

Tuomas Reiterä Hanna Rättö
Pauliina Mattila-Holappa Veli-Matti Vadén
Sari Miettinen



KELAN KUNTOUTUKSEN HYÖDYN ARVIOINTI 2018

Kuntoutusta kehittämässä 15 | 2020

Kirjoittajat

Tuomas Reiterä, suunnittelija, LuK

Kela

etunimi.sukunimi@kela.fi

Pauliina Mattila-Holappa, erityisasiantuntija, PsT

Työterveyslaitos

etunimi.sukunimi@ttl.fi

Sari Miettinen, projektipäällikkö, TtT

Kela

etunimi.sukunimi@kela.fi

Hanna Rättö, tutkija, VtM

Kela

etunimi.sukunimi@kela.fi

Veli-Matti Vadén, vastaava suunnittelija, sosionomi

Kela

etunimi.sukunimi@kela.fi

www.kela.fi

ISBN 978-952-284-085-1

ISSN 2489-849X

URI <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe202003249108>

Helsinki 2020

Sisältö

Tiivistelmä	5
1 Johdanto.....	6
2 Kuntoutuksen hyödyn arvioinnin tiedonkeruu.....	7
3 Vuoden 2018 kuntoutuksen hyödyn arvioinnin aineisto ja menetelmät.....	10
3.1 Raportoinnissa käytetty aineisto.....	10
3.2 Raportoitavat kuntoutuspalvelut.....	11
3.3 Raportointiaineiston ja katoaineiston vertailu.....	12
3.4 Tiedonkeruun menetelmät ja mittarit.....	15
3.5 Aineiston analysointi.....	17
4 Asiakkaiden määrä ja demografinen jakauma	17
5 Vuoden 2018 kuntoutuksen hyödyn arviointi.....	20
5.1 Asiakkaan kokema työkyky ja työssä selviytyminen.....	20
5.2 Palveluntuottajan arvio kuntoutuksen tuottamasta hyödystä ja oikea- aikaisuudesta	23
5.3 Asiakkaan kokema yleinen elämänlaatu ja tyytyväisyys terveyteensä.....	25
5.4 Elämänlaadun ulottuvuudet.....	28
5.5 Masennusoireet.....	30
5.6 GAS-tavoitteiden toteutuminen.....	31
6 Mielenterveys ja työkyky.....	32
6.1 Kelan kuntoutuksen mielenterveysasiakkaat.....	32
6.2 Mielenterveysasiakkaiden kokema työkyky, psyykkinen elämänlaatu ja masennusoireet.....	33
7 Vuonna 2017 kuntoutuksensa päättäneiden työ- ja elämäntilanne rekisterien valossa.....	37
7.1 Rekisteriseurannan aineisto.....	38
7.2 Asiakkaan työtilanne ennen ja jälkeen kuntoutuksen.....	39
8 Yhteenveto.....	43
Tietolaatikko. Kuntoutuksen aikana ja rekisteriseuranta-aikana tapahtuneita muutoksia.....	44
9 Pohdinta.....	45
9.1 Vuoden 2018 mittaritiedot.....	45

9.2	Työ- ja eläketilanteiden seuranta.....	46
9.3	Mielenterveys ja työkyky.....	47
	Lähteet.....	50
	Liite.....	51

Tiivistelmä

Kuntoutuksen hyödyn arviointi perustuu Kelan toteuttamaan säännönmukaiseen tiedonkeruuseen asiakkailta, palveluntuottajilta ja eri rekistereistä. Raportin tarkoituksena on tuottaa tietoa Kelan järjestämän kuntoutuksen mahdollisista hyödyistä. Tänä vuonna raportin erityisenä teemana ovat mielenterveys ja työkyky.

Raportti perustuu vuonna 2018 kuntoutuksensa päättäneiden henkilöiden tietoihin. Kuntoutuspalvelujen asiakkailta on kerätty neljällä eri mittarilla tietoja kuntoutuksen alkaessa ja päättyessä. Myös palveluntuottajilta on kysytty arvioita kuntoutuksen oikea-aikaisuudesta ja kuntoutuksen tuottamasta hyödystä. Vuoden 2018 aineisto sisältää tiedot 6 995 kuntoutuspalveluiden asiakkaasta. Mittaritietoihin on myöhemmässä vaiheessa liitetty tausta- ja seurantatietoa Kelan ja Eläketurvakeskuksen rekistereistä.

Vuoden 2018 raportissa kuvataan seitsemän palveluryhmän tuloksia: ammatilliset kuntoutuspalvelut työelämässä oleville suunnatut tuki- ja liikuntaelinsairaiden kuntoutuskurssit, työelämästä poissa oleville suunnatut tuki- ja liikuntaelinsairaiden kuntoutuskurssit, ammatillinen KILLA-kuntoutus, mielenterveyskuntoutuskurssit, harkinnanvarainen moniammatillinen yksilökuntoutus ja omaishoitajien kuntoutuskurssit. Tulosten mukaan työ- ja opiskelukyky sekä fyysinen ja psyykinen elämänlaatu kohenivat kuntoutuksen aikana. Rekisteriseurannassa havaittiin, että ammatillisten kuntoutuspalvelujen asiakkailla työssä tai opiskelemissa olevien määrä kaksinkertaistui, kun kuntoutuksen jälkeistä aikaa verrattiin sitä edeltävään. Kaikkiaan yli puolet asiakkaista myös saavutti kuntoutukselle asettamansa tavoitteet vähintään odotetusti kuntoutuksen aikana.

Masennuksen suhteen oireettomien henkilöiden osuus kasvoi kuntoutuksen aikana. Henkilöiden, joilla oli kohtalaisia ja vakavia masennusoireita, määrä väheni kuntoutuksen aikana. Masennusoireet vähenivät myös kursseilla, jotka eivät lähtökohtaisesti keskity mielenterveyden kysymyksiin. Rekisteriseurannassa havaittiin, että asiakkaat, joiden psyykinen elämänlaatu muuttui paremmaksi kuntoutuksen aikana, olivat kuntoutuksen päättymisvuotta seuraavana vuonna useammin töissä tai opiskelemissa kuin asiakkaat, joiden psyykinen elämänlaatu ei kohentunut.

Avainsanat: kuntoutus, hyödyllisyys, hyöty, vaikuttavuus, arviointi, työkyky, työllistyminen, opiskelukyky, toimintakyky, mielenterveys, tuki- ja liikuntaelinten taudit, ammatillinen kuntoutus, mielenterveyskuntoutus, kuntoutujat, omaishoitajat, elämänlaatu, GAS-menetelmä, tavoitteet

1 Johdanto

Kuntoutus on merkittävä terveydellinen, sosiaalinen ja taloudellinen investointi, jolla on vaikutuksia yksilöiden toiminta- ja työkykyyn ja siten mahdollisesti myös heidän työssä pysymiseensä sekä työllistymiseensä. Tuloksellinen kuntoutus voi näkyä säästöinä esimerkiksi terveydenhuoltosektorilla (WHO 2017). Usein kuntoutuksen tuottamat säästöt terveydenhuoltosektorille ilmenevät kuitenkin vasta pidemmän ajan kuluessa.

Vuosittain julkaistava Kelan kuntoutuksen hyödyn arviointia koskeva raportti tuo esiin Kelan järjestämän kuntoutuksen vaikutuksia. Raportti perustuu Kelan toteuttamaan säännönmukaiseen ja laajaan tiedonkeruuseen asiakkailta, palveluntuottajilta ja eri rekistereistä. Arviointi on osa Kelan kuntoutustoimintaa ja asiakkaan kuntoutusprosessia. Raportin sisältämiä tietoja on mahdollista hyödyntää monella tavoin, kuten kuntoutuksen kehittämisessä sekä palvelujen ohjaamisessa, järjestämisessä ja tuottamisessa (ks. Miettinen ym. 2019).

Raportissa esiin nostettavat teemat vaihtelevat vuosittain. Tänä vuonna teemaksi on valittu mielenterveys ja työkyky. Mielenterveyssyistä johtuvien sairauspäiväraha-kausien määrät ovat kasvaneet viime vuosina ja ne ovat yleistyneet jyrkästi varsinkin nuorilla ja varhaiskeski-ikäisillä naisilla (Tuulio-Henriksson ja Blomgren 2018; Blomgren 2020). Masennus on yhä useammin syynä myös työkyvyttömyyseläkkeelle siirtymiseen (ETK 2019). [Kelan rekisterit](#)¹ osoittavat, että vuonna 2019 Kelan kuntoutuksen asiakkaista reilusti yli puolella (65 %) oli diagnoosina jokin mielenterveyden tai käyttäytymisen häiriö. Kaikkiaan kyse on merkittävästä ilmiöstä, johon myös kuntoutuksella tulee pystyä vastaamaan.

Kela on tehnyt kuntoutuksen vaikutuksia näkyväksi oman järjestämisvastuunsa piirissä olevissa palveluissa. Kuntoutuksella pyritään ylläpitämään ja edistämään väestön työ- ja toimintakykyä sekä tuottamaan tätä tarkoitusta varten asiakkaille heidän elämäntilanteisiinsa myönteisesti vaikuttavia ratkaisuja. Kuntoutusjaksolle laaditaan yhdessä asiakkaan kanssa tavoitteet, joiden tulee toteutua mahdollisimman hyvin.

Kelan kuntoutuksen hyödyn arviointi laajenee vuosittain koskemaan yhä suurempaa osaa Kelan järjestämästä kuntoutuksesta. Tämä raportti käsittelee niitä asiakkaita, joiden kuntoutus on päättynyt vuoden

¹ Ks. [Tilastotietokanta Kelaston raportti Kelan kuntoutuspalvelujen saajat ja kustannukset \(koko maa, 2019\)](#).

2018 aikana. Lisäksi raportissa tarkastellaan vuonna 2017 kuntoutuksensa päättäneiden asiakkaiden tilannetta rekisteritietojen avulla. Rekisteriseuranta keskittyy kuntoutujien työ- ja eläketilanteen seurantaan ennen ja jälkeen kuntoutuksen.

Ellei erikseen toisin mainita, tässä raportissa "asiakas"-termillä tarkoitetaan henkilön asiakassuhdetta yksittäisessä kuntoutuspalvelussa. Jos henkilö on ollut samanaikaisesti, tai lyhyen ajan sisällä, asiakkaana useammassa, raportin eri palveluryhmiin kuuluvissa kuntoutuspalveluissa, kuuluu hän kunkin palveluryhmän asiakkaisiin, ja siis koko raportin asiakkaisiin useamman kerran. Kuhunkin yhdessä raportoitavaan palveluryhmään sama henkilö sisältyy kaikissa tapauksissa vain kerran.

2 Kuntoutuksen hyödyn arvioinnin tiedonkeruu

Kuntoutuksen hyödyn raportointia laajennetaan vuosittain kuntoutuspalveluihin, joihin sen palvelukuvauksia laadittaessa arvioidaan soveltuvan. Raportointi soveltuu parhaiten pitkäkestoisiin kuntoutusprosesseihin, joissa mittaukset on mahdollista toteuttaa sekä kuntoutuksen alussa että lopussa. Kuitenkin myös eräissä kurssimuotoisissa kuntoutuspalveluissa raportoinnin on katsottu soveltuvan palveluun liittyvään seurantaan ja raportointiin.

Asiakas antaa suostumuslomakkeella vapaaehtoisensa suostumuksensa raportointiin osallistumiseen ja täyttää kuntoutuspalvelun palvelukuvauksen mukaiset kyselylomakkeet, jotka palveluntuottajat toimittavat Kelaan. Kelan vastaanottojärjestelmä liittyy tietoihin asiakkaan kuntoutusratkaisun tietoja ja siirtää tiedot Kelan kuntoutuksen hyödyn raportoinnin rekisteriin. Tämän jälkeen tietoihin yhdistetään raportoinnin kannalta tarpeellisia tietoja hallinnollisista rekistereistä.

Kelan omalla työkykykysymyslomakkeella kerätään kuntoutuspalvelun asiakkaalta tietoa siitä, millaiseksi asiakas itse kokee työ- ja opiskelukykynsä. Lisäksi lomakkeella kerätään kuntoutuspalvelun tuottajien arvioon perustuvaa tietoa siitä, miten asiakas hyötyi kuntoutuksesta, ja kuinka oikea-aikaista kuntoutus oli. Kuntoutuksen tavoitteiden toteutumisen tarkastelussa käytetään GAS-menetelmää. Elämänlaatuun ja masennusoireidensa vakavuusastetta asiakkaat arvioivat kuntoutuksen aikana WHOQOL-BREF- ja BDI-21-kyselyillä. (Ks. tarkemmat kuvaukset hyödyn arvioinnin mittareista luvusta 3.4.)

Asiakkaan demografiset tiedot saadaan Kelan ja Digi- ja väestötietoviraston rekisteritiedoista ja asiakkaan sairauden kulun ja toimintakyvyn kannalta merkityksellisiä tietoja Kelan etuusrekistereistä. Lisäksi

Eläketurvakeskuksen ansainta-, eläke- sekä tilasto- ja tutkimusrekistereistä kerätään työsuhteisiin ja mahdollisiin eläkkeisiin liittyviä tietoja. Sekä Kelan että Eläketurvakeskuksen rekistereistä tietoja kerätään kuntoutusta edeltävältä vuodelta, kuntoutukseen hakeutumivuodelta sekä kolmelta kuntoutuksen päättymistä seuraavalta vuodelta. Näin syntyy kuntoutuksen hyödyn raportoinnin rekisteri Kelaan, joka sisältää palveluntuottajien toimittamat kyselylomakkeilla kerätyt tiedot ja näihin tietoihin yhdistetyt Kelan, Digi- ja väestötietoviraston ja Eläketurvakeskuksen rekisteritiedot. Tarkempi selvitys raportoinnissa käytetyistä rekisteritiedoista löytyy [rekisterin tietosuojaselosteesta](#).²

Kelaan toimitetaan vain niiden asiakkaiden tiedot, jotka ovat antaneet suostumuksensa raportointiin osallistumiseen. Myös hallinnollisten rekisterien tiedot liitetään vain niille asiakkaille, jotka ovat antaneet siihen suostumuksensa. Asiakas voi perua suostumuksensa koska tahansa. Kerättyjen tietojen käytön periaatteet on selostettu tarkemmin [suostumuslomakkeessa](#)³ ja sen [liitteessä](#)⁴.

Kuntoutuksen hyödyn raportoinnin piiriin kuuluviin palveluihin osallistui vuonna 2018 noin 27 000 kuntoutusasiakasta, mikä on noin 23 % kaikista Kelan kuntoutuspalveluihin osallistuneista 120 000 kuntoutusasiakkaasta. Taulukossa 1 (s. 9) on kuvattu raportoinnin piirissä tällä hetkellä olevat ammatillisen kuntoutuksen (KKRL 6 §), harkinnanvaraisen kuntoutuksen (KKRL 12 §) ja vaativan lääkinällisen kuntoutuksen (KKRL 9 §) palvelut.

2 Ks. [Kuntoutuksen tuloksellisuuden raportoinnin tietosuojaseloste \(www.kela.fi\)](#).

3 Ks. [vanhentunut linkki poistettu 16.12.2020].

4 Ks. [Suostumusasiakirjan liite: kuntoutuksen hyötyä koskeva raportointi \(www.kela.fi\)](#).

Taulukko 1. Kuntoutuksen hyödyn arvioinnin ja raportoinnin piiriin kuuluvat kuntoutuspalvelut.

Kuntoutuspalvelu	Tiedonkeruun alkamisvuosi	Mukana raportissa
Ammatilliset kuntoutuspalvelut (KKRL 6 §)		
Ammatillinen kuntoutuspalvelu	2015	Kyllä
Työkokeilu (vanha palvelu)	2015	Kyllä
Työhönvalmennus (vanha palvelu)	2015	Kyllä
Työllistymistä edistävä ammatillinen kuntoutus TEAK	2017	Kyllä
Ammatilliset Taito-kuntoutuskurssit	2018	Kyllä
KILLA-kuntoutus	2016	Kyllä
Harkinnanvaraiset kuntoutuspalvelut (KKRL 12 §)		
Tuki- ja liikuntaelinsairaiden kuntoutuskurssit	2016	Kyllä
Moniammatillisen yksilökuntoutuksen aikuisten linjat	2016	Kyllä
Omaishoitajien kurssit ja omaishoitajien parikurssit	2017	Kyllä
Mielenterveyden häiriöitä sairastavien nuorten ja aikuisten avo- ja laitosmuotoiset kuntoutuskurssit	2017	Kyllä
Diabetesta sairastavien kuntoutus- ja sopeutumisvalmennuskurssit	2017	Ei
Asperger- ja ADHD-lasten sopeutumisvalmennuskurssit sekä autististen lasten sopeutumisvalmennuskurssit	2017	Ei
ALS-sopeutumisvalmennuskurssit	2019	Ei
Aikuisten elinsiirtokurssit	2019	Ei
Ääreisherma- ja lihassairauksien kurssit	2019	Ei
OPI-kurssit	2020	Ei
Aivoverenkiertohäiriöitä sairastavien kuntoutuskurssit	2020	Ei
Ikääntyneiden monisairaiden kuntoutuskurssit	2020	Ei
MS-tautia sairastavien kuntoutuskurssit	2020	Ei
Vaativa lääkinällinen kuntoutus (KKRL 9 §)		
Moniammatillisen yksilökuntoutuksen aikuisten linjat	2019	Ei

3 Vuoden 2018 kuntoutuksen hyödyn arvioinnin aineisto ja menetelmät

3.1 Raportoinnissa käytetty aineisto

Vuoden 2018 hyödyn raportoinnissa käsitellään taulukossa 1 kuvattuja palveluita. Aineisto sisältää asiakkaat, joilta oli kesäkuuhun 2019 mennessä toimitettu tiedot Kelaan. Asiakkailta oli toimitettu tiedot vähintään yhdestä raportoinnin mittarista kuntoutuksen lopputilanteesta vuodelta 2018. Raportointia varten Kelaan toimitettiin tietoa 12 496 vuonna 2018 kuntoutuksessa olleen eri henkilön 12 662 kuntoutuspalvelun asiakassuhteesta. Lopullinen vuonna 2018 kuntoutuksen päättäneiden asiakkaiden hyödyn raportointiaineisto sisältää tiedot 6 963 henkilön 6 995 asiakassuhteesta.

Suurella osalla niistä asiakkaista, joilta loppumittaustieto puuttui, ei kuntoutus todennäköisesti ollut vielä päättynyt vuonna 2018. Pelkkä alkumittaustieto ilman loppumittaustietoa, tai ilman tietoa kuntoutuksen keskeytyksestä, raportoitiin 3 832 asiakkaalta. Kuntoutuksen keskeytymisiä raportoitiin 579 asiakkaan kohdalla. Henkilöltä jätettiin aineistoon useamman asiakassuhteen tiedot, jos hän oli ollut selkeästi useamman kuin yhden kuntoutuspalvelun asiakkaana. Tällöin nämä palvelut käsitellään raportissa erikseen. Muissa tapauksissa kultakin henkilöltä jätettiin raportointiaineistoon vain viimeisimmän kuntoutuspalvelunsa asiakassuhde.

Lisäksi kuntoutuksen palveluntuottajien toimittamista tiedoista jätettiin tämän raportin ulkopuolelle diabetesta sairastaville suunnatut kurssit ja lasten ADHD-, Asperger- tai autismi-sopeutumisvalmennuskurssit. Näiden osalta palveluntuottajat toimittivat tietoja 625 kuntoutuksensa päättäneestä asiakkaasta. Lasten palveluissa hyödyn arvioinnin mittareista on ollut käytössä vain kuntoutuksen tavoitteiden toteutumista kuvaava GAS-menetelmä. Koska raportti keskittyy työ- ja toimintakyvyn muutokseen sekä työtilanteen kehitykseen, jätettiin lasten palvelut tämän raportin ulkopuolelle. Aikuisten diabeteskurssit jäivät raportin ulkopuolelle vähäisen asiakasmäärän vuoksi. Näiden palvelujen tietoja on mahdollista tarkastella tietomäärän kasvaessa tulevissa vuosiraporteissa tai kuntoutuksen hyödyn arvioinnin rekisteristä tehtävistä erillisissä julkaisuissa. Tällöin voidaan myös ottaa huomioon eri palveluiden kohdalla tarkoituksenmukaiset näkökulmat.

