

Katja Mäki-Kuutti

PSYKOTERAPIAA TAVOITTEELLISESTI JA OIKEA-AIKAISESTI
Hallintamentaliteetti Kelan kuntoutuspsykoterapian myöntämisperusteissa

Yhteiskuntatieteiden tiedekunta
Pro gradu tutkielma
Huhtikuu 2020

Tiivistelmä

Katja Mäki-Kuutti: Psykoterapiaa tavoitteellisesti ja oikea-aikaisesti – hallintamentaliteetti Kelan kuntoutuspsykoterapian myöntämisperusteissa.

Pro gradu -tutkielma

Tampereen yliopisto

Sosiaalityön tutkinto-ohjelma

Ohjaaja Kirsi Juhila

Huhtikuu 2020

Kela myöntää kuntoutuspsykoterapiaa 16-67-vuotiaalle henkilölle, jonka työ- tai opiskelukyky on vaarantunut diagnosoidun mielenterveyden ongelman takia. Kuntoutuspsykoterapia on nimensä mukaisesti kuntoutusta, mutta sitä on pitkään käytetty täydentämään julkisten mielenterveyspalvelujen puutteita. Olen siksi kiinnostunut siitä, kenelle Kela myöntää kuntoutuspsykoterapiaa ja millä perusteilla.

Tutkimusmenetelmäni on teoriaohjaava laadullinen sisällönanalyysi. Tutkielmani teoreettisena viitekehyksenä toimii hallinnan analytiikka. Hallinta tai hallintamentaliteetti tarkoittaa tietynlaista vallan muotoa, jossa pyritään ohjaamaan ihmisjoukkoja ja -yksilöitä hyödyntämällä heidän itseohjautuvuuttaan. Olen kiinnostunut siitä, minkälaista hallintaa sisältyy Kelan kuntoutuspsykoterapian myöntämisperusteisiin, minkälaista subjektiutta hallintamentaliteetti tuottaa ja miten se suhteutuu hoidon ja kuntoutuksen tavoitteisiin. Aineistoina olen käyttänyt Kelan kuntoutuspsykoterapian etuusohjetta ja lakia Kansaneläkelaitoksen kuntoutusetuuksista ja kuntoutusrahaetuksista sekä Kelan työntekijöiden ja lääkärilausuntoja kuntoutuspsykoterapiahakemusten liitteiksi laativien psykiatrien haastatteluja.

Tutkimuksen perusteella kuntoutuspsykoterapiasta hahmottuu kuva tavoitteellisena, työelämään tai opiskeluihin suuntaavana toimintana. Kelan määrittämä työelämätavoite vaikuttaa siihen kuka saa kuntoutuspsykoterapiaa. Tämä työkeskeinen eetos heijastaa mielestäni uusliberalistista hallintamentaliteettia. Hallintamentaliteetti tulee esille myös vaatimuksena kuntoutujan sitoutumisesta kuntoutukseen sekä selontekovelvollisuutena Kelalle, mikäli epäillään, etteivät myöntämisedellytykset täyty. Lainsäädäntö sulkee kuntoutuspsykoterapian ulkopuolelle tietyt ikäryhmät sekä työ- tai työkyvyttömyyseläkkeellä olevat. Kuntoutuspsykoterapiaa ei välttämättä myönnetä, mikäli hakijalla on hoitamaton päihdeongelma tai vaikea-asteinen psykiatrinen sairaus. Haastateltavat puhuivat näissä tapauksissa enemmän oikea-aikaisuudesta kuin soveltumattomuudesta kuntoutuspsykoterapiaan.

Avainsanat: Kela, kuntoutus, psykoterapia, mielenterveys, hallinta, valta

Tämän julkaisun alkuperäisyys on tarkistettu Turnitin OriginalityCheck -ohjelmalla.

Abstract

Katja Mäki-Kuutti: Target-oriented psychotherapy at the right time – governmentality in grounds for reimbursement in the Kela's rehabilitative psychotherapy

Master's thesis

Tampere University

Programme of social work

Supervisor Kirsi Juhila

April 2020

Kela (The Social Insurance Institution) provides access to the rehabilitative psychotherapy to the 16-68-year-old people, whose ability to work or study is endangered due diagnosed mental health problem. Although Kela's provided psychotherapy is a rehabilitation, it is used to supplement the insufficiencies of public mental health services. I am therefore interested in, to whom Kela provides the rehabilitation psychotherapy and what are the grounds for reimbursement in it.

My research method is a theoretically directed qualitative content analysis. The analytics of government serves as a theoretical frame of reference of my treatise. The government or governmentality means certain kind of form of the power in which it is endeavoured to conduct people and individuals by utilising their self-conduct. My interest is to find out what kind of government conducts grounds for reimbursement in Kela's rehabilitative psychotherapy, what kind of subjectivity this government constructs and how this all is related to the target settings of health care and rehabilitation. As data I have used the Act on Kela's rehabilitation advantages and rehabilitation benefits, Kela's own instructions for rehabilitative psychotherapy and interviews of Kela staff and psychiatrists who draw up the statements for applications for the rehabilitative psychotherapy.

Basing on the results of the study, the impression is that Kela's rehabilitative psychotherapy is target-oriented activity whose goal is to be directed towards work or studying. The work target by Kela influences to whom Kela provides access to rehabilitative psychotherapy. This work-centered ethos reflects neoliberal governmentality. The governmentality also appears as a demand for the rehabilitation client to commit to the rehabilitation therapy and as the accountability of a client if he or she does not fulfil the conditions for the reimbursement. The legislation excludes certain age groups and people who receive employment pension or invalid pension, from rehabilitative psychotherapy. Kela may dismiss the reimbursement if a person is an untreated substance abuser or if he or she has a serious psychiatric illness. The interviewees did not consider above-mentioned people unsuitable for rehabilitative psychotherapy, but that it was not the right time for it.

Keywords: Kela, rehabilitation, psychotherapy, mental health, government, power

The originality of this thesis has been checked using the Turnitin OriginalityCheck service.

Sisällysluettelo

1 Johdanto.....	5
2 Mielen­terveyshäiriöt ja niiden hoito	6
2.1 Mielen­terveyshäiriöiden yleisyys Suomessa.....	6
2.2 Mielen­terveys­palvelut ja niiden järjestäminen.....	8
3 Terveys, toimintakyky ja vajaakuntoisuus.....	10
4 Kuntoutus	14
4.1 Kuntoutuksen käsite.....	14
4.2 Kuntoutusjärjestelmä	17
4.3 Kuntoutuksen arvot ja yhdenvertaisuus	21
5 Tutkimusasetelma	23
5.1 Tutkimuksen paikka, tavoite ja tutkimushypoteesi	23
5.2 Tutkimuksen metodi ja teoreettinen viitekehys	24
5.3 Tutkimusaineistot ja tutkimuseettiset kysymykset.....	28
6 Kelan kuntoutuspsykoterapia ja sen myöntämiskriteerit	31
6.1 Mitä psykoterapia on?.....	31
6.2 Kelan kuntoutuspsykoterapian historia ja tulevaisuus	32
6.3 Kelan kuntoutuspsykoterapian myöntämiskriteerit ja niitä ohjaava lainsäädäntö.....	34
6.4 Kuntoutuspsykoterapian kohderyhmät ja työelämätavoite	35
6.5 Kuntoutuspsykoterapian tarve ja soveltuvuus kuntoutujalle.....	39
6.6 Hoidon ja kuntoutuksen välinen suhde	43
6.7 Kuntoutujan ja Kelan velvollisuudet sekä eri asiakirjojen merkitys.....	46
7 Hallinta ja Kelan kuntoutuspsykoterapian myöntämisperusteet	50
7.1 Vallasta hallintaan	50
7.2 Vapaudella hallinta	53
7.3 Hyvinvointijärjestelmä, uusliberalismi ja kehittynyt liberalismi hallinnan muotoina.....	55
7.4 Aktiivinen kansalaisuus, vastuuttaminen ja riskikansalaisuus	57
7.5 Työelämätavoite, hallintamentaliteetti ja aktiivinen kansalaisuus	60
7.6 Hallinnan rationaliteetit, epätasaisesti jakautunut hyvinvointi ja riskikansalaisuus.....	64
7.7 Kuntoutusta vai hoitoa?	67
8 Pohdinta.....	70
Lähdeluettelo:	74
Liitteet.....	82
Liite 1.....	82
Liite 2.....	84

Liite 3..... 87

1 Johdanto

Kelan kuntoutuspsykoterapia on tällä hetkellä suurin Kelan kuntoutusmuoto. Vuonna 2018 kuntoutuspsykoterapiaa myönnettiin lähes 44000 hakijalle (Kelan kuntoutustilasto 2018). Tuetulle psykoterapialle on tarvetta, sillä mielenterveyden ongelmat voivat pahimmillaan viedä työkyvyn, eivätkä julkiset mielenterveyspalvelut kykene usein vastaamaan psykoterapian tarpeeseen, varsinkaan jos kyse on pitkistä psykoterapioista. Psykoterapian rahoittaminen omakustanteisesti on varsin kallista, kun yksittäisen psykoterapiakäynnin hinta on lähemmäs sata euroa tai joissain tapauksissa enemmän.

Minua alkoi kiinnostaa kenelle ja millä perusteilla Kela kuntoutuspsykoterapiaa myöntää, keskusteltuani sattumalta kuntoutuspsykoterapian mahdollisuudesta muutaman mielenterveyskuntoutujan kanssa, jotka olin tavannut tehdessäni vapaaehtoistyötä kolmannen sektorin mielenterveys- ja päihdepalveluissa. Mielenterveyskuntoutujat, joiden kanssa asiasta keskustelin, olivat joko kuntoutustuella tai työkyvyttömyyseläkkeellä. Kukaan heistä ei käynyt Kelan kuntoutuspsykoterapiassa, eikä sen hakemista heille myöskään ollut ehdotettu. Asia palasi mieleeni, kun etsin sopivaa aihetta kandidaatin tutkielmaan. Kelan kuntoutuspsykoterapian etuusohje, jossa kerrottiin, kuka voi saada kuntoutuspsykoterapiaa ja mitkä ovat sen myöntämisperusteet, löytyi helposti Kelan internetsivuilta. Huomioni kohdistui varsinkin siihen, että kuntoutuspsykoterapiaa myönnetään työ- ja opiskelukyvyn ylläpitämiseen. Onko työttömän tai kuntoutustuella olevan mahdollista saada kuntoutuspsykoterapiaa? Entä vaikuttaako psykiatrinen diagnoosi kuntoutuspsykoterapian saamiseen? Kiinnostustani lisäsi myös se, ettei aiheesta ole tehty tutkimusta, vaikka sitä on joissain kuntoutusta käsittelevissä tutkimuksissa sivuttu. Aihe vaikutti myös sopivan rajatulta, soveltuakseen opinnäytetyöksi.

Pro gradu -tutkielmani on jatkoa kandidaatin tutkielmalleni *Psykoterapiaa työkyvyn parantamiseen – uusliberalistinen ideologia Kelan kuntoutuspsykoterapian myöntämisperusteissa*. Pro gradu -tutkielmassani lähestyn aihetta hallinnan analytiikan avulla. Hallinnassa on kyse tietystä vallan muodosta, jonka tavoitteena ei ole alistaa ihmisiä, vaan ohjata heitä ja samalla muokata ja saada heidät muokkaamaan subjektiviteettiaan. Minua kiinnostaa, minkälaista valtaa ja hallintaa kätkeytyy kuntoutuspsykoterapian myöntämisperusteisiin, miten se ohjaa kuntoutuspsykoterapiaa hakevia ja muokkaa heidän subjektiviteettiaan. Aineistoina käytän Kelan kuntoutuspsykoterapian etuusohjetta, kuntoutuspsykoterapiaa ohjaavaa lainsäädäntöä sekä Kelan työntekijöiden ja psykiatrien haastatteluja.

Pro gradu -tutkielmani lähtee liikkeelle mielenterveyshäiriöiden ilmaantuvuudesta Suomessa sekä julkisten mielenterveyspalvelujen mahdollisuudesta vastata näihin tarpeisiin. Seuraavaksi käsittelen

mielenterveyttä käsitteenä, mielenterveyshäiriöiden diagnosointia sekä toiminta- ja työkyvyn käsitteitä. Koska kuntoutuspsykoterapia on kuntoutusta kerron kuntoutuksesta käsitteenä, mutta myös kuntoutusjärjestelmästä Suomessa sekä sen kehityksestä; pohdin lisäksi kuntoutuksen arvoja ja kuntoutuksen yhdenvertaisuutta. Tutkimusasetelmaluvussa esittelen tutkimuskysymykseni sekä tarkemmin tutkimusmetodini, tutkimukseni teoreettisen viitekehyksen ja tutkimuksessani käyttämäni aineistot. Vastaan tutkimuskysymyksiini luvussa Kelan kuntoutuspsykoterapia ja sen myöntämiskriteerit sekä luvussa Hallinta ja Kelan kuntoutuspsykoterapian myöntämisperusteet. Lopuksi tiivistän tulokset Pohdinta-luvussa.

2 Mielenterveyshäiriöt ja niiden hoito

2.1 Mielenterveyshäiriöiden yleisyys Suomessa

Mielenterveys- ja päihdehäiriöt ovat vakava kansanterveydellinen ongelma. Mielenterveyshäiriöt ovat jo pitkään olleet myös Suomessa yleisin työkyvyttömyyseläkkeelle joutumisen syy. (Suvisaari, Joukamaa & Lönnqvist 2017.) Eläketurvakeskuksen mukaan vuonna 2017 144 600 työkyvyttömyyseläkkeen saajasta 42 prosentille (noin 61 000 eläkkeensaajaa) oli myönnetty työkyvyttömyyseläke mielenterveyshäiriön perusteella. Vastaava tunnusluku tuki- ja liikuntaelinsairauksien perusteella työkyvyttömyyseläkettä saavilla 26 prosenttia. Mielenterveyshäiriöiden osuus työkyvyttömyyseläkettä saavissa on ollut suurin kaikista sairausryhmistä vuodesta 2000 lähtien, joskin tällä perusteella työkyvyttömyyseläkettä saavien määrässä on tapahtunut tasaista laskua vuoden 2010 jälkeen (Työkyvyttömyyseläkettä saaneet 2018, Findikaattori.)

On arvioitu, että mielenterveydenhäiriöstä kärsii suurin piirtein joka viides tai mahdollisesti joka neljäs suomalainen. Isoimman sekä kasvussa olevan luokan näistä muodostavat erilaiset mieliala- ja ahdistushäiriöt. (Suvisaari ym. 2017.) Mielenterveysongelmien esiintymistä Suomessa on viime vuosikymmeninä kartoitettu koko väestötason laajuudella muun muassa Terveys 2000, Terveys 2010 sekä FinTerveys 2017 tutkimusten avulla. Edellä mainitut tutkimukset on toteutettu Terveiden ja hyvinvoinninlaitoksen (THL) johdolla ja niiden avulla on pyritty selvittämään esimerkiksi yleisimpien terveysongelmien esiintyvyyttä, toimintakykyä, koettua terveyttä, hoidon ja avun tarvetta sekä terveystalouden käyttöä. Tutkimusmenetelmänä on käytetty standartoituja ja puolistrukturoituja haastattelumenetelmiä sekä terveystarkastusmittauksia. (Suvisaari ym. 2017; Koponen, Brodulin, Lundqvist, Sääksjärvi & Koskinen 2018.)

Tutkimukset osoittavat, että erityisesti masennushäiriöiden esiintyvyys on kasvanut kahden viimeisen vuosikymmenen aikana. Terveys 2011- tutkimuksen mukaan masennushäiriöiden esiintyvyys on

kasvanut vuodesta 2000 7,3 prosentista 9,6 prosenttiin¹ (Suvisaari ym. 2017, 727; Markkula & Suvisaari 2017, 277). FinTerveys 2017 tutkimuksessa puolestaan todettiin masennusoireita kokeneiden osuuden nousseen miehillä vuodesta 2011 kuudesta prosentista yhdeksään prosenttiin ja naisilla yhdeksästä prosentista 13 prosenttiin. Kirjoittajat toteavat lisäksi uskovansa, että mielenterveyden oirehdinta on raportoitua yleisempää. (Koponen ym. 2018, 87-88.) Psykoosisairauksien esiintymistä kartoitettiin osana Terveys 2000- tutkimusta. Verrattuna masennusoireisiin niiden elinikäinen esiintyvyys on huomattavasti pienempi, runsaat kolme prosenttia. Ahdistuneisuushäiriöiden esiintyvyys Terveys 2000 -tutkimuksessa oli runsaat neljä prosenttia. (Suvisaari ym. 2017, 727-729.) Myöhemmissä väestötutkimuksissa mielenterveyden häiriöitä on kartoitettu paljon suppeammin: ne ovat rajoittuneet masennusoireiden ja psyykkisen kuormittavuuden mittaamiseen.

Vaikka masennushäiriöiden esiintyvyydessä ei ole viime vuosikymmeninä tapahtunut jyrkkää nousua, lieväkin lisääntyminen voi olla väestötasolla ongelmallista, jos se vähentää merkittävästi kansalaisten työ- ja toimintakykyä. Mielenterveyden häiriöiden, erityisesti masennushäiriöiden, kuormittavuutta kuitenkin lisää, ettei hoitojärjestelmä kykene riittävässä määrin tunnistamaan ongelmia ja vastaamaan niihin. Terveys 2000 -tutkimuksen mukaan varsinkin yli 30-vuotiaiden masennus- ja ahdistushäiriöiden hoitamisessa oli vakavia puutteita. Terveys 2000 -tutkimuksen perusteella on arvioitu, että vakavan masennusjakson sairastaneista vain 18 prosenttia sai riittävää hoitoa. Sekä masennus- että ahdistushäiriöissä lääkehoidon käyttö oli yleisempää kuin psykologinen hoito. Eikä Terveys 2011 -tutkimus antanut viitteitä mielenterveyspalvelujen saatavuuden parantumisesta. Alle puolet tutkimuksessa olleista masennus- tai ahdistusoireista kärsineistä oli saanut asianmukaiset minimikriteerit täyttävää hoitoa, joskin hoitokontakti oli kummallakin ryhmällä yli 70 prosentilla. (Suvisaari ym. 2017, 728-729.)

Masennushäiriöiden osalta käypähoitosuosituksissa tehokkaimpana hoitomuotona pidetään lääkehoidon ja psykoterapeuttisen hoidon yhdistelmää, erityisesti sairauden alkuvaiheessa. Masennushäiriöiden hoitosuositukseen vaikuttaa myös masennushäiriön vaikeusaste: vaikeissa ja pitkäkestoisissa depressioissa lääke- ja sairaalahoidon osuus on korostunut suhteessa

¹ Siitä, miten paljon masennusoireiden esiintymisen katsotaan kasvaneen vuodesta 2000 vuoteen 2011, Terveys 2011 - tutkimuksen perusteella, on jonkin verran tulkintaeroja. THL:n raportissa Terveys, hyvinvointi ja toimintakyky Suomessa 2011 todetaan, etteivät masennushäiriöt ole kasvaneen merkittävästi viimeisen kymmenen vuoden aikana (Suvisaari et al 2012, 99-100). Se, että myöhemmin samaan tutkimukseen perustuvissa artikkeleissa masennusoireiden kuitenkin todetaan lisääntyneen, johtuu luultavasti siitä, miten vastauskato on huomioitu tutkimuksen tulosten tulkinnoissa (ks. Markkula & Suvisaari 2017, 277).

psykoterapeuttiseen hoitoon. (Käypähoitosuositus 2018.) Ahdistushäiriöistä ei ole käypähoitosuosituksia vielä saatavilla.

2.2 Mielenterveyspalvelut ja niiden järjestäminen

Vastuu mielenterveyspalveluiden järjestämisestä on tällä hetkellä kunnilla (Karlsson & Wahlbeck 2012, 551; Lönnqvist, Moring, Vuorilehto 2017, 764.) Palvelujen järjestämisvastuusta on säädetty sekä Suomen perustuslaissa että tietyissä erillislaeissa. Suomen perustuslain (1999/731) 19 §:ssa todetaan, että julkisen vallan on järjestettävä jokaiselle riittävät terveys- ja sosiaalipalvelut sekä edistettävä kansanterveyttä. Terveystuolain (2010/1326) 27 § velvoittaa kuntaa järjestämään asukkaidensa terveyden ja hyvinvoinnin turvaamiseksi tarpeellisen mielenterveystyön. Eriteltynä tämä tarkoittaa mielenterveyspalveluja, joihin kuuluvat tutkimus, hoito ja kuntoutus; yksilölle tai yhteisölle annettavaa tukea äkillisissä kriisitilanteissa sekä terveyden huollon palveluihin liittyvää yksilöille ja perheille tarkoitettua neuvontaa ja ohjausta mielenterveyden tukemiseksi. Terveystuolain 10 §:ssä on lisäksi veloitettu kuntaa tai sairaanhoitopiiriä järjestämään terveydenhoitopalvelut niin, että ne ovat laadultaan riittäviä ja yhdenvertaisesti asukkaiden saavutettavissa. Mielenterveyspalveluiden järjestämisestä säädetään myös Mielenterveyslaissa (1990/1116) ja Sosiaalihuoltolaissa (2014/1301). Mielenterveyspalvelujen järjestämisvastuun suhteen edellä mainitut lait ovat varsin saman sisältöisiä kuin Terveystuolain, joskin Mielenterveyslain 3 §:ssä on säädetty myös erikoissairaanhoitona annettavista mielenterveyspalveluista, jonka järjestämisvastuu on määrätty sairaanhoitopiirin kuntayhtymälle.

Vaikka mielenterveyspalvelujen järjestämisestä säädetään laissa, voidaan aikaisemmin kerrotun perusteella kuitenkin todeta, etteivät mielenterveyspalvelut kykene täysin vastaamaan niitä tarvitsevien tarpeisiin. Mistä oikein on kyse? Vastauksen saamiseksi on tarkasteltava sekä palvelujärjestelmää, jonka avulla tuotetaan mielenterveys- ja päihdepalveluja, sekä osin myös kuntoutusjärjestelmää ja näiden molempien muotoutumista viime vuosikymmeninä.

Mielenterveys- ja päihdepalvelut jakautuvat perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon ja sosiaalipalvelujen toteutettaviksi. Kunta on vastuussa perusterveydenhuollosta ja sosiaalihuollosta; vastuu erikoissairaanhoidosta kuuluu kuntayhtymille. Mielenterveystyötä tehdään kuitenkin lisäksi myös työterveys-, opiskelija-, ja kouluterveydenhuollossa sekä lastenneuvoloissa. Yksityinen ja kolmas sektori täydentävät julkisella sektorilla annettavia palveluja. Näitä ovat esimerkiksi mielenterveys- ja päihdekuntoutujien asumispalvelut sekä yksityisten palveluntuottajien tarjoama psykoterapia. (Ala-Nikkola 2017, 26-27; Karlsson & Wahlbeck 2012, 551; Lönnqvist ym. 2017, 764.)

Mielenterveys- ja päihdepalvelujen hoitojärjestelmä painottuu avopalveluihin. Terveyskeskuksissa annetut mielenterveyspalvelut voidaan jakaa kahteen osaan: osa niistä toteutuu perusterveydenhuoltona, jota tehdään esimerkiksi terveyskeskuslääkärin, päihde- ja depressiohoitajan sekä psykologin vastaanotoilla. Lisäksi terveyskeskuksissa voi olla myös psykiatrasta erikoissairaanhoidoa antavia psykiatrisia yksiköitä. Näitä avohoidon palveluita täydentävät psykiatriset sairaalaosastot, päihdehuollon erityisyksiköt ja päihdekuntoutus. Sairaala- ja laitoshoidon on keskittynyt vaikeiden kriisien ja vakavien häiriöiden hoitamiseen. Lisäksi mielenterveystyö edellyttää yhteistyötä terveydenhuollon ja sosiaalihuollon välillä. (Lönnqvist ym. 2017, 764, 767-768.)

Hajautetun palvelujärjestelmän haikkana on pidetty suuria eroja toiminnan laadussa ja kustannuksissa. Myös yksiköiden keskinäinen kilpailu ja toimintojen puutteellinen koordinaatio ovat kuluttaneet voimavaroja, vaikka hajauttaminen onkin parantanut yksilöllisten lähipalveluiden tuottamista. (Emt. 764.) Sen, että vastuu terveys- ja sosiaalipalvelujen rahoittamisesta ja järjestämisestä on kunnalla, on katsottu aiheuttavan eriarvoisuutta hoitoon pääsyn ja asukkaiden valinnanvapauden suhteen. Myös mielenterveyspalvelujen osalta kunnissa on suuria eroja: joissakin kunnissa mielenterveyspalvelut saattavat olla todella vähäisiä. (Emt. 766-767, 772; Ala-Nikkola 2017, 18.)

Syy palvelujärjestelmän hajanaisuuteen ja mielenterveyspalvelujen laatueroihin paikantuu ainakin osittain kahteen isoon reformiin. 1970-luvulla alkanutta psykiatristen palvelujen rakennemuutosta kutsutaan yleisesti dehospitalisaatioksi. Dehospitaalisaation tavoitteena oli purkaa sairaalakeskeistä hoitojärjestelmää ja kehittää avohoidon palveluja, jotta niillä voitaisiin korvata osa laitoshoidon palveluista. Dehospitaalisaatio oli osa muualla Euroopassa ja USA:ssa toiminutta antipsykiatrista liikettä, joka 1960-luvulta lähtien pyrki kehittämään mielenterveyshoitoa inhimillisempään suuntaan ja purkamaan mielenterveysongelmiin liittyviä stigmoja. Mielisairaaloita pidettiin epäinhimillisinä ja vanhanaikaisina, mutta myös niiden kalleutta ja tehottomuutta arvosteltiin. (Helén, Hämäläinen, Metteri 2011, 12-13.) Dehospitaalisaatiota on kritisoitu siitä, ettei avopalveluja kuitenkaan kehitetty tarpeita vastaaviksi, kun psykiatristen sairaaloiden sairaalapaikkoja vähennettiin. Syynä tähän pidetään 1990-luvun alussa alkanutta taloudellista taantumaa, mutta myös ideologisen ilmapiirin muutosta, joka toi markkinamallin myös terveys- ja sosiaalipalveluihin. (Emt. 24, 45; Alanko 2017, 21-25.)

Toinen suuri mielenterveyspalveluihin vaikuttava uudistus oli kuntien valtionosuusjärjestelmän uudistaminen vuosina 1993-1996. Aikaisemmin kunnat olivat saaneet valtiolta korvamerkittyjä varoja tiettyjen lakisääteisten palvelujen järjestämiseen. Valtionosuusjärjestelmän purkamisen

jälkeen vastuu sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämisestä ja rahoittamisesta siirtyi kunnille ja kuntayhtymille. Kuntien itsehallintoa oli lisätty jo 1980-luvulta alkaen, mutta valtiosuusuudistuksen jälkeen valtiovallan auktoriteetti supistui määräysvallasta informaatio-ohjaukseksi, joka ilmeni muun muassa käypähoitosuosituksen muodossa. Mielenterveyspalvelujen osalta hoitojärjestelmää oli uudistettu jo 1991 voimaan tulleen erikoissairaanhoidon lain (1989/1063) myötä, jossa mielisairaanhoidopiirit lakkautettiin ja psykiatrisen hoitojärjestelmä siirtyi hallinnollisesti sairaanhoidopiireihin. (Helén ym. 2011, 44-45; Karlsson & Wahlbeck 2012, 551; Ala-Nikkola 2017, 21.)

Edellä kuvattujen reformien vaikutuksesta mielenterveyspalvelujen hajanaisuuteen, laatuun ja terveyserojen kasvuun on keskusteltu runsaasti. Ilpo Helén, Pertti Hämäläinen ja Anna Metteri arvioivat, että vuosituhannen vaihteen jälkeen hoidon eriytyminen varallisuuden ja työmarkkina-aseman mukaan on lisännyt eriarvoisuutta mielenterveyspalvelujen suhteen: varakkailla on mahdollisuus käyttää yksityisiä palveluntuottajia, työssäkäyvät ovat oikeutettuja työterveyshuoltoon, muut joutuvat turvautumaan julkisiin palveluihin. (Helén ym. 2011, 43-44). Myös mielenterveysongelmien medikalisaatio on saanut kritiikkiä osakseen. Varsinkin masennuksen hoito perusterveydenhuollossa on pahimmassa tapauksessa jäänyt lääkehoidon varaan, ilman riittävää seuranta. (Hautamäki, Helén & Kanula 2011, 81; Karlsson & Wahlbeck 2012, 555.) Mielenterveyspalvelujen avopainotteisuuden korostuessa sairaalahoidon tarve joudutaan perustelemaan entistä paremmin. Mielenterveys- ja päihdehoidon asumispalvelut tuntuvat korvanneen osan sairaalahoidosta. (Lönnqvist ym. 2017, 766, 770.) Yksityisten palveluntuottajien asumispalvelut eivät ole kuitenkaan usein kyenneet vastaamaan mielenterveys- ja päihdekuntoutujien hoidon tai kuntoutuksen tarpeisiin. (Perälä & Jurvansuu 2016, 532-533, 537).

Mielenterveys- ja päihdehuollon puutteista on oltu tietoisia ja mielenterveys- ja päihdetyötä on pyritty kehittämään STM:n vuosille 2009-2015 laatiman Kansallisen mielenterveys- ja päihdesuunnitelman (Mieli 2009) avulla. Mieli 2009 keskeisiä linjauksia ovat olleet mielenterveysongelmien ennaltaehkäisy, kokonaisvaltaisempi lähestymistapa mielenterveys- ja päihdeongelmiin, matalankynnyksen palvelujen kehittäminen, pakkohoitokeinojen vähentäminen sekä asiakkaan aseman vahvistaminen. (Ala-Nikkola 2017, 25-26; Lönnqvist et al. 2017, 765.)

3 Terveys, toimintakyky ja vajaakuntoisuus

Terveys on usein määritelty vastakohtansa, sairauden, poissaoloksi. Tällaista käsitystä terveydestä on kutsuttu joko negatiiviseksi tai biolääketieteelliseksi. Biolääketieteellisessä mallissa sairaus

ymmärretään autonomisena oliona, jonka syntymiseen ja kehittymiseen vaikuttavat sekä biologiset että fyysiset tekijät. Terveys on tässä mallissa ymmärretty sairauden puuttumiseksi. Vastakkaista näkökulmaa terveyden määrittelemiseen edustaa Maailman terveysjärjestön WHO:n terveyskäsitys, jossa terveyttä ei ymmärretä vain sairauden poissaolona, vaan täydellisenä fyysisenä ja psyykkisenä hyvinvoinnin tilana. Määritelmää on kritisoitu liian utopistiseksi, vaikka haastattelututkimuksissa, terveyttä onkin kuvattu tasapainoisuutena, hyvänä fyysisenä kuntona ja hyvinvointina. (Järvikoski & Härkäpää 2011, 72,76-78.)

Mielenterveyden määrittelyä on lähestytty samalla tavoin kuin terveyden määrittelyä yleisesti: joko sairauden poissaolon tai hyvinvoinnin kautta. Lisäksi mielenterveyden määrittelyssä ovat keskeisiä sellaiset käsitteet kuin normaalius ja epänormaalius. (Solin 2011, 18-19) Mielenterveyden häiriötä määriteltäessä, eli diagnoosia tehtäessä, lähtökohtana on oletus siitä, että oireet muodostavat kokonaisuuden eli oireyhtymän. Oireyhtymien, eli syndroomien avulla on mahdollista kuvata mielenterveyden häiriötä kliinisesti pätevällä tavalla. Mielenterveyteen liittyville oireille on tunnusomaista, että niihin liittyy huomattavaa kärsimystä tai toimintakyvyn haittaa. Mielenterveydenhäiriönä ei kuitenkaan pidetä kyseisessä kulttuurissa tyypillistä tapaa reagoida stressitekijöihin tai menetyksiin, myöskään henkilön ja yhteiskunnan välisiä erilaisia ristiriitoja ei pidetä mielenterveyden häiriöinä. (Lönnqvist 2017, 61-62.)

Vaikka mielenterveyteen liittyvien diagnoosien pätevydestä usein keskustellaankin, ollaan yleisesti sitä mieltä, diagnostiset kriteerit tekevät mielenterveyden ongelmien määrittelemisestä läpinäkyvämpää sekä parantavat myös hoitoa ja ammatillisen toiminnan arviointia. Mielenterveyden häiriöitä ei kuitenkaan hahmoteta aina erillisinä kokonaisuuksina ja saman henkilö mielenterveyttä voidaan kuvata useilla rinnakkaisilla diagnooseilla. Diagnoosin määrittäminen tapahtuu tautiluokitusjärjestelmien avulla. Tällä hetkellä Suomessa on käytössä eurooppalainen ICD-10 tautiluokitusjärjestelmä (International Classification of Diseases), josta kohtia F00-F99 sovelletaan mielenterveyden häiriöiden diagnosointiin. Myös amerikkalaista DSM-luokitusta (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) on käytetty, joskaan sillä ei ole Suomessa ICD-järjestelmän kaltaista virallista asemaa. Psykiatriseen tutkimukseen kohdistuu paljon arvostelua, sillä luokittelun uskotaan pahentavan mielenterveyden häiriöihin liittyvää leimaamista. Varsinkin DSM5-järjestelmää on myös kritisoitu normaalien ilmiöiden luokittelusta häiriötiloiksi. Kuitenkaan diagnoosien ja tautijärjestelmien avulla ei ole tarkoitus luokitella ihmisiä vaan ihmisillä olevia oireyhtymiä. Diagnostisten kriteerien käyttö vaatii aina sekä terveydenhoidon ammattitaitoa ja kokemusta. (Lönnqvist 2017, 63-64.)

Toisenlaista näkemystä edustaa malli, jossa mielenterveys nähdään jatkumona kahden ääripään välillä: se voi olla joko hyvä, alentunut tai jotain siltä väliltä. Tämä malli korostaa yksilön kokemusta – mielenterveys voidaan kokea alentuneena, vaikka varsinaiset sairauden oireet puuttuisivatkin, toisaalta mielenterveyden häiriö ei aina ole este kokea psyykkistä hyvinvointia. (Solin 2011, 20.) Voidaankin tiivistetysti todeta, että sekä mielenterveyden ja -sairauden käsitteet ovat kulttuurisesti määrittäytyneitä, ja niihin vaikuttaa se, mitä pidetään normaalina tai epänormaalina. Samanaikaisesti määrittelyssä on myös oleellista subjektiivinen kokemus hyvinvoinnista ja toimintakyvystä. Terveiden sipulimalli ottaa huomioon fyysisten, biologisten, ja psykososiaalisten tekijöiden lisäksi myös elinolosuhteet sekä yhteiskunnalliset ja kulttuuriset olosuhteet (Järvikoski & Härkäpää 2011, 79-80).

Myös vammaisuutta ja vajaakuntoisuutta on määritelty eri näkökulmista. Lääketieteellisessä mallissa vajaakuntoisuus nähdään seurauksena yksilön biologisista ominaispiirteistä, vioista tai sairauksista. Yhteiskuntalähtöinen näkökulma korostaa yhteiskunnallisten käytäntöjen, ideologian ja kulttuurin merkitystä vammaisuuden ja vajaakuntoisuuden määrittelyssä. Vuorovaikutusmalli huomioi yksilölliset ominaisuudet, yksilön kokemukset ja hänen subjektiiviset tulkintansa sekä näiden tekijöiden ja sosiaalisen ympäristön välisen vuorovaikutuksen. Kelan näkemys vajaakuntoisuudesta perustuu Kansainvälisen työjärjestön (ILO) määritelmään, jossa vajaakuntoisuus ymmärretään fyysisistä tai psyykkisistä syistä johtuvaksi työkyvyn rajoittumisesta tai työllistymisvaikeuksista. Vammaisuuden käsite sen sijaan määrittyy pikemminkin toimintakyvyn tai sen alenemisen kautta. (Pensola, Kesseli, Shemeikka, Rinne & Notkola 2012, 15-18.)

Funktionaalisessa terveyskäsitteessä painottuu yksilön toimintakyky. Toimintakyky voidaan määritellä kykynä selvitä työstä, jokapäiväisen arjen ja vapaa-ajan haasteista. Toimintakyvyllä on sekä fyysinen että psyykinen ulottuvuus. Fyysinen toimintakyky käsittää yleiskestävyyden, lihaskunnon ja liikkeen hallintakyvyn. Psyykkisen toimintakyvyn mittareina on pidetty kognitiivisia kykyjä sekä psyykkisiä voimavaroja ja kestävyyttä. Edellä mainittujen lisäksi on puhuttu myös sosiaalisesta toimintakyvystä, jolla on viitattu sekä psyykkisiin että fyysisiin taitoihin, joita tarvitaan sosiaaliseen kanssakäymiseen. Kuntoutusta suunniteltaessa joudutaan arvioimaan toimintakykyä ja sen osa-alueita. Tämä voi tapahtua ”yksilön oman kokemuksen pohjalta tai objektiivisena asiantuntija-arviona”. (Järvikoski & Härkäpää 2011 73, 92-94.)

WHO on julkaissut 2001 ICF-luokituksen (International Classification of Functioning, Disability and Health), jonka avulla voidaan mallintaa toimintakykyä ja toimintarajoitteita. Se on osa WHO:n luokitusperhettä ja sitä voidaan käyttää yhdessä kansainvälisen tautiluokituksen (ICD-10) kanssa.

ICD-10-luokitus mahdollistaa sairauksien ja terveydentilan tarkan kuvaamisen; ICF-luokituksella voidaan kuvata sairauden tai vamman vaikutusta ihmisen arjessa. ICF-luokituksen perustana on käytetty vuonna 1980 Sairauksien seurauksien mallia (ICIDH, International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps). ICF ei ole arviointi- tai mittausväline, vaan rakenteiden kuvaustapa, joka mahdollistaa toimintakyvyn, toimintarajoitteiden sekä interventioiden kuvaamisen eri ammattiryhmille. ICF:ssä toimintakykyä voidaan kuvata jatkumona täydestä toimintakyvystä täyteen toimintarajoitteeseen. Luokitusjärjestelmässä huomioidaan yksilön ominaisuuksien ja rajoitteiden lisäksi myös ympäristöön ja yhteiskuntaan liittyvät tekijät. Sen lisäksi, että ICF:n avulla on pyritty luomaan eri ammattiryhmille yhteinen kieli, tavoitteena on myös asiakaslähtöisyys ja syrjivien ilmausten välttäminen. (Paltamaa & Musikka-Siirtola 2016, 37-39, 45.)

Kuten aikaisemmin todettiin, mielenterveyden häiriöt heikentävät toimintakykyä. Haitta voi ilmetä joko kognitiivisissa toiminnoissa, tunteiden säätelyssä tai käyttäytymisen tasolla (Lönnqvist 2017, 62). Mielenterveyden häiriöiden kirjo on laaja ja se on huomioitava myös silloin, kun arvioidaan psykiatrissa häiriötä ja pohditaan hoitoa ja kuntoutusmahdollisuuksia. Eri oireyhtymien ilmaantumisessa, kestossa sekä vaikutuksessa työ- ja toimintakykyyn voi olla suuria eroja. Joissakin häiriöissä tuen tarve voi olla elinikäinen, toisissa se voi vaihdella elämän eri vaiheissa. (Tuulio-Henriksson 2013, 147-148.) Psykiatristen oireyhtymien vaikeusasteella on selkeä yhteys toimintakyvyn heikkenemiseen: mitä vaikeampi häiriön oirekuva on, sitä merkittävämmän se aiheuttaa toimintakyvyn alenemista. Sairauden vaikutus toimintakykyyn on kuitenkin aina yksilökohtainen. Vaikka psykoosisairauksiin liittyy laaja-alaista toimintakyvyn heikkenemistä, myös akuutissa psykkisessä kriisissä voi olla vaikeita oireita, mutta toipuminen on nopeampaa. (Emt. 150, Heikman, Katila & Kuoppasalmi 2004, 129.)

Toimintakyvyllä on luonnollisestikin selkeä yhteys työkykyyn. Näin on myös silloin, kun toimintakykyä alentavat psykkiset sairaudet. Olen jo aikaisemmissa luvuissa tuonut esille sen, että mielenterveyshäiriöt edustavat Suomessa suurinta sairausryhmää, jonka perusteella jääetään työkyvyttömyyseläkkeelle. Annamari Tuulio-Henrikssonin mukaan mielenterveyden häiriöt heikentävät siinä määrin toiminta- ja työkykyä, että työkyvyttömyyseläkkeelle saatetaan päätyä pian sairastumisen jälkeen. Näin voi käydä vaikka mielenterveyden häiriöön sairastunut saisikin kuntoutusta. (Tuulio-Henriksson 2013, 157.) Sosiaalietuuksista päätettäessä on työkyvyttömyyttä arvioitaessa lähtökohtana lääketieteellisesti määritelty sairaus, vika tai vamma. Kansaneläkelainsäädännössä työkyvyttömänä pidetään henkilöä, joka ei kykene sairauden, vian tai vamman vuoksi tekemään normaalia työtään tai muuta siihen verrattavaa työtä.

Työkyvyttömyysarviota tehdessä joudutaan lisäksi huomioimaan muun muassa henkilön ikä, ammattitaito, koulutus ja työkokemus. (Järvikoski & Härkäpää 2011, 109-110.)

Lääketieteellinen työkykymalli on ollut perinteinen tapa tarkastella työkykyä. Kyseisessä mallissa työkyky määritellään yksilökeskeisesti, terveyden kautta sairauksien tai vammojen puuttumiseksi. Työkyky nähdään lääketieteellisessä työkykymallissa suhteessa sairauden tai vamman vaikeusasteeseen sekä jommankumman vaikutuksena toimintakykyyn. Työkyvyn palauttamisen keskeisinä menetelminä toimivat toimintarajoitteita aiheuttavan sairauden tai vamman havaitseminen ja hoito. (Emt. 115-116.) Laajempaa ajattelutapaa edustaa Suomessakin pitkään käytetty työkyvyn tasapainomalli. Tässä mallissa työkyky nähdään tasapainona yksilön ominaisuuksien ja työn vaatimusten välillä. Työkyvyn edistämiseksi pyritään vaikuttamaan sekä yksilön ominaisuuksiin että työn piirteisiin, jotta tasapaino molempien välillä voitaisiin saavuttaa. (Ylisassi, Rajavaara & Seppänen-Järvelä 2016, 156-157.) Kokonaisvaltaisissa tai integroiduissa työkykymalleissa painotetaan lisäksi kontekstin merkitystä työntekijän työkyvylle. Työkykyä ei tässä mallissa määritellä kapeasti vain yksilön ominaisuudeksi, vaan laajemman systeemin, eli työntekijän, hänen työnsä, työorganisaationsa ja työympäristönsä yhteinen ominaisuus. Integroiduissa työkykymalleissa työkyky nähdään kokonaisvaltaisena ja moniulotteisena. Malli huomioi myös sen, että työkyky ei ole pysyvää, vaan jatkuvasti muuttuvaa. (Järvikoski & Härkäpää 2011, 117.) Ylisassi ym. mukaan työkyvyn käsitteen sijaan käytetään nykyisin työhyvinvoinnin käsitettä. Yksilön ominaisuuksien sijaan työhyvinvoinnin käsitteessä painottuu työn muutoksen vaikutus työssä jaksamiseen ja työn kuormittavuuteen. (Ylisassi ym. 2016, 157.)

4 Kuntoutus

4.1 Kuntoutuksen käsite

Kuntoutus-sana polveutuu vieraskielisestä rehabilitaatio-sanasta. Termin latinankielinen kantasana *habilitas* viittaa kykyyn ja *re-etiili* edellä mainitun palauttamiseen. Esimerkiksi ruotsin kielen *rehabiliterig* tai englannin kielen *rehabilitation* on omaksuttu suoraan rehabilitaatio-sanasta, mutta Suomessa otettiin 1948 vieraskielisen termin sijaan käyttöön sana *kuntouttaminen*. Kuntouttamisella tarkoitettiin toimenpiteitä, joilla henkisesti tai fyysisesti vajaakuntoinen pyrittiin tekemään työhön kykeneväksi. Lainsäädännössä kuntouttamista alettiin käyttää vasta 1960-luvulla. Tätä ennen kuntouttamisesta oli puhuttu osana pysyvästi vammautuneiden invalidihuoltoa. Myöhemmin 1960-70-luvuilla alettiin puhua kuntouttamisen lisäksi myös kuntoutuksesta ja kuntoutumisesta. (Järvikoski 2013, 8-9; Miettinen, Ashorn & Lehto 2011, 266.)

Aila Järvikoski ja Kristiina Härkäpää määrittelevät kuntoutuksen toiminnaksi, ”jolla pyritään parantamaan ihmisen toimintakykyisyyttä ja sosiaalista selviytymistä, edistämään työkykyä ja turvaamaan työuran jatkuvuutta” (Järvikoski & Härkäpää 2011, 8). Järvikosken ja Härkäpään määritelmä on selkeästi laajempi kuin vuonna 1948 kuntouttamista koskeva, jossa kuntouttaminen nähdään lähinnä työkyvyn palauttamiseen tähtäävänä. Miettinen ym. tuovat esille, miten kansainvälinen yhteistyö vaikutti kuntoutuksen käsitteen laajenemiseen. Maailman terveysjärjestö WHO laajensi 1960-luvulla kuntoutuksen käsitettä niin, aikaisemmin vallalla olleen työkyvyn lisäksi alettiin puhua myös toimintakyvyn parantamisesta. (Miettinen ym. 2011, 267.) Järvikosken ja Härkäpään mukaan 1960-90-luvuilla kuntoutuksen käsite laajeni monin eri tavoin. Kuntoutukseen osallistuneiden henkilöiden määrä lisääntyi taloudellisten resurssien paranemisen ansiosta, mutta myös siksi, että sairaus- ja vammakäsitykset laajenivat. Terveystieteellisen tutkimuksen kehityksen myötä yhä useamman tyyppisistä sairauksista kärsiviä, mukaan lukien pitkäaikaissairaat, otettiin kuntoutuksen piiriin. Myös psyykkisistä sairauksista kärsivien ymmärrettiin hyötyvän kuntoutuksesta. Psyykkisten ja sosiaalisten tekijöiden merkityksestä alettiin puhua muutenkin kuntoutuksen yhteydessä samoin ennaltaehkäisevästä toiminnasta. (Järvikoski & Härkäpää 2011, 40-48.)

Miettinen ym. näkevät kuntoutuksen käsitteen sisällössä kehityskaaren, jossa kuntoutus on aluksi nähty kapeasti toimintana, jonka tavoitteena on ollut pysyvästi vammautuneiden saattaminen työntekoon kykeneviksi. 1960-lähtien kuntoutuksessa on kirjoittajien mukaan korostunut enemmän kuntoutujan oma sisäinen kasvu ja kehitys sekä ennaltaehkäisevän toiminnan merkitys, yksilökeskeisen ja ulkoapäin ohjatun toiminnan sijaan. Työkeskeisyyden vähenemisen myötä, sosiaalinen ja kasvatuksellinen ote pääsivät paremmin esille kuntouttamisessa. 1980-luvulla kuntoutuksen sosiaaliset, yhteisölliset ja yhteiskunnalliset näkökulmat vahvistuivat entisestään: yksilöä ei pyritty enää vain sopeuttamaan ympäristöön, vaan myös ympäristöä tuli kehittää yksilölle sopivaksi. Yksilökeskeisyys alkoi kuitenkin korostua uudelleen 1990-luvulla. (Miettinen ym. 2011, 266-267.) Ashorn ja Miettinen (2013) ovat tarkastelleet kuntoutusjärjestelmän kehittymistä osana hyvinvointivaltion kehitystä. Kun hyvinvointivaltio kasvoi ja vakiintui, kuntoutuksen instituutionaalinen kokonaisuus laajeni ja yhä useamman, varsinkin työikäisestä väestöstä, oli mahdollista päästä osalliseksi kuntouttavista toimenpiteistä. 1990-luvun lama vaikutti sosiaalipolitiikkaan yleisesti, jolloin kuntoutustoimenpiteitä koskettivat samanlaiset tehokkuusvaatimukset ja resurssien rajallisuus kuin sosiaali- ja terveystaloudelliset palvelut. (Ashorn & Miettinen 2013, 22-25.)

Järvikoski ja Härkäpää ovat analysoineet kuntoutuksen käsitteen ja määritelmien muuttumista ja kehitystä Thomas Kuhnin paradigmakäsitteen avulla. Kun uusi tutkimustieto kyseenalaistaa vanhaa tietoa ja ajattelutapaa, voi seurauksena olla se, että tieteen paradigma vaihtuu äkillisesti uuteen. Kuntoutuksen kehityksen alkuvaiheessa ja pitkään sen jälkeenkin kuntoutusparadigma oli perustaltaan vajavuuskeskeinen: työ- ja toimintakyvyn ongelmat tulkittiin yksilön vajavuuksiksi, joiden aiheuttamia haittoja pyrittiin korjaamaan hoidolla ja valmennuksella auttaen yksilöä samalla sopeutumaan vamman tai sairauden aiheuttamiin haittoihin. Myöhemmin 1970-luvulta lähtien vajavuuskeskeisen paradigman rinnalle alkoi nousta valtaistava ja ekologinen paradigma. Kuntoutustarvetta aiheuttavat ongelmat alettiin nähdä laajemmin kuntoutujan ja hänen ympäristönsä välisenä vuorovaikutussuhteen kautta ja korostaa kuntoutujan aktiivista roolia kuntoutusprosessissa. (Järvikoski & Härkäpää 2011, 49-52.)

Kuntoutus on perinteisesti luokiteltu sisällöltään ja toimintatavoiltaan neljään eri osa-alueeseen: lääkinälliseen, ammatilliseen, kasvatukselliseen ja sosiaaliseen kuntoutukseen. Lääkinällisellä kuntoutuksella tarkoitetaan kuntoutujan fyysistä ja psyykkistä toimintakykyä parantavia toimenpiteitä sekä näitä edeltäviä lääketieteellisiä tutkimuksia. Hoidon ja lääketieteellisen kuntoutuksen välinen raja on liukuva. Ammatillinen kuntoutus sisältää toimenpiteitä, joiden päämääränä on kuntoutujan työkyvyn kohentaminen, ammatillisten valmiuksien parantaminen ja työmahdollisuuksien edistäminen. Näitä toimenpiteitä ovat esimerkiksi täydennyskoulutus, työ- ja koulutuskokeilut sekä työvalmennus. Kasvatuksellisella kuntoutuksella viitataan yleensä vammaisen tai muuta erityistukea tarvitsevan lapsen tai aikuisen koulutuksen ja kasvun tukemista monialaisin menetelmin. (Järvikoski & Härkäpää 2011, 20-22.) Sosiaalisen kuntoutuksen tavoitteena on tukea syrjäytymisvaarassa olevia ihmisiä yhteiskunnalliseen osallisuuteen ja arjessa selviämiseen. Sosiaalisen kuntoutuksen edellytyksenä ei ole sairaus tai vamma, vaan sen kohderyhmää ovat muun muassa pitkäaikaistyöttömät, päihteiden käyttäjät tai rikoksen tekijät. Käytännössä edellä mainitut kuntoutuksen osa-alueet kuitenkin limittyvät ja niidenkin lisäksi voidaan puhua vielä esimerkiksi liikunnallisesta kuntoutuksesta, ravitsemuskuntoutuksesta, mielenterveyskuntoutuksesta ja geriatrisesta kuntoutuksesta. On myös keskusteltu siitä, pitäisikö lääkinällisen kuntoutuksen sijaan puhua toimintakykykuntoutuksesta. (Järvikoski 2013, 47, 50-54.)

Marketta Rajavaaran ja Juhani Lehdon mukaan kuntoutuksen käsite on laajentunut viime vuosina siinä määrin, ettei sen olemusta ole oikein mahdollista määritellä yksiselitteisesti, vaan kuntoutuksen määritelmän alle kuuluu se kaikki, mitä eri tahot kutsuvat kuntoutukseksi. Kuntoutusta voidaan toki yrittää määritellä muun muassa kuntoutuksen osa-alueiden, tavoitteiden tai prosessien kautta, mutta yleistajuista määritelmää, joka sopisi kuvaamaan kaikkea kuntoutukseksi kutsuttavaa toimintaa, ei

luultavasti kyetä tekemään. (Rajavaara & Lehto 2013, 8.) Järvikoski ja Härkäpää ovat listanneet kuntoutuksen ominaispiirteitä, jotka yhdistävät useimpia toimenpiteitä, joita kuntoutukseksi kutsutaan. Kuntoutusta luonnehtii tavoitteellisuus; tavoitteena on usein vahvistaa yksilön voimavaroja, mutta myös purkaa ympäristössä olevia kuntoutumista vaikeuttavia esteitä. Tavoitteellisuuden edellytyksenä on suunnitelmallisuus. Suunnitelmallisuus merkitsee sitä, että joudutaan pohtimaan, millaisia muutoksia kuntoutuksen avulla halutaan saada ja millaisin keinoin muutoksiin on mahdollista päästä. Myös kuntoutusta koskeva lainsäädäntö velvoittaa suunnitelmallisuuteen. Kuntoutusta luonnehtii myös prosessimaisuus: kuntoutus koostuu monenlaisista vaiheista ja palveluista. Usein haasteena on pitää prosessi katkeamattomana. Kuntoutukselle on tyypillistä myös moniammatillisuus ja monialaisuus. Kuntoutusprosessi sisältää monenlaisia toimenpiteitä, joissa tarvitaan usean eri ammattialan edustajan asiantuntemusta. (Järvikoski & Härkäpää 2011, 33-34.)

4.2 Kuntoutusjärjestelmä

Kuntoutusjärjestelmää on moitittu sekavaksi ja monimutkaiseksi. Sekä vastuu kuntoutuspalvelujen tuottamisesta että niiden rahoittamisesta on jaettu usean tahon kesken. Marketta Rajavaara ja Juhani Lehto ovat pohtineet pitäisikö kuntoutusjärjestelmän sijaan puhua epäjärjestelmästä (Rajavaara & Lehto 2013, 6). Asko Suikkanen ja Jari Lindh (2007) ovat moittineet kuntoutusjärjestelmää rehabsaurukseksi, joka ei huomioi riittävässä määrin palvelujen käyttäjien tarpeita. Jutta Pulkin mukaan kuntoutusjärjestelmä hahmottuu pienemmistä osajärjestelmistä muodostuvana kompleksisena systeeminä, jossa ei ole yhtenäistä hallittua kokonaisuutta (Pulkki 2012, 28).

Myös Miettisen, Ashornin ja Lehdon mukaan erillisen kuntoutusorganisaation sijaan kuntoutus on integroitu osaksi erillisinä toimivia hyvinvointijärjestelmän rakenteita. Näitä rakenteita ovat esimerkiksi julkinen sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmä, työeläkejärjestelmä sekä sosiaalivakuutusjärjestelmä. Miettinen ym. näkevät julkiset sosiaali- ja terveyspalvelut, Kansaneläkelaitoksen sekä työeläkejärjestelmän kuuluvan kuntoutuksen osainstituutioiden ydinpiiriin. Ulkopiirillä heidän mukaansa on esimerkiksi työvoimahallinto, pakolliset ja vapaaehtoiset liikenne- ja tapaturmavakuutukset sekä potilas- ja vammaisjärjestöt. (Miettinen, Ashorn & Lehto 2011, 269, 273.) Aila Järvikoski ja Kristiina Härkäpää kuvaavat kuntoutusjärjestelmää kolmen sektorin mallina, jossa kuntoutuksen päävastuu on julkishallinnolla eli valtiolla ja kunnilla, mutta myös yksityissektorilla ja kolmannella sektorilla on merkittävä rooli kuntoutuksen toteuttajina. Edellä mainittujen kolmen sektorin lisäksi Järvikosken ja Härkäpään malli sisältää myös alueelliset tasot keskushallinnosta paikallistasoon. (Järvikoski & Härkäpää 2011, 53-

54.) Julkisen sosiaali- ja terveystalvelujärjestelmän toteuttama kuntoutus rahoitetaan kuntien ja valtion varoilla sekä osin asiakasmaksuilla. Kelan järjestämä ja rahoittama kuntoutus rahoitetaan sairaanhoitovakuutuksen tuotoilla, jolloin maksajina toimivat valtio ja vakuutetut. Työeläkevakuutus rahoitetaan työeläkevakuutusmaksuilla, joita kerätään työntekijöiltä, työntajilta ja yrittäjiltä. Pakollinen työtaturma- ja ammattitautivakuutus rahoitetaan työntajilta kerätyillä vakuutusmaksuilla. Vapaaehtoisten liikenne- ja tapaturmavakuutusten rahoittajina toimivat vakuutetut. Järjestöjen ja muiden kolmannen sektorin toimijoiden järjestämä kuntoutus rahoitetaan Veikkaus Oy:n varoista. (Kuntoutuksen uudistamiskomitea 2017, 33-34.)

Ennen kuin perehdyn yksityiskohtaisemmin kuntoutuksen eri osa-alueisiin, on syytä käydä läpi hieman kuntoutusjärjestelmän tai järjestelmien muotoutumisen historiaa, sillä se selittää kuntoutusjärjestelmän hajanaisuutta. Kuntoutukseen liittyvien instituutionaalisten kokonaisuuksien muotoutumisen katsotaan alkaneen Suomessa 1940-luvun loppupuolella, joskin kuntoutuksen esivaiheet hahmotetaan jo 1800-luvun vammais- ja köyhäinavussa Vuonna 1947 voimaan tullutta invalidihuoltolakia pidetään ensimmäisenä kuntoutuslakina, mutta jo sitä ennen 1937 säädettyyn kansaneläkelakiin sisältyi kuntoutukseen liittyvä säädös, jonka tarkoitus oli mahdollistaa työkyvyttömyyseläkkeellä olevien työhön palaaminen sairaanhoidon, ammattiopetuksen ja apuvälineiden avulla. (Miettinen ym. 2011, 268; Järvikoski & Härkäpää 2011, 36-37.)

Ashornin ja Miettisen mukaan 1940-50-luvut olivat kuntoutusjärjestelmän kehittymisen kannalta hitaan kasvun aikaa ja huomattava kasvuvaihe saavutettiin vasta 1960-luvulla. 1950-luvulla kuntoutus integroitiin osaksi kansaneläkejärjestelmää. 1960-luvulla lainsäädännön uudistukset integroivat kuntoutuksen osaksi uusia järjestelmiä ja sektoreita. Kuntoutus lisättiin osaksi uutta sairausvakuutusjärjestelmää, liitettiin osaksi sekä työeläkejärjestelmää että pakollista liikenne- ja tapaturmavakuutusjärjestelmää. 1950-60-lukujen kuntoutusjärjestelmien osaset pyrkivät takaamaan kuntoutusetuudet lähinnä työikäiselle väestölle. Tämä 1960-luvulla syntynyt kuntoutuksen osajärjestelmien kokonaisuus muodostaa pohjan myös nykyisen kuntoutuksen kokonaisuuden institutionaaliselle rakenteelle. Kuntoutuksen useista eri osajärjestelmistä syntynttä kokonaisuutta yritettiin selkiyttää jo noihin aikoihin. Kuntoutuskomitea antoi mietinnön kuntoutuksen yhtenäisen hallinnon muodostamisesta, mutta ehdotuksen toteuttamiseen ei ollut riittävästi poliittista tahtoa. (Ashorn & Miettinen 2013, 23; Miettinen ym. 2011, 268.)

Seuraavina vuosikymmeninä kuntoutus integroitiin yhä tiiviimmin yleisiin palvelujärjestelmiin. Arvioitiin, että kuntoutuksen kytkeminen yleisiin terveydenhoito- ja palvelujärjestelmiin tekisi kuntoutuksesta saavutettavampaa ja tasa-arvoisempaa. (Järvikoski & Härkäpää 2011, 39.) Samaan

aikaan esiintyi kuitenkin myös pyrkimyksiä luoda yhteyksiä hajanaisen kokonaisuuden eri sektorien välille. 1980-luvulla perustettu kuntoutusasiain neuvottelukunta kokosi yhteen eri sektoreita ja toimijoita. Sillä oli myös merkittävä panos 1991 tehtyyn kuntoutusjärjestelmän kokonaisuudistukseen. Vuoden 1991 lainsäädäntöuudistuksen tavoitteena oli parantaa yhteistyötä kuntoutuksen eri osa-alueiden välillä sekä selkeyttää ja täydentää olemassa olevia kuntoutuspalveluja. (Miettinen ym. 2011, 269-270.) Kuntoutusjärjestelmän kokonaisuus ei ole juuri muuttunut vuoden 1991 uudistuksen jälkeen, vaikka osajärjestelmissä onkin muutoksia tämän jälkeen tehty. Osittaisia uudistuksia on tehty esimerkiksi 2010-luvulla liittyen Kelan sekä työ- ja elinkeinohallinnon kuntoutustehtäviin. (Juvonen-Posti, Lamminpää, Rajavaara, Suoyrjö & Tötterman 2016, 163.)

Miettisen ym. (2011) mukaan kuntoutuspolitiikan keskiössä on kolme päätoimijaa: kunnallisen sosiaali- ja terveystalvvelujärjestelmä, Kela sekä työeläkejärjestelmä. Usean toimijan seurauksena on syntynyt myös monta kuntoutuspolitiikkaa. Kunnallisen sosiaali- ja terveystalvvelujärjestelmän osaksi on tullut eräänlainen ”jarrurooli” vastuualueen ja kustannusten rajaajana. Vastapoolina tai vastuun pallottelun toisena osapuolena on toiminut Kela; työeläkejärjestelmällä on ollut kolmesta ydintoimijasta vähiten vastuuta, mutta hyvät mahdollisuudet kuntoutuksen hyödyntämiseen. (Miettinen ym. 2011, 271-273; Järvikoski 2013, 25.) Kuntoutusjärjestelmän eri osajärjestelmien nykyisen vastuujalon taustalla hahmottuvat mielestäni myös kuntoutuksen tavoitteet ja osa-alueet. Tarkastelen pääpiirteittäin tätä vastuujakoa eri osajärjestelmien välillä sellaisena kuin se on määritelty viimeisimmässä kuntoutusselonteossa. Näiden kuntoutusjärjestelmien osa-alueiden toimintaa säädellään useilla eri lailla.

Kunta vastaa erityisesti lääkinällisestä ja sosiaalisesta kuntoutuksesta. Lääkinällisestä kuntoutuksesta säädetään terveydenhuoltolain (2010/1326) 29 §:ssä, jonka mukaan kunnan terveydenhuollon vastuualueelle kuuluvat muun muassa kuntoutusneuvonta ja -ohjaus, potilaan toiminta- ja työkyvyn sekä kuntoutustarpeen arviointi, toimintakyvyn ylläpitämiseen tai parantamiseen tähtäävät terapiat sekä kuntoutusjaksot avo- tai laitoshoidossa. Julkisen terveydenhuollon lääkinälliseen kuntoutukseen liittyvät päätökset ovat hoitopäätöksiä, jonka takia niihin ei voi hakea muutosta valittamalla. Kunta vastaa myös sosiaalisesta kuntoutuksesta, josta säädetään sosiaalihuoltolaissa (2014/1301). Kunta vastaa myös kuntouttavasta työtoiminnasta, vammaisuuteen ja kehitysvammaisuuteen liittyvästä kuntoutuksesta sekä ikääntyneiden toimintakykyä ylläpitävästä toiminnasta. Myös mielenterveyslain (1990/1116) ja päihdehuoltolain (1986/41) kuuluvat kunnan vastuualueeseen. (Kuntoutuksen uudistamiskomitea 2017, 19-21.)

Kela järjestää ja korvaa ammatillista kuntoutusta, vaativaa lääkinnällistä kuntoutusta, kuntoutuspsykoterapiaa sekä harkinnanvaraisena kuntoutuksena muuta kuntoutusta kuin edellä mainittuja. Kelan toimintaa säätelee laki Kansaneläkelaitoksen kuntoutusetuuksista ja kuntoutusrahaetuksista (2005/566). Kelan ammatillinen kuntoutus on tarkoitettu työelämään kiinnittymättömille nuorille tai aikuisille, joilla vamma tai sairaus uhkaa työ- tai opiskelukyvyn huonontuessa heikentää ansiomahdollisuuksia. Myös Kelan järjestämä kuntoutuspsykoterapia on tarkoitettu työ- tai opiskelukyvyn parantamiseen. (Emt. 22-23.) Käsittelen kuntoutuspsykoterapiaa tarkemmin kuntoutuspsykoterapiaa käsittelevässä luvussa. Vaativaa lääkinnällistä kuntoutusta voivat saada toimintakykynsä parantamiseen sellaiset henkilöt, jotka eivät ole laitoshoidossa. Päästäkseen lääkinnälliseen kuntoutukseen henkilöllä on myös oltava sellainen vamma tai sairaus sekä tähän liittyvä osallistumisrajoite, joka haittaa merkittävästi työssä tai opiskelussa sekä arjessa selviämistä ja josta aiheutuu vähintään vuoden kestävä kuntoutustarve. Vaativana lääkinnällisenä kuntoutuksena voidaan järjestää erilaisia terapioita ja muita kuntoutuspalveluja. Vaativaan lääkinnälliseen kuntoutukseen ei kuitenkaan sisälly välittömästi sairaanhoitoon liittyvä lääkinnällinen kuntoutus tai lääkinnällinen kuntoutus, jonka tavoitteet ovat pelkästään hoidollisia. (Emt.) Vaikka lääkinnällinen kuntoutus onkin suunnattu vaikeavammaisille, vuoden 2016 alusta korotetun vammais- tai eläkkeensaajan hoitotuen saaminen ei ole ollut edellytys sen myöntämiselle (Juvonen-Posti ym. 2016, 170). Harkinnanvaraisena kuntoutuksena Kela järjestää esimerkiksi kuntoutus- ja sopeutumisvalmennuskursseja sekä moniammatillista yksilökuntoutusta. Harkinnanvaraiseen kuntoutukseen ei ole lakisääteistä oikeutta, vaan sinne pääseminen riippuu määrärahoista. (Kuntoutuksen uudistamiskomitea 2017, 23-24.)

Ammatillista kuntoutusta työkyvyn ylläpitämiseksi tai parantamiseksi järjestävät Kelan lisäksi myös työeläkelaitokset työelämään vakiintuneille työntekijöille tai yrittäjille. Oikeudesta työeläkelaitosten järjestämään ammatilliseen kuntoutukseen on säädetty työeläkelaisissa (2006/395). Vastuu työntekijöiden työ- toimintakyvyn ylläpitämisestä kuuluu osin myös työterveyshuollolle. Kuntoutuksen osalta tämä vastuu tarkoittaa lähinnä ennaltaehkäiseviä toimenpiteitä, kuntoutustarpeen arviointia, kuntoutukseen tai hoitoon ohjaamista tai kuntoutuksen jälkeistä seurantaa. Ennaltaehkäiseviä toimenpiteitä voivat olla esimerkiksi terveystarkastukset. Työterveyshuollon sisällöstä säädetään työterveyslaissa (2001/1383). Mikäli kuntoutustarve on aiheutunut työtapaturmasta tai ammattitaudista, on ammatilliseen tai lääkinnälliseen kuntoutukseen mahdollista saada korvausta myös tapaturmavakuutuslaitoksilta. Kuntoutuksen korvaamisen edellytyksistä ja kuntoutuksen sisällöistä on säädetty työtapaturma- ja ammattitautilaissa (2015/459), mutta joidenkin ammattiryhmien, kuten urheilijoiden tai sotilaiden kohdalla noudatetaan kyseisten

ammattiryhmien kuntoutuksesta säädettyjä erityislakeja. Jos kuntoutuksen tarve johtuu liikennevahingosta, liikennevakuutuslaitokset korvaavat työ- tai toimintakykyyn liittyvää kuntoutusta. Kuntoutuksen sisällöistä ja sen saamisen edellytyksistä säädetään laissa liikennevakuutuksen perustella korvattavasta kuntoutuksesta (1991/626). Lisäksi Kela ja TE-toimistot tekevät yhteistyötä kuntoutusta tarvitsevien työttömien ohjaamiseksi kuntoutuspalveluihin. (Emt. 25-31.)

4.3 Kuntoutuksen arvot ja yhdenvertaisuus

Kuntoutuksen ja kuntoutusjärjestelmien kehittyessä kuntoutuspalvelut ovat tulleet yhä useamman ihmisen ulottuville. Samanaikaisesti keskustellaan kuitenkin siitä, että kuntoutusjärjestelmä monine toimijoineen ja eri sektoreineen on niin monimutkainen, että se vaikeuttaa kuntoutuspalvelujen hakemista ja saattaa pahimmillaan johtaa väliinputoamiseen. Päivi Topon ja Ilona Autti-Rämön mukaan monimutkainen kuntoutusjärjestelmä haastaa oikeudenmukaisuuden toteutumisen. Järjestelmän monimutkaisuus ja vaikeudet tulkita niitä ohjaavia säädöksiä voivat hidastaa kuntoutukseen pääsemistä. Varsinkin monien eri ongelmien kanssa kamppailevat kuntoutujat voivat joutua kuntoutusjärjestelmän hajanaisuuden vuoksi väliinputoajiksi, mikäli kuntoutusta arvioiva taho on keskittynyt vain yhden ongelma-alueen tarkasteluun. (Topo & Autti-Rämö 2016, 84-85.) Järvikosken mukaan moniongelmaisia saatetaan myös pallotella eri palveluorganisaatioiden välillä, koska mikään organisaatio ei ota heistä kokonaisvastuuta (Järvikoski 2013, 61).

Koska mahdollisuus päästä kuntoutukseen riippuu terveyden- tai sosiaalihuollon tekemästä arviosta ja esimerkiksi Kelan korvaamaan kuntoutukseen vaaditaan aina lääkärin lausunto, yhdenvertaisuuden kannalta ongelmaksi saattavat muodostua myös kuntoutuksen sisääntuloväylät ja siihen ohjaaminen. Terveyspalvelujen saatavuus ja saavutettavuus eivät Suomessa toteudu täysin yhdenvertaisesti. Työsuhteessa olevien on mahdollista päästä työterveyshuollon kautta kuntoutukseen; työttömien ja yli 65-vuotiaiden tilanne on heikompi, sillä kunnallisissa terveydenhoitopalveluissa ei ole välttämättä resursseja kuntoutustarpeen arviointiin. Tilanne on varsin ristiriitainen, sillä tutkimuksissa on todettu, että työttömät sairastavat enemmän kuin työlliset. Tilannetta on yritetty parantaa säädöksillä ja hankkeilla, mutta työttömien asema kuntoutukseen pääsyn suhteen on edelleen heikompi kuin työllisten. (Pensola, ym. 2012, 31; Rajavaara 2013, 64-65; Topo & Autti-Rämö 2016, 90.) Pensola ym. tuovat esille, että myös koulutuksella on yhteys kuntoutukseen pääsemiseen. Heidän mukaansa koulutetut ihmiset pystyvät paremmin kuvailemaan oireitaan ja tulevat useammin otetuksi vakavasti kuntoutuksen tarvearvioinneissa; heillä on myös taitoja luovia monimutkaisessa kuntoutusjärjestelmässä (Pensola ym. 2012, 160-161).

Vaikka kuntoutusta ei olekaan enää vuosikymmeniin rajattu vain työssä käyville tai työkyvyn ylläpitämiseen tai parantamiseen, Järvikosken ja Härkäpään mukaan työ, työllistyminen tai työkyvyn edistäminen nousevat edelleen esille kuntoutuksen perusteluissa. (Järvikoski & Härkäpää 2011, 24-25.) Monissa Kelan rahoittamissa kuntoutuksissa työelämävelvoite (pyrkiminen työmarkkinoille) tai työkyvyn parantaminen ovat keskeisiä perusteita, kun kuntoutustarvetta arvioidaan. Pensolan ym. mukaan työkyvyn ylläpitämiseen tai parantamiseen suunnattu kuntoutus asettaa työttömät, työkyvyttömät sekä vähän koulutetut henkilöt eriarvoiseen asemaan työllisiin nähden. Työkyvyn vaarantuminen kuntoutuksen myöntämisen perusteena on johtanut myös siihen, että kuntoutusta eivät ole saaneet ne, joiden sairauden tai vamman on katsottu heikentävän työkykyä liian vähän tai sitten sairauden tai vamman on katsottu olevan niin vakava, ettei tavoitetta palata kuntoutuksen avulla pidetä mahdollisena. (Pensola ym. 2012, 147, 157.) Rajavaara tuo esille, että työttömän henkilön kohdalla työkyvyn arviointi on hankalaa. Joissakin kuntoutusmuodoissa saatetaan myös edellyttää vakiintunutta suhdetta työelämään (Rajavaara 2013, 64-66.) Työ ja työkyky nähdään avaimena sekä yksilön hyvinvointiin että yhteiskunnan tuottavuuden parantamiseen, mutta tällainen ajattelu ei aina huomioi sitä, että työelämään pääseminen tai siellä jatkaminen eivät ole kaikkien kohdalla realistisia tavoitteita. (Järvikoski & Härkäpää 2011, 24-29.)

Kuntoutustarvetta arvioidessa joudutaan ottamaan huomioon myös taloudelliset reunaehdot. Kuntoutusta on siksi priorisoitu niin, että sitä pystyttäisiin järjestämään ensisijaisesti niille henkilöille, joille se on arjessa selviämisen ja muun hyvinvoinnin kannalta välttämätöntä. Samalla joudutaan arvioimaan sitä, mikä on kuntoutustoimenpiteistä saatu hyöty yksilölle. Topon ja Autti-Rämön mukaan oleellista onkin, kenen näkökulmasta tuota hyötyä tarkastellaan. Kuntoutustarvetta ja kuntoutustoimenpiteiden vaikuttavuutta on mahdollista arvioida toimintakyvyn ICF-mallin avulla tai hyödyntää Käypä hoito -suosituksia. (Topo & Autti-Rämö 2016, 85-86.)

Järvikosken ja Härkäpään mielestä kuntoutustarvetta voidaan tarkastella yhtäältä kuntoutumistarpeen näkökulmasta, toisaalta kuntouttamistarpeena. Kuntoutumistarpeessa on kyse kuntoutusta hakevan henkilön kokemuksesta omasta tilanteestaan. Kuntouttamistarve on lähtökohdiltaan yhteiskunnallinen: se sisältää tarpeen huolehtia siitä, että työvoimaa on saatavilla riittävästi, eivätkä sosiaaliturva ja huoltokustannukset nouse liian korkeiksi. Toisaalta on tärkeää huolehtia siitä, että kansalaisten perusoikeudet, kuten oikeus huolenpitoon ja välttämättömään toimeentuloon, eivät vaarannu. (Järvikoski & Härkäpää 2011, 158-159.)

Myös kuntoutujan motivaatio on merkityksellinen arvioitaessa kuntoutustarvetta ja kuntoutuksen vaikuttavuutta. Topon ja Autti-Rämön mukaan kuntoutuksen tavoitteena oleva toimintakyvyn

muuttuminen edellyttää aktiivisuutta myös kuntoutujalta (Topo & Autti-Rämö 2016, 86). Järvikoski ja Härkäpää puhuvat motivaation sijaan kuntoutumisvalmiudesta. Heidän mukaansa sen osatekijöitä ovat esimerkiksi tarve muutokseen, halukkuus ja sitoutuminen muutokseen sekä yhteistyöhön kuntouttavan tahon kanssa. (Järvikoski & Härkäpää 2011, 169-170.) Topo ja Autti-Rämö muistuttavat kuitenkin, että vaikka kuntoutujalla on vastuu kuntoutusprosessissa ja näkemyksiään tulisi huomioida, on kuntoutusta tarvitseva yleensä tavallista heikommassa tilanteessa, mikä korostaa ammattilaisen eettisiä velvollisuuksia (Topo & Autti Rämö 2016, 88).

5 Tutkimusasetelma

5.1 Tutkimuksen paikka, tavoite ja tutkimushypoteesi

Mielenterveyspalveluille on Suomessa runsaasti kysyntää. Mielenterveydenhäiriöt, erityisesti masennus- ja ahdistushäiriöt, ovat viime vuosikymmenen ajan olleet lievässä kasvussa. Mielenterveysongelmista kärsivät hakeutuvat myös entistä useammin hoitoon. Julkinen terveydenhoitojärjestelmä, joka tällä hetkellä toimii kuntien vastuulla, ei aina kykene vastaamaan mielenterveyspalvelujen tarpeeseen. Varsinkaan pitkäkestoiseen psykoterapiaan on vaikea päästä julkisissa palveluissa. Kelan korvaama kuntoutuspsykoterapia paikkaa mielenterveysjärjestelmän puutteita. Siksi on mielestäni tärkeää tutkia, kenelle kuntoutuspsykoterapiaa myönnetään ja millä perusteilla.

Kelan kuntoutuspsykoterapiaa on tutkittu varsin vähän, eikä kuntoutuspsykoterapian myöntämiskriteereihin keskittyvää tutkimusta ole tehty lainkaan. Suurin osa kuntoutuspsykoterapiasta tehdystä tutkimuksesta käsittelee kuntoutuspsykoterapian vaikutuksia tai sen toteutumista. Tällaisia ovat esimerkiksi Tuula Aaltosen ja Jouko Lindin *Miten työkyky muuttuu Kelan tukeman psykoterapiakuntoutuksen jälkeen?: Rekisteriseuranta Kelan psykoterapiaa saaneiden työ- ja opiskelukyvystä vuosina 2002-2004* (2008), Jukka Valkosen työryhmän *Psyko-terapeutit Suomessa: psykoterapiapalvelut ja niiden järjestäminen* (2011). Myös Annamari Tuulio-Henrikssonin työryhmineen on tutkinut kuntoutuspsykoterapiaa: *Kelan työ- ja opiskelukyky tukeva kuntoutuspsykoterapia toteutuu eri kestoisena* (2014) tutki kuntoutuspsykoterapian toteutumista kuntoutuspsykoterapian vuonna 2007 päättäneiden joukossa. Tuulio-Henrikssonin työryhmän tuorein, vuonna 2019 julkaistu tutkimus *Kuntoutuspsykoterapia tukee työssä pysymistä* tutkii kuntoutuspsykoterapian vaikutuksia työkykyyn. Vaikka edellä mainitut tutkimukset eivät käsittele kuntoutuspsykoterapian myöntämiskriteerejä, niissä kuitenkin sivutaan myös kysymyksiä siitä, kuka kuntoutuspsykoterapiaa saa.

Osa tutkimuksesta on myös jo melko vanhaa, eikä siksiäkään pysty vastaamaan hyvin tutkimuskysymyksiin. Eija Repo työryhmineen on tehnyt kaksi tutkimusta, joissa käsitellään Kelan tukemaa kuntoutuspsykoterapiaa. Nämä ovat *Psykoterapia kuntoutuksena – lääkärinlausuntojen laadun arviointi* (2003) sekä *Psykoterapia kuntoutuksena – kyselytutkimus hoidon toteutumisesta* (2004). Molemmat tutkimukset käsittelevät kuitenkin kuntoutuspsykoterapiaa 1990-luvulla, eikä niiden perusteella voi arvioida kuntoutuspsykoterapian toteutumista tai sen saavutettavuutta nykypäivänä. Kuntoutuspsykoterapiaan liittyviä kysymyksiä käsitellään sekä kuntoutukseen että mielenterveyspalveluihin liittyvässä kirjallisuudessa ja muissa aineistoissa.

Olen tutkinut Kelan kuntoutuspsykoterapian myöntämiskriteereitä kandidaatin tutkielmassani ”Psykoterapiaa työkyvyn parantamiseen – uusliberalistinen ideologia Kelan kuntoutuspsykoterapian myöntämisperusteissa”. Edellisen tutkimukseni tavoin pohdin pro gradussani sitä, kenelle ja millä ehdoilla kuntoutuspsykoterapiaa myönnetään. Kandidaatin tutkielmassani analysoin kategorian käsitteen, ideologiakritiikin ja hallinnan analytiikan avulla kuntoutuspsykoterapian myöntämisperusteita sellaisina kuin ne Kelan kuntoutuspsykoterapian etuusohjeessa näyttäytyivät. Pro gradu -tutkielmani analyysityökaluna toimii erityisesti hallinnan analytiikka. Tutkimuskysymykseni ovat:

1. Millaiset ovat Kelan kuntoutuspsykoterapian myöntämiskriteerit?
2. Minkälaista hallintamentaliteettia Kelan kuntoutuspsykoterapian myöntämisperusteet heijastavat ja tuottavat?
3. Minkälaista subjektiivutta Kelan kuntoutuspsykoterapian myöntämisperusteet tuottavat ja miten se suhteutuu mielenterveyden hoidon ja kuntoutuksen tavoitteisiin?

Tutkimushypoteesini on, että Kelan kuntoutuspsykoterapian myöntämisperusteet heijastavat uusliberalistista hallintamentaliteettia, jossa universaaleista sosiaalipalveluista on luovuttu ja sosiaalipalveluita on alettu rajoittaa ja kohdentaa. Pidän merkityksellisenä myös psykoterapiaan hakeutumisprosessia sekä minkälaisia ehtoja Kela tälle prosessille asettaa; lisäksi kiinnitän huomiota siihen, miten Kelan kuntoutuspsykoterapian etuusohjeen myöntämisperusteita sovelletaan käytännössä.

5.2 Tutkimuksen metodi ja teoreettinen viitekehys

Pertti Alasuutari määrittelee tutkimusmetodin koostuvan ”niistä käytännöistä ja operaatioista, joiden avulla tutkija tuottaa havaintoja, sekä niistä säännöistä, joiden mukaan näitä havaintoja voi edelleen muokata ja tulkita, niin että voidaan arvioida niiden merkitystä johtolankoina” (Alasuutari 2011, 82).

Jouni Tuomi ja Anneli Sarajärvi erottelevat toisistaan tutkimuksen metodin ja metodologian. Ensin mainittu viittaa tutkimusmenetelmiin, joiden avulla hankitaan uutta tietoa todellisuudesta; jälkimmäinen viittaa tieteelliseen perusnäkemykseen, eli millaisia käsitteitä todellisuuden hahmottamiseen käytetään. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 17-18.) Metodi viittaa siis sekä tiedon keräämisen että sen analysoimisen tapoihin, metodologia tutkimuksen teoreettiseen viitekehykseen. Tutkimusmenetelmät jaetaan karkeasti kahteen perustyyppiin: kvantitatiivisiin, eli määrällisiin sekä kvalitatiivisiin eli laadullisiin. Pro gradu -tutkimukseni on luonteeltaan laadullista. Määrittelen sen teoriaohjaavaksi laadulliseksi sisällönanalyysiksi.

Tuomi ja Sarajärvi vertaavat laadullista tutkimusta sateenvarjoon, jonka alle mahtuu monenlaisia erilaisia tutkimustapoja (Emt. 13). Variaatiot voivat liittyä tutkimusmateriaalin hankintaan mutta myös sen analysoimiseen. Tietoa voidaan kerätä esimerkiksi haastatteluiden, lomakekyselyiden tai havainnoinnin avulla. Tutkimus voi olla myös osallistavaa tai perustua kirjallisuuskatsauksena aikaisempaan aiheesta kirjoitetun tiedon analysoimiseen. Tuomi ja Sarajärvi jakavat laadullisen tutkimuksen teoreettiseen ja empiiriseen, mutta korostavat, että myös empiiriseen tutkimukseen sisältyy teoreettinen viitekehys. Vaikka kirjoittajien mukaan täysin objektiivista tietoa ei ole olemassa, teoreettisen tutkimuksen kannalta on oleellista argumentaatio eli tutkimuksen kannalta ja tieteellisesti relevantin lähdekirjallisuuden käyttäminen. (Emt. 24-27.) Tuomi ja Sarajärvi määrittelevät sisällönanalyysin laadullisen tutkimuksen perusmenetelmäksi, jota voidaan pitää joko yksittäisenä metodina tai teoreettisena kehyksenä, joka voi sisältää monen tyyppisiä analyysikokonaisuuksia (Emt, 103).

Tuomen ja Sarajärven mukaan sisällönanalyysi jakaantuu kolmeen perustyyppiin eli aineistolähtöiseen sisällön analyysiin, teorialähtöiseen sisällönanalyysiin sekä teoriaohjaavaan sisällönanalyysiin. Näitä kolmea sisällönanalyysin perustyyppiä erottaa toisistaan analyysin päättelyprosessin logiikka. Aineistolähtöinen sisällönanalyysi on luonteeltaan induktiivinen eli päättelyn logiikka kulkee silloin yksittäisestä yleiseen. Teorialähtöinen sisällönanalyysi perustuu deduktiiviseen päättelyyn, eli yleisestä yksityiseen. Tällöin yksittäinen ilmiö nähdään jonkin teorian tai viitekehyksen valossa, niin että tämä teoria määrittelee tutkimuksen kohteena olevat käsitteet. Teoriaohjaava sisällönanalyysi on jonkinlainen välimuoto kahdesta edellä mainitusta. Sitä voidaan toisaalta luonnehtia päättelyn logiikaltaan abduktiiviseksi, jolloin tutkijan ajattelua ohjaavat vaihtelevasti aineistolähtöisyys ja teoreettiset mallit. Mutta teoriaohjaavaa sisällön analyysia voidaan Tuomen ja Sarajärven mukaan tarkastella myös induktion tai deduktion kautta riippuen siitä, missä vaiheessa teoria otetaan ohjaamaan päättelyä. Jos teoriaa tuodaan mukaan vasta loppuvaiheessa, voidaan puhua induktiivisesta päättelystä. (Emt. 107-113.) Mutta jos se on mukana jo tutkimuksen

alkuvaiheessa, on päättely lähempänä deduktiota. Oman tutkimukseni koen olevan deduktiivista päättelyä lähenevää teoriaohjaavaa sisällönanalyysia, koska teoria on valittu vasta aineiston (Kelan kuntoutuspsykoterapian etuusohjeet) jälkeen ja aineisto huomioiden, mutta teoria on kuitenkin jo tutkimuksen varhaisvaiheessa tullut mukaan ohjaamaan päättelyä.

Tutkielmani teoreettisena viitekehyksenä toimii niin kutsuttu hallinnan analytiikka. Hallinnan analytikoiksi kutsutaan brittisosiologeja Nikolas Rosea ja Peter Milleriä sekä australialaissosiologi Mitchell Deania. Rosen, Millerin ja Deanin käyttämä hallinnan analytiikka perustuu ranskalaisfilosofi Michel Foucault'n näkemykseen vallasta sekä erityisesti siihen, mitä Foucault kirjoittaa tietystä vallan muodosta, hallinnasta. Foucault'n käsitteet *gouvernement* ja *gouvernementalité* kääntyvät hallinnan analytikoilla englanniksi *government* ja *governmentality*. Ensin mainittu käsite suomennetaan hallinnaksi, mutta jälkimmäisellä on useita suomennoksia, kuten hallinnallisuus, hallintavalta, hallintamentaliteetti ja hallintamieli. Olen käyttänyt näistä suomennoksista hallintamentaliteettia, sillä sitä käytetään myös Millerin ja Rosen suomennoksissa. Käsitteiden merkityksiä avaan varsinaisessa teorialuvussa.

Käytän teoreettisena lähdekirjallisuutena erityisesti Nikolas Rosen *Powers of Freedom* (1999) teosta, Mitchell Deanin *Governmentality* (1999), Peter Millerin ja Nikolas Rosen yhdessä kirjoittamaa *Miten meitä hallitaan* (2010) teosta sekä muutamaa kirjoittajien yksittäistä artikkelia. Foucault'ta lähteenäni on hänen luennoistaan koottu teos *Turvallisuus, alue, väestö – Hallinnallisuuden historia* (2010). Käytän lisäksi Ilpo Helénin, Kai Alhasen ja Miikka Pyykkösen Foucault'sta ja hallinnan analytikoista kirjoittamia kirjoja ja artikkeleita. Varsinkin Kai Alhasen väitöskirja *Käytännöt ja ajattelu Michel Foucault'n teoriassa* (2007) ja Ilpo Helénin *Elämän politiikat – yhteiskuntatutkimus Foucault'n jälkeen* (2016) ovat helpottaneet minua ymmärtämään hallinnan analytiikkaa. Uusliberalismi näyttäytyy hallinnan analytikoille erityisenä hallintamentaliteettina. Siksi käytän teoreettisena lähdekirjallisuutena myös tähän aiheeseen liittyvää kirjallisuutta. Hyödynnän Richard Sennetin ajatuksia uusliberalismin ihmiskuvasta, joita hän on käsitellyt kirjassaan *Kunnioitus eriarvoisuuden maailmassa* (2004) sekä Heikki Patomäen ja Raija Julkusen kirjoituksia uusliberalismin vaikutuksesta julkishallintoon Suomessa ja muualla maailmassa. Käytän lähdekirjallisuutena Patomäen *Uusliberalismi Suomessa – lyhyt historia ja tulevaisuuden vaihtoehdot* (2007). Julkuselta olen hyödyntänyt seuraavia kirjoja: *Suunnanmuutos – 1990-luvun sosiaalipoliittinen reformi Suomessa* (2001), *Kuka vastaa? Hyvinvoinnin rajat ja julkinen vastuu* (2006) sekä artikkelia *Hyvinvointipalvelujen uusi politiikka* (2004). Minua kiinnostaa myös se, mitä uusliberalismista on kirjoitettu sosiaalityön kontekstissa. Tämän asian suhteen käytän Kirsi Juhilan kirjoituksia uusliberalismista ja vastuuttamisdiskurssista sekä Sarah Banksin käsitettä uusi

selontekovelvollisuus (teoksessa *Ethics, Accountability and Social Professions* 2004). Varsinkin Juhilan *Sosiaalityöntekijöinä ja asiakkaina* (2011) sekä artikkeli *Aikuisuus sosiaalityössä* (2008) on innostanut minua kriittiseen analyysiin. Kirsi Juhila ja muutamat muut sosiaalityöntutkijat ovat myös tarkastelleet kriittisesti sosiaalityötä ja mielenterveyspalveluja hallinnan analytiikan viitekehyksessä; olen hyödyntänyt Juhilan, Suvi Raitakarin ja Christopher Hallin toimittamaa artikkelikokoelmaa *Responsibilisation at the Margins of Welfare Services* (2017). Myös Mikko Saastamoisen aktiiviseen kansalaisuuteen liittyvät artikkelit *Riskitodellisuus ja aktiivisen kansalaisuuden ihanne* (2007) ja *Aktiivisen kansalaisen vastatulkintoja: neuroottinen ja hylätty kansalaisuus* (2010) ovat olleet varsin hyödyllisiä tutkimukseni analyysin kannalta.

Tuomi ja Sarajärvi jakavat laadullisen tutkimuksen perinteet aristoteelliseen ja platonilaiseen päälinjaan, jossa ensin mainittuun kuuluu esimerkiksi fenomenologia ja eksistentialismi; jälkimmäiseen lukeutuvat muun muassa, analyttinen filosofia, hermeneutiikka ja kriittinen teoria (Emt. 32.) Foucault ja hallinnananalyttikot eivät kovin luontevasti paikannu mihinkään kirjoittajien mainitsemista teoriaperinteistä, vaikka heidän tutkimuksensa voidaankin luokitella kuuluvaksi ihmistieteisiin. Tuomen ja Sarajärven mukaan ihmistieteet kuuluvat hermeneuttiseen tutkimusperinteeseen. Ihmistieteet sisältävät laajan kokoelman erilaisia tieteenaloja, kuten psykologian, historian tutkimuksen ja yhteiskuntatieteet. Lisäksi ihmistieteille on tyypillistä tutkia ”mielen konstruoimaa maailmaa”. (Emt. 36-37.) Foucault ja vallan analyttikot voidaan lukea yhteiskuntatieteeseen; molemmille on tyypillistä myös konstruktionistinen suhtautuminen tutkimuskohteeseen.

Alasuutari (2001) kuvaa Foucault'ta teoreetikkona, joka kyseenalaistaa yleisesti hyväksytyjä totuuksia. Foucault'n ajattelussa on pelkistetyksi kyse siitä, että hän tutkii tiedon ja vallan suhdetta erilaisissa käytänteissä. Hallinnan analyttikot tekevät samoin, mutta ovat kiinnostuneita erityisesti hallinnasta ja hallintamentaliteetista sekä näiden vallan muotojen ilmenemisestä esimerkiksi asiantuntijuudessa. Foucault'n ja hallinnan analyttikoiden lokeroiminen hermeneuttiseen tutkimusperinteeseen ei kuitenkaan tunnu luontevalta, vaikka Tuomen ja Sarajärven (2018, 38.) mukaan kriittinen hermeneutiikka tutkii tietoteoriaa esimerkiksi vallananalyysin kautta. Kirjoittajat samastavat kriittisen hermeneutiikan marxilaiseen perinteeseen (Emt.), johon Foucault'ta tai hallinnan analyttikkoja ei mielestäni voi luokitella. Eteenkään, kun Miller ja Rose (2010) eksplisiittisesti irtisanoutuvat marxilaisesta tutkimusperinteestä. John Lechte (1996) pitää Foucault'ta jälkistrukturalistina. Tuomen ja Sarajärven mukaan jälkistrukturalismi on lähempänä postmodernia tieteentutkimusta, joka jää sekä platonisen että aristoteellisen tutkimusperinteen ulkopuolelle, vaikka ammentaakin vaikutteita esimerkiksi, fenomenologiasta, hermeneutiikasta ja kriittisestä teoriasta.

Kirjoittajat myöntävätkin, että heidän käyttämänsä jaottelu on yksinkertaistava ja voi jättää ulkopuolelleen merkittäviäkin ajatussuuntauksia. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 15, 60-63.)

5.3 Tutkimusaineistot ja tutkimuseettiset kysymykset

Tuomen ja Sarajärven mukaan laadullisessa tutkimuksessa yleisimpiä aineiston keräämismenetelmiä ovat haastattelu, kysely, havainnointi sekä erilaisissa dokumenteista löydettävä tieto (Emt. 83). Oma tutkimusaineistoni on yhdistelmä dokumentteja ja haastatteluja. Pidän primaarina tutkimusaineistona Kelan kuntoutuspsykoterapian etuusohjeita², Lakiä Kansaneläkelaitoksen kuntoutusetuuksista ja kuntoutusrahaetuksista 566/2005 sekä kuutta asiantuntijahaastattelua. Sekundaareina tutkimusaineistoina toimivat kuntoutuspsykoterapiaa, kuntoutusta ja mielenterveyspalveluja käsittelevä kirjallisuus, artikkelit ja muut dokumentit sekä osin myös kirjallisuus, joka käsittelee psykiatria ja psykoterapiaa. Sekundaarinen tutkimusaineisto toimii tutkimukseni taustana ja viitekehystenä: kuntoutuspsykoterapia on kuntoutusmuoto, mutta samanaikaisesti merkittävä mielenterveyden häiriöiden hoitomuoto. Kela on viimeisen viiden vuoden aikana päivittänyt vuosittain kuntoutuspsykoterapian etuusohjeita. Etuusohjeisiin on tullut usein pieniä muutoksia, mutta niiden sisältö ei ole juuri muuttunut. Olen käyttänyt aineistonani vuoden 2018 etuusohjetta (s 1-65), sillä olen käyttänyt kyseistä etuusohjetta apunani laatiessani haastattelukysymyksiä, eikä sitä uudemman etuusohjeen käyttäminen tunnu minusta siksi mielekkäältä, vaikka sellainen olisikin saatavilla.

Olen haastatellut tutkielmaani varten kahta Kelan etuuskäsittelijää, kahta Kelan asiantuntijalääkäriä ja kahta B-lausuntoja laativaa julkisessa terveydenhuollossa työskentelevää psykiatria. Tuomen ja Sarajärven mukaan 6-8 haastateltavaa on riittävä määrä pro gradun laajuiseen tutkimukseen, mikäli kyse on laadullisesta tutkimuksesta. Laadullisessa tutkimuksessa ei kirjoittajien mukaan pyritä tilastollisiin yleistyksiin, vaan kuvaamaan, ymmärtämään ja teoretisoimaan jotain ilmiötä tai toimintaa. (Emt. 98-99.) Kelan etuuskäsittelijät tekevät kuntoutuspäätöksiä eli päättävät siitä, kuka saa kuntoutuspsykoterapiaa. Asiantuntijalääkäreiden tehtävänä on tehdä arvioita siitä, voidaanko kuntoutuspsykoterapiaa hakevalle tehdä myönteinen päätös. Arvio on suuntaa antava, ei sitova. Psykiatrit laativat kuntoutushakemuksen liitteeksi tarvittavia B-lääkärinlausuntoja. Haastattelujen tehtävänä on täydentää muuta primaaria aineistoa sekä selvittää, miten kuntoutuspsykoterapian

² Käyttämäni Kuntoutuspsykoterapian etuusohjeet vuodelta 2018 eivät ole enää julkisia. Uusin versio kuntoutuspsykoterapian etuusohjeesta vuodelta 2020 löytyy osoitteesta <https://www.kela.fi/documents/10192/3239760/Kuntoutuspsykoterapia.pdf>

etusohjeita sovelletaan kuntoutuspäätöksiä tehtäessä, mutta myös sitä, vaikuttavatko ohjeet siihen, keitä ohjataan kuntoutuspsykoterapiaan.

Tutkimushaastattelut jaetaan yleisesti kolmeen eri kategoriaan: strukturoituun, puolistrukturoituun ja strukturoimattomaan. Strukturoituna haastatteluna voidaan pitää esimerkiksi lomakehaastattelua; strukturoimatonta haastattelua edustavaa syvähaastattelu, jota kutsutaan myös avoimeksi haastatteluksi. Erona näiden kahden ääripään välillä on se, miten tarkkaan haastateltaville esitettävät kysymykset on ennalta määritelty. (Hyvärinen 2017, 20-21; Tuomi & Sarajärvi 2018, 87-90.) Tutkimustani varten tehdyt haastattelut ovat puolistrukturoituja teemahaastatteluja³. Sirkka Hirsjärvi ja Helena Hurme kuvaavat teemahaastattelua haastatteluksi, jossa haastattelun aihepiirit ovat jo etukäteen tiedossa, mutta kysymysten muoto ja niiden esittämisjärjestys ovat väljemmät kuin strukturoidussa haastattelussa (Hirsjärvi & Hurme 1995, 36). Tuomen ja Sarajärven mukaan teemahaastattelussa käytetään etukäteen valittuihin teemoihin liittyviä kysymyksiä, mutta niihin on mahdollista hankkia tarkennusta lisäkysymysten avulla (Tuomi & Sarajärvi 2018, 87-88). Kelan kuntoutuspsykoterapian etuusohje on ohjannut minua vahvasti kysymyspatteriston laatimisessa. Tässä mielessä tekemissäni haastatteluissa on selkeä struktuuri. Olen kuitenkin tehnyt haastateltaville aina tarpeen vaatiessa tarkentavia kysymyksiä ja edennyt kysymysten tekemisessä joustavasti haastattelussa nousevien teemojen avulla. Kysymykset olen aina koostanut haastateltavan ammattiryhmän tai position mukaan, joskin olen tehnyt paljon myös kaikille yhteisiä kysymyksiä. Haastattelut olen toteuttanut lokakuun 2018 ja maaliskuun 2019 välisenä aikana. Haastattelujen tekeminen kesti keskimäärin tunnin.

Tekemäni haastattelut ovat siis tyypiltään puolistrukturoituja teemahaastatteluja. Lisäksi ne voidaan luokitella asiantuntijahaastatteluiksi. Alastalon, Åkermanin ja Vaittisen mukaan asiantuntijahaastattelua ei voi pitää itsenäisenä haastattelumenetelmänä, mutta haastattelun kohderyhmä tuo haastatteluun kuitenkin tiettyjä erityispiirteitä. Asiantuntijoina voidaan pitää henkilöitä, joilla on sellaista erityistä tietoa tutkittavasta asiasta, jota muilla ei ole. Tällainen erityinen tieto voi perustua ammattiin, instituutioon tai asemaan tieteellisessä yhteisössä. (Alastalo, Åkerman & Vaittinen 2017, 214-216.) Haastatteleman henkilöt edustavat Kelaa tai julkista terveydenhuoltoa instituutiona, mutta varsinkin lääkäreitä voi pitää myös ammattikuntansa edustajina. Alastalon ym. mukaan asiantuntijahaastatteluihin liittyy aina valta-aspekti, erityisesti silloin, kun haastateltavana on eliitin edustaja. Eliitin edustajalla on paitsi tietoa myös valtaa tehdä muita koskevia päätöksiä. Alastalo ym. erottavat toisistaan lakeja säättävän valtaeliitin ja virkamiehet, jotka lakeja toteuttavat.

³ Haastattelurungot, joita käytin haastatelllessani Kelan etuuskäsittelijöitä, asiantuntijalääkäreitä ja b-lausuntoja laativia psykiatreja löytyvät liitteistä 1-3.

Kirjoittajien mukaan myös päätöksiä tekeviä virkamiehiä voi pitää eliittiasiantuntijoina ja lisäksi heillä voi olettaa olevan sellaista tietoa lakien soveltamisesta, jota lainsäätäjällä ei ole. (Emt, 214, 217-218.) Juuri tällaisesta tiedosta olen haastatteluissani kiinnostunut, kuten olen aiemmin maininnut.

Tutkimushaastattelujen yhteydessä puhutaan usein saturaatiosta. Saturaatiolla tarkoitetaan sitä, että tietyn tyyppiset vastaukset haastateltavien keskuudessa alkavat toistua. Kun aineisto alkaa toistaa itseään voidaan tuloksia pitää yleistettävänä. Saturaatiossa aineistosta saatuja tuloksia usein avulla tyypitellään, luokitellaan tai teemoitellaan, jonka jälkeen tulokset voidaan vielä kvantifioida. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 99-102.) Olen haastatteluja analysoidessani tulosten saturaation kannalta päätenyt lähinnä väljään teemoiteluun, jonka tuloksia en ole kvantifioinut. Koska haastattelut ovat muodostaneet vain osan tutkimusaineistosta, en ole kokenut mielekkääksi tyypittelyä tai luokittelua ja niiden pohjalta tehtävää kvantifiointia. Olen kiinnostuneempi siitä, miten haastattelut keskustelevat muun tutkimusaineiston kanssa. Haastatteluissa aineiston toistavuuden lisäksi, olen pitänyt tärkeänä myös vastauksia, jotka haastatteluissa toistuu. Tähän olen päätenyt siksi, että haastateltavat käyttävät viranomaispositiossa päätöksiä, lausuntoja tai arvioita tehdessään valtaa ja tällä on vaikutusta monien ihmisten elämään. Myös yksittäisen haastateltavan kuvauksella toiminnastaan tai sen perusteluista on siksi merkitystä.

Tutkimushaastattelujen tekemiseen liittyy myös eettisiä kysymyksiä. Hyvärisen mukaan esimerkiksi mahdollisuus tulla haastatelluksi anonymisti ja haastatteluiden luottamuksellisuus ovat perusasioita tutkimusetiikan kannalta. Se, että haastateltavat kuuluvat potentiaalisesti haavoittuvaan ihmisryhmään asettaa tutkimuksen etiikalle vielä erityisvaatimuksia. (Hyvärinen 2017, 32-33.) Kukaan haastattelemistani henkilöistä ei pyytänyt saada tulla haastatelluksi nimettömänä, mutta olen kuitenkin noudattanut kaikkien haastattelemieni henkilöiden kohdalla anonymisointia, sekä myös poistanut haastatteluista ne tunnistetiedot, joiden avulla haastateltavan toimipaikka voitaisiin suoraan tunnistaa. Asiantuntijoina haastateltavani eivät kuulu erityisen haavoittuvaan ihmisryhmään. Tutkimukseeni ei myöskään liittynyt salassa pidettäviä rekisteritietoja tai muita salassa pidettäviä tietoja. Selvitin, vaaditaanko Kelasta haastatteluihin tutkimuslupaa ja Kelan lakiyksiköstä vastattiin minulle, ettei se tässä tapauksessa ole tarpeen. Terveystieteiden ammattilaisia haastateltaessa tutkimuslupaa yleensä edellytetään, joten hankin tutkimusluvut B-lausuntoja tekevien psykiatrien haastatteluja varten kunnasta, jossa he työskentelevät.

6 Kelan kuntoutuspsykoterapia ja sen myöntämiskriteerit

6.1 Mitä psykoterapia on?

Psykoterapia on määritelty psykoterapiaa koskevassa konsensuslausumassa (Suomalainen lääkärisseura Duodecim ja Suomen Akatemia 2006, 4) seuraavasti:

”Psykoterapiassa on kyse jäsennellystä vuorovaikutuksellisesta prosessista potilaan (potilaiden) ja hoitavan henkilön (henkilöiden) välillä. Psykoterapia on tavoitteellista, mielenterveyden ongelman tai häiriön poistamiseen tai lieventämiseen tähtäävää ammatillista toimintaa. Se pohjautuu vakiintuneeseen ja koeteltuun psykologiseen tietopohjaan ja sen puitteet määritellään hoitosopimuksessa. Psykoterapioita toteuttavat psykoterapeutit, joilla on tarvittava koulutus ja kokemus.”

Psykoterapia voidaan ymmärtää myös tavoitteellisena ammatillisena toimintana, jota ohjaavat potilas- ja asiakastyötä koskevat lait, säädökset sekä ammatilliset käytännöt ja eettiset periaatteet. Psykoterapian pyrkimyksenä on mielenterveyden häiriöihin liittyvien oireiden ja kärsimyksen lievittäminen sekä psyykkisen terveyden ja toimintakyvyn lisääminen. Psykoterapia tukee myös kuntoutujan henkistä kasvua ja hänen valmiuksiaan ratkaista itse ongelmiaan. Konsensuslausumassa psykoterapiamääritelmän ulkopuolelle on rajattu muu auttamistyössä ja terveydenhuollossa tapahtuva työ, jossa hyödynnetään psykoterapeuttisia menetelmiä. (Suomalainen lääkärisseura Duodecim ja Suomen Akatemia 2006, 4; Heinonen, Kurri & Melartin 2016, 1072-1073.)

Psykoterapiaa toteutetaan yleensä osana mielenterveyskuntoutujan kokonaisuhoitoa. Varsinkin vaikea-asteisimmissa mielenterveyden häiriöissä yhdistelmähoitoon voi psykoterapian lisäksi kuulua muun muassa lääkehoitoa, päiväosastohoitoa sekä ryhmä- ja yhteisöterapeuttisia hoitomuotoja. Psykoterapian merkitys todistetusti vaikuttavana hoitomuotona todetaan myös Käypä hoito -suosituksissa. Psykoterapiasta hyötyvät varsinkin lievistä ja keskivaikeista masennusoireista kärsivät, mutta sillä on todettu olevan vaikutusta myös kaksisuuntaisen mielialahäiriön, epävakaan persoonallisuushäiriön sekä skitsofrenian hoidossa. (Suomalainen lääkärisseura Duodecim ja Suomen Akatemia 2006, 8; Pirkola 2012, 351)

Erilaisia psykoterapiasuuntauksia on luultavasti olemassa satoja; Suomessa yleisesti käytettyjä ovat psykodynaamiset, kognitiiviset, ratkaisukeskeiset sekä integratiiviset psykoterapiat. Näissä eri viitekehyksissä painottuvat eri tavoin lähestymistavat, jotka painottuvat kokonaisvaltaisemmin kuntoutujan persoonallisuuden kasvuun ja kehitykseen tai spesifien oireiden ja ongelmien ratkaisemiseen. Psykoterapian vaikuttavuudelle psykoterapiasuuntausta tärkeämpää on kuitenkin

kuntoutujan ja psykoterapeutin välinen yhteistyösuhde. Lisäksi useimmat psykoterapeutit ottavat vaikutteita useista viitekehyksistä. (Heinonen, ym. 2016, 1072-1073.)

Psykoterapeutti-nimike on ollut Suomessa vuodesta 1994 asti suojattu ammattinimike, jonka käyttöoikeuden myöntää Valvira. Psykoterapeutti-nimikkeen käytöstä on säädetty terveydenhuollon ammattihenkilöistä annetussa asetuksessa (1994/564). Psykoterapiakoulutuksista vastasivat vuoteen 2012 yksityiset koulutusyhteisöt. Psykoterapiakoulutusjärjestelmä muuttui valtioneuvoston asetuksella (2010/1120) vuoden 2011 lopussa niin, että vastuu psykoterapeuttien koulutuksesta siirtyi yliopistoille, joissa on psykologian ja lääketieteen koulutusta. Yliopistot voivat järjestää psykoterapiakoulutusta yhteistyössä koulutusyhteisöiden kanssa, mutta vastuu opiskelijaksi ottamisesta on yliopistolla. Koulutuksen pääsyaatimuksiin on kuulunut jokin soveltuva sosiaalialan, terveydenhoitoon tai ihmistyöhön liittyvä pohjakoulutus. Useimmilla psykoterapeuteiksi kouluttavilla on psykologin, lääkärin tai sairaanhoitajan koulutus. Psykoterapiakoulutuksen joutuvat kustantamaan joko koulutettavat itse tai sitten koulutettavan työnantaja on kustantanut psykoterapiakoulutuksen joko kokonaan tai osittain. Psykoterapiakoulutuksen laadusta ja yhtenäisyydestä huolehtii koulutuksen järjestäjätahoista koostuva psykoterapiakoulutuskonsortio. (Pirkola 2012, 354-356; Valvira)

6.2 Kelan kuntoutuspsykoterapian historia ja tulevaisuus

Suurin osa kuntoutuspalveluina järjestettävistä pitkäkestoisista psykoterapioista on Kelan rahoittamaa. Kela on korvannut psykoterapioita kuntoutuksena alkaen vuodesta 1968. Vuodesta 1992 lähtien Kela on rahoittanut psykoterapiaa harkinnanvaraisena kuntoutuksena 16-67-vuotiaille henkilöille, joilla mielenterveyden häiriö heikentää työ-, opiskelu- tai toimintakykyä. Vuoden 2010 loppuun Kela korvasi myös lyhytkestoisia psykoterapioita, joissa käyntikertoja vuoden aikana saattoi olla noin 25, mutta nykyisin lyhytkestoiset psykoterapiat eivät kuulu Kelan kuntoutuspsykoterapian piiriin. Vuodesta 2011 alkaen Kelan kuntoutuspsykoterapia muuttui harkinnanvaraisesta lakisääteiseksi (2005/566), jolloin budjettiin sidotut määrärahat eivät enää rajoittaneet kuntoutuspalveluun pääsevien uusien kuntoutujien määrää. Lakimuutos myös takasi kuntoutujalle muutoksenhakuoikeuden. (Tuulio-Henriksson 2013, 154; Tuulio-Henriksson, Heino, Toikka & Autti-Rämö 2014,5; Repo, Hukkamäki, Melkas, Alanko, Eggert, Häivä, Pylkkänen, Renlund & Roine 2003, 28.)

Kelan tukeman kuntoutuspsykoterapian saajien määrä on kasvanut moninkertaisesti, jos tarkastellaan tilastoja 1990-luvun alusta, jolloin Kela korvasi psykoterapiaa harkinnanvaraisena kuntoutuksena,

2010-luvun loppupuolelle, jolloin kuntoutuspsykoterapia muuttui lakisääteiseksi. Vuonna 1990 Kelan tukemaa psykoterapiaa sai runsaat 3000 kuntoutujaa; vuonna 2000 kuntoutujien määrä oli yli kaksinkertaistunut, ollen yli 6700 (Repo ym. 2003, 31). Lukuun ottamatta pientä notkahdusta vuosina 2004 ja 2005 kuntoutuspsykoterapian saajien määrä on ollut jatkuvassa kasvussa 2010-luvulle tultaessa. Kuntoutuspsykoterapian muuttuminen harkinnanvaraisesta lakisääteiseksi on kasvattanut kuntoutujamääriä yli kaksinkertaisesti. Kun vuonna 2010 kuntoutuspsykoterapiaa myönnettiin yli 15 000 kuntoutujalle, viimeisimmässä tilastossa vuodelta 2018 on kuntoutuspsykoterapian saajien määrä kohonnut lähemmäs 44 000. Vuodesta 2017 kuntoutuspsykoterapia onkin ollut kuntoutujamääriltään Kelan suurin kuntoutusmuoto. Kuntoutuspsykoterapian muuttuminen lakisääteiseksi on pienentänyt säännönmukaisesti myös kuntoutushakemusten hylkäysprosentteja. Kun hylkäysprosentti oli vuonna 2011 11 prosenttia, väheni se vuoteen 2013 mennessä 7,7 prosenttiin. Vuoden 2018 tilastossa kuntoutuspsykoterapiaa hakeneiden hylkäysprosentti on kutistunut edelleen 5,3 prosenttiin. (Kelan kuntoutustilasto 2018, 9, 26; Kelan kuntoutuspsykoterapiassa olevien määrä on kaksinkertaistunut 2010-luvulla 2018,2; Laukkala, Tuisku, Fransman & Vormaa 2015, 1510.)

Vaikka Kelan kuntoutuspsykoterapia on osoitettu vaikuttavaksi ja paljon käytetyksi kuntoutusmuodoksi, sosiaali- ja terveydenhuollon uudistamisessa on virinnyt keskustelu kuntoutuspsykoterapian siirtämisestä maakunnille, jotka sote-uudistuksen jälkeen vastaisivat muistakin sosiaali- ja terveystalvetaista. Myös sairaanhoitopiirit ovat pitkään olleet kiinnostuneita siitä, että kuntoutuspsykoterapia siirrettäisiin niiden vastuulle. Sosiaali- ja terveysministeriö asetti 1.9. 2016 kuntoutuksen uudistamiskomitean arvioimaan kuntoutuksen lainsäädännön ja rahoituksen uudistamistarpeita sekä tekemään ehdotuksia kuntoutusjärjestelmän ja siihen liittyvän lainsäädännön uudistamiseksi. Kuntoutuksen uudistamiskomitean ehdotuksessa 31 järjestämis- ja rahoittamisvastuu vaativasta lääkinällisestä kuntoutuksesta sekä kuntoutuspsykoterapiasta siirtyisi Kelalta maakunnille osana sosiaali -ja terveydenhuoltoon kytkeytyvää lääkinällisen ja sosiaalisen kuntoutuksen järjestämis- ja rahoitusvastuuta. Edellä kuvattu siirto tapahtuisi aikaisintaan vuonna 2025 sillä edellytyksellä, että sote-uudistus toteutettaisiin vuoteen 2020 mennessä, niin että maakunnat vastaavat sosiaali- ja terveystalvetaista. Uudistuksen tarkoituksena on yksinkertaistaa monikanavaista rahoitusjärjestelmää sekä yhdenmukaistaa kuntoutuspalvelujen saatavuutta. (Kuntoutuksen uudistamiskomitea 2017, 10, 61-62.)

Kuntoutuspsykoterapian siirtäminen Kelalta maakunnille on aiheuttanut huolta ja vastustusta psykoterapia- ja muissa mielenterveyden ammattilaisissa, varsinkin kun sitä vuonna 2018 sosiaali- ja terveysministeriössä suunniteltiin tehtäväksi nopeutetulla aikataululla. Asiantuntijoiden mukaan

pääsy psykoterapiaan todennäköisesti vaikeutuisi, jos Kelan kuntoutuspsykoterapia nykymuotoisena lakkautettaisiin järjestämis- ja rahoittamisvastuun siirtyessä maakunnille. Huolta on herättänyt muun muassa se, etteivät maakunnat yksikanavaisessa rahoitusmallissa ohjaisi riittävästi varoja mielenterveyspalveluihin. On myös pohdittu, miten siirto maakunnille vaikuttaisi pitkien psykoterapioiden saatavuuteen, asiakkaan valinnanvapauteen palveluntuottajan ja hoitavan tahon suhteen sekä sitä, ovatko eri psykoterapiasuuntaukset uudistuksessa yhdenvertaisessa asemassa. Kelan Kuntoutuspsykoterapiaa pidetään myös kustannustehokkaana sekä tuloksellisena työ- ja opiskelukyvyn palauttamisessa. Kelan kuntoutuspsykoterapian jatkumisen puolesta on kerätty sekä kansalaisadressi että jätetty eduskunnassa välikysymys vuonna 2018. (Keränen 2018; Tikkanen 2018, 151-152; Takala 2016, 219-220.) Koska sote-uudistus on vuonna 2018 lykkäätynyt Juha Sipilän johtamalta hallitukselta vuoden 2019 eduskuntavaaleissa valitulle hallitukselle, näyttää epätodennäköiseltä, sitä saataisiin toteutettua vuoteen 2020 mennessä. Siksi jääkin nähtäväksi toteutuuko kuntoutuksen uudistamiskomitean ehdotus kuntoutuspsykoterapian järjestämis- ja rahoitusvastuun siirtämisestä maakunnille vuonna 2025.

6.3 Kelan kuntoutuspsykoterapian myöntämiskriteerit ja niitä ohjaava lainsäädäntö

Laki Kansaneläkelaitoksen kuntoutusetuuksista ja kuntoutusrahaetuksista 566/2005 (tästä eteenpäin Kela-laki) ohjaa Kelan kuntoutuspsykoterapian myöntämisedellytyksiä. Kuntoutuspsykoterapian myöntämisedellytyksiä ohjaavat myös edellä mainittuun lakiin perustuvat Kelan omat etuusohjeet. Tarkastelen tässä alaluvussa yksityiskohtaisesti kuntoutuspsykoterapian myöntämisedellytyksiä, miten ne ilmenevät Kelan etuusohjeessa ja sitä ohjaavassa lainsäädännössä sekä miten Kelan etuuskäsittelijät ja asiantuntijalääkärit soveltavat päätöksissään ja kannanotoissaan kuntoutuspsykoterapian etuusohjetta. Tarkastelen lisäksi myös sitä, missä määrin Kelan etuusohje vaikuttaa kuntoutuspsykoterapiahakemuksiin liitettävien kuntoutussuunnitelmien tai b-lausuntojen laatimiseen.

Kela-lain kohdassa § 11 a kerrotaan, että Kansaneläkelaitos korvaa 16-67-vuotiaalle vakuutetulle kuntoutuspsykoterapiaa työ- ja opiskelukyvyn tukemiseksi, mikäli asianmukaisesti todettu ja diagnosoitu mielenterveyden häiriö uhkaa vakuutetun työ- tai opiskelukykyä. Kuntoutuspsykoterapian korvaaminen edellyttää, että vakuutetulla on ollut vähintään kolme kuukautta kestänyt asianmukainen hoitosuhde, eivätkä muut hoito- tai kuntoutuskeinot ole riittäviä vakuutetun työ- tai opiskelukyvyn palauttamiseksi. Vakuutetun hoidosta vastaavan terveydenhuollon tahon on laadittava kirjallinen kuntoutussuunnitelma, johon sisältyy psykiatrian erikoislääkärin

lausunto; lisäksi hoidosta vastaavan tahon on arvioitava kuntoutuksen tarpeellisuus ja soveltuvuus vakuutetulle yksilöllisesti.

Kela-lain kohta §11 b määrittelee kuntoutuspsykoterapian toteuttamisen puitteet. Kuntoutuspsykoterapian tulee olla lääketieteellisesti perusteltua ja hyvän kuntoutuskäytännön mukaista kuntoutuspsykoterapiaa sekä perustua erityisasiantuntemukseen ja erityisosaamiseen. Kuntoutuspsykoterapiaa voidaan korvata enintään kolmen vuoden ajan, jolloin vuodessa korvataan enintään 80 käyntikertaa ja kolmessa vuodessa 200 käyntikertaa. Erityisistä syistä voidaan korvata uusi kolme vuotta kestävä kuntoutuspsykoterapiajakso aikaisintaan viiden vuoden kuluttua edellisen kuntoutuspsykoterapiajakson päättymisestä. Kela voi korvata 16-25-vuotiaan vakuutetun omaisen ohjauskäynnit, mikäli se on tarpeellista kuntoutuspsykoterapian toteuttamisen kannalta.

6.4 Kuntoutuspsykoterapian kohderyhmät ja työelämätavoite

Kelan etuusohjeissa kerrotaan, että Kela korvaa kuntoutuspsykoterapiaa 16-25-vuotiaille kuntoutujille, eli nuorten kohderyhmälle sekä 26-67-vuotiaille aikuisille, eli aikuisten kohderyhmälle. Kuntoutuspsykoterapian korvaaminen lakkaa sen kuukauden lopussa, jolloin henkilö täyttää 68-vuotta. Kelan mukaan kuntoutettavan on oltava opiskelija tai työelämässä oleva tai sinne siirtymässä oleva, riippumatta siitä, kuuluuko hän nuorten vai aikuisten kohderyhmään. Kuten Kela-laissa sanotaan, kuntoutujalla on oltava diagnoosi mielenterveyden häiriöstä, joka uhkaa opiskelu- tai työkykyä. Kela määrittelee kuntoutuspsykoterapian tavoitteeksi ”työelämän, työelämään siirtymisen, sinne palaamisen tai siellä jatkamisen”. Tätä tavoitetta kutsutaan Kelan etuusohjeessa työelämätavoitteeksi. Työelämätavoitteen mukaan kuntoutettavan pitää olla ”aktiivisesti työmarkkinoiden käytettävissä tai työelämään hakeutumassa”. Työelämätavoitteella viitataan ansiotyöhön ja työelämätavoitteen tulee myös ilmetä asiakirjoista. Mikäli työelämätavoite ei selviä asiakirjoista, kuntoutettavalta pyydetään asiasta selvitystä, poikkeuksena vanhempainvapaalla tai hoitovapaalla olevat kuntoutettavat, joilta selvitystä ei pyydetä. (Kelan kuntoutuspsykoterapian etuusohje 2018, 2-3.)

Annamari Tuulio-Henriksson, ym. tutkivat miten kuntoutuspsykoterapian saajien työmarkkinatilanne on muuttunut kuntoutuspsykoterapian edetessä. Tutkimuksen aineistona olivat vuonna 2011 tai 2012 kuntoutuspsykoterapian aloittaneet kuntoutujat. Tuulio-Henrikssonin ym. tutkimuksesta käy ilmi, että kuntoutuspsykoterapiaa aloittaneista 50 prosenttia oli työssä, 29 prosenttia opiskeli, kahdeksan prosenttia oli sairauslomalla, seitsemän prosenttia oli työttömänä, muiden ryhmien (kuntoutustuki, eläke, selvittämätön syy) jäädessä alle seitsemän prosentin. (Tuulio-Henriksson, Toikka, Heino &

Laukkala 2019, 816-817.) Eli kuntoutuspsykoterapian saajista lähes 80 prosenttia opiskeli tai oli työelämässä.

Kysyin haastateltavilta, vaikuttaako työmarkkina-asema kuntoutuspsykoterapian saamiseen. Kelan etuuskäsittelijöiden ja asiantuntijalääkäreiden mukaan työttömillä oli samanlaiset mahdollisuudet kuin muillakin saada myöntävä päätös kuntoutuspsykoterapiaan. Myöskin b-lausuntoja tai kuntoutussuunnitelmia laativat psykiatrit kertoivat, ettei työmarkkina-asema vaikuta b-lausunnon tai kuntoutussuunnitelman sisältöön. Osa haastateltavista toi kuitenkin esille, että kuntoutuspsykoterapian saaminen edellyttää työmarkkinoille suuntautumista, vaikka päätös kuntoutuspsykoterapian myöntämisestä tehdäänkin aina kuntoutujan kokonaistilanteen pohjalta. Esimerkiksi, jos kuntoutuja on työttömänä, mutta ei ole ilmoittautunut työttömäksi työnhakijaksi TE-toimistoon, häneltä yleensä pyydetään selvitystä tilanteestaan, jotta työelämätaavoite kävisi ilmi. Yksi etuuskäsittelijä, yksi asiantuntijalääkäri ja yksi kuntoutussuunnitelmia/b-lausuntoja laativa psykiatri sanoivat, ettei kuntoutuspsykoterapiaa voida myöntää tai puoltaa, mikäli kuntoutuja ilmoittaa suoraan, ettei hänellä ole aietta tai suunnitelmaa opiskeluun tai työelämään.

”[E]ttä henkilö ilmoittaa, että käy ilmi, että hänellä ei ole minkäänlaista suunnitelmaa, ei minkäänlaista aietta, ei opiskeluun, eikä työelämään. Että hän on niin sanotusti vapaa taiteilija, niin silloin se, jos puuttuu se tavoite, niin silloin se sitten...”
(Etuuskäsittelijä1)

”Ja jos ei mitään [suunnitelmia työelämän suhteen] ole, että on vaan, että haluan jatkaa esimerkiksi kotiäitinä, ilman esimerkiksi millään työttömyysetuudella ja muuta, niin ei siinä välttämättä sitä psykoterapiaa sitten myönnetä” (Asiantuntijalääkäri 1)

”Mutta, jos se ihminen sanoo, että en halua mennä töihin, enkä aio mennä ikinä töihin, niin sehän tietysti sitten vaikuttaa [lausunnon tekemiseen]”. (Psykiatri 2)

Kelan asiantuntijalääkäri toivoi myös, että työelämätaavoite tulisi paremmin esiin kuntoutussuunnitelmista/ b-lausunnoista. Useampi haastateltavista toi kuitenkin esille, että työelämätaavoitteen toteutuminen voi olla pidemmän tähtäimen tavoite, jota kohden mennään esimerkiksi kuntouttavaan työtoimintaan tai mielenterveyskuntoutujille suunnattuun klubitoimintaan osallistumisen kautta. Kukaan haastateltavista ei pitänyt työttömyyttä itsessään esteenä kuntoutusterapian myöntämiselle, mutta osa heistä arveli, että työttömillä kuntoutuspsykoterapian omavastuuosuus voi vaikuttaa kuntoutujan mahdollisuuksiin lähteä kuntoutusterapiaan. Sitäkään ei pidetty esteenä, että kuntoutuja oli ollut pitkään työttömänä, koska työttömyys saattoi johtua kuntoutujasta itsestään riippumattomista syistä. Osa haastateltavista toi myös esille, että

kuntoutuspsykoterapia voi edistää kuntoutettavan työllistymistä parantaessaan hänen toimintakykyään.

Kuntoutuspsykoterapiaa eivät voi saada vanhuuseläkkeellä tai pysyvällä työkyvyttömyyseläkkeellä olevat henkilöt. Kuntoutustuella olevien on mahdollista saada kuntoutuspsykoterapiaa, samoin niiden työkyvyttömyyseläkkeellä olevien, jotka työskentelevät siinä määrin, että lisäansiot ovat vähintään ¼ eläkkeen määrästä tai jotka ovat muuten aktiivisesti pyrkimässä työelämään ja heidän kuntoutumistavoitteen saavuttamista katsotaan realistiseksi. Myös vanhuuseläkkeellä oleville voidaan myöntää kuntoutuspsykoterapiaa, mikäli työelämätavoite täyttyy, tämän suhteen vanhuuseläkkeellä oleviin sovelletaan samoja kriteereitä kuin työkyvyttömyyseläkkeellä oleviin. Jos kuntoutuja siirtyy vanhuus- tai työkyvyttömyyseläkkeelle, kuntoutuspsykoterapia tulee lopettaa hallitusti viimeistään kaksi kuukautta eläkkeelle siirtymisen jälkeen. Poikkeuksena on taitelijaeläke, joka ei ole este kuntoutuspsykoterapian saamiselle. (Kuntoutuspsykoterapian etuusohe 2018, 3-4.)

Myös kaikki haastateltavat kertoivat, ettei kuntoutustuki ole este kuntoutuspsykoterapian saamiselle. Jos kuntoutettava oli kuntoutustuen sijaan pysyvällä työkyvyttömyyseläkkeellä, oli varsinkin Kelan etuuskäsittelijöiden ja vakuutuslääkäreiden mukaan pohdittava sitä, missä määrin kuntoutujan toive palata takaisin työmarkkinoille on realistinen. Pysyvällä työkyvyttömyyseläkkeellä olevalta kuntoutujalta vaaditaan myös suunnitelmaa ja näyttöä työelämätavoitteen saavuttamisen realistisuudesta. Näytöksi katsottiin ansiotyön lisäksi myös esimerkiksi kuntouttava työtoiminta, työkokeilu, tukityöllistettynä oleminen tai muu aktiviteetti (kuten mielenterveyskuntoutujien klubitoiminta), jos se oli säännöllistä ja kertoi kuntoutujan toimintakyvyn parantumisesta.

Muutama Kelan haastateltavista toi esille, että siirtyminen takaisin työmarkkinoille ilman, että kuitenkaan työllistyttäisiin, voisi olla ongelmallista myös kuntoutujan toimeentulon kannalta. Yksi Kelan asiantuntijalääkäreistä sanoi, ettei pitkään työkyvyttömänä olleen ja työmarkkinoilta syrjäytyneen kuntouttaminen ole tarkoituksenmukaista, jos kuntoutettava siirtyisi työkyvyttömyyseläkkeeltä suoraan työttömyyskortistoon:

”Että sä humpsahdat ehkä takaisin siihen työttömän asemaan, jos sä haluat katkaista sen eläkkeen. Epätarkoituksenmukaiselta kuulostaa.” (Asiantuntijalääkäri 1)

Toisen Kelan asiantuntijalääkäriin mukaan arvio toipumisennusteesta ja työhön paluun mahdollisuuksista pitäisi perustua lääkäriinlausuntoon ei pelkästään kuntoutujan omaan arvioon. B-lausuntoja kirjoittavista psykiatreista yksi ei pitänyt ongelmallisena puoltavan lausunnon kirjoittamista, vaikka kuntoutuja olisi työkyvyttömyyseläkkeellä, joskin turhan työn välttämiseksi hänen mukaansa olisi syytä varmistaa kuntoutujan motivaatio siirtyä työkyvyttömyyseläkkeeltä

takaisin työelämään enne b-lausunnon kirjoittamista. Toinen psykiatri kertoi, ettei hänen ollut koskaan joutunut kirjoittamaan b-lausuntoa kuntoutuspsykoterapiaa varten kuntoutettavalle, joka halusi palata työelämään. Myös muiden haastateltavien mukaan työkyvyttömyyseläkkeellä olevilta tuli vähän hakemuksia tai lausuntopyyntöjä kuntoutuspsykoterapiaan.

Kuntoutuspsykoterapian etuosohjeen mukaan työelämätavoitteen saavuttaminen tarkoittaa, että ”kuntoutujan työelämässä pysyminen tai opinnoissa eteneminen ja valmistuminen on todennäköistä Kelan tukeman, enintään kolmevuotta kestävä kuntoutuspsykoterapian avulla” (Emt.3). Edellä mainittu tavoite tuli esille eteenkin Kelan asiantuntijalääkäreiden haastatteluissa, mutta myös etuuskäsittelijöiden haastatteluissa. Yksi asiantuntijalääkäri ja yksi etuuskäsittelijä kertoivat, että hylkääviä päätöksiä kuntoutuspsykoterapia hakemuksiin tehdään esimerkiksi silloin kun, mielenterveyden ongelma on niin lievä, ettei se uhkaa työkykyä tai niin laaja-alainen, ettei työkyky ole palauttavissa kolmen vuoden kuntoutuspsykoterapialla. Myös kahden muun Kelan työntekijän vastaukset olivat saman suuntaisia. Kysyin myös psykiatreilta, vaikuttaako Kelan asettama tavoite kuntoutua kolmessa vuodessa työmarkkinoille kuntoutussuunnitelmien tai b-lausuntojen sisältöön. Kumpikaan psykiatreista ei mieltänyt tätä osaa Kelan työelämätavoitteessa kovin merkitykselliseksi kuntoutusta suunniteltaessa. He kertoivat pitävänsä olennaisempana sitä, millainen kuntoutus on tarkoituksenmukaista ja hyödyllistä kuntoutujan tilanteessa. Molemmat näkivät kuntoutuspsykoterapian olevan joka tapauksessa hyödyllistä kuntoutujalle ja saavan aikaa kohenemista kuntoutujan tilassa, toinen psykiatreista uskoi, ettei kuntoutuspsykoterapian vaikutus työ- ja toimintakykyyn rajoitu pelkästään kolmivuotiseen kuntoutuspsykoterapiajaksoon, vaan toimii ”lumipalloefektin” tavoin auttaen kuntoutujaa pääsemään muihin kuntoutustoimenpiteisiin ja sitä kautta työelämään.

Kysyin kaikilta haastateltavilta, missä määrin kuntoutujan ikä vaikuttaa kuntoutuspäätösten tai myönteisten b-lausuntojen tekemiseen ja onko Kelan kuntoutuspsykoterapialle määrittelemän ikähaitarin yläpäässä olevalla (yli 60-vuotiaalla) samanlaiset mahdollisuudet päästä kuntoutuspsykoterapiaan kuin häntä huomattavasti nuoremmilla. Kukaan vastaajista ei pitänyt ikää esteenä kuntoutuspsykoterapiaan pääsemiselle, kunhan ikää oli alle 68-vuotta. Useimmat haastateltavista kertoivat, että myös tässä asiassa tarkastellaan kuntoutujan tilannetta kokonaisuutena. Varsinkin etuuskäsittelijät toivat vastauksissaan esille sitä, että myöntöedellytykset ovat iästä riippumatta samat:

”Myöntöedellytykset on kaikille ihan samat. Ja en näe, että jokin ikäryhmä olisi edellä muita. [] Kun ajatellaan kuitenkin, että tavoite on työkyvyn tukeminen, työkyvyn

ylläpitäminen, niin ei se oikein tasa-arvoista olisi, jos katsottaisiin sitä kalenteria”.

(Etuuskäsittelijä 1)

Asiantuntijalääkäreistä yksi kertoi, että yli 65-vuotiaan kohdalla joudutaan tarkastelemaan työurasuunnitelmaa ja että olisi suotavaa, että kuntoutuspsykoterapian jälkeen olisi vielä noin pari vuotta työuraa jäljellä. Hän ei nähnyt hyvänä sitä, että kuntoutuspsykoterapian jälkeen siirryttäisiin suoraan vanhuuseläkkeelle.

”[K]un yleensäkin ajatellaan, että tehdään panostus, niin kuin tämä kuntoutuspsykoterapia, kuitenkin, että sitä työelämässä oloaikaa olisi jonkin verran sen terapian päättymisen jälkeen, ehkä pari vuotta. Kun siinä on se työelämätavoitteisuus mukana, niin on realistista, että ollaan työelämässä. Eikä vaan niin, että sitten välittömästi, kun terapia päättyy, niin jäisi sitten vanhuuseläkkeelle.”

(Asiantuntijalääkäri 2)

Myös toinen asiantuntijalääkäri piti kuntoutuspsykoterapian myöntämistä todennäköisempänä, mikäli kuntoutujalla oli kuntoutuspsykoterapian päättymisen jälkeen mahdollisuus palata entiseen työhönsä, mikäli työsuhte oli ollut mielenterveysongelman vuoksi katkolla. B-lausuntoja kirjoittavat psykiatrit eivät pitäneet ikää itsessään oleellisena, mikäli kuntoutettava oli edelleen työelämässä mukana. Kumpikin psykiatreista kertoi, että yli 60-vuotiaat harvemmin hakevat kuntoutuspsykoterapia tai ovat siihen halukkaita menemään ja toinen psykiatreista kertoi ohjaavansa eläkkeellä olevia ja 65-vuotta täyttäneitä psykoterapeuttien koulutuspotilaiksi.

6.5 Kuntoutuspsykoterapian tarve ja soveltuvuus kuntoutujalle

Arvioitaessa kuntoutusterapian tarvetta ja soveltuvuutta arvioitaessa lähtökohtana on aina kuntoutujan kokonaistilanne (Emt. 6). Kokonaistilanteen merkitystä kuntoutuspsykoterapian päätöstä tehtäessä tai muita asiakirjoja laadittaessa painottivat myös kaikki haastateltavat. Kela on listannut kuntoutuspsykoterapian etuusohjeeseen kuitenkin muutamia seikkoja, joita arvioinnissa tulisi huomioida (Emt.):

- psyykkisen sairauden luonne ja sen vaikeusasteen vaikutus työkykyyn
- perustelut kuntoutuspsykoterapian soveltuvuudesta ja vaikuttavuudesta kuntoutujalle
- kuntoutujan motivaatio ja lähiympäristön tuki
- hoidon ja erityisesti työkyvyn ennuste
- kuntoutujan muut mahdolliset sairaudet ja elämäntilanne

- sairauden aiheuttamat työkyvyttömyysjaksot
- mahdollinen lääkkeiden käyttö ja sairaalahoitojaksot

Edellä mainittujen asioiden tulisi käydä ilmi psykiatrian erikoislääkärin laatimasta kuntoutussuunnitelmasta tai b-lääkärilausunnosta. Myös kuntoutujan itsensä täyttämällä kuntoutuspsykoterapian hakemuksella on merkitystä, kun kuntoutuspsykoterapian tarvetta ja soveltuvuutta arvioidaan. Kuntoutussuunnitelmaan tulee sisältyä psykiatrinen diagnoosi, joka jo Kela-lain mukaan on edellytys kuntoutuspsykoterapian saamiselle. Kuntoutuspsykoterapian etuusohjeen mukaan kuntoutussuunnitelmasta/b-lausunnosta tulisi käydä ilmi myös mielenterveyden häiriön kehitys ja nykytilanne, kuntoutujan mahdollinen päihteiden käyttö, kuvaus työ- ja toimintakykymittausten tuloksista ja muista tutkimushavainnoista, kuvaus kuntoutuspsykoterapian tavoitteista, kestosta, käyntikertojen määrästä vuodessa, suositellusta terapiamuodosta sekä arvio kuntoutuspsykoterapian merkityksestä hoitokokonaisuuden osana. Kuntoutussuunnitelman tai b-lausunnon tulee sisältää myös tiedot siitä, mitä hoito- tai kuntoutusmenetelmiä on käyty läpi ja miksi ne eivät ole olleet riittäviä tai sopivia kuntoutujalle sekä suunnitelma siitä, miten kuntoutujan hoito järjestetään kuntoutuspsykoterapian aikana. (Emt. 5-6.)

Kysyin asiantuntijalääkäreiltä ja psykiatreilta, kuinka paljon mielenterveyden diagnoosilla on merkitystä laadittaessa arviota tai lausuntoa kuntoutuspsykoterapiaa varten. Kukaan haastateltavista ei pitänyt diagnoosia itsessään syynä kuntoutuspsykoterapian suosittelemiselle tai epäämiselle, vaikka diagnoosilla nähtiin olevan yhteys mielenterveyden ongelman vaikeusasteeseen. Oleellisempänä kriteerinä pidettiin kuntoutuja toimintakykyä sekä sairauden kuvaa tai sen kulkua.

”Mutta diagnoosi sinänsä ei ole perustepsykoterapian myöntämiseen tai hylkäämiseenkään. Vaan se mikä se sairaudenkuva kokonaisuutena on”
(Asiantuntijalääkäri 2)

”Sehän on ihan täysin toimintakyvystä ja tilanteesta riippuva enemmän kuin diagnoosista. En nyt keksi sellaista, mikä diagnoosi olisi este.” (Psykiatri 1)

Esimerkiksi psykoosisairauksien psykoosivaiheet tai erilaiset päihderiippuvuudet ovat yleisempiä syitä sille, miksi kuntoutuspsykoterapiaa ei harkita. Toisaalta asiantuntijalääkäreiden mukaan esimerkiksi reaktiivinen masennustila ei välttämättä ole peruste kuntoutuspsykoterapian myöntämiselle, sillä sitä ei mielletä kaikissa tapauksissa uhkaksi työ- tai opiskelukyvylle tai jo alkuvaiheen hoito voidaan katsoa riittäväksi kuntoutukseksi.

Asiantuntijalääkärin ja etuuskäsittelijöiden mukaan hylkäävissä päätöksissä oli usein perusteena se, että sairauden kuva oli joko liian vaikea tai liian lievä, jotta kuntoutuspsykoterapialla olisi merkitystä työelämätavoitteen kannalta.

”[J]os ne [mielenterveyden ongelmat] näyttäytyy varsin lieväoireisina, lieväasteisina, niin silloin voidaan ajatella ehkä niin, ettei työ- ja opiskelukyky ole uhattuna silloin [] se että tilanne näyttäytyy niin monimuotoiselta, laaja-alaiselta, hankalalta, että arvioidaan niin, että kolmen vuoden kuntoutuspsykoterapialla ei voida siinä ajassa sitä tilannetta riittävästi auttaa.” (Etuuskäsittelijä 1)

”[O]ikeastaan kahdella tavalla: että se katsotaan niin lieväksi, että tällainen kuntoutuspsykoterapia ei ole siinä mielessä tarpeen [] Sitten toinen puoli on se, jos se sairaus on niin vaikea-asteinen. [] Ja arvioidaan, että se Kelan kolmen vuoden psykoterapia ei ole riittävää näiden tavoitteiden saavuttamiseksi.” (Asiantuntijalääkäri 2)

Psykiatrit pohtivat enemmän, sitä mikä on tarkoituksenmukaista kuntoutujan oirehdinnan ja voimavarojen kannalta, mutta hekin huomioivat Kelan työelämätavoitteen kuntoutussuunnitelmia/lausuntoja laatiessaan.

Kuntoutuspsykoterapian etuusohjeen mukaan kuntoutujan ”päihdeongelman tulee olla hoidettu niin, että se ei häiritse tuloksellista terapiaa” (Emt 6). Sekä asiantuntijalääkärit että psykiatrit pitivät päivittäistä tai muuten hallitsematonta päihteiden käyttöä ongelmallisena. Haastateltavien mukaan aktiivinen päihteiden käyttö hankaloittaa sitoutumista psykoterapiaan, mutta haittaa myös psykiatrisen diagnoosin tekemistä ja lääkehoidon aloittamista sekä voi lisäksi ylläpitää masennus- ja ahdistusoireita. Toinen asiantuntijalääkäreistä tähdensi sitä, ettei kyseessä ole pelkästään Kelan käytäntö, vaan yleinen Käypä hoito -suositukseen perustuva hoitokäytäntö. Käypä hoito -suositusten merkitys tuli esille myös keskusteltaessa diagnoosin merkityksestä kuntoutuspsykoterapian myöntämisessä. Molempien asiantuntijalääkärin mielestä kuntoutuspsykoterapiaa voidaan kuitenkin harkita, mikäli kuntoutuja sitoutuu päihdehoitoon, päihdeseuloihin ja kykenee käymään selvin päin ja säännöllisesti psykoterapeutin vastaanotolla. Toinen psykiatreista teki selkeän eron alkoholin ja muiden päihteiden välillä: alkoholin kohtuukäyttö ei hänen mukaansa ole ongelmallista, mutta kannabiksen, lääkeriippuvuuksien tai kovien huumeiden käyttäminen on este puoltavan lausunnon kirjoittamiselle. Huume- tai lääkeriippuvuudet haittaavat kykyä sitoutua psykoterapiaan ja ”päämäärätietoiseen työskentelyyn”. Hänen mukaansa esimerkiksi bentsodiatsepiini-lääkkeistä

riippuvainen saattaa haluta psykoterapiaan vain siksi, että se on edellytyksenä lääkkeiden saamiselle, mutta ei tosiasiaa kuitenkaan hyödy psykoterapiasta.

Kysyin haastateltavilta, millä tavoin kuntoutujan motivaatio ja kyky sitoutua alkuvaiheessa ja kuntoutuspsykoterapian aikana vaikuttavat kuntoutuspäätökseen tai lääkärinlausuntoon sekä Kelan edustajilta, miten Kela seuraa kuntoutuspsykoterapiassa edistymistä. Kelan edustajat pitivät kahta psykiatrikäyntiä edellytyksenä myöntävälle päätökselle kuntoutujan hakiessa kuntoutuspsykoterapiaa ensimmäiselle vuodelle. Useimmat haastateltavista katsoivat alkuhoitoon sitoutumisen ennakoivan kykyä sitoutua kuntoutuspsykoterapiaan. Psykiatrien mukaan yksittäiset hoitokäyntien peruuntumiset eivät olleet ongelma, mutta jos peruttuja hoitokäyntejä oli paljon ja osa niistä mahdollisesti perumattomia, katsottiin, ettei kuntoutuja kykene sitoutumaan pidempikestoiseen tiiviiseen psykoterapiaan. Kaikki haastateltavat ilmaisivat kuitenkin, ettei sitoutumiskyvyttömyyden syyn katsottu aina johtuvan kuntoutujan tahdon tai halun puutteesta, vaan siitä, ettei kuntoutujalla ole riittävästi voimavaroja hoidollisiin tapaamisiin, eikä kuntoutuspsykoterapiakaan ole sen vuoksi oikea-aikaista.

”[E]ttä se ei ole sitten se kuntoutuspsykiatria oikea-aikaista, jos tähän meidän hoitoon – joka on vielä tavallaan harvajaksoisempaa – ei ole pystynyt sitoutumaan, tai on jäänyt paljon, joka toinen käynti jää käyttämättä. Silloin mä ajattelen, että aika ei ole vielä kypsä kuntoutuspsykoterapialle.” (Psykiatri 1)

”Jos ei kykene tulemaan paikalle, niin jotain muuta täytyy miettiä siihen ennen kuntoutuspsykoterapiaa. Kuntoutuspsykoterapia ei ole se paikka, jossa mietitään, että pääseekö kotoa liikkeelle vai ei”. (Psykiatri 2)

Oikea-aikaisuus kuntoutuspsykoterapian alkamiselle nousi haastateltavien kanssa esille usein päihderiippuvuuksien ja psykiatristen diagnoosien tai sairauden vaikeusasteen yhteydessä – kaikissa tapauksissa pohdittiin ennemmin kuntoutuspsykoterapian oikea-aikaisuutta kuin sitä, onko kuntoutuja sellainen, jolle kuntoutuspsykoterapiaan voidaan myöntää.

”Että jos on esimerkiksi edeltävän vuoden aikaan ollut kovin tiuhaan niitä sairaala- ja hoitopaksoja ja muuta. Ei ole tavallaan vakiintunut se tilanne sillä tavalla, että se henkilö pystyisi siihen kuntoutuspsykoterapiaan välttämättä sitoutumaan ja oireilee akuutisti vähän väliä, niin silloin se ei ole oikea-aikaista. Silloin tarvitsee vain odottaa jonkin aikaa, että tilanne vakiintuu.” (Asiantuntijalääkäri 1)

Kysyin asiantuntijalääkäreiltä, edellytetäänkö b-lausunnon/kuntoutussuunnitelman laatimisessa erityisiä mittareita tai muita soveltuvuuskriteerejä, kuten kuntoutuspsykoterapian etuusohjeessa on mainittu. Tiedustelin myös lausuntoja kirjoittavilta psykiatreilta soveltuvuus- työkyky- ja toimintamittarien käytöstä. Asiantuntijalääkärit vastasivat, ettei minkään tiettyjen mittarien käyttöä edellytetä. Yhden asiantuntijalääkäriin mukaan mittarien käytössä on oleellista se, miten se palvelee kokonaisarviota. Toinen asiantuntijalääkäri kuntoutuspsykoterapian tarve työssäjaksamisen kannalta pystytään päättämään myös ilman erityisiä mittareita. Psykiatrit kertoivat käyttävänsä harvoin työ- tai toimintakykyä mittaavia mittareita. He kertoivat, että arviot kuntoutuspsykoterapian soveltuvuudesta tai tarpeesta perustuvat pääsääntöisesti vapaamuotoisiin haastatteluihin, joiden tarkoitus on selvittää diagnoosia, potilaan voimavaroja ja toimintakykyä sekä potilaan elämäntarinaa ja seikkoja, jotka voisivat selventää ja selittää hänen oireitaan. Haastattelun lisäksi psykiatrit kertoivat käyttävänsä kliinisiä psykiatrisia mittareita, joita ovat esimerkiksi BDI-kysely, BAI-kysely, SKID-haastattelu ja Audit-kysely. Yhden asiantuntijalääkäriin mukaan työkykyä arvioitaessa huomioidaan myös työkyvyttömyys- ja sairauslomajaksot, mutta ne eivät ole välttämättöminä kuntoutuspsykoterapian saamisen kannalta.

Keskustelin muutamien haastateltavien kanssa siitä, miten työttömän kuntoutujan työkykyä on mahdollista arvioida. Yksi psykiatri kertoi, että arvio perustuu arjen toimintakyvyn kuvaamiseen ja siihen, minkälaiseksi potilas arvioi työkykynsä aikaisempien työ- tai opiskelujaksojen aikana. Toinen psykiatri sanoi, että esimerkiksi kyvyttömyys hakea töitä voi olla sellainen toimintakyvyn alentuminen, joka kertoo myös työkyvyn alenemisesta. Myös Kelan asiantuntijalääkäriin mukaan aloitekyvyttömyys, arkielämän toimintakyvyn aleneminen sekä esimerkiksi yhteydenpidon herpaantuminen TE-toimistoon ovat sellaisia oireita, joista työttömän kohdalla voidaan päätellä hänen työkykynsä alentuneen.

6.6 Hoidon ja kuntoutuksen välinen suhde

Hoidon ja kuntoutuksen välinen suhde tulee Kelan kuntoutuspsykoterapian etuusohjeessa esille alkuhoidon, kuntoutuspsykoterapian aikaisen hoidon määrittelyn sekä kuntoutuspsykoterapian järjestämisen laitoshoidon aikana. Kelan etuusohjeiden mukaan kuntoutuspsykoterapiaa ei ole tarkoituksenmukaista jatkaa laitoshoidon aikana. Jos laitoshoido kestää yli kaksi kuukautta kuntoutuspsykoterapiapäätös on lakkautettava, mutta kuntoutuspsykoterapiaa on kuitenkin mahdollista jatkaa, mikäli kuntoutujan tilanne korjaantuu. (Emt. 9.) Haastatteluissa kuntoutuksen ja hoidon välinen suhde nousi kuitenkin esille erityisesti toisen Kelan asiantuntijalääkäriin kohdalla. Teema tuli esille kuitenkin implisiittisesti myös muiden haastateltavien kanssa.

