



JUTTA PULKKI

Aluetason kuntoutusjärjestelmä

Rakenne, organisaatio ja toiminta
palvelujen saatavuuden näkökulmasta



AKATEEMINEN VÄITÖSKIRJA
Esitetään Tampereen yliopiston
terveystieteiden yksikön johtokunnan suostumuksella
julkisesti tarkastettavaksi terveystieteiden yksikön
luentosalissa, Medisiinarinkatu 3, Tampere,
17. päivänä helmikuuta 2012 klo 12.

English abstract

TAMPEREEN YLIOPISTO

AKATEEMINEN VÄITÖSKIRJA

Tampereen yliopisto, Terveystieteiden yksikkö

Sosiaali- ja terveystieteiden, hallinnon ja talouden valtakunnallinen tutkijakoulu (SOTKA)

Ohjaajat

Professori Elina Viitanen

Tampereen yliopisto

Professori Pekka Rissanen

Tampereen yliopisto

Esitarkastajat

Dosentti Vappu Karjalainen

Lapin yliopisto

Professori Marketta Rajavaara

Helsingin yliopisto

Copyright ©2012 Tampere University Press ja tekijä

Myynti

Tiedekirjakauppa TAJU

PL 617

33014 Tampereen yliopisto

Puh. 040 190 9800

Fax (03) 3551 7685

taju@uta.fi

www.uta.fi/taju

<http://granum.uta.fi>

Kannen suunnittelu

Mikko Reinikka

Acta Universitatis Tamperensis 1703

ISBN 978-951-44-8719-4 (nid.)

ISSN-L 1455-1616

ISSN 1455-1616

Acta Electronica Universitatis Tamperensis 1170

ISBN 978-951-44-8720-0 (pdf)

ISSN 1456-954X

<http://acta.uta.fi>

Tampereen Yliopistopaino Oy – Juvenes Print

Tampere 2012

SISÄLLYSLUETTELO

LUETTELO ALKUPERÄISISTÄ OSAJULKAISUISTA.....	5
TIIVISTELMÄ.....	6
SUMMARY	8
1. JOHDANTO.....	10
2. TUTKIMUKSEN KONTEKSTI – Hyvinvointijärjestelmien tavoitteet, rakenteet ja hallinta.....	14
2.1 Tavoitteena palvelujen saatavuus.....	15
2.1.1 <i>Palvelujen saatavuus terveydenhuollon kontekstissa</i>	16
2.1.2 <i>Palvelujen saatavuuteen vaikuttavat tekijät</i>	19
2.2 Keskitetyt ja hajautetut rakenteet muutoksessa.....	21
2.2.1 <i>Toimintojen keskittäminen ja hajauttaminen – puolesta ja vastaan</i>	22
2.2.2 <i>Kohti hajautettuja vai alueellisia rakenteita?</i>	24
2.3 Julkishallinnon organisoinnin muutos – hallinnoinnista hallintaan?	27
2.3.1 <i>Perinteinen julkishallinto, uusi julkisjohtaminen ja hallinta</i>	28
2.3.2 <i>Hallinnan tasoja ja koordinoitimekanismeja</i>	30
2.4 Yhteenvetoa hyvinvointijärjestelmistä – uudelleenorganisoinnin haasteet.....	32
3. KUNTOOUTUSJÄRJESTELMÄ – käsitteellinen, rakenteellinen ja toiminnallinen jäsenys.....	35
3.1 Kuntoutuksen määrittelyä.....	35
3.2 Kuntoutusjärjestelmän määrittelyä.....	37
3.2.1 <i>Järjestelmän historia – rajallisuudesta rajattomuuteen</i>	40
3.2.2 <i>Kuntoutuksen osajärjestelmät – keskitetyt ja hajautetut rakenteet</i>	41
3.2.3 <i>Hallinta kuntoutusjärjestelmässä</i>	44
3.3 Kuntoutusjärjestelmän toiminta ja kehittäminen.....	45
3.4 Yhteenvetoa kuntoutusjärjestelmästä – kuntoutuspalvelujen saatavuuden muotoutuminen	48

4. TUTKIMUKSEN LÄHTÖKOHDAT JA MENETELMÄT.....	52
4.1 Tutkimuksen tavoite ja tutkimuskysymykset	52
4.2 Tutkimuskohde ja -menetelmät	53
4.2.1 <i>Tutkimuskohteena sairaanhoitopiirin alueella toimivat osajärjestelmät</i>	53
4.2.2 <i>Mixed methods ja pragmatismi</i>	54
4.2.3 <i>Haastattelu- ja asiakirja-aineisto sekä analyysimenetelmät</i>	55
4.2.4 <i>Rekisteriaineisto ja analyysimenetelmät</i>	57
5. TULOSTEN YHTEENVETO JA ARVIOINTI	64
5.1 Aluetason kuntoutusjärjestelmän kuvaus	64
5.2 Kuntoutuspalvelujen käyttö ja jakautuminen alueella.....	66
5.3 Tulosten arviointi	69
5.4 Tutkimuksen toteutus ja menetelmien arviointi	73
6. POHDINTA – Aluetason kuntoutusjärjestelmän tarve, edellytykset ja vaihtoehdot.....	78
KIITOKSET	87
LÄHTEET	90
LIITTEET.....	104
ALKUPERÄISET OSAJULKAISUT.....	112

LUETTELO ALKUPERÄISISTÄ OSAJULKAISUISTA

- I Suoranta J., Viitanen E., Ashorn U. & Rissanen P. 2006. Alueellinen kuntoutusjärjestelmä yhteistyötoimikunnan jäsenten näkökulmasta. Kuntoutus 4/2006:30–41.
- II Suoranta J., Ashorn U., Rissanen P. & Viitanen E. 2008. Alueellinen uudelleenorganisointi ja hallinta kuntoutuksessa. Kunnallistieteellinen aikakauskirja, 1/2008:50–64.
- III Pulkki J., Rissanen P., Raitanen J. & Viitanen E. 2011. Use and distribution of rehabilitation services: a register linkage study in one hospital district area in Finland. *International Journal of Rehabilitation research* 34:2: 160–166.
- IV Pulkki J., Rissanen P., Raitanen J. & Viitanen E. 2011. Overlaps and accumulation in the use of rehabilitation services. *International Journal of Rehabilitation research* 34:3: 255–260. .

TIIVISTELMÄ

Kuntoutuksen järjestäminen on Suomessa usean eri hyvinvoinnin osajärjestelmän tehtävä. Kuntoutusjärjestelmä on lähtökohtaisesti kuvattavissa kompleksisena systeeminä, joka muodostuu näistä osajärjestelmistä. Tämän hajautuneen kuntoutusjärjestelmän ongelmista on puhuttu jo usean vuosikymmenen ajan, mutta empiiristä tutkimusta järjestelmän kokonaisuuden rakenteesta, organisoinnista ja toiminnasta ei ole juuri tehty.

Kuntoutusjärjestelmä on rakentunut yleisen hyvinvointijärjestelmän sisään. Hyvinvointijärjestelmien, kuten myös kuntoutusjärjestelmän piirteitä voi jäsentää niiden tavoitteiden, organisaatorakenteiden, sekä erilaisten hallinnantapojen mukaan. Kuntoutusjärjestelmään kuuluvilla osajärjestelmillä voidaan ajatella olevan yhteisenä tavoitteena kuntoutuspalvelujen järjestäminen, mutta keinot tavoitteeseen pääsemiseksi vaihtelevat. Kuntoutuksen osajärjestelmät ovat eriasteisesti keskitettyjä organisaatioita so. autonomisia suhteessa keskushallintoon. Lisäksi hallinnan keinot vaihtelevat osajärjestelmittäin. Nämä osajärjestelmien erilaiset piirteet johtavat yhtäältä nykyisen kuntoutusjärjestelmän kokonaisuuden hahmottamisen, ja toisaalta mahdollisen yhtenäisemmän järjestelmän muodostamisen vaikeuteen.

Yksi keskeisimmistä hyvinvointivaltion ja -järjestelmien tavoitteista on oikeudenmukaisuus, jota on käytännössä tarkasteltu muun muassa palvelujen saatavuutena. Tällöin tavoitteena ovat yhtäläiset palvelut yhtäläisessä tarpeessa oleville, sukupuolesta, iästä tai asuinpaikasta riippumatta. Huolimatta palvelujen saatavuuden tavoitteesta ja siihen tähdänneistä lukuisista kehittämishankkeista, on väestöryhmien välillä eroja hyvinvointipalvelujen käytössä. Kuntoutuspalvelujen saatavuuden voi ajatella muodostuvan prosessina, johon vaikuttavat niin järjestelmän rakenne, organisointi kuin käytännön toimintakin.

Selvitin tässä tutkimuksessa aluetason kuntoutusjärjestelmän rakennetta ja organisointia sekä kuntoutuspalvelujen käyttöä yhden sairaanhoitopiirin alueella. Kokonaiskuvan saamiseksi tarkastelin aluetason järjestelmää ja sen toimintaa mahdollisimman laajasti, kattaen kuntoutuksen eri tehtäväalueet - lääkinnällinen, ammatillinen, sosiaalinen ja kasvatuksellinen - sekä eri osajärjestelmät mahdollisuuksien mukaan. Pohdin aluetason kuntoutusjärjestelmän muodostamisen tarvetta ja edellytyksiä erityisesti kuntoutuspalvelujen saatavuuden näkökulmasta. Tutkimukseni vastaa kirjallisuudessa esitettyihin tutkimustarpeisiin kuntoutusjärjestelmän toimivuudesta ja kuntoutuspalveluiden kohdentumisesta.

Käytin tutkimuksessa sekä laadullisia että määrällisiä tutkimusmenetelmiä, mixed methods - tutkimusparadigman mukaan. Tutkimusaineisto koostui alueella toimineiden kuntoutuksen keskeisessä asemassa olleiden henkilöiden haastatteluista, osajärjestelmien asiakirjoista sekä kuntoutuspalvelujen käyttöä kuvaavista rekisteritiedoista. Haastattelut ja asiakirja-aineiston analysoin laadullisella sisällönanalyysillä. Haastattelujen avulla kartoitin alueellisen kuntoutusjärjestelmän rakennetta, ja asiakirjoista löytyneiden tavoitteiden kautta selvitin tarvetta ja edellytyksiä aluetason kuntoutusjärjestelmän muodostamiselle. Rekisteriaineiston analysoin soveltuvien tilastollisin menetelmin. Rekisteritietojen avulla selvitin alueella käytettyjen kuntoutuspalvelujen määrää, sisältöä ja jakautumista väestössä vuosina 2004 ja 2005.

Kuntoutusjärjestelmää ei koettu alueellisella tasolla yhtenäiseksi kokonaisuudeksi. Kuntoutusjärjestelmän hahmottamista aluetasolla vaikeutti sekä ulkoisten että sisäisten vastuualueiden jäsentymättömyys. Kuntoutuksen alueellisen kokonaisuuden kehittäminen tai koordinointi ei ollut minkään tahon vastuulla. Vaikka kuntoutuksen tavoite oli haastateltavien mukaan selkeä ja yhteinen eri osajärjestelmillä, ei näiden eri tahojen asiakirjoista löytynyt samansuuntaisia tavoitteita. Mikäli yhteisesti koordinoitun järjestelmän perustamisen ehtona pidetään eri tahojen yhteisiä tavoitteita, ei aluetason kuntoutusjärjestelmän muodostamiselle näyttänyt olevan edellytyksiä. Tutkimustulosten pohjalta yhteistä aluetason kuntoutusjärjestelmää ei siis ollut toiminnallisena kokonaisuutena hahmotettavissa, eikä kuntoutuksen järjestämisen kokonaisuutta oltu yhtenäisempään suuntaan kehittämässä. Tulosten perusteella yhden aluetason kuntoutusjärjestelmän muodostamisen sijaan saattaa olla ennemminkin muodostettavissa löyhempiä yhteistyöverkostoja eri kuntoutusmuotojen ympärille.

Kuntoutuspalvelut jakautuivat epätasaisesti alueen kuntien välillä suhteessa kuntien asukkaiden väestötason tarpeisiin. Vähiten palveluja käyttivät keskikokoisissa kunnissa asuvat. Lääkinnällistä ja ammatillista kuntoutusta käytettiin eniten isoissa kunnissa, kun taas sotiin liittyvän kuntoutuksen ja muiden kuntoutusmuotojen käyttö oli yleisintä pienimmissä kunnissa. Kuntoutuksen osajärjestelmistä kuntien tuottamia kuntoutuspalveluja käytettiin eniten. Suurimmat palvelujen käyttäjäryhmät olivat naiset ja työikäiset, erityisesti 50–57 -vuotiaat. Palvelujen käyttö laski jyrkästi nuorilla eläkeikäisillä, nousten taas noin 75 -vuotiailla. 9 % kuntoutujista käytti kahden tai useamman osajärjestelmän palveluja kahden vuoden aikana. Nämä ”moni-asiakkaat” käyttivät lisäksi noin neljänneksen kaikista kuntoutuspalveluista.

Aikaisemmat tutkimustulokset tukevat tässä tutkimuksessa saatua kuvaa kuntoutusjärjestelmästä ja kuntoutuspalvelujen käytöstä ja jakautumisesta väestössä. Tutkimuksen tulokset antavat erilaisia viitteitä aluetason tai muunlaisen yhtenäisemmän kuntoutusjärjestelmän muodostamisen tarpeesta. Yhtäältä yhtenäisen kuntoutusjärjestelmän tarve ja edellytykset eivät nousseet haastatteluissa ja asiakirjoissa esiin. Toisaalta rekisteriaineiston tulokset viittaavat palvelujen saatavuuden eroihin alueella. Muissa yhteyksissä on palvelujen saatavuuden ongelmiin vastauksena esitetty toimintojen, ja erityisesti rahoituksen keskittämistä. Aluetason kuntoutusjärjestelmän muodostamisen tarve nousee siten palvelujen saatavuuden turvaamisen tarpeesta yhdenvertaisesti alueen väestölle.

Aluetason kuntoutusjärjestelmän kehittämisessä on otettava huomioon eri toimintojen ja kuntoutuspalvelujen vaatimat erilaiset organisointirakenteet ja koordinoitavat. Esimerkiksi rahoituksen alueellinen keskittäminen vaikuttaa palvelujen saatavuuden turvaamisen näkökulmasta perustellulta, mutta palvelujen tuottamisen keskittäminen tulee harkita tilannekohtaisesti. Osajärjestelmien väliset yhteistyöhön perustuvat verkosto-organisaatiot saattavat toimia yksittäisten asiakastilanteiden kohdalla, mutta ne eivät välttämättä pysty vastaamaan kuntoutusjärjestelmän yleisempiin koordinointi-ongelmiin. Palvelukokonaisuuksien suunnittelemiseksi, koordinoimiseksi ja kehittämiseksi tarvitaan verkostoja tiiviimpiä, virallisempia organisaatorakenteita alueella. Mikäli kuntoutusjärjestelmää halutaan kehittää yhtenäisemmäksi, tulee lisäksi ottaa huomioon kuntoutuksen osajärjestelmien erilaiset kehityshistoriat, lainsäädännöt, toimintalogiikat, organisaatorakenteet ja hallintakeinot. Lopulta palvelujen saatavuuden turvaamiseksi muodostettava aluetason kuntoutusjärjestelmän kokonaisuus tulisi todennäköisesti näyttämään hybridiltä rakenteelta sisältäen sekä eriasteisesti keskitettyjä ja hajautettuja, että eri tavoin koordinoituja toimintoja.

SUMMARY

In Finland, several welfare systems organize rehabilitation. The rehabilitation system can be seen as a fragmented and complex construction formed by these subsystems. For decades there has been commentary on the failings in rehabilitation performance which are generated by this complex system. While the system is criticized, there are hardly any empirical studies of its structure, organization and performance as a whole.

The rehabilitation system is integrated into the general welfare system. The features of the welfare system, and also rehabilitation system, can be outlined through their objectives, organization structures and means of governance. Subsystems have a similar objective, to organize rehabilitation services, but the means to achieve this end vary. The organization structures of the subsystems vary in their degree of centralization: some are highly decentralized while others are fully centralized. There are also differences in the ways of coordination, e.g. the modes of governance in the subsystems. Altogether, these variations in the features of subsystems make it difficult to see the rehabilitation system as a whole, as well as the possibility to develop a more consistent entity.

One of the central objectives in welfare states and their systems is equity, which in practice is modified to access to the services. This means similar services to those with similar needs regardless of gender, age or place of residence. Despite the objective of access and many acts to achieve it, there are differences in use of services between people which are not explained by the need. Access to the services, including the rehabilitation services, is produced in a process affected by the structure and organization of the system as well as practices.

In this study the focus was in a regional rehabilitation system, its structure and organization, and in the use of rehabilitation services in one hospital district area. To study the regional system as a whole, all modes of rehabilitation – medical, occupational, social and educational – and different subsystems were included when possible. The need and preconditions to form a consistent regional rehabilitation system were discussed from the accessibility point of view. This study addresses the need to study the functioning of the rehabilitation system and the distribution of rehabilitation services.

Both qualitative and quantitative methods were used following the mixed-methods paradigm. Data consisted of interviews with rehabilitation experts in the area, and of documents collected from the subsystems. Interviews and documents were analyzed by using content analysis. The structure of the regional rehabilitation system was scrutinized by using the interviews and the need and possibilities to construct a consistent regional system were analysed through the objectives found from the documents. Additionally, register data were gathered and analysed using statistical methods to establish the quantity, content and distribution of rehabilitation services in the area in years 2004 and 2005.

The rehabilitation system was not considered a consistent system at the regional level. Particularly the lack of a clear area of responsibilities, both inside and outside of the system, blurred the picture of the regional system. The development and coordination of rehabilitation at the regional level was nobody's responsibility. While interviewees perceived that the objective was clear and common between the subsystems, similarities were not found from the documents.

If common objectives are a condition for establishing a consistent system, there are no grounds to form a regional system. Instead, it might be more possible to construct informal network structures based on cooperation around separate rehabilitation modes.

Rehabilitation services were allocated unequally between the municipalities in proportion to the need at population level. Services were used least in middle-size municipalities. Medical and occupational rehabilitation services were used most in large municipalities whereas other types of rehabilitation were commonly used in small municipalities. Out of all subsystems, rehabilitation services produced by municipalities were used most. Women and people in working age, particularly those from 50 to 57 years of age, used rehabilitation services most commonly. Utilization of services declined rapidly in young pensioners while rising again with people aged 75. Nine percent of rehabilitants used services produced by two or more subsystems in the two-year study period. These multi-clients used approximately a quarter of all rehabilitation services.

Previous studies support the results obtained here on the rehabilitation system and the use and distribution of rehabilitation services. On the other hand, the results from interviews and documents indicate no need or preconditions to form a consistent regional rehabilitation system. However, the results based on register data showed differences in access to services in the area, which is seen in other contexts as a reason to centralize actions, particularly the funding under one organization. The need to form a regional rehabilitation system arises from the objective to ensure access to services to all in the area.

When developing the regional rehabilitation system it should be taken into consideration that different actions and rehabilitation services need different kinds of organizational structures and means of coordination. For example, centralization of funding at regional level appears to be reasonable from the access point of view, but careful situation-based assessment is needed if the production of services is to be centralized. Current network organizations based on cooperation and created between subsystems may work in separate cases, but they cannot resolve coordination problems at the system level. To plan, coordinate and develop services in the region, a more formal and solid structure of organization is needed. Also, when developing a more consistent rehabilitation system it is necessary to consider the different history, legislation, logic of action, structures of organizations and means of governance within the subsystems. In the end the consistent regional system established to ensure access to services would probably appear as a hybrid structure consisting of both central and de-central parts, as well as different means of governance.

1. JOHDANTO

Suomessa erilaisten kuntoutuspalvelujen järjestäminen, organisointi ja toteutus on hajautettu eri osajärjestelmien tehtäväksi (Sosiaali- ja terveysministeriö 1979, Sosiaali- ja terveysministeriö 2003). Vaikka tällä integroinnilla on saavutettu hyviäkin tuloksia (Järvikoski 1994, 160–161), painottuu kirjallisuudessa hajautuneen kuntoutusjärjestelmän toiminnan kritiikki. Nykyisen kuntoutusjärjestelmän ongelmiksi on useaan otteeseen esitetty kokonaisuuden hallinnan ja koordinoinnin puute, palvelujen ja etuuksien viiveet, päällekkäisyydet sekä väliinpuutoamiset, ja näistä kaikista johtuva tehottomuus (mm. Lahtela, Grönlund, Röberg & Virta 2002).

Huolimatta kirjallisuudessa esitetyistä järjestelmän ongelmista, kuntoutusjärjestelmän toimintaa kokonaisuutena ei juuri ole systemaattisesti tutkittu (Järvikoski, Puumalainen & Vilkkumaa 1997). Kuntoutuksen makrotason tutkimus on lisääntynyt viime vuosina (Järvikoski 2010), mutta edelleen tutkimuksen painopiste on Suomessa yksittäisten kuntoutusinterventioiden arvioinnissa (Järvikoski 1994; Sosiaali- ja terveysministeriö 2001a; Järvikoski 2010). Jonkin verran on tutkittu kuntoutusprosesseja eri osajärjestelmissä ja niiden välillä, mutta aihetta on lähestytty enemmän kuntoutujien kuin kuntoutusjärjestelmän näkökulmasta (Lahtela ym. 2002; Järvikoski & Härkäpää 2004). Kuntoutuspalvelujen kohdentumisesta on tehty tutkimuksia ja tilastoraportteja, mutta ne ovat koskeneet pääsääntöisesti yksittäisiä osajärjestelmiä (vrt. Kela 2005; Kela 2006). Suomessa onkin katsottu olevan tarvetta lisätä kuntoutusjärjestelmän, erityisesti kuntoutuksen kohdentumisen tutkimusta (Kuntoutusselonteko 2002, 20; Sosiaali- ja terveysministeriö 2003).

Järvikosken, Puumalaisen ja Vilkkumaan (1997) mukaan kuntoutusjärjestelmän toiminnan kuvaus vaatii yksittäisten toimenpiteiden ja niiden lukumäärien sijaan kuvauksia toimenpidetokokonaisuuksista, eli eri organisaatioiden tietojen yhdistämistä asiakaskohtaisesti. Siira, Kallanranta ja Vierimaa (1993) yhdistivät eri tahojen asiakkaiden kuntoutustietoja yhdessä kunnassa, ja Winell ja Ståhl (1998) tutkivat eri tahojen tuottamaa kuntoutusta kolmessa kunnassa, mutta laajemmalla maantieteelliseltä alueelta tällaista selvitystä ei ole tehty. Kuntoutusjärjestelmän tutkimuksen traditiosta puuttuu siten järjestelmän toiminnan tarkastelu aluetasolla. Kansainvälisestikään ei vastaavia selvityksiä ole juuri tehty. Kansainvälisissä

kuntoutusjärjestelmään liittyvissä tutkimuksissa on tarkasteltu enimmäkseen kuntoutusprosesseja sekä -polkuja yksittäisissä sairaus- tai vamma-ryhmissä (vrt. Huang & Rubin 1997; Allen, Lyne & Griffiths 2002; Allen, Griffiths & Lyne 2004).

Kuntoutus on määritelty laaja-alaisesti, mikä johtaa muun muassa siihen, että sitä koskevat kysymykset ovat eri tieteenaloja kiinnostavia. Kuntoutuksen tieteenalakohtaiset määrittelyt näkyvät näkökulmissa, joilla kuntoutusta on tutkittu. Suikkasen (2000) mukaan esimerkiksi lääketieteellisen kuntoutuksen tutkimuksen kohteena ovat kuntoutusmekanismien tai -prosessin aikaansaamat muutokset yksilössä. Yhteiskuntatieteellisen kuntoutuksen tutkimuksen näkökulmana ovat puolestaan kuntoutuksen toteuttamisjärjestelmät ja sen toimintaympäristön väliset vuorovaikutussuhteet. Näistä kuntoutuksen tutkimuksessa on korostunut lääketieteellinen perinne, erityisesti arviointitutkimus, jolla on pyritty saamaan esille kuntoutuksen toimenpiteiden ja käytäntöjen hyöty, vaikuttavuus tai tehokkuus. (Suikkanen 2000, 20.)

Kuntoutuksen olemassa olevia sosiaalisia, poliittisia ja historiallisia olosuhteita pidetään usein annettuina. Näin ollen erilaisten toimintaympäristöjen tai toteuttamisjärjestelmän osuutta kuntoutuksen tuloksiin ja vaikutuksiin ei ole juuri tutkittu tai arvioitu. Kuntoutuksen tutkimuksessa tulisi Suikkasen (2000) mukaan kiinnittää huomiota kuntoutuksen institutionaalisiin ehtoihin. Tärkeällä sijalla ovat rakenteiden väliset vuorovaikutussuhteet sekä estävät ja mahdollistavat resurssit. (Suikkanen 2000, 22–24.)

Tässä tutkimuksessa selvitetään kuntoutusjärjestelmän rakenteellista ja toiminnallista kokonaisuutta. Tutkimus linkittyy Suikkasen esittämistä kuntoutuksen tutkimusperinteistä lähimmin yhteiskuntatieteelliseen perinteeseen. Tutkimusnäkökulma on tässä lähellä institutionaalisten ehtojen selvittämistä. Näkökulmani on järjestelmän rakenteissa ja sen tuottaman kuntoutuksen kohdentumisessa ja palvelujen saatavuudessa, ei esimerkiksi kuntoutuksen vaikuttavuudessa, hyödyssä tai tehokkuudessa. Kuntoutuksen tutkimusperinteitä enemmän tutkimukseni muistuttaa kuitenkin terveydenhuollon tutkimusta, jossa on perinteisesti arvioitu järjestelmien toimivuutta ja palvelujen saatavuutta (HSR-Europe 2011).

Aluetason kuntoutusjärjestelmän tarkastelu ja sen tulevaisuuden roolin pohtiminen on ajankohtaista nyt, kun Suomessa muodostetaan erilaisia sosiaali- ja terveyspalveluiden järjestämisen seutukunnallisia ja alueellisia yhteistoimintamalleja (vrt. Heikkilä, Kaakinen & Korpelainen 2003; Sisäasiainministeriö 2005; Sosiaali- ja terveysministeriö 2006; Pekurinen, Junnila, Idänpää & Wahlberg 2006; Kokko, Heinämäki, Tynkkynen, ym. 2009; Sosiaali- ja terveysministeriö 2010a). Aluetason kuntoutusjärjestelmän kokonaisuuden tarkastelun

mielekkyyks on sen tulevaisuuden mahdollisuuksissa kuntoutuksen rahoittajana, koordinoijana tai palvelujen järjestäjänä. Kuntoutuksen aluetason koordinointi tai kuntoutuspalveluiden järjestäminen voisivat olla ratkaisu muun muassa kuntien vähentyneiden resurssien synnyttämiin järjestämispaineisiin. Aluetasolla (sairaanhoidopiiri/maakuntataso) tapahtuva koordinointi tai palvelujen järjestäminen ovat vielä lähellä asiakkaita, kun taas esimerkiksi joissakin yhteyksissä esitetyt terveystalvelujen järjestämiseksi perustettavat miljoonapiirit voivat olla monessa tilanteessa liian suuria alueita pitkin etäisyysineen.

Perusteet palvelujen saatavuuden näkökulmaan löytyvät ensinnäkin palvelujen saatavuuden ja yleisimmin oikeudenmukaisuuden keskeisestä asemasta hyvinvointivaltion yhteiskuntapolitiikan tavoitteena (Saari & Yeung 2007). Perustuslakiin on kirjattu muun muassa tavoite tuottaa tarpeita vastaavia palveluja riittävästi ja yhdenmukaisesti (Perustuslaki § 19). Palvelujen saatavuus on ollut ja on yhä useiden poliittisten ohjelmien tavoitteena. Esimerkiksi Terveys 2015 -kansanterveysohjelman yhtenä painopisteenä on varmistaa jokaiselle Suomessa asuvalle yhtäläiset, laadukkaat ja riittävät palvelut tarpeen mukaan riippumatta sosioekonomisesta asemasta, taloudellisista edellytyksistä, asuinalueesta tai muista palvelujen käyttöä rajoittavista tekijöistä. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2001b, 28). Oikeudenmukaisuus on useassa yhteydessä nimetty myös yhdeksi kuntoutuksen perusarvoksi (mm. Dougherty 1991; Rubin & Millard 1991; Curtis 1998; Blackmer 2000; Rissanen 2000, 21).

Toiseksi palvelujen saatavuuden ja oikeudenmukaisuuden merkitys tarkastelukulmana nousee kuntoutuksen tavoitteista. Kuntoutuksen yleisesti esitettynä tavoitteena on ylläpitää tai parantaa ihmisten toimintakykyä. Kuntoutuksella luodaan siten vajaakuntoisille yhtäläisiä mahdollisuuksia osallistua yhteiskunnalliseen toimintaan (Aujoulat, d'Hoore & Deccache 2007; vrt. Daniels 1985, 11; Lehto 2008; Sen 2009). Tästäkään syystä ei ole yhdentekevää, kuinka palvelut jakautuvat. Kuntoutus kuuluu niiden väestön mahdollisuuksia tasaavien hyvinvointipalvelujen piiriin, joita on yhteiskunnallisesti tärkeä rahoittaa ja tuottaa, sekä huolehtia palvelujen tarkoituksenmukaisesta jakautumisesta (vrt. Boston 2000, 283; Culyer 2001). Myös poliittiset päättäjät ovat nimenneet kuntoutuksen toiseksi tärkeimmäksi kaikista sosiaali- ja terveydenhuollon toiminnoista, johon tulisi priorisoida enemmän resursseja (Lammintakanen & Kinnunen 2004).

Huolimatta palvelujen saatavuus sekä oikeudenmukaisuus -tavoitteista ja niihin tähdänneistä kehittämishankkeista, on väestöryhmien välillä käytännössä huomattaviakin eroja erilaisiin hyvinvointipalveluihin pääsyssä, niin Suomessa kuin muissa hyvinvointivaltioissa (mm.

Veenhoven 2000; Teperi 2004; Manderbacka, Gissler, Husman, ym. 2006; Pekurinen, Erhola, Häkkinen, ym. 2010). Yksi syy epäoikeudenmukaisiin käytäntöihin on rajalliset resurssit¹ (Esping-Andersen 2000; Williams 2005).

Kuntoutusjärjestelmän tutkimisen haasteena on siihen suoraan liittyvän teoreettisen kirjallisuuden ja käsitteistön puute. Tutkimuskohteen jäsenystä ja tulkintaa varten on käytettävä muissa yhteyksissä esitettyjä käsitteistöjä ja teorioita. Olen soveltanut eri tieteenalojen tutkimusta ja kirjallisuutta kuntoutuksen alaan. Käyttämäni kirjallisuus liittyy suurelta osin terveydenhuollon tutkimuksen kenttään, johtuen koulutus-alastani. Yhtä hyvin kuntoutuksen tutkimusta tehdessä voisi nojata sosiaalipoliittiseen, sosiologiseen, psykologiseen tms. kirjallisuuteen.

Tämä tutkimus on toteutettu pääsääntöisesti Tampereen yliopiston terveystieteiden yksikössä koordinoitun ja Kansaneläkelaitoksen rahoittaman tutkimusprojektin ”Toimiiko kuntoutusjärjestelmä?” puitteissa. Tutkimushanke alkoi vuonna 2005 ja päättyi vuonna 2011. Tutkimusryhmään kuului neljä senioritutkijaa ja kaksi tutkijaopiskelijaa. Tutkimushankkeessa tutkittiin kuntoutusjärjestelmää kahdella tasolla. Valtakunnallisella tasolla selvitettiin muun muassa poliittisten asiakirjojen pohjalta kuntoutusjärjestelmän muotoutumista ja muutoksen mahdollisuuksia (Miettinen 2011). Kuntoutusjärjestelmän alueellinen taso on tämän käsillä olevan tutkimuksen kohteena.

Tutkimukseni koostuu neljästä osajulkaisusta ja tästä yhteenvedosta. Jäsenän aluksi tutkimuksen kontekstin eli hyvinvointijärjestelmien tavoitteita, rakennetta ja hallintaa yleensä. Kolmannessa luvussa hahmottelen suomalaisen kuntoutusjärjestelmän piirteitä soveltaen muun muassa edellisen luvun käsitteistöjä. Neljännessä luvussa esittelen tutkimuksen menetelmät ja tulokset. Viidennessä luvussa pohdin osajulkaisuihin ja tähän yhteenvedoon kokoamaani kirjallisuustaustaan perustuen alueellisen kuntoutusjärjestelmän muodostamisen tarvetta, edellytyksiä ja vaihtoehtoisia organisointitapoja erityisesti palvelujen saatavuuden näkökulmasta. Yhteenvedon lopussa on väitöskirjakokonaisuuteen liittyvät empiiriset tutkimus-tulokset sisältävät osa-julkaisut.

¹ Itse asiassa koko kysymys yhteiskunnallisten ja yhteisten asioiden jakamisen oikeudenmukaisuudesta olisi epäoleellinen, jos resurssit olisivat rajattomat. Oikeudenmukaisuus on oleellinen kysymys tilanteissa, joissa rajallisia resursseja uudelleenjaetaan (Rawls 1971). Niukkojen resurssien oikeudenmukaisen jakamisen yhteydessä ihmisen oikeudet ja tasa-arvon vaatimukset joutuvat väistämättä puristuksiin (Hellsten 1996, 10).

2. TUTKIMUKSEN KONTEKSTI – Hyvinvointijärjestelmien tavoitteet, rakenteet ja hallinta

Hyvinvointijärjestelmillä tarkoitan tässä palvelu- ja etuusjärjestelmiä, jotka on luotu hyvinvointivaltion ja -politiikan tavoitteiden edistämiseksi. Erilaiset hyvinvointijärjestelmät ovat siten erottamattomasti yhteydessä hyvinvointivaltioiden kehitykseen. Hyvinvointivaltion ja -järjestelmien tavoitteet nousevat yhteiskunnallisesti hyväksytyistä ja tärkeänä pidetyistä arvoista (vrt. Levine & White 1961, 587). Pohjoismaisten hyvinvointivaltioiden perinteisiä ja keskeisiä periaatteita ovat universalismi ja oikeudenmukaisuus. Palvelujen saatavuus on puolestaan yksi oikeudenmukaisuuden indikaattori, sekä keskeinen tavoite ja kehittämiskohde. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2001b; Figueras, Saltman, Busse & Dubois 2004; Roberts, Hsiao, Berman & Reich 2004, 114.) Nämä periaatteet ovat saaneet rinnalleen viime vuosikymmenien taloudellisen, kulttuurisen ja poliittisen ilmapiirin muutosten myötä muun muassa tehokkuuden, laadun ja asiakaslähtöisyyden tavoitteet. Hyvinvointijärjestelmien rakenteet ja organisointitavat ovat muuttuneet tai muuttumassa vastaamaan näihin uusiin tavoitteisiin. (vrt. Scott & Thynne 1994; Bishop & Connors 2003; Magnussen, Vrangbaek, Saltman & Martinussen 2009, 4; Martinussen & Magnussen 2009.)

Hyvinvointijärjestelmiä ovat muun muassa sosiaali- ja terveydenhuolto-, koulutus-, työttömyysturva-, sairausvakuutus- ja eläketurvajärjestelmät. Hyvinvointijärjestelmien kuvaukselle ei ole vakiintuneita käytäntöjä. Järjestelmiä voi kuvata niiden erilaisten ominaisuuksien, kuten tavoitteiden, tehtäväalueiden, hallinnon tai muiden rakenteiden keskittämisenä ja hajauttamisena suhteessa valtioon, sekä rahoitusmallien mukaan. Eri maiden hyvinvointijärjestelmät kuin myös eri hyvinvointijärjestelmät yhden valtion sisällä poikkeavat näiltä ominaisuuksiltaan toisistaan. (vrt. Kari & Markwort 2005; Harisalo 2008, 19–28.)

Magnussen ym. (2009, 6–13) ovat esittäneet ja vertailleet Pohjoismaiden terveydenhuollonjärjestelmien piirteitä kolmessa tasossa. He ovat eritelleet näihin tasoihin liittyviä tärkeimpiä osatekijöitä sekä kullekin näistä erilaisia vaihtoehtoisia käytännön ratkaisuja.

Ensimmäinen taso muodostuu tavoitteista, kuten oikeudenmukaisuus ja kansalaisten osallistuminen. Toisen tason muodostavat rakenteet, erityisesti rahoituksen, hallinnon, poliittisen päätöksenteon sekä palvelujen tuotannon rakenteelliset vaihtoehdot. Kolmanteen tasoon on puolestaan koottu käytännötason järjestelyjä, joissa poliittiset periaatteet ja rakenteet operationalisoituvat. Olen tässä tutkimuksessa tarkastellut tavoitteita, rakenteita – erityisesti toimintojen keskittämistä ja hajauttamista – sekä organisoinnin tapoja – erityisesti hallintaa – kuntoutusjärjestelmän jäsentämiseksi.

Hyvinvointijärjestelmien kuvauksessa olen soveltanut politiikan tutkimuksen ja terveydenhuoltotutkimuksen teorioita, kun kohteena ovat olleet hyvinvointivaltion ja -järjestelmien tavoitteet, rooli ja sen muutos, ja politiikan tutkimuksen ja hallintotieteen teorioita, kun esittelen organisaation² rakenteen ja hallinnon muutosta (vrt. Anttiroiko, Haveri, Karhu, Ryyänen & Siitonen 2003, 138–139; Burau & Vabo 2011, 141). Organisaatioilla ja tahoilla viitataan jatkossa yksittäisiin kuntoutuksen osajärjestelmiin, kuten Kansaneläkelaitokseen, ja järjestelmällä viitataan näiden osajärjestelmien muodostamaan, osajärjestelmien välisiä erilaisia yhteyksiä sisältävään, suurempaan kokonaisuuteen (vrt. Angyal 1969, 20–28).

2.1 Tavoitteena palvelujen saatavuus

Hyvinvointijärjestelmien keskeisimpiä tavoitteita ovat palvelujen saatavuus ja yhtäläiset mahdollisuudet muun muassa palveluihin ja terveyteen. Nämä tavoitteet ovat konkretisoituneita päämääriä hyvinvointivaltioiden laajemmasta ja abstraktimmasta oikeudenmukaisuuden tavoitteesta. Oikeudenmukaisuutta on määritelty useaan eri tapaan.³ Oikeudenmukaisuus on määritelmästä riippumatta ideaali tila, johon tuskin todellisissa käytännöissä lopullisesti ja kokonaan päästään. Vaikka tämä ideaali ei täydellisesti toteutuisikaan, jo sen tavoittelu vähentää epäoikeudenmukaisia käytäntöjä. Koska yhteiskuntamme muuttuu ajassa, niin muuttuvat myös oikeudenmukaisuuteen liitettävät ilmiöt. Tänä päivänä suomalaisessa hyvinvointiyhteiskunnassa ollaan huolissaan koko väestön yhtäläisistä mahdollisuuksista saada palveluja, ja

² Hallintotieteessä organisaatioita on kuvattu ainakin ihmisten yhteenliittymiksi jonkin tarkoituksen toteuttamiseksi (Vartola 2009).. Organisaationäkökulmaan verrattuna järjestelmäteoriassa otetaan huomioon organisaation vuorovaikutteinen suhde toimintaympäristöönsä ja muihin organisaatioihin (Harisalo 2008, 195).

³ Yleisiä oikeudenmukaisuusteorioita ja -käsityksiä on lukuisa joukko, joihin en tässä yhteydessä syvemmin paneudu. Todettakoon kuitenkin, että ymmärrän oikeudenmukaisuuden yhteiskuntafilosofiana joka liittyy poliittisiin teorioihin ja yhteiskunnan pohdintoihin (vrt. Lagerspetz & Räikkä 2007).

oikeudenmukaisuuteen liitetään muun muassa yhdenvertainen kohtelu, syrjimättömyys ja ihmisarvon kunnioittaminen (Sosiaali- ja terveysministeriö 2001c).

Hyvinvointipalvelujen saatavuus ja yhdenmukainen kohdentuminen ovat tärkeitä edellytyksiä oikeudenmukaisuuden toteutumiselle. Palvelujen ajatellaan kohdentuvan oikeudenmukaisesti, kun palvelujen saamiseen vaikuttaa henkilön tarve, eikä esimerkiksi henkilön ikä, sukupuoli, sosiaalinen asema tai asuinpaikka (Teperi 2004, 106). Alueellisia ja väestöryhmien välisiä eroja, joita eivät erilaiset tarpeet selitä, on kuitenkin havaittu jo useamman vuosikymmenen ajan erilaisten hyvinvointipalvelujen saatavuudessa niin Suomessa kuin toisaallakin. (Häkkinen 1992; Keskimäki 1997; Teperi 2004; Figueras, Saltman, Busse & Dubois 2004; Vuorenkoski, Mladovsky & Mossialos 2008; Manderbacka ym. 2006.)

2.1.1 Palvelujen saatavuus terveydenhuollon kontekstissa

Terveyden ja terveydenhuollon oikeudenmukaisuus ovat hyvinvointivaltioiden tunnusomaisia tavoitteita (Calltrop & Larivaara 2009), kuin myös laajalti tutkittuja ilmiöitä. Terveyden ja terveydenhuollon kontekstissa oikeudenmukaisuus määritellään erilaisin tavoin (Culyer 2001). Sosioekonomisen aseman tai tulojen yhteys terveyteen ja palvelujen käyttöön, sekä terveyden, palveluprosessien ja palvelujen saamisen mahdollisuuksien yhtäläisyys ovat oikeudenmukaisuuden näkökulmia, joita voi alan kirjallisuudesta löytää. Näillä lähestymistavoilla on puolustajansa ja vastustajansa. (Anand, Peter & Sen, 2004.) Esimerkiksi on sanottu, ettei oikeus terveyteen ole järkevä yhteiskunnallinen tavoite, mutta oikeus terveydenhuoltoon, toimiin, jotka edistävät terveyttä, on tarkoituksenmukainen päämäärä (Daniels 1985, 6). Hyvinvointijärjestelmien yhteydessä onkin omaksuttu erityisesti prosessien oikeudenmukaisuus ja palvelujen saatavuuden -näkökulmat, kuten yhtäläiset käytännöt kaikille (Leenen, 1986), ja yhtäläinen pääsy yhtäläisessä tarpeessa oleville (Black & Mooney, 2002).⁴

Terveydenhuollon oikeudenmukaisuuden yhteydessä on niin teorioissa kuin poliittisissa tavoitteenasetteluissa viitattu palvelujen saatavuuteen tai mahdollisuuksiin saada palveluja (Sosiaali- ja terveysministeriö 2001b; Figueras ym. 2004; Sosiaali- ja terveysministeriö 2011).

⁴ Terveydenhuoltotutkimuksen, erityisesti terveystaloustieteellisen tutkimuksen yhteydessä on eroteltu horisontaalinen oikeudenmukaisuus, jolla tarkoitetaan yhtäläisessä tarpeessa olevien potilaiden hoitamista samojen periaatteiden mukaisesti, ja vertikaalinen oikeudenmukaisuus, joka viittaa puolestaan siihen, että erilaisia tapauksia hoidetaan eri tavoin (Culyer 2001; Figueras ym. 2004; Teperi 2004, 107).

Daniels (1985) on teoriassaan painottanut reiluja yhtäläisiä mahdollisuuksia (*fair equal opportunities*) terveystalvelujen saatavuudessa. Senin (1992) mukaan mahdollisuudet pitäisi nähdä huomattavasti laajemmin kuin usein tehdään. Mahdollisuus ei ole vain poliittisessa kirjallisuudessa usein viitattua tiettyjen välineellisten asioiden yhtäläistä saatavuutta, vaan se on yhtäläistä pystyvyyttä (*capability*) elää elämäänsä omien elämänsuunnitelmien mukaan (Sen 1992; Daniels 1985). Hyvinvointipalvelujen saatavuus muodostaa osan mahdollisuuksista (Gulzar 1999), mutta palvelujen käyttö myös luo parhaimmillaan sosiaalisia, toiminnallisia ynnä muita mahdollisuuksia lisäämällä ihmisten terveyttä tai voimaantumista (Daniels, Kennedy & Kawachi 2004).

Mahdollisuuksien kohteet muuttuvat riippuen tarkastelun näkökulmasta. Mahdollisuuksia voi tarkastella muun muassa resurssi- tai tulos-näkökulmista. Resurssi-näkökulma korostaa yhtäläisiä mahdollisuuksia päästä palveluihin (vrt. Oliver & Mossialos 2004), kun taas tulos-näkökulma viittaa terveyden tai hyvinvoinnin yhtäläisiin mahdollisuuksiin (Arneson 1989). Mahdollisuutta saada palveluja voidaan tarkastella lisäksi niin yksilön kuin järjestelmän näkökulmasta. Mahdollisuudella voidaan tarkoittaa suhteellisen rajattua tapahtumaa – esimerkiksi hetkeä, jolloin palvelu alkaa – tai se voi tarkoittaa monen eri tapahtuman jatkumoa, prosessia, jossa mahdollisuus syntyy. Järjestelmä-näkökulmassa fokus on rakenteissa ja käytännöissä, jotka vaikuttavat palveluihin pääsyyn. Mahdollisuus saada palveluja luodaan prosessissa alkaen sosiaalisista oikeuksista, poliittisista tavoitteenasetteluista, organisaation käytännöistä ja lopulta itse palvelun käyttämisestä. (Aday & Andersen 1974.)

Palvelujen saatavuutta on niin ikään määritelty eri tavoin terveydenhuollon kontekstissa. Andersen on kollegoineen käsitteellistänyt terveystalvelujen saatavuutta 1970-luvulta lähtien (Aday & Andersen 1974; Andersen, McCutcheon, Aday, Chiu & Bell 1983; Andersen 1995). Andersen ym. (1983) ovat jakaneet palvelujen saatavuuden kahteen vaiheeseen: potentiaalinen saatavuus viittaa resursseihin, jotka mahdollistavat palveluihin pääsyn, kun reaalinen saatavuus viittaa puolestaan toteutuneeseen palvelujen käyttöön. Reaalinen saatavuus on ollut potentiaalista saatavuutta useammin tutkimusten kohteena, sillä se on helpommin operationalisoitavissa (Oliver & Mossialos 2004). Potentiaalinen ja reaalinen saatavuus muistuttavat yhdessä edellä kuvattua mahdollisuuksien prosessia. Roberts ym. (2004) ovat puolestaan erotelleet fyysisen saatavuuden, eli, että palveluja on tarjolla lähellä, sekä tehokkaan saatavuuden, eli kuinka helppoa ihmisten on saada palveluja. Tehokas saatavuus sisältää lukuisan joukon muita määreitä, kuten hinnat, resurssit ja organisaatorakenteen. Robertsin ja kollegoiden mukaan tehokas

saatavuus on sekä poliittisten päätösten että käytännön toiminnan seurausta. (Roberts ym. 2004, 114–115.) Gulzar (1999) on tehnyt terveystalouden saatavuuden käsitteestä kirjallisuuskatsauksen, ja päättyy esittämään seuraavan kokoavan määritelmän:

Access to health care is defined conceptually as the fit among personal, sociocultural, economic, and system-related factors that enable individuals, families, and communities to have timely, needed, necessary, continuous, and satisfactory health services.

Tämä määritelmä ottaa huomioon sekä tarjonta-puolen eli järjestelmän, että kysyntä-puolen eli käyttäjien piirteet, joiden on niin ikään tunnistettu vaikuttavan palvelujen saatavuuteen (Hagglund, Clark, Hilton & Hewett 2005).

Huolimatta oikeudenmukaisuuden tavoitteista, on väestöryhmien välillä eroja palvelujen käytössä, mitkä eivät selity erilaisilla tarpeilla. Osa palvelujen käytön eroista on selitettävissä erilaisella palvelujen saatavuudella. Palvelujen saatavuuden eroissa ei ole puolestaan kyse vain yksittäisten palvelujen epäämisestä, vaan kauskantoisiakin seurauksia aiheuttavasta epäkohdasta. Epäoikeudenmukainen pääsy palveluihin luo edelleen terveyden ja yhteiskuntaan osallistumismahdollisuuksien epätasa-arvoisuutta (Whitehead & Dahlgren 2006), ja usein jo ennestään heikoimmassa asemassa olevat, kuten syrjäytyneet, työttömät ja monisairaajat, ovat niitä, jotka joutuvat kärsimään (vrt. Gwatkin, Bhuiya & Victora 2004; Whitehead, Dahlgren & MacIntyre 2007, 354). Suomessa erikoissairaanhoidon palvelujen käyttäjät tulevat useimmin hyvätuloisten ryhmästä. Perusterveydenhuollon palvelujen suurimmat käyttäjäryhmät löytyvät puolestaan huonompituloisista. Näitä trendejä selittää ainakin osittain työterveyshuoltojärjestelmämme sekä julkisin varoin subventoitu yksityinen terveydenhuolto, joiden käyttäjät kuuluvat suurempiin tuloryhmiin ja joiden lähetekäytännöt erikoissairaanhoidon ovat suotuisimmat. (Doorslaer van, Wagstaff, Burg der van, ym. 2000; Keskimäki 2010, 203; Pekurinen ym. 2010.)

Palvelujen käytön alueellisiin ja väestöryhmittäisiin eroihin on kiinnitetty Suomessa huomiota jo usean vuosikymmenen ajan. Keskimäki (2010) kirjoittaa oikeudenmukaisuuden olleen keskeinen tavoite niin sairausvakuutuslain, kansanterveyslain, työterveyshuollon ja 1990-luvun valtionosuusuudistuksenkin aikoihin. Huolimatta vuosikymmenten pyrkimyksistä, nousevat oikeudenmukaisuuden kysymykset ja käytännöissä todetut epäkohdat edelleen poliittisten ohjelmien keskiöön. (Sihto & Keskimäki 2000; Teperi 2006; Keskimäki 2010.) Viime vuosina

on yritetty tasata erityisesti alueellisia eroja palvelujen käytössä. Palvelujen yhdenvertaistamiseen on pyritty muun muassa hoitotakuulla (Sosiaali- ja terveysministeriö 2004), kunta- ja palvelurakennemuutoksella eli ns. PARAS-hankkeella (mm. Valtiovarainministeriö 2009; Kokko ym. 2009) ja terveydenhuollon lakiuudistuksilla (Sosiaali- ja terveysministeriö 2010a; Sosiaali- ja terveysministeriö 2011).

2.1.2 Palvelujen saatavuuteen vaikuttavat tekijät

Useat tekijät vaikuttavat hyvinvointipalvelujen saatavuuteen. Aihepiiristä tehdyt uudemmat tutkimukset ovat keskittyneet vain joihinkin yksittäisiin saatavuuteen vaikuttaviin tekijöihin, laajemman synteesin jäädessä taka-alalle, joitakin poikkeuksia lukuunottamatta (Doorslaer van ym. 2000). Palvelujen saatavuuden ongelmista johtuvat epäoikeudenmukaisuudet ja niiden syyt olisi tunnistettava entistä paremmin (Dalhgren & Whitehead 2007), jotta niihin voisi paremmin puuttua (Goddard & Smith 2001). Syytekijöiden tunnistaminen on kuitenkin vaikeaa, johtuen niiden moninaisuudesta (Goddard & Smith 2001; Oliver & Mossialos 2004). Joitakin yhteisiä palvelujen saatavuuteen vaikuttavia tekijöitä on löydettävissä, mutta erilaisilla palveluilla eri hyvinvointijärjestelmissä on todennäköisesti myös omat kompastuskivensä, joiden tunnistaminen on tehtävä omassa kontekstissa (vrt. Scheer, Kroll, Neri & Beatty 2003).

Olen koonnut tauluun 1 pääsääntöisesti terveydenhuollon teoreettisesta ja empiirisestä tutkimuskirjallisuudesta tekijöitä, jotka vaikuttavat palvelujen saatavuuteen. Lähtökohtana käytin Andersenin ja kollegoiden (Aday & Andersen 1974; Andersen ym. 1983; Andersen 1995) sekä Gulzarin (1999) tutkimuksia. Taulun muodostamisessa käytetty kirjallisuus löytyy liitteestä 1. Jaottelin tekijät kolmeen ulottuvuuteen: yksilölliset, sosiokulttuuriset ja järjestelmään liittyvät. Nämä tekijät voivat vaikuttaa palvelujen saatavuus -prosessin eri kohdissa – lainsäädäntö, poliittiset tavoitteenasettelut, organisaation käytännöt, palvelujen käyttö – enkä siksi jaotellut niitä esimerkiksi potentiaalisen ja reaalisen saatavuuden mukaan, kuten on aikaisemmin tehty (Andersen ym. 1983).

Taulu 1. Palvelujen saatavuuteen vaikuttavat tekijät

YKSILÖLLISET TEKIJÄT		
<u>Demografiset tekijät</u> 1 Ikä 2 Sukupuoli 3 Terveystila / sairaus 4 Etninen tausta	<u>Sosioekonominen asema</u> 1 Koulutus 2 Ammatti ja työstatus 3 Tulot 4 Asuinpaikka	<u>Kognitiiviset tekijät</u> 1 Oletukset ja odotukset 2 Itsetunto 3 Tietämättömyys/tieto 4 Halukkuus 5 Preferenssit
SOSIOKULTTUURISET TEKIJÄT		
<u>Kulttuuri</u> 1 Arvot 2 Uskomukset 3 Etnisyys 4 Uskonto	<u>Sosiaalinen tuki</u> 1 Perheen tuki 2 Sosiaalinen hyväksyntä	
JÄRJESTELMÄÄN LIITTYVÄT TEKIJÄT		
<u>Fyysiset tekijät</u> 1 Maantieteellinen saatavuus - Paikalliset vs. keskitetyt palvelut - Sijainti, etäisyydet - Kuljetukset - Matka-aika 2 Fyysinen saatavuus - Arkkitehtuuri	<u>Taloudelliset tekijät ja muut resurssit</u> 1 Rahoitus 2 Resurssit - Ihmiset - Materiaali 3 Kustannukset - Suorat kustannukset - käyttäjämaksut, lääkekulut - Epäsuorat kustannukset - menetetty työaika ja tulot - matkustusaika ja yöpymiskulut	<u>Toiminnalliset tekijät</u> 1 Organisointi - Järjestelmään sisäänpääsy - Hallinto, koordinointi, suunnittelu 2 Käytännöt - Tarvearviointi - Lähetekäytännöt - Päätöksenteon käytännöt - Tiedonkulun käytännöt 3 Palvelut - Hoitomenetelmä, kulut ja pituus - Palvelun volyyymi - Palveluvaihtoehdot - Palvelun laatu - Palvelun olemassaolo

Tämän tutkimuksen kannalta kiinnostavat tekijät liittyvät järjestelmään, sen organisointiin, rakenteisiin ja käytäntöihin. Järjestelmään tai, kuten usein nimetään, tarjontapuoleen (Larson & Fleishman 2003) liittyvät tekijät olen jaotellut fyysisiin, taloudellisiin ja toiminnallisiin. Fyysisistä tekijöistä maantieteellinen saatavuus, joka viittaa palvelujen läheisyyteen, on kirjallisuudessa laajasti keskusteltu saatavuuteen vaikuttava tekijä (mm. Oliver & Mossialos, 2004; Hanratty, Zhang & Whitehead 2007). Palvelujen kaukainen etäisyys on todettu olevan yhteydessä erityisesti vanhemman väestön terveystaloudellisten palvelujen vähäisempään käyttöön (Santana

2000; Quesnel-Barbet, Nuttens, Aublet-Curellier, ym. 2005). Taloudellisten ja muiden resurssien puute aiheuttaa ongelmia palvelujen saatavuudessa (mm. Gulzar 1999; Goddard & Smith 2001; Black & Mooney 2002). Palveluja ei voida tarjota, mikäli alueella ei ole henkilökuntaa. Henkilöstöpula on todettu ongelmaksi erityisesti syrjä- tai maaseuduilla (mm. Larson & Fleishman 2003).

Fyysisten ja taloudellisten tekijöiden lisäksi palvelujen saatavuuteen vaikuttavat myös toiminnalliset, organisointiin ja käytäntöihin liittyvät tekijät. Organisoinnin vaikutuksista palvelujen saatavuuteen löytyi muutama viittaus, mutta vaikutusmekanismit jäävät epäselviksi (Aday & Andersen 1974; Gulzar 1999; Black & Mooney 2002). Käytännöt, kuten tarvearviointi, lähetekäytännöt, päätökset ja tiedon jakaminen, vaikuttavat hyvin todennäköisesti palvelujen saatavuuteen (Gulzar 1999; Culyer 2001; Goddard & Smith 2001). Henkilöstön rooli tarpeen arvioijina, tiedon jakajina ja ”portinvartijoina” on siten merkittävä tekijä palvelujen saatavuuden kannalta (Goddard & Smith, 2001). Lähetekäytännöistä on muun muassa havaittu eroja väestöryhmien välillä niin, että lääkärit lähettävät jatkotutkimuksiin useammin hyvä- kuin huonotuloisia (Hanratty, Zhang & Whitehead 2007). Syiksi erilaisiin toimintakäytäntöihin on esitetty henkilöstön vaihtelevia intressejä sekä tietotaitoa (Goddard & Smith 2001; Whitehead & Dalhgren 2006).

Palvelujen saatavuutta on tutkimuksissa lähestytty usein palvelujen käyttöä ja käytön jakautumista väestössä tarkastelemalla. Tämä siksi, että palvelujen käyttöä ja jakautumista on kohtalaisen helppo tutkia erilaisten käyttöä kuvaavien rekisterien ja tilastojen avulla. Pitää kuitenkin muistaa, että palvelujen käyttö ei suoraan kerro palvelujen saatavuudesta, vaan antaa siitä korkeintaan viitteitä. (Whitehead, Evandrou, Hagglund & Diderichsen 1997; Goddard & Smith 2001; Burström 2002; Oliver & Mossialos 2004, 656–658.)

2.2 Keskitetyt ja hajautetut rakenteet muutoksessa

Hyvinvointijärjestelmissä valtiolla tai keskushallinnolla on perinteisesti ollut merkittävä rooli palvelujen ja etuuksien järjestäjänä. Mitä vahvempi on valtion rooli, sen keskitetyimmistä rakenteista puhutaan. Valtion rooli vaihtelee suuresti eri maissa kuin myös maiden sisällä eri hyvinvointijärjestelmissä. Vuosikymmenien aikana kun toimintaympäristöt, -ehdot ja -mahdollisuudet ovat muuttuneet, on muutosvaateita noussut myös järjestelmän perinteisiä rakenteita kohtaan. (Magnussen ym. 2009.)

Hyvinvointijärjestelmien reformeissa on usein kyse palvelujen järjestämisen rakenteiden uudistamisesta. Uudistukset ovat kohdistuneet perinteisesti organisaation kokoon tai julkishallinnon sisäisiin palveluntuottamisen rakenteisiin. Näitä rakenneuudistuksia ovat esimerkiksi virallisten säännösten vahvistaminen ja vallan keskittäminen, joiden on ajateltu toimivan hyvin yksinkertaisissa ja vakaisissa organisaatioissa. Eri aikoina ja eri teorioiden valossa painottuvat toisaalta pienet hajautetut yksiköt, joiden ajatellaan lisäävän vastuullisuutta ja tehokkuutta, ja toisaalta suuremmat keskitetyt yksiköt, joiden eduiksi nimetään palvelujen koordinointi ja skaalaedut. (Boyne 2003; Ladner 2005 145.)

2.2.1 Toimintojen keskittäminen ja hajauttaminen – puolesta ja vastaan

Keskushallinnon hajauttamisen asteet ja muodot vaihtelevat sen mukaan, mitä toimintoja ja kuinka ne on hajautettu. Toiminnoista voidaan hajauttaa rahoitus, poliittinen päätöksenteko, hallinnollinen päätöksenteko (muun muassa palvelupäätökset) ja palvelujen tuotanto. (Pollit, Birchall & Putnam 1998). Hajauttamisen asteet on jaoteltu dekonsentraatioon, delegointiin ja devoluutioon. Dekonsentraatio viittaa keskushallinnon tehtävien siirtämiseen alueellisille tai paikallisille yksiköille. Keskukselle jää valta määrittää politiikan sisältö ja alueelliset ja paikalliset yksiköt omaavat hyvin rajoitetun toimintavapauden toimeenpanossa. Delegoinnissa keskushallinto siirtää tiettyjen toimintojen johtamisvastuuta osittain itsenäisille paikallis- ja aluetason organisaatioille. Devoluutiolla tarkoitetaan taas sitä, että paikallishallintoyksikölle siirretään huomattavassa määrin sekä päätöksentekovaltaa, vastuuta että resursseja. Desentralisaatiossa tehtäviä ja valtaa voidaan jakaa yhtäältä yleishallintoviranomaisille, jotka hoitavat koko tehtäväkirjoa, tai tehtäväkohtaisesti muodostetuille sektoriviranomaisille. (Oulasvirta, Ohtonen & Stenvall 2002, 41; Cheema & Rondinelli 2007, 3.)

Keskushallinnon ohjauksen tarpeellisuutta on perusteltu muun muassa valtion rahoitusosuudella ja lopullisella vastuulla, joka sille kuuluu (Tiihonen 2004, 267). Yleinen lainsäädäntö ja keskushallinnon valvonta on niin ikään nähty keinoina alueellisten erojen ja epäoikeudenmukaisuuden vähentämisessä (Koivusalo 1999). Keskittämisen väitetään kuitenkin olevan epädemokraattista ja aiheuttavan byrokraattisuutta. Byrokraattisuuden on nähty johtavan tehottomuuteen ja epädemokraattisuuden kadottavan paikalliset tarpeet. Keskitetyn hallinnon on universaalisuuden pyrinnössään sanottu tuottavan liian standardoituja palveluja, jotka eivät ota huomioon yksilöllisiä tarpeita. Toisaalta tästä universaalisuuden ihanteesta luopumisen on nähty

johtavan eriarvoisuuteen, mikä olisi hyvinvointivaltion oikeudenmukaisuus-ihanteen vastaista. Keskitettyjen hyvinvointipalvelujen kenttää on kuvattu vaihtoehdottomaksi ja yksitoikkoiseksi. Jallinoja (1993) väittää ihmisten osaavan toimia tällä kentällä, mutta valinnat sen ulkopuolelta on tehty mahdottomiksi ajatella. (Jallinoja 1993, 26–39.) Toisaalta yhteisen hyvinvointipolitiikan nähdään holhouksen ja vapauden rajoittamisen sijaan lisänneen kaikkien mahdollisuuksia toimia ja elää turvallisessa yhteiskunnassa (Lehto 2007, 153).

Hajauttamisen on sanottu antavan paikallisille yksiköille vapauden keskushallinnon byrokraattiselta kontrollilta. Vastuun hajauttamisen on ajateltu vastaavan paremmin paikallisiin olosuhteisiin ja tarpeisiin, sekä lisäävän organisaation luovuutta, innovatiivisuutta ja parantavan hallinnointia. (Liu, Martineau, Chen, Zhan & Tang 2006; Cheema & Rondinelli 2007.) Toisaalta hajauttamiselle löytyy myös kriitikoita. Pollitt, Birchall ja Putnam (1998, 13) ovat esittäneet paikallisten toimijoiden itsenäisyyden tuottavan pirstaleisuutta ja kokonaisuuden koordinaation ja kontrollin häviämistä. Suomessa hyvinvointipalvelujen järjestämistä vastuun hajauttaminen kunnille näyttää tuottavan epäoikeudenmukaisuutta palvelujen alueellisessa saatavuudessa (Koivusalo 1999; Manderbacka ym. 2006; Kröger 2011). Hajauttamisen ongelma nousee paikallisen tason riittämättömistä resursseista vastata lisääntyneisiin velvollisuuksiin. Häkkinen ja Lehto (2005) toteavat, että kunnat ovat Suomessa taloudellisesti heikommassa asemassa kuin kunnat muissa OECD-maissa. Tässä on ristiriita verrattuna ajatukseen, että ne joilla on vastuu, täytyy olla myös resursseja vastata siihen (Ladner 2005, 144; vrt. Tiihonen 2004, 267).

Denters ja Rose (2005a, 252) näkevät ongelmallisena tendenssin, jossa toiminta ja vastuu hajautuvat. Hajautuminen liittyy heidän mukaan uuden julkishallinnon muutoksiin, NPM-aaltoon (*New Public Management*), joka on pyyhkäissyt julkishallinnon yli kaikissa (länsi)maissa. Vaikka Suomessa on pitkät perinteet kunnallishallinnosta ja hajautetusta vastuusta esimerkiksi sosiaali- ja terveystalouden järjestämisessä, on kansainvälinen NPM-aalto tunnistettavissa myös meillä hallinnon hajautumisen entisestään voimistuessa 1980–1990-luvuilla. Tuolloin alettiin ajaa kuntien yhä vahvempaa autonomiaa valtiosta. Vuonna 1993 astui voimaan suunnittelu- ja valtiosuusuudistus, joka lisäsi kuntien talous- ja suunnitteluvastuuta sekä vähensi valtion valvontaa. (Häkkinen & Lehto 2005; Vuorenkoski, Mladovsky & Mossialos 2008.) Kuntien autonominen asema Suomessa on maailmankuulu, mutta sen todellinen vahvuus ei ehkä ole niin merkittävä kuin on toivottu tai annettu ymmärtää. Ranskalaiset Borraz ja Le Gales ovatkin esittäneet, että paikallinen itsenäisyys on illuusio pienille kunnille, mutta suuri tilaisuus voimakkaille. He tukevat näkemystään huomioilla, kuinka kuntien tehtävät ja

taloudellinen itsenäisyys ovat lisääntyneet, mutta samalla kuitenkin järjestelmän hajanaisuus heikentää tätä kasvavaa itsenäisyyttä. (Goldsmith 2005, 235–236.)

Keskittämisen ja hajauttamisen yhteydestä organisaation suoriutumiseen on ristiriitaisia tutkimustuloksia (Boyne 2004; Cheema & Rondinelli 2007). Jotkut tutkimukset osoittavat keskitettyjen mallien lisäävän palvelujen tuottavuutta, tehokkuutta ja tuloksellisuutta (Boyne 2003). Toisaalta Andrews, Boyne, Law ja Walker (2007) eivät löytäneet keskitetyn tai hajautetun mallin välitöntä yhteyttä suoriutumiseen. He havaitsivat, että jos organisaation rakenne ja strategia tukevat toisiaan, eli esimerkiksi, kun hierarkkisen organisaation päätöksenteko on keskitetty ja verkosto-organisaatioissa päätöksenteko on jaettu, ovat tulokset parhaimpia. (Andrews ym. 2007.)

2.2.2 Kohti hajautettuja vai alueellisia rakenteita?

Pohjoismaissa hyvinvointijärjestelmien kehitystrendi on kohti suurempia toimintayksikköjä sekä keskitetympää ohjausta ja organisointia (Hagen & Vrangbaek 2009, 115–117). Euroopassa, jossa hyvinvointijärjestelmät ovat olleet Pohjoismaita keskitetympiä, on kehityssuuntana puolestaan ollut hajautetummat mallit, juurikin edellä esitetyistä keskitetyn vallan ongelmista johtuen (Evers 2005). Pohjoismaisia, ja erityisesti suomalaista hyvinvointijärjestelmän perinteistä rakennetta kuvaa yhtäältä hajautuminen, eli keskushallinnon tehtäviä, toimivaltaa, päätäntävaltaa ja vastuuta on siirretty alemmille hallinnon tasoille (Magnussen ym. 2009; vrt. Pollit, Birchall & Putnam 1998, 24). Esimerkiksi Suomessa kunnille on siirretty suuri osa sosiaali- ja terveydenhuoltoon liittyvistä toiminnoista. Toisaalta valtio säätelee näitä toimintoja edelleen vahvasti osallistuu muun muassa kustannuksiin ja lakien sekä yleisten standardien luomiseen (Magnussen ym. 2009). Lisäksi Suomessa on keskitettyjä hyvinvoinnin osajärjestelmiä, joista yhtenä suurimpana mainittakoon Kansaneläkelaitos. Kokonaisuudessaan hyvinvointijärjestelmämme sisältää siis niin desentralisoituja kuin myös sentralisoituja rakenteita (vrt. Hoggett 1996).

Hajauttamisen ongelmiin, kuten resurssien puutteeseen ja palvelujen saatavuuden epäkohtiin, on Suomessa vastattu kuntien toimintoja keskittämällä, yhteistä rahoitusvastuuta ja palvelujen tuottamista sekä muuta yhteistoimintaa lisäämällä. Kunnallishallinnon yhdeksi merkittävimmäksi reformiksi nimetyn, PARAS-hankeen tavoitteena on ollut muodostaa laajempia vastuualueita ja siten isompia taloudellisia ”hartioita” erityisesti sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämiseksi.

Palvelujen järjestämisen väestöpohjaksi on asetettu vähintään 20 000 asukasta. Tämä tavoite on tuottanut toivottua tulosta, sillä suuri osa Suomen kunnista on joko yhdistynyt toiseen kuntaan tai muodostanut yhteistoiminta-alueen lähikuntien kanssa. Yhteistoiminta-alueiden vastuulla olevat palvelut vaihtelevat huomattavasti kuntien välillä, ja heikkoudeksi tavoitteisiin nähden on todettu sosiaalipalvelujen jääminen suurelta osin uudistuksen ulkopuolelle. Samalla Suomeen on muodostunut moninainen joukko palvelujen järjestämisen ja organisoinnin tapoja. (Valtiovarainministeriö 2009: Kokko ym. 2009; Sosiaali- ja terveysministeriö 2010b). Vielä on liian aikaista arvioida uudistuksen vaikutuksia palvelujen saatavuuteen.

Jo käynnissä olevien ohjelmien ja hankkeiden lisäksi on neuvotteluja ja keskusteluja käyty vieläkin laajemmista sosiaali- ja terveydenhuollon rakenteita ja organisointia muuttavista uudistuksista. Yhtenä suuntana on PARAS-hankkeen jatkaminen voimallisemmin sosiaali- ja terveyspalvelujen alueellisten kokonaisuuksien muodostamiseksi. Tähän liittyen sosiaali- ja terveysministeriö on aloittanut aluekokeilun, jossa vapaaehtoiset kunnat⁵ ovat ryhtyneet kehittämään ja toteuttamaan omia mallejaan. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2010b.) Erilaisia ehdotuksia on tehty myös nykyisen monikanavaisen rahoitusjärjestelmän uudistamiseksi. Järjestelmän yksinkertaistamiseksi on esitetty sekä kuntien rahoitusvastuun yhdistämistä ja siirtämistä alueellisille toimijoille (mm. Terveyspiirit), että vastuun siirtämistä kokonaan vakuutusperustaiselle kansalliselle terveysrahastolle (ns. Kelan malli). Vastuualueen koot ja tehtävät vaihtelevat eri ehdotuksissa. (Pekurinen ym. 2010.)

Tutkimuksia alueellisten mallien toimivuudesta on muutamia. Junnila (2008) tutki Mäntän terveydenhuoltoalueen toimeenpanoa. Uudistuksen tavoitteena oli kustannusten hillitseminen sekä palvelujen saatavuuden turvaaminen alueella. Terveydenhuollon menot supistuivat ja alueellinen malli mahdollisti palvelujen rakenteellisen yhteensovittamisen, mutta palvelujen yhteensovittamiseen käytännössä ei tutkimuksen aikana vielä päästy. Uudistuksen toimeenpanoa edisti muun muassa selkeä ohjaus, nopea käynnistäminen ja uudistuksen toimijoiden mukanaolo heti selvitysvaiheessa. Uudistuksen esteeksi Junnila tunnisti puolestaan riittämättömän resursoinnin ja muutosvastarinnan. (Junnila 2008.)

Haveri (2006) on tutkinut kollegoineen suomalaisten kuntien välistä yhteistyötä, ja osoittanut sen olevan vaikeaa kompleksisten ja muuttuvien tilanteiden kuin myös poliittisen tahdon ja taidon puutteiden vuoksi. Sotarauta, Kosonen ja Viljamaa (2007) ovat puolestaan kartoittaneet eri tahojen aluekehittäjien työnkuvia ja työn haasteita. Käytännössä alueiden kehittämisen

⁵ Pilottihankkeessa on mukana myös tämän tutkimusalueen kuntia.

esteiksi koettiin niin ikään kehittämiskentän kompleksisuus, turha byrokraattisuus ja ajattelumallien jäykkyys sekä riittämättömät resurssit.

Herrera, Rocafort, de Lima, ym. (2007) tutkivat Espanjassa terveydenhuollon aluetason uudistusta. Uudistus sisälsi useita rakenteellisia ja organisatorisia muutoksia, ja sen tavoitteena oli taata palvelujen saatavuus ja oikeudenmukaisuus alueella. Uudistuksessa muodostettiin kahdeksan terveydenhuollon liikkuvaa tiimiä, joiden toimintaa ohjattiin ja koordinoitiin alueella keskitetysti. Tutkijat totesivat mallin toimivan hyvin ja joustavasti alueella, jossa resurssit ovat rajalliset ja väestö haja-asutettu. Quesnel-Barbet ym. (2005) puolestaan mallinsivat teoreettisesti erilaisia sydän- ja verisuonitautileikkausten alueellisia organisointitapoja. Ammattilaiset ja poliittiset päättäjät odottivat aluetason organisoinnin parantavan palvelujen saatavuutta ja laatua, vähentävän jonoja, sekä lisäävän resurssien käytön tarkoituksenmukaisuutta. Lisäksi aluetason organisoinnin odotettiin tasapainottavan työmäärää alueella johtaen paranemisprosessien ja diagnosoinnin paranemiseen sekä kuolleisuuden vähenemiseen. Tutkijat nostivat pohdittavana kohtana esiin hoitoyksikön sijoittamisen alueella. Tässä on tasapainoteltava laadun ja palvelujen läheisyyden kanssa. (Quesnel-Barbet ym. 2005.)

Kirjallisuudesta löytyy pohdintoja siitä, mitä ja miten toimintoja voi keskittää tai hajauttaa. Ladner (2005, 144) arvelee, että tulevaisuudessa paikallinen autonomia rajoittuu todennäköisesti ”operatiiviseen autonomiaan”, kun taas strateginen vastuu tulee enenevässä määrin siirtymään korkeammalle valtion tasolle. Pollit, Birchall ja Putnam (1998) päätyvät Iso-Britannian julkishallinnon hajauttamisen ja markkinoitumisen tutkimuksessa siihen, että erilaiset palvelut vaativat erilaiset organisaation hajauttamisen asteet. Hajauttamisen asteen valinnassa tulee heidän mukaan ottaa huomioon kontekstuaaliset tekijät, joita ovat paikalliset piirteet ja palvelun piirteet. Paikallisiin piirteisiin kuuluvat muun muassa paikallisten palveluntarjoajien määrä, näiden toimintojen päällekkäisyys ja niiden välinen kilpailu, sekä paikallisen alueen väestö- ym. ominaisuudet. Palveluja on mahdollista tyypitellä seuraavien ominaisuuksien mukaan: palvelun kesto (pitkä koulussa ja asumispalveluissa – lyhyt sairaalassa), teknologian taso (matala kouluissa – korkea sairaaloissa), ammattilaisen rooli (pieni asumispalveluissa – suuri sairaaloissa), rakenteiden/materiaalin rooli (suuri asumispalveluissa – pieni sairaaloissa). Pollit, Birchall ja Putnam esittävät, että esimerkiksi pysyväis-tyyppiset ja työvoima-intensiiviset palvelut on paremmin hajautettavissa, kun taas lyhytkestoisten ja pääoma-intensiivisten palvelujen tarjonta lähellä ei ole niin välttämätöntä. (Pollit, Birchall & Putnam 1998, 166–177.)

2.3 Julkishallinnon organisoinnin muutos – hallinnoinnista hallintaan?

Edellä kuvatut rakenteiden muutosvaateet ja -trendit kohdistuvat samanaikaisesti myös julkishallinnon organisointitapoihin, ja osittain kyse on samasta ilmiöstä. Perinteisissä, modernille ajalle tyypillisissä hyvinvointijärjestelmissä julkishallinnon organisointi on noudattanut hierarkkista hallinnoinnin tapaa. Toimintaympäristön, kuten taloudellisen, poliittisen ja kulttuurisen ilmapiirin sekä ajattelutapojen muutos on haastanut tämän modernin ajan ennustettavat, selkeät ja yksinkertaiset organisaatiomallit tuoden tilalle post-modernin ajan hajautuneet ja ennustamattomat mallit. Selkeitä rajoja tehtävien, vastuiden ja toimijoiden välille on yhä vaikeampi vetää. (Hoggett 1996; Gibbins 1998; Anttiroiko ym. 2003, 138–139; Denters & Rose 2005a, 246.)

Julkishallinnon muutosvaatimuksissa on viimeaikoina ollut keskeistä jäykkien rakenteiden murtaminen ja uusien hallinnankeinojen omaksuminen. Näitä julkisen hallinnon muutospyrkimyksiä voidaan jäsentää hallinnan -käsitteistön avulla. Hallinnan käsite viittaa hallinnon muuttuneeseen luonteeseen (Burau & Vabo 2011, 141). Hallinnasta on olemassa useita erilaisia määritelmiä ja tieteenaloittain erilaisia painotuksia (mm. Karppi & Sinervo 2009). Yhteistä näille määritelmillä on lähtökohta, jossa julkisen hallinnon ei katsota enää voivan toimia yksin ja autoritaarisesti. Julkisen hallinnon nähdään olevan riippuvainen monin eri tavoin muista sektoreista, kuin myös päinvastoin. (Rhodes 1996; Klijn 1997; Peters 2002; Rhodes 2007; Burau & Vabo 2011.) Millään yksittäisellä toimijalla ei nähdä olevan kaikkea tarvittavaa tietoa, taitoa ja resursseja monipuolistuvien ja muuttuvien ongelmien ratkaisemiseen. Vastuu tulee hajauttaa eri sektoreille. Julkisen hallinnon perinteisillä organisoinnin keinoilla ei voi kontrolloida muita tahoja, jotka toimivat itseohjautuvasti. Siksi tulee kehittää muita, uusia ja yhteisiä organisoinnin tapoja. Hallinnan yhteydessä on puhuttu myös valtion roolin näivettymisestä ja sitä seuraavista fragmentaation, ohjauksen ja vastuun ongelmista. (Rhodes 1996; Rhodes 2007.) Toisaalta julkishallinnon tai valtion rooli on nähty ennemminkin muuttuvan kuin murentuvan (Peters & Pierre 1998).

Batterbury ja Fernando (2006) ovat listanneet kuusi hallinnan periaatetta, jotka toistuvat eri teorioissa. Nämä ovat avoimuus, osallistuminen, vastuullisuus, tehokkuus, johdonmukaisuus ja kansalaisten kunnioitus. Klijn (1997, 19–21) kuvaa hallinta-ajattelun taustaksi organisaatio-näkökulmien muutoksen. Rationaalisista organisaatioista, joissa rajat ja tavoitteet ovat selkeitä ja valta keskitettyä, on siirrytty kontingenssiteorian mukaiseen avoimen systeemi-ajattelun sekä

osajärjestelmien välisten kohtalaisten selkeiden yhteistyömuotojen kautta interorganisatorisen teorian verkosto-näkökulmaan, jossa organisaatioiden väliset suhteet ovat neuvoteltuja eikä keskitettyä valtaa ole.

Hallinnan ajattelun muutos on laaja kansainvälinen ilmiö, mutta käytännön toimintatapojen todellisista muutoksista ollaan kirjallisuudessa kuitenkin eri mieltä. (Denters & Rose 2005a; Denters & Rose 2005b; Goetze 2008). Dentersin ja Rosen (2005b) toimittamassa teoksessa on esimerkkejä useista maista, joissa tapahtuneet muutokset on tulkittu perinteisten hallinnointitapojen korvautumisena hallinnan keinoilla (Denters & Rose 2005a; Denters & Rose 2005b). Goetzen (2008) mukaan muutos eri sektoreiden yhteisvastuulliseen ja verkostoituneeseen hallintaan ei kuitenkaan näy käytännöissä, vaan ennemminkin julkinen hallinto ja sen perinteiset organisointitavat ovat vahvistuneet.

2.3.1 Perinteinen julkishallinto, uusi julkisjohtaminen ja hallinta

Julkishallinnon muutostarpeen lähtökohdiksi on esitetty perinteisen hallinnon tehottomuus ja joustamattomuus. Perinteinen julkishallinto on nähty normatiivisena organisoinnin mallina ja liian yksinkertaisena vastamaan vaikeisiin kysymyksiin. Tämä viitannee keskusteluun ihmisten muuttuneista ja monisyisistä tarpeista, ja näihin vastaamiseksi vaadittavista yksilöllisistä palveluista. Yksilöllisiä palveluita on ajateltu saavutettavan hallinnan keinoin. (Peters 2002; Ryynänen & Uoti 2009, 231.) Toisaalta on esitetty, että hallinta vastaisi nimenomaan kompleksisten järjestelmien, jotka sisältävät monta valtakeskusta ja erinäisiä yhteyksiä paikallisten, alueellisten ja kansallisten tasojen välillä, koordinoinnin ongelmiin. Hallinnalla pyritään tässä tapauksessa selviytymään paremmin organisaatioiden välttämättömän epävarmuuden ja määrittelemättömyyden kanssa. (Klijn 2008; Stoker 1998.) Vaikka hallinnan kirjallisuudessa usein perinteistä julkishallintoa arvostellaankin, kuvaa Peters (2002) sitä myös rehelliseksi, poliittisesti neutraaliksi ja yleisesti ottaen tehokkaaksi, ja näin ollen edelleen toimintakykyiseksi organisointimalliksi.

Hallinta -ajattelu on nähty uuden julkisjohtamisen (NPM) jatkumoksi. Kun NPM -ajattelua luonnehtii yksityisen sektorin hallintoajattelun ja mekanismien omaksuminen julkisella sektorilla, on hallinnassa kyse ennemminkin julkisen, yksityisen ja kolmannen sektorin yhteistyöstä tai kumppanuudesta. Peters (2002) vertailee eri organisointimalleja suhteessa

perinteisestä julkishallinnosta esitettyihin oletuksiin. Olen koonnut joitakin näitä oletuksia tauluun 2. (Peters 2002.)

Taulu 2. Julkisen sektorin hallintotapojen oletuksia

	Perinteinen julkishallinto	Uusi julkisjohtaminen (NPM)	Hallinta
Riippuvuus	- Julkinen sektori Itsenäinen (muusta yhteiskunnasta) - Oma ohjaus ja tuotanto	- Julkisen ja yksityisen sektorin keskinäinen riippuvuus - Julkinen ohjaus, yksityinen tuotanto	- Julkisen, yksityisen ja kolmannen sektorin yhteistyö - Kansalaisten mukaanotto
Vastuu	- Hierarkkinen vastuu: viranomaiset poliitikoille - Vastuun poliittisuus	- Tuotannollinen vastuu: työntekijät johtajille, mittaaminen - Vastuun teknisyyt	- Sopimuksellinen vastuu: yhteistyötahot toisilleen → luottamus ja kunnioitus - Vastuun avoimuus
Palvelut	- Palvelujen yhdenmukaisuus - Universalismi	- Palvelujen yksilöllisyys, valinnan vapaus - Markkinat	- Palvelujen yksilöllisyys - Palvelujen saajien vaikuttaminen sisältöön
Viranomaisten asema ja rooli	- Vahva virkamieskoneisto - Muodollinen virka-asema - Standardisoitujen toimintakäytäntöjen noudattaminen	- Virkamieskoneiston merkitys vähentynyt - Yksilöllinen palkitseminen mahdollista	-Virkamieskoneiston merkitys vähentynyt (tuotannossa) -Työntekijöiden valtaistaminen, joustavuutta -Sopimusten teko
Poliittisuus	- Poliittinen neutraalius - Poliitiikan ja hallinnon erottelu	- Ei poliittisesti neutraali - Poliitiikan ja hallinnon erottelu - Johdon ja professioiden korostunut rooli	- Virkavallan merkitys politiikan teossa korostunut: Verkostohallinta keino politiikan muotoilussa

NPM ja hallinta -ajattelussa on sekä yhteisiä että erottavia piirteitä. Molemmat ovat syntyneet ratkaisemaan perinteisen julkishallinnon ongelmia, mutta päätyvät erilaisiin ratkaisumalleihin. Hallinnassa korostetaan kansalaisten osallistamista päätöksentekoon ja annetaan virkamieskoneistolle merkittävä rooli verkostojen johtamisessa. NPM puolestaan korostaa johtajien roolia sekä kuluttajien valinnan vapautta, mutta ei poliittista osallistumista. Sekä NPM:n että hallinnan tavoitteiksi on kirjallisuudessa mainittu yleensä tehokkuuden ja yksilöllisyyden lisääminen. Oikeudenmukaisuus ei ole sisällynyt tavoitteisiin. Vaikka organisointimalleilla on näin ollen lähtökohtanaan selvät arvoarvostelmat, ei arvoperusteita ja niiden pohjalta kehitettyjen mallien seurauksia juurikaan pohdita kirjallisuudessa ja keskusteluissa (vrt. Boston 2000).

2.3.2 Hallinnan tasoja ja koordinoitimekanismeja

Hallinnan ilmiöt on tunnistettu niin kansainvälisillä, kansallisilla, alueellisilla kuin paikallisillakin areenoilla. Erityisesti tässä tutkimuksessa on mielenkiintoista paikallisen toiminnan muutosvaatimukset ja muutokset. Siirtyminen paikallisesta hallinnosta paikalliseen hallintaan näkyy tutkijoiden mukaan paikallisen hallinnon riippuvuuden lisääntymisenä muista organisaatioista ja sektoreiden toimijoista, ylläpitääkseen ja/tai parantaakseen taloudellista kilpailukykyään ja palveluiden tuottamista. Konkreettisesti muutoksen on sanottu näkyvän näiden tahojen lisääntyneenä yhteistyönä. (Goldsmithin 2005, 242; Denters & Rose 2005a, 253; Häkli, Karppi & Sotarauta 2009.) Muutosta kuvaa lisäksi siirtyminen vapaaehtoiseen, yhteistyöhön perustuvaan epäsuoraan sääntelyyn ja sopimuksiin perustuvaan kontrolliin suorista, pakotteisiin perustuvista ohjauksen muodoista (Goldsmith 2005, 243–245; Ryynänen & Uoti 2009, 230).

Denters ja Rose (2005a, 253) muistuttavat, että vaikka paikallisen hallinnon päätöksenteko vaatii enenevässä määrin monitoimijaista työskentelyä, kumppanuutta ja poliittisia verkostoja, jotka ylittävät organisaatioiden rajat, ei tämä muutos merkitse paikallisen hallinnon tehtävien ja vastuun vähenemistä vaan paikallisen hallinnon uutta roolia. Toimintojen hajanaisuus, sektoroituminen ja lisääntyneet ulkoiset riippuvuudet ovat kaikki merkittäviä esteitä tehokkaalle toiminnalle, mistä johtuen Denters ja Rose (2005, 254) peräänkuuluttavat reformeja paikallisen hallinnon käytäntöihin ja paikalliseen toimeenpanevaan johtamiseen (vrt. myös Haveri & Antti-Roiko 2009; Ryynänen & Uoti 2009).

Anttiroiko ym. (2003, 143) ovat eritelleet hallinnan käsitteen kaksi pääulottuvuutta. Hallinnan horisontaalinen ulottuvuus viittaa erilaisiin toimijoihin, jotka tietyllä institutionaalisella tasolla tekevät yhteistyötä ja toimivat yhdessä edistääkseen intressejään. Institutionaalisen tason toimijakenttä voi muodostua niin globaalilla, kansallisella, alueellisella kuin paikallisellakin tasolla. Hallinta ei tapahdu myöskään aina yhdellä ja samalla institutionaalisella tasolla, vaan tasojen välillä on myös hallintasuhteita. Anttiroiko ym. (2003, 144) kuvaavat tätä hallinnan vertikaaliseksi ulottuvuudeksi, ja käyttävät näistä vertikaalisista suhteista käsitettä monitasohallinta (*multi-level governance*). Baldersheim ja Ståhlberg (2002) kuvaavat monitasohallintaa myös eri institutionaalisten tasojen, erityisesti keskus- ja paikallishallinnon väliseksi vastavuoroiseksi yhteistyöksi, jossa luodaan molempia tasoja tyydyttäviä ohjelmia ja toimintatapoja. Goldsmith puolestaan kutsuu monitasohallinnaksi myös kuntien välisiä rajoja ylittäviä horisontaalisia suhteita (Goldsmith 2005, 243).

Hallinta -kirjallisuudessa on tunnistettu kolme koordinointimekanismia: hierarkia, markkinat ja verkostot. Hierarkkisessa hallinnassa tunnusomainen koordinointikeino on keskushallinnon ohjeet, markkinavetoisessa hallinnassa kilpailu ja verkosto-hallinnassa luottamus ja yhteistyö. (Rhodes 1996, 659; Rhodes 1999.) Verkostojen hyvinä puolina suhteessa perinteiseen hierarkkiseen organisointiin on pidetty kykyä reagoida nopeasti tilanteiden muutoksiin sekä joustavuutta. Huonoina puolina on pidetty verkoston tehottomuutta, epävakautta, kyvyttömyyttä pitkäaikaiseen ja laaja-mittaiseen koordinointiin sekä haavoittuvuutta, jos kaikki eivät toimi sovitulla tavalla. (Goldsmith & Eggers 2004; Sørensen 2007; Ryyänen & Uoti 2009, 231–232.)

Näiden koordinointimekanismien yhteensovittaminen ja tehokkaan tavan etsiminen ovat olleet keskeisiä hallinta-kirjallisuudessa (Kjaer 2004, 49). Airaksinen ja Haveri (2003) ovat tutkineet näitä kolmea hallinnan perusvaihtoehtoa ja niiden yhdistelmiä kuntien seutuyhteistyössä. Airaksisen ja Haverin (2003) tutkimuksen teoreettisena lähtökohtana oli kontingenssiteorian ajatus, jonka mukaan yhtä ainoata ja oikeaa hallinnantapaa ei ole, vaan parhaimman hallintatavan valintaan vaikuttavat aina tilannekohtaiset tekijät (vrt. Klijn 1997, 19; Anttiroiko ym. 2003, 137; Batterbury & Fernando 2006). Näistä tilannekohtaisista tekijöistä Airaksinen ja Haveri mainitsivat merkittäviksi erityisesti kuntien riippuvuuden toisistaan sekä yhteiset tavoitteet. Mitä voimakkaammin tahot ovat riippuvaisia toisistaan ja mitä selkeämmin tavoitteet vastaavat toisiaan, sitä paremmin toiminnan järjestämiseen sopivat viralliset ja vahvemmat organisaatiot. Jos taas riippuvuussuhteet ovat heikot, ja yhteisiä tavoitteita on vähän, sopii yksittäisten yhteistyötilanteiden organisoimiseksi väljät verkostot. (Airaksinen & Haveri 2003; Haveri 2004.) Eri tahojen yhteiset tavoitteet mahdollistavat, ja niiden välinen keskinäinen riippuvuus, esimerkiksi resurssiriippuvuus (vrt. Klijn 1997, 21) jopa vaatii tahojen välistä yhteistyötä.

Kun erilaisia koordinointimekanismeja valitaan tilannekohtaisesti, on tuloksena hybridit organisoitirakenteet. Hybridioorganisaatioissa voidaan käyttää yhtäaikaaisesti kaikkia edellä kuvattuja koordinointimekanismeja, ja yhdistellä niiden hyviä ominaisuuksia. Hybridioorganisaation käsitettä voidaan käyttää yksittäisen organisaation kuin myös useasta organisaatiosta koostuvan järjestelmän organisoinnin kuvaukseen. Hybridioorganisaatioissa on useita rinnakkaisia kahden tai useamman tahon välisiä ohjausjärjestelmiä kun taas esimerkiksi verkostorakenteissa on yksi verkostomainen ohjausjärjestelmä. (vrt. Määttä 2010.) Hybrideissä organisaatioissa on ehkä yleisemmin ajateltu olevan mukana julkisen sektorin lisäksi kolmannen

ja julkisen sektorin toimijoita, mutta käsitettä on käytetty myös julkisten organisaatioiden välisen toiminnan tarkasteluun (vrt. Billis 2010a; Billis 2010b).

2.4 Yhteenvetoa hyvinvointijärjestelmistä – uudelleenorganisoinnin haasteet

Hyvinvointijärjestelmien muotoutumista ovat ohjanneet yhteiskunnassa hyväksytyt ja tärkeänä pidetyt tavoitteet, kuten oikeudenmukaisuus ja universalismi. Nämä perinteiset tavoitteet ovat saaneet rinnalleen uusia hyvinvointijärjestelmien rakenteita ja organisointitapoja haastavia tavoitteita ja ajattelumalleja. Järjestelmien rakenteet ja organisointitavat ovat näitä kohti jo osittain muuttuneet. Suomessa hyvinvointijärjestelmien kehityssuunta on kohti keskitettyjä rakenteita. Suuremmista alueellisista vastuuyksiköistä nähdään olevan hyötyä muun muassa koordinoinnin, resurssien jakamisen ja yhtäläisten palvelujen saatavuuden kautta. Haasteena tässä vaihtoehdossa ovat lähipalvelujen saatavuus ja paikallisdemokratian toteutuminen (Hogget 1996; Ladner 2005, 145).

Organisaatioiden välisen yhteistoiminnan lisäämisen keinoja on useita. Toisia tapoja voidaan kuvata virallisimmiksi perinteisiksi organisoinnin keinoiksi. Toiset keinot liittyvät puolestaan toista vuosikymmentä kestäneeseen hallinnan -kehitystrendiin, jossa luodaan sopimuksellisia, vähemmän virallisia yhteistyömuotoja. (Ladner 2005, 145; Goldsmith 2005, 233–235). Vapaaehtoinen yhteistyö organisaatioiden välillä voi olla enemmän tai vähemmän virallista (Goldsmith 2005, 235).

Monitahoisen järjestelmän uudelleenorganisoinnissa on keskeistä yhteisten ja selkeiden tavoitteiden asettelu sekä selkeä työnjako. Näiden on todettu olevan ehtona organisaatioiden välisen yhteistyön rakentumiselle (Levine & White 1961). Lisäksi selkeiden tavoitteiden on nähty lisäävän organisaation ja sen työntekijöiden innovatiivisuutta, tyytyväisyyttä ja tuottavuutta (Meyers, Riccucci & Lurie 2001). Monimutkaisessa järjestelmässä yhteisten tavoitteiden asettamisen tekevät kuitenkin vaikeaksi vaihtelevat, koordinoimattomat ja usein jopa kiistanalaiset intressit. Erityisen vaikeaa tavoitteiden asettaminen on Meyersin, Riccuccin ja Lurien (2001, 168) mukaan hyvinvointijärjestelmissä, joissa kohtaavat historiallisesti muodostunut monitasoinen rakenne, yhteiskunnalliset arvot ja poliittiset intressit. Nykyisin ratkaisuksi esitettyjen uusien verkostojen luominen todennäköisesti monimutkaistaa järjestelmää vielä entisestään. Verkostojen on ajateltu lisäävän julkishallinnon kapasiteettia

tarkoituksenmukaisemman resurssien käytön ja joustavuuden kautta, mutta haittapuolena on verkostoihin välttämättä liittyvä epävarmuus muun muassa jatkuvuudesta, mikä saattaa puolestaan vaikeuttaa yhteisten tavoitteiden asettamista. (Meyers, Riccucci & Lurie 2001; Ryyänen & Uoti 2009.)

Järjestelmän uudelleenorganisoinnissa tulee ottaa huomioon yksittäisten organisaatioiden piirteiden ja toiminnan tavoitteiden lisäksi organisaatioiden toimintaympäristö, rakenteellinen, poliittinen, kulttuurinen ja hallinnollinen konteksti, jossa organisaatiot ovat osana (Boston 2000, 288). Petersin (2002) mukaan erilaisista hallinnon malleista esitetyt hyvät ja huonot puolet ovat – ainakin osittain – oletuksia. Jos nämä oletukset eivät vastaa todellisuutta, ajaututaan julkishallinnon reformeissa ojasta allikkoon. (Peters 2002.) Lisäksi Boston huomauttaa (2000), että vaikka organisaatioita ohjaisikin samankaltainen lainsäädäntö ja omistussuhteet, ja hallinnolliset mallit muistuttaisivat toisiaan, eroavat nämä organisaatiot todennäköisesti silti käytännössään. Näin ollen esimerkiksi keskitetysti hallinnoituihin organisaatioihin kohdistunut kritiikki – joustamattomuus, tehottomuus, tarpeisiin vastaamattomuus – ei päde näihin organisaatioihin yleisesti. Keskitetysti ohjattu organisaatio voi hyvinkin toimia joustavasti ja tehokkaasti. (Boston 2000, 285–286.)

Järjestelmän uudelleenorganisoinnissa pätee todennäköisesti ainakin osittain samat periaatteet kuin yksittäisen organisaation uudistamisessa. Boston (2000) listaa kolme näkökulmaa, jotka ovat tärkeitä yhden organisaation institutionaalisen mallin kehittämisessä, ja jotka voi ajatella olevan toimivia myös järjestelmän kokonaisuutta kehitettäessä. Ensiksi, organisaatiomallit eivät ole pelkkiä teknisiä ratkaisuja, vaan niillä on myös merkittävä normatiivinen puoli. Mallin valinta ei ole arvoneutraalia. Bostonin mukaan jotkut institutionaaliset arvot ovat yleisesti päteviä, esimerkiksi tuotantotehokkuus, taloudellisuus ja luotettavuus. Toiset arvot riippuvat enemmän tuotettavista palveluista ja niiden yhteiskunnallisesta tarkoituksesta. Näihin arvoihin Boston listaa muun muassa oikeudenmukaisuuden, palvelujen yhtäläisen saatavuuden sekä osallistumisen päätöksentekoon. Organisaatiomallin valinnassa vaikeutena on tietää, mikä ratkaisu parhaiten edistää toivottuja arvoja käytännössä. (Boston 2000, 293–296.)

Toiseksi, teoreettisesti toimivalta tuntuva organisaatiomalli tulee käytännössä kohtaamaan erilaisia rakenteellisia, poliittisia, taloudellisia ja hallinnollisia rajoitteita. Kolmas huomioitava piirre on organisaatioiden riippuvuus toisista, niin julkisista kuin muistakin organisaatioista. Julkiset organisaatiot eivät ole itsenäisiä, eristäytyneitä, itseohjautuvia yksikköjä, vaan osa laajaa ja jatkuvassa muutoksessa olevaa integroitua rakennetta. Näin ollen yhden organisaation

muuttuessa tulee ottaa huomioon myös siihen yhteydessä olevat organisaatiot, ja miettiä keinoja, joilla saavutetaan organisaatioiden välinen yhteistyö ja koordinaatio. (Boston 2000, 294–296.) Tässä kohtaa on huomionarvoista Levinen ja Whiten (1961) esitys eriasteisesti keskitettyjen terveysorganisaatioiden yhteistyötapojen eroista. Keskitetysti hallinnoidut, vaikkakin paikallisella tasolla toimivat organisaatiot, tekevät vähemmän yhteistyötä muiden paikallisten toimijoiden kanssa kuin paikallisesti hallinnoidut organisaatiot. Syyksi he esittävät keskitetysti hallinnoitujen vähäisemmän riippuvuuden paikallisista tahoista. (Levine & White 1961, 590.)

Parhaimman mahdollisen palvelujen järjestämisen tavan ”löytämiseen” ei ole oikotietä. Palvelujen organisoinnin parhaista tavoista ollaan tieteen kentällä erimielisiä, eikä yhtä ”lopullista lakia” tai tieteellistä totuutta ole olemassa (Boston 2000, 288–289). Erilaiset toiminnot vaativat erilaisia hallinnan keinoja, jolloin järjestelmän kokonaisrakenne muodostuu hybridiseksi. Hybridisen organisaatorakenteen muodostamisen haasteena ovat niin ikään eri osajärjestelmien lainsäädännöt ja historialliset kehityskulut (Cornforth & Spear 2010, 87.) Lisäksi hyvinvointijärjestelmillä – kuten kuntoutusjärjestelmällä – on muutosta vaikeuttavina piirteinään muun muassa kompleksisuus, muutosvastarinta ja toimijoiden kehitysnäkökulmien eroavaisuudet. (Roberts ym. 2004, 4–5; Haveri 2006; Sotarauta, Kosonen & Viljamaa 2007; Junnila 2008)

3. KUNTOUTUSJÄRJESTELMÄ – käsitteellinen, rakenteellinen ja toiminnallinen jäsenitys

3.1 Kuntoutuksen määrittelyä

Kuntoutusjärjestelmän jäsentämisessä on syytä lähteä kuntoutuksen määrittelystä, joka on ensimmäinen haaste matkalla järjestelmän kokonaisuuden ymmärtämiseen. Oikeastaan, jos pystyisimme määrittelemään mitä kuntoutus on, olisi sitä ”tuottavan” hallinnollis-tuotannollis-poliittisen järjestelmän rajaaminen ja kuvaus huomattavasti yksinkertaisempaa.

Kuntoutuksesta ei ole olemassa yhtä kaikkien hyväksymää määritelmää, vaan se vaihtelee muun muassa ajassa ja sen mukaan kenen näkökulmasta ja minkä tieteiden pohjalta määrittely on tehty (Järvikoski 1994; Suikkanen & Piirainen 1995a, 29; Suikkanen 2000, 19). Kuntoutus on perinteisesti jaettu eri kuntoutusmuotoihin, joita ovat lääkinnällinen, ammatillinen, kasvatuksellinen ja sosiaalinen kuntoutus (Niemi, Rinne, Tamminen, Kananoja & Suonio 1978; Järvikoski & Härkäpää 1995a, 73–75). Kuntoutuksen käsite on ajan saatossa laajentunut sairaus- ja ihmiskäsitysten muutoksen sekä käytettävien menetelmien kehityksen myötä (Järvikoski & Härkäpää 1995a). Kuntoutustoiminta voi olla lyhytkestoista tai pitkäkestoista (Pilling 1991), avo- tai laitospalvelua (Puolakka, Kautiainen, Möttönen, ym. 2007), se voi vaatia korkeaa teknologiaa ja moniammatillista toimintaa, ja investointeja rakennuksiin. Kuntoutuspalveluja löytyy siten Pollitin, Birchallin ja Putnamin (1998) esittämien palvelutyypin ääripäistä ja siltä väliltä.

Kuntoutuksen määritelmistä voi löytää myös yhteisiä piirteitä. Esimerkiksi Rissanen (2000, 21) on listannut kolme osatekijää, jotka ovat vakiintumassa erilaisiin kuntoutuksen määritelmiin. Nämä ovat toiminnan rakenne, prosessinomaisuus ja tavoitteellisuus. Toiminnan rakenne pitää Rissanen mukaan sisällään muun muassa osaamisen, moniammatillisuuden, yhteiset tavoitteet ja elinympäristön huomioimisen. (Rissanen 2000.) Prosessinomaisuus viittaa puolestaan kuntoutuksen käytännön toteutukseen, jossa edetään arvioinnin, intervention ja seurannan vaiheiden kautta joko päättyvään lyhytaikaiseen tai koko elämän jatkuvaan kuntoutukseen.

Paatero, Kivekäs ja Vilkkumaa (2001) ovat tehneet joitakin käyttökelpoisia rajanvetoja kuntoutuksen ja työkykyä ylläpitävän toiminnan, muiden sosiaali- ja terveydenhuollossa tapahtuvien toimintojen (hoito ja palvelut), koulutuksen sekä erityisopetuksen välillä. Kuntoutus ei ole heidän mukaan työpaikalla kaikille tarkoitettua työkykyä ylläpitävää toimintaa, vaan kuntoutuksen lähtökohtana on joko sairauden oire, työ- tai toimintakyvyn heikentyminen tai uhka heikentymiseen. Sama rajaus voidaan tehdä ammatillisen kuntoutuksen ja tavanomaisen koulutuksen välille. Ammatillisen kuntoutuksen tavoitteena on estää heikentyneen työkyvyn aiheuttama ennenaikainen työelämästä pois siirtyminen. Peruskoulussa ja ammatillisissa oppilaitoksissa annettava erityisopetus katsotaan kuntoutukseksi. Kuntoutusta ovat tällöin erityiset opetusjärjestelyt ja oppilashuoltopalvelut oppilaille, joilla on siihen tarve vamman, sairauden, kehityksen viivästymän, tunne-elämän häiriön tai muun syyn vuoksi. (Paatero ym. 2001, 110.) On myös ehdotettu, että kuntoutus on sitä, mitä kuntoutuksena maksetaan (Matinvesi 1997, 62).

Tavoitteiden asettaminen on keskeistä kaikessa kuntoutuksessa. Järvikoski ja Härkäpää (1995b, 21) kuvaavat kuntoutusta suunnitelmalliseksi ja monialaiseksi toiminnaksi, jonka tavoitteena on muun muassa auttaa kuntoutujaa toteuttamaan elämänprojektejaan ja ylläpitämään elämänhallintaansa. Olkoonkin, että tämä määritelmä kattaa melko hyvin monen eri tahon toteuttaman kuntoutuksen yleistavoitteen, se ei kuitenkaan auta kuntoutuksen ja muun ihmisiä valtaistavan (empowerment) toiminnan rajanvedossa.

Kuntoutustoiminnan tavoitteissa sekoittuvat yksilön eli kuntoutujan ja yhteiskunnan intressit. Historialliselta lähtökohdaltaan kuntoutus syntyi yhteiskunnalliseen tarpeeseen saada sodissa työkykynsä menettäneitä miehiä takaisin työelämään. Sittemmin kuntoutuksen tavoitteet ovat yksilöllistyneet, tavoitteeksi on tullut esimerkiksi yksilön elämänhallinnan parantaminen. Yhtäältä kuntoutuksella pyritään siis yksilön toimintakyvyn ja - mahdollisuuksien parantamiseen, ja toisaalta yhteiskunnan taloudelliseen ja sosiaaliseen toimivuuteen. (Järvikoski 1994; Järvikoski & Härkäpää 2011)

Kuntoutustarpeet on nekin tulkittu syntyvän yhtäältä yksilön tarpeista, ja näistä aiheutuvista sopeutumisongelmista yhteiskuntaan, ja toisaalta yhteiskunnan rakenteellisista puutteista vastata yksilöllisiin tarpeisiin. Tähän liittyen Suikkanen ja Lindh (2008) ovat luonnostelleet kuntoutustoiminnan kolme tulkintamallia: yksilömalli, yhteiskunnallinen malli ja toimintaverkkomalli. Yksilömalli on ”henkilökohtaisen tragedian” teoria kun taas yhteiskunnallinen malli on ”yhteiskunnallisen alistamisen” teoria. Kolmas eli

toimintaverkkomalli on puolestaan näiden yhdistelmä, jossa kuntoutus ymmärretään kuntoutumisympäristöjen ja niiden toimintaverkkojen rakentamisena. Suikkasen (2000, 19) mukaan lääketieteen painotus kuntoutuksessa on johtanut kuntoutuksen tarkasteluun yksilön ominaisuuksien muutoksena. Tällöin painottuu ”henkilökohtaisen tragedian” teoria. Institutionaalisesti tämä on puolestaan merkinnyt kuntoutuksen sisällön tarkastelua terveydenhuollon ja sen toimeenpanijoiden näkökulmasta. Kaikki tämä on johtanut Suikkasen mukaan siihen, että "kuntoutus on toteutukseltaan järjestelmäkeskeinen, idealtaan toimenpidekeskeinen ja kohteeltaan yksilökeskeinen". (Suikkanen 2000, 19.)

Lindqvist mukaan kuntoutuksen tehtävänä on palauttaa kuntoutettavan ihmisen sairauden, vamman tai muun syyn aiheuttama epätasapaino suhteessa yhteiskuntaan takaisin tasapainoon (Lindqvist 1995a, 26). Kuntoutus on siis ihmisen ja yhteiskunnan välisen tasapainon etsimistä, ja eri kuntoutusmuodoilla on erilaiset keinot edistää tämän tavoitteen saavuttamista. Kuntoutuksen keinot kohdistuvat sekä kuntoutujaan että hänen sosiaaliseen ja fyysiseen ympäristöönsä (Pilling 1991, 16; Lindqvist 1995a, 27). Kuntoutusjärjestelmä kuntoutuksen tuottajana toimii siltana itsenäisen ja hyvinvointivaltion avustaman toimeentulojärjestelmän välissä. Kuntoutuksessa ihminen pyritään näin ollen saattamaan takaisin itsenäisesti toimeentulevaksi, pois valtion tukien varasta. (Lindqvist 1995a, 13, 26.)

Lopulta kuntoutuksen voi mieltää kattokäsitteeksi, joka pitää sisällään niin tiettyjä menetelmiä kuin pyrkimyksen kuntoutujien mahdollisuuksien yhdenvertaistamiseen ja elämänhallinnan parantamiseen. Tämä tekee kuntoutuksen määrittelystä kontekstisidonnaista, eikä kaikenkattavaa määrittelyä ole edes tarpeen tehdä. (Kempainen 2004, 77–78.) En ole tässä tutkimuksessa ottanut lähtökohdaksi mitään tiettyä kuntoutuksen määritelmää, vaan kuntoutus on määrittynyt tutkimuksen edetessä ja tutkimusaineiston kautta. Toisaalta aineiston suunnittelun ja kokoamisen olen tehnyt kuntoutukseen liittyvän ennakkoymmärryksen varassa, joka on muotoutunut koulutukseni ja työkokemukseni kautta.

3.2 Kuntoutusjärjestelmän määrittelyä

Kuntoutuksen tutkijat ja asiantuntijat ovat eri mieltä siitä, voiko kuntoutuksen toiminnallisesta, hallinnollisesta ja poliittisesta kokonaisuudesta käyttää käsitettä kuntoutusjärjestelmä. Toiset kyseenalaistavat järjestelmän olemassaolon, ja toiset puhuvat kuntoutusjärjestelmästä, joka koostuu eri osajärjestelmistä yleisen hyvinvointijärjestelmän sisällä (Järvikoski & Härkäpää

1995b, 25; Järvikoski & Härkäpää 2004, 43; Paatero 2008). Näkisin, että kuntoutusjärjestelmän nimeäminen sellaiseksi on lähinnä kiinni siitä, miten järjestelmä määritellään. Joka tapauksessa kuntoutuspalvelujen organisoinnin, hallinnoinnin ja tuottamisen ”järjestelmä” on monimuotoisuudessaan haaste kun siitä pitäisi muodostaa kokonaiskuva (vrt. Sanderson 2000).

Kuntoutusjärjestelmää onkin syytä kuvata lähtökohtaisesti kompleksisena systeeminä, joka muodostuu pienemmistä osajärjestelmistä, eikä suinkaan yhtenäisenä hallittuna kokonaisuutena (vrt. Luhmann 1989; Klijn 1997, 19; Taylor 2001). Tässä kuntoutusjärjestelmä ei ole erikoistapaus, vaan useimmat organisaatiot ja hyvinvointijärjestelmät ovat kompleksisia johtuen siitä, että ne koostuvat useista toimijoista ja toimijatahoista, joilla on erilaiset ja usein myös kilpailevat intressit (Anderson 1999; The World Health Report 2000; Meyers, Riccucci & Lurie 2001; Trochim, Cabrera, Milstein, Gallagher & Leischow 2006).

Kuntoutusjärjestelmää voi jäsentää järjestelmäteorian tai systeemiajattelun kautta. Järjestelmäteoriassa ihmisten muodostamat organisaatiot nähdään liittyvän yhteen niin, että niitä voidaan tarkastella kokonaisuutena, systeeminä (Checkland 1981, 115). Vaikka toiminnoilla ei näyttäisi olevan läheisiä yhteyksiä toisiinsa, voi tutkija systeemiajattelun näkökulmasta tarkastella toimintojen kokonaisuutta systeeminä, mikäli hän näin perustellusti haluaa tehdä. Systeemeille on löydettävä periaatteet, joiden perusteella voi argumentoida, että ne ovat koherentteja kokonaisuuksia. Lisäksi systeemille on määriteltävä rakenne: rajat, panokset ja tuotokset, ja toiminnan osat. (Checkland 1981, 102, 115, 121–122.)

Kuntoutusjärjestelmän määrittelyn lähtökohtana voisi olla se, että sillä, kuten muillakin julkishallinnollisilla kokonaisuuksilla on jokin päämäärä, perimmäinen tarkoitus (vrt. Levine & White 1961). Eri kuntoutuksen osajärjestelmiä koherentiksi kokonaisuudeksi yhdistävä periaate olisi tällöin niiden yhteinen tavoite. Karkeasti ottaen kuntoutusjärjestelmään kuuluvilla osajärjestelmillä on yhteisenä tavoitteena, joskin ei minkään osajärjestelmän tapauksessa ainoana, kuntoutuksen järjestäminen palveluja rahoittamalla ja/tai niitä tuottamalla (vrt. Kallio 1993; Järvikoski & Härkäpää 1995b). Tarkemmin kuntoutuskirjallisuuden perusteella voi kuntoutusjärjestelmän tarkoitukseksi tiivistää kansalaisten toiminta- ja työkykyisyyden ja -mahdollisuuksien lisäämisen kuntoutuksen keinoin. Jos tähän liitetään WHO:n terveystajärjestelmän määritelmä (The World Health Report 2000, 6) on tuloksena seuraava määritelmä järjestelmälle: Kuntoutusjärjestelmään kuuluvat kaikki toiminnot, joiden (ensisijaisena) tarkoituksena on ylläpitää ja lisätä ihmisten toiminta- ja työkykyä sairastumisen tai vammautumisen jälkeen.

Rakenteellisesti kuntoutusjärjestelmän voi ajatella muodostuvan niistä tahoista ja toimijoista, jotka osallistuvat kuntoutusprosessiin. Tällöin järjestelmään kuuluvat 1) tahot, jotka tuottavat kuntoutuspalveluja (julkiset ja yksityiset), 2) tahot, jotka rahoittavat, suunnittelevat ja säätelevät kuntoutuspalveluja ja -etuuksia, ja 3) tahojen osat, jotka tuottavat kuntoutuksen erikoisosaamista ja tukitoimintoja kuten koulutus-, sosiaaliturva- ja terveydenhuoltojärjestelmä (Paatero 2008; vrt. Roberts ym. 2004, 8–9). Toiminnallisesti kuntoutusjärjestelmä voidaan ajatella kuntoutuksen tavoitteiden toteuttamisen keinoksi (Kemppainen 2004).

Kuntoutusjärjestelmän osajärjestelmillä on siis samansuuntaisena tavoitteena tuottaa kuntoutuspalveluja, mutta niiden toimintaa ohjaavat erilaiset lait ja säädökset. Tavoitteiden saavuttamiseksi osajärjestelmät ovat organisoituneet hallinnollisesti eri tavoin, niillä on erilaisia toimintakäytäntöjä palvelujen toteuttamiseksi jne. (vrt. Boston 2000, 284). Nämä erilaiset toimintamahdollisuudet, -edellytykset ja -käytännöt muodostavat monimutkaisen kokonaisuuden, ja myös vaikutelman, että yhtenäistä järjestelmää ei ole. Kompleksisuuden lisäksi kuntoutusjärjestelmän hahmottamista kokonaisuudeksi hankaloittaa se, että järjestelmän sisällä toimivat, eivät välttämättä tiedosta tai hyväksy toimivansa suuremmissä kokonaisuudessa. Kuntoutusjärjestelmä ei siten täytä tätä systeemiajattelussa esitettyä sosiaalisen järjestelmän ehtoa (vrt. Checkland 1981, 120).

Järjestelmä voi olla selkeä ja erillinen ympäristöstään rajattu kokonaisuus tai organisaatioiden välisten verkostojen ja ympäristön kattama kokonaisuus (vrt. Raak & Paulus 2001, 216). Ympäristöstään rajattu kokonaisuus on Bertalanffyn (1950; 2001) jaottelun mukaan suljettu systeemi kun taas ympäristön kanssa vuorovaikutuksessa toimiva järjestelmä on avoin systeemi. Avoin systeemi on ympäristönsä vaikutuksesta muuttuva ja suljettu systeemi on puolestaan hyvin staattinen järjestelmä. Kuntoutusjärjestelmässä ja sen osajärjestelmissä on tunnistettavissa näitä molempia piirteitä, mutta enemmän ne muistuttavat avoimia kuin suljettuja systeemejä. Osajärjestelmät ovat toisiinsa ja ympäristöönsä kytkeytyneitä muun muassa käytettävien resurssien sekä tuotostensa kautta. (vrt. Katz & Kahn 1966.)

3.2.1 Järjestelmän historia⁶ – rajallisuudesta rajattomuuteen

Yhteiskunnallisen kuntoutustoiminnan esivaiheita voi paikantaa Suomessa vammaishuollon alkuaikoihin 1800-luvun puoliväliin ja 1900-luvun alkuun. Kuntoutuksen varsinainen murrosaika sijoittuu kuitenkin ensimmäisen ja toisen maailmansodan jälkeiseen Suomeen. Ensimmäisenä kuntoutuslakina voidaan pitää vuoden 1946 invalidihuoltolakia. (Järvikoski & Härkäpää 2004, 37–40.) Kuntoutuksen lähtökohtana ovat syntyessään olleet ja ovat edelleen sekä yksilön että yhteiskunnan tarpeet (Niemi 1978, 9–11). Kuntoutuksen yhteiskunnallinen tavoite on erityisesti työrakenteen turvaaminen siten, että työelämässä jatkettaisiin mahdollisimman pitkään. Kuntoutuksessa niin kuntoutujan, kuntouttajan kuin kuntoutusjärjestelmänkin tavoitteiden tulee olla sopusoinnussa keskenään (Niemi 1978, 10–11; Rissanen 2000, 22). Kuntoutusjärjestelmän näkökulmasta tämä tarkoittaa sitä, että järjestelmän tulee sisältää tavoitteiden saavuttamiseksi tarvittavia resursseja ja edellytyksiä.

Kuntoutusjärjestelmän saattoi sen alkuaikoina tunnistaa rajatuksi yhtenäiseksi kokonaisuudeksi. 1960-luvulta lähtien kuntoutusta alettiin integroida yleisiin hyvinvointijärjestelmiin. (Niemi 1969; Järvikoski & Härkäpää 2004, 42–44.) 1970-luvulla vahvistui ajatus kuntajohtoisesta hyvinvointivaltiosta, ja myös vastuu kuntoutuksen järjestämisestä oli aikomus siirtää selkeämmin kunnille sekä valtion työvoimahallinnolle. Kelan ja vakuutuslaitosten rooli kuntoutuksen järjestäjinä oli tarkoitus jäädä toissijaisiksi, mutta näin ei ole kuitenkaan käynyt. (Vilkkumaa 2008, 6.) Lopulta yhtenäinen kuntoutusjärjestelmä siis hajautui, tuoden mukanaan koordinoimien ja työnjaon ongelmat. Kuntoutus-toiminnan laadullisen ja määrällisen laajentumisen sekä kuntoutus-paradigman muutoksen myötä, kuntoutusta tuottavan järjestelmän määrittely on edelleen vaikeutunut (vrt. Järvikoski ja Härkäpää 2004, 44–56).

Kuntoutuksen kirjallisuudesta löytyy usean vuosikymmenen ajalta lukuisia viitteitä kuntoutusjärjestelmän sektoroituneisuudesta, useista osajärjestelmistä, jotka ovat vastuussa niin sosiaalisen, ammatillisen, lääkinnällisen kuin kasvatuksellisenkin kuntoutuksen ohjauksesta, rahoittamisesta, järjestämisestä, toteuttamisesta ja seurannasta (esim. Järvikoski & Puumalainen 1998; Järvikoski & Härkäpää 2004). Järjestelmä toimii sosiaalihuollon, terveydenhuollon- sekä työ- ja elinkeinohallinnon rajapinnoilla, ja rajaus vaihtelee kuntoutuksen määrittelystä riippuen.

⁶ Kuntoutusjärjestelmän historiallista rakentumista ovat käsitelleet perusteellisemmin muun muassa Puro (1990) Järvikoski ja Härkäpää (2004: 2011), Puumalainen (2008) ja Miettinen (2011). Tämän tutkimuksen yhteydessä riittää pääpiirteiden tarkastelu.

Kuntoutusjärjestelmä on muodostunut laaja-alaiseksi yhteiskunta- ja hyvinvointipoliittiseksi järjestelmäksi (vrt. Suikkanen & Piirainen 1995b).

Kuntoutuksen ja kuntoutusjärjestelmän, kuten muidenkin hyvinvointijärjestelmien kehitys on edennyt vaiheittain, inkrementaalisesti (vrt. Rissanen 2007, 31). Järjestelmän kehityksen vaihteellisuudesta sekä poliittisten ideologioiden painotusten vaihteluista johtuen on vaikea tunnistaa selkeää omalakista ja tavoitteellista kuntoutuspolitiikkaa (vrt. Rissanen 2007, 31). Koska kuntoutus on kuitenkin osa julkishallintoamme, on se siten poliittista toimintaa. Kuntoutusjärjestelmä on kuntoutuspolitiikan väline, jonka pyrkimyksenä on kuntoutuksen avulla vaikuttaa yhteiskunnan taloudelliseen ja sosiaaliseen kehitykseen. (vrt. Lehtisalo & Raivola 1992, 26, 108.)

3.2.2 Kuntoutuksen osajärjestelmät – keskitetyt ja hajautetut rakenteet

Kuntoutuksen osajärjestelmillä, tai kuntoutustahoilla on erilaisia vastuita kuntoutuksen järjestämisen, rahoituksen ja palvelujen tuottamisen suhteen. Osajärjestelmien tehtävistä säädetään useissa eri laeissa. Laeissa määritellään muun muassa kuntoutusmuodot ja kuntoutukseen oikeutettu väestö. Eri osajärjestelmät rahoittavat samoja kuntoutusmuotoja, mutta niihin oikeutettu väestö vaihtelee järjestelmien kesken. (Suikkanen & Piirainen 1995c, 232; Järvikoski & Härkäpää 2004.) Kuntoutusmuodoista erityisesti lääkinnällinen ja ammatillinen kuntoutus ovat usean eri osajärjestelmän vastuulla, eikä tehtävänjako lainsäädännöstä ja muista kriteereistä huolimatta ole aina selvä. Suomi onkin saanut OECD:ltä huomautuksen monimutkaisesta ammatillisesta kuntoutusjärjestelmästä (OECD 2008).

Taulussa 3. olen esittänyt tässä tutkimuksessa tarkasteltujen kuntoutuksen osajärjestelmien piirteitä. Kattavamman kuvauksen osajärjestelmien kohderyhmistä, tehtävistä ja tavoitteista ovat esittäneet esimerkiksi Järvikoski ja Härkäpää (2004, 58–66; 2011, 55–62). Nimitän osajärjestelmiä jatkossa myös kuntoutustahoiksi tai organisaatioiksi (vrt. Suikkanen & Piirainen 1995c), viitaten tällöin kuntoutuspalvelujen järjestämisestä vastaaviin konkreettisempiin taloudellisiin, hallinnollisiin tai tuotantorakenteisiin.

Taulu 3. Kuntoutuksen osajärjestelmien piirteitä (muokattu Järvikoski & Härkäpää 2004, 58–66; Miettinen, Ashorn, Lehto & Viitanen 2011)

OSAJÄRJESTELMÄ	HALLINNONTASO, ROOLI JA RAHOITUS	KUNTOUTUKSEEN OIKEUTETTU VÄESTÖ	KUNTOUTUSMUOTO
Kunnat	Paikallinen, rahoittaja/organisoija/tuottaja, vero	Kuntien asukkaat	Lääkinnällinen, sosiaalinen ja kasvatuksellinen kuntoutus
Kansaneläkelaitos (Kela)	Kansallinen (alueelliset ja paikalliset toimistot) rahoittaja/organisoija, sosiaalivakuutus	Vaikeavammaiset Vajaakuntoiset Työkyvyttömät tai työkyvyttömyysuhan alla olevat	Lääkinnällinen, ammatillinen ja harkinnanvarainen kuntoutus
Työeläkejärjestelmä	Kansallinen, rahoittaja/organisoija, eläketurvavakuutus	Työkyvyttömät tai työkyvyttömyysuhan alla olevat	Ammatillinen kuntoutus
Työ- ja elinkeinohallinto	Kansallinen (alueelliset ja paikalliset toimistot), rahoittaja/organisoija/tuottaja, vero	Vajaakuntoiset työnhakijat	Ammatillinen kuntoutus
Valtiokonttori⁷	Kansallinen, rahoittaja/organisoija, eläketurvavakuutus ja vero	Valtion työntekijät, sotainvalidit ja –veteraanit sekä heidän puoliset	Lääkinnällinen, ammatillinen ja sotiin liittyvä kuntoutus

Kuntoutusta rahoitetaan monikanavaisesti niin julkisin vero- ja vakuutusrahoin kuin yksityiselläkin rahalla. Monikanavainen rahoitus on koko suomalaisen terveydenhuoltojärjestelmän piirre, ja sen on esitetty muun muassa lisäävän alueellista eriarvoisuutta palvelujen saatavuudessa (Teperi 2005, 87). Monikanavainen rahoitus korostuu kuntoutusjärjestelmässä, ja kuntoutuksen rahoitusjärjestelyä onkin kuvattu eri yhteyksissä monimuotoisimmaksi ja vaikeimmin hahmotettavaksi ja hallittavaksi rahoitusmalliksi (Haapakoski 2009; Pekurinen ym. 2010).

Kuntoutusjärjestelmän rakenteellinen tarkastelu hajauttamisen ja keskittämisen näkökulmasta on moniulotteisempaa kuin esimerkiksi terveydenhuollon vastaava tarkastelu, jossa kunnilla on selkeämmin ja laajempi vastuu palveluiden järjestämisestä. Kuntoutusjärjestelmän sisältä löytyy hajauttamisen eri asteita ja muotoja, sillä eri osajärjestelmät ovat organisoituneet eri tavoin

⁷ Valtiokonttorin työkyvyttömyysuhan alla olevien valtion työntekijöiden kuntoutusvastuu on siirretty Kevalle (ent. Kuntien eläkevakuutus) 1.1.2011 alkaen.

suhteessa keskushallintoon. Olen hahmotellut kuntoutuksen osajärjestelmien rahoituksen, poliittisen päätöksenteon, palvelupäätösten ja palvelujen tuotannon keskittämistä ja hajauttamista tauluun 4.

Taulu 4. Keskittäminen ja hajauttaminen kuntoutuksen osajärjestelmissä (Keskitetty = K, hajautettu = H).

Osajärjestelmä	Rahoitus	Poliittinen päätöksenteko	Palvelupäätökset	Palvelujen tuotanto
Kunnat	H (K)	H	H	H
Kela	K	K	H	H
Eläkevakuutusjärjestelmä	K	K	K	H
Valtiokonttori	K	K	K	H
Työ- ja elinkeinohallinto	K	K	H	H

Kunnat ovat kaikkein selvimmin paikallinen toimija. Kuntien ja valtion tehtävien- ja vallanjako vastaa keskittämisen asteeltaan devoluutiota. Valtio osallistuu kuitenkin kuntien toiminnan rahoitukseen valtionosuuksin. Muut osajärjestelmät ovat keskushallintoon nähden keskitetympiä organisaatioita. Ne saavat rahoituksensa joko pakollisen vakuutusjärjestelmän kautta tai valtion keräämistä verovaroista. Näiden järjestelmien poliittinen päätöksenteko ja valvonta on valtakunnan tasolla hajautettu eduskunnalle (Kela), Työ- ja elinkeinoministeriölle, Valtiovarainministeriölle (Valtiokonttori) ja Sosiaali- ja terveysministeriölle (Eläkevakuutusjärjestelmä).

Valtion tasolta ohjautuvien osajärjestelmienkin välillä on eroja organisoinnissa. Esimerkiksi Kelan organisaatioissa on valtakunnan tason keskushallinto, aluekeskukset ja paikalliset toimistot, kun taas Valtiokonttorilla on toimipisteet vain muutamassa suurimmassa kaupungissa. Kela ja työvoimahallinto muistuttavat keskittämisen asteeltaan dekonsentraatiota. Eläketurvavakuutusjärjestelmän ja Valtiokonttorin toiminnan organisointi on puolestaan hyvin keskitettyä.

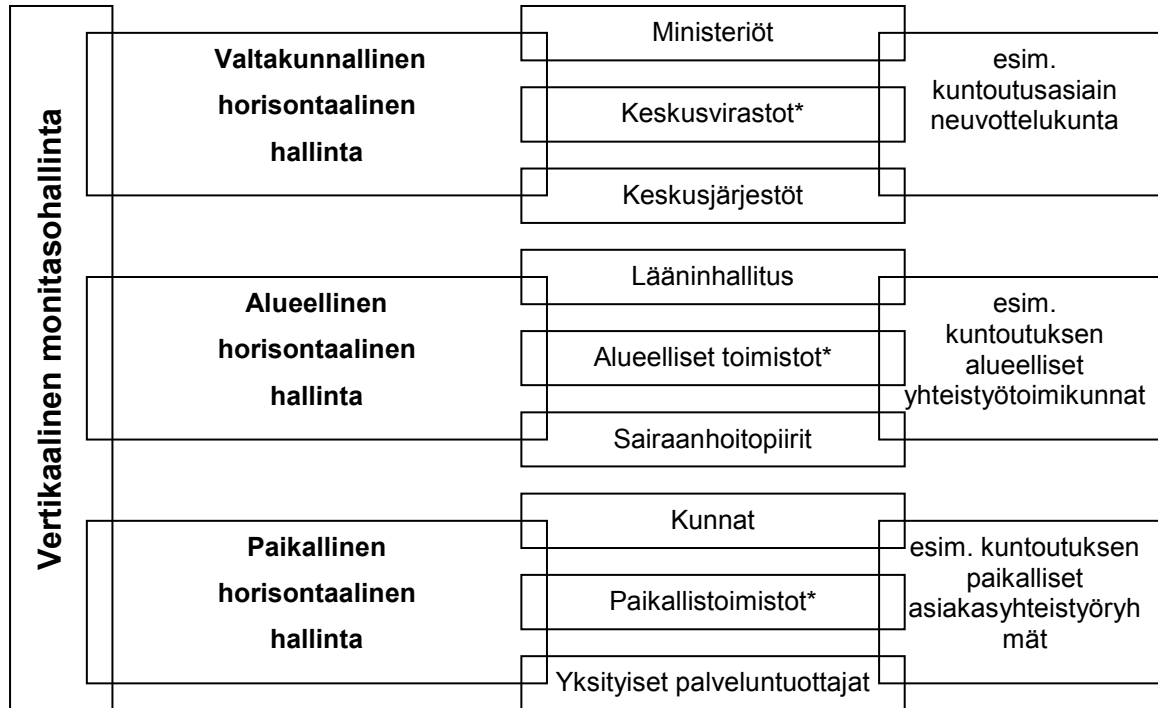
Kuntoutuspalvelujen tuotanto on enemmän tai vähemmän hajautettua riippuen osajärjestelmästä. Kunnat tuottavat palvelut joko itse tai ostavat niitä lähiseudun palveluntuottajilta. Muut osajärjestelmät pääsääntöisesti ostavat palvelut joko paikallisilta palveluntuottajilta tai kuntoutuslaitoksilta, joita on Suomessa arviolta 100 (Ihalainen & Rissanen 2009).

3.2.3 Hallinta kuntoutusjärjestelmässä

Kuntoutusjärjestelmää ei ole kokonaisuutena hallinnoitu. Muutos hallinnosta hallintaan ei siksi ole tunnistettavissa kuntoutusjärjestelmän kokonaisuutta tarkasteltaessa. Yksittäisten osajärjestelmien hallinto on ollut julkisille hyvinvointijärjestelmille tyypilliseen tapaan hierarkkista, mutta myös markkina-mekanismeja ja verkostoja on tunnistettavissa osajärjestelmien toiminnasta. (Miettinen ym. 2011.) Verrattuna esimerkiksi terveydenhuoltojärjestelmään, ovat kuntoutuksen osajärjestelmät tehneet huomattavasti aikaisemmin yhteistyötä niin kolmannen kuin yksityisenkin sektorin ostamalla niiltä kuntoutuspalveluja. Tosin näissä ”verkostosuhteissa” on ehkä ennemminkin kyse hierarkkisesta koordinoitavasta, jossa julkisella sektorilla on selkeä valta-asema, kuin hallinta -ajattelussa esitetyistä markkina- tai verkostosuhteista. Hallinnan teorioiden mukaan verkostoissa ei pitäisi tällaista vallan keskusta olla.

Kuntoutuksen toimijoita on tunnistettavissa niin valtiontasolta, aluetasolta kuin paikalliseltakin tasolta. Kuntoutusjärjestelmän kokonaisuutta on pyritty lainsäädännöllä koordinoimaan luomalla osajärjestelmien välille yhteistyökäytäntöjä näillä eri institutionaalisilla tasoilla. Näitä muodostettuja yhteistyöryhmiä voi periaatteessa kutsua kyseessä olevan tason kuntoutuksen horisontaaliseksi hallinnaksi. Näiden eri institutionaalisten tasojen välille on myös periaatteessa muodostettu yhteistyörakenteita, joita voisi kutsua puolestaan kuntoutuksen vertikaaliseksi monitasohallinnaksi. (vrt. Anttiroiko ym. 2003.) Pitää tosin huomata, että kyseessä ei välttämättä ole uuden hallinnan ajattelun mukaiset verkostosuhteet, sillä näissä suhteissa on oleellista toimijoiden vapaaehtoisuus, kun taas kuntoutuksen yhteistyökäytännöt ovat hierarkkisesti ylhäältä säädettyjä (vrt. Peters 2002).

Olen hahmotellut tämän hetkisen kuntoutusjärjestelmän hallintasuhteita kuvioon 1. Käytännössä horisontaalinen hallinta paikallisella ja alueellisella tasolla toimii eri tavoin eri puolilla maata (vrt. Saikku & Karjalainen 1999; Saikku 1999). Valtakunnallinen horisontaalinen hallinta on tapahtunut kuntoutusasiainneuvottelukunnan (KUNK) toimesta, mutta viime vuosina sen toiminta on vähentynyt. Vertikaalista, näiden eri tasojen välistä hallintaa ei käytännössä juurikaan ole, lukuun ottamatta KUNKin järjestämiä keskustelu- ja koulutustilaisuuksia. Kokonaisuutena kuntoutusjärjestelmän hallintasuhteiden kenttä muotoutuu näin ollen moniulotteiseksi ja useita hallinnankeinoja sisältäväksi.



Kuvio 1. Kuntoutuksen hallinnan horisontaaliset ja vertikaaliset ulottuvuudet (vrt. Anttiroiko ym. 2003). *Kelan sekä työ- ja elinkeinohallinnon yksiköt.

3.3 Kuntoutusjärjestelmän toiminta ja kehittäminen

Kuntoutuksen integroinnin muuhun hyvinvointijärjestelmään ja siitä johtuvan monitahoisen työnjaon vuoksi kuntoutusjärjestelmää on jo usean vuosikymmenen ajan kuvattu hajanaiseksi ja sekavaksi (Multimäki 1972; Kuntoutusselonteko 1994; Lahtela ym. 2002). Integroinnin taustalla olivat kansalaisten tasa-arvon ja normalisoinnin periaatteet. Integrointia edeltävään, invalidihuoltolakiin perustuvaan järjestelmään verrattuna kuntoutuksen sijoittamisen yleisen hyvinvointijärjestelmän sisään ajateltiin turvaavan paremmin tarpeenmukaisten kuntoutuspalvelujen saatavuuden. (vrt. Järvikoski 1994, 159–161.)

Nykyisen sektoroituneen, eri hyvinvointijärjestelmän lohkoihin kuuluvien sekä erilaisin päämäärin ja menetelmin toimivien tahojen muodostaman kuntoutusjärjestelmän ongelmiksi on esitetty yhteisymmärryksen, koordinoinnin ja ohjauksen puute sekä vastuun välttely (Järvikoski 1994; Järvikoski & Puumalainen 1998, 20). Hajanaisen kuntoutusjärjestelmän on arveltu

aiheuttavan kuntoutuksen toteutuksessa viiveitä, aukkoja ja päällekkäisyyttä (Karjalainen 1993, 18; Kuntoutusselonteko 1998; Lahtela ym. 2002; Järvikoski & Härkäpää 2004, 71–73). Hajanaisen järjestelmän vaikutukset näkyvät siis sekä kuntoutukseen pääsyssä, että kuntoutusprosessien jatkuvuudessa. Vastuunalueiden epäselvyyden on sanottu aiheuttavan myös asiakkaiden siirtämistä omasta järjestelmästä toiseen omien kustannusten rajaamiseksi (Järvikoski 1994; Sosiaali- ja terveysministeriö 2003). Kuntoutuksen rahoituksen monikanavaisuuden on niin ikään sanottu aiheuttavan viiveitä sekä heikentävän kuntoutusprosessien toimivuutta ja alueellista yhdenvertaisuutta (Pekurinen ym. 2010, 58–59).

Päällekkäisyydellä on viitattu muun muassa siihen, että nykyinen järjestelmä mahdollistaa palvelujen saamisen useasta osajärjestelmästä yhtä aikaa. Tämä ei itsessään ole ongelma, sillä kyseessä voivat olla tarpeenmukaiset ja sisällöltään erilaiset palvelut. Ongelmia tästä syntyy siinä vaiheessa, kun palveluja pitäisi sovittaa yhteen. Yhteensovittaminen on tärkeää kuntoutuksen kokonaisprosessin onnistumiseksi, mutta osajärjestelmien välisen koordinoinnin puuttuessa yhteensovittaminen on käytännössä epävarmaa. (Runciman, Merry & Walton 2007; Colpaert, Wanderplasschen & Broekaert 2007.)

Toimintojen parempi koordinointi sekä erilaisten palvelujen kokonaissuunnitelman luominen ovat olleet jo pitkään kuntoutusjärjestelmän kehittämisen agendalla. Usean vuosikymmenen ajan on järjestelmän toimintaa esitetty parannettavaksi työnjakoa selventämällä, yhteistyötä lisäämällä ja informaation kulkua kehittämällä (Niemi 1969, 32; Rissanen 2000, 22). Kehittämisehdotuksiin ovat kuuluneet muun muassa olemassa olevien kuntoutuksen osajärjestelmien yhdistäminen tai ainakin rahoituksen keskittäminen ja yhteinen koordinointi, ja valtiovallan keskeinen ohjaava rooli (Niemi 1969; Multimäki 1972, 36; Sosiaalivakuutus 2006; Pekurinen ym. 2010, 60). 1960-luvun lopulla kuntoutuksen järjestämistä pohtinut Kuntoutuskomitea ehdotti mietinnössään alueellisen koordinointi- ja neuvotteluelimen perustamista, jonka tarkoituksena oli turvata kuntoutustoimenpiteiden mielekäs kokonaisuus ja kuntoutusprosessin johdonmukaisuus (Niemi 1969, 31).

Kuntoutuksen alueelliseen organisointiin viitataan myös tuoreessa suomalaisen terveydenhuollon monikanavaiseen rahoitukseen liittyvässä selvityksessä. Siinä esitetään muun muassa lääkinnällisen kuntoutuksen vastuun keskittämistä kansalliseen tai alueelliseen organisaatioon, joka integroitaisiin alueelliseen terveydenhuoltoon (Pekurinen ym. 2010, 60). Myös kansainvälisessä kirjallisuudessa on esitetty kuntoutuspalvelujen integroimista alueen muuhun sosiaali- ja terveystalouden palvelujärjestelmään. Integroinnin tavoitteeksi on nimetty oikea-

aikaisten ja tehokkaiden sekä kokonaisvaltaisten ja koordinoitujen kuntoutuspalvelujen tarjoaminen niitä tarvitseville. (Eldar 2000.)

Tällaisten rakenteellisten uudistusten sijaan on kuntoutusjärjestelmän toimintaa pyritty parantamaan lisäämällä osajärjestelmien välistä yhteistyötä, eli kehittämällä toimintakäytäntöjä. Tähän on viimeisen kahden vuosikymmenen aikana tähdätty kattavilla lainsäädännön uudistuksilla (mm. Laki kuntoutuksen asiakaspalveluyhteistyöstä 604/91; Laki kuntoutuksen asiakasyhteistyöstä 497/2003; Kuntoutus uudistuu 1992). Kuntoutuslakiuudistuksilla on pyritty parantamaan palvelujen saatavuutta, selkiyttämään tehtävänjakoa ja lisäämään osajärjestelmien yhteistyötä perustamalla muun muassa paikallisia asiakasyhteistyöryhmiä (Kuntoutus uudistuu 1992; Järvikoski 1994, 158). Kuntoutusta koskeviin lakeihin kirjattiin kuntoutuslakiuudistuksessa muun muassa ohjausvelvoite, jonka mukaan asiakas tulee ohjata toisen kuntoutuksen osajärjestelmän piiriin, jos ao. järjestelmä ei voi asiaa hoitaa. Näin haluttiin varmistaa, että asiakas ei jäisi järjestelmien väliinpuotoajaksi, mikä on niin ikään nimetty sektoroituneen kuntoutusjärjestelmän ongelmaksi. (Järvikoski & Puumalainen 1998, 22.) Paikallisten yhteistyöryhmien toiminnasta on saatu positiivisia tuloksia, mutta ryhmien aktiivisuudessa ja toiminnassa on ollut vaihteluja (Saikku & Karjalainen 1999; Saikku 1999).

Ratkaisuyrityksistä huolimatta kuntoutusjärjestelmässä näyttäisi olevan edelleen toiminnallisia puutteita,, sillä järjestelmän ongelmien kuvaukset toistuvat edelleen 2000-luvun kuntoutuksen kirjallisuudessa (ks. lähteet edellä). Vaikka on todennäköistä, ettei nykyisen kaltaisessa hajautetussa järjestelmässä esimerkiksi vastuiden päällekkäisyyksiä ja niistä aiheutuvia ongelmia voida yhteistyöverkostoja luomalla kokonaan poistaa (Boston 2000, 308), on kuntoutuksen yhteistyöelinten toiminta edelleen mielekäs sen tuottamien positiivisten vaikutusten, kuten yksittäisten asiakkaiden tarkoituksenmukaisemman palvelujen käytön, vuoksi (vrt. Levine & White 1961).

Samoin kuin Suomessa, näyttäisi kuntoutusjärjestelmä olevan muissakin maissa monimutkainen kokonaisuus (Blaxter 1980; Goldberg 1989; Lindqvist 1995b; Axelsson & Bihari-Axelsson 2005; Schmollinger 2008). Ruotsissa on muun muassa useita ammatillisen kuntoutuksen toimijoita, jotka toimivat enemmän tai vähemmän rajatuilla alueillaan. Lindqvistin mukaan näiden kuntoutustahojen toiminnan rajat ovat Ruotsissa määräytyneet muun muassa organisaatioiden välisistä erilaisista arvojärjestelmistä, säännöistä, hallinnollisista piirteistä ja intresseistä. Toimintaa määrittävät myös tahojen erilaiset tehtävät, motiivit ja tavoitteet. Tahot toimivat kuitenkin saman kentän sisällä ja muodostavat todennäköisesti riippuvuussuhteita

toisiinsa, joten yhteistyötä tai ainakin toisten työn ymmärrystä niiden välillä tulisi olla. Edellä mainitut toimintaa määrittävät erot johtavat Lindqvistin mukaan kuitenkin usein ristiriitoihin ja "rajakonflikteihin" näiden tahojen välillä. Monitoimijaisen kuntoutusjärjestelmän ongelmat ilmenevät juuri näillä raja-alueilla. Toisaalta tahojen erilaiset näkökulmat johtavat parhaimmillaan hedelmälliseen yhteistyöhön. (Lindqvist 1995b, 189, 204; myös Levine & White 1961.)

Tutkimustieto suomalaisen kuntoutusjärjestelmän kokonaistoiminnasta on vähäistä. Järjestelmän toimivuuden kuvaukset perustuvat usein asiantuntijoiden lausuntoihin ja arvioihin. Myös kansainvälinen tutkimuskirjallisuus kuntoutusjärjestelmistä on niukkaa. Yksi harvoista löytämistäni oli Engbergin, Liebachin ja Nordenbon (2006) tutkimus keskitettyjen kuntoutuspalvelujen vaikutuksesta aivovammapotilailla Tanskassa. Ne potilaat, joita kuntoutettiin keskitetysti, kotiutuivat tilastollisesti merkitsevästi paremmassa kunnossa kuin potilaat, jotka hoidettiin muissa yksiköissä. Tosin tutkijat eivät voineet olla varmoja, että parempiin tuloksiin vaikutti juuri toiminnan keskittäminen. Swartling, Alexanderson ja Wahlström (2008) tutkivat puolestaan viiveitä ja muita puutteita kuntoutuspalveluissa Ruotsissa. Tuloksena oli, että ne, joilla ei ollut pysyvää työsuhdetta, ja erityisesti ne jotka eivät olleet oikeutettuja työttömyys- tai sairauskorvauksiin, saivat huonolaatuisempaa kuntoutusta kuin ne, joilla esimerkiksi työnantaja oli vastuussa palvelujen järjestämisestä.

3.4 Yhteenvetoa kuntoutusjärjestelmästä – kuntoutuspalvelujen saatavuuden muotoutuminen

Kuntoutusjärjestelmän mieltämistä kokonaisuudeksi vaikeuttaa yhteisen hallinnon, organisoinnin ja koordinoinnin puute. Osajärjestelmät eroavat toisistaan rakenteiltaan sekä organisointitavoiltaan. Järjestelmään kuuluvia osajärjestelmiä ohjaavat erilaiset lainsäädännöt, ja niillä on toisistaan poikkeavat rahoitusmallit sekä tehtäväalueet. Toisaalta eri osajärjestelmien kuntoutusta koskeva lainsäädäntö on määritelty suhteessa toisten järjestelmien vastaavaan lainsäädäntöön (Kuntoutusselonteko 1994), jolloin niiden voi jälleen ajatella olevan riippuvuussuhteessa toisiinsa.

Ollakseen selkeä ja toimiva hyvinvointijärjestelmä, tulisi palveluja rahoittavien ja toteuttavien tahojen muodostaman joukon prosessit ja rakenteet suhteuttaa toisiinsa. (vrt. Lehtisalo & Raivola 1992, 25.) Eheä kuntoutuksen palvelujärjestelmä muodostaa katkeamattoman turvaverkon, sekä

oikeudenmukaisemman ja inhimillisemmän toimintaympäristön (vrt. Rissanen 2000, 23). Yhteistyön on ajateltu kurovan umpeen monitahoisen järjestelmän aukkoja ja poistavan päällekkäisiä toimintoja (Levine & White 1961, 585), tosin kuntoutuksen osajärjestelmien nykyisenkaltainen yhteistyö ei välttämättä ole tuottanut toivottua tulosta.

Levine ja White (1961) esittävät kuinka keskitetysti hallinnoidut, mutta paikallisella tasolla toimivat organisaatiot, tekevät vähemmän yhteistyötä muiden paikallisten toimijoiden kanssa kuin paikallisesti hallinnoidut organisaatiot. Levinen ja Whiten esitys vaikuttaa mahdolliselta myös suomalaisen kuntoutusjärjestelmän kontekstissa, kuntoutusjärjestelmässämme kun on tunnistavissa sekä keskitetysti että paikallisesti hallinnoituja organisaatioita. Karjalaisen (1996) tutkimuksen pohjalta arvioituna yhteistyö olisi kuitenkin parhaiten toteutettavissa kunnan ja Kelan, eli toisaalta paikallisen ja toisaalta keskitetysti hallinnoidun organisaation välillä, näiden osajärjestelmien välisen selkeän työnjaon vuoksi. Karjalainen huomasi asiakasyhteistyöryhmien rajanvetoja tutkiessaan, että selkeimmät rajat ovat terveyskeskuksen ja Kelan sekä mielenterveystoimiston, kuin myös sosiaalitoimiston ja Kelan sekä mielenterveystoimiston välillä. (Karjalainen 1996.) Tämä on mielenkiintoinen huomio, sillä käytännössä on ollut ongelmia erityisesti vaikeavammaisten kuntoutusvastuun siirtymisessä Kelalta kunnille heidän täyttäessä 65 vuotta. Hajanaisen kuntoutusjärjestelmän ongelmiksi on esitetty ohjauksen, koordinoinnin ja yhteistyön puutteet. Näiden on sanottu puolestaan johtavan palvelujen saatavuuden ongelmiin, kuntoutuksen käynnistymisen ja toteutuksen viiveisiin, sekä päällekkäisiin toimintoihin.

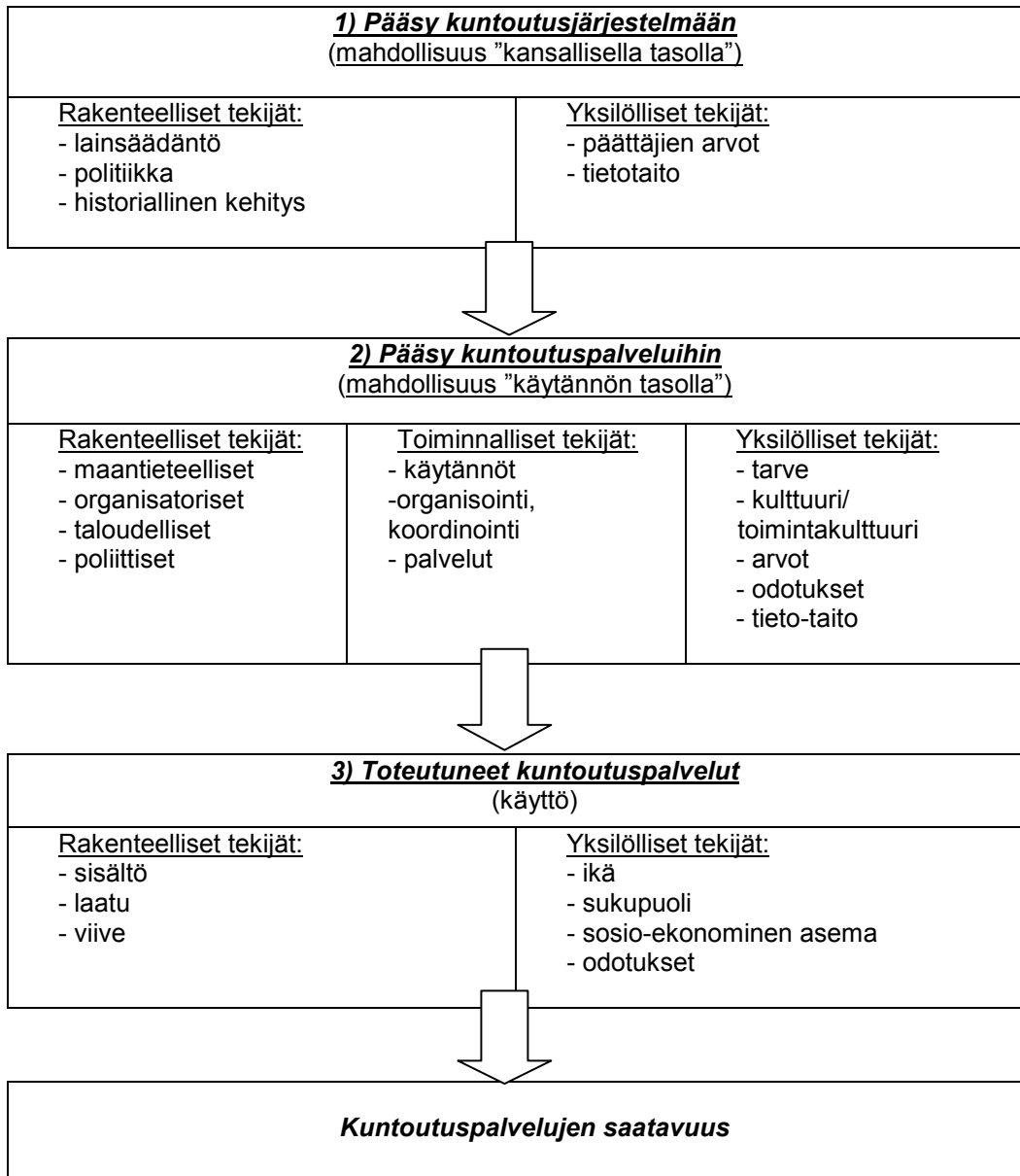
Kuntoutusjärjestelmän kompleksisuuden lisäksi kuntoutuspalvelujen saatavuuteen vaikuttavat todennäköisesti samankaltaiset järjestelmätason tekijät, kuin mitä olen koonnut Tauluun 1 terveyshuoltopalvelujen osalta. Painotukset voivat tosin vaihdella niin kuntoutuksen kuin suomalaisen hyvinvointivaltion piirteiden vuoksi. Olen hahmotellut kirjallisuuteen perustuen kuvan prosessista (Kuvio 2), jossa kuntoutuspalvelujen saatavuus muotoutuu eri hallinnon ja käytännön toiminnan tasoilla ja eri vaikuttavien tekijöiden kautta. Ensinnäkin mahdollisuus päästä palveluihin luodaan kansallisella tasolla lainsäädännön kautta. Lainsäädäntöön, ja ylipäänsä kuntoutuksen nousemiseen poliittiselle agendalle vaikuttavat puolestaan erilaiset historialliset, yhteiskunnalliset, kulttuuriset ja poliittiset tekijät (vrt. Miettinen 2011).

Toiseksi, mahdollisuus saada kuntoutuspalveluja on vahvasti sidoksissa käytännön tason rakenteellisiin, toiminnallisiin sekä niin työntekijöiden kuin kuntoutujien yksilöllisiin tekijöihin. Erityisesti tärkeäksi tekijäksi nousevat kuntoutuksen lähetekäytännöt ja siihen liittyvät

henkilöstön osaaminen, intressit ja oletukset (Schmollinger 2008; vrt. myös Scheer ym. 2003). Lopuksi palvelujen saatavuutta määrittää toteutunut palvelujen käyttö. Oikeudenmukaisuuden ihanteena on, että palvelujen käyttöön eivät vaikuta yksilölliset tarpeista riippumattomat tai järjestelmään liittyvät tekijät, ja että ne ovat oikea-aikaisia sekä vastaavat sisällöltään ja laadultaan kuntoutujan tarpeita.

Kuntoutujilla on erilaiset mahdollisuudet päästä kuntoutusjärjestelmään (kuvio 2, kohta 1). Lainsäädännössä määritellään useita perusteita ja edellytyksiä kuntoutuksen saamiseksi, jolloin oikeuksien ja velvollisuuksien kokonaisuus muodostuu monimutkaiseksi ja vaikeaselkoiseksi (Purhonen, Ashorn, Viitanen, Rissanen & Lehto 2006). Lainsäädännön ja oikeuksien moniselkoisuus vaikuttavat edelleen seuraavassa saatavuuden prosessin vaiheessa, eli palveluihin pääsyssä (kohta 2). Käytännön tasolla kuntoutuspalveluihin pääsyyn vaikuttavat yhtäältä yksilön kuntoutustarpeet, mutta myös edellä muodostetut järjestelmän reunaehdot (vrt. Rajavaara 1998, 80–84). Kuntoutuksen tarvearvioinnit riippuvat kuntoutuksen ”portinvartijoiden” tietotaidosta, mutta myös tulkinnoista ja asenteista sekä organisaation käytännöistä. Erityinen huomio tulee kiinnittää myös niihin paikallisiin ja alueellisiin taloudellisiin ja muihin resurssieroihin, jotka niin ikään vaikuttavat kuntoutuspalveluihin pääsyyn. Kuntien autonomian myötä niiden tuottamissa palveluissa on todennäköisesti eroja, mutta eroja on myös keskitetysti ohjattujen organisaatioiden paikallistoimistojen toiminnassa. Kokonaisuudessaan kuntoutuspalvelujen saatavuus muodostuu erilaiseksi eri väestöryhmissä.

Lisähaasteen kuntoutuspalvelujen saatavuuden pohdintaa tuo näiden palvelujen sisällöllinen kirjo. Kuntoutus voi olla lyhytkestoista tai pitkäkestoista, se voi liittyä akuuttiin tilanteeseen tai se voi olla sekundaarista, se voi vaatia korkeaa teknologiaa ja moniammatillista toimintaa, ja investointeja rakennuksiin. Näillä erilaisilla kuntoutuspalveluilla on esimerkiksi erilainen vaatimus niiden maantieteellisen läheisyyden suhteen. Lyhytkestoinen, akuutti ja vaativa kuntoutus on perusteltua keskittää esimerkiksi yliopistosairaaloihin ja vaikeisiin vammoihin erikoistuneisiin kuntoutuslaitoksiin niiden vaatiman erityisammattitaidon ja kalliiden välineiden vuoksi, ja koska tällaisia kuntoutuspalveluja tarvitsevia on suhteellisen vähän. Kuntouttavat asumispalvelut esimerkiksi mielenterveyspotilaille, ammatillinen kuntoutus ja pitkäaikaissairaiden kuntoutus ovat luonteeltaan puolestaan pitkäkestoista kuntoutusta, jolloin on perusteltua tarjota näitä palveluja lähellä niitä tarvitsevia. (vrt. Pollit, Birchall & putnam 1998.)



Kuvio 2. Kuntoutuspalvelujen saatavuus prosessina: tasot ja tekijät, jotka vaikuttavat palvelujen saatavuuteen.

4. TUTKIMUKSEN LÄHTÖKOHDAT JA MENETELMÄT

4.1 Tutkimuksen tavoite ja tutkimuskysymykset

Selvitin tässä tutkimuksessa aluetason kuntoutusjärjestelmän rakennetta ja organisointia, sekä kuntoutuspalvelujen käyttöä yhden sairaanhoitopiirin alueella. Tutkimuksen tavoitteena oli jäsentää kuntoutusjärjestelmän kokonaisuutta alueellisesta näkökulmasta. Lisäksi tarkoituksena on ollut herättää keskustelua osajärjestelmistä koostuvan kuntoutusjärjestelmän uudelleenorganisoinnista, esimerkiksi alueellisesti. Kuntoutusjärjestelmän kokonaisuuden toimintaa ei ole aikaisemmin tutkittu aluetasolla, ja tietävästi tuon tutkimuksessani ensimmäisenä esiin ajatuksen aluetason kuntoutusjärjestelmästä. Kuntoutuksen aluetason tarkastelu on ajankohtaista nyt, kun Suomessa kehitetään muitakin hyvinvointijärjestelmän osia alueellisten rakenteiden suuntaan. Lisäksi alueellinen rajaus oli tarpeen tutkimuskohteen, kuntoutusjärjestelmän kokonaisuuden, laajuuden vuoksi.

Tutkimuksen empiirinen osa muodostuu neljästä osajulkaisusta. Ensimmäisessä osajulkaisussa vastattiin tutkimuskysymykseen, millainen on aluetason kuntoutusjärjestelmä. Tämä kysymys oli tarpeen esittää tutkimuksen alussa tutkimuskohteen hahmottamiseksi. Toisessa osajulkaisussa selvitettiin, miten kuntoutus on organisoitu aluetasolla. Tähän liittyen vastattiin kysymyksiin, onko alueella yhteistä kuntoutuksen strategiaa tai tavoitteita, ja onko kuntoutuksen aluetason organisoinnille tarvetta. Kolmantena tutkimuskysymyksenä oli selvittää, millaista kuntoutusta aluetason järjestelmä tuottaa. Tähän vastattiin kolmannessa osajulkaisussa selvittämällä, miten kuntoutuspalvelujen käyttö jakautuu iän, sukupuolen ja asuinkunnan mukaan, ja neljännessä osajulkaisussa selvittämällä, onko kuntoutuspalvelujen käytössä päällekkäisyyksiä ja kasautumista yhden sairaanhoitopiirin alueella? Tutkimuskysymykset on koottu alle osajulkaisuittain:

I osajulkaisu:

1. Millainen on aluetason kuntoutusjärjestelmä?

II osajulkaisu:

2. Miten kuntoutus on organisoitu aluetasolla?

- a. Onko alueella yhteistä kuntoutuksen strategiaa tai tavoitteita?
- b. Onko kuntoutuksen aluetason organisoinnille tarvetta?

III ja IV osajulkaisut:

3. Millaista kuntoutusta järjestelmä tuottaa yhden sairaanhoitopiirin alueella?

- a. Miten kuntoutuspalvelujen käyttö jakautuu iän, sukupuolen, asuinkunnan mukaan?
- b. Onko kuntoutuspalveluiden käytössä päällekkäisyyksiä ja kasautumista?

Muodostan tässä yhteenvedossa näiden osajulkaisujen tulosten pohjalta kuvan nykyisestä aluetason kuntoutusjärjestelmästä ja sen toiminnasta. Pohdin tulosten sekä kirjallisuus-osassa esittämiä teorioiden pohjalta aluetason kuntoutusjärjestelmän tarvetta, edellytyksiä ja vaihtoehtoisia malleja palvelujen saatavuuden näkökulmasta. Olen kiinnostunut järjestelmätason rakenteellisista tekijöistä, jotka luovat edellytyksiä tai esteitä palvelujen saatavuudelle ja siten oikeudenmukaisuuden toteutumiselle kuntoutuspalveluissa. Tarkastelen palvelujen saatavuutta siis järjestelmä-, prosessi- ja resurssi-näkökulmista, joita olen kuvannut luvussa 2.1.1.

Tutkimuksen lähtökohtana oli, että järjestelmä on olemassa, vaikka sitä ei sellaiseksi usein tunnusteta tai tunnisteta. Järjestelmän olemassaolon tunnustaminen on tärkeää, jotta sen muodostamien, toisistaan riippuvien osien toimintaa voi kehittää kokonaisuuden kannalta mielekkäästi. Järjestelmän kokonaisuuden toimivuus on puolestaan tärkeää muun muassa kuntoutuksen oikeudenmukaisuuden, sujuvuuden, vaikuttavuuden ja tehokkuuden vuoksi.

4.2 Tutkimuskohde ja -menetelmät

4.2.1 *Tutkimuskohteena sairaanhoitopiirin alueella toimivat osajärjestelmät*

Tutkimusalueeksi valitun sairaanhoitopiirin asukasluku oli tutkimusajankohtana noin 190 000. Sairanhoitopiirin väestöpohja oli muihin sairaanhoitopiireihin verrattuna keskikokoinen, ja sen arvioitiin olevan tutkimuksen tarkoitukseen edustava ja tutkimuksen aineiston hankinnan suhteen

hallittavissa oleva väestöpohja. Tutkittava alue koostui alueen 25 kunnasta⁸. Kuntien asukasmäärä vaihteli noin tuhannesta asukkaasta vähän yli 30 000:en. Alueen kunnat olivat maaseutuvaltaisia. Tutkimuksen aineisto kerättiin vuosina 2004–2006.

Tarkastelin tässä tutkimuksessa lähinnä niitä osajärjestelmiä, jotka rahoittavat kuntoutusta. Tutkimuksen ulkopuolelle ovat siten jääneet kuntoutuksen osajärjestelmistä ohjausjärjestelmät, kuten ministeriöt. Nämä olivat tarkastelun kohteena tutkimusprojektimme toisessa tutkimuksessa (Miettinen 2011). Kuntoutuksen tuottajajärjestelmistä yksityinen ja kolmas sektori ovat mukana vain niiltä osin, kun niiden tuottamat kuntoutuspalvelut näkyivät rekistereissä⁹. (Järvikoski & Härkäpää 2004.) Rahoittajaosajärjestelmien tarkastelu perustuu ajatukseen, että kokonaisjärjestelmän rakenteellisessa muutoksessa rahoituksen uudelleenjärjestely on oleellista.

4.2.2 Mixed methods ja pragmatismi

Tutkin aluetason kuntoutusjärjestelmää sekä laadullisia että määrällisiä tutkimusmenetelmiä käyttäen. Käytin erilaisia menetelmiä täydentämään toistensa antamaa kuvaa aluetason kuntoutusjärjestelmästä (vrt. Brannen 2004, 314; O’Cathain 2010, 579). Tämä tutkimus nojaa siten mixed methods -tutkimusparadigmaan, jossa tutkimuskysymyksiin pyritään vastaamaan yhdistämällä laadullisista ja määrällisistä lähestymistavoista toimiva kombinaatio (Johnson & Onwuegbuzie 2004; Morgan 2007). Mixed methods -tutkimusorientaatio on yleistynyt eri tieteenaloilla, myös terveystieteissä. Yleistymistä selittää osaltaan lisääntynyt ymmärrys terveyteen ja terveydenhuoltoon liittyvien kysymysten moniulotteisuudesta, jota ei yhdestä tarkastelukulmasta välttämättä pystytä avaamaan. (Forthofer 2003, 527–539.) Kuntoutusjärjestelmän kompleksisuus tukee tarvetta laaja-alaiselle tutkimusotteelle (vrt. O’Cathain 2009; Andrew & Halcomb 2011). Mixed methods –tutkimuksen käyttöä suositaan myös tilanteissa, joissa tutkimuskohde on ennalta tuntematon (Denscombe 2008). Tässä tutkimuksessa muodostetaan tiittävästi ensimmäistä kertaa kuva aluetason kuntoutusjärjestelmästä, joten monimuotoinen tutkimusorientaatio on tästäkin syystä perusteltua.

Mixed methods –paradigman määrittely ja siihen nojaava käytännön tutkimus on moninaista (Denscombe 2008). Yhteisesti on kuitenkin tunnistettu, että paradigman tieteenfilosofinen tausta

⁸ Tutkimuksen alussa todettiin kahden alueen rajakunnan olleen joko vain sairaanhoitopiirin tai maakunnan alueella. Koska tässä vaiheessa ei oltu päätetty, noudatetaanko sairaanhoitopiirin vai maakunnan rajoja, jätettiin molemmat kunnat tutkimuksen ulkopuolelle.

⁹ Terveyden- ja hyvinvointilaitoksen (ent. Stakes) ylläpitämissä Hilmo-tietokannoissa.

on pragmatismissa (Maxcy 2003; Tashakkari & Teddlie 2003; Johnson & Onwuegbuzie 2004; Morgan 2007; Denscombe 2008). Morganin (2007) mukaan pragmatismissa kiinnitetään huomio enemmän menetelmällisiin kuin totuuden ja tiedon filosofisiin kysymyksiin verrattuna aiempiin tutkimusparadigmoihin. Lähtökohtana on etsiä toimivin menetelmä, ei totuuden filosofisilta perusoletuksilta sopivinta tutkimustapaa (Tashakkari & Teddlie 2003, 713). Aluetason kuntoutusjärjestelmän rakenteen sekä kehittämismahdollisuuksien hahmottamisessa lähdin liikkeelle haastattelujen ja asiakirjojen analyysillä muun muassa siksi, ettei aiheesta ollut aikaisempaa tietoa saatavilla (Hirsjärvi & Hurme 2001, 35; Tuomi & Sarajärvi 2009, 140). Olemassa olevien rekisterien käyttö puolestaan oli perusteltua tutkittaessa järjestelmän toimintaa, eli tässä tutkimuksessa kuntoutuspalveluiden käyttöä alueella.

Pragmatismissa hylätään perinteiset laadullisen ja määrällisen tutkimuksen vastakkainasettelut (Tashakkari & Teddlie 2003; Johnson & Onwuegbuzie 2004; Morgan 2007). Pragmaattisessa tutkimusotteessa tutkimus ohjautuu sekä teoria- että aineistolähtöisesti, induktiivisesti ja deduktiivisesti. Pragmatismissa tunnustetaan se, että kumpikaan näistä ei voi käytännössä puhtaasti toteutua. Tutkimusotteessa tutkija liikkuu objektiivisuuden ja subjektiivisuuden välillä, ollen vuorovaikutteisessa suhteessa tutkimuskohteeseensa kuin myös tieteelliseen traditioon. Minulle oli tutkijana esimerkiksi muodostunut aikaisemman kokemuksen ja koulutuksen kautta ennakkokäsitys tutkittavasta aiheesta, joka on väistämättä ollut vaikuttamassa tekemiini valintoihin, kuten tutkimuskysymyksiin, haastatteluteemoihin ja tulkintoihin. Pragmatismissa tiedon luonteen ei ajatella olevan täysin konteksti-sidonnaista kuin ei myöskään täysin yleistettävissä. Keskeistä on näiden sijaan sen pohtiminen, missä määrin ja miten tieto on siirrettävissä muihin yhteyksiin. (vrt. Morgan 2007.) Pragmaattisessa tutkimusotteessa tutkimusta ohjaavat näkyvästi kulttuuriset arvot (Johnson & Onwuegbuzie 2004). Kulttuurisiin arvoihin liittyen on tämän tutkimuksen punaisena lankana ollut hyvinvointivaltiollemme tunnusomainen oikeudenmukaisuuden tavoite.

4.2.3 Haastattelu- ja asiakirja-aineisto sekä analyysimenetelmät

Tutkimusaineisto koostui osajulkaisuissa I alueella toimivien kuntoutuksen asiantuntijoiden ryhmähaastatteluista ja osajulkaisuissa II kuntoutuksen osajärjestelmien asiakirjoista. Sekä haastattelujen että asiakirja-aineistojen avulla pyrittiin tuottamaan kuva aluetason kuntoutusjärjestelmän rakenteesta ja organisoinnista. Haastateltavat tai asiakirjat eivät olleet

ensisijaisena tutkimuksen - tai kiinnostuksenkohteena niin, että niistä olisi analysoitu kuka sanoi mitään ja miksi, tai missä yhteydessä ja miten asioita ilmaistiin. Sen sijaan aineistoja käytettiin niiden tuottaman sisällöllisen tiedon vuoksi. (vrt. Alastalo & Åkerman 2010.)

Aluetason kuntoutusjärjestelmän hahmottamista varten pyydettiin haastateltaviksi tutkimusalueeksi valitun sairaanhoitopiirin alueellisen kuntoutuksen yhteistyötoimikunnan jäseniä. Jäsenille oletettiin muodostuneen alueen ainoassa kuntoutusasioita kehittävässä ja pohtivassa toimikunnassa laaja-alainen näkemys alueen kuntoutustoiminnasta. Lisäksi jäsenet valittiin haastateltaviksi siksi, että he olivat keskeisessä johtavassa tai kehittävässä tehtävässä siinä organisaatiossa, joiden edustajina he toimikunnassa olivat. (Vrt. Hirsjärvi & Hurme 2001, 62; Allen, Lyne & Griffiths 2002, 298.) Haastattelut olivat siten asiantuntijahaastatteluja (Alastalo & Åkerman 2010), ja koska ne toteutettiin ryhmissä, voi niitä kutsua myös täsmäryhmähaastatteluiksi (*focus group interview*) (Hirsjärvi & Hurme 2001, 62). Kaikki toimikunnan 13 jäsentä olivat kiinnostuneita tutkimuksesta ja siihen osallistumisesta, mutta aikataulullisista syistä johtuen vain 9 osallistui haastatteluun. Heidän lisäksi haastatteluun osallistui toimikunnan pitkäaikainen sihteeri. Haastatelluista 8 oli terveydenhuollon edustajia, yksi edusti sosiaalihuoltoa, ja yksi työ- ja elinkeinohallintoa. Haastattelut toteutettiin keväällä 2006 kahdessa viiden hengen ryhmässä sairaanhoitopiirin tiloissa.

Haastattelut toteutettiin ryhmähaastatteluina muun muassa siksi, että tutkimuksessa oltiin kiinnostuneita haastateltavien tuottamasta kollektiivisesta näkemyksestä, ei niinkään yksittäisten henkilöiden ajatuksista (vrt. Hirsjärvi & Hurme 2001, 61). Ryhmähaastattelujen tarkoituksena oli haastateltavien kokemusten ja mielipiteiden jakamisen sekä keskustelun kautta saavuttaa heidän yhteinen näkemys haastatteluteemoista (Kitzinger 1997; Kitzinger & Barbour 1999). Haastattelujen toteuttaminen ryhmässä mahdollistaa parhaimmillaan toisten haastateltavien tuottamien näkemysten välittömän kyseenalaistamisen tai vahvistamisen (vrt. Hirsjärvi & Hurme 2001, 61; Alastalo & Åkerman 2010).

Ryhmähaastattelut toteutettiin teemahaastatteluina. Tarkoin strukturoituun haastattelurunkoon verrattuna voivat haastateltavat tuoda teemahaastattelussa paremmin esiin heille merkityksellisiä asioita (Eskola & Vastamäki 2001). Haastattelujen teemat olivat 1) kuntoutuksen määrittely, 2) kuntoutustahot alueella ja niiden tehtävät, ja 3) kuntoutusjärjestelmän toiminta alueella. Näiden teemojen avulla pyrittiin saamaan kuva aluetason kuntoutusjärjestelmästä, sen rajoista, rakenteesta ja toiminnasta. Jokaisen teeman alle oli muotoiltu apukysymyksiä, joita käytettiin haastatteluissa tarvittaessa. Haastattelurunko on esitetty kokonaisuudessaan liitteessä 2.

Haastatteluteemojen valintaan vaikutti minulle kirjallisuuden ja kokemuksen kautta muodostunut esiyymmärrys tutkittavasta aiheesta (vrt. Eskola & Suoranta 1998).¹⁰

Asiakirja-aineisto koottiin keväällä 2006 sairaanhoitopiirin alueella toimivilta kuntoutuksen osajärjestelmiltä: kunnilta, sairaanhoitopiiriltä sekä Kelan ja työ- ja elinkeinohallinnon alueelliselta sekä paikallisilta toimistoilta. Osajärjestelmän strategisia tai muita tavoitteita sisältäviä asiakirjoja pyydettiin puhelimitse tai sähköpostitse kunkin osajärjestelmän hallinnon virkamiehiltä. Tavoitteellisia asiakirjoja – kuten toimintasuunnitelmia ja -ohjelmia – pyydettiin siitä huolimatta, tiedettiinkö niiden sisältävän kuntoutukseen liittyviä tavoitteita. Kuntoutusta ei määritelty tai rajattu asiakirjoja pyydettäessä. Asiakirjat pyydettiin vuosilta 2004 ja 2005, jotta nämä vastaisivat ajallisesti tutkimusta varten kerättävää rekisteriaineistoa. Asiakirjoja saatiin eri tahoilta yhteensä 143. Asiakirjoja saatiin 19 kunnasta, eli asiakirjoja jäi saamatta kuudesta kunnasta. Asiakirjoista rajattiin pois muun muassa kokouspöytäkirjat ja erilaiset toimintakuvaukset. Lopullinen analysoitava aineisto sisälsi 110 asiakirjaa, jotka olivat erilaisia tavoitteellisia ohjelmia, suunnitelmia ja strategioita. Asiakirjoista analysoitiin kuntoutukseen liittyviä tavoitteita.¹¹

Sekä haastattelu- että asiakirja-aineiston analyysi tehtiin sisällönanalyysilla teemoittain tai tutkimuskysymyksittäin. Analyysi alkoi teemojen mukaisella ryhmittelyllä, jonka jälkeen se eteni aineiston ehdoilla. Aineistolähtöinen sisällönanalyysi kuvaa parhaiten käytettyä analyysia. (Mayring 2000; Krippendorf 2004; Tuomi & Sarajärvi 2009, 113–117.) Analyysissa keskityttiin ilmeiseen, näkyvään tekstisisältöön (*manifest content analysis*), eikä tekstistä tehty analyysivaiheessa merkitystulkintoja kuten ns. latentissa sisällönanalyysissa tehdään (Berg 1998, 225–226; Graneheim & Lundman 2004, 106). Alasuutarin (1994, 80–94) käsittein tekstiä analysoitiin faktanäkökulmasta käsin.

4.2.4 Rekisteriaineisto ja analyysimenetelmät

III ja IV osajulkaisujen aineisto koostui kuntoutuspalvelujen käyttöä kuvaavista rekisteritiedoista¹². Suomessa on lukuisia kansallisia ja paikallisia väestön terveyteen sekä terveyspalvelujen käyttöön liittyviä rekistereitä (Gissler & Haukka 2004; Hemminki, Heikkilä, Sevón & Koponen 2008). Rekisteritietojen käyttöä tutkimuksessa on yleensä perusteltu niiden

¹⁰ Katso haastatteluaineiston kuvaus ja analyysin eteneminen osajulkaisusta I

¹¹ Katso asiakirja-aineiston kuvaus ja analyysin eteneminen osajulkaisusta II

¹² Katso rekisteri-aineiston kuvaus ja analyysimenetelmät osajulkaisusta III ja IV.

hyvällä kattavuudella ja laadulla (Hemminki ym. 2008, 6). Tietojen kattavuudessa ja luotettavuudessa on kuitenkin eroja rekisterien välillä. Rekisteritietojen käyttämistä tutkimuksen aineistona helpottaa se, että ne on valmiiksi kerätty (Gissler & Haukka 2004). Tietojen muokkaaminen varsinaiseksi tutkimusaineistoksi vaatii kuitenkin aikaa. Tämä johtuu muun muassa siitä, että rekisteritiedot on alun perin koottu eri tarkoitusta, yleensä kyseisen organisaation hallintoa tai taloudenpitoa varten. (Valkonen, Koskinen & Martelin 1998; Sund 2003; Kajantie, Manderbacka, McCallum, ym. 2006; Sund 2008).

Rekisteritiedot koottiin eri kuntoutuksen osajärjestelmien ylläpitämistä tietokannoista, ja tiedot koskivat valitun sairaanhoitopiirin alueella asuvien vuosina 2004 ja 2005 käyttämiä kuntoutuspalveluja. Kuntien tuottamaa avokuntoutusta lukuun ottamatta rekisteritiedot oli saatavissa kansallisista tai alueellisista tietokannoista. Avokuntoutustietoja oli saatavissa kuntien terveyskeskuksissa toteutuneesta kuntoutuksesta. Avokuntoutustiedot koottiin neljästä terveyskeskuksesta, ja tiedot kattoivat seitsemän kuntaa. Tietojen kerääminen rajattiin näihin kuntiin, koska kaikkien kuntien terveyskeskustietojen kokoaminen olisi ollut erittäin työlästä muun muassa erilaisten kirjaamiskäytäntöjen vuoksi.

Rekisteritietojen keräämistä varten haettiin rekisterinpitäjiltä luvat tietojen käyttöön tutkimuksessa. Lupaprosessit etenivät eri tahtiin, kuten myös rekisteritietojen saaminen. Olen esittänyt lupa- ja tietojen saamisen ajallisen prosessin kulun liitteessä 3. Alkuperäisiä rekisteritietokantoja, joista tiedot poimi kyseisen osajärjestelmän henkilökunnan jäsen, oli kaikkiaan 28 (liite 4). Useista rekisteritietokannoista kuntoutuspalvelua koskevia tietoja kerättiin ensimmäistä kertaa tutkimuskäyttöön, ja tiedot olivat toisinaan vaikeasti poimittavissa. Esimerkiksi tiedot sosiaali- ja terveydenhuollossa toteutuneesta laitoskuntoutuksesta on koottuna Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen ylläpitämiin Hilmo-tietokantoihin, mutta tietojen poimiminen niistä vaati monitasoisen kriteeristön luomisen (ks. Stakes 2006). Kuntoutustietoja ei ole tiettävästi aikaisemmin poimittu Hilmo-tietokannoista. Kelan ja Eläkevakuutusjärjestelmän¹³ kuntoutusta koskevat rekisteritiedot olivat selkeästi omissa tietokannoissaan, ja näitä rekisteritietoja on myös aikaisemmin käytetty tutkimuksissa. Tiedot saatiin sähköisessä muodossa kaikilta muilta paitsi Valtiokonttorilta ja yhdestä terveyskeskuksesta. Näiden tahojen tiedot tallensin paperiarkistoista käsin sähköiseen muotoon. Liitteessä 5. on kuvattu rekisteritietojen ylläpitäjät, ja yleinen kuvaus saaduista tiedoista.

¹³ Eläkevakuutusjärjestelmän, eli eri eläkevakuutuslaitosten järjestämän kuntoutuksen rekistereitä ylläpitää Eläketurvakeskus (ETK).

Eri tietokannoista saadut rekisteritiedot yhdistettiin kuntoutuspalveluja saaneiden henkilöiden henkilötunnusten avulla. Henkilöturvatus puuttui tai oli puutteellinen 46 henkilöllä, jotka jätettiin pois analyyseista, koska tietojen yhdistäminen heidän kohdalla ei onnistunut. Muun muassa kuntoutuspalvelujen päällekkäisen käytön tutkiminen edellytti tietojen yhdistämistä. Tietoja yhdistämällä saatiin monipuolinen kuva toteutuneiden kuntoutuspalvelujen sisällöstä, määristä ja niiden käyttäjistä (vrt. Valkonen, Koskinen & Martelin 1998, 15–16; Sund, Nylander & Palonen 2004). Vastaavanlaajuista kuntoutuspalvelujen käyttötietojen yhdistämistä ei ole aikaisemmin Suomessa tehty.

Tutkimusaineistossa oli yhdistämisen jälkeen 20 129 henkilöä ja yli 5500 indikaattoria, joista muodostettiin uusia muuttujia erilaisia analyyseja varten. Taulussa 5. on esitetty osajulkaisujen analyyseissa käytetyt yksilötason muuttujat ja taulussa 6. kuntatason muuttujat. Yksilötason muuttujat muodostettiin kuntoutusrekisteritiedoista. Kuntatason muuttujat poimittiin tarvevakiointia varten Terveyden- ja hyvinvoinnin laitoksen ylläpitämästä SOTKA-tietokannasta, Tilastokeskuksen tietokannoista ja Kelan tilastoista.

Kuntoutuspalvelujen sisällön kuvausta varten kuntoutustoimenpiteet jaettiin seuraaviin kuntoutusmuotoihin: ”lääkinnällinen kuntoutus”, ”ammattillinen kuntoutus”, ”sotiin liittyvä kuntoutus”, ”sosiaalinen kuntoutus” ja ”kuntoutustutkimus”. III-osajulkaisussa sosiaalinen kuntoutus ja kuntoutustutkimus yhdistettiin luokkaan ”muu kuntoutus”, koska kuntatason analyyseissa olisi niistä erillään tullut kuhunkin luokkaan vain muutamia havaintoja. IV-osajulkaisussa kuntoutusmuodot voitiin pitää erillään, sillä analyysi tehtiin koko aineistolle. Ensisijaisesti kuntoutustoimenpiteet luokiteltiin alkuperäisen aineiston luokitusten mukaisesti. Tämän lisäksi lääkinälliseen kuntoutukseen luokiteltiin terveyskeskuksissa ja terveydenhuollon laitoksissa toteutettu kuntoutus. Ammatilliseksi kuntoutukseksi luokiteltiin lisäksi työ- ja elinkeinohallinnon toteuttama kuntoutus. Sosiaalihuollon laitoksissa toteutettu kuntoutus luokiteltiin sosiaaliseksi kuntoutukseksi ja Valtiokonttorin sotaveteraaneille, -invalidille ja heidän puolisoilleen rahoittama kuntoutus luokiteltiin sotiin liittyväksi kuntoutukseksi.

Taulu 5. Analyyseissa käytetyt yksilötason muuttujat.

MUUTTUJAT	MUUTTUJAN SISÄLTÖ	MILLAINEN MUUTTUJA***
<u>Selitettävät muuttujat</u>		
<i>Kuntoutusmuodot; 4-5 muuttujaa</i>	Ammatillinen, lääkinnällinen, sotiin liittyvä, ja muu kuntoutus*/sosiaalinen kuntoutus ja kuntoutustutkimus**	Jokaisesta kuntoutusmuodosta tehtiin luokka-muuttuja (0= ei käyttänyt kuntoutusmuotoa; 1= käytti kuntoutusmuotoa)
<i>Kuntoutuspalvelujen käyttö kunnissa*; 5 muuttujaa: yhteensä ja jokaisesta kuntoutusmuodosta erikseen</i>	Tarvevakioitu kuntoutuspalvelujen käyttö per 1000/asukasta	Käyttäjien lukumäärä laskettiin yhteensä sekä jokaisesta kuntoutusmuodosta erikseen, suhteutettiin kuntien asukaslukuun ja tarvevakioitiin kunta-tason muuttujilla
<i>Multi- ja monoasiakkaat**</i>	Kuntoutuja, joka käyttänyt useamman kuin yhden osajärjestelmän kuntoutuspalveluja kahden vuoden aikana = multi-asiakas; Kuntoutuja, joka käyttänyt yhden osajärjestelmän kuntoutuspalveluja kahden vuoden aikana = mono-asiakas	Luokka-muuttuja (0=mono-asiakas; 1=multi-asiakas)
<i>Kuntoutusjaksot</i>	Kuntoutujan käyttämien kuntoutusjaksojen lukumäärä	Jatkuva muuttuja
<i>Kuntoutuskerrat</i>	Kuntoutujan käyttämien kuntoutuskertojen lukumäärä	Jatkuva muuttuja
<i>Kuntoutuspäivät</i>	Kuntoutujan käyttämien kuntoutuspäivien lukumäärä	Jatkuva muuttuja
<u>Taustamuuttujat</u>		
<i>Ikä</i>	Kuntoutuspalvelujen käyttäjien ikä	Jatkuva muuttuja, muodostettiin henkilötunnuksesta
<i>Ikäluokka</i>	0–6, 7–15, 16–24, 25–64 ja yli 65-vuotiaat*; 0–15, 16–44, 45–54, 55–64, 65–74 ja yli 75-vuotiaat**	Luokka-muuttuja, laskettiin ikä-muuttujasta
<i>Sukupuoli</i>	Mies/nainen	Henkilötunnuksesta
<i>Asuinkunta</i>	Kuntoutujan asuinkunta vuonna 2004, tai jollei tätä tietoa ollut, käytettiin asuinkuntatietoa vuodelta 2005	Tieto saaduista rekistereistä
*osajulkaisussa III		
** osajulkaisussa IV		
***Muuttujat on yhdistetty eri rekisteritietokannoista (max. 28 tietokantaa), niiltä osin kun tieto oli niistä saatavilla.		

Taulu 6. III osajulkaisun analyyseissa käytetyt kuntatason muuttajat*.

MUUTTUJA	MUUTTUJAN SISÄLTÖ	MISTÄ TIETO SAATU?
<i>Sukupuolijakauma</i>	Naisten % -osuus kunnan asukkaista	SOTKANet-tietokanta
<i>Keski-ikä</i>	Kunnan asukkaiden keski-ikä	SOTKANet-tietokanta
<i>Asuinkunnan koko</i>	Kunnan asukasluku 31.12.2004	Tilastokeskuksen Väestörakenne-tietokanta
<i>Asuinkunnan koko luokiteltuna</i>	Alle 4000 asukasta, yli 4000 ja alle 10000 asukasta, yli 10000 asukasta.	Muokattu ed. asuinkunnan koko -muuttujasta
<i>Erityiskorvattavien lääkkeiden korvaukset</i>	% -osuus kunnan väestöstä	Kelan Sairausvakuutusilasto 2004
<i>Sairauspäivärahopäivät</i>	Sairauspäivärahopäivät/100 16–64-vuotiasta kunnan asukasta	Kelan Sairausvakuutusilasto 2004
<i>Vammaistuki</i>	% -osuus 16–64-vuotiaista kunnan asukkaista	Kelan Vammaisetuustilasto 2004
<i>Työttömät</i>	% kunnan työvoimasta	SOTKANet-tietokanta
<i>Palvelut -toimialojen osuus</i>	% kunnan työssä käyvistä	Tilastokeskuksen Työlliset toimialan mukaan -tietokanta
<i>Alkutuotanto -toimialojen osuus</i>	% kunnan työssä käyvistä	Tilastokeskuksen Työlliset toimialan mukaan -tietokanta

* tiedot vuodelta 2004, tai 31.12.2004

III-osajulkaisussa kuntoutuspalveluiden käytön jakautumista kunnittain analysoitiin suhteuttamalla kunnan asukkaiden kuntoutuspalveluiden käyttömäärät tuhatta asukasta kohden. Lisäksi kunnittainen käyttö vakioitiin kuntien väestötason tarvetta kuvaavilla demografisilla ja sosioekonomisilla, sekä terveyttä, työelämässä oloa ja ammattia kuvaavilla indikaattoreilla (ks. Taulu 6.). Analyysia varten kunnat luokiteltiin asukasmäärän mukaan kolmeen luokkaan – alle 4 000, 4 000–10 000, ja yli 10 000 asukasta –, sillä kunnan asukasmäärän oletettiin vaikuttavan kuntoutuspalvelujen käyttöön niin, että pienemmissä kunnissa käytetään vähiten palvelujen ja suuremmissa eniten (vrt. Burström 2002).

Iän ajateltiin vaikuttavan kuntoutuspalvelujen käyttöön niin, että palvelujen käyttö lisääntyisi iän myötä tapahtuvan toimintakyvyn heikkenemisen ja tätä kautta lisääntyvän kuntoutustarpeen myötä. Koska III-osajulkaisussa käytettiin tarvevakiointia varten indikaattoreita yleisistä väestötilastoista, luokiteltiin ikä samaan tapaan kuin näissä tilastoinneissa oli tehty. IV-osajulkaisussa käytettiin kuntoutukseen soveltuvampaa ikäluokittelua, jossa otettiin huomioon muun muassa kuntoutuksen osajärjestelmien vastuiden siirtymisen ikäkriteerit.

IV-osajulkaisussa kuntoutuspalvelujen käyttömäärien analyysia varten kuntoutustoimenpiteet jaettiin kuntoutusjaksoihin, kuntoutuskertoihin ja kuntoutuspäiviin. Käytön määrää ei voitu kuvata yhteismitallisella tavalla, koska alkuperäisistä rekistereistä saadut tiedot poikkesivat jonkin verran toisistaan. Lisäksi kuntoutustoimenpiteiden kesto tai määrä riippui siitä, oliko kuntoutus ollut avo- (kertoja) vai laitospalvelusta (päiviä). Joistakin rekistereistä saimme puolestaan tiedon vain käytettyjen kuntoutusjaksojen lukumäärästä.

IV-osajulkaisussa kuntoutuspalvelujen päällekkäisen käytön analysointia varten käyttäjistä muodostettiin luokka-muuttuja, jossa toisen luokan muodostivat vain yhden osajärjestelmän palveluja käyttäneet (ns. mono-asiakkaat) ja toisen luokan muodostivat kahden tai useamman osajärjestelmän palveluja kahden vuoden aikana käyttäneet kuntoutujat (ns. multi-asiakkaat).

III-osajulkaisussa kuntien välisiä palvelujen käytön eroja analysoitiin variaatiokertoimen avulla, joka laskettiin jakamalla keskihajonta keskiarvolla. Variaatiokerroin ilmaisee kuntien välisen vaihtelun suuruutta. Palvelujen käytön ja kunnan koon yhteyttä arvioitiin logistisella regressiolla, sillä selitettävät muuttujat sisälsivät vain kaksi luokkaa: kuntoutuspalveluja käyttäneet ja ne, jotka eivät käyttäneet palveluja. Käyttäjryhmien välisiä eroja testattiin t-testillä. (Vrt. Metsämuuronen 2009, 743, 581–585.)

IV-osajulkaisussa käyttäjryhmittäisiä yhteyksiä selittäviin tekijöihin analysoitiin ensin yksisuuntaisella logistisella regressiolla. Käyttäjryhmien välisiä eroja testattiin Khiin neliötestillä (luokitellut muuttujat) tai Mann-Whitney -testillä (ei-normaalisti jakautuneet jatkuvat muuttujat) (vrt. Metsämuuronen 2009, 965–969, 1102–1105). Kaikki itsenäisesti merkitsevät selittäjät otettiin mukaan logistiseen monimuuttujamalliin, jossa arvioitiin kuntoutuspalvelujen päällekkäisen käytön todennäköisyyteen vaikuttavia tekijöitä. Ryhmien välisiä kuntoutuspalvelujen käyttömäärien – kuntoutusjaksot, -kerrat ja -päivät – eroja analysoitiin regressiomallilla, jossa vastemuuttujan oletettiin noudattavan negatiivista binomijakaumaa. Negatiiviseen binomijakaumaan perustuva malli valittiin yhtäältä siksi, että selitettävät muuttujat (käytön määrä) saattoivat saada vain positiivisia kokonaislukuja. Toisaalta selitettävien muuttujien varianssit olivat keskiarvoa suurempia, eli niiden jakaumassa oli ylihajontaa (*overdispersion*). Muuttujamuunnosten – mm. logaritointi ja neliöjuuren lasku – jälkeenkään muuttujien arvot eivät noudattaneet normaalijakaumaa. Näin ollen tavanomaisemmin käytetyn Poisson-regressiomallin jakauma-ehdot eivät täytyneet, eikä sitä voitu käyttää. (vrt. Pouta, Sievänen & Neuvonen 2004, 198–199.) Käyttömäärät vakioitiin

mallissa sukupuolen, iän ja asuinkunnan suhteen. Rekisteriaineiston tilastolliset analyysit tehtiin käyttäen SPSS-ohjelmistoa (versio: PASW Statistics 18).

5. TULOSTEN YHTEENVETO JA ARVIOINTI

I ja II osajulkaisuissa vastattiin tutkimuskysymyksiin aluetason kuntoutusjärjestelmän rakenteesta ja organisoinnista. Näiden tulosten pohjalta muodostan kuvan aluetason kuntoutusjärjestelmästä, sen rajoista ja muodostamisen mahdollisuuksista. III ja IV osajulkaisuissa vastattiin tutkimuskysymykseen siitä, millaista kuntoutusta edellä kuvattu aluetason järjestelmä tuottaa? Näiden osajulkaisujen keskeisistä tuloksista esitän yhteenvedon kuntoutuspalvelujen käytöstä ja jakautumisesta alueella iän, sukupuolen, asuinkunnan ja kuntoutuspalvelujen tuottajatahon mukaan. Lopuksi arvioin tuloksia suhteessa aikaisempiin tutkimustuloksiin mahdollisuuksien mukaan, sekä tutkimuksen toteutusta.

5.1 Aluetason kuntoutusjärjestelmän kuvaus

Haastatteluissa korostuivat kuntoutuksen osajärjestelmien vastuu- ja työnjako-kysymykset. Hahmotan tässä erityisesti näihin vastuisiin ja työnjakoon liittyvien huomioiden pohjalta aluetason kuntoutusjärjestelmän rajoja niin järjestelmän ulko- kuin sisäpuoleltakin. Ulkoisesti kuntoutusjärjestelmää määrittää se, millaisia tehtäviä, toimenpiteitä ja tavoitteita on asetettu kuntoutukselle ja siten kuntoutuksen osajärjestelmien vastuulle. Kuntoutusjärjestelmän sisäistä rakennetta määrittää puolestaan vastuunjako eri kuntoutuksen osajärjestelmien kesken.

Haastateltavat näkivät kuntoutuksen monitavoitteisena ja laaja-alaisena toimintana. Kuntoutuksen katsottiin ulottuvan ehkäisevästä varhaiskuntoutuksesta korjaavaan toimintaan, ja sen tavoitteenasettelu kuvattiin hyvin yksilökeskeisesti. Järjestelmätason tai alueellisen kuntoutustoiminnan omia tavoitteita ei juuri esitetty vaan niiden sanottiin olevan samoja kuin yksilöllisten tavoitteiden. Kuntoutuksen monitavoitteisuuden vuoksi kuntoutustoimintakin on moninaista. Rajausta ei voi täsmentää edes kuntoutuksen asiakaskunnan perusteella, johon haastateltavien mukaan kuului kaikenikäinen väestö. Kuntoutuksen ja muun yhteiskunnallisen toiminnan vastuiden rajapinnat ovat siten epäselviä. Haastateltavat toivoivat kuntoutustoiminnan

vastuualueen toisaalta laajentuvan – vanhusten kotona selviäminen, nuorten syrjäytymisen ehkäisy – ja toisaalta kaventuvan – lasten arjen toiminta.

Osa tässä tutkimuksessa haastateltavista ei kokenut kuntoutuksen kirjallisuudessa usein esitettyä päällekkäisyyttä ongelmaksi. Epäselväksi jäi, mihin haastateltavat päällekkäisyydellä tällöin viittasivat. Saattoi olla, että he tarkoittivat esimerkiksi kuntoutuspalvelujen yhtäaikaista tarjoamista samoille kuntoutujilla. Monessa puheenvuorossa päällekkäisyys nähtiin kuitenkin ongelmaksi, jolloin viitattiin vastuiden ja tehtäväjakojen epämääräisyyteen, joita käytännön työssä kohtaa. Kuntoutuksen järjestämisen vastuiden miettimisen lisäksi peräänkuulutettiin vastuuta kuntoutuksen kokonaisuuden hallinnasta, erityisesti kun asiakkaan kuntoutuksessa on mukana monta tahoa.

Kuntoutuksen kokonaisuuden alueellinen kehittäminen ei katsottu kuuluvan minkään organisaation vastuulle. Kuntoutuksen osajärjestelmät olivat yhteydessä toisiinsa yksittäisten asiakastilanteiden kautta, mutta muunlainen yhteistyö, esimerkiksi järjestelmän toiminnan kehittäminen oli vähäistä. Alueellisen kuntoutustoiminnan koordinointi, kehittäminen ym. koettiin ongelmalliseksi muun muassa voimavarojen puutteen vuoksi. Nykyisenkaltaisen kuntoutusjärjestelmän sisällä ei voida tai olla kiinnostuneita kuntoutuksen kokonaisuuden kehittämisestä – siihen ei ole annettu määrärahoja, siksi sitä ei myöskään tehdä.

Alueellinen kuntoutuksen yhteistyötoimikunta toimi tutkimusalueella lain antamien tehtävien mukaan, eli paikallisten asiakasyhteistyöryhmien toiminnan seuraajana ja ohjaajana. Toimikunta ei tarkastellut ja kehittänyt kuntoutuksen alueellista kokonaisuutta. Tämän ainoan alueellisesti toimivan moniammatillisen kuntoutuksen elimen toiminta näytti olevan riippuvainen sinne valituista jäsenistä. Jäsenillä ja erityisesti puheenjohtajalla oli suuri vastuu ja valta siitä, mitä asioita toimikunnassa käsitellään. Todennäköisesti terveydenhuollon suuri edustus toimikunnassa oli johtanut siihen, että aiheet olivat liittyneet erityisesti lääkinnälliseen kuntoutukseen, sosiaalisen ja kasvatuksellisen kuntoutuksen jäädessä taka-alalle.

Kuntoutuksen aluetason kokonaisjärjestelmän rakenne jää tämän aineiston perusteella epäselväksi. Sitä vastoin joidenkin kuntoutusmuotojen ja -tahojen ympärille saattaisi olla muodostettavissa omia alueellisia rakenteita. Esimerkiksi sairaanhoitopiirillä kerrottiin olevan alueellinen ote ja näkemys lääkinnällisestä kuntoutuksesta. TE-keskus nähtiin puolestaan kehittävän alueen ammatillisen kuntoutuksen osaamista työhallinnon vastuualueen osalta. Huolimatta Kelan merkittävästä roolista kuntoutusjärjestelmässä, Kelan alueellisella toimistolla ei ollut haasteltavien mukaan alueella oma-aloitteista kehittämistoimintaa, tutkimus- ja

kehittämistoiminta on organisaatiossa valtakunnallisen tason tehtävänä. Sosiaaliseen ja kasvatukselliseen kuntoutukseen liittyen ei mainittu merkittäviä tahoja alueella, eikä näiden kuntoutusmuotojen ympärille rakentunut alueellisen kokonaisuuden kehittämistä, seuraamista tai ohjaamista. Tämän tarkemmin eri kuntoutusmuotojen alueellisesta järjestämisestä ei keskusteltu.

Kuntoutustahojen asiakirjoista löydetty tavoitteet eivät olleet yhdenmukaisia siten, että niistä voisi vetää yhteisiä linjauksia. Muutamissa kunnissa oli yhdenmukaisia tavoitteita koskien terveydenhuollon kuntoutusta sekä sosiaalihuollon vanhuksille ja mielenterveyskuntoutujille järjestämää kuntoutusta. Eri tahojen tavoitteet koskivat lähinnä niiden oman toiminnan järjestämistä ja kehittämistä tai asiakkaiden elämäntilanteen parantamista. Kuntoutukseen liittyviä, eri tahojen rajat ylittäviä yhteistyötavoitteita ei asiakirjoista juuri löytynyt. Kuntoutustahojen asiakirjojen perusteella voi sanoa, että alueella kehitettiin yksittäisiä kuntoutustoimintoja järjestelmän kokonaisuuden kehittämisen ja koordinoinnin sijaan.

Johtopäätöksenä voi todeta, että aluetason kuntoutusjärjestelmälle ei tutkimustulosten pohjalta muotoudu ulkoisia eikä sisäisiä rajoja, eikä toiminnallista kokonaisuutta. Kuntoutustoiminta ymmärrettiin hyvin moniulotteisesti, mikä osaltaan johtaa siihen, että aluetason, kuin myös koko kuntoutusjärjestelmän rajaus muusta hyvinvointijärjestelmästä on vaikeaa. Aluetason kuntoutusjärjestelmän muodostamiselle ei myöskään näyttänyt tutkimusajankohtana olleen tarvetta eikä yhteisten tavoitteiden puuttuessa rakentumisen edellytyksiä. Yhden yhtenäisen kokonaisjärjestelmän sijaan joidenkin kuntoutusmuotojen ja -tahojen ympärille voisi rakentua epävirallisia, yhteistyöverkostoihin pohjautuvia alueellisia järjestelmiä, mutta tulosten pohjalta ei voi sanoa näiden rakenteesta tai toiminnasta tarkemmin.

5.2 Kuntoutuspalvelujen käyttö ja jakautuminen alueella

Haastateltavat arvioivat, että alueen kuntoutuspalveluissa on puutteita ja eroja kuntien välillä. Lisäksi haastateltavat toivat esiin eri osajärjestelmien päällekkäisiä rooleja kuntoutuksen järjestäjinä, ja tästä aiheutuvia ongelmia. Kirjallisuudessaakin on usein esitetty kuntoutuksen päällekkäisyydet ongelmaksi, määrittelemättä kuitenkaan tarkemmin, mitä päällekkäisyydellä tarkoitetaan. Tässä tutkimuksessa päällekkäisyydellä viitataan kuntoutujan kahden vuoden sisällä käyttämiin kahden tai useamman eri osajärjestelmän tuottamiin kuntoutuspalveluihin. Tutkin alueen kuntoutuspalvelujen käyttöä, jakautumista ja päällekkäisyyttä kattavan rekisteriaineiston avulla.

Kuntoutuspalveluja käytti 5,4 - 8 % väestöstä, riippuen mitkä tahot otettiin analyysissä huomioon. Käyttäjistä 52,2 % oli naisia, ja kun mukaan otettiin myös terveyskeskusten kuntoutuspalvelujen käyttäjät, nousi naisten osuus 55,8 %:in. Toisaalta kunnittaisessa tarkastelussa miesten osuus käyttäjistä oli suurempi lähes puolessa kunnista. Naisten osuus vaihteli myös eri osajärjestelmissä, terveyskeskusten kuntoutuspalvelujen käyttäjistä 62,7% oli naisia, kun taas liikenne- ja tapaturmavakuutusjärjestelmän kuntoutujista naisia oli vain 29,2%.

Käyttäjien keski-ikä oli noin 52 vuotta, ja yleisintä kuntoutuspalvelujen, niin lääkinnällisen, ammatillisen kuin myös muiden kuntoutusmuotojen, käyttö oli 50–57-vuotiailla. 75–85-vuotiaat olivat toinen merkittävä kuntoutuspalvelujen käyttäjäryhmä. Palvelujen käyttö oli vähäistä nuorilla eläkeikäisillä, eikä tämän ikäluokan osuus kasvanut juurikaan kun analyysiin otettiin mukaan myös terveyskeskusten tuottamat kuntoutuspalvelut. Sotiin liittyvän kuntoutuksen käyttäjät olivat lähes kaikki, luonnollisesti, yli 75-vuotiaita.

Kuntoutuspalvelujen käyttö erosi kuntien välillä tarvekioinnin jälkeen. Pienintä käyttö oli keskikokoisissa, 4000–10000 asukkaan, kunnissa. Lääkinnällisten ja ammatillisten kuntoutuspalvelujen käyttö oli suurinta isoissa, yli 10 000 asukkaan kunnissa, kun taas sotiin liittyvien sekä sosiaalisten kuntoutuspalvelujen käyttö oli suurinta pienissä, alle 4000 asukkaan kunnissa.

Suurimman osan kuntoutuspalveluista tuottivat kunnat, siitäkin huolimatta, että aineisto sisälsi vain seitsemän kunnan terveyskeskusten tuottamat kuntoutuspalvelut. Mikäli muissa alueen kunnissa kuntoutuspalvelujen käyttö olisi ollut yhtä suurta kuin otoskunnissa, olisivat kunnat tuottaneet laskennallisesti avokuntoutuspalveluja yhteensä yli 20 000 asukkaalle, siis yli 10 %:lle väestöstä. Tämä määrä olisi ollut kaikista tuotetuista kuntoutuspalveluista yli 50 %. Kuntien rooli kuntoutuspalvelujen tuottajana vahvistuu edelleen, jos terveyskeskusten lisäksi otetaan huomioon myös sairaanhoitopiirin tuottama kuntoutus.

Kuntoutuspalvelujen käyttäjistä 9 % käytti useamman kuin yhden kuntoutuksen osajärjestelmän palveluja kahden vuoden tutkimusajanjaksolla. Näiden, niin sanottujen multi-asiakkaiden keski-ikä oli hieman nuorempi, ja naisten osuus oli pienempi kuin vain yhden osajärjestelmän kuntoutuspalveluja käyttäneillä eli mono-asiakkailla. Multi-asiakkaat asuivat myös useammin suuremmissa kunnissa. Multi-asiakkuuden todennäköisyys oli suurempi miehillä verrattuna naisiin, 16–54-vuotiailla verrattuna vanhimpaan ikäryhmään, ja niillä jotka asuivat suuremmissa kunnissa, muiden tekijöiden ollessa vakioitu. Erot ryhmien välillä olivat tilastollisesti merkitseviä.

Yleistä oli, että multi-asiakas käytti jonkin muun osajärjestelmän lisäksi myös Kelan palveluja. Lukumääräisesti yhteisiä asiakkaita oli eniten kuntien terveyskeskuksilla ja Kelalla. Työ- ja elinkeinohallinnon kuntoutusasiakkaista lähes puolet, ja kuntien terveyskeskusten ja Eläkevakuutusjärjestelmän asiakkaista noin 40 %:a käytti myös Kelan kuntoutuspalveluja. Sairaanhoidopiirin, terveydenhuollon ja sosiaalihuollon laitosten asiakkaista noin kolmannes käytti myös Kelan kuntoutuