkaan tapahdu itses-tään, vaan se vaatii uurastusta ja muutoksia järjestelmiin ja lain-säädäntöön.

Suomi on 5,5 miljoonan ihmisen testiympäristö. Sovimme tähän rooliin kokomme puolesta: sosiaaliturvajärjestelmämme on väistä-mättä monikasvoinen mutta vielä hahmotettavissa yhtenä koko-naisuutena. Kelassa tehdään kehitystyötä niin yksin kuin yhdessä yhteistyökumppanien kanssa kunnissa, järjestöissä ja muissa orga-nisaatioissa, myös yksityisissä. Kaikkia tarvitaan. On tärkeää pitää tätä työtä esillä, ja se on yksi Sosiaalivakuutus-lehden tavoitteista.

Seuraavasta numerosta alkaen keskustelua luotsaa Sosiaali-vakuutuksen uusi päätoimittaja, viestintäpäällikkö Ville Korhonen. Mistä teemoista sinä haluaisit lukea, ja kenen ajatukset kiinnostavat? Kerro siitä meille: sosiaalivakuutus@kela.fi

Minna Latvala  
päätoimittaja

KUVA: ARTO WIIKARI/OTAVAMEDIA

Sekä Sosiaalivakuutuksen nykyisen että tulevan päätoimittajan ajatuksia voi seurata myös Twitterissä: Minna Latvala: @MinnaLat Ville Korhonen: @VilleVv

## ”Jos osaa pyörittää omaa elämää, osaa pyörittää myös toisen elämää”

Henkilökohtaisena avustajana työskennellyt Antti Stenbäck perusti kotipalveluyrityksen yhdessä yhtiökumppaninsa kanssa. Yritys alkoi kasvaa vauhdilla, kun se pääsi mukaan palvelusetelijärjestelmään.

Teksti Sabina Mäki Kuva Sami Heiskanen

**”IHMISEN AVUSTAMINEN** ei ole avaruustiedettä. Jos pystyy pyörittämään omaa elämää, pystyy pyörittämään myös toisen elämää – siivoamaan, käymään kaupassa ja avustamaan arkiaskareissa. Tarvitaan vain halua auttaa.

Perustin Kotipalvelu Ihanan yhtiökumppanini kanssa vuonna 2011. Olin aiemmin työskennellyt henkilökohtaisena avustajana sekä yrittäjänä muilla aloilla.

Teimme liiketoimintasuunnitelman ja saimme alkupääomaa Finnveralta. Aloittelevalla yrittäjällä ei siihen aikaan juuri ollut mahdollisuutta soviteltuihin työttömyysetuuksiin. Alkuvaiheessa tein sivutöitä luontaistuotekaupassa ja homeopaattina.

Ensimmäinen oma avustettavani oli liikenneonnettomuudessa vammautunut mies. Asiakkaita tuli nopeasti lisää. Palkkasimme työntekijän jo ensimmäisenä vuonna.

Työntekijän palkkaaminen ei hirvittänyt, vaikka siinä vaiheessa pitikin tutustua muun muassa lakisäateisiin vakuutuksiin. Yrittäjyys on täynnä huolia ja stressiä, jos sen niin ottaa.

Nykyään olemme Espoon ja Helsingin palvelusetelijärjestelmässä. Vammaispalvelulain mukaista henkilökohtaista apua

tarvitsevat ihmiset voivat valita meidät palveluntuottajien listalta itse. Palveluntuottajaksi päästäksemme meidän piti täyttää tietyt koulutusvaatimukset.

Meidän alallamme julkinen ja yksityinen hoiva toimivat hyvin rinnakkain, eikä yksityinen palvelu tule kaupungin palvelua kalliimmaksi. Tykkään yrittää ja tehdä samalla jotain yhteiskunnan hyväksi. Vaikka olen yrittäjähenkkinen, olen sitä mieltä, että sosiaali- ja terveydenhuoltoa ei pitäisi antaa isoja voittoja tavoittelevien suuryritysten käsiin. Saamme työstä elannon ihan hyvin, mutta katteet eivät ole isot.

Nykyään meillä on noin 40 työntekijää ja 130 avustettavaa. Yritystä ei ole rakennettu velkarahalla, vaan kasvu on tapahtunut luontaisesti. Kilpailuetumme isoja yrityksiä vastaan on se, että asiakkaillamme on nimetty avustaja. Vain lomien ja sairauslomien aikana avustaa sijainen.

Teen itse puolet työajasta hallinnollisia töitä ja puolet avustamista. Olen innostunut liikunnasta ja viime aikoina olen keskittynyt yhä enemmän asiakkaiden liikunnalliseen avustamiseen. Olen ajatellut jopa opiskella tulevaisuudessa henkilökohtaiseksi kuntosvalmentajaksi.” ¶

Meidän alallamme julkinen ja yksityinen hoiva toimivat hyvin rinnakkain, sanoo hoiva-alan yrittäjä Antti Stenbäck (vas.). Antti vie asiakastaan Tommi Korhosta säännöllisesti Leppävaaraan uimaan.





## Vapaus vai mahdollisuus valita?

Julkinen terveydenhuolto tarvitsee asiakaslähtöisyyden kehittämiseen kirittäjää.

**S**uomalaisen terveydenhuollon julkisissa palveluissa on jo nykyisellään laaja valinnanvapaus. Käytännössä monet kunnat tarjoavat myös sosiaalihuollon asiakkaalle mahdollisuutta valita palvelunsa, vaikka säädökset eivät sitä edellytäkään.

Asiakaslähtöinen ajattelu yleistyy vähitellen mutta liian hitaasti. Vain 2 % asiakkaista on käyttänyt valinnanmahdollisuutta ja vaihtanut julkista palveluntuottajaa.

Julkinen terveydenhuollon kehittyminen on ollut hidasta, koska sillä ei ole ollut positiivista kirittäjää. Sen sijaan työterveyshuolto, joka hoitaa 1,8 miljoonan ihmisen palveluja, on kehittynyt aktiivisesti. Työterveyshuollon toimivuus on voinut vähentää käyntejä terveysasemalla ja samalla kiinnostusta terveysaseman vaihtamiseen.

**Asiakkaalle voitaisiin antaa jo nykyisten säädösten pohjalta vieläkin enemmän valinnanmahdollisuuksia.** Julkinen palvelujen järjestäjä ei ole ollut tässä kuitenkaan kovin innokas.

Sote-uudistuksen osana valmisteltu valinnanvapauslakiesitys tuo asiakkaalle ja potilaalle aikaisempaa laajemman valinnanvapauden koko sosiaali- ja terveydenhuollossa. Palveluntuottajat voivat olla joko julkisia tai yksityisiä.

Nykyistä palveluseteliä on käytetty palvelujen järjestämisen välineenä menestyksellisesti. Hallituksen kärkihankkeeseen kuuluvissa alueellisissa kokeiluissa palvelujen järjestäjä ja tuottajat sitoutuvat noudattamaan sääntökirjaa, jossa kuvataan muun muassa asiakkaan asema ja oikeudet, palvelujen tuottajan ja järjestäjän velvollisuudet sekä valvonta. Sääntökirjan kehittämiseen saadaan aineksia uuden valinnanvapauslain mukaisista piloteista.

Palvelusetelillä toteutetut kokeilut ovat olleet käynnissä vuoden 2017 alusta. Kokeilujen seuranta on tuottanut tietoa muun muassa valinnanvapautta käyttäneiden asiakkaiden profiileista ja käyttäytymisestä, järjestäjän ja tuottajan toiminnasta sekä korvausmallien ja ICT-järjestelmien toimivuudesta. Tätä on hyödynnetty valinnanvapauspilottien sääntelyssä ja toimeenpanon suunnittelussa.

**Tulevien maakuntien käyttöön valmistellut sopimus- ja korvausmallit takaavat yhdenvertaisuuden palvelujen järjestämisessä.** Jokaisen maakunnan ei tarvitse valmistella sopimusten ja korvausten suunnittelua erikseen.

Palvelusetelikokeiluihin mukaan hakeutuneet alueet ja niiden keskeiset toimijat ovat olleet sitoutuneita sekä innostuneita kehittämään ja arvioimaan valinnanvapauden toimintamallia yhteistyössä. Kokeilut nähdään sujuvana jatkumona valinnanvapauden toimintamallin seuraavaan vaiheeseen.

Palvelusetelikokeilut jatkuvat vuoden 2019 ajan. Tavoitteena on muuntaa kokeilut osaksi uuden valinnanvapauslakiesityksen mukaisia pilotteja, joissa voidaan maakunnan mittakaavassa jo ennen lain voimaantuloa tukea valinnanvapauden toteutumista osana sote-uudistusta.

**Kirsi Varhila**

ylivohtaja, sosiaali- ja terveysministeriö

Läs på svenska  
[sosiaalivakuutus.fi](http://sosiaalivakuutus.fi)

# Tulorekisteri luo edellytykset palvelun automatisointiin

Kansallinen tulorekisteri tulee käyttöön vuoden 2019 alusta, kun työnantajat alkavat ilmoittaa sinne työntekijöidensä palkkatietoja. Miten tulorekisteri vaikuttaa Kelan etuuskäsittelyyn, etuusjohtaja Anne Neimala?

## 1 Miten kansallinen tulorekisteri vaikuttaa Kelan etuuskäsittelyyn ja etuuskäsittelyyn vuoden 2019 alusta?

Asiakkaiden ei tarvitse enää toimittaa erikseen palkkalaskelmiaan Kelaan, sillä palkkatiedot saadaan suoraan tulorekisteristä. Valtaosa Kelan maksamista etuuksista on tuloharkintaisia, eli niiden myöntäminen tai määrä riippuu asiakkaan ajankohtaisista tuloista. Tulotietoja kertyy rekisteriin 1.1.2019 alkaen sitä mukaa kuin palkkaa maksetaan.

Joidenkin etuuskäsittelyjen, kuten sairaus- ja vanhempainpäivärahan, myöntämiseen vaikuttavat pitkän aikavälin tulot. Näiden etuuskäsittelyssä tulorekisterin tuoma hyöty näkyy vasta myöhemmin, kun tulotietoja on kertynyt pidemmältä ajalta.

Sairausvakuutuslakiin tarvitaan lisäksi vielä muutoksia, ennen kuin tulorekisteriä päästään täysimittaisesti hyödyntämään hakemusten käsittelyssä. On etuuskohtaista, millä aikataululla rekisterin tuoma hyöty tulee näkyviin.

Kelan asiakkaiden ei tarvitse kantaa huolta tietojen siirtymisestä. Me huolehdimme siitä, että tiedot tulevat meille oikein, sujuvasti ja turvallisesti. Otamme myös entiseen tapaan yhteyttä, jos jotakin on syytä varmistaa. Jos haluaa itse käydä katsomassa omia tietojaan tulorekisterissä, sekin tulee olemaan mahdollista.

## 2 Minkälaisia suunnitelmia tulorekisterin hyödyntämiseen on jatkossa?

Tulorekisteri on osa digitalisaatiota ja antaa uudenlaisia mahdollisuuksia toiminnan kehittämiseen. Rekisteri on edellytys etuuskäsittelyn automatisoinnille ja proaktiiviselle toiminnalle, jossa Kela voi ottaa aktiivisesti asiak-

kaaseen yhteyttä. Kaikkea ei saada heti käytäntöön.

Jatkossa on mahdollista saada tiedot tulorekisteristä suoraan Kelan järjestelmään, jossa etuuspäätös käsitellään. Tällöin asiakkaan tulot ovat hakemuksessa valmiina pohjatietona. Asiakkaan täytyy vain tarkistaa tiedot ja lähettää hakemus eteenpäin.

Tiettyjä hakemuksia on mahdollista käsitellä Kelassa automaattisesti niiden tietojen pohjalta, joita tulorekisterissä on. Tulorekisterin ansiosta voimme myös esimerkiksi ilmoittaa asiakkaalle, jos hänellä alkaa olla niin paljon tuloja, että ne vaikuttavat tuen tai etuuden myöntämiseen. Esimerkiksi opintotuki on tällainen etuus.

Tulorekisterin avulla Kelassa pystytään tehostamaan valvontaa. Voimme saada tulorekisterin kautta tiedon, jos asiakkaan tulot muuttuvat siten, että tuloharkintaisen etuuden määrää on syytä tarkistaa. Rekisteri parantaa päätösten oikeellisuutta ja vähentää etuuskäsittelyn takaisinperintää.

## 3 Miten tulorekisteri vaikuttaa työnantajien toimintaan?

Tulorekisteri yksinkertaistaa ja helpottaa monella tavalla myös työnantajien työtä. Jatkossa työnantaja voi esimerkiksi lähettää tulorekisterin kautta työntekijän vanhempain- tai sairauspäiväraha-hakemuksen Kelaan samalla, kun hän maksaa työntekijän palkan.

## 4 Miten Kela on ollut ja on jatkossa mukana tulorekisterin kehittämisessä?

Olemme olleet alusta asti mukana miettimässä, millainen tulorekisterin pitäisi olla. Olemme myös heti ensimmäisessä aallossa ottamassa sitä käyttöön yhdessä Verohallinnon, työtömyysvakuutusrahaston ja työeläke-

laitosten kanssa. Muut toimijat tulevat mukaan vuoden 2020 alusta. Silloin tulorekisteriin tulevat näkyviin palkkatietojen lisäksi kansalaisten saamat etuudet. Olemme myös olleet vahvasti mukana ehdottamassa, minkä etuustulojen tietoja tulorekisteriin kerätään.

Jotta tulorekisterin sisältö vielä täydentyisi, tarvitsemme muutoksia lakiin. Toivomme Kelassa, että myös pääomatulot saataisiin rekisteriin. Se helpottaisi meidän toimintaamme. Erilaisia lakiesityksiä on vireillä, ja uudet ominaisuudet saadaan jokseenkin nopealla aikataululla käytäntöön, jos lainmuutokset toteutuvat.

Tulorekisteriä on rakennettu aktiivisesti useita vuosia ja rakennetaan tästä eteenpäinkin. Rekisterin pystyttäminen ja yhteyksien luominen rajapintoineen on ollut kokonaisuudessaan valtavan iso hanke.

Päivi Maaniitty

Asiakkaan tulot ovat jatkossa valmiina hakemuksessa.



Anne Neimala  
etusjohtaja  
Kela

Työmiehet levittävät asfalttia tielle kuumana kesäpäivänä Helsingissä vuonna 1957.

# Mahdollisuuksien tunnistaminen voi säästää miljoonia

Osatyökykyisten työllistymisen tueksi etsitään nyt uusia toimintamalleja muun muassa mikro-laboratorioissa. Koko yhteiskunnan kannalta on tärkeä varmistaa, ettei kuntoutujan ainoa vaihtoehto ole työkyvyttömyyseläke. Pahimmillaan se voi johtaa elinikäiseen köyhyyteen.

Teksti Jussi Förbom Kuvat Museoviraston kuva-arkisto

**SYKSYLLÄ 2006** Anna Lindqvist uupui. Kolmen lapsen äidillä oli vaativa työ Helsingin kaupungin päiväkodissa, ja kahdella hänen omista lapsistaan oli erityistarpeita. Voimat alkoivat loppua, ja Anna sairastui masennukseen.

Hän joutui toistuvasti sairauslomalle ja psykiatriseen sairaalaan. Annalle etsittiin sopivaa lääkitystä ja hän joutui kokeilemaan useita erilaisia lääkkeitä.

Tilannetta yritettiin helpottaa myös työaikajärjestelyillä. Kuusi tuntia työtä päivässä viitenä päivänä viikossa ei kuitenkaan jättänyt riittävästi aikaa lepäämiseen. Myös nelipäiväinen työviikko johti aina lopulta uupumiseen ja masennuksen syvenemiseen.

”Tätä kierrettä kesti pitkään. Välillä olin viikon töissä ja viikon lomalla, kunnes vuonna 2011 työterveyslääkäri arvioi, että en ole työkyntoinen. Kuntien eläkevakuituksen (Keva) kustantaman kuntoutustuen avulla jäin lopulta kokonaan pois töistä”, Anna kertoo.

Kuntoutusprosessinsa tärkeimpänä osana Lindqvist pitää psykoterapiaa. Sitä hän sai kaksi vuotta kaupungin ja kolme vuotta Kelan tukemana.

## Kuka katoaa kuntoutusviidakkoon?

Avun saaminen hajanaisessa kuntoutusjärjestelmässä voi myös asiantuntijoiden



mielestä olla ajoittain vaikeaa. Toimijoita on runsaasti, ja niitä kaikkia koskee erilainen lainsäädäntö.

Kuntoutusta kustantavat Kela, työeläkelaitokset ja terveydenhuollon toimijat sekä tapaturman perusteella myös vakuutusyhtiöt. Lisäksi on kolmannen sektorin palveluntarjoajia, jotka sekä järjestävät kuntoutusta että viestivät kuntoutukseen liittyvistä asioista.

Työeläkevakuuttajat tekivät vuonna 2017 yhteensä 9 605 kuntoutushakemukseen perustuvaa kuntoutuspäätöstä. Lisäksi tehtiin 5 193 kuntoutuspäätöstä työkyvyttömyyseläkehakemuksen käsittelyn yhteydessä.

Eläkepäättöksen yhteydessä annetuista kuntoutuspäätöksistä alle viidennes johti kuntoutusprosessin käynnistymiseen. Hoitoketju näytti usein katkeavan, jos kuntoutuja ei ollut enää työterveyshuollon piirissä.

Jotta kuntoutusta osattaisiin hakea ja tarjota nykyistä runsaammin ja monipuolisemmin, olisi kuntoutuksen tarve tunnistettava oikeaan aikaan. Kuntoutusta tarvitsevan tilanne tunnistetaan yleensä parhaiten työterveyshuollossa. Ikäryhmittäin suurin kuntoutujien joukko ovat 45–54-vuotiaat.

”Tarjolla olevat palvelut tunnetaan työterveyshuollossa yleisesti ottaen hyvin ja työhön paluun edellytyksiä osataan siellä arvioida. Paluuta tukevat toimet, kuten työkokeilu, osataan myös sovittaa sairauden sopivaan vaiheeseen”, sanoo työeläkeyhtiö Varman ylilääkäri **Jukka Kivekäs**.

Yrittäjiltä, freelancereilta ja epätyypillisissä työsuhteissa olevilta puuttuvat usein työssä olevien tukirakenteet.

”Yrittäjän toimintakyvyn ja yrityksen tuloksen heikkeneminen käynnistää kierteen, joka ei katkea, jos kukaan ei käske sairauslomalle”, Kivekäs sanoo.

Työttömän tilanne voi olla vielä vaikeampi, sillä julkisessa terveydenhuollossa ei useinkaan ole vakiintuneita tapoja kuntoutuksen tarpeen tunnistamiseen. Pahimmillaan ihminen jää vaille auttajaa, vaikka hänen työkykyään voitaisiin kuntoutuksen avulla vahvistaa.

”Jos työttömyys on kestänyt pitkään, ei aina ole selvää, minkä ammatin vaatimuk-

siin ihmisen työkykyä verrataan, huomauttaa kehittämispäällikkö **Pilvi Vanne** Kelasta.

### **Tuomio elinikäiseen köyhyyteen?**

Kuntoutujista yli 60 % palaa kuntoutusjakson jälkeen takaisin töihin. Vain alle kymmenesosa kuntoutujista jää työttömäksi tai aloittaa opiskelun kuntoutusjakson jälkeen.

Työllistymistä ei asiantuntijoiden mukaan saisi estää ainakaan se, että ihmisen senhetkistä ammattia tai osaamista arvioidaan liian kapeasti eikä kuntoutusmahdollisuutta uuteen ammattiin tai uudelleen työhön tunnusteta.

Erityinen riskiryhmä ovat nuoret ihmiset, joilla on rikkonainen työhistoria ja mielen-terveyden ongelmia. Heillä on muita suurempi riski syrjäytyä kokonaan työelämästä. Iso osa työkyvyttömyyseläkepäättöksistä tehdään tuki- ja liikuntaelinsairauksien vuoksi. Seuraavaksi eniten eläkkeitä myönnetään mielen-terveyden ongelmien perusteella.

”Mielen-terveyden ongelmien suhteellinen osuus työkyvyttömyyteen johtavista sairauksista kasvaa. Tilanne kärjistyy yhä nuorempien ihmisten kohdalla. Monet heistä ovat vasta siirtymässä työelämään. Työmarkkinoilla oleminen ja työhön pääseminen ovat sekä nuorten että koko yhteiskunnan kannalta erittäin tärkeitä asioita”, Vanne sanoo.

Kivekäs on samaa mieltä.

”Hyvin nuorena myönnetty työkyvyttömyyseläke tulee kalliiksi yhteiskunnalle ja on ihmiselle itselleen usein tuomio elinikäiseen köyhyyteen. Työkyvyttömyyseläkeläisten toimeentulo on selvästi huonompaa kuin muiden eläkeläisten”, hän muistuttaa.

### **Kela kehittää työkykyprosessiaan**

Kelassa on lisätty työkykyprosessissa yhteistyötä sisäisten ja ulkoisten yhteistyökumppanien kesken. Sen ansiosta sairauspäiväraha- ja kuntoutusasiat saadaan käsiteltyä yhtenä kokonaisuutena ja asiakkaan tilanne tulee paremmin huomioitua.

Nyt pyritään vielä siihen, että kuntoutumista edistäviä toimenpiteitä päästäisiin

**Ikäryhmittäin suurin kuntoutujien joukko ovat 45–54-vuotiaat.**



Keraamisia astioita maalataan Arabian tehtailla 1957.

KUVA: UJA SAARINEN

Kilpapurjehdukseen pyrkivien kuntotestit pidettiin Suomen urheiluopistossa Vierumäellä vuonna 1987.



KUVA: HANNU LINDROOS

## Jokaisen työkyvyttömyyden takana on ainutkertainen tarina ja työhistoria.

tekemään mahdollisimman aikaisessa vaiheessa.

”Pahimmillaan olemme turvanneet asiakkaan toimeentulon sairauspäivärahalla ja kuntoutusmahdollisuuksien selvittäminen on viivästynyt sairauspäivärahakauden loppuvaiheeseen”, Vanne sanoo.

Syksyllä 2017 asiantuntijalääkärit ja etuuskäsittelijät harjoittelivat yhteistyötä 10 hengen mikrolaboratorioissa, joissa käsiteltiin erilaisia työkykytapauksia ja pohdittiin niihin parhaita ratkaisuja. Toimintatapa on otettu käyttöön myös arjessa. Kuntoutuksen mahdollisuudet saadaan näin nousemaan esiin aikaisemmassa vaiheessa, ja asiakkaat pääsevät itse vaikuttamaan ja punnitsemaan eri vaihtoehtoja omaan tilanteeseensa.

Mikrolaboratoriotyöskentelyä on kokeiltu myös työeläkevakuuttaja Varman kanssa.

”Kävimme läpi tilanteita, joissa meillä on yhteisiä asiakasryhmiä. Katsoimme, mitä on tehty, ja mietimme, miten voisimme prosesseja parantaa”, Vanne kertoo.

Sekä Vanne että Kivekäs kuvailevat harjoitusta silmiä avaavaksi. Eläkelaitos näkee, miten asiakkaan työtulot ja eläke karttuvat, ja saa tarkempia tietoja työssä selviytymisestä. Kela taas näkee laajemmin asiakkaan taloudelliset ja sosiaaliset olosuhteet, kuten asumis- ja perhetilanteen. Kelan näkökulmasta voi olla helpompi ymmärtää, miksi esimerkiksi omaishoitaja ei voi lähteä kuntoutukseen nopealla aikataululla.

Harjoituksen ansiosta kumppaneille muodostui parempi käsitys siitä, miten tietoa pitäisi jakaa ja mikä olisi toimenpiteiden oikea aikataulu. Jos esimerkiksi ammatillista kuntoutusta ryhdytään suunnittelemaan vasta, kun eläkelaitos on saanut Kelalta sähköisen ilmoituksen 150 sairauspäivärahan päivän rajan täyttymisestä, voi toimenpiteillä olla jo kiire, ettei päivärahojen enimmäismäärä 300 päivää ehtisi tulla täyteen.

Kehitettävää on myös siinä, ettei asiakkaan tilannetta arvioida liian kategorisesti

ja esimerkiksi psykoterapian tai muun täydentävän kuntoutuksen tarve jää havaitsematta. Siksi kokonaisuutta on koordinoitava paremmin ja asiakas pitää ottaa mukaan päätöksentekoon.

### Ihminen pitää kohdata yksilönä

Jokaisen työkyvyttömyyden takana on ainutkertainen tarina ja työhistoria. Valmiit ratkaisut eivät päde, vaan työkyvyn palauttamiseen tähtäävä polku on aina erilainen.

”Jos kyse on pitkittyvästä sairaudesta, kuka tahansa voi tuntea avun tarvetta. Vailla kokemusperäistä tietoa ihminen on asiantuntijoiden antaman tiedon varassa”, Vanne sanoo.

Kolmannen sektorin helposti saavutettavilla palveluilla ja vertaistuellalla on tärkeä tehtävä tiedon jakamisessa ja tulkinnassa.

”Tarvitsemme myös paikkoja, joihin pääsee ilman lääkärin lähetettä. Kipeimmin niitä tarvitaan nuorille, joilla ei ole käytettävissään työsuhteeseen kytkettyjä palveluja, sanoo sosiaali- ja terveysministeriön (STM) hankejohtaja Päivi Mattila-Wiro.

Osana Mattila-Wiron johtamaa OTE-kärkihanketta on Tampereelle perustettu talon kynnyksen toimintakykykeskus. Se toimii Tays Keskussairaalan yhteydessä. Toimintakykykeskus tarjoaa palveluja sekä työelämässä että työelämän ulkopuolella oleville ilman lähetettä.

OTE-kärkihanketta tähtää osatyökykyisten työllistymisen helpottamiseen. Hankkeen puitteissa koulutetaan työkykykoordinaattoreita toimimaan yhteistyössä kuntoutujien sekä työpaikkojen, työterveyshuollon, TE-toimistojen ja perusterveydenhuollon asiantuntijoiden kanssa.

”Koordinaattorit tunnistavat kuntoutusta tarvitsevat ja tuntevat tarjolla olevat palvelut. He ohjaavat ihmisiä oikeiden palvelujen piiriin ja huolehtivat palvelun saamattomuudesta”, Mattila-Wiro lisää.



## On ristiriitaista, että masentuneelta ihmiseltä vaaditaan pontevuutta taistelussa asemansa puolesta.

OTE-hankkeen tavoitteena on hänen mukaansa, että ihmiset eivät putoaisi järjestelmän ulkopuolelle, olivat he sitten työssä, työttöminä tai osatyökykyisiä.

”Myös valtaosa osatyökykyisistä tarvitsee kuntoutuksen keinoja työllistyäkseen ja pysyäksään työssä. OTE-hankkeella pyritään säästämään resursseja niin, että ihminen pääsee nopeasti kuntoutukseen ja saa riittävän avun”, hän sanoo.

OTE-hankkeessa myös rakennetaan kauden maakunnallisen kokeilun avulla malleja hoito- ja kuntoutuspoluiksi sekä työtömille että työssä oleville. Kärkihankkeessa etsitään lisäksi keinoja työkyvyttömyyseläkkeen ja ansiotulojen yhteensovittamiseen, jotta työkyvyttömyyseläkkeellä oleva voisi tehdä kannattavammin ansiotyötä. Tässä osahankkeessa hyödynnetään vuonna 2019 käyttöön otettavaa kansallista tulorekisteriä.

Monet kehitteillä olevista projekteista pohjautuvat STM:n koordinoiman Kuntoutuksen uudistamiskomitean ehdotuksiin, joita syötetään lakiuudistuksiin mahdollisuuksien mukaan. Valtaosa komitean työn tuloksista odottaa kuitenkin sote-uudistuksen lopputulosta ja tietoa siitä, miten palvelut jatkossa järjestetään ja resursoidaan.

Kuntoutuksen ja työkykyprosessien kehittämisen tavoitteena on, että yhä harvempi ihminen joutuisi jäämään työkyvyttömyyseläkkeelle.

”Ihmiset pitäisi saada opiskelemaan tai työelämään sekä pärjäämään siellä. Se on toiminnan lähtökohta”, Vanne sanoo.

Myös työurien pidentäminen ja työllisyysasteen nostaminen ovat tärkeitä tavoitteita.

”Kuntoutus vähentää syrjäytymistä ja yhteiskunnan menoja sekä inhimillistä kärsimystä”, Mattila-Wiro kiteyttää.

Kivekkään mukaan ihmisellä on oltava oikeus eläkkeeseen, jos hän ei sairautensa vuoksi pysty osallistumaan työelämään.

”Ihmisiä pystytään hyvin usein kuntoutuksen keinoin auttamaan, jotta työelämään

osallistuminen olisi mahdollista, ainakin osatyökykyisenä. Työelämä antaa ihmiselle muutakin merkitystä elämään kuin pelkän toimeentulon”, hän toteaa.

### ”Vielä on paljon tehtävää”

Anna Lindqvistin elämässä työ jäi lopulta kokonaan taakse. Työhön paluuta yritettiin työkokeilun avulla vielä vuonna 2013, mutta edessä oli uusi, syvä romahdus. Kevan vuonna 2016 ehdottamaa uutta työkokeilua ei koskaan aloitettu.

Perusteellisen työkyvyn arvioinnin jälkeen lääkäri totesi Annan työkyvyttömäksi. Viiden vuoden jakso kuntoutusta, terapiaa ja yrityksiä työkyvyn ylläpitämiseksi päättyi pysyvään työkyvyttömyyseläkkeeseen kesäkuussa 2016.

Anna kiittää esimiestään ja työterveyslääkäriään siitä, että he näkivät tilanteen ja halusivat etsiä siihen ratkaisuja. Taloudellisen tuen hakeminen oli kuitenkin usein tuskallista.

”On ristiriitaista, että masentuneelta ihmiseltä vaaditaan suurta pontevuutta taistelussa asemansa puolesta”, hän sanoo.

Annan tilannetta on hankaloittanut somaattinen oireilu, kuten kivut ja uupuminen. Lindqvistin itse maksama yksityinen lääkäri diagnosoi oireet lopulta väsymysoireyhtymäksi.

”Olisin toivonut, että myös nämä oireet olisi tunnistettu ja olisin saanut niihin kuntoutusta. Pidän jopa mahdollisena, että tämä sairaus on alun perin ollut myös masennuksen taustalla”, hän sanoo.

Uudessa elämäntilanteessaan Lindqvist pystyy säätelemään kokemaansa räsytystä eikä masennuskauasia enää tule.

”Masennuksen syyksi voi laittaa niin paljon. Siksi minutkin varmasti todettiin työkyvyttömäksi juuri masennuksen perusteella. Vielä on paljon tehtävää siinä, että ihminen ja hänen tilanteensa tunnistetaan kokonaisuutena”, Lindqvist sanoo. ¶

# Pohjoismainen malli nojaa perusterveydenhuoltoon

Pohjoismailla on kuntoutukseen liittyen samoja yhteiskunnallisia haasteita, kuten väestön ikärakenne ja mielenterveysongelmien yleisyys. Muun muassa Ruotsissa ja Norjassa on kehitetty lupaavia kuntoutuskäytäntöjä, joista voitaisiin hyötyä myös Suomessa.

Teksti Sabina Mäki Kuvitus Kati Närhi

**TYÖ- JA TOIMINTAKYVYN MERKITYS** korostuu kaikissa Pohjoismaissa, kun väestö ikääntyy ja yhä pienempi osa kansalaisista kustantaa hyvinvointiyhteiskunnan palvelut yhä suuremmalle joukolle.

Myös Ruotsissa kuntoutuksen ykkösvoitteena ovat kuntoutujien töissä pysyminen ja töihin paluu. Ruotsin sosiaali- ja terveysministeriön alainen tutkimuslaitos Forte koordinoi nyt maan hallituksen aloitteesta viittä isoa projektia, joissa etsitään tehokkaita ratkaisuja kuntoutukseen ja sairauksien ehkäisyyn. Tavoitteena on, että mahdollisimman moni pysyisi töissä tai palaisi sairauslomaltaan töihin.

”Tutkimukset ovat osoittaneet, että sairausloma ja töistä pois jääminen vaikeuttavat työhön paluuta”, kertoo Forten pääsihteerin **Peter Allebeck**.

Mielenterveysongelmat ja krooninen kipu ovat sairauksien ja työkyvyttömyyden yleisimpiä syitä Ruotsissa. Suomi kamppailee hyvin samankaltaisten ongelmien kanssa. Kelan kuntoutuksiin vuonna 2017 osallistuneista 108 670 henkilöstä yli 65 000 osallistui kuntoutukseen mielenterveyden tai käyttäytymisen häiriön vuoksi.

## Valinnanvapaus ei täysin toteudu

Kuntoutuksen toteutukseen ja tutkimukseen käytetään Ruotsissa huomattavasti rahaa, noin 10 mrd. euroa. Allebeck

kertoo, että kuntoutusjärjestelmä kattaa lukemattoman määrän erilaisia palveluita sekä etuuksia sairauden, vamman tai tapaturman kohdatessa.

Toisin kuin Suomessa, Ruotsissa vastuu työssä käyvien kuntoutuksesta on työnantajalla. Kuntoutus vaatii sitoutumista myös työntekijältä itseltään. Kuntoutus järjestetään yhteistyössä julkisen terveydenhuollon kanssa ja rahoitetaan sosiaalivakuutuksesta.

Vastuu kuntoutuksen rahoituksesta, koordinoinnista ja tuottamisesta jakautuu laajalle, kuten Suomessakin. Meillä kun-



toutusta järjestävät Kelan ohella työeläkelaitokset, kunnat, vakuutusyhtiöt ja vammaisjärjestöt.

”Keskustelua rajapinnoista käydään koko ajan esimerkiksi työeläkelaitosten kanssa. Meillä on monia rahoittajatahoja ja kahdeksan erilaista kuntoutusjärjestelmää. On vaikea nähdä, että näitä yhdistettäisiin. Yhteistyö onneksi toimii jo kohtuullisen hyvin”, kertoo kuntoutuksen etuuspäällikkö **Seija Sukula** Kelasta.

Ruotsissa kuntoutuksen asiakkailta on periaatteessa valinnanvapaus, mutta sen toteutuminen ei ole yksinkertaista.

”Monenvälinen yhteistyö ja jaettu vastuu johtavat käytännössä siihen, ettei yksittäinen kuntoutuja voi useinkaan valita palveluntarjoajaa vapaasti”, Allebeck selittää.

Suomessa tilanne on erilainen, sillä vastuu kuntoutuksesta ei ole työnantajalla. Valinnanvapauden lisääntyminen saattaisi siis toimia Suomessa paremmin. Jo tähän mennessä kunnat ja sairaanhoitopiirit ovat voineet päättää itsenäisesti, toteuttavatko ne omissa kuntoutuspalveluissaan valinnanvapautta ja millä tavoin sitä toteutetaan.

Kelassa tehdään parhaillaan valinnanvapautta edistävää uudistusta, jossa kuntoutuspalvelujen kilpailutukset on tarkoitus korvata palveluntuottajien rekisteröitysmenettelyllä. Se tarkoittaa, että palveluntuottajat rekisteröityvät kuntoutuksen yhteistyökumppaneiksi toistaiseksi ja asiakas voi valita palveluntuottajansa itse.

”Rekisteröinnin myötä asiakkaiden kokemuksia aletaan seurata tarkasti. Palvelujen saamat arviot tulevat olemaan julkisia kuten vaikka matkailijoiden arviot matkakohteista yhteisöpalvelu Tripadvisorissa”, Seija Sukula kertoo Kelan suunnitelmista.

#### **Koordinointi paransi vaikuttavuutta**

Ruotsissa kuntoutusta ja kuntoutusohjausta kartoitettiin vuosina 2009–2011 Ruotsin hallituksen Rehsam-tutkimusohjelmassa. Sen tavoitteena oli tunnistaa terveydenhuollossa ja kuntoutuksessa menetelmiä, jotka edistivät ihmisten paluuta töihin.

Tutkimusohjelmassa todettiin, että kuntoutuksen monialaisuus ja toimenpiteet työpaikalla edistivät sairastuneen paluuta töihin yksittäisiä menetelmiä paremmin.

Tutkimusohjelman jälkeen Ruotsissa on palkattu perusterveydenhuoltoon kuntoutuskoordinaattoreita, jotka pyrkivät tunnistamaan kuntoutusta tarvitsevat potilaat, kartoittavat heidän palvelutarpeensa, päivittävät heidän kuntoutussuunnitelmansa ja koordinoivat kuntoutuksen aikana eri tahojen välistä yhteistyötä. Ihannetapauksessa kuntoutuskoordinaattori vastaa myös kuntoutuksen seurannasta ja analysoinnista.

”Kuntoutuskoordinaattorin tukemat potilaat sairastivat vähemmän, palasivat sairauslomilta nopeammin ja olivat harvemmin toistuvilla sairauslomilla kuin kontrolliryhmä”, kertoo koordinaattoreiden vaikuttavuutta Uppsalan liopistossa tutkiva apulaisprofessori **Ingrid Anderzén**.

Hän kertoo, että kuntoutuskoordinaattoreiden mukanaolo on vähentänyt kuntoutumiseen liittyvää stressiä sekä lisännyt kuntoutujan vastuunottoa ja osallistumista.

#### **Stoppi kuntoutujien juoksuttamiselle**

Ruotsissa ei ole erillistä työterveyshuoltoa, joten perusterveydenhuollon kuntoutusohjaus (*rehabiliteringskoordinerings*) on tarjolla kaikille asiakasryhmille, niin työssä käyville kuin työttömille.

”Meillä Suomessakin on kuntoutusohjaajia keskussairaaloissa, mutta perusterveydenhuollossa voi olla niin, ettei hoitava henkilökunta tunne potilasta eikä kuntoutusmuotoja”, Sukula harmittelee.

Ruotsista saadaan lähivuosina tarkempia tuloksia siitä, millainen vaikutus kuntoutuskoordinaattoreilla on ollut mielenterveyskuntoutujien tilanteeseen.

”Toivomme, että saamme tulosten perusteella lyhennettyä mielenterveyskuntoutujien sairauslomia, vahvistettua kuntoutujien itseluottamusta ja lopetettua kuntoutujien juoksuttamisen järjestelmässä, jossa eri alojen ammattilaiset eivät ymmärrä toisiaan. Tavoitteena on, että ammattilaiset



Ruotsissa on palkattu perusterveydenhuoltoon kuntoutuskoordinaattoreita, joiden tehtävänä on kuntoutusta tarvitsevien potilaiden tunnistaminen.

## Norjassa ikääntyvien hoivapalvelujen ja arkkikuntoutuksen kustannukset olivat samat mutta kuntoutuksen terveysvaikutukset huomattavasti laajemmat.

työskentelisivät sen sijaan yhdessä saman päämäärän hyväksi”, Anderzén summaa.

### Arkkikuntoutusta ikääntyvälle väestölle

Ikä ja sen mukana lisääntyvät sairaudet uhkaavat Pohjoismaissa yhä suuremman joukon toimintakykyä ja kasvattavat monenlaisten palvelujen tarvetta. Ikääntyneiden kuntoutukseen on käytettävissä vaihtelevasti resursseja ja konkreettisia työkaluja.

Norjassa asiaan on etsitty ratkaisua arkkikuntoutuksesta (*hverdagsrehabiliteering*). Sitä toteutetaan erityisesti ikääntyvien ihmisten omassa elinympäristössä. Tavoitteena on ylläpitää ja parantaa toimintakykyä mahdollisuuksien mukaan jo ennen kuin toimintakyky heikkenee.

Arkkikuntoutuksessa asiakas määrittelee itse, mitkä asiat hänen omassa arjessaan ovat tärkeitä ja mihin hän tarvitsee kuntoutusta. Tavoitteena voi olla itsenäinen postilaatikolla käynti tai peseytyminen. Kuntoutusta on yleensä intensiivisissä 3–10 viikon jaksoissa. Pyrkimyksenä on vähentää arkkikuntoutuksen avulla koti- ja laitoshoidon tarvetta sekä lisätä mahdollisuuksia itsenäiseen elämään ja kotona asumiseen.

Kansainvälisesti laajimmassa tähän mennessä tehdyssä tutkimuksessa Norjassa todettiin, että arkkikuntoutukseen osallistuneet pärjäsivät merkittävästi paremmin kuin vertailuryhmään kuuluvat, jotka eivät osallistuneet arkkikuntoutukseen. Kuntoutuksen osallistuneiden fyysinen toimintakyky oli vielä 12 kuukautta kuntoutuksen jälkeen parempi kuin vertailuryhmän ja he suoriutuivat vertailuryhmää paremmin päivittäisistä askareistaan.

Vanhuksille tarjottujen hoivapalvelujen ja arkkikuntoutuksen kustannukset olivat tutkimuksen perusteella suunnilleen samat. Arkkikuntoutuksen terveysvaikutukset olivat kuitenkin huomattavasti laajemmat.

Norjan-malli on herättänyt kiinnostusta ja keskustelua Suomessakin. Ainakin Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveyspiirissä (Eksote) kokeillaan parhaillaan vastaavanlaista

ikäntyvien kotikuntoutuksen mallia.

”Meilläkin on lanseerattu arkkikuntoutuksen käsite, mutta meillä se on tarkoitettu pikemminkin terveydenhuollon kuntoutusryhmiä sekä muuta ennaltaehkäisevää työtä. Ennaltaehkäisyssä olisi tehtävää, että vanhukset pärjäisivät kotona pidempään”, Sukula toteaa.

Arkkikuntoutusta toteutetaan myös Tanskassa, missä kunnat on vuodesta 2015 velvoitettu arvioimaan ikäihmisten kuntouttamisen mahdollisuudet ja järjestämään tarvittava kuntoutus. Perinteisiä kotipalveluita tarjotaan vain, jos vanhuksen ei uskota hyötyvän arkkikuntoutuksesta.

Tanskassa arkkikuntoutusta tarjotaan lyhyissä intensiivijaksoissa. Kuntoutumista ohjaa moniammatillinen tiimi, johon voivat kuulua esimerkiksi sosiaalityöntekijä, fysioterapeutti ja toimintaterapeutti. Tiimi toimii yhteistyössä ravitsemusterapeutin ja sairaanhoitajan kanssa. Tanskassa vastuu kuntoutuksesta on kunnilla ja perusterveydenhuollolla.

### Vankilakuntoutus kerää mainetta

Norjassa on löydetty hyvä malli myös vankien kuntoutumiseen ja työkyvyn palauttamiseen. Vankien kuntoutuminen parantaa vapautuneen vangin elämänlaatua ja lisää yhteiskunnan vakautta ja turvallisuutta ja edistää vankien paluuta töihin tai opiskelumaan.

Vankien arkielämän ja asumisen suunnittelu on Norjassa osa kuntoutusta. Vangit sijoitetaan mahdollisimman matalan turvallisuustason vankiloihin. Oikeuden määräämää vapautta rajoittavaa rangaistusta ei tarpeettomasti vankilaolosuhteiden vuoksi tiukenneta.

Asumisjärjestelyjen ja kuntouttamisen tulokset ovat Bergenin yliopistossa tehdyn tutkimuksen mukaan vakuuttavia. Vankilaan päätyneillä oli vapautumisen jälkeen pienempi riski rikoksen uusimiseen kuin tuomituilla, joille oli määrätty ehdollista vankeutta tai yhdyskuntapalvelua.¶



## 55 ehdotusta suomalaisen kuntoutuksen uudistamiseksi

Suomalaista kuntoutusjärjestelmää uudistetaan parhaillaan. Sosiaali- ja terveysministeriön asettama kuntoutuksen uudistamiskomitea teki viime vuonna 55 ehdotusta suomalaisen kuntoutuksen uudistamiseksi.

Nykyisen järjestelmän keskeisiä heikkouksia ovat komitean mukaan hajanaisuus sekä puutteet yhdenvertaisuudessa ja asiakasprosesseissa. Pelkästään kuntoutuksen toteuttajia on kahdeksan, kuntoutuksesta päättäviä tahoja 14 ja kuntoutuksen käynnistäjiä parisenkymmentä.

Raporttiin sisältyy ehdotuksia, joiden tavoitteena on parantaa esimerkiksi kuntoutuksen ohjausta, suunnittelua, seurantaa ja arviointia samansuuntaisesti kuin Ruotsissa on tehty. Ehdotuksen mukaan kuntoutuksen tulisi perustua yleiseen toimintamalliin, joka koskee samalla tavoin kaikkia asiakasryhmiä. Kuntoutuksesta vastaava taho velvoitettaisiin muun muassa laatimaan asiakkaalle kuntoutussuunnitelma ja kirjaamaan myös, jos kuntoutusta ei tarvita.

Sote-uudistuksen toteutuminen tulee vaikuttamaan kuntoutuksen järjestämiseen. Monet kuntoutusta koskevat uudistukset odottavat nyt, miten sote-uudistuksen käy ja millaisia muutoksia se tuo järjestelmään. Komitea esitti lääkinnällisen ja sosiaalisen kuntoutuksen sekä mahdollisesti myös vaativan lääkinnällisen kuntoutuksen ja kuntoutuspsykoterapian siirtämistä maakunnille.

Läs på svenska  
[sosiaalivakuutus.fi](https://sosiaalivakuutus.fi)

# Mikä meillä mättää, Jaana Paanetoja?

Osatyökykyisyyttä ei osata aina määritellä oikein, sanoo työ- ja sosiaali oikeuden dosentti Jaana Paanetoja. Määrittelyvaikeuksien vuoksi ei myöskään löydetä oikeita keinoja osatyökykyisten työllistymisen tueksi.

Teksti Päivi Maaniitty Kuva Vilja Harala

**VÄÄRIN YMMÄRRYKSET** ”Sanaa osatyökykyinen käytetään osittain virheellisesti. Osatyökykyisyys tarkoittaa sitä, että ihmisen työkyky on heikentynyt.

Joskus osatyökykyiseksi kutsutaan ihmisiä, joilla on jokin vamma tai jotka ovat vajaakuntoisia. He eivät kuitenkaan lähtökohtaisesti kuulu tähän ryhmään. Kategorisointi on iso kysymys, ja se on vaivannut keskustelua ja vaikeuttanut osatyökykyisten työllistymistä jo useamman vuoden.

Osatyökykyisyydelle ei ole annettu selkeää määritelmää, sillä se edellyttäisi osatyökykyisyyden arviointia ja ihmisen työkyvyn tuntemista ja testaamista. Osatyökykyisiä voivat olla esimerkiksi sellaiset henkilöt, joiden kielitaito, ammattitaito tai henkilökohtaiset ominaisuudet eivät enää vastaa heidän työtehtäväänsä. Kysymys on siis aina yksilön ominaisuuksien ja työn vaatimusten välisestä ristiriidasta. Osatyökykyisen kyvyt eivät riitä täyttämään työn asettamia vaatimuksia.

Osatyökykyisten joukko on hyvin laaja ja moninainen. Tavoitteena on löytää osatyökykyiselle työ, jossa hän pystyy pärjäämään.

On hyvä muistaa, että osatyökykyiseksi ei voida sanoa ihmisiä, jotka eivät ole koskaan olleetkaan töissä. Heidän työkykyisyydestään ei ole tarpeeksi tietoa, jotta työkykyä voitaisiin verrata aikaisempaan.”

**KEHITYSVAMMAISTEN ASEMA** ”Nykyhallitus on hallitusohjelmassaan kiinnittänyt huomiota osatyökykyisten asemaan. Asia on ollut hyvin keskustelussa, ja sitä halutaan parantaa. Hankkeissa jää kuitenkin epäselväksi, kenen

tai minkä ryhmän työllistämistä ja mahdollisuuksien edistämistä oikein puhutaan. Sen vuoksi on vaikea sanoa, onko tilanne kehittynyt tai muuttunut viime vuosina ja mihin suuntaan.

Yleisesti ongelmana on hankkeiden yksipuolisuus. Esimerkiksi kehitysvammaisten ja mielenterveyskuntoutujien asemaan ei ole kiinnitetty riittävästi huomiota. Heidän tilannettaan ei ole otettu riittävällä vakavuudella, eikä kukaan vie eteenpäin esimerkiksi sitä, että kehitysvammaisten avotyötoiminnasta maksettava korvaus olisi riittävä.

Sen sijaan Suomessa on tavoitteena ollut jo pitkään, että työuria pyritään yleisesti pidentämään. Se on ollut myös eläkevakuutusyhtiöiden ja työnantajien etu.”

**LIIAN VÄHÄN TUTKIMUSTA** ”Osatyökykyisten asemaan liittyviä kysymyksiä on tutkittu äärimmäisen vähän juridisesta näkökulmasta. Joitakin yksittäisiä tutkimuksia on tehty, mutta toivoisin aiheen ympärille enemmän akateemista tutkimusta.

Hyvinvointiin liittyvät tutkimusteemat otetaan akateemisessa maailmassa vakavasti. Niiden selvittäminen edellyttää usein hyvää yhteistyötä eri tieteenalojen kesken. Vain yhdessä toimimalla voidaan saada hyviä tuloksia aikaan.

Osatyökykyisyys kuuluu perinteisesti työlainsäädännön ja sosiaali oikeuden alaan. Aihetta tutkittaessa on kuitenkin mahdollisuus yhdistää oikeustieteeseen muun muassa lääketieteellisiä, kuntoutustieteellisiä ja sosiaalietieteellisiä kysymyksiä. Se tekee tutkimuksesta äärimmäisen haastavaa ja mielenkiintoista.”

**ROHKEUDEN PUUTE** ”Osatyökykyisten työllistymistä ei voida parantaa vain muuttamalla yhtä tiettyä lakia tai pykälää, sillä ongelma on monimuotoisempi. Kuitenkin pitäisi ainakin miettiä, olisiko lain avulla mahdollista edistää osatyökykyisten työllistymistä esimerkiksi helpottamalla työnantajien tilannetta.

Olen itse yrittänyt tarjota erilaisia tukimalleja nykyisen sosiaaliturvan sijaan. Parasta olisi, jos osatyökykyinen voisi kokeilla työntekeä ilman pelkoa saamiensa tukien menettämisestä.

Mielestäni nykyinen sosiaaliturva on yleisesti hyvällä tasolla, mutta sen pitäisi olla joustavampi ja antaa ihmisille enemmän mahdollisuuksia kokeiluun työelämässä. Järjestelmän pitäisi tehdä erilaiset siirtymät helpommiksi.” ¶

## Jaana Paanetoja

- oikeustieteen tohtori, varatuomari ja työ- ja sosiaali oikeuden dosentti
- työskennellyt muun muassa Lapin yliopistossa työ- ja sosiaali oikeuden professorina
- kirjoittanut yhdessä Tarja Krögerin ja Pirjo Östmanin kanssa vuonna 2016 ilmestyneen kirjan ”Osatyökykyinen työntekijä – Vastauksia käytännön kysymyksiin”

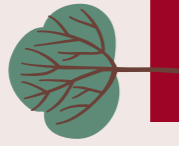
**Asia, jonka muuttaisin sosiaaliturvassa:** Järjestelmän tulisi sallia työelämän kokeilu ilman pelkoa tukien menettämisestä.

Jaana Paanetojan mielestä sosiaaliturvan pitäisi olla nykyistä joustavampi ja siirtymien helpompia.



# Näin muodostuu iäkään hoivapolku

Vamman, sairauden tai ikääntymisestä johtuvien muutosten vuoksi apua tarvitsevan vanhuksen hoiva on monimuotoinen tilkkutäkki. Hoivan kustannukset jakaantuvat Kelan ja kuntien kesken.



1

Toimintakyky heikentynyt sairauden tai vamman vuoksi yhtäjaksoisesti 1 vuoden ajan

Eläkettä saavan hoitotuki

Kela maksaa

## Eläkettä saavan hoitotuki

Toimintakyvyn heikentymisellä tarkoitetaan, että ihmisellä on vaikeuksia huolehtia itsestään ja selviytyä arjen toiminnoista, kuten peseytymisestä, pukeutumisesta, välttämättömistä kotitalousteistä tai asioinnista kodin ulkopuolella. Korotettua hoitotukea maksettiin kolmasosalle ja ylintä tukea neljäsosalle saajista.

Hoitotuki on porrastettu kolmeen osaan avuntarpeen mukaan. Perushoitotuki on 70,52 e/kk. Korotettu hoitotuki on 153,63 e/kk. Ylin hoitotuki on 324,85 e/kk.

## Näin eläkettä saavan hoitotukea maksettiin

Perushoitotukea maksettiin

**89 800 (41 %)**

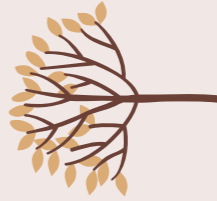
hoitotuen saajalle vuonna 2017.

Tuen saajista 76 % oli 65 vuotta täyttäneitä. Suurin yksittäinen ikäryhmä olivat

**85–89-vuotiaat (17 %).**

Sata vuotta täyttäneitä oli 743.

16–64-vuotiaiden saajien määrä on vähentynyt kymmenen vuoden aikana 8 % 65 vuotta täyttäneiden määrä on lisääntynyt 24 %. Eliniän piteneminen lisää ikääntyneiden hoitotuen tarvetta. Saajista 60 % oli naisia.



## Omaishoidon tukea saavia hoidettavia

yli 65-vuotiaita vuonna 2015

**noin 30 000**

Teksti: Johanna Hytönen Grafiikka: Essi Kuula

2

Päijää kotona



Kunnan kodinhoitoapu

3

Omaishoitaja



Omaishoidon tuki

4

Laitoshoito julkisella tai yksityisellä puolella

Hoivakotiin maksettava eläkkeensaajan asumistuki. Asumistukea voidaan maksaa 85 % kohtuullisista asumismenoista.

Kela maksaa

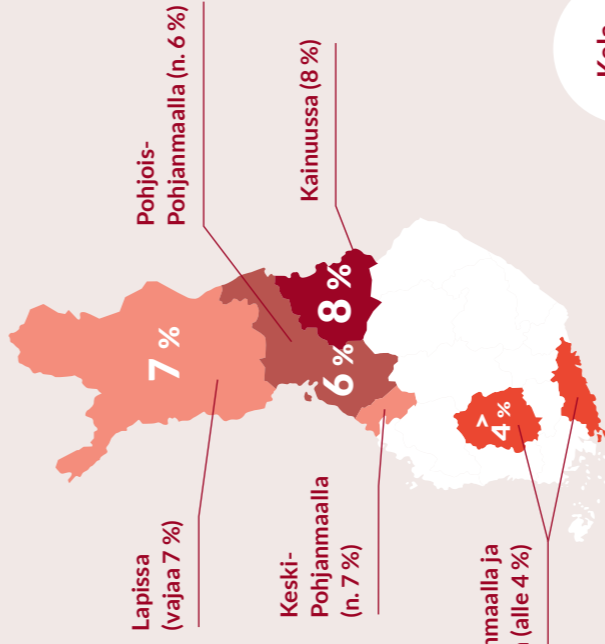
## Yleisimmät sairausryhmät eläkettä saavan hoitotuen saajien joukossa vuonna 2017

Mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöt **29 %**

Hermoston sairaudet **25 %**

Verenkiertoelinten sairaudet **16 %**

Tuki- ja liikuntaelinten sekä sidekudosten sairaudet **10 %**

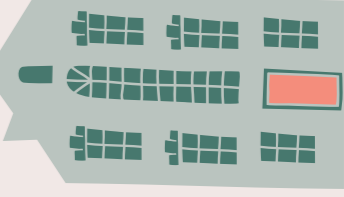


Kunta maksaa

## Omaishoidon tukea saavia yli 75-vuotiaita hoidettavia eniten

% samanikäisistä asukkaista

Kunta maksaa



## Kodinhoitoapua saaneet taloudet

% samanikäisestä väestöstä (koko maa)

2015 **9,4**

2016 **9,2**

2017 **9,3**

Lähteet: Kela ja Sotkanet



# Rohkeaa kehittämistä vai hyppy tuntemattomaan?

Sote-palvelujen valinnanvapaus voi johtaa tilanteeseen, jollaista kukaan ei osaa vielä ennakoida. Siksi sote-uudistuksen muutokseen pitäisi taloustieteilijä Otto Toivasen mielestä vielä etsiä parhaiten toimivaa mallia. Alivaltiosihteri Päivi Nergin mukaan riskejä hallitaan jo valinnanvapauspiloteilla.

Teksti Mari Valkonen Kuvat Vesa Tyni

**KUKAAN EI TARKALLEEN TIEDÄ**, mitä tapahtuu, jos eduskunta hyväksyy sote-lait ja niihin sisältyvän terveystalouden valinnanvapauden.

Jyräävätkö suuret, kansallisesti tai kansainvälisesti toimivat terveysfirmat alleen pienet ja paikalliset yritykset? Onko myös pienillä paikkakunnilla todellinen mahdollisuus valita useamman kuin yhden sote-keskuksen palveluista? Entä jos kaikki asiakkaat haluavatkin mennä saman sote-keskuksen asiakkaiksi?

Muutos nykyisestä terveydenhuoltojärjestelmästä markkinavetoiseen malliin on suuri hyppäys, johon liittyy epävarmuuksia. Tästä ovat yhtä mieltä Aalto-yliopiston taloustieteen professori **Otto Toivanen** ja valtiovarainministeriön alivaltiosihteri, sote-uudistusta johtava **Päivi Nerg**.

Toivanen ehdottaa, että markkinaveto-

seen malliin mentäisiin suunniteltua pienemmin askelin. Silloin korjausten tekeminen olisi helpompaa.

”Maakuntien voisi antaa miettiä, miten ne käyttäisivät markkinoita hyväkseen. Ne voisivat toteuttaa markkinavetoisuutta eri tavoin siten, että tutkijat olisivat mukana. Tietoa keräämällä vähitellen nähtäisiin, mikä toimii, mikä ei ja millaisia ongelmia tulee vastaan”, Toivanen sanoo.

Nerg sen sijaan kehottaa hyväksymään, että kaikkia epävarmuuksia ei voi poistaa parhaimmallaan valmistelulla.

”Eikö suomalaisessa yhteiskunnassa uskalleta ajatella niin, että näin suuri uudistus ei kirjoituspöydällä tehtynä ja maakuntien testaamana ole vielä aivan valmis? Reformin voi tehdä niin, että luodaan pohja, jota parin kolmen vuoden päästä tarvittaessa korjataan”, hän sanoo.

Valinnanvapaus-termistä on Otto Toivasen mielestä tullut synonyymi markkinatalouden hyödyntämiselle sote-palveluissa.



Päivi Nergin mielestä on löydettävä tapa tuottaa sote-palvelut tehokkaasti yhdessä, jotta rahaa voidaan irrottaa syrjäytymisen ennaltaehkäisyyn.



### Nergillä on selkeä missio

Nergiltä ei ainakaan rohkeutta puutu. Aiemmassa työssään sisäministeriön kansliapäällikkönä hän johti tilanteessa, jossa maahan saapui yllättäen yli 30 000 turvapaikanhakijaa. Nerg ei pelännyt kommentoita myös tv-studiossa.

Sosiaali- ja terveydenhuollon uudistusta on yritetty saada maaliin viimeiset 13 vuotta, joten nykyisen pestin haastavuus ei tullut hänelle yllätyksenä. Nergillä oli virkaa haikiessaan selkeä missio. Kun sote-palvelut järjestetään uudelleen, voidaan varoja ohjata syrjäytymisen ja eriarvoistumisen ennaltaehkäisyyn.

”Esimerkiksi sisäministeriön kentällä kaikki voimavarat menivät siihen, että raja, poliisi ja pelastuslaitos hoitivat eriarvoistumisen seurauksena syntyneet akuutit tilanteet. Muuhun ei ollut voimaa eikä rahaa. Meidän on löydettävä tapa, jolla sote-palvelut tuotetaan tehokkaasti yhdessä ja rahaa voidaan irrottaa syrjäytymisen ennaltaehkäisyyn”, Nerg toivoo.

### Isän kuolema ajoi suorittamaan

Nerg otti vastuuta omasta arjestaan jo 15-vuotiaana, kun hän lähti uusien kokemusten perässä kesätyöhön lapsenvahdiksi Sveitsiin. Suunnitelmat muuttuivat yllättäen, kun Nergin isä kuoli. Päivin oli palattava kotiin auttamaan äitiä ja sisarusmuutossa. Pankinjohtaja-isä oli ollut juuri jäämässä eläkkeelle ja uusi koti oli ostettu.

Nuoruuden kokemukset kasvattivat rohkeutta mutta myös tekivät nuoresta naisesta suorittajan. Pärjäämällä hän torjui surua ja

kaipausta, jotka purkautuivat vasta paljon myöhemmin.

”Oireilin sairastamalla, eikä kukaan nähnyt, minkälainen möhkäle sisälläni oli”, hän muistelee nyt.

Nerg valmistui nopeassa tahdissa Helsingin yliopiston maatalous- ja metsätieteellisestä tiedekunnasta. Sinne hän pyrki, koska hän halusi itselleen konkreettisen ammatin elintarviketeollisuudessa. Ensimmäinen työpaikka oli laboratoriapäällikkönä Lihapolar Oy:ssä, joka oli nykyisen Atrian edeltäjä.

Nerg on työskennellyt sen jälkeen johtotehtävissä Kuopion ja Itä-Suomen yliopistoissa ja vuodesta 2009 lähtien johtavissa viroissa valtionhallinnossa.

”Käytännön ja teorian yhdistäminen on seurannut minua läpi elämän kaikissa työtehtävissä”, hän kertoo.

Nerg on kasvanut vaikeista paikoista johtamaan nykyisessä työssään maakuntautuudistuksen valmistelua yhdessä eduskunnan ja ministeriöiden kanssa. Hän koordinoi muun muassa valinnanvapauskokeiluista saatavaa tietoa.

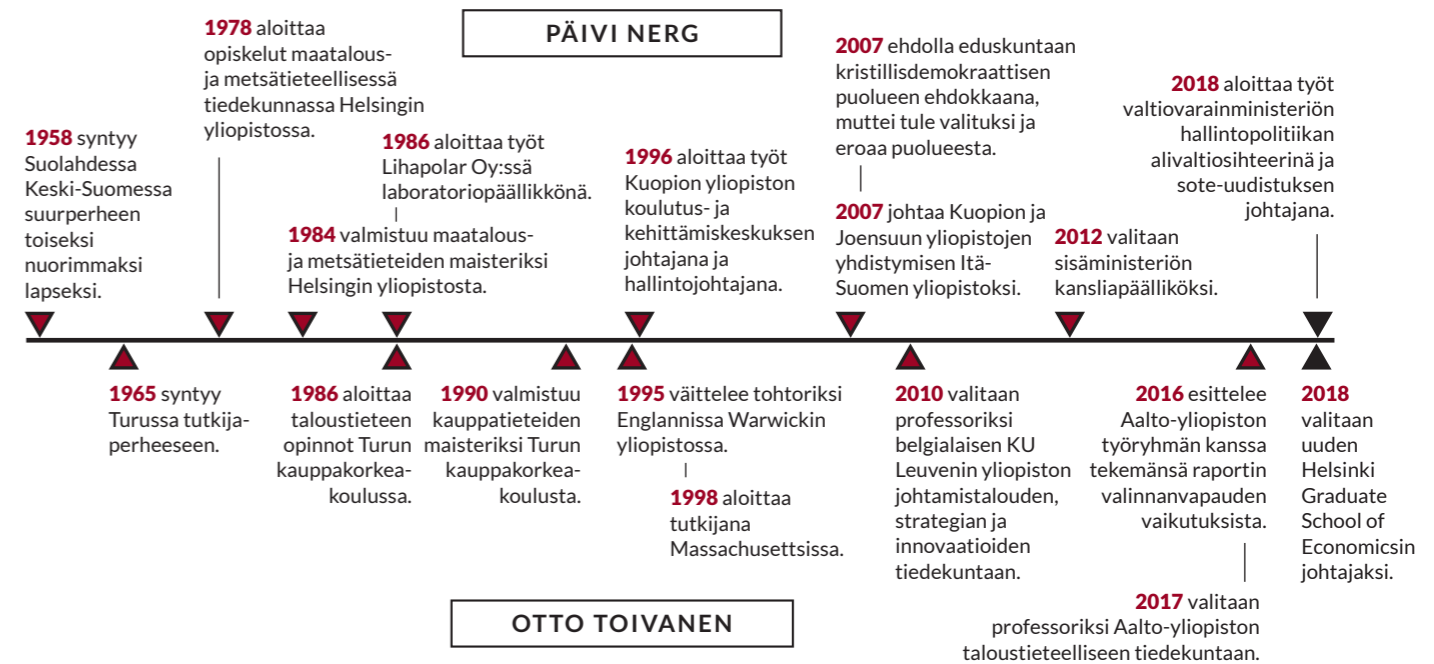
### Valinnanvapauden ekonomian asiantuntija

Tutkijaperheessä kasvaneesta Toivasesta ei koskaan pitänyt tulla tutkijaa.

”Ajattelin, että minun pitää päätyä rehellisiin töihin. Pyristelin pitkään tutkijan uraa vastaan mutta epäonnistuin”, hän kertoo.

Yliopistomaailma kuitenkin houkutteli Ottoa. Hän opiskeli maisteriksi neljästä vuodesta Turun kauppakorkeakoulusta

Reformin voi tehdä niin, että luodaan pohja, jota parin kolmen vuoden päästä tarvittaessa korjataan.







Minua huolettaa, ettei kukaan vaikuta ymmärtävän analyysin merkitystä.

ja viiden vuoden kuluttua valmistumisesta väitteli tohtoriksi vakuutusmarkkinoista englantilaisessa Warwickin yliopistossa.

Tutkimuksissaan Toivanen keskittyy kilpailuun, innovaatioihin ja sääntelyyn. Talousasiantuntija, professori **Sixten Korkman** on kutsunut häntä nousevaksi tähdeksi.

Ammatillisena käänekohtanaan Toivanen pitää yhdysvaltalaisessa Massachusetts Institute of Technologyssa (MIT) vietämiään vuosia.

”Vaikka olin silloin jo väitellyt, suomut tippuivat silmiltä. Tajusin, miten valtavaa paneutumista tarvitaan, jos haluaa tehdä todella hyvää tutkimusta”, hän kuvailee.

Tinkimättömyydestä oli hyötyä myös sote-uudistuksen vaikutusten analysoinnissa. Kaksi vuotta sitten Toivanen kirjoitti kollegoineen sosiaali- ja terveysministeriön tilauksesta raportin siitä, miten sote-uudistusta pitäisi taloustieteen näkökulmasta lähestyä. Sen jälkeen hän on ollut eduskunnassa asiantuntijana, viimeksi kesällä 2018.

Vaikka sote-lakeja on raportin jälkeen viilattu moneen otteeseen, tutkijoiden perusviesti on yhä sama. Ei tiedetä tarpeeksi siitä, mitä tapahtuu, jos kansalaiset

saavat valita vapaasti terveyspalvelujensa tuottajan.

”Tätä asiaa ei ole päätöksenteossa analysoitu. Vain analyysin avulla voidaan arvioida, onko suunnitellulla järjestelmällä mahdollisuuksia toimia. Minua huolettaa, ettei kukaan vaikuta ymmärtävän analyysin merkitystä”, Toivanen sanoo.

#### Valinnanvapaus vai markkinatalous?

Nergin vastaus epävarmuuksiin ovat valinnanvapauspilotit. Ne käynnistyvät maakunnissa heti sote-lakien hyväksymisen jälkeen.

”Pilottien avulla pystytään hallitsemaan palveluja niin, ettei tule hallitsematonta julkisen tai yksityisen sektorin monopolia tai julkisen sektorin rapautumista”, Nerg sanoo.

Toivanen haluaisi luopua valinnanvapaus-termistä. Siitä on hänen mielestään turhaan tullut synonyymi markkinatalouden hyödyntämiselle sote-palveluissa.

Markkinoita voisi hänen mukaansa hyödyntää muutoinkin – esimerkiksi niin, että maakunta kilpailuttaisi kaikki terveyspalvelunsa ja ostaisi ne pakettina yhdeltä firmalta.

”Markkinoita voi käyttää hyväksi tavalla, joka tuo mukanaan valinnanvapautta, tai tavalla, joka jopa kaventaa valinnanvapautta nykytilanteesta”, hän sanoo.

#### Toimiiko kilpailu peräkyllällä?

Toivanen on huolissaan myös suurten kaupunkien ulkopuolella olevista alueista. Tuleeko Suomen lukuisiin alle 3 000 asukkaan taajamiin yksi vai viisi sote-keskusta?

Nykyisen mallin mukaan sote-keskuksille maksettaisiin kustakin asiakkaasta kapitaatiomaksu.

”Kapitaatiopohjainen malli edellyttää, että jokaisella asiakkaalla on aito mahdollisuus kilpailuttaa palvelut. Jos näin ei ole, on vaarana, ettei malli lisää palveluja laatua”, Toivanen sanoo.

Huolena on myös, että terveysfirmat tulisivat siirtämään paljon hoitoa vaativia asiakkaita maakuntien liikelaitoksille. Asiakkaalle tehtävän palvelusuunnitelman perusteella yritys voi arvioida, tuleeko asiakkaasta kapitaatiokorvauksen jälkeen voittoa vai tappiota.

”Jos yrityksen algoritmit ovat kohdallaan, vartin vastaanottoajan jälkeen hoitajan ruudulla lukee, onko potilas tuottava vai sellainen, josta kannattaa hankkiutua eroon”, Toivanen kuvailee.

Sosiaalipuolen palveluja yksittäinen sote-keskus suunnittelee yhdessä maakunnan

palvelukeskuksen kanssa. Toivasen mukaan on riskinä, että yksityisen yrityksen kannattaa ehdottaa sosiaalipalveluja tarvitsevalle asiakkaalle siirtymistä maakunnan liikelaitoksen asiakkaaksi.

”Pitäisi olla inhorealistinen sen suhteen, millainen on yksityisen sektorin kannustin siirtää kustannuksia ja toisaalta julkisen sektorin mahdollisuus estää kustannusten siirtoja”, Toivanen sanoo.

Hän on huolissaan myös siitä, osaavatko ja jaksavatko kansalaiset kilpailuttaa terveyspalvelujaan. Tavallisen ihmisen on mahdoton arvioida lääkäreiden ja hoitajien ammattitaitoa tai edes sitä, onko heidän antamansa hoito laadukasta.

Yhdysvaltalaisessa tutkimuksessa valtaosa terveysvakuutuksen ottaneista ei osannut valita itselleen parasta vakuutus- ta, vaikka heille oli tarjolla tietoa vakuutusten sisällöistä ja hinnoista. Miten asiakkaat sitten osaisivat vertailla terveyspalveluja?

”Uskon, että sijainti tulee olemaan sote-keskuksen valinnassa yksi tärkeimmistä valintaperusteista. Muissa, ehkä tärkeämissä asioissa tavalliset ihmiset eivät osaa nähdä eroja”, hän sanoo.

#### Kapitaatiokorvaus lähelle nolaa?

Sote-uudistuksen syksyn aikataulu on äärimmäisen tiukka. Sosiaali- ja terveysvaliokunnan pitää saada mietinnöt hyväksytyä syyskuun aikana, jotta lait saadaan vielä kerran perustuslakivaliokuntaan ja sieltä sote-valiokunnan kautta eduskunnan päätettäväksi.

Lakien hyväksyminen suuressa salissa on yhä epävarmaa, sillä hallituksen enemmistö on niukka. Muutama hallituspuolueen kansanedustaja on kertonut äänestävänsä hallituksen kantaa vastaan.

Merkittäviä muutoksia sote-lakeihin ei siis enää ehdi tehdä. Yhtä pientä valinnanvapauslain kohtaa muuttamalla voitaisiin Toivasen mukaan mahdollistaa siirtyminen kapitaatiomalliin vaiheittain. Hän ehdottaa, että palveluntuottajille maksettavan kapitaatiokorvauksen osuus kustannuksista määriteltäisiin minimissään nyt suunnitellun 60 %:n sijaan lähelle nolaa.

”Se sallisi kapitaatiopohjaisen järjestelmän maakunnissa, jotka haluavat ottaa sen käyttöön, muttei pakottaisi maakuntia siihen”, Toivanen sanoo.

#### ”Nyt pitää nähdä kokonaisuuksia”

Jos eduskunta hyväksyy sote-lait, niiden täytäntöönpano jää seuraavalle hallitukselle.

”Uusi hallitus haluaa varmasti tehdä lakeihin pientä hienosäätöä. Toivoisin että se tehtäisiin katsomalla, missä on ongelmia, ja muuttamalla lakeja vasta sitten”, Nerg sanoo.

Jos sote-lait kaatuvat, uudistuksessa palataan jälleen kerran lähtöruutuun. Samalla loppuu valmistelun rahoitus.

Nergin pesti on viisivuotinen. Jos sote-uudistus kaatuisi, hänelle lankeaisi ristiriitainen tehtävä.

”Silloin pitäisi löytää jostain ihmiset tekemään uutta uudistusta ja toisella kädellä irtisanoa vanhan uudistuksen tekijöitä. En tiedä, millainen fakiiri siinä pitäisi olla”, hän miettii.

Vaikka Nerg osasi odottaa haasteita, uudistuksen poliittisuus yllätti hänet.

”Tiedän, millä intohimolla kansanedustajat ovat lähteneet eduskuntaan töihin ja millainen palo heillä on kehittää Suomea. Minua on hämmentänyt se, että poliitikot eivät jaksakaan nähdä isoja kokonaisuuksia tai katsoa puolueen agendan yli uudistuksessa, joka on Suomen kannalta käänteentekevä”, Nerg sanoo.¶





## Eksyykö omaishoitaja etuus- ja palveluviidakkoon?

Omaishoitoon liittyy useita Kelan etuuksia. Peräti neljä viidestä omaishoidettavasta saa omaishoidon tukien lisäksi myös Kelan vammaisetuksia.

**OMAI- JA PERHEHOIDON KEHITTÄMISEEN** on tällä hallituskaudella myönnetty lisärahoitusta. Omaishoidolle on myös perustettu oma kärkihanke.

Kärkihankkeen puitteissa kehitetään iäkkäiden sekä omais- ja perhehoitajien palveluja nykyistä yhdenvertaisemmiksi ja hallitummiksi. Apulaisprofessori **Laura Kalliomaa-Puha** Tampereen yliopistosta kartoittaa perhe- ja peruspalveluministeri **Annika Saarikon** asettamana selvityshenkilönä parempia keinoja työelämän ja omaishoidon yhteensovittamiseen.

Kela toteutti vuonna 2014 kyselytutkimuksen omaishoitajana toimineille henkilöille. Omaishoitoon liittyy useita Kelan etuuksia. Tutkimuksessa todettiin muun muassa, että neljä viidestä omaishoidossa olevasta eli valtaosa sai Kelan vammaisetuksia. Vammaisetuksien käyttö oli yleisempää kuin esimerkiksi lääkekorvausten.

### Sama palvelumalli ei sovi kaikille

Omaishoidon ja vammaisetuksien päällekkäisyys on ymmärrettävä, sillä molempien taustalla on pitempi-

aikainen avun tarve. Vammaisetuus korvaa vammasta tai sairaudesta hoidettavalle aiheutuvaa haittaa ja kuluja. Omaishoidon tuki on puolestaan palkkio läheisen tekemästä hoitotyöstä. Tutkimuksessa on todettu, että kunnissa on saatettu joskus jopa vaatia vammaisetuuden saamista ehtona omaishoitoon pääsemiselle, mikä sekin kertonee etuuksien lähekkäisyydestä.

Omaishoidossa olevat käyttävät paljon myös yhteiskunnan palveluja. Alaikäiset omaishoidossa olevat käyttivät tutkimuksen mukaan etenkin fyysioterapiaa ja muita terapiapalveluja, apuvälinepalveluja, henkilökohtaisen avustajan apua sekä kuljetuspalveluja. Vanhemmassa ikäryhmässä taas esimerkiksi kotisairaanhoido oli yleistä.

Palveluja ei aina saa oikeanlaisina, riittävästi tai oikeaan aikaan. Palveluissa pitäisikin huomioida yksilöllisyys: sama malli ei sovi kaikille. Eräs omaishoitaja kommentoi: *”Mielestäni palveluita pitäisi enempi pystyä räätälöimään yksilöllisesti ja kunkin omien tarpeiden mukaan.”*

### Vuosittaisen byrokratian määrä rasittaa

Omaishoitoperheen etuus- ja palveluviidakko voi olla laaja. Moni kyselyyn vastannut omaishoitaja kertoi hoitotyön lisäksi tulevasta ja jopa vuosittain toistuvasta byrokratiasta, jota vaaditaan etuuksien ja palvelujen saamiseksi.

Kyselytutkimukseen vastanneet omaishoitajat kommentoivat seuraavasti: *”Palvelut ja tuki sekä hoito- että taloudellinen ovat monesta paikasta haettavia. Koko vuosi on erilaisten hakemusten ja selvitysten ja hoidon hakemista. Olisipa yksi paikka ja pari ihmistä jotka pysyvät.”*

Parasta olisi, jos samalla käynnillä hoituisivat niin Kela-asiat kuin kuntien palvelutkin.

*”Kun mieheni sairastui, kaikesta vaikeinta oli saada apua ja selkoa Kela- ja muiden asioiden hoitamisessa. Lomakkeita on ollut kymmeniä, vaikeita ymmärtää, olisi halunnut jonkun elävän konkreettisen ihmisen auttamaan ja neuvomaan, miten pitää toimia sekä lomakkeiden täyttämässä.”*

*”Monet omaishoitajat ovat melkein shokissa, kun läheinen on saanut esim. Alzheimer-diagnoosin. Jonkun pitäisi auttaa ja helpottaa esim. hoitotuen hakemuksen täytössä ja hakemisessa.”*

Kelassa on kehitetty vuoden 2014 eli kyselytutkimuksen toteuttamisen jälkeen muun muassa henkilökohtaisia neuvontapalveluja. Moni asia voisi nykyään hoitua paremmin. Vielä parempaa olisi, jos samalla käynnillä hoituisivat niin Kela-asiat kuin kuntien palvelutkin.

Samankaltaisia asioita nostettiin esille pääministeri **Juha Sipilän** asettaman, eriarvoisuutta käsitelleen työryhmän loppuraportissa. Sen mukaan *”vammais- ja hoitotukien saajien etuudet ja palvelut tulevat usealta taholta ilman kokonaisnäkemystä. Niiden yhdistäminen moniammatilliseen yhteistyöhön perustuvalla suunnitelmalla kohdentaisi etuudet ja palvelut nykyistä paremmin”*.

Raportissa esitetään vammaisten henkilöiden palveluille koordinoitua. Se tarkoittaisi, että laaja-alaista tukea ja palvelua tarvitseville henkilöille tehtäisiin moniammatilliseen yhteistyöhön perustuva ja asiakkaan palveluita ja etuuksia selkeyttävä suunnitelma.

Sote-uudistuksesta käydyssä julkisessa keskustelussa sosiaalipalvelujen rooli on jäänyt pieneksi. Olisiko seuraava keskustelunaihe byrokratian helpottaminen? ¶

## Ehdotuksia omaishoidon kehittämiseksi

- Kelan ja kuntien omaishoidon palvelujen koordinointi.
- Henkilökohtaisen neuvontapalvelun lisääminen sitä tarvitseville.
- Vammais- ja muiden tukien myöntäminen tarvittaessa yhdessä.
- Moniammatillinen yhteistyö omaishoidon tukemiseksi.
- Kokonaisnäkemysten lisääminen omaishoidon etuuksien myöntämisessä ja palvelusuunnittelussa.
- Byrokratian helpottaminen omaishoidon tukia myönnettäessä.
- Alueellisten omaishoidon osaamiskeskusten perustaminen.

Lähteet: Sosiaali- ja terveysministeriö sekä valtioneuvoston Eriarvoisuutta käsittelevän työryhmän loppuraportti



**Päivi Tillman**  
tutkija  
Kela

Artikkelin lähdeviitteet ovat luettavissa verkossa. [sosiaalivakuutus.fi](https://sosiaalivakuutus.fi)

# Nuoret pääsevät vammaistuelle aiempaa helpommin

Tukea on myönnetty vuoden 2015 lakimuutoksen jälkeen nuorille erityisesti mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöiden perusteella.

**LAKI VAMMAISETUUKSISTA** muuttui 1.6.2015. Muutoksella haluttiin yhdenmukaistaa tapaa, jolla erityiskustannuksia eri vammaisuuksissa huomioidaan. Uudistettu laki painottaa hakijan tuen tarvetta enemmän kuin vammasta tai sairaudesta aiheutuvia erityiskustannuksia.

Vammaistuen maksaminen 16 vuotta täyttäneelle ei lakimuutoksen jälkeen enää edellytä, että hakijalla on jatkuvia erityiskustannuksia. Tuen saamiseksi riittää toimintakyvyn heikentyminen ja sairaudesta tai vammasta aiheutuva olennainen haitta.

Lakimuutoksen arvioitiin helpottavan mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöistä kärsivien nuorten pääsyä vammaistuen piiriin. Muutoksen oletettiin myös tukevan nuorten opiskelua, työllistymistä ja työssäkäyntiä.

## Nuorten määrä yli kymmenkertainen

Perusvammaistukea saavien 16 vuotta täyttäneiden lukumäärä kasvoi huomattavasti lakimuutoksen jälkeen. Korotettua ja ylintä tukea saavien lukumäärät ovat lakimuutoksen jälkeen hieman laskeneet.

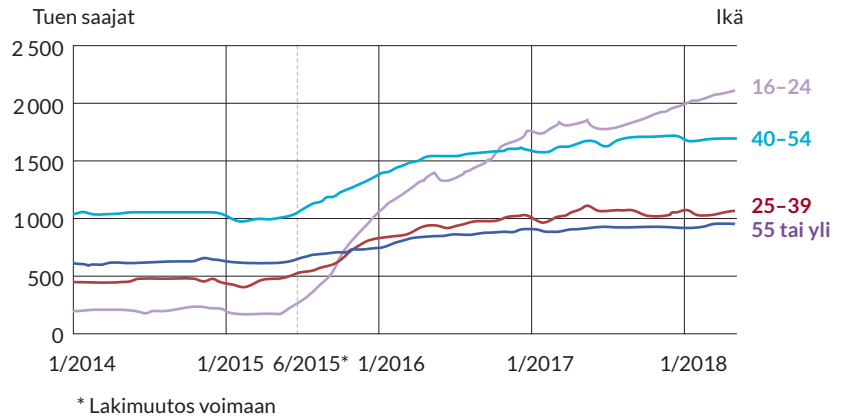
Vuoden 2014 alussa 16 vuotta täyttäneen perusvammaistukea sai 2 237 henkilöä, korotettua tukea 4 738 henkilöä ja ylintä tukea 2 461 henkilöä. Vuoden 2018 alun vastaavat lukumäärät olivat 5 534, 4 423 ja 2 333.

Kasvu perusvammaistuen saajamäärissä on tapahtunut kaikissa ikäryhmissä, mutta 16–24-vuotiaiden perusvammaistukea saavien ikäryhmässä kasvu on ollut lakimuutoksen jälkeen suurinta. Vuoden 2014 alussa tukea sai 162 nuorta ja vuoden 2016 alussa 1 066 nuorta. Vuoden 2018 alussa nuorten saajien lukumäärä oli jo 2 069.

Lakimuutos on kasvattanut 16–24-vuotiaiden nuorten joukossa erityisesti mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöiden perusteella perusvammaistukea saavien määrää (F-ryhmä). Saajamäärien lisääntyminen näkyy hieman myös hermoston sairauksien (G-ryhmä), synnynnäisten epämuo-

## YHÄ USEAMPI 16–24-VUOTIAS SAA PERUSVAMMAISTUKEA

Perustuen saajat iän mukaan 1/2014–4/2018



16–24-vuotiaiden nuorten joukossa lakimuutos on kasvattanut erityisesti mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöiden perusteella perusvammaistukea saavien määrää.

dostumien ja kromosomipoikkeavuuksien (Q-ryhmä) ja muiden sairausdiagnosien (ryhmä Muut) perusteella myönnettyissä perusvammaistuuksissa.

Perusvammaistukea saavien määrä on lisääntynyt erityisesti psyykkisen kehityksen häiriöiden (F80–89), lapsuus- tai nuoruusiässä alkavien käytös- ja tunnehäiriöiden (F90–98) sekä älyllisen kehitysvammaisuuden (F70–79) ryhmissä.

Yhä useampi osatyökykyinen nuori on päässyt vammaistuen piiriin ja opiskelemaan Kelan tukemana. Työkyvyttömyyseläkettä saavien nuorten osuus työkyvyttömyysetuuksista saavista on kuitenkin kasvanut. Muun muassa aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriöt (ADHD) työkyvyttömyyseläkkeen perusteena ovat nuorilla yleistyneet.

Mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöiden yleisyys näkyy myös lasten vammaistuuksissa. Yhä useampi lapsi saa Kelan tilastokatsauksen mukaan alle 16-vuotiaan vammaistukea psyykkisen kehityksen häiriön perusteella.¶

*Alkuperäinen artikkeli on julkaistu Kelan tutkimusblogissa: tutkimusblogi.kela.fi.*



**Karoliina Koskenvuo**  
tutkimustiimin päällikkö  
Kela



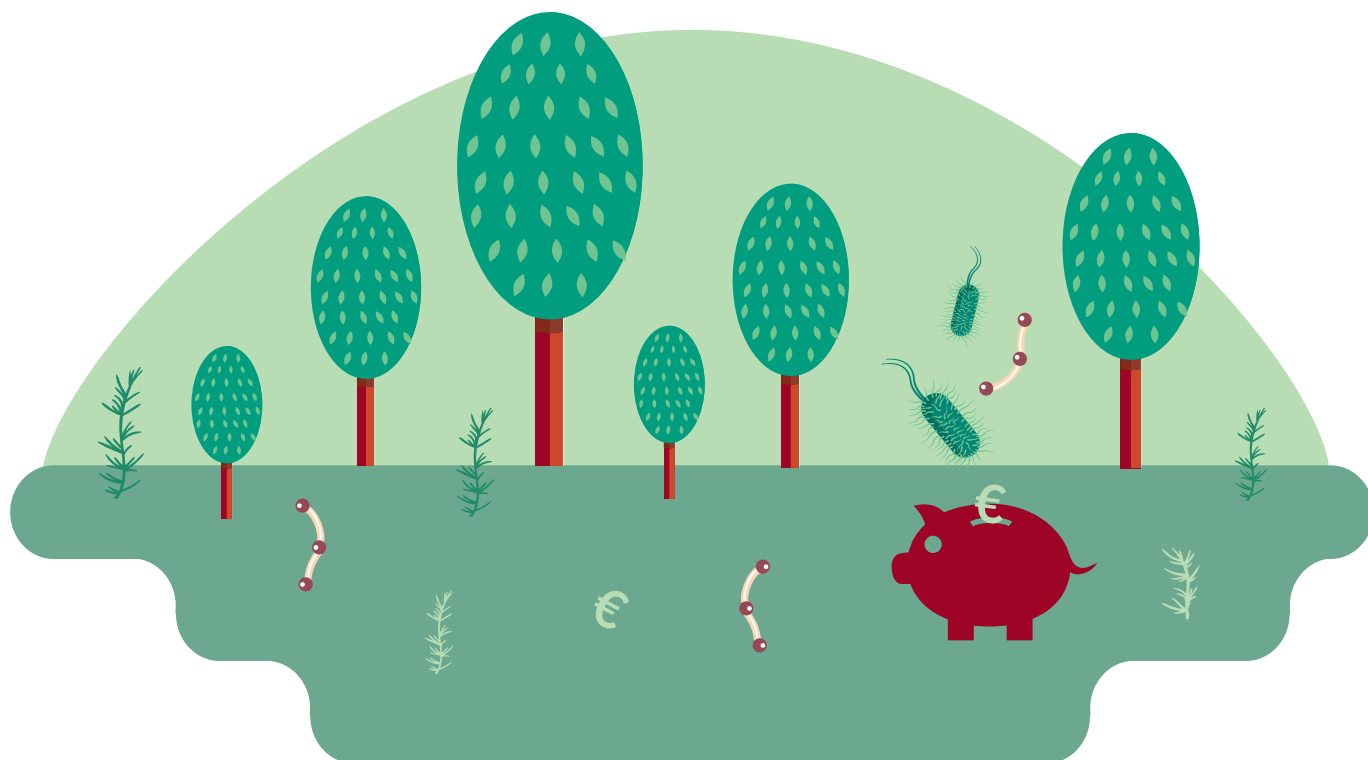
**Maria Valaste**  
erikoistutkija  
Kela



**Tapio Räsänen**  
tutkija  
Kela



**Marjo Pyy-Martikainen**  
matemaatikko  
Kela



# Biosimilaareista odotetaan säästöjä lääkekustannuksiin

Uusista lääkehoidoista merkittävä osa on biologisia lääkkeitä. Niiden kehittäminen on parantanut muun muassa syöpien ja nivelreuman hoitoa, mutta ongelmana on lääkkeiden kallis hinta. Biologisten lääkkeiden kopiot eli biosimilaarit voivat helpottaa kustannuspaineita.

**UUDET BIOLOGISET LÄÄKKEET** ovat kalliita verrattuna tavanomaisiin lääkkeisiin. Biologisten lääkkeiden käyttöönotto on jo osaltaan nostanut lääkekorvausmenoja. Vuonna 2017 lääkekorvauksia maksettiin kaikkiaan 1,4 mrd. euroa. Kuusi kymmenestä viime vuonna eniten korvausmenoja tuottaneesta lääkeaineesta oli biologisia.

Kun biologisen lääkevalmisteen patenttisuoja umpeutuu, voidaan markkinoille tuoda niin sanottuja biosimilaareja. Ne sisältävät

samaa lääkeainetta kuin alkuperäisvalmiste mutta aineen eri versiota.

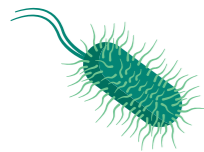
Biosimilaarin myyntilupaa haettaessa voidaan osin hyödyntää alkuperäisvalmisteen tehosta ja turvallisuudesta kertynyttä tietoa. Tästä syystä biosimilaarin kehittäminen tulee halvemmaksi, minkä oletetaan heijastuvan hintoihin. Toiveena on, että biosimilaarien tuleminen markkinoille lisäisi myös hintakilpailua ja hillitsisi lääkekustannusten kasvua.

Euroopassa on saanut myyntiluvan vajaa 50 biosimilaaria.

### Biosimilaarin hinta enintään 70 % alkuperäisvalmisteesta

Nivelreuman hoitoon tarkoitetuista biologisista lääkeaineista, adalimumabista ja etanerseptista, sekä diabeteksen hoitoon kehitetystä glargininsuliinista on jo olemassa biosimilaarivalmisteita. Glargininsuliinia sisältävä biosimilaari tuli Suomessa kauppaan syksyllä 2015 ja sai korvattavuuden alkuvuodesta 2016. Etanerseptia sisältävä biosimilaari tuli Suomen markkinoille ja korvausjärjestelmään vuoden 2018 tammikuussa.

Adalimumabia sisältävistä biosimilaareista ensimmäiset ovat saaneet eurooppa-



#### LÄÄKEAINEET JA YHDISTELMÄVALMISTEET, JOISTA MAKSETTIIN ENITEN LÄÄKEKORVAUKSIA VUONNA 2017

Lääkeaine	Pääkäyttöaihe	Korvauksia saaneita	Maksetut korvaukset, milj.euroa
<b>Adalimumabi</b>	nivelreuma	4 815	50,5
<b>Glargininsuliini</b>	diabetes	76 486	40,5
<b>Etanersepti</b>	nivelreuma	3 739	32,3
<b>Hyytymistekijä VIII</b>	hemofilia	183	27,3
Lenalidomidi	multippeli myelooma	746	24,2
<b>Detemirinsuliini</b>	diabetes	37 967	23,2
<b>Golimumabi</b>	nivelreuma	2 091	20,2
Sitagliptiini	diabetes	60 858	18,7
Salmeteroli ja flutikasoni	astma	74 422	18,6
Pregabaliini	epilepsia, neuroopaattinen kipu	66 503	15,6

laisen myyntiluvan noin 1,5 vuotta sitten. Niiden tuloa Suomen markkinoille odotetaan vielä.

Euroopassa on saanut myyntiluvan vajaa 50 biosimilaaria. Suomeen on niistä tuotu toistaiseksi 14.

Biosimilaarien käyttöönottoa on Suomessa pyritty edistämään sekä viestinnällä että lainsäädännöllä. Korvattavilta lääkkeitä edellytetään, että sosiaali- ja terveysministeriön yhteydessä toimiva lääkkeiden hintalautakunta on hyväksynyt niille kohtuullisen tukkuhinnan.

Korvausjärjestelmään tulevan biosimilaarin hinta on vuoden 2017 alusta saanut olla enintään 70 % alkuperäisvalmisteen hinnasta. Kun korvattava biosimilaari on tullut kauppaan, lääkkeiden hintalautakunta on tarkastellut uudelleen myös alkuperäisvalmisteen hintaa.

Biologisia valmisteita ei voi Suomessa, kuten ei useimmissa muissakaan Euroopan maissa, vaihtaa apteekissa edullisempaan vaihtoehtoon. Jotta asiakkaalle voidaan apteekissa toimittaa biosimilaaria, on lääkärin määrättävä biosimilaarivalmistetta.

Lääkehoidon turvallisuus- ja kehittämiskeskus Fimea on pyrkinyt lisäämään etenkin lääkäreiden ymmärrystä biosimilaarien ja alkuperäisvalmisteiden yhtäläisestä laadusta, tehosta ja turvallisuudesta. Lääkäreiden lääkkeenmääräämiskäytäntöä ohjaavassa asetuksessa edellytetään lisäksi, että lääkkeen määräjän tulee ensisijaisesti valita vaihtoehtoisista valmisteista hinnaltaan edullisin, jos biologiselle lääkkeelle on saatavilla biosimilaari.

