



Kelan ammattillisen kuntoutuksen lakiuudistus

Ihanteet, toimeenpano
ja harkintavalta

Kaisa Haapakoski, Leena Åkerblad
Asko Tolvanen, Mikko Mäntysaari
Sami Ylistö, Sirpa Kannasoja



Kirjoittajat

Kaisa Haapakoski, YTT, tutkijatohtori
Jyväskylän yliopisto
etunimi.sukunimi@jyu.fi

Leena Åkerblad, YTT, tutkijatohtori
Jyväskylän yliopisto
etunimi.sukunimi@jyu.fi

Asko Tolvanen, FT, professori
Jyväskylän yliopisto
etunimi.sukunimi@jyu.fi

Mikko Mäntysaari, YTT, professori
Jyväskylän yliopisto
etunimi.sukunimi@jyu.fi

Sami Ylistö, YTM, projektitutkija
Jyväskylän yliopisto
etunimi.sukunimi@jyu.fi

Sirpa Kannasoja, YTT, yliopistotutkija
Jyväskylän yliopisto
etunimi.sukunimi@jyu.fi



VERTAISARVIOITU
KOLLEGIALT GRANSKAD
PEER-REVIEWED
www.tsv.fi/tunnus

© Kirjoittajat ja Kela

Graafinen suunnittelu Pekka Loiri

ISBN 978-952-284-053-0 (pdf)

ISSN-L 2343-2780

ISSN 2343-2799 (verkkojulkaisu)

URI <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2018112749301>

Julkaisija: Kela, Helsinki, 2018

KELAN TUTKIMUS

julkaisut@kela.fi

www.kela.fi/tutkimus

www.fpa.fi/forskning

www.kela.fi/research

Tiivistelmä

Haapakoski K, Åkerblad L, Tolvanen A, Mäntysaari M, Ylistö S, Kannasoja S. **Kelan ammatillisen kuntoutuksen lakiuudistus. Ihanteet, toimeenpano ja harkintavalta.** Helsinki: Kela, Sosiaali- ja terveysturvan raportteja 12, 2018. 106 s. ISBN 978-952-284-053-0 (pdf).

Tässä tutkimuksessa selvitetään vuonna 2014 voimaan tulleen Kelan ammatillisen kuntoutuksen lakiuudistuksen toimeenpanoa kuntoutuksen myöntöedellytysten näkökulmasta. Uudistuksen myötä työkyvyn heikkenemistä tuli tarkastella laajemmin kuin suhteessa työkyvyttömyyden uhkaan, sairauteen tai vammaan: nyt arvio tehdään työkykyä heikentävän kokonaistilanteen ja opiskelukyvyn näkökulmista. Tutkimuksessa kysytään, kuinka työ- ja opiskelukyvyn heikkenemistä ja asiakkaan kokonaistilannetta arvioidaan uudistetun lain puitteissa. Lisäksi pohditaan harkintavallan elementtejä toimintapolitiikassa. Aineisto on moninäkökulmainen ja koostuu Kelan ammatillisen kuntoutuksen ratkaisijoiden (n = 10) sekä kantaa ottavien asiantuntijalääkäreiden (n = 9) teemahaastatteluista ja ammatillisen kuntoutuksen hakijoilta kerätyistä kyselyistä (2013 n = 432 ja 2015 n = 542). Aineistot on analysoitu monimenetelmäisesti sekä laadullisin että määrällisin menetelmin. Hakijoiden työkyky oli sekä ennen lain muuttamista että sen jälkeen hyvin heikko. Niillä, joiden työkyky oli parempi, esiintyi vähemmän koettuja sosiaalisia ja elämäntilannehaittoja. Hakemista arvioivat onnistuneeksi erityisesti työkykyiset työlliset hakijat, jotka olivat myös tyytyväisiä Kelaan. Vastaavasti riittämätöntä toimeentuloa kokevien ja työttömien ryhmät olivat tyytymättömiä. Ratkaisijoiden ja lääkäreiden haastatteluissa keskeiseksi mutta vaikeaksi osaksi toimintapolitiikkaa nousi kokonaistilanteen arviointi. Tiedonhankintamenetelmänä haastattelu oli tarpeellinen, mutta se oli myös aikaa vievää ja osin ristiriidassa määrällisten ratkaisutavoitteiden kanssa. Arvioinneissa pohditutti myös asiakkaan oma halu osallistua kuntoutukseen ja työelämään. Tämä toi esiin harkintavallan merkityksen toimintapolitiikassa. Jatkossa olisi olennaista kiinnittää huomiota hakuprosesseihin heikossa asemassa olevien sekä motivaatioltaan epäselvässä asemassa olevien hakijoiden näkökulmasta.

Avainsanat: ammatillinen kuntoutus, uudistukset, päätökset, edellytykset, työkyky, opiskelukyky, hakijat, arviointi, harkintavalta, etuuskäsittely

Sammandrag

Haapakoski K, Åkerblad L, Tolvanen A, Mäntysaari M, Ylistö S, Kannasoja S. **Lagreformen om FPA:s yrkesinriktade rehabilitering. Ideal, verkställighet och prövningsrätt.** Helsingfors: FPA, Social trygghet och hälsa: rapporter 12, 2018. 106 s. ISBN 978-952-284-053-0 (pdf).

I den här studien utreddes verkställigheten av lagreformen från år 2014 om FPA:s yrkesinriktade rehabilitering med tanke på förutsättningarna för att bevilja rehabilitering. Efter lagreformen skulle nedsatt arbetsförmåga granskas mer omfattande än i relation till hot om arbetsförmåga, sjukdom eller funktionsnedsättning; nu med tanke på helhetssituationen som försämrar arbetsförmågan samt studieförmågan. I studien frågades hur nedsatt arbets- och studieförmåga samt klientens helhetssituation utvärderas enligt den nya lagen. Därtill dryftades prövningsrättens element i verksamhetspolitiken. Materialet utgick från flera synvinklar: Temaintervjuer med FPA:s handläggare (n = 10) av ärenden som gäller yrkesinriktad rehabilitering och expertläkare som ger utlåtanden (n = 9) samt enkäter (2013 n = 432 och 2015 n = 542) bland sökande till yrkesinriktad rehabilitering. Materialet analyserades i en multimetodprocess med både kvalitativa och kvantitativa metoder. De sökande hade mycket svag arbetsförmåga både före och efter året för lagreformen. Hos sökande med bättre arbetsförmåga förekom en känsla av färre sociala problem och svårigheter i livssituationen. I synnerhet arbetsföra sökande som arbetar bedömde ansökan som lyckad, och de var också nöjda med FPA. Å andra sidan var grupperna av klienter med otillräcklig utkomst och av arbetslösa missnöjda. I intervjuer med handläggare och läkare visade sig utvärderingen av helhetssituationen var en central men svår del av verksamhetspolitiken. Som datainsamlingsmetod var intervjun nödvändig, men även tidskrävande och till en del i konflikt med de kvantitativa målen för avgöranden. Klientens egen önskan om rehabilitering och arbete visade sig väcka mest diskussion i utvärderingarna. Detta framhävde diskretionens betydelse i verksamhetspolitiken. Det vore viktigt att framöver fästa uppmärksamhet vid ansökningsprocesserna med tanke på sökande i en svag ställning och med en oklar motivation.

Nyckelord: yrkesinriktad rehabilitering, reformer, beslut, förutsättningar, arbetsförmåga, studieförmåga, sökande utvärdering, prövningsrätt, behandling av förmåner

Summary

Haapakoski K, Åkerblad L, Tolvanen A, Mäntysaari M, Ylistö S, Kannasoja S. **The legislative reform of Kela's vocational rehabilitation. Ideals, implementation and discretion.** Helsinki: Social Insurance Institution of Finland, Social security and health reports 12, 2018. 106 pp. ISBN 978-952-284-053-0 (pdf).

This study examined the implementation of the 2014 legislative reform of Kela's (The Social Insurance Institution of Finland) vocational rehabilitation with an emphasis on the criteria for granting access to rehabilitation. The reform required impaired work ability to be viewed more broadly than in terms of the threat of incapacity for work, illness or disability: now the overall situation reducing the ability to work or study came into focus. The aim of the study was to find out how the clients' reduced ability to work or study, as well as their overall situation, are assessed after the legislative reform. In addition, the elements of discretion within relevant policies were discussed. The research material included diverse perspectives derived from thematic interviews with Kela officials who decide on vocational rehabilitation (n = 10) and with medical experts who provide related statements (n = 9) as well as from inquiries of vocational rehabilitation applicants (2013 n = 432 and 2015 n = 542). The data were analysed in a multi-method process with both qualitative and quantitative analyses. The applicants' work ability was very low both before and after the reform year. Those with better work ability experienced fewer inconveniences in their social life and life situation. Especially employed applicants fit for work evaluated applying to be successful. They were also satisfied with Kela. Respectively, the unemployed and those with insufficient income were dissatisfied. Based on the interviews with Kela officials and medical experts, assessing the overall situation was a central but difficult part of the policy. Interviewing was a necessary data collection method, even though it was also time-consuming and, to some extent, inconsistent with the quantitative targets. The clients' willingness to participate in rehabilitation and working life was brought up in the evaluations. This highlighted the significance of discretion in the policy. In the future, it is essential to pay attention to the application processes from the perspective of those in a disadvantaged position and those whose motivation is unclear.

Keywords: vocational rehabilitation, reforms, decisions, prerequisites, work ability, ability to study, applicants assessment, discretionary power, benefits, processing

Alkusanat

Tämä tutkimus toteutettiin osana Kelan Muutos-hankkeeseen kuulunutta ammatillisen kuntoutuksen lain ja kuntoutuspalvelujen uudistus- ja toimeenpanotutkimusta eli AMKU-tutkimusta. Muutos-hankkeen (2015–2019) tavoitteena on selvittää Kelan kuntoutuksen uudistuksia ja niiden vaikutuksia monimenetelmäisen ja moninäkökulmaisen toimeenpanotutkimuksen lähtökohdista sekä tarjota tietoa Kelan kuntoutustoiminnan kehittämiseen (ks. Kela 2015b; Seppänen-Järvelä 2015). AMKU-tutkimuksen käytännön toteutuksesta vastasi vuosina 2016–2017 tutkimusryhmä Jyväskylän yliopistossa. Tutkimukseen kuului kaksi ammatilliseen kuntoutukseen liittyvää osatutkimusta, joista toisessa arvioitiin uuden ammatillisen kuntoutuspalvelun toimivuutta (Åkerblad ym. 2018) ja toisessa, eli tässä tutkimuksessa, selvitettiin Kelan ammatilliseen kuntoutukseen liittyvää lain uudistusta vuonna 2014. Jyväskylän tutkimusryhmän vetäjänä toimi professori Mikko Mäntysaari, tutkijatohtorina Kaisa Haapakoski (8/2016–12/2017), projektitutkijana Leena Åkerblad (9/2016–12/2017) ja tilastoanalyysien asiantuntijana ja toteuttajana professori Asko Tolvanen. Lisäksi ryhmän projektitutkijana toimi tutkimuksen alkaessa YTM Sami Ylistö (1–7/2016), jonka työpanos tutkimuksen alkuvaiheelle ja kyselyjen suunnittelulle sekä toteuttamiselle oli tärkeä, ja ryhmän jäsenenä ja asiantuntijoina YTT Sirpa Kannasoja (otannan suunnittelu) sekä YTT, dosentti Tuija Kotiranta. Tutkimusraportin kirjoittaja oli Kaisa Haapakoski ja toisena kirjoittajana toimi Leena Åkerblad. Tilastoanalyysien kuvauksen kirjoitti Asko Tolvanen.

Haluamme kiittää erityisesti kaikkia tutkimukseen osallistuneita henkilöitä, jotka antoivat aikaansa tutkimukseen: ammatillisen kuntoutuksen hakijoita, ratkaisuja tekeviä Kelan työntekijöitä sekä asiantuntija-arvioita antavia asiantuntijalääkäreitä. Tutkimuksen kulkua seuraamaan ja alustavasti tutkimuksen tuottamasta tiedosta keskustelemaan kokoontui projektin kuluessa säännöllisesti projektiryhmä, jota tutkimusryhmä haluaa myös kiittää lämpimästi: Riitta Seppänen-Järvelä (Muutos-hankkeen johtaja), Meeri Korhonen, Marjaana Pajunen, Leena Penttinen, Kirsi Vainiemi sekä Jenna Mäkinen. Riitta Seppänen-Järvelä antoi merkittävällä tavalla tukea silloin, kun apua tarvittiin, ja Jenna Mäkinen avusti aivan kaikenlaisissa tutkimukseen liittyvissä kysymyksissä. Lisäksi ryhmä haluaa kiittää kyselyjen palautusseurannasta vastannutta Kristiina Dammertia ja muita tutkimuksessa avustaneita tahoja.

Keväällä 2018

Jyväskylän tutkimusryhmä

Sisältö	
1 Johdanto	9
2 Tutkimuksen tausta	13
2.1 Ammatillisen kuntoutuksen lakiuudistuksen ihanteet ja uusi toimintapolitiikka.....	13
2.2 Harkintavalta toimintapolitiikan uudistamisessa.....	16
3 Tutkimuksen toteuttaminen	19
3.1 Monimenetelmäinen toimeenpanotutkimus.....	19
3.2 Tutkimustehtävä.....	21
3.3 Aineistot ja aineistojen keruu.....	22
3.4 Aineistojen analyysit.....	24
3.5 Tutkimuksen rajoitukset ja luotettavuus.....	29
4 Tulokset	32
4.1 Ammatillisen kuntoutuksen hakijat ja näkemykset Kelan onnistumisesta.....	32
4.1.1 Taustatietoja hakijoista.....	32
4.1.2 Hakijaksi ohjautuminen ja auttavat tahot.....	36
4.1.3 Hakijoiden esittämät syyt kuntoutuksen hakemiselle.....	40
4.1.4 Hakijoiden työ- ja opiskelukyvyn yhteydet sosiaalisiin ja elämäntilannehaittoihin.....	41
4.1.5 Hakijoiden yleiset palautteet sekä arviot Kelan onnistumisesta ja kohtelusta.....	44
4.1.6 Hakijaryhmät, hakijan kokonaistilanne ja Kelan onnistuminen...	51
4.2 Päätöksenteon kriittiset käytännöt lakiuudistuksen jälkeen.....	59
4.2.1 Ratkaisijat, asiantuntijalääkärit ja ratkaisemisen taustat.....	59
4.2.2 Ratkaisijoiden ja asiantuntijalääkäreiden yleiset mielipiteet lakiuudistuksesta.....	60
4.2.3 Hakijan kokonaistilanteen hahmottuminen ratkaisukäytännöissä.....	62
4.2.4 Asiakastapausten arviointi ratkaisukäytännöissä.....	67
4.2.5 Hakuasiakirjat ja haastattelut ratkaisukäytännöissä.....	72
4.2.6 Kuntoutujan tahto, haluaminen ja motivaatio asiakastapausten arvioinnissa.....	77
4.2.7 Vaikeasti hahmottuvat tekijät asiakastapausten arvioinnissa....	84
4.3 Harkintavallan ulottuvuudet ammatillisen kuntoutuksen ratkaisukäytännössä.....	87

5 Yhteenveto: työelämään tahtomisen normittavuus ja heikkoon asemaan kuntoutusjärjestelmässä jäävät ryhmät	92
6 Päätelmät	97
Lähteet.....	99
Liiteluettelo.....	106

1 Johdanto

Tässä tutkimuksessa käsitellään Kelan ammatillisen kuntoutuksen lakiuudistuksen toimeenpanoa. Ammatillisen kuntoutuksen avulla pyritään turvaamaan kansalaisten työelämässä selviytymisen mahdollisuuksia sairauksista huolimatta. Kela toteuttaa lainsäädännöllisesti vain yhtä osaa ammatillisesta kuntoutuksesta, sillä myös muilla instituutioilla on järjestämisvelvoitteita. Kuntoutusjärjestelmän moninaisuudesta, ammatillisen kuntoutuksen kokonaisjärjestelmän ongelmista sekä lakien ja vastuutahojen toiminnan yhteensovittamisesta on keskusteltu Suomessa pitkään (Pensola ym. 2012; Ashorn ym. 2013; Huvinen ym. 2014; STM 2015; Juvonen-Posti ja Pensola 2016; STM 2017).

Kuntoutuspolitiikan uudistamiseen liittyvissä suunnitelmissa on myös tuotu esiin erilaisia ihanteita, kuten eriarvoisuuden vähentäminen ja varhainen puuttuminen. Syksyllä 2017 sosiaali- ja terveysministeriön asettama kuntoutuksen uudistamiskomitea otti kantaa kuntoutusjärjestelmän uudistamiseen ja näki nykyjärjestelmässä monenlaisia kuntoutuksen hajanaisuuteen liittyviä puutteita mutta myös mahdollisuuksia (STM 2017). Komitean mukaan järjestelmässä tulisikin kiinnittää huomiota erityisesti eriarvoisuuden vähentämiseen. Lisäksi puheenaiheena ovat olleet varhaisen puuttumisen periaate ja kuntoutuksen oikea-aikaisuus. Käsitteitä ei yleensä avata. Varhainen kuntoutus tarkoittaakin eri yhteyksissä hyvin erilaisia asioita, esimerkiksi kuntoutuspolitiikan, kuntoutustyön ja eri ammattien sekä kuntoutujien näkökulmista (ks. myös Åkerblad ym. 2018). Kuntoutujalle varhainen vaihe voi tarkoittaa sopivaa elämäntilannetta suhteessa elämäntilanteeseen (vrt. Pohjola 1994; Green 2010), koettua tarvetta muuttaa asioita tai sitä, ettei tunne liikaa kipua tai esteitä itsenäiselle toiminnalle. Tällöin varhainen tai oikea vaihe liittyy olennaisesti elämäntilanteeseen, subjektiiviseen arjessa jaksamiseen ja ylipäättään jonkinasteiseen eteenpäin suuntautuvaan toiveikkouteen (vrt. Romakkaniemi 2011; myös Autti-Rämö ym. 2016, 61). Väestötasolla tai järjestelmälähtöisesti varhaisella kuntoutuksella ja puuttumisella voidaan viitata myös kuntoutuksen tarjoamiseen erityisesti nuorten ikäryhmille. Nuorten kuntoutus ja syrjäytymisvaaran ehkäiseminen onkin kiinnostanut päätöksentekijöitä jo pidemmän ajan (esim. Karvonen ja Kestilä 2014).

Pohdinnat työelämän luonteesta, tavoista ymmärtää väestön työkykyä ja kuntoutuksen oikea-aikaisuudesta ovat erottamattomasti sidoksissa toisiinsa. Hitaat ja nopeamat työelämän muutokset vaikuttavatkin epäsuorasti yleisiin käsityksiin työkyvystä: mihin töissä tulisi kyetä? (Esim. Ylisassi ym. 2016.) Työkykyä ja siihen vaikuttavia tekijöitä pyritään myös arvioimaan kuntoutukseen pääsyn käytännöissä. Näissä käytännöissä tarvitaan tietoa ja ymmärrystä työkyvystä sekä sen muodostumisesta – mitä työkyky sisältää, milloin se on heikentynyt ja milloin se on heikentynyt tavalla, jolloin kuntoutus katsotaan mahdolliseksi myöntää. Samalla eri instituutioiden käytännöt tekevät näkyväksi, kuinka työkykyä pyritään väestötasolla hallitsemaan, millaisena työkyky nähdään ja millaista tietoa siitä voidaan saada. Nykyoloissa yksittäiset instituutiot ja kuntoutusorganisaatiot eivät silti kykene tuottamaan täydellistä väestö-

tasoista tietoa työkyvystä, sillä sekä työelämässä, kuntoutuksessa että sairauksien hoitomenetelmissä tapahtuu jatkuvaa liikettä ja osittaisia uudistuksia (vrt. Ashorn ym. 2013). Tällöin myös tilastointi voi erota eri organisaatioissa. Eräänlaista toiveikkuutta voidaan havaita puheessa kuntoutusjärjestelmän valtakunnallisesta uudistuksesta (esim. STM 2016; STM 2017). On kuitenkin täysin epäselvää, kuinka erillisiä toiminnan muutoksia ja kehittämistyötä voitaisiin todella nivoa yhtenäiseksi järjestelmäksi ja mihin katse pitäisi ensisijaisesti kohdistaa.

Yksittäisissä organisaatioissa kuntoutusta kehitetään jatkuvasti ja tällöin myös pienet uudistukset voivat sisältää oletuksia kuntoutuksen muuttumisesta aiempaa paremmaksi tai tehokkaammaksi. Silti olennaisia vaikeuksia voi olla järjestelmätasolla ja toimijaverkostossa (vrt. Miettinen 2011; Lindh 2013). Oletukset sisältävät myös uskomuksia ja ihanteita ja usein vain vähän tietoa siitä, missä vaikeimmat ongelmat sijaitsevat. Se, mitä tapahtuu uudistusten muuttuessa toimintapoliittisista ihanteista toiminnaksi, sisältääkin runsaan vaikutussuhteiden verkoston. Vaikutukset voivat täysin poiketa ennakoidusta. (Vrt. Blakemore 2003.) Eroja voi olla myös siinä, miten eri ryhmät kohtaavat järjestelmän ja kuinka eri ryhmiä kuntoutuspolitiikan osana kohdellaan.

Kuntoutuspolitiikan tasolla lainsäädännön kehittäminen tuo esiin ihanteita ja uskomuksia kuntoutuksen tärkeistä kohderyhmistä, hyvästä kuntoutuksesta ja työkyvyn tukemisesta. Vaikka edellä kuvailtu kuntoutusjärjestelmän pirstaleisuus ja toimintapoliitikkojen taustat luovat myös tutkimuksellemme epäselvän ympäristön, tutkimuksen kohteeksi määrittelimme Kelan ammatillisen kuntoutuksen lakimuutoksen, lakiin sisältyvän toimintapoliitiikan ja linjausten toimeenpanon. Työelämässä jatkamista ja siellä selviytymistä tukevaa Kelan ammatillista kuntoutusta on uudistettu viime vuosina useaan otteeseen. Tässä tutkimuksessa kiinnostuksen kohteena oli lain uudistus vuonna 2014. Lakiuudistuksessa olennaisia lähtökohtia olivat Kelan suhde työeläkejärjestelmän ja työ- ja elinkeinohallinnon (TE-hallinnon) järjestämään kuntoutukseen sekä ajatus siitä, että kuntoutusta tulisi järjestää väestölle varhaisessa vaiheessa. Täsmennystä haluttiin siis luoda näiden eri instituutioiden (Kela, työeläkejärjestelmä, TE-hallinto) palvelujen ja niihin pääsyn välille siten, että myös työelämään vakiintumattomat ryhmät voisivat aiempaa helpommin päästä ammatillisen kuntoutuksen palveluihin. (HE 128/2013.)

Vuonna 2014 voimaan tulleen uudistuksen taustalla oli aiempia muutoksia. Vuonna 2004 yhdenmukaistettiin pääsykriteerit Kelan ja työeläkelaitosten järjestämään ammatilliseen kuntoutukseen. Tämä aiempi muutos liittyi linjaukseen, jonka perusteella kuntoutukseen hakijoilla tuli olla samanlaiset pääsykriteerit ammatillisen kuntoutuksen palveluihin ja etuuksiin niin Kelassa kuin työeläkejärjestelmässäkin. Keskeinen kriteeri liittyi hakijan työkyvyttömyyden uhkaan – siis siihen, että ilman kuntoutusta hakijalle olisi mahdollisesti myönnetty työkyvyttömyyseläke. Kuntoutus voitiin myöntää, jos työkyvyttömyyden uhan kriteeri täyttyi tietyin tarkennuksin.

Kyseisen uudistuksen jälkeen Kelan ammatillista kuntoutusta myönnettiin kuitenkin tilastojen mukaan sitä hakeneille yhä harvemmin. Työkyvyttömyyden uhka näyttikin rajaavalta kuntoutuksen pääsykriteeriltä, ja olennaiset asiakkaat (esim. ryhmät, jotka eivät vielä olleet päässeet työelämään) joutuivat Kelassa heikohkoon asemaan. (HE 128/2013; StVM 15/2013.)

Edellä mainitun uudistuksen seurauksena arviointikäytäntö kiristyi. Kelan ammatillisen kuntoutuksen pääsykriteerejä pyrittiin vuoden 2014 lakiuudistuksen poliittisten perustelujen mukaan helpottamaan. Huomattiin, että kuntoutukseen pääsivät jotkin asiakasryhmät, mutta toiset olennaisiksi katsotut ryhmät (esim. nuoret) jäivät vaille kuntoutusta. Vuodesta 2014 lähtien asiakastapauksia arvioitiin myös kokonaistilanteen näkökulmasta. Työkyvyttömyyden uhan kriteeri poistui laista. Kelassa tilannetta seurattiin tiiviisti kyselyn avulla sekä maaliskuussa että joulukuussa vuonna 2014. Tehdyn selvityksen mukaan etuusvastaavat ja asiantuntijalääkärit pitivät lakiuudistusta tuolloin itselleen useimmiten selkeänä tai erittäin selkeänä. (Juvonen-Posti ja Pensola 2016.)

Tässä tutkimuksessa lakimuutoksen seurauksia ja toimeenpanoa tutkittiin monimenetelmällisellä, toimeenpanotutkimuksellisella (implementaatiotutkimuksellisella) otteella holistisesta näkökulmasta. Pyrkimys oli tuottaa malli käytännön toiminnasta uudistetun lain voimassa ollessa. Poliitikkojen toimeenpanossa erilaisilla ideologioilla on tärkeä merkitys. Nämä ihanteitakin sisältävät ideologiat tulisi tutkimuksen avulla tunnistaa, sillä ne voivat olennaisesti vaikuttaa toimijoiden tekoihin ja harkitsemisen tapoihin. (Vrt. myös Uggerhøj 2011.) Olennaista on ideologisten suhteiden hahmottaminen sekä uudistuksen lähtökohdissa että toimijoiden kuvailuissa siitä, mitä he tekevät arvioidessaan asiakkaiden tilanteita ja kokonaistilanteita. Tutkimuksen aikana tehtiin myös tutkimusmenetelmällistä kehittämistyötä ja luotiin uudenlaista ymmärrystä monimenetelmäisen tutkimusanalyysin vaiheista (ks. myös tutkimuskokonaisuuden toinen raportti Åkerblad ym. 2018).

Yleisellä tasolla toimeenpanotutkimuksessa ollaan kiinnostuneita reaalimaailman tapahtumista ja olosuhteista sekä toiminnoista, joilla pyritään saamaan aikaan tietynlaisia vaikutuksia ja seurauksia uudistusten tai politiikkamuutosten yhteydessä (Patton 1997; Peters ym. 2013). Toimeenpanotutkimus ei ole kritiikitöntä suhteessa poliittisiin ihanteisiin, vaan voi kohdistaa arvionsa myös poliittisten uudistusten lähtökohtiin. Tässä yhteydessä politiikka-sanalla on erityismerkitys, joka kiinnittyy englanninkieliseen sanaan *policy*. Poliitikot sisältävät *policy*-mielessä lainsäädännössä ilmaistuja tavoitteita, intentioita ja ideoita, joiden ajatellaan ohjaavan lakien ja ohjeistusten käyttöönottoa. (Blakemore 2003.) Myös kuntoutus ja kuntoutuksen arviointikeinot sisältävät tässä mielessä kuntoutuspolitiikkaa. Linjausten ja lakien toimeenpanon tutkimus voikin kohdistaa kriittisen katseensa esimerkiksi politiikan sisältämän toimintatavan juurruttamiseen, omaksumiseen tai vaikkapa toisessa merkityksessään jonkin palveluprosessin muokkaamiseen ja sen jälkeen luotujen toimin-

tatapojen ylläpitämiseen (Proctor ym. 2011; Peters ym. 2013). Toisaalta toimeenpanotutkimus voi olla kuvailevaa ja kuvausten perusteella sekä kriittistä että arvioivaa (vrt. arviointitutkimukselliset lähestymistavat). Tutkimuksessa voidaan selvittää, miten jokin toimintatapa on juuri tässä ja nyt tulkittu ja otettu käyttöön. Toimintapolitiikasta saatuun tietoon voidaan suhtautua kriittisesti sitä reflektoiden ja analysoiden.

Kaikenlaisessa viranomaisten ratkaisutoiminnassa voidaan pohtia harkintavallan osuutta toimintaan. Harkintavalta liittyy käsitteenä viranomaisten toimintaan kansalaisia kohdatessa sekä päätöksenteon käytäntöihin. Kalliomaa-Puhan ym. (2014) mukaan harkintaa käytetään kaikilla tasoilla, lainsäädännön valmistelussa ja toimeenpanossa. Tässä tutkimuksessa olemme kiinnostuneita ammatillisen kuntoutuksen ratkaisuprosessista ja siinä tapahtuvasta toimintakäytännöstä lakimuutoksen jälkeen, tässä ja nyt. Kelan ratkaisijat ja ammatillisen kuntoutuksen ratkaisuihin asiantuntija-arvioita antavat asiantuntijalääkärit ovat tärkeässä asemassa päätöksenteossa. He kohtaavat kuntoutusta hakevat kansalaiset vähintään asiakirjojen kautta. He arvioivat hakemuksia ja asiakirjoja, minkä jälkeen tehdään päätös siitä, myönnetäänkö hakijalle ammatillista kuntoutusta vai ei. Ratkaisukäytäntöjen ja niiden toimijoiden kuvaaman toiminnan avaaminen tekeekin näkyväksi sen, mitä päätöksenteossa tapahtuu.

Tutkimusraporttimme etenee taustoituksen ja tutkimuksen toteutuksen kuvausten jälkeen kuntoutuksen hakijoiden mielipiteitä ja arvioita sisältävän kyselyaineiston tulosten esittelyyn. Tämän jälkeen syvennymme kuvailemaan asiantuntijalääkäreiden ja ratkaisijoiden haastattelujen analyysin tuottamaa kuvaa ratkaisukäytännöistä. Tutkimuksen viimeisessä tulososiossa ja yhteenvedossa muodostetaan tutkimuksen havainnoista, toimintapolitiikasta ja harkintavallan ulottuvuuksista koostuva tapaus- ja toimeenpano kuvaava synteesi.

2 Tutkimuksen tausta

2.1 Ammatillisen kuntoutuksen lakiuudistuksen ihanteet ja uusi toimintapolitiikka

Ammatillisen kuntoutuksen tarkoituksena on yleisesti työikäisen väestön työkyvyn ja työelämässä selviytymisen ylläpitäminen ja kohentaminen. Tätä tehtävää ovat Suomessa toteuttaneet eri vastuuintituutiot useilla eri laeilla. Työ- ja toimintakykyyn sekä sairastamiseen liittyvä palvelu- ja vakuutusjärjestelmä sisältää TE-hallinnon, Kelan, työeläkejärjestelmän, työterveyshuollon sekä tapaturma- ja liikennevakuutusjärjestelmän ja terveyden- ja sosiaalihuollon vastuita. (Järvikoski ja Härkäpää 2011.) Kelan järjestämä ammatillinen kuntoutus on siten yksi osa ammatillisen kuntoutuksen järjestelmää. Kelan kuntoutuksesta säädetään lailla.

Arkisesti voidaan ajatella, että lakiuudistusten jälkeen käytännöt muuttuvat lain ja niihin liittyvien toimintapolitiikkojen (*policy*) mukaisiksi. Laeista ei kuitenkaan seuraa suoraan tietynlaisia muutoksia toiminnan tasolla. Tämä liittyy siihen, että lainohjaus on epävarmaa. Laki sisältää käsitteitä, ihanteita ja tavoitteita, mutta käytännön viranomaistasolla ja viranomaisia ohjaavissa ohjeistuksissa ja organisaatioissa tulkitaan, miten laki toimeenpannaan arkisissa viranomaistoimissa. Poliitiikan siirtymiseen viranomaisten ja instituutioiden toimintaan liittyykin aina harkintaa ja tulkintaa. (Vrt. Lipsky 1980; myös Blakemore 2003.) Lain toimeenpano ei myöskään aina vastaa päätöksentekijöiden toiveita siitä, millaisia muutoksia uudistuksilla saavutetaan. Lakiuudistus voi vaikuttaa vain johonkin tiettyyn toimintatapaan. Uudistus voi myös toteutua suunnitellusti vain joiltain osin, ja uudistusten toimeenpanoon voi vaikuttaa tuntemattomia tekijöitä, joiden vuoksi seuraukset ovat yllätyksellisiä ja odottamattomia. Tämä on selvää kaikissa toimintapolitiikkojen uudistuksissa, joihin liittyy ihmisten ja organisaatioiden mahdollisuus tehdä tulkintoja ja toteuttaa tehtäviä joko tulkintojen perusteella tai sattumanvaraisesti.

Tutkimuksessa tehtiin mielenkiintoinen huomio lakiuudistuksen valmisteluasiakirjoista. Lakiuudistusta koskevissa hallituksen sekä eduskunnan valiokuntien ja täysistunnon valmisteluasiakirjoissa oli pohdittu edellisen lain pääsykriteerien uudistuksen epäonnistumista. Aiempi muutos oli hallituksen esityksen mukaan mahdollistanut käytännöissä tulkinnan, jota lainsäätäjät eivät olleet tarkoittaneet. Tällä tarkoitettiin erityisesti työkyvyttömyyden uhkaa ja sen mahdollistamaa, liian tiukaksi muodostunutta sairauskeskeistä laintulkintaa kuntoutukseen pääsyn kriteerinä. (HE 128/2013.) Vanhassa lain kohdassa puhuttiin työkyvyttömyyden uhkasta ja työkyvyn olennaisesta heikentymisestä:

”Vakuutetulla on oikeus saada työkyvyttömyyden estämiseksi tai työ- ja ansiokyvyn parantamiseksi tarkoituksenmukaista ammatillista kuntoutusta, jos:

1) asianmukaisesti todettu sairaus, vika tai vamma todennäköisesti aiheuttaa sellaisen uhkan, että vakuutettu tulee työkyvyttömäksi; taikka

2) vakuutetun työkyvyn ja ansiomahdollisuuksien on katsottava sairauden, vian tai vamman vuoksi olennaisesti heikentyneen.” (L 556/2005, 6 § alku)

Lakiin lisättiin uudistuksen myötä termi opiskelukyky sekä kokonaistilanteen huomioon ottaminen työ- ja opiskelukykyä sekä ansiomahdollisuuksien olennaista heikentymistä arvioitaessa. (HE 128/2013; opiskelukyvystä esim. Kuikka ym. 2011.) Uudessa laissa ammatilliseen kuntoutukseen pääsyt kriteerit muotoiltiin seuraavalla tavalla:

”Kansaneläkelaitos järjestää vakuutetun työ- ja ansiokyvyn tukemiseksi tai parantamiseksi taikka työkyvyttömyyden estämiseksi tarkoituksenmukaista ammatillista kuntoutusta, jos asianmukaisesti todettu sairaus, vika tai vamma on aiheuttanut tai sen arvioidaan aiheuttavan lähivuosina vakuutetun työ- tai opiskelukyvyn ja ansiomahdollisuuksien olennaisen heikentymisen. Kansaneläkelaitoksella ei ole velvollisuutta järjestää ammatillista kuntoutusta, jos ammatillinen kuntoutus on järjestetty työeläkelakien tai erityisopetusta koskevien säännösten perusteella.

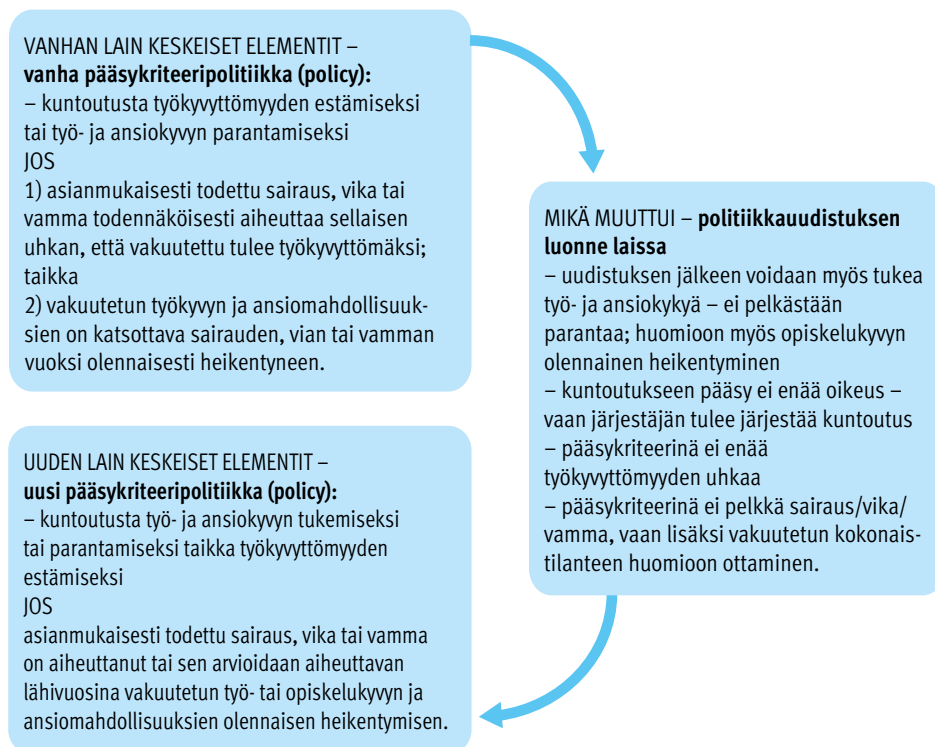
Vakuutetun työ- tai opiskelukyvyn ja ansiomahdollisuuksien olennaista heikentymistä arvioitaessa otetaan huomioon vakuutetun kokonaistilanne. Sairauden, vian tai vamman lisäksi arvioon vaikuttavat myös muut vakuutetun työ- tai opiskelukyvyn ja ansiomahdollisuuksiin vaikuttavat tekijät, joita ovat vakuutetun fyysinen, psyykinen ja sosiaalinen toimintakyky, elämäntilanne, taloudelliset ja sosiaaliset seikat, asumisolosuhteet, koulutus, ammatti, aikaisempi toiminta ja ikä sekä muut vastaavat tekijät. Arviossa otetaan huomioon myös vakuutetun jäljellä oleva kyky hankkia itselleen ansiotuloja saatavissa olevalla sellaisella työllä, jonka tekemistä vakuutetulta voidaan kohtuudella edellyttää.

Kuntoutuksen tarkoituksenmukaisuutta arvioitaessa otetaan kokonaistilanteen lisäksi huomioon, johtaako haettu kuntoutus todennäköisesti hakijan terveydentilaan sopivassa työssä jatkamiseen taikka hänen terveydentilaansa sopivaan työhön palaamiseen tai työelämään siirtymiseen.” (L 566/2005, 6 §)

Kelan ammatillisen kuntoutuksen lakiuudistuksessa ammatilliselle kuntoutukselle kirjattujen myöntökriteerien ja asiakastapausten arviointikohteiden luonne muuttui ja pääsykriteeripolitiikka uudistui. Pääsykriteeripolitiikalla tarkoitetaan suppeasti linjauksia, joissa täsmennetään, kuka ja millaisin kriteerein kuntoutukseen voi päästä ja lisäksi millaisin käytännöin kriteerejä arvioidaan. Uudessa lain kohdassa ei käytetty enää sanoja *vakuutetun oikeus*, vaan painopiste oli siinä, mitä Kela tarjoaa. Lisäksi mukaan tuli uusia käsitteitä. Vakuutetun työ- ja ansiokykyä ei pelkästään parannetaisi, vaan sitä myös *tuettaisiin*. Lisäksi työ- ja ansiokyvyn alenemisessa ei enää tarvinnut ottaa huomioon sitä, myönnettäisiinkö henkilölle työkyvyttömyyseläke seuraavien vuosien aikana. Mukaan tuli myös sana *opiskelukyky*, jonka heikentymistä voitiin arvioida. Sekä työkyvyn että opiskelukyvyn arvioinnissa otettaisiin huomioon

hakijan *kokonaistilanne*. Tällaista kokonaistilanteen käsitettä ei aikaisemmin laissa ollut. (Kuvio 1.)

Kuvio 1. Lakiuudistuksen keskeiset muutokset.



Tällä hetkellä työelämässä selviytymistä haittaavat usein mielenterveyden ongelmat. Myös Kelan ammatillisen kuntoutuksen hakijoiden päädiagnoosi liittyy useimmiten mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöihin. Seuraavaksi suurin diagnoosiryhmä on lähivuosina ollut tuki- ja liikuntaelinsairaudet. (Kela 2014, 52; Kela 2016, 52.) Hakijoissa on sekä miehiä että naisia ja useisiin eri ikäryhmiin kuuluvia henkilöitä (Kela 2014; Kela 2016).

Kelan ammatillisessa kuntoutuksessa on ollut lakimuutosvuoden jälkeen vuosittain enemmän osallistujia kuin aiemmin. Kelan ammatillisen kuntoutuksen saajien ja kustannusten määrä on siten noussut vuodesta 2013 lukuun ottamatta vuotta 2017. Silloin kustannukset laskivat vaikkakin saajien määrä nousi. (Taulukko 1, s. 16.)

Juvonen-Postin ja Pensolan (2016) mukaan lakimuutoksen jälkeen seuraavana vuonna ammatillisen kuntoutuksen hylkäysprosentit pienivät kaikissa ikäryhmissä (24,8 % vuonna 2014 ja 26,4 % vuonna 2013). Alueittaisissa tarkasteluissa hylkäysprosentit pienivät kaikilla erityisvastuualueilla lukuun ottamatta Oulun yliopistollisen

sairaalan aluetta. (Juvonen-Posti ja Pensola 2016, 16.) Hylkäys- ja myöntöprosenttien seuranta on jatkettu Kelassa. Heinon ja Seppänen-Järvelän (2017) tilastotarkastelun mukaan hylkäysprosentit ovat muutoksen jälkeen kasvaneet mutta kuntoutusta on kuitenkin myönnetty enemmän. Tilastotarkastelussa kävi myös ilmi, että kuntoutusta on myönnetty lakiuudistuksen jälkeen enemmän nuorten ikäryhmille, jotka ovat uudistuksen perusteluissa olennaisia. (Heino ja Seppänen-Järvelä 2017.)

Taulukko 1. Kelan ammatillisen kuntoutuksen saajat ja kustannukset 2007–2017.

Vuosi	Kaikki ammatillisen kuntoutuksen saajat (lkm)	Kuntoutuspalvelukustannukset (euroa)
2017	20 369	31 755 181
2016	19 534	36 781 382
2015	18 139	33 530 500
2014	15 178	30 760 920
2013	13 385	27 887 905
2012	13 441	27 805 290
2011	13 389	27 093 493
2010	12 941	25 868 869
2009	12 901	25 511 854
2008	14 260	29 084 734
2007	15 498	30 710 905

2.2 Harkintavalta toimintapolitiikan uudistamisessa

Kuntoutuspolitiikkaa toteutetaan käytännön tasolla silloin, kun tehdään kuntoutuspäätöksiä ja kehitetään niihin liittyviä arviointikäytäntöjä. Poliitiikan toteuttaminen käytännön tasolla on velvoittavaa, mutta käytäntöihin liittyy harkintaa. Harkintavalan käsitteen toi yhteiskuntatieteellisen tutkimuksen keskiöön byrokraattisten järjestelmien ja organisaatioiden toiminnan tutkimuksessa Michael Lipsky (1980). Lipskyn (1980) mukaan katutason työntekijöitä ovat henkilöt, jotka kohtaavat organisaatioissa kansalaisia. Heitä ohjaavat ja kontrolloivat organisaation hallinto ja esimiehet, jotka pyrkivät jäsentämään päätöksenteon käytäntöjä. Katutason työntekijöillä näyttää kuitenkin olevan harkintavaltaa, ja he saattavat vastustaa heihin kohdistuvaa kontrollia. Lipskyn väitteistä on käyty nykyisin laajaa keskustelua. On esimerkiksi esitetty, että nyt hyvinvointipalvelujen ja sosiaaliturvan organisoimisen tavoissa työntekijöiden harkinnalle jäävä tila on kaventunut tai jopa poistunut. Nykyisissä institutionaalisissa olosuhteissa voi näiden näkökulmien mukaan olla esimerkiksi runsaasti uudenlaisia managerialistisia julkisjohtamistapoja. (Evans ja Harris 2004; Hupe 2013; Evans 2016.) Ruohonjuuritason (*grass-roots level*) harkintavaltaa ei kuitenkaan voida täysin

poistaa päätöksenteon käytännöistä. Harkintavallan ulottuvuudet saattavat silti olla muuntumassa erilaisten työn kontrollointitapojen ja työelämän muutosten myötä.

Harkintavalta on oikeusvaltiossa viranomaistoiminnalle välttämätön elementti. Esimerkiksi sosiaali- ja terveydenhuoltoa sekä kuntoutusta sääteleviin lakeihin sisältyy puitelakeja, joissa toimintaa ei ole säännelty tarkasti vaan on annettu jonkinlaisia reunaehtoja tarkemmalle lainsäädännölle. Tällaisessa tilanteessa viranomaistahot ja institutiot joutuvat tulkitsemaan tarkasti määrittelemätöntä lain sisältöä. Viranomais-toiminta sisältääkin välttämättä harkintaa ja erilaisten ohjeistusten ja täsmennysten tekemistä. (Rajavaara 2014; ks. myös Kotkas 2014.) Olennainen harkintaa sisältävän vallan elementti on myös se, ettei kaikkia vastaan tulevia tilanteita voida laissa ennakoida, vaikka päätöksenteko perustuu lakiin. Näin ollen viranhaltijoiden päätöksiin ja ratkaisuihin liittyy aina tietynlainen harmaa ja määrittelemätön, harkintavallan, alue. Oikeusvaltiossa harkintavalta liittyy myös kysymyksiin yksilön suojasta suhteessa valtioon. (Kotkas 2014, 40–41.)

Tietyllä tavalla harkintavalta onkin sekä yksilönsuojaa turvaava päätösvallan ulottuvuus että viranomaistoimintaan liittyvä pakko silloin, kun lainsäädäntö on jossain määrin riittämätöntä suhteessa käytäntöön ja kansalaisten yksilöllisiin tilanteisiin. Erityisesti silloin, kun laissa käytetään niin sanotusti tulkintaa vaativia ilmauksia, joita liittyy sosiaali-, terveys- ja kuntoutuspalveluja määrittäviin lakeihin, harkintavalta on keskeistä käytännön palvelujen ja hyvinvoinnin tuottamisen näkökulmasta sekä edellytyksenä että riskinä (vrt. Rajavaara 2014). Tällöin harkintavaltaan liittyvää lainkäytön ja päätöksenteon osaa ei voida koskaan täysin poistaa. Ihmiset, ryhmät, professiot, ideaaliset ja normittavat ajattelutavat sekä ohjeistukset rajaavat harkinta-alueita jollain tavalla (Östergaard 2016).

Hallinnolliseen päätöksentekoon liittyy oikeustieteellisen näkökulman mukaan myös lainmukaisuuden ja tarkoituksenmukaisuuden arviointia (Mäenpää 2008). Nämä on tärkeää erottaa toisistaan. Lainmukaisuuden periaate liittyy päätöksen arvioimiseen sen lakiperusteiden näkökulmasta. Tarkoituksenmukaisuuden arviointi liittyy tiettyssä merkityksessä lainkäytön soveltuvuuteen eli hallinnollisen toimenpiteen sopivuuden tai tilanteeseen soveltuvuuden arvioimiseen. Esimerkiksi päätöksistä tehdyissä valituksissa voidaan vedota joko oikeudellisiin tai tarkoituksenmukaisuuden perusteisiin tai molempiin. Mäenpään (2008, 124) mukaan tarkoituksenmukaisessa päätöksenteossa on kyse toimintalinjauksiin liittyvästä päätöksenteosta. Tarkoituksenmukaisuuden käsite voi liittyä myös lainsäädännön käyttämiseen yleisesti tavalla, jossa sitä voidaan soveltaa turvaamaan yksilön asemaa ja oikeuksia erilaisissa elämäntilanteissa.

Harkintavalta voi siis mahdollistaa päätöksenteon sekä avun ja turvan tuottamisen tavalla, joka soveltuu kansalaisten vaihteleviin tilanteisiin. Toisaalta harkintavalta tuottaa myös riskejä. Kuntoutuspalveluja, apua ja tukea voidaan toteuttaa tavoilla,

joissa harkintavallan käyttö jää näkymättömiin. Riskinä voi olla se, että viranomaiset toimivat puutteellisesti tai kansalaisten tarpeisiin nähden riittämättömällä tavalla (esim. Molander ym. 2012; Rajavaara 2014, 138). Tämä voi olla mahdollista, vaikka kansalaisten tarpeisiin vastattaisiin lukuisin erilaisin toimin ja erikoistunein instituutioin sekä ammatillisella toiminnalla. Harkintavaltaa siis käytetään niin yhteiskunnan auttamisjärjestelmän instituutioissa organisaatiotasolla kuin myös professionaalisissa käytännöissä. Toisinaan organisaatioiden ja professioiden käytännöt ja toimintatavat eroavat painopisteiltään. Esimerkiksi professioiden ja ammattikuntien eettiset ohjeistukset voivat ohjata toimintaa eri tavalla kuin organisaatioiden ohjeistukset. (Vrt. Freidson 2001.)

Eräänä harkintavaltaan liittyvänä erillisalueena onkin nostettu esiin professionaalisen harkinnan käytännöt. Professionaalista harkintaa liittyy niin ammatillisiin käytäntöihin kuin myös lainmukaisuuden kriteerejä tulkitsevaan asiantuntijatyöhön. Esimerkiksi vakuutuslääketieteen parissa joudutaan käyttämään harkintaa arvioitaessa työkyvyn heikentymistä ja sen syitä. Toisaalta myös muissa ammateissa kuin perinteisessä lääkäriprofessionissa joudutaan asiakkaiden tilanteiden selvittämisen pohjalta tekemään ratkaisuja siitä, millaisia palveluja heille tarjotaan ja millaisiin etuuksiin heille syntyy oikeuksia. (Esim. Wallander 2008; Rajavaara 2014, 148; Kankaanpää 2014.) Professionaalisen tiedon ja kulttuurin osuus harkintavallan elementtinä on oma erityinen harkinnan alueensa (Östergaard 2016). Organisaatioissa toimivan profession asemaa korostava harkintaulottuvuus toimii myös erilaisena tiedon ja toimintatapojen ohjaustapana kuin hallinnollinen työn järjestäminen, ohjeistukset tai vaikkapa palveluntuottajien käymään varallisuus- ja asiakaskilpailuun liittyvät sopimukset (Freidson 2001).

On nähty, että ammattilaisten ja viranomaisten harkintavalta voi olla ristiriidassa demokraattisen päätöksenteon ihanteiden kanssa. Molanderin ym. (2012) täsmennyksessä harkintavallan voi ymmärtää ainakin kahdella tavalla: harkinta-alueeseen keskittyvän rakenteellisen ja harkintaan liittyvän päättelyn tai käytännön järjelyn (*reasoning*) näkökulmista. Harkintaan liittyvän päättelyn näkökulmasta päätöksenteon kriteerien kehittäminen on olennaista. Päätöksenteon kriteerejä voidaan esimerkiksi kehittää ja tarkentaa suhteessa demokraattisesti muodostettuihin kriteereihin. Tällöin kriteerien kehittämisellä on kytkös myös demokraattisiin käytäntöihin. Jos päättelykriteereitä pystytään parantamaan, harkintakin voi muuttua. Siitä voi tulla esimerkiksi julkista, avoimempaa ja täsmennetympää kuin aiemmin, ja siihen liittyvät muodolliset ja ammatillisissa käytännöissä syntyvät kriteerit voidaan tunnistaa ja lausua julki, myös avoimessa kansalaiskeskustelussa. (Molander 2012; vrt. myös Östergaard 2016.) Päätöksenteon kriteerien tulisi olla näkyviä. Kansalaisten oikeuksiin kohdistuvissa arviointikäytännöissä onkin tärkeää tunnistaa, millaisia erilaisia harkintavallan ulottuvuuksia käytännöissä on.

3 Tutkimuksen toteuttaminen

3.1 Monimenetelmäinen toimeenpanotutkimus

Tutkimus toteutettiin monimenetelmäisellä tutkimusasetelmalla, ja se yhdistyi Kelassa toteutettavan Muutos-tutkimushankkeen toimeenpanotutkimuksellisiin tausta-ajatuksiin (Seppänen-Järvelä 2016; Seppänen-Järvelä 2017). Toimeenpanotutkimuksessa voidaan selvittää, sisältääkö ohjelma ja sen käytäntö (tässä tutkimuksessa lain toimeenpano) relevantit osat toimiakseen tavalla, jolla sen on oletettu toimivan. Toisaalta voidaan keskittyä tarkastelemaan myös sitä, mitä toimeenpanossa tapahtuu, millaisista osista ohjelma, kuten kuntoutuksen toimintapolitiikka, muodostuu ja miten osalliset kokevat muutoksen. (Patton 1997, 196–197; Proctor ym. 2011; Peters ym. 2013.) Lisäksi voidaan keskittyä vertailemaan toimintapolitiikan kirjattuja ideoita suhteessa toimijoiden näkemyksiin luonnollisissa olosuhteissa. Toimeenpanotutkimuksen perinteisimmät näkökulmat on liitetty niin sanottuihin *bottom-up*- ja *top-down*-lähtökohtiin. Nämä eroavat näkökulmissaan siinä, nähdäänkö toimeenpano organisaatiossa hallinnon ylätasoilta ohjeistusten ja regiimien kautta tapahtuvaksi ja toimijatasolle implementoiduksi kokonaisuudeksi vai ajatellaanko, että toimijatasolla ja organisaation kokonaisuudessa olevat yksittäiset ja vaihtelevat tekijät voivat vaikuttaa siihen, miten politiikka käytännössä toimijoiden tasolla muotoutuu. (Weible ym. 2004; Koontz ja Newig 2014.)

Monimenetelmäisen (*mixed-methods*) tutkimuksen periaatteet on nähty usein yhteensopiviksi realistisen sosiaalitutkimuksen ja sen tieteenfilosofisten oletusten kanssa (Danermark ym. 2002; Maxwell ja Mittapalli 2010). Realistisen sosiaalitutkimuksen näkökulmasta onkin kritisoitu tiukkaa paradigmaattista erontekoa laadullisten ja määrällisten tutkimusmenetelmien välillä. Viitekehysten tutkimuksissa voidaankin yhdistää monenlaisia aineistoja ja havainnoinnin menetelmiä. Silti kyseinen viitekehys ei tarjoa toimintaohjeita analyysien suorittamiseen ja yksityiskohtaiseen työskentelyyn aineistojen (esim. puhe, teksti, kuva, numerot) kanssa. Sen sijaan sen parissa on tehty yleisemmällä tasolla täsmennyksiä, jotka selventävät erityisesti analyysin etenemistä ja luonnetta ja joissa analyysi liittyy laajasti koko tutkimuksen tai arvioinnin kohteen kuvaamiseen ja sen luonteen ymmärtämiseen.

Berth Danermark ym. (2002, 151) ovatkin täsmentäneet monimenetelmäisen realistisen tutkimuksen mahdollisuuksia tuomalla esiin ekstensiivisen ja intensiivisen tutkimusasetelman näkökulmat ja näiden jatkuvan vuorottelun tutkimustyössä (ks. myös tutkimuskokonaisuuteen liittyvä toinen raportti Åkerblad ym. 2018). Nämä hahmottelutavat voivat auttaa myös tarkentamaan määrällisen väestötasoisien tarkastelun merkitystä sekä toisaalta yksittäisten tarkastelukohteiden, kuten yksittäisten kuntoutujien tasoisten aineistojen, merkitystä tutkimuksessa. Heidän tarjoamassaan tutkimusnäkökulmassa (*critical methodological pluralism*) oletetaan, että asiantilojen taustalla on mekanismeja, joita ei välttämättä sellaisenaan kyetä havaitsemaan. Tällöin tutkimuksen tehtävänä on tunnistaa ja selittää, kuinka mekanismit mani-

festoituvat todellisissa tapahtumissa ja prosesseissa. Intensiivisen ja ekstensiivisen empiirisen tutkimuksen täsmennys tarjoaakin käsityksen siitä, mitä tutkimuksessa pyritään tunnistamaan ja miten tunnistaminen tutkimuksessa määritellään. Kiistanalaista saattaa kuitenkin olla tunnistamisen kohde. Kohteista Danermark ym. (2002) esittävät oman käsityksensä. *Intensiivinen* empiirinen tutkimus liittyy prosessien toimimisen tunnistamiseen yhdessä tapauksessa tai tietyssä määrityssä ja rajatussa joukossa tapauksia. Tämä voisi tarkoittaa esimerkiksi yhden kuntoutusprosessin tutkimista ja kuntoutuksen prosessissa lopputulokseen tai nykyiseen asiantilaan eri tavoin yhteydessä olleiden tekijöiden tunnistamista. *Ekstensiivinen* empiirinen tutkimus puolestaan pyrkii tunnistamaan populaatiossa ilmeneviä säännönmukaisuuksia ja ominaispiirteitä. Kuntoutuksessa tällainen tutkimus voi sisältää vaikkapa erilaisten kuntoutujaryhmien ja heille ominaisten asiantilojen tunnistamista.

Metodologisesta pluralismista ja erilaisten aineistojen yhdistämisestä on kirjoittanut arkikielisellemmin Antti Karisto (2008). Kariston mukaan menetelmällisessä moniarvoisuudessa ei aseteta erityyppisiä tutkimusaineistoja ajalliseen tai paremmuusjärjestykseen. Erilaisten aineistojen käyttämisessä on pikemminkin kyse yleis- ja lähikuvausten vaihtelemisesta tutkimuksen aikana. (Ks. myös Mäkelä 1996.) Yhtäaikaisesti voidaan tarkastella asioiden levinneisyyttä ja tiheyttä sekä pyrkiä tiheään tarkasteluun. Karisto kuvaa omaa tutkimustapaansa generalistiseksi ja yleisuteliaaksi. Generalistisesta ja metodologisen pluralismin näkökulmasta toteutetussa tutkimuksessa ja sen raportoinnissa voidaankin edetä temaattisesti.

Tutkimme uudistusten ja niihin liittyvien linjausten toimeenpanoa. Tutkimusta voidaan kuvailla monimenetelmäiseksi tutkimukseksi, jossa ei ole aikajärjestyksessä monometodisia vaiheita vaan erilaisten aineistoanalyysien ja menetelmien hyödyntämistä ajallisesti limittäin, esimerkiksi toisesta aineistoista ilmenneiden tulosten jälkeen toisen aineiston läpikäymistä uudelleen. Tutkimuksessa ei tehdä tiukkaa paradigmaattista eroa laadullisten ja määrällisten tutkimusaineistojen välillä vaan näkökulmana on se, että aineistot ovat eri olomuodoissa (numerot, teksti) ja voivat avustaa kokonaiskuvan muodostamisessa. Niin katsotun realistisen sosiaalitutkimuksen näkökulma ja tieteenfilosofiset oletukset ovatkin osin yhteensopivia tutkimuksen kanssa. Joidenkin näkökulmien mukaan monimenetelmällisellä tutkimuksella voi olla myös pragmatistinen pohja. (Danermark ym. 2002; Johnson ja Onwuegbuzie 2004; Hupe ja Hill 2016.) Ekstensiivisellä populaatiotasolla tutkimuksessa liikutaan, kun tarkastellaan kyselyaineiston avulla ammatillisen kuntoutuksen hakijoiden mielipiteitä kuntoutukseen hakemisesta. Asiantuntijalääkäreiden ja ratkaisijoiden haastatteluaineistot kuvaavat hieman lähempää tarkastelua suhteessa siihen, miten uudistuksen mukaiset ideat käytännössä toimivat. Esimerkiksi havainnoivin menetelmin saatua intensiivistä lähikuvausta ei tutkimuksessa saada, mutta haastattelujen avulla saadaan kuitenkin tutkimusekonomisesti lähityöntekijöiden näkemys omasta arkipäiväisestä toiminnastaan. Tutkimuskysymykset ovat kuvailevia, ja selittävään näkökulmaan asetetaan realistissävyytteisen analyttisen tulkinnan avulla. Tällöin

johtopäätöksiä ja pohdintaa tuotetaan siirtymällä aineistosta yleisemmälle tasolle ja hyödyntämällä myös käsitteellistämistä ja kontekstualisointia. (Pettigrew 1997; Owen ja Rogers 1999; Danermark ym. 2002; Johnson ja Onwuegbuzie 2004; Peters ym. 2013, 6; Hupe ja Hill 2016.)

3.2 Tutkimustehtävä

Tutkimuksen alkuperäinen tavoite oli tuottaa tietoa ammatillisen kuntoutuksen lakimuutoksen vaikutuksista. Tutkimuksen suunnitteluvaiheessa Kelan Muutos-hankkeessa oli laadittu alustava suunnitelma, jonka mukaan kiinnostavaa uuden toimintapolitiikan toimeenpanossa olivat uudet lainkohdat, jotka käsittelevät oikea-aikaisuutta ja kuntoutukseen pääsyä. (Ks. alustava tutkimussuunnitelma Kela 2015.) Tutkimuksen tehtävän ja toteutuksen täsmentyessä päätettiin, ettei tässä tutkimuksessa keskitytä tilastotarkasteluun kuntoutukseen pääsystä. Siten Kelassa tehtiin erikseen kuntoutuksen pääsystä tilastotarkastelu, jossa selvitettiin uudistuksen jälkeisiä kuntoutuksen ratkaisu-, myöntö- ja hylkäysmäärien muutoksia (Heino ja Seppänen-Järvelä 2017).

Tämän tutkimuksen kohteeksi painottuivat keskeiset muutokset kuntoutuksen myöntämisen edellytyksissä. Keskeiset muutokset liittyvät arviointikäytäntöihin, joissa asiakkaan työkyvyn heikentymistä tulisi selvittää laajemmin kuin suhteessa työkyvttömyyden uhkaan ja sairauteen tai vammaan. Keskeisiä uusia käsitteitä työkyvyn heikentymistä arvioitaessa ovat asiakkaan kokonaistilanne ja opiskelukyky. Ratkaisutyön näkökulmasta ratkaisijoiden ja asiantuntijalääkärien haastatteluaineistot olivat olennaisia. Ammatillisen kuntoutuksen hakijoiden tuottama aineisto mahdollisti Kelan onnistumisen arvioinnin hakijan näkökulmasta. Tutkimuksen *päätehtävänä on selvittää, kuinka työ- ja opiskelukyvyn heikentyminen ja asiakkaan kokonaistilanne arvioidaan uudistetun lain puitteissa*. Tutkimus on moninäkökulmainen.

Tutkimuksen alustavassa suunnitelmassa (Kela 2015) määritellyt kysymykset edistävät analyysyä ja mahdollistavat päätehtävän toteuttamisen. Niiden avulla voitiin hahmottaa asiakastapausten arvioinnin osa-alueita. Tietoa ammatillisen kuntoutuksen lakimuutoksesta etsittiin siten erityisesti seuraavilta alueilta:

1. työ- ja opiskelukyky (Miten työ- ja opiskelukyvyn olennaista heikentymistä arvioidaan ja miten asiakkaan kokonaistilanne vaikuttaa työ- ja opiskelukyvyn heikentymiseen?)
2. asiakkaan kokonaistilanne (Miten asiakkaan kokonaistilanne arvioidaan? Millaisista asiakkaan elämäntilanteen osatekijöistä kokonaistilanteen arvio muodostuu?) (Kela 2015).

Tutkimuksen edetessä kävi ilmi, että tutkimustapauksessa voidaan täsmentää myös arviointikäytäntöihin liittyviä harkintavallan ulottuvuuksia. Siten pohdimme tutki-

muksessa myös harkintavallan rakentumista ja sen osia ammatillisen kuntoutuksen ratkaisukäytännöissä.

3.3 Aineistot ja aineistojen keruu

Tutkimuksen kysely- ja haastatteluaineistot on kerätty kolmelta lakimuutokseen liittyvältä ryhmältä: Kelan ratkaisijoilta, Kelan asiantuntijalääkäreiltä sekä Kelan ammatillista kuntoutusta hakeneilta. Ratkaisijoilta ja asiantuntijalääkäreiltä tiedusteltiin näkemyksiä lakiuudistuksesta eli sen sisällöstä ja toimeenpanoprosessista eli siitä, mitä Kelan organisaatiossa lakiuudistuksen myötä tapahtui ja kuinka asiakastapauksia uusien kriteerien mukaan arvioidaan. Kuntoutusta hakeneilta kerätty aineisto ei sisältänyt lain kommentointia, vaan sen avulla pyrittiin kartoittamaan hakijoiden kokonaistilannetta ja näkemyksiä Kelan ammatillisen kuntoutuksen hakemisesta ennen lakiuudistusta ja sen jälkeen. Tässä tutkimuksessa voidaan osin puhua niin sanotusta moninäkökulmaisesta aineistokokonaisuudesta, jossa haastatteluilla on olennainen asema – kuntoutuksen hakijoilta kerätty aineisto kuvaa hakijataustaa, joka on läsnä jatkuvasti ratkaisukäytännöissä.

Tutkimus toteutettiin Jyväskylän yliopistossa. Jyväskylän yliopiston tutkimusryhmä täsmensi Kelan Muutos-hankkeen alustavaa suunnitelmaa (Kela 2015; Seppänen-Järvelä 2015), minkä jälkeen ryhmä keräsi aineistot ja toteutti analyysit sekä raportointiin liittyvät vaiheet. Ennen aineistonkeruuta Kelan tutkimusettinen toimikunta arvioi tutkimussuunnitelman keväällä 2016, minkä jälkeen tutkimuksen toteutus ja aineistonkeruu alkoivat. Kyselyaineisto kerättiin kesällä 2016 ja elokuussa 2016 aloitettiin haastatteluaineistojen keruu. Haastatteluaineisto on olennainen tutkimuksen pääkysymykselle (kuinka työ- ja opiskelukyvyn heikkeneminen ja asiakkaan kokonaistilanne uudistetun lain puitteissa arvioidaan?), ja sen keräämistä kuvataan ensin.

Haastateltaviksi pyydettiin Kelan ammatillisen kuntoutuksen ratkaisuja tekeviä ratkaisuasiantuntijoita (n = 10) ja ammatillisen kuntoutuksen hakemuksia arvioivia asiantuntijalääkäreitä (n = 9) kaikista Kelan vakuutuspiireistä. Tutkimusryhmä sai heidän yhteystietonsa Kelasta. Haastateltaviin oltiin ensin yhteydessä sähköpostitse, minkä jälkeen heillä oli mahdollisuus valita itselleen sopiva aika puheluun. Haastattelut tehtiin puhelimitse teemahaastatteluina (Sturges ja Hanrahan 2004; Trier-Bieniek 2012).

Puhelinhaastattelut tehtiin loppukesän ja syksyn välisenä aikana vuonna 2016. Kaikki sovitut haastattelut toteutuivat ja haastatteluihin osallistui sekä lääkäreitä että ratkaisijoita jokaisesta Kelan viidestä vakuutuspiiristä (Eteläinen, Itäinen, Läntinen, Pohjoinen, Keskinen). Ennen haastattelua haastateltaville lähetettiin tiedote ja informaatiokirje tutkimuksesta (liite 2), ja haastattelun alussa heidän vapaaehtoisuutensa ja halukkuutensa osallistua tutkimukseen varmistettiin uudestaan perustietojen läpikäymisen jälkeen. Haastattelut sujuivat rauhallisesti, eikä niissä tapahtunut keskeytyksiä. Haastatteluteemat sisälsivät yleisiä kysymyksiä lakimuutoksesta ja kokonais-

tilanteen arvioimisesta sekä kolme erilaista tapauskuvausta (vrt. Östergaard 2016), jotka oli laadittu kuvitteellisiksi hakijatapauksiksi. Haastateltavat tulkitsivat tapauksia normaalin arviointityönsä kannalta (liite 4). Litteroijat purkivat äänitetyt tallenteet sana sanalta haastattelujen jälkeen tekstiksi analyysivaiheita varten. Aineistoa kerääntyi yhteensä 308 litteroitua sivua (Times NR 12, riviväli 1,5). Tekstiksi tallennetut haastattelut siirrettiin kvalitatiivisen tutkimuksen analyysiä varten kehitettyyn Atlas.ti-ohjelmaan.

Tutkimusryhmä keräsi ammatillista kuntoutusta hakeneilta henkilöiltä alustavan suunnitelman mukaisesti postikyselyaineiston (yht. n = 972), joka sisälsi vastauksia muun muassa asteikollisiin ja monivalintakysymyksiin mutta myös avoimia vastauksia. Kyselyn toteuttamiseksi suunniteltiin ositettu otanta¹. Ositetussa otannassa Kelan kuntoutuksen ratkaisutilastosta poimittiin 1 520 henkilön otos vuosilta 2013 ja 2015 eli ennen lakimuutosta ja sen jälkeen. Aineistoa rajattiin (esim. alaikäiset ja osoitteettomat poistettiin), minkä jälkeen henkilöitä otettiin Kelan vakuutuspiirien alueilta mukaan suhteellisin osuuksin (Eteläinen; Läntinen; Keskinen; Itäinen; Pohjoinen; muu), sukupuolittain ja ikäryhmien mukaan (18–34-, 35–44-, 45–54- ja 55–64-vuotiaat). Mukana oli siten sekä hylkävän että myönteisen kuntoutuspäätöksen saaneita ammatillisen kuntoutuksen hakijoita. Kela lähetti kyselyn otokseen valituille. Palautetut vastaukset tallennettiin sähköiseen muotoon ja siirrettiin tämän jälkeen SPSS-ohjelmaan.

Tutkimukseen vastasi ammatillista kuntoutusta hakeneita kummaltakin vuodelta (taulukko 2, s. 24) kaikista vakuutuspiireistä ja ikäryhmistä. Lakimuutosta edeltäneeltä vuodelta otetun otoksen kyselyyn vastasi 432 henkilöä ja vastausprosentiksi tuli noin 28. Lakimuutoksen jälkeisen vuoden otoksen kyselyyn osallistui 542 vastaajaa, ja tässä kyselyssä vastausprosentti oli toista kyselyä suurempi eli 36. Eroa voi selittää esimerkiksi se, että vuoden 2013 hakutilanteesta oli kulunut jo jonkin verran aikaa, joten vastaaminen saattoi olla hankalampaa kuin vuoden 2015 hakijoilla.

Osa työikäisistä voi jättää vastaamatta työläiksi koettuihin postikyselyihin, kun suuri osa on jo tottunut uusiin ja vastaamista helpottaviin viestintävälineisiin (esimerkiksi sähköisiin kyselyihin, sähköpostiin ja puhelinsovelluksiin). Ne mahdollistavat vastaamisen ilman paperilomaketta paikasta riippumatta. Molempien otosten vastausprosentteja postikyselyyn voi kuitenkin pitää vähintään tyydyttävänä, ja vastaajia oli riittävästi tilastollisia analyyseja varten. Analysoimme aineiston vastaavuutta perusjoukkoon kummankin vuoden otoksen osalta yleisellä log-linearisella mallilla. Tarkastelun perusteena käytimme otoskriteerejä (vakuutuspiiriä, sukupuolta ja ikäryhmää). Periaate on, että mallin korjatut jäännökset (*adjusted residuals*) voi-

1 Ositettu otanta tehtiin vuosien 2013 ja 2015 Kelan ammatillisen kuntoutuksen hakijoista, jolloin rajausten jälkeen perusjoukosta poimittiin suhteelliset osuudet ensin Kelan vakuutuspiireittäin uuden jaottelun mukaisesti (Eteläinen; Läntinen; Keskinen; Itäinen; Pohjoinen; muu), toiseksi sukupuolittain (miehet; naiset) ja kolmanneksi iän mukaan (18–34; 35–44; 45–54; 55–64) kummankin otoksen osalta yhteensä.

vat olla itseisarvoltaan yli kaksi noin viidessä prosentissa analyysitaulukon solujen kokonaismäärästä satunnaisesti. Näissä aineistoissa jäännökset olivat yli viitearvon niin, että vuoden 2013 otoksessa vastaavuus oli parempi kuin vuoden 2015 otoksessa, jossa painottuivat jonkin verran iäkkäiden naisten vastaukset. Huomioimme tämän analyysissä: jos epäilimme sukupuolen jotenkin vaikuttavan analyysissä saatuun tulokseen, tulkitsimme tulosta hyvin huolellisesti niin, että mahdollinen vaikutus tuli huomioituksi.

Taulukko 2. Kyselyaineiston perustietoja otoksittain (n = 974).

	Otos 1 (2013)		Otos 2 (2015)	
Perusjoukko, rajattu	9 983		11 779	
Otos	1 520		1 520	
Osallistujat	432		542	
Vastausprosentti ~	n. 28		n. 36	
Sukupuolijakauma	Vastaukset	Otos %	Vastaukset	Otos %
Mies	170 (39 %)	44	177 (33 %)	41
Nainen	258 (60 %)	56	354 (65 %)	59
Vakuutuspiirijakauma	%	%	%	%
Pohjoinen	20	22	23	21
Keskinen	15	16	19	16
Läntinen	13	16	12	15
Itäinen	22	20	20	22
Eteläinen	25	26	21	26
Ikäryhmäjakauma (kuntoutuksen hakuvuotena)				
18–34 v	35	48	23	42
35–44 v	13	15	13	15
45–54 v	22	21	33	24
55–64 v	26	14	27	19
65 tai enemmän ^a				

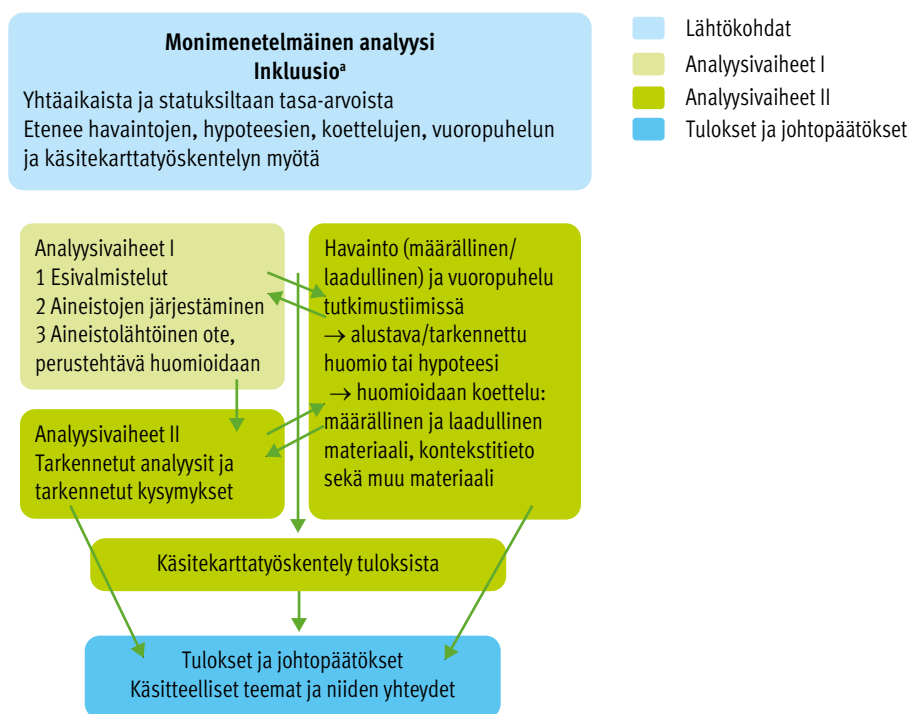
^aJätetty huomiotta.

3.4 Aineistojen analyysit

Analysoimme tutkimusaineistot vaiheittain. Järjestimme sekä määrällisen että laadullisen aineiston ensin tutkittavaan muotoon, minkä jälkeen aloitimme monimenetelmäisen analyysiprosessin, jonka mallia kehitettiin tutkimuksen aikana AMKU-tutkimuksen kokonaisuus huomioiden (ks. myös Åkerblad ym. 2018). Tässä

mallissa määrälliset ja laadulliset analyysit ajoittuivat limittäin, jolloin muodostimme saaduista tuloksista ja havainnoista alustavia oletuksia (kuvio 2). Koettelimme oletuksia vertailevalla lukemisella ja tarkastelulla yli aineistojen, eli niin että keskustelimme tietystä aineistosta saadusta tuloksesta suhteessa toisiin aineistoihin, niistä saatuihin tuloksiin sekä niiden mahdollistamiin havaintoihin. Tällöin analyysiä saatiin jatkaa yhdessä aineistossa ilmenneiden tulosten jälkeen toisessa aineistossa. Muodostimme oletuksista analyysin myötä ideakarttoja, jotka avustivat tulkinnassa.

Kuvio 2. Monimenetelmäinen analyysiprosessi.



^aVrt. Johnson ja Onwuegbuzie 2004, 20.

Laadullisessa aineistossa (haastattelut, kyselyjen avoimet vastaukset muuttujista k42 ja k30, ks. liite 5) hyödynsimme tarkemmin teemoittelevaa ja luokittelevaa analyysiä (Ryan ja Bernard 2000; Krippendorf 2004; Braun ja Clarke 2006). Teemoitteleva ja luokitteleva analyysi eroavat toisistaan abstraktion ja tulkinnan tasoiltaan. Asiasisällöt, jotka ovat kohtuullisen selkeästi toisensa poissulkevia ja toisistaan eroteltavia, voidaan analysoida luokittelemalla sisältöjä eri kategorioihin. Teemoittelevassa analyysissä aineiston sisältöä järjestetään, mutta teemoittelu vaatii laajempien sisällöllisten kokonaisuuksien tiivistämistä ja nimeämistä kuin luokittelu. Teemoittelu sisältää myös vahvemmin vaatimuksen tulkinnasta (esim. Krippendorf 2004). Veimme aineiston ensin Atlas.ti-ohjelmaan alustavaa analyysia varten. Lisäksi Atlas.ti-ohjel-

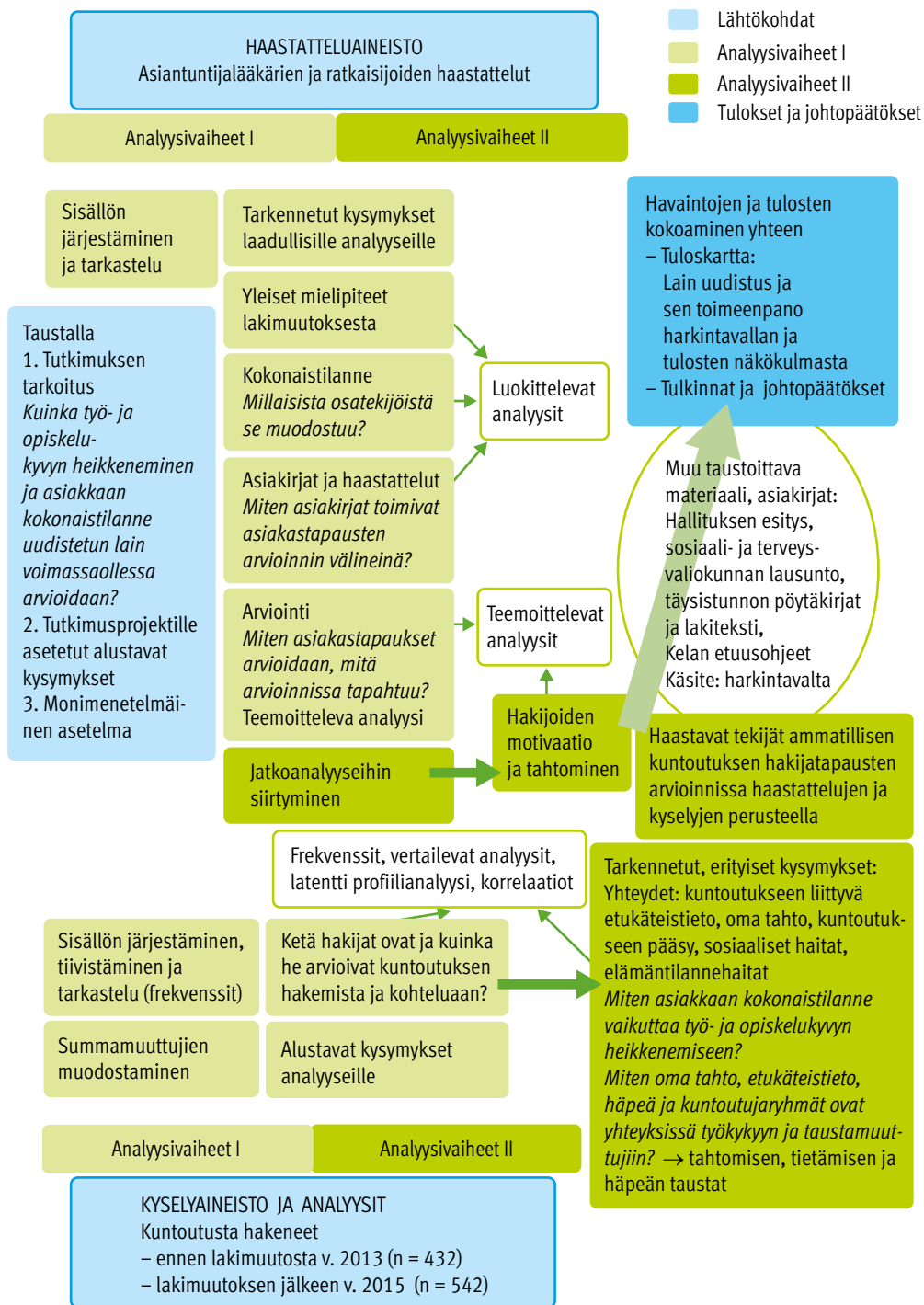
maan siirrettiin myös eduskunnan arkiston ja Finlex²-palvelun kautta löytyneet lain valmisteluasiakirjat ja lakiteksti (L 566/2005; HE 128/2013 vp; StVM 15/2013 vp; PTK 109/2013 vp; PTK 111/2013 vp). Näin oli mahdollista pohtia tuloksia suhteessa lain muutoksen valmisteluasiakirjoihin.

Atlas.ti-ohjelmassa luokittelu ja teemoittelu tehdään koodaustyökalujen avulla eli tietty aineistokohta merkitään tietyn koodin (useimmiten luokkaan tai teemaan myöhemmin linkitettävä ja asiasisältöä kuvaava sana ja merkintä aineistossa) avulla. Analyysien edetessä järjestimme aineiston haastatteluteemoittain ja muistaen jatkossa luokittelussa ja teemoittelussa tutkimuksen perustehtävän. Tässä vaiheessa haastattelujen sisältö järjestettiin ja lisäksi luokiteltiin seuraavan kysymyksen avulla: millaisia olivat haastateltavien yleiset mielipiteet lakiuudistuksesta? Tämän jälkeen aineistolle muodostettiin tarkennetut, tutkimuskysymysten kannalta relevantit kysymykset, jotka ohjasivat jatkokoodausta. Hyödynsimme luokittelevia analyysejä seuraavassa kysymyksessä: millaisista osatekijöistä kokonaistilanne muodostuu? Lisäksi luokittelimme kyselyn avoimet vastaukset kuntoutuksen hakemisen syistä. Hyödynsimme teemoittelevia analyysejä tarkastellessamme aineistoa suhteessa seuraaviin kysymyksiin: Miten asiakastapaukset (kokonaistilanne, työkyvyn heikkeneminen, opiskelukyky) arvioidaan? Mitä arvioinnissa tapahtuu? Miten asiakirjat ja haastattelut toimivat asiakastapausten arvioinnin välineenä?

Koodauksen jatkuessa havaitsimme, että koodeista näytti muodostuvan tasoja. Tällöin sijoitimme koodit analyysin edetessä suhteessa toisiinsa tasoittain: jos ensivaiheen koodit olivat sijoitettavissa jonkin yhteisen nimittäjän – luokan tai teeman – alle, muodostettiin luokkaa tai teemaa kuvaava koodiperhe, jonka alle sijoitettiin kaikki sitä kuvaavat koodit (Atlas.ti:ssä koodiperheisiin voidaan kiinnittää lukuisia erilaisia koodeja – koodiperhe kuvaa tässä joko samaa luokkaa tai yhteistä koodeihin liittyvää teemaa). Nimesimme koodiperheet eli luokat tai teemat. Analyysin edetessä seuraaviin vaiheisiin havaitsimme, että aineistosta olisi hyvä selvittää tutkimuksen perustehtävän kannalta vielä, miten haastateltavat puhuvat asiakkaiden motivaatiosta ja halusta. Tässä analyysissä etsimme aineistosta kaikki kohdat, jotka sisälsivät sanan motivaatio tai halu. Tällöin koodattu aineisto oli niin laaja, että sanan käytön yhteys tuli riittävästi otteeseen mukaan. Sisältö teemoiteltiin samanlaisessa prosessissa kuin edellä on kuvailtu. Näiden analyysien jälkeen tuloksia luettiin rinnakkain ja vertailtiin soveltuvin osin suhteessa kyselyihin ja lain valmisteluasiakirjoihin. (Krippendorf 2004.)

2 Finlex on Suomen oikeusministeriön omistama julkinen Internet-palvelu, joka sisältää oikeudellista aineistoa. Ks. www.finlex.fi.

Kuvio 3. Aineistojen analyysien eteneminen.



Analysoimme määrällisen aineiston IBM SPSS Statistics (versio 24) -tilasto-ohjelmalla sekä Mplus-ohjelmalla (versio 8). Analyyseissä tutkimme ammatillisen kuntoutuksen hakijoiden taustoja, työ- ja opiskelukykyä sekä kokonaistilanteeseen liittyviä tekijöitä sekä hakijoiden arvioita Kelán onnistumisesta ammatillisen kuntoutuksen hakemisesta ja hakijoiden kohtelusta ja heidän näkemyksiään hakemisen vaiheesta. Tiivistimme aineistoa luomalla seuraavat keskeiset summamuuttujat: Kelán onnistuminen³, sosiaaliset haitat⁴, elämäntilannehaitat⁵ ja hakijoiden kohteluun liittyvät oma tahto⁶ ja henkilökohtainen ja kannustava palvelu⁷. Tiivistämisen jälkeen tutkimme aineistosta otoksen poiminnassa käytettyjä taustamuuttujia: sukupuolta, ikäryhmää ja vakuutuspiiriä. Lisäksi tutkimme diagnoosiryhmiä ja riittämätöntä toimeentuloa ilmoittavien ja koulutuksen keskeyttäneiden mielipiteitä Kelán onnistumisesta. Tutkimme myös hakijoiden kokemuksia hakemisesta, Kelán onnistumisesta ja asiakkaiden kohtelusta seuraavissa asioissa (ks. myös liite 5, kysymykset 40 ja 41): viivyttelemättömyys, oma tahto, etukäteistieto⁸, häpeän kokeminen⁹ sekä palvelun kokeminen henkilökohtaiseksi ja kannustavaksi.

Lisäksi analyysien edetessä tutkittiin joitakin erillisiä, tutkimuskokonaisuutta koskevia hypoteesejä: Onko etukäteistiedon tai oman tahdon ja kuntoutukseen pääsyn välillä yhteys? Entä onko sosiaalisten haittojen, elämäntilannehaittojen tai häpeän ja työkyvyn välillä yhteys? (Tutkimuskysymys: Miten asiakkaan kokonaistilanne vaikuttaa työ- ja opiskelukyvyn heikkenemiseen?)

Tiivistimme aineistoa (muodostamalla summamuuttujat) faktorianalyysin (principal axis factoring, promax- ja varimax-rotatiot), joille laskettiin sisäistä yhtenevyyttä kuvaava reliabiliteetti (Cronbachin alfa). Kahden luokittelevan muuttujan välisiä yhteyksiä tutkimme ristiintaulukoinnilla. Tilastollisena testinä oli Pearsonin khiin neliö -testi (χ^2). Yksittäisten solujen osalta tarkasteltiin tarkemmin korjattuja jäännöksiä (adjusted residuals, myöhemmin Adj.Res.). Kolmen luokittelevan muuttujan välisiä yhteyksiä tutkittiin yleisellä lineaarisella mallilla käyttäen uskottavuussuhteen testiä ja tarkemmin yksittäisten solujen osalta tarkastelemalla korjattuja jäännöksiä (Adj.Res.). Jatkovien muuttujien välisiä yhteyksiä tutkittiin järjestyskorrelaatiolla.

3 Kelán onnistuminen eli yleisönnistuminen (ks. kyselylomakkeessa kysymykset 40a–40g). Cronbachin alfa oli 0,94. Kaikki muuttujat paransivat reliabiliteettia sekä 2013 että 2015.

4 Sosiaaliset tekijät (ks. kyselylomakkeessa kysymykset 24a–i). Cronbachin alfa oli vuoden 2013 otoksessa 0,89 ja vuoden 2015 otoksessa 0,85. Kaikki muuttujat paransivat reliabiliteettia.

5 Elämäntilannehaitat (ks. kyselylomakkeessa kysymykset 25a–g). Cronbachin alfa oli 0,77. Kaikki muuttujat paransivat reliabiliteettia.

6 Oma tahto (ks. kyselylomakkeessa kysymykset k41b, k41d). Kysymys sisälsi väittämät ”halusin kuntoutukseen omasta tahdostani” ja ”minua painostettiin kuntoutukseen”.

7 Henkilökohtainen ja kannustava palvelu (ks. kyselylomakkeessa kysymykset k41e, k41g). Kysymys sisälsi väittämät ”Kelán palvelu oli henkilökohtaista” ja ”Kelán palveluilmapiiri oli kannustava”.

8 Etukäteistieto (ks. kysymys k41c).

9 Häpeä (ks. kysymys k41f).

Luokittelevien ja jatkuvien muuttujien välisiä yhteyksiä tutkittiin yleisellä lineaarisella mallilla (GLM), ja parametrien 95 %:n luottamusvälit laskettiin *bootstrap*-menetelmällä (BCB 95 % CI on lyhenne sanoista *bias corrected and accelerated 95% confidence intervals*). Joissakin tilanteissa tehtiin keskiarvotestiä vastaava ei-parametrinen Kruskallin–Wallisin testi, jos vertailtavana oli useita ryhmiä, tai Mannin–Whitneyn testi, jos vertailtavia ryhmiä oli kaksi. Kruskallin–Wallisin testin tulosta täydennettiin tekemällä parivertailut Mannin–Whitneyn testillä. Lisäksi Mplus-ohjelmalla tehtiin latentti profiilianalyysi. Profiilien määrää arvioitiin Bayesin informaatiokriteerin avulla ja tekemällä tilastollinen testi ryhmien lukumäärän vertailemiseksi bootstrap-menetelmällä.

Esittelemme raportissa tutkimuskysymysten sekä monimenetelmäisen asetelman ja tutkimustehtävien sekä niiden taustoituksen kannalta olennaiset tulokset. Tuloksia ja taustatietoja havainnollistamme taulukoiden ja kuvioiden sekä prosenttijakaumien avulla. Käytettyjen testien merkitsevyydet on ilmoitettu alaviitteissä. Ensin käymme läpi kyselytulokset, minkä jälkeen siirrymme tutkimuksen kysymyksenasettelun mukaisesti ratkaisemisen käytäntöjä kuvaileviin tuloksiin ja ratkaisukäytännön ja uudistuksen kokonaisuutta kuvaavan synteessin esittelyyn.

3.5 Tutkimuksen rajoitukset ja luotettavuus

Monimenetelmäisen tutkimusstrategian yhteydessä on keskusteltu (esim. Caracelli ja Riggini 1994; O’Cathain 2010) tutkimuksen luotettavuuden ja arvioinnin vaikeudesta, sillä strategiassa yhdistyvät niin kvantitatiivisen kuin kvalitatiivisenkin tutkimuksen mahdollisuudet mutta myös niiden yhdistelyyn ja integraatioon liittyvät haasteet. Tähän tutkimukseen kerätty aineisto on moninäkökulmaista sekä laadullista että määrällistä aineistoa. Aineistojen keräämisen menetelmät, analyysit ja analyysien apuvälineet olivat aineistoille soveltuvia, tyypillisiä menetelmiä tutkimuksen alustavissa vaiheissa. Alustavien vaiheiden jälkeen syvennyttiin aineistojen rinnakkaiseen tarkasteluun. Erillisten aineistojen käsittelyssä havaittiin, että esimerkiksi haastateltavia oli riittävästi ja postikyselyn vastausprosentti oli melko tavanomainen. Kyselyaineiston vastaavuutta otoksen tietoihin tutkittiin erikseen, ja tiedot huomioitiin analyysissä (ks. tarkemmin luvut 3.3 ja 3.4). Tutkimus kävi läpi eettisen ennakoarvion (ks. luku 3.3), ja toteuttamiseen liittyviä eettisiä kysymyksiä pohdittiin tarvittaessa myös tutkimuksen aikaisesti.