Etusohjeiden mukaan kuntoutujalla tulee olla vähintään kolme kuukautta kestänyt hoitosuhde, joka käsittää vähintään kaksi psykiatrian erikoislääkärin käyntiä. Etusohjeessa sanotaan, että alkuhoidon tulisi olla laajempaa kuin vain diagnosointiin tarkoitetut kaksi psykiatrikäyntiä. Ja että ” [t]arpeenmukaisen psykoterapeuttisen hoidon tulisi olla keskeisellä sijalla jo potilaan alkuvaiheen hoidossa.” (Emt.4.) Kun kysyin asiasta Kelan asiantuntijalääkäreiltä, kumpikin vastasi, että kaksi käyntiä psykiatrilla riittää kuntoutuspsykoterapian saamiseen. Toinen asiantuntija lääkäri tosin toivoi, että alkuvaiheessa olisi oikeaa hoitoa, ei vain diagnosointia:

” [H]enkilökohtaisesti kannattaisin sitä, että siitä pidettäisiin vähän tiukemmin kiinni, että se vähän velvoittaisi paremmin psykiatrista avohoitoa tehokkaasti hoitamaan niitä henkilöitä silleen tehokkaasti. Mutta olen tavallaan tyytynyt siihen, että ne myöntökriteerit on aika löyhät, koska niiden henkilöiden olisi tärkeää saada edes jonkinlaista apua.” (Asiantuntijalääkäri 1)

Psykiatrit kertoivat alkuhoidosta, että sitä on mahdollista saada sekä perus- että erikoissairaanhoidossa, oireiden vaikeudesta riippuen. Yksi psykiatri kertoi, että lääkäriä tavataan yleensä 1-2 kuukauden välein sekä lisäksi omatyöntekijää, joka voi olla esimerkiksi psykiatrinen sairaanhoitaja. Tiiviimmillään hoito voi olla kertaviikkoisia tapaamisia, joita mielenterveystoimiston puolella voi olla noin 1-2 kuukauden ajan. Psykiatri kertoi lisäksi, että kyseisessä kunnassa on myös psykiatrinen avohoidon intensiiviyksikkö, jossa keskusteluhoitoa on mahdollista saada päivittäin arkipäivisin usean kuukauden ajan. Toinen psykiatri kertoi, että perusterveydenhuollossa on mahdollista tavata joko psykiatrista sairaanhoitajaa tai psykologia alkuhoidon aikana. Erikoisterveydenhoidossa on yksilökäyntien lisäksi mahdollista saada myös ryhmähoitoa ja myös muita kuntoutusmuotoja, kuten ammatillista kuntoutusta voidaan pohtia. Psykiatri kertoi, että aluksi on mahdollista saada kertaviikkoisia käyntejä, joskin se on harvinaista, eikä jatku koko kolmen kuukauden hoitajakson ajan:

”Ei varmaan ketään hoideta kolmea kuukautta kerran viikossa meidän systeemissä, ei perusterveydenhuollossa eikä erikoissairaanhoidossa” (Psykiatri 2).

Kelan etusohjeiden mukaan ”**[h]oitosuhteen tulee jatkua** joko hoitavaan psykiatriin, työterveyslääkäriin tai muuhun hoitavaan lääkäriin **myös kuntoutuspsykoterapian aikana**” (emt. 5). Yksi psykiatri kertoi hoidosta kuntoutuspsykoterapian aikana, että siihen kuuluu yleensä hoidon ja lääkehoidon seuranta, joko psykiatrilla tai yleislääkärillä, harvimmillaan kuuden kuukauden välein. Toinen psykiatri kertoi, että kuntoutujan hoito siirretään erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuoltoon kuntoutuspsykoterapian ajaksi ja arveli, että kuntoutujat käyvät lääkärin

vastaanotolla lähinnä hakemassa lausunnon toista tai kolmatta kuntoutuspsykoterapiaa vuotta varten. Kelan etuuskäsittelijät kertoivat, ettei Kela erikseen valvo hoidon toteutumista kuntoutusterapian aikana, vaan se tulee ilmi vuosittain tehtävistä lääkärinlausunnoista sekä kuntoutuspsykoterapiahakemuksesta.

Etuusohjeissa todetaan myös, että ”[k]untoutuspsykoterapiasuhte ei ole hoitosuhte eikä se korvaa hoitosuhte” (emt). Hoidon ja kuntoutuksen erottaminen toisistaan nousi vahvasti esille yhden Kelan asiantuntijalääkärin haastattelussa. Hänen mukaansa mielenterveydenhäiriöissä tulisi erotella toisistaan hoito- ja kuntoutusvaihe. Hoidollinen vaihe kuuluu hänen mukaansa alkuhoitoon ja tähtää oireiden hallintaan.

”Mun mielestä mielenterveyshäiriöissäkin pitäisi kuitenkin selkeästi jaotella se hoitovaihe ja se kuntoutusvaihe. Että hoitovaihe on just sitä, että jos sä haluat päästä jostakin tämmöisestä äkillisestä akuutista oireesta eroon ja haluat niitä jotenkin hallintaan ja sitten se kuntoutusvaihe on sitä semmoista, että käsittelet, minkä takia sulla niitä oireita on.” (Asiantuntijalääkäri 1)

”Se psykoterapia, jos se alkaa liian aikaisessa vaiheessa, silloin se on nimenomaan niin kuin sellaista hoidollista psykoterapiaa. Että pyritään saamaan ne oireet hallintaan ja ehkä jotakin lääkehoitoa ja sitten pyritään tunnistamaan niitä oireita ja tulemaan niiden kanssa toimeen.” (Asiantuntijalääkäri 1)

Hoidon ja kuntoutuksen välistä rajaa pidetään kuntoutusta käsittelevässä kirjallisuudessa usein liukuvana. Esimerkiksi Annamari Tuulio-Henrikssonin mukaan hoidon ja kuntoutuksen erottaminen on joskus vaikeaa, sillä ne muodostavat yhdessä kokonaisuuden, jonka tarkoitus on parantaa potilaan elämänlaatua ja arjessa selviämistä (Tuulio-Henriksson 2013, 146). Aila Järvikoski ja Kristiina Härkäpää ovat samoilla linjoilla Tuulio-Henrikssonin kanssa hoidon ja kuntoutuksen rajan määrittelyn vaikeudesta, mutta toteavat hoidon tavoitteeksi sairauden oireiden ja niihin liittyvän ahdistuksen ja hädän lievittämisen sekä diagnosoinnin, lääkehoidon suunnittelun ja kuntoutussuunnitelman tekemisen. Kuntoutuksen tavoitteena on kirjoittajien mukaan parantaa ”ihmisen mahdollisuuksia selviytyä hänelle sopivissa sosiaalisissa rooleissa ja toimintaympäristöissä”. (Järvikoski & Härkäpää 2011, 237)

Käsitteellinen jako hoitoon ja kuntoutukseen Kelan etuuskäsittelijöiden ja asiantuntijalääkäreiden vastauksissa tuntuu heijastelevan sekä kuntoutuspsykoterapian oikea-aikaisuutta että vastuunjako Kelan ja hoitavan tahon välillä. Oikea-aikaisuutta pohdittaessa taas joudutaan punnitsemaan

esimerkiksi kuntoutujan kykyä sitoutua kuntoutuspsykoterapiaan, päihitteettömyyttä ja sairauden vaikeusastetta:

”[K]un annetaan hylkäävä päätös niin siinä ei kiisteta sitä, että onko henkilöllä psykoterapian tarve vai ei, vaan että täytyykö ne Kelan kuntoutuspsykoterapian myöntämiseksi määritellyt edellytykset [] että se ristiriita tai eriävä näkemys [hoitavan tahon lausunnon ja asiantuntijalääkärin suosituksen välillä] tulee nyt siitä, että kuuluuko tämä kuntoutuksen järjestäminen Kelalle vai ei”. (Etuuskäsittelijä 1)

”[E]ttä siinä kohtaa sitten ohjataan, että voi hakea myöhemmässä vaiheessa. Kun se vaihe on niin hoidollista, että ei voi vielä puhua kuntoutusvaiheesta.” (Etuuskäsittelijä 2)

”[K]un tilanne vakiintuu voi tulla oikea-aikaisena tämä Kelan kuntoutuspsykoterapia. [] Että kysymys ei ole siitä, että henkilö jätetään ilman hoitoa tai terapiaa; vaan siitä, miten lainsäädännöllä on vastuunjako määritelty.” (Asiantuntijalääkäri 2)

”Koska se ei välttämättä siinä kohtaa se kuntoutuspsykoterapia ole oikea-aikaista. Että se keskittyisi vaan akuuttiin hoitamiseen, joka pitäisi toteuttaa siellä hoitavan tahon puolesta eikä Kelan toimesta. Että Kela ei ole se hoitava laitos, Kela on kuntouttava laitos. Että se on se selkeä ero.” (Asiantuntijalääkäri 1)

Sami Pirkola toteaa, että ”hoidon ja kuntoutuksen käsitteellinen erottaminen on tosiasiaa usein keinotekoisista”. Hänen mukaansa hoidon ja kuntoutuksen erottaminen toisistaan ilmentää pohjimmiltaan kuntien ja Kelan vastuunjako. Tähän vastuunjakoon vaikuttavat terveydenhoitoon liittyvien syiden lisäksi myös terveys- ja talouspoliittiset tekijät. Myös Sari Miettinen, Ulla Ashorn ja Juhani Lehto kuvaavat kamppailua Kelan ja kuntien välillä, jossa kumpikin osapuoli haluaa rajata omaa vastuualuettaan. (Pirkola 2012, 353; Miettinen, Ashorn & Lehto 2011, 271.)

6.7 Kuntoutujan ja Kelan velvollisuudet sekä eri asiakirjojen merkitys

Koska Kelan myöntämä kuntoutuspsykoterapia rinnastuu Kela-laissa ja Kelan etuusohjeissa enemmän kuntoutusetuuteen kuin hoitoon, vaikka lääketieteellisesti hoidon ja kuntoutuksen raja onkin liukuva, on kuntoutujalla tiedonanto- ja ilmoitusvelvollisuus Kelalle hakiessaan tai saadessaan kuntoutuspsykoterapiaa. Tiedonantovelvollisuuden mukaan kuntoutujalla on velvollisuus antaa Kelalle selvitys kuntoutuksen sisältöön liittyvistä asioista, jotta kuntoutukseen liittyvä päätös on mahdollista tehdä. Ilmoitusvelvollisuus velvoittaa kuntoutujaa ilmoittamaan Kelaan kaikista

kuntoutukseen liittyvistä muutoksista. Kelalla on lisäksi oikeus pyytää tietoja viranomaisilta kuntoutuspäätökseen liittyen sekä kuntoutujalta lisätietoja. (Kelan kuntoutuspsykoterapian etuusohje 2018, 31-32, 55-56: Kela-laki 2005/566 § 43) Hakiessaan kuntoutuspsykoterapiaa kuntoutuja joutuu täyttämään hakemuksen, jossa hän kertoo, miten psyykkinen sairaus on vaikuttanut hänen opiskelu- tai työkykyinsä sekä kertomaan siitä, miten hän toivoo kuntoutuspsykoterapian parantavan selviytymistä työssä tai opiskelussa. Ja kuten aikaisemmin on jo tullut esille, liitteeksi hakemukseen tarvitaan myös kuntoutussuunnitelma tai lääkärin b-lausunto. Toista tai kolmatta kuntoutuspsykoterapiavuotta hakiessa huomioidaan edellä mainittujen asiakirjojen lisäksi myös psykoterapeutin lausunto. Psykoterapeutin tulee lisäksi laatia loppulausunto kuntoutuspsykoterapian päätyttyä. Psykoterapeutin lausuntojen avulla Kelan on mahdollista seurata kuntoutuspsykoterapian toteutumista ja sen tavoitteiden saavuttamista. (Kuntoutuspsykoterapian etuusohje 2018, 7.)

Ilmoitusvelvollisuus koskee esimerkiksi kuntoutuspsykoterapian aloittamiseen liittyviä muutoksia, kuntoutuspsykoterapian keskeyttämistä sekä psykoterapeutin vaihtamista. Kuntoutuspsykoterapia on mahdollista keskeyttää määräajaksi psykoterapeutin ja kuntoutujan yhteisellä sopimuksella. Tällöin kuntoutujan on kuitenkin ilmoitettava Kelaan kuntoutuspsykoterapian määräaikaisesta keskeyttämisestä. Keskeytys ei kuitenkaan saa olla vuotta pidempi ja sille on esitettävä perusteltu syy. Hyväksytty syy voi olla esimerkiksi muualla kuin kuntoutujan asuinpaikkakunnalla tapahtuva pakollinen työ- tai opiskeluharjoittelu tai psykoterapeutin sairastuminen. (Emt. 16-17, 55-56.) Yksi etuuskäsittelijöistä kertoi, että Kelassa on mahdollista seurata reaaliaikaisesti, minkälaisella frekvenssillä kuntoutuspsykoterapia on toteutunut ja että myös psykoterapeutti saattaa olla yhteydessä Kelaan, mikäli kuntoutuspsykoterapia ei ole toteutunut riittävän säännöllisenä. Toinen etuuskäsittelijä kertoi, että Kelan tuki ei automaattisesti katkea, vaikka kuntoutuspsykoterapia ei toteutuisikaan riittävän säännöllisenä, mutta näissä tapauksissa kuntoutujalta pyydetään selvityksiä sekä mahdollisesti häntä hoitavalta psykiatrilta uusi lausunto.

Kuntoutuspsykoterapian etuusohjeen mukaan psykoterapeuttia on mahdollista vaihtaa, jos tämä sairastuu tai muuttaa toiselle paikkakunnalle, eikä etäterapia⁴ ole mahdollinen. Tässä tapauksessa hoitavan tahon kannanotto ei ole välttämätön, jos sen sijaan toive vaihtaa psykoterapeuttia tulee kuntoutujalta itseltään Kela edellyttää kannanottoa sekä psykoterapeutilta, että hoitavalta taholta, sekä kuntoutujalta perustelua sille, miksi hän haluaa vaihtaa psykoterapeuttia. (Emt. 17.) Kysyin sekä etuuskäsittelijöiltä että asiantuntijalääkäreiltä onko kuntoutuspsykoterapiaa mahdollista saada, mikäli

⁴ Kelan kuntoutuspsykoterapiaa on mahdollista toteuttaa etäkuntoutuksena videoyhteyden välityksellä. Kuntoutuspsykoterapia tulee kuitenkin aloittaa aina kasvokkaisin tapaamisin, joita tulee olla vähintään kaksi. Etäkuntoutuksessa tietoliikenneyhteyden tulee olla suojattu ja siinä on noudatettava Valviran laatimia ohjeita, jotka koskevat potilaille annettavia terveydenhuollon etäpalveluja. (Kuntoutuspsykoterapian etuusohje 2018, 8.)

haluaa vaihtaa psykoterapeuttia. Haastatellut toivat esiin etuosohjeessa määritellyt ehdot, mutta hyväksyttävänä syinä pidettiin lisäksi kuntoutujan omaa muuttoa paikkakunnalta tai tarvetta toisenlaiseen psykoterapeuttiseen viitekehykseen tai yhteisen kielen löytymiseen. Ongelmana kuitenkin nähtiin se, jos halu vaihtaa psykoterapeuttia tulisi toisen vuoden jälkeen tai kuntoutuspsykoterapia olisi yli vuoden katkolla. Myös etuosohjeessa mainitaan, että kolmannen vuoden aikana joudutaan arvioimaan täytyvätkö kuntoutuspsykoterapian tavoitteet, mikäli psykoterapeuttia joudutaan vaihtamaan (Emt.)

Olen jo aikaisemmin kuvatessani työelämävelvoitetta tuonut esille, että Kelasta pyydetään kuntoutujalta selvitystä, mikäli työelämätavoitteet toteutuminen ei selviä hakemuksesta tai muista asiapapereista. Tiedonantovelvollisuudesta ei puhuta Kuntoutuspsykoterapian etuosohjeissa suoraan työelämävelvoitteen yhteydessä, mutta velvoitus antaa selvityksiä mainitaan sekä etuosohjeessa ja se tuli selkeästi esille myös etuuskäsittelijöiden haastatteluissa. Toisaalta haastateltavien mukaan selvityksiä voidaan pyytää myös silloin, mikäli hakemus tai sen liitteenä olevat lausunnot ovat jotenkin puutteellisia tai ristiriidassa keskenään tai niitä ei ole toimitettu Kelaan. Yksi etuuskäsittelijä kertoi, että kuntoutujalta voidaan pyytää lisätietoja esimerkiksi silloin kun hän ei hakemuksessaan kuvaan tilannettaan riittävän tarkasti, vaan viittaa ainoastaan lääkärinlausuntoon. Etuuskäsittelijät ja asiantuntijalääkärit kuvasivat lisäksi tilanteita, joissa puuttui joko lausunto tai hakemus ja näitä jouduttiin erikseen pyytämään kuntoutujalta. Edellä kuvatuista tilanteista syntyy vaikutelma, että tiedonantovelvollisuus palvelee myös kuntoutujan etua, vaikka vaatiikin häneltä vaivannäköä.

Tiedustelin haastateltavilta eri asiakirjojen – kuntoutujan tekemän hakemuksen, psykiatrin tai lääkärin laatiman b-lausunnon ja psykoterapeutin tekemän lausunnon – keskinäisestä painoarvosta kuntoutuspsykoterapia päätösten tekemisessä. Sekä etuuskäsittelijöiden että asiantuntijalääkäreiden vastauksista oli tulkittaessa, että kaikkia asiakirjoja pidetään tärkeinä kuntoutuspäätöstä tehtäessä. Lääkärintodistus on tärkeä asiakirja kuvaamaan kuntoutujan tilannetta, mutta myös kuntoutujan hakemuksessa kuvatulla omakohtaisella kokemuksella on merkitystä:

”Ilman muuta kokonaisuuteen kuuluu molemmat. Eli miten hakija kuvaa sen hakemuksessaan, mitä tietoja hän siinä kertoo, miten kuvaa tilannettaan. Ja toisaalta sitten sitä b-lausunnon kuvausta, jos siellä on jotain terapeuttien näkemyksiä arviokäynneistä, niin kaikkea katsotaan rinnakkain.” (Asiantuntijalääkäri 2)

”Kyllä se lääkärinlausunto on tosi tärkeä, mutta myöskin sitten se on hyvin tärkeää, että miten hakija itse kuvaa sitä tilannettaan.” (Etuuskäsittelijä 1)

Etuuskäsittelijöiden vastauksissa korostui se, että huolellisesti täytetty hakemus kuvaa myös hakijan motivaatiota tai kykyä sitoutua kuntoutuspsykoterapiaan:

”Kyllä, totta kai se kuvaa myöskin, että jos on hyvin niukasti täytetty hakemus. No, se voi kuvata myös sitä, että enempää ei nyt jaksa, pysty. [] Mutta jos se on huolella täytetty, niin kyllähän se sen puolesta puhuu, että kyllä hakija on vakavissaan ja miettinyt.” (Etuuskäsittelijä 1)

”[E]ttä se on aika tärkeä kumminkin se oma [hakemus]. Siitä saa sen sitoutumisenkin sitten selville siihen ja motivaation ja miten on valmis sitoutumaan siihen terapiaan.” (Etuuskäsittelijä 2)

Asiantuntijalääkärit toivat vastauksissaan esille, että asiakirjojen tulisi olla sisällöltään samansuuntaisia:

”Tietysti pitäisihän ne [hakemus ja b-lausunto] olla yhteneväiset tavoitteiltaan. [] Mutta harvemmin kuitenkin hylätään, että ne oli jotenkin ristiriidassa. Ehkä pyydetään joitain lisätietoja.” (Asiantuntijalääkäri 1)

”Ja tietenkin niiden [hakemuksen ja b-lausunnon] täytyisi olla aika lailla yhdensuuntaisia. Jos ne on kovin ristiriidassa keskenään, niin sitten ei oikein ole puollettavissa.” (Asiantuntijalääkäri 2)

Viimeksi mainittu asiantuntijalääkäri toi lisäksi esille, että kuntoutuspäätöksiä tehdessä merkityksellistä ei ole ainoastaan kuntoutujan toimittamien asiakirjojen suhde toisiinsa vaan tulkittaessa asiakirjoja huomioidaan vertailupohja myös laajemmin kuntoutushakemuksia tehneeseen joukkoon, tarkoituksena taata hakijoiden yhdenvertainen kohtelu päätösprosessissa:

”Koko ajan peilataan sitä sen henkilön, yksilön, hänestä esitettyä tietoa, mutta toisaalta on tällainen suhteuttaminen koko siihen joukkoon, jotka ovat hakijoina.” (Asiantuntijalääkäri 2)

Myös Kelalla on velvollisuuksia kuntoutujaa kohtaan. Kuntoutusterapiapäätökset ovat muiden etuuspäätösten tavoin hallintopäätöksiä. Tämä tarkoittaa sitä, että hakija saa päätöksen kirjallisena, jolloin hänen on mahdollista saada tietoonsa päätöksen perustelut ja halutessaan valittaa päätöksestä. Kelalla on lisäksi velvollisuus ohjata ja neuvoa kuntoutujaa kuntoutusmahdollisuuksien selvittämisessä sekä hänen tarvitsemansa kuntoutuksen järjestämisessä ja annettava tietoa myös sellaisista kuntoutusmahdollisuuksista, joita Kela ei järjestä. (Emt. 34, 38-39.) Kysyin etuuskäsittelijöiltä, miten kuntoutujaan Kelassa opastetaan kuntoutusmahdollisuuksien suhteen,

erityisesti niissä tapauksissa, joissa kuntoutuja saa kielteisen päätöksen kuntoutuspsykoterapiahakemukseensa. Etuuskäsittelijät vastasivat punnitsevansa ammatillisen kuntoutuksen mahdollisuutta, kertoivat ohjaavansa kuntoutujaa hakeutumaan lyhytkestoisille mielenterveyden kuntoutuskursseille tai hakemaan psykoterapiaa vaativana lääkinnällisenä kuntoutuksena. Vaativan lääkinnällisen kuntoutuksen mahdollisuus nousi esille kaikissa haastatteluissa. Sekä etuuskäsittelijät, asiantuntijalääkärit että psykiatrit kertoivat harkitsevansa tätä kuntoutusmahdollisuutta silloin, kun kuntoutujan toimintakyky on siinä määrin alentunut, ettei kuntoutuspsykoterapian tavoitteita saavuteta tai kuntoutuja ei kuntoutuspsykoterapiasta hyödy. Toinen psykiatreista tosin kertoi, että viimeisen puolen vuoden aikana hänen potilaidensa hakemuksiin on tullut enenevässä määrin hylkääviä päätöksiä. Muihin kuin Kelan järjestämiin kuntoutuksiin, eivät etuuskäsittelijät kertoneet kuntoutujaa ohjaavansa.

7 Hallinta ja Kelan kuntoutuspsykoterapian myöntämisperusteet

7.1 Vallasta hallintaan

Perinteisen valtakäsityksen mukaan valta jakaantuu yhteiskunnassa eri tahojen välillä. Ne, joilla valtaa on, oli kyse ihmisistä, yhteisöistä tai instituutioista, pystyvät vaikuttamaan niihin tai rajaamaan niiden toimintamahdollisuuksia, joilla valtaa ei ole tai sitä on vähemmän. Kyse on eräänlaisesta nollasummapelistä, joka jakaa ihmiset etuoikeutettuihin ja alistettuihin. Valtasuhteet voivat muuttua ainoastaan, jos etuoikeutetulta ryhmältä otetaan pois valtaa ja annetaan sitä alistetuille. Tätä näkemystä on kutsuttu dualistiseksi ja repressiiviseksi valtakäsitykseksi. Ranskalaisen filosofin Michel Foucault'n näkemys vallasta poikkeaa edellä kuvatusta. Foucault'n mukaan valtaa ei voi palauttaa mihinkään yksittäiseen toimijaan tai rakenteeseen, eikä se myöskään ole minkään yksittäisen tahon (kuten yhteiskuntaluokan) hallussa, vaan kaikki toimijat ovat valtasuhteiden lävistämiä ja valtaa on kaikkialla ihmisten välisissä vuorovaikutussuhteissa. (Juhila 2011, 143-144; Kaisto & Pyykkönen 2010, 10).

Foucault'ta tutkineen Kai Alhasen mukaan valta foucault'laisessa viitekehyksessä tulee ymmärtää toimintana eikä omaisuutena. Siksi valtasuhteetkaan eivät ole pysyviä vaan jatkuvasti muuttuvia. Alhanen tarkastelee valtaa voiman käsitteen avulla. Alhasen mukaan Foucault tarkoittaa voimalla ihmisten kykyä tehdä ja toteuttaa eri asioita. Vallassa on hänen mukaansa kyse toiminnasta, jonka tavoitteena on muokata ja järjestää jollain tietyllä alueella ilmeneviä voimia ja voimasuhteita. Foucault'a kiinnostavat enemmän erilaiset vallan harjoittamisen käytännöt ja tekniikat, kuin se kuka valtaa harjoittaa. Käytännöissä ja tekniikoissa ei ole kyse yksilön tahdon toteuttamisesta, vaan

vakiintuneesta tavasta toimia ja harjoittaa valtaa. Foucaultille valta ei myöskään ole tukahduttavaa vaan tuottavaa. Vallan produktiivisuus merkitsee sitä, että subjektiviteetti on sidoksissa vallan käsitteeseen. Foucaultin mukaan subjektius ja yksilöiden ominaisuudet ja kyvyt ovat seurausta vallan käytöstä ja valtasuhteista. Subjektius on toisaalta ulkoisen ohjauksen tulosta, jota kutsutaan subjektiksi, mutta samanaikaisesti se syntyy subjektivaation, eli subjektin itseohjauksen kautta. Ilpo Helénin mukaan Foucault'n käsitys vallasta samastuu biovallan käsitteeseen. Biovallassa oleellista on erottamaton tiedon ja vallan kytkös, mutta myös yksilöiden ja joukkojen ominaisuuksien ohjailu ja hyödyntäminen. Siksi biovallalla onkin erottamaton suhde empiirisiin ihmistieteisiin, kuten sosiaali- ja lääketieteeseen tai psykologiaan. (Alhanen 2007, 119-129; Pyykkönen 2015, 194; Helen 2010, 28.)

Foucault kuvaa kolmea eri vallan muotoa: suvereenia valtaa, kurivaltaa ja hallintaa. Nämä vallan eri ilmenemismuodot tulkitaan usein historiallisiksi siirtymiksi, vaikka Foucault varoittaa tulkitsemasta niitä toisiaan seuraavina ja korvaavina vallan muotoina (Foucault 1991, 102.) On kuitenkin syytä olettaa, että niihin sisältyy myös jonkinlainen historiallinen ulottuvuus. Suvereenin valta kukoisti erityisesti Euroopan feodaalimonarkioissa ja se perustui näyttävyydelle ja pelottavuudelle. Suvereenille vallalle olivat tyypillistä hajanaisuus, katkoksellisuus ja tehottomuus; hallitsijan ei ollut resurssien puutteen, hallinnan kehittymättömyyden ja maantieteellisten etäisyyksien takia mahdollista kohdistaa alaisiinsa kovin tarkkaa valvontaa. Toisaalta pikkutarkalle valvonnalle ei ollut tarvetta, riitti, että alamaiset tottelivat hallitsijaa, maksoivat veronsa ja olivat käytettävissä sotavoimana. (Alhanen 2007, 140.) Kurivaltaa, jota on käytetty varsinkin 1600-1900-lukujen välisenä aikana, kohdistetaan yksilöllisiin ruumiisiin, tavoitteena ruumiin tehokkuus, työkykyisyys ja yksilön sopeutuminen yhteiskunnan tavoitteisiin. Erilaiset rangaistus- ja hoivainstituutiot, kuten vankila ja mielisairaala, ovat kurivallan ilmentymiä. Näiden laitosten tehtävänä oli eristää tai korjata poikkeavuuksia sekä tuottaa kuuliaisiksi kansalaisia. (Pyykkönen 2015, 202-204.) Hallinnasta Foucault toteaa sen kehittyneen 1700-luvulla täyteen laajuuteensa ja liittää tämän tyyppisen vallankäytön merkantilismiin. Toisaalta hän kuitenkin on sitä mieltä, että hallinta tai hallintamentaliteetti on saanut alkunsa jo 1500-luvulla. Vaikka vallan eri ilmenemismuodot tuntuvat toimivan myös rinnakkain ja samanaikaisina, Foucault'n mielestä hallinnan taito ei voinut kehittyä suvereenin vallan aikana. Syynä tähän Foucault pitää 1600-luvulla vallinneita sotilaallisia, poliittisia ja taloudellisia hätätiloja, mutta myös suvereenin vallan institutionaalisia ja mentaalaisia rakenteita. Hallinnan taidon kehittyminen liittyykin talouden laajenemiseen erilaisten kriisien väistyttyä, mutta myös modernin valtion syntyyn. (Foucault 1991, 97-98, 103; Foucault 2010, 109, 165,181).

Hallinta tai hallintamentaliteetti liittyy nimenomaan modernin valtion olemukseen, jossa valtion valta ja toiminta eivät samastu hallisijaan. Hallinnassa on kyse vallanharjoittamisen tavasta, jonka päämääränä on ihmisjoukkojen ja -yksilöiden toiminnan ohjaaminen. Yksilöiden ja ihmisjoukkojen kautta hallitaan sitä, mitä kutsutaan yhteiskunnaksi. (Helén 2016, 128-135.) Hallinta pohjautuu paimenvallalle, joka on Foucault'n keskeisiä käsitteitä. Esikristillisiin käytäntöihin perustuvassa paimenvallassa on kyse yksilöiden ja joukkojen ohjailusta, jossa yksilön aktiivisuus ja itsesääteily ovat merkittävässä roolissa. Foucault korostaa, että paimenvallan kohteena ovat yksilöt alueen sijaan ja että paimenvallalta on hyväntahtoista valtaa, jonka päämääränä on huolehtia laumasta. Paimenvallalta pyrki ottamaan haltuunsa yksilöt ja joukot opastamalla, johtamalla ja ohjaamalla heitä. Ohjaaminen saattoi tapahtua myös kaitsettavan omantunnon ohjaamisen kautta. Omantunnon tarkastelun ja ohjaamisen päämääränä oli ohjattavan itsehallinnan lisääminen. (Foucault 2010, 130-131, 164, 179; Pyykkönen 2015, 198.) Helénin mukaan hallinta voidaan ymmärtää maallistuneeksi paimenvallaksi, jonka päämääränä on huolehtia kansalaisista, mutta toisaalta ohjata ihmisyksilöiden ja -joukkojen voimia niin, että niistä koituu yhteiskunnalle hyötyä. Hallinta(mentaliteetti) on hyödyntävän vallan käyttöä, jossa ihmisistä on tullut itseohjautuvia. Hallinnallistuneen valtion tavoitteena on vahvistaa yksilöiden itseohjautuvuutta kohti haluttuja päämääriä. Hallintamentaliteetissa on kyse ulkoisen vallankäytön ja yksilön itseohjautuvuuden yhdistymisestä. Tämän tyyppistä hallintaa Helénin mukaan edustaa nimenomaan hyvinvointivaltio. (Helen 2016, 88, 135-136, 142; Kaisto & Pyykkönen 2010, 11.) Niin kutsutut hallinnan analyytikot, joista tunnetuimpia ovat Nikolas Rose, Mitchel Dean ja Peter Miller, ovat vieneet eteenpäin Foucault'n ajatuksia hallinnasta. Palaan hallinnan analyytikkojen näkemyksiin hieman myöhemmin.

Normalisoiva vallankäyttö liittyy sekä hallintaan, että kurivaltaan. Helénin mukaan normalisoinnissa on kyse kurivallasta, mikäli normalisoinnin tavoitteena on kohteensa tekeminen samankaltaiseksi normien kanssa. Edellä kuvattu yhdenmukaisuus syntyy sekä valvonnan että sen kohteiden kuuliaisuuden tuloksena. Kurivallassa tutkiminen ja toimenpiteet kohdistetaan poikkeaviin ihmisiin, jolloin kurinpito ja siihen liittyvä normalisoiva vallankäyttö myös tuottaa poikkeavuutta. (Helén 2016, 106.) Hallinnan suhteen normalisoiva vallankäyttö toimii mielestäni samoin kuin biovallan käsitteen kautta. Normalisoivassa hallinnassa normalisointi myötäilee ja hyödyntää kohteensa asettamia normeja, haluja ja kykyjä. Biovallalle tyypillinen tiedon ja vallan sidos tulee esille siinä, että normalisoiva hallinta tuottaa ihmistieteiden avulla normeja ja ihmisyyden malleja, johon ihmisiä ohjataan. Vaikka normaaliuden ja epänormaaliuden välinen jatkumo on läsnä myös normalisoivassa hallinnassa, normin tavoittelusta on tullut yksilön sisäistynyttä kamppailua, ei valvonnan tai kuuliaisuuden seurausta. Foucaultlaisittain ajatellen yksilöllisyys ei olekaan seurausta ihmisten

autenttisesta kokemuksesta itsestään, vaan normalisoivan hallinnan käytöstä. (Helén 2016, 107; Alhanen 2007, 143-149.)

7.2 Vapaudella hallinta

Nikolas Rosen mukaan suvereenia valtaa, kurivaltaa ja biovaltaa ei tule ymmärtää historiallisina vallan ilmenemismuotoina, vaan ovat kaikki hallinnan ilmenemismuotoja, jotka ovat olemassa myös moderneissa liberaaleissa yhteiskunnissa (Rose 1999, 23-24). Peter Miller ja Rose (2010) kirjoittavat, että päätyivät teoretisoimaan vallankäyttöä hallinnan käsitteen avulla, koska heidän tavoitteenaan oli analysoida vallankäyttöä, joka ei rajaudu valtion toimintaan. Marxiin pohjautuva ideologikritiikki, jossa valta perustui omistussuhteille, ei heidän mukaansa kyennyt selittämään käytäntöjä ja valtasuhteita, joita kytkeytyy asiantuntijuuteen, viranomaistyöhön, ammatteihin, yksilöiden ja joukkojen ohjailuun esimerkiksi terveyden ja kasvatuksen saralla. Milleriä ja Rosea kiinnostaa pikemminkin se, millä tavoin eri hallinnan muodot toimivat kuin miksi ne toimivat. He eivät myöskään pidä hallintaa ”väärän tietoisuuden” kaltaisena ongelmana, joka sortaa ihmisiä ja josta pitäisi vapautua. Rose, Miller ja Dean ymmärtävät Foucault’n tavoin vallan pluralistisena, hajaantuneena ja keskuksettomana (Rose & Miller 2010, 19; Dean 1999, 10).

Hallinnan analyysin keskeisiä käsitteitä ovat rationaliteetit, tekniikat ja subjektit. Hallintatekniikat ovat järjestelmällisiä toimintatapoja, joiden avulla yksilöt, instituutiot ja muut organisoituneet valtajärjestelmän muodot pyrkivät vaikuttamaan muihin yksilöihin tai tahoihin. Subjektin käsite määrittyy hallinnan analyytikoilla varsin väljästi. Rose ja Miller näkevät subjektin epäuniversaalina, hallinnan tapoihin vaikuttavana, mutta toisaalta myös hallinnan tapojen tuloksena. Rationaalisuudet määrittyvät suhteellisen pysyviksi, mutta historiallisiksi järkeilyn muodoiksi, jotka koskevat hallinnan harjoittamisen tapoja tietyssä paikassa tiettyyn aikaan. (Rose & Miller 2010, 17, 28-29; Kaisto & Pyykkönen 2010, 15-17.) Rosen mukaan rationaalisuuksilla voidaan erottaa neljä peruspiirrettä. Niillä on moraalinen muoto, eli hallintakäytäntöjä ohjaavat moraaliset periaatteet riippumatta siitä kohdistetaanko niitä itsen tai muihin. Rationaalisuudet ovat myös episteemisiä, eli hallinnan kohteet käsitetään suhteessa tietoon, erityisesti asiantuntijatietoon. Rationaalisuudet ovat idiomaattisia, eli niillä on oma kielensä ja sanastonsa, jota on mahdollista tarkastella. Rationaalisuudet voivat saada useita erilaisia ilmenemismuotoja ja ne voivat toimia monissa eri yhteyksissä eli ne ovat käännettäviä. Rationaalisuudet saavat konkreettisen muodon hallinnan tekniikoina ohjaten subjektin toimintaa ja ajattelua suhteessa itseensä. (Kaisto & Pyykkönen 2010, 15, 17-18; Rose 1999, 26-28, 47-51.)

Hallinnan analyytikkojen kiinnostus suuntautuu erityisesti niihin hallinnan muotoihin, joissa yksilöä ohjataan muokkaamaan omaa toimintaansa. Rose ja Dean ovat molemmat kirjoittaneet vapaudella hallitsemisesta. Vapauden kautta hallitseminen on yksilöivää: se edellyttää yksilöiden autonomiaa, mutta toisaalta myös toimii yksilöiden autonomian kautta ohjaten heitä haluttuun suuntaan. (Rose 1999, 83-85; Helén 2016, 157-161) Vapauden kautta hallintaan liittyy ilmaisu ”conduct of conduct”, joka voidaan kääntää toiminnan ja käyttäytymisen ohjailuksi ja johtamiseksi. Deanin mukaan tämän tyyppinen hallinta on ”monenlaisten viranomaisten ja toimijoiden harjoittamaa aktiivisuutta, jossa hyödynnetään tietämisen eri tekniikkoja ja muotoja tarkoituksena muokata käyttäytymistämme halujemme, pyrkimyksiemme, kiinnostuksiemme ja uskomuksiemme kautta tiettyihin päämääriin, jotka saattavat muuttua”. (Dean 1999, 11.) Vapauden kautta hallinta tapahtuu siis ohjailemalla halujamme ja käyttäytymistämme tiettyyn suuntaan. Itsen muokkauksen tematiikka on läsnä jo Foucault’n tuotannossa. Foucault näkee etiikan vapauden harjoittamisena, jonka avulla muokataan itseä kohti jotain päämäärää. Tällaisessa vapauden harjoittamisessa on kyse ”itsekäytännöistä”, joiden avulla ihminen rakentaa itsestään moraalista subjektia. (Alhanen 2007, 156-158.) Rosen mukaan modernissa maailmassa hallinta toimii nimenomaan itsesäätelyn kautta niin, että sosiaalinen normi muuttuu yksilön henkilökohtaiseksi haluksi (Rose 1999, 88). Subjektin käsitteen avulla asian voi nähdä niin, että subjektista (ulkoinen ohjaus) tulee subjektivaatiota (subjektin itseohjausta).

Rose ja Miller kirjoittavat, että he ovat kiinnostuneita totuudesta, totuuden tuottamisesta sekä totuuden tuottamisen seurauksista. Auktoriteeteilla ja asiantuntijuudella on Rosen ja Millerin mukaan suuri merkitys sekä totuuden tuottamisen että hallinnan kannalta, riippumatta siitä puhutaanko vapaudella hallinnasta, vai hallinnasta yleisesti. Asiantuntijoilla on Rosen mukaan valtaa määrittellä se, mitä yleisesti pidetään normaalina. (Rose ja Miller 2010, 11, 14, 23-24; Rose 1999, 74-75.) Rose ja Miller erottavat muutamia erityispiirteitä asiantuntijatiedon ja hallinnan välisessä suhteessa. Asiantuntijatieto mahdollistaa etäisyyden muodollista poliittista valtaa käyttävien toimijoiden ja hallinnon toimenpiteiden välillä. Julkinen valta pystyy puuttumaan länsimaisessa liberaaleissa yhteiskunnissa varsin rajallisesti yksilöiden käyttäytymiseen tai toimintaan, joka kuuluu yksityiselämän alueelle. Asiantuntijatieto toimii Rosen ja Millerin mukaan välittäjänä muodollisten valtiovallan elinten ja hallinnan kohteiden välillä vaikuttamalla valtiovallan laatimiin ohjelmiin ja sen käyttämiin toimenpiteisiin. Kun asiantuntijatieto näyttäytyy objektiivisena analyysin tarjoajana, sen avulla on mahdollista myös määrittellä hallinnan kohteet ja tavat. Näin asiantuntijatieto synnyttää erityisen suhteen tiedon ja hallinnan välille. Samalla asiantuntijatieto tuottaa tietynlaista suhdetta myös sosiaalipolitiikan harjoittajien ja sosiaalipalvelujen käyttäjien välille vaikuttamalla yksilöiden elämänhallintaan, eli itsesäätelyyn. Asiantuntijatiedon puolueettomuus-, objektiivisuus- ja

tieteellisyysvaatimusten kautta voidaan ohjata yksilöitä tekemään vapaita valintoja kohti päämääriä, joita yksilö pitää kiistämättöminä. Rosen mukaan yksilöitä ohjataan tällä tavoin erityisesti terveyteen liittyvissä valinnoissa. (Miller & Rose 1997, 120-121; Rose 1999, 86-87.)

Miller ja Rose kirjoittavat että ”hallinta on sisäsyntyisesti toimintaa, joka epäonnistuu”. He kuvaavat erilaisia hallinnan tapoja, jotka ovat historiallisia ja voivat korvautua, jollakin toisella hallinnan tavalla edeltävän epäonnistuessa. (Miller & Rose 2010, 30-33.) Helénin mukaan sekään ei ole itsestään selvää, miten vapauden kautta hallitsemisella onnistutaan ohjailemaan ihmisten tekemiä valintoja. Yksilöiden vapaus muokata itseään itsekäytäntöjen avulla voi myös asettua vastahankaan poliittisen hallinnan kanssa. Myöskään asiantuntijavalta ei Helénin mukaan ole kiistatonta, vaan sen ja poliittisen hallinnan välillä on samaan tapaan jännitteinen suhde kuin itsekäytäntöjen ja poliittisen hallinnan välillä. (Helén 2016, 143, 296-298.) Kirjoittaessaan itsekäytännöistä, joiden avulla on mahdollista vastustaa poliittista hallintaa, Helén ei mielestäni viittaa marginaalisiin epäkansalaisiin, vaan siihen, että hallinnan päämääriä, eli käsitystä normaalista tai ihailtavasta, on mahdollista muuttaa.

7.3 Hyvinvointijärjestelmä, uusliberalismi ja kehittynyt liberalismi hallinnan muotoina
Uusliberalismin pääarkkitehtinä pidetään yleisesti Friedrich Hayekia ja Milton Friedmannia. Edellä mainitut talousteoreetikot tosin kutsuivat itseään liberalisteiksi, ihannoimansa klassisen talousliberalismin innoittamana ja uusliberalisti-termi on otettu myöhemmin käyttöön kuvaamaan edellä mainittujen teoreetikkojen näkemyksiä. (ks. esim. Patomäki 2007, 27). Hayekia ja Friedmannia yhdistää usko markkinoiden itsesäätelykykyyn sekä kriittinen suhtautuminen valtion rooliin talouspolitiikan säätelijänä ja julkisen sektorin toimintaan. Hayek uskoi vapaaseen markkinatalouteen, jossa valtion rooli talouden säätelyssä oli mahdollisimman pieni. Valtion tuli huolehtia ainoastaan yhteiskunnan perusrakenteista, kuten maanpuolustuksesta, yleisestä järjestyksestä ja minimaalisesta sosiaaliturvasta niille, jotka eivät pärjänneet ilman sellaista. (Penna & O’ Brien 2013, 139.) Friedman puolestaan tunnetaan monetarismin kannattajana. Myös monetarismissa vannottiin markkinoiden itsesäätelyn nimeen tai ainakin siihen, ettei valtion harjoittamalla talouspolitiikalla pystytty säätämään markkinoita tehokkaasti (Patomäki 2007, 22-23).

Raija Julkunen on kirjoittanut julkisen sektorin reformista Suomessa. Hänen mukaansa uudistukset aloitettiin jo 1980-luvun lopulla valtionhallinnossa muun muassa liikelaitosten yksityistämisellä ja yhtiöittämisellä. (Julkunen 2004, 175.) Yhteiskuntapoliittisena ideologiana uusliberalismissa on ollut

keskeistä julkisen sektorin purkaminen ja tuotannon siirtäminen yksityisille toimijoille. Penna ja O' Brien kuvaavat, miten myös USA:ssa yksityistäminen koski aluksi valtion omistamia tuotantolaitoksia, mutta käsitti myöhemmin myös julkiset palvelut, kuten terveydenhoidon ja sosiaalihuollon. (Penna & O' Brien 2013, 143.) Suomessa radikaaleimmat uudistukset tehtiin 1990-luvulla. Näistä merkittävin oli varmastikin 1993 tehty valtionosuusjärjestelmän purkaminen, joka lisäsi kuntien vastuuta sosiaali- ja terveystoimista. Samaan aikaan kuntien itsehallintoa lisättiin ja keskusvirastoja lakkautettiin. Myös 1990-luvun lama vauhditti palvelurakennemuutosta: laitoshoidon purettiin, hoitopäiviä vähennettiin ja terveystoimintoja supistettiin siirtämällä kustannuksia palveluiden käyttäjille. (Julkunen 2001, 117, Julkunen 2004, 175-176.)

Ajattelutapaa, jossa liike-elämän oppeja sovelletaan julkisen sektorin johtamiseen, on kutsuttu myös managerialismiksi tai uudeksi julkishallinnollisuudeksi (New Public Management). Tehokkuus, kilpailuttaminen, yksityistäminen ja asiakaslähtöisyys ovat olleet avainsanoja NPM:ssä. Oppi sai alkunsa USA:ssa jo 1970-luvulla. Sen tavoitteena oli valtiolähtöisen perinteisen virkamiesetiikan mukaisen hierarkkisen byrokratian hylkääminen ja korvaaminen liikemaailman joustavuudella ja tehokkuudella. Julkisen sektorin hallintokulttuuria pidettiin jähmeänä ja byrokraattisena sekä tehokkuusajattelun että asiakaslähtöisyyden näkökulmasta. (Patomäki 2007, 70-73.) Julkisen mukaan NPM:ssä keskityttiin ainoastaan byrokratian huonoihin puoliin, eikä haluttu nähdä sen merkitystä oikeudellisuuden ja yhdenvertaisuuden toteuttajana (Julkunen 2006, 79).

Juhila on kirjoittanut siitä, kuinka managerialismin ja uuden julkishallinnollisuuden opit on otettu osaksi sosiaalityötä. Hallinnollisen ohjeistuksen ja taloudellisen valvonnan lisääntyminen on johtanut organisaatiokeskeisyyteen, jossa tehokkuusajattelu on kapeuttanut sekä työntekijöiden että asiakkaiden liikkumavaraa. (Juhila 2011, 71-76.) Rosen ja Millerin mukaan uusliberalismille tyypillinen laskelmoinnin ja budjetoinnin diskurssi on tehnyt sosiaalityöntekijöistä ja muista hyvinvoinnin ammattilaisista ”palveluohjaajia” (case managers), jotka asiakastyön lisäksi joutuvat vastaamaan myös budjetoinnista. Tätä itsearviointiin, itsetarkkailuun ja ennakointiin perustuvaa asiantuntijuutta Rose ja Miller kutsuvat kalkyloivaksi asiantuntijuudeksi. (Miller & Rose 1997, 136-140.) Risto Heiskalan ja Anu Kantolan mukaan hallinnolliset käytännöt ovat kehittyneet yhä autoritaarisemmiksi ja byrokraattisimmiksi, jopa siinä määrin, että ne muistuttavat entistä Itä-Saksaa. Erona on vain se, että käytäntöjä perustellaan markkinalogiikalla. (Heiskala & Kantola 2010, 143-145.)

Sosiaalipoliittisessa keskustelussa hyvinvointivaltio ja uusliberalismi nähdään yleensä vastakkaisina ideologioina, joilla on erilaiset arvot. Lisäksi uusliberalistisen ideologian katsotaan rapauttaneen

hyvinvointijärjestelmiä. Hallinnan analyytikot, varsinkin Miller ja Rose, käsittävät kuitenkin sekä hyvinvointijärjestelmät että uusliberalismin erilaisina hallinnan muotoina tai hallintamentaliteetin tyypeinä. Heidän mukaansa hyvinvointijärjestelmään kuului vastavuoroinen sopimus kansalaisten kanssa. Valtio oli valmis toimimaan kansalaisen turvana tämän kohdatessa erilaisia kriisejä, mutta edellytti kansalaiselta vastavuoroisesti yritteliäisyyttä ja vastuullisuutta. Sosiaalivakuutus ja sosiaalityö olivat Millerin ja Rosen mukaan tämän järjestelmän tukirankoja: ensin mainittu oli niitä varten, jotka kykenivät vastuulliseen toimintaan kansalaisina, jälkimmäinen huolehti ja vastuutti niitä, jotka eivät tähän kyenneet. Viranomaiset ja asiantuntijat toimivat välittäjinä hallinnon ja yksilöiden välillä mahdollistaen huolenpidon anonyymiyden. (Miller & Rose 2010, 30-33, 297: Miller & Rose 1997, 121-130.)

Uusliberalistisessa hallinnan mentaliteetissa on Millerin ja Rosen mukaan kyse hyvinvointijärjestelmään kuuluvan vastavuoroisen suhteen purkautumisesta, jolloin hyvinvointikoneistoa kevennettiin ja kansalaisen valinnanvapautta ja vastuuta lisättiin. Kirsi Juhila on kuvannut tällaista muutosta siirtymäksi hyvinvoinnin politiikasta (welfare) työperustaiseen hyvinvointiin (workfare). (Miller & Rose 1997, 131-135; Juhila 2011, 57.) Kehittyneellä tai edistyneellä liberalismilla (advanced liberalism) Miller ja Rose viittaavat siihen, että uusliberalismin oppeja hyödyntävä hallintamentaliteetti on pysynyt vallalla länsimaisissa yhteiskunnissa riippumatta siitä käyttäkö valtaa oikeistolainen vai vasemmistolainen hallitus. Syynä tähän Miller ja Rose pitävät, sitä ettei uusliberaalille hallintatavalle tyypilliselle vapaudella hallinnalle ole löytynyt varteenotettavia vaihtoehtoja. (Miller & Rose 2010, 32, 303.) Deanin mukaan kehittynyt liberalismi ei viittaa yhteen tiettyyn hallinnan tapaan, vaan sisältää useita hallinnan rationaliteetteja, teknologioita ja toimijoita, kuten uskonservatismi, populismin ja uusliberalismin. Näistä viimeksi mainittu on Deanin mukaan hallinnan rationaliteeteista vallitsevin. (Dean 1999, 149-150.) Helén tuo esille, että edistyneen liberalismiin yhteydessä on keskusteltu jopa sosiaalisen kuolemasta. Hänen mukaansa kyse on kuitenkin siitä, politiikka ja hallinta ovat eivät enää toimi pelkästään yhteiskunnan tai sosiaalisen areenoilla, vaan ne jäsenyivät yhä enemmän markkinoiden, yksilön ja yhteisöjen valintojen kautta. (Helén 2016, 174.)

7.4 Aktiivinen kansalaisuus, vastuuttaminen ja riskikansalaisuus

Kehittyneessä liberalismissa hallinta tapahtuu vapaudella hallitsemisen kautta, mikä tarkoittaa sitä, että yksilöiden itsehallinnasta on tullut hallinnan muoto. Kuten olen aikaisemmin kirjoittanut sisäistetyt normit ohjaavat Rosen mukaan itsesäätelyä. Rose kirjoittaa minäyrittäjyyden (enterprising self) kytkeytymisestä vapaudella hallintaan. Itsesäätelyssä ei ole kyse siitä, että vapauttaan käyttävät

yksilöt tottelisivat yhteiskunnan normeja ja kieltäytyisivät kaikista nautinnoista. Sen sijaan yksilöt pyrkivät aktiivisesti valinnoillaan maksimoimaan voimavaransa, onnellisuutensa ja muokkaamaan paremman version itsestään. Siten yksilöiden elämäntyyleistä ja identiteetti projekteista on tullut keskeinen osa hallintaa. Itsensä toteuttaminen tapahtuu varsinkin työ ja kuluttamisen avulla ja ihmiset ovat valmiita turvautumaan asiantuntijoihin kehittääkseen itseään. Erilaisten psykoterapia- ja muiden terveyspalvelujen käyttäminen oman hyvinvoinnin edistämiseen ovat hyvä esimerkki. (Rose 1996, 154-160; Rose 1999, 85-93.) Helénin mukaan hyvinvointipolitiikasta on tullut onnellisuuden politiikkaa, jossa hyvinvointia tarkastellaan ennemmin yksilöiden ja ryhmien intressien kuin perustarpeiden täyttämisen kannalta. Hyväntahtoinen yhteiskunnan harjoittama pastoraalinen valta tarjoaa ihmisille mahdollisuuksia hoitaa itseään ja parantaa elämän laatuaan, kunhan ihmiset vastavuoroisesti pyrkivät olemaan hyödyllisiä ja tehokkaita lisäten yhteiskunnan vaurastumista. Onnellisuuden edistämisen ehtona on siis se, että siitä on hyötyä yhteiskunnalle eli edistettävä taloudellisia päämääriä. (Helén 2016, 149-153.)

Vapauden toinen puoli on vastuullisuus. Aktiivisuudesta on tullut vastuullisuuden tunnusmerkki. Rosen mukaan sosiaalivaltion on korvannut mahdollistava valtio (enabling state), jossa vastuu hyvinvoinnista ja turvallisuudesta kuuluu yhtä lailla yksilöille, yhteisöille ja erilaiset organisaatioille kuin valtiolle. Yksilöiden edellytetään olevan aktiivisia ja tekevän valintoja omien tai perheensä intressien ohjaamana. Tämä puhe, jossa aktiivisuus liitetään kansalaisuuteen, on Rosen mukaan alkanut 1980-luvulla. Aktiivinen kansalaisuus ei kuitenkaan tarkoita yhteiskunnallista aktiivisuutta vaan aikaisemmin kuvaamaani itsensä toteuttamista. (Rose 1999, 142, 164.) Mikko Saastamoinen on tutkinut aktiivisen kansalaisen ihannetta. Aktiivisuudesta ja autonomiasta on tullut yhä enenevässä määrin kansalaisuuden määrittelyä ohjaavista ominaisuuksista. Aktiivisuuden merkiksi on muotoutunut osallisuus palkkatyöhön, mutta toisaalta myös kuluttamiseen. (Saastamoinen 2007, 53, 67-68)

Sosiologi Richard Sennetin mukaan nykyiselle yhteiskuntapoliittiselle ajattelulle on tyypillistä nähdä työ parempana itsekunnioituksen lähteenä kuin sosiaaliavustuksilla eläminen. Hän siteeraa 1997-2007 Iso-Britannian pääministerinä toiminutta Tony Blairia, jonka mukaan ”uuden hyvinvointivaltion on kannustettava työntekoon eikä elämiseen erilaisten tukien varassa”. Sennet kutsuu Blairin ajattelutapaa ”kovapintaiseksi myötätunnoksi”. Kun työnteosta tulee keino saada arvostusta, alkaa riippuvuus näyttäytyä häpeällisenä. Uusliberaalissa ajattelussa riippuvuus nähdään kypsymättömyytenä, joka ei ole sopivaa aikuiselle ihmiselle. Sennetin infantilisaatioteesiksi nimeämässä ajattelutavassa ideaalina nähdään itsekurin ja kamppailun avulla saavutettu kypsyys. Kauhukuvana ja vastapoolina edellä mainitulle nähdään aikuiseksi varttunut mies, joka äidin rinnan

sijasta imee valtiota olemalla riippuvainen sen antamista avustuksista. Tämän ajattelumallin mukaan kyvyttömyys tehdä työtä on pohjimmiltaan haluttomuutta tehdä työtä. (Sennet 2004, 107-115, 155)

Juhilan mukaan käsitys aikuisuudesta ja kokonaisesta elämänkaaresta on hyvin normatiivinen. Itsenäisyys ja täysivaltaisuus ovat kulttuurisia määriksiä, jotka usein kyseenalaistamatta liitetään aikuisuuteen. Riippuvuus, haavoittuvuus ja osaamattomuus kuuluvat puolestaan kulttuurisesti vallitseviin lapsuuden määriksiin, mutta myös vanhusten uskotaan menettäneen aikuisuuteen kuuluvaa toimijuutta. Normatiivisessa elämänkaarimallissa ihmisen uskotaan kehittyvän ja kypsyvän eri elämänvaiheiden kautta ja johonkin elämänvaiheeseen jääminen määrittyy helposti patologiseksi. Myös sosiaalityön kannalta aikuisuudessa on kyse vastuullisuudesta, joka sisältää sekä ulkoisen että sisäisen elämänhallinnan. Ulkoisella elämän hallinnalla tarkoitetaan turvattua toimeentuloa, asemaa työmarkkinoilla, asumisasioita sekä toimivia sosiaalisia suhteita. Sisäinen elämänhallinta puolestaan viittaa kykyyn pitää elämä kasassa vaikeuksien keskellä. (Juhila 2008, 88-92.)

Työttömiä ja muita yhteiskunnasta riippuvaisia aikuisia on alettu pitää ”riskikansalaisina”, joiden elämäntapaan on syytä puuttua riskien hallitsemiseksi. Liberaalien hallintamentaliteettien yhteydessä on keskusteltu riskien yksilöllistymisestä, jossa aktiiviset kansalaiset kykenevät arvioimaan ja ennaltaehkäisemään riskejä eri elämäntiloilla. (Dean 1999, 166-167; Miller & Rose 2010, 307.) Ajatus riskiyhteiskunnasta on peräisin saksalaiselta sosiologilta Ulrich Beckiltä, mutta myös brittisosiologi Anthony Giddensin näkemykset refleksiivisestä modernista liittyvät asiaan. Riskien ja riskitietoisuuden lisääntymistä pidetään tyypillisenä teollisille yhteiskunnille. Riskien lisääntymiseen ovat vaikuttaneet myös monimutkaistuvat ja laajenevat tuotanto- kommunikaatio- ja liikennejärjestelmät sekä globaali markkinatalous, jotka ovat kaikki vähentäneet kansallisvaltioiden mahdollisuuksia riskien hallintaan. (Helén 2016, 109; Saastamoinen 2010, 232.)

Sosiaali- ja terveydenhoitoalalla riskien yksilöllistäminen on merkinnyt sitä, että painopiste on alkanut siirtyä hoidosta riskien ennaltaehkäisemiseen. Tällöin on myös alettu arvioida yksilön elämäntapojen vaikutusta riskien lisääntymiseen. Helénin mukaan näin on toimittu varsinkin terveydenhuollossa, jossa on seurattu erilaisia fysiologisia riskitekijöitä, kuten verenpainetta tai pyritty tervehdyttämään ruokailu- ja liikuntatottumuksia. (Rose 1999, 260-261; Helén 2016, 120-124.) Sekä Rose että Dean katsovat riskien yksilöllistämisen jakavan ihmisiä hyvä- ja heikko-osaisiin. Lisäksi heikko-osaisilta edellytetään yhtä lailla riskien hallintaa kuin parempiosaisilta. (Dean 1999, 165-167; Rose 1999, 233-273.) Millerin ja Rosen mukaan uusliberaali hallinnoimisen tapa ei pyri köyhyyden ehkäisemiseen, vaan tavoitteena on ”juurruttaa köyhään yksilöön se eettinen ja kalkyloiva suhde elämään, jonka tulisi saada heidät itse ehkäisemään köyhyytensä” (Miller & Rose 1997, 143).

Kehittyneeseen liberalismiin ja hallintamentaliteettiin liittyvän vastuuttamisen on sosiaalityön ja muiden hyvinvointipalvelujen kontekstissa nähty vaikuttavan sekä työntekijöihin että asiakkaisiin kohdistuviin vaatimuksiin. Vastuuttamis- ja tehokkuusdiskurssin yhteydessä puhutaan usein uudesta selontekovelvollisuudesta (new accountability) (Juhila, Raitakari & Hall 2017, 4.) Vastuunalaisuudella tai tilivelvollisuudella (accountability) viitataan yleisesti edustuksellisen demokratian teoriassa johtajien velvollisuutta valitsijoilleen tai liiketalouden opeissa keskitason johtajien vastuuta tavoitteiden saavuttamisessa ja budjettikehyksessä pysymisessä sekä näistä asioista raportoimista (Koikkalainen 2012, 46). Uusi selontekovelvollisuus viittaa uudesta julkishallinnon opista lähtevään vaikuttavuuden, tuloksellisuuden ja kustannusten mittaamiseen sekä laadun arviointiin. (Banks 2004, 8, 149-178; Juhila 2011, 94.) Juhilan Suvi Raitakarin ja Cecilia Hansen Lofstrandin (2017) mukaan selontekovelvollisuus on korvannut perinteisen asiantuntijavastuun. Sosiaalityöntekijöitä saatetaan palkita tiettyjen tavoitteiden saavuttamisesta tai rangaista, ellei niitä saavuteta. Tässä yhtälössä epäonnistumiset luetaan usein yksittäisten sosiaalityöntekijöiden syyksi. Myös asiakkaiden uskotaan olevan vastuussa omasta hyvinvoinnistaan ja heidän ongelmiansa pikemminkin seurausta heidän tekemistään vääristä valinnoista kuin yhteiskunnallisista epäkohdista. Niihin yksilöihin, jotka eivät jostain syystä käytä valinnanvapauttaan oikealla tavalla ja toimi vastuullisesti, on mahdollista kohdistaa rankaisevia hallinnan tekniikoita. Rosen mukaan vapauttaan väärin käyttävien vapautta voidaan rajoittaa ja evätä heiltä pääsy yhteisiin palveluihin. (Rose 1999, 88-89, 240.) Ekskluusio, josta Rose kirjoittaa, poikkeaa niistä kuritekniikoista, joista olen aikaisemmin kirjoittanut Foucault'n yhteydessä. Niissä kuritekniikat perustuivat vapauden menettämiseen ja jonkin rangaistus- tai hoivalaitoksen sisään sulkemiseen. Kuritekniikoiden sijaan Rose (1999, 233-273) kirjoittaakin kontrollista⁵. Juhilan mukaan sosiaalipalvelujen asiakkaita on alettu luokitella ansaitseviin ja ansaitsemattomiin. Ensin mainitut kykenevät ja haluavat integroitua yhteiskuntaan, mutta viimeksi mainitut eivät tähän pysty. Nämä ihmiset voidaan sulkea yhteiskunnan palvelu- ja tukijärjestelmien ulkopuolelle, jolloin he jäävät erilaisten vapaaehtoistyön muotojen varaan. (Juhila 2011, 81-84.) Rosen mukaan kansalaisuudesta on tullut ehdollista: ne, jotka eivät toimi vastuullisesti voidaan sulkea moraalisen yhteisön ulkopuolelle – heistä tulee epäkansalaisia (Rose 1999, 240, 267).

7.5 Työelämätavoite, hallintamentaliteetti ja aktiivinen kansalaisuus

Kelan kuntoutuspsykoterapiaa on mahdollista saada, mikäli on 16-67-vuotias ja kärsii diagnosoidusta mielenterveyden häiriöstä, joka uhkaa työ- tai opiskelukykyä. Kelan kuntoutuspsykoterapian

⁵ Jako kuri- ja kontrolliyhteiskuntaan on peräisin ranskalaisfilosofi Gilles Deleuzelta. Sen taustana on Foucault'n näkemys vallasta. Ks. esim. Virtanen 2006.

etusohjeessa kerrotaan työelämätavoitteesta; työelämätavoite nousi selkeästi esille myös haastatteluissa, erityisesti Kelan työntekijöiden kohdalla. Työelämätavoite tarkoittaa sitä, että, Kela on määritellyt kuntoutuspsykoterapian tavoitteeksi ”työelämän, työelämään siirtymisen, sinne palaamisen tai siellä jatkamisen”. Kuntoutettavien tulisi olla myös aktiivisesti työmarkkinoiden käytettävissä tai niille pyrkimässä. Työ ymmärretään etuusohjeessa nimenomaan ansiotyönä. (Kelan kuntoutuspsykoterapian etuusohje 2018, 2-3.)

Työelämätavoite vaikuttaa monin tavoin siihen, millä perusteilla kuntoutuspsykoterapiaa myönnetään ja kuka sitä saa. Mielestäni työelämätavoite myös erottuu myöntämisperusteena, joka selkeimmin heijastaa ja tuottaa uusliberalistista hallintamentaliteettia. Ennen kuin perustelen näkemykseni, haluan tuoda esille, että kuntoutuspsykoterapian myöntämisperusteita ohjaa lainsäädäntö. Laki Kansaneläkelaitoksen kuntoutusetuuksista ja kuntoutusrahaetuksista 566/2005 eli Kela-laki määrittelee kuntoutuspsykoterapian kohderyhmän ja tavoitteet sekä puitteet kuntoutuspsykoterapiaan hakeutumisprosessille ja kuntoutuspsykoterapian toteuttamiselle. Lainsäädäntö ei eksplisiittisesti aseta työelämätavoitetta, vaikka määrittelee kuntoutuspsykoterapian tavoitteeksi työ- ja opiskelukyvyyn tukemisen, mikäli ne ovat uhattuina. Foucault’laisessa valtakäsityksessä lainsäädäntö samastuu mielestäni selkeimmin suvereeniin valtaan. Deanin mukaan liberaaleissa demokratioissa hallitsijan sijaan suvereeni valta paikantuu lainsäädäntövaltaan, tuomiovaltaan ja toimeenpanovaltaan sekä instituutioihin, joissa niitä käytetään (Dean 1999, 19). Toisaalta lainsäädäntöä ei mielestäni pidä ymmärtää ainoastaan suvereenin vallan muotona, vaan siihen liittyy myös kuri- ja hallintavallan aspekteja: lainsäädäntö luo ja määrittää normeja, mutta myös paimenvallan tai hallinnan tavoin ohjaa ihmisiä ja luo heille mahdollisuuksia. Kela-laki asettaa rajoitukset sille, kenelle kuntoutuspsykoterapiaa voidaan myöntää, mutta samalla myös mahdollistaa kuntoutusterapian saamisen ja ohjaa hakeutumaan kuntoutuspsykoterapiaan.

Työelämätavoite on siis asetettu Kelan taholta, joskin Kela-laista käy ilmi, että kuntoutusterapian kohderyhmänä ovat lähinnä työikäiset kuntoutujat. Haastattelemani Kelan etuuskäsittelijät ja asiantuntijat eivät pitäneet työttömyyttä ongelmana kuntoutuspsykoterapian myöntämisen kannalta, mutta he edellyttivät kuitenkin työttömältä suuntautumista työmarkkinoille tai opiskeluun. Ainakin TE-toimistossa on syytä olla kirjoilla, mikäli kuntoutuspsykoterapiaa mieli saada. Työelämätavoite oli haastateltavien mukaan mahdollista asettaa pidemmän aikavälin tavoitteeksi ja siksi työelämään tähtääviin ja arjen hallintaa tukeviin aktiiviteetteihin osallistumista pidettiin suotavana kuntoutuspsykoterapian myöntämisen kannalta. Kelan työntekijät kuitenkin korostivat, että päätöksen teko tässä asiassa perustuu aina kokonaisarvioon. B-lausuntoja kirjoittavien psykiatrien osalta suhtautuminen työelämätavoitteeseen oli enemmän käytännön sanelemaa. Puoltavakaan

lausunto ei takaa myöntöä, mikäli hakija ilmoittaa suoraan, ettei aio tehdä työtä; siksi lausunnon kirjoittaminen tässä tapauksessa ei ole mielekäästä. Monet haastateltavista toivat esille myös sen, että kuntoutuspsykoterapia voi parantaa työllistymismahdollisuuksia.

Kelan asettama työelämätavoite ja lainsäädännön määrittelemä tavoite työ -ja opiskelukyvyn parantamisesta heijastavat ja tuottavat mielestäni selkeästi uusliberaalia hallintamentaliteettia. Uusliberalistinen tai kehittyneen liberalismiin mukainen hallintamentaliteetti on purkanut hyvinvointivaltiota ja siirtänyt vastuuta kansalaisille omasta hyvinvoinnistaan. Rosen (1996, 1999) mukaan varsinkin kehittyneessä liberalismissa hallinta tapahtuu yksilön itsehallinnan, eli vapaudella hallinnan kautta. Ihannehminen on aktiivinen yrittäjäkansalainen, joka on valmis työstämään persoonaansa menestyäkseen elämässään. Menestymisen ja aktiivisuuden ehtona on osallistuminen ansiotyöhön. Sennet (2004) ja Juhila (2008) ovat kirjoittaneet siitä, miten aikuisuus ja kypsyys määrittyvät työnteon kautta. Riippuvuus yhteiskunnasta näyttäytyy tässä yhtälössä kyvyttömyytenä ja ehkä myös haluttomuutena vastuulliseen aikuisuuteen. Kelan kuntoutuspsykoterapiaan päästäkseen työelämään pyrkimiseen pitäisi olla ainakin tahtotila, vaikka sinne pääseminen olisikin pidemmän aikavälin tavoite. Samanaikaisesti kuntoutuspsykoterapia määrittyy itsensä työstämisen välineeksi, jolla voi parantaa ja ylläpitää työkykyään, jotta voisi toimia paremmin aktiivisena työtä tekevänä kansalaisena. Helénin (2016) mukaan yhteiskunnan harjoittama pastoraalinen valta toimii ihmisten elämänlaatua parantavalla tavalla, mutta edellytyksenä on, että se hyödyttää taloudellisesti yhteiskuntaa. Kuntoutuspsykoterapiankaan tavoitteena ei ole pelkästään elämänlaadun tai onnellisuuden lisääminen, vaan osaltaan taata työvoiman saatavuutta parantamalla kuntoutettavien työkykyä. Myös kuntoutuspsykoterapian kohderyhmän ikähaarukka (16-67-vuotiaat) myötäilee työvoimana käytettävissä olevan väestön ikähaarukkaa.

Vaikka työttömyys itsessään ei ole este kuntoutuspsykoterapian saamiselle, Tuulio-Henrikssonin ym. (2019) tutkimuksesta käy kuitenkin ilmi, että työttömät ovat varsin marginaalinen ryhmä kuntoutuspsykoterapiaa saavissa. Kyseinen tutkimus ei kuitenkaan kerro, mikä on kuntoutuspsykoterapiaa hakeneiden työttömien ja hakemukseen myönteisen päätöksen saaneiden suhde. Haastatteluissa kävi ilmi, että kuntoutuspsykoterapian omavastuu osuus saattaa olla liian suuri taloudellinen rasite monelle työttömälle ja siksi este kuntoutuspsykoterapian hakemiselle. Kela tosin korvaa kuntoutuspsykoterapian omavastuuosuuden perustoimeentulotukena (toimeentulotuen etuusohje 2020, 148); lisäksi useissa kunnissa myönnetään täydentävää toimeentulotukea tutustumiskäynteihin sopivaa psykoterapeuttia etsittäessä. On mahdollista, etteivät kuntoutuspsykoterapiaa harkitsevat työttömät eivät tiedä näistä etuisuuksista tai sitten heillä ei jostain syystä ole toimeentulotukioikeutta. Monissa tutkimuksissa on myös tullut ilmi, että työttömien

kohdalla sisääntuloväylät ovat heikkomat kuin työtätekevillä. Viimeksi mainituilla on paremmat mahdollisuudet päästä kuntoutukseen työterveyspalvelujen kautta – työttömien ainoana sisääntuloväylänä toimivat useimmiten ruuhkautuneet ja aliresursoidut julkiset terveydenhoitopalvelut.

Työelämätavoite vaikuttaa laajemmin kuntoutuspsykoterapian myöntämisperusteisiin kuin ainoastaan imperatiivina ansiotyötä tai opiskelua kohden. Kuntoutuspsykoterapian etuusohjeessa kerrotaan, että työelämätavoite merkitsee myös sitä, että kuntoutujan pitäisi kuntoutua kolmen vuoden aikana niin, että hän olisi työmarkkinoiden käytettävissä tai pystyisi etenemään opinnoissaan tai saattamaan ne päätökseen (Kuntoutuspsykoterapian etuusohje 2018, 3). Kelan etuuskäsittelijöiden ja asiantuntijalääkäreiden mukaan hylkääviin päätöksiin saatetaan päätyä usein siinä tapauksessa, jos mielenterveyden häiriö on niin lievä, ettei siitä katsota olevan haittaa työelämässä tai opiskelussa selviämisen kannalta. Toisaalta hylkäävän päätöksen syynä saattaa olla myös se, että mielenterveyden häiriö on niin laaja-alainen ja vakava, ettei kuntoutuminen työ- tai opiskelukykyiseksi kolmen vuoden enimmäismäärällä kuntoutuspsykoterapiaa näytä todennäköiseltä. Haastattelemani b-lausuntoja laativat psykiatrit pitivät olennaisempana kuntoutusmuodon tarkoituksenmukaisuutta kuntoutujan tilanteen kannalta ja toivat esille, että kuntoutuspsykoterapian vaikutus voi jatkua myös sen päättymisen jälkeen.

Asiantuntijalääkäreiden haastatteluissa tuli myös ilmi, että työelämätavoitteella voi olla merkitystä silloin, jos hakija on yli 65-vuotias. Vanhuuseläkkeelle siirtymistä suoraan kuntoutuspsykoterapian päättymisen jälkeen ei pidetty suotavana, vaan nähtiin toivottavana, että kuntoutettava palaisi vielä työelämään, mahdollisesti entiseen työhönsä. Työelämätavoitteella on myös merkitystä sellaisissa tapauksissa, joissa työkyvyttömyyseläkkeellä olevan vointi kohenisi siinä määrin, että hän harkitsisi paluuta työelämään ja hakisi kuntoutuspsykoterapiaa. Etuuskäsittelijöiden mukaan kyseisissä tapauksissa pitäisi tarkastella töihin paluun realistisuutta ja toimintakyvyn palautumisesta pitäisi olla näyttöä, esimerkiksi osallistumisena kuntouttavaan työtoimintaan tai muuhun vastaavaan aktiviteettiin. Asiantuntijalääkärien mukaan arvion töihin paluusta pitäisi perustua lääkärin arvioon, eikä myöskään kuntouttaminen olisi myöskään siinä tapauksessa tarkoituksenmukaista, jos kuntoutettava siirtyisi suoraan työttömyyskortistoon. Sen sijaan kuntoutustuki ei ole este kuntoutuspsykoterapian saamiselle. Haastateltavien mukaan on kuitenkin erittäin harvinaista, että mielenterveyssyistä työkyvyttömyyseläkkeellä olevat hakevat kuntoutuspsykoterapiaa. Haastattelujen perusteella kävi myös ilmi, että myöskään yli 60-vuotiaat harvoin hakevat kuntoutuspsykoterapiaa.

Edellä kuvatun perusteella Kelan kuntoutuspsykoterapian myöntämisperusteita hallitsee varsin työkeskeinen eetos, joka mielestäni sekä heijastaa että on seurausta uusliberalistisesta hallintamentaliteetista. Tämä tulee esille erityisesti Kelan määrittämässä työelämätaavoitteessa, mutta myös Kela-laissa, jonka mukaan mielenterveyden häiriön on uhattava työ- tai opiskelukykyä, jotta Kelan tukemaa kuntoutuspsykoterapiaa on mahdollista saada. Työtekevä ihminen on uusliberalistisen hallintamentaliteetin mukainen aktiivinen ihannehminen, joka hyödyttää yhteiskuntaa taloudellisesti. Haastatteluissa syntyi vaikutelma, että tällainen hallintamentaliteetti ohjaa erityisesti Kelan etuuskäsittelijöitä ja asiantuntijalääkäreitä. B-lausuntoja kirjoittavien psykiatrien toimintaa työkeskeinen hallintamentaliteetti tuntui ohjaavan vähemmän.

7.6 Hallinnan rationaliteetit, epätasaisesti jakautunut hyvinvointi ja riskikansalaisuus

Myönteisen kuntoutuspsykoterapiapäätöksen saamiseen vaikuttaa myös kuntoutujan kyky sitoutua kuntoutuspsykoterapiaan sekä se, katsotaanko kuntoutuspsykoterapian olevan tuloksellista kuntoutujan tilanteessa. Mitään psykiatrista diagnoosia itsessään ei kuitenkaan pidetä esteenä kuntoutuspsykoterapian saamiselle. Oluennaisena myöntävän päätöksen kannalta pidetään hakijan sairaudenkuvaa ja toimintakykyä sekä kuntoutuspsykoterapian oikea-aikaisuutta. Esteenä kuntoutuspsykoterapian saamiselle voi olla psykoosisairauden psykoosivaihe tai hoitamaton päihdeongelma. Huume- tai lääkeriippuvuus näyttöytyi haastatteluissa suurempana ongelmana tuloksellisen kuntoutuspsykoterapian kannalta kuin alkoholiriippuvuus, mutta myös alkoholiriippuvuuden tuli olla hoidettuna tai hoidossa, eikä se saanut vaikuttaa liikaa hakijan elämän hallintaan. Myös sillä on merkitystä, miten sitoutunut alkuhoitoon hakija on. Kela tosin edellyttää vain kaksi psykiatri- tai lääkärikäyntiä liittyen b-lausunnon laatimiseen, mutta hakijan sitoutumisella alkuhoitoon on kuitenkin merkitystä puoltavan b-lausunnon kannalta. Kukaan haastateltavista ei kertonut käyttävänsä mittareita, jotka mittaisivat hakijan soveltuvuutta psykoterapiaan; pohdittaessa kuntoutuspsykoterapian mahdollisuutta psykiatrit käyttävät yleensä vapaamuotoisia haastatteluja tai kliinisiä psykiatrisia mittareita. Myös käypähoito-ohjeilla on merkitystä, kun kuntoutuspsykoterapiaan ollaan hakeutumassa tai sen myöntämistä harkitaan. Lisäksi kuntoutuspäätöksiä tehdessä hakijan toimittamaa hakemusta ja muita asiapapereita yleensä verrataan muiden hakijoiden joukkoon yhdenvertaisen kohtelun takaamiseksi.

Edellä ja edellisessä alaluvussa kerrotun perusteella Kelan kuntoutuspsykoterapiasta hahmottuu kuva, ettei se ole kaikkien saavutettavissa. Dean (1999), Rose (1999) sekä Miller ja Rose (2010) ovat kirjoittaneet riskienhallinnan siirtymisestä kansalaisten vastuulle ja tämän seurauksena yhteiskunnan edellyttämään aktiivisuuden kykenemättömien kansalaisten vaarasta määritettyä epäkansalaisiksi.

Aihetta on Suomessa pohtinut Mikko Saastamoinen (2007, 2010). Kela-laki ja Kelan omat ohjeet sulkevat tietyt ikäryhmät sekä vanhuus ja työkyvyttömyyseläkkeellä olevat kokonaan kuntoutuspsykoterapian ulkopuolelle. Hakijat, jotka ovat haluttomia täyttämään työelämätavoitetta, eivät voi osoittaa työkykyään, ovat liian sairaita kuntoutuakseen enintään kolme vuotta kestävästä kuntoutuspsykoterapian aikana, kyvyttömiä hoitamaan päihdeongelmaansa tai sitoutumaan kuntoutuspsykoterapiaan, ovat vaarassa määrittyä epäkansalaisiksi. Kutsun näitä hakijoita riskikansalaisiksi⁶, sillä Kelan etuusohjeiden ja haastattelujen perusteella epäkansalaiseksi määrittäminen ei ole kovin suoraviivaista.

Hallinnan analyytikot kirjoittavat rationalisuuksista, eli hallinnan harjoittamisen tekniikoita ohjaavista järkeilyn tavoista (Rose 1999, Rose & Miller 2010, ks. myös Kaisto & Pyykkönen 2010). Tällaiseksi rationalisuudeksi nousee kuntoutuspsykoterapian etuusohjeissa ja Kelan työntekijöiden haastatteluissa selontekovelvollisuus. Kela-laissa ja kuntoutuspsykoterapian etuusohjeessa kerrotaan tiedonantovelvollisuudesta, joka tarkoittaa kuntoutujan velvollisuutta antaa Kelalle tietoja kuntoutuksen sisältöön liittyvistä asioista kuntoutuspäätöksen tekemiseksi sekä velvollisuudesta ilmoittaa Kelalle kuntoutuksessa tapahtuvista muutoksista (Emt. 31-32, 55-56: Kela-laki 2005/566 § 43). Sekä Kelan etuusohjeesta että Kelan työntekijöiden haastatteluissa kävi ilmi, että selvityksiä joudutaan pyytämään esimerkiksi silloin, jos työelämätavoite ei selviä hakemuksesta tai muista asiapapereista. Selvityksiä pyydetään myös silloin, kun hakemus on täytetty puutteellisesti, hakija ei ole toimittanut kaikkia tarvittavia asiakirjoja Kelaan, asiakirjoissa ja hakemuksessa ilmaistuissa asioissa on ristiriitaisuuksia tai kuntoutuspsykoterapia on toteutunut epäsäännöllisesti. Selontekovelvollisuus koskee siis kaikkia Kelan kuntoutuspsykoterapiaa hakevia, mutta se voi kohdistua myös ryhmiin, joita olen kutsunut riskikansalaisiksi.

Sosiaalityön viitekehyksessä on kirjoitettu uudesta selontekovelvollisuudesta, jonka on nähty heijastavan uusliberalismin tehokkuusvaatimuksia (Banks 2004, Juhila 2011, Juhila & Raitakari & Hall 2017). Sosiaalityön kentällä selontekovelvollisuus liittyy usein asiakkaiden vastuuttamiseen, mutta se ohjaa myös työntekijöiden toimintaa. Kuntoutuspsykoterapian suhteen selontekovelvollisuus näyttäytyy kaksijakoisena. Selonteko- tai tiedonantovelvollisuus liittyy selkeästi työelämätavoitteen toteutumisen todentamiseen, sen arviointiin voidaanko kuntoutuspsykoterapiaa pitää työelämätavoitteen kannalta tuloksellisena tai onko

⁶ Myös terveystieteen tutkija Ulla Järvi (2011) on puhunut riskikansalaisuudesta. Järvi on käyttänyt tutkimuksessaan Foucault'n ja hallinnan analyytikoiden teorioita, mutta hän viittaa riskikansalaisuudesta kirjoittaessaan mediassa tuotettuun moraalipaniikkiin. Tämä moraalipaniikki kohdistuu ryhmiin, jotka ovat joko haluttomia tai kyvyttömiä huolehtimaan omasta terveydestään yhteiskunnan terveystavojen edellyttämällä tavalla. En kuitenkaan viittaa Järven riskikansalaisuuden käsitteeseen. (Järvi 2011, 172-173.)

kuntoutuspsykoterapiaa toteutunut siinä määrin säännöllisenä, että tuloksia voidaan saavuttaa. Samanaikaisesti selontekovelvollisuuden tarkoituksena on myös taata, että hakijoita kohdellaan tasa-arvoisesti ja myös antaa hakijoille mahdollisuus täydentää hakemustaan, mikäli siihen on tarvetta.

Rosen (1999) mukaan hallinnan rationaliteeteilla voidaan erottaa tiettyjä piirteitä. Kelan kuntoutusterapiaa koskevassa selonteko- tai tiedonantovelvollisuudessa nousevat mielestäni esiin moraaliset ja episteemiset piirteet, kun sitä tarkastellaan hallinnan rationaliteettina. Moraalisena piirteenä hahmotan edellä kuvatun asiakkaiden vastuuttamisen sekä työelämätaavoitteen että kuntoutuspsykoterapiaan sitoutumisen ja tuloksellisuuden suhteen. Selvitystä voidaan pyytää esimerkiksi silloin, jos käy ilmi, ettei kuntoutuja ole käynyt säännöllisesti kuntoutuspsykoterapiassa. Rosen (1999) mukaan episteemiset piirteet liittyvät aina tietoon, erityisesti asiantuntijatietoon. Asiantuntijatieto on tärkeässä roolissa myös silloin, kun tehdään kuntoutuspäätöksiä kuntoutuspsykoterapiahakemuksiin. Kelan etuuskäsittelijät ja asiantuntijalääkärit kertoivat, että päätettäessä kuntoutuspsykoterapiasta punnitaan sekä hakemuksen että lääkärintodistuksen sisältöä. Haastatteluissa kävi kuitenkin ilmi, että esimerkiksi työkyvyttömyyseläkkeellä olevan pyrkiessä takaisin työmarkkinoille ja hakeutuessa kuntoutuspsykoterapiaan, voi asiantuntijatiedolla olla korostunut merkitys. Kelan asiantuntijalääkäreiden mukaan eri asiakirjoissa esitetyn tiedon pitäisi olla saman suuntaista. Etuuskäsittelijät myös hyödyntävät asiantuntijalääkärien arvioita epäselvissä tapauksissa ja ensimmäisen vuoden kuntoutuspäätöksissä.

Kuntoutuspsykoterapiapäätösten suhteen hallinta toimii enimmäkseen selontekovelvollisuuden kautta. Entä, miten valta, jota hallintakin on, toimii silloin kun kuntoutuspsykoterapiaa hakeva ei kykene täyttämään selontekovelvollisuutta tai näyttäytyy muuten sellaisessa valossa, ettei kykene täyttämään aktiivisen kansalaisen ihannetta? Rose (1999) kirjoittaa kontrollista vallankäyttönä niitä kohtaan, jotka eivät käytä vapauttaan oikealla tavalla, eli toimi vastuullisesti. Kontrollin välineenä toimii eksklusio, eli sulkeminen yhteiskunnan palvelu- ja tukijärjestelmien ulkopuolelle. Kontrolli on rangaistukseen perustuva vallan muoto samoin kuin Foucault'n kuriteknikat ovat. Kuriteknikoissa vallan käytön keskeisenä välineenä toimi vapauden rajoittaminen. Jälkimoderneissa yhteiskunnissa vallankäyttö perustuu kuitenkin vapaudella hallintaan. Jos hallinta toimii vapauden kautta, sen sisältämä kurivalta ei voi perustua yksinomaan vapauden rajoittamiseen.

Terveysviestinnän tutkija Anna-Maria Mäki-Kuutti on kehittänyt Rosen vapaudella hallinnan pohjalta terveyskurin käsitteen. Mäki-Kuutin mukaan terveyskuri yhdistää sekä julkisuudessa tuotetut yhteiskunnan näkemykset hyvästä terveydestä että yksilön henkilökohtaiset pyrkimykset terveyteen ja hyvinvointiin. Samalla terveyskuri sisältää myös ylijäämän, joka jää terveyskuria tuottavan

hegemonian ulkopuolelle. (Mäki-Kuutti 2012, 49.) Mielestäni valta toimii Kelan kuntoutuspsykoterapiapäätöksissä samalla tavoin kuin Mäki-Kuutin terveysturvan käsite. Kuntoutuspsykoterapiapäätösten ja päätöksiä ohjaavien periaatteiden suhteen voidaan mielestäni puhua kontrollin ja hallinnan yhteen kietoutumisesta. Tämä tulee esille erityisesti siinä, että haastateltavat, erityisesti Kelan asiantuntijalääkärit, puhuivat ennemmin kuntoutuspsykoterapian oikea-aikaisuudesta kuin siitä, että tietynlaisista ongelmista kärsiviä pidettäisiin kuntoutuspsykoterapiaan soveltumattomina. Ulos sulkeminen Kelan kuntoutuspsykoterapiapäätöksissä ei myöskään mielestäni ole seurausta patologisesta halusta työntää tiettyjä riskikansalaisiksi mielletäviä ihmisryhmiä yhteiskunnan palvelujen ulkopuolelle, vaan ulos sulkeminen on seurausta vapaudella hallinnasta ja uusliberalistisesta hallintamentaliteetista. Vapaudella hallinta kytkeytyy yksilön vastuuseen ja hänen kykyynsä maksimoida omat voimavaransa. Tässä yhtälössä häviäjiä ovat ne, jotka eivät edellä mainittuihin kykene. Lisäksi vastuu koskee myös päätöksiä tekeviä viranomaisia. Uusliberalistisen hallintamentaliteetin tehokkuusvaatimukset ohjaavat myöntämään palveluja ja etuisuuksia helpommin niille, jotka pystyvät työstämään itseään kohti aktiivisen kansalaisen ihannetta. Vaikka pastoraalinen valta on lähtökohtaisesti hyväntahtoista, se edellyttää myös yhteiskunnallista hyötyä.

7.7 Kuntoutusta vai hoitoa?

Kuntoutuksen ja hoidon välinen ero nousi esille erityisesti yhden Kelan asiantuntijalääkärin haastattelussa. Hänen mukaansa Kela ei vastaa akuutista hoitovaiheesta, vaan nimenomaan kuntouttamisesta. Asiantuntijalääkärin mukaan alkuvaiheen hoidon tarkoituksena on sairauden oireiden saaminen hallintaan. Jako hoitoon ja kuntouttamiseen tulee esille myös kuntoutuspsykoterapian etuusohjeessa, jossa todetaan, ettei kuntoutuspsykoterapia korvaa hoitosuhdetta ja että hoitosuhteen pitää jatkua myös kuntoutuspsykoterapian aikana (Kuntoutuspsykoterapian etuusohje 2018, 5). Kuntoutusta käsittelevässä kirjallisuudessa kuntoutuksen ja hoidon välinen raja ei näyttäyty selkeänä, joskin myös kuntoutuskirjallisuudessa hoidon tavoitteena nähdään diagnoosin tekeminen ja oireiden lievittäminen ja kuntoutuksen tavoitteena toimintakyvyn parantaminen.

Useissa Kelan työntekijöiden haastatteluissa kävi ilmi, etteivät kuntoutuspsykoterapiapäätökset perustu hakijan subjektiiviseen kokemukseen psykoterapian tarpeesta, vaan täyttyvätkö Kelan kuntoutuspsykoterapian myöntämiselle määrittelemät edellytykset ja voidaanko lainsäädännön perusteella katsoa, että Kela on oikea taho antamaan kuntoutusta. Terveystieteiden tutkijat Mäki-Kuutti ja Sinikka Torkkola kirjoittavat sairauden monista ulottuvuuksista. Diagnoosit ja hoidon

käytännöt edustavat sairauden biolääketieteellistä puolta, mutta sairaus voidaan ymmärtää myös subjektiivisena kokemuksena ja sosiaalisena järjestyksenä. Nämä kaikki voivat olla keskenään yhteneviä tai ristiriitaisia. Ihminen voi kokea olevansa sairas, mutta hänen kokemustaan ei diagnosoida sairaudeksi. Ihminen voi olla myös sairautentunnoton ja määrittyä sairaaksi biolääketieteellisten kriteerien mukaan. Saman aikaisesti ihmisen määrittelemisen joko sairaaksi tai terveeksi vaikuttaa hänen paikkaansa yhteiskuntajärjestyksessä. (Torkkola & Mäki-Kuutti 2012, 111-113, 117-119.)

Sytä sille, ettei kuntoutuspsykoterapiaa voi saada subjektiivisen tarpeen perusteella, voidaan tarkastella useammalla tasolla. On mahdollista, että mielenterveyden ongelma on niin lievä, ettei sitä diagnosoida lääketieteellisesti psykiatriseksi sairaudeksi. Mielenterveyden ongelma voi olla myös niin vaikea, ettei kuntoutuspsykoterapiaa voida siksi myöntää. Viimeksi mainitussa tulee mielestäni esille sairauden sosiaalinen järjestys. Vielä oleellisempaa on kuitenkin se, että kuntoutuspsykoterapia määrittyy lähtökohtaisesti kuntoutukseksi, jolloin sillä voi myös olla tavoitteita, jotka ovat erilaisia kuin hoidon tavoitteet. Järvikosken ja Härkäpään (2011) mukaan kuntoutuksen piirteitä ovat tavoitteellisuus ja suunnitelmallisuus. Vaikka kuntoutus ymmärretään nykyisin laaja-alaiseksi muutostyöksi, se määrittyy edelleen usein työkyvyn ylläpitämisen kautta. Järvikoski ja Härkäpää erottavat toisistaan kuntoutumistarpeen, joka on subjektiivinen sekä kuntouttamistarpeen, joka on yhteiskunnallinen.

Topon ja Autti-Rämön (2016) mukaan kuntoutuksen resurssien riittävyttä ja oikeudenmukaisuutta arvioitaessa joudutaan huomioimaan myös tehokkuusvaatimukset ja tekemään priorisointeja. Tällaista arviota tehdessä myös kuntoutujan omalla aktiivisuudella vastuun kantamisella omasta tilanteestaan on merkitystä. Vaikka Kelan työntekijöiden haastatteluissa korostui työelämätaavoitteen saavuttaminen, kaikki haastateltavat pohtivat myös sitä, mikä kuntoutettavan kohdalla on tarkoituksenmukaista. B-lausuntoja laativat psykiatrit eivät pitäneet kuntoutuspsykoterapiaa oikea-aikaisena, jos kuntoutettava ei kyennyt sitoutumaan säännölliseen hoitoon. Myös etuuskäsittelijät ja asiantuntijalääkärit pohtivat kuntoutuspsykoterapian oikea-aikaisuutta, jos psyykinen sairaus oli laaja-alainen, eikä oireita saatu hallintaan kuntoutuspäätöstä edeltävällä alkuhoidolla. Kaikki haastateltavat kertoivat pohtivansa myös muita kuntoutusmahdollisuuksia, mikäli päädyttiin siihen, ettei kuntoutuspsykoterapia ole kuntoutettavalle oikea-aikaista. Tällaisissa tapauksissa voitiin harkita esimerkiksi Kelan järjestämää vaativaa lääkinnällistä kuntoutusta. B-lausuntoja laativien psykiatrien haastatteluissa kävi kuitenkin ilmi, että myös vaativaa lääkinnällistä kuntoutusta voi olla vaikea saada.

Pirkolan (2012) mukaan hoidon ja kuntoutuksen käsitteellinen erottamisessa toisistaan on pohjimmiltaan kyse Kelan ja kuntien vastuunjaosta. Suomen kuntoutusjärjestelmää pidetään monimutkaisena, koska kuntoutuksen järjestämisestä tai rahoittamisesta vastaavat useat toimijat. Kuntien vastuulle kuuluu lääkinnällinen ja sosiaalinen kuntoutus, Kela vastaa ammatillisesta ja lääkinnällisestä kuntoutuksesta sekä kuntoutuspsykoterapiasta, joka käsitetään omaksi kuntoutuksen osa-alueeksi. Lisäksi Kelan vastuulla on erilaisia harkinnan varaisia kuntoutuksia. Juhila on kirjoittanut ongelmalyönjaon käsitteestä. Ongelmalyönjako tarkoittaa sitä, että kullakin instituutiolla on oma paikkansa toimintakentällä ja myös valtaa päättää siitä, ketä he ottavat asiakkaikseen. Juhilan mukaan ongelmalyön hierarkkisuus ja siihen liittyvä portinvartijuus tuottavat väliinpuotoaja-asiakkaita. Nämä ovat asiakkaita, joita mikään instituutio ei tunnu haluavan asiakkaikseen. Väliinpuotoaja-asiakkaita yhdistävä piirre tuntuu olevan se, että he ovat usein moniongelmaisia asiakkaita. (Juhila 2011, 218-229.) Rose (1999) ja Dean (1999) kirjoittavat riskien yksilöllistämistä. Heidän mukaansa tämä jakaa ihmisiä hyvä ja huono-osaisiin. Lisäksi Rosen ja Deanin mukaan huono-osaisilta edellytetään samalla tavoin riskienhallintaa kuin parempiosaisilta. Dean on kirjoittanut siitä, miten vapaudella hallinta noudattaa kehämäistä logiikkaa: voidakseen käyttää vapauttaan oikealla, yhteiskunnan edellyttämällä tavalla, yksilön on muokattava itseään tiettyyn suuntaan, jotta hän voisi käyttää vapauttaan vastuullisella tavalla. (Dean 1999, 164-165).

Kelan kuntoutuspsykoterapian myöntämisperusteissa erottuvat vahvasti työelämätaavoite sekä ylipäättään käsitys kuntoutuspsykoterapiasta tavoitteellisena toimintana, joka edellyttää kuntoutettavalta sitoutumista ja riittäviä valmiuksia käsitellä ongelmiaan psykoterapian avulla. Tämä ei ole itsessään ongelma. Ongelmallista on se, että kuntoutuspsykoterapiaa käytetään osin korvaamaan julkisten mielenterveyspalvelujen puutteellisia resursseja. Kunnilla ei useimmiten ole resursseja järjestää pitkäkestoisia, hoitokäynneiltään tiheitä psykoterapioita. Kuntoutuspsykoterapia toteutuu minimissään kertaviikkoina psykoterapiakäynteinä. Vaikka kuntien erikois- ja perusterveydenhoidossa voi olla pitkäjaksoisia hoitosuhteita mielenterveysongelmiin liittyen, ne ovat usein käyntikerroiltaan harvempia kuin kuntoutuspsykoterapia. Vaarana on tällöin, ettei mielenterveysongelmasta kärsivä henkilö saa riittävää tukea kuntoutuakseen. Myös se on ongelma, ettei hoitoon pääse riittävän nopeasti. Tässä yhtälössä riskikansalaisiksi määrittyvät, eli esimerkiksi ne, joiden työkyvyn ei katsota palaavan kolmen vuoden kuntoutuspsykoterapialla, joutuvat väliinpuotoajiksi kuntoutuspalvelujen suhteen. Tai sitten he joutuvat työstämään itsestään resursseiltaan puutteellisten julkisten mielenterveyspalvelujen tai kalliiden yksityisten palvelujen avulla aktiivisen ja vastuullisen kansalaisen.

8 Pohdinta

Olen tarkastellut tutkielmassani Kelan kuntoutuspsykoterapiaa osana mielenterveyden avopalveluja. Tutkielmani kohdistuu kuntoutuspsykoterapian myöntämisperusteisiin, erityisesti siihen, minkälaisia vallan muotoja näihin perusteisiin kytkeytyy ja minkälaisia subjektiuksia ne tuottavat. Kela korvaa kuntoutuspsykoterapiaa 16-67 vuotiaalle henkilölle, joka kärsii työ- tai opiskelukykyä heikentävästä mielenterveysongelmasta. Nämä edellytykset perustuvat lakiin. Lisäksi Kela edellyttää kuntoutujalta suuntautumista työmarkkinoille sekä työ- tai opiskelukyvyn palautumista maksimissaan kolme vuotta kestäväen kuntoutuspsykoterapian avulla.

En pidä Kelan kuntoutuspsykoterapian myöntämisperusteita lähtökohtaisesti syrjivinä. Minusta on kuitenkin ongelmallista, että Kelan asettama työelämätavoite sulkee osan kuntoutuspsykoterapiaa hakevista tämän kuntoutusmahdollisuuden ulkopuolelle – ainakin tietyssä vaiheessa, kun kuntoutuspsykoterapiaan ei katsota oikea-aikaiseksi. Ongelmallista on myös se, että kuntoutuspsykoterapiaa käytetään paikkaamaan julkisten mielenterveyspalvelujen puutteita. Mielenterveyspalvelujen riittävydestä on keskusteltu julkisuudessa varsinkin lasten, nuorten ja vanhusten kohdalla. Nämä ikäryhmät eivät kuulu Kelan kuntoutuspsykoterapian kohderyhmään. Vastuu mielenterveyspalvelujen järjestämisestä kuuluu lain mukaan kuitenkin julkiselle vallalle, ei Kelalle. Kelan kuntoutuspsykoterapiapäätösten hylkäysprosentit ovat myöskin olleet laskussa koko 2010-luvun ajan, vaikka hakijamäärät ovat kolminkertaistuneet vuosikymmenen alusta sen loppua kohden. Tämän syynä voidaan pitää kuntoutuspsykoterapian muuttumisesta määrärahoihin sidotusta lakisääteiseksi vuoden 2011 alusta.

On huomionarvoista, että Kelan kuntoutuspsykoterapiaa on mahdollista saada työ- tai opiskelukyvyn tukemiseen, eikä pelkästään toimintakyvyn tukemiseen tai palauttamiseen. Lisäksi Kelan omat ohjeet edellyttävät kuntoutettavalta suuntautumista työmarkkinoille tai opiskeluun ja rajaavat kuntoutuspsykoterapian ulkopuolelle vanhuus- ja työkyvyttömyyseläkkeellä olevat, jotka eivät ole osa-aikaisesti työelämässä. Saadakseen kuntoutuspsykoterapiaa on kuntoutujalla oltava pyrkimys aktiiviseen kansalaisuuteen. Hallintamentaliteetti perustuu siihen, että hallinnallistunut valtio edellyttää kansalaisilta itseohjautuvuutta. Tätä Rose kutsuu vapaudella hallinnaksi. Vapaudella hallinnassa korostuu kansalaisten vastuu, mutta samanaikaisesti myös kyvykkyys eli kyky kantaa vastuuta. Jos psykoterapiaan on mahdollista päästä vain niiden, jotka kykenevät riittävään aktiivisuuteen kansalaisina tai pystyvät kustantamaan itse psykoterapiasta aiheutuvat kulut, eivät kaikki psykoterapiaa tarvitsevat ole tasaveroisessa asemassa.

Pensola ym. (2012) tuovat esille, että myös kuntoutusjärjestelmässä luoviminen ja kuntoutukseen hakeutuminen edellyttää tiettyjä taitoja. Heidän mukaansa korkeasti koulutetut pystyvät paremmin

kuvaamaan oireitaan ja tulevat otetuksi vakavammin kuntoutuksen tarvearviointeja tehtäessä. Anna Alangon mukaan mielenterveyspalveluja käyttävätkin nykyisin eniten keskiluokkaan kuuluvat ihmiset (Alanko 2017, 34). Rose (1996) kirjoittaa siitä, miten psykoterapia kytkeytyy tätä nykyä identiteettiprojekteihin, joiden tavoitteena on tehdä meistä onnellisempia ja kyvykkäämpiä, ja myös parempia työntekijöitä. Vaikka Kelan kuntoutuspsykoterapian myöntämisperusteet tai niiden soveltaminen eivät mielestäni eksplisiittisesti ole syrjiviä, niihin kytkeytyy kuitenkin vapaudella hallintaa aktiivisuuden ja kyvykkyyden vaateen muodossa, mikä tuottaa kahtiajakoa mahdollisuuksissa päästä kuntoutuspsykoterapiaan.

Ymmärrän sen, ettei ole tarkoituksenmukaista myöntää Kelan kuntoutuspsykoterapiaa henkilölle, jonka toimintakyky on niin heikko, ettei hän kykenisi käymään säännöllisesti psykoterapiassa. Kuitenkin myös vajaakuntoisille tulisi kehittää kuntouttavia mielenterveyspalveluja, joiden tavoitteena olisi toimintakyvyn parantaminen, riippumatta siitä onko paluu työmarkkinoille realistista. Nykyisellään mielenterveyspalvelujen toteuttamisessa ja hoitoon pääsemisessä on suuria eroja eri kuntien välillä. Vaikka matalan kynnyksen mielenterveys- ja päihdepalveluja on 2010-luvun loppuun mennessä kehitetty sosiaali- ja terveysministeriön laatiman Kansallisen mielenterveys- ja päihdesuunnitelman mukaisesti, hoitojonot varsinkin isoissa kaupungeissa ovat pitkiä ja yhä edelleen kuulee tapauksista, joissa mielenterveysongelmasta kärsivä ihminen on lähetetty lääkereseptin kanssa kotiin.

Heikoimmassa asemassa tuntuvat olevan työttömät ja useista elämänhallinnan ongelmista kärsivät ihmiset. Työttömien kohdalla on keskusteltu ylipäättään terveyspalvelujen saatavuudesta, moniongelmaiset joutuvat pahimmillaan väliinputoajiksi myös julkisissa palveluissa. Heidän kohdallaan riski määrittyä epäkansalaiseksi on todellinen. Suoritin sosiaalityön syventävienopintojen työharjoittelun matalankynnyksen mielenterveys- ja päihdepalveluissa. Havaitsin, että myös julkisissa palveluissa edellytetään kykyä sitoutua hoitoon. Pitkän mielenterveys- tai päihdehistorian omaavat herättivät työntekijöissä ennakkoluuloja ja turhautumista. Heidän kuntoutumistaan ei pidetty todennäköisenä ja pohdittiin, onko erikoissairaanhoito heidän kohdallaan oikea paikka. Turhautuminen ja ennakkoluulot eivät todennäköisesti ole peräisin työntekijöiden henkilökohtaisista mieltymyksistä, vaan sisäistetyistä tehokkuusvaatimuksista, jotka kohdistuvat myös julkisiin palveluihin. Syynä on luultavasti myös priorisoiminen puutteellisten resurssien takia.

Sote-uudistus ei ole kovin merkittävästi edennyt vuoden 2019 eduskuntavaalien jälkeen. Näyttää siltä, että vastuu sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämisestä siirtyy maakunnille, joskin keskustelua käydään myös siitä, että voisivatko suurimmat kaupungit järjestää edelleen itse terveys- ja

sosiaalipalvelunsa. Monet kunnat ovat jo siirtyneet tuottamaan sosiaali- ja terveyspalvelut kuntayhtymänä. Uusimmassa kansallisessa mielenterveysstrategiassa lähtökohtana on asiakaslähtöisyys, palvelujen saatavuus kaikille ikäryhmille, yhteistyön kehittäminen eri sosiaali- ja terveyden alan organisaatioiden ja muiden toimijoiden välillä sekä mielenterveysosaamisen lisääminen kaikkien ammattilaisten keskuudessa (Vorma, Rotko, Larivaara & Kosloff 2020). Sosiaali- ja terveysministeriön linjaukset eivät ota kantaa siihen, millä tavoin mielenterveyspalvelut järjestetään tai mikä taho siitä vastaa.

Myös Kelan kuntoutuspsykoterapian tulevaisuus sote-uudistuksessa on edelleen avoimena. Kuntoutuspsykoterapian siirtämisestä Kelalta sairaanhoitopiireille tai maakuntien vastuulle on sote-uudistuksen yhteydessä keskusteltu. Monien mielenterveyden ammattilaisten mukaan tämä ei kuitenkaan parantaisi psykoterapiapalvelujen saavutettavuutta, vaan saattaisi pahimmillaan heikentää pitkäkestoiseen psykoterapiaan pääsyä ja myös kaventaa kuntoutujan mahdollisuuksia valita itselleen sopivaa psykoterapiasuuntausta käyttävä psykoterapeutti. Kuntoutuspsykoterapia on todistetusti tuloksellista; valtaosa kuntoutuspsykoterapiassa käyneistä kykenee kuntoutuspsykoterapian päätyttyä jatkamaan työelämässä tai opiskelemaan (ks. esim. Tuulio-Henriksson ym. 2019). Kuntoutuspsykoterapiaa pidetään myös varsin kustannustehokkaana kuntoutusmuotona. Kuntoutuspsykoterapiaan hakeutuvien määrä tuntuu lisääntyvän vuosi vuodelta ja 2010-luvun loppuun tultaessa mielenterveyden häiriöistä on tullut suurin sairausluokka, jonka perusteella siirrytään työkyvyttömyyseläkkeelle. Kuntoutuspsykoterapian säilyttämistä voidaan siis puolustaa paitsi inhimillisen kärsimyksen vähentämisellä ja kansanterveyden lisäämisellä, myös kansantaloudellisilla syillä, varsinkin kun viimeksi mainitun kohdalla on haasteena myös kestävyysvaje väestön ikääntyessä ja eläköityessä.

Mielenterveyspalvelujen suhteen sote-uudistuksella on isoja haasteita, kuten taata mielenterveyspalvelujen saatavuus iästä, asuinpaikasta, mielenterveysongelmasta tai työmarkkina- asemasta riippumatta. Lisäksi hoitoon pitäisi päästä riittävän nopeasti. Terveys- ja sosiaalipalvelujen siirtyminen soten myötä kunnilta maakunnille on todennäköisesti mielenterveyspalvelujen kannalta hyvä uudistus, sillä sen avulla on mahdollista parantaa alueellista tasa-arvoa mielenterveyspalvelujen saavutettavuuden suhteen. Pidän kuitenkin tärkeänä sitä, ettei palvelujen yhdenmukaistaminen johda tasapäistämiseen. Mielenterveys- ja psykoterapiapalveluja tulisi kehittää yksilölliset tarpeet huomioiden. Myös tulevaisuudessa on tarvetta sekä lyhyille, että pitkille psykoterapioille, eikä niiden saatavuuden tulisi olla riippuvainen yksilön tuloista, varallisuudesta tai työkyvystä.

Vuonna 2019 on jätetty kansalaisaloite psykoterapiatakuusta, jossa vaaditaan hoitoon pääsyä neljän viikon sisällä hoidon tarpeen arvioinnista ja että terveydenhuollossa pitäisi lisätä resursseja psykososiaalisiin lyhytinterventioihin. Muutamat sairaanhoitopiirit hankkivat jo nyt psykoterapiaa ostopalveluina yksityisiltä palveluntuottajilta. Tulevana sosiaalityöntekijänä minua kiinnostaa myös sosiaalityön asema mielenterveyspalvelujen rinnalla tulevassa sote-uudistuksessa. Nykyisellään useammalla sosiaalityön sektorilla joudutaan paikkaamaan mielenterveyspalvelujen resurssien puutteita ja esimerkiksi aikuissosiaalityö on usein viimesijainen auttamismuoto niille, jotka ovat pudonneet muista julkisista palveluista. Sote-uudistuksessa sosiaalityön asemaa voisi kehittää niin, että se toimisi ennaltaehkäisevästi osana perusterveydenhuoltoa.

Olen tutkielmassani lähestynyt Kelan kuntoutuspsykoterapian myöntämisperusteita tutkimalla lainsäädäntöä, Kelan omia ohjeita sekä haastatteleamalla Kelan työntekijöitä ja b-lausuntoja laativia psykiatreja. Mikäli jatkan tutkimusta saman aiheen parissa, olisi mielenkiintoista haastatella myös kuntoutuspsykoterapiaa hakeneita kuntoutujia ja kuulla esimerkiksi minkälaisena he ovat kokeneet kuntoutuspsykoterapiaan hakeutumisen prosessin tai minkälaisia selontekoja he ovat joutuneet antamaan Kelalle, kuntoutuspsykoterapiaan päästäkseen tai sitä jatkaakseen. Tai millaisia perusteluja kuntoutujat ovat saaneet hylkäävään päätökseen, mikäli heille ei ole myönnetty kuntoutuspsykoterapiaa? Tai ovatko hylkäävän päätöksen saaneet kuntoutujat saaneet riittävästi tietoa muista kuntoutus- tai hoitomahdollisuuksista? Entä, millaisina psykoterapeutit näkevät Kelan kuntoutuspsykoterapian myöntämiskriteerit ja miten se vaikuttaa heidän työhönsä? Minua kiinnostaa myös aineistosta noussut jako kuntoutukseen ja hoitoon. Millaisena tämä jako tulee näyttäytymään tulevassa sote-uudistuksessa mielenterveyspalvelujen osalta? Millaisia neuvotteluja tässä jaossa joudutaan käymään ja mikä on esimerkiksi sosiaalityön paikka näissä neuvotteluissa? Hallinnan analytiikan avulla on mahdollista tutkia, miten valta toimii, minkälaisia muotoja se saa ja minkälaisia subjektiviteetteja se tuottaa. Valta ei kuitenkaan ole ehdotonta, sitä on mahdollista vastustaa. Rose ja Miller (2010) kirjoittavat, että hallinnan kohtalona on epäonnistua ja korvautua uusilla hallinnan muodoilla. Miten tämä voisi tapahtua Kelan kuntoutuspsykoterapian tai laajemminkin mielenterveyspalvelujen suhteen ja millaisia kamppailuja se edellyttää? Uskon, että jo vastaamalla edellä mainittuihin kysymyksiin, myös tähän kysymykseen olisi mahdollista saada vastauksia.

Lähdeluettelo:

Ala-Nikkola, Taina 2017 *Mielenterveyspalveluiden rakenne ja siihen vaikuttavat tekijät Etelä-Suomen sairaanhoitopiirien alueella*. Akateeminen väitöskirja. Helsingin yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Unigrafia Helsinki 2017.

Alanko, Anna 2017 *Improving Mental Health Care – Finnish mental health policy rationale in the era of dehospitalisation*. Academic Dissertation. University of Helsinki. Publications of the Faculty of Social Sciences 60/2017. Unigrafia Helsinki 2017.

Alastalo, Marja & Åkerman, Maria & Vaittinen, Tiina 2017 ”Asiantuntijahaastattelu”. Teoksessa Matti Hyvärinen, Pirjo Nikander & Johanna Ruusuvaara (toim.) *Tutkimushaastattelun käsikirja*. Tampere; Vastapaino. s. 214-232.

Alasuutari, Pertti 2001 *Johdatus yhteiskuntatutkimukseen*. Helsinki; Gaudeamus.

Alasuutari, Pertti 2011 *Laadullinen tutkimus 2.0*. Tampere; Vastapaino. Ensimmäinen painos vuonna 1993.

Alhanen, Kai 2007 *Käytännöt ja ajattelu Michel Foucault'n teoriassa*. Helsinki; Gaudeamus.

Ashorn, Ulla & Miettinen, Sari 2013 ”Kuntoutus hyvinvointivaltion kerrostumissa”. Teoksessa Ulla Ashorn, Ilona Autti-Rämö, Juhani Lehto & Marketta Rajavaara (toim.) *Muuttuuko kuntoutus, entä kuntoutusjärjestelmä?* Helsinki; Kelan tutkimusosasto, teemakirja 11. s. 18-33.

Banks, Sarah 2004 *Ethics, Accountability and Social Professions*. Houndmills, Basingstoke, Hampshire; Palgrave.

Dean, Mitchell 1999 *Governmentality – Power and Rule in Modern Society*. London, Thousand Oaks, New Delhi; Sage Publications.

Foucault, Michel 1991 ”Governmentality”. teoksessa Garam Burchell, Colin Gordon & Peter Miller (ed.) *The Foucault Effect: Studies in Governmentality*. London; Harvester Wheatsheat. s. 87-104.

