

Ismo Ukkola, Sari Miettinen, Jutta Pulkki, Pekka Heino, Leena Poikkeus

Kelan kuntoutukseen ohjautuminen ja osallistuminen

Kyselytutkimus kuntoutuksen ammattilaisille



Kirjoittajat

Ukkola Ismo, tutkija, VTM
Kela
etunimi.sukunimi@kela.fi

Miettinen Sari, erikoistutkija, TtT
Kela
etunimi.sukunimi@kela.fi

Pulkki Jutta, yliopistonlehtori, TtT
Tampereen yliopisto
etunimi.sukunimi@tuni.fi

Heino Pekka, tutkija, FM
Kela
etunimi.sukunimi@kela.fi

Poikkeus Leena, suunnittelija, YTL
Kela
etunimi.sukunimi@kela.fi

© Kirjoittajat ja Kela

www.kela.fi/tutkimus

ISBN 978-952-284-140-7

ISSN 2323-9239

URI <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2022050231956>

Helsinki 2022

Sisältö

Tiivistelmä	4
1 Johdanto	5
2 Tutkimustehtävä, menetelmät ja aineisto	9
2.1 Kyselylomake.....	9
2.2 Analyysimenetelmät.....	10
2.3 Kyselyaineiston taustatiedot	11
3 Tulokset.....	14
3.1 Summamuuttujat	14
3.1.1 Ammattilaiset ja summamuuttujien alueelliset erot	15
3.1.2 Vaiheiden summamuuttujat ja erityisvastualueet.....	22
3.1.3 Onko kaupunkimaisuudella tai yliopistosairaalalla merkitystä?	24
3.2 Avokysymykset	28
3.2.1 Pääteemat.....	28
3.2.2 Työnjako ja toimintamallit	30
4 Pohdinta.....	33
Lähteet	37
Liiteluettelo	38

Tiivistelmä

Työpaperissa tarkastellaan mahdollisia järjestelmätason syitä alueiden välisiin eroihin Kelan kuntoutukseen ohjautumisessa ja osallistumisessa neljän Kelan kuntoutuspalvelun osalta (työllistymistä edistävä ammatillinen kuntoutus, puheterapia, kuntoutuspsykoterapia ja aivoverenkiertohäiriön sairastaneen kuntoutuskurssi (AVH-kurssi)). Tutkimuksen teoreettisena viitekehyksenä toimi kuntoutuspalvelujen saatavuus ja sen muodostama monitahoinen kokonaisuus. Aineistona käytettiin keväällä 2021 toteutettua, kuntoutuksen ammattilaisille suunnattua kyselyä.

Vastaajia yhdisti näkemys asiakkaan kuntoutukseen ohjautumisen sujuvuudesta, resurssien niukkuudesta ja kuntoutukseen hakemisen puutteista. Erityisvastuualueiden (erva) välisissä tarkasteluissa huomattiin, että Helsingin yliopistollisen keskussairaalan erityisvastuualueen vastaukset erottuivat muista alueista pääsääntöisesti myönteisemmällä arvioilla. Erityisesti näin oli asiakkaan kuntoutusprosessin sujuvuuden, toimintamallien käytön, työnjaon selkeyden sekä kuntoutustarpeen arvioinnin ja kuntoutussuunnitelman laatimisen osalta.

Avovastauksista tunnistettiin seitsemän pääteemaa, jotka koskevat: tietoa, yhteistyötä, työnjakoa, palveluihin osallistumista, resursseja, kuntoutusmyönteisyyttä ja tukiverkkoa. Työnjaossa tunnistettiin kaksi alateemaa: asiakkaan ohjaukseen liittyvä työnjako ja asiakkaan prosessin jatkuvuutta turvaava työnjako eivät toimi sujuvasti. Toimintamalli-teemassa tunnistettiin neljä alateemaa: tiedon tai osaamisen puute etenemisestä, prosessin vaikeaselkoisuus ja monimutkaisuus, epäselvät käytännöt ja toimintamalli ei toimi.

Tulosten perusteella tulisi kiinnittää huomiota kuntoutuksen hakemiseen sekä asiakkaan kuntoutustarpeen arviointiin ja kuntoutussuunnitelman laatimiseen. Näissä vaiheissa tulisi tarkastella erityisesti toimijoiden välistä työnjakoa ja käytössä olevia toimintamalleja. Kaikkia alueita koskevat kehittämiskohteet ovat resurssien niukkuus ja palveluiden saatavuus.

Avainsanat: kuntoutus, ammatillinen kuntoutus, kuntoutuspalvelut, kuntoutustutkimus, puheterapia, psykoterapia, aivoverenkiertohäiriöt, työllistäminen, saatavuus, alueelliset erot, palvelujärjestelmät, työnjako, sairaanhoitopiirit, erityisvastuualueet, kyselytutkimus, työkokeilu, työvalmennus

1 Johdanto

Kelan kuntoutuspalvelujen tulee olla saatavilla kaikille kuntoutuksen tarpeessa oleville henkilöille asuinpaikasta riippumatta. Kuntoutuksen palvelujärjestelmä toimii ja kuntoutus mahdollistuu monissa tapauksissa, mutta kaikki eivät saa tarvitsemaansa kuntoutusta oikeaan aikaan tai yhdenvertaisesti. Monissa selvityksissä on tuotu esiin alueiden välisiä eroja kuntoutuksessa ja kuntoutuspalvelujen saatavuuteen liittyviä ongelmia niin Kelan kuntoutuksen kuin muidenkin tahojen järjestämän kuntoutuksen osalta (mm. Kela 2017; Huikko ym. 2017; NHG 2019).

Kelan kuntoutukseen ohjautumiseen ja osallistumiseen voivat vaikuttaa monet tekijät, jotka on mahdollista jakaa yksilöllisiin, sosiokulttuurisiin ja järjestelmään liittyviin tekijöihin. Palveluun ohjautumiseen ja toteutumiseen voivat vaikuttaa myös prosessin vaiheiden onnistuminen suunnitellusti ja tarkoituksenmukaisella tavalla. (Ks. Pulkki 2012; Levesque ym. 2013.) Yksilöllisiä tekijöitä ovat esimerkiksi ikä ja sukupuoli, sosiokulttuurisia tekijöitä ovat esimerkiksi arvot ja perheen tuki ja järjestelmään liittyviä tekijöitä ovat esimerkiksi maantieteellinen saatavuus ja resurssit (taulukko 1). Prosessin näkökulmassa korostuvat asiakkaan polku eli palvelun toteutumiseen johtavat vaiheet ja palvelun seuraukset sekä eri vaiheiden piirteet ja niiden edellyttämät vaatimukset asiakkaalta (Levesque ym. 2013, 5).

Taulukko 1. Palvelujen saatavuuteen vaikuttavia tekijöitä.

Yksilölliset tekijät	Demografiset tekijät 1 Ikä 2 Sukupuoli 3 Terveystila / sairaus 4 Etninen tausta	Sosioekonominen asema 1 Koulutus 2 Ammatti ja työstatus 3 Tulot 4 Asuinpaikka	Kognitiiviset tekijät 1 Oletukset ja odotukset 2 Itsetunto 3 Tietämättömyys/tieto 4 Halukkuus 5 Preferenssit
Sosio-kulttuuriset tekijät	Kulttuuri 1 Arvot 2 Uskomukset 3 Etnisyys 4 Uskonto	Sosiaalinen tuki 1 Perheen tuki 2 Sosiaalinen hyväksyntä	
Järjestelmään liittyvät tekijät	Fyysiset tekijät 1 Maantieteellinen saatavuus - Paikalliset vs. keskitetyt - Sijainti, etäisyydet - Kuljetukset - Matka-aika 2 Fyysinen saatavuus - Arkkitehtuuri	Taloudelliset tekijät ja muut resurssit 1 Rahoitus 2 Resurssit - Ihmiset - Materiaali 3 Kustannukset - Suorat kustannukset - Käyttäjämaksut, lääkekulut - Epäsuora kustannukset - Menetetty työaika ja tulot - Matkustusaika ja yöpymiskulut	Toiminalliset tekijät 1 Organisointi - Järjestelmään sisäänpääsy - Hallinto, koordinointi, suunnittelu 2 Käytännöt - Tarvearviointi - Lähetekäytännöt - Päätöksenteon käytännöt - Tiedonkulun käytännöt 3 Palvelut - Hoitomenetelmä, kulut ja pituus - Palvelun volyyymi - Palveluvaihtoehdot - Palvelun laatu - Palvelun olemassaolo

Lähde: Pulkki 2012.

Useat kuntoutusjärjestelmän piirteet voivat heijastua siihen, kuinka asiakas ohjautuu ja osallistuu kuntoutukseen. Tällaisia piirteitä ovat esimerkiksi palvelukentän monitahoisuus, alueittain vaihtelevat yhteistyöverkostot sekä kuntoutuksen itsenäiset osajärjestelmät, jotka rahoittavat, hallinnoivat ja toteuttavat kuntoutusta.

Kuntoutuspalvelujen alueiden välisten erojen tarkastelussa tulee huomioida kattavasti monenlaiset ilmiöiden taustasyyt. Alueet voivat olla erilaiset mm. ikärakenteen, sairastavuuden tai työllisyysasteen suhteen. Kaikkiaan kattava alueiden välisten erojen tutkimus edellyttää rekisteritarkastelun lisäksi myös syvempää taustasyiden selvittämistä (ks. Blomgren ym. 2019).

Tässä työpaperissa tarkastellaan mahdollisia syitä alueiden välisiin eroihin Kelan kuntoutukseen ohjautumisessa ja osallistumisessa. Aihetta lähestytään Keväällä 2021 toteutetun kyselytutkimuksen tulosten pohjalta.

Kyselytutkimus on osa laajempaa tutkimuskokonaisuutta, jossa tavoitteena on lisätä tietoa kuntoutuksen alueellisesta saatavuudesta kuntoutusjärjestelmän sekä asiakasprosessin vaiheiden näkökulmista. Laajemmassa tutkimuskokonaisuudessa analysoidaan Kelan kuntoutukseen ohjautumisen prosessin vaiheita siitä näkökulmasta, millaisia sairaanhoitopiirien välisiä eroja ja erojen syitä niissä on tunnistettavissa.

Laajempi tutkimuskokonaisuus koostuu kolmesta osatutkimuksesta. Tämä kyselytutkimus sisältyy toiseen osatutkimukseen. Ensimmäisessä osatutkimuksessa alueellisia eroja on tarkasteltu Kelan rekisterien (kuntoutusetuudet ja väestötiedot) ja avoimien tietolähteiden kautta. Toisessa osatutkimuksessa analysoidaan erojen taustalla olevia syitä kyselytutkimuksen ja fokusryhmähaastattelujen avulla. Kolmannessa osatutkimuksessa arvioidaan saatuja tuloksia yhdessä asiantuntijoiden kanssa. Tutkimuksessa käytetään moninäkökulmaista ja monimeneelmällistä lähestymistapaa ja myös projektiryhmä koostuu monen alan asiantuntijasta (kuntoutusjärjestelmä, kuntoutusetuudet, yhdenvertaisuus) sekä monenlaisten tutkimusmenetelmien osajista. Tutkimukseen on osallistettu myös muita asiantuntijoita Kelan sisältä liittyen erityisesti tutkimuskohteena oleviin Kelan kuntoutuspalveluihin ja niihin ohjautumisen prosesseihin.

Koko tutkimuksen ja siten myös tässä työpaperissa raportoitavan kyselytutkimuksen teoreettisena viitekehyksenä toimii kuntoutuspalvelujen saatavuus ja sen muodostama monitahoinen kokonaisuus. Saatavuutta tarkastellaan kompleksisen kuntoutusjärjestelmän näkökulmasta. Tutkimuksen teoreettinen viitekehys on rakennettu edellä kuvatun teoreettisen ymmärryksen pohjalta (kuvio 1, s. 8).

Tutkimuskohteena on asiakasprosessi, joka eri vaiheiden kautta johtaa Kelan kuntoutukseen. Tutkimuksessa tarkastelunäkökulma keskittyy kuvion 1 yläosaan eli Kelan kuntoutuksen toteutumiseen johtaviin asiakasprosessin vaiheisiin järjestelmän näkökulmasta ja siellä kuntoutuksen saatavuuteen vaikuttaviin tekijöihin. Järjestelmään sisäänrakennettu asiakasprosessi on tutkimuksessa keskeinen, koska erilaisten rakenteiden ja käytäntöjen kautta se mahdollis-

taa tai estää kuntoutuksen saatavuuden suoraan. Järjestelmän asiakasprosessi heijastuu saatavuuteen myös epäsuorasti asiakkaan tasolla, sillä se heijastuu jokaiseen asiakkaan prosessin vaiheeseen.

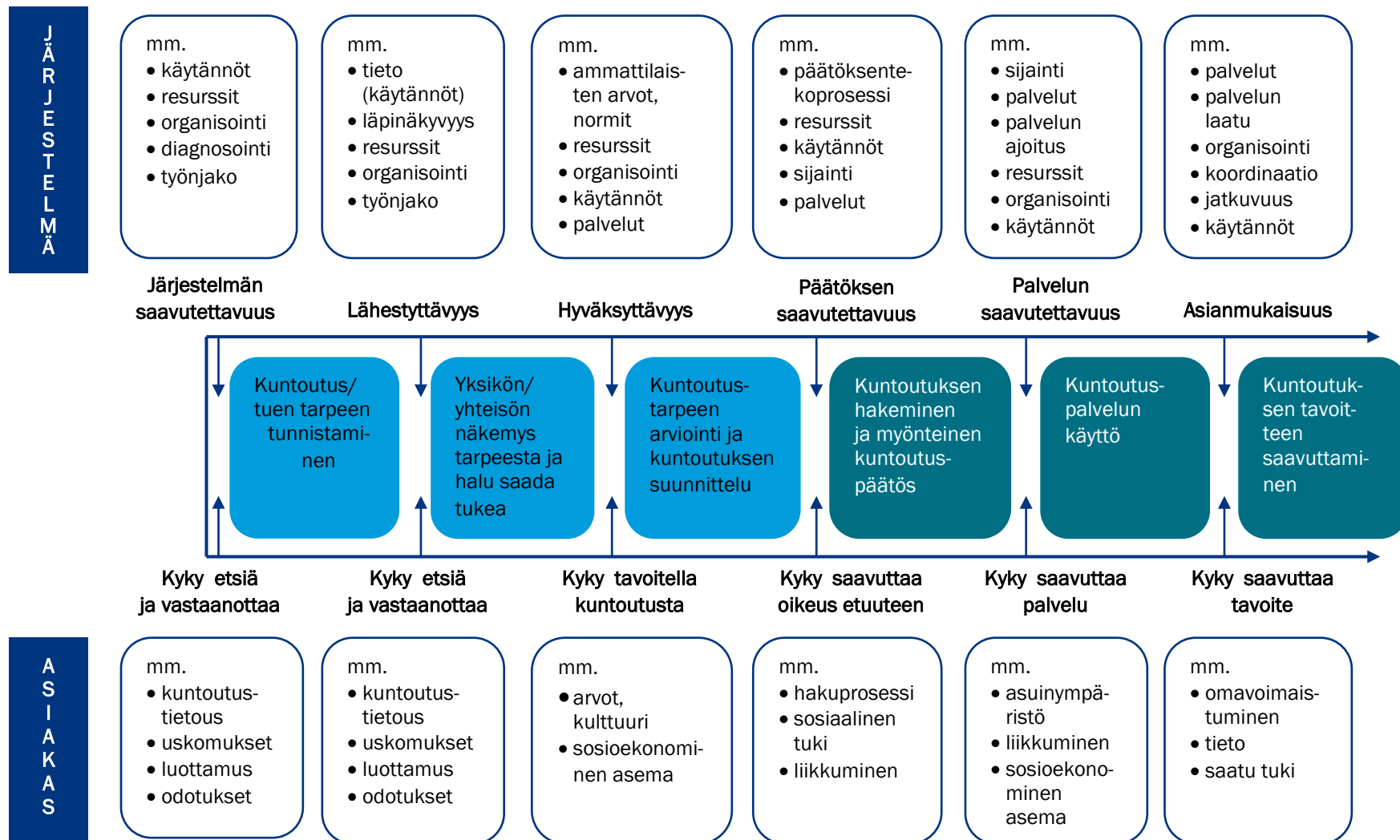
Asiakasprosessin vaiheet on määritelty siten, että teoreettisiin lähtökohtiin on yhdistetty kuntoutuksen uudistamiskomitean (2017) määrittelyt kuntoutuksen asiakasprosessista. Lisäksi vaiheissa on huomioitu Kelan kuntoutukseen ohjautumiseen olennaisesti sisältyvä kuntoutuksen hakeminen ja päätöksenteko.