#### Hintasäätely yleistyy Euroopassa

Joukko eurooppalaisia tutkijoita julkaisi viime vuonna tiedelehdessä katsauksen biosimilaarien hinnoittelun ja määräämisen säätelystä ja käytännöistä Euroopan eri maissa. Hintasäätely on katsauksen mukaan Euroopassa yleistä.

Itävallassa ensimmäisen biosimilaarin on oltava hinnaltaan 38 % edullisempi kuin alkuperäisvalmisteen. Seuraavan biosimilaarin on oltava 15 % edullisempi kuin ensimmäisen ja kolmannen 10 % edullisempi kuin toisen biosimilaarin. Ranskassa bio-

similaarin hinta neuvotellaan tyypillisesti 10–20 % edullisemmaksi kuin alkuperäisvalmisteen hinta. Osa muista maista määrittää biosimilaarien hinnan käyttämällä kriteerinä valmisteen hintaa muissa Euroopan maissa.

Asiantuntijat muistuttavat, että biosimilaarien hinnoittelupolitiikan tulisi olla kestävää ja edistää hintakilpailua. Toteutuksesta on erilaisia mielipiteitä. Osa on sitä mieltä, että biosimilaarien ja alkuperäisvalmisteiden hintaeron tulisi olla niin suuri, että biosimilaarien valinta olisi taloudellisesti houkuttelevaa. Osa taas esittää, että myös alkuperäisvalmisteen hinta tulisi alentaa biosimilaarien hinnan tasolle.

Katsauksen kirjoittajat pitävät viestintää biosimilaarien käytön edistämisen ensisijaisena keinona. Yksityiskohtaista ja luotettavaa tietoa tulisi tarjota sekä lääkäreille että potilaille. Edullisemmän valmisteen valintaa tulisi myös tukea niin sähköisin järjestelmin kuin taloudellisin kannustein.

## Suomessa biosimilaarit ovat tulleet toistaiseksi hitaasti markkinoille.

#### Toteutuvatko säästöt Suomessa?

Suomessa biosimilaarit ovat tulleet toistaiseksi hitaasti markkinoille. Biosimilaareja määrätään meillä avohoidossa vielä vähän.

Pelkona on, että biosimilaareja valmistavat yritykset eivät pidä Suomea houkuttelevana markkinana eivätkä tuo valmisteitaan tänne. Biosimilaarien tuomat säästöt jäisivät siis Suomessa osin saamatta.

Hinnoittelusäännösten ja viestinnän lisäksi tarvittaneen uusi keinoja. Yksi niistä voisi olla nykyistä voimakkaampi lääkemääräyskäytännön ohjaus, kannustimilla tai ilman. ¶



Jaana Martikainen  
tutkimuspäällikkö, FaT  
Kelan tutkimus

## Biologinen lääke ja biosimilaari

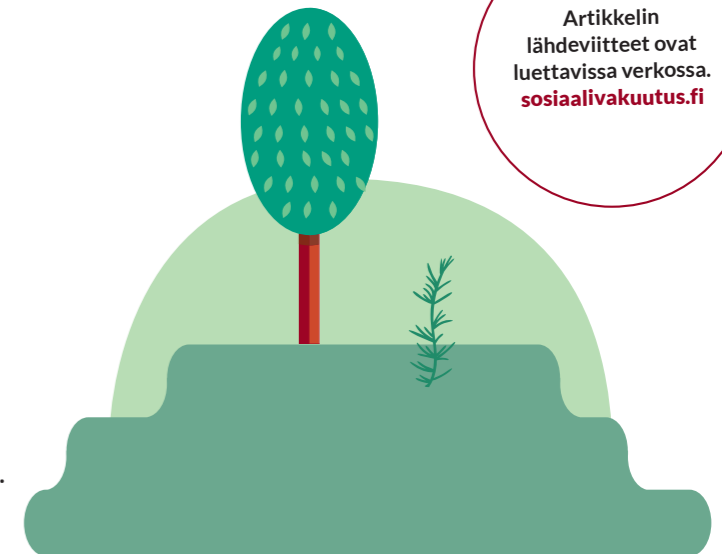
Biologinen lääke on valmiste, jonka vaikuttava aine on elävien solujen tuottamaa.

Vaikuttava aine on tyypillisesti valkuaisainetta ja sitä tuotetaan geeniteknologian avulla esimerkiksi bakteereissa, hiivoissa tai hyönteisten soluissa. Biologisiin lääkkeisiin luetaan muun muassa rokotteet, verivalmisteet (kuten hyytymistekijät), allergeenit, polysakkaridit (esimerkiksi hepariini) ja yhdistelmä-DNA-tekniikalla tuotetut valmisteet, kuten insuliinit ja vasta-aineet.

Biosimilaari on biologinen lääke, joka on kehitetty samankaltaiseksi ja vertailukelpoiseksi alkuperäislääkkeenä tunnetun biologisen viitevalmisteen kanssa. Biosimilaarilääke sisältää samaa vaikuttavaa ainetta kuin alkuperäislääke, mutta sen eri versiota.

Lähde: Fimea

Artikkelin lähdeviitteet ovat luettavissa verkossa. [sosiaalivakuutus.fi](http://sosiaalivakuutus.fi)





# Tavoitteena jopa julkista parempi palvelu

Jos sote-uudistus toteutuu, maakuntien asukkaat voivat halutessaan valita yksityisen sote-keskuksen. Mehiläisen Lasse Männistö vakuuttaa, että palvelujen laatu voidaan taata myös yksityisessä terveyspalvelussa, jos maakunnan maksama korvaus palvelusta on kohdallaan. Helppoa se ei hänen mukaansa silti tule olemaan.

Teksti Sanna Sevänen Kuvat Vilja Harala

**SOTE-UUDISTUKSEN JÄLKEEN** jokaisen maakunnan on annettava asukkaalleen palvelulupaus. Siinä kuvaillaan maakunnan järjestämisvastuun piirissä olevat sosiaali- ja terveyspalvelut. Lupaus velvoittaa jokaista maakunnan palveluntuottajaa, myös yksityisiä yrityksiä.

Terveisyhtiö Mehiläisen liiketoimintajohtaja Lasse Männistö uskoo, että Mehiläinen pystyy täyttämään palvelulupaukset.

”Meillä on kaikkien erikoisalojen lääkäreitä eri puolilla Suomea. Palvelujen tuottaminen onnistuu varmasti, jos yksityisiä palveluntuottajia kohdellaan aidosti samalla tavalla kuin julkisia toimijoita”, hän sanoo.

Mehiläinen on pysynyt yli vuoden otsikoissa poikkeuksellisen ulkoistuksen johdosta. Länsi-Pohjan sairaanhoitopiiri ja

Meri-Lapin kolme kuntaa – Kemi, Tornio ja Keminmaa – ulkoistivat yhtiölle terveydenhuoltonsa 15 vuodeksi.

Länsi-Pohjan ulkoistuksen lisäksi Mehiläisellä on hoidossaan 15 julkista terveysasemaa. Kaksi uusinta aloittivat toimintansa Tampereella elokuun 2018 alussa. Mehiläinen vastaa Männistön mukaan 250 000 suomalaisen perusterveydenhuollosta.

”Asiakkaalle lupaamme sen, mikä julkiselta puolelta puuttuu eli palvelujen hyvän saatavuuden. Monella alueella jonot ovat pitkiä. Meidän lupaus on ollut, että hoitoon pääsee nopeasti.”

Männistö ei näe ristiriitaa liiketoiminnan ja terveyspalvelun välillä.

”Usein ajatellaan, että yrityksen saamata on pois laadusta. Se ei pidä paikkaansa.

← ANNA KONTULA: ”Nykytilanteessa yksityisten terveysyritysten kannattaakin pyrkiä kilpailemaan sillä, miten nopeasti lääkäriin pääsee. Yksityisellä yrityksellä raha tulee siitä, että ihmisiä tulee sisään.”

Yksityinen terveystyryitys oikeuttaa olemassaolonsa, kun se tuottaa laadukkaita palveluja kustannus-  
tehokkaasti ja niin, että asiakkaat ovat tyytyväisiä.

Liiketoiminta ja laatu kulkevat käsi kädessä. Innostunut ja sitoutunut henkilökunta ajattelee aina asiakkaan parasta, ja siten syntyvät parhaat tulokset sekä laadullisesti että liiketoiminnallisesti”, hän perustelee.

Männistö arvioi Mehiläisen terveystyryitykset julkisia paremmiksi, kun verrataan asiakkaan pääsyä kiireettömään lääkärihoitoon (T3-kiireellisyysluokka). Mehiläisen hoidossa olevat julkiset terveystyryitykset ovatkin suorituneet tällä mittarilla pääosin keskiarvoa paremmin.

#### Mehiläinen sitoutuu alentamaan kustannuksia

Mehiläinen perusti Länsi-Pohjaan yhdessä kuntien kanssa uuden yrityksen, joka tuottaa kunnille sekä perusterveydenhuollon palvelut että osan erikoissairaanhoidon palveluista. Lasse Männistö on myös Mehiläinen Länsi-Pohjan toimitusjohtaja.

Yritys on sitoutunut tuottamaan palvelut Länsi-Pohjassa 2 % alhaisemmilla kustannuksilla kuin ne tuotettiin vuonna 2016.

”Helppoa se ei tule olemaan, mutta meillä ei ole vaihtoehtoa. Sopimuksen ehdot on täytettävä”, Männistö sanoo.

Suurin muutos Länsi-Pohjassa on, että perusterveydenhuolto ja erikoissairaanhoidot ovat samassa organisaatiossa. Työt on järjestetty palvelulinjoiksi asiakkaiden tarpeiden mukaan. Tarkoituksena on, että palvelulinjat palvelee asiakasta mahdollisimman hyvin alusta loppuun asti.

Kiireellisen hoidon palvelulinjat vastaa terveystyryityksen ja ensiavun kiireellistä hoitoa vaativista potilaista sekä kiireellisestä leikkaustoiminnasta. Terveystyryitysten ja sairaaloiden vastaanotot ovat yksi palvelulinjat. Sairaanhoidon palvelulinjat vastaa osastohoidosta.

”Uusi erittäin vahva palvelulinjat on kun-

toutus. Olemme tunnustaneet, että leikkauksen jälkeinen aika on usein ratkaiseva toipumisen kannalta”, Männistö kertoo.

Yksityinen terveystyryitys oikeuttaa Männistön mielestä olemassaolonsa, kun se tuottaa laadukkaita palveluja kustannustehokkaasti ja niin, että asiakkaat ovat tyytyväisiä. Mehiläisessä asiakastytytyvyyttä mitataan.

#### Jos kannattavuus kärsii, tehdään ikäviä päätöksiä

Männistön mukaan asiakaslupauksen pittäminen on liiketoiminnan perusedellytys. Jos julkisen tilaajan kanssa on sovittu, että lääkäriin on päästävä 14 päivässä, jonot eivät voi olla pidemmät. Muuten voi seurata sanktioita, jotka vaikuttavat suoraan yrityksen tuloihin.

”Jos kannattavuus kärsii, voidaan joutua tekemään todella ikäviä päätöksiä. Sen tietää jokainen työntekijä. Ehkä julkisella sektorilla yksittäisellä työntekijällä on enemmän mahdollisuuksia sanoa, että hän ei halua toimia jollain tavalla, eivätkä seuraukset silti vaikuta häneen henkilökohtaisesti”, Männistö pohtii.

Männistön mukaan sitoutunut ja työtään kiinnostunut henkilöstö on yrityksen menestystekijä. Hän kertoo, että Mehiläisen työntekijöillä on vastuu ja vapaus kehittää itse työskentelytapojaan. Organisaatio on suoraviivainen ja avoin. Virheitä ei pelätä, vaan niistä opitaan, hän sanoo.

”Laatu tulee työntekijöiden tekemästä tuloksesta. Siksi pidämme huolta työntekijöistämme, annamme kehittymisen mahdollisuuksia ja seuraamme tarkasti jaksamista ja vaihtuvuutta”, hän sanoo.

Männistö kertoo, että työntekijät ovat jo ideoineet, miten asiat voisi tehdä paremmin asiakkaan näkökulmasta. Ideointia ja toteu-

Läs på svenska  
sosiaalivakuutus.fi

## ”Yksityistäminen ei ratkaise terveydenhuollon ongelmia”

Sote-uudistuksessa yksityiset terveystyryitykset pääsivät tuottamaan perusterveydenhuollon palveluita rinnan maakuntien kanssa. Markkinoiden avaamisen toivotaan parantavan palvelujen laatua ja suitsivan kustannuksia.

Vasemmistoliiton kansanedustaja **Anna Kontula** suhtautuu tavoitteiden toteutumiseen epäilevästi.

”Toisissa tutkimuksissa yksityinen sote-palveluiden tuottaja on ollut kustannustehokkaampi, toisissa julkinen. Ei ole osoitettu, että jompikumpi olisi toista parempi”, Kontula sanoo.

Asiakkaiden saatavilla ei toistaiseksi ole laadun vertailuun juuri muita mittareita kuin saatavuus eli se, miten nopeasti hoitoon pääsee. Kontula ei usko, että kansalaisten käyttöön pystyttäisiin luomaan ymmärrettävä ja aitoja laatueroja paljastava järjestelmä.

”Suuret, kansainväliset ketjuyritykset toimivat jo nyt niin kustannustehokkaasti, että niiden on vaikea erottautua laadullisesti toisistaan. Jos käytössä on vakiosumma rahaa, laadun vaihtelua on vaikea järjestää, ellei kyse ole ekstrapalvelusta, jota ihmiset ostavat omilla rahoillaan. Se taas on vastoin sote-uudistuksen tasa-arvon ja valinnanvapauden tavoitteita.”

Julkisen terveydenhuollon suurin laatuongelma onkin Kontulan mielestä se, että lääkäriin on vaikea päästä. Rahoituksesta päättävät ihmiset, jotka eivät käytä julkista perusterveydenhuoltoa, joten heillä ei ole käsitystä ongelmista.

”En tiedä, ratkaisisiko yksityisen sektorin laajentaminen ongelmaa. Huomattavasti sote-uudistusta halvempaa olisi säätää laissa, että lääkäriin on päästävä viikossa, ja osoittaa tavoitteen toteuttamiseen 300 milj. euroa. Summa on kymmenesosa siitä, joka nyt kuluu pelkästään sote-uudistuksen muutosvaiheeseen”, Kontula sanoo.

Erikoissairaanhoidon käyttävät kaikki yhteiskuntaluokkaan katsomatta. Siellä jono-ongelmaa ei ole, ja hoidon laatu on tutkitusti kansainvälistä huippua.

Toistaiseksi näyttää siltä, että yksityiset terveystyryitykset keskittyvät isoille yrityksille, joiden voitoista tyypillisesti ainakin osa valuu ulkomaille.

”Yritykset saavat vapaasti tuottaa hyvinvointipalveluita, kunhan ihmiset käyttävät niitä omilla rahoillaan. En näe syytä, että kansalaisten verorahoja päästettäisiin ulkomaille, kun muikin on mahdollista”, Kontula sanoo.

Etelä-Karjalassa ja Kainuussa sote-palvelujen järjestämistä ja tuottamisvastuu on pidetty pääosin julkisella sektorilla. Yksityiseltä tilataan palveluja silloin, kun se on järkevää.

”Nyt ollaan luomassa järjestelmää, joka tulee kasvattamaan kustannuksia. Kasvunvaraa ei kuitenkaan ole budjetoitu. Koska maakunnille ei tule verotusoikeutta eivätkä ne voi ottaa lainaa, kustannukset voidaan korvata vain asiakasmaksuja korottamalla tai palveluja leikkaamalla”, Kontula lisää.



Kuva: Rami Marjamäki

Vasemmistoliiton kansanedustaja **Anna Kontula** ei usko, että julkisen ja yksityisen sote-palvelujen tuottajan vertailuun saataisiin aito laatueroja paljastava järjestelmä.

Sote-uudistusta halvempaa olisi säätää laissa, että lääkäriin on päästävä viikossa. Ja osoittaa tavoitteen toteuttamiseen 300 milj. euroa.