Foucault, Michel 2010 *Turvallisuus, alue, väestö – Hallinnallisuuden historia, Collège de Francen luennot 1977-1978*. Suom. Antti Paakkari. Helsinki; Tutkijaliitto.

Hautamäki, Lotta & Helén, Ilpo & Kanula, Saara 2011 ”Mielenterveyden hoidon lääkkeellistyminen Suomessa” Teoksessa Ilpo Helén (toim.) *Reformin pirstaleet – Mielenterveyspolitiikka hyvinvointivaltion jälkeen*. Tampere; Vastapaino. s.70-110.

- Heikman, Pertti & Katila, Heikki & Kuoppasalmi, Kimmo** 2004 ”Toimintakyvyn mittaamenetelmät psykiatriassa”, teoksessa Esko Matikainen, Timo Aro, Antti Huunan-Seppälä, Jukka Kivekäs, Santero Kujala ja Sakari Tola (toim.) *Toimintakyky – arviointi ja kliininen käyttö*. Helsinki; Duodecim. s. 127-133.
- Heinonen, Erkki & Kurri, Katja & Melartin, Tarja** 2016 ”Sopiiko potilaalleni psykoterapia?” *Suomen Lääkärilehti* 2016 vol. 71 n:o 15. s. 1072-1076.
- Heiskala, Risto & Kantola, Anu** 2010 ”Vallan uudet ideat: Hyvinvointivaltion huomasta valmentajavaltion valvontaan”. Teoksessa Petteri Pietikäinen (toim.) *Valta Suomessa*. Helsinki; Gaudeamus. s.124-148.
- Helén, Ilpo** 2010 ”Hyvinvointi, vapaus ja elämänpolitiikka – Foucault’lainen elämän hallinta”. teoksessa Jani Kaisto & Miikka Pyykkönen (toim.) *Hallintavalta – sosiaalisen, politiikan ja talouden kysymyksiä*. Helsinki; Gaudeamus. s.27-48.
- Helén, Ilpo** 2016 *Elämän politiikat – yhteiskuntatutkimus Foucault`n jälkeen*. Helsinki; Tutkijaliitto.
- Helén, Ilpo & Hämäläinen, Pertti & Metteri, Anna** 2011 ”Komplekseja ja katkoksia – Psykiatrian hajaantuminen suomalaiseen sosiaalivaltioon”. Teoksessa Ilpo Helén (toim.) *Reformin pirstaleet – Mielenterveyspolitiikka hyvinvointivaltion jälkeen*. Tampere; Vastapaino. s. 11-69.
- Hirsjärvi, Sirkka & Hurme, Helena** 1995 *Teemahaastattelu*. Helsinki; Yliopistopaino.
- Hyvärinen, Matti** 2017 ”Haastattelun maailma”, Teoksessa Matti Hyvärinen, Pirjo Nikander & Johanna Ruusuvoori (toim.) *Tutkimushaastattelun käsikirja*. Tampere; Vastapaino. s. 11-45.
- Juhila, Kirsi** 2008 ”Aikuisuus sosiaalityössä” teoksessa Arja Jokinen & Kirsi Juhila (toim.) *Sosiaalityö aikuisten parissa*. Tampere; Vastapaino. s. 82-108.
- Juhila, Kirsi** 2011 *Sosiaalityöntekijöinä ja asiakkaina – sosiaalityön yhteiskunnalliset tehtävät ja paikat*. Tampere; Vastapaino. Ensimmäinen painos vuonna 2006.
- Juhila, Kirsi & Raitakari, Suvi & Hall, Christopher** 2017 ”Introduction” Teoksessa Kirsi Juhila, Suvi Raitakari & Christopher Hall (ed.) *Responsibilisation at the Margins of Welfare Services*. London, New York; Routledge. s. 1-8.
- Juhila, Kirsi & Raitakari, Suvi & Hansen-Löfstrand, Cecilia** 2017 ”Responsibilisation in Governmentality Literature”. Teoksessa Kirsi Juhila, Suvi Raitakari & Christopher Hall (ed.) *Responsibilisation at the Margins of Welfare Services*. London, New York; Routledge. s. 11-34.

Julkunen, Raija 2001 *Suunnanmuutos – 1990-luvun sosiaalipoliittinen reformi Suomessa*. Tampere; Vastapaino.

Julkunen, Raija 2004 ”Hyvinvointipalvelujen uusi politiikka” Teoksessa Lea Henriksson & Sirpa Wrede (toim.) *Hyvinvointityön ammatit*. Helsinki; Gaudeamus. s. 168-186.

Julkunen, Raija 2006 *Kuka vastaa? Hyvinvoinnin rajat ja julkinen vastuu*. Helsinki; Stakes.

Juvonen-Posti, Pirjo & Lamminpää, Anne & Rajavaara, Marketta & Suoyrjö, Heikki & Tötterman, Patrik 2016 ”Työikäisten kuntoutumisen monialainen järjestelmä”. Teoksessa Ilona Autti-Rämö, Anna-Liisa Salminen, Marketta Rajavaara ja Aarne Ylinen (toim.) *Kuntoutuminen*. Helsinki; Duodecim. s. 160-175.

Järvi, Ulla 2011 *Media terveyden lähteillä. Miten sairaus ja terveys rakentuvat 2000-luvun mediassa*. Jyväskylä; Jyväskylän Yliopisto.

Järvikoski, Aila & Härkäpää, Kristiina 2011 *Kuntoutuksen perusteet – näkökulmia kuntoutukseen ja kuntoutustieteeseen*. Helsinki; WSOYpro. Ensimmäinen painos vuonna 2004.

Järvikoski, Aila 2013 *Monimuotoinen kuntoutus ja sen käsitteet*. Helsinki; Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2013:43.

Kaisto, Jani & Pyykkönen, Miikka 2010 ”Johdanto – hallinnan analytiikan suuntaviivoja” teoksessa Jani Kaisto & Miikka Pyykkönen (toim.) *Hallintavalta – sosiaalisen, politiikan ja talouden kysymyksiä*. Helsinki; Gaudeamus. s. 7-24.

Karlsson, Nina & Wahlbeck Kristian 2012 ”Hyvin suunniteltu on puoliksi tehty? Pohjoismaiden puolitiehen jääneet mielenterveyspalvelujen uudistukset” *Yhteiskuntapolitiikka* 2012 vol.77 n:o 5 s. 548-558.

Kelan kuntoutuspsykoterapian etuusohje 2018. Ei enää saatavilla. Haettu verkosta 26.9.2018.

Kelan kuntoutuspsykoterapiassa olevien määrä on kaksinkertaistunut 2010-luvulla 2018 Kela/tilasto- ja tietovarastoryhmä.

https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/231801/Kelan_kuntoutuspsykoterapiassa_olevien_maara_on_kaksinkertaistunut_2010-luvulla.pdf?sequence=3&isAllowed=y viitattu 31.03.2020.

https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/301382/Kelan_kuntoutustilasto_2018.pdf?sequence=4&isAllowed=y viitattu 31.03.2020

Koikkalainen, Petri 2012 ”Managerialismi ideologiana”. *Niin & näin*, 2012 n:o 4. s.42-50.

Koponen, Päivikki & Brodulin Katja & Lundqvist, Annamari & Sääksjärvi, Katri & Koskinen, Seppo (toim.) 2018 *Teveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa – Finterveys 2017 -tutkimus*. Raportti 4/2018. THL.
https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/136223/Rap_4_2018_FinTerveys_verkko.pdf?sequence=1&isAllowed=y viitattu 10.09. 2018.

Kuntoutuksen uudistamiskomitea 2017 *Ehdotukset kuntoutusjärjestelmän uudistamiseksi*. Helsinki; Sosiaali- ja terveysministeriö. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2017: 41.

Käypähoitosuosituks, *masennushäiriöt.*
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituks/suositus?id=kht00029&suositusid=hoi50023>
viitattu 10.9.2018.

Laki Kansaneläkelaitoksen kuntoutusetuuksista ja kuntoutusrahaetuuksista 566/2005.

Laki liikennevakuutuksen perustella korvattavasta kuntoutuksesta 1991/626.

Laukkala, Tanja & Tuisku, Katinka & Fransman, Heidi & Vormaa, Helena 2015 ”Työikäisten mielenterveyskuntoutus”. *Suomen lääkirilehti* 2015 vol.70 n:o 21. s. 1508-1513.

Lechte, John 1996 *Fifty Key Contemporary Thinkers – From Structuralism to Postmodernity*. London, New York; Routledge. First Edition 1996.

Lönnqvist, Jouko 2017 ”Mielenterveyden häiriöiden diagnostiikka ja luokittelu” teoksessa Jouko Lönnqvist, Markus Henriksson, Mauri Marttunen ja Timo Partonen (toim.) *Psykiatria*. Helsinki; Duodecim. s. 61-91.

Lönnqvist, Jouko & Moring, Juha & Vuorilehto, Maria 2017 ”Suomalainen hoitojärjestelmä” teoksessa Jouko Lönnqvist, Markus Henriksson, Mauri Marttunen, Timo Partonen ja Veikko Aalberg (toim.) *Psykiatria*. Helsinki; Kustannus Oy Duodecim. s.763-774.

Markkula, Niina & Suvisaari, Jaana 2017 ”Masennushäiriöiden esiintyvyys, riskitekijät ja ennuste”. *Duodecim* 2017 vol.133 n:o 3. s. 275-282.

Mielenterveyslaki 1990/1116.

Miettinen, Sari & Ashorn, Ulla & Lehto, Juhani 2011 ”Monta erityistä vai yksi kokonainen kuntoutuspolitiikka?” *Yhteiskuntapolitiikka* 2011 vol. 76 n:o 3. s. 264-276.

Miller, Peter & Rose, Nikolas 1997 ”Köyhiä ohjelmoimassa: köyhyyslaskelma ja asiantuntijatieto” Teoksessa Sakari Hänninen & Jouko Karjalainen (toim.) *Biovallan kysymyksiä – kirjoituksia köyhyyden ja sosiaalisten uhkien hallinnoimisesta*. Suom. Sakari Hänninen & Jouko Karjalainen. Tampere; Gaudeamus. s. 111-149.

Miller, Peter & Rose, Nikolas 2010 *Miten meitä hallitaan*. Suom. Risto Suikkanen. Tampere; Vastapaino.

Moring, Juha & Martins, Anne & Partanen, Airi & Bergman, Viveca & Nordling Esa & Nevalainen, Veijo (toim.) 2010 *Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009-2015, Toimeenpanosta käytäntöön* THL Raportti 6/2011. <https://thl.fi/documents/10531/95613/Raportti%202011%206.pdf> viitattu 30.9. 2018

Mäki-Kuutti, Anna-Maria 2012 ”Terveyskuri television lääkärisarjoissa”. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 2012 vol. 49 n:o 1. s. 44-59.

Paltamaa, Jaana & Musikka-Siirtola, Marjatta 2016: ”ICF-luokitus” teoksessa Ilona Autti-Rämö, Anna-Liisa Salminen, Marketta Rajavaara & Arne Ylinen (toim.) *Kuntoutuminen* Helsinki; Duodecim. s 37-55.

Patomäki, Heikki 2007 *Uusliberalismi Suomessa – lyhyt historia ja tulevaisuuden vaihtoehdot*. Helsinki; WSOY.

Penna, Sue & O'Brien, Martin 2013 ”Neoliberalism”. Teoksessa Mel Gray & Stephen A. Webb *Social Work Theories and Methods*. 2nd ed. Los Angeles: Sage.

Pensola, Tiina & Kesseli, Katja & SHEMEIKKA, Riikka & Rinne, Hanna & Notkola, Veijo 2012 *Kuntoutukseen? Sosioekonomiset tekijät Kelan kuntoutukseen hakemisessa ja myönnoissä*. Helsinki; Kuntoutussäätiö.

Perälä, Riikka & Jurvansuu, Sari 2016 ”Politiikasta käytännöksi, Asunto ensin -politiikan arkea asumisyksiköiden työntekijöiden kertomana” *Yhteiskuntapolitiikka* 2016 vol.81 n:o 5. s. 528-539.

Pirkola, Sami 2012 ”Psykoterapiaa kaikille, mutta miten?” Teoksessa Matti O. Huttunen ja Hely Kalska (toim.) *Psykoterapiat*. Helsinki; Kustannus Oy Duodecim. s 351-359.

Pulkki, Jutta 2012 *Aluetason kuntoutusjärjestelmä – rakenne, organisaatio ja toiminta palvelujen saatavuuden näkökulmasta*. Tampere, Tampereen yliopisto; Acta Universitatis Tamperensis 1703.

Pyökkönen, Miika 2015 ”Michel Foucault – Vallan, tiedon ja subjektiivisuuden tutkija” teoksessa Miikka Pyökkönen ja Ilkka Kauppinen (toim.) *1900-luvun ranskalainen yhteiskuntateoria*. Helsinki; Gaudeamus. s.193-214.

Päihdehuoltolaki 1986/41.

Rajavaara, Marketta & Lehto, Juhani 2013 ”Kuntoutusjärjestelmä tutkimuksen kohteena – Kuntoutusjärjestelmä vai epäjärjestelmä”. Teoksessa Ulla Ashorn, Ilona Autti-Rämö, Juhani Lehto & Marketta Rajavaara (toim.) *Muuttuuko kuntoutus, entä kuntoutusjärjestelmä?* Helsinki; Kelan tutkimusosasto, teemakirja 11. s. 6-17.

Repo, Eija & Hukkamäki, Raija & Melkas, Tuula & Alanko, Antti & Eggert, Monica & Häivä, Jukka & Pylkkänen, Kari & Renlund, Camilla & Roine, Mikko 2003 *Pysykoterapia kuntoutuksena – lääkärilausuntojen laadun arviointi*. Helsinki; Kela. Sosiaali- ja terveysturvan katsauksia 58.

Rose, Nikolas 1996 *Inventing Our Selves – Psychology, Power and Personhood*. Cambridge, New York, Melbourne; Cambridge University Press.

Rose, Nikolas 1999 *Powers of Freedom – Reframing Political Thought*. Cambridge; Cambridge University Press.

Saastamoinen, Mikko 2007 ”Riskitodellisuus ja aktiivisen kansalaisuuden ihanne” teoksessa Mikko Saastamoinen ja Pekka Kuusela (toim.) *Kansalaisuuden ääriviivoja – hallinta ja muodonmuutokset myöhäismodernilla ajalla*. Helsinki; Yliopistopaino. s. 53-83.

Saastamoinen, Mikko 2010 ”Aktiivisen kansalaisen vastatulkintoja: neuroottinen ja hylätty kansalaisuus”. teoksessa Jani Kaisto & Miikka Pyökkönen (toim.) *Hallintavalta – sosiaalisen, politiikan ja talouden kysymyksiä*. Helsinki; Gaudeamus. s. 230-253.

Sennet, Richard 2004 *Kunnioitus eriarvoisuuden maailmassa*. Suom. Kaisa Koskinen Tampere; Vastapaino.

Solin, Pia 2011 *Mental Health from the Perspective of Health Promotion Policy*. Acta Universitatis Tamperensis 1642. Tampere; Tampereen yliopisto.

Sosiaalihuoltolaki 2014/1301

Suomalainen Lääkäriseura Duodecim ja Suomen Akatemia 2006 *Konsensuslausuma. Psykoterapia* 18.10. 2006. Helsinki; Duodecim.

Suomen perustuslaki 1999/731

Suvisaari, Jaana & Joukamaa, Matti & Lönnqvist, Jouko 2017 ”Mielenterveyden häiriöiden yleisyys ja hoidontarve” teoksessa Jouko Lönnqvist, Markus Henriksson, Mauri Marttunen, Timo Partonen ja Veikko Aalberg (toim.) *Psykiatria*. Helsinki; Kustannus Oy Duodecim. s. 724-736.

Takala, Ossi 2016 ”Sotepsykoterapia”. *Psykoterapia* 2016 vol. 53 n:o 3. s. 218-221.

Terveydenhoitolaki 2010/1326.

Tikkanen, Tuomo 2017 ”STM:n kuntoutuksen uudistamiskomitean ehdotukset Kelan kuntoutuspsykoterapian osalta”. *Psykoterapia* 2017 vol. 36 n:o 4. s. 333-335.

Toimeentulotuen etuusohje 2020.

<https://www.kela.fi/documents/10192/3464829/Toimeentulotuki.pdf> viitattu 14.2.2020

Topo, Päivi & Autti-Rämö, Ilona 2016 ”Eettiset näkökohdat kuntoutuksessa”. Teoksessa Ilona Autti-Rämö, Anna-Liisa Salminen, Marketta Rajavaara ja Aarne Ylinen (toim.) *Kuntoutuminen*. Helsinki; Duodecim. s. 83-90.

Torkkola, Sinikka & Mäki-Kuutti, Anna-Maria 2012 ”Terveydet ja sairaudet mediassa”, teoksessa Marja-Liisa Honkasalo ja Hannu Salmi (toim.) *Terveyttä kulttuurin ehdoilla – näkökulmia kulttuuriseen terveystutkimukseen*. Turku; K & H. s. 105-130.

Tuomi, Jouni & Sarajärvi, Anneli 2018 *Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi*. Helsinki; Tammi. Ensimmäinen painos vuonna 2002.

Tuulio-Henriksson, Annamari 2013 “Mielenterveydenhäiriöiden kuntoutus ja monitahoinen palvelujärjestelmä”. teoksessa Ulla Ashorn, Ilona Autti-Rämö, Juhani Lehto ja Marketta Rajavaara (toim.) *Kuntoutus muuttuu, entä kuntoutusjärjestelmä*. Helsinki; Kelan tutkimusosasto. s 146-160.

Tuulio-Henriksson, Annamari & Heino, Pekke & Toikka, Tuula & Autti-Rämö Ilona 2014 ”Kelan työ- ja opiskelukykyä tukeva kuntoutuspsykoterapia toteutuu eri kestoisena”. *Kuntoutus* 2014 n:o 3. s. 5-17.

Tuulio-Henriksson, Annamari & Toikka, Tuula & Heino, Pekka & Laukkala, Tanja 2019 ”Kuntoutuspsykoterapia tukee työssä pysymistä”. *Lääkärilehti* 2019 vol. 74 n:o 13. s. 816-819.

Työeläkelaki 2006/395.

Työkyvyttömyyseläkettä saaneet 2018, Findikaattori <https://findikaattori.fi/fi/76>, viitattu 10.9. 2018.

Työtapaturma- ja ammattitautilaki 2015/459.

Työterveyslaki 2001/1383.

Valvira

https://www.valvira.fi/terveydenhuolto/ammattioikeudet/psykoterapeuttikoulutuksen_uudistuminen. viitattu 31.05.2019.

Virtanen, Akseli 2006 ”Mielivalta” teoksessa *Uuden työn sanakirja*, Mikko Jakonen, Jukka Peltokoski & Akseli Virtanen (toim.), Helsinki: Tutkijaliitto. s. 465-481.

Vorma, Helena & Rotko, Tuulia & Larivaara, Meri & Kosloff, Anu 2020 *Kansallinen mielenterveysstrategia ja itsemurhien ehkäisyohjelma vuosille 2020-2030*, Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus, Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 6/20. https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/162053/STM_2020_6.pdf?sequence=4&isAllowed=y viitattu 16.3.2020.

Ylisassi, Hilikka & Rajavaara, Marketta & Seppänen-Järvelä Riitta 2016 ”Työn muutokset ja työkykykäsitykset kuntoutuksen lähtökohtina”. teoksessa Ilona Autti-Rämö, Anna-Liisa Salminen, Marketta Rajavaara ja Aarne Ylinen (toim.) *Kuntoutuminen*. Helsinki; Duodecim. s. 153-159.

Liitteet

Liite 1

Teemahaastattelurunko: Kelan etuuskäsittelijät

1. Mikä on roolisi Kelan kuntoutuspsykoterapiapäätösten käsittelyssä ja ratkaisussa?
2. Miten usein haastattelette kuntoutuspsykoterapiaa hakevat?

Kelan kuntoutuspsykoterapia on tarkoitettu työ- ja opiskelukyvyn turvaamiseksi. Kuntoutuspsykoterapian etuusohjeessa Kela on määritellyt psykoterapian tavoitteeksi kuntoutettavan työelämässä pysymisen, sinne palaamisen mahdollistamisen. Kohderyhmäksi on määritelty henkilöt, jotka ovat joko työmarkkinoiden käytettävissä tai aktiivisesti sinne pyrkimässä.

1. Vaikuttaako henkilön työmarkkina-asema kuntoutuspsykoterapian myöntämiseen? Onko esimerkiksi työttömällä tai kuntoutustuella olevalla yhtä hyvät mahdollisuudet saada myöntävä päätös kuin työtätekevällä tai opiskelijalla? (Aikuisten kohderyhmään määritellään kuuluviksi henkilöt, jotka opiskelevat, ovat työssä tai työelämää hakeutumassa).
2. Työelämätavoitteella tarkoitetaan tavoitetta tehdä ansiotyötä. Entä miten pyrkimistä kohti ansiotyötä arvioidaan ja miten se tulee osoittaa? Voidaanko ansiotyöksi lukea esim. tukityöllistettynä oleminen, työelämävalmennus tai työkokeilu? Vai riittääkö pelkästään se, että on rekisteröitynyt TE-toimistoon työttömäksi työnhakijaksi? Entä jos TE-toimiston asiakkuus on katkolla?
3. Pysyvä työkyvyttömyyseläke on etuusohjeiden mukaan este kuntoutuspsykoterapian saamiselle. Jos työkyvyttömyyseläkkeellä olevan henkilön tila paranisi niin paljon, että hän voisi olla työmarkkinoiden käytettävissä edes osatyökykyisenä, olisiko hänen mahdollista saada kuntoutuspsykoterapiaa? Edellytetäänkö edellä mainitulta henkilöltä myöntävän päätöksen saamiseksi kuntoutusterapiaan, että hän työkyvyttömyyseläkkeellä ollessaan työskentelee osa-aikaisesti vai riittääkö, että hän on työelämää aktiivisesti hakeutumassa?
4. Kuntoutujat jaetaan iän perusteella nuorten (16-25-vuotiaat) ja aikuisten (26-67- vuotiaat) ryhmään. Sovelletaanko kumpaankin ryhmään yhtä lailla kuntoutuspsykoterapian etuusohjeessa kuvattuja myöntämiskriteerejä? Vaikuttaako kuntoutujan ikä jollakin tavoin kuntoutuspsykoterapian myöntämiseen?
5. Mitkä ovat yleisimmät syyt siihen, että kuntoutuja saa kielteisen päätöksen kuntoutusterapiahakemukseen?
6. Kelalla on velvollisuus neuvoa ja ohjata kuntoutujaa kuntoutusmahdollisuuksien selvittämiseksi ja antaa tarvittaessa tietoa muista kuntoutusmahdollisuuksista, palveluista ja

niitä järjestävistä tahoista. Miten neuvotte ja ohjaatte kuntoutujaa, jolle ei myönnetä Kelan kuntoutuspsykoterapiaa?

Kuntoutuspsykoterapian myöntämiselle on edellytyksenä psykiatrinen diagnoosi, vähintään kolme kuuta kestänyt hoitosuhde sekä B-lääkärinlausunto tai kuntoutussuunnitelma, josta ilmenee yksilöllinen psykoterapian tarpeen arvio.

1. Etuusohjeiden mukaan lääkärin B-lausunto tai kuntoutussuunnitelma on suositus, ei sitovasti myöntämispäätöstä ohjaava asiakirja. Mitkä muut seikat huomioidaan myöntämispäätöksessä ja mikä on lääkärinlausunnon/kuntoutussuunnitelman painoarvo näihin nähden? Miten toimitaan esim. niissä tapauksissa, joissa vakuutuslääkärin arvio poikkeaa B-lausunnosta?
2. Miten lääkärinlausuntoa arvioidaan suhteessa kuntoutujan laatimaan hakemukseen, jossa hän kuvaa omaa tilannettaan?
3. Entä missä määrin sekä hoidettavan motivaatio sitoutua alkuvaiheen hoitoon että hoitavan tahon mahdollisuudet antaa sitä vaikuttavat kuntoutuspsykoterapian myöntämiseen?

Kela edellyttää kuntoutujalta sitoutumista kuntoutuspsykoterapiaan ja seuraa kuntoutuspsykoterapiassa edistymistä.

1. Miten kuntoutuspsykoterapiassa edistymistä mitataan ja mikä on psykoterapeutin lausunnon merkitys sen kannalta, että kuntoutuja voisi saada myöntävän päätöksen myös toisena ja kolmantena vuonna?
2. Entä, jos kuntoutujan ei katsota sitoutuneen riittävässä määrin kuntoutuspsykoterapiaan: voiko hän saada myöntävän päätöksen, mikäli hän toimittaa Kelaan ne asiakirjat, jotka tässä tapauksessa vaaditaan?
3. Miten usein kuntoutuspsykoterapiassa tulee käydä, jotta katsotaan että kuntoutuja on sitoutunut kuntoutuspsykoterapiaan?
4. Kuntoutuspsykoterapia ei korvaa hoitoa, vaan hoitosuhteen tulee jatkua psykiatriin tai muuhun hoitavaan tahoon myös kuntoutuspsykoterapian aikana. Mitä seuraa, jos näin ei tapahdu? (Esim. kuntoutuja tapaa psykiatria vain lausunnonsaamistarkoituksessa tai hoitava taho vaihtuu kuntoutujan toivomuksesta tai hoitosuhteessa on muita ongelmia, jotka vaikuttavat kuntoutujan sitoutumiseen)
5. Voidaanko kuntoutuspsykoterapiaa myöntää, mikäli kuntoutettava aikoo vaihtaa psykoterapeuttia?

Liite 2

Teemahaastattelurunko: asiantuntijalääkärit

3. Mikä on roolisi Kelan kuntoutuspsykoterapiapäätösten käsittelyssä ja ratkaisussa?

Kelan kuntoutuspsykoterapia on tarkoitettu työ- ja opiskelukyvyn turvaamiseksi. Kuntoutuspsykoterapian etuusohjeessa Kela on määritellyt psykoterapian tavoitteeksi kuntoutettavan työelämässä pysymisen, siinne palaamisen mahdollistamisen. Kohderyhmäksi on määritelty henkilöt, jotka ovat joko työmarkkinoiden käytettävissä tai aktiivisesti sinne pyrkimässä.

1. Pysyvä työkyvyttömyyseläke on etuusohjeiden mukaan este kuntoutuspsykoterapian saamiselle. Jos työkyvyttömyyseläkkeellä olevan henkilön tila paranisi niin paljon, että hän voisi olla työmarkkinoiden käytettävissä edes osatyökykyisenä, olisiko hänen mahdollista saada kuntoutuspsykoterapiaa? Edellytetäänkö edellä mainitulta henkilöltä puoltavan arvion saamiseksi kuntoutusterapiaan, että hän työkyvyttömyyseläkkeellä ollessaan työskentelee osa-aikaisesti vai riittääkö, että hän on työelämää aktiivisesti hakeutumassa?
2. Vaikuttaako kuntoutujan ikä jollakin tavoin puoltavan arvioon?
3. Vaikuttaako kuntoutujan työmarkkina-asema puoltavaan arvioon?

Kuntoutuspsykoterapian myöntämiselle on edellytyksenä psykiatrinen diagnoosi, vähintään kolme kuuta kestänyt hoitosuhde sekä B-lääkärinlausunto tai kuntoutussuunnitelma, josta ilmenee yksilöllinen psykoterapian tarpeen arvio.

4. Etuusohjeiden mukaan lääkärin B- lausunto tai kuntoutussuunnitelma on suositus, ei sitovasti myöntämispäätöstä ohjaava asiakirja. Mitkä muut seikat huomioidaan puoltavassa arvioissa ja mikä on lääkärinlausunnon/kuntoutussuunnitelman painoarvo näihin nähden? Milloin vakuutuslääkärin arvio poikkeaa hoitavan tahon arviosta?
5. Miten B-lausuntoa arvioidaan suhteessa kuntoutujan laatimaan hakemukseen, jossa hän kuvaa omaa tilannettaan?
6. Hoitosuhteeseen pitää sisältyä vähintään kaksi psykiatrikäyntiä B-lausunnon/kuntoutussuunnitelman laatimiseksi. Mitä muuta hoitosuhteelta edellytetään, jotta se katsotaan asianmukaiseksi? Entä, jos hoitava taho ei kykene tarjoamaan asianmukaista alkuvaiheen hoitosuhdetta? Mitä tarkoitetaan etuusohjeessa mainitulla alkuhoitoon sisältyvällä hyvän hoitokäytännön mukaisella kuntoutuspsykoterapian tarvearviolla? Edellyttääkö Kela joidenkin tiettyjen mittareiden tai soveltuvuuskriteereiden (esim. SPS, Suitability for Psychotherapy Scale) käyttöä arviota tehdessä? Vai riittääkö että etuusohjeen

luvussa 1.3.1.4 (terapian tarpeen arviointi) mainitut asiat käyvät B-lausunnosta/kuntoutussuunnitelmasta ilmi?

7. Entä missä määrin sekä hoidettavan motivaatio sitoutua alkuvaiheen hoitoon että hoitavan tahon mahdollisuudet antaa sitä vaikuttavat puoltavaan arvioon?
8. Kuntoutussuunnitelmaan/B-lääkärilausuntoon tulee sisältyä selvitys siitä, että muut kuntoutus- ja hoitomahdollisuudet on käyty läpi ja todettu riittämättömiksi. Riittääkö pelkkä arvio kuntoutus- ja hoitomahdollisuuksien riittämättömyydestä vai edellytetäänkö, että jo(i)tain niistä on käytetty?

Kuntoutuspsykoterapian etusohjeissa sanotaan, että kuntoutuspsykoterapian myöntämisen edellytyksenä on ”asianmukaisesti todettu ja diagnosoitu mielenterveyden häiriö”, joka ”uhkaa vakuutetun työ- tai opiskelukykyä”.

1. Miten arvioidaan mielenterveyden häiriön uhkaa työ- tai opiskelukyvylle? Voidaanko mielenterveyden häiriön katsoa uhkaavan työ- tai opiskelukykyä jo siinä tapauksessa, jos kriteerit mielenterveyshäiriölle täyttyvät ICD-10 tautijärjestelmän mukaisesti?
2. Mikä on diagnoosin merkitys muuten kuntoutusterapian saamiselle? Voiko esimerkiksi tietyn diagnoosin saaminen olla este kuntoutusterapian myöntämiselle tai hankaloittaa sen saamista?
3. Kelan kuntoutuspsykoterapian etusohjeissa sanotaan, että arvioitaessa kuntoutuspsykoterapian soveltuvuutta edellytetään, että kuntoutujan päihdeongelman tulee olla hoidettu niin, ettei se haittaa tuloksellista terapiaa. Mitä tämä tarkoittaa käytännössä?
4. Miten mielenterveyden häiriöön liittyvät sairaala -ja työkyvyttömyysjaksot vaikuttavat kuntoutuspsykoterapian saamiseen? Entä muu sairaushistoria?
5. Tuleeko kuntoutujan olla sitoutunut lääkehoitoon päästäkseen kuntoutuspsykoterapiaan?

Kela edellyttää kuntoutujalta sitoutumista kuntoutuspsykoterapiaan ja seuraa kuntoutuspsykoterapiassa edistymistä.

6. Joutuuko vakuutuslääkäri ottamaan kantaa myös kuntoutuspsykoterapian jatkohakemuksiin?
7. Miten kuntoutuspsykoterapiassa edistymistä mitataan ja mikä on psykoterapeutin lausunnon merkitys sen kannalta, että kuntoutuja voisi saada myöntävän päätöksen myös toisena ja kolmantena vuonna?
8. Voiko kuntoutettava saada puoltavan arvion kuntoutuspsykoterapiaa varten, mikäli hän on aikeissa vaihtaa psykoterapeuttia?
9. Mitkä ovat yleisimmät syyt, ettei hakemus saa puoltavaa arviota?

Liite 3

Haastattelurunko: psykiatrit

Kuntoutuspsykoterapiaa haettaessa tarvitaan B-lääkärilausunto tai kuntoutussuunnitelma, joka sisältää psykiatrin arvion kuntoutettavan diagnooseista ja kuntoutustarpeesta. Seuraavat kysymykset on suunnattu B-lääkärilausuntoja tai kuntoutussuunnitelmia laativille psykiatreille.

1. Kummalta aloite kuntoutuspsykoterapiaan hakeutumisesta useimmiten tulee, lääkäriltä vai kuntoutujalta?
2. Miten monen mielenterveys- tai päihdepalvelujen asiakkaan kohdalla aletaan pohtia kuntoutuspsykoterapiaan hakeutumista? Entä kuinka monelle kirjoitetaan kuntoutusterapiaa puoltava lausunto? Onko asiasta tilastotietoa?
3. Mitä asioita b-lausuntoon tai kuntoutussuunnitelmaan yleensä kirjataan?
4. Kelan kuntoutuspsykoterapian etusohjeen mukaan Kelan myöntämä tuki on tarkoitettu työ- tai opiskelukyvyn turvaamiseksi. Miten nämä Kelan asettamat tavoitteet vaikuttavat B-lausunnossa vaadittuun arvioon kuntoutuspsykoterapian tarpeesta? Ts. painotetaanko B-lausunnossa enemmän haittoja työ- ja opiskelukyvylle kuin toimintakyvylle?
5. Miten työ- tai opiskelukyvyn vaarantuminen todetaan? Riittääkö tähän psykiatrinen diagnoosi vai käytetäänkö muita mittareita?
6. Kela edellyttää kuntoutuspsykoterapiaa myöntääkseen kolme kuukautta kestänyttä hoitosuhdetta, johon kuuluu muutakin kuin diagnoosin määrittämiseen vaaditut psykiatrin tapaamiset (2 käyntikertaa). Millaisena tämä hoito toteutuu edustamassasi terveydenhoidon yksikössä ja miten nopeasti hoito on mahdollista aloittaa? Entä millaista hoitoa voitte antaa kuntoutujalle kuntoutuspsykoterapian aikana? Entä miten sitoutunut kuntoutettavan tulee olla tähän kuntoutusta edeltävään hoitoon ja millä tavoin B-lausuntoon/kuntoutussuunnitelmaan vaikuttaa se, jos kuntoutettavan ei katsota olevan riittävän sitoutunut edeltävään hoitoon?
7. Kelan kuntoutuspsykoterapian myöntämisen ehtona on se, etteivät muut hoito- ja kuntoutuskeinot ole riittäviä työ- tai opiskelukyvyn palauttamiseksi. Millaisia hoito- tai kuntoutuskeinoja ensin käytetään ennen kuin harkitaan kuntoutuspsykoterapiaan hakeutumista? Entä milloin kuntoutettavan tilanne katsotaan sellaiseksi, etteivät edellä mainitut keinot ole riittäviä?
8. Kela on määritellyt kuntoutuspsykoterapian kohderyhmäksi henkilöt, jotka ovat työmarkkinoiden käytettävissä tai aktiivisesti työmarkkinoille hakeutumassa. Vaikuttaako kuntoutettavan työmarkkina-asema B-lausuntoa varten laadittuun arvioon kuntoutuspsykoterapian tarpeesta? Entä voidaanko puoltava b-lausunto kirjoittaa

- kuntoutujille, jotka ovat työkyvyttömyyseläkkeellä, mutta joiden tila on siinä määrin kohentunut, että he kokevat, että voisivat olla työmarkkinoiden käytettävissä?
9. Vaikuttaako kuntoutujan ikä jotenkin siihen laaditaanko puoltava b-lausunto tai kuntoutussuunnitelma?
 10. Kelan kuntoutuspsykoterapiaa voidaan myöntää enintään kolmen vuoden ajaksi. Kuntoutuspsykoterapian myöntämiseen vaikuttaa myös se, miten todennäköistä on saavuttaa työelämätaavoite edellä mainitussa maksimijassa. Miten tämä asia vaikuttaa kuntoutuspsykoterapian tarpeen arviointiin?
 11. Kela edellyttää, että kuntoutujan päihteiden käytön tulee olla siinä määrin hoidettu, ettei se häiritse tuloksellista psykoterapiaa. Vaaditaanko puoltavan B-lausunnon kirjoittamiseksi päihteettömyyttä vai riittääkö se, että kuntoutuja on kyennyt vähentämään päihteiden käyttöä, siinä määrin, että psykoterapiassa todennäköisesti saavutetaan asetettuja tuloksia? Tai vaaditaanko, että tulee olla tietty aika päihteettömänä, ennen kuin voidaan harkita kuntoutuspsykoterapiaan ohjaamista? Entä minkälaista tukea on tarjolla niille kuntoutujille, joiden päihteiden käyttö ei ole riittävässä määrin hoidettu kuntoutuspsykoterapiaa ajatellen?
 12. Millä muulla tavoin kuntoutettavan soveltuvuutta psykoterapiaan arvioidaan? Käytetäänkö yksikössäsi ennalta sovittuja yhtenäisiä arviointikriteereitä (SPS-manuaali, käypähoito-ohje, muut ohjeet)? Voiko jokin psykiatrinen diagnoosi olla este tai vaikeuttaa B-lausunnon laatimista kuntoutuspsykoterapiaa varten?
 13. Jos arvioitte, että kuntoutettava ei hyödy riittävässä määrin Kelan kuntoutuspsykoterapiasta, mitä hoitoon tai kuntoutukseen liittyviä vaihtoehtoja teillä on tarjota kuntoutettavan tueksi? Kuntoutuspsykoterapiassa tapaamisia on 1-3 kertaa viikossa, pystytäänkö yksikössäsi antamaan yhtä intensiivistä hoitoa, mikäli sellaiselle on tarvetta? Voidaanko tällaisessa tapauksessa hakea kuntoutujalle Kelan vaativaa lääkinnällistä kuntoutusta?