Siirryttäessä asiakasprosessin vaiheesta toiseen, järjestelmällä tulee olla tiettyjä ominaisuuksia. Esimerkiksi kuntoutustarpeen tunnistaminen edellyttää, että järjestelmä on kaikkiaan saatavutettava, jotta asiakas pääsee siihen sisään. Tämän toteutuminen riippuu mm. toimintakäytännöistä, organisoinnista, diagnosoinnista ja resursoinnista. Kuntoutustarpeen arviointi ja kuntoutuksen suunnittelu edellyttävät järjestelmältä, että asiakkaan tarve tulee hyväksytyksi ja hän pääsee seuraavaan vaiheeseen prosessissa (hyväksyttävyyys). Tämän toteutuminen riippuu mm. ammattilaisten toimintakulttuureista, resursseista, toimintakäytännöistä ja organisoinnista. Jokaisessa vaiheessa asiakkaan ohjautuminen seuraavaan vaiheeseen voi onnistua tai epäonnistua.

Tutkimukseen on valittu neljä Kelan kuntoutuspalvelua, joihin ohjautumista ja osallistumista tarkastellaan tässä työpaperissa. Palveluita ovat Työllistymistä edistävä ammatillinen kuntoutus (TEAK), puheterapia, kuntoutuspsykoterapia ja AVH-kurssi. Palvelut on valittu seuraavilla kriteereillä:

- palvelut edustavat Kelan kaikkia lakiperusteita eli ammatillista kuntoutusta (TEAK), vaativaa lääkinnällistä kuntoutusta (puheterapia), kuntoutuspsykoterapiaa ja harkinnanvaraista kuntoutusta (AVH-kurssi).
- palvelut edustavat monien ikäryhmien palveluja: alle 16-vuotiaat (puheterapia), työikäiset (TEAK ja kuntoutuspsykoterapia) ja yli 65-vuotiaat (AVH-kurssi).
- palveluiden asiakasmäärät ovat riittävän suuria, jotta mahdollisimman monilla asiantuntijoilla on palveluihin ohjautumisesta ja osallistumisesta kokemuksia.

Kuvio 1. Palvelujen saatavuuden teoriat sovellettuna kuntoutuksen viitekehykseen.



Lähteet: Ks. Levesque ym. 2013; Pulkki 2012.

2 Tutkimustehtävä, menetelmät ja aineisto

Tässä työpaperissa tarkastellaan mahdollisia syitä alueiden välisiin eroihin Kelan kuntoutuksen ohjautumisessa ja osallistumisessa. Aihetta tarkastellaan Keväällä 2021 toteutetun kyselytutkimuksen tulosten pohjalta. Työpaperin tarkoituksena on raportoida kyselyn tuloksia.

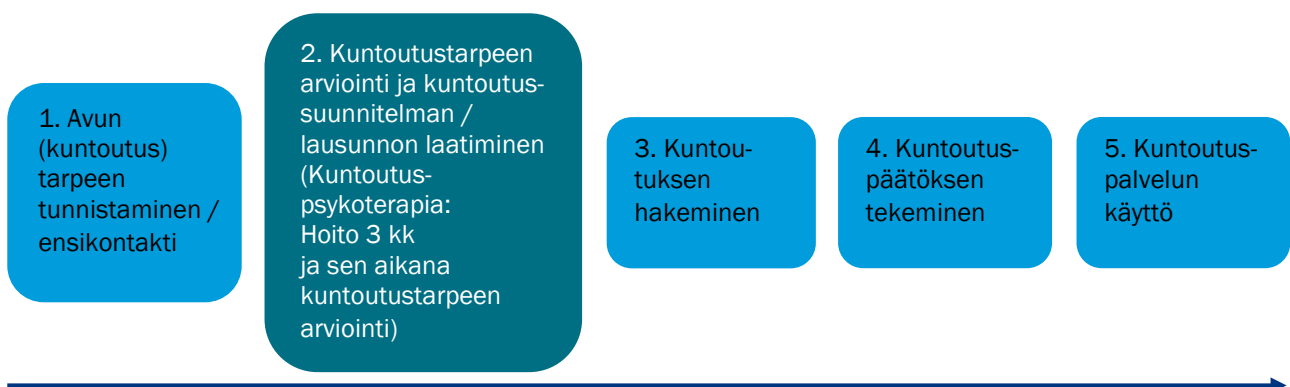
Kyselytutkimus sisältyy laajemman tutkimushankkeen toiseen osatutkimukseen, jossa tarkastellaan syitä Kelan kuntoutuksen alueiden välisiin eroihin kyselytutkimuksen lisäksi myös fokusryhmähaastattelujen kautta. Kyselyn tavoitteena on tarkastella, millaisia Kelan kuntoutuksen ohjautumisen ja osallistumisen alueiden välisten erojen syitä on tunnistettavissa monien kuntoutuksen asiantuntijoiden ja ammattilaisten vastauksissa.

2.1 Kyselylomake

Kyselylomake jaettiin sähköisesti ammattijärjestöjen, yhdistysten ja sähköpostilistojen kautta. Linkki kyselyyn jaettiin myös Kelan kuntoutuksen Twitter-tilillä sekä Kelan verkkosivuilla. Jalkelulla pyrittiin siihen, että se kattaisi laajasti asiakkaan kuntoutusprosessin kaikkiin vaiheisiin osallistuvia ammattiryhmiä neljän valitun kuntoutuspalvelun osalta (työllistymistä edistävä ammatillinen kuntoutus, puheterapia, kuntoutuspsykoterapia ja AVH-kurssi). Kyselyn pystyi täyttämään vain yhden palvelun osalta kerrallaan. Vastaaja on voinut vastata kyselyyn myös toisen kerran täyttämällä kyselyn toisen palvelun osalta (esimerkiksi terveyskeskuslääkäri, joka ohjaa asiakkaita moneen kuntoutuspalveluun). Kyselyyn vastattiin nimettömästi.

Kyselylomakkeen ja väitteiden laatimista ohjasi teoreettinen viitekehys, jonka pohjalta tutkijat kävivät keskustelua väitteistä ja osioista. Kyselylomake laadittiin niin, että yhdellä aineistonkeruulla oli mahdollista kattaa kaikki valitut neljä kuntoutuspalvelua. Palvelut ovat sisällöltään erilaisia, mutta niitä yhdistää asiakkaan kuntoutukseen ohjautumisen ja osallistumisen prosessi, joka voidaan hahmottaa teoreettisen viitekehysten mukaan viitenä vaiheena (mukaiillen ks. Levesque ym. 2013). Prosessi on esitetty kuviossa 2.

Kuvio 2. Asiakkaan kuntoutukseen ohjautumisen prosessin viisi vaihetta.



Lähde: Mukaiillen Levesque ym. 2013.

Kyselylomakkeen työstämisessä hyödynnettiin tutkimuksen projektiryhmän laaja-alaista asiantuntijuutta, jossa yhdistyy järjestelmätason teoreettinen osaaminen ja etuuspuolen käytännön kokemuksen tieto. Projektiryhmätyöskentelyn lisäksi kyselylomaketta testattiin lähettämällä kyselyn koeversio valituille tutkimuksen ja kehittämisen asiantuntijoille Kelan sisällä.

Väitepatteristot muodostettiin edellä esitettyjen viiden vaiheen perusteella (ks. kuvio 2). Ensimmäisenä vastaajalta kysyttiin minkä palvelun osalta vastaaja täyttää kyselyn, jonka jälkeen esitettiin tapausesimerkki kuvitteellisesta asiakkaasta. Vastaajalta tiedusteltiin, miten asiakkaan ohjautuminen Kelan kuntoutukseen etenee ja mihin vaiheeseen tai vaiheisiin he katsovat työtehtäviensä sijoittuvan. Vaiheiden valinta määrittä kyselylomakkeen väittämiä vastaajalle.

Kyselylomake (liite 2) jakautui viiteen osaan: kuntoutuspalvelun ja kuntoutukseen ohjautumisen prosessin vaiheen valinta (osiot 1–2), vastaajakohtaiset väitteet (osiot 3–35), avokysymykset (osiot 36–37), yleiset väitteet (osiot 38–40) ja taustakysymykset (osiot 41–45). Esimerkiksi jos vastaaja valitsi kuntoutustarpeen arviointi ja kuntoutussuunnitelman laatiminen sekä kuntoutuksen hakeminen -vaiheet, esitettiin hänelle osiot 4, 9, 13, 18, 23, 28, 33 ja 5, 10, 14, 19, 24, 29, 34.

Väitepatteristot esitettiin teemoittain. Teemat on muodostettu tutkimuksen teoreettisista lähtökohdista: kuntoutuksen saatavuuteen vaikuttavat kuntoutusjärjestelmän ilmiöt, joita ovat asiakkaan prosessin sujuvuus, toimijoiden välisen työnjaon selkeys, yhteistyön toteutuminen, tiedon riittävyys, toimintamallien käyttö, resurssien riittävyys ja palveluihin pääsy (ks. kuvio 1; Pulkki 2012).

Vaiheita ja teemoja mittaavien väitteiden jälkeen esitettiin kaksi avokysymystä ja 13 yleistä väitettä. Avokysymyksissä kysyttiin Kelan kuntoutukseen ohjautumista edistäviä ja estäviä tekijöitä. Yleisissä väitteissä mitattiin kuntoutukseen ohjautumista yleisellä tasolla ja kuntoutusmyönteisyyttä.

Vastaajia pyydettiin vastaamaan väitteisiin oman näkemyksensä mukaan Likert-asteikolla 1–5, jossa vaihtoehto 1 = täysin eri mieltä, 2 = jokseenkin samaa mieltä, 3 = ei samaa, eikä eri mieltä, 4 = jokseenkin samaa mieltä ja 5 = täysin samaa mieltä. Taustamuuttujina kysyttiin työkokemus vuosina, työpaikan sektori, vakuutus- tai sairaanhoitopiiri ja työtehtävä.

2.2 Analyysimenetelmät

Kysely analysoitiin käyttäen kuvailevia tilastollisia menetelmiä (vastaajakohtaiset väitteet, yleiset väitteet ja taustakysymykset) sekä teoriaohjautuvaa laadullista sisällönanalyysia (avokysymykset).

Tilastollisessa analyysissä muuttujia jaettiin frekvenssi- ja prosenttijakaumiin sekä niitä käytiin läpi keskiarvojen ja keskihajonnan osalta. Yksittäisten muuttujien tarkastelun jälkeen muuttujista muodostettiin ristiintaulukoita ja teoreettisen viitekehityksen mukaisesti kuntoutusprosessin vaiheita ja teemoja havainnollistavia summamuuttujia. Jokaisessa summamuuttujassa reliabiliteettia mittaava Cronbachin alfa ylitti 0,6. Summamuuttujien sisältö on esitetty liitteessä 1.

Aineistolla on tarkoitus selvittää asiantuntijoiden näkemyksiä Kelan kuntoutuspalveluihin ohjautumisesta ja osallistumisesta. Näiden tulosten avulla voidaan miettiä mahdollisia syitä rekisteritutkimuksessa havaituille alue-eroille (Miettinen ym. 2022). Kyseessä on näyteaineisto¹, eikä tuloksista voi tehdä yleistyksiä suurempaan perusjoukkoon. Koska aineisto ei ole edustava otos, siitä ei ole myöskään tehty tulosten yleistämistä varten otantavirheen huomioonottavia tilastollisia testejä. Käsiteltävät tulokset ja johtopäätökset kattavat aineistoon vastanneet asiantuntijat. (Ks. Vehkalahti 2019, 46–47; Tähtinen ym. 2020, 37–38.) Kyselyaineisto analysoitiin SPSS 27 -tilasto-ohjelmalla.

Avokysymysten analysoinnissa teemarunkona käytettiin kyselyn vastaajakohtaisten väitteiden teemoja. Teemat pohjautuvat kuntoutuspalvelujen saatavuuteen vaikuttavien järjestelmä-tekijöiden jäsentelyyn (Pulkki 2012; ks. kuvio 1). Analyysin edetessä aineistosta tunnistettiin myös muita mahdollisia teemoja valmiin jäsentelyn ulkopuolelta. Laadullisen aineiston tulokset esitellään ensin kokonaisuutena. Tämän jälkeen syvennytään tarkastelemaan kahden erillisen teeman sisältöjä, joilla pyritään täydentämään tilastollisen analyysin tuloksia.

2.3 Kyselyaineiston taustatiedot

Raportissa käsitellään vain sairaanhoitopiirinsä ilmoittaneiden ammattilaisten osuutta ($n = 362$)² ja Kelan asiantuntijat jätetään tarkastelusta pois. Kelan asiantuntijat ovat vastanneet pääsääntöisesti kuntoutuspäätöksen tekemisen vaiheeseen, johon muut ammattiryhmät eivät ole vastanneet. Kuntoutuspäätöksen tekemisen vaiheen analyysia ei esitetä tässä raportissa, koska tutkimuskohteena on alueiden välillä esiintyvät eroavaisuudet ja Kelan asiantuntijoiden vastausmäärä ($n = 42$) on liian pieni vakuutuspiirien väliseen vertailuun. Jatkossa raportissa ammattilaisilla viitataan kaikkiin muihin ammattiryhmiin kuin Kelan asiantuntijoihin.

Kyselyssä on 362 ammattilaisten vastausta. Suurin osa vastasi puhe- tai kuntoutuspsykoterapian osalta ja ne kattavat yli kaksi kolmasosaa (69,3 %) ammattilaisten vastauksista. Kolmanneksi eniten annettiin vastauksia työllistymistä edistävän ammatillisen kuntoutuksen osalta. Vähiten vastauksia saatiin ammatilaisilta, jotka työskentelevät AVH-kurssiin liittyvissä tehtävissä. Taulukossa 2 on esitetty vastaajamäärät palveluittain.

Taulukko 2. Vastaajamäärät palveluittain.

Palvelu	Lukumäärä	Prosenttiosuus
TEAK	78	21,5
Puheterapia	131	36,2
Kuntoutuspsykoterapia	120	33,1
AVH-kurssi	33	9,1

¹ Kaikkien neljän kuntoutuspalveluun ja eri vaiheisiin osallistuvien ammattilaisten määrittämistä sekä sitä vastaavan otoksen kerääminen on haastavaa, ellei jopa mahdotonta (Vehkalahti 2019, 46–47). Kelan kuntoutukseen osallistumisen alueellisia eroja on tarkasteltu rekisteritutkimuksessa *Alueelliset erot Kelan kuntoutukseen osallistumisessa ICD-10 sairauspääryhmässä mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöt* (Miettinen ym. 2022).

² Ammatilaiset ($n = 362$) muodostavat 88,7 % koko kyselyn vastauksista.

Kyselyyn vastattiin 32 erilaisesta työtehtävästä. Tunnistettavuuden välttämiseksi alle viiden havainnon työtehtävät on yhdistetty ja ne esitetään tarkkojen nimikkeiden sijaan yleisempinä kategorioina.

Kaksi yleisintä työtehtävää olivat puheterapeutit ja psykoterapeutit, jotka yhdessä muodostivat puolet (51,1 %) vastaajista. Seuraavaksi suurimpia ryhmiä olivat lääkärit, kuntoutusohjaajat ja sosiaalityöntekijät. Kuudenneksi suurin ryhmä oli työllistämisen asiantuntijat tai valmentajat. Seuraavaksi tulivat fysioterapeutit, joiden jälkeen yhdeksäntenä olivat muut koordinoivat ohjaajat tai suunnittelijat. Muista työtehtävistä oli alle 10 vastaajaa. 11 vastaajaa työskenteli muissa tehtävissä tai he eivät halunneet kertoa työtehtäväänsä. (Taulukko 3.)

Taulukko 3. Vastaajien työtehtävät.

Työtehtävä (n = 362)	Lukumäärä	Prosenttiosuus
Puheterapeutti	110	30,4
Psykoterapeutti	75	20,7
Lääkäri	35	9,7
Kuntoutusohjaaja	29	8,0
Sosiaalityöntekijä	28	7,7
Työllistämisen asiantuntija tai valmentaja	16	4,4
Fysioterapeutti	10	2,8
Muu koordinoiva ohjaaja tai suunnittelija	10	2,8
Sairaan- tai terveydenhoitaja	9	2,5
Omaohjaaja	9	2,5
Esihenkilö tai johtotehtävä	8	2,2
Psykologi	7	1,9
Toimintaterapeutti	5	1,4
Muu	11	3,0

Vastaajista melkein puolet työskenteli yksityisenä palveluntuottajana tai palveluntuottajalle. Toiseksi eniten vastaajista työskenteli erikoissairaanhoidossa ja kolmanneksi eniten koulu-, opiskelu- ja perusterveydenhuollossa. Vähiten vastaajia oli kolmannelta sektorilta ja TE- sekä sosiaalipalveluista. 18 vastaajaa työskenteli muulla sektorilla tai ei halunnut ilmoittanut sitä. (Taulukko 4.)

Taulukko 4. Vastaajien työtehtävien sektori.

Sektori (n = 362)	Lukumäärä	Prosenttiosuus
Yksityinen palveluntuottaja	175	48,3
Erikoissairaanhoido	85	23,5
Koulu-, opiskelu- ja perusterveydenhuolto	52	14,4
Järjestö tai säätiö	18	5,0
TE-palvelut ja sosiaalipalvelut	14	3,9
Muu/ei kertonut	18	5,0

Vastaajia pyydettiin kertomaan työpaikkansa sijainti sairaanhoitopiirin tasolla. Matalien vastausmäärien vuoksi alueellisia vastaajamääriä ei pääsääntöisesti käsitellä sairaanhoitopiireittäin, vaan ne on jaettu erityisvastuualueisiin. Vastauksia annettiin eniten Helsingin yliopistollisen keskussairaalan erityisvastuualueelta (jatkossa HYKS-erva) ja ne muodostavat kolmasosan aineistosta. Muilta erityisvastuualueilta annettiin vastauksia tasaisesti, vähiten kuitenkin Oulun yliopistollisen sairaalan erityisvastuualueelta (jatkossa OYS-erva). (Taulukko 5.)

Taulukko 5. Vastaajat erityisvastuualueittain.

Erityisvastuualue (n = 362)	Lukumäärä	Prosenttiosuus
HYKS	123	34,0
KYS	59	16,3
OYS	48	13,3
TAYS	64	17,7
TYKS	68	18,8

Vastaajilta kysyttiin työkokemusta kuntoutukseen liittyvistä tehtävistä. Vastaajat olivat pääsääntöisesti kokeneita työtehtävissään. Työkokemuksen jakauma oli nousujohteinen ja suurimmalla osalla (40,1 %) oli yli 20 vuotta työkokemusta omista tehtävistään. Jakauma oli erityisvastuualueiden välillä samankaltainen, mutta OYS-ervalla ja Tampereen yliopistollisen sairaalan erityisvastuualueella (jatkossa TAYS-erva) yli 20 vuoden työkokemuksen omaavien vastaajien osuus oli muita alueita pienempi. (Taulukko 6.)

Taulukko 6. Vastaajien työkokemus.

Työkokemus	HYKS (n = 123)		KYS (n = 59)		OYS (n = 48)		TAYS (n = 64)		TYKS (n = 68)		Kaikki ammattilaiset (n = 362)	
	Lkm	%	Lkm	%	Lkm	%	Lkm	%	Lkm	%	Lkm	%
0–5 vuotta	12	9,8 %	5	8,5 %	6	12,5 %	6	9,4 %	14	20,6 %	43	11,9 %
6–10 vuotta	21	17,1 %	10	16,9 %	10	20,8 %	17	26,6 %	12	17,6 %	70	19,3 %
11–20 vuotta	37	30,1 %	20	33,9 %	16	33,3 %	21	32,8 %	10	14,7 %	104	28,7 %
Yli 20 vuotta	53	43,1 %	24	40,7 %	16	33,3 %	20	31,3 %	32	47,1 %	145	40,1 %

3 Tulokset

Tulosten raportointi etenee teemojen tarkastelusta (keskiarvot, kaikkien teemojen jakaumien 100 prosentin pylväskuviot) vaiheiden tarkasteluun (keskiarvot, yhden vaiheen tarkempi analyysi 100 prosentin pylväskuviolla). Tämän jälkeen analyysin huomioille etsitään selityksiä aineistosta yksittäisten väitteiden ja avovastausten kautta. Avovastaustauksissa keskitytään aineistossa huomiota keräävän kuntoutustarpeen arvioinnin ja suunnitelman vaiheeseen.

3.1 Summamuuttujat

Analyysi aloitettiin tarkastelemalla yksittäisten väitteiden frekvenssi- ja prosenttijakaumia. Aineistoon tutustumisen jälkeen muodostettiin teemoja ja vaiheiden toteutumista mittaavia summamuuttujia. Summamuuttujien asteikot vastaavat alkuperäisten väitteiden skaalaa 1–5 (väitteiden 5-portainen Likert-asteikko), jossa vaihe tai teema toimii 1 = heikosti, 2 = jokseenkin heikosti, 3 = ei heikosti eikä hyvin, 4 = jokseenkin hyvin ja 5 = hyvin.

Summamuuttujien jako perustui kyselylomakkeen rakennetta määrittäviin teemoihin ja vaiheisiin (ks. kuvio 1). Teemat olivat: asiakkaan prosessin sujuvuus (20 väitettä), työnjaon selkeys (10 väitettä), yhteistyön toteutuminen (15 väitettä), tiedon riittävyys (23 väitettä), toimintamallien käyttö (10 väitettä), resurssien riittävyys (14 väitettä) ja palveluihin pääsy (16 väitettä). Vaiheet olivat: kuntoutustarpeen tunnistaminen (18 väitettä), kuntoutustarpeen arviointi ja kuntoutussuunnitelman laatiminen (36 väitettä), kuntoutukseen hakeminen (13 väitettä) ja kuntoutuspalveluun osallistuminen (22 väitettä). Summamuuttujien sisältämät väitteet esitetään liitteessä 1.

Kelan kuntoutuksen asiakasprosessiin osallistuvat ammattilaiset arvioivat asiakkaan prosessin sujuvuuden yleensä ottaen jokseenkin hyvin toimivaksi (ka. 3,7). Toimintamallien käyttö (ka. 3,52) ja yhteistyön toteutuminen (ka. 3,48) toimii eri asiakasprosessin vaiheissa kohtalaisen hyvin, samoin tiedon riittävyys (ka. 3,32) ja työnjaon selkeys (ka. 3,30). Palveluihin pääsyä arvioitiin keskimääräisesti ei hyvin eikä huonosti toimivaksi (ka. 3,01). Asiakasprosessin näkökulmasta huonoiten toimivaksi teemaksi arvioitiin resurssien riittävyys (ka. 2,64). Vastaajien mielipiteet jakautuivat teemoissa niin että toimintamallien käytöstä nämä jakautuivat eniten (keskihajonta 1,11) ja asiakkaan prosessin sujuvuudesta vähiten (keskihajonta 0,84). (Taulukko 7.)

Taulukko 7. Ammattilaiset ja asiakkaan kuntoutukseen ohjautumisen osa-alueiden (teemojen) summamuuttujat.

	N	Keskiarvo	Keskihajonta
Asiakkaan prosessin sujuvuus	362	3,70	0,84
Työnjaon selkeys	238	3,30	1,01
Yhteistyön toteutuminen	362	3,48	0,94
Tiedon riittävyys	362	3,32	0,88
Toimintamallien käyttö	353	3,52	1,11
Resurssien riittävyys	360	2,64	1,06
Palveluihin pääsy	360	3,01	0,90

Asiakasprosessin vaiheista ammattilaiset kokivat kuntoutustarpeen arvioinnin ja -suunnitelman laatimisen suhteellisen toimivaksi (ka. 3,31), samoin kuin palveluun osallistumisen (ka. 3,28). Myös tuen tarpeen tunnistaminen arvioitiin niukasti enemmän toimivaksi kuin puutteelliseksi (ka. 3,12). Kuntoutukseen hakeminen arvioitiin toimivan muita vaiheita heikommin (ka. 2,80), ja tästä oli vastaajien kesken vahvin yhteinen näkemys (keskihajonta 0,60, vrt. muut summamuuttajat 0,71 ja 0,74) (taulukko 8).

Taulukko 8. Ammattilaiset ja asiakkaan kuntoutukseen ohjautumisen vaiheiden summamuuttajat.

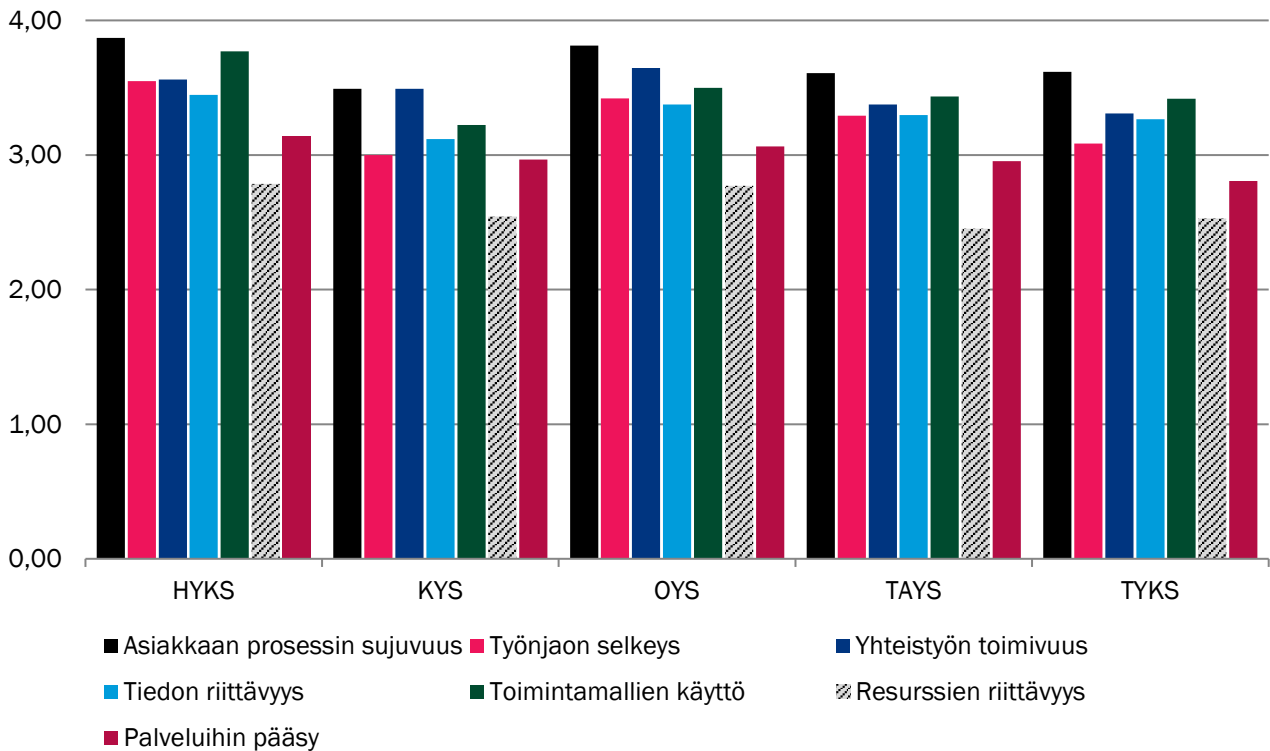
	N	Keskiarvo	Keskihajonta
Tuen tarpeen tunnistaminen	91	3,12	0,74
Kuntoutustarpeen arviointi ja -suunnitelman laatiminen	118	3,31	0,71
Kuntoutukseen hakeminen	104	2,80	0,74
Palveluun osallistuminen	76	3,28	0,60

3.1.1 Ammattilaiset ja summamuuttajien alueelliset erot

Ammattilaisten ilmoittamat sairaanhoitopiirit jaettiin erityisvastuualueisiin, joita verrattiin vaiheita ja teemoja mittaavilla summamuuttajilla. Keskiarvoja esitetään graafisesti pylväskuviolla (kuvio 3, s. 16) ja luvuin taulukossa 9 (s. 16), josta ilmenee vastausmäärä, keskiarvo ja keskihajonta.

Alueiden välillä esiintyy selkeitä yhtäläisyyksiä. Kaikilla alueilla heikoimman arvion sai resursien riittävyys, jonka keskiarvo vaihteli TAYS-ervan keskiarvosta 2,45 HYKS-ervan keskiarvoon 2,79. Kaikilla alueilla oltiin puolestaan samaa mieltä siitä, että asiakkaan prosessi sujuu kohtalaisen hyvin (ka. vaihteli 3,49 (KYS) ja 3,87 (HYKS) välillä). Toiseksi ja kolmanneksi parhaiten toimiviksi teemoiksi arvioitiin alueesta riippuen toimintamallien käyttö (HYKS, TAYS ja TYKS) tai yhteistyön toimivuus (KYS ja OYS), joita seurasi alueesta riippuen joko työnjaon selkeys (HYKS ja OYS) tai tiedon riittävyys (KYS, TAYS ja TYKS). Kolmas alueita yhdistävä teema oli palveluihin pääsy, joka arvioitiin toiseksi huonoiten toimivaksi kaikilla alueilla (ka:t 2,81–3,14). HYKS-ervan arviot olivat muita alueita korkeampia lukuun ottamatta yhteistyötä, jonka osalta OYS-ervan arvio (ka. 3,65) oli HYKS-ervan arvioita (ka. 3,56) korkeampi. Suurin ero oli HYKS-ervan ja Kuopion yliopistollisen sairaalan erityisvastuualueen (jatkossa KYS-erva) välillä työnjaon selkeyden ja toimintamallien käytön osalta. (Kuvio 3, taulukko 9.)

Vastaajien mielipiteiden hajonta vaihteli teema- ja aluekohtaisesti, mutta pääsääntöisesti ne liikkuvat lähellä toisiaan. Työnjaon selkeyden osalta erottui kuitenkin TYKS-erva, missä vastaajien mielipiteet erosivat toisistaan muita enemmän (keskihajonta 1,27, muilla alle yksi). Eniten hajontaa vastauksissa oli toimintamallien ja resurssien riittävyyden osalta. HYKS-ervasta oli eniten vastauksia, joidenkin teemojen osalta jopa kaksinkertainen määrä verrattuna KYS- ja OYS-ervaan. Vähiten vastauksia oli OYS-ervasta. (Taulukko 9.)

Kuvio 3. Teemojen keskiarvot erityisvastuualueittain.**Taulukko 9.** Asiakkaan kuntoutukseen ohjautumisen teemat erityisvastuualueittain.

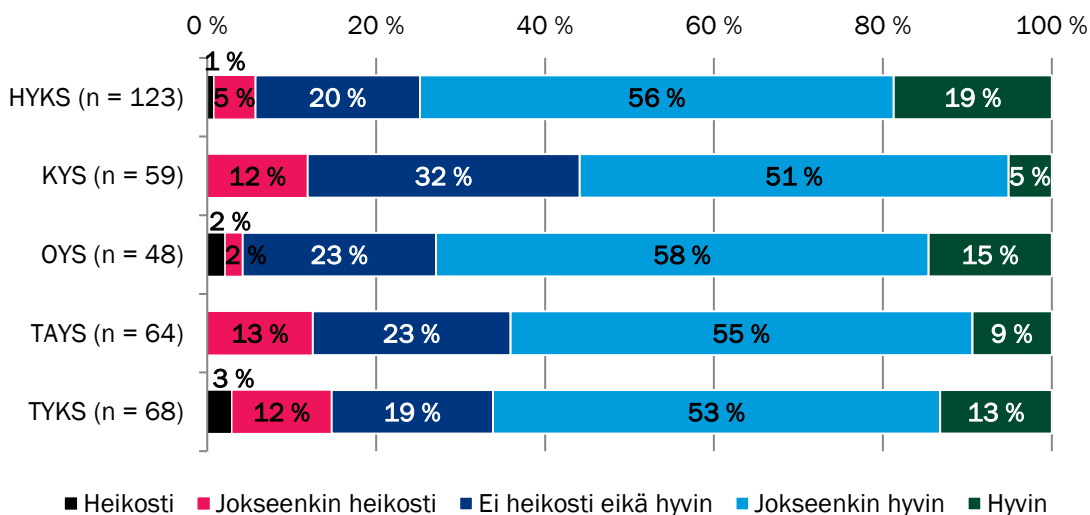
	HYKS		KYS		OYS		TAYS		TYKS	
	n	Keskiarvo [keskihajonta]	n	Keskiarvo [keskihajonta]	n	Keskiarvo [keskihajonta]	n	Keskiarvo [keskihajonta]	n	Keskiarvo [keskihajonta]
Asiakkaan prosessin sujuvuus	123	3,87 [0,80]	59	3,49 [0,77]	48	3,81 [0,79]	64	3,61 [0,83]	68	3,62 [0,96]
Työnjaon selkeys	73	3,55 [0,94]	39	3,00 [0,86]	31	3,42 [0,96]	48	3,29 [0,92]	47	3,09 [1,27]
Yhteistyön toteutuminen	123	3,56 [0,92]	59	3,49 [0,84]	48	3,65 [0,91]	64	3,38 [0,98]	68	3,31 [1,03]
Tiedon riittävyys	123	3,45 [0,77]	59	3,12 [0,91]	48	3,38 [1,02]	64	3,30 [0,81]	68	3,26 [0,99]
Toimintamallien käyttö	118	3,77 [1,11]	58	3,22 [1,04]	48	3,50 [1,15]	62	3,44 [1,03]	67	3,42 [1,12]
Resurssien riittävyys	121	2,79 [1,05]	59	2,54 [1,10]	48	2,77 [1,12]	64	2,45 [0,96]	68	2,53 [1,07]
Palveluihin pääsy	122	3,14 [0,86]	59	2,97 [0,98]	48	3,06 [0,98]	64	2,95 [0,86]	67	2,81 [0,89]

Asiakkaan prosessin sujuvuus erityisvastuualueittain

Jokaisella erityisvastuualueella oltiin enimmäkseen samaa mieltä, että kuntoutusprosessin sujuvuus toimii suhteellisen hyvin. Vastaukset jakautuvat (kuvio 4) suurimmaksi osaksi jokseenkin hyvin tai hyvin arvioihin niiden osuuksien vaihdella KYS-ervan 56 prosentista HYKS-ervan 75 prosenttiin. Jokainen alue huomioiden enimmillään vain noin joka kymmenes katsoi, että teema toteutuu jokseenkin heikosti tai heikosti (4–13 %).

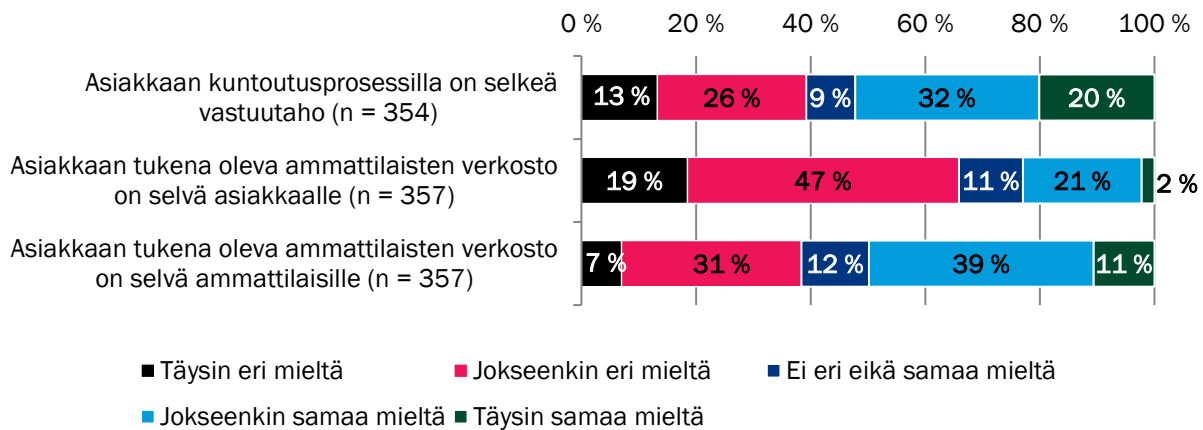
Asiakkaan prosessin sujuvuus arvioitiin toimivimmaksi HYKS-ervassa, jossa sen katsottiin toteutuvan suurimmaksi osaksi (75 %) jokseenkin hyvin tai hyvin. OYS-ervassa yli kaksi kolmasosaa (73 %) vastaajista arvioi sujuvuuden toimivan vähintään jokseenkin hyvin. HYKS- ja OYS-ervoista eniten erottuvassa KYS-ervassa yli puolet (56 %) koki sujuvuuden toimivaksi. KYS-erva erottui muista suuremmalla ei heikosti eikä hyvin -osuudella (32 %). Huomattavaa on myös se, että HYKS- (6 %) ja OYS-ervassa (4 %) pieni osa vastaajia arvioi sujuvuuden jokseenkin heikoksi tai heikoksi, kun se oli muilla alueilla vähintään kymmenesosa vastauksista (KYS 12 %, TAYS 13 %, TYKS 15 %). (Kuvio 4.)

Kuvio 4. Asiakkaan prosessin sujuvuus erityisvastuualueittain.



Asiakkaan prosessin sujuvuus koettiin kaikista teemoista toimivimmaksi keskiarvon ja vastausten jakauman perusteella. Sujuvuuden teemaa verrattiin yleisiin kysymyksiin, jotka selvittivät vastaajien näkemyksiä kuntoutukseen ohjautumisen selkeydestä. Ristiriitaisesti sujuvuuden toimivuuteen nähden, kaksi kolmesta vastaajasta (66 %) oli sitä mieltä, että ammattilaisten verkosto on asiakkaalle epäselvä. Noin puolet (52 %) kaikista vastaajista katsoi, että asiakkaan kuntoutusprosessilla on selkeä vastuutaho, mutta reilu kolmasosa (39 %) oli sitä mieltä, että asiakkaalla ei ole selkeää vastuutahoa. Tämä voi viitata asiakkaan prosessin sujuvuuden sijaan ennemmin työnjaon epäselvyyteen. (Kuvio 5, s. 18.)

Kuvio 5. Asiakkaan kuntoutukseen ohjautumisen prosessin selkeys.

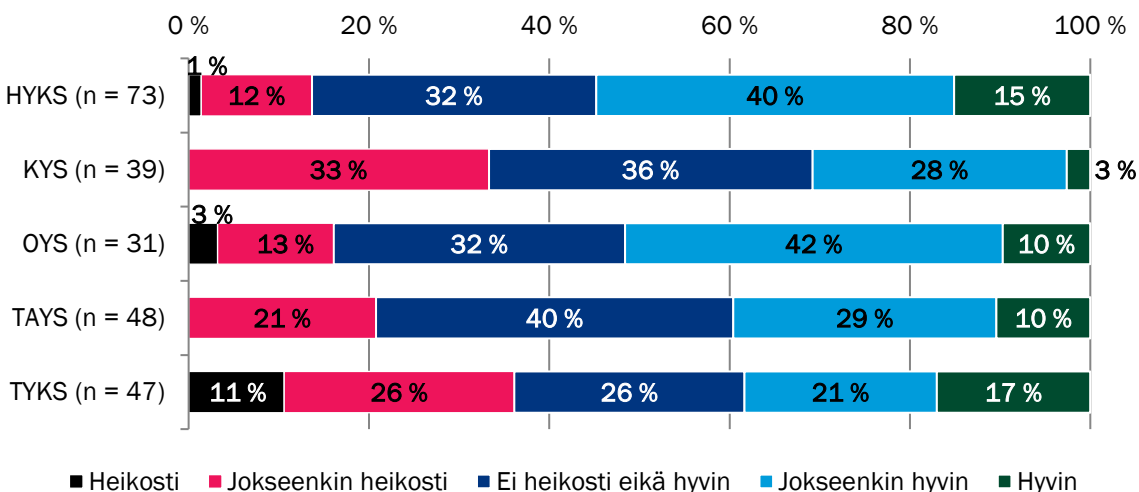


Työnjaon selkeys erityisvastuualueittain

Verrattuna asiakkaan prosessin sujuvuuteen, vastaajat eivät kokeneet työnjaon selkeyden toteutuvan yhtä hyvin. Neutraali ei heikosti eikä hyvin -arvio korostui vastauksissa ja se muodosti neljäsosasta reiluun kolmasosaan vastauksista alueesta riippuen (26–40 %). Teema arvioitiin kaikilla alueilla KYS-ervaa lukuun ottamatta enemmän jokseenkin hyvin tai hyvin toimivaksi kuin jokseenkin heikosti tai heikosti toimivaksi. (Kuvio 6.)

HYKS-ervan vastaajat arvioivat teemaa myönteisimmin ja he antoivat eniten jokseenkin hyvin tai hyvin -arvioita (55 %). Toiseksi eniten positiivisia arvioita tuli OYS-ervasta, jossa joka toinen koki työnjaon jokseenkin hyvin toimivaksi (52 %). HYKS- ja OYS-ervoilla työnjaon toimivuus koettiin vähemmän jokseenkin heikoksi tai heikoksi (HYKS 13 %, OYS 16 %) verrattuna muihin alueisiin (21–33 %). Tasaisin jakauma oli Turun yliopistollisen keskussairaalan erityisvastuualueella (jatkossa TYKS-erva), jossa annettiin eniten sekä heikoimpia arvioita (11 %) että parhaita arvioita (17 %). KYS-ervassa työnjaon selkeyttä arvioitiin kielteisimmin, joskin kielteisiä (33 %) ja myönteisiä arvioita oli melkein yhtä paljon (31 %). (Kuvio 6.)

Kuvio 6. Työnjaon selkeys erityisvastuualueittain.

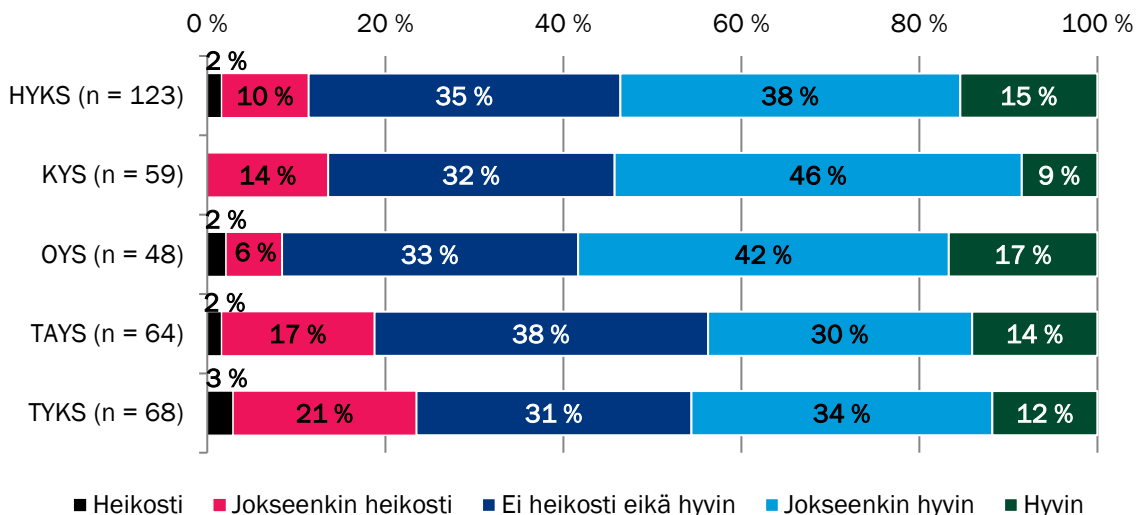


Yhteistyön toimivuus erityisvastuualueittain

Erityisvastuualueiden jakaumat yhteistyön toimivuuden suhteen muistuttivat toisiaan ja kolmella viidestä alueesta myönteisten arvioiden osuus kattoi yli puolet vastauksista (53–59 %). (Kuvio 7.) Muista alueista hieman poikkeavilla TAYS- ja TYKS-ervassa myönteisten arvioiden osuus ylitti kielteisten osuuden, mutta verrattuna muihin alueisiin, kielteisten arvioiden osuus oli suurempi. Näin oli varsinkin TYKS-ervassa, jossa noin joka neljäs vastaaja katsoi yhteistyön toimivuuden toteutuvan jokseenkin heikosti tai heikosti (24 %).

Toisin kuin muissa teemoissa, HYKS-ervan vastaajat eivät antaneet eniten myönteisiä arvioita teeman toimivuudesta (kolmanneksi eniten 53 %). Eniten myönteisiä jokseenkin hyvin tai hyvin -arvioita yhteistyön toimivuudesta annettiin OYS-ervassa (59 %). Yhteistyön toimivuus poikkesi muista teemoista myös KYS-ervan osalta, jossa yhteistyö arvioitiin suhteellisen toimivaksi ja KYS-ervan vastauksissa teemaa arvioitiin jokseenkin hyvin tai hyvin toimivammaksi useammin (55 %) kuin HYKS- (53 %), TAYS- (44 %) ja TYKS-ervassa (46 %). (Kuvio 7.)

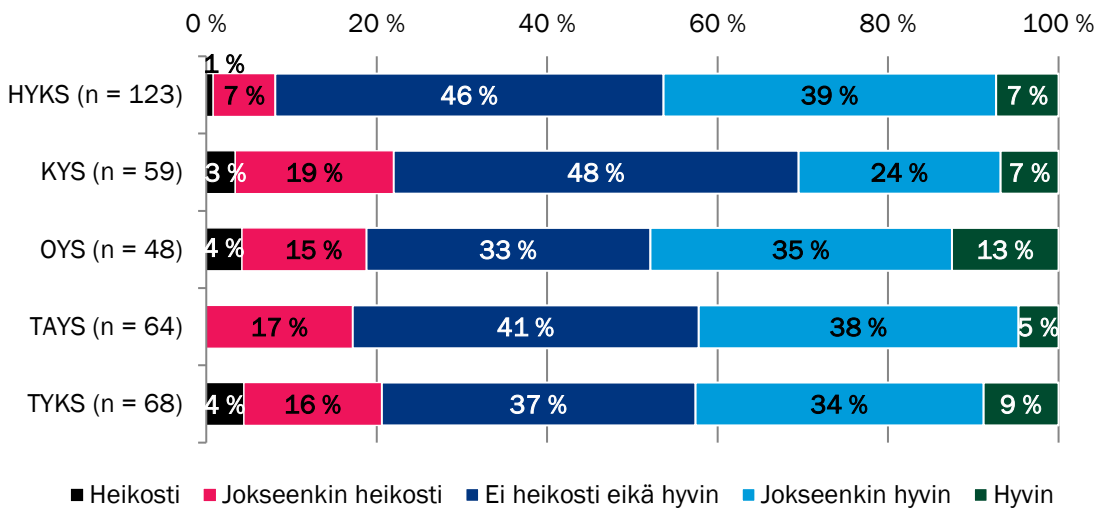
Kuvio 7. Yhteistyön toimivuus erityisvastuualueittain.



Tiedon riittävyys erityisvastuualueittain

Tiedon riittävyyden jakaumissa korostui ei heikosti eikä hyvin -arvioiden määrä (kuvio 8, s. 20). Se kattoi melkein puolet HYKS- (46 %) ja KYS-ervan (48 %) vastauksista. ”Keskimmäisen” ei heikosti eikä hyvin -vaihtoehdon korostuessa jokseenkin hyvin tai hyvin arvioiden määrä jäi alle puolen jokaisella erityisvastuualueella (31–48 %). Toisaalta samasta syystä vain pieni osa vastaajista arvioi tiedon riittävyyttä heikosti tai jokseenkin heikosti toimivaksi (8–22 %).

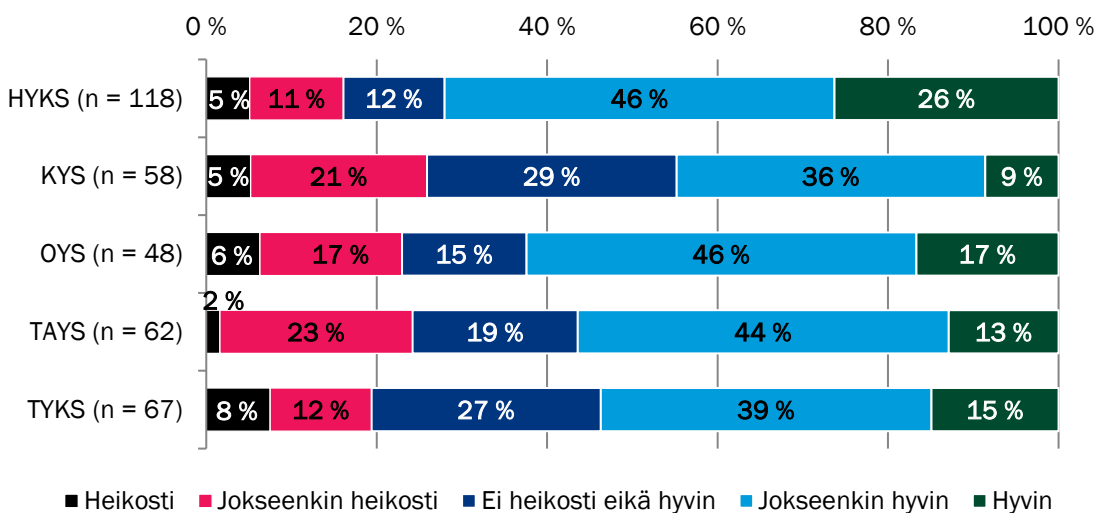
Vaikka HYKS-ervassa tiedon riittävyyden keskiarvo (ka. 3,45, ks. taulukko 9) oli OYS-ervaa (ka. 3,38) korkeampi, OYS-ervan vastaajat arvioivat tiedon riittävyyttä hieman enemmän jokseenkin hyvin tai hyvin toimivaksi (48 %) kuin HYKS-ervan vastaajat (46 %). Huomattava ero HYKS- ja OYS-ervan välillä oli se, että OYS-ervan vastaajat arvioivat tiedon riittävyyden heikoksi tai jokseenkin heikoksi useammin (19 %) kuin HYKS-ervan vastaajat (8 %). KYS-ervan vastaajat arvioivat tiedon riittävyyttä heikoimmaksi ja vastaajista viidesosa arvioi tiedon riittävyyden jokseenkin heikoksi tai heikoksi. (Kuvio 8.)

Kuvio 8. Tiedon riittävyys erityisvastuualueittain.

Toimintamallien käyttö erityisvastuualueittain

Toimintamallien käyttö koettiin suhteellisen hyvin toimivaksi suurimassa osassa erityisvastuualueita. Melkein kaikilla alueilla vähintään joka toinen vastaaja (54–72 %) arvioi toimintamallien käyttöä jokseenkin hyvin tai hyvin toimivaksi ja HYKS-ervassa näin teki jopa kaksi kolmesta vastaajasta (myös OYS-erva lähellä 63 prosenttiosuudella). Poikkeuksen teki KYS-erva, jossa vain hieman alle puolet (45 %) vastaajista arvioi toimintamallien käytön jokseenkin hyvin tai hyvin toimivaksi. KYS- ja TYKS-ervassa teemaa arvioitiin ei heikosti eikä hyvin toimivaksi enemmän kuin muilla alueilla (27–29 %). (Kuvio 9.)

Verrattuna jokaisen teeman jakaumiin, HYKS-ervan vastaajat arvioivat toimintamallien käytön toimivuutta eniten parhaalla arviolla hyvin (26 %). Verrattuna asiakkaan prosessin sujumuuden parhaimman arvion osuuteen (19 %, ks. kuvio 4), toimintamallit koettiin huomattavan usein toteutuvan erityisen hyvin. (Kuvio 9.) Toimintamallien käytön keskiarvo (ka. 3,77, ks. taulukko 8) oli HYKS-ervassa kuitenkin matalampi kuin asiakkaan prosessin sujumuuden teemassa (3,87).

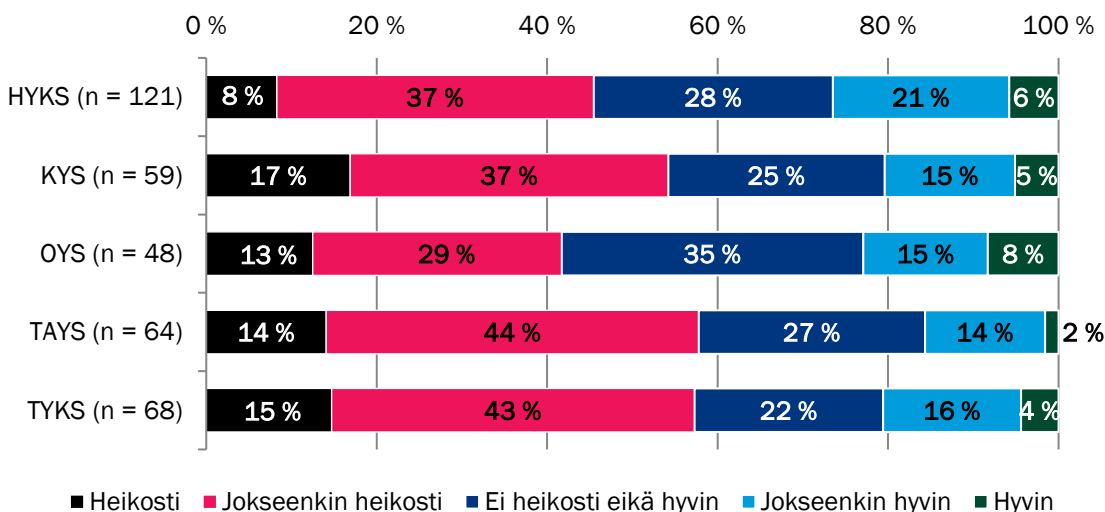
Kuvio 9. Toimintamallien käyttö erityisvastuualueittain.

Resurssien riittävyys erityisvastuualueittain

Resurssien riittävyys koettiin jokaisella erityisvastuualueella suhteellisen heikoksi. Vastausten jakaumat vastaavat aiemmin esitettyä heikkoa keskiarvoa (ka. 2,45–2,79, ks. taulukko 9). Eri-tyisvastuualueiden jakaumat muistuttavat toisiaan ja kolmella alueella jopa joka toinen vastaaja katsoi, että resurssien riittävyys oli jokseenkin heikko tai heikko (54–58 %). Huomattavaa on, että resurssien riittävyttä arvioitiin kaikista teemoista eniten heikoimmalla arviolla. Sen osuus oli HYKS-ervaa lukuun ottamatta lähellä 15 prosenttia jokaisella alueella, kun muiden teemojen osalta sen osuus jäi pääsääntöisesti alle kymmenesosan. (Kuvio 10.)

Myönteisimmin resurssien riittävyttä arvioitiin jokseenkin hyväksi tai hyväksi HYKS-ervassa (27 %), mutta jos tätä verrataan jokseenkin heikosti tai heikosti vastauksiin (45 %), jää osuus pieneksi. OYS-ervan vastaajat antoivat eniten neutraaleja vastauksia ja joka kolmas arvioi resurssien riittävyden ei heikosti eikä hyvin toteutuvaksi (35 %). Heikommaksi resurssien riittävyys arvioitiin TYKS- ja TAYS-ervassa, joissa annettiin eniten jokseenkin heikko tai heikko arviota (58 %). (Kuvio 10.)

Kuvio 10. Resurssien riittävyys erityisvastuualueittain.



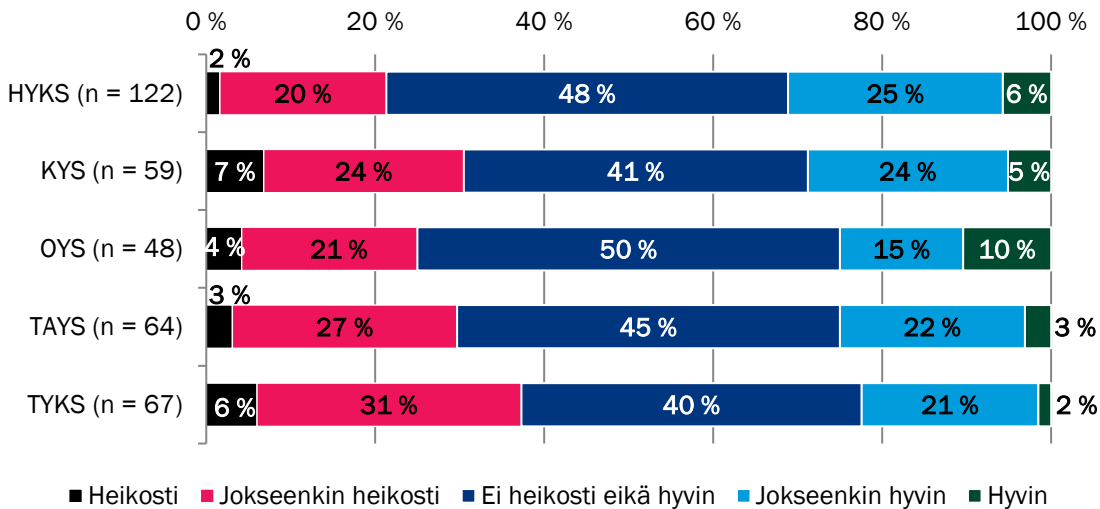
Palveluihin pääsy erityisvastuualueittain

Kaikilla erityisvastuualueilla suurin osa vastaajista koki, että palveluihin pääsy (esim. välimatkat ja etäpalvelujen käyttö) ei toimi heikosti eikä hyvin (40–50 %). Neutraalin arvion osuus on huomattavan suuri verrattuna tiedon riittävyden teemaan, jossa myös korostui ei heikosti eikä hyvin -arvioiden osuus (33–48 %, ks. kuvio 8). Neutraalin arvion korostuessa jäävät muiden arvioiden osuudet pieneksi. Kolmella viidestä alueesta (KYS, TAYS ja TYKS) vastaajat arvioivat palveluihin pääsyä jokseenkin heikoksi tai heikoksi (30–37 %) enemmän kuin jokseenkin hyvin tai hyvin toimivaksi (23–29 %). (Kuvio 10.)

Palveluihin pääsyä arvioitiin heikoimmaksi TYKS-ervassa, jossa yli kolmasosa (37 %) arvioi palvelujen pääsyn jokseenkin heikoksi tai heikoksi, kun taas vähän alle joka neljäs vastaaja (23 %) katsoi sen vähintään jokseenkin hyvin toimivaksi. HYKS-ervan vastaajien jakauma on

päinvastainen ja palveluihin pääsy koettiin jokseenkin hyvin tai hyvin toimivaksi (31 %) useammin kuin jokseenkin heikosti tai heikosti toimivaksi (22 %). OYS-ervan vastaajat jakautuvat niin, että suuren ei heikosti eikä hyvin osuuden (50 %) lisäksi jokseenkin heikosti ja heikosti vastausten sekä jokseenkin hyvin tai hyvin vastausten osuus on sama (25 %). OYS-ervassa teemaa arvioidaan kuitenkin eniten parhaalla arviolla (10 %). (Kuvio 11.)

Kuvio 11. Palveluihin pääsy erityisvastuualueittain.



3.1.2 Vaiheiden summamuuttujat ja erityisvastuualueet

Kyselyyn vastanneet ammattilaiset ovat mukana neljässä eri vaiheessa asiakkaan kuntoutukseen ohjautumisen prosessia: kuntoutustarpeen tunnistamisessa, kuntoutustarpeen arvioinnissa ja kuntoutussuunnitelman laatimisessa, kuntoutukseen hakemisessa ja lopulta palveluun osallistumisessa. Näiden vaiheiden toimivuutta verrattiin erityisvastuualueiden välillä. Taulukossa 10 (s. 23) esitetään vastausmäärä, keskiarvo ja keskihajonta. Keskiarvot esitetään graafisesti kuviossa 12 (s. 23).

Alueita yhdisti näkemys, että kuntoutuksen hakemisen vaihe toimi suhteellisen heikosti (ka. 2,63–3,00). Parhaiten kaikkien vaiheiden toteutumista arvioitiin HYKS-ervassa, jossa kaikista neljästä vaiheesta arvioitiin parhaiten kolmea vaihetta. Erityisvastuualueiden keskiarvojen väliset erot olivat melko maltillisia yhtä vaihetta lukuun ottamatta: kuntoutustarpeen arviointi ja kuntoutussuunnitelman laatimisen vaihe arvioitiin parhaaksi HYKS-ervassa, jossa sen keskiarvo (ka. 3,71) erottui muista. Se oli reilusti korkeampi kuin toiseksi korkein, TAYS-ervan keskiarvo (ka. 3,20). Verrattuna muihin vaiheisiin, ero ensimmäisen ja toisen välillä oli suuri (erotus 0,51). Toiseksi suurin ero kahden myönteisimmän arvion välillä oli jopa viisi kertaa pienempi (kuntoutustarpeen tunnistamisen vaiheessa HYKS (ka. 3,24) ja OYS (ka. 3,15) arvion erotus on 0,09). (Taulukko 10, kuvio 12.)

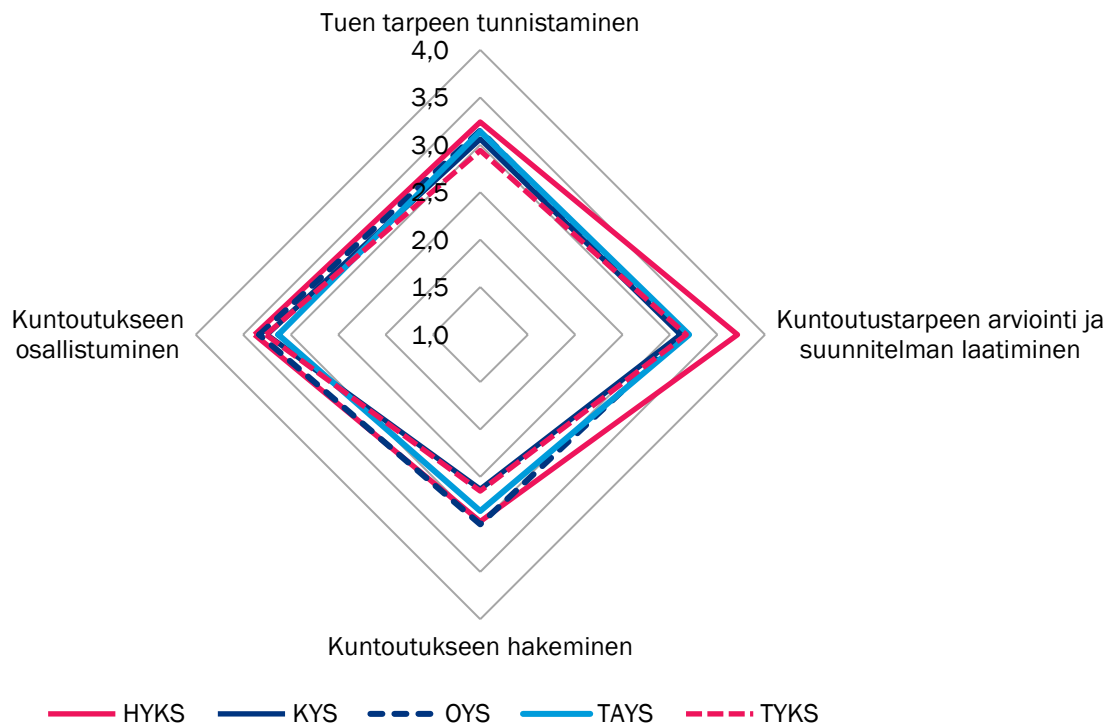
Vastauksia erityisvastuualueilla voisi kuvata yksimielisiksi, sillä suurimmillaan keskihajonta oli vain 1,03 (OYS-ervan palveluihin osallistuminen) ja pääsääntöisesti vastausten vaihtelu oli reilusti alle yhden. Vähiten vaihtelua vastaajien mielipiteissä oli TAYS-ervan palveluihin osallistumisen vaiheessa (keskihajonta 0,35). Myös muilla erityisvastuualueilla ja eri vaiheissa oli vähän

vaihtelua. Esimerkiksi HYKS-ervassa kuntoutustarpeen tunnistamista (0,52), kuntoutustarpeen arviointia ja -suunnitelman laatimista (0,52) sekä palveluihin pääsyä (0,49) mittaavien summamuuttujien vaihtelu oli matalaa. (Taulukko 10.)

Taulukko 10. Asiakkaan kuntoutukseen ohjautumisen vaiheet erityisvastuualueittain.

	HYKS		KYS		OYS		TAYS		TYKS	
	n	Keskiarvo [keskihajonta]	n	Keskiarvo [keskihajonta]	n	Keskiarvo [keskihajonta]	n	Keskiarvo [keskihajonta]	n	Keskiarvo [keskihajonta]
Kuntoutustarpeen tunnistaminen	25	3,24 [0,52]	16	3,06 [0,68]	13	3,15 [0,99]	21	3,14 [0,79]	16	2,94 [0,85]
Kuntoutustarpeen arviointi ja -suunnitelman laatiminen	34	3,71 [0,52]	19	3,11 [0,66]	16	3,13 [0,62]	25	3,20 [0,65]	24	3,17 [0,92]
Kuntoutukseen hakeminen	30	2,97 [0,81]	19	2,63 [0,68]	14	3,00 [0,55]	21	2,86 [0,65]	20	2,65 [0,88]
Palveluihin osallistuminen	24	3,38 [0,49]	12	3,25 [0,62]	6	3,33 [1,03]	15	3,13 [0,35]	19	3,26 [0,73]

Kuvio 12. Asiakkaan kuntoutukseen ohjautumisen vaiheet erityisvastuualueittain.

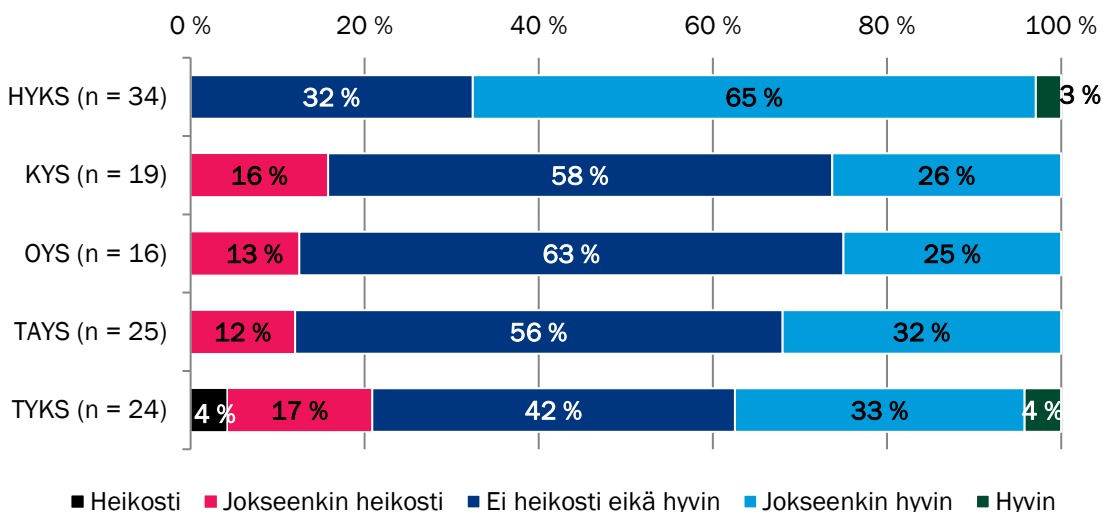


Eroa HYKS-ervan ja muiden erityisvastuualueiden välillä havainnollistaa vastausten jakauma (kuvio 13, s. 24). HYKS-ervassa melkein 70 prosenttia arvioi, että kuntoutustarpeen arviointi ja -suunnitelman laatiminen toimi jokseenkin hyvin (65 %) tai hyvin (3 %). Muiden alueiden

myönteisten vastausten osuus oli vain noin puolet tästä (25–37 %). HYKS-ervassa vaihetta ei arvioitu kertaakaan jokseenkin heikoksi tai heikoksi. Muilla alueilla kuntoutustarpeen arviointi ja -suunnitelman laatiminen arvioitiin vaihtelevasti jokseenkin heikoksi tai heikoksi. Alueesta riippuen joka kymmenes tai joka viides vastaaja koki vaiheen toteutuvan vähintään jossain määrin heikosti (12–21 %).

Muilla alueilla kuin HYKS-ervassa kuntoutustarpeen arvioinnin ja kuntoutussuunnitelman laatimisen ei katsottu toteutuvan heikosti eikä hyvin suurimmassa osassa vastauksista. Neutraalien arvioiden osuus vaihteli alueittain 42 ja 63 prosentin välillä. Vastaavasti HYKS-ervan vastaajista noin joka kolmas vastaaja antoi ei heikosti eikä hyvin -arvion (32 %). Eniten ei heikosti eikä hyvin vastauksia annettiin OYS-ervasta (63 %). Tasaisin jakauma oli TYKS-ervassa, joka oli ainoa alue, jossa vaihetta arviotiin koko asteikolla aina täysin heikosti toimivasta täysin hyvin toimivaksi. (Kuvio 13.)

Kuvio 13. Kuntoutustarpeen arviointi ja kuntoutussuunnitelman laatiminen erityisvastuualueittain.



3.1.3 Onko kaupunkimaisuudella tai yliopistosairaалalla merkitystä?

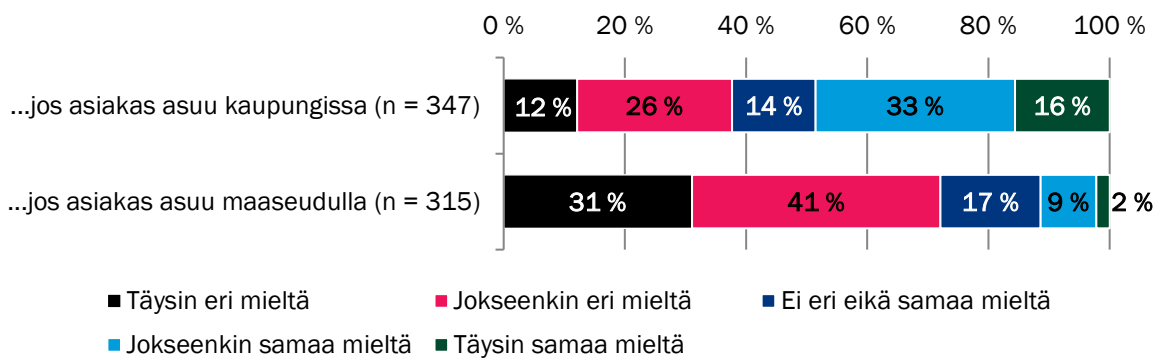
Erityisvastuualueiden vastausten vertailussa HYKS-erva erottui useimmissa tapauksissa muista erityisvastuualueista. Vastaajat HYKS-ervasta arvioivat teemoja ja vaiheita pääsääntöisesti myönteisemmin kuin muut vastaajat.

On aiheellista miettiä, mikä erottaa HYKS-ervaa muista alueista. HYKS alueeseen kuuluu Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri (jatkossa HUS), johon tuli eniten vastauksia koko kyselyssä (n = 95). Se muodostaa erityisvastuualueensa vastauksista (n = 123) 77 prosenttia. Herää siten kysymys, ovatko HUSin luvut erojen taustalla.

HUS on sairaanhoitopiireistä asukasmäärältään suurin ja kaupunkimaisin, jonka myötä selittäväksi tekijäksi voisi esittää näiden ominaisuuksien positiivista vaikutusta kuntoutukseen ohjautumiselle. Kaupunkimaisen asuin ympäristön vaikutus ei ole vain tutkijoiden ennako-olemus, sitä tukee myös kyselyn vastaajien mielipide (kuvio 14, s. 25).

Vastaajilta kysyttiin, onko kuntoutukseen helppo osallistua riippuen siitä, asuuko asiakas kaupungissa tai maaseudulla. Vastaajien mielestä kaupungista on helpompi osallistua kuntoutukseen kuin maaseudulta. Noin puolet (49 %) katsoi, että kaupungista on helppoa päästä kuntoutukseen, kun taas vain noin kymmenesosa (11 %) katsoi sen olevan helppoa maaseudulta. Vastaavasti yli kaksi kolmesta (72 %) oli sitä mieltä, että kuntoutukseen on hankala päästä maaseudulta, kun taas vain n. kolmasosa (38 %) katsoi kuntoutukseen olevan hankala päästä kaupungista. 47 vastaajaa vastasi en osaa sanoa tai jätti vastaamatta maaseutua koskevaan väitteeseen. (Kuvio 14.)

Kuvio 14. Vastausten jakauma väitteeseen: kuntoutukseen on helppo päästä...



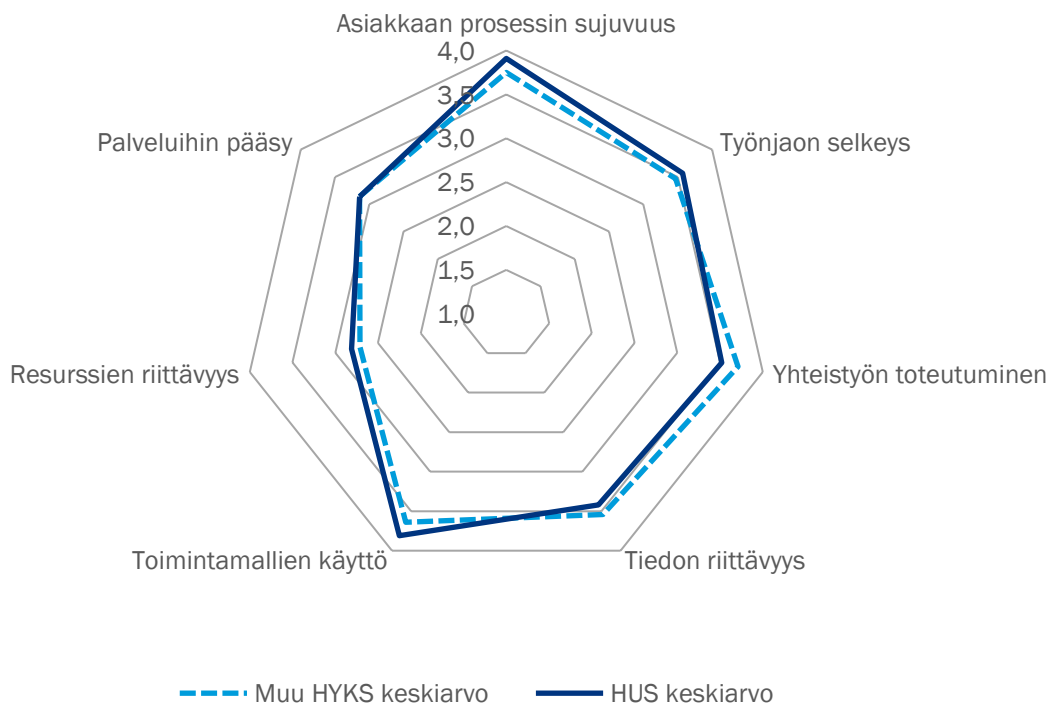
Seuraavaksi HUSia verrattiin HYKS-ervan muihin sairaanhoitopiireihin. Koska vastausmäärät olivat osassa sairaanhoitopiirejä matalat, yhdistettiin muut (Etelä-Karjala, Kymenlaakso ja Päijät-Häme) sairaanhoitopiirit yhdeksi ryhmäksi. Taulukossa 11 (s. 26) on esitetty tarkasteltavien sairaanhoitopiirien vastausmäärät, keskiarvot ja keskihajonnat teemoittain. Keskiarvot on esitetty myös graafisesti kuviossa 15 (s. 26).

HUSin alueella neljä teemaa (asiakkaan prosessin sujuvuus, työnjaon selkeys, toimintamallien käyttö ja resurssien riittävyys) arvioitiin paremmaksi kuin muissa HYKS-ervan sairaanhoitopiireissä. Muiden sairaanhoitopiirien keskiarvo oli korkeampi kahden teeman osalta (yhteistyön toimivuus ja tiedon riittävyys). Suurin ero vastausten keskiarvoissa oli yhteistyön toteutuminen -teemassa, jossa muiden sairaanhoitopiirien keskiarvo (ka. 3,71) oli korkeampi kuin HUSin alueella (ka. 3,52). Keskiarvo oli sama palveluihin pääsyn osalta molemmissa ryhmissä. Erot olivat pieniä ja HUSilla ei ollut selvästi korkeampaa keskiarvoa teemoittain. (Taulukko 11.) Kuten kuvioista 15 voi nähdä, olivat vertailtujen ryhmien keskiarvot hyvin samankaltaisia.

Vastauksissa ei ollut merkittävän paljoa vaihtelua ja vaihtelu teemojen välillä oli samansuuntaista molemmissa vertailtavissa ryhmissä. Eniten vaihtelua oli toimintamallien käytön teemassa (Muu HYKS keskihajonta 1,25, HUS keskihajonta 1,07) ja vähiten tiedon riittävyyden osalta (Muu HYKS keskihajonta 0,69 ja HUS keskihajonta 0,79 (myös HUSin asiakkaan prosessin sujuvuutta koskevien vastausten keskihajonta oli 0,79)). (Taulukko 11.)

Taulukko 11. Teemojen toteutuminen HYKS-ervan sairaanhoitopiireissä.

	Muu HYKS		HUS	
	n	Keskiarvo [keskihajonta]	n	Keskiarvo [keskihajonta]
Asiakkaan prosessin sujuvuus	28	3,75 [0,84]	95	3,91 [0,79]
Työnjaon selkeys	17	3,47 [0,80]	56	3,57 [0,99]
Yhteistyön toteutuminen	28	3,71 [0,81]	95	3,52 [0,95]
Tiedon riittävyys	28	3,54 [0,69]	95	3,42 [0,79]
Toimintamallien käyttö	28	3,64 [1,25]	90	3,81 [1,07]
Resurssien riittävyys	28	2,71 [1,08]	93	2,81 [1,05]
Palveluihin pääsy	28	3,14 [0,97]	94	3,14 [0,82]

Kuvio 15. Teemojen toteutuminen HYKS-ervan sairaanhoitopiireissä.

HYKS-ervan sairaanhoitopiirejä verrattiin myös asiakkaan kuntoukseen ohjautumisen vaiheiden osalta. Sairaanhoitopiirien vastausmäärät, keskiarvot ja keskihajonnat esitetään taulukossa 12 (s. 27). Keskiarvoja vertaillaan graafisesti kuviossa 16 (s. 27). Vastausmäärät muiden sairaanhoitopiirien osalta olivat matalia, mikä vaikeuttaa ryhmien vertailua.

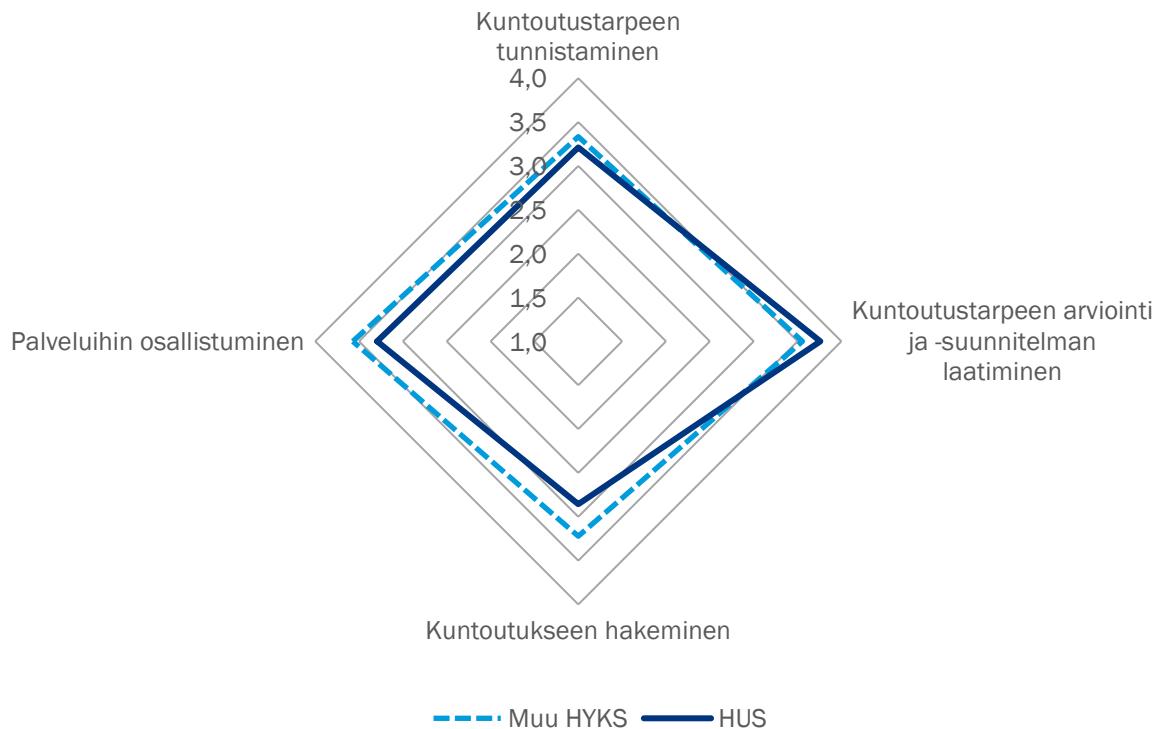
Kuntoutustarpeen arvioinnin ja kuntoutussuunnitelman laatimisen vaihe arvioitiin HUSin alueella toimivammaksi (ka. 3,76) kuin muissa HYKS-ervan sairaanhoitopiireissä (ka. 3,56). Todettakoon kuitenkin, että muissa sairaanhoitopiireissä vaihe koetaan hyvin toimivaksi ja ero HUSiin ei ole iso. Verrattuna TAYS-erva (erityisvastuualueista toiseksi paras ka. 3,20, ks. taulukko 10), muun HYKS-ervan keskiarvo on sitä reilusti korkeampi.

Kolmen muun vaiheen osalta HYKS-ervan muiden sairaanhoitopiirien vastaajat kokivat osaluheet toimivammaksi kuin HUSin alueen vastaajat. Suurin ero vastausten keskiarvoissa HUSin ja muiden sairaanhoitopiirien osalta on kuntoutukseen hakemisen vaiheessa, jota muut sairaanhoitopiirit (ka. 3,22) arvioivat toimivammaksi kuin HUSin alueen vastaajat (ka. 2,86). (Taulukko 12.)

Taulukko 12. Asiakkaan kuntoutukseen ohjautumisen vaiheiden toteutuminen HYKS-ervan sairaanhoitopiireissä.

	Muu HYKS		HUS	
	n	Keskiarvo [keskihajonta]	n	Keskiarvo [keskihajonta]
Kuntoutustarpeen tunnistaminen	6	3,33 [0,52]	19	3,21 [0,54]
Kuntoutustarpeen arviointi ja -suunnitelman laatiminen	9	3,56 [0,53]	25	3,76 [0,52]
Kuntoutukseen hakeminen	9	3,22 [0,67]	21	2,86 [0,85]
Palveluihin osallistuminen	7	3,57 [0,53]	17	3,29 [0,47]

Kuvio 16. Asiakkaan kuntoutukseen ohjautumisen vaiheiden toteutuminen HYKS erityisvastuualueen sairaanhoitopiireissä.



Tarkastelut teemojen ja vaiheiden osalta osoittivat, että HUSin alueen vastaukset eivät erotu muista HYKS-ervan sairaanhoitopiirien vastauksista merkittävästi myönteisempinä. Täten ei voida suoraan todeta, että HYKS-ervan osalta HUSin kaupunkimaisuus olisi ratkaiseva tekijä alueiden välisille eroille. Kaupunkimaisuuden ja yliopistosairaaloiden merkitystä tarkasteltiin toistamalla vertailu teemojen osalta muilla erityisvastuualueilla. Tarkastelussa ei huomattu,

että yliopistosairaaloiden alueilla olisi annettu muuta erityisvastuualuetta myönteisempiä vastauksia. Vaiheiden osalta vertailua ei tehty, sillä sairaanhoitopiirien vastausmäärät jäivät liian pieniksi.

3.2 Avokysymykset

Seuraavana kuvataan avovastausten analysoinnin rajaukset, aineiston ominaisuudet ja tulosten tulkinnassa huomioitavia asioita. Tämän jälkeen avokysymysten tuloksia kuvataan kahdessa vaiheessa. Aluksi kuvataan, millaisia pääteemoja avovastauksissa tunnistettiin kaikkiaan. Tämän jälkeen syvennyttään tiettyyn prosessin vaiheeseen ja kahteen teemaan, jotka osoittautuivat olennaisiksi tilastollisen analyysin tulosten mukaan.

Avokysymyksiä oli kaksi: 1) Millaiset asiat edistävät asiakkaan ohjautumista ja osallistumista Kelan järjestämään kuntoutukseen? 2) Millaiset asiat vaikeuttavat tai estävät asiakkaan ohjautumista ja osallistumista Kelan järjestämään kuntoutukseen? Vastaukset kysymyksiin olivat usein käänteisiä suhteessa toisiinsa. Tästä syystä avokysymysten analyysiin valittiin vain kysymys: Millaiset asiat vaikeuttavat tai estävät asiakkaan ohjautumista ja osallistumista Kelan järjestämään kuntoutukseen? Aineisto tämän kysymyksen osalta oli runsaampaa.

Avokysymyksiin oli vastattu 297 vastauksessa. Vastaukset olivat yleensä usean lauseen mittaisia tekstejä, joten avokysymysten muodostama tekstiaineisto oli runsasta.

Avokysymysten tulosten tulkinnassa tulee huomioida, että kysymykseen vastatessaan vastaajat ovat halunneet nostaa esiin tietyt asiat. Ne voivat olla esimerkiksi ammattilaiselle henkilökohtaisesti tärkeitä asioita tai muuten hänen merkittäväksi kokemiaan asioita vastaushetkellä. Tästä syystä jonkin asian tai ilmiön puuttuminen alueen ammattilaisten vastauksista ei tarkoita sitä, että niitä ei olisi olemassa jossain toisessa hetkessä tai toisten ammattilaisten mielestä.

3.2.1 Pääteemat

Avovastauksista tunnistettiin kaikkiaan seitsemän pääteemaa, jotka kuvaavat asiakkaan kuntoutukseen ohjautumista ja osallistumista vaikeuttavia tai estäviä asioita. Lähtökohtaisesti analyysin teemarunkona käytettiin kyselyn vastaajakohtaisten väitteiden teemoja (ks. kuvio 1; 2. luku). Analyysin edetessä aineistosta tunnistettiin myös muita mahdollisia teemoja valmiin rungon ulkopuolelta. Analyysiyksikkönä toimivat yksittäiset sanat sekä yhden tai useamman lauseen muodostavat lausumat. Sanat ja lausumat luokiteltiin aluksi alateemoihin kahdessa vaiheessa ja sen jälkeen niistä muodostettiin lopulliset pääteemat. Tunnistettuja pääteemoja olivat seuraavat:

- tiedon vähyys tai sen puute
- yhteistyön toimimattomuus tai sen puute
- työnjaon toimimattomuus tai sen puute
- palveluihin osallistumisen vaikeudet myönteisen kuntoutuspäätöksen jälkeen
- resurssien puute
- ammattilaisten kuntoutusmyönteisyyden puute.

Näiden lisäksi aineistosta tunnistettiin uutena teemana tukiverkon puute.

Pääteemoissa tunnistettiin monenlaisia sisältöjä. Sisällöt edustavat analyysissa tunnistettuja alateemoja. Pääteemat ja niiden sisällöt on kuvattu taulukossa 13.

Taulukko 13. Pääteemat ja niiden sisällöt.

Pääteema	Pääteemojen sisältöjen kuvailua
Tiedon vähyys tai puute	Tiedon puute Kelan kuntoutuksesta Tiedon puute järjestelmästä/koko kuntoutuksen kentästä Ammattilaisten osaamisen puute Tiedon puute toimintamalleista ja prosesseista Yhteinen ymmärrys puuttuu
Yhteistyön toimimattomuus tai sen puute	Toimijoiden välinen yhteistyö on vähäistä, vaikeaa tai mahdotonta Toimijoiden välillä ei ole kontaktia Ammattilaisten välinen tiedonvaihto on vähäistä tai puuttuu Ammattilaiset eivät hyödynnä toistensa osaamista Yhteistyö ei ole luontevaa
Työnjaon toimimattomuus tai sen puute	Asiakkaan ohjaukseen liittyvä työnjako ei toimi sujuvasti Asiakkaan prosessin jatkuvuutta turvaava työnjako ei toimi sujuvasti
Palveluihin osallistumisen vaikeudet myönteisen kuntoutuspäätöksen jälkeen	Palveluun osallistuminen on vaivalloista (mm. majoittuminen) Liian pitkät etäisyydet palveluun, jolloin kulkeminen sinne on vaikeaa Tuki perhetilanteeseen kuntoutuksen ajalle puuttuu tai on liian vähäinen Palveluntuottajaa on vaikea löytää Etäpalvelut ei ole sopiva vaihtoehto
Resurssien puute	Palveluntuottajien määrä on liian vähäinen Ammattilaisten määrä on liian vähäinen Ammattilaisilla käytettävissä oleva aika on liian vähäinen Asiakkaiden taloudellinen tilanne vaikeuttaa kuntoutukseen osallistumista
Ammattilaisten kuntoutusmyönteisyyden puute	Ammattilainen näkee kuntoutukseen ohjaamisen ikävänä lisätyönä Ammattilaisella on negatiivinen asenne yleisesti kuntoutusta kohtaan Ammattilaisella on negatiivinen asenne tiettyä kuntoutuspalvelua kohtaan Kuntoutus ei kiinnosta ammattilaista
Tukiverkon puute	Asiakkaan tukiverkko puuttuu ja hän ei selviä yksin

Vastaajat kokivat monenlaista tiedon vähyyttä tai sen puutetta omilla alueillaan. He kokivat, että kuntoutukseen ohjautumista voi hankaloittaa ammattilaisten tiedonpuute esimerkiksi Kelan kuntoutuspalveluista, toimintamalleista ja prosesseista sekä koko kuntoutuksen kentästä.

Yhteistyön toimimattomuus tai sen puute liittyi esimerkiksi siihen, että toimijoiden välillä ei ole kontaktia, joka mahdollistaisi tiedonvaihdon tai tiedonvaihto ei vain toimi. Vastaajat toivat myös esiin, että ammattilaiset eivät aina hyödynnä toistensa osaamista.

Työnjaon toimimattomuudesta tai sen puutteesta tuotiin esiin, että asiakkaan sujuvan ohjauksen mahdollistava työnjako ei aina toimi. Vastaajat kokivat myös, että työnjako, joka mahdollistaisi asiakkaan prosessin jatkuvuuden ja saumattomuuden, ei toimi sujuvasti.

Palveluihin osallistumisen vaikeudet myönteisen kuntoutuspäätöksen jälkeen viittasivat tilanteisiin, joissa järjestelmän näkökulmasta olisi hyvä löytää erilaisia tukiratkaisuja asiakkaiden

kuntoutukseen ohjautumiseen ja osallistumiseen. Mainitut asiat olivat konkreettisia, kuten majoittumisen vaivalloisuus kuntoutuksen aikana, kuntoutukseen kulkemisen hankaluus ja vaikeus löytää palveluntuottaja.

Resurssien puutteesta vastaajat toivat esiin palveluntuottajien ja ammattilaisten liian vähäiset määrät sekä vähäinen aika, joka ammattilaisilla on käytettävissä asiakkaiden kuntoutukseen ohjaamiseen. Myös asiakkaiden heikko taloudellinen tilanne voi vaikuttaa kuntoutukseen ohjautumiseen ja osallistumiseen.

Ammattilaisten kuntoutusmyönteisyyden puute kuvaa ammattilasten arvomaailmaan liittyviä asioita, jotka voivat vaikeuttaa tai estää asiakkaiden kuntoutukseen ohjautumista. Tähän liittyen vastaajat toivat esiin välillä esiintyvää negatiivista asennetta tiettyjä kuntoutuspalveluita tai yleisesti kuntoutusta kohtaan. Lisäksi mainittiin, että osa ammattilaisista voi nähdä kuntoutukseen ohjaamisen ikävänä lisätyönä tai kuntoutus ei vain asiana kiinnosta.

Tukiverkon puutteesta vastaajat toivat esiin, että asiakas voi joutua selviytymään yksin. Hänellä ei välttämättä ole tukiverkkoa oman lähipiirinsä tai järjestelmän osalta.

Kaikkien viiden erityisvastuualueen ammattilaisten vastauksissa ja jokaisen neljän palvelun (TEAK, AVH-kurssi, puheterapia ja kuntoutuspsykoterapia) osalta päätemoista puhuttiin *tiedon vähyydestä tai sen puutteesta* sekä *työnjaon toimimattomuudesta tai sen puutteesta*. Näiden kahden teeman aineisto oli runsasta ja kuvailuiltaan monipuolista. Myös *Palveluihin osallistumisen vaikeudet* myönteisen kuntoutuspäätöksen jälkeen sekä *resurssien puute tunnistettiin* kaikkien palvelujen osalta lähes kaikilla alueilla. Muita teemoja tuotiin esiin vaihtelevasti alueittain ja Kelan kuntoutuspalveluihin liittyen.

Pääteemoista *yhteistyön toimimattomuus tai sen puute* tunnistettiin puheterapian osalta vain yhden alueen vastauksissa ja muissa palveluissa useammalla alueella. Myös *ammattilaisten kuntoutusmyönteisyyden puutetta* tunnistettiin AVH-kurssin osalta vain yhden alueen vastauksissa ja muiden palvelujen osalta useammalla alueella.

Tukiverkon puute tunnistettiin TEAK-kuntoutukseen liittyen vain yhden alueen ammattilaisten vastauksista. Sen sijaan sama teema tunnistettiin kuntoutuspsykoterapiaan ja AVH-kurssiin liittyen lähes kaikkien alueiden ammattilaisten vastauksista ja puheterapiaan liittyen kaikkien alueiden vastauksista.

3.2.2 Työnjako ja toimintamallit

Työnjako ja toimintamallit korostuivat tilastollisen analyysin tuloksissa. Nämä liittyivät erityisesti kuntoutustarpeen arvioinnin ja kuntoutussuunnitelman tekemisen vaiheeseen. Seuraavana tarkennetaan laadullista analyysia työnjaon ja toimintamallien teemaan tilastollisen analyysin syventämiseksi. Teemoja tarkastellaan siltä osin, kun niitä kuvaavat maininnat alkupe- räisaineistossa sisältyivät kuntoutustarpeen arvioinnin ja kuntoutussuunnitelman tekemisen vaiheeseen.

Laadullisen aineiston analyysissä työnjako esiintyi omana pääteemana ja toimintamallit tunnistettiin tieto-pääteeman alateemaksi. *Tiedon vähydestä tai sen puutteesta sekä työnjaon toimimattomuudesta tai sen puutteesta* myös puhuttiin kaikkien viiden erityisvastuualueen ammattilaisten vastauksissa ja jokaisen neljän palvelun (TEAK, AVH-kurssi, puheterapia ja kuntoutuspsykoterapia) osalta. Näihin teemoihin myös sisältyi runsaasti aineistoa avovastauksissa. Näiden perusteella teemojen syventäminen oli mahdollista ja se koettiin tutkimuksellisesti mielekkääksi.

Työnjako

Työnjaon teema liittyi olennaisesti asiakkaan prosessin etenemisen puutteisiin. Teeman sisällä tunnistettiin kaksi pääasiallista alateemaa, jotka kuvasivat Kelan kuntoutukseen ohjautumisen ja siihen osallistumisen haasteita. Ensinnäkin asiakkaan ohjaukseen liittyvä työnjako ei toimi sujuvasti ja toiseksi asiakkaan prosessin jatkuvuutta turvaava työnjako ei toimi sujuvasti. Alateemojen sisältöjä on kuvattu taulukossa 14.

Taulukko 14. Työnjako-teeman alateemat ja niiden sisällöt.

Alateema	Alateemojen sisällön kuvailua
Asiakkaan ohjaukseen liittyvä työnjako ei toimi sujuvasti	<p>Työnjako yleisesti: asiakkaita ei ohjata Kelan kuntoutukseen; riittävä ohjaus puuttuu; suunnitelman laativa taho ei tunne Kelan mahdollisuuksia eikä ohjaa asiakasta taholle joka voisi auttaa</p> <p>Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon sisäinen työnjako: selkeä vastuunjako puuttuu terveydenhuollosta; terveyskeskukset eivät toimi kuten pitäisi; perusterveydenhuollossa on puutteelliset hoitopolut ja vastuunotto; perustasolla on riittämätön tuki; erikoissairaanhoido ei ohjaa aktiivisesti kuntoutukseen; kuntoutustarpeen arviointi ja ohjaus riippuu asiakkaan hoitoyksiköstä; monet erikoisalajat keskittyvät fyysiseen hoitoon ja kuntoutus jää huomioimatta; huono valmistelu hoitotaholla; terapia korvaa julkisen terveydenhuollon puutteita hoidollisissa mielenterveyspalveluissa; lääkäri ei paneudu kunnolla diagnosointiin; monivaiheinen arviointi: Arviointi tapahtuu ensin perustasolla, sitten erikoissairaanhoidossa TAI puheterapiatarpeen arvioinnin suorittaa puheterapeutti ja sen jälkeen tarvitaan vielä lääkärin laatima kuntoutussuunnitelma</p> <p>Puheeksiotto: työkykyyn liittyviä asioita ei oteta systemaattisesti puheeksi; asiakkaalle ei tarjota kuntoutusvaihtoehtoja</p>
Asiakkaan prosessin jatkuvuutta turvaava työnjako ei toimi sujuvasti	<p>Asiakkaan saama tuki: asiakkaat jäävät yksin kuntoutukseen hakeutuessaan; asiakkaat kirjataan ulos psykiatrian asiakkuudesta terapiapäätöksen myötä, vaikka psyykinen tila edellyttäisi moniammatillista tukea; asiakasta ”pompotetaan” luukulta toiselle ja ohjeistus riippuu sen antajasta</p> <p>Asiakkaan kokonaistilanne: asiakkaan kokonaistilanne ei ole kenenkään mielessä; kukaan ei tunne asiakasta tarpeeksi hyvin</p>

Asiakkaan ohjaukseen liittyvän työnjaon toimimattomuus yhdistettiin erityisesti perusterveydenhuoltoon ja erikoissairaanhoidon. Vastaajat olivat sitä mieltä, että asiakkaat eivät saa riittävästi tukea perusterveydenhuollosta. Lisäksi erikoissairaanhoidossa kuntoutustarpeen arviointi ja ohjaus riippuu erikoissairaanhoidon yksiköstä ja terapian nähtiin korvaavan julkisen terveydenhuollon puutteita. Haasteita nähtiin myös kuntoutuksen systemaattisessa puheeksiotossa.

Asiakkaan prosessin jatkuvuutta turvaavaan työnjakoon liittyen tuotiin esiin, että se ei toimi sujuvasti ja asiakkaat jäivät yksin tilanteensa kanssa tai kukaan ei tunne asiakkaan tilannetta riittävän hyvin. Asiakkaat jäivät yksin mm. kuntoutukseen hakeutuessa, terapiapäätöksen jälkeen ja liikkuaan toimijalta toiselle.

Kaikkien neljän palvelun yhtäaikaan tarkastelu osoitti, että jokaisen alueen ammattilaisten vastauksista oli tunnistettavissa molempia teemoja. Palvelukohtaisesti alateemoissa oli kuitenkin vaihtelua.

Asiakkaan ohjaukseen liittyvä työnjaon toimimattomuus tuotiin esiin kuntoutuspsykoterapian ja puheterapian osalta jokaisen alueen ammattilaisten vastauksissa. Kuntoutuspsykoterapian osalta vastauksissa viitattiin esimerkiksi terveydenhuollossa ilmeneviin puutteisiin, kuten terapian rooliin julkisen terveydenhuollon korvaajana. Puheterapian osalta vastauksissa viitattiin esimerkiksi siihen, että arvioivat tahot eivät riittävästi huolehdi siitä, että kuntoutussuunnitelman laatimisen yhteydessä asiakas saisi tietää miten asiat sen jälkeen etenevät. TEAK-kuntoutuksen ja AVH-kurssin osalta alateema oli tunnistettavissa vaihtelevasti eri alueiden vastauksista.

Jokaisen neljän palvelun osalta TAYS- ja TYKS-ervan vastauksissa tunnistettiin asiakkaan ohjaukseen liittyvään työnjakoon viittaavia mainintoja. Vastaavasti KYS-ervan vastauksissa tunnistettiin viittauksia tähän teemaan vain kuntoutuspsykoterapian ja puheterapian osalta.

Asiakkaan prosessin jatkuvuutta turvaavaan työnjaon osalta OYS-ervassa tähän viittaavia sisältöjä tunnistettiin vain TEAK-kuntoutuksen osalta. Sen sijaan usealla alueella teemaan viittaavia sisältöjä löytyi kuntoutuspsykoterapian osalta. Erityisesti viitattiin siihen, että terapiapäätöksen myötä hoitosuhde terveydenhuoltoon katkeaa ja asiakas jää yksin.

Toimintamalli

Toimintamallia koskevan teeman sisältö liittyi keskeisesti ajatukseen siitä, että toimintamallia ei ole, se on epäselvä ammattilaisella tai asiakkaalle tiedon puutteen vuoksi tai se ei vain toimi. Toimintamallien puutteellisuutta kuvasivat maininnat asiantuntijoiden tiedonpuutteesta asiakkaan ohjauksessa sekä maininnat monimutkaisista ja epäselvistä prosesseista ja toimintatavoista niin asiakkaiden kuin myös ammattilaisten näkökulmista. Vastauksissa tuotiin myös esiin, että käytössä olevat toimintamallit eivät välttämättä toimi asiakkaan kannalta parhaalla mahdollisella tavalla. Taulukossa 15 (s. 33) on kuvattu toimintamallin alateemat ja niiden sisällöt.

Taulukko 15. Toimintamalli -teeman sisällöt.

Alateema	Alateeman sisällön kuvailua
Tiedon tai osaamisen puute etenemisestä	Ammattilaisilla (mm. perusterveydenhuolto, työterveyshuolto) on tiedon puute Kelan kuntoutukseen ohjaamisesta; asiakkailta on tiedon puute prosessin eri vaiheista; puuttuu tieto siitä, kuinka edetään; ammattilaiset eivät osaa ohjata asiakasta prosessissa eteenpäin
Prosessin vaikeaselkaisuus ja monimutkaisuus	Prosessi on monimutkainen terveyskeskuksesta erikoissairaanhoidon ja siitä erikoislääkärille; prosessi on asiakkaan näkökulmasta vaikeaselkoinen; sairaalan erikoisaloiden hoito- ja kuntoutusprosessit eivät ole kunnossa
Epäselvät käytännöt	Kuntoutustarvetta arvioivien tahojen (perusterveydenhuollon arviot ja lähettäminen jatkotutkimuksiin) toimintatavat ja käytössä olevat kriteerit ovat epäselvät; alueelliset käytännöt ovat epäselviä ja passivoivia palveluntuottajan saamiseen liittyen
Toimintamalli ei toimi	Seurataan liian pitkään lapsen kehitystä ennen kuntoutukseen ohjaamista

Toimintamallin epäselvyyteen viittaavia sisältöjä oli tunnistettavissa jokaisen alueen ammattilaisten vastauksissa joidenkin palvelujen osalta. Usealla alueella nähtiin puutteita toimintamallin suhteen erityisesti TEAK-kuntoutuksen ja puheterapian osalta. TEAK-kuntoutukseen liittyen vastauksissa tuotiin esiin esimerkiksi ammattilaisten tiedon puute Kelan kuntoutukseen ohjaamisesta sekä asiakkaiden tiedon puute prosessin eri vaiheista. Puheterapian osalta vastauksista tunnistettiin esimerkiksi liian pitkät seuranta-ajat terveydenhuollon puolella ennen kuntoutukseen ohjaamista sekä passivoivat alueelliset käytännöt. Passivoinnilla viitattiin siihen, että puheterapiaa ei suositella, mikäli asiantuntijalla on se käsitys, ettei palveluntuottajia ole kuitenkaan alueella saatavilla. KYS-ervan vastauksista toimintamallin teema oli tunnistettavissa vain puheterapian osalta ja TYKS-ervan vastauksista vain TEAK-kuntoutuksen osalta.

Avovastausten analyysin yhteenvedona on mahdollista todeta, että kaikkia palveluja tarkasteltaessa samat haasteet ovat tunnistettavissa jokaisella alueella jollain tavalla. Yksikään alue ei nouse analyysissä erityisesti esiin jonkin teeman osalta. Huolimatta siitä, että HYKS-erva saa tilastollisessa analyysissä positiivisimmat arvot työnjaossa ja toimintamalleissa, silti myös sen alueen vastauksista on tunnistettavissa haasteita näiden teemojen osalta. Erityisenä haasteena alueilla yhteisesti nähtiin asiakkaiden ohjaukseen liittyvä työnjako. Tulokset kertovatkin teemoista yleensä. Ne eivät anna selkeää vastausta alueiden välisten erojen syistä

4 Pohdinta

Kyselyn tulokset rakentavat kuvaa Kelan kuntoutukseen ohjautumiseen ja osallistumiseen liittyvistä piirteistä alueiden ammattilaisten näkökulmista. Tulokset eivät ole yksiselitteisiä, mutta niiden perusteella on mahdollista tehdä huomioita muutamasta keskeisestä asiasta.

Teemojen yleinen tarkastelu osoitti, että vastaajia yhdisti näkemys asiakkaan kuntoutusprosessin sujuvasta etenemisestä, toimintamallien vahvuudesta sekä resurssien niukkuudesta. Re-

surssitilanne arvioitiin vastauksissa huonommaksi verrattuna muihin teemoihin. Kuntoutusprosessin vaiheista heikoimmin toimivaksi arvioitiin kuntoutukseen hakeminen. Aineiston analysoinnin tässä vaiheessa näytti siltä, että tilanne erityisesti resurssien ja osin palveluihin pääsyn suhteen olisi heikoin ja vaiheista kiinnostus tulisi kohdistaa kuntoutuksen hakemiseen.

Seuraavana analyysissa keskityttiin aluekohtaisiin keskiarvoihin, jakaumiin ja niiden eroihin. HYKS-erva nousi aineistosta esiin muita alueita pääsääntöisesti positiivisimmilla arvoilla niin teemoja kuin vaiheita tarkasteltaessa. Teemojen osalta olennaisia eroja alueiden välillä ilmeni asiakkaan kuntoutusprosessin sujuvuudessa, toimintamallien käytössä ja työnjaon selkeydessä. Asiakkaan kuntoutukseen ohjautumisen vaiheita tarkasteltaessa eroja huomattiin kuntoutustarpeen arvioinnin ja kuntoutussuunnitelman laatimisessa. Tässä aineistossa näyttää siltä, että kuntoutustarpeen arviointi ja -suunnitelman laatiminen sekä edellä mainitut kolme teemaa toimivat muihin alueisiin verrattuna paremmin HYKS-ervassa.

HYKS-ervan erottuminen herätti kysymyksen alueen ominaisuuksista, jotka voisivat selittää havaintoja. Tarkemmilla analyyseilla pyrittiin selvittämään Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin merkitystä tuloksiin. Lisätarkastelut sairaanhoitopiiritasolla eivät paljastaneet yksiselitteistä syytä tuloksille ja tämä antaa aiheutta jatkotutkimuksille.

Edelleen analyysia syvennettiin avovastausten avulla käyttäen laadullista menetelmää. Analyysin pohjalta todettiin, että vaikka HYKS-erva nouseekin esiin positiivisemmilla arvoilla tilastollisessa analyysissa työnjaon ja toimintamallien osalta, silti sielläkin nousee esiin useita haasteita näissä teemoissa. Itseasiassa kaikkia palveluja tarkasteltaessa samat teemat ovat tunnistettavissa haasteina jokaisella alueella. Siten analyysi ei anna selkeää vastausta siihen, miksi HYKS-erva nousee tilastollisessa analyysissa esiin muita positiivisemmilla arvoilla. Taustalla voi olla monia asioita. On esimerkiksi mahdollista, että tuloksiin vaikuttaa se, että tältä alueelta oli eniten vastaajia. Näin ollen vastaajissa ei ole välttämättä mukana vain ne, jotka ovat asioista kriittisempiä ja sen vuoksi kiinnostuneita tuomaan näkökulmiaan esiin vastauksissaan.

Avovastauksissa näkyy teemojen vaihtelua alueittain ja palveluittain. Tulee kuitenkin huomioida, että vastausten alueellinen määrä vaihtelee. Esimerkiksi HYKS-ervan alueelta on eniten vastauksia, joten sieltä on eniten myös avovastauksia. Siten on mahdollista, että jokin teema olisi tullut esiin myös muilla alueilla, jos vastaajia olisi ollut sieltä enemmän. Tekstissä esiintyvien mainintojen määrillä ei ole merkitystä ja tuloksiin tulee suhtautua varauksella. Jos jokin teema ei esiinny alueen vastauksissa, se ei tarkoita, etteikö sitä asiana alueella ilmenisi. Joka tapauksessa tuloksista on mahdollista havaita, että erityisenä haasteena alueilla yleisesti nähtiin asiakkaan ohjaukseen liittyvä työnjako.

Kuten kaikilla tutkimuksilla on tälläkin kyselytutkimuksella omat rajoitteensa. Merkittävin huomio on se, että kysely ei muodosta kattavaa otosta yleisestä perusjoukosta, johon kuuluisi kaikki Kelan kuntoutukseen ohjaamisen osallistuvat ammattilaiset. Aineisto on harkinnanvarainen näyteaineisto, eikä tuloksia voida yleistää vastaajien ulkopuolelle (Vehkalahti 2019, 46). Lisäksi kyselyn vastaukset painottuivat puheterapiaan ja kuntoutuspsykoterapiaan.

Sähköisen kyselyn pystyi täyttämään vain yhden palvelun osalta kerrallaan ja ei voida tarkkaan todeta, onko vastaaja vastannut toisen kerran ja siten täyttänyt kyselyn myös toisen palvelun osalta. Tämä koskettaa kuitenkin pientä osaa vastaajista, eniten lääkäreitä (n = 35). Tutkimustehtävän kannalta tällä ei ole suurta merkitystä, koska vastaukset ovat palvelukohtaisia ja aineistolla mitattiin asiantuntijanäkemyksiä asiakkaiden ohjautumiseen ja osallistumiseen neljään Kelan kuntoutuspalveluun. Yli 360 ammattilaisen vastausta käsittävä asiantuntijatiedon näyteaineisto tarjoaa tutkimustehtävälle selitysvoimaisen aineiston, jolla voidaan kartoittaa viitteitä Kelan kuntoutukseen ohjautumisen alueellisten erojen syiksi.

Kyselyn mittareina päädyttiin käyttämään aiempaan tutkimustietoon ja teoriaan perustuvia summamuuttujia. Summamuuttujat sopivat aineistolähtöisempiä mittareita paremmin tutkimusasetelmalle, jota ohjaa teoreettinen viitekehys. Mittareina ne palvelevat tämän tutkimuksen tarkoituksia hyvin, mutta myös niillä on omat rajoitteensa. Summamuuttujat ovat tutkijoiden ennalta määrittämiä kokonaisuuksia, jotka eivät välttämättä kata kaikkia mielenkiintoisia osa-alueita ilmiöistä ja kaventavat aineistolähtöisiä näkökulmia tutkimuskohteeseen. (Vehkalahti 2019, 112.) Toisaalta, kyselyn avovastaukset analysoitiin siten, että oli mahdollista tunnistaa näkökulmia myös teoreettisen teemarungon ulkopuolelta. Olennaisia uusia aiheita kuntoutusjärjestelmän näkökulmasta ei tunnistettu. Avovastauksissa oli mahdollista tuoda esiin vapaasti Kelan kuntoutukseen ohjautumista edistäviä tai estäviä asioita. Todettakoon, että kyselyn siihenastiset teemat ovat voineet johdatella vastaajia pohtimaan näitä lisää.

Kyselytutkimuksen tulokset eivät välttämättä anna yksiselitteistä vastausta siihen, millaisia syitä on Kelan kuntoutuksen alueiden välisten erojen taustalla. Sen sijaan tulokset auttavat ymmärtämään sitä, mihin kohtaan asiakkaan kuntoutukseen ohjautumisen prosessia tulisi erityisesti kiinnittää huomiota alueilla ja millaisia asioita tässä vaiheessa tulisi tarkastella syvemmin. Tutkimus herättää ajattelemaan, ovatko Kelan kuntoutuksen alueiden välisten erojen syyt suhteellisia siten, että on vaikeaa ja jopa mahdotonta osoittaa tiettyjä kaikille yhteisiä asioita erojen taustalla.

Tulosten perusteella tulisi kiinnittää huomiota kuntoutuksen hakemisen vaiheeseen, joka koettiin heikoiten toimivaksi sekä asiakkaan kuntoutustarpeen arviointiin ja kuntoutussuunnitelman laatimiseen, jonka toteutuminen poikkeaa alueiden välillä eniten. Näyttäisi siltä, että nämä voivat olla merkittäviä vaiheita asiakkaan polulla, jossa kuntoutukseen ohjautuminen ja siihen osallistuminen joko mahdollistuu tai ei mahdollistu. Tarkastelukohteita näissä vaiheissa ovat erityisesti alueittain vaihtelevat toimijoiden välinen työnjako ja käytössä olevat toimintamallit tai niiden puutteet. Yleisesti kaikkia alueita koskevat kehittämiskohteet ovat resurssien niukkuus ja palveluiden saatavuus.

Jatkossa olisi tärkeää syventyä edellä mainittuihin vaiheisiin ja teemoihin syvemmin, jotta päästään avaamaan niiden merkitystä Kelan kuntoutukseen ohjautumisessa ja siihen osallistumisessa.

Tietolaatikko

A. Johdanto

- Tutkimuksessa tarkastellaan asiakkaiden ohjautumista ja osallistumista Kelan kuntoutuspalveluihin: Työllistymistä edistävä ammatillinen kuntoutus (TEAK), puheterapia, kuntoutuspsykoterapia ja AVH-kurssi.
- Kyselyyn vastasi 362 Kelan kuntoutukseen ohjaavaa tai siihen osallistuvaa ammattilaista ja asiantuntijaa.

B. Tilastollinen analyysi

- Kyselyllä mitattiin teemojen ja vaiheiden toteutumista. Mittareina toimivat summamuuttujat perustuvat aiempaan tutkimustietoon ja teoriaan. Summamuuttujien sisältö on esitetty liitteessä 1.
- Vastaajia yhdisti näkemys asiakkaan kuntoutukseen ohjautumisen sujuvasta etenemisestä, resurssien niukkuudesta ja kuntoutukseen hakemisen puutteista.
- Erityisvastuualueiden välisissä tarkasteluissa huomattiin ero HYKS-ervan ja muiden alueiden välillä. HYKS alueen vastaukset erottuivat muista pääsääntöisesti myönteisemmällä arvioilla, eritoten asiakkaan kuntoutusprosessin sujuvuuden, toimintamallien käytön, työnjaon selkeyden sekä kuntoutustarpeen arvioinnin ja kuntoutussuunnitelman laatimisen osalta.
- Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin alueen vastaukset eivät selittäneet HYKS-alueen myönteisiä arvioita. Tilastollisen aineiston pohjalta ei löydetty yksiselitteistä syytä tulokselle.

C. Avovastausten analyysi

Avovastauksista tunnistettiin seitsemän pääteemaa

1. tiedon vähyys tai sen puute
 2. yhteistyön toimimattomuus tai sen puute
 3. työnjaon toimimattomuus tai sen puute
 4. palveluihin osallistumisen vaikeudet myönteisen kuntoutuspäätöksen jälkeen
 5. resurssien puute
 6. ammattilaisten kuntoutusmyönteisyyden puute
 7. Tukiverkon puute
- Tiedon vähyys tai sen puute sekä työnjaon toimimattomuus tai sen puute tuli esiin kaikilla viidellä erityisvastuualueella ja jokaisen neljän palvelun osalta.
 - Työnjako-teema: kaksi alateemaa 1) asiakkaan ohjaukseen liittyvä työnjako ei toimi sujuvasti ja 2) asiakkaan prosessin jatkuvuutta turvaava työnjako ei toimi sujuvasti.
 - Työnjako teema: Asiakkaan ohjaukseen liittyvä työnjaon toimimattomuus tuli esiin kuntoutuspsykoterapian ja puheterapian osalta jokaisella alueella.

- Työnjako teema: Asiakkaan prosessin jatkuvuutta turvaava työnjako tuli esiin kuntoutuspsykoterapian osalta usealla alueella.
- Usealla alueella nähtiin puutteita toimintamallin suhteen erityisesti TEAK-kuntoutuksen ja puheterapian osalta.

D. Pohdinta

- Merkittäviä vaiheita kuntoutukseen ohjautumisen ja osallistumisen näkökulmasta näyttäisivät olevan kuntoutuksen hakeminen (koettiin heikoiten toimivaksi) sekä asiakkaan kuntoutustarpeen arviointi ja kuntoutussuunnitelman laatiminen (toteutuminen poikkeaa alueiden välillä eniten).
- Alueittain vaihtelua ilmeni toimijoiden välisessä työnjaossa ja käytössä olevien toimintamallien tai niiden puutteiden osalta.
- Yleisesti kaikkia alueita koskevat kehittämiskohteet ovat resurssien niukkuus ja palveluiden saatavuus.

Lähteet

Huikko E, Kovanen L, Torniainen-Holm M ym. Selvitys 5–12-vuotiaiden lasten mielenterveyshäiriöiden hoito- ja kuntoutuspalvelujärjestelmästä Suomessa. Helsinki: THL, raportti 14, 2017.

Kela. Kelan kuntoutuspalvelujen maakunnittainen kohdentuminen ja kohdentumiseen vaikuttavia tekijöitä. Työryhmän muistio. Helsinki: Kela, 2017.

Levesque JF, Harris MF, Russell G. Patient-centred access to health care. Conceptualising access at the interface of health systems and populations. *International Journal for Equity in Health* 2013; 12 (18): 1–9.

Miettinen S, Rinne H, Pulkki J, Heino P, Poikkeus L. Alueelliset erot Kelan kuntoutukseen osallistumisessa ICD-10 sairauspääryhmässä mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöt. *Kuntoutus* 2022. Julkaisematon.

NHG. [Kuntoutuksen toimiala- ja tulevaisuus selvitys. Loppuraportti. Määrällinen osio \(pdf\)](#). Helsinki: Nordic Healthcare Group, 2019. Viitattu 14.2.2022.

Pulkki J. Aluetason kuntoutusjärjestelmä. Rakenne, organisaatio ja toiminta palvelujen saatavuuden näkökulmasta. Tampere: Tampere University, Acta Universitatis Tamperensis 1703, 2012.

Tähtinen J, Laakkonen E, Broberg M. [Tilastollisen aineiston käsittelyn ja tulkinnan perusteita](#). Turku: Turun yliopisto, Turun yliopiston kasvatustieteiden tiedekunnan julkaisuja C 22, 2020. Viitattu 28.12.2021.

Vehkalahti K. [Kyselytutkimuksen mittarit ja menetelmät](#). Helsinki: Helsingin yliopisto, 2019. DOI: 10.31885/9789515149817.

Liiteluettelo

Liitteet ovat [erillisessä tiedostossa Helda-julkaisuarkistossa \(helda.helsinki.fi\)](https://helda.helsinki.fi).

Liite 1. Liitetaulukko

Liite 2. Kyselylomake