Lopullisessa raportointiaineistossa miesasiakkaita oli 2 256 (32 %) ja naisasiakkaita 4 739 (68 %). Aineistoa käsitellään seitsemässä palveluryhmässä: ammatilliset kuntoutuspalvelut (n = 885), joka sisältää ammatillisen kuntoutuspalvelun, työhönvalmennuksen, työkokeilun, työllistymistä edistävän ammatillisen kuntoutuksen sekä ammatilliset kuntoutuskurssit; ammatillisen KIILA-kuntoutuksen (n = 662); työelämässä oleville suunnatut tuki- ja liikuntaelinsairaiden kuntoutuskurssit (n = 2 650); työelämästä poissa oleville suunnatut tuki- ja liikuntaelinsairaiden kuntoutuskurssit (n = 325); mielenterveyskuntoutuskurssit (n = 416); harkinnanvarainen moniammatillinen yksilökuntoutus (n = 1 692) sekä omaishoitajien kuntoutuskurssit (n = 365).

3.2 Raportoitavat kuntoutuspalvelut

Raportissa omaksi palveluryhmäksi määritellyt ammatilliset kuntoutuspalvelut ovat kohderyhmiltään ja tavoitteiltaan samankaltaisia, joten niitä on mahdollista käsitellä raportissa yhdessä. Myös KIILA-kuntoutus on ammatillista kuntoutusta, mutta sitä käsitellään omana palveluna, koska kohderyhmänä ovat vakituisissa tai määräaikaisissa toistuvissa työsuhteissa työskentelevät henkilöt, joiden sairauden arvioidaan aiheuttavan lähivuosina työkyvyn ja ansiomahdollisuuksien olennaisen heikentymisen. KIILA-kuntoutusta toteutetaan yhteistyössä työterveyshuollon ja työnantajan kanssa, ja Kelan kaikista KIILA-kuntoutuksen asiakkaista yli 90 % oli työssä ennen kuntoutuksen alkamista. Raportin muiden ammatillisten kuntoutuksen palveluiden asiakkailla suhde työelämään ei ole yhtä vakiintunut kuin KIILA-kuntoutuksen asiakkailla. Muiden ammatillisten kuntoutuspalveluiden asiakkaista Kelan kuntoutuksessa esimerkiksi noin 80 % oli ennen kuntoutuksen alkamista joko työttöminä, sairauspäivärahalla tai kuntoutustuella. Lisäksi KIILA-kuntoutuksen asiakkaiden keski-ikä on myös selvästi korkeampi kuin asiakkaiden keski-ikä raportoinnin muissa ammatillisissa kuntoutuspalveluissa. KIILA-kuntoutuksen kohderyhmä ja tavoitteet poikkeavatkin muiden tässä raportissa käsiteltyjen ammatillisten kuntoutuspalveluiden kohderyhmästä, mistä syystä KIILA-kuntoutusta tarkastellaan raportissa omana, muusta ammatillisesta kuntoutuksesta erillisenä ryhmänä.

Harkinnanvaraisen kuntoutuksen eri kurssipalvelut ja moniammatillinen yksilökuntoutus ovat palveluina ja kohderyhmiltään keskenään erilaisia, mistä syystä niitä käsitellään tässä raportissa erillisinä palveluryhminä. Moniammatilliseen yksilökuntoutukseen ohjautuvat yksilöllistä palvelua tarvitsevat asiakkaat, joilla on esimerkiksi useita eri sairauksia ja joiden ei katsota hyötyvän ryhmämuotoisesta kuntoutuksesta

ja sen tarjoamasta vertaistuesta. Työikäisille suunnatuilla TULES-kursseilla korostuvat toiminta- ja työkykyyn liittyvät tavoitteet, ja työelämästä poissaoleville suunnatuilla TYPO-TULES-kursseilla keskitytään lähinnä toimintakyvyn ylläpitämiseen ja parantamiseen liittyviin tavoitteisiin.

Mielenterveyskuntoutuskurssien asiakkaat ovat nuoria tai aikuisia, joilla on kurssimuotoisen kuntoutuksen tarve. Kurssien tavoitteena on asiakkaan opiskelu-, työ- ja toimintakyvyn turvaaminen tai parantaminen sekä osallisuuden ja aktiivisuuden lisääminen asiakkaalle merkityksellisissä arjen toiminnoissa.

Omaishoitajien kursseille osallistuvat asiakkaat ovat opiskelemassa, työelämässä, palaamassa työhön, kuntoutustuella tai poissa työelämästä. Sairaudesta tai omaishoitajuudesta aiheutuvan rasituksen vuoksi asiakkaiden toiminnoista suoriutuminen tai osallisuus on alentunut tai vaarassa alentua. Kuntoutuksen myöntämisen edellytyksenä on, että työ-/opiskelu- ja toimintakykyä voidaan turvata tai parantaa suunnitellulla kuntoutuksella.

[Kelan kuntoutuspalvelujen palvelukuvauksissa](#) on tarkempaa tietoa raportin eri kuntoutuspalvelujen tavoitteista, kohderyhmistä ja toteutuksesta.⁵

3.3 Raportointiaineiston ja katoaineiston vertailu

Raportointiaineiston asiakkaiden ikä- ja sukupuolijakaumaa verrattiin Kelan rekistereistä kerättyyn aineistoon niiden asiakkaiden ikä- ja sukupuolijakaumasta, jotka olisivat kuuluneet raportoinnin piiriin, mutta joiden kohdalla kuntoutukseen liittyviä kyselytietoja ei oltu toimitettu Kelaan. Asiakkaat poimittiin katoaineistoon kuntoutuksen toteutuneiden maksupäivien lukumäärän ja maksujen kohdentumisen perusteella. Näiden tietojen avulla katoaineistoon jätettiin asiakkaat, joiden kuntoutus voitiin katsoa kokonaan toteutuneeksi ennen vuotta 2019.

Varsinaiseen raportointiaineiston ja katoaineiston vertailuun otettiin katoaineistosta mukaan vain asiakkaat, jotka olivat olleet jossain raportointiaineistossa käsiteltävässä kuntoutuspalvelussa. Katoaineistoon kuuluu 5 474 asiakasta, jotka jaettiin raportointiaineistoa vastaaviin palveluryhmiin (taulukko 2, s. 13). Raportointi- ja katoaineiston tarkastelun perusteella voidaan arvioida, että raportoitavan kuntoutuksen

⁵ Ks. [Kuntoutuspalvelujen palvelukuvaukset \(www.kela.fi\)](http://www.kela.fi).

päätti vuonna 2018 noin 12 500 asiakasta, joista yli puolesta on saatu loppumittaustieto vähintään yhdestä kuntoutuksen hyödyn raportoinnin mittarista. Raportointiaineiston kattavuus on arviolta 56 %.

Raportointiaineiston kattavuus vaihtelee eri asiakasryhmien välillä ($p < 0,001$). TULES- ja TYPO-TULES-kursseilla yli kaksi kolmesta vuonna 2018 kuntoutuksensa loppuun vieneestä asiakkaasta kuuluu raportointiaineistoon. Ammatillisten kuntoutuspalvelujen kohdalla raportointiaineiston kattavuus on vain 31 %. Ammatillisten kuntoutuspalvelujen tietojen heikompaa kattavuutta selittää luultavasti osittain toisinaan hyvin lyhyessä ajassa toteutettava ammatillinen kuntoutuspalvelu. Työkyky-, elämänlaatu- ja mäännusoiremittauksia ei kuntoutuksen lopussa uusita, jos edellisestä mittauskerrasta on alle kolme kuukautta aikaa. Toisaalta asiakkaat, joilta ei ole tietoa yhdestäkään hyödyn arvioinnin mittarista kuntoutuksen lopusta, eivät kuulu raportointiaineistoon, ja on mahdollista, että heitä on erityisen paljon ammatillisen kuntoutuspalvelun asiakkaissa. Ammatillisen kuntoutuspalvelun asiakkaista on raportointiaineistossa 404 asiakasta ja katoaineistossa 1 310 asiakasta.

Taulukko 2. Raportointiaineiston ja katoaineiston asiakasmäärät palveluryhmittäin.

Kuntoutujaryhmä	Raportointiaineisto (N)	Katoaineisto (N)	Raportointiaineiston kattavuus (%)
Yhteensä	6 995	5 474	56
Ammatilliset palvelut	885	1 953	31
TULES-kurssit	2650	1 262	68
TYPO-TULES-kurssit	325	159	67
KIILA-kuntoutus	662	505	57
MT-kurssit	416	356	54
Yksilökuntoutus	1 692	998	63
Omaishoitajat	365	251	59

Sekä ammatillisissa kuntoutuspalveluissa että mielenterveyskuntoutuskursseilla raportointiaineiston ja katoaineiston ikäjakaumat eroavat toisistaan (taulukko 3, s. 14). Ammatillisissa kuntoutuspalveluissa raportointiaineiston asiakkaat ovat keskimäärin 39-vuotiaita ja katoaineiston asiakkaat noin vuoden nuorempia ($p < 0,05$). Mielenterveyskuntoutuskursseilla raportointiaineiston asiakkaat ovat keskimäärin 48-vuotiaita ja katoaineiston asiakkaat 44-vuotiaita ($p < 0,01$). Esimerkiksi TYPO-TULES- ja omaishoitajien kurssien kohdalla, jossa asiakkaiden keski-ikä on yleisesti korkeampi, raportointiaineistossa keski-ikä on

matalampi kuin katoaineistossa. Erot eivät näissä palveluryhmissä kuitenkaan ole tilastollisesti merkitseviä.

Mielenterveyskuntoutuskursseilla sukupuolijakauma eroaa raportointiaineiston ja katoaineiston välillä ($p < 0,05$). Asiakasryhmässä raportointiaineistossa miehiä on 21,6 %, kun taas katoaineistossa miehiä on 29,5 %. TYPO-TULES-kursseilla miesten osuus raportointiaineistossa on puolestaan katoaineistoa suurempi, mutta ero sukupuolijakaumien välillä ei ole palveluryhmässä merkitsevää.

Taulukko 3. Raportointiaineiston ja katoaineiston palveluryhmien ikä- ja sukupuolijakaumien vertailu.

Kuntoutujaryhmä	Keski-ikä (keskihajonta)	Keski-ikä (keskihajonta)	Aineistojen eron tilastollinen merkitsevyys ^a
	Raportointiaineisto (N = 6 995)	Katoaineisto (N = 5 474)	
Ammatilliset palvelut	38,9 (12,4)	37,8 (11,8)	$p = 0,04$
TULES-kurssit	52,2 (7,9)	52,4 (8,1)	$p = 0,24$
TYPO-TULES-kurssit	69,5 (9,0)	71,1 (9,3)	$p = 0,05$
KIILA-kuntoutus	54,0 (6,5)	54,0 (6,4)	$p = 0,64$
MT-kurssit	48,0 (10,3)	44,4 (13,5)	$p < 0,01$
Yksilökuntoutus	56,4 (12,2)	56,5 (12,6)	$p = 0,69$
Omaishoitajat	72,9 (9,8)	73,8 (10,0)	$p = 0,27$
Kuntoutujaryhmä	Miesten osuus kuntoutujista	Miesten osuus kuntoutujista	Aineistojen eron tilastollinen merkitsevyys ^a
	Raportointiaineisto (N = 6 995)	Katoaineisto (N = 5 474)	
Ammatilliset palvelut	46,0 %	45,9 %	$p = 1$
TULES-kurssit	30,0 %	31,8 %	$p = 0,29$
TYPO-TULES-kurssit	32,3 %	23,9 %	$p = 0,07$
KIILA-kuntoutus	23,6 %	24,4 %	$p = 0,80$
MT-kurssit	21,6 %	29,5 %	$p = 0,01$
Yksilökuntoutus	35,3 %	36,0 %	$p = 0,75$
Omaishoitajat	28,2 %	26,7 %	$p = 0,74$

a Aineistojen ikäjakauman eroa on testattu kahden riippumattoman otoksen Mannin–Whitneyn U-testillä ja aineistojen sukupuolijakauman eroa χ^2 -testillä.

Raportointiaineisto ja siitä puuttuvia asiakkaita kuvaava katoaineisto vastaavat monelta osin toisiaan ikä- ja sukupuolijakaumien suhteen. On kuitenkin huomattava, että mielenterveyskursseiden palveluryhmässä

nuoremmat asiakkaat ja miehet näyttävät raportointiaineistossa olevan todelliseen kohdejoukkoon verraten aliedustettuja. Myös ammatillisissa kuntoutuspalveluissa katoaineiston asiakkaat ovat raportointiaineiston asiakkaita nuorempia. Tarkastelun perusteella ei voida sulkea pois mahdollisuutta, että tietyn tyyppiset asiakkaat ovat raportointiaineistossa yli- tai aliedustettuina. On esimerkiksi mahdollista, että raportointiin antavat muita useammin suostumuksensa tutkimuksiin myönteisesti suhtautuvat henkilöt, jolloin tällaisia asiakkaita on raportointiaineistossa suhteellisesti enemmän kuin koko asiakasjoukossa. Näin ollen tämän raportin tuloksia ei voi yleistää koskemaan kaikkia raportoinnin piirissä olevissa palveluissa kuntoutuksen päättäneitä asiakkaita.

3.4 Tiedonkeruun menetelmät ja mittarit

Kuntoutuspalveluihin osallistuessaan asiakkaat arvioivat kokemaansa työkykyä, elämänlaatua ja masennoitusta vastaamalla asiantuntijoiden suosituksiin perustuvien mittareiden kysymyksiin kuntoutuksen alussa ja lopussa. Joissakin ammatillisen kuntoutuksen palveluissa mittareiden kysymyksiin vastataan myös kuntoutuksen jälkeisessä seurantavaiheessa, mutta näitä tietoja ei ole tässä raportissa hyödynnetty. Lisäksi asiakkaat arvioivat yhdessä palveluntuottajan kanssa sitä, miten kuntoutuksen aikana asetettavat tavoitteet toteutuivat. Palveluntuottajat arvioivat omasta näkökulmastaan kuntoutuksen toteutumisen oikea-aikaisuutta. Lisäksi he arvioivat sekä työ- että toimintakyvyn näkökulmista, hyödyttiäkö kuntoutus asiakasta.

Käytettävät mittarit on valittu yhteistyössä [Toimintakyvyn mittaamisen ja arvioinnin kansallisen asiantuntija-verkoston asiantuntijoiden \(TOIMIA\)](#)⁶ kanssa.

Raportoinnissa ovat käytössä seuraavat mittarit:

- Kuntoutujan työkykyä kuvaavat Työkykykysymykset
- WHOQOL-BREF: Maailman terveysjärjestön elämänlaatumittari (lyhyt versio)
- BDI-21-kysely psyykkisen toimintakyvyn arviointiin (väestötutkimuksissa käytetty versio)
- GAS-menetelmä kuntoutuksen tavoitteiden laatimiseen ja arviointiin.

6 Ks. [TOIMIA-tietokanta \(www.terveysportti.fi\)](http://www.terveysportti.fi).

Työkykykysymykset-kysymyslomakkeeseen vastatessaan asiakkaat arvioivat omaa opiskelu- tai työkykyään mittaushetkellä sekä koetun terveydentilan ja elämäntilanteen perusteella työkykynsä kehittymistä kahden vuoden aikaperspektiivillä. Lisäksi palveluntuottajaa edustava moniammatillisen kuntoutustiimin jäsen arvioi lomakkeelle kuntoutuksen oikea-aikaisuutta toiminta- ja työkyvyn näkökulmasta sekä sitä, hyötyikö asiakas kuntoutuksesta.

Maailman terveysjärjestön **WHOQOL-BREF-elämänlaatumittarin** 26 kysymyksellä tarkastellaan asiakkaan kokemaa elämänlaatua fyysisen, psyykkisen, sosiaalisen ja ympäristöön liittyvien ulottuvuuksien näkökulmasta. Lomakkeeseen sisältyy kaksi yksittäistä kysymystä koskien asiakkaan kokemaa yleistä elämänlaatua sekä terveydentilaa.

Asiakkaat vastaavat **Beckin depressiokyselyn** väestötutkimukseen tarkoitettun version 21 kysymykseen (BDI-21). Mittarin vastaukset kuvaavat asiakkaiden kokemia masennusoireita.

Asiakkaat asettavat kuntoutukselle **GAS-menetelmän** mukaiset tavoitteet kuntoutuksen alussa. Tavoitteita voidaan muuttaa tai tarkentaa kuntoutuksen aikana. Tavoitteiden saavuttaminen arvioidaan yhdessä asiakkaan kanssa kuntoutuksen aikana ja lopussa.

Kuntoutuksen hyödyn arvioinnissa käytettävät mittarit vaihtelevat kuntoutuspalvelukohtaisesti, koska kaikki mittarit eivät ole tarkoituksenmukaisia kaikissa palveluissa. Työkykyä koskevat kysymykset ovat käytössä työikäisten asiakkaiden kuntoutuspalveluissa, joissa korostuvat työkykyä tukevat tavoitteet. Työkykyä koskevat kysymykset eivät ole olleet käytössä työelämän ulkopuolella oleville asiakkaille suunnatuilla TYPO-TULES-kursseilla, toimintakykyä korostavassa moniammatillisen yksilökuntoutuksen palveluissa sekä omaishoitajien kuntoutuskursseilla. Palveluntuottajilta kysyttävät kuntoutuksen hyötyä ja oikea-aikaisuutta koskevat kysymykset kerätään yhdessä työkykyä koskevien kysymysten kanssa, minkä vuoksi nekin eivät ole olleet käytössä edellä mainituissa palveluissa. Ammatillisiin kuntoutuspalveluihin sisältyvässä työllistymistä edistävässä ammatillisessa kuntoutuksessa ei ole ollut käytössä BDI 21 -kyselyä, sillä palvelun henkilöstövaatimukseen ei kuulu sellaista terveydenhuollon henkilöstöä, jota edellytetään BDI 21:n käytössä kuntoutustyössä.

Tarkempaa tietoa kuntoutuksen hyödyn arvioinnin mittareista löytyy [Kelän verkkosivujen Kuntoutuksen hyödyn arvioiminen -osiosta](#).⁷ Mittarikysymysten avataan tarkemmin raportin liitteessä aineiston ja mittaritietojen luokittelu.

3.5 Aineiston analysointi

Kuntoutuksen hyödyn raportointiaineisto analysoitiin SAS 9.4- ja R-ohjelmistojen avulla. Aineiston kuvailussa käytettiin kuvioiden lisäksi frekvenssi- ja prosenttijakaumia sekä sijaintia ja hajontaa kuvaavia tunnuslukuja. Sukupuolten, ikäluokkien tai muiden ryhmien välisiä eroja testattiin järjestysasteikollisten luokiteltujen muuttujien osalta Mannin–Whitneyn U-testillä tai Kruskallin–Wallisin testillä. Ryhmien välisiä eroja laatueroasteikollisten muuttujien kohdalla testattiin χ^2 -testillä. Vastaavasti jatkuvat muuttujat testattiin joko kahden otoksen T-testillä tai yksisuuntaisella varianssianalyysillä (ANOVA). Tarkasteluissa käytettiin Mannin–Whitneyn U-testiä tai Kruskallin–Wallisin testiä, kun jatkuvat muuttujat eivät olleet normaalijakautuneita. Tilastollisen merkitsevyyden rajana oli $p < 0,05$.

4 Asiakkaiden määrä ja demografinen jakauma

Vuoden 2018 aineiston perusteella kuvataan asiakkaiden tilannetta kuntoutuspalvelun alkaessa ja päättyessä sekä muutosta kuntoutusprosessin aikana. Lopullisessa aineistossa on 6 995 asiakkaan tiedot.

Asiakkaiden määrä vaihtelee jokaisen käsitellyn kysymyksen kohdalla mittarien käytössä olevien palvelukohtaisten erojen vuoksi (ks. luku 3.4). Tietojen määrä vaihtelee myös siksi, että joidenkin yksittäisten mittarien tietoja ei ole täytetty tai lähetetty, tai kuntoutuksen loppumittaus-tietoa vastaavat alkumittaus-tiedot puuttuvat. WHOQOL-BREF-elämänlaatumittari sekä GAS-tavoitteiden arviointi olivat käytössä kaikissa raportin kuntoutuspalveluissa. Niistä 6 995:sta asiakkaasta, joilla oli jokin mittaritieto kuntoutuksen lopussa, yli 5 600 asiakkaalta löytyi GAS-tavoitteiden arviointi ja yli 5 300:lta WHOQOL-BREF-vas-taukset sekä kuntoutuksen alusta että lopusta. Parhaimmillaan yksittäisen mittarin vastausprosentti on siis 80 % koko aineiston asiakkaista. (Taulukko 4, s. 18.)

⁷ Ks. [verkkosivu Kuntoutuksen hyödyn arvioiminen \(www.kela.fi\)](#).

Taulukko 4. Lukumäärätiedot asiakkaista joilla oli jossakin mittarikysymyksessä tai mittarissa tietoa, N = 6 995.

Hyödyn arvioinnin mittari	Raportoinnissa mukana olevat kuntoutujat		
	Miehet	Naiset	Yhteensä
	n = 2 256 100 %	n = 4 739 100 %	N = 6 995 100 %
	n (%)	n (%)	n (%)
Työkykykysymys 1 (alussa sekä lopussa)	1 111 (49,2)	2 572 (54,3)	3 683 (52,7)
Työkykykysymys 2 (alussa sekä lopussa)	1 098 (48,7)	2 529 (53,4)	3 627 (51,9)
Työkykykysymys 3 (alussa sekä lopussa)	1 099 (48,7)	2 526 (53,3)	3 625 (51,8)
Kaikki 3 työkykykysymystä (alussa sekä lopussa)	1 089 (48,3)	2 499 (52,7)	3 588 (51,3)
Palveluntuottajien kysymys 1 (lopussa)	964 (42,7)	2 194 (46,3)	3 158 (45,1)
Palveluntuottajien kysymys 2 (lopussa)	960 (42,6)	2 189 (46,2)	3 149 (45,0)
Palveluntuottajien kysymys 3 (lopussa)	951 (42,2)	2 178 (46,0)	3 129 (44,7)
Kaikki 3 palveluntuottajien kysymystä (lopussa)	949 (42,1)	2 173 (45,9)	3 122 (44,6)
WHOQOL-BREF-lomakkeen kysymys 1 (alussa sekä lopussa)	1 630 (72,3)	3 718 (78,5)	5 348 (76,5)
WHOQOL-BREF-lomakkeen kysymys 2 (alussa sekä lopussa)	1 627 (72,1)	3 719 (78,5)	5 346 (76,4)
WHOQOL-BREF-lomakkeen 2 ensimmäistä kysymystä (alussa sekä lopussa)	1 625 (72,0)	3 711 (78,3)	5 336 (76,3)
Elämänlaatu: fyysinen (alussa sekä lopussa)	1 628 (72,2)	3 715 (78,4)	5 343 (76,4)
Elämänlaatu: psyykinen (alussa sekä lopussa)	1 624 (72,0)	3 711 (78,3)	5 335 (76,3)
Elämänlaatu: sosiaalinen (alussa sekä lopussa)	1 628 (72,2)	3 715 (78,4)	5 343 (76,4)
Elämänlaatu: elinympäristö (alussa sekä lopussa)	1 628 (72,2)	3 708 (78,2)	5 336 (76,3)
Elämänlaadun 4 ulottuvuutta (alussa sekä lopussa)	1 621 (71,9)	3 693 (77,9)	5 314 (76,0)
BDI-21-pistesumma (alussa sekä lopussa)	1 456 (64,5)	3 477 (73,4)	4 933 (70,5)
GAS:in T-lukuarvo (lopussa)	1 789 (79,3)	3 827 (80,8)	5 616 (80,3)
Kaikki edellä olevat mittaritiedot	484 (21,5)	1 308 (27,6)	1 792 (25,6)

Miesten ja naisten osallistuminen eri kuntoutuspalveluihin erosi toisistaan ($p < 0,001$). Naisia oli miehiä enemmän kaikissa kuntoutuspalveluissa, mutta ammatilliset kuntoutuspalvelut olivat vähemmän naisvaltaisia kuin esimerkiksi KIILA-kuntoutus ja mielenterveyskuntoutuskurssit. Ammatillisten kuntoutuspalveluiden asiakkaista 46 % oli miehiä, kun taas mielenterveyskurssien asiakkaista vain 23 %. Myös palveluryhmien ikäjakaumat erosivat toisistaan ($p < 0,001$). Ammatillisissa kuntoutuspalveluissa yleisin ikäluokka oli 25–34-vuotiaat, TULES-, KIILA-, MT-kursseilla sekä moniammatillisessa yksilökuntoutuksessa 55–64-vuotiaat ja TYPO-TULES-kursseilla sekä omaishoitajien kursseilla yli 64-vuotiaat. Asiakkaiden

maantieteellisessä jakaumassa oli palveluryhmien välillä eroa ($p < 0,001$)⁸. TYPO-TULES-kursseilla, moniammatillisessa yksilökuntoutuksessa sekä omaishoitajien kursseilla oli eniten asiakkaita Tampereen yliopistollisen sairaalan (TAYS) erityisvastuualueelta (Erva-alue). TULES- ja mielenterveyskursseilla eniten asiakkaita oli HYKS:n Erva-alueelta. On kuitenkin huomattava, että erityisvastuualueiden tarkastelussa ei ole otettu tässä huomioon alueeseen tai väestöön liittyviä taustatekijöitä. (Taulukko 5.)

Taulukko 5. Lukumäärätiedot palveluryhmittäin, N = 6 995.

Taustatieto	Palveluryhmä n (%)						
	Ammatilliset palvelut	TULES-kurssit	TYPO-TULES-kurssit	KIILA-kuntoutus	MT-kurssit	Yksilökuntoutus	Omaishoitajat
Sukupuoli, yhteensä	885 (100 %)	2 650 (100 %)	325 (100 %)	662 (100 %)	416 (100 %)	1 692 (100 %)	365 (100 %)
Miehet (n = 2 256)	407 (46,0)	797 (30,1)	105 (32,3)	156 (23,6)	90 (21,6)	598 (35,3)	103 (28,2)
Naiset (n = 4 739)	478 (54,0)	1 853 (69,9)	220 (67,7)	506 (76,4)	326 (78,4)	1 094 (64,7)	262 (71,8)
Ikäluokka							
16–24 vuotta (n = 157)	128 (14,5)	5 (0,2)	-	-	7 (1,7)	17 (1,0)	-
25–34 vuotta (n = 445)	253 (28,6)	85 (3,2)	1 (0,3)	6 (0,9)	44 (10,6)	56 (3,3)	-
35–44 vuotta (n = 871)	174 (19,7)	350 (13,2)	5 (1,5)	59 (8,9)	91 (21,9)	187 (11,1)	5 (1,4)
45–54 vuotta (n = 1 980)	199 (22,5)	973 (36,7)	14 (4,3)	225 (34,0)	133 (32,0)	417 (24,6)	19 (5,2)
55–64 vuotta (n = 2 594)	131 (14,8)	1 228 (46,3)	55 (16,9)	368 (55,6)	136 (32,7)	646 (38,2)	30 (8,2)
Yli 64 vuotta (n = 948)	-	9 (0,3)	250 (76,9)	4 (0,6)	5 (1,2)	369 (21,8)	311 (85,2)
Erva-alue							
Tuntematon (n = 2)	1 (0,1)	1 (0,0)	-	-	-	-	-
HYKS (n = 1 643)	161 (18,2)	746 (28,2)	61 (18,8)	109 (16,5)	133 (32,0)	363 (21,5)	70 (19,2)
TYKS (n = 1 507)	197 (22,3)	507 (19,1)	62 (19,1)	168 (25,4)	60 (14,4)	445 (26,3)	68 (18,6)
TAYS (n = 1 520)	80 (9,0)	548 (20,7)	82 (25,2)	114 (17,2)	61 (14,7)	517 (30,6)	118 (32,3)
KYS (n = 1 182)	276 (31,2)	378 (14,3)	57 (17,5)	87 (13,1)	114 (27,4)	243 (14,4)	27 (7,4)
OYS (n = 1 141)	170 (19,2)	470 (17,7)	63 (19,4)	184 (27,8)	48 (11,5)	124 (7,3)	82 (22,5)

⁸ Khiin neliön -testissä jätetty arvo Erva-alue = "Tuntematon" huomioimatta.

5 Vuoden 2018 kuntoutuksen hyödyn arviointi

Vuoden 2018 mittaritulokset esitellään seitsemässä raporttia varten muodostetussa palveluryhmässä. Ryhmät on esitelty luvun 3 taulukossa 2.

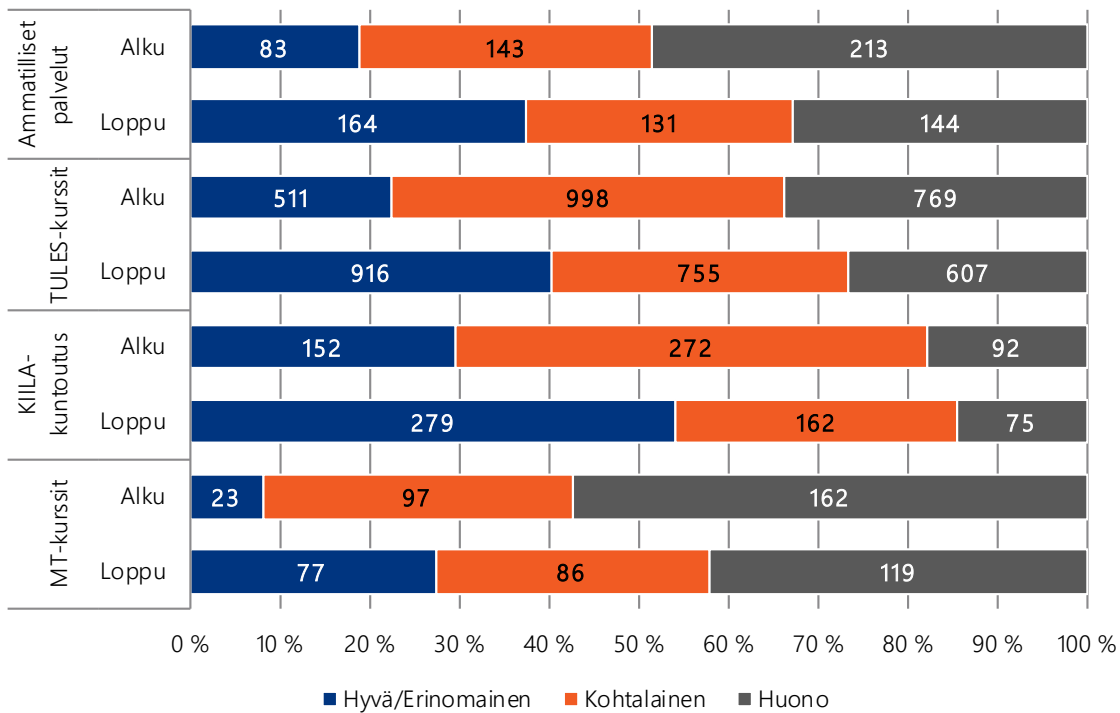
Mittaritiedot käsitellään tässä luvussa palveluryhmittäin. Osa mittareista ei ole käytössä kaikilla asiakasryhmillä, minkä syitä avataan luvussa 3.4. Tietoja tarkasteltaessa on otettava huomioon, että eri kuntoutuspalveluiden asiakasryhmät voivat erota toisistaan suurestikin. Tästä syystä asiakasryhmien välillä voi olla esimerkiksi alkutilanteissa joillakin mittareilla mitattuna suuria eroja. Lisäksi on syytä huomata, että seurannassa ei ole ollut mahdollista ottaa huomioon asiakkaan tilanteessa kuntoutuksen aikana mahdollisesti tapahtuvia muita muutoksia.

5.1 Asiakkaan kokema työkyky ja työssä selviytyminen

Ammatillisissa kuntoutuspalveluissa, työelämässä oleville suunnatuilla TULES-kursseilla, KIILA-kuntoutuksessa ja mielenterveyskuntoutuskursseilla kartoitettiin asiakkaiden omaa arviota työkyvystään ja työssä selviytymisestään kuntoutuksen alussa ja lopussa. Asiakkaan työ- ja opiskelukykyä sekä töissä tai opiskelussa selviytymistä arvioitiin kolmella erillisellä kysymyksellä.

Kuntoutuksen alussa työ- tai opiskelukykyänsä hyväksi tai erinomaiseksi arvioineiden osuus oli suurin KIILA-kuntoutuksessa (29 %) ja pienin MT-kursseilla (8 %). Työ- tai opiskelukykyänsä hyväksi tai erinomaiseksi arvioineiden osuus kasvoi kuntoutuksen aikana jokaisessa palveluryhmässä. (Kuvio 1, s. 21.)

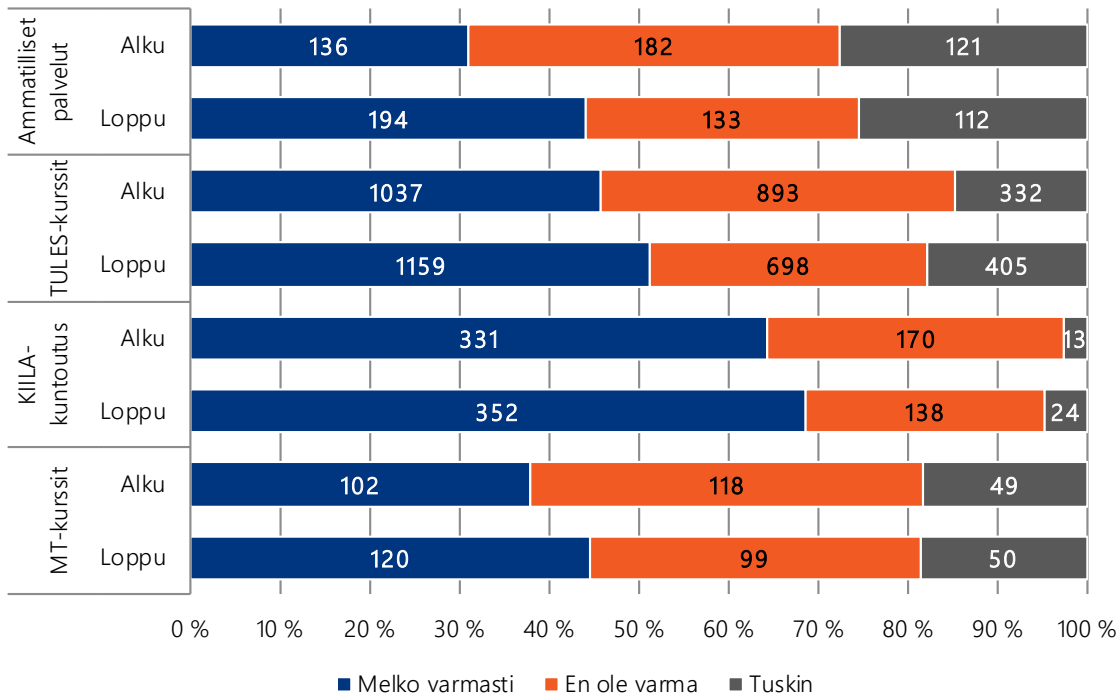
Kuvio 1. Asiakkaan arvio työ- tai opiskelukyvystään^a (n = 3 515).



^a Ensimmäinen kysymys työkyvystä: Oletetaan, että työ- tai opiskelukykysi on parhaimillaan saanut arvosanan 10. Minkä arvon antaisit sille nyt? "Huono" = arvot 0–5, "Kohtalainen" = arvot 6–7, "Hyvä/Erinomainen" = arvot 8–10. Kuvioiden palkeissa olevat lukuarvot ovat asiakasmääriä.

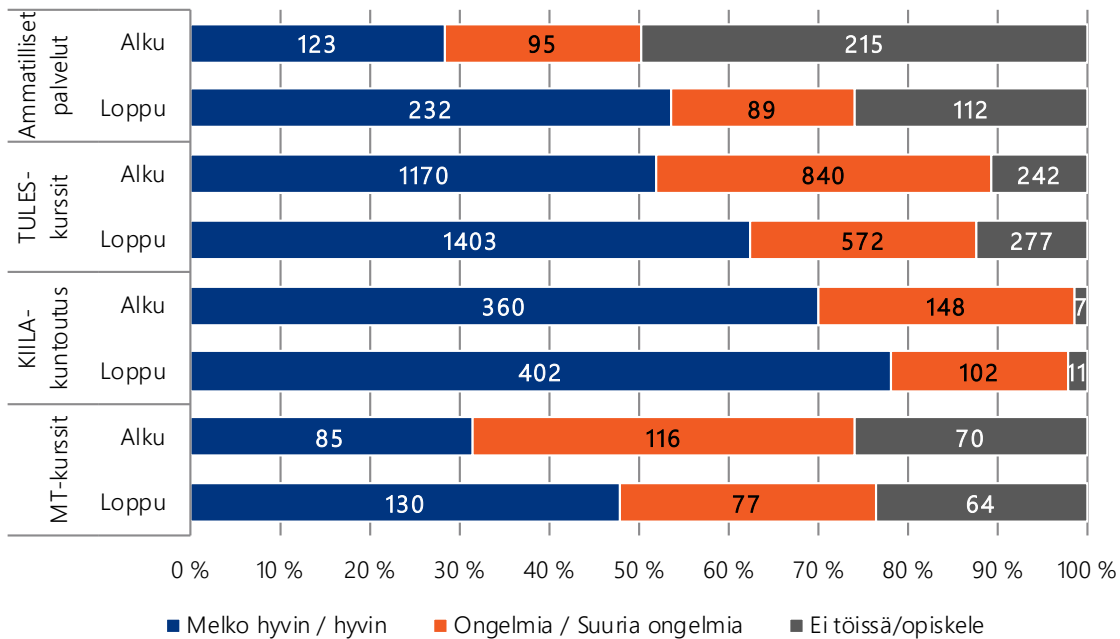
Kaikissa palveluryhmissä niiden asiakkaiden määrä, jotka uskoivat melko varmasti pystyvänsä työskentelemään kahden vuoden kuluttua koulutustaan ja ammatillista kokemustaan vastaavassa työssä, kasvoi kuntoutuksen aikana. Lukuun ottamatta ammatillisia kuntoutuspalveluja myös niiden asiakkaiden määrä kasvoi, jotka eivät uskoneet pystyvänsä työhön tai opiskeluun kahden vuoden kuluttua. Tulevasta työskentelykyvystään epävarmojen osuus pieneni jokaisessa asiakasryhmässä. (Kuvio 2, s. 22)

Kuvio 2. Asiakkaan arvio työskentelykyvystään koulustaan ja ammatillista kokemustaan vastaavassa työssä kahden vuoden kuluttua^a (n = 3 484).



a Toinen kysymys työkyvystä: Uskotko, että terveydentilasi puolesta kykenet työskentelemään koulutustasi ja ammatillista kokemustasi vastaavassa työssä kahden vuoden kuluttua? (Jos olet opiskelija, arvioi tässä vastaavalla tavalla kykyäsi opiskella tai kykyäsi työskennellä siinä ammatissa, jota varten opiskelet.)

Kuntoutuksen alussa KIILA-kuntoutuksessa 70 % asiakkaista arvioi selviytyvänsä työstään tai opiskelustaan vähintään melko hyvin, kun taas ammatillisissa palveluissa tätä mieltä oli alle 30 % asiakkaista. Työssä tai opiskelussa melko hyvin tai hyvin selviytyvien määrä kasvoi ja ongelmia kokevien asiakkaiden määrä pieneni kuntoutuksen aikana jokaisessa asiakasryhmässä. Sekä kuntoutuksen alussa että lopussa työn tai opiskelun ulkopuolella olevien asiakkaiden osuus oli suurempi ammatillisissa palveluissa ja MT-kursseilla kuin TULES-kursseilla ja KIILA-kuntoutuksessa. Ensin mainittujen osalta tämä osuus kuitenkin pieneni kuntoutuksen aikana, kun se jälkimmäisten osalta kasvoi. (Kuvio 3, s. 23.)

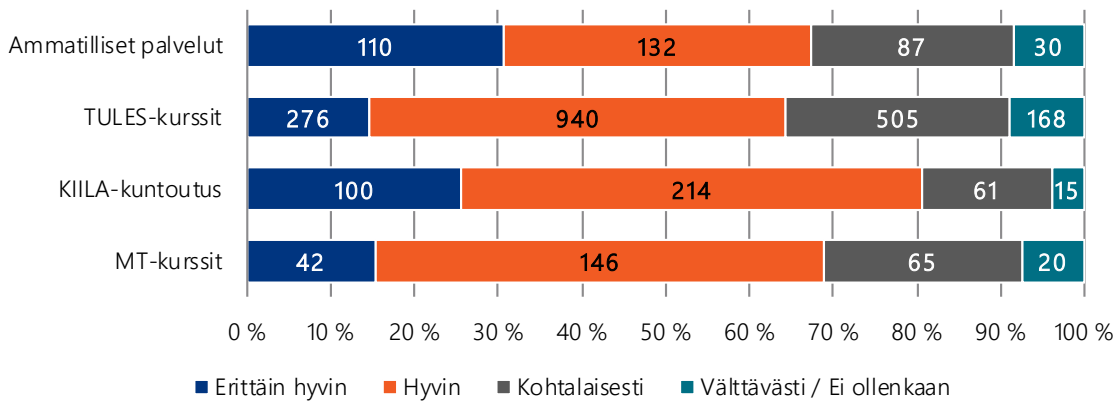
Kuvio 3. Asiakkaan arvio työssä tai opiskelussa selviämisestä^a (n = 3 471).

a Kolmas kysymys työkyvystä: Arvio työssä tai opiskelussa selviytymistä.

5.2 Palveluntuottajan arvio kuntoutuksen tuottamasta hyödystä ja oikea-aikaisuudesta

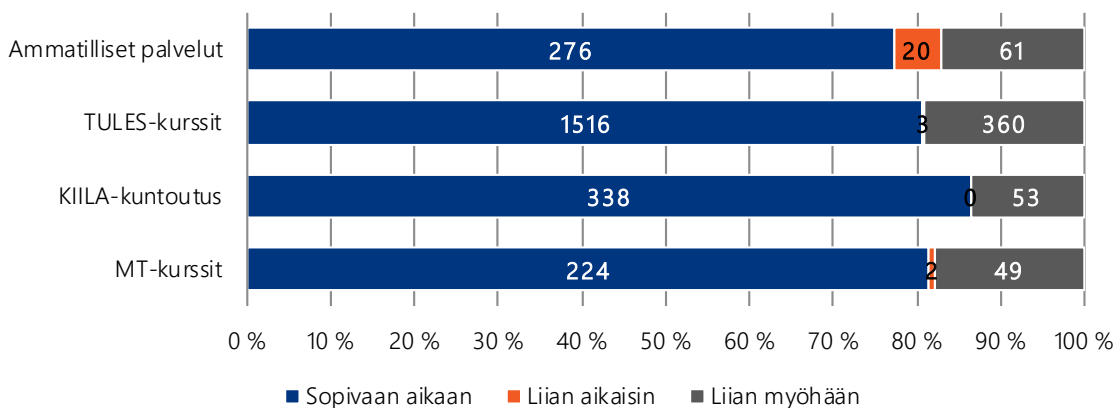
Ammatillisissa kuntoutuspalveluissa, työikäisille tarkoitetuilla tuki- ja liikuntaelinsairaiden kuntoutuskursseilla, KIILA-kuntoutuksessa sekä mielenterveyskuntoutujien kuntoutuskursseilla palveluntuottajat arvioivat asiakkaan kuntoutuksesta saamaa hyötyä ja kuntoutuksen oikea-aikaisuutta kolmella erillisellä kysymyksellä.

Palveluntuottajat arvioivat, että asiakkaista yli 60 % hyötyi kuntoutuksesta vähintään hyvin tai erinomaisesti jokaisessa palveluryhmässä. KIILA-kuntoutuksessa jopa 81 % asiakkaista hyötyi palveluntuottajan arvion mukaan kuntoutuksesta hyvin tai erinomaisesti. Eniten asiakkaita, jotka hyötivät kuntoutuksesta välttävästi tai ei ollenkaan oli TULES-kursseilla, joilla 9 % asiakkaista ei hyötynyt kuntoutuksesta edes kohtalaisesti. (Kuvio 4, s. 24.)

Kuvio 4. Palveluntuottajan arvio kuntoutuksen tuottamasta hyödystä^a (n = 2 911).

a Neljäs kysymys työkyvystä palveluntuottajalle: Kuntoutuja hyötyi tästä kuntoutuksesta.

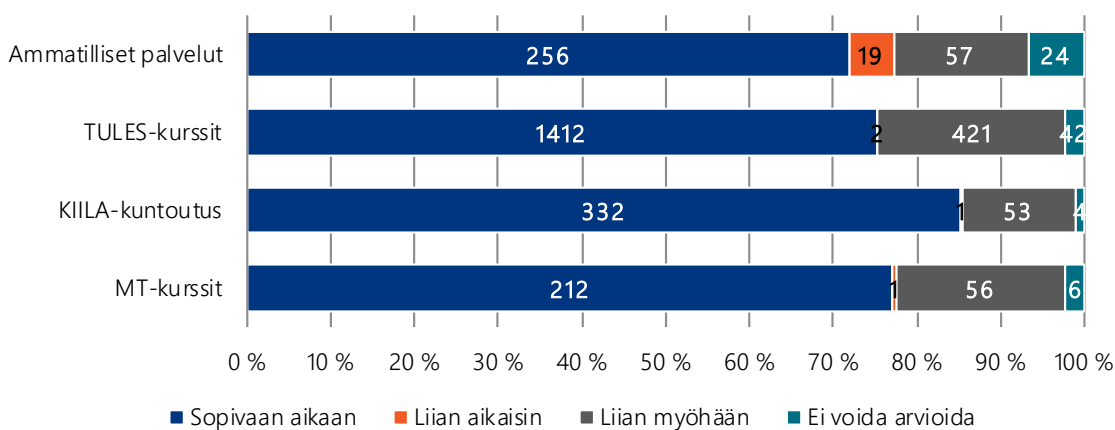
Asiakkaat olivat palveluntuottajien arvon mukaan kuntoutuksessa toimintakyvyn ylläpitämisen kannalta pääsääntöisesti sopivaan aikaan. Vähintään kolme neljästä asiakkaasta oli kuntoutuksessa sopivaan aikaan kaikissa palveluryhmissä. Ammatillisissa kuntoutuspalveluissa kuusi prosenttia asiakkaista oli toimintakyvyn ylläpitämisen kannalta kuntoutuksessa liian aikaisin. Muissa asiakasryhmissä oli palveluntuottajien arvioiden mukaan vain yksittäisiä liian aikaisin kuntoutukseen osallistuneita. Toimintakyvyn ylläpitämisen kannalta liian myöhään kuntoutukseen osallistuneita asiakkaita oli eniten TULES-kursseilla (19 %). (Kuvio 5.)

Kuvio 5. Palveluntuottajan arvio kuntoutuksen oikea-aikaisuudesta suhteessa asiakkaan toimintakyvyn ylläpitämiseen^a (n = 2 902).

a Viides kysymys työkyvystä palveluntuottajalle: Kuntoutuja oli kuntoutuksessa oikea-aikaisesti suhteessa toimintakyvyn ylläpitämiseen.

Asiakkaat olivat palveluntuottajien arvion mukaan kuntoutuksessa työkyvyn ylläpitämisen kannalta pääsääntöisesti sopivaan aikaan. Parhaiten oikea-aikaisuus toteutui KIILA-kuntoutuksessa, jossa 85 % asiakkaista oli työkyvyn ylläpitämisen suhteen kuntoutuksessa sopivaan aikaan. Ammatillisissa palveluissa viisi prosenttia asiakkaista oli työkyvyn ylläpitämisen kannalta kuntoutuksessa liian aikaisin. Muissa asiakasryhmissä oli vain yksittäisiä palveluntuottajien arvion mukaan liian aikaisin olleita. Ammatillisissa palveluissa oli myös eniten asiakkaita, joiden kohdalla oikea-aikaisuutta työkyvyn ylläpitämisen suhteen ei voitu arvioida. Eniten kuntoutuksessa liian myöhään olleita asiakkaita oli TULES- ja MT-kursseilla, joilla joka viides asiakas oli työkyvyn ylläpitämisen kannalta palveluntuottajan arvion mukaan liian myöhään. (Kuvio 6.)

Kuvio 6. Palveluntuottajan arvio kuntoutuksen oikea-aikaisuudesta suhteessa asiakkaan työkyvyn ylläpitämiseen^a (n = 2 898).



a Kuudes kysymys työkyvystä palveluntuottajalle: Kuntoutuja oli kuntoutuksessa oikea-aikaisesti suhteessa työkyvyn ylläpitämiseen.

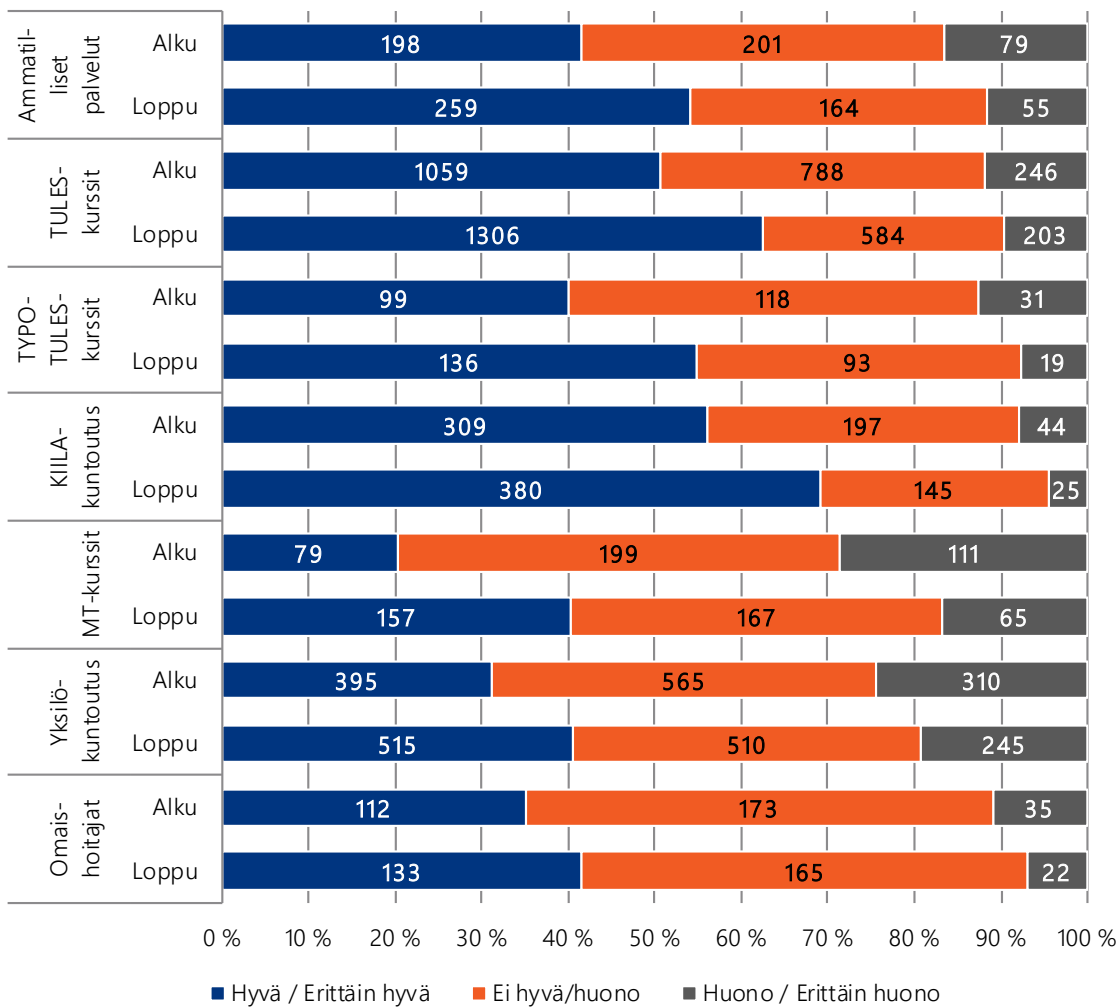
5.3 Asiakkaan kokema yleinen elämänlaatu ja tyytyväisyys terveyteensä

Asiakkaiden omaa arviota yleisestä elämänlaadustaan ja tyytyväisyyttä terveyteensä kysyttiin WHOQOL-BREF-kyselylomakkeen kahdella ensimmäisellä kysymyksellä kaikissa kuntoutuspalveluissa.

Elämänlaatunsa hyväksi tai erittäin hyväksi arvioineiden osuus kasvoi ja huonoksi tai erittäin huonoksi arvioineiden osuus pieneni kaikissa palveluryhmissä. Suurin osuus elämänlaatunsa hyväksi tai erittäin hyväksi arvioineita asiakkaita oli KIILA-kuntoutuksessa sekä kuntoutuksen alussa (56 %) että lopussa

(69 %). Kuntoutuksen alussa heikoimmaksi elämänlaatusa arvioivat mielenterveyskuntoutuskurssien asiakkaat, joista vain joka viides arvioi elämänlaatusa hyväksi tai erittäin hyväksi ja 29 % huonoksi tai erittäin huonoksi. Kuntoutuksen lopussa eniten elämänlaatusa huonoksi arvioineita asiakkaita oli moniammatillisessa yksilökuntoutuksessa, jossa 19 % asiakkaista arvioi elämänlaatusa huonoksi tai erittäin huonoksi. (Kuvio 7.)

Kuvio 7. Asiakkaan arvio elämänlaadustaan^a (n = 5 348).

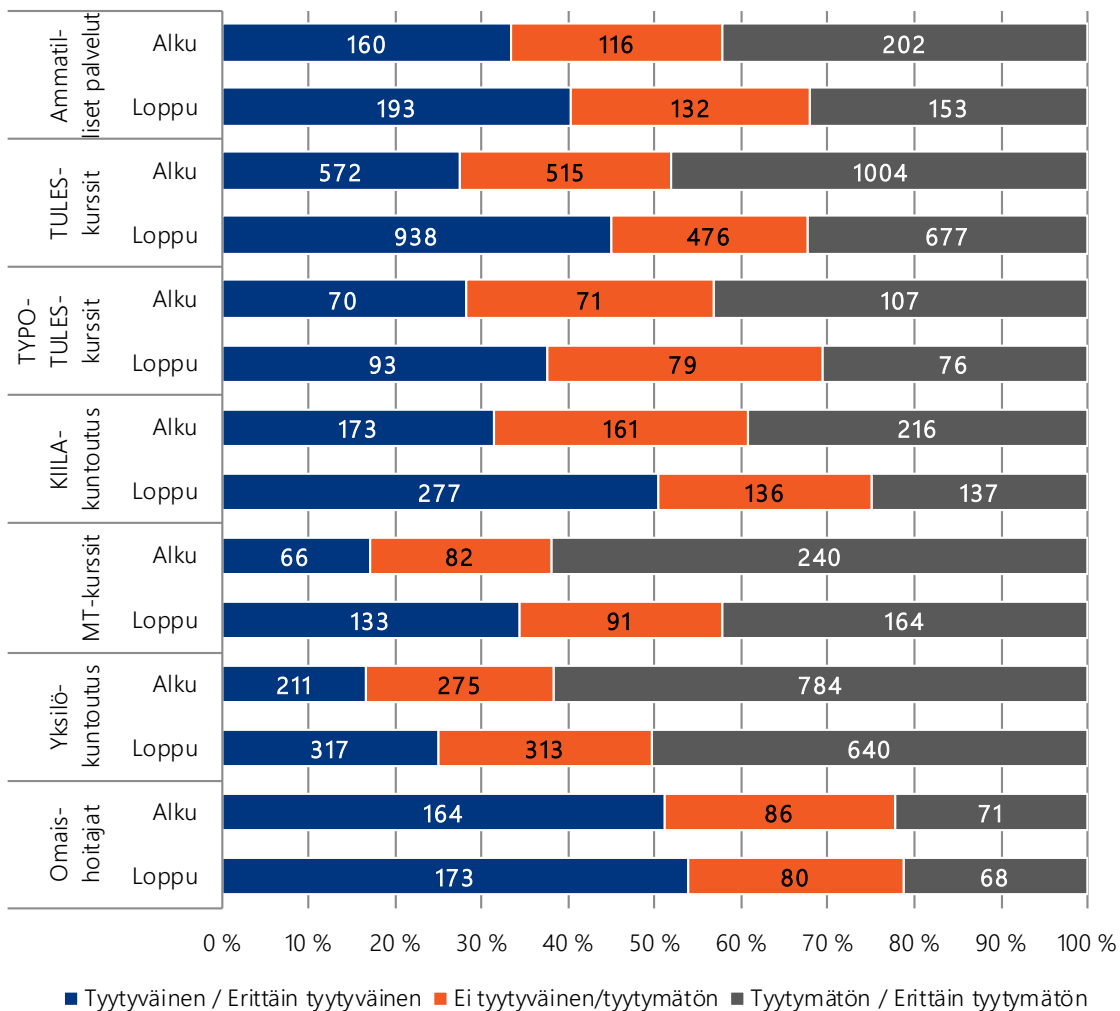


a WHOQOL-BREF-kyselylomakkeen kysymys 1: Millaiseksi arvioitte elämänlaatusanne?

Terveyteensä tyytyväisten tai erittäin tyytyväisten osuus kasvoi ja tyytymättömien tai erittäin tyytymättömien osuus pieneni kuntoutuksen aikana kaikissa palveluryhmissä. Suurin osuus terveyteensä tyytyväisiä oli omaishoitajien kuntoutuskursseilla sekä kuntoutuksen alussa (51 %) että lopussa (54 %). Kuntoutuksen alussa terveyteensä tyytymättömien osuus oli suurin mielenterveyskuntoutuskursseilla sekä

moniammatillisessa yksilökuntoutuksessa, joissa 62 % asiakkaista oli kuntoutuksen alussa terveyteensä tyytymättömiä tai erittäin tyytymättömiä. Kuntoutuksen lopussa terveyteensä tyytymättömien osuus oli suurin moniammatillisessa yksilökuntoutuksessa, jossa puolet asiakkaista oli kuntoutuksen päättyessä terveyteensä tyytymättömiä tai erittäin tyytymättömiä. Terveyteensä tyytyväisten osuus kasvoi eniten TULES-kursseilla, KIILA-kuntoutuksessa sekä mielenterveyskuntoutuskursseilla. (Kuvio 8.)