Tämä tutkimus on ominaispiirteiltään monimenetelmäinen. On ehdotettu, että monimenetelmäisen tutkimuksen yhteydessä tulisi pohtia aivan omalla tavallaan tutkimuksen laatua, legitimitettä ja tutkimuksen luonteeseen ja tulosten arviointiin liittyviä kysymyksiä. (Onwuegbuzie ja Johnson 2006.) Koska yhteneviä kriteerejä monimenetelmäisen tutkimuksen luotettavuuden ja rajoitusten arvioimiseksi ei ole olemassa (esim. Caracelli ja Riggini 1994; O’Cathain 2010), tarkastellaan seuraavaksi tutkimuksen vaiheita, asetelmaa ja aineistoja ja niiden keruuta näkökulmasta, joka on käytäntökeskeinen ja kuvaileva. Aineistojen erilliset analyysit ja rinnakkain asettami-

sen vaiheet on kuvattu aiemmassa luvussa tarkasti. Monimenetelmäisen tutkimuksen yhteydessä onkin nähty mahdollisena arvioida tutkimuksen rajoituksia ja laatua tutkimusvaiheittain (Caracelli ja Riggin 1994; O’Cathain 2010). Seuraavaksi kuvaillaan tämän tutkimuksen asetelmaan ja suunnitteluun liittyvät rajoitukset, aineistokohtaiset rajoitukset ja tutkimuksen kokonaistehtävään ja integraatioon (vrt. Moran-Ellis ym. 2006) liittyviä kysymyksiä.

Tutkimuksen asetelmaan ja suunnitteluun muodostui rajoituksia, sillä alustava suunnitelma ja käytännön toteutus tehtiin eri vaiheissa ja aineistonkeruussa käytettiin retrospektiivistä poikkileikkausasetelmaa. Erivaiheisuudella tarkoitetaan sitä, että tutkimuksen toteuttajalla oli ennalta muodostettu alustavan suunnitelma (Kela 2015) ja lähtökohdana siinä esitellyt näkemykset aineistoista ja kysymyksistä. Toteuttaja täsmensi, kuinka tutkimus konkreettisesti tehdään, mikä vaati neuvottelua Muutos-hankkeen ja AMKU-hankkeen välillä. Osa tutkimuksen alustavista kysymyksistä oli hyvin erillisiä, joten täsmennysvaiheessa oli olennaista kiteyttää tutkimuksen pää-tarkoitus, joka liittyi asiakastapausten arviointikäytäntöihin. Myös aineistojen moninäkökulmaisuus (haastattelut ja kyselyt) oli määritelty etukäteen. Asiakastapausten arvioinnissa aineistot poikkesivat toisistaan paljon, sillä informantit olivat arvioita tekeviä Kelan ratkaisijoita ja asiantuntijalääkäreitä sekä kuntoutusta hakeneita henkilöitä. Nämä eri ryhmät eivät välttämättä koskaan tapaa toisiaan, ja heiltä saatava kuva siitä, mitä ammatillisen kuntoutuksen hakemisessa ja ratkaisuisa vallitsevan toimintapolitiikan tasolla tapahtuu, muodostuu hyvin erilaisilla tavoilla: toiset toimivat ratkaisuprosesseissa Kelan organisaation sisällä ja toiset hakevat kuntoutusta Kelalta. Tällöin jälkimmäinen ryhmä ei koe omakohtaisesti, mitä Kelan organisaation sisällä tapahtuu, vaikka osittain organisaation sisällä muodostuva toimintapolitiikka vaikuttaa heidän elämäänsä. Aineistot eivät olleet myöskään palautettavissa tiettyyn samaan populaatioon, eli ei ollut oletettavissa yhtä populaatiota, johon yleistää tutkimustuloksia – tutkimuksen lähtökohta oli moninäkökulmainen ja kiinnittyi lakiuudistukseen.

Retrospektiivisessä eli menneeseen tapahtumaan liittyvässä asetelmassa ei ole mahdollista saada ajantasaista tietoa muutoksesta. Tutkimuksessa ei siis päästy seuraamaan uudistusta keräämällä esimerkiksi suoria havaintoja ja seurantamateriaalia. Tutkimusasetelmassa oli silti mahdollista tiedustella osallisten näkemyksiä ja arvioita, joten heidän näkökulmansa olivat muodostuneet selkeästi tietynä ajankohtana omista menneistä kokemuksista ja nykykokemuksista siitä, kuinka arvioita esimerkiksi tehdään. Sekä haastateltavia että vastaajia oli tarpeeksi, joten mukaan saatiin riittävästi erilaisia näkökulmia, ja myös kyselyaineistosta oli mahdollista saada esiin erilaisia hakijaryhmiä. Tämä voi liittyä myös siihen, että tutkimukseen osallistuneilla oli melko erilaisia näkökulmia.

Vastaajien ja haastateltavien huolellinen informointi sekä anonymiteetin suoja olivat tärkeitä. Tällä haluttiin taata, että kaikki haastateltavat uskaltaisivat puhua vapaasti,

omasta arkitodellisuudestaan käsin. Haastatteluteemat pyrittiin luomaan niin, että haastateltaville jäisi tilaa kertoa omin sanoin käsityksiään uudistuksesta ja arviointi- sekä ratkaisutehtävästä. Teemojen suunnittelussa huomioitiin silti tutkimuksen alustavat, Kelan laatimat tutkimuskysymykset ja tutkimuksen perustehtävä. Hakijoiden kyselyaineisto kerättiin sekä ennen lakiuudistusta että sen jälkeen kuntoutusta hakeneilta. Tällä menetelmällä aineistoon saatiin mukaan sekä aiemman ratkaisuja hakukäytännön kokeneita että myöhemmässä hakukäytännössä mukana olleiden vastauksia. Näin oli mahdollista vertailla hakemiseen liittyvää kohtelua molempina vuosina ja hahmottaa erilaisia hakijaryhmiä. Nämä ammatillisen kuntoutuksen hakijoiden näkemyksiä koskevat tulokset voidaan yleistää suunta-antavasti aineistokohtaisesti tiettyyn populaatioon, yleisesti Kelan ammatillisen kuntoutuksen hakijoihin tutkimuksen toteutuksen lähivuosina. Vuosien väliset erot eivät olleet kovin merkityksellisiä. Tällöin hakija-aineistosta saadaan myös tietoa yleisesti erilaisista Kelan ammatillisen kuntoutuksen hakijaryhmistä ja niihin kuuluvien hakijoiden työkyvystä, hakemiseen liittyvästä kohtelusta ja hakijoiden kokonaistilanteesta (esim. riittämätön toimeentulo, työttömyys). Tällaista tietoa voidaan pohtia suhteessa kuntoutusjärjestelmän kokonaisuuteen, esimerkiksi siihen, miten hakijoiden ominaisuudet ja tilanteet kuvaavat niitä ihanteita, joita juuri Kelan kuntoutukseen järjestelmän osana liittyy.

Tutkimuksen päätehtävän ja integraation kysymykset vaativat pohtimaan, millä tavalla tutkimustehtävä ja käsitteellinen tulkintakehikko (harkintavalta) sekä tutkimuksen konteksti suhteutuvat toisiinsa. Koska aineistot eivät olleet sisäkkäisiä (jolloin esim. haastateltavat valittaisiin kyselyyn vastanneiden joukosta) ja tutkimuksen tehtävä liittyi politiikan uudistamiseen, oli kontekstitiedon osuus integraatiossa olennaista. Tässä tutkimuksessa pyrittiin tuottamaan kokonaiskuva uudistuksen toimeenpanosta ja uudenaikaisesta arviointikäytännöstä. Koska aineistoista saatiin vihjeitä siitä, mitä uudistuksen myötä tapahtuu, täydennettiin kokonaiskuvaa ja tulosten pohdintaa kontekstitiedolla, joka sisälsi lakimuutoksen tausta-asiakirjoja sekä yleisiä ja julkisia tietoja ratkaisukäytännöistä. Lisäksi tuloksia pohdittiin käsitteellisen kehikon avulla. Se liittyi harkintavaltaan. Kontekstitieto uudistuksesta ja harkintavallan käsite toimivat kokonaiskuvan muodostamisessa toisin kuin empiirinen aineisto. Ne avustivat tulkintaa ja monimenetelmäisen tutkimuksen integraatiota (vrt. Moran-Ellis ym. 2006), jolloin lopputuloksena muodostunut kokonaiskuva on yhtä aikaa havaintoihin ja muuhun materiaaliin (harkintavalta ja kontekstitieto) perustuva synteesi (ks. kuvio 8, s. 90).

4 Tulokset

4.1 Ammatillisen kuntoutuksen hakijat ja näkemykset Kelan onnistumisesta

4.1.1 Taustatietoja hakijoista

Laki uudistettiin vuonna 2014. Kelan tilastoista nähtiin, että samana vuonna ammatillisen kuntoutuksen ratkaisumäärät kasvoivat ja kuntoutusta myönnettiin lukumääräisesti enemmän kuin aiemmin. Jatkotarkastelussa kävi ilmi, että myöhemmin vuosina 2015 ja 2016 hylkäysprosentit kasvoivat. Lakimuutoksen tausta-ajatusten mukaisesti nuoret (alle 25-vuotiaat) kuitenkin saivat enemmän myönteisiä päätöksiä kuntoutuksesta, vaikka samalla myös hylkäävien päätösten määrä lisääntyi. Nuoret saivat kuitenkin vähemmän hylkäyksiä kuin muut ikäryhmät. (Heino ja Seppänen-Järvelä 2017.)

Kelan avoin tilastotietokanta Kelasto¹⁰ ei sisällä tietoja ammatillisen kuntoutuksen hakijoiden kuntoutukseen vaikuttavista taustoista ja niiden muutoksista. Tässä tutkimuksessa kyselyyn vastanneiden taustoista saatiin kuitenkin tietoa sekä ennen lakimuutosta että sen jälkeen. Aineistot eivät voi kuvata sellaista muutosta, jota tutkitaan yleensä seuranta-aineistoilla. Poikkileikkausaineistot antavat kuvan, millaisissa tilanteissa ammatillista kuntoutusta haetaan ja on haettu (ks. myös luku 4.1) ja millaisia arvioita eri vuosina hakeneet antavat Kelan ammatillisen kuntoutuksen hakemisesta. Aineisto kuvaa myös ammatillisen kuntoutuksen hakijoita ja heistä muodostuvia ryhmiä yleisesti. Aineistoa tutkittaessa otoskriteereistä huomioitiin otoksittain sukupuoli, ikä ja vakuutuspiiri. Vuoden 2013 vastaajissa oli suhteellisesti enemmän miehiä (39,7 %) verrattuna vuoden 2015 vastaajiin¹¹ (33,3 %). Myös ikäryhmien osuudet olivat erilaisia¹². Nuoria, 18–34-vuotiaita, oli enemmän vuoden 2013 vastaajissa (36,2 %) kuin vuoden 2015 vastaajissa (24,1 %) ¹³. Lisäksi vuoden 2013 vastaajissa (22,9 %) oli 45–54-vuotiaita suhteellisesti vähemmän¹⁴ verrattuna vuoden 2015 vastaajiin (34,0 %). Vakuutuspiireittäin eroja ei vuosien välillä ilmennyt. Eroavaisuudet iässä ja sukupuolella vaikuttivat siihen, että vuosia vertailtaessa sukupuolen ja iän vaikutus kontrolloitiin.

Kyselyyn vastanneet hakijat olivat ilmoittaneet erilaisia sairausperusteita ammatillisen kuntoutuksen hakemiseen (ks. taulukko 3, s. 33). Niitä voi olla hakijalla useita, ja vastaaja saattoi siten ilmoittaa useita diagnoosiryhmiä hakemuksensa perusteeksi. Yleisimmät sairausperusteet olivat tuki- ja liikuntaelinsairaudet sekä mielentervey-

10 Kelasto (www.kela.fi/kelasto) sisältää Kelan hoitamaa sosiaaliturvaa koskevaa tilastotietoa, jota ryhmitellään hakumuuttujittain.

11 $\chi^2(1) = 4,19, p = 0,041$.

12 $\chi^2(3) = 21,61, p < 0,001$.

13 2013: Adj.Res. = 4,0.

14 2013: Adj.Res. = -3,8.

den häiriöt. Nämä ovat myös yleisimmät terveydelliset ongelmat työikäisen väestön työkyvyttömyyseläkkeiden taustalla (Tilastokeskus 2017; Kela 2017d). Vuosien välisessä tarkastelussa tuki- ja liikuntaelinsairauksia¹⁵ samoin kuin ulkoisten syiden aiheuttamia vammoja¹⁶ oli vuoden 2015 vastaajaryhmässä suhteellisesti enemmän.

Taulukko 3. Ammatillista kuntoutusta hakeneiden vastaajien diagnoosit.

Diagnoosiryhmä (kuntoutushakemuksessa mainitut terveydelliset perustelut)	2013		2015	
	n	%	n	%
Tuki- tai liikuntaelinsairaus	216	50	325	60
Hermoston sairaus	43	10	49	9
Sydän- ja verisuonitauti	52	12	81	15
Synnyynnäinen epämuodostuma tai vamma	21	5	15	3
Mielenterveyden häiriö	158	37	195	36
Silmäsairaus	29	7	13	2
Kuulosairaus	14	3	19	4
Ulkoisten syiden aiheuttamat vammat	15	3	36	7
Muu	96	22	164	30

Vuoden 2013 otoksen vastaajilla oli enemmän silmäsairauksia¹⁷ (taulukko 3). Sairauksien päällekkäisyydessä eli sairauksien yhtäaikaisessa esiintymisessä samalla henkilöllä ei vuosien välillä löytynyt eroja, mutta vuoden 2015 vastaajilla oli enemmän sairauksia kuin vuoden 2013 vastaajilla¹⁸.

Vastaajien yleisimmät työmarkkina-asetat olivat sekä vuonna 2013 että vuonna 2015 joko vakituinen kokopäivätyö tai työttömyys (taulukko 4, s. 34). Vuosien välillä ei ollut eroa vastaajien työssäolon osalta, kun sukupuoli ja ikä oli kontrolloitu¹⁹. Vuoden 2013 otoksen vastaajista kuitenkin suhteellisesti harvempi oli vakituksessa kokopäivätyössä (23 %) kuin vuoden 2015 vastaajista (37 %)²⁰. Työttömänä oli vuoden 2013 vastaajista 26 % ja vuoden 2015 vastaajista 22 %.

15 $\chi^2(1) = 9,66, p = 0,002$.

16 $\chi^2(1) = 4,87, p = 0,027$.

17 $\chi^2(1) = 10,85, p = 0,001$.

18 $\chi^2(6) = 22,72, p = 0,001$.

19 $\chi^2(1) = 3,25, p = 0,072$.

20 $\chi^2(1) = 12,22, p < 0,001$.

Taulukko 4. Ammatillista kuntoutusta hakeneiden vastaajien työmarkkina-asetat.

Työmarkkina-asema (vastaaja on voinut valita useita vaihtoehtoja)	2013		2015	
	n	%	n	%
Vakituinen kokopäivätyö	101	23	199	37
Määräaikainen kokopäivätyö	5	1	3	1
Vakituinen osa-aikatyö	17	4	21	4
Määräaikainen osa-aikatyö	11	3	2	0
Päätoiminen opiskelu	42	10	38	7
Työvalmennus, kuntouttava työtoiminta, työharjoittelu tai muu työllistämistoimenpide	18	4	22	4
Yrittäjä	12	3	21	4
Työtön	110	26	119	22
Kotiäiti/koti-isä	7	2	6	1
Sairausloma	49	11	47	9
Sairauspäiväraha	30	7	33	6
Kuntoutustuki	48	11	56	10
Työkyvyttömyyseläke	22	5	14	3
Muu eläke	3	1	3	1
Muu, mikä?	24	6	42	8

Määräaikaisessa osapäivätyössä olevia²¹ ja työkyvyttömyyseläkkeellä olevia²² oli vuoden 2013 vastaajissa enemmän kuin vuoden 2015 vastaajissa. Pitkään työttömänä olleiden hyvinvoinnin puutteisiin liittyy usein terveydellisiä ongelmia, joita työllisillä on vähemmän (esim. Airio ja Niemelä 2013, 45–46). Tässä tutkimuksessa pitkäaikaistyöttömiä eli yli 12 kuukautta työttömänä olleita oli kummankin vuoden vastaajissa reilusti yli yksi viidesosa. Pitkäaikaistyöttömien osuudet eivät eronneet toisistaan vuosien välillä²³. Ikä oli yhteydessä pitkäaikaistyöttömyyteen kummankin vuoden vastaajilla, ja 55–64-vuotiaita oli kummankin vuoden pitkäaikaistyöttömissä vähemmän²⁴ kuin muita ikäryhmiä. Lisäksi vakuutuspiirien välillä oli eroja: pohjoisen vakuutuspiirin alueelta vastanneissa oli vuonna 2013 18–34-vuotiaita²⁵ pitkäaikaistyöttömiä enemmän kuin vuonna 2015.

21 $\chi^2(1) = 9,28, p = 0,002$. Tuloksessa ikä ja sukupuoli on kontrolloitu.

22 $\chi^2(1) = 4,25, p = 0,039$ (ristintaulukko).

23 $\chi^2(1) = 3,20, p = 0,074$ (ristintaulukko).

24 2013: $\chi^2(3) = 9,74, p = 0,021$; 55–64-v. (Adj.Res. = -3,0) / 2015: $\chi^2(3) = 11,89, p = 0,008$; 55–64-v. (Adj.Res. = -3,3).

25 2015: $\chi^2(4) = 9,86, p = 0,043$, Adj.Res. = 2,91.

Vähän työkokemusta omaavien osuudet (alle vuoden ja yli vuoden kokemus) eivät eronneet eri vuosien vastaajien välillä²⁶. Alle vuoden työkokemus oli vuoden 2013 vastaajista 14 %:lla ja vuoden 2015 vastaajista 12 %:lla. Työkokemusta vastanneilla oli jakaumatasolla useimmin yli 20 vuotta (36 % vuonna 2013 ja 43 % vuonna 2015). Vuoden 2013 vastaajissa oli runsaammin 1–5 vuotta työssä olleita, kun taas vuoden 2015 vastaajissa oli vastaavasti enemmän yli 20 vuotta työssä olleita²⁷. Sukupuolen, iän ja vakuutuspiirin yhteys työkokemukseen ei eronnut eri vuosien vastaajien välillä. Tahtomatta ja toistuvasti pätkätöissä olleita oli vuoden 2013 vastaajissa 24 % ja vuoden 2015 vastaajissa 21 %. Pätkätöissä olleiden suhteelliset osuudet eivät vuosien välillä eronneet²⁸.

Koulutukseltaan vastaajat olivat yleisimmin ammatillisen tutkinnon suorittaneita. Ryhmiteltyinä koulutusluokkien osuudet erosivat vuosittain²⁹: niitä, joilla ei ollut ammatillista koulutusta tai se oli kesken, oli vuoden 2013 vastaajissa enemmän ja alemman korkeakoulututkinnon suorittaneita vähemmän kuin vuoden 2015 vastaajissa. Koulutusten keskeyttämisen osuudet eivät eronneet vuosittain (taulukko 5).

Taulukko 5. Ammatillista kuntoutusta hakeneiden vastaajien keskeytyneet koulutukset.

Tutkintotavoitteisen koulutuksen keskeytykset / vastaaja	2013		2015	
	n	%	n	%
Ei kertaakaan	283	66	371	68
Kerran	95	22	118	22
Kaksi kertaa	27	6	27	5
Kolme kertaa	11	3	8	1
Useammin kuin kolme kertaa	7	2	4	1
Yhteensä	423	98	528	97

Koulutuksen kerran keskeyttäneitä oli sekä vuoden 2013 että vuoden 2015 vastaajissa noin yksi viidesosa (22 %). Useammin kuin kerran keskeyttäneitä oli vuoden 2013 vastaajissa noin 10 % ja vuoden 2015 vastaajissa noin 7 %. Keskeyttämisen syiksi ilmoitettiin kummankin vuoden vastaajien ryhmissä useimmin psyykkiset sairaudet (2013: 15 %; 2015: 11 %) ja toiseksi useimmin se, ettei ala ollut oikea (2013: 11 %; 2015: 9 %). Oppimisvaikeuksia tarkasteltiin erikseen.

26 $\chi^2(1) = 0,95, p = 0,341$ (ristintaulukko).

27 Ks. Pearsonin khii toiseen arvo 20,9; df 4; Sig. 0,000.

28 $\chi^2(1) = 1,41, p = 0,236$ (ristintaulukko).

29 $\chi^2(4) = 24,80, p < 0,001$ (loglin malli), iän ja sukupuolen vaikutukset kontrolloitu. Vuoden 2013 vastaajilla ei koulutusta tai koulutus kesken 27,7 %:lla (Adj.Res. = 3,4, kun vuosi 2015, 18,3 %) ja alempi korkeakoulututkinto 4,4 %:lla (Adj. Res. = -3,4, kun vuosi 2015, 10,4 %).

Oppimisvaikeuksien osuuksissa ei ollut eroa vuosien välillä (taulukko 6, s. 37). Oppimisvaikeuksia oli epäilty joko vastaaja itse tai joku muu ennen ammatillisen kuntoutuksen hakemista vuoden 2013 vastaajista 10 %:lla ja vuoden 2015 vastaajista 8 %:lla. Lääkäri tai joku muu oli todennut oppimishäiriön vuoden 2013 vastaajista 14 %:lla ja vuoden 2015 vastaajista 11 %:lla.

4.1.2 Hakijaksi ohjautuminen ja auttavat tahot

Vastaajat olivat hakeneet kumpanakin vuonna tavallisimmin työkykyä ylläpitävää TYK-kuntoutusta (taulukko 7, s. 37) mutta myös ryhmämuotoisia kuntoutuskursseja. Vasta näiden jälkeen tulivat muut yksilölliset ammatillisen kuntoutuksen palvelut. Kuntoutusta oli myönnetty vuoden 2013 vastaajista noin 79 %:lle ja vuoden 2015 vastaajista noin 73 %:lle (taulukko 8, s. 37).

Vastaajista suurin osa, yli 20 prosenttia, haki ammatillista kuntoutusta omasta aloitteestaan tai työterveyshuollon aloitteesta (taulukko 9, s. 38). On huomattava, että suuressa osassa tapauksia aloitteen teossa oli vähintään mukana muitakin tahoja kuin hakija itse. Näitä tahoja olivat erityisesti työterveyshuolto, terveyskeskus ja Kela. Iän ja sukupuolen kontrolloinnin jälkeen tarkasteltuna työnantaja oli ehdottanut kuntoutusta harvemmin vuonna 2013 kuin vuonna 2015 kuntoutusta hakeneille vastaajille³⁰. Koulu tai oppilaitos ehdotti kuntoutusta kumpanakin vuonna useammin nuorille (18–34-vuotiaita) kuin muille ikäryhmille³¹ ja työterveyshuolto puolestaan harvemmin³². Samoin kummankin vuoden nuorille vastaajille (18–34-vuotiaille) myös mielenterveystoimisto tai psykologi³³ sekä läheiset³⁴ ehdottivat ammatillisen kuntoutuksen hakemista tavallisemmin kuin muille.

30 Työntantaja ehdotti kuntoutusta vuonna 2013 2,8 %:ssa ja vuonna 2015 7,2 %:ssa tapauksissa. Ero oli iän ja sukupuolen kontrolloinnin jälkeen tilastollisesti merkitsevä $\chi^2(1) = 4,94$, $p = 0,026$.

31 Koulu ehdotti kuntoutusta 18–34-vuotiaille, 2013: $\chi^2(3) = 42,90$, $p < 0,001$, nuoria Adj.Res. = 6,5 / 2015: $\chi^2(3) = 51,85$, $p < 0,001$, nuoria Adj.Res. = 7,2.

32 Työterveyshuolto ehdottaa kuntoutusta 18–34-vuotiaille, 2013: $\chi^2(3) = 67,49$, $p < 0,001$, nuoria Adj.Res. = -6,6 / 2015: $\chi^2(3) = 71,69$, $p < 0,001$, nuoria (Adj.Res. = -6,7).

33 Mielenterveystoimisto tai psykologi tms. ehdottaa kuntoutusta 18–34-vuotiaille, 2013: $\chi^2(3) = 22,18$, $p < 0,001$, nuoria Adj.Res. = 4,2 / 2015: $\chi^2(3) = 60,26$, $p < 0,001$, Adj.Res. = 6,6.

34 Läheiset ehdottavat kuntoutusta 18–34-vuotiaille, 2013: $\chi^2(3) = 22,64$, $p < 0,001$, Adj.Res. = 4,5 / 2015: $\chi^2(3) = 18,43$, $p < 0,001$, Adj.Res. = 4,2.

Taulukko 6. Vastaajien oppimisvaikeudet ja epäilyt oppimisvaikeuksista.

Epäillyt ja todetut oppimishäiriöt tai oppimisvaikeudet	2013		2015	
	n	%	n	%
Ei	306	71	403	74
Hakija itse oli epäillyt	29	7	35	6
Joku muu oli epäillyt	14	3	9	2
Lääkäri oli todennut	46	11	36	7
Joku muu oli todennut	14	3	23	4
Ei osaa sanoa	10	2	17	3
Yhteensä	419	97	523	96

Taulukko 7. Ammatillisen kuntoutuksen hakeminen kuntoutusmuodoittain vastaajien ilmoittamana.

Haettu kuntoutus (vastaaja on voinut valita useita vaihtoehtoja)	2013		2015	
	n	%	n	%
TYK-kuntoutus	106	24,5	196	36,8
Ammatillinen kuntoutuskurssi	50	11,6	74	13,7
Ammattikoulutus	75	17,4	42	7,7
Kuntoutustutkimus	48	11,1	19	3,5
Ammatillinen kuntoutus selvitys	44	10,2	68	12,5
Työkokeilu	47	10,9	36	6,6
Kuntoutustarveselvitys	31	7,2	30	5,5
Muu kuntoutustoimenpide	29	6,7	37	6,8
Korkeakouluopiskelu	25	5,8	40	7,4
Työhönvalmennus	22	5,1	33	6,1
Apuvälineet	9	2,1	9	1,7
Tutkimuslausunnot	8	1,9	6	1,1
Koulutuskokeilu	2	0,5	5	0,9
Oppisopimuskoulutus	5	1,2	3	0,6
Pohjakoulutus	2	0,5	1	0,2
Elinkeinotuki	0	0	1	0,2

Taulukko 8. Ammatillisen kuntoutuksen myönteiset ja kielteiset päätökset vastaajien ilmoittamana.

Ammatillisesta kuntoutuksesta annettu päätös	2013		2015	
	n	%	n	%
Kuntoutus myönnettiin	340	79	398	73
Kuntoutusta ei myönnetty	61	14	113	21
Tieto puuttuu	31	7	31	6

Taulukko 9. Aloitteen tekijät ammatillisen kuntoutuksen hakemisessa vastaajien ilmoittamana.

Aloitteen tekijä kuntoutukseen hakemisessa (vastaaja on voinut valita useita vaihtoehtoja)	2013		2015	
	n	%	n	%
Hakija itse	97	22	133	25
Työnantaja	12	3	39	7
Työeläkelaitos	8	2	8	1
Kela	61	14	57	11
Koulu/oppilaitos	24	6	16	3
Liikenne/tapaturmalaitos	-	-	1	0
Työterveyshuolto	83	19	135	25
Terveyskeskus/lääkäri tms.	64	15	72	13
Työvoimatoimisto/TYP	51	12	66	12
Mielenterveystoimisto/psykologi tms.	48	11	62	11
Sosiaalitoimisto/sosiaalityöntekijä tms.	18	4	20	4
Läheiset	21	5	24	4
Muu taho	24	6	60	11

Vuosien välillä ilmeni eroa siinä, oliko vastaaja saanut apua joltakin taholta ammatilliseen kuntoutukseen hakemisessa (taulukko 10, s. 39). Vuoden 2013 vastanneet hakijat (18,8 %) olivat saaneet useammin apua Kelan toimistosta kuin vuoden 2015 hakijat (12,2 %) ³⁵. Vuoden 2015 hakijat olivat siis saaneet harvemmin apua Kelan toimistosta. Lisäksi vuoden 2013 hakijat (19,2 %) olivat saaneet vuoden 2015 hakijoita (29,2 %) ³⁶ harvemmin tukea muualta ammatillisen kuntoutuksen hakemiseen. Vuonna 2015 hakeneet ovat siis saaneet apua muualta kuin listassa määritellyiltä tahoilta. Avoimet vastaukset ja tarkennukset selvensivät, mitä nämä muut tahot olivat. Vastauksissa mainittiin esimerkiksi työterveyshuolto ja TE-toimistot sekä työvoiman palvelukeskusten palvelut, kuntoutuksen palveluntuottajat sekä muut palvelujen tarjoajat, joihin kuuluivat säätiöt, järjestöt, asumisyksiköt tai vastaajien omat työntekijät, kuten omahoitajat tai omaohjaajat. Työterveyshuolto näytti vuoden 2015 hakijoiden avovastauksissa olevan taho, jolta moni oli saanut apua: vuotta 2015 koskevissa avovastauksista 18 %:ssa vastaaja kertoi saaneensa apua työterveyshuollosta. Vastaava vuotta 2013 koskeva luku on 10 %.

35 Tulos oli tilastollisesti merkitsevä kun sukupuoli ja ikä kontrolloitiin $\chi^2(1) = 6,95, p = 0,008$.

36 Vuosien 2013 (19,2 %) ja 2015 (29,2 %) otokset erosivat sen suhteen olivatko hakijat saaneet muualta tukea ammatillisen suunnitelman toteuttamiseen $\chi^2(1) = 12,75, p < 0,001$. Tulos oli tilastollisesti merkitsevä, kun sukupuoli ja ikä kontrolloitiin $\chi^2(1) = 11,13, p = 0,001$.

Taulukko 10. Ammatilliseen kuntoutukseen hakemisessa auttaneet tahot.

Hakemuksen laatimisessa auttaneet tahot (vastaaja on voinut valita useita vaihtoehtoja)	2013		2015	
	n	%	n	%
Ei auttajaa	142	33	207	38
Kelan toimisto	81	19	66	12
Kelan puhelinpalvelu	15	3	9	2
Lääkäri	74	17	77	14
Sosiaalityöntekijä	41	9	48	9
Perheenjäsen tai läheinen	37	9	47	9
Muu	83	19	158	29

Vuosien välillä ilmeni tiettyjä eroja siinä, kenen aloitteesta hakija oli hakenut kuntoutukseen ja mistä hän oli saanut apua hakemuksen laatimisessa. Seuraavaksi kuvataan vain ne erot, jotka olivat tilastollisesti merkitseviä. Hakiessaan kuntoutusta Kelan aloitteesta³⁷ tai omasta aloitteestaan³⁸ vuoden 2013 otoksen vastaajat olivat saaneet yleisemmin apua Kelan toimistolta kuin vuoden 2015 vastaajat (vuonna 2013 kuntoutukseen Kelan aloitteesta hakeneista sai apua Kelalta 54,1 %, omasta aloitteestaan hakeneista apua Kelalta sai 6,2 %; vuonna 2015 vastaavat luvut olivat 22,8 % ja 0 %). Kun ehdotus kuntoutuksesta oli tullut Kelasta, vuoden 2015 vastaajat olivat saaneet yleisemmin apua läheisiltään³⁹ ja Kelan puhelinpalvelusta⁴⁰ kuin vuoden 2013 vastaajat (2013: läheisiltä 14 %, puhelinpalvelusta 8,8 %; 2015: läheisiltä 3,3 %, puhelinpalvelusta 4,9 %). Kun ammatillista kuntoutusta oli ehdottanut terveyskeskuslääkäri, vuoden 2015 vastaajat olivat saaneet apua useammin Kelan toimistosta⁴¹ (19,4 % /

37 Avun saaminen Kelan toimistolta Kelan ehdotettua kuntoutusta erosi vuosittain: $\chi^2(1) = 7,04$, $p = 0,008$. Kelan ehdotettua kuntoutusta Kelasta sai apua hakemiseen 54,1 % vuonna 2013 kuntoutusta hakeneista vastaajista, kun vastaava luku vuoden 2015 osalta oli 22,8 %. Niistä, joille Kela ei ollut ehdottanut kuntoutusta, sai Kelasta apua vuoden 2013 osalta 12,9 % ja vuoden 2015 osalta 10,9 %.

38 Oma-aloitteisesti hakeneista Kelan toimistolta apua saaneiden jakaumat erosivat: $\chi^2(1) = 7,48$, $p = 0,006$. Oma-aloitteisesti hakeneista vuoden 2013 osalta vastanneista sai Kelasta apua 6,2 % kun vastaava luku vuoden 2015 osalta oli 0 %. Ei-oma-aloitteisesti hakeneista Kelasta sai apua vuoden 2013 osalta 2,7 % ja vuoden 2015 osalta 2,2 %.

39 Kelan ehdotettua kuntoutusta apua perheenjäseneltä tai muulta läheiseltä saaneiden jakaumat erosivat vuosittain: $\chi^2(1) = 5,16$, $p = 0,023$. Kelan ehdotettua kuntoutusta apua perheenjäseneltä tai muulta läheiseltä oli saanut 3,3 % vuoden 2013 osalta, kun vastaava luku vuoden 2015 osalta oli 14,0 %. Niistä, joille Kela ei ehdottanut kuntoutusta, sai apua perheenjäseneltä tai muulta läheiseltä oli vuoden 2013 osalta 9,4 % ja vuoden 2015 osalta 14,0 %.

40 Kelan ehdotettua kuntoutusta avun saaminen Kelan puhelinpalvelusta erosi vuosittain: $\chi^2(1) = 4,74$, $p = 0,030$. Kelan ehdotettua kuntoutusta Kelasta puhelinpalveluapua sai 4,9 % vuoden 2013 osalta kun vastaava luku vuoden 2015 osalta oli 8,8 %. Niistä, joille Kela ei ollut kuntoutusta ehdottanut, sai Kelan puhelinpalvelusta apua vuoden 2013 osalta 3,2 % ja vuoden 2015 osalta 0,8 %.

41 Terveyskeskuslääkärin ehdotettua kuntoutusta avun saaminen Kelan toimistolta erosi vuosittain: $\chi^2(1) = 4,47$, $p = 0,035$. Terveyskeskuslääkärin ehdotettua kuntoutusta Kelasta apua sai 14,1 % vuoden 2013 osalta, kun vastaava luku vuoden 2015 osalta oli 19,4 %. Niistä, joille terveyskeskuslääkäri ei ollut ehdottanut kuntoutusta, apua Kelasta sai vuoden 2013 osalta 19,6 % ja vuoden 2015 osalta 11,1 %.

14,1 %) ja läheisiltään⁴² (18,1 % / 6,3 %). Kun kuntoutusta oli ehdottanut jokin muu taho, vuonna 2015 hakeneet saivat apua perheenjäseneltään⁴³ tavallisemmin kuin vuonna 2013 hakeneet.

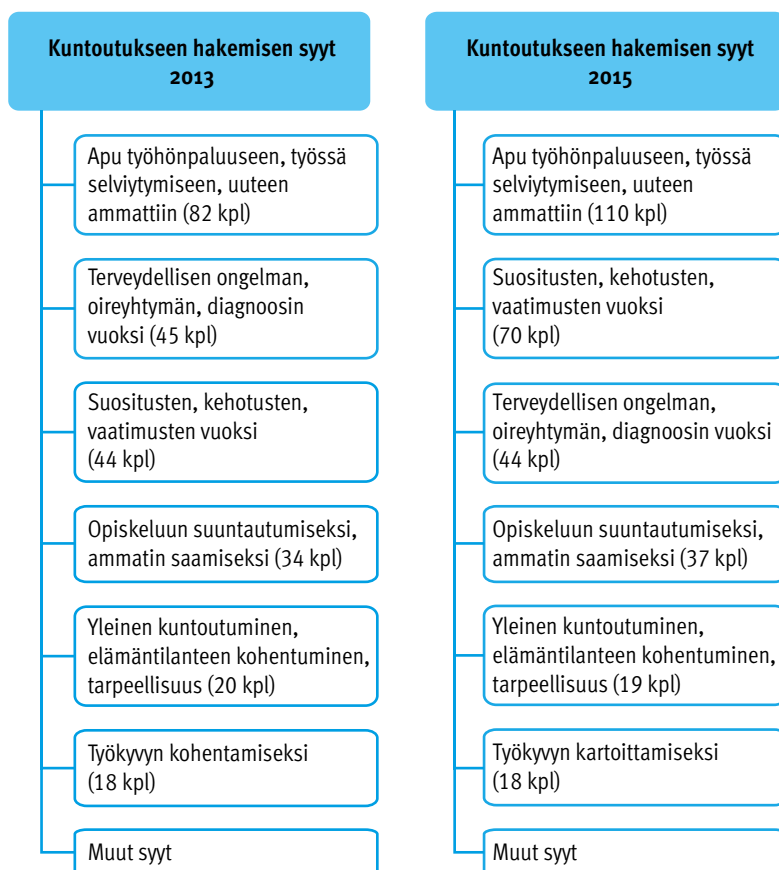
4.1.3 Hakijoiden esittämät syyt kuntoutuksen hakemiselle

Avoimet vastaukset kuntoutuksen hakemisen syistä kertoivat, miten vastaajat olivat kokeneet kuntoutukseen hakeutumisen perusteet (kuvio 4, s. 41). Eri vuosia koskevat vastaukset painottuivat osittain eri tavoin. Kummankin vuoden vastauksissa suurimmassa osassa perusteita olennaista oli työhön palaaminen, työssä selviytyminen tai ylipäättään työhön suuntautuminen. Lopuissa vastauksissa mainitut syyt painottuivat laadullisesti eri vuosien ryhmissä eri tavoin.

Kummankin vuoden vastaajien tavallisimpia syitä hakea kuntoutukseen olivat avun saaminen työhön paluuseen, työssä selviytymiseen tai uuteen ammattiin hakeutumiseen, terveydelliset ongelmat, suositukset ja kehotukset hakea kuntoutukseen sekä opiskeluun suuntautuminen. Vuoden 2015 vastaajat ilmoittivat kuitenkin vuoden 2013 vastaajia yleisemmin syyksi toisten osapuolten suositukset ja kehotukset hakea kuntoutukseen. Yleisimpien syiden järjestys oli siis eri vuosina hakeneilla erilainen. Tulos tuo esiin myös syiden laadullisia eroja: kuntoutukseen hakeutumisen syy voi lähteä hakijasta itsestään, liittyä hakijaan itseensä tai se voi olla jonkin toisen osapuolen kehoitus, ehdotus tai käsky, johon ei välttämättä liity kuntoutujan omakohtaisesti kokemaa halua tai omaa perustelua hakea kuntoutukseen. Näitä laadullisia eroja voidaan pohtia suhteessa määrällisiin vastauksiin. Määrällisesti yleisimmät syyt hakea kuntoutukseen olivat oma tai työterveyshuollon aloite (ks. edellinen luku ja tilastoanalyysit). On kuitenkin olennaista, että avoimissa vastauksissa mainitaan usein myös kuntoutukseen hakeminen toisten kehotuksesta.

42 Terveyskeskuslääkärin ehdotettua kuntoutusta avun saaminen perheenjäseneltä tai muulta läheiseltä erosi vuosittain: $\chi^2(1) = 5,38$, $p = 0,020$. Terveyskeskuslääkärin ehdotettua kuntoutusta apua perheenjäseneltä tai muulta läheiseltä sai 6,3 % vuoden 2013 osalta, kun vastaava luku vuoden 2015 osalta oli 18,1 %. Niistä, joille terveyskeskuslääkäri ei ehdottanut kuntoutusta, apua perheenjäseneltä tai muulta läheiseltä sai vuoden 2013 osalta 8,9 % ja vuoden 2015 osalta 7,2 %.

43 Muun tahon ehdotettua kuntoutusta avun saaminen perheenjäseneltä tai muulta läheiseltä erosi vuosittain: $\chi^2(1) = 9,17$, $p = 0,002$. Muun tahon ehdotettua kuntoutusta apua perheenjäseneltä tai muulta läheiseltä sai 25,0 % vuoden 2013 osalta, kun vastaava luku vuoden 2015 osalta oli 3,3 %. Niistä, joille muu taho ei ehdottanut kuntoutusta, apua perheenjäseneltä tai muulta läheiseltä sai vuoden 2013 osalta 7,6 % ja vuoden 2015 osalta 3,3 %.

Kuvio 4. Hakijoiden esittämät syyt hakea kuntoutukseen vuosina 2013 ja 2015.

4.1.4 Hakijoiden työ- ja opiskelukyvyyn yhteydet sosiaalisiin ja elämäntilannehaittoihin

Ammatillisen kuntoutuksen hakijat (n = 974; 432/542) arvioivat työkykynsä hakuhetkellä hyvin heikoksi tarkasteltaessa arvioita suhteessa työikäisen väestön työkykyyn⁴⁴. Ammatilliseen kuntoutukseen haki siis kansalaisia, joille kuntoutusta tulisi-kin suunnata: hakijoiden työkyky oli vähintäänkin heikentynyt. Tähän tutkimukseen osallistuneiden hakijoiden työkyky oli kuitenkin hyvin merkittävästi heikentynyt kummankin tarkasteluvuoden ryhmässä (ennen lakimuutosta ja sen jälkeen) (taulukko 11, s. 42).

44 Työkykyä mitattiin työkykypistemäärällä (ks. <http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/mittariversio/100/>). Opiskelukyvyn osalta luotiin työkykypistemäärää mukaileva kysymys, jossa vastaaja arvioi itse opiskelukykyään asteikolla 0–10.

Taulukko 11. Ammatillista kuntoutusta hakeneiden vastaajien ja väestön työkykypistemäärät luokiteltuna.

Vastaajien työkyky luokitellun työkykypistemäärän ^a mukaisesti (%)	2013	2015	2006/väestö ^a
Huono	55,6	47,0	10,1
Kohtalainen	24,5	27,3	13,6
Hyvä	10,6	15,3	48,1
Erinomainen	2,5	1,8	28,5

^a Gould ym. 2006

Gouldin ym. (2006) mukaan väestötasolla työkyky on huono noin 10 %:lla. Tähän tutkimukseen osallistuneista työkyky oli vuoden 2013 ryhmässä huono yli puolella (55,6 %) ja vuoden 2015 ryhmässä hieman alle puolella (47 %). Myös opiskelukyky oli vuoden 2013 vastaajien joukossa heikompi. Vertailtaessa tarkasteluvuosien vastaajien työ- ja opiskelukykyä havaittiin, että niin itsearvioitu työkyky⁴⁵ kuin opiskelukykykin⁴⁶ olivat vuoden 2013 vastaajilla heikompia kuin vuoden 2015. Tässä tuloksessa iän vaikutus oli kontrolloitu, sillä ikä vaikutti työkykypistemäärään sekä vuoden 2013⁴⁷ vastauksissa että vuoden 2015⁴⁸ vastauksissa. Vakuutuspiirittäisiä tai sukupuolieroja ei työkyvyssä esiintynyt.⁴⁹ Ikäryhmittäin työkyky erosi vertailujen perusteella vuoden 2013 vastaajilla niin, että 55–64-vuotiaiden työkyky oli vahvempi kuin 35–54-vuotiaiden. Vuoden 2015 vastaajilla vastaavasti 35–54-vuotiaiden työkyky oli heikompi kuin 18–34-vuotiaiden tai 55–64-vuotiaiden.

Tutkimuksessa tarkasteltiin myös kokonaistilanteeseen liittyviä tekijöitä ja niiden merkitystä työkyvylle. Koska ammatillisen kuntoutuksen hakijoiden kokonaistilanteen (eli tämän yhden mainitun uuden arviointikriteerin) vaikutuksista työkykyyn ei ole juurikaan tietoa, valmisteltiin tähän kyselyyn työelämän häirtatekijöitä kartoitettava kysymysjoukko (ks. myös luku 4.1.6). Sen avulla tutkittiin koko aineistosta (yli otosvuosien) työkyvyn ja kokonaistilanteeseen mahdollisesti liittyvien häirtatekijöiden yhteyksiä toisiinsa. Tämä oli tärkeää, jotta saataisiin alustavaa tietoa siitä, millä tavalla yleisesti kokonaistilanteeseen liittyvät häirtatekijät ovat yhteydessä toisiinsa hakijajoukossa.

45 $F(5,868) = 7,94$, $p = 0,005$, 2013: $ka = 4,47$, $kh = 2,79$ / 2015: $ka = 4,97$, $kh = 2,66$. Tuloksessa iän vaikutus on kontrolloitu.

46 $F(5,775) = 5,92$, $p = 0,015$, 2013: $ka = 5,01$, $kh = 3,08$ / 2015: $ka = 5,47$, $kh = 2,74$. Tuloksessa iän vaikutus on kontrolloitu.

47 $F(3,387) = 4,96$, $p = 0,002$.

48 $F(3,478) = 4,17$, $p = 0,006$.

49 Työkyky erosi 2013 ainoastaan ikäryhmissä $F(3,387) = 4,96$, $p = 0,002$. Parittaisten vertailujen (LSD) perusteella ikäryhmät erosivat 2, 3 < 4. Työkyky erosi 2015 ainoastaan ikäryhmissä $F(3,478) = 4,17$, $p = 0,006$. Parittaisten vertailujen (LSD) perusteella ikäryhmät erosivat 2 < 1, 3, 4.

Vastaajien työkykypistemäärät olivat yhteydessä sosiaalisten tilanteiden haittoihin ja elämäntilannehaittoihin. Mitä vahvemmin henkilö koki sosiaalisia ja elämäntilannehaittoja, sitä heikommaksi hän arvioi myös työkykynsä. Toisin sanoen, mitä parempi työkyky oli, sitä vähemmän ilmeni koettuja sosiaalisia ja elämäntilannehaittoja. Työkyvyn yhteys yksittäisiin haittoihin oli vuoden 2013 ja vuoden 2015 vastaajilla hieman erilainen. Kuitenkin yhdistettyyn elämäntilannehaitta ja sosiaaliset haitat -muuttuinaan oli kummankin vuoden vastaajilla selkeä yhteys (taulukot 12 ja 13, Spearmanin järjestyskorrelaatiot).

Taulukko 12. Ammatillista kuntoutusta hakeneiden vastaajien sosiaalisten haittojen ja työkyvyn yhteydet.

Sosiaalisten haittojen yhteydet työkykyyn (yhdistetty aineisto 2013 ja 2015)	Spearmanin rho ja merkitsevyys ^a
Sosiaaliset haitat, yhdistetty summamuuttuja	-0,18***
Sosiaalisten tilanteiden jännittäminen	-0,19**
Heikot vuorovaikutustaidot	-0,13***
Ryhmätoiminnan vaikeudet	-0,13***
Läheisen vaikea elämäntilanne	-0,08*
Ihmissuhteet kotona	-0,09**
Hankala perhetilanne	-0,08*
Muut ihmissuhteet tai lähiyhteisö	-0,09*
Syrjintä tai kiusaaminen aiemmassa tai nykyisessä työ- tai opiskelupaikassa	-
Sosiaalisen tuen puute	-0,17***

^a * = $p \leq 0,05$; ** = $p \leq 0,01$; *** = $p \leq 0,001$.

Taulukko 13. Ammatillista kuntoutusta hakeneiden vastaajien elämäntilannehaittojen yhteydet työkykyyn.

Elämäntilannehaittojen yhteydet työkykyyn (yhdistetty aineisto 2013 ja 2015)	Spearmanin rho ja merkitsevyys ^a
Elämäntilannehaitat, yhdistetty summamuuttuja	-0,24***
Velkaantuminen ja/tai velkasaneeraus	-0,18***
Riittämätön toimeentulo	-0,26***
Epäsäännöllinen vuorokausirytm	-0,17***
Vaikeudet saada töihin tai opiskeluun liittyviä tietoja	-0,11**
Hankalat kulkuyhteydet töihin tai opiskelupaikkaan	-0,14***
Ammattitaidon puute	-0,11**
Työkokemuksen puute	-0,09**

^a * = $p \leq 0,05$; ** = $p \leq 0,01$; *** = $p \leq 0,001$.

Vastaajat arvioivat yksittäisiä haittoja elämässään. Näiden haittojen ja itse arvioidun työkyvyn havaittiin olevan yhteydessä toisiinsa: sosiaalisten tilanteiden jännittäminen, vuorovaikutustaidot, ryhmätoiminnan vaikeudet, läheisen vaikea elämäntilanne, ihmissuhteet kotona, perhetilanne, muut läheissuhteet sekä sosiaalisen tuen puute. Mitä haittaavammaksi vastaaja jonkin näistä haitoista koki, sitä heikommaksi hän arvioi myös työkykynsä. (Taulukko 12.)

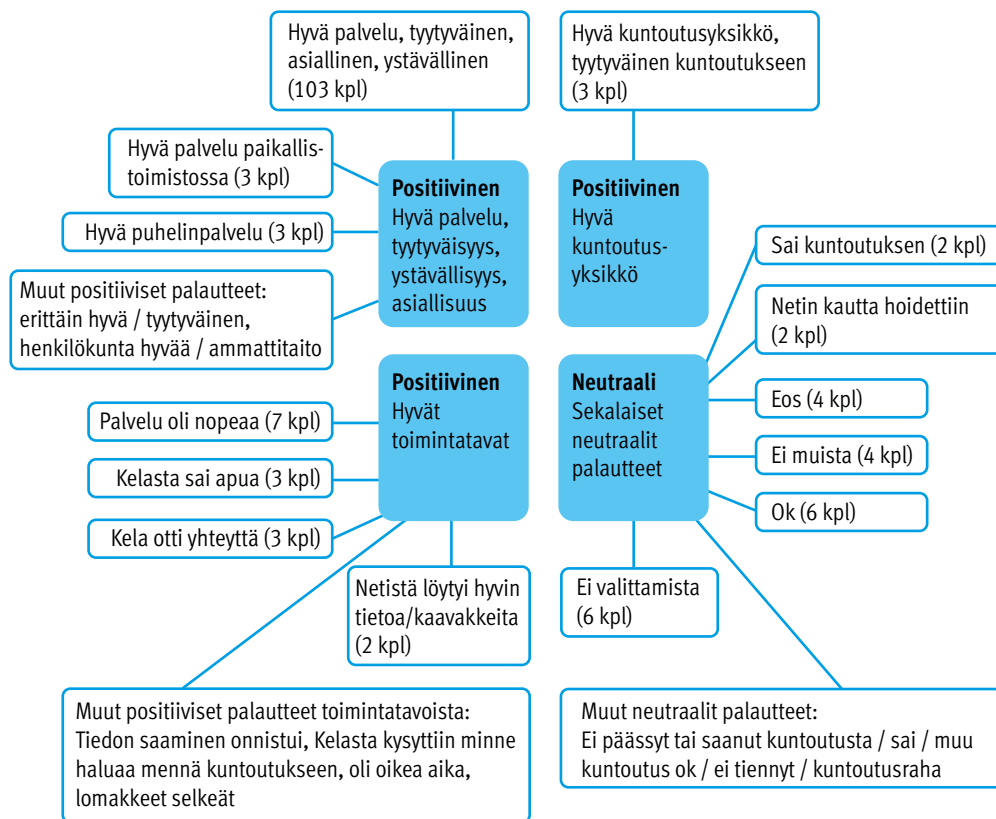
Elämäntilannehaitoissa vastaava yhteys havaittiin itse arvioidun työkyvyn ja seuraavien haittojen välillä: velkaantuminen, riittämätön toimeentulo, epäsäännöllinen vuorokausirytm, vaikeudet saada opiskeluun ja töihin liittyvää tietoa, hankalat kulkuyhteydet sekä ammattitaidon ja työkokemuksen puute. Mitä suurempana haittana vastaaja piti jotakin näistä, sitä heikommaksi hän arvioi työkykynsä. (Taulukko 13.) Itse arvioitu työkyky on siis yhteydessä lukuisiin sosiaalisiin haittoihin ja elämäntilannehaittoihin. Työkyky ei siten ole puhtaasti sairauksiin ja työhön liittyvä ilmiö, vaan monenlaiset tekijät ihmisen elämässä näyttävät kytkeytyvän subjektiiviseen arvioon työssä selviytymisestä.

4.1.5 Hakijoiden yleiset palautteet sekä arviot Kelan onnistumisesta ja kohtelusta

Ammatillista kuntoutusta hakeneet antoivat avoimissa kyselyvastauksissa palautetta kuntoutukseen hakemisesta. Palaute oli luokiteltavissa karkeasti positiiviseksi, neutraaliksi ja negatiiviseksi. Lisäksi oli joitakin yksittäisiä epäselviä palautteita. Positiivinen palaute kuntoutukseen hakemisesta oli yleistä ja melko runsasta suhteessa kaikkien palautteeseen. Yleisin palautteiden luokka olikin yleinen positiivinen palaute kohtelusta, ystävällisestä palvelusta, asiallisuudesta tai yleinen tyytyväisyyden ilmaus (yht. 103 aineisto-otetta), kuten: ”Kelan toiminta oli erittäin hyvää ja asiallista”. Positiivista palautetta annettiin myös hyvistä toimintatavoista: hakemisen oikeasta ajoituksesta, Kelan yhteydenotoista, avun saamisesta, selkeistä lomakkeista, hyvin löytyvästä tiedosta ja kaavakkeista internetissä, nopeasta palvelusta tai päätöksestä sekä avun saamisesta. Positiivisen palautteen lisäksi annettiin jonkin verran neutraalisävyyistä palautetta esimerkiksi siitä, että vastaajalla ei ollut valittamista: vastaaja saattoi kirjoittaa palvelun olleen OK tai kertoa, millaisen kuntoutuspäätöksen hän oli saanut (esim. sain kuntoutuksen/en saanut). (Kuvio 5, s. 45.)

Negatiivinen palaute oli positiivista palautetta sisällöllisesti monipuolisempaa ja eritellympää ja siihen liittyviä luokkia syntyi runsaammin kuin positiivisessa palautteessa. Vastaajat toivat esiin seuraavanlaisia henkilökohtaisen ja yksilöllisen palvelun puutteita: asiakasta ei ollut kuunneltu tai asiakas toivoi useampia yhteydenottoja ja henkilökohtaisia tapaamisia. Lisäksi toivottiin yleisesti enemmän asiakasnäkökulmaa. Vastauksissa nousi esiin myös se, että kuuluminen erityisryhmään oli saattanut hakijan hankalampaan asemaan. Erityisryhminä mainittiin muistisairaat asiakkaat, ahdistuneet ja syrjäytyneet nuoret sekä viittomakieliset asiakkaat. Lisäksi kommentoitiin sitä, että palvelun hakeminen vaatii itsenäisyyttä ja aktiivisuutta. Vastaajat toivoivat myös enemmän tukea. (Kuvio 6, s. 46.)

Kuvio 5. Ammatillisen kuntoutuksen hakijoiden antama positiivinen ja neutraali palaute hakemisesta.



Lisäksi negatiivinen palaute koski päätöksentekoa ja päätösten muutoseikkoja, ja esimerkiksi perusteluja ja nopeutta päätöksentekoon kaivattiin enemmän. Palvelun ja päätösten viivyttely mainittiin myös avoimissa vastauksissa. Asiakkaan ikävää kohtelua oli kommentoitu erilaisin kuvailevin sanoin, joita olivat välinpitämättömyys, väheksyntä, ei-kunnioittava palvelu, tyyli, epäinhimillinen, ylpeä ja tyyliiltään raaka palvelu sekä epäystävällinen, epäreilu palvelu. Avoimissa vastauksissa annettiin myös tietynlaista negatiivissävytteistä palautetta, jota voi kutsua palautteeksi tuomittavista toimintatavoista: Kelan puolelta koettu painostus, juoksuttaminen, henkinen väkivalta sekä toimintatapa, jossa Kelan kuvailtiin ajavan omaa etuaan eikä asiakkaan etua. Lisäksi kommentoitiin vielä byrokratiaa, kapulakieltä, yleisesti huonoa palvelua, järjestelmäkeskisiä ongelmia ja sitä, ettei vastaaja ollut kokenut saaneensa apua.

Kelan ammatillista kuntoutusta hakeneiden asiakkaiden näkemyksiä Kelan onnistumisesta, yleisestä tyytyväisyydestä Kelan toimintaan sekä hakemiseen liittyvästä kohtelusta ja palvelun laadusta kuntoutukseen hakemisen vaiheessa tutkittiin myös muiden kysymysten avulla. Vastausjakaumista nähtiin, että lähes kaikilla osa-alueil-

la Kela oli vastaajien mukaan onnistunut keskimääräisesti melko hyvin tai erittäin hyvin. Kun Kelan onnistumista tarkasteltiin Kelan yleisönnistumista kuvaavan summamuuttujan avulla (ks. väittämät, taulukko 14, s. 47), sukupuolen, iän tai vakuutuspiirin yhteys Kelan onnistumiseen ei eronnut otosryhmittäin vuosien 2013 ja 2015 välillä. Vuosien välillä ei onnistumisessa todettu myöskään tilastollista keskiarvoeroa.

Kuvio 6. Hakijoiden antama negatiivinen palaute hakemisesta.



Taulukko 14. Ammatillista kuntoutusta hakeneiden vastaajien arviot Kelan onnistumisesta otoksittain.

	Erittäin huonosti	Melko huonosti	Ei hyvin eikä huonosti	Melko hyvin	Erittäin hyvin	Vastaus puuttuu	Työkyky korreloi ^a	Työssäolo korreloi ^a
Kuinka hyvin Kela onnistui? (%)	2013/ 2015	2013/ 2015	2013/ 2015	2013/ 2015	2013/ 2015	2013/ 2015		
Hakemiseen liittyvässä ohjeistuksessa	5,3/ 5,8	9,0/ 9,6	26,2/ 21,8	31,3/ 34,9	12,5/ 15,9	15,7/ 12,2	0,12*/ 0,19***	0,20***/ 0,15**
Hakulomakkeen selkeydessä	4,6/ 4,2	11,8/ 11,3	24,5/ 21,8	34,7/ 41,9	11,3/ 13,3	13,0/ 7,6	0,13*/ 0,16**	0,21***/ 0,20***
Hakemuksen käsittelyyn liittyvässä asiakaspalvelussa	3,7/ 3,9	7,6/ 7,2	19,4/ 16,1	31,3/ 33,4	21,1/ 23,2	16,9/ 16,2	0,12*/ 0,20***	0,15**/ 0,19***
Terveystilani selvittämisessä hakemusvaiheessa	6,5/ 7,6	9,5/ 9,2	20,4/ 19,6	29,6/ 30,4	18,3/ 15,9	15,7/ 17,3	0,19***/ 0,25***	0,16**/ 0,24***
Muiden työ- tai opiskelukykyä haittaavien tekijöiden selvittämisessä hakemusvaiheessa	9,5/ 10,0	11,6/ 11,6	19,2/ 21,2	27,1/ 21,6	11,8/ 11,4	20,8/ 24,2	0,27***/ 0,29***	0,17**/ 0,17***
Muiden kuntoutuksen merkityksellisten tekijöiden selvittämisessä hakemusvaiheessa	8,8/ 8,1	9,5/ 10,1	25,9/ 23,1	23,1/ 20,7	10,6/ 10,9	22,0/ 27,1	0,22***/ 0,27***	0,17**/ 0,15**
Ymmärrettävien perustelujen esittämisessä päätökselle	6,9/ 10,0	8,1/ 7,2	19,9/ 17,2	30,1/ 30,1	15,3/ 18,1	19,7/ 17,5	0,16**/ 0,18***	0,19***/ 0,14**

^a Spearmanin rho ja merkitsevyys * = $p \leq 0,05$; ** = $p \leq 0,01$; *** = $p \leq 0,001$.

Tarkasteltaessa Kelan yleisinnostumista (summa, ks. analyysiä kuvaava luku) kummankin vuoden osalta nähtiin erikseen, että ikä vaikutti arvioihin⁵⁰. Vuoden 2013 vastaajissa nuorin (18–34-vuotiaat) ikäryhmä arvioi Kelan yleisinnostumisen heikommaksi kuin vanhin (55–64-vuotiaat) ryhmä. Vuoden 2015 vastaajilla nuorimman ja toiseksi nuorimman ikäryhmän kohdalla (18–44-vuotiaat) Kelan yleisinnostuminen oli heikompaa kuin vanhimman (55–64-vuotiaat) ryhmän. Sukupuolen osalta Kelan yleisinnostuminen erosi vain vuoden 2015 vastaajilla⁵¹, joista miehet arvioivat Kelan yleisinnostumisen heikommaksi kuin naiset. Ikäryhmien osalta on

50 Vuosi 2013: $F(3,287) = 2,77$, $p = 0,042$; parivertailussa ikäryhmä 1 < 4 / Vuosi 2015: $F(3,499) = 3,82$, $p = 0,010$; parivertailussa ikäryhmä 1, 2 < 4.

51 Vuosi 2015: $t(505) = 2,58$, $p = 0,010$.

kuitenkin huomioitava, että nuorimpien arviot Kelan yleisnastumisesta olivat heikompiä kuin vanhimman ryhmän.

Onnistumisen eri osa-alueet olivat yhteydessä työkykyyn ja myös työssäoloon. Kaikilla onnistumista tarkastelevilla väittämillä oli siis yhteys työkykyyn: mitä parempi työkyky oli ollut, sitä paremmaksi onnistuminen arvioitiin. Lisäksi työssäolo oli yhteydessä onnistumiseen kaikissa väittämissä samansuuntaisesti työkyvyn kanssa. Kela oli siis onnistunut paremmin niiden mielestä, joilla oli työsidos (koko- tai osa-aikaisesti). (Taulukko 14.) Lisäksi arviot Kelan yleisnastumisesta olivat kummanakin vuoden vastaajilla yhteydessä heidän etukäteistietoonsa siitä, millaista kuntoutusta he olivat hakemassa⁵².

Tutkimuksessa vastaajat arvioivat lisäksi *tyytyväisyyttään* Kelan toimintaan ammatillisen kuntoutuksen hakuprosessissa (taulukko 15). Useimmiten vastaajat olivat olleet melko tai erittäin tyytyväisiä. Tilastollista eroa ei vuosien välillä tyytyväisyydessä löytynyt.

Taulukko 15. Ammatillista kuntoutusta hakeneiden vastaajien tyytyväisyys Kelan toimintaan.

Tyytyväisyys Kelan toimintaan ammatillisen kuntoutuksen hakuprosessissa	2013		2015	
	n	%	n	%
Erittäin tyytymätön	29	7	35	6
Melko tyytymätön	33	8	41	8
Ei tyytyväinen eikä tyytymätön	70	16	78	14
Melko tyytyväinen	137	32	158	29
Erittäin tyytyväinen	128	30	177	33
En osaa sanoa	26	6	36	7
Puuttuvaa tietoa	9	2	17	3
Yhteensä	432	100	542	100

Kelan toimintaan liittyvän *tyytyväisyyden* ja muiden muuttujien väliltä löydettiin yhteyksiä, kun tarkasteltiin erityisesti tyytyväisyyden suhdetta diagnoosiryhmiin, työkykyyn, työmarkkina-asemaan, päihteiden käyttöön, oppimisvaikeuksiin ja riittämättömään toimeentuloon⁵³. Vuoden 2013 vastaajien tyytyväisyys oli yhteydessä työssäoloon ja työkykyyn ja käänteisesti (eli vähäisempänä tyytyväisyytenä) työttömyyteen, sairauspäivärahan saamiseen, päihteiden käyttöön ja riittämättömään toimeentuloon. Vuoden 2015 vastaajilla tyytyväisyys oli niin ikään yhteydessä työs-

52 Spearmanin korrelaatiot 2013: 0,19*** / 2015: 0,21***, yhteys ei eroa vuosien 2013 ja 2015 välillä (GLM jossa k41c kategorisena ja jatkuvana selittäjänä – onnistuminen jakaumaltaan normaalinen).

53 Tyytyväisyyden yhteydet (2013/2015) kumpanakin vuonna työssäoloon 0,22***/0,24***, työttömyyteen –0,13*/–0,18***, sairauspäivärahalla oloon –0,17**/–0,15**, työkykyyn 0,12*/0,18***, päihteiden käyttöön –0,11* (2013), oppimisvaikeuksiin –0,22*** (2015), riittämättömään toimeentuloon –0,21***/–0,24***.

säoloon ja työkykyyn sekä käänteisesti (eli heikompi tyytyväisyys) työttömyyteen, sairauspäivärahan saamiseen, oppimisvaikeuksiin ja riittämättömään toimeentuloon. Kelan toimintaan tyytyväiset olivat siis työllisiä ja paremmin työkykyisiä kuin ne, jotka olivat vähemmän tyytyväisiä. Vähempään tyytyväisyyteen oli yhteydessä myös kummankin vuoden osalta työttömyys, sairauspäiväraha ja riittämätön toimeentulo. Kun tarkasteltiin vielä vastauksia muuhun kohtelun laatuun liittyvistä seikoista (viivyttelämätön päätöksenteko, kuntoutukseen liittyvä etukäteistieto, palvelun hakemiseen liittyvä häpeän tunne, oma tahto hakeutua kuntoutukseen (summa) sekä henkilökohtainen ja kannustava palvelu (summa), löydettiin joitakin yhteyksiä ja eroja. Vuosien 2013 ja 2015 välillä ei näissä muuttujissa löydetty eroa (taulukko 16). Muuttujia tarkasteltiin kuitenkin myös suhteessa muihin muuttujiin, kuten edelläkin: diagnoosiryhmiin, työkykyyn, työmarkkina-asemaan, päihteiden käyttöön, oppimisvaikeuksiin ja riittämättömään toimeentuloon.

Taulukko 16. Ammatillista kuntoutusta hakeneiden vastaajien arviot kohtelusta.

Missä määrin samaa tai eri mieltä seuraavista väitteistä? (%)	Täysin eri	Jokseenkin eri	Ei eri eikä samaa	Jokseenkin samaa	Täysin samaa	En osaa sanoa	Vastaus puuttuu
	2013/2015	2013/2015	2013/2015	2013/2015	2013/2015		2013/2015
Kuntoutuspäätös tehtiin ilman turhaa viivytystä	7,2	6,7	11,3	27,5	37,3	5,8	4,2
	5,9	9,2	7,4	29,2	41,3	3,5	3,5
Halusin kuntoutukseen omasta tahdostani	3,9	5,3	7,2	16,9	60,9	1,6	4,2
	4,1	2,4	6,1	16,6	65,9	1,7	3,3
Tiesin etukäteen millaiseen Kelan kuntoutukseen haen	7,9	16,0	13,2	23,4	31,7	3,0	4,9
	7,6	12,9	12,4	26,4	34,7	3,1	3,0
Minua painostettiin kuntoutukseen	60,0	10,6	10,0	8,6	3,5	3,0	4,4
	64,8	11,1	8,9	6,5	3,7	2,4	2,8
Kelan palvelu oli henkilökohtaista	11,3	12,5	22,9	19,4	17,8	11,6	4,4
	14,4	12,5	20,5	21,4	16,4	10,7	4,1
Kuntoutukseen hakemiseen liittyi häpeän tunnetta	59,0	9,7	10,6	9,5	3,7	3,2	4,2
	63,7	9,8	7,9	8,3	4,1	3,3	3,0
Kelan palveluilmapiiiri oli kannustava	9,0	10,0	28,0	21,1	14,6	12,7	4,6
	7,9	8,9	22,9	21,2	14,6	20,3	4,2

Viivyttelämättömyydellä tarkoitetaan vastaajien kokemusta siitä, oliko kuntoutuspäätös tehty ilman turhaa viivytystä. Vuosien 2013 ja 2015 välillä ei havaittu eroa sukupuolen, iän ja vakuutuspiirin yhteydessä viivyttelämättömyyteen. Viivyttel-

mättömyys oli yhteydessä kummankin vuoden osalta työkykyyn⁵⁴, työssäoloon ja käänteisesti sairauslomaan sekä riittämättömään toimeentuloon. Aineiston mukaan työkyvyiltään vahvemmat ja työlliset kokivat siten vähemmän viivyttelyä. Toisaalta toimeentuloaan riittämättömänä pitäneet kokivat tämän tuloksen mukaan enemmän viivyttelyä kuin ne, joita toimeentulon riittämättömyys ei haitannut niin paljon.

Kuntoutukseen liittyvä *etukäteistieto*⁵⁵ oli kummankin vuoden vastaajilla yhteydessä työssäoloon, päätoimiseen opiskeluun, ja käänteisesti työttömyyteen ja riittämättömään toimeentuloon. Eli etukäteistietoa oli tuloksen mukaan enemmän koko- tai osapäivätyössä olleilla ja opiskelijoilla ja vähemmän työttömillä ja niillä, joiden toimeentulo on riittämätöntä.

Kuntoutuksen hakemiseen liittyvän *häpeän tunteen* osalta löydettiin yhteyksiä suhteessa diagnooseihin⁵⁶. Kumpanakin vuonna tuki- ja liikuntaelinsairauksiin sekä sydän- ja verisuonitauteihin liittyi vähemmän häpeää kuntoutuksen hakemisesta. Mielen terveyden häiriöitä ilmoittaneilla häpeän tunne oli vahvempi. Lisäksi häpeän tunne oli yhteydessä⁵⁷ kummankin vuoden osalta kuntoutustukeen, päihteiden käyttöön, oppimisvaikeuksiin ja riittämättömään toimeentuloon ja käänteisesti työssäoloon ja luokiteltuun työkykyyn ja työkykypistemäärään.

Kuntoutukseen hakeutumiseen liittyvän *oman tahdon* (oma tahto ja painostamattomuus) osalta mielen terveyden häiriöitä ilmoittaneilla oli kummankin vuoden osalta yhteys vähäisempään omaan tahtoon⁵⁸. Lisäksi oma tahto oli molempina vuosina yhteydessä⁵⁹ työkykyyn, työssäoloon ja käänteisesti sairauslomaan, kuntoutustukeen ja riittämättömään toimeentuloon. Oma tahto oli siis enemmän työkykynsä vahvemmaksi arvioivilla ja samoin työsidosken omaavilla. Oma tahto oli vähemmän sairausloma, kuntoutustukea ja riittämätöntä toimeentuloa ilmoittaneilla.

54 Viivyttelemättömyyden yhteydet (2013/2015) kumpanakin vuonna työkykyyn 0,16**/0,10*, työssä oloon 0,22***/0,27***, sairauslomaan -0,16**/-0,12* ja riittämättömään toimeentuloon -0,23*** /-0,27***.

55 Etukäteistiedon yhteydet (2013/2015) kumpanakin vuonna työssä oloon 0,16**/0,18***, päätoimiseen opiskeluun 0,13**/0,09*, työttömyyteen -0,16**/-0,20***, riittämättömään toimeentuloon -0,28***/-0,12*.

56 Häpeän yhteydet (2013/2015) kumpanakin vuonna diagnooseihin: tuki- ja liikuntaelinsairauksiin -0,22***/-0,20***, sydän- ja verisuonitauteihin -0,13*/-0,09* ja mielen terveyden häiriöihin 0,35*** / 0,25***.

57 Häpeän yhteydet (2013/2015) kumpanakin vuonna työssä oloon -0,27***/-0,27***, kuntoutustukeen 0,16**/0,09*, työkykyyn -0,11*/-0,15***, työkykypistemäärään -0,15**/-0,20**, päihteiden käyttöön 0,22***/0,14**, oppimisvaikeuksiin 0,17**/0,16** ja riittämättömään toimeentuloon 0,29***/0,23***.

58 Oman tahdon yhteydet (2013/2015) kumpanakin vuonna mielen terveyden häiriöön k41d -0,12* (käännetty) /-0,09* (käännetty).

59 Oman tahdon yhteydet (2013/2015) kumpanakin vuonna työkykyyn 0,13*/0,18***, työssä oloon 0,18***/0,19***, sairauslomaan -0,15**/-0,12**, kuntoutustukeen -0,14**/-0,14*** ja riittämättömään toimeentuloon -0,21***/-0,12**.

Henkilökohtaisen ja kannustavan palvelun osalta ei löydetty yhteyksiä diagnoosi- ja sairausryhmiin. Lisäksi yhteisiä, eli kummankin vuoden otoksessa näkyviä, yhteyksiä suhteessa muihin muuttujiin löytyi ainoastaan päihteiden käyttöön⁶⁰.

4.1.6 Hakijaryhmät, hakijan kokonaistilanne ja Kelan onnistuminen

Tutkimusta suunniteltaessa oletettiin, että ammatillisen kuntoutuksen hakijan kokonaistilanteeseen liittyy terveydentilaan, psyykkiseen tai sosiaaliseen tilanteeseen sekä elämäntilanteeseen sidoksissa olevia haittoja, jotka sekä kuntoutujat että kuntoutukseen hakeutuvat kokevat eri tavoin. Kokonaistilanteeseen mahdollisesti liittyviä muuttujia tarkasteltaessa eivät olennaisia sinänsä olleet hakijoiden vuosittaiset ryhmät vaan kokonaistilanteeltaan erilaiset hakijaryhmät. Esimerkiksi koulutus, päivärytmi tai hyvä perhetilanne voivat mahdollisesti olla hakijoiden työelämässä selviytymistä tukevia resursseja. Tutkimuksen suunnitteluvaiheessa muodostettiin kysymys- ja väittämäjoukko, joka sisälsi edellä mainittuihin sosiaalisen tilanteen, elämäntilanteen ja kokonaistilanteen ulottuvuuksiin oletetusti liittyviä väittämiä (taulukko 17, s. 52).

Ammatillista kuntoutusta hakeneet vastaajat ryhmiteltiin tämän kysymysjoukon avulla eli tarkastelemalla eroja työssä selviytymisen fyysisissä, psyykkisissä, sosiaalisissa ja elämäntilannetekijöihin liittyvissä haitoissa. Latenttien profiilien analyysin avulla saatiin selville, että vastaajajoukon yhdeksän ryhmän mallissa ilmeni vielä selkeitä sisältöeroja, jolloin yhdeksän ryhmän malli otettiin jatkoanalyysissä käyttöön. Analyysi pyrkii muodostamaan heterogeenisestä joukosta mahdollisimman homogeenisia alaryhmiä, jotka eroavat toisistaan. Tässä aineistossa analyysin tuottamat profiiliryhmät kuvaavat hakijaryhmien samankaltaisuuksia kokonaistilanteissa työelämän häirtatekijöiden näkökulmasta. Ryhmät ovat mahdollisimman erilaisia suhteessa toisiinsa. Ammatillisen kuntoutuksen hakijoiden työssä selviytymistä haittasivat vuosina 2013 ja 2015 useilla eri tavoilla painottuneet tekijät. Ryhmien profiilit kokonaistilanteeseen liittyvistä työssä selviytymisen haitoista ovat nähtävissä tiivistettynä kuviosta 7 (s. 53).

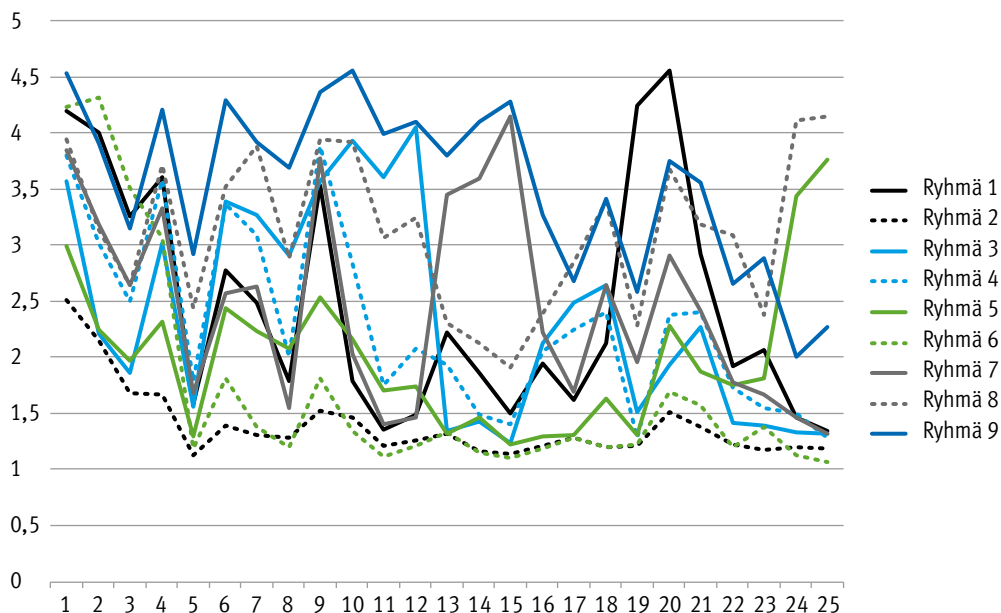
60 Henkilökohtaisen ja kannustavan palvelun yhteydet (2013/2015) päihteidenkäyttöön kumpanakin vuonna $-0,11^*$ / $-0,10^*$.

Taulukko 17. Ammatillista kuntoutusta hakeneiden vastaajien työelämässä selviytymistä haittaavat tekijät.

Missä määrin seuraavat haittasivat työssä tai opiskelussa selviytymistäsi tai sinne siirtymistäsi ennen kuntoutuksen hakemista? ^a	2013			2015			Koko aineisto		
	n ^b	Ka ^b	Kh ^b	n	Ka	Kh	n	Ka	Kh
Fyysiseen ja psyykkiseen terveyteen liittyvät tekijät									
Terveydentila	403	3,63	1,336	511	3,53	1,253	914	3,58	1,291
Kipu ja särky	409	3,12	1,566	524	3,17	1,449	933	3,14	1,501
Liikuntakyvyn ongelmat	400	2,66	1,467	517	2,51	1,415	917	2,57	1,439
Unettomuus ja muut unihäiriöt	397	2,83	1,487	508	2,86	1,437	905	2,85	1,458
Ulkomuoto ja ulkonäkö	397	1,48	0,958	505	1,46	0,916	902	1,47	0,934
Keskittymiskyvyn ongelmat	404	2,40	1,383	515	2,31	1,295	919	2,35	1,334
Huono itsetunto	406	2,11	1,285	508	2,18	1,398	914	2,15	1,349
Oppimishäiriöt ja muut oppimisvaikeudet	405	1,78	1,243	513	1,70	1,143	918	1,73	1,188
Oma päihteiden käyttö	406	1,18	0,619	518	1,13	0,471	924	1,15	0,542
Alakuloisuus, epätoivo, ahdistus tai masennus	412	2,68	1,509	519	2,61	1,494	931	2,64	1,500
Sosiaaliset tekijät									
Sosiaalisten tilanteiden jännittäminen	410	2,19	1,335	522	2,04	1,286	932	2,11	1,309
Heikot vuorovaikutustaidot	408	1,70	1,040	518	1,60	1,018	926	1,65	1,028
Ryhmätoiminnan vaikeudet	406	1,79	1,136	512	1,76	1,163	918	1,77	1,150
Läheisen vaikea elämäntilanne	402	1,72	1,200	513	1,81	1,191	915	1,77	1,195
Ihmisuhteet kotona	398	1,62	1,084	519	1,65	1,094	917	1,63	1,089
Hankala perhetilanne	400	1,62	1,168	512	1,57	1,083	912	1,59	1,121
Muut ihmisuhteet tai lähiyhteisö	395	1,63	1,047	506	1,63	0,969	901	1,63	1,004
Syrjintä tai kiusaaminen aiemmassa/nykyisessä työ- tai opiskelupaikassa	405	1,65	1,167	516	1,67	1,181	921	1,66	1,174
Sosiaalisen tuen puute	400	1,86	1,232	503	1,80	1,134	903	1,83	1,178
Elämäntilanteeseen liittyvät tekijät									
Velkaantuminen ja/tai velkasaneeraus	409	1,62	1,211	521	1,56	1,094	77	3,08	1,768
Riittämätön toimeentulo	416	2,30	1,478	517	2,21	1,437	930	1,59	1,147
Epäsäännöllinen vuorokausirytm	401	2,02	1,303	509	1,98	1,292	933	2,25	1,455
Vaikeudet saada töihin tai opiskeluun liittyviä tietoja	406	1,65	1,082	505	1,50	0,866	910	2,00	1,296
Hankalat kulkuyhteydet töihin tai opiskelupaikkaan	412	1,55	1,046	512	1,56	1,064	911	1,57	0,971
Ammattitaidon puute	406	1,64	1,104	501	1,61	1,069	924	1,56	1,055
Työkokemuksen puute	405	1,60	1,104	510	1,58	1,120	907	1,63	1,084
Peliriippuvuus	411	1,09	0,453	522	1,08	0,438	915	1,59	1,113

^a Vastauskaala 1 = ei lainkaan, 5 = haittasi erittäin paljon.^b n = lukumäärä, Ka = keskiarvo, Kh = keskihajonta.

Kuvio 7. Vastaajaryhmien profiilit työelämässä selviytymisen haitoista.



Fyysinen ja psyykinen terveydentila

- 1 = Terveystila
- 2 = Kipu ja särky
- 3 = Liikuntakyvyn ongelmat
- 4 = Unettomuus ja muut unihäiriöt
- 5 = Ulkomuoto ja ulkonäkö
- 6 = Keskittymiskyvyn ongelmat
- 7 = Huono itsetunto
- 8 = Oppimishäiriöt ja muut oppimisvaikeudet
- 9 = Alakuloisuus, epätoivo, ahdistus tai masennus

Sosiaaliset tekijät

- 10 = Sosiaalisten tilanteiden jännittäminen
- 11 = Heikot vuorovaikutustaidot
- 12 = Ryhmätoiminnan vaikeudet
- 13 = Läheisen vaikea elämäntilanne
- 14 = Ihmissuhteet kotona
- 15 = Hankala perhetilanne
- 16 = Muut ihmissuhteet tai lähiyhteisö
- 17 = Syrjintää tai kiusaaminen aiemmassa/nykyisessä työ- tai opiskelupaikassa
- 18 = Sosiaalisen tuen puute

Elämäntilanteeseen liittyvät tekijät

- 19 = Velkaantuminen ja/tai velkasaneeraus
- 20 = Toimeentulon riittämättömyys
- 21 = Epäsäännöllinen vuorokausirytm
- 22 = Vaikeudet saada töihin tai opiskeluun liittyviä tietoja
- 23 = Hankalat kulkuyhteydet töihin tai opiskelupaikkaan
- 24 = Ammatitaidon puute
- 25 = Työkokemuksen puute

Sekä vuoden 2013 että 2015 vastaajajoukoista löytyi kuvatut yhdeksän ryhmää. Sukupuolen, iän ja vakuutuspiirin yhteys ryhmiin ei eronnut vuosien välillä (otoksissa 2013 ja 2015). Taustamuuttujia ja kokonaistilannetta luonnehtivat analyysit tehtiin erikseen eri vuosilta, mutta eri vuosina saadut tulokset yhdistettiin, sillä ryhmät pysyivät samoina molempina vuosina. Tämän osalta voidaan olettaa, että asiakkaiden kokonaistilanteeseen liittyvät häiritsevät tekijät voivat vaihdella kuntoutuksen hakijoilla samankaltaisesti vuodesta riippumatta. Kokonaistilanne voidaankin ymmärtää näin ilmiönä, johon liittyy arvioitavia ja tutkittavia häiritsevyyksiä. Tällöin seuraavaksi esitettävät ryhmäkuvaukset kertovat yleisesti erilaisista ammatillisen kuntoutuksen hakijaryhmistä ja heidän työkykynsä vaikuttavista kokonaistilanteista työelämään liittyvien haittojen näkökulmasta. Kokonaistilanteeseen liittyi lainuudistuksessa myös

muunlaisia tekijöitä kuin haittoja. Näitä tässä tutkittavia tekijöitä ovat ikäryhmät, koulutus, koulutuksen keskeyttämiset, riittämätön toimeentulo, työttömyys, työkokemuksen vähäisyys, kulkuyhteydet, perhetilanne, riippuvuudet ja päihteet, ilmoitetut ja epäillyt oppimisvaikeudet sekä koulutusten mukauttamiset⁶¹. Toisistaan eroavia yhteyksiä ryhmien välillä löytyi myös arvioissa Kelan yleisönnistumisesta⁶² ja lisäksi arvioissa vastaajien omasta tahdosta⁶³, etukäteistiedosta⁶⁴ ja häpeään⁶⁵ kokemuksista. Ryhmät eivät eronneet tilastollisesti vuosittaisissa yhteyksissään suhteessa muihin muuttujiin, jotka kuvaavat kokemusta kohtelusta Kelassa: viivyttelemättömään, henkilökohtaiseen ja kannustavaan palveluun. Ryhmät eivät myöskään eronneet suhteessa päätöksen läpimenoon eri vuosina. Ryhmäkuvauksen yhteydessä mainitaan vain selkeästi tuloksissa ilmenneet erot suhteessa muihin ryhmiin tausta- ja kokonaistilannemuuttujissa ja onnistumista kuvaavissa muuttujissa.

Muodostuneista ryhmistä suurimmat olivat kipu- ja terveydentilalahaittojen naispainotteinen ryhmä (ryhmä 6, 25,6 %) ja erittäin pienten haittojen miespainotteinen ryhmä (ryhmä 2, 24,7 %). Muut ryhmät olivat pienempiä, mutta niissä ilmeni mielenkiintoisia sisällöllisiä eroavaisuuksia suhteessa muiden ryhmien profiileihin. Ryhmät erosivat sukupuolijakauman osalta⁶⁶. Miehiä oli suhteellisesti enemmän ryhmissä 2⁶⁷ ja 5⁶⁸ (erittäin pienten ja melko pienten haittojen miespainotteiset ryhmät). Vastavasti naisia oli suhteellisesti enemmän ryhmissä 6⁶⁹ (kivun ja terveydentilalahaittojen naispainotteinen ryhmä) ja 7⁷⁰ (läheisten haittoja haitaksi kokevien ja omien ihmisuhdeongelmien naispainotteinen ryhmä).

61 Ikäryhmät 2013: $\chi^2(24) = 104,66$, $p < 0,001$ / 2015: $\chi^2(24) = 118,57$, $p < 0,001$.
 Koulutus 2013: $\chi^2(40) = 99,516$, $p < 0,001$ / 2015: $\chi^2(40) = 84,222$, $p < 0,001$.
 Koulutuksen keskeyttäminen 2013: $\chi^2(16) = 60,464$, $p < 0,001$ / 2015: $\chi^2(16) = 60,463$, $p < 0,001$.
 Riittämätön toimeentulo 2013: $\chi^2(8) = 157,980$, $p < 0,001$ / 2015: $\chi^2(8) = 140,063$, $p < 0,001$.
 Kruskallin–Wallisin testi, sairaus- ja sairautuudet 2013: $\chi^2(8) = 23,432$, $p = 0,003$ / 2015: $\chi^2(8) = 18,914$, $p = 0,016$.
 Työttömyys 2013: 2015: $\chi^2(8) = 49,590$, $p < 0,001$.
 Työkokemuksen vähäisyys 2013: $\chi^2(8) = 54,905$, $p < 0,001$ / 2015: $\chi^2(8) = 91,818$, $p < 0,001$.
 Kulkuyhteydet 2013: eroa oli / 2015: ei eroa.
 Perhetilanne 2013: $\chi^2(32) = 87,543$, $p < 0,001$ / 2015: $\chi^2(32) = 93,969$, $p < 0,001$.
 Päihteiden käyttö 2013: $\chi^2(8) = 48,678$, $p < 0,001$ / 2015: $\chi^2(8) = 39,527$, $p < 0,001$.
 Ilmoitetut ja epäillyt oppimisvaikeudet 2013: $\chi^2(16) = 75,953$, $p < 0,001$ / 2015: $\chi^2(16) = 106,329$, $p < 0,001$.
 Koulutusten mukauttaminen 2013: $\chi^2(8) = 38,138$, $p < 0,001$ / 2015: $\chi^2(8) = 38,071$, $p < 0,001$.

62 2013: $F(8,391) = 3,42$, $p = 0,001$ / 2015 $F(8,506) = 2,22$, $p = 0,025$.

63 2013: $\chi^2(8) = 25,10$, $p = 0,001$ / 2015: $\chi^2(8) = 24,79$, $p = 0,002$.

64 2013: $\chi^2(8) = 26,93$, $p = 0,001$ / 2015: $\chi^2(8) = 18,39$, $p = 0,018$.

65 2013: $\chi^2(8) = 42,78$, $p < 0,001$ / 2015: $\chi^2(8) = 53,89$, $p < 0,001$.

66 $\chi^2(8) = 30,91$, $p < 0,001$.

67 Adj.Res. 2,6; naisista 22 %, miehistä 29 %.

68 Adj.Res. 3,3; naisista 6 %, miehistä 12 %.

69 Adj.Res. 2,5; naisista 29 %, miehistä 21 %.

70 Adj.Res. 2,6; naisista 10 %, miehistä 5 %.

Ryhmä 1: Toimeentulo- ja velkahaittojen ryhmä (5,5% vastaajista, n = 52). Tämä oli pieni ryhmä, joka arvioi velkaantumisen ja riittämättömän toimeentulon kaikkein suurimmaksi haitaksi tarkasteltaessa ryhmän vastauksia suhteessa muiden ryhmien vastauksiin. Lisäksi he arvioivat alakuloisuuden ja terveydentilan, kivun ja säryn sekä unettomuuden tai unihäiriöiden haittojen vaikeuttavan työssä selviytymistään. Tämä ryhmä arvioi Kelan onnistumisen kumpanakin vuonna yhdeksästä ryhmästä toiseksi heikoimmaksi. Parivertailujen perusteella vuoden 2015 vastauksissa ryhmä arvioi Kelan onnistuneen heikosti suhteessa ryhmiin 2 ja 6⁷¹, mutta vuoden 2013 vastauksissa vain suhteessa ryhmään 2⁷² eli tuona vuonna Kelaa suopeimmin arvioineeseen ryhmään. Tämän ryhmän työkyky oli heikompi kuin usean muun ryhmän⁷³.

Ryhmä 2: Erittäin pienten haittojen miespainotteinen ryhmä (24,2% vastaajista, n = 236). Tämä toiseksi suurin vastaajaryhmä arvioi lähes kaikki haitat pieniksi suhteessa muihin vastaajiin. Suurimpia haittoja ryhmän vastauksissa olivat terveydentila sekä kipu ja särky, mutta näissäkin vastausten keskiarvo oli kaikista ryhmistä pienin. Tässä ryhmässä oli vähemmän koulutuksen keskeyttäneitä kuin muissa ryhmissä⁷⁴. Lisäksi ryhmässä oli vähemmän riittämätöntä toimeentuloa kokevia⁷⁵, vähemmän sairausetuuden saajia⁷⁶ ja vähemmän päihteiden käytön⁷⁷ haittaavaksi kokevia. Ryhmän kokemus siitä, että he tiesivät etukäteen, millaiseen kuntoutukseen hakevat (etukäteistieto⁷⁸), oli vahvempi kuin useissa muissa ryhmissä, samoin myös heidän oma tahtonsa⁷⁹ eli hakeutuminen kuntoutukseen omasta tahdosta. Ryhmässä kuntoutuksen hakemiseen liittyvä häpeän kokemus⁸⁰ oli vähäisempää kuin useissa muissa ryhmissä. Tämän ryhmän itsearvioitu työkyky oli kaikkia muita ryhmiä parempi⁸¹.

Ryhmä 3: Vuorovaikutuksen ja jännittämisen haittojen ryhmä (4,8 % vastaajista, n = 47). Tämä ryhmä muodostui ja erottui vasta yhdeksän ryhmän mallissa erillisiksi ryhmäkseen⁸². Tässä ryhmässä korostuivat ryhmätoiminnan vaikeudet, heikot vuorovaikutustaidot sekä sosiaalisten tilanteiden jännittäminen. He arvioivat myös

71 Parivertailun (LSD) perusteella 1 < 2, 6.

72 Parivertailun (LSD) perusteella 2 > 1, 3, 4.

73 Parivertailun (LSD) perusteella 2013: 1 < 2, 5 / 2015: 1 < 2, 3, 4, 5, 6, 7.

74 Ei keskeyttäneitä 2013: Adj.Res. = 3,8 / 2015: Adj.Res. = 3,2.

75 Parivertailujen perusteella 2013: 2 < 4, 5, 7, 8, 9 / 2015: 2 < 4, 5, 7, 8, 9.

76 Sairausetuuden saajat 2013: Adj.Res. -3,0 / 2015: Adj.Res. -2,9.

77 Päihteiden käytön ainakin vähän haittaavaksi kokevat 2013: Adj.Res. -3,0 / 2015: Adj.Res. -3,2.

78 Parivertailujen perusteella 2013: 2 > 5, 7, 8, 9 / 2015: 2 > 4, 5, 8, 9.

79 Parivertailujen perusteella 2013: 2 > 5, 7, 8, 9 / 2015: 2 > 3, 4, 5, 6, 8, 9.

80 Parivertailujen perusteella 2013: 2 < 5, 7, 8, 9 / 2015: 2 < 4, 5, 8, 9.

81 Parivertailujen perusteella 2013: 2 > 1, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9 / 2015: 2 > 1, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9.