## Millä tahansa hinnalla ei voi tuottaa mitä tahansa. Tarvitaan kustannusten muodostumisen ymmärrystä.

tusta tukee selkeä organisaatio, jossa jokapäiväistä työtä johtavat tiimiesimiehet. He vastaavat suoraan palvelulinjan johtajalle. Kaikki työntekijät tietävät, kuka on esimies ja missä päätökset tehdään.

”Tiimiesimiehillä on valtaa miettiä ja kokeilla, miten asioita voisi tehdä. Heillä on myös budjettivastuu”, Männistö kuvailee.

”Ei ole sellaista vaihtoehtoa, että asiat pysyisivät ennallaan. Muutamme silti mieluummin 20 pientä asiaa kuin suunnitellamme isoa muutosta pitkään. Me myös kannustamme työntekijöitämme tavoitteiden saavuttamiseen, ja tavoitteet sovitaan jokaisen työntekijän kanssa”, Männistö kertoo.

### Kapitaatiomaksu on kuuma peruna

Männistö toivoo, että maakuntien päättäjät ymmärtävät palveluntuottajaa erityisesti silloin, kun palveluja hinnoitellaan. Tilaaja kun määrittelee, millaisia palveluja tuetaan.

”Millä tahansa hinnalla emme voi tuottaa mitä tahansa. Siksi tarvitaan kustannusten muodostumisen ymmärrystä”, Männistö sanoo.

Julkista perusterveydenhuoltoa käyttää Männistön mukaan vain puolet väestöstä. On siis mahdollista, että ainoastaan paljon palveluja käyttävä puolikas väestöstä vaihtaa sote-keskusta valinnanvapauden toteutuessa. Julkisen terveydenhuollon piiriin jäisi silloin puolikas, joka ei palveluja juuri käytä.

Tämän pitäisi Männistön mukaan vaikuttaa siihen, miten kapitaatiomaksu eli maakunnan palveluntuottajalle maksama korvaus määritellään. Männistön mieles-

tä ei voi olla niin, että kaikki saavat saman verran rahaa.

”Korvausperusteiden pitää olla kaikille samat. Omien suosimiselle tai subventoiselle ei pitäisi olla juridisestikaan sijaa”, hän sanoo.

### Huono hoitotulos pienentää katetta

Palvelujen vaikuttavuuden seuraamisen pitäisi Männistön mielestä olla arkipäivää jokaisessa terveydenhuollon yksikössä. Mehiläisessä vaikuttavuutta ryhdyttiin mittaamaan Espoossa, missä yritys on jo pitkään hoitanut kahta julkista terveysasemaa.

Esimerkiksi kakkostyyppin diabetesta sairastavien potilaiden sokeri- ja kolesteroliarvoja seurataan neljännesvuosittain. Viitearvot on sidottu Käypä hoito -suositukseen. Seuranta ei tehdä vain alueellisesti, vaan jokainen lääkäri tietää esimerkiksi, ketkä hänen potilaistaan eivät ole hoitotasapainossa.

”Lääkäri voi soittaa asiakkaalle ja tarkistaa, onko tämä ottanut lääkkeensä. Seurannalla on vaikutusta toimintaan vain, jos se koskettaa jokaista työntekijää. Silloin työntekijät voivat saada aitoja ahaa-elämyksiä”, Männistö kuvailee.

Länsi-Pohjassa mittareita on käytössä jo kymmeniä. Vaikuttavuuden seuraaminen on kirjattu myös useisiin Mehiläisen solmimiin sopimuksiin. Jos hoitotulos ei ole toivottu, rahallinen korvaus voi olla pienempi.

”Meillä on avoimet ovet, ja kutsun kaikki halukkaat tutustumaan toimintaamme. Kaikki voittavat, jos pystytään kehittämään läpinäkyvä tapa terveyspalvelujen laadun ja toiminnan vertailuun”, Männistö rohkaisee. ¶

### ← ← ANNA KONTULA:

”Yksityisen terveystyöryhtymän paremmuutta pitäisi pystyä perustelemaan paremmin kuin henkilöstöpolitiikalla ja johtamisjärjestelmällä. Kumpikaan ei ole yksityisen sektorin yksinoikeus. Hyviä ja huonoja johtamisesimerkkejä on yhtä lailla julkisella kuin yksityisellä puolella.”



FT Hanna Koskisen väitöskirja tarkastettiin Helsingin yliopistossa kesäkuussa.

## Viitehintajärjestelmän suurin vaikutus jäi lyhytaikaiseksi

Lääkkeiden viitehintajärjestelmään siirtyminen laski hintoja selvästi. Järjestelmä ei kuitenkaan edistänyt lääkkeiden hintakilpailua odotetusti.

**Miten viitehintajärjestelmän vaikutus näkyy väitöskirja-tutkimuksesi mukaan lääkkekustannuksissa, tutkija Hanna Koskinen Kelasta?**

Tutkimuksessa mukana olleiden, viitehintajärjestelmään kuuluvien lääkkeiden keskimääräinen hinnan lasku oli vuoden päästä viitejärjestelmän voimaantulosta 35 %, kahden vuoden päästä 56 % ja kolmen vuoden kuluttua 60 %. Lääkerihmien välillä oli merkittäviä eroja. Esimerkiksi psykoosilääkkeiden kustannukset nousivat koko 2000-luvun ajan aina siihen asti, kunnes viitehintajärjestelmä tuli voimaan vuonna 2009. Käytetyimpien psykoosilääkkeiden hoitopäivän kustannus oli vuoden kuluttua viitehintajärjestelmään siirtymisestä laskenut 30–66 % ja 2,5 vuoden päästä 25–51 %.

**Viitehintajärjestelmän tavoitteena oli hintojen lasku rinnakkaislääkkeiden hintakilpailua lisäämällä. Miten hintakilpailu on toteutunut?**

Hintakilpailu on jäänyt laimeaksi. Suomen lääkevalmistajien hallitsevat yritykset pystyvät ilmeisesti säilyttämään asemansa ilman aktiivista hintakilpailua. Pienemmät toimijat eivät näytä saavan markkinaosuutta edullisilla hinnoillaan. Eniten hintoihin on vaikuttanut hintasääntely. Kun rinnakkaisvalmiste saa korvattavuuden, valmisteen hinnan tulee olla 50 % alkuperäisvalmisteen hintaa halvempi.

**Mikä on ollut viitehintajärjestelmän vaikutus verrattuna lääkevaihdon tuomaan hyötyyn?**

Viitehintajärjestelmä toi lyhyellä aikavälillä merkittäviä lisäsäästöjä. Järjestelmän käyttöönotto laski hintatasoa välittömästi. Kaksi ja puoli vuotta viitehintajärjestelmän käyttöönoton jälkeen hinnat olivat kuitenkin tasolla, joka olisi oletettavasti saavutettu pelkällä lääkevaihdollakin. ¶

Johanna Hytönen



## Päihdesairauksissa piilee miljardien tabu

Useimmat päihteisiin kuolleet olisi voitu pelastaa tehokkaamman hoitojärjestelmän avulla. Perusterveydenhuollossa ei osata tunnistaa ja hoitaa päihderiippuvuutta.

**T**ehoton päihdehoitojärjestelmämme on luonut meille tabun. Kun sairauden problematiikkaa ei ymmärretä, siitä vaietaan. Alkoholismiin kuolleet ovat meillä ”viinaan meneviä”, eivät tautiluokiteltuun sairauteensa vailla riittävää hoitoa kuolleita.

Tabusta koituu yhteiskunnalle noin 7 mrd. euron kulut vuodessa. Vaikka valtion verotulot alkoholin myynnistä ovat reilut 1,3 mrd. euroa vuodessa, tappioksi jää edelleen yli 5 mrd. euroa.

Tilanne on onneksi menossa parempaan suuntaan. Sote-uudistus tarjoaa pelipaikan myös päihdehoitojärjestelmän kehittämiseen.

Maailman terveysjärjestö WHO julisti alkoholismiin sairaudeksi jo vuonna 1952. Suomessakin oltiin päihdehoidon käynnistämiseksi edistyksellisiä. Päihdehoito siirtyi vuonna 1955 A-klinikkasäätiön hoidettavaksi. Se on voittoa tavoittelematon säätiö, jonka perustajia olivat muun muassa Alko, Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, Työterveyslaitos ja Väestöliitto. Säätiön taustaorganisaatioita on nykyisin myös muun muassa Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL).

Päihdehoitojärjestelmä muuttui kuitenkin Suomessa hiljalleen päihdehuoltojärjestelmäksi. Sairauden hoito unohtui, ja hoidettiin vain sairauden tuottamia sosiaalisia oireita. Sairautta alettiin pitää ongelmana, jota edustivat rappioalkoholismi ja lepakkoluolien asukit.

Työelämässä olevat ihmiset saivat rauhassa kuolla alkoholismiinsa. Päihderiippuvuutta sairastava on useimmiten tavallinen työssäkäyvä perheenisä tai -äiti, ja sairauden hoitamiseen tarvitaan erityisosaamista.

Jos päihderiippuvainen saisi valita itselleen sopivan hoidon, säästäisimme hoidon kustannuksissa ja hoitojärjestelmän vaikuttavuus paranisi. Sote-uudistus tuo mukanaan valinnanvapauden mahdollisuuden.

Palveluntuottajat on saatava kilpailemaan hoidon laadulla. Päihdehoidon laatu-kriteerit on yhtenäistettävä ja vakavasti sairaille on annettava mahdollisuus tehokkaaseen hoitoon. Hoitojen metodiikoissa ja tuloksissa on valtavia eroja, ja hoitojen onnistumisprosentti vaihtelee 2 ja 50 %:n välillä.

Perustamillani Avominne-klinikoilla päihdehoidon metodiikka perustuu opimisteoriaan. Opetamme ihmisille, mitä sairautta he sairastavat. Käymme läpi sairauden vaikutukset ihmisen elämään ja autamme päihderiippuvaisia näkemään ne todenmukaisesti. Nämä työkalut ovat käytettävissä muun päihdehoidon ohella, jota julkisella puolella tai muissa hoitolaitoksissa järjestetään.

Sote-uudistuksen yhtenä tavoitteena on kustannusten hillitseminen. Unohdammeko yli 5 mrd. euron vuosittaisen menoerän vai otammeko jo pään pois pensasta? Päihderiippuvuuden kustannuksissa voitaisiin helpoimmin säästää laittamalla päihdehoitojärjestelmämme kuntoon.

**Mika Arramies**

Avominne-klinikoiden toimitusjohtaja, toipunut päihderiippuvainen

Aira Samulinilla on kuvassa äidin ompelema takki, joka on tehty jatkosodassa kaatuneen isän manttelista.

## Talvisodan jaloista uuteen Hyrsylään

Synnyin Hyrsylän mutkassa, Karjalassa. Kun kuulin ensimmäisen kerran, että Etelä-Suomessakin on Hyrsylä-niminen paikkakunta, tiesin, että minun piti rakentaa sinne talo. Olin pienyrittäjä ja sairaan tyttäreni yksinhuoltaja eikä minulla ollut hankkeeseen penniäkään rahaa.

Halusin, että Hyrsylän Mutkan talosta tulisi muistomerkki oikean Hyrsylän mutkan ihmisille, jotka jäivät sotavangeiksi rajan taakse. Hyrsylän ihmiset elivät rajan pinnassa kuin alkuperäiskansa. Heillä ei ollut mitään hyvinvointiyhteiskunnan palveluja, ei terveyskeskusta, poliisia, sairaalaa tai apteekkia.

Pakenin sieltä äitini ja sisarusteni kanssa talvisodan syttyessä. Pääsimme pois pillastuneen suomenhevosen kyydissä 15 minuuttia ennen kuin Neuvostoliiton panssarit vyöryivät rajan yli.

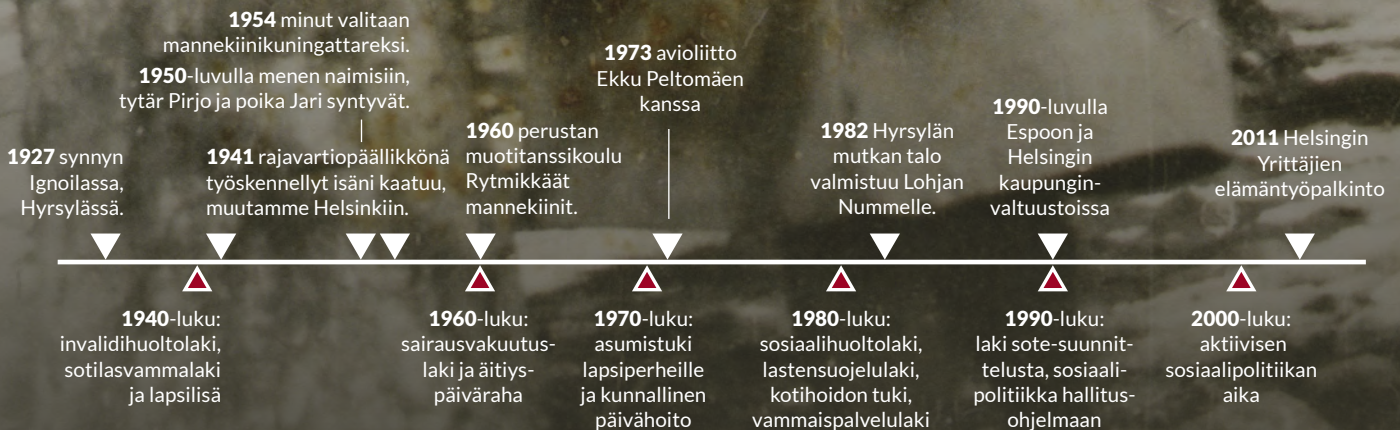
Pankin tuella rakennuttamastani uudesta Hyrsylän mutkasta on tullut matkailukohde, jossa on käynyt jo 200 000 ihmistä. Olen rakennuttanut sinne myös Hoivatalon, jotta voin ikääntyessäni asua kotona mahdollisimman pitkään.

Hoivatalossa on monitorit, jotka seuraavat asukkaiden liikkeitä, ja hälytysjärjestelmä. Työtasojen edessä on isot ikkunat, joista tulee valoa ja näkee tiskatessa ulos. Jumppahuoneessa on joustava lattia ja allas, jossa voi tehdä jumppaliikkeitä.

Ihmisten pitäisi saada asua kotonaan eikä muuttaa laitoksiin pelkästään siksi, että omaiset olisivat rauhallisella mielellä. Teknologia voi ratkaista paljon.¶

**Aira Samulin**  
tanssitaiteilija ja yrittäjä, 91

### AIRA SAMULIN JA SOSIAALITURVA



”Kansallinen  
tulorekisteri  
on edellytys  
etuuskäsittelyn  
automatisoinnille ja  
proaktiiviselle  
toiminnalle.”

Anne Neimala, etuusjohtaja, Kela

Kela Twitterissä:  
@Kela\_uutiset  
@Kelantutkimus  
@Kelankuntoutus  
@Kantapalvelut

Kela|Fpa<sup>®</sup>

[www.sosiaalivakuutus.fi](http://www.sosiaalivakuutus.fi) | Julkaisija Kansaneläkelaitos, PL 450, 00056 Kela | Puhelinvaihe 020 634 11 | Sähköposti [sosiaalivakuutus@kela.fi](mailto:sosiaalivakuutus@kela.fi) | [www.kela.fi](http://www.kela.fi) | [www.kela.fi/viestinta](http://www.kela.fi/viestinta) | Kaikki Kelan yhteystiedot [www.kela.fi/yhteystiedot](http://www.kela.fi/yhteystiedot) | Alla kontaktuppgifter till Fpa [www.fpa.fi/kontaktaoss](http://www.fpa.fi/kontaktaoss) | Puhelinpalvelu asiakkaille - kaikki palvelunumerot: [www.kela.fi/palvelunumerot](http://www.kela.fi/palvelunumerot)