Kuvio 8. Kuntoutujan tyytyväisyys terveyteensä^a (n = 5 346).



^a WHOQOL-BREF-kyselylomakkeen kysymys 2: Kuinka tyytyväinen olette terveyteenne?

5.4 Elämänlaadun ulottuvuudet

Asiakkaiden elämänlaadun neljää ulottuvuutta arvioitiin kaikissa palveluryhmissä WHOQOL-BREF-kyselylomakkeen vastauksista muodostetulla mittarilla. Mittarin ulottuvuudet saavat pisteitä siten, että, sata pistettä kuvaa parasta mahdollista elämänlaatua ja nolla huonointa.

Fyysisen elämänlaadun pistekeskisarvo nousi kuntoutuksen aikana jokaisessa palveluryhmässä. Moniammatillisen yksilökuntoutuksen asiakkaiden pistekeskisarvo oli muihin palveluihin verrattuna matalin sekä kuntoutuksen alussa että lopussa. Kuntoutuksen alussa korkein pistekeskisarvo oli omaishoitajien kuntoutuskurssien asiakkailla, mutta kuntoutuksen lopussa KIILA-kuntoutuksessa, jossa kuntoutuksen aikainen muutos oli keskimäärin suurempi. (Taulukko 6, s. 29.)

Psyykkisen elämänlaadun pistekeskisarvo nousi kuntoutuksen aikana jokaisessa palveluryhmässä. Sekä kuntoutuksen alussa että lopussa mielenterveyskuntoutuskursseilla pistekeskisarvo oli muita asiakasryhmiä matalampi, mutta myös kuntoutuksen aikana tapahtunut positiivinen muutos oli mielenterveyskuntoutuskursseilla muita palveluryhmiä suurempi. Kuntoutuksen alussa korkein pistekeskisarvo oli TULES-kursseilla (62,5) ja kuntoutuksen lopussa KIILA-kuntoutuksessa (65,9).

Ympäristöön liittyvässä elämänlaadussa korkein kuntoutuksen alun pistekeskisarvo oli KIILA-kuntoutuksessa (70,8) ja matalin moniammatillisessa yksilökuntoutuksessa (62,5). Kuntoutuksen aikana tapahtuneet muutokset ympäristöön liittyvässä elämänlaadussa olivat keskimäärin varsin pieniä. Omaishoitajien kuntoutuskursseilla muutos ei eronnut tilastollisesti merkitsevästi nolasta.

Sosiaalisessa elämänlaadussa korkein pistekeskisarvo oli kuntoutuksen alussa TULES-kursseilla (69,7) ja kuntoutuksen lopussa TULES-kursseilla ja KIILA-kuntoutuksessa (70,9). Matalin pistekeskisarvo oli sekä kuntoutuksen alussa että lopussa mielenterveyskuntoutuskursseilla, jossa tapahtui kuitenkin kuntoutuksen aikana keskimäärin suurin muutos sosiaalisessa elämänlaadussa.

Taulukko 6. Elämänlaadun ulottuvuudet kuntoutuksen alussa ja kuntoutuksen aikana tapahtunut muutos (n = 5 335–5 343).

Elämänlaadun ulottuvuus / palveluryhmä	Alkumittaus ka. ^a (sd ^b)	Muutos ka. (95 % lv ^c)
Fyysinen		
Ammatilliset palvelut (n = 476)	55,7 (19,0)	4,2 (3,0–5,5)
TULES-kurssit (n = 2 091)	54,2 (16,6)	5,3 (4,7–6,0)
TYPO-TULES-kurssit (n = 247)	50,9 (16,3)	5,3 (3,8–6,8)
KIILA-kuntoutus (n = 552)	56,6 (15,1)	6,4 (5,2–7,6)
MT-kurssit (n = 389)	48,8 (15,4)	6,5 (5,0–8,1)
Yksilökuntoutus (n = 1 267)	44,1 (17,7)	3,9 (3,1–4,6)
Omaishoitajat (n = 321)	59,9 (14,5)	1,9 (0,6–3,2)
Psyykinen		
Ammatilliset palvelut (n = 476)	53,9 (19,8)	5,6 (4,3–6,9)
TULES-kurssit (n = 2 087)	62,5 (16,3)	2,6 (2,0–3,1)
TYPO-TULES-kurssit (n = 247)	61,8 (16,0)	2,5 (1,0–4,0)
KIILA-kuntoutus (n = 552)	60,9 (15,9)	5,0 (3,8–6,2)
MT-kurssit (n = 388)	39,3 (15,9)	8,4 (6,9–10,0)
Yksilökuntoutus (n = 1 266)	54,6 (18,3)	2,5 (1,8–3,2)
Omaishoitajat (n = 319)	60,4 (13,1)	1,7 (0,4–3,0)
Ympäristö		
Ammatilliset palvelut (n = 476)	64,4 (16,1)	1,7 (0,5–2,8)
TULES-kurssit (n = 2 085)	70,0 (14,7)	1,4 (1,0–1,9)
TYPO-TULES-kurssit (n = 247)	68,8 (15,5)	1,6 (0,2–3,0)
KIILA-kuntoutus (n = 551)	70,8 (13,1)	2,6 (1,7–3,5)
MT-kurssit (n = 388)	63,0 (14,2)	1,8 (0,6–2,9)
Yksilökuntoutus (n = 1 268)	62,5 (16,2)	1,2 (0,6–1,9)
Omaishoitajat (n = 321)	65,3 (13,4)	0,9 (–0,3 – 2,1)
Sosiaalinen		
Ammatilliset palvelut (n = 475)	64,4 (21,9)	1,8 (0,2–3,4)
TULES-kurssit (n = 2 092)	69,7 (18,7)	1,2 (0,5–1,9)
TYPO-TULES-kurssit (n = 246)	65,8 (18,6)	1,4 (–0,3 – 3,2)
KIILA-kuntoutus (n = 552)	67,8 (19,5)	3,2 (1,7–4,6)
MT-kurssit (n = 389)	50,1 (20,6)	4,7 (2,8–6,6)
Yksilökuntoutus (n = 1 268)	62,9 (21,1)	1,5 (0,5–2,4)
Omaishoitajat (n = 321)	60,8 (17,5)	0,5 (–1,2 – 2,2)

a ka. = keskiarvo.

b sd = keskihajonta.

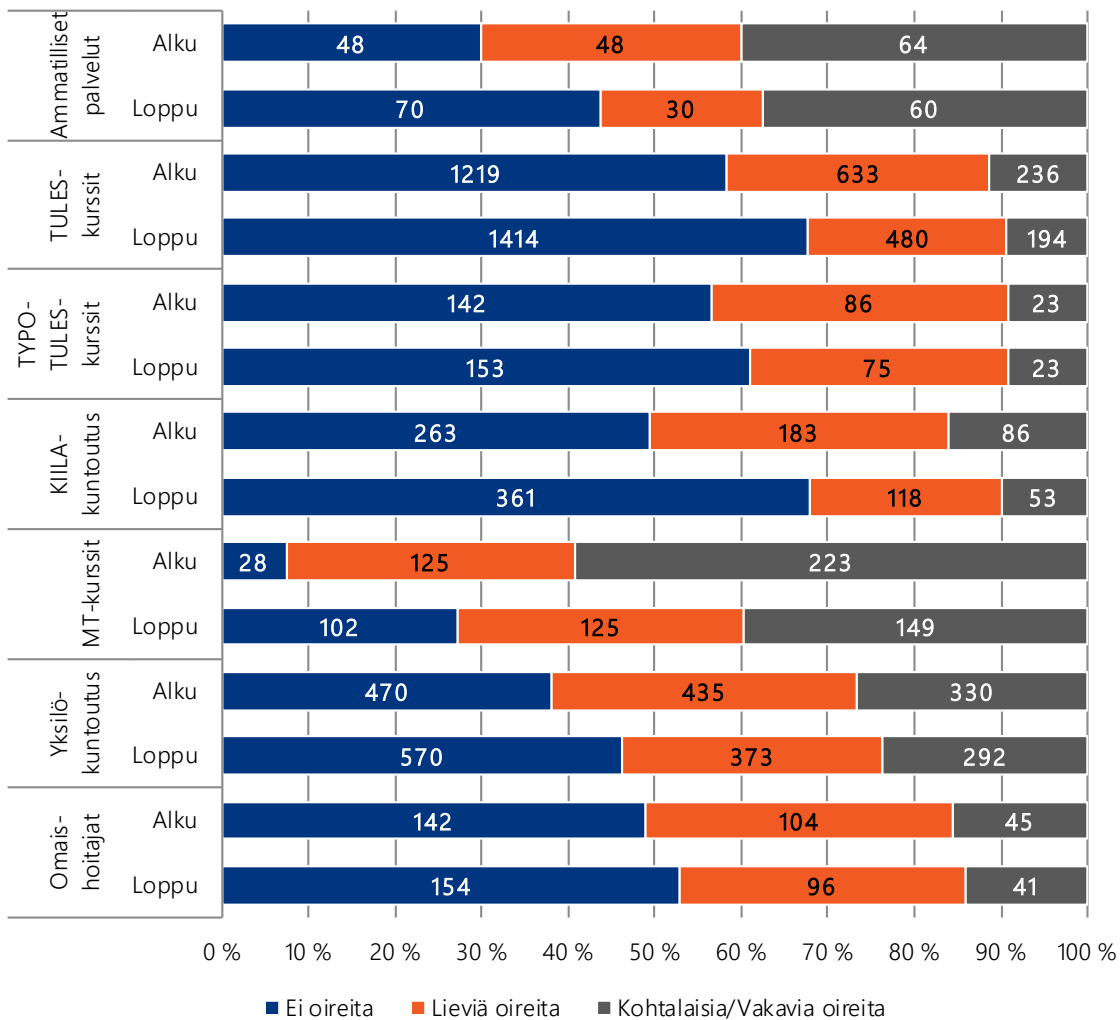
c 95 % lv = 95 %:n luottamusväli keskiarvolle.

5.5 Masennusoireet

Asiakkaiden kokemia masennusoireita arviointiin kuntoutuksen alussa ja lopussa BDI-21-mittarilla. Mittari oli käytössä kaikissa palveluryhmissä lukuun ottamatta ammatillisten palvelujen TEAK-kuntoutusta. Mittarin tulokset on raportoitu kuitenkin ammatillisen kuntoutuksen muiden palvelujen osalta.

Asiakkaiden, jotka eivät kokeneet masennusoireita, osuus kasvoi kuntoutuksen aikana jokaisessa palveluryhmässä. Oireettomien asiakkaiden osuus oli kuntoutuksen alussa suurin työelämässä olevien TULES-kursseilla (58 %). Kuntoutuksen lopussa oireettomien asiakkaiden osuus oli sekä TULES-kursseilla että KIILA-kuntoutuksessa 68 %. Kohtalaisten ja vakavien masennusoireiden osuus oli asiakasryhmistä suurin mielenterveyskuntoutuskursseilla sekä kuntoutuksen alussa että lopussa. Osuus kuitenkin pieneni kuntoutuksen alun 59 %:sta kuntoutuksen lopun 40 %:iin. (Kuvio 9.)

Kuvio 9. Masennusoireiden vakavuusaste kuntoutuksen alussa ja lopussa (n = 4 933).



5.6 GAS-tavoitteiden toteutuminen

Kuntoutuksen tavoitteiden toteutumista tarkasteltiin GAS-menetelmällä kaikissa palveluryhmissä. Menetelmässä asiakkaan tavoitteet pyritään asettamaan niin, että ne ovat realistisesti saavutettavissa. Arviointiasteikko asetetaan siten, että asiakas voi myös ylittää tämän asetetun realistisen tavoitetason. Tavoitteiden toteutumista tarkasteltaessa on otettava huomioon, että kun tavoitteet on ylitetty, on ne saavutettu keskimääräistä paremmin tai ne on voitu laatia liian helpoiksi saavuttaa. (Sukula ja Vainiemi 2019).

Kaikkiaan 54 % asiakkaista saavutti GAS-tavoitteensa vähintään odotetusti. Suhteellisesti eniten GAS-tavoitteita saavutettiin ammatillisissa palveluissa, joissa 27 % saavutti tavoitteensa odotetusti ja 40 % yli odotusten. Eniten tavoitteensa alle odotusten saavuttaneita oli työelämässä oleville suunnatuilla TULES-kursseilla, joilla alle puolet asiakkaista saavutti tavoitteensa vähintään odotetusti. (Taulukko 7.)

Taulukko 7. GAS-tavoitteiden toteutuminen kuntoutuksen lopussa (n = 5 616).

Palveluryhmä	Gas-tavoitetaso		
	Alitettu n (%)	Saavutettu n (%)	Ylitetty n (%)
Ammatilliset palvelut (n = 673)	220 (32,7)	181 (26,9)	272 (40,4)
TULES-kurssit (n = 2 080)	1 126 (54,1)	466 (22,4)	488 (23,5)
TYPO-TULES-kurssit (n = 233)	104 (44,6)	63 (27,0)	66 (28,3)
KIILA-kuntoutus (n = 540)	231 (42,8)	121 (22,4)	188 (34,8)
MT-kurssit (n = 326)	154 (47,2)	72 (22,1)	100 (30,7)
Yksilökuntoutus (n = 1 510)	651 (43,1)	428 (28,3)	431 (28,5)
Omaishoitajat (n = 254)	98 (38,6)	82 (32,3)	74 (29,1)

6 Mielensterveys ja työkyky

6.1 Kelan kuntoutuksen mielensterveysasiakkaat

Tässä luvussa käsitellään tarkemmin vuonna 2018 kuntoutuksensa päättäneiden asiakkaiden joukosta niitä, jotka osallistuivat mielensterveyskuntoutuskursseille sekä mielensterveysdiagnoosillisia muihin raportin kuntoutuspalveluihin osallistuneita asiakkaita. Luvun aineistoon valittiin mukaan asiakkaat, joiden kuntoutusratkaisuun kirjatussa sairausdiagnoositiedoissa oli pää- tai lisäsairaudeksi merkitty mielensterveyden tai käyttäytymisen häiriö (ICD-10-luokituksen mukaiset F-alkuiset diagnoosit).

Aineistoa käsitellään kahdessa palveluryhmässä: mielensterveyskuntoutuskursseille osallistuneita asiakkaita käsitellään yhtenä ryhmänä ja muihin kuntoutuspalveluihin osallistuneita asiakkaita toisena ryhmänä ("muut mielensterveysasiakkaat") (Taulukko 8). Jos henkilö oli osallistunut useampaan samassa palveluryhmässä raportoitavaan kuntoutuspalveluun, otettiin aineistoon vain toisen asiakassuhteen tiedot, jotta yhdessä käsiteltävässä palveluryhmässä jokainen henkilö on edustettuna vain yhden kerran. Tällaisia tapauksia oli aineistossa kuitenkin vain vähän. Lopullinen luvussa käsiteltävä aineisto käsittää 1 450 asiakasta.

Kahden palveluryhmän erilliseen tarkasteluun on päädytty mielensterveyskuntoutuskurssien muista palveluista poikkeavan luonteen takia. Kurssit keskittyvät erityisesti mielensterveyteen ja masennusoireisiin, kun raportin muissa kuntoutuspalveluissa mielensterveyden teema on yksi teema monien teemojen joukossa.

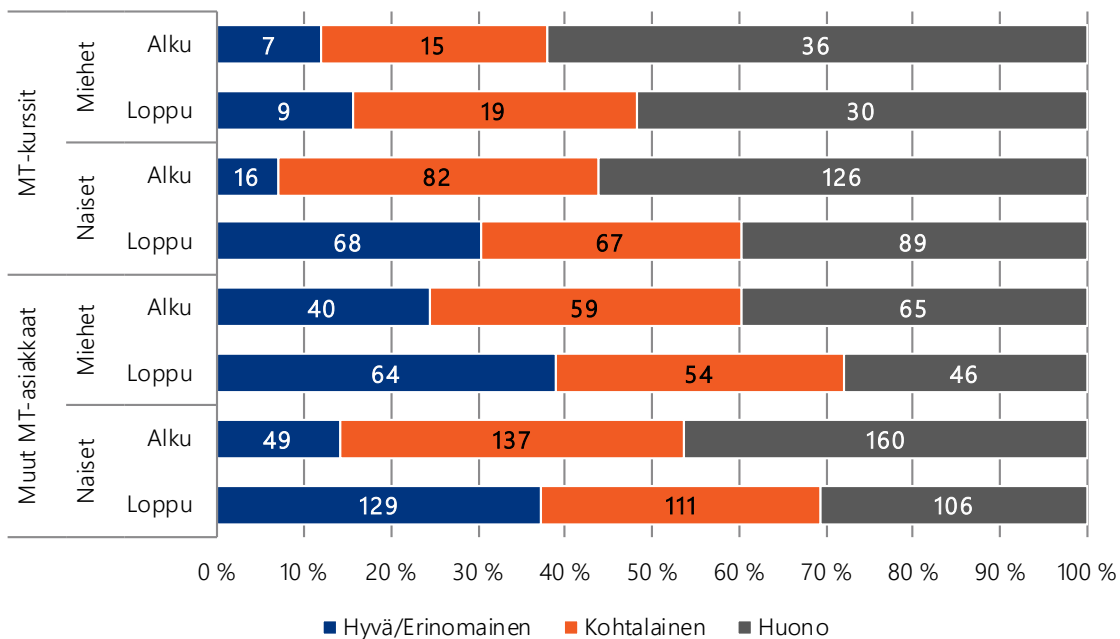
Taulukko 8. Mielensterveysasiakkaat palveluryhmittäin ja sukupuolittain (N = 1 450).

Palveluryhmä	Miehet n (%)	Naiset n (%)
Mielensterveyskuntoutuskurssit (n = 416)	90 (21,6)	326 (78,4)
Muut mielensterveysasiakkaat (n = 1 034)	352 (34,0)	682 (66,0)
Ammatilliset palvelut (n = 513)	233 (45,4)	280 (54,6)
TULES-kurssit (n = 126)	26 (20,6)	100 (79,4)
TYPO-TULES-kurssit (n = 13)	3 (23,1)	10 (76,9)
KIILA-kuntoutus (n = 144)	23 (16,0)	121 (84,0)
Yksilökuntoutus (n = 203)	58 (28,6)	145 (71,4)
Omaishoitajat (n = 35)	9 (25,7)	26 (74,3)

6.2 Mielensterveysasiakkaiden kokema työkyky, psyykkinen elämänlaatu ja masennusoireet

Mielensterveyskuntoutuskurssien asiakkailla arviot työkyvystä eivät eronneet kuntoutuksen alussa miesten ja naisten välillä tilastollisesti merkitsevästi. Muiden mielensterveysasiakkaiden kohdalla miehet pitivät työkykyään naisia parempana kuntoutuksen alussa ($p < 0,05$). Arviot työkyvystä paranivat kuntoutuksen aikana mielensterveyskurssien naisilla sekä muilla mielensterveysasiakkailla molemmilla sukupuolilla ($p < 0,001$). Mielensterveyskurssien miehillä arviot työkyvystä eivät parantuneet tilastollisesti merkitsevästi. (Kuvio 10.)

Kuvio 10. Kuntoutujan arvio työ- tai opiskelukykyystään^a sukupuolittain (n = 792).



^a Ensimmäinen kysymys työkyvystä: Oletetaan, että työ- tai opiskelukyky on parhaimmillaan saanut arvosanan 10. Minkä arvon antaisit sille nyt? "Huono" = arvot 0–5, "Kohtalainen" = arvot 6–7, "Hyvä/Erinomainen" = arvot 8–10.

Mielensterveyskuntoutuskursseilla psyykkinen elämänlaatu ei eronnut miesten ja naisten välillä kuntoutuksen alussa tilastollisesti merkitsevästi. Muiden asiakkaiden kohdalla miesten psyykkisen elämänlaadun pistemäärä oli keskimäärin korkeampi ($p > 0,01$). Kuntoutuksen alussa muiden asiakkaiden psyykkinen elämänlaatu oli keskimäärin mielensterveyskurssille osallistuneita parempi ($p < 0,001$), mutta mielensterveyskurssilla kuntoutuksen aikana tapahtunut myönteinen muutos oli keskimäärin suurempi

($p < 0,001$). Molemmissa asiakasryhmissä sekä miehillä että naisilla psyykkinen elämänlaatu kohentui kuntoutuksen aikana. (Taulukko 9.)

Taulukko 9. Elämänlaadun psyykkinen ulottuvuus kuntoutuksen alussa ja kuntoutuksen aikana tapahtunut muutos (n = 1 091).

Palveluryhmä/sukupuoli	Alkumittaus ka. ^a (sd ^b)	Muutos ka. (95 % lv ^c)
Mielenterveyskuntoutuskurssit (n = 388)	39,3 (15,9)	8,4 (6,9–10,0)
Miehet (n = 81)	38,9 (14,1)	6,3 (2,9–9,8)
Naiset (n = 307)	39,4 (16,3)	9,0 (7,2–10,7)
Muut mielenterveysasiakkaat (n = 703)	49,9 (18,2)	5,2 (4,2–6,3)
Miehet (n = 212)	52,6 (19,2)	3,9 (2,2–5,7)
Naiset (n = 491)	48,8 (17,7)	5,8 (4,5–7,1)

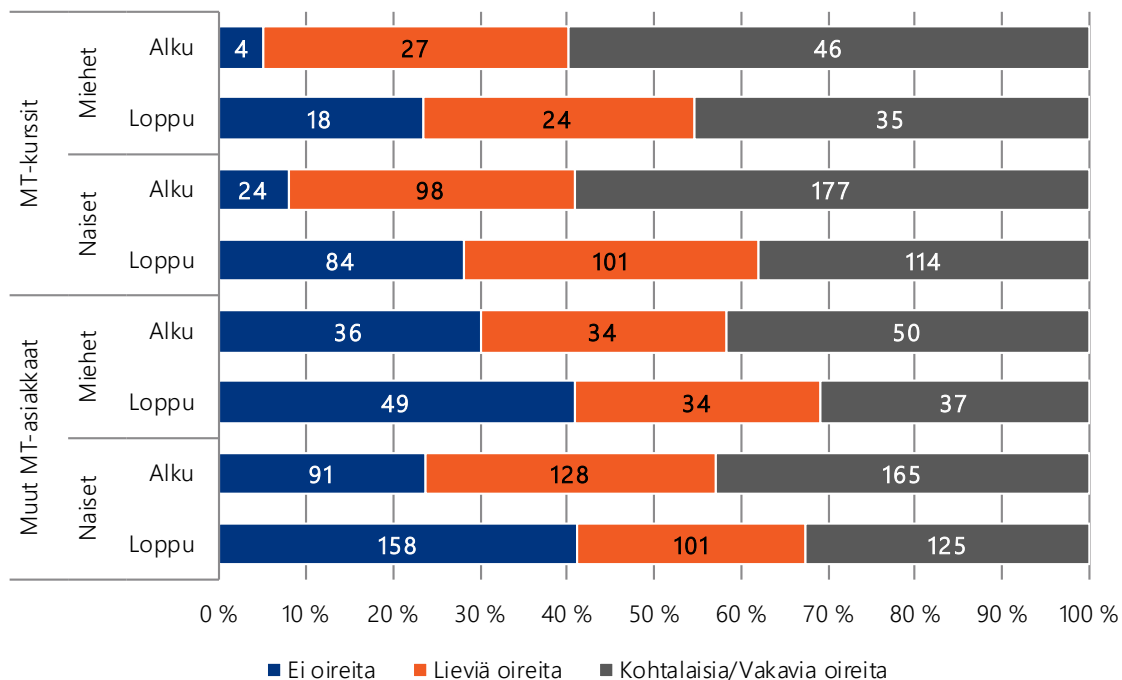
a ka. = keskiarvo.

b sd = keskihajonta.

c 95 % lv = 95 %:n luottamusväli keskiarvolle.

Mielenterveyskurssien asiakkaista 33 %:lla oli lieviä ja 59 %:lla kohtalaisia tai vakavia masennusoireita kuntoutuksen alussa. (Kuvio 9.) Vastaavasti muilla mielenterveysasiakkailla kuntoutuksen alussa lieviä masennusoireita oli 32 %:lla asiakkaista ja kohtalaisia tai vakavia masennusoireita 43 %:lla. Masennusoireiden vakavuusasteessa ei ollut kuntoutuksen alussa tilastollisesti merkitsevää eroa sukupuolten välillä kummassakaan palveluryhmässä. Kummassakin palveluryhmässä oireettomien asiakkaiden määrä kasvoi ja kohtalaisten ja vakavien oireiden määrä väheni kuntoutuksen aikana sekä miehillä että naisilla. (Kuvio 11, s. 35.) Mielenterveyskurssien miehillä kuntoutuksen alku- ja lopputilanne ei eronnut toisistaan tilastollisesti merkitsevästi toisin kuin mielenterveyskurssien naisilla ($p < 0,001$) sekä muiden mielenterveysasiakkaiden miehillä ($p < 0,005$) ja naisilla ($p < 0,001$).

Kuvio 11. Masennusoireiden vakavuusaste kuntoutuksen alussa ja lopussa sukupuolittain (n = 880).



Arvioitu työ- ja opiskelukyky kohentui keskimäärin kuntoutuksen aikana asiakkailta, joiden psyykinen elämänlaatu kohentui kuntoutuksen aikana. Muilla mielenterveysasiakkailta työ- ja opiskelukyky kohentui myös niillä, joiden psyykinen elämänlaatu pysyi ennallaan. Mielenterveyskurssien asiakkailta, joiden psyykinen elämänlaatu heikkeni kuntoutuksen aikana, heikkeni myös heidän arvionsa työ- tai opiskelukykyvyydestä. (Taulukko 10, s. 36.)

Taulukko 10. Asiakkaan arvioiman työ- tai opiskelukyvyn muutoksen keskiarvo suhteessa psyykkisen elämänlaadun muutokseen (n = 730).

Mielenterveyskuntoutuskurssit (n = 272)	Työ- tai opiskelukyvyn muutos ka. ^a (95 % lv ^b)
Psyykinen elämänlaatu	
Heikkeni (n = 54)	-0,7 (-1,4 – -0,1)
Pysyi ennallaan (n = 52)	0,3 (-0,1 – 0,8)
Kohentui (n = 166)	1,5 (1,2–1,8)
Muut mielenterveysasiakkaat (n = 458)	Työ- tai opiskelukyvyn muutos ka. ^a (95 % lv ^b)
Psyykinen elämänlaatu	
Heikkeni (n = 105)	-0,4 (-0,8 – 0,1)
Pysyi ennallaan (n = 82)	0,6 (0,2–0,9)
Kohentui (n = 271)	1,4 (1,1–1,6)

a ka. = keskiarvo.

b 95 % lv = 95 %:n luottamusväli keskiarvolle.

Sekä mielenterveyskuntoutuskurssien asiakkailla että muilla mielenterveysasiakkailla uskossa työssä pysymiseen oli eroa suhteessa masennusoireiden vakavuusasteeseen kuntoutuksen lopputilanteessa ($p < 0,001$). Molemmissa asiakasryhmissä yli 70 % asiakkaista, joilla ei ollut kuntoutuksen lopussa masennusoireita, uskoi melko varmasti kykenevänsä työskentelemään koulutustaan ja ammatillista kokemustaan vastaavassa työssä kahden vuoden kuluttua kuntoutuksen päättymisestä. Mielenterveyskuntoutuskurssien asiakkaista, joilla oli kohtalaisia tai vakavia masennusoireita kuntoutuksen lopussa, 26 % uskoi tulevaan työskentelykykyynsä. Vastaava osuus muilla mielenterveysasiakkailla oli 22 %. (Taulukko 11, s. 37.)

Taulukko 11. Asiakkaan usko työssä pysymiseen suhteessa masennusoireiden vakavuusasteeseen kuntoutuksen lopussa (n = 656).

Palveluryhmä / masennusoireiden vakavuusaste	Asiakkaan arvio työskentelykyvystään koulutustaan ja ammatillista kokemustaan vastaavassa työssä kahden vuoden kuluttua		
	Melko varmasti n (%)	En ole varma n (%)	Tuskin n (%)
Mielenterveyskuntoutuskurssit (n = 287)			
Ei oireita (n = 75)	53 (70,7)	17 (22,7)	5 (6,7)
Lieviä oireita (n = 93)	45 (48,4)	36 (38,7)	12 (12,9)
Kohtalaisia/vakavia oireita (n = 119)	31 (26,1)	55 (46,2)	33 (27,7)
Muut mielenterveysasiakkaat (n = 369)			
Ei oireita (n = 167)	125 (74,9)	33 (19,8)	9 (5,4)
Lieviä oireita (n = 103)	42 (40,8)	44 (42,7)	17 (16,5)
Kohtalaisia/vakavia oireita (n = 99)	22 (22,2)	38 (38,4)	39 (39,4)

7 Vuonna 2017 kuntoutuksensa päättäneiden työ- ja elämäntilanne rekisterien valossa

Kuntoutukseen osallistuneiden työ- ja elämäntilannetta tarkastellaan myös hallinnollisten rekisterien avulla. Rekisteritietojen avulla on mahdollista täydentää kuvaa asiakkaiden tilanteesta ennen kuntoutusta ja sen jälkeen. Asiakkaiden tilanteen tarkasteluun käytettiin Eläketurvakeskuksen (ETK) ja Kelan rekistereihin kertyviä, erityisesti työssäoloon ja eläke-etuuksiin liittyviä tietoja.

Rekisteriseurannassa tarkastellaan vuonna 2017 kuntoutuksen päättäneitä asiakkaita, joten tarkasteltavien asiakkaiden ryhmä eroaa muualla raportissa tarkastellusta vuonna 2018 kuntoutuksen päättäneiden asiakkaiden joukosta. Vuonna 2017 kuntoutuksen päättäneiden asiakkaiden työ- ja elämäntilanteen osalta on rekisteritietojen perusteella mahdollista tarkastella kuntoutuksen päättymisvuotta edeltäneen vuoden (2016), kuntoutuksen päättymisvuoden (2017) ja yhden kuntoutuksen päättymistä seuraavan vuoden (2018) työ- ja elämäntilannetta.

7.1 Rekisteriseurannan aineisto

Kuntoutuksensa päättäneiden työ- ja elämäntilanteen seuranta käsittelee vuonna 2017 kuntoutuksensa päättäneitä ammatillisen kuntoutuksen (ammatillinen kuntoutus selvitys, työkokeilu ja työhönvalmennus) sekä harkinnanvaraisen kuntoutuksen (TULES-kurssit ja moniammatillinen yksilökuntoutus) asiakkaita. Rekisteriseuranta-aineisto sisältää tiedot 3 664 asiakkaasta, joilta löytyi loppumittaustieto vähintään yhdessä kuntoutuksen hyödyn arvioinnin tiedonkeruun lopputilannetta kuvaavassa kysymyksessä vuodelta 2017. Rekisteritietoihin perustuva seuranta keskittyy työelämäaseman tarkasteluun, mistä syystä yli 68-vuotiaat sekä alle 16-vuotiaat asiakkaat on poistettu aineistosta. Myös vuonna 2017 KIILA-kuntoutuksen (n = 120) tai mielenterveyskuntoutuskurssin (n = 8) päättäneet asiakkaat on poistettu aineistosta palvelujen pienen tietomäärän takia. Rekisteriaineistossa kukin henkilö on mukana vain kerran, vaikka henkilö olisi vuonna 2017 päättänyt useamman kuntoutuspalvelun.

Aineistoa käsitellään kolmessa ryhmässä: Ammatilliset kuntoutuspalvelut (n = 772), Tuki ja liikuntaelin-sairaiden kuntoutuskurssit (n = 2 280) sekä Harkinnanvarainen moniammatillinen yksilökuntoutus (n = 612). Ryhmät vastaavat vuoden 2017 hyödyn arvioinnin aineiston (Reiterä ym. 2019) ryhmiä lukuun ottamatta tarkastelun ulkopuolelle jätettyä yli 68-vuotiaiden asiakkaiden ryhmää.

Palveluryhmien sukupuolijakaumissa vuonna 2017 kuntoutuksensa päättäneiden aineistossa oli eroa ($p < 0,001$). Ammatillisissa kuntoutuspalveluissa 48% asiakkaista oli miehiä, kun TULES-kursseilla miehiä oli 31%. Myös palveluryhmien ikäjakaumat eroavat toisistaan ($p < 0,001$). Ammatillisissa kuntoutuspalveluissa yleisin ikäluokka oli 25–34-vuotiaat, kun taas TULES-kursseilla ja moniammatillisessa yksilökuntoutuksessa oli eniten 55–64-vuotiaita. (Taulukko 12, s. 39.)

Taulukko 12. Asiakkaiden sukupuoli- ja ikäluokkajakauma palveluryhmittäin, N = 3 664.

Sukupuoli/ikäluokka	Asiakasryhmä n (%)		
	Ammatilliset palvelut n = 772 (100 %)	TULES-kurssit n = 2 280 (100 %)	Yksilökuntoutus n = 612 (100 %)
Sukupuoli, yhteensä			
Miehet (n = 1 297)	369 (47,8)	708 (31,1)	220 (35,9)
Naiset (n = 2 367)	403 (52,2)	1 572 (68,9)	392 (64,1)
Ikäluokka			
16–24 vuotta (n = 128)	116 (15,0)	6 (0,3)	6 (1,0)
25–34 vuotta (n = 325)	217 (28,1)	76 (3,3)	32 (5,2)
35–44 vuotta (n = 541)	168 (21,8)	303 (13,3)	70 (11,4)
45–54 vuotta (n = 1 227)	169 (21,9)	845 (37,1)	213 (34,8)
55–64 vuotta (n = 1 365)	102 (13,2)	1 014 (44,5)	249 (40,7)
64–68 vuotta (n = 78)	-	36 (1,6)	42 (6,9)

7.2 Asiakkaan työtilanne ennen ja jälkeen kuntoutuksen

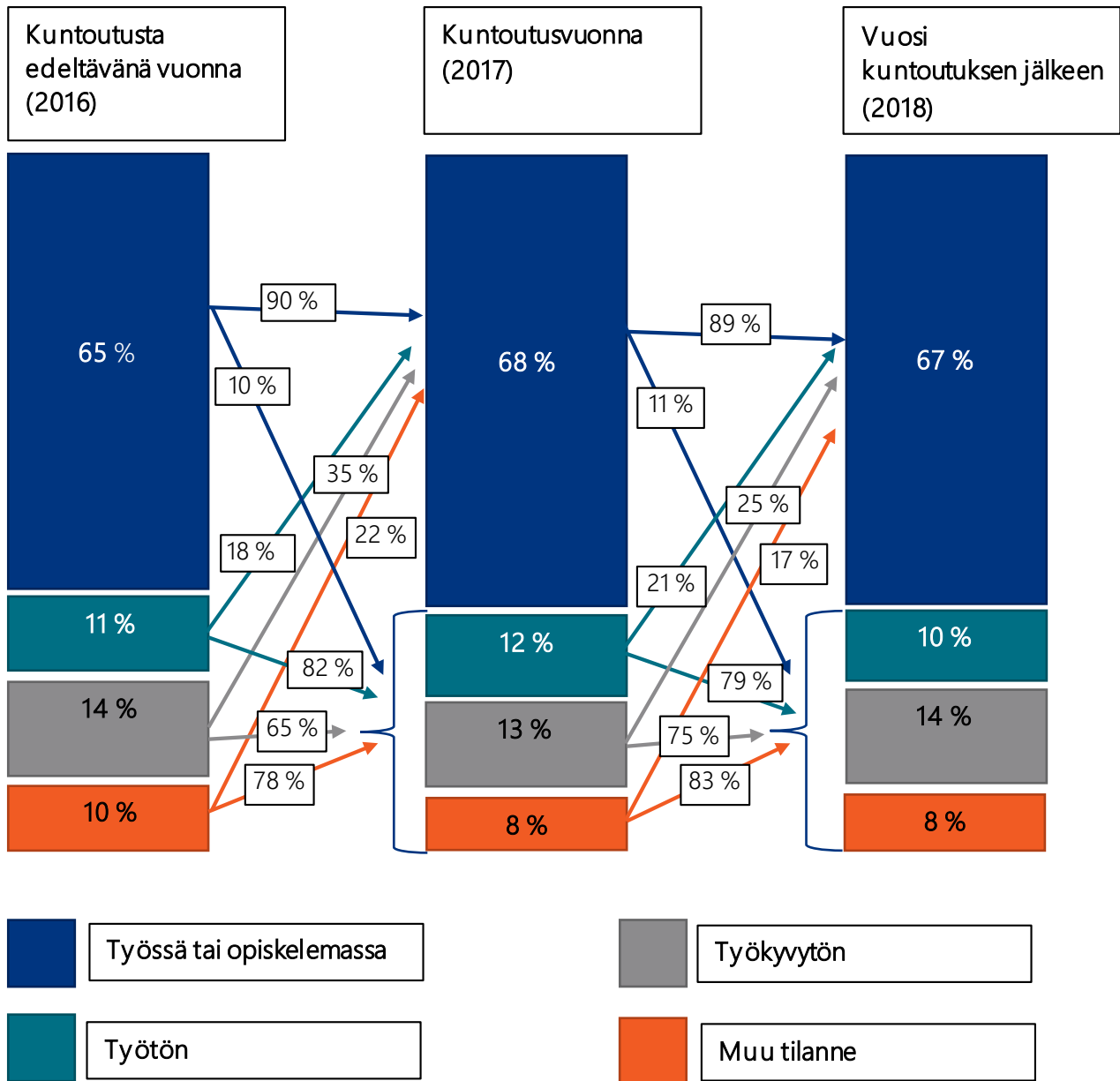
Kuntoutusasiakkaan työ- ja eläketilannetta tarkastellaan useista eri rekistereistä yhdistettyjen tietojen avulla. Rekisteritietojen perusteella määritellään, onko asiakas työssä, eläkkeellä, työttömänä, opiskelija vai työmarkkinoiden suhteen jossain muussa asemassa. Työssäolo on määritetty ETK:n ansaintarekisterin perusteella. Tiedot eläkkeellä tai työttömänä olosta perustuvat Kelan etuusrekistereiden ja ETK:n tietoihin samoin kuin tiedot toistaiseksi myönnetyllä työkyvyttömyyseläkkeellä olosta ja määräaikaisesta työkyvyttömyydestä, joka sisältää sairauspäivärahalla tai kuntoutustuella olon. Opintotuen tai nuoren kuntoutusrahan saaminen on määritelty Kelan etuusrekisteritietojen perusteella. Lisäksi käytössä on tieto mahdollisesta kuolinpäivästä. Kunkin vuoden tilannetta kuvaamaan käytetään pääsääntöisesti vuoden lopun, eli 31.12. tilannetta. Kuitenkin opintotuen ja nuoren kuntoutusrahan saamisen perusteella määriteltyjä elämäntilanteita tarkasteltaessa kuntoutuja katsotaan opiskelijaksi, jos hän on saanut opintotukea marraskuussa, ja nuoren kuntoutusrahan saajaksi, mikäli hän on saanut kyseistä tukea joulukuussa.

Asiakkaan työtilannetta on tarkasteltu neljässä eri ryhmässä. Ryhmä ”työssä tai opiskelemassa” sisältää asiakkaat, jotka ovat tarkasteluvuoden lopussa olleet rekisteritiedon perusteella joko työssä tai sekä työssä että eläkkeellä. Lisäksi ryhmään kuuluu henkilöitä, jotka ovat saaneet opintotukea marraskuussa tai nuoren kuntoutusrahaa joulukuussa. Ryhmä ”työtön” sisältää tarkasteluvuoden lopussa rekisteritie-

don perusteella työttömänä olleet asiakkaat. Ryhmä "työkyvytön" sisältää asiakkaat, jotka olivat tarkasteluvuoden lopussa työkyvyttömyyseläkkeellä, kuntoutustuella tai sairauspäivärahalla. Ryhmä "muu tilanne" sisältää asiakkaat, jotka ovat tarkasteluvuoden lopussa muulla eläkkeellä kuin työkyvyttömyyseläkkeellä, kuolleita (seurannan aikana 4 asiakasta) tai joiden työtilannetta ei ole rekisterien perusteella pystytty määrittämään miksikään edellä mainituista.

Työssä tai opiskelemissa olleiden määrä ei muuttunut merkittävästi vuonna 2017 kuntoutuksensa päättäneiden asiakkaiden joukossa (kuvio 12, s. 40). Vuosi ennen kuntoutuksen päättämistä työssä tai opiskelemissa olleiden osuus oli 65 %, kuntoutuksen päättämisenä vuonna 68 % ja kuntoutuksen päättämistä seuraavana vuonna 67 %. Myöskään työttömien, työkyvyttömiä ja muussa tilanteessa olevien kokonaisuuksissa ei tapahtunut suuria muutoksia. Kumpanakin seurantavuonna yhdeksän kymmenestä edeltävänä vuonna työssä tai opiskelemissa olleista jatkoi työssä tai opiskelemissa myös seuraavana vuonna. Kuntoutusta ennen työttöminä olleista 18 % siirtyi työhön tai opiskelemaan kuntoutusvuonna ja kuntoutusvuoden työttömistä 21 % siirtyi työhön tai opiskelemaan kuntoutuksen jälkeen. Asiakkaista, jotka olivat kuntoutusta ennen työkyvyttömiä, 35 % siirtyi kuntoutuksen päättämisenä vuonna työhön tai opiskelemaan ja kuntoutusvuoden työkyvyttömistä neljännes siirtyi työhön tai opiskelemaan kuntoutuksen päättämisenä vuonna. Kuntoutusta ennen muussa tilanteessa olleista asiakkaista 22 % siirtyi työhön tai opiskelemaan kuntoutuksen päättämisenä vuonna. Kuntoutuksen päättämisenä vuonna ja kuntoutusta seuraavan vuoden välillä vastaava siirtymä oli 17 %.

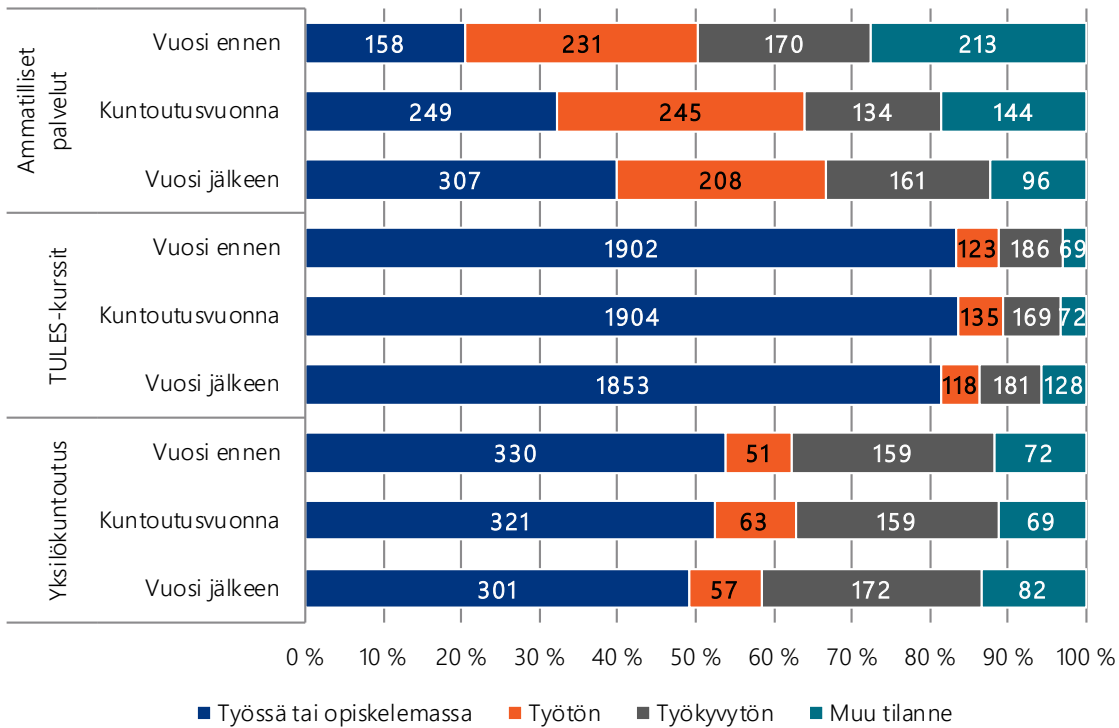
Kuvio 12. Asiakkaan työelämäsema kuntoutusta ennen, kuntoutusvuonna ja vuosi kuntoutuksen jälkeen (N = 3 664).



Kuntoutuksen palveluryhmistä suurin osuus työssä tai opiskelemissa olevia oli TULES-kurssien ja pienin osuus ammatillisten kuntoutuspalveluiden asiakkaita (kuvio 13, s. 42). Seurannan aikana ammatillisten kuntoutuspalveluiden asiakkailla työssä tai opiskelemissa olevien määrä kasvoi ja työttömien, työkyvyttömiä ja muussa tilanteessa olevien määrä pieneni kuntoutusta edeltävästä vuodesta kuntoutuksen päättymistä seuraavaan vuoteen. Ammatillisissa palveluissa työssä tai opiskelemissa olevien osuus kasvoi kuntoutusta edeltävästä 20 %:sta kuntoutusta seuraavan vuoden 40 %:iin. Muussa tilanteessa olevien osuus laski seurannan aikana 28 %:sta 12 %:iin. TULES-kursseilla työssä tai opiskelemissa olevien osuus

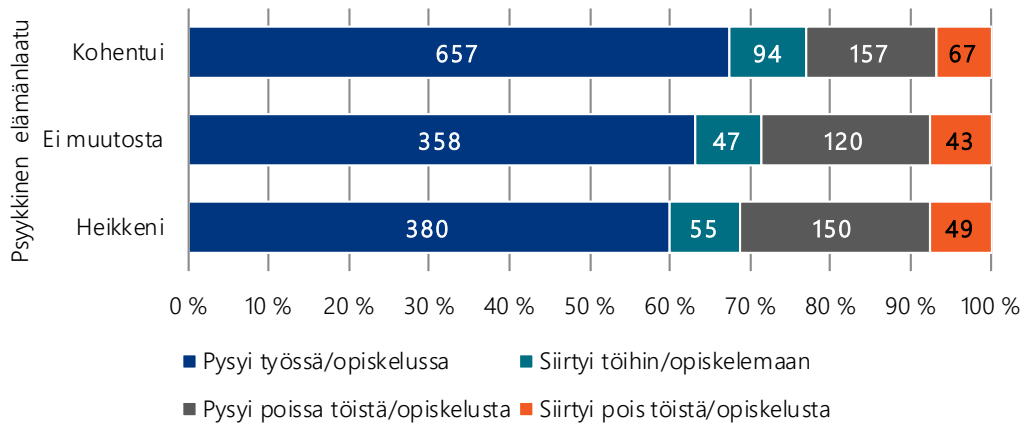
hieman pieneni seurannan aikana. Sen sijaan muussa tilanteessa olevien osuus kasvoi, mitä selittää osaltaan vanhimpien TULES-kurssien asiakkaiden eläkeiän saavuttaminen. Moniammatillisessa yksilökuntoutuksessa työssä tai opiskelemassa olevien osuus pieneni ja työttömien, työkyvyttömiä ja muussa tilanteessa olevien osuus kasvoi seurannan aikana. Muutokset osuuksissa olivat kuitenkin varsin pieniä.

Kuvio 13. Asiakkaan työelämäasema kuntoutusta ennen, kuntoutusvuonna ja vuosi kuntoutuksen jälkeen raportointiryhmittäin (N = 3 664).



Asiakkaat, joiden psyykinen elämänlaatu kohentui kuntoutuksen aikana, olivat kuntoutuksen päättämisen vuotta seuraavana vuonna useammin töissä tai opiskelemassa kuin asiakkaat, joiden psyykinen elämänlaatu ei parantunut (kuvio 14, s. 43). Asiakkaista, joiden psyykinen elämänlaatu kohentui, 77 % oli työssä tai opiskelemassa kuntoutuksen päättämistä seuraavana vuonna. Näistä asiakkaista 10 % siirtyi työhön tai opiskelemaan ja 7 % työn tai opiskelun ulkopuolelle. Asiakkaista, joiden psyykinen elämänlaatu heikkeni, oli työssä tai opiskelemassa kuntoutuksen päättämistä seuraavana vuonna 69 % asiakkaista. Näistä asiakkaista 9 % siirtyi työhön tai opiskelemaan ja 8 % työn tai opiskelun ulkopuolelle.

Kuvio 14. Asiakkaan psyykkisessä elämänlaadussa tapahtunut muutos suhteessa asiakkaan työtilanteeseen kuntoutusta ennen ja kuntoutuksen päättymistä seuraavana vuonna (n = 2 177).



8 Yhteenveto

Tämä raportti käsittelee niiden kuntoutuksen hyödyn raportointiin suostumuksensa antaneiden kuntoutuksen asiakkaiden alku- ja loppumittaustietoja, jotka ovat olleet kuntoutuksessa vuoden 2018 aikana ja joiden kuntoutus on päättynyt samana vuonna sekä tiedot on toimitettu Kelaan 31.5.2019 mennessä. Lisäksi raportissa on rekisteriseurannan osuus, jossa käsitellään vastaavanlaisten vuonna 2017 kuntoutuksensa päättäneiden asiakkaiden tietoja.

Vuoden 2018 aineistoa käsitellään raportissa seitsemässä palveluryhmässä. Näitä ryhmiä ovat ammatilliset kuntoutuspalvelut (n = 885), työelämässä oleville suunnatut tuki- ja liikuntaelinsairaiden kuntoutuskurssit (n = 2 650), työelämästä poissa oleville suunnatut tuki- ja liikuntaelinsairaiden kuntoutuskurssit (n = 325); ammatillinen KIILA-kuntoutus (n = 662); mielenterveyskuntoutuskurssit (n = 416); harkinnanvarainen moniammatillinen yksilökuntoutus (n = 1 692) ja omaishoitajien kuntoutuskurssit (n = 365). Keskeiset tulokset on esitetty tietolaatikossa (s. 44).

Tietolaatikko. Kuntoutuksen aikana ja rekisteriseuranta-aikana tapahtuneita muutoksia

Aineisto

- Aineisto sisältää tiedot 6 963 henkilöstä ja heidän 6 995 asiakassuhteestaan.
- Aineisto kattaa 56 % kuntoutuksen hyödyn raportoinnin piirissä olleista vuonna 2018 kuntouksensa päättäneistä asiakkaista.

Mittaritiedot

Työkyky (työkykykysymykset)

- Työ- ja opiskelukyky koheni kuntoutuksen aikana. Suurin myönteinen muutos tapahtui KIILA-kuntoutuksessa.
- Epävarmuus tulevasta työskentelykyvystä vähentyi kuntoutuksen aikana.
- Työkyvyn ylläpitämisen kannalta kuntoutus tapahtui pääsääntöisesti sopivaan aikaan.
- Toimintakyvyn ylläpitämisen kannalta liian myöhään kuntoutukseen osallistuneita oli eniten TULES-kursseilla.

Elämänlaatu (WHOQOL-BREF)

- Fyysinen ja psyykinen elämänlaatu koheni kuntoutuksen aikana.
- Terveysteen tyytyväisten osuus kasvoi eniten KIILA-kuntoutuksessa, TULES- ja mielenterveyskursseilla.
- Ympäristöön liittyvät elämänlaadun muutokset olivat keskimäärin pieniä.
- Sosiaalisessa elämänlaadussa suurin myönteinen muutos tapahtui mielenterveyskursien aikana.

Masennusoireet (BDI-21)

- Oireettomien asiakkaiden osuus kasvoi kuntoutuksen aikana kaikissa kuntoutusmuodoissa.
- Masennusoireet vähenivät myös kursseilla, jotka eivät lähtökohtaisesti keskity mielenterveyden kysymyksiin.

Kuntoutuksen tavoitteiden saavuttaminen (GAS)

- Yli puolet asiakkaista saavutti asettamansa tavoitteet vähintään odotetusti.

Rekisteriseuranta (työtilanne ennen kuntoutusta ja vuosi kuntoutuksen jälkeen)

- Työssä tai opiskelemissa olleiden asiakkaiden kokonaismäärä ei muuttunut merkittävästi seuranta-aikana.
- Työttömien, työkyvyttömiä ja muussa tilanteessa olevien osuuksissa ei tapahtunut suuria muutoksia.
- Ammatillisten kuntoutuspalveluiden asiakkailla työssä tai opiskelemissa olevien määrä kaksinkertaistui ja työttömien, työkyvyttömiä ja muussa tilanteessa olevien määrä puolittui.
- Asiakkaat, joiden psyykinen elämänlaatu muuttui paremmaksi kuntoutuksen aikana, olivat kuntoutuksen päättymisvuotta seuraavana vuonna useammin töissä tai opiskelemissa kuin asiakkaat, joiden psyykinen elämänlaatu ei kohentunut.

Mielenterveysasiakkaiden työkyky, masennusoireet, psyykinen elämänlaatu ja työtilanne

- Viidesosalla asiakkaista oli pää- tai lisäsairautena mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriö.
- Mielenterveyskursien asiakkaat kokivat työ- ja opiskelukykyä sekä psyykkisen elämänlaatunsa lähtötilanteessa heikommaksi kuin muiden kuntoutusmuotojen asiakkaat. Mielenterveyskursien aikana tapahtunut muutos parempaan oli kuitenkin muiden kuntoutusmuotojen asiakkaita suurempi.
- Naiset arvioivat useimmin kuin miehet, että heidän työkykynsä muuttui paremmaksi mielenterveyskursien myötä.
- Masennuksen suhteen oireettomien osuus kasvoi ja kohtalaisten ja vakavien oireiden määrä väheni kuntoutuksen aikana.
- Kaksi kolmasosaa asiakkaista, joilla ei ollut kuntoutuksen lopussa masennusoireita, uskoi melko varmasti kykenevänsä työskentelemään koulutustaan ja ammatillista kokemustaan vastaavassa työssä kahden vuoden kuluttua kuntoutuksen päättymisestä.
- Asiakkaiden psyykinen elämänlaatu kohentui kuntoutuksen aikana kaikissa kuntoutusmuodoissa.
- Asiakkaat, jotka arvioivat psyykkisen elämänlaatunsa kohentuneen kuntoutuksen aikana, arvioivat myös, että heidän työ- ja opiskelukyky muuttui paremmaksi.

9 Pohdinta

9.1 Vuoden 2018 mittaritiedot

Kuntoutuksen hyödyn raportointiin osallistuu vuosittain yhä useampi Kelan kuntoutuksen asiakkaista. Vuoden 2017 aineiston kattavuus oli 46 % kun se tässä vuoden 2018 aineistossa on jo 56 %. Kaikkiaan aineisto kattaa nyt suuremman osa kuntoutuksen asiakkaista kuin aiemmin. On mahdollista, että mittaritietojen kerääminen vähitellen vakiintuu luontevaksi osaksi asiakkaiden kuntoutusprosesseja.

Asiakkaiden kokemus omasta työskentelykyvystään vahvistui parempaan tai huonompaan suuntaan kuntoutuksen aikana. Niiden asiakkaiden osuus, jotka uskoivat melko varmasti pystyvänsä työskentelemään kahden vuoden kuluttua koulutustaan ja ammatillista kokemustaan vastaavassa työssä, kasvoi kuntoutuksen aikana. Yhtä lailla kasvoi kuitenkin myös niiden asiakkaiden osuus, jotka eivät uskoneet pystyvänsä työhön tai opiskeluun kahden vuoden kuluttua. Epävarmojen osuus pieneni jokaisessa ryhmässä. On mahdollista, että kuntoutus selkeyttää asiakkaiden käsitystä omasta työskentelykyvystään. Monilla voi olla aluksi epämääräinen kuva siitä, mikä heidän tilanteensa on tulevan työelämän suhteen, ja kuntoutuksen aikana omasta tilanteesta muodostuu jäsentyneempi kuva.

Moni asiakkaista koki, että heidän työ- ja opiskelukykynsä muuttui paremmaksi kuntoutuksen aikana. KIILA-kuntoutuksen ja TULES-kurssien osalta oli huomattavissa, että erityisesti tilanteensa kohtalaiseksi kokevien osuus pieneni. Sen sijaan mielenterveyskurssien ja ammatillisten palvelujen osalta tilanteensa kohtalaiseksi kokevien osuudet näyttivät pysyvän suunnilleen saman suuruisina ennen ja jälkeen kuntoutuksen. Näissä palveluissa tilanteensa hyväksi tai erinomaiseksi kokeneiden määrä kasvoi suunnilleen samassa suhteessa kuin mitä huonoksi kokevien osuudet laskivat. KIILA- ja TULES-kurssien osalta tuloksissa näkyy todennäköisesti kurssien painotus työkyvyn heikentymisen ennaltaehkäisyyn. Asiakkaiden tilanteisiin pyritään puuttumaan mahdollisimman varhain ja pitämään heidät työelämässä. Sen sijaan mielenterveyskursseilla ja ammatillisissa palveluissa asiakkaat ovat voineet olla jo pidempään pois työelämästä, jolloin asiakkaiden lähtötilanne on erilainen kuin KIILA- ja TULES-kursseilla.

Kuntoutuksen aikana on tapahtunut asioita, jotka ovat parantaneet monen kohdalla koettua elämänlaatua ja tyytyväisyyttä omaan terveyteensä. Yleisen elämänlaadun ja terveyden suhteen muutokset olivat samansuuntaisia kaikissa palveluryhmissä. Elämänlaatusa hyväksi tai erittäin hyväksi arvioineiden

osuus kasvoi ja huonoksi tai erittäin huonoksi arvioineiden osuus pieneni kaikissa palveluryhmissä. Myös terveyteensä tyytyväisten tai erittäin tyytyväisten osuus kasvoi ja tyytymättömien tai erittäin tyytymättömien osuus pieneni kuntoutuksen aikana kaikissa palveluryhmissä. Terveyteensä tyytyväisten osuus kasvoi eniten TULES-kursseilla, KIILA-kuntoutuksessa sekä mielenterveyskursseilla.

Yli puolet asiakkaista saavutti kuntoutukselle asetetut tavoitteensa vähintään odotetusti, mutta tarkempi tarkastelu osoitti, että joissain palveluryhmissä tavoite saavutettiin alle odotusten. Eniten tavoitteensa alle odotusten saavuttaneita oli työelämässä oleville suunnatuilla TULES-kursseilla.

9.2 Työ- ja eläketilanteiden seuranta

Myös Eläketurvakeskuksen ja Kelan rekistereihin pohjautuvan aineiston avulla kuntoutuspalveluiden asiakkaiden työ- ja eläketilanteiden kehitystä voitiin nyt tarkastella aiempaa kattavammin. Edellisessä vuosiraportissa rekisteritietoihin perustuvaa seurantaa raportoitiin ensimmäisen kerran. Tällöin vuonna 2016 Kelan kuntoutuksen päättäneiden asiakkaiden työ- ja eläketilanteita seurattiin yhden vuoden ajan, eli vuoden 2017 loppuun. Rekisteritietojen karttuminen olisi mahdollistanut myös edellisen vuoden raportissa käsitellyn kuntoutujajoukon, eli vuonna 2016 kuntoutuksen päättäneiden asiakkaiden, työ- ja eläketilanteen tarkastelun kahden kuntoutuksen päättymistä seuraavan vuoden osalta. Nyt rekisteritietoihin perustuvaa seurantaa on kuitenkin tehty Kelan kuntoutuksen vuonna 2017 päättäneiden asiakkaiden osalta. Myös heidän työ- ja eläketilannettaan on tarkasteltu kuntoutuksen päättymistä seuraavan vuoden, eli vuoden 2018, loppuun asti. Tämä johtuu ennen kaikkea siitä, että vuonna 2017 kuntoutuksen päättäneiden asiakkaiden joukko on kattavampi, kuin edellisessä raportissa tarkastelu kuntoutuksen vuonna 2016 päättäneiden asiakkaidena joukko. Nyt käytössä olevan aineiston avulla on mahdollista kuitenkin myös tarkastella, ovatko huomiot nyt samansuuntaisia kuin edellisessä raportissa.

Edellisessä kuntoutuksen hyödyn arviointia koskevassa raportissa nähtiin vuonna 2017 Kelan kuntoutuksen päättäneiden osalta merkkejä siitä, että kuntoutukseen osallistuminen nostaa työssä ja opiskelemissa olevien osuutta. Silloin oli nähtävissä, että työssä tai opiskelemissa olevien osuus saattaisi kasvaa kuntoutusta edeltävästä vuodesta kuntoutuksen jälkeiseen vuoteen, erityisesti niiden osalta, jotka olivat mukana ammatillisissa kuntoutuspalveluissa. Nyt tehdyn rekisteritarkastelun tulokset ovat samansuun-

taisia. Seuranta osoitti, että kuntoutuksen päättymisvuotta seuraavana vuonna juuri ammatillisten kuntoutuspalveluiden asiakkailta työssä tai opiskelemissa olevien määrä kaksinkertaistui ja työttömien, työkyvyttömiä ja muussa tilanteessa olevien määrä puolittui.

9.3 Mielenterveys ja työkyky

Aineiston parempi kattavuus on tehnyt mielekkääksi raportin syventämisen erikoisteemaan. Tämän raportin teemaksi valittiin mielenterveys ja työkyky. Ajankohtaiseen teemaan syventyminen on myös mahdollistanut Kelan kuntoutuksen hyödyn raportoinnissa kertyvän tiedon syvemmän analyysin.

Joka viidennellä asiakkaalla oli pää- tai lisäsairautena mielenterveyden häiriö. Mielenterveyden häiriöt ovat nousseet merkittävimmäksi työkyvyttömyyden aiheuttajaksi Suomessa, joten niihin liittyvä kuntoutus on keskeisessä roolissa työkykyä tukevassa ja palauttavassa toiminnassa. Myönnettyjen työkyvyttömyyseläkkeiden määrä on kääntynyt viime vuosina pitkän laskun jälkeen nousuun (Laaksonen 2019), ja kasvuun on keskeisesti vaikuttanut mielenterveyden häiriöistä johtuvien eläkkeiden lisääntyminen. Alle 35-vuotiailla mielenterveyden häiriöistä johtuvien eläkkeiden kasvu on jatkunut jo yli kymmenen vuoden ajan (Mattila-Holappa 2018). Mielenterveyden häiriöt ovat myös ohittaneet tuki- ja liikuntaelinsairaudet Kelan korvaamissa sairauspäivissä (Blomgren 2019).

Mielenterveyden häiriöiden merkittävään rooliin työkyvyttömyyden aiheuttajana vaikuttavat mm. niiden somaattisia sairauksia varhaisempi puhkeamisikä (Whiteford ym. 2000), sekä vakavampien häiriöiden suuri vaikutus kognitiivisiin toimintoihin (Bilder ym. 2000.)

Tiedonkäsittelyyn ja sosiaaliseen toimintakykyyn liittyvien vaatimusten arvioidaan kasvaneen työelämässä, mikä korostaa mielenterveyden ja psyykkisen työkyvyn merkitystä, ja voi johtaa kasvavaan kuntoutustarpeeseen näillä alueilla. Sairausilmiöihin, esimerkiksi mielenterveyden kysymysten esiin nousuun mediassa ja lisääntyneeseen hoitoon hakeutumiseen mielenterveyden häiriöiden vuoksi, vaikuttavat myös mm. taloudelliset tekijät ja kulttuurilliset ilmiöt. (Varje ja Väänänen 2018.)

Kelan kuntoutukseen hakijoiden joukossa mielenterveysdiagnoosien määrä onkin kasvanut vuosien myötä. Mielenterveyden- ja käyttäytymisen häiriöiden osuus on kasvanut huomattavasti kaikkien Kelan kuntoutusta saaneiden joukossa vuodesta 2015 vuoteen 2019. Vuonna 2015 osuus oli 46 % kun se

vuonna 2019 oli jo 65 %⁹. Ammatillisessa kuntoutuksessa vastaavat osuudet olivat 52 % vuonna 2015 ja 57 % vuonna 2019¹⁰. Ammatillisen kuntoutuksen osalta viimeisen vuoden 2019 osuutta pienentää todennäköisesti uusi KKRL 7a §:n mukainen kuntoutus, jossa nuoret eivät enää tarvitse diagnoosia päättäkseen ammatilliseen kuntoutukseen. Työelämästä tai opiskelusta poissa olevien, tuen tarpeessa olevien nuorten ammatillisen kuntoutuspalvelujen saajia oli yli 2 000 vuonna 2019¹¹.

Työkykyyn vaikuttavat terveydentilan lisäksi myös osaaminen ja motivaatio ja kuntoutuksessa pitäisi pyrkiä vaikuttamaan näihin kaikkiin. Kun työ muuttuu nopeasti, ja osaamisen vaatimukset työelämässä kasvavat, osaamisen puute voi johtaa riittämättömyyden tunteeseen ja psyykkiseen oireiluun (Varje ja Väänänen 2018). Kuntoutuksessa tulisikin jatkossa käsitellä osaamisen roolia kuntoutujien käsityksessä työkyvystään, sekä mahdollisuuksia työn muokkaamiseen, mikäli kuntoutujan työkyky ei riitä hänen senhetkiseen työhönsä tai uuden työn hankkimiseen (Mattila-Holappa ym. 2018; Selinheimo ym. 2018). Työkyvyn tukemiseksi vaaditaan usein sekä yksilön tukemista, että toimia työpaikalla (Kerätär 2016).

Tulosten perusteella kuntoutuksen asiakkaan tilanteessa tapahtuu kuntoutuksen aikana myönteisiä muutoksia, jotka ilmenevät masennusoireiden vähentymisenä, psyykkisen elämänlaadun kohenemisena ja parantuneessa arvioissa työ- ja opiskelukyvyistä. Psyykkisen elämänlaadun koettiin muuttuneen paremmaksi kuntoutuksen aikana jokaisessa kuntoutusmuodossa ja masennusoireet vähenivät myös kuntoutuspalveluissa, jotka eivät keskity nimenomaan mielenterveyden kysymyksiin. Myös oireettomaksi (masennusoireet) itsensä kokeneiden asiakkaiden osuus kasvoi kuntoutuksen aikana kaikissa kuntoutusmuodoissa.

Tekijöitä, jotka vaikuttavat myönteisesti mielenterveyteen riippumatta kuntoutuksessa käsiteltävästä asiasisällöstä voivat olla esimerkiksi ryhmässä kuntoutuksen ohjaajalta ja muilta osallistujilta saatu sosiaalinen tuki, sekä kuntoutuksen elämäntähtäilyä ja päivärytmiä tukeva vaikutus. Lisäksi fyysisen ter-

9 Ks. [tilastotietokanta Kelaston raportti Kelan kuntoutuspalvelujen saajat ja kustannukset sairauspääryhmittäin 2015–2019, koko maa yhteensä \(raportit.kela.fi\)](#).

10 Ks. [tilastotietokanta Kelaston raportti Kelan kuntoutuspalvelujen saajat ja kustannukset sairauspääryhmittäin 2015–2019, koko maa, ammatillinen kuntoutus \(raportit.kela.fi\)](#).

11 Ks. [tilastotietokanta Kelaston raportti Kelan kuntoutuspalvelujen saajat ja kustannukset toimenpiteittäin vuonna 2019, koko maa, ammatillinen kuntoutus \(raportit.kela.fi\)](#).

veyden parantuminen ja kipuoireiden vähentyminen voivat vaikuttaa myös mielenterveyteen, esimerkiksi lisääntyneen arjen toimintakyvyn kautta. Tuki- ja liikuntaelinsairauksien ja mielenterveyden häiriöiden ilmeneminen yhtä aikaa on keskeinen työkykyyn vaikuttava tekijä Suomessa (Miranda ym. 2011).

Mielenterveyskursseilla työ- ja opiskelukyvyn lähtötaso oli muita kuntoutusmuotoja heikompi, mutta myönteinen kehitys kurssien aikana suurempaa kuin muissa kuntoutusmuodoissa. Naiset arvioivat miehiä useammin, että heidän työkykynsä muuttui paremmaksi mielenterveyskurssien myötä. Huolimatta verrattain heikosta lähtötasosta mielenterveyskursseilla, asiakkailta oli voimavaroja hyötyä kuntoutuksesta, ja kuntoutus oli heidän kohdallaan toimintakyvyn suhteen oikein mitoitettua. On kuitenkin huomioitavaa, että katoaineistossa ja keskeyttäneissä voi olla asiakkaita, jotka eivät kokeneet hyötynsä kuntoutuksesta, tai joille kuntoutus ei soveltunut.

Mielenterveyskursseilla opiskelussa tai työelämässä selviytymisen tukeminen on yksi teema muiden joukossa. Kuitenkaan kurssien moniammatillisen työryhmän jäsenten ja erityistyöntekijöiden kokoonpanossa ei ole työelämän asiantuntijaa. Mielenterveyskursseilla asiakkaiden ohjaaminen jatkopalveluihin opiskeluun ja työelämään liittyvien tavoitteiden toteutumisen varmistamiseksi on tämän johdosta tärkeää.

Masennusoireiden poissaolo liittyi myönteisiin odotuksiin tulevasta työkyvystä, mikä on luontevaa, koska masennukseen sairautena liittyy aloitekyvyn heikkeneminen ja kielteiset käsitykset omista mahdollisuuksista (WHO 1993). Sairauden välittömien oireiden lisäksi heikentyneeseen työkykyyn voivat vaikuttaa käsitykset sairauden asettamista rajoituksista ja sairauden kanssa selviämistä helpottavat, mutta pitemmän päälle epäedulliset selviytymiskeinot, kuten vuorovaikutuksesta vetäytyminen (Tuisku ym. 2015).

Kokemus parantuneesta elämänlaadusta kuntoutuksen aikana näkyi myöhemmin myös työelämään siirtymisenä. Vuonna 2017 kuntoutuksensa päättäneet asiakkaat, jotka arvioivat psyykkisen elämänlaatunsa kohentuneen kuntoutuksen aikana, olivat rekistereihin perustuvan tarkastelun mukaan kuntoutuksen päättämivuotta seuraavana vuonna muita useammin työssä tai opiskelemassa.

Lähteet

- Blomgren J. [Mielenterveyden häiriöistä johtuvien sairauspoissaolojen kasvu jatkuu jyrkkänä](#). Helsinki: Kela, Tutkimusblogi, 2020. Viitattu 28.2.2020.
- Bilder RM, Goldman RS, Robinson D, Reiter, Bell L, Bates JA, Pappadopulos E, Willson DF, Alvir JM, Woerner MG, Geisler S, Kane JM, Lieberman JA. Neuropsychology of first-episode schizophrenia. Initial characterization and clinical correlates. *American Journal of Psychiatry* 2000; 157: 549–559.
- Blomgren J. [Mielenterveyden häiriöt ohittivat tuki- ja liikuntaelinten sairaudet sairauspoissaolopäivien määrässä](#). Helsinki: Kela, Tutkimusblogi, 2019. Viitattu 28.1.2020.
- ETK. [Työkyvyttömyyseläkkeelle siirrytään yhä useammin masennuksen vuoksi](#). Helsinki: ETK, Tiedote, 2019. Viitattu 28.2.2020.
- Laaksonen M. [Työkyvyttömyyseläkkeelle siirtyneiden määrä kääntyi nousuun 2018](#). Helsinki: ETK, Blogi, 2019. Viitattu 28.1.2020.
- Mattila-Holappa P. Mental health and labour market participation among young adults. Helsinki: The Social Insurance Institution of Finland, *Studies in social security and health* 152, 2018.
- Miettinen S, Rättö H, Reiterä T, Vadén V-M. [Hyödyn arvioinnista tietoa kuntoutuksen kehittämiseen](#). Helsinki: Kela, Tutkimusblogi, 2019. Viitattu 28.2.2020.
- Miranda H, Kaila-Kangas L, Ahola K. [Särkyä ja alakuloa. Tuki- ja liikuntaelinten kivun ja masentuneisuuden yhteisesiintyvyys Suomessa](#). Helsinki: Työterveyslaitos, 2011. Viitattu 28.2.2020.
- Reiterä T, Miettinen S, Rättö H, Vadén V-M. [Kelán kuntoutuksen hyödyn arvionti 2017](#). Helsinki: Kela, Kuntoutusta kehittämässä 10, 2019. Viitattu 28.2.2020.
- Sukula S, Vainiemi K. [GAS-menetelmä. Käsikirja, versio 4](#). Helsinki: Kela. Viitattu 7.2.2019.
- Tuisku K, Joutsenniemi K, Rentto T, Heikinheimo S. Resource oriented assessment of working ability in psychiatry. *Psychiatr Fenn.* 2015; 46: 125–145.
- Tuulio-Henriksson A, Blomgren J. [Mielenterveysperusteiset sairauspoissaolot yleistyneet kaikissa ikäryhmissä ja erityisesti naisilla](#). Helsinki: Kela, Tutkimusblogi, 2018. Viitattu 28.2.2020.
- Varje P, Väänänen A. Mielenterveys tulevaisuuden työelämässä. *Lääkärilehti* 2018; 73 (44).
- Whiteford HA, Degenhart L, Rehm J, Baxter AJ, Ferrari AJ, Erskine HE, Charlson FJ, Norman RE, Flaxman AD, Johns N, Burstein R, Murray CJ, Vos T. Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders. Findings from the Global Burden of Disease Study. *Lancet* 2013; 382: 1575–1586.
- WHO. [Rehabilitation. Key for health in the 21st century](#). Background paper for the meeting on rehabilitation 2030. A call for action. Geneva: World Health Organization, 2017. Viitattu 12.4.2019.
- WHO (World Health Organization) 1993. [The ICD-10 classification of mental and behavioral disorders](#). Viitattu 10.10.2017.

Liite. Aineiston ja mittaritietojen luokittelu.

Asiakkaan oma arvio työssä selviytymisestä

Asiakkaat arvioivat omaa työ- tai opiskelukykyään asteikolla 0–10 kuntoutuksen alussa ja lopussa. Asiakasta kehoitetaan vastaamaan kysymykseen siten, että paras elämän aikana saavutettu työkyky saisi arvon 10 ja huonoin arvon 0, ja arvioimaan tällä asteikolla nykyistä työkykyään. Työkykypistemäärää on raportissa käytetty sellaisenaan keskiarvoa ja muutosta raportoitaessa, mutta myös luokiteltuna seuraavasti:

- vastausvaihtoehdot 0–5 = "huono työ- tai opiskelukyky"
- vastausvaihtoehdot 6–7 = "kohtalainen työ- tai opiskelukyky"
- vastausvaihtoehdot 8–10 = "hyvä tai erinomainen työ- tai opiskelukyky"

Asiakkaat arvioivat kuntoutuksen alussa ja lopussa työskentelykykyään koulutustaan tai ammatillista kokemustaan vastaavassa työssä kahden vuoden kuluttua kolmiportaisella asteikolla (tuskin, en ole varma, melko varmasti). Asteikkoa käytetään sellaisenaan raportoinnissa.

Lisäksi asiakkaat arvioivat työssä tai opiskelussa selviytymistään viisiportaisella asteikolla. Raportissa on yhdistetty vastausvaihtoehdot "selviydyn hyvin" ja "selviydyn melko hyvin" sekä arvot "ongelmia" ja "suuria ongelmia" työssä selviytymisessä.

Palveluntuottajan arvio kuntoutuksen tuottamasta hyödystä ja oikea-aikaisuudesta

Palveluntuottajan asiantuntija arvioi kuntoutuksen lopussa viisiportaisella asteikolla, kuinka asiakas hyötyi kuntoutuksesta. Raportoinnissa on yhdistetty asiakkaan hyötyä koskevan kysymyksen luokat "välttävää" ja "ei ollenkaan". Asiantuntija myös arvioi kolmiportaisella asteikolla kuntoutuksen oikea-aikaisuutta suhteessa toimintakyvyn ylläpitämiseen tai parantamiseen. Lisäksi palveluntuottajan asiantuntija arvioi neliportaisella asteikolla, oliko kuntoutus oikea-aikaista työ- tai opiskelukyvyn ylläpitämisen tai parantamisen kannalta. Asteikkoja on raportissa käytetty sellaisinaan.

Elämänlaatu ja tyytyväisyys omaan terveyteen

Asiakkaat arvioivat elämänlaatuun elämänlaatumittarin (WHOQOL-BREF) 26 kysymyksellä kuntoutuksen alussa ja lopussa. Mittariin sisältyviä kysymyksiä asiakkaan omasta arviosta yleisestä elämänlaadusta ja tyytyväisyydestä omaan terveyteensä tarkastellaan raportissa erikseen. Kysymysten arvot ”hyvä” ja ”erittäin hyvä” sekä arvot ”huono” ja ”erittäin huono” on yhdistetty raportin taulukoissa ja kuvioissa.

Kuntoutujien elämänlaatua tarkasteltiin muiden kysymysten osalta neljästä ulottuvuudesta: fyysinen ja psyykinen elämänlaatu, sosiaalisen elämänlaadun ulottuvuus ja ympäristöön liittyvä elämänlaatu. Ulottuvuuden arvo 100 kuvaa parasta mahdollista elämänlaatua ja arvo 0 huonointa mahdollista. Psyykkisen elämänlaadun kohdalla pistemäärän alun ja lopun välistä muutosta on käsitelty raportissa luokiteltuna. Jos pistemäärä oli kuntoutuksen lopussa kuntoutuksen alkua suurempi, elämänlaadun muutos on saanut arvon ”kohentui”, jos pistemäärässä ei tapahtunut muutosta, on elämänlaadun muutos saanut arvon ”ei muutosta” ja jos pistemäärä oli kuntoutuksen lopussa alkua pienempi, on elämänlaadu muutos saanut arvon ”heikkeni”.

Masennusoireiden vakavuusaste

Kuntoutujien kokemien masennusoireiden vakavuusastetta tarkasteltiin Beckin 21-osioisella depressio-kyselyllä (BDI-21). Kyselyn tuloksena saadut summapistheet luokiteltiin mittarin pisteytysohjeen mukaisesti neljään luokkaan: ei oireita (pisteet 0–9), lieviä oireita (10–18), kohtalaisia oireita (19–29) ja vaikeita oireita (30–63). Raportissa luokat ”kohtalaisia oireita” ja ”vaikeita oireita” on yhdistetty.

GAS-menetelmä

Kuntoutuja laatii kuntoutuksen alussa yhdessä kuntoutuslaitoksen asiantuntijoiden kanssa kuntoutukselle tavoitteet. Tavoitteiden toteutumista arvioidaan kuntoutuksen lopussa viisiportaisella asteikolla.

Raportissa on kuvattu, miten hyvin kuntoutujat saavuttivat kuntoutuksen alussa asetetut tavoitteet: kuinka suurella osalla tavoitteet jäivät saavuttamatta ja kuinka suuri osa ylitti omat tavoitteensa.