82 Koska tämän ryhmän haitat olivat sisällöllisesti erilaisia kuin muiden ryhmien, päädyttiin tutkimuksessa käyttämään tässä esiteltyä yhdeksän ryhmän mallia.

kolmanneksi eniten haittoja keskittymiskyvyssä, huonossa itsetunnossa, oppimishäiriöissä, syrjinnässä ja kiusaamisessa sekä sosiaalisen tuen puutteessa. Heillä oli kuitenkin hyvä perhetilanne (pieniksi haittoiksi arvioitiin läheisen vaikea elämäntilanne, ihmissuhteet kotona ja hankala perhetilanne). Tässä ryhmässä oli enemmän henkilöitä, joilla ei ollut ollenkaan ammattikoulutusta⁸³. Ryhmässä koettiin vähemmän haittaa riittämättömstä toimeentulosta⁸⁴ kuin useissa muissa ryhmissä. Ryhmässä oli vähemmän työllisiä⁸⁵, heillä oli yleisemmin alle vuoden työkokemus⁸⁶, heissä oli vähemmän niitä, joilla ei ollut todettu tai epäilty oppimisvaikeuksia⁸⁷ ja heidän koulutuksiaan oli mukautettu⁸⁸ enemmän.

Ryhmä 4: Keskitasoisten haittojen ryhmä (12,3 % vastaajista, n = 120). Tämä ryhmä oli ilmoittanut keskitasoisia haittoja. Ryhmä arvioi terveydentilan, kivun ja säryn, liikuntakyvyn, unihäiriöiden ja eräät muutkin haitat keskitasoisiksi tai lieviksi. Kuitenkin erityisesti alakuloisuus ja lievemmin keskittymiskyvyn ongelmat, huono itsetunto ja syrjintä tai kiusaaminen olivat heillä melko yleisiä (joko kolmanneksi tai neljänneksi suurin keskiarvo kaikista ryhmistä). Tässä ryhmässä oli muita ryhmiä enemmän päihteiden käytön⁸⁹ haittaavaksi kokevia.

Ryhmä 5: Melko pienten haittojen miespainotteinen ryhmä (7,6 % vastaajista, n = 74). Tämä oli lievien haittojen miespainotteinen nuorten ryhmä (18–34-vuotiaita enemmän, vuonna 2015 merkitsevästi ja vuonna 2013 lähes melkein merkitsevästi), jossa kuitenkin nousi kaikista ryhmistä toiseksi yleisimmäksi ammattitaidon ja työkokemuksen puute. Lisäksi heillä olivat kuitenkin selkeästi kahta haittoja pienimmiksi arvioivaa ryhmää yleisempiä sekä keskittymiskyvyn, huonon itsetunnon, oppimishäiriöiden ja alakuloisuuden ja riittämättömän toimeentulon haitat. Tässä ryhmässä oli muita ryhmiä enemmän vähintään kaksi kertaa koulutuksen keskeyttäneitä⁹⁰. Lisäksi ryhmässä oli enemmän työttömänä olleita⁹¹, vähemmän työllisiä⁹², ja heillä oli yleisemmin alle vuoden työkokemus⁹³. He asuivat tavallisemmin vanhempiensa tai huoltajiensa luona⁹⁴ ja heissä oli vähemmän niitä, joilla ei ollut todettu tai

83 Ei koulutusta tai koulutus kesken Adj.Res. 3,9 / 2015: Adj.Res. 4,1.

84 Parivertailujen perusteella 2013: 3 < 7, 8, 9 / 2015: 3 < 7, 8, 9.

85 Työssä 2013: Adj.Res. = -2,2 / 2015: Adj.Res. = -3,4.

86 Alle vuoden työkokemusta 2013: Adj.Res. 3,8 / 2015: Adj.Res. = 3,5.

87 Ei ollut oppimisvaikeuksia 2013: Adj.Res. = -2,6 / 2015: Adj.Res. = -3,7.

88 Oli mukautettu 2013: Adj.Res. = 3,0 / 2015: Adj.Res. = 4,3.

89 Oma päihteiden käyttö haittasi ainakin vähän 2013: Adj.Res. = 2,4 / 2015: Adj.Res. = 2,8.

90 Vähintään kaksi kertaa koulutuksen keskeyttäneitä 2013: Adj.Res. = 3,9 / 2015: Adj.Res. = 2,2.

91 Työttömyys 2013: Adj.Res. = 3,7 / 2013: Adj.Res. = 5,3.

92 Työssä 2013: Adj.Res. = -3,6 / 2015: Adj.Res. = -5,0.

93 Alle vuoden työkokemusta 2013: Adj.Res. = 3,0 / 2015: Adj.Res. = 7,2.

94 Asui vanhempien/huoltajien kanssa 2013: Adj.Res. = 2,0 / 2015: Adj.Res. = 3,0.

epäilty oppimisvaikeuksia⁹⁵. Ryhmän itsearvioitu työkyky oli kuitenkin monia muita ryhmiä parempi⁹⁶.

Ryhmä 6: Kipu- ja terveydentilahaittojen naispainotteinen ryhmä (25,8 % vastaajista, n = 251). Tämä naispainotteinen ryhmä oli yhdeksästä ryhmästä suurin. Ryhmässä oli vähemmän nuorimpaan ikäryhmään kuuluvia ja enemmän vanhimpiin ikäryhmiin kuuluvia⁹⁷ kuin muissa ryhmissä. Ryhmän työssä selviytymistä haittasivat hyvin paljon terveydentila, kipu ja särky, liikuntakyvyn ongelmat sekä unettomuus tai unihäiriöt. Muut haittatekijät oli arvioitu pieniksi. Ryhmään kuuluvat kokivat muita ryhmiä vähemmän riittämätöntä toimeentuloa⁹⁸, heissä oli enemmän työllisiä⁹⁹, enemmän työkokemusta¹⁰⁰, vähemmän yksin asuvia¹⁰¹ ja enemmän puolison kanssa¹⁰² asuvia, vähemmän niitä, joita haittaa alkoholin käyttö¹⁰³, enemmän niitä, joilla ei ollut oppimisvaikeuksia¹⁰⁴ ja vähemmän mukautettuja¹⁰⁵ koulutuksia.

Ryhmä 7: Läheisten elämäntilanteen haitaksi kokevien ja omien ihmissuhdeongelmien naispainotteinen ryhmä (8,2 % vastaajista, n = 80). Ryhmä oli naispainotteinen. Lisäksi se erottui vastauksissa, jotka koskivat suurta haittaa läheisen vaikeassa elämäntilanteessa, omissa ihmissuhteissa kotona sekä hankalissa perhetilanteissa. Ryhmään kuuluvilla oli paljon myös alakuloisuuden sekä terveydentilan ja unettomuuden tai unihäiriöiden haittoja. Ryhmässä oli muita ryhmiä vähemmän mukautettuja koulutuksia¹⁰⁶.

Ryhmä 8: Suurehkojen haittojen ja ammattitaidon puutteiden ryhmä (6,4 % vastaajista, n = 62). Tähän ryhmään kuuluvat kokivat suurehkoja haittoja. Ryhmän vastaukset erottuivatkin muusta joukosta huomattavan suurten ammattitaidon ja työkokemuksen puutteen haittojen osalta. Tässä ryhmässä oli enemmän koulutta-

95 Ei ollut oppimisvaikeuksia 2013: Adj.Res. = -3,0 / 2015: Adj.Res. = -2,6.

96 Parivertailujen perusteella 2013: 5 > 1, 4, 6, 8, 9 ja 5 < 2 / 2015: 5 > 1, 3, 4, 6, 7, 8, 9 ja 5 < 2.

97 55–64-vuotiaat yliedustettuna 2013: Adj.Res. = 3,9 / 2015: Adj.Res. = 3,1.

98 Parivertailujen perusteella 2013: 4 > 6; 5 > 6; 6 < 7, 8, 9 / 2015: 4 > 6; 5 > 6; 6 < 7, 8, 9.

99 Työssä 2013: Adj.Res. = 6,3 / 2015: Adj.Res. = 4,4.

100 Yli vuoden työkokemusta 2013: Adj.Res. = 4,8 / 2015: Adj.Res. = 4,8.

101 Yksin asuvia 2013: Adj.Res. = -2,4 / 2015: Adj.Res. = -2,2.

102 Asui puolison kanssa, ei lapsia 2013: Adj.Res. = 2,0 / 2015: Adj.Res. = 3,0.

103 Haittasi ainakin vähän 2013: Adj.Res. = -3,8 / 2015: Adj.Res. = -3,1.

104 Ei ollut oppimisvaikeuksia 2013: Adj.Res. = 4,6 / 2015: Adj.Res. = 5,1.

105 Mukautettuja koulutuksia 2013: Adj.Res. = -4,2 / 2015: Adj.Res. = -3,7.

106 Mukautuksia 2013: Adj.Res. = -2,0 / 2015: Adj.Res. = -2,0.

mattomia¹⁰⁷, vähemmän vastaajia, jotka eivät olleet keskeyttäneet koulutuksia¹⁰⁸, vähemmän työllisiä¹⁰⁹, enemmän alle vuoden työkokemusta omaavia¹¹⁰ sekä vähemmän niitä, joilla ei ollut todettu tai epäilty tai oppimishäiriöitä¹¹¹.

Ryhmä 9: Erittäin suurten haittojen ryhmä (4,4 % vastaajista, n = 43). Tässä ryhmässä lähes kaikki haitat arvioitiin suuriksi. He arvioivat haittansa kaikista ryhmistä suurimmaksi seuraavilla osa-alueilla: terveydentila, unettomuus ja unihäiriöt, ulko-muoto ja ulkonäkö, keskittymiskyvyn ongelmat, huono itsetunto, oppimishäiriöt, alakuloisuus, sosiaalisten tilanteiden jännittäminen, heikot vuorovaikutustaidot, ryhmätoiminnan vaikeudet, läheisten vaikea elämäntilanne, kodin ihmissuhteet, hankalat perhetilanteet, muut ihmissuhteet, sosiaalisen tuen puute, epäsäännöllinen vuorokausirytmä ja hankalat kulkuyhteydet. Muut haittatekijät eivät olleet heillä suurimpia, vaikka ryhmä sijoittuikin melko korkealle suhteessa muihin ryhmiin. Ryhmässä oli vähemmän niitä, joilla ei ollut epäilty tai todettu oppimishäiriöitä¹¹². Lisäksi heillä oli vahvempi kuntoutuksen hakemiseen liittyvä häpeän tunne¹¹³ ja vähemmän ennakotietoa¹¹⁴ kuin useissa muissa ryhmissä. Tämä ryhmä arvioi Kelan yleisönistutuksen kaikkein heikoimmaksi kumpanakin vuonna (keskiarvo). Tarkemmin tarkasteltuna he arvioivat Kelan onnistuneen erityisen heikosti verrattuna useisiin muihin ryhmiin¹¹⁵. Ryhmän työkyky oli heikompi kuin useimpien muiden ryhmien¹¹⁶.

Näiden ammatillisen kuntoutuksen hakijaryhmien arviot viivyttelöttömästä palvelusta ja henkilökohtaisesta sekä kannustavasta palvelusta eivät eronneet toisistaan. Ryhmien välillä ei löydetty myöskään eroa siinä, myönnettiinkö kuntoutusta tai oliko päätös ollut hylkäävä. Ryhmien sukupuolijaosta voidaan nähdä, että vähiten haittoja ilmoittava ja työkyvyltään paras, etukäteistietoa ja tahtoa ilmoittava ryhmä (ryhmä 2) oli miespainotteinen. Toinen miespainotteinen ryhmä (ryhmä 5) arvioi työkykynsä vahvakkoksi, mutta ryhmässä oli ammattitaidon ja työkokemuksen puutetta, keskeytyneitä koulutuksia, epäiltyjä oppimisvaikeuksia ja vähän työkokemusta. Kahdesta naispainotteisesta ryhmästä toinen (ryhmä 6) koki huomattavan suurta haittaa kivusta ja särystä, terveydentilasta ja liikuntakyvystä ja toisessa (ryhmä seitsemän) korostuivat huomattavasti läheissuhteiden haittaavat vaikutukset työssä selviy-

107 Ei koulutusta tai kesken: 2013: Adj.Res. = 3,4 / 2015: Adj.Res. = 2,3.

108 Ei keskeyttäneitä: 2013: Adj.Res. = -2,9 / 2015: Adj.Res. = -4,5.

109 Työssä: 2013: Adj.Res. = -2,7 / 2015: Adj.Res. = -3,6.

110 Alle vuoden työkokemus: 2013: Adj.Res. = 3,3 / 2015: Adj.Res. = 3,1.

111 Ei oppimisvaikeuksia 2013: Adj.Res. = -2,1 / 2015: Adj.Res. = -4,8.

112 Ei oppimisvaikeuksia 2013: Adj.Res. = -4,0 / 2015: Adj.Res. = -3,8.

113 Parivertailujen perusteella 2013: 3, 4, 5, 7, 8 < 9, 1 < 9 / 2015: 3, 4, 6, 7, 8 < 9.

114 Parivertailujen perusteella 2013: 3, 4, 5, 6, 7, 8 > 9 / 2015: 3, 4, 6, 7 > 9.

115 Parivertailujen (LSD) perusteella 2013: 9 < 2, 4, 5, 6, 7, 8 / 2015: 9 < 2, 3, 4, 5, 6.

116 Parivertailujen (LSD) perusteella 2013: 9 < 2, 5, 7 / 2015: 9 < 2, 3, 4, 5, 6, 7.

tymiseen. Ryhmittelyn avulla erottui myös kauttaaltaan heikosti menestyvien ryhmä (ryhmä 9), jossa kaikki haitat olivat suuria, etukäteistietoa ja omaa tahtoa oli vähän, Kelan onnistuminen arvioitiin heikoksi ja häpeän kokemusta ilmoitettiin enemmän. Ryhmittelyssä erottui siten selkeästi hyvin pärjäävien ryhmä ja hyvin heikosti kaikilla osa-alueilla pärjäävien ryhmä. Samoin erottui, että joillakin ryhmillä haitat voivat olla eriytyneitä: esimerkiksi suuri haitta voi olla jollakin yksittäisellä alueella, kuten läheisten tilanteissa, toimeentulossa tai työkokemuksen ja koulutuksen puutteessa. Tällainen ryhmien hahmottelu voi vaikuttaa myös siihen, miten haittoja arvioidaan ja kyetään lieventämään. Voidaankin pohtia, missä määrin ammatillisen kuntoutuksen palveluissa tulisi kyetä vaikuttamaan eriytyneisiin työssä selviytymiseen liittyviin haittoihin, joita hakijat kokevat elämässään.

4.2 Päätöksenteon kriittiset käytännöt lakiuudistuksen jälkeen

4.2.1 Ratkaisijat, asiantuntijalääkärit ja ratkaisemisen taustat

Ammatillista kuntoutusta haetaan Kelasta hakemuslomakkeella ja siihen liitettävällä lääkärinlausunnolla. Tämän jälkeen Kela arvioi tapauksen ja tekee siitä päätöksen, jonka hakija saa tiedoksi. Lakiuudistuksen myötä Kelan ammatillista kuntoutusta voitiin myöntää ”työ- ja ansiokyvyn tukemiseksi tai parantamiseksi tai työkyvyttömyyden estämiseksi” vakuutetuille, joilla on asianmukaisesti todettu sairaus, vika tai vamma. Lakiuudistuksessa ei enää edellytetty työkyvyttömyyden uhkaa, ja lisäksi työkyvyn heikentymistä arvioitaessa pystyttiin ottamaan huomioon vakuutetun kokonaistilanne. Vaikka huomioon ottamista ei aivan täsmällisesti uudessa lain kohdassa määritelty, tähän kokonaistilanteeseen liittyivät esimerkiksi erilaiset toimintakyvyn ulottuvuudet sekä taloudelliset ja sosiaaliset seikat. (L 556/2005.)

Kelan ratkaisuohteissa määritellään tarkemmin, miten ratkaisuja tehtäessä ja hakemusta arvioitaessa tulisi toimia (Kela 2017a). Ohteissa esimerkiksi täsmennetään, millaisia asioita toimintakykyyn, elämäntilanteeseen ja asumisolosuhteisiin oletetaan liittyvän. Siten ohteet ottavat kantaa siihen, kuinka lakitermejä tulisi arviointitapah- tumassa tulkita.

Ammatillisen kuntoutuksen ratkaisuja tehdään Kelassa viidessä vakuutuspiirissä. Vakuutuspiirijako muuttui vuonna 2016, jolloin myös ammatillisen kuntoutuksen ratkaisualueet laajenivat. Ratkaisuja Kelan organisaatiossa tekevät virkailijat, jotka ovat nimikkeiltään muun muassa ratkaisuasiantuntijoita mutta myös työkykyneuvoja. Jatkossa tässä raportissa käytetään lyhyesti sanaa ratkaisija, kun tarkoitetaan näitä tutkimushaastatteluihin osallistuneita työntekijöitä. He siis valmistelevat ja tekevät päätöksiä muun muassa hakemusasiakirjojen ja asiakastapauksiin liittyvän tiedonhankinnan pohjalta. Hakemusasiakirjat, joihin ammatillisen kuntoutuksen tapauksissa kuuluu yleensä vähintään lääkärin laatima B-lausunto sekä asiakkaan hakemus, näkyvät ratkaisijoille työjonossa skannattuna sähköiseen muotoon. Ratkaisijat tutustuvat asiakirjoihin ja voivat pyytää Kelan asiantuntijalääkäreitä arvioimaan tapauk-

sia. Ammatillisen kuntoutuksen ratkaisuihin arvioita antavia asiantuntijalääkäreitä työskentelee osa- ja kokoaikaisina jokaisessa Kelan vakuutuspiirissä. Varsinaisen päätöksen ammatillisesta kuntoutuksesta valmistelee ja tekee ratkaisija.

Tässä tutkimuksessa haastateltiin sekä ratkaisijoita ($n = 10$) että asiantuntijalääkäreitä ($n = 9$) kaikista Kelan vakuutuspiireistä (Eteläinen, Itäinen, Läntinen, Pohjoinen, Keskinen). Jokaisesta vakuutuspiiristä tavoitettiin kaksi ratkaisijaa ja lääkäreitä tavoitettiin yhdessä piirissä yksi, lopuissa neljässä kaksi. Haastateltavien taustatietojen mukaan ratkaisijoiden kokemus Kelan ratkaisutyöstä eri tehtävissä oli 3–40 vuotta ja asiantuntijalääkäreiden työkokemus sen sijaan oli 3–12 vuotta. Useimmat asiantuntijalääkärit tekivät asiantuntijalääkärin työtä osa-aikaisesti, ratkaisijat päätoimisesti. Ammatillisen kuntoutuksen ratkaisuja tehdessä ratkaisijoilla on käytössään yleensä ammatillisen kuntoutuksen hakijan täyttämä hakemuslomake (KU101). Lisäksi liitteenä on tavallisesti lääkärin kirjoittama B-lääkärinlausunto. Tämän tutkimuksen haastatteluissa oli useita uudistusta ja ratkaisu- sekä arviotyötä koskevia teemoja. Lisäksi mukana oli hakijoiden tilanteita havainnollistavia tapauksertomuksia. Haastateltavat arvioivat tapauksia haastatteluissa oman työnsä näkökulmasta, ikään kuin arvioisivat asiakastapauksia.

4.2.2 Ratkaisijoiden ja asiantuntijalääkäreiden yleiset mielipiteet lakiuudistuksesta

Ratkaisijat ja asiantuntijalääkärit pitivät haastatteluissa ammatillisen kuntoutuksen vuoden 2014 lakiuudistusta yleisesti lähes kauttaaltaan hyvänä (taulukko 18, s. 61). He täsmensivät arvioitaan erilaisin tavoin. Osa näistä täsmennyksistä oli hyvin samansuuntaisia lakimuutoksen valmisteluasiakirjoissa mainittujen perustelujen kanssa (HE 128/2013). Haastatellut mainitsivat esimerkiksi ryhmiä, joille lakimuutos nähtiin sopivana, Kelan ja työeläkelaitosten välisen työnjaon selvenemisen mutta myös hämärtyamisen, sairauskeskeisyyden vähenemisen sekä yleisen myöntämiskäytännön väljentymisen (taulukko 18). Nämä olivat sisältöjä, jotka mukailivat lainvalmisteluasiakirjojen perusteluja.

Lisäksi täsmennyksenä esitettiin, että asiakkaiden tilanteet selvitetään uuden lain myötä paremmin. Eräs haastateltava toi esiin ajatuksen siitä, että laki oli kyllä kaunis, mutta se ei muuttanut kuntoutusjärjestelmän toimimattomia kohtia. Tässä tapauksessa vastaaja pohti kuntoutusjärjestelmätasoisia ja organisaatioiden rajat ylittäviä ongelmia.

”No jos aatellaan, että uudistuksia on, että otetaan vakuutetun kokonaistilanne ja kokonaistilanteen arviointi mukaan ja opiskelumahdollisuuksien ja työkyvyn arviointi niinkun sanoit tuossa äsken, niin sehän kuulostaaärkevältä, ilman muuta ehdottomanärkevältä. Mutta kun mä olen erittäin kriittinen tän koko valtakunnan järjestelmän suhteen. Tää kriittisyys syntyy siitä, kun nään tässä arkipäivässä, mitä se todellisuus on. Et hirveen paljon kauniita sanoja kauniita periaatteita kauniita lakeja ja niin edelleen, mutta ei ne käytännössä toimi siksi, että koko systeemi

koostuu kuitenkin irrallisista rakenteista, jotka ei sitten oikealla tavalla keskustele keskenään.” (Asiantuntijalääkäri 1)

Taulukko 18. Ratkaisijoiden ja lääkäreiden yleiset mielipiteet lakimuutoksesta.

Yleiset mielipiteet lakimuutoksesta		
Suhde lakiuudistuksen perusteluihin	Sisältöjen teema	Sisältöjä tiivistetysti
Uudistus vähensi sairauskeskeisyyttä arviossa	Uudistus helpotti joidenkin ryhmien asemaa	Laajensi mahdollisuuksia nuorille, työeläkevakuutuksessa hylätyille, pitkäaikaistyöttömille; nuorille paremmat mahdollisuudet ja matalampi kynnyks, miksei vanhemmillekin; hyvä, ei niin sairausperustainen – enemmän asiakasryhmiä nyt; työelämän ulkopuolella oleville ryhmille hyvä esim. pitkäaikaistyöttömät
	Uudistus vaikutti Kelan ja työeläkelaitosten työnjakoon	Hyvä, kokonaistilanteen vuoksi; työeläkelaitosten ja Kelan kriteerit eroavat nyt toisistaan; sekavia tunteita, työeläkelaitoksen ja Kelan periaatteet eroavat nyt niin paljon toisistaan, työeläkelaitokset ohjaavat suoraan hakemaan Kelasta; varhaisempi puuttuminen, selkeytti Kelan ja työeläkelaitosten työnjakoa
	Uudistus vähensi sairauskeskeisyyttä arviossa	Hyvä, koska on muitakin kuin lääketieteellisiä syitä syrjäytyä työelämästä, jäädä ulos; älyttömän hyvä, ei enää niin sairausperustaisesti, löytyy enemmän perusteita myöntää kuntoutus; oikeanlainen, ei enää sairauskeskeinen; ei enää niin terveydentilälähtöinen; hyvä yhteiskunnalliseen tilanteeseen (mm. lama, työelämään pääsyn helpottaminen)
	Ratkaiseminen ei enää niin tiukkaa	Ei ajattele asiaa, tuli koska hylättiin liikaa; hyvä erityisesti rajapintaratkaisuihin – kokonaistilanne vaikuttaa, lieventää; ihan hyvä, aiempi oli liian tiukka; tarpeellinen, hyvä, ettei hylätä niin paljon ja työurien pidentäminen
Lakiuudistuksen perustelujen ulkopuolisia täsmennyksiä	Asiakkaiden tilanne selvitetään paremmin	Tulee selvitettyä asiakkaan tilanne paremmin kuin ennen
	On perustelematta hyvä	Hyvä
	On kaunis muttei poista ongelmia	Kokonaistilanteen huomioiminen järkevää ja kaunis periaate, mutta käytännössä suuri ongelma on se, että systeemi perustuu irrallisiin rakenteisiin, jotka eivät keskustele toistensa kanssa

Uudistus nähtiin hyvänä erityisesti nuorille, niille, jotka ovat saaneet työeläkevakuutuksesta hylkäävän päätöksen ammatilliseen kuntoutukseen osallistumisesta, pitkäaikaistyöttömille, syrjäytyville ja työelämän ulkopuolella oleville. Vastauksissa näkyi, että näille ryhmille oli aiemmin ollut hankalaa myöntää kuntoutusta.

”Kun ei enää oo sitä työkyvyttömyyden uhkaa tietenkään mukana, niin erityisesti sopii tämmösille nuoremmille ikäluokille, joita tietysti tässä valtaosa onkin varmasti tästä meidän tapauksista. Että tavallaan työura ja elämä edessä, että sillä lailla se varmasti on parempi, kun siinä otetaan tämmönen kokonaistilannekin huomioon,

että kysymys on sitten, että miten se käytännössä toteutuu ja miten siinä pystytään arvioimaan sitä niin hyvin kuin voi. Tietenkin siinä on se, että tähän periaatteessa vois tuoda myös sellaisia henkilöitä tähän enemmän tämän piiriin, jotka on saaneet hylkäyspäätöksen tuolta eläkevakuutusten puolelta.” (Asiantuntijalääkäri 6)

Uudistuksessa arviointikriteereihin lisättiin mahdollisuus arvioida kokonaistilanteen vaikutusta työkyvyn heikkenemiseen. Haastateltavat täsmensivät, että uudistus oli muuttanut ammatillisen kuntoutuksen myöntämistä erityisesti sairaus-, lääketiede- ja terveydentilakeskeisyydestä monipuolisempaan kuntoutujan tilanteen arvioimiseen. Tämä painopisteen muutos nähtiin hyvänä. Todettiin esimerkiksi, että nyt löytyy helpommin perusteita myöntää kuntoutusta kuin aikaisemmin, vaikka asiakkaiden kokonaistilannetta oli voitu pitää jo aiemmin päätöksenteon kannalta olennaisena.

”No, henkilökohtaisesti niinkun aatellen se ikään kuin virallisti vallitsevan käytännön, kyllähän siinä tietysti jossain määrin pyrittiin huomioimaan tätä potilaan tai asiakkaan kokonaistilannetta jo ennenki lakiuudistusta, mutta se oli musta oikeen suuntaan juttu, että tää niinku pelkkä sairauden arviointi on aina semmosta niinku yksilmästä, ei välttämättä aina ihan tarkotuksenmukasta mut, sanoisin että oikeeseen suuntaan meni.” (Asiantuntijalääkäri 2)

Haastateltavat kommentoivat myös Kelan ja työeläkelaitosten välisiä toimintatapoja. Lain tasolla muutos oli erottanut selkeämmin Kelan ja työeläkelaitosten myöntökriteerit toisistaan. Jonkun mielestä asia oli hyvä ja toisen mielestä huono. Yksi mainitsi, että nyt työeläkelaitokset ilmoittavat hakijoilleen hakemuksen hylätessään, että kuntoutusta voisi hakea hylkäyksen jälkeen Kelasta.

Kaiken kaikkiaan tutkimuksen haastateltavat korostivat melko paljon sitä, että uudistus oli ollut hyvä ja oikean suuntainen. Aiempaa myöntökriteeristöä he pitivät tiukempana kuin uudistettua. Työkyvyn olennaista heikentymistä tarkasteltiin nyt kokonaisvaltaisesti, ei enää pelkästään sairauskeskeisesti.

4.2.3 Hakijan kokonaistilanteen hahmottuminen ratkaisukäytännöissä

Kuntoutusta hakevan kokonaistilanne ei ole selkeä käsite. Kokonaistilanteen määrittelyä tai sen osuutta työ- ja ansiokyvyn heikkenemiseen ei ole juurikaan tutkittu, vaikka erilaisten elämäntilanteiden ja sosiaalisten tilanteiden on nähty olevan olennaisia kuntoutumiselle (esim. Peltomaa 2005, 94–104). Tämän tutkimuksen kyselyaineiston avulla saatiin selville, että ammatillisen kuntoutuksen hakijoiden kokonaistilannetekijät ja elämäntilanteen häiritteijät olivat yhteydessä työkykyyn: mitä vahvempia haittoja he kokivat näillä elämän osa-alueilla, sitä heikompi oli myös heidän työkykynsä (ks. luku 4.1). Lisäksi hakijoiden taustatiedot paljastivat, että ammatillista kuntoutusta haettiin hyvin erilaisissa elämäntilanteissa – eli hakijoiden kokonaistilanne todella vaihteli. Osalla hakijoista korostuivat esimerkiksi terveydenti-

laan liittyvät haitat ja toisilla taas läheissuhteisiin tai esimerkiksi ammattitaidon tai työkokemuksen puutteeseen liittyvät haitat. Hakijoiden työelämässä ja koulutuksessa selviytymiseen liittyvät elämäntilanteet olivat siis monenlaisia.

Lain uudistuksessa hakijan kokonaistilanne tuli keskeiseksi ammatillisen kuntoutuksen ratkaisuja tehtäessä ja asiakkaiden tilannetta ja oikeutta ammatilliseen kuntoutukseen arvioitaessa. Lain uudistuksen valmisteluasiakirjoissa kokonaistilanteesta ja sen työkykyä heikentävistä tekijöistä mainittiin näin:

”Kokonaistilanteeseen vaikuttavia, työ- tai opiskelukykyä ja ansiomahdollisuuksia heikentäviä tekijöitä olisivat esimerkiksi alentunut fyysinen, psyykinen tai sosiaalinen toimintakyky, velkakierre, pitkittynyt työttömyys, pitkittynyt asunnottomuus, sosiaalisten tai elämänhallinnan taitojen puute, päihdetausta tai syrjäytymisvaara.” (HE 128/2013.)

Kokonaistilannetta voidaankin tällä hetkellä pitää käytäntökeskeisenä käsitteenä, joka täsmentää ja kuvailee kuntoutuspolitiikkaa ja erityisesti Kelan ammatillisen kuntoutuksen toimintapolitiikkaa. Se mainitaan ammatillista kuntoutusta määrittävässä lainsäädännössä, jota tarkennetaan myös Kelan ratkaisuohteissa. Viime kädessä kokonaistilannetta tulkitaan kuitenkin kansalaisia kohdattaessa ja ammatillisen kuntoutuksen ratkaisuja tehtäessä.

Lakiesityksen ja lain valmistelun vaiheessa kokonaistilanne nähtiin laajempaan kuin itse laissa. Uudistettuun lakiin kokonaistilanteesta jäivät seuraavat lisämäärittelyt, joita olivat ”vakuutetun fyysinen, psyykinen ja sosiaalinen toimintakyky, elämäntilanne, taloudelliset ja sosiaaliset seikat, asumisolosuhteet, koulutus, ammatti, aikaisempi toiminta ja ikä sekä muut vastaavat tekijät”. (L 556/2005.) Koska termit ovat monitulkintaisia, kokonaistilanteeseen liittyvien tekijöiden määrittely asiakastapauksia ja kuntoutushakemuksia arvioitaessa vaatii tulkintaa. Tämä kävi ilmi myös haastatteluissa.

Haastatteluissa ratkaisijat ja asiantuntijalääkärit määrittelivät kuntoutusta hakevien kokonaistilanteen erilaisten elämäntilannetekijöiden ja muiden työkykyä heikentävien tekijöiden yhdistelmäksi. Aineistoa luokittelevassa analyysissä löydettiin yhteensä 13 kokonaistilannetekijää. Osa näistä oli hyvin lähellä sisältöjä, joita mainittiin myös lainsäädännön valmisteluasiakirjoissa (esimerkiksi asumisolosuhteet, pitkittynyt työttömyys; HE 128/2013).

Taulukosta 19 (s. 64) nähdään, että kokonaistilanteeseen liittyvät tekijät olivat kuntoutujan elämänkaari ja historia, työ- ja opiskelu, ympäristökeskeinen toimintakyky, asuminen ja liikenne, talous, arki, perhe- ja läheissuhteet, tulevaisuusorientaatio ja motivaatio, psykososiaalinen selviytyminen ja psyykinen tausta, persoona, päihheet, muut yhteiskuntakeskeiset ongelmat ja ominaisuudet sekä työelämätraumat.

Kuten haastatteluissakin todettiin, kokonaistilanteeseen vaikuttavia tekijöitä oli runsaasti. Tiivistetysti haastateltavien kuvailemat kokonaistilannetekijät liittyivät yksilöön, hänen toimintaansa ja ympäristöönsä, näiden välisiin suhteisiin sekä tapauskohtaiseen historiaan ja tulevaisuuteen suuntautumiseen. Kokonaistilannetekijät liittyivät siten luonteeltaan kuntoutusta hakevan historiaan ja tulevaisuuteen, erityisiin arvioinnin kohteisiin hänen elämässään sekä ympäristö- ja yhteiskuntakeskeisten elämäntilannetekijöiden ongelmiin, puutteisiin tai vaikeuksiin (taulukko 19). Näiden voidaan ajatella heikentävän selviytymistä työssä ja vaikuttavan kuntoutusta hakevan työkykyyn.

Taulukko 19. Hakijan kokonaistilanteen ulottuvuudet arviointikäytännössä.

Kokonaistilanne asiantuntijahaastatteluissa		
Kokonaistilanneulottuvuudet arvioinnissa	Kokonaistilannetekijät luokiteltuna	Luokkaan kuuluvia asiasisältöjä tiivistetysti
Ajallinen arviointiulottuvuus	Elämänkaari ja historia	Elämänkaari, historiatiedot, elämänhistoria
	Tulevaisuusorientaatio ja motivaatio	Mielipide kuntoutuksesta, haaveet, toiveet motivaatio, asiakkaan toiveet
Erityiset arviointikohteet kokonaistilanteessa	Työ- ja opiskelu	Keskeytyneet opinnot, opiskelu, erityisvaikeudet ja sosiaaliset vaikeudet työelämässä, oppimiskyky, ammatti
	Asuminen ja liikenne	Asumistilanne, asumispaikka, kulkuyhteydet
	Talous	Velkajärjestelyt, talous ja ansaitseminen
	Arki	Arjen kuormitus, elämänhallinta
	Psykososiaalinen selviytyminen ja psyykinen tausta	Psykososiaaliset tiedot, psyykinen ongelma – ei pysty lähtemään liikkeelle, asiakkaan hankalaksi kokema toimintaa estävä ongelma, ryhmätilanteiden ja puhumisen välttäminen
	Persoona	Luonne, estynyt persoona
	Päihteen	Päihdetausta, päihdeongelma
	Perhe- ja läheissuhteet	Ystäväpiiri, perhe, huostaanotettu nuori, epävakaa perhetausta, huoli lapsista, rikkoutuneet perheet, huostaanotetut vuoroviikkolapset, omat huollettavat vanhemmat/omaiset, avioerot, lasten huoltajuusasiat, yksinhuoltajuus, yksinäisyys, verkostot, sosiaalinen aktiivisuus, osallistuvuus
Ympäristö ja yhteiskuntakeskeisyys kokonaistilanteessa	Työelämätraumat	Työpaikkakiusaaminen, työtraumat, elämäntilanne aiemmin työssä
	Ympäristökeskeinen toimintakyky	Toimintakyky ympäristössä, olosuhteet, elämän hankalat olosuhteet, kuormittavat tekijät
	Muut yhteiskuntakeskeiset ongelmat ja ominaisuudet	Syrjäytymiskierre, ikä, sosiaalinen tilanne

Kokonaistilanteeseen liittyvä ajallinen arviointiulottuvuus sisälsi esimerkiksi pohdintaa hakijoille merkittävistä menneisyyden elämäntapahtumista. Toisaalta olenaiselta näytti se, millaisena asiakas näki tulevaisuutensa. Kokonaistilanteeseen liittyen toivottiin esimerkiksi tietoa siitä, mitä hakija odotti tulevaisuudeltaan ja miten hän koki asioita ja omia elämänhaaveitaan.

”– ja se koko se elämänhistoria, mikä siellä siihen mennessä on kertynyt sekä koulutus- ja työelämässä, että muussa henkilökohtasessa kokemuselämässä.” (Ratkaisija 12)

”– miten se niinku kokee asioita tai miten se on ensinnäkin mitä mieltä se on tästä ammatillisesta kuntouksesta itestä tulevaisuudesta onko sillä enää mitään haaveita unelmia vai toivooko se vaikka kärjistetysti eläkettä –” (Ratkaisija 14)

Lisäksi kokonaistilanne sisälsi joukon kuntoutuksen hakijaan liittyviä tapahtumia tai hänen psyykkiseen selviytymiseensä ja persoonaansa tai toisaalta lähisuhteisiinsa liittyviä tekijöitä. Yleisiksi selvitettäviksi elinolosuhteiksi ja elämäntapahtumiksi olivat luokiteltavissa esimerkiksi hakijoiden työhistoriatiedot, millaisia töitä kuntoutusta hakeva yksilö oli tehnyt tai millaista koulutusta hänellä oli. Myös toimeentulo, velat ja taloudellinen tilanne sekä ikä, päihteiden käyttö ja arkeen liittyvät elämänhallinnan taidot nähtiin työkykyyn vaikuttavina kokonaistilannetekijöinä.

”No ne on esimerkiks mitä sen ihmisen siihen työ- tai opiskelukykyyn tai niihin ansiomahollisuuksiin vaikuttavia tekijöitä, on tietenki se toimintakyky, sittehän voi olla sen ihmisen elämäntilanne tai muut sosiaaliset seikat tai asumisolosuhteet, elämäntilanne, aikasempi koulutus, mitä se on aikasemmin tehny se ihminen, ikä, onks päihdetaustaa, syrjäytymisen uhkaa, siinä on hyvin paljon sitä, voi olla että on velkakierteessä oleva henkilö ja muuten, että kyllä ne kaikki niinkun huomioidaan, (K: joo) se kokonaisuus, kokonaisvaltaisessa arvioinnissa sitte.” (Ratkaisija 18)

Keskeistä olivat myös erityiset aiemmat tapahtumat, kuten töiden ja koulutusten keskeytyminen tai taloudelliseen tilanteeseen vaikuttavat velkajärjestelyt. Erityisesti saatettiin arvioida kuntoutujan päihdetaustaa, persoonallisuutta tai niin sanottua luonnetta. Psykkinen selviytyminen näyttikin erilliseltä kokonaistilannetekijältä, joka saattoi kietoutua myös yksilön selviytymiseen sosiaalisissa ympäristöissä. Esimerkiksi se, voisiko henkilö osallistua ryhmämuotoiseen tilanteeseen ja pystyisikö hän puhumaan muiden ihmisten kanssa, nähtiin työelämässä selviytymisessä keskeisenä.

”Onko siinä jotakin tämmösiä ongelmia vaikka vuorovaikutuksessa tai muuta. Mutta sekin riippuu tietenkin ihan paljon myös luonteesta, mutta että onhan semmosillakin merkitystä jos on hyvin estynyt persoona niin voi olla että se on aivan ylitsepääsemättömä lähteä vaikka tämmöseen ryhmämuotoiseen tilanteeseen jos on muitakin. Että se tyssää jo siihen kun ei voi kuvitella itseään toimimassa ryhmässä, jossa pitäisi

pystyä puhumaan ääneen ja puhua ehkä itsestään. No sitten voi siitä miettiä, että miten tällainen ihminen työelämässä pärjää, kun harva työ on semmoista, ettei tarvii missään kenellekään koskaan puhua.” (Ratkaisija 14)

Lisäksi kokonaistilanteeseen liittyi muitakin ongelmia, esimerkiksi toimintakyky saatettiin nähdä ympäristökeskeisenä, jolloin ongelmia syntyi suhteessa hakijan ympäristöön. Lisäksi mainittiin yhteiskuntakeskeisiä ongelmia, kuten syrjäytyminen. Nämä huomioon ottaen kokonaistilannetta ei määritelty pelkästään yksilösuhteiseksi käsitteeksi. Se sisälsi oletuksia myös yhteiskuntasuhteista ja henkilöistä suhteessa ympäristöönsä.

”Joo, no kyl se varmaan erityisesti nuorten kohdalla niin tuota se syrjäytymisen vaara elikä just se että on useita opiskeluyrityksiä ja sitten kaikki on aina kaatunu johonkin.” (Ratkaisija 16)

”– – kattoo siitä asiakkaan suunnasta sitä, eri elämän alueita, opiskelua, ystäväpiiriä, perhettä ja toimintakykyä niissä ympäristöissä.” (Asiantuntijalääkäri 1)

Näyttää selvältä, että ratkaisijat ja asiantuntijalääkärit näkevät kokonaistilanteen ja sen tekijät vaikutustensa tai oletettujen vaikutustensa kautta. Kokonaistilanne ei ollut yksiulotteinen käsite vaan pikemminkin kokonaisuus, joka on ajallisesti, yhteiskunnallisesti sekä ympäristöllisesti vaihteleva ja joka muodostuu kuntoutusta hakevan työssä selviytymistä haittaavista sosiaalisista tekijöistä ja elämäntilannetekijöistä. Kuitenkin kokonaistilanteen selvittäminen näytti hyvin vaativalta ja erittäin paljon aikaa vievältä tehtävältä.

”– – et meidän pitää huomioida nää kaikki asiat, sehän on laaja kokonaisuus että näitähän niinkun, kun sä rupeet miettimään tällä hetkellä tätä ammatillisen kuntoutuksen asiaa jonkun asiakkaan kohdalla niin se on sitä kokonaisvaltaista arviointia enempi.” (Ratkaisija 18)

Haastateltavat näkivät, että kokonaistilannetta selvitetään kuitenkin sen vaativuudesta riippumatta aina tapaus kerrallaan, sillä työkykyyn vaikuttavat kokonaistilanteen ominaisuudet voivat olla niin monenlaisia.

”Siellä tietysti sitten hyvin vaihtelevasti on niitä tietoja siinä, että monta kertaa ne jää kysymysmerkiksi kun ei ole mainintoja. Mut se sitten miettii, et jos ei ole mainintoja niin tarkottaako se sitä, että niissä osa-alueissa ei millonkaan ole mitään pulmia ollut vai sitä et niitä vaan ei ole sinne kirjattu.” (Ratkaisija 9)

Olennaista oli myös se, miten kokonaistilanteesta saadaan tietoja ja riittävätkö kirjalliset dokumentit näin moninaisen arvioinnin tekemiseen. Esimerkiksi se, ettei mistään löydy kirjallisia mainintoja kokonaistilanteeseen liittyvistä pulmista, ei vält-

tämättä haastattelun mukaan tarkoittanut sitä, etteikö kokonaistilanteella olisi vaikutusta työkyvyn heikentymiseen.

4.2.4 Asiakastapausten arviointi ratkaisukäytännöissä

Uudistetussa laissa kuntoutusta hakevien kokonaistilanteesta tuli tärkeä osa työkyvyn heikentymiseen ja kuntoutukseen pääsyn kriteerejä. Haastatteluissa kokonaistilanne määriteltiin useita eri tekijöitä sisältäväksi laajaksi käsitteeksi. Tässä luvussa tarkastellaan, miten haastateltujen mukaan asiakkaiden (kuntoutusta hakevien) kokonaistilanne saatiin selville Kelassa ammatillisen kuntoutuksen hakemuksia ja asiakastapauksia käsiteltäessä. Tämän osalta haastatteluaineistosta etsittiin teemoitteleman analyysin avulla kohdat, joissa puhuttiin kokonaistilanteen ja asiakastapausten arvioinnista. Haastattelupuhe oli polveilevaa, eikä siitä ollut täysin eroteltavissa pelkästään kokonaistilanteeseen liittyvää arviointia. Asiakastapausten arviointi vaikuttaakin olevan kokonaisvaltainen prosessi, joka sisältää useita arviointikohteita. Näin ollen arviointi ei ole jaettavissa yksiselitteisesti esimerkiksi tiettyihin pääsykriteereihin liittyviksi prosessin osiksi. Asiakastapausten arviointi on puheen tasolla holistista. Analyysin avulla saatiin selville, että kokonaistilanteen arviointiin ammatillisen kuntoutuksen parissa liittyvät asiantuntijalääkäreiden ja ratkaisijoiden puheessa seuraavat teemat (ks. myös taulukko 20, s. 68):

- arvioinnin luonne ja arviointia ohjaavat tekijät
- tiedonhankinnan luonne ja menetelmät
- arvioinnin prosessi
- arviointi yhteistyönä, jossa määrittyvät erilliset asiantuntijalääkärin ja ratkaisijan roolit
- työn tavat ja yhteenvetäminen.

Arvioinnin luonteeseen ja sitä ohjaaviin tekijöihin liittyi käsityksiä siitä, ettei arvioinnissa ole perimmiltään ”kaavaa”. Hakijoiden kokonaistilanteita pidettiin hyvin vaihtelevina. Lisäksi esitettiin ajatuksia, joiden mukaan arviointia ohjaavat esimerkiksi ratkaisijan tai asiantuntijan elämänkokemus, työkokemus tai jonkinlainen yleinen talonpoikaisjärki.

”No ei, ei kyl siin niinku käytetään niinku mahdollisimman laajasti elämänkokemuksen ja koulutuksen ja työn antamii tietoja, et ei tossa kyllä. Et siin ei oo kyl mitään kaavaa et kyl, nää asiakkaiden ongelmat kyl vaihtelee maan ja taivaan väliltä.”
(Asiantuntijalääkäri 2)

Haastatellut kertoivat, että arviointi vaatii silti myös realiteettien huomaamista, ja arviointi saatettiin määritellä esimerkiksi soveltavaksi tieteeeksi. Vastaajalla saattoi olla ymmärrystä vaikkapa siitä, että asiantuntijalääkärin työssä biologisten tekijöiden kytkeminen juridisiin prosesseihin on vaativaa. Lain tulkinnessa ovat läsnä yhtäai-

kaisesti biologiset ja lääketieteelliset kysymykset, mikä toi esiin arvioinnin suhteen professioon ja siihen liittyvän tutkimusalan tuottamaan tietoon.

Taulukko 20. Asiakastapausten ja kokonaistilanteen arviointiprosessiin liittyvät osa-alueet.

Asiakastapausten ja kokonaistilanteen arviointi	
Teema	Teeman sisältöesimerkkejä tiivistetysti
Arvioinnin luonne ja arviointia ohjaavat tekijät	Arvioinnissa ei ole kaavaa – elämäntilanteet niin vaihtelevia. Soveltavaa tiedettä, vaatii realiteettien huomioimista. Biologisten asioiden kytkeminen juridiisiin on haastavaa. Toteutetaan elämäkokemuksen avulla, työkokemuksen pohjalta, vaatii talonpoikaisjärjettä, etuusohjeiden avulla, maalaisjärjen avulla. Vain huitaistaan, jotta saadaan äkkiä liukuhihnalta pois. Vaikea kuvailla puhelimitse, miten tehdään. Tarkoituksenmukaisuus. Haastattelutietojen merkitys on suuri.
Arvioinnin prosessi	Dokumentit tulevat ja indeksoidaan. Ei tietoa, miten tapaukset jaetaan jonosta työntekijöille – tuntematonta. Luetaan lausunnot ja katsotaan, kuka lääkäri on tehnyt. Mietitään vastauksia, kirjoitetaan oma ajatus auki. Katsotaan diagnoosit, pyydetään lisätietoja ratkaisijalta, luetaan asiakirjat. Tehdään sairauksien perusteella työ/opiskelukyvyn heikentymisen ja kokonaistilanteen ja tarkoituksenmukaisuuden arvio, realistisesti, arvioidaan ja kirjataan ratkaisijalle, annetaan ratkaisuehdotus. Otetaan jonosta työ ja avataan asiakirjat, muodostetaan kuva asiakkaan tilanteesta, annetaan vastaukset kysymyksiin ja ratkaisuehdotus. Luetaan ratkaisuasiantuntijan esittely ja kysymykset.
Tiedonhankinta arvioinnissa	Lisätiedon tarve riippuu vanhoista ja uusista asiakirjoista. Vanhoja asiakirjoja katsotaan, asiakas ei osaa kirjoittaa kokonaistilanteesta, heitä haastatellaan. Enemmän yhteydessä asiakkaaseen kuin aiemmin. Tarvittaessa lisätietojen pyyntö. Tiedonhankinta: näkemällä, haastattelemalla (haastattelu harvinaisempaa), haastattelu on lakimuutoksen myötä tärkeämpää kuin aikaisemmin, soitellaan. Soitellaan asiakkaalle, mutta pystyykö puhelimitse näkemään kokonaistilanteen.
Kuntoutujan ominaisuudet arvioinnissa	Päihteet vaikuttavat – asia voidaan hylätä Ikä vaikuttaa Sairautta ”pitää” olla, kokonaistilanne ei riitä
Arviointi yhteistyönä	Yhteistyö, arvioidaan yhteistyössä, ratkaisija pääsee esim. TE-tietoihin. Jos ollaan eri mieltä, neuvotellaan. Ratkaisijan roolit: – kokonaistilanteen asiantuntija paremmin kuin lääkäri – ratkaisija on yhteydessä asiakkaaseen – laittaa oman näkemyksensä asiantuntijalääkärille – ratkaisijalla on valta päättää – ratkaisuehdotuksen laatiminen Asiantuntijalääkärin roolit: – käytetään arvioinnissa, lääkäri antaa arvion – lääkäri ei ole yhteydessä asiakkaaseen
Työn tavat ja yhteenvetäminen	Tehdään asiakirjojen ja tietojen perusteella synteesi – hahmottelu ranskalaisilla viivoilla, ei voi koneella tehdä – koneella ei voi tehdä – joutuu ”hyppimään sivulta sivulle”

Haastatellut näkivät joidenkin tiettyjen *kuntoutuajan tai hänen elämäntilanteensa ominaisuuksien* vaikuttavan kokonaistilanteen arviointiin. Esimerkiksi kokonaistilanteen ongelmat eivät sinänsä riittäneet tiettyjen haastatteluotteiden mukaan kuntoutuksen myöntämiseksi, vaan hakijalla täytyi olla myös sairaus, jotta kuntoutus voitaisiin myöntää. Lisäksi asiakkaan ikää ja päihteiden käyttöä pidettiin vaikuttavina ominaisuuksina. Vaikka lain valmisteluasiakirjoissa kokonaistilanteen osalta mainittiin erikseen päihdeongelmat, haastatteluissa täsmentyi, että päihteiden käyttöä tulkittiin negatiivisesti. Käyttö olisi voinut vaikuttaa kuntoutuksen epäämiseen.

”– – että jos on päihteiden käyttöä edelleen, niin sittenhän ei voida mitään kuntoutustoimenpiteitä aloittaa että se pitää se päihteiden käyttö ensin saada kuriin – –”
(Ratkaisija 17)

Arviointiin liittyi *tiedonhankintaa* kokonaistilanteesta. Haastatellut kertoivat etsivänsä tietoa erityisesti asiakirjoista. Osa katsoi, että asiakkaat eivät välttämättä kirjoita kokonaistilanteestaan. Näin ollen tiedonhankinnan olennaiseksi menetelmäksi kuvailtiin yhteydenottoa asiakkaaseen puhelimitse ja hänen haastatteluaan. Haastattelussa joku mainitsi, että asiakkaan haastattelu on työssä harvinaisempaa, sillä se vie aikaa. Toisaalta mainittiin, että haastattelu on tullut lakimuutoksen jälkeen tärkeämmäksi kokonaistilanteen kartoittamisen vuoksi kuin aikaisemmin. Lisäksi eräs haastateltava puhui, että kokonaistilanteeseen liittyviä tekijöitä voi ”nähdä”, jolloin asiakkaan tapaaminen ja näkeminen olivat tärkeitä. Seuraavassa otteessa ratkaisija esittää, etteivät nykyisessä menettelyssä kaikki selvitettävät asiat näy hakemusasiakirjoista ja lääkärinlausunnoista. Tämän perusteella voidaan pohtia, ovatko ammatillisen kuntoutuksen hakemisen menettelyt sellaisia, että niiden avulla ratkaisuja voidaan tehdä mielekkäästi.

”Ammatillisen kuntoutuksen asiakkaitten haastattelu on aina ollu tärkeätä, mutta se kuitenkin nyt on entistä tärkeempää tässä uuden lain – – Koska ne asiat välttämättä, mitkä sitten siihen kokonaistilanteeseen vaikuttaa, niin ne ei sieltä näy sieltä hakemuksesta eikä lääkärinlausunnosta.” (Ratkaisija 12)

”No, jos nyt aattelen tätä Kelan tilannetta mitä se on niin, siinä vaan huitastaan päätös amma-, ja näistä mitä nyt on haettu ja sillä siisti ja äkkiä seuraava – – Siinähän, ei sitä voi tässä tilanteessa mitä nyt on työtilanne ylipäättään täällä ja työ-, tämä tämmönen tyyli mitä nyt tehään töitä niin sitä vaan tehään niin ku liukuhihnalta. Että minä oon sillä tavalla kokenu sen viimeaikasen. Se että kun soittaa asiakkaalle siinä menee kahen ratkasun aika, ja selvittää niitä asioita vähän perusteellisemmin. Siinä saa aina ratkasun kun tekee äkkiä ja selvittämättä asiakkaalle ollenkaan mitä hän on hakenu ja mihin hänellä on, mihin suuntaan hän on menossa. Ja musta se aina ois, tosi tärkeä asiakkaan edes tietää mihin se on menossa kun hän on hakenu jotaki. Kun hän ei välttämättä tiedä mitä hän on hakenu.” (Ratkaisija 10)

Edellä kokonaistilanteen selvittäminen ja siihen liittyvien lukuisten tekijöiden selvittäminen asiakkaiden elämässä koettiin erittäin aikaa vieväksi ratkaisutyön osa-alueeksi. *Kokonaistilanteen arvioinnin prosessissa* oli eteneviä vaiheita. Haastatellut eivät välttämättä tässä yhteydessä tunteneet Kelan koko prosessia, ja eräs haastateltava mainitsi myös suoraan, ettei tunne Kelan prosessia tai esimerkiksi sitä, miten asiakastapaukset jaetaan ratkaisijoille. Toisaalta joukossa oli haastateltavia, jotka kertoivat ja kuvailivat Kelan koko ratkaisuprosessin yksityiskohtaisesti siitä alkaen, miten Kelalle tulevat dokumentit ensin indeksoidaan ja merkitään.

Seuraavaksi kuvaillaan ratkaisu- ja asiantuntijatyöhön liittyvää työntekijäkohtaista (sis. lääkärit ja ratkaisijat) ratkaisuprosessia, joka oli hahmoteltavissa yhdistelemällä ja kokoamalla eri haastatteluista saatuja tietoja. Arvioinnin kuvailtiin yleensä alkavan siitä, että tapaus otetaan työjonosta käsittelyyn. Asiakastapaus tulee ensin ratkaisijalle, joka päättää lääkärintarpeen tarpeesta. Yleisesti kerrottiin, että tällöin asiakirjoja ja lausuntoja ryhdytään lukemaan ja voi olla tarpeen tutustua kaikkiin Kelan käytössä oleviin asiakirjoihin. Asiantuntijalääkäri saattaa myös alkuun lukea ratkaisuasiantuntijan esittelyn ja mahdolliset kysymykset. Erään haastatellun mukaan ratkaisijoiden ratkaisuehdotus saattaa puuttua tästä esittelystä, vaikka hän kertoi, että nykyisin ratkaisijat voisivat laittaa lääkärille ehdotuksensa nähtäväksi jo esittelytekstiinkin.

”Enenevässä määrin nyt tota ratkaisuasiantuntijatkin on alkanut esittää omaa ehdotustaan kun heidän työohjeisiinsa on jo pitkään kuulunu et heiän pitäs sitä omaa ratkasuehdotustaan tuoda esille. Mut kyl sitä ratkasuasiantuntijolta se kyllä edelleen puuttuu säännönmukaisesti, et he ei ehdota, ei esitä omaa näkemystään, (K: joo) vaan kysyy sitä.” (Asiantuntijalääkäri 1)

Tutustumisen jälkeen kuvailtiin kokonaiskuvan hahmottelun vaihetta. Tähän saatiin liittää myös muistiinpanotyyppistä työskentelyä. Eräs haastatelluista kuvaili, että koska tietokoneella eri ”ikkunoiden” (haastateltavan käyttämä ilmaus) välillä on vaikea liikkua, hän hahmottelee asiakasarviointia käsin kynällä ja paperilla tai kirjoittaa auki omia ajatuksiaan. Ratkaisun osalta kokonaistilanteen arviointi päättyy asiakastapauksen yhteenvedon. Tähän liittyy erilaisia työtapoja ja näkemyksiä esimerkiksi siitä, että lopulta asiakirjojen ja tietojen pohjalta pyritään tekemään synteesi eli yhdistelmä, jolloin ratkaisu ikään kuin selventyy.

Ratkaisuprosessiin liittyi myös yhteistyö, joka oli selvästi osa arviointiprosessia. Kokonaistilannetta kuvailtiin arvioitavan vähintäänkin osittain yhteistyössä ratkaisijan ja asiantuntijalääkäriä kesken. Erään haastatellun mukaan ratkaisijalla ja asiantuntijalääkärillä on pääsy erilaisiin tietoihin, ratkaisijalla esimerkiksi TE-hallinnon tietoihin. Ratkaisijan roolissa näytti olevan keskeistä se, että jos asiakkaalta tarvittiin lisätietoja, hän itse olisi henkilö, joka olisi yhteydessä asiakkaaseen. Lisäksi saatiin nähdä, että ratkaisija on enemmän kokonaistilanteen asiantuntija. Lääkäri sen sijaan arvioi terveydentilaa. Etuusohjeiden tarkennukset olivat yhteistyöstä ja arvioijasta (lääkäri tai ratkaisija) huolimatta kuitenkin olennaisia kokonaistilanteenkin arvioinnissa.

”No siitä on tietysti vähän tässä keskusteltu, että missä määrin se niinkun sille asiantuntijalääkärille kuuluu. Voi olla et ollaan lääketieteen asiantuntijoita, eikä välttämättä olla kokonaistilanteen asiantuntijoita, mutta etuusohjeissakin siinä kuitenkin tai tässä meidän toimintaohjeessakin kehoitetaan sitä arvioimaan ja sit etuusohjeessa on tietysti siitä olemassa ihan pitkä pätkä että ihan sen etuusohjeen mukaan toimiminen, niin kun mä suhteellisen harvoin teen niitä, niin mä kaivan etuusohjeen esiin ja luen sitä ja omalta osaltani katson sitä, vaikka sitten joskus tuota laitan arvioonkin, että ratkasijat vois pohtia varmaan isommalla kokemuksella sitä kokonaistilannetta kun meikäläinen. Että en koe olevani siinä mikään erityinen asiantuntija. Mutta että luen etuusohjetta ja katon, että näyttääkö se sitten onko semmosia seikkoja, jotka olis niin painavia että ne pitäis huomioida sen sairauden lisäksi tai ohella.” (Asiantuntijalääkäri 8)

Rooleissa ja lääkäreiden sekä ratkaisijoiden yhteistyössä tapahtuneet muutokset pohdituttivat haastateltavia. Esimerkiksi se, kuka ja missä yhteistyön vaiheessa ratkaisua ehdottaa, ei aina ollut selvää. Samoin saattoi vaihdella se, kuinka asiantuntijalääkäreiden arvioita pyydetään. Lisäksi haastateltuja mietitytti näkemys siitä, tuetaanko asiakasta ja etsitäänkö lausunnoista asiakkaan puutteita vai mahdollisuuksia.

”Kyllä osa ratkaisuasiantuntijoista ja asiantuntijalääkäreistäkin hiukan on, hiukan saattaa et meillä kaikilla on sitä vanhan taakka että ei aina nähdä niitä positiivisia mahdollisuuksia jäljellä olevaa työ- ja toimintakykyä, vaan ehkä hiukan roikutaan kuitenkin siinä että, katotaan mitä, mihin asiakas ei pysty. Ja sit ei ehkä aina olla tukemassa sitä, annetaan vähän kielteistä signaali ehkä asiakkaalle, että ei niinkun uskota hänen mahdollisuuksiin ja kykyihin. Semmosta oon pikkusen kuitenkin huomannu, mut kyl toi lakimuutos on kuitenkin yhtenäistänyt ja parantanu sitä tilannetta. K: Joo. Mitä tarkoitat sillä että tavallaan et se linja on yhdenmukaistunu? Miten se niinku käytännössä, mitä se on käytännössä se yhdenmukaistuminen?
H: Harvemmin, sanotaan ensinnäkin että asiantuntijalääkärille tulee vähemmän näitä arviopyyntöjä, ja sit kun ratkasuasiantuntijoiden kanssa niistä keskustelee niin se yhteinen näkemys löytyy kyllä aiempaa useammin.” (Asiantuntijalääkäri 3)

Lääkärin rooliin näytti kuuluvan sairauden ja terveydentilanteen ja sen edellytysten arviointi ammatillisen kuntoutuksen lain näkökulmasta pikemmin kuin ratkaisun ja kokonaistilanteen arviointi. Lääkärin tulee siis arvioida, riittääkö hakijan sairaus perusteluksi kuntoutuksen myöntämiseen ja onko kuntoutuksen ajoitus sairauden kannalta sopiva. Ratkaisijan nähtiin haastatteluissa olevan viimesijainen päätöksentekijä. Silti jos ratkaisijan ja asiantuntijalääkärin välillä on ratkaisua laadittaessa erimielisyyksiä, he pystyivät neuvottelemaan esimerkiksi videoneuvottelun välityksellä. Video- ja Skype-neuvottelut (haastatteluotteessa Lync) toimivatkin osana ratkaisijoiden ja lääkäreiden yhteistyötä Kelan ratkaisuprosesseissa.

”Se lähetetään sit sähköisesti ratkaisijalle jolla on siit se viimeisin valta päättää että myönnetäänkö vaiko eikö. Pääosinhan ne menee niin kun asiantuntijalääkärit on esittänyt mutta on tilanteita joissa sitten muut seikat kuten joku juridinen seikka tai jokin muu estää sen, tai muuttaa sitä ratkaisua niin et se ei vastaakaan sen asiantuntijalääkäriin ehdotusta.” (Asiantuntijalääkäri 7)

”No se sujuu pääosin kyllä hyvin, että vähän siin on, ehkä siin on molemmin puolin semmosta vähän kyllä, en tiä onks se laiskuutta vai arkuutta vai mitä se on, mut semmosta, kyl semmosta vuoropuhelua vois olla enemmän, että ois, vois Lynciin tarttua melkein kun se on kuitenkin niin yksinkertainen. Kyl ne keskustelut kuitenkin, niitä tarvitaan että se yhtenen näkemys muodostuu sitte. Et jos siihen pelkkään kirjoitetun sanan varaan niin sitten voi hyvinkin joku vivahde tai ajatus jäädä näkemättä. Kun kaikki ajattelee kuitenkin hiukan erillä tavalla joka asiasta.” (Asiantuntijalääkäri 1)

Vaikka yhteistyö nähtiin usein hyvänä, edellä olevasta kuvauksesta käy ilmi, että vuoropuhelua saatettiin silti kaivata hieman enemmän. Näkemyksessä tulee esiin myös ajatus, että keskustelua tarvitaan, jotta ratkaisijoiden ja lääkäreiden välille syntyy yhteisiä näkemyksiä. Lääkäreiden ja ratkaisijoiden yhteistyö oli myös erään haastatellun mukaan muuttunut vuosien aikana.

”Niin, itse olen elänyt senkin ajan et asiantuntijalääkäri istu täs samas huoneessa ja hänen kans keskusteltiin ne asiat läpi ja se oli hyvin selkeetä. Mutta nythän meillä ei sitä mahdollisuutta oo mut meil on mahdollisuus Lyncin välityksellä ottaa yhteyttä asiantuntijalääkäriin ja siihen on rohkaistu, ja sitä on kehoitettu käyttämään. Et jos tuntuu siltä, että vaikka se asiantuntijalääkäriin arvio on et en oo samaa mieltä, niin voin olla yhteydessä siihen lääkäriin Lyncin välityksellä. [Joo.] Hänen kans viel käydä sen keskustelun. Et toimii.” (Ratkaisija 10)

Aikaisemmin yhteistyö ratkaisijoiden ja asiantuntijalääkäreiden välillä tapahtui usein kasvokkain. Nykyisin työtapa vaati sähköisten työvälineiden käyttöä, joiden käyttämiseen oli organisaatiossa myös rohkaistu.

4.2.5 Hakuasiakirjat ja haastattelut ratkaisukäytännöissä

Ammatilliseen kuntoutukseen haetaan Kelan hakulomakkeella (KU101). Lisäksi hakijan tulee yleensä toimittaa Kelaan hakemuksen liitteeksi lääkärin kirjoittama B-lausunto, joka sisältää laajemman ja yksityiskohtaisemman anamneesin ja potilaan tilanteen kuvauksen ja suunnitelman kuin lyhyt, lähinnä diagnoosin ja esimerkiksi sairausloman keston sisältävä A-todistus. Hakuasiakirjat ja hakemukset näyttivät ammatillisen kuntoutuksen ratkaisussa olennaisilta, sillä ratkaisutyö perustui paljolti niiden tarkasteluun. Ratkaisijat ja asiantuntijalääkärit tutustuivat hakijoiden tilanteisiin ensimmäiseksi asiakirjojen avulla. Tutkimuksessa tiedusteltiin ratkaisijoiden

ja asiantuntijalääkäreiden näkemyksiä ammatillisen kuntoutuksen asiakirjoista¹¹⁷ ja niiden mahdollisista puutteista.

Ratkaisijat ja asiantuntijalääkärit näkivätkin ammatillisen kuntoutuksen hakemukset ja hakemukseen liitettyjen asiakirjojen sisällöt hyvin vaihtelevina. Osin nähtiin, että esimerkiksi hakemusten liitteenä olevat lääkärinlausunnot olivat vuosien aikana parantuneet. Toisaalta asiakirjoissa ja lausunnoissa havaittiin runsaasti heterogeenisyyttä, esimerkiksi joissakin hakemuksissa oli hyvin runsaasti tietoja ja toisissa niin vähän, että ratkaisua olisi mahdotonta tehdä ilman lisäselvityksiä. Usein kuitenkin korostettiin sitä, että enimmäkseen lausunnot ja hakemukset olivat sellaisia, että päätöksiä pystyi niiden pohjalta tekemään.

Haastatteluissa kävi kuitenkin ilmi, että hakemuksissa ja lausunnoissa oli joskus puutteita ja puuttuvia tietoja, eli tietoja, joita tarvitaan ratkaisuprosessissa mutta joita ei asiakirjoista useimmiten löytynyt. Puutteita nähtiin erityisesti hakijan nykyisen toimintakyvyn kuvauksissa ja potilaan niin sanotun statuksen kuvailussa. Näitä puutteita näkivät asiakirjoissa sekä asiantuntijalääkärit että ratkaisijat, tosin erityisesti lääkäreiden haastatteluissa toimintakyvyn kuvauksen, statuksen ja havaintojen puutteet toistuivat. Lisäksi todettiin, että lausunnoissa saatetaan kuvailla asiakkaan kertomia asioita, mutta ei lääkärin itse tekemiä havaintoja tai toteamia tutkimustuloksia. Tätä pidettiin hankalana, sillä juuri havainnot ja tutkimustulokset ovat seikkoja, joita lääkärit kokivat asiakirjoista tarvitsevänsä tapauksen arviointia ja ratkaisun tekoa varten.

”– – et joskus tai useinkin tietysti saadaan oikeinkin hyviä ja laajoja ja kattavia selvityksiä mut et silloin kun ne jää vajaiksi niin yks havainto on sellanen että b-lausunnossa kuvataan ummet ja lammet täysin jäsentymättömästi asioita, joita se potilas on kertonut ja valittanu, mut sitten jää puutteelliseksi tiedot siitä, et mitä on asian selvittämiseksi tehty ja tutkittu. Ja sitten nuo tilakuvaukset eli statuslöydökset on huonossa esimerkissä kelvottoman puutteelliset.” (Asiantuntijalääkäri 5)

”Mikä hämmästyttävän usein puuttuu, on nykytilan kuvaus ja toimintakyvyn kuvaus arjessa erityisesti. Useinhan ne, tai liian usein lausunnot on sitä, että lausunnon kirjoittanut lääkäri on toiminut potilaansa sihteerinä ja kirjannut sinne kaiken sen mitä potilas kertoo tekemättä itse havaintoja. Ja sehän ei oo riittävä selvitys. Ja tietysti sit kaikkien mahdollisten tutkimusten tulokset niiden tutkimusten jotka vaikuttaa siihen päätökseen. En nyt tarkota kaikkia mahdollisia laboratoriotuloksia tai röntgen- tai muita kuvantamistutkimusten tuloksia vaan siihen asiaan vaikuttavien tutkimusten tuloksia.” (Asiantuntijalääkäri 7)

117 Atlas.ti:ssä tehdyssä analyysissä asiakirjat-koodiperheeseen liitettiin yhteensä neljä koodia. Tässä luvussa on esitelty koodiperheeseen kuuluvan yhden koodauksen (puutteelliset tiedot) sisältöjen analyysi. Tarkasteltavia aineisto-otteita oli yhteensä 22, ja ne olivat useiden lauseiden mittaisia. Sisällöt noukittiin tiivistettynä taulukkoon ja niihin merkittiin, oliko sisältö lääkärin vai ratkaisijan puheesta.

Aina havaintojen ja toimintakyvyn ja tutkimustulosten kuvailua ei ollut lääkärien lausunnoista löytynyt. Edellä kuvaillaan tilannetta, jossa lääkärin lausunto on vain asiakkaan kertomuksen pohjalta kirjattu kuvaus. Kaivatut tarkemmat havainnot ja tutkimustulokset näyttäytyivät haastateltaville melko selkeästi. Puuttuva tieto havainnoissa ja statuksen kuvauksessa saattoi olla potilaan paino ja pituus. Seuraavassa aineisto-otteesta ratkaisija kertoo, että jos lausunnossa ylipainon mainitaan haittaavan tietyissä tehtävissä, olisi tärkeää, että henkilön pituus ja paino kirjataan lausuntoon.

”H: No tota tää nyt kuulostaa hirveen pieneltä asialta mutta silloin aika iso merkitys monessa kohtaa jo et kun esimerkiks jos on kyseessä sellainen asiakas joka on ylipainoinen ja kuvataan että on ylipainoinen ja sen vuoksi ei voi tehdä sitä ja tätä ja tuota ja ylipaino rajoittaa näin ja näin ja näin, siinä lääkärin b-lausunnossa ei ole ihmisen pituutta eikä painoa.” (Ratkaisija 13)

Olennaista puutteellisille tiedoille näytti olevan havaintojen ja tutkimustulosten lisäksi myös asiakirjojen konteksti, kuten se, kuka lausunnot oli kirjoittanut, missä, miten ja milloin. Joskus lausunnoista oli voinut nähdä, ettei lääkäri ollut tuntenut potilasta pidemmältä ajalta ja lausunto oli ollut haastattelujen mukaan tällöin lähinnä lausunnon kirjoittaneen lääkärin ja asiakkaan keskustelun varassa. Tällaisessa tilanteessa myös tutkimustulokset, havainnot ja löydökset saatettiin arvioida lausunnossa puutteellisiksi.

”– joku nuori menee, lausuntoa ja sit jos se on semmonen lääkäri, joka ei oo koskaan ennen tätä ihmistä tavannu ja hän sieltä asiakirjoista nopeasti kokoaa jotakin siihen ja sitten siinä ei oo minkäänlaisia tutkimuslöydöksiä. Et näkee ettei oo tätä ihmistä sen kummemmin tutkittu. Et on pelkästään haastateltu ja sit sovittu, että nyt kirjoitetaan lausunto. Niin tämä on puute, että siinä ei näy mitään tietoa ajankohtasesta toimintakyvystä lääkärin havainnoimana.” (Asiantuntijalääkäri 9)

Asiakirjojen välillä saattoi esiintyä myös ratkaisu- ja arviointityötä haittaavia ristiriitoja, vaikka niissä olikin runsaasti tietoa. Lausunnoissa saattoi olla esimerkiksi erilaisia yhteenvetoja tai ristiriitaisia näkemyksiä asiakkaan tilanteesta. Ristiriitainen sisältö pohditutti haastateltavia, sillä tällöin asiakkaan todellinen tilanne oli epäselvä.

”Et ristiriitaiset tiedot on aika hankala asia. Sanotaan nyt vaikka et jos ihminen hakee vammaisetuutta samalla kun hän hakee jotakin ammatillist kuntoutusta ja vammaisetuudessa niin kuvaa toimintakyvynsä erittäin huonoksi ja toisen henkilön tarvitsevuuden runsaaksi. Ja sitte toisessa ammatillisen kuntoutuksen hakemuksessa kuvaa tilanteensa olennaisesti paremmaksi. Et ne on tarkoitushakuisesti kirjoitettuja hakemuksia, niin silloinhan joudutaan ristiriitatilanteeseen eikä tiedä et mikä täs on nyt sit se, mikä tän ihmisen todellinen tilanne on. Ja se ei oo muuten mitenkään harvinaista et tämmösii ristiriitasi hakemuksii tulee.

K: Mitenkäs näissä tämmöisissä sitten, mitä siinä voi tehdä?

H: No siinä täytyy sitte yrittää hahmottaa sit muista asiakirjoista, että mikäköhän olis se oikee tilanne tai pyytää lisäselvityksiä. Että aika paljonhan me käytetään sitä et tilataan sairauskertomustietoja sitte sieltä hoitopaikasta ja yritetään niistä saada käsitystä, et mikä se noin pidemmällä tähtäimellä tai pidemmällä ajalla on ollu se, tilanteen kehitys. Lakihan antaa meille mahdollisuuden saada ne tiedot.” (Asiantuntijalääkäri 7)

Edellä olevasta kuvauksesta käy ilmi, että Kelan eri asiakirjat ja hakemukset voivat vaikeassa tapauksessa sisältää erilaisia kuvauksia hakijan toimintakyvystä. Kun toimintakyky on kuvattu toisessa hakemuksessa melko hyväksi ja toisessa hyvin huonoksi, on ratkaisu- ja asiantuntijalääkäriin tehtävässä vaikeaa mieltää, mikä näkökulma on lähimpänä asiakkaan todellista tilannetta. Haastateltavat pitivät tärkeänä myös asiakkaan omaa kuvailua sairauden vaikutuksista omaan elämäänsä, toimintakykyynsä, elämäntilanteeseensa sekä tavoitteisiinsa. Tämä näytti olevan keskeistä erityisesti ratkaisijoiden puheessa, mutta asiantuntijalääkäreillä tämä näkökulma ei korostunut. Hakemuslomakkeen osalta asiakkaan näkökulmien, hänen elämäntilanteensa, sosiaalisen tilanteen ja kokonaisuuden kuvailulle jäävä tila nähtiin osin puutteelliseksi.

”Ja vois siitä elämäntilanteestakin ja hankaluuksista elämässä niin, jotenkin näitisi kysyä, että asiakas ohjautus kirjottamaan siihen vähä, ne päällimmäisimmät ongelmat mitä hänellä elämässä on. Niin eihän siinä, näy mitään asumisolosuhteista ei kysytä eikä, sosiaalisista asioista paljo kysellä eikä. Niin, vaikka lakimuutos ois tehty niin kaavake ei oo muuttunu mikskään.” (Ratkaisija 10)

”Jossain hakemuksessa sanotaan tähän vaan, kerro miten sairaus vaikeuttaa, nii ’katso lääkärintodistus’. [Joo.] Se on aika usein vastauksena. Et se ei kerro sitä, miten itse asiakas tämän asian kokee.” (Ratkaisija 16)

Useat ratkaisijat korostivat sitä, että hakijan omat tavoitteet ja se, mitä hän itse haluaa, puuttuu hakupapereista. Ratkaisijoille näytti siten olevan tärkeää saada tietoa hakijan omasta tavoitteesta. Lääkäreistä ainoastaan yksi kaipasi asiakirjoista asiakkaan tavoitteita. Tosin joku puhui siitä, että olisi hyvä saada paremmin tietoa asiakkaan motivaatiosta.

”Niin se tavote on monta kertaa sellanen; mikä sen asiakkaan oma tavote, ja – – Se saattaa olla sellanen, mikä ei varsinkaan papereista heti selviä, että kyllä täytyy sitte saada muualta sitä lisätietoa.” (Ratkaisija 12)

”Joo, se on monesti nää, tää oma tavote ja oma suunnitelma, ja mitä ne haluaa tällä kuntoutuksella. Ja mihin ne hakee. Minne paikkaan.” (Ratkaisija 11)

”– – pyydetään kertomaan ne omat ammatilliset suunnitelmat ja tavotteet. Niin koen et tää on tosi tärke juttu kans. Varsinkin kun lähdetään kuntoutusselvitystä

miettimään asiakkaalle niin sillon yrittäisin aina saada tähän sen asiakkaan oman ajatuksen, et mitä hän niinkun elämältä oottaa ja haluaa.” (Ratkaisija 16)

Lisäksi puutteena nähtiin asiakkaan motivaation kuvauksen puuttuminen. Tietoa motivaatiosta olikin ajoittain vaikeaa löytää asiakirjoista.

” – tilanteessa että ansaitseminen ei ole kannattavaa että on, mikä se on sitte motivaatio niinku kuntoutushankkeisiin, niin se on ehkä semmonen edelleen jossain määrin kyllä vaikee osa-alue saada selville niistä asiakirjoista.” (Asiantuntijalääkäri 2)

”Nämä tämmöset motivaatit ja muut ehkä kaikillakin voi joskus aika lailla on kartottamatta että tosiasiallisesti onko niinku motivoitunut lähtemään et siitakin voi olla aika paljon puuttua mutta en mä tiedä sitten onko mitään yleistä linjaa että mitä puuttuu.” (Asiantuntijalääkäri 6)

Lisäksi haastateltavat puhuivat vielä olennaisena asiakirjoihin liittyvänä asiana siitä, mihin hakija oli hakemassa. Tätä tietoa ei usein löydetty asiakirjoista. Näin ollen hakijat eivät siis olleet esimerkiksi nimenneet palveluntuottajayksiköitä tai kuntoutusta, jonne olisivat hakemassa. Ratkaisijoiden mielestä tällaista tietoa hakemuksista olisi ollut tärkeää saada. Asiantuntijalääkärit eivät tätä maininneet.

” – se palveluntuottaja, eihän ne asiakkaat tiä että missä tehään mitäki toimenpiteitä, että se sitten joudutaan jos kaikki muut tiedot vaikka onkin niin sitte, soittamaan että tiesitkö että missä näitä tehään että onko Verve vai kunnan vaikka vai minne haluat sitte sen päätöksen tehdä kun asiakas saa sitten valita sen palveluntuottajan. Et se monesti on tyhjä, ei ne tiä, asiakkaat, että se laittaa sitte se toteutuspaikka. Et se on monesti tyhjä, [K: joo] et sen joutuu joka tapauksessa tarkistamaan.” (Ratkaisija 19)

Haastattelujen mukaan asiakirjoista puuttui useimmiten tietoa asiakkaan ajantasaisesta toimintakyvystä sekä siitä, millaisia havaintoja ja tutkimustuloksia nykyiseen toimintakykyyn ja statukseen liittyy. Tämän lisäksi erityisesti ratkaisijat kaipasivat tietoa hakijan tavoitteista, siitä, mitä hän oli Kelasta hakemassa ja siitä, minne hän oli menossa. Näiden lisäksi kaivattiin tietoa myös asiakkaan omasta näkemyksestä. Myös kokonaistilanne ja elämäntilanne saattoivat olla asioita, jotka eivät selkeästi tulleet ilmi hakemusasiakirjoista. Mielenkiintoista puutteellisten asiakirjatietojen kuvauksissa oli se, että toisaalta ratkaisu- ja asiantuntijaprosessissa kaivattiin Kelassa sekä asiakkaan omia tietoja tilanteestaan että hänen suunnitelmiaan ja tavoitteitaan. Toisaalta kaivattiin myös selkeästi asiakkaan mielipiteistä irrotettua tietoa: lääkärin havaintoja, asiakkaan lääketieteellistä statusta ja hänen nykyistä ja ajankohtaista toimintakykyään, todettuja sairauksia sekä tutkimuslöydöksiä. Sekä asiakkaan näkemys että tutkimustulokset ja objektiivisena pidetty toimintakyvyn kuvaus näyttäytyvät tärkeinä asiakirjoissa.

4.2.6 Kuntoutujan tahto, haluaminen ja motivaatio asiakastapausten arvioinnissa

Kuntoutusammattilaiset saattavat nähdä motivaation olennaisena kuntoutuksen edellytyksenä, vaikka siihen kiinnittyminen voi sisältää jopa syrjäyttämisen riskejä (esim. MacLean 2002; Gould ym. 2012, 145). Motivaation perusmerkityksen on nähty liittyvän ihmisen vitaalisuuteen, haluun ja elämäntahtoon, joita ilman henkilö ei kykenisi toimimaan (esim. Tengland 2011). Tässä tutkimuksessa sekä ratkaisijoiden että asiantuntijalääkäreiden haastattelut sisälsivät runsaasti puhetta ammatillisen kuntoutuksen hakijan motivaatiosta, tavoitteista ja halusta. Erityisen kiinnostavana he näkivät sen, onko hakijalla mahdollisesti omaa tahtoa ja halua kuntoutukseen, työelämään tai koulutukseen.

”Se että hän haluaa ite hänellä on itellä tahto sinne työelämään ja kouluttautua ni se on iso asia ja sit ihan sitä niinku en torppais missään nimessä vaan sanosin et tulis tuohon vaikka asiakaspalveluun että jos sulla on koulutusvaihtoehot jo valmiina nii selvittele miten niiden systeemit menee ja kehottasin kyllä hakemaan kouluun jos haluaa ja sitä kautta sitte taas tuota hakemaan meiltä sitte sitä koulutusta – –”
(Ratkaisija 14)

Myös kyselytulosten mukaan hakijoiden omalla tahdolla hakeutua kuntoutukseen on erityisiä yhteyksiä. Esimerkiksi mielenterveyden häiriöitä ilmoittaneiden tahto hakeutua kuntoutukseen oli vähäisempää kuin muilla. Työkyky oli yhteydessä omaan tahtoon hakeutua kuntoutukseen sekä siihen, ettei hakijaa ollut painostettu hakeutumaan kuntoutukseen (ks. kyselyaineiston tuloksia kuvaileva luku 4.1.5). Ratkaisijat ja asiantuntijalääkärit puhuivat myös runsaasti hakijoiden motivaatiosta, tavoitteista ja halusta sekä haastatteluun liittyvistä kuvitteellisista asiakastapauksista (ks. liite 4) että kokonaistilanteiden arvioimisesta puhuessaan. Tämä oli huomattavaa analyysien jatkon kannalta – tutkimuksessa oli olennaista keskittyä tarkastelemaan tahtomis-, motivaatio- ja halupuhetta erillisessä analyysissä.

Perusmotivaation muodostuminen vaatii Tenglandin (2011) mukaan minimikokemuksista onnellisuudesta. Perusmotivaation heikkeneminen voidaan nähdä eräänlaisena terveyden heikkenemisenä, esimerkiksi yhtenä masennuksen oireena. Motivaatio saa lisää merkityksiä, kun sitä tarkastellaan suhteessa työhön ja työkykyyn. Tällöin esimerkiksi huonot työolot, työyhteisö tai tehtävät voivat vaikuttaa motivaatioon ja työhön liittyvä motivaatio on siten vahvasti sidoksissa ympäristöön. Joskus motivaatio nähdään myös yhtenä työkyvyn osana. Henkilön motivaatio voi olla heikentynyt vaikkapa moraalisisessa mielessä, jolloin hän esimerkiksi on tyytymätön työhönsä ja sen palkitsevuuteen tai jopa inhoaa työtään ja välttelee sitä. Tämä ei kuitenkaan tee henkilöstä sinänsä työkyvyttöä. (Tengland 2011, 279–280.)

Edellä kuvaillun perusteella onkin selvää, että työkyvyn, kuntoutuksen ja motivaation suhde on tutkimusteoreettisesti epäselvä – joissain tulkinnoissa motivaatio on työkyvyn osa ja joissain ei. Tahtoa, tahdon vapautta sekä halua on tutkittu erityisesti

filosofian alalla (ks. esim. Schroeder 2017; O'Connor ja Franklin 2018), ja käsitteinä ne eroavatkin näin psykologisesti painottuneen motivaatio-käsitteen tutkimuksellisista käyttötavoista. Termejä käytetään seuraavassa tulosluvussa rinnakkain, sillä näin tapahtui haastattelupuheessa. Silti puheessa ei painottunut teemallisesti pelkäämään jollakin näistä sanoista kuvattavat aiheet, vaan puheen runsaudessa vaikutti olevan kyse monimuotoisesta ilmiöstä, joka oli asiakastapausten arvioinnissa läsnäoleva ja tärkeä arvioinnin käytännön haaste.

Haastatteluaineistossa kuntoutusta hakevan tavoite, tahtominen, halu ja motivaatio näyttivät sinänsä olennaisilta, ja sanoja käytettiin runsaasti ja osittain rinnakkain. Puheesta erottui analyysissämme erilaisia teemoja. Taulukosta 21 (s. 79) nähdään, että haastateltavien tuottama puhe tahtomisesta, haluamisesta ja motivaatiosta oli teemoiteltavissa ottamalla huomioon samassa yhteydessä esiintyvä puhe kuntoutusta hakevien tilanteista ja näiden tilanteiden arvioimisesta (taulukossa lyhyesti ns. ”halutilanne”). Tahtominen, motivaatio ja halut ammatillisen kuntoutuksen hakemisen tilanteessa esiintyivät epämääräisinä, tosiasiamaisina (neutraaleina) tai ratkaisutehtävän kannalta ”vääränlaisina” (tai negatiivisesti tulkittavina) ja ”oikeanlaisina” (tai positiivisesti tulkittavina). Lisäksi motivaatioon ja haluamiseen liittyvien kuntoutuksen hakemisen tilanteiden kuvailuun liittyi puhetta, jossa halu, tahto ja motivaatio syntyvät kuntoutujassa subjektiivisesti, ja puhetta, jossa halu, tahto ja motivaatio voivat kehittyä vuorovaikutuksessa, esimerkiksi vuorovaikutuksessa ympäristön, kuntoutukseen liittyvien viranomaistahojen tai muiden asiakasta ohjaavien tahojen kanssa.

Epämääräiseksi nähdyt kuntoutuksen hakemisen tilanteet olivat ratkaisijoille hämmentäviä. Tällöin korostui myös epätietoisuus siitä, tahtooko ja haluaako asiakas jotakin tiettyä asiantilaa (haluaako tilanteessaan esim. opiskella, työhön, kuntoutukseen) tai kykeneekö hän ylipäätään muotoilemaan tavoitetta. Tällöin tapaus vaati jonkinlaista selvittelyä ennen tapauksen selventymistä ammatillisen kuntoutuksen hakemisen arvioinnin kannalta. Haastateltava puhui, että TE-hallinnon ammatinvalintapsykologi voisi auttaa tilanteessa.

”Et johtuiks nää kaikki niinku siitä, kun hänellä on se ala niin hukassa et mitä hän haluaa ja vois niinku opiskella ja ku hänellä on näitä keskeytyneitä opintoja ja sitten on näitä oppimisvaikeuksia niin tässä kyllä melkein ensin täytyis selvittää, jos tää ois tyypiasiakas niin mä ensin kyllä pyytäsin että TE-hallinnon puolelta tehtäis ammatinvalintapsykologin – –” (Ratkaisija 13) (Puhuu tapauksesta B, Jani)

Taulukko 21. Työntekijöiden kuvaamat hakijoiden halutilanteet teemoittain.

Haluun ja motivaatioon liittyvät teemat (halutilanteet)	
Teemat	Teeman sisällöt
Epämääräiset halutilanteet tai ei halua (ei kuntoutusta)	Epämääräinen halutilanne – vaikea tapaus
Neutraali tai tosiasiamainen halutilanne (selvitettävä)	Selvitettävä halu: hakemuksesta selvittettävä halu; tiedonpuute/kognitiivisen tilanteen selvittäminen; yhdessä selvittettävä halu, esim. yhteistyössä työvoimaviranomaisten kanssa; halun tason ja muodon selvittäminen esim. matalista tavoitteista lähtevä halu; epäilevä halu; epäselvä halu eläkehylyn jälkeen; sopivuutta etsivä halu
Huonot tai väärät halutilanteet	Opiskelumotivaation puute; oikea-aikaisuuden puute; sitoutumaton halu; eläkehalu; tiedoton halu; toivoton tapaus; pakkohalu; pakotettu halu; ulkopuolinen halu
Hyvät tai oikeat halutilanteet	Työelämähalu; koulutushalu; kuntoutushalu; opiskeluhalu; tavoitteellinen halu/tavoitteellinen ammatillisen kuntoutuksen halu; halu lähteä kuntoutukseen; työhönpaluuhalu; halu suunnitella tulevaisuutta; jo itse selvitelty halu; tietoon perustuva halu; itse ajateltu halu; tiedon varmistamisen halu; halu jalostaa itseään; oma haave - halu; itse asetettu ja hoidettu halu; nuorten halu; sitoutunut halu
Tavoite tai motivaatio jo sinänsä olennainen	Tavoitteellisuus on sinänsä jo hyvää

Edellä kuvailtujen, epämääräisten tilanteiden lisäksi ratkaisijat ja lääkärit puhuivat hakijoiden tahtomisesta, haluamisesta ja motivaatiosta ja niihin liittyvistä asiakkaiden tilanteista neutraaleina, tosiasiamaisina asioina, jotka olivat selvitettävissä. Tällöin halu tai motivaatio eivät olleet sinänsä epäselviä tai ongelmallisia. Sen sijaan halu ja motivaatio saattoivat liittyä esimerkiksi koulutukseen ja opiskeluun tai johonkin muuhun toimintaan, jota voitiin selvittää neutraalisti.

”Jos asiakas on jo jonnekin vaikka kouluun päässyt niin sitten tutkitaan se, että onko vaikka ala sopiva ja kiinnitetään huomiota motivaatioon ja siihen että onko mahdollisuuksia selviytyä koulusta ja opinnoista jos on tällainen, että on päässyt koulutukseen.” (Ratkaisija 17)

Ratkaisu- ja asiantuntijatehtävien kannalta ”vääränlaista” tahtomista ja haluamista (esim. eläkkeelle haluaminen) näytti ilmenevän hakemisen tilanteissa, jotka eivät haastateltavien puheessa kuuluneet Kelan ammatillisen kuntoutuksen pariin tai joissa ei ollut varmuutta siitä, kenen tahtomisesta oli kyse. Tällaisia saattoivat olla esimerkiksi tilanteet, joissa oli kyse eläkkeelle hakeutumisesta tai työkyvyn selvittämisestä.

”Et sitte ku haastattelee, saattaa olla että haluaa vähän tämmöstä työkyky selvittelyä eläkkeen hakemista varten tai että mikä se todellinen tavoite, että siinä vaiheessa kerrotaan asiakkaalle että mikä on se mihin todellakin se tavoite, että mitä asiakas hakee.” (Ratkaisija 18)

”Oikeanlaiseksi” määrittyi tietyntilainen tilanne, halu ja motivaatio. Kuntoutusta hakevan halu päästä ammatillista kuntoutusta hakiessaan työelämään tai kuntoutukseen arvioitiin positiivisena. Haastateltavat saattoivat siis etsiä tietoa nimenomaan kuntoutuksen hakijoiden tietyistä (työelämään liittyvistä) tilanteisista haluamisista ja tavoitteista, ei mistä tahansa haluamisesta. Ammatilliseen kuntoutukseen liittyi siten tilanteita, joihin saattoi ratkaisijoiden ja asiantuntijalääkäreiden puheessa kuulua kuntoutuksen kannalta oikeanlaista haluamista, tahtomista ja tavoitteita.

”– – mutta mä kyllä haen sitä työelämämotivaatiota, työelämätahtoa sieltä. Koska kyllä mulla sellasiakin ihmisiä, ihmisille myönnetään erilaisia toimenpiteitä se tahto, vaikka ne tietysti toteutuu niin kohta on hakemassa sitä eläkettä että se on niinkun vähän turhauttavaa. Mutta että työelämätahto on se, mitä mä yritän sieltä onkia ja ainahan se ei sieltä tule esille. Jollonka mä saatan jopa pyytää, että se ratkaisija, joka sitä asiaa käsittelee, soittaa sille ihmiselle ja haastattelee vähän, että mitä se tarkoittaa ja mitä se haluaa.” (Asiantuntijalääkäri 3)

Tärkeää asiakastapausten arvioinnissa näytti olevan selvittää, oliko motivaatio, haluaminen tai tahtominen hakijasta itsestään lähtöisin vai vaikuttiko siihen tai pyrkiä siihen vaikuttamaan ja sitä ohjaamaan ulkopuolinen taho, esimerkiksi viranomaisen: pyrittiinkö hakijaa motivoimaan esimerkiksi työelämän suuntaan tai selvittämään ylipäänsä hänen tilannettaan. Kuntoutusta hakevan oma tavoitteellinen tahtominen ja haluaminen näyttivät olevan tärkeää, mutta samalla haastatellut puhuivat myös ohjauksesta esimerkiksi siihen, että kuntoutujan oma tahto selvenee. Tämä ohjaaminen saattoi liittyä sellaisiin asiakastapauksiin, jossa hakijalla ei ollut välttämättä tietoa siitä, mitä hän voisi tehdä tai hänellä ei ollut kykyä selvittää, millaisia omat mahdollisuudet voisivat olla.

”Varmaan se asiakkaan oma tahto ja motivaation puuttuminen, tietääkö se asiakas aina mitä se on hakemassa. Se ruksaa jonkun kohan, muttei se edes tiedä mihin se on menossa, taikka mitä se on hakemassa. Niin – – ei se nyt näy tietenkään ei sitä voi sanoa et se puuttus siitä [naurahtaa] se on yks puute varmaan alun alkaen.” (Ratkaisija 10)

Motivaation, halun ja tahtomisen arvioimiseen saattoi liittyä myös se, nähtiinkö ammatillisen kuntoutuksen vahvistavan kuntoutujan tavoitteita ja antavan hänelle lisätietoa ammatillisesta tulevaisuudesta. Kuntoutusta voitaisiin siis myöntää myös ammatillisten ja työelämään liittyvien tavoitteiden tilanteisen sopivuuden varmistamiseksi. Tällöin osittain hahmottomaton ja epämääräinen tahtominen ja työelämään suuntautuminen, voisi olla soveltuva kuntoutusta haettaessa.

”Toki sitten, jos asiakas haluais varmistua enempi siitä myyjätyöstä, niin esimerkiksi ammatillinen kuntoutuskurssi voisi olla sellainen lisäksi informaatio ja tukea antava ammatillisen kuntoutussuunnitelman pohjaksi.” (Ratkaisija 12) (Puhuu tapauksesta A, Matti)

Toisaalta ammatillisen kuntoutuksen kentällä toimivat viranomaiset voivat erehtyä asiakastapauksissa, mikä kävi ilmi myös haastattelusta. Näin voi käydä erään haastateltavan mukaan, jos asiakkaan tilanteeseen perehtymätön viranomainen ohjaa ja motivoi asiakasta. Tällöin myöskään ratkaisutyötä tekevät eivät saa riittävää tietoa asiakkaan tilanteesta ja siihen liittyvästä tahtomisesta, haluamisesta ja motivaatiosta. Asiakasta on voitu ohjata palveluihin ottamatta huomioon hänen näkökulmaansa ja tilannetta. Viranomainen voi tällöin esittää kuntoutujalle toimenpiteitä, jotka eivät ole tämän kannalta oikea-aikaisia ja jotka voivat siten johtaa epätoivottaviin tilanteisiin. Viranomainen voi siis ohjata asiakasta hakemaan kuntoutusta tietämättä kuntoutujan kokonaistilannetta tai vaikkapa sairauden hoitoon liittyviä tekijöitä, joiden vuoksi kuntoutuksen hakeminen ei oikeastaan ole vielä sopivaa. Kuntoutuja voi toki torjua ehdotuksen, mutta joka tapauksessa kyseessä on pikemminkin viranomaisten tahto kuin kuntoutujan aito halu, joka perustuu hänen tilanteeseensa, tietoonsa ja omakohtaiseen prosessiinsa.

”Ja ei halunnu mullekaan toissa mä soitin aina asiakkaalle ei halunnu niinku sillä lailla ite asettua hoitamaan asioita ja loppujen lopuksi kävi niin, että se ei ollu oikea-aikaista tässä kohti nyt se ammatillinen kuntoutusselvitys, vaikka me kaikki niinku sen ympärillä oleva verkosto Kela, sosiaalitoimi ja lääkäri oltiin sitä mieltä, että kyllä tämä nyt on se oikea. Vaan ku sieltä löyty niitä psyykkisiä asioita, niin siitä lähettiin alottaa lääkitystä.” (Ratkaisija 14)

Tahtomisen, haluamisen ja motivaation tärkeys olivat tämän tutkimuksen tehtävän kannalta olennaisia. Ratkaisijat ja asiantuntijalääkärit pohtivat ammatillisen kuntoutuksen tehtävissä ja tapausten arvioinneissa vakavasti ja runsaasti kuntoutusta haakevien motivaatioita sekä tavoitteita. He vaikuttivat tarvitsevan tietoa kuntoutuksen hakijan motivaatiosta ja haluamisesta ratkaisuja edeltävissä työn vaiheissa. Lisäksi tahtomisen ja motivaatioiden selvittäminen oli olennaista, jolloin hakijoiden tilanteista oli hyvä olla riittävästi tietoa asiakastapausten kohdalla. Kuntoutujalla piti haastattelujen mukaan olla jossain määrin motivaatiota ja halua, jotta kuntoutusta olisi järkevää myöntää ja jotta kuntoutuksesta voisi selviytyä. Lisäksi halujen ja motivaatioiden selvittäminen saattoi kytkeytyä käsitykseen toimintakykyisyydestä. Esimerkkinä on haastatteluote, jossa haastateltava otti esiin Kelan linjausten mukaisen kuntoutuspäivän pituuden. Kuntoutujan tulisi olla motivoitunut ja selviytyä viidenkuuden tunnin pituisesta päivästä, jotta haastateltava pitäisi kuntoutusta järkevänä.

”Eihän hän Kelan toimenpiteisiin pysty tulemaan, ellei ole motivaatiota eikä jaksaa olla, joka päivä muutamaa tuntia sitte, kuutta tuntia. Viis kuus tuntia pitäs joka päivä jaksaa olla, niin se voi olla vähän hankala näissä tilanteissa. Et tää on kyllä pikkusen semmosen hankala tapaus. Mutta sitte tietenki, ku hänet saa motivoitua niin, jos hän ei tiijä mihin hän lähtis, niin se ois se ammatillinen kuntoutusselvitys sitte viimeistään sitte.” (Ratkaisija 10)

Ratkaisukäytäntöjen näkökulmasta Kelan toimenpiteet näyttävät vaativan siis kuntoutujan perusasteista toimintakykyisyyttä (jaksamista), johon edeltävässä otteessa rinnastuu myös motivaatio. Haastatteluotteessa haastateltava toteaa jopa, ettei Kelan toimenpiteisiin voi tulla, jos ei jaksakaan olla kuutta tuntia päivässä toiminnassa mukana. Tällöin asiakastapausten arviointiin liittyvät myös Kelan palvelut ja se, kuinka niitä esimerkiksi palvelunkuvauksilla ohjataan. Kelan palvelunkuvausten yleisen osan mukaan (Kela 2018) kuntoutuspäivän pituuksia määritellään erikseen eri palvelulinjojen kuvauksissa. Nämä ovat tarkoittaneet esimerkiksi tuntien tarkkuudella määriteltyjä kuntoutuspäivien pituuksia.

Tahtomiseen, motivaatioon ja haluun vaikuttavat aineiston mukaan ohjaukselliset (toiminnanohjaukselliset ja viranomaisohjaukselliset) ja elämäntilannetekijät. Elämäntilannetekijät lähenevät tässä yhteydessä myös kokonaistilannetta. Tällaisia olivat esimerkiksi velkataakka ja taloudellinen tilanne. Ratkaisijat ja asiantuntijalääkärit eivät sinänsä kuvailleet nykyaikaisia työelämäolosuhteita tai opiskelumaailmaa, joihin liittyvää tahtoa, halua ja motivaatiota he yrittävät etsiä kuntoutujilta. Kuntoutujien olisi ideaalitulanteissa hyvä haluta opiskella ja tehdä töitä, mutta aineiston avulla ei saatu tietoa siitä, mitä sellainen työelämä ja opiskelu haastateltavien mukaan olisi, johon tahtoa tulisi olla.

Halun ja motivaation selvittämiseen, ohjaamiseen ja näiden esteisiin vaikutti erilaisia tekijöitä: asiakirjojen, asiantuntijalääkäreiden ja ratkaisijoiden toiminnan, kuntoutuspalveluiden ja kuntoutushakemusten laatu. Näitä kehittämällä asiakastapausten selvittäminen saattaisi olla ratkaisijoille ja asiantuntijalääkäreille helpompaa. Myös Kelan rinnalla toimivat viranomaiset, kuten TE-toimistot ja työvoiman palvelukeskukset vaikuttivat kuntoutusta hakevan motivaatioon, vaikka hänen subjektiivinen ”motivaationsakin” koettiin tärkeäksi ottaa huomioon.

”No B-lausunnossa täytyy, niin. Siinä jos siinä olis se lääkärin näkemys siitä asiakkaan elämäntilanteesta niin se olis aina hyvä, ja asiakkaan motivaatiosta. Mut jos ei se siinä näy, niin jos se sitten näkyis siinä hakemuksessa. (Jos ei se) siinäkään näy niin mä soitan sille asiakkaalle.” (Ratkaisija 10)

”Eli kokonaistilanteen huomioon ottaen ehkä kuitenkin täytyisi nämä rajatapauksena ja asiakkaan eduksi. Jos hän ite on kovin motivoitunut selvittämään, niin ehkä myöntäisin hänelle.” (Ratkaisija 19)

Jos kuntoutuja haluaa itse työelämään ja kuntoutukseen, näyttävät ratkaisijat ja asiantuntijat suhtautuvan tapaukseen myönteisesti. Kuntoutusratkaisuissa voidaan pyrkiä tällöin aktiivisesti etsimään myöntöä tukevia perusteita. Asiakkaiden tilanteiden ja tapausten arviointi haastattelupuheen perusteella oli sen sijaan epäselvää ja vaikeaa, jos asiakkaalla ei nähty olevan omaa selkeää kuntoutustahtoa, halua opiskella tai sijoittua työelämään tai jos halua on, mutta sairaus on epäselvä.

”Haluaako hän itse. Kuntoutusselvitystäkin on turha myöntää, jos hän sen keskeyttää tai ei ilmesty ollenkaan koko kuntoutusselvitykseen, siinä vaiheessa kun tän pitäisi (käynnistyä).” (Ratkaisija 15)

”– ja myös semmosta niinkun halua ammatilliseen kuntoutukseen, niin motivaatiota. Usein se tulee sitä kautta, että eläke on hylätty. Että onko sitä halukkuutta sitten ei, ei kaikilla ole.” (Ratkaisija 17)

Kuntoutusta myönnettäessä pyrittiin haastattelujen mukaan selvittämään myös tapauksia, joissa asiakkaiden ainoa tavoite näyttäisi olevan eläkkeelle pääsy. Tällaisiin hakemuksiin ei asiantuntija- ja ratkaisutyössä välittömästi suhtauduta myönteisesti. Haastattelujen perusteella on kuitenkin selvää, että haastateltavat myös osin näkevät, ettei kirjattu tavoite ole välttämättä aidoksi koettu, yksilön oma tietoon perustuva tavoite. Siten ratkaisuisissa tahtominen, motivaatio ja halukkuus työelämään ei ole yksiuotteinen joko–tai-asia, vaan se riippuu ratkaisijoiden ja asiantuntijoiden mukaan osittain kuntoutujan tilanteesta ja tietämyksestä.

Asiantuntijat pohtivat siten motivaation yhteyttä myös kuntoutujien tietämykseen. Asiakirjaan kirjatut tavoitteet voivat olla niin sanottuja todellisia tavoitteita tai tiedonpuutteessa kirjattuja tavoitteita. Seuraavassa otteessa nähdään, että jos syntyy epäily siitä, ettei kuntoutuja tiedä mitä voisi haluta ja tavoitella, voitaisiin häneen olla yhteydessä tahtomisen ja motivaation ohjaamiseksi. Siten epäiltäessä kirjallisesti muodostetun tavoitteen oikeellisuutta eli autenttisuutta asiakkaan kanssa keskustelu tuodaan esiin olennaisena keinona selvittää, mitä asiakas oikeasti tahtoo.

”Mutta että työelämätavoite on se, mitä mä yritän sieltä onkia ja ainahan se ei sieltä tule esille. Jollonka mä saatan jopa pyytää, että se ratkaisija, joka sitä asiaa käsittelee, soittaa sille ihmiselle ja haastattelee vielä vähän, että mitä se tarkoittaa ja mitä se haluaa (joo) Et musta se on niin tärkeä, että se kuntoutus onnistuu niin pitää olla jonkun näköinen työelämätavoite. Toki on ihmisiä, jotka ei tiedä sitä itse vielä. Sen takia ne laittaa, että eläke kun ei ne tiedä omista mahdollisuuksistaan.” (Asiantuntijalääkäri 3)

”– että tässä ei oikeestaan tiedetä, että mitä tää haluaa tulevaisuudelta varmaan joku selvitys ois tarpeen jos niinku haluttais jonkunlaista koska jos toisaalta tällasen hylkääkin niin hänhän on sitten oikeestaan ajalehtii tuolla tää henkilö ei ei paljoo tuu mitään eteenpäin tulevia pitkäjänteisempiä tietysti se työelämään kiinnittyminen jää kyllä huonoks että hän on vielä nuori ihminen että siellä tuota hänellä on vuosia edessä paljon.” (Asiantuntijalääkäri 6) (Puhuu tapauksesta B, Jani)

Kaiken kaikkiaan kuntoutusta hakevien oma tahtominen kuntoutusasioissa ja työelämässä näyttää olennaiselta. Erään haastateltavan mukaan kuntoutujan motivaatio oli jopa suoraan yhteydessä uudistetun ”lain henkeen”:

” – mutta noin periaatteessa, että on sitä mieltä, että jos on näin hyvä motivaatio niin ainakin siis lain henki on et siihen suhtaudutaan myönteisesti” (Asiantuntijalääkäri 8).

Lakia voidaan siis tulkita myös sen yleisten ohjaavien ihanteiden – lain hengen – näkökulmasta, jolloin seikat, joita ei ole suoraan laissa täsmennetty, tulevat olennaisiksi vasta käytännön toimissa, joissa organisaatiot tulkitsevat lakia. Lain hengen pohtiminen tuo esiin harkintavallan olemassaolon asiakastapausten arvioinnissa käytännön tasolla (ks. luvut 2.2 ja 4.3).

4.2.7 Vaikeasti hahmottuvat tekijät asiakastapausten arvioinnissa

Kun tutkimuksen määrällisiä ja laadullisia aineistoja ja analyysien tuloksia pohdittiin suhteessa toisiinsa, nähtiin, että jotkin erityiset tekijät saattavat olla Kelan ratkaisukäytännöissä erityisen vaikeasti hallittavia. Näitä tekijöitä on myös tutkittu vähän. Niiden osuutta kuntoutuksen pääsykriteereissä ja asiakkaiden kohtelussa voisikin olla hyvä huomioida ja tuoda yleiseenkin keskusteluun. Tällaisia haasteellisesti hallittavia tekijöitä saattavat olla *sukupuoli, palveluun liittyvät häpeäkokemukset sekä kuntoutustietämyksen organisaatioiden rajat ylittävä sekä subjektiivinen luonne*.

Sukupuolen osalta voidaan sanoa, että terveystutkimuksen alueella löytyy säännönmukaisesti sukupuolittaisia eroja nais- ja miesvastaajien itse raportoidun terveyden mittauksissa (esim. Peersman ym. 2012). Erojen syitä ei täysin tunneta, mutta ilmiöön saattaa kytkeytyä sekä kulttuurisia että vastaustyyliin liittyviä erilaisia tekijöitä. Tässä tutkimuksessa naisten ja miesten suhteelliset osuudet erosivat työkyvyn häirtatekijöiden ryhmissä. Miehiä oli suhteellisesti enemmän kaikkein parhaiten selviytyvässä vähiten haittoja kokevassa ryhmässä ja ryhmässä, jossa korostuivat työkokemuksen ja koulutuksen puute. Naisia oli puolestaan enemmän ryhmissä, joissa korostuivat kipua ja särky, terveydentilalahaitat sekä toisaalta läheisten vaikeat elämäntilanteet (ks. tarkemmin tulosluku 4.1.6). Tulos oli huomionarvoinen ja sitä tulisi tutkia erikseen tarkemmin. Sukupuolen osalta työssä ja opiskelussa selviytymiseen saattaa tämän tulosvalossa liittyä erilaisia haasteita. Tämä voi olla ymmärrettävää myös suhteessa erilaisten töiden sukupuolirakenteisiin mutta myös siihen, että työ- ja toimintakyvyn haitat aikuisikäisen väestön kohdalla voivat olla osin kokonaistilanteiden osalta sukupuolittuneita. Tulos ei tarkoita, että kaikkien miesten ja naisten kohdalla haitat jakautuisivat tietyllä tavalla, mutta se osoittaa, että rakenteellisesti haitat eroavat sukupuolittain. Pitävää selitystä ei havainnolle voida tässä esittää.

Kelan ratkaisutyö perustuu osittain väestön ja hakijoiden samantarvoiseen asemaan hakijatapauksina. Ratkaisutyössä tehtävän tai kuntoutuksen palveluissa tehtävien työkyvyn haittojen kartoittamisten yhteydessä onkin todella haasteellista tietää, tulisiko haittojen sukupuolittaista eroavaisuutta ja koettuja eroja pyrkiä jollain tavalla tarkemmin tutkimaan tai huomioimaan. Tulos tuo esiin erään hypoteesinomaisen puhumattoman kysymyksen työkyvystä ja samalla työelämästä ja työkyvyn haitoista,

joka jää mahdollisesti niiden kartoittamisessa vähälle huomiolle: miten sukupuolittaiseen eroon työkyvyn häirtatekijöissä ja työikäisten kokonaistilanteissa tulisi ammatillisen kuntoutuksen ratkaisuprosesseissa ja hakijoiden arvioissa suhtautua? Toisaalta, mikä merkitys tällä on työkyky-ilmion ymmärrykselle? Tähän ei välttämättä löydy yksiselitteisiä vastauksia työelämän ja sukupuolen suhteiden moninaisuuden ja vaikean tutkittavuuden vuoksi.

Toinen vaikeasti hallittavissa oleva mutta ihmisille merkityksellinen ilmiö on palvelun hakemiseen ja palveluun osallistumiseen liittyvä *häpeän kokemus*. Marjo Romakaniemen (2011, 108–109) mukaan ihmiset arvioivat itseään suhteessa kulttuurisiin normeihin. Tällöin esimerkiksi masennukseen liittyvään toimintakyvyn heikkeneemiseen voi liittyä häpeän tunnetta. Häpeällä onkin sosiaalinen tausta, ja sen syntyyn liittyy käsitys itsetietoisuudesta suhteessa toisiin (Chase ja Walker 2012), jolloin siitä voidaan puhua niin sanotusti sosiaalisesti muodostuvana tunteena (vrt. Mäntysaari 1995; Yongmie 2016; Haapakoski ym. 2018). Häpeän kokemus voi liittyä myöskin tunnistamattomaan asemaan, jossa jollekin ryhmälle ei synny tunnustusta institutionaalisissa käytännöissä. Toisaalta yksityisen kärsimyksen sosiaalinen luonne voi aiheuttaa juuri häpeää. Esimerkiksi Honnethin mukaan häpeä saattaa toimia sosiaalisen kamppailun ja konfliktien taustatekijänä. (Honneth 1995; Houston 2016.)

Tässä tutkimuksessa saatiin tulos, että tietyissä ryhmissä esiintyy vahvemmin häpeän kokemusta palveluja haettaessa. Mielenterveyden häiriöitä kokevilla esiintyi voimakkaammin kuntoutuksen hakemiseen liittyvää häpeää. Tuki- ja liikuntaelinsairaudet sekä sydän- ja verisuonisairaudet olivat sen sijaan yhteydessä vähäisempään häpeän kokemukseen ammatillista kuntoutusta haettaessa. Voimakkaampi kokemus häpeästä liittyi myös kuntoutustukeen, päihteiden käyttöön, oppimisvaikeuksiin ja riittämättömään toimeentuloon. Kuntoutuksen hakijaryhmistä muita vähemmän häpeää kokivat ne, jotka kokivat kauttaaltaan vähäistä häirtä työelämään ja opiskeluun liittyvissä terveydellisissä, psyykkisissä, sosiaalisissa ja elämäntilanteeseen liittyvissä tekijöissä. Kauttaaltaan häirtat suuriksi arvioivat kokivat häpeääkin voimakkaammin. Nämä tulokset osoittavat, että palveluun hakeutumisen prosesseja pohdittaessa voidaan miettiä mahdollisuuksia vähentää edellä mainittujen ryhmien häpeän tunnetta. Koska häpeä on sosiaalisesti muodostuva tunne (Chase ja Walker 2012), myös siihen liittyvien mahdollisten epäkohtien kanssa työskentely saattaa vaatia sosiaalisia toimia.

Kolmanneksi voidaan esittää, että kuntoutukseen liittyvä tietämys näyttää ratkaisehtävien kannalta vaikealta pirstaleisessa järjestelmässä sekä suhteessa siihen, millaisia ammatillisen kuntoutuksen hakijat ovat. Haastatteluissa puhuttiin melko runsaasti siitä, etteivät asiakkaat tiedä, mitä ja millaista kuntoutusta he ovat hake-massa Kelasta tai he eivät tiedä, mihin kuntoutusyksikköön tai kuntoutukseen he ovat menossa. Lisäksi pohdittiin sitä, etteivät välttämättä ammattilaisetkaan erilaisissa organisaatioissa tiedä, mitä ammatillinen kuntoutus tarkoittaa. Tämä voi olla

tärkeää suhteessa siihen, miten asiakkaat ohjautuvat hakemaan ammatillista kuntoutusta sektoroituneessa järjestelmässä (vrt. esim. Miettinen 2011).

Toisaalta ratkaisijat ja asiantuntijalääkärit saattavat myös itse kaivata tietoa. He eivät esimerkiksi löytäneet kaikkea kaipaamaansa tietoa asiakirjoista ja ammatillisen kuntoutuksen hakemuksista. Näin myös ratkaisutasolla saattaa olla tietämättömyyttä, kun ammatillisen kuntoutuksen hakijoista ei saada riittävää tai laadultaan sopivaa ja kaivattua tietoa. Tällainen eri osapuolten tietämättömyys voi aiheuttaa epävakautta kuntoutuksen hakijaksi ohjautumisessa, päätösten tekemisessä ja kuntoutuksen hakijoiden kokemuksissa. Kyselytulosten mukaan ammatillisen kuntoutuksen hakijoiden etukäteistieto palvelusta oli yhteydessä arvioihin Kelan onnistumisesta. Vuoden 2013 vastaajien osalta löytyi myös ikäryhmittäinen ero: vanhimmalla ja nuorimmalla ikäryhmällä näytti olevan parhain tieto.

Asiakkaat eivät siis ratkaisijan näkemyksen mukaan välttämättä tiedä, mitä hakevat, jolloin he joutuvat vasta palveluun mennessään tämän tiedon eteen:

”Ainakin ne ratkasutavoitteet ja tämmösen ammatillisen kuntoutuksen nää pitäis enemmän olla, lähempänä asiakasta niitä ratkasuja tehdessä. Se on aivan, työ menee suurin-, varmaan puolet siitä ammatillisesta kuntoutuspalveluksesta hukkaan kun asiakas ensin orientoituu siellä laitoksessa, se on kaks viikkoo kestää niin viikon orientoit et niin että tässä selvitteläänkin sitä et mitä työtä hän tulee tekemään eikä sitä että, mitä tehhään näille hänen sairauksille. Tai että hän tulee tänne kuntoutukseen ja, kyllähän sitä vaikka minkä näköstä ajatusta on niillä asiakkaille, ei ne välttämättä tiijä mitä he sinne tulee hakemaan, taikka mitä varten heille on päätös sinne tehty. Että siinä se just missä rahat menee hukkaan.” (Ratkaisija 10)

Asiakkaita ammatillisen kuntoutuksen hakijaksi ohjaavat tahot eivät myöskään haastateltavan mukaan välttämättä tiedä, mitä kuntoutus on:

”Kun tähän pitäis saada tähän kuntoutustyöhön vielä enemmän nimenomaan tästä ammatillisestakin kuntoutuksesta tietoo tai, miten sanosin, halua tietää, tonne terveydenhuoltoon ja et tätä enemmän huomioitas tätä Kelan ammatillisen kuntoutuksen mahdollisuutta tuolla terveydenhuollossa.” (Ratkaisija 16)

Jos asiakkaat, heitä ohjaavat tahot sekä ratkaisijat ja lääkärit kaipaavat tietoa, olisi olennaista selvittää, miten tieto saadaan nykyisen kaltaisessa kuntoutusjärjestelmässä ja toisaalta ihmisten tasolla muodostettua niin, että yksittäisen asiakkaan kohdalla ei syntyisi olennaisia tiedon vajeita. Tätä voidaan arvioida myös suhteessa ammatillisen kuntoutuksen perustehtäviin, jotka nykymuodossaan liittyvät työkyvyn tukemiseen. Tiedon tulisi siis palvella yksilöllisissäkin tilanteissa sitä, kuinka henkilön työkykyä voitaisiin tukea.

4.3 Harkintavallan ulottuvuudet ammatillisen kuntoutuksen ratkaisukäytännössä

Viranomaisten toimintaan ja päätöksentekoon liittyy harkintavaltaa (ks. myös luku 2.2). Olennainen tällainen harkintaa sisältävän vallan elementti on se, että vaikka päätöksenteko perustuu lakiin, ei kaikkia vastaan tulevia tilanteita voida lain keinoin ennakoida. Näin ollen viranhaltijoiden päätöksiin ja ratkaisuihin liittyy aina tietynlainen harmaa ja määrittelemätön, harkintavallan, alue. Oikeusvaltiossa harkintavalta liittyy myös kysymyksiin yksilökansalaisen asemasta ja suojasta suhteessa valtioon ja päätöksentekoon. (Molander 2012; Kotkas 2014, 40–41.) Tietyllä tavalla harkintavalta onkin sekä yksilönsuojaa turvaava päätösvallan ulottuvuus että viranomaistoimintaan liittyvä pakko tilanteessa, jossa lainsäädäntö on jossain määrin riittämätöntä suhteessa käytäntöön ja kansalaisten yksilöllisiin tilanteisiin. Harkintavalta on käytännön näkökulmasta keskeistä erityisesti silloin, kun laissa käytetään niin sanotusti tulkintaa vaativia ilmauksia, joita liittyy sosiaali-, terveys- ja kuntoutuspalveluja määrittäviin lakeihin. Tällöin harkintavallan alaista lainkäytön ja päätöksenteon osaa ei voida koskaan täysin poistaa, vaan ihmiset, ryhmät ja ideaaliset ja normittavat ajattelutavat sekä ohjeistukset rajaavat harkinta-aluetta jollain tavalla.

Harkintavallan elementtinä voitiin nähdä, että vaikka päätöksenteko perustuisi lakiin, ei kaikkia tilanteita voida lain avulla ennakoida. (Kotkas 2014, 40–41.) Samalla lain käyttöön liittyy myös tarkoituksenmukaisuuden arviointia, eli vaikka lainkäyttö on oikeudenmukaista se voi olla myös tarkoituksenmukaista (ks. myös Mäenpää 2008). AMKU-tutkimuksen kohteena olleessa lakiuudistuksessa oli kyse oikeudellisten perusteiden ja päätöksenteon toimintalinjausten (policy) uudistuksesta. Tarkoituksenmukaisuus mainittiin myös eksplisiittisesti uudessa ammatillisen kuntoutuksen lain kohdassa eräänä ammatilliseen kuntoutukseen pääsemisen arviointikriteerinä. Kelan ammatillisen kuntoutuksen ratkaisuohteissa tarkoituksenmukaisuuden käsitettä täsmennetään toimintalinjausten tasolla. Tällöin täsmennettiin, kuinka lakia tulkitaan.

Ratkaisijoiden sekä asiantuntija-arvioita antavien asiantuntijalääkärien toimintaan kuuluukin myös harkintavallan elementtejä. Ammatilliset tulkitsevat lakia ja lain soveltamiseen organisaatiossa kehitettyjä ratkaisuohteita asiakaskohtaisissa tilanteissa (vrt. myös Östergaard 2016). Ammatillisen kuntoutuksen ratkaisujen toimintalinjauksissa ei voida ennakoida kaikkia vastaan tulevia tilanteita. Kuitenkin ratkaisijoiden oletetaan arvioivan lain ja ohjeiden valossa tapauskohtaisesti niitä seikkoja, joiden perusteella ammatillista kuntoutusta voitaisiin yksittäisille kansalaisille myöntää. Kelan ammatillisessa kuntoutuksessa nämä liittyivät kokonaistilanteen, toimintakyvyn ja tarkoituksenmukaisuuden arviointiin.

Tarkoituksenmukaisuus haastateltavan näkemyksessä yhdistyy kuntoutuksen kokonaisvaltaiseen järkevyyteen:

”Ja tähän liittyy nyt se tarkoituksenmukaisuus sitten että, jos näkee että niit toimenpiteitä on tehty jo paljon eikä mikään oo johtanut mihinkään, tai ihmisellä on

useampia koulutuksia ja hän haluaa taas yhden koulutuksen lisää. Se näyttäytyy niin että se ei johda hänen työllistymismahdollisuuksiensa paranemiseen niin silloin me arvioidaan sitä, että onks täs järkee lähtee tätä haettua toimenpidettä tukemaan.” (Asiantuntijalääkäri 7)

Tarkoituksenmukaisuus laissa liittyy hakijan ja työelämän suhteeseen:

”Kuntoutuksen tarkoituksenmukaisuutta arvioitaessa otetaan kokonaistilanteen lisäksi huomioon, johtaako haettu kuntoutus todennäköisesti hakijan terveydentilaan sopivassa työssä jatkamiseen taikka hänen terveydentilaansa sopivaan työhön palaamiseen tai työelämään siirtymiseen.” (HE 128/2013)

Tarkoituksenmukaisuuden arviointia tarkennetaan myös ammatillisen kuntoutuksen ratkaisuoheissa (Kela 2017a):

”Kuntoutuksen tarkoituksenmukaisuutta arvioitaessa otetaan huomioon kuntoutujan yksilöllinen kokonaistilanne, jossa huomioidaan esimerkiksi;

- johtaako haettu kuntoutus henkilön terveydentilaan sopivaan ammattiin tai työhön
- henkilön motivaatio ja sitoutuminen ammatillisen kuntoutuksen tavoitteisiin
- kuntoutuksen oikea-aikaisuus (sairauden vaihe, hoidon vaihe, elämäntilanne ja kielitaito huomioiden)
- sairauden hoito ja lääkinnällisen kuntoutuksen mahdollisuudet
- haetun kuntoutuksen sopivuus suhteessa ammatilliseen etenemiseen tai työkyvyn tukemiseen ja työssä jatkamiseen
- henkilön ikä, aikaisempi koulutus ja työ.

Henkilölle voidaan myöntää ammatillista kuntoutusta, vaikka hänellä on oikeus työkyvyttömyyseläkkeeseen, jos kuntoutuksen tavoitteena on työhön paluun mahdollistaminen tai olennaisten lisäansioiden hankkiminen.” (Kela 2017a.)

Harkintavallan näkökulmasta ratkaisijoilla ja asiantuntijalääkäreillä on merkittävä asema kansalaisten palveluun pääsemisen arvioinnissa ja sen päättämisessä, millaiset asiakastapaukset otetaan palveluun. Tutkimuksen kohteena ollut lakiuudistus on kuitenkin vaikuttanut harkintavaltaan organisaatiossa. Laki ohjaa harkintaa uudella tavalla.

Tässä tutkimuksessa harkintavalta näkyy moniulotteisena ilmiönä, joka vaikuttaa lain toimeenpanoon sekä organisaatiotasolla että käytännön ratkaisutyön tasolla. Tutkimuksen yhteenvetona voidaan esittää tulos (kuvio 8, s. 90), jota hahmottelevassa kaaviossa tarkentuvat toimeenpanoon liittyvät tapahtumat ja tässä tutkimuksessa muodostunut kuva lain toimeenpanosta. Lakitasolla pääsykriteeripolitiikka uudistui, jolloin työkyvyn heikentymistä arvioitaessa otettiin huomioon kokonaistilanne. Tämä oli uusi termi. Myös Kelan työntekijöiden toiminta muuttui jonkin verran.

Organisaatiossa järjestettiin esimerkiksi koulutuksia ja annettiin ohjeistuksia. Tässä tutkimuksessa emme päässeet seuraamaan tapahtumia ajantasaisesti. Kuitenkin synteesi siitä, mitä lain uudistuksen yhteydessä ja sen jälkeen arvioinnin toimeenpanossa tapahtui, muodostui keskeisten arviointikriteerien kanssa toimivien henkilöiden haastattelujen, asiantuntijalääkäreiden sekä ratkaisijoiden avulla. Heiltä saatiin näkemyksiä pääsykriteeripolitiikasta ja arvioinnista asiakastapausten arvioinnin tasolla. Harkintavaltaan liittyikin eri ulottuvuuksia: se on osin organisaatiokohtaista ja osin ratkaisukäytäntöjen tasoista. Ratkaisukäytäntöjen ruohonjuuritasolla sekä henkilökohtaiset että kulttuuriset sitoumukset ja ymmärrys tehtävästä ovat tärkeitä.

Ratkaisuprosessissa näytti olevan keskeistä myös ratkaisijan ja asiantuntijalääkäriin työnjako ja tiedonvaihto. Tiedonvaihdon menetelmänä kuvailtiin paljon sähköisen Skype-etäneuvottelun mahdollisuutta. Jotkut haastateltavat pohtivat tätä suhteessa aiempiin vuosiin, jolloin samassa rakennuksessa tai huoneessa toimineet ratkaisijat ja lääkärit neuvottelivat kasvoitusten. Muutosta, joka ei sinänsä ollut sidoksissa lakiuudistukseen, oli siten tapahtunut työn neuvottelun apuvälineissä ja tiloissa sekä vaakuutuspiirien uudelleen jaottelussa, jolloin yhdessä tehdyn ratkaisu- ja arviointityön fyysiset välimatkat saattoivat kasvaa pitkiksi.

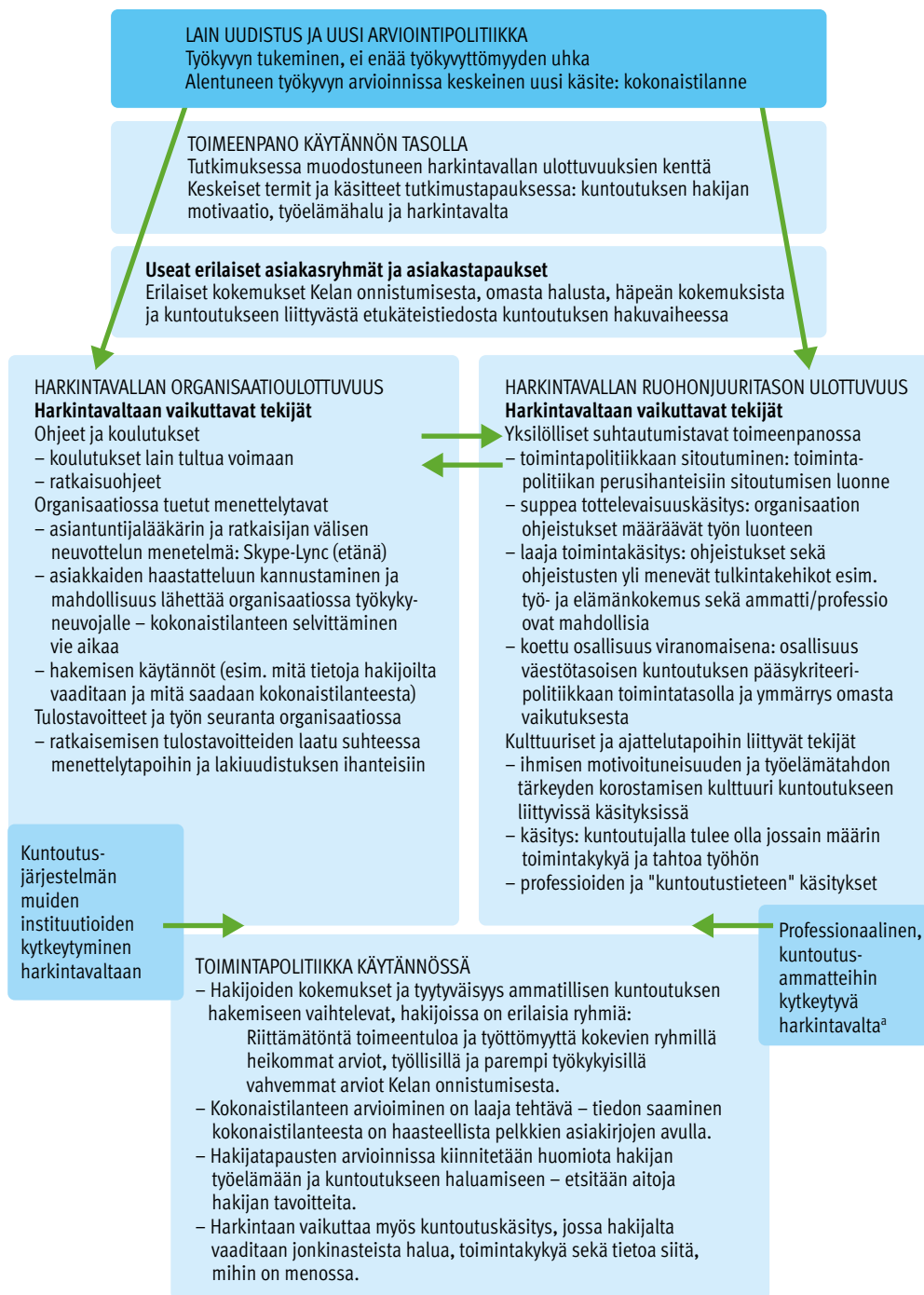
Ratkaisijat kertoivat, että kokonaistilannetta selvitettäessä lisätietoja hankittiin ottamalla yhteyttä asiakkaisiin. Tällainen tarve ilmeni erityisesti, kun kokonaistilanteesta tai asiakkaan omista haluista ja motivaatiosta ei ollut riittävästi tietoa. Myös organisaatiossa tällaiseen yhteydenpitoon suhtauduttiin ilmeisesti suopeasti. Eräässä haastattelussa kävi kuitenkin ilmi, että tällainen työtapo, jossa selvitetään asioita ja ollaan yhteydessä asiakkaisiin, ja ylipäätään ammatillisen kuntoutuksen ratkaisutehtävät vaativat paljon aikaresursseja.

Tämä saattoi olla osittain ristiriidassa organisaation tulosvaatimusten kanssa, mikä ilmeni eräässä haastattelussa:

”Ihan siitä, siis Kelan työtyylistä ja siitä, että miten pelkkiä ratkasuja arvioidaan. Et ei ollenkaan sitä työnlaatua arvioida, että kuinka asiakas saadaan motivoitua Kelan toimenpiteisiin ja miten heitä informoidaan siitä, mihin he on menossa niin, se on kyllä ihan täysin retuperällä. Ainakin mun mielestä. Mihin nää tiedot menee [naurahtaa] Kelan johtajalle?”

Organisaatiossa ammatillisen kuntoutuksen ratkaisuihin vaikuttavat siten ratkaisukäytäntöjen ruohonjuuritasolla työlle asetetut tavoitteet (Weible ym. 2004). Ratkaisuille olennaisina nähdyt tavoitteet voivat siis olla ristiriidassa ratkaisujen ja organisaation kannalta. Organisaatiossa seurataan ratkaisujen määrää, joka on luonteeltaan erilainen työn vaatimus kuin yhteydenpito asiakkaaseen, ammatillisen kuntoutuksen hakemusten ratkaiseminen ja käsitys asiakkaiden kuntoutuksen prosessien ylläpitämisestä sekä hyvästä tiedonhankinnasta muun muassa asiakkaan oman tahdon selvittämiseksi.

Kuvio 8. Harkintavallan ulottuvuudet, uusi toimintapolitiikka ja käytäntö tutkimustapauksessa.



^a Vrt. Molander 2014; Östergaard 2016.

Lain toimeenpanoon sekä organisaation että yksilön tasolla vaikuttavatkin erityisen vahvasti harkintavaltaan liittyvät elementit eli toiminnan tilanne- ja organisaatiokohdainen tulkinta. Merkityksellisiä näyttävät olevan seuraavat tehtävään liittyvät käsitteet, joista osa liittyy myös harkintavallan ja päätöksenteon kriteerejä huomioon ottavaan ajattelutapaan (vrt. Molander 2012; ks. myös kuvio 8):

- **Toimintapolitiikka:** Asiakkaiden kohtaamiseen vaikuttavat ratkaisijan ymmärrys toimintapolitiikasta ja sen perusihanteista sekä hänen sitoutumisensa niihin.
- **Suppea tottelevaisuuskäsitys:** Ratkaisutyössä laki ja organisaation ohjeistukset nähdään tottelevaisuuden kannalta ja ohjeita ja lakia toteutetaan sellaisenaan.
- **Laaja toimintakäsitys:** millainen on suhde yleisen tason toimintaan, ohjeisiin, organisaatioon ja työ- ja elämänkokemukseen sekä kuntoutuskokemukseen osana tehtävää?
 - Ymmärretäänkö, että voi olla olemassa ohjeistusten yli tai ohi meneviä tulkintakehikkoja (esim. työkokemus, ammatilliset tulkintakehikot)?
 - Tunnistetaanko harkintavallan olemassaolo? Millainen merkitys sillä on konkreettiselle työlle ja toimimiselle asiakastapauksissa sekä työhön välttämättä syntyvälle laaja-alaistumiselle ja mahdollisille ristiriidoille?
- **Koettu osallisuuden taso viranomaisena asiakkaita kohtaavassa työssä:** Kokeeko työntekijä osallisuutta omaan yksilölliseen työhönsä, organisaation toimintaan ja / tai väestötasoisena kuntoutuspolitiikan toteuttamiseen?

Lainsäädäntöön liittyvän toimintapolitiikan lisäksi olennaisia ovat sekä yleisemmät että esimerkiksi ammatti- tai alakulttuuriset käsitteet siitä, millaista kuntoutus, ammatillinen kuntoutus ja työelämä sekä sinne pyrkivien ihmisten ominaisuudet ovat tai millaisia niiden tulisi olla. Myös nämä vaikuttavat siihen, millaiseksi ratkaisutoiminta käytännössä muodostuu. Esimerkiksi kuntoutuksen nykyiset ideaalit ja ihanteet, jotka korostavat ihmisten tavoitteellisuutta ja motivaatiota (Koukkari 2010, 27–35; Autti-Rämö ja Salminen 2016, 14–15), voivat ohjata toimintaa ja siihen liittyvää pohdintaa, vaikkei tällaisia sisältöjä esimerkiksi lainsäädännössä ole.

Vaikka kuntoutumisen voi ymmärtää tapahtuvan yksittäisen ihmisen kokemusmaailmassa pyrkimättä ja ilman suuntaa, nykyisin myös se määritellään tavoitteellisuuden kautta (Autti-Rämö ja Salminen 2016). Tavoitteellisuus on liitetty aiemmin kaikenlaisiin kuntoutuskäsityksiin, mutta nyt myös kuntoutumiseen. Kun tällainen puheta- pa yleistyy kuntoutuksen ratkaisutehtävissä ja kaikenlaisissa kuntoutukseen liittyvis- sä ammattilaisten ja instituutioiden toiminnassa, saattaa käsitys tavoitteellisuudesta saada vaikutuksellisen aseman. Vähintään ajatusten mutta myös toimintojen (esim. sen, että asiakirjoista etsitään kuntoutujan omia tavoitteita) tasolla voikin syntyä lakiin kuulumattomia ajattelutapoja ja kuntoutuskulttuurin kehikoita tavoitteellisuu- desta ja motivaatiosta (Härkäpää ym. 2016) sekä tavoitteellisuuden herättelystä. Täl- laiset ajattelutavat ja kehikot vaikuttavat myös käytännön toimintapolitiikassa, jossa muodostuu harkintavallan sekoituksia (*discretion-mix*).

5 Yhteenveto: työelämään tahtomisen normittavuus ja heikkoon asemaan kuntoutusjärjestelmässä jäävät ryhmät

Kelan ammatillista kuntoutusta saa vuosittain yli 10 000 henkilöä, vuonna 2017 yhteensä 20 369 henkilöä (Kela 2017c). Kuntoutuksen hakukäytännöt koskevat vieläkin suurempaa joukkoa, sillä vain osalle hakijoista myönnetään kuntoutusta. Tässä Kelan ammatillisen kuntoutuksen vuoden 2014 lakiuudistusta koskevassa tutkimuksessa selvitettiin, kuinka asiakastapauksia arvioidaan uuden lain puitteissa. Lakiuudistuksen peruseriaatteissa korostettiin hakijoiden kokonaistilanteen huomiointia työkyvyn heikentymisen arvioinnissa sekä sitä, että kuntoutukseen tulisi jatkossa päästä helpommin. Erityisinä ryhminä mainittiin muun muassa nuoret, syrjäytymisvaarassa olevat henkilöt ja vielä työelämään pääsemättömien ryhmät.

Lakimuutoksessa Kelan ammatillisen kuntoutuksen pääsykriteerien oletettiin tulevan yleisesti ottaen väljemmiksi kuin aiemmin. Kuntoutukseen piti lakimuutoksen jälkeen päästä aiempaa helpommin, jos työkyky on heikentynyt. Tätä arvioitaessa voitiin nyt ottaa huomioon sairauden lisäksi hakijan kokonaistilanne sekä opiskelukyky. Tilastojen valossa on jo nähty, että ammatillista kuntoutusta myönnetään aiempaa runsaammin, vaikka hylkäysprosentit ovat myös kasvaneet (Heino ja Sepänen-Järvelä 2017). Tässä mielessä kuntoutusuudistus vaikutti melko toimivalta. Uudistukseen liittyviä kuntoutujien ja ratkaisijoiden sekä asiantuntijalääkäreiden näkemyksiä ei ole kuitenkaan ennen tätä tutkimusta tarkasti ja moninäkökulmaisesti selvitetty.

Kuntoutukseen hakemiselle on monia syitä ja perusteluja. Kuntoutukseen hakeminen toimii porttina palveluihin. Tällöin lienee olennaista, että hakijat, jotka tarvitsevat avustusta hakemisessa, saisivat sitä heille sopivilta tahoilta ja soveltuvin menetelmin. Tähän tutkimukseen osallistuneista ammatillisen kuntoutuksen hakijoista vuoden 2015 vastaajat olivat saaneet apua hakemustensa laatimiseen harvemmin Kelan toimistolta kuin vuoden 2013 vastaajat. Lakiuudistuksen jälkeen auttaneet tahot olivat useammin siis muita kuin Kela. Nämä muut tahot olivat esimerkiksi TE-toimistoja, TYP-palveluita, kuntoutuksen palveluntuottajia ja säätiöitä sekä järjestöjä. Kelan ammatillinen kuntoutus onkin vahvasti sidoksissa muihin palveluihin sosiaali-, terveys- ja kuntoutusjärjestelmässä. Kuntoutusta hakevat ihmiset ovat tekemisissä monien eri instituutioiden kanssa. Kansalaisten päätyminen Kelan ammatilliseen kuntoutukseen onkin osittain sidoksissa koko sosiaali-, terveys- ja kuntoutusjärjestelmän toimivuuteen.

Tutkimuksen mukaan ammatillisen kuntoutuksen hakijoiden arviot Kelan onnistumisesta kuntoutusta haettaessa eivät vaihdelleet hakuvuoden mukaan. Kelan arvioitiin onnistuneen kohtelussaan siis sekä ennen uudistusta että sen jälkeen samalla tavalla – melko hyvin. Kokemukset Kelan onnistumisesta ja tyytyväisyys Kelan toimintaan ammatillisen kuntoutuksen hakemisessa olivat kuitenkin yhteydessä joihinkin erityisiin hakijoiden taustoihin liittyviin muuttujiin. Hyvät työkykyiset ja työlliset

kokivat Kelan onnistuneen paremmin ja olivat myös tyytyväisempiä Kelan toimintaan. Nuorimpien hakijoiden arviot olivat heikompia kuin vanhimpien hakijoiden. Riittämätöntä toimeentuloa enemmän kokevat ja työttömien ryhmät olivat tyytymättömämpiä ja kokivat Kelan onnistuneen heikommin. Vastaajien kokemus Kelan onnistumisesta toiminnassaan oli yhteydessä myös vastaajien etukäteistietoon siitä, mitä kuntoutusta he olivat hakemassa Kelasta. Ne, joilla oli ollut etukäteistietoa, kokivat Kelan onnistuneen paremmin hakemisprosessissa. Etukäteistiedon vahvuus sen sijaan oli yhteydessä työssäoloon ja opiskeluun ja käänteisesti työttömyyteen ja riittämätöntä toimeentuloa enemmän kokeviin. Tietoa oli siis työllisillä ja opiskelijoilla.

Erilaisten sosiaali-, terveys- ja kuntoutuspalvelujen käyttöön voi palvelujärjestelmässä liittyä häpeän kokemuksia (esim. Romakkaniemi 2011; Yongmie 2016). Tämän tutkimuksen mukaan ammatillista kuntoutusta hakevista häpeän tunnetta kokivat voimakkaammin mielenterveysongelmia kokevat. Vastaavasti vähemmän häpeää kokivat tuki- ja liikuntaelinsairauksia sairastavat. Hakemisessa olennaista saattaa olla myös oma tahto – kokemus hakeutumisesta palveluihin omasta tahdosta ja ilman painostusta. Kelan ratkaisuja tekevien työntekijöiden ja asiantuntijalääkäreiden haastatteluissa hakijan oma halu hakeutua ammatillisen kuntoutuksen palveluihin näytti olennaiselta. Hakemusten toivottiin sisältävän esimerkiksi tietoja siitä, mitä kuntoutusta hakija on hakemassa ja mihin palveluyksikköön hän on menossa. Tällaisten tietojen kirjaaminen hakemukseen voi olla kuntoutuksen hakijalle vaativaa, sillä se edellyttää tietoa kuntoutuksen toiminnasta.

Hakijan omaa tahtoa hakea kuntoutukseen ja hakeutumisen painostamattomuutta pystyttiin tässä tutkimuksessa tutkimaan vain osittain kyselyaineiston avulla. Kuntoutukseen hakeutuminen omasta tahdosta ilman painostusta oli käänteisesti yhteydessä mielenterveysongelmiin. Mielenterveysongelmaiset mutta myös sairauslomalla olevat tai kuntoutustukea saavat ja riittämätöntä toimeentuloa enemmän kokevat omasivat vähemmän omaa tahtoa kuntoutukseen hakeutumisen yhteydessä. Oma tahtoa ilmeni sen sijaan vahvemmin silloin, kun vastaaja arvioi myös työkykynsä paremmaksi ja hänellä oli työsidos.

Edellä kuvaillut tulokset huomioon ottaen näyttää siltä, että ammatillisen kuntoutuksen ratkaisuprosesseissa tarvitaan runsaasti tietoa. Hakijalta odotetaan ainakin jonkin verran sekä omaa tahtoa ja motivaatiota että tietämystä siitä, mitä ammatillista kuntoutusta hän hakee ja minne hän on suuntautumassa. Toisaalta tulokset osoittavat, että jotkin hakijaryhmät ovat heikossa asemassa suhteessa tällaisiin vaatimuksiin. Ainakin mielenterveysongelmia, riittämätöntä toimeentuloa ja työttömyyttä ilmoittavat ovat vaikeassa asemassa kuntoutukseen liittyvän tahtomisen osalta. Lisäksi kuntoutustietämys, eli tieto siitä, mihin on hakeutumassa, on vähäisempää riittämätöntä toimeentuloa kokevilla ja työttömillä. Edellä kuvaillut tiedot voivat olla merkityksellisiä, jos halutaan ymmärtää erilaisten hakijaryhmien kokemuksia. Tulosten avulla voidaan esittää kysymys: ovatko ammatillisen kuntoutuksen hakemisen käy-

tännöissä selviytyjiä ne, jotka ovat jo vahvemmin työkykyisiä ja työllisiä? Entä mitä voitaisiin tehdä, jotta vähäistä toimeentuloa tai mielenterveysongelmia kokevien tai työttömien arviot kohtelusta hakuprosessissa paranisivat?

Tulokset näyttävät olevan osin ristiriidassa uudistetun lain valmistelussa esitettyjen perustelujen ja ihanteiden kanssa. Uudistuksessa painotettiin syrjäytymisriskissä olevien sekä nuorten ja työelämään vielä pääsemättömien ryhmien aseman kohen- tumista. Riski syrjäytyä voi liittyä työttömyyteen, ja kokonaistilanteen osalta työ- kykyä voi olennaisesti heikentää myös riittämätön toimeentulo. Silti juuri nämä ryhmät ovat vähiten tyytyväisiä kuntoutukseen hakemiseen. Tulokset voivat liittyä moniin erilaisiin yhteiskunnallisiin ja institutionaalisiin ongelmiin. On mahdollista, että kuntoutusjärjestelmä ei ylipäättään toimi tehokkaasti näiden ryhmien kannalta, ja tyytymättömyys liittyy yleisesti vaikeaan tilanteeseen. Esimerkiksi on ollut vaikea tuottaa menetelmiä, jotka vähentäisivät rakenteellista työttömyyttä. Lisäksi työttö- myys on yhteydessä monenlaisiin hyvinvoinnin vajeisiin. (Esim. Saikku ym. 2014.) Hyvinvoinnin vajeiden lisäksi olennainen kysymys palvelujen ja niihin hakeutumi- sen suunnittelussa on kuitenkin, miten voitaisiin rakenteellisesti parantaa myös työt- tömien ja pienituloisten tyytyväisyyttä ammatilliseen kuntoutukseen hakemiseen. Lisäksi voidaan pohtia, miten mielenterveysongelmia kokeville voitaisiin tarjota pal- veluun hakeutumisen kokemuksia, joissa he eivät tuntisi ainakaan lisää häpeää.

Tämän tutkimuksen haastattelutulokset osoittavat, että ammatillisen kuntoutuk- sen ratkaisuprosesseissa kokonaistilanteen selvittäminen on erittäin vaativa tehtävä. Kokonaistilanteen uskotaan käsittävän kuntoutujan historiaan liittyviä tapahtumia, mutta myös hänen tulevaisuuteen suuntautumisensa koetaan tärkeänä. Lisäksi ko- konaistilanteeseen liittyy yksittäisiä arvioitavissa olevia kohteita, kuten toimeentulo, ihmissuhteet ja asuminen ja toisaalta ymmärrys siitä, että osa työkykyä heikentävistä ongelmista on sidoksissa ympäristöön ja yhteiskuntaan. Ratkaisujen tekemiseen ja kokonaistilanteen selvittämiseen on kuitenkin Kelassa rajallinen määrä aikaa, sillä hakijoita on tuhansia. Ammatillisen kuntoutuksen ratkaisujen tekemisen olosuhtei- siin ja periaatteisiin liittyykin olennaisesti harkintavallan ulottuvuuksia. Harkintaval- ta kytkeytyy ensiksikin siihen, miten katutason toimintaa (Lipsky 1980) eli vaikkapa ratkaisujen tekemistä pyritään ohjaamaan ohjeistuksin ja koulutuksin koko organi- saatioissa. (Evans ja Harris 2004; Evans 2016.) Ratkaisijat ja asiantuntijalääkärit ovat kiinnostuneita ohjeistuksista, jotka auttavat suuntaamaan työtä ja asiakastapausten arviointeja. Ohjeet näyttävät olevan työssä tärkeitä. Harkintavaltaan liittyy silti myös käytäntö- ja yksilötasoinen ulottuvuus, ratkaisukäytäntöjen arki.

Harkintaan, arviointeihin ja käytäntöön liittyvät ajattelumallit saattavat olla suppei- ta tai laajoja. Harkintavaltaa voidaan kuitenkin lähteä käsittelemään organisaatio- tasolla niin, että sen muodostumista pidetään tietoisesti osana ratkaisutyötä ja sen kehittämistä. Harkintaan voi liittyä erilaisia käsityksiä harkinnan ja päätöksenteon kriteereistä (vrt. Molander 2012). Organisaation ja ratkaisutyöskentelyn arkipäiväi-

seen harkintavaltaan näyttääkin sekoittuvan ajattelumalleja tai tottumuksia, joiden taustalla saattaa olla myös professiokulttuurisia näkökulmia tai yleisiä yhteiskunnan toimintaan liittyviä uskomuksia ja ihanteita työelämästä ja siinä selviytymisestä. Ilmeisen tärkeänä ammatillisen kuntoutuksen asiakasarvioinneissa pidetään tämän tutkimuksen mukaan työelämän, motivaation ja kuntoutustahdon suhdetta.

Yllätyksellistä tutkimuksessa oli se, että vaikka viimeisin uudistus koski erityisesti kuntoutujan kokonaistilanteen arvioimista, asiantuntijat ja ratkaisijat puhuivat runsaasti ammatillisen kuntoutuksen hakijoiden motivaatiosta ja haluista päästä kuntoutukseen ja jatkaa työelämässä. Ammatillisen kuntoutuksen hakijoilta etsitään jossain määrin kuntoutustietoista motivaatiota. Tärkeää näyttäisi olevan esimerkiksi se, mitä hakija oikeastaan työelämältä tai opiskelulta omassa tilanteessaan haluaa. Tahto työelämään ja opiskeluun olivat myös hakijoiden yleisimmin esittämiä syitä hakemiselle. Harkintavallan ulottuvuuksiin liittyykin tässä tapauksessa ainakin tiettyjä toistuvia ajattelutapoja kuntoutuksessa ja työelämässä pärjäämisestä: työelämässä selviytyjillä on jo olemassa omaa halua, tahtoa ja tavoitteita. Ratkaisukäytäntöjen kannalta epäselvät halut ja tavoitteet ovat vaikeasti hallittavia. Kuntoutusta hakevalla olisi myös Kelan hakemuslomakekäytäntöjen kannalta hyvä olla tiedossa, mitä hän on hakemassa ja mihin menossa. Kuntoutusta hakevan näkemyksillä tai niiden epäselvyydellä on siten merkittävä vaikutus jo kuntoutuksen hakemisen vaiheessa. Toisaalta kuntoutusta hakevalle vaatimukset siitä, että hänellä tulee olla tietoa ja halua ja hänen tulee tuntea hakukäytännöt, voivat olla suuria.

Tulokset ovat pohdinnan arvoisia kuntoutusjärjestelmän tasolla. Lain uudistamista perusteltiin sillä, että syrjäytymisen vaarassa olevia ja kokonaistilanteeltaan heikkoja ryhmiä saataisiin palvelujen pariin. Silti hakijoiden kokemuksen – tässä ei siis tarkasteltu kuntoutukseen pääsyä – osalta on nähtävissä polarisaatiota. Työkykyiset ja työlliset pitävät palvelujen hakemista onnistuneempina ja ovat tyytyväisempiä. Jo ennalta työelämässä vaikeassa asemassa olevat eli työttömät, riittämätöntä toimeentuloa kokevat ja mielenterveysongelmaiset arvioivat palvelukokemuksensa huonommiksi. Ei ole selvää, miten palvelujärjestelmässä ja lain uudistuksilla todella pystyttäisiin vaikuttamaan jo ennalta vaikeissa työmarkkina-asemissa ja toimeentulovaikeuksissa olevien ihmisten kokemuksiin ammatillisen kuntoutuksen hakemisen prosesseista.

Tulosten mukaan halu ja motivaatio ovat ratkaisuprosessissa tärkeitä harkittavia kuntoutuksen edellytyksiä. Voidaankin pohtia, mitä tapahtuu niille, joilla on tarve kuntoutukselle mutta ei omakohtaisia tavoitteita ja toiminnan motivaatiota – erityisesti, mitä tapahtuu heidän sosiaaliselle asemalleen. Toimintamotivaation puutteella tarkoitetaan tässä esimerkiksi sitä, ettei henkilö itse koe tarvitsevansa kuntoutusta, hänellä on merkittäviä puutteita vaikkapa toiminnanohjauksessa tai suunnittelukyvyissä tai hänellä on periaatteessa kaikki aivan hyvin, vaikka taustalta voi löytyä tiedostamattomia ongelmia, jotka vaikeuttavat motivaation syntymistä. Tällaisia ongelmia ovat voineet olla esimerkiksi aikaisemmat epäonnistumiset, syrjintä, epämaa-

räiset huonommuuden tunteet ja resurssien tasolla myös kokemattomuus tai tiedon ja toimeentulon vähäisyys.

Tähän tutkimukseen osallistuneiden ammatillisen kuntoutuksen hakijoiden syyt hakeutua kuntoutukseen olivat vaihtelevia. Vaikka useimmin kuntoutukseen hakeutumisen syyt liittyivät aivan selvästi työelämään ja opiskeluun, on huomattava, että kuntoutukseen hakeutumisen syiksi ilmoitetaan hyvin runsaasti myös muiden tahojen suosituksia ja kehotuksia. Kuntoutusjärjestelmässä eri tahot siis pyrkivät jossain määrin ohjaamaan kansalaisia oikeanlaisiin palveluihin. Kelan ammatillisen kuntoutuksen hakijoissa on myös muiden kehotuksesta kuntoutukseen hakeutuvia sekä eläkettä toivovia hakijoita. Omakohtaisen ja tiedostetun tavoitteen, halun ja motivaation ohjaaminen näyttää myös olevan ikään kuin kulminaatiopiste nykyisessä toimintapolitiikassa. Kuntoutukseen hakeutuvien omia tavoitteita ja omia näkemyksiä olisi tällaisen ajattelutavan mukaan kyettävä ohjaamaan oikeisiin suuntiin, vaikka selkeitä vastuutahoja ei löytyisi. Tällainen motivaation ja tavoitteellisuuden vaatiminen on normittavaa, vaikka arkikokemukset suhteessa vaatimukseen voivat olla hyvin ristiriitaisia. Tämän tutkimuksen mukaan hakijoiden työkyky on erittäin heikko. Tällaisessa tapauksessa olennaista ei ole välttämättä valmis tavoitteellisuus ja motivaatio vaan mahdollisten vaihtoehtojen löytäminen. Ammatillinen kuntoutus sisältää monenlaisia palveluita, ja esimerkiksi koulutukseen hakeutuminen tai kuntoutuspalveluun osallistuminen on aivan erilaista kuin vaikkapa ryhmämuotoiselle ammatillisen kuntoutuksen kurssille osallistuminen. (Vrt. myös Åkerblad ym. 2018.)

6 Päätelmät

Kansalaisten ja demokraattisen päätöksenteon näkökulmasta ei ole merkityksetöntä, kuinka lakiuudistuksia suunnitellaan ja toimeenpannaan arkisissa viranomaiskäytännöissä (Molander 2012). Ammatillisen kuntoutuksen hakemusten arviointipolitiikka toimii tämän tutkimuksen mukaan harkintavallan kautta sekä organisaation että käytännön ratkaisutoiminnan tasolla. Kuntoutuksen hakijoiden työelämätahdon, motivaation ja haluamisen ohjaaminen ja selvittäminen näyttäytyivät harkinnan käytännöissä tärkeinä. Uudistetussa lain kohdassa ei puhuttu hakijan tavoitteista tai motivaatiosta. Silti ajattelutapa, että henkilöiden tavoitteellisuus ja motivaatio työelämään on olennaista, näyttää vaikuttavan käytännön harkinnassa (*grass-roots level discretion*) (vrt. myös Weible ym. 2004). Tämä määrittää erityisellä tavalla myös ajattelua uudistuksessa mainituista seikoista, niin kuntoutuksen oikea-aikaisuudesta, kokonaistilanteesta kuin nuorten ja työelämään vielä pääsemättömien ryhmien ohjaamisestakin. Ammatillisen kuntoutuksen palvelujärjestelmässä voikin olla hyvä pohtia, miten kehittää toimivia menetelmiä työskennellä ihmisten kanssa, joilla ei ole selkeitä odotuksia ja tavoitteita tai joilla on halu eläkkeelle, toimeentulovaikeuksia, työttömyyttä tai mielenterveysongelmia. Olennaista olisi myös pohtia, onko halu eläkkeelle ja tavoitteettomuus aina ammatillisen kuntoutuksen näkökulmasta negatiivista.

Tutkimus tuottaa siten erityisen huolen aiheen: mikä taho kuntoutusjärjestelmässä vastaa tahtomisiltaan ja tavoitteiltaan epäselvissä asemassa olevien henkilöiden avustamisesta ja heidän asemansa puolustamisesta työelämässä? Nykyiset ongelmat lienevätkin työelämän ja kuntoutusjärjestelmän tasolla ja ylittävät organisaatioiden rajat (vrt. myös Lindh 2013). Ideologia, jossa hakijat erotellaan työelämätahdon mukaisesti helpommin ja vaikeammin arvioitaviksi, ei aina auta henkilöitä selviytymään työkykyyn liittyvistä ongelmista. Työkyky on tämän tutkimuksen mukaan sidoksissa monenlaisiin sosiaalisiin ja elämäntilanteeseen liittyviin tekijöihin. Tilanteissa saate taankin tarvita yksilöllisiä palveluja, joiden keskiössä ei ole esimerkiksi yksittäinen organisaatio ja siihen sidotut toimintatavat vaan henkilö. Lisäksi konkreettiset ongelmat esimerkiksi toimeentulon ja työttömyyden kanssa vaikuttavat suuresti ihmisten arkeen ja hyvinvointiin (Saikku ym. 2014). Työttömien ja toimeentuloaan riittämättömänä pitävien ryhmien palvelukokemukset olivat heikohkoja, kun vastaavasti työllisten ja vahvasti työkykyisten kokemukset olivat oikein hyviä. Lisäksi nuorimman ikäryhmän kokemus oli heikko suhteessa vanhimpiin ikäryhmiin. Erityisesti mielenterveysongelmia ilmoittavien osalta ilmeni myös häpeän kokemuksia palveluja haettaessa.

Kuntoutuskomitean ehdotuksessa Kelan ammatillista kuntoutusta olisi syytä kohdistaa erityisesti nuorille ja ryhmille, jotka eivät kuulu työeläkekuntoutuksen piiriin (STM 2017, 66). Tämän tutkimuksen mukaan olisi kiinnitettävä huomiota siihen, etteivät ammatillisen kuntoutuksen hakuprosessit ja kuntoutusjärjestelmän kokonais-toiminta lisää erityisten hakija- ja kuntoutujaryhmien kokemuksellista eriarvoisuutta suhteessa työllisiin ja työkykynsä vahvaksi arvioiviin ryhmiin. Erityisesti toimeen-

tulovaikeuksia kokevien, työttömien, mielenterveysongelmaisten ja nuorten koke-
muksiin kuntoutuspalvelujen hakemisesta olisi kiinnitettävä jatkossakin huomiota.
Lisäksi olisi syytä pohtia, kuinka työttömyyden ja toimeentulon ongelmiin voidaan
tehokkaasti vaikuttaa. Tässä tutkimuksessa edellä kuvatun kaltaiset ongelmat eivät
ole subjektiivisesta työkyvystä erillisiä ilmiöitä, vaan sitä heikentäviä osatekijöitä.

Kokemuksellinen eriarvoisuus on tärkeää tunnistaa juuri siellä, missä sitä esiintyy.
Muutos-hankkeen ja tämän AMKU-tutkimusprojektin tehtävänä on ollut tarjota tie-
toa Kelan kuntoutuspalveluja koskevan kehittämistyön tueksi. Tutkimuksen keinoin
pystytään näyttämään, minne katseen voisi kehittämisessä suunnata. Tämä voidaan
havaita myös kansalaisryhmien, päätöksenteon ja harkintavallan näkökulmista. Tut-
kimushavaintoja huomioivaa harkitsemista, päätöksentekoa ja kehittämistyötä tarvi-
taan jatkossakin. Kuntoutuspalvelujen ja koko järjestelmän toimivuutta tulisi seurata
nyt erityisesti työttömien, toimeentulonsa heikoksi kokevien, mielenterveysongel-
maisten, kouluttamattomien ja nuorten ryhmien näkökulmista ja pohtia heidän ko-
kemuksiaan työelämästä, kuntoutuksesta ja työkyvystä. Vaikka he pääsisivät tai heitä
ohjattaisiin kuntoutukseen ja palveluihin tehokkaammin, heidän kokemuksensa ja
tyytymättömyytensä kohteluun, palveluihin, instituutioihin ja palvelujen hakemi-
seen järjestelmässä voivat olla kriittisiä eriarvoisuutta muodostavia tekijöitä kuntou-
tusjärjestelmän tasolla. Kuntoutusjärjestelmässä ilmenee tällöin todellisiin elämän-
tilanteisiin liittyvää kokemuksellista eriarvoisuutta.

Lähteet

- Airio Ilpo, Niemelä Mikko. Työmarkkinatuen saajien koettu terveys ja toimeentulo. Julkaisussa: Niemelä Mikko, Saari Juho, toim. Huono-osaisten hyvinvointi Suomessa. Helsinki: Kela, Teemakirja 10, 2013: 44–60.
- Ashorn Ulla, Autti-Rämö Ilona, Lehto Juhani, Rajavaara Marketta, toim. Kuntoutus muuttuu – entä kuntoutusjärjestelmä? Helsinki: Kela, Teemakirja 11, 2013.
- Autti-Rämö Ilona, Salminen Anna-Liisa. Kuntoutumisen hyvät käytännöt. Julkaisussa: Autti-Rämö Ilona, Salminen Anna-Liisa, Rajavaara Marketta ym., toim. Kuntoutuminen. Helsinki: Duodecim, 2016: 14–17.
- Autti-Rämö Ilona, Mikkelsen Marja, Lappalainen Tiina, Leino Eeva. Kuntoutumisen prosessi. Julkaisussa: Autti-Rämö Ilona, Salminen Anna-Liisa, Rajavaara Marketta ym., toim. Kuntoutuminen. Helsinki: Duodecim, 2016: 56–73.
- Blakemore Ken. Social policy. An introduction. Buckingham: Open University Press, 2003.
- Braun Virginia, Clarke Victoria. Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology* 2006; 3 (2): 77–101.
- Caracelli Valerie, Riggin Leslie. Mixed-method evaluation. Developing quality criteria through concept mapping. *Evaluation Practice* 1994; 15 (2): 139–152.
- Chase Elaine, Walker Robert. The co-construction of shame in the context of poverty. Beyond a threat to the social bond. *Sociology* 2012; 47 (4): 739–754.
- Danermark Berth, Ekström Mats, Jakobsen Liselotte, Karlsson Jan. Explaining society. Critical realism in the social sciences. London: Routledge, 2002.
- Evans Tony. Street-level bureaucracy, management and the corrupted world of service. *European Journal of Social Work* 2016; 19 (5): 602–615.
- Evans Tony, Harris John. Street-level bureaucracy, social work and the (exaggerated) death of discretion. *British Journal of Social Work* 2004; 34 (6): 871–895.
- Freidson Eliot. Professionalism. The third logic. Chicago, IL: University of Chicago Press, 2001.
- Gould Raija, Ilmarinen Juhani, Järvisalo Jorma ym., toim. Työkyvyn ulottuvuudet. Terveys 2000 -tutkimuksen tuloksia. Helsinki: Eläketurvakeskus, 2006.
- Gould Raija, Härkäpää Kristiina, Järviskoski Aila, toim. Toimiiko työeläkekuntoutus? Helsinki: Eläketurvakeskus, Eläketurvakeskuksen tutkimuksia 1, 2012.

Green Lorraine. *Understanding the life course*. Hoboken, NJ: Wiley, 2010.

Haapakoski Kaisa, Kasila Kirsti, Kettunen Tarja. Kokemusasiantuntijoiden sisäänpääsy sairaalaorganisaatioon. *Päiväkirja-analyysin yhtymäkohdat Norbert Eliasin teoriaan*. *Janus* 2018; 26 (1): 40–56.

HE 128/2013. Hallituksen esitys eduskunnalle laeiksi sairausvakuutuslain sekä Kansaneläkelaitoksen kuntoutusetuuksista ja kuntoutusrahaetuksista annetun lain 6 ja 7 §:n muuttamisesta.

Heino Pekka, Seppänen-Järvelä Riitta. Auttoiko lakimuutos nuoria pääsemään Kelan ammatilliseen kuntoutukseen? Helsinki: Kela, Kelan tutkimusblogi 21.9.2017. Saatavissa: <<http://blogi.kansanelakelaitos.fi/arkisto/4081>>. Viitattu 3.10.2017.

Honneth Axel. *The struggle for recognition. The moral grammar of social conflict*. Cambridge: Polity Press, 1995.

Houston Stan. Empowering the ‘shamed’ self. Recognition and critical social work. *Journal of Social Work* 2016; 16 (1): 3–21.

Hupe Peter. Dimensions of discretion. Specifying the object of street-level bureaucracy research. *DMS – der moderne staat – Zeitschrift für Public Policy, Recht und Management* 2013; 6 (2): 425–440.

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

Huvinen Kirsti, Joutsenlahti Ritva, Metteri Anna. Kokonaisen asiakkaan kohtaaminen ja pirstaleinen järjestelmä. Aikuissosiaalityön asiakkaat terveystalveissa. Julkaisussa: Metteri Anna, Valokivi Heli, Ylinen Satu, toim. *Terveys ja sosiaalityö*. Jyväskylä: PS-kustannus, 2014: 32–43.

Härkäpää Kristiina, Valkonen Jukka, Järvikoski Aila. Kuntoutujan motivaatio ja sitoutuminen. Julkaisussa: Autti-Rämö Ilona, Salminen Anna-Liisa, Rajavaara Marketta ym., toim. *Kuntoutuminen*. Helsinki: Duodecim, 2016: 74–82.

Johnson Burke, Onwuegbuzie Anthony. Mixed methods research. A research paradigm whose time has come. *Educational Researcher* 2004; 33 (7): 14–26.

Juvonen-Posti Pirjo, Pensola Tiina. Kohti koordinoitua yhteistoimintaa. Ammatillisen kuntoutuksen työnjako. Helsinki: Työterveyslaitos, 2016. Saatavissa: <<http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-261-663-0>>. Viitattu 3.10.2017.

Järvikoski Aila, Härkäpää Kristiina. Kuntoutuksen perusteet. Näkökulmia kuntoutukseen ja kuntoutustieteeseen. Helsinki: WSOY, 2011.

Karvonen Sakari, Kestilä Laura. Nuorten aikuisten syrjäytymisvaaraan liittyvä huono-osaisuus. Julkaisussa: Vaarama Marja, Karvonen Sakari, Kestilä Laura, Moisio Pasi, Muuri Anu, toim. Suomalaisten hyvinvointi 2014. Helsinki: THL, 2014: 160–177.

Kalliomaa-Puha Laura, Kotkas Toomas, Rajavaara Marketta. Harkitusti sosiaaliturvaa. Harkintavalta tutkimuskohteena. Julkaisussa: Kalliomaa-Puha Laura, Kotkas Toomas ja Rajavaara Marketta, toim. Harkittua? Avauksia sosiaaliturvan harkintavallan tutkimukseen. Helsinki: Kela, Teemakirja 13, 2014: 8–18.

Kankaanpää Anni. Sick leave prescribing practices in Finland. Turku: Turun yliopisto, Annales Universitatis Turkuensis D 1132, 2014. Saatavissa: <<http://urn.fi/URN:ISBN:978-951-29-5848-1>>. Viitattu 3.10.2017.

Karisto Antti. Satumaa. Suomeneläkeläiset espanjan aurinkorannikolla. Helsinki: SKS, 2008.

Kela. Kelan kuntoutustilasto 2013. Helsinki: Kela, 2014. Saatavissa: <http://www.kela.fi/documents/10180/1630858/Kelan_kuntoutustilasto_2013.pdf>. Viitattu 5.1.2018.

Kela. Muutos-hanke/Ammatillisen kuntoutuksen lainmuutoksen ja ammatillisen kuntoutus selvityksen osatutkimus. Alustava tutkimussuunnitelma. Helsinki: Kela, 2015. Saatavissa: <http://www.kela.fi/documents/10180/751941/am_kuntselvitys_lainmuutos_suunnitelma_FINAL.pdf>. Viitattu 10.11.2015.

Kela. Kelan kuntoutustilasto 2015. Helsinki: Kela, 2016. Saatavissa: <http://www.kela.fi/documents/10180/1630858/Kelan_kuntoutustilasto_2015.pdf>. Viitattu 5.1.2018.

Kela. Ammatillinen kuntoutus. Ratkaisuohteet. Helsinki: Kela, 2017a. Saatavissa: <http://www.kela.fi/documents/10192/3239836/Ammatillinen_%20kuntoutus.pdf>. Viitattu 27.9.2017.

Kela. Tilastotietokanta Kelasto. Kuntoutuspalvelujen saajat ja kustannukset. Helsinki: Kela, 2017c. Saatavissa: <http://www.kela.fi/tilastotietokanta-kelasto_sisallysluettelo#Kuntoutus>. Viitattu 20.10.2017.

Kela. Tilastotietokanta Kelasto. Tilasto Kelan eläkkeistä. Helsinki: Kela, 2017d. Saatavissa: <http://www.kela.fi/tilastot-aiheittain_tilasto-kelan-elakkeista>. Viitattu 20.10.2017.

Koontz Tomas, Newig Jens. From planning to implementation. Top-down and bottom-up approaches for collaborative watershed management. Policy Studies Journal 2014; 42 (3): 416–442.

Kotkas Toomas. Viranomaisharkinnan oikeudelliset rajat. Julkaisussa: Kalliomaa-Puha Laura, Kotkas Toomas, Rajavaara Marketta, toim. Harkittua? Avauksia sosiaaliturvan harkintavallan tutkimukseen. Helsinki: Kela, Teemakirja 13, 2014: 40–59.

Koukkari Marja. Tavoitteena kuntoutuminen. Kuntoutujien käsityksiä kokonaisvaltaisesta kuntoutuksesta ja kuntoutumisesta. Rovaniemi: Lapin yliopisto, Acta Universitatis Lapponiensis 179, 2010.

Krippendorff Klaus. Content analysis. An introduction to its methodology. Second edition. Thousand Oaks, CA: Sage, 2004.

Kuikka Pekka, Salonen Tarja, Niutanen Pekka ym. Pertti Ex ja laaja-alaiset ammatillisen opiskelukyvyyn haasteet. *NMI Bulletin* 2011; (3): 43–51.

L 556/2005. Laki Kansaneläkelaitoksen kuntoutusetuuksista ja kuntoutusrahaetuksista.

Lindh Jari. Kuntoutus työn muutoksessa. Yksilön vajavuuden arvioinnista toimintaverkostojen rakentamiseen. Rovaniemi: Lapin yliopisto, *Acta Electronica Universitatis Lapponiensis* 126, 2013.

Lipsky Michael. Street-level bureaucracy. Dilemmas of the individual in public services. New York, NY: Russell Sage Foundation, 1980.

MacLean Niall, Pound Pandora, Wolfe Charles, Rudd Anthony. The concept of patient motivation. A qualitative analysis of stroke professionals' attitudes. *Stroke* 2002; 33 (2): 444–448.

Maxwell Joseph, Mittapalli Kavita. Realism as a stance for mixed methods research. Julkaisussa: Tashakkori Abbas, Teddlie Charles, toim. Sage handbook of mixed methods in social ja behavioral research. Second edition. Thousand Oaks, CA: Sage, 2010.

Miettinen Sari. Muutoksen mahdollisuus Suomen kuntoutusjärjestelmässä. Tampere: Tampereen yliopisto, *Acta Universitatis Tamperensis* 1625, 2011.

Molander Anders, Grimen Harald, Oddvas Eriksen Erik. Professional discretion and accountability in the welfare state. *Journal of Applied Philosophy* 2012; 29 (3): 214–230.

Moran-Ellis Jo, Alexander Victoria, Cronin Ann ym. Triangulation and integration. Processes, claims and implications. *Qualitative Research* 2006; 6 (1): 45–59.

Mäenpää Olli. Tarkoituksenmukaisuus – vallanjaon rajapyykki? Julkaisussa: Hurri Samuli, toim. Demokraattisen oikeuden ehdot. Helsinki: Tutkijaliitto, 2008: 137–154.

Mäkelä Jukka. Menneisyyden nykyisyys. Kvalitatiivisen ja kvantitatiivisen tuolla puolen. Rovaniemi: Lapin yliopisto, *Acta Universitatis Lapponiensis* 13, 1996.

Mäntysaari Mikko. Häpeän tunteita. Julkaisussa: Ala-Nikkola Merja, toim. Utelias järki ja sosiaalipolitiikka. Helsinki: STKL, 1995: 37–49.

O’Cathain Alicia. Assessing the quality of mixed methods research. Toward a comprehensive framework. Julkaisussa: Tashakkori Abbas, Teddlie Charles, toim. Sage handbook of mixed methods in social and behavioral research. Thousand Oaks, CA: Sage, 2010: 531–555.

O'Connor Timothy, Frankil Christopher. Free Will. Julkaisussa: Zalta Edward, toim. The Stanford Encyclopedia of Philosophy, Fall 2018 Edition. Saatavissa: <<https://plato.stanford.edu/archives/fall2018/entries/freewill/>>. Viitattu 9.10.2018.

Onwuegbuzie Anthony, Johnson Burke. The validity issues in mixed research. *Research in the Schools* 2006; 13 (1): 48–63.

Owen John, Rogers Patricia. Program evaluation. Forms and approaches. Thousand Oaks, CA: Sage, 1999.

Patton Michael Quinn. Utilization focused evaluation. Thousand Oaks, CA: Sage, 1997.

Peersman Wim, Cambier Dirk, De Maeseneer Jan ym. Gender, educational and age differences in meanings that underlie global self-rated health. *International Journal of Public Health* 2012; 57 (3): 513–523.

Peltomaa Marjo. Kuntoutumisvalmius tarpeenmukaisen mielenterveyskuntoutuksen suunnittelun perustana. Rovaniemi: Lapin yliopisto, 2005.

Pensola Tiina, Kesseli Katja, Shemeikka Riikka ym. Kuntoutukseen? Sosioekonomiset tekijät Kelan kuntoutukseen hakemisessa ja myönnoissä. Helsinki: Kuntoutussäätiö, Kuntoutussäätiön tutkimuksia 86, 2012.

Peters David, Taghreed Adam, Olakunle Alonge ym. Implementation research. What it is and how to do it. *BMJ* 2013; 347: f6753.

Pettigrew Andrew. What is processual analysis? *Scandinavian Journal of Management* 1997; 13 (4): 337–348.

Pohjola Anneli. Elämän valttikortit. Nuoren aikuisen elämänsäntoimintatukea vaativien tilanteiden varjossa. Rovaniemi: Lapin yliopisto, Acta Universitatis Lappeensis 5, 1994.

Proctor Enola, Silmere Hiie, Raghavan Ramesh ym. Outcomes for implementation research. Conceptual distinctions, measurement challenges, and research agenda. *Administration Policy in Mental Health* 2011; 38 (2): 65–76.

Rajavaara Marketta. Ammattilaisten harkintavalta sosiaaliturvan edellytyksenä ja riskinä. Julkaisussa: Kalliomaa-Puha Laura, Kotkas Toomas, Rajavaara Marketta, toim. Harkittua? Helsinki: Kela, Teemakirja 13, 2014: 136–154.

Romakkaniemi Marjo. Masennus. Tutkimus kuntoutumisen kertomusten rakentumisesta. Rovaniemi: Lapin yliopisto, Acta Universitatis Lapponienis 209, 2011.

Ryan Gery, Bernard Russell. Data management and analysis methods. Julkaisussa: Denzin Norman K, Lincoln Yvonna S, toim. Handbook of qualitative research. Thousand Oaks, CA: Sage, 2000: 769–802.

Saikku Peppi, Kestilä Laura, Karvonen Sakari. Työttömien ja työllisten koettu hyvinvointi toimintavalmiuksien viitekehyksessä. Julkaisussa: Vaarama Marja, Karvonen Sakari, Kestilä Laura, Moisio Pasi, Muuri Anu, toim. Suomalaisen hyvinvointi 2014. Helsinki: THL, 2014: 118–143.

Schroeder Tim. Desire. Julkaisussa: Zalta Edward, toim. The Stanford Encyclopedia of Philosophy, Summer 2017 Edition. Saatavissa: <<https://plato.stanford.edu/archives/sum2017/entries/desire/>>. Viitattu: 9.10.2018.

Seppänen-Järvelä Riitta. Muutos-hanke. Kelan kuntoutuksen muutosten vaikutukset asiakkaan saamaan kuntoutuspalveluun. Helsinki: Kela, 2015. Saatavissa: <http://www.kela.fi/documents/10180/751941/hankesuunnitelma_2015_net.pdf>. Viitattu: 10.11.2015.

Seppänen-Järvelä Riitta. Implementaatiotutkimusta tarvitaan – taas! Kela tutkimusblogi. Helsinki: Kela, Kelan tutkimusblogi 28.11.2016. Saatavissa: <<http://blogi.kansanelakelaitos.fi/arkisto/3524>>. Viitattu 20.10.2017.

Seppänen-Järvelä Riitta. Monimuotoinen implementaatiotutkimus. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti 2017; 54 (2): 151–154.

STM. Monialainen kuntoutus. Tilannekatsaus. Helsinki: STM, Raportteja ja muistioita 18, 2015. Saatavissa: <<http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3509-9>>. Viitattu 20.10.2017.

STM. Komitea pohtii kuntoutuksen uudistamista. Helsinki: STM, Sosiaali- ja terveysministeriön tiedote 128, 2016. Saatavissa: <http://stm.fi/artikkeli/-/asset_publisher/komitea-pohtii-kuntoutuksen-uudistamista>. Viitattu: 1.10.2017.

STM. Kuntoutuksen uudistamiskomitean ehdotukset kuntoutusjärjestelmän uudistamiseksi. Helsinki: STM, Raportteja ja muistioita 41, 2017. Saatavissa: <<http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3891-5>>. Viitattu 11.12.2017.

Sturges Judith, Hanrahan Kathleen. Comparing telephone and face to face qualitative interviewing. A research note. Qualitative Research 2004; 4 (1): 107–118.

StVM 15/2013 vp. Sosiaali- ja terveysvaliokunnan mietintö. Hallituksen esitys eduskunnalle laeiksi sairausvakuutuslain sekä Kansaneläkelaitoksen kuntoutusetuuksista ja kuntoutusrahaetuksista annetun lain 6 ja 7 §:n muuttamisesta.

Tengland Per-Anders. The concept of work ability. Journal of Occupational Rehabilitation 2011; 21 (2): 275–285.

Tilastokeskus. Findikaattori. Työeläkejärjestelmästä työkyvyttömyyseläkettä saaneet 1996-2016. Helsinki: Tilastokeskus, 2017. Saatavissa: <<http://findikaattori.fi/fi/table/76>>. Viitattu: 20.10.2017.

Trier-Bieniek Adrienne. Framing the telephone interview as a participant-centred tool for qualitative research. A methodological discussion. *Qualitative Research* 2012; 12 (6): 630–644.

Uggerhøj Lars. What is practice research in social work. Definitions, barriers and possibilities. *Social Work & Society* 2011; 9 (1): 45–59.

Wallander Lisa. Measuring professional judgements. An application of the factorial survey approach to the field of social work. Stockholm: Stockholm University, *Stockholm Studies in Sociology* 31, 2008.

Weible Christopher, Sabatier Paul, Lubell Mark. A comparison of a collaborative and top-down approach to the use of science in policy. Establishing marine protected areas in California. *The Policy Studies Journal* 2004; 32 (2): 187–207.

Ylisassi Hilka, Rajavaara Marketta, Seppänen-Järvelä Riitta. Työn muutokset ja työkykykäsitykset kuntoutuksen lähtökohdista. Julkaisussa: Autti-Rämö Ilona, Salminen Anna-Liisa, Rajavaara Marketta ym., toim. Kuntoutuminen. Helsinki: Duodecim, 2016: 153–159.

Yongmie Nicola Jo. Psycho-social dimensions of poverty. When poverty becomes shameful. *Critical Social Policy* 2016; 33 (3): 514–531.

Åkerblad Leena, Haapakoski Kaisa, Tolvanen Asko, Mäntysaari Mikko, Ylistö Sami, Kannasoja Sirpa. Henkilökeskeisyyden onnistumistekijät ja riskit. Kelan ammatillisen kuntoutus selvityksen arviointi. Helsinki: Kela, Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 154, 2018.

Östergaard Möller Marie. She isn't someone I associate with pension. A vignette study of professional reasoning. *Professions and Professionalism* 2016; 6 (1): 1–20.

Liiteluettelo

Liitteet ovat erillisessä tiedostossa.

Liite 1. Uusi laki ja vanha laki

Liite 2. Informaatiokirje

Liite 3. Teemahaastattelun runko

Liite 4. Tapauskuvaukset

Liite 5. Kyselylomake

SOSIAALI- JA TERVEYSTURVAN RAPORTTEJA

- 11 **Vuori M, Tuulio-Henriksson A, Autti-Rämö I.** Kelan kehittämän monimuotoisen perhekuntoutuksen tuloksellisuus, soveltuvuus ja hyväksyttävyyys. 2018. ISBN 978-952-284-052-3 (pdf).
- 10 **Härkäpää K, Kippola-Pääkkönen A, toim.** Sopeutumisvalmennus osallistujien ja toteuttajien arvioimana. 2018. ISBN 978-952-284-041-7 (pdf).
- 9 **Paavonen A-M, Salminen A-L.** Intensiiviset kuntoutuskurssit traumaattisen aivovamman saaneille aikuisille. Hyödyt ja soveltuvuus Kelan järjestämäksi kuntoutukseksi. 2018. ISBN 978-952-284-038-7 (pdf).
- 8 **Huttunen K, Kosonen J, Waaramaa T, Laakso M-L.** Tunne-etsivät-pelin vaikuttavuus lasten sosioemotionaalisen kehityksen tukemisessa. 2018. ISBN 978-952-284-037-0 (pdf).
- 7 **Saikka P, Rajavaara M, Seppälä U.** Monialainen yhteistyö paikallisessa työllisyyden hallinnassa. Integroiva kirjallisuuskatsaus. 2017. ISBN 978-952-284-030-1 (pdf).
- 6 **Turunen E, Tillman P.** Kun vain lähdetäisiin ajoissa. Matkakorvausten käytäjien kokemuksia sairausvakuutuksen korvaamista matkoista. 2017. ISBN 978-952-284-027-1 (pdf).
- 5 **Sipari S, Vänskä N, Pollari K.** Lapsen edun toteutuminen kuntoutuksessa. Osallistumista ja toimijuutta vahvistavat hyvät käytännöt. 2017. ISBN 978-952-284-025-7 (pdf).
- 4 **Paltamaa J, Erkkilä J, Kanelisto K, Mustonen O, Nousiainen E.** Pitkät yhtäjaksoiset yksilöterapiat. Terapioiden merkitys kuntoutujan ja kuntoutuksen eri toimijoiden näkökulmista. 2017. ISBN 978-952-284-024-0 (pdf).
- 3 **Pasternack I, Remahl A, Ahovuori-Saloranta A, Isojärvi J, Mäkinen E.** Krooninen väsymysoireyhtymä. Etiologia, diagnostiikka, hoito sekä kuntoutusinterventiot. 2017. ISBN 978-952-284-023-3 (pdf).
- 2 **Vuori M, Tuulio-Henriksson A, Sandelin I, Nissinen H, Autti-Rämö I.** Kelan monimuotoiseen perhekuntoutukseen ohjautuminen ja perheenjäsenten kuntoutustavoitteet. 2016. ISBN 978-952-284-011-0 (nid.), ISBN 978-952-284-012-7 (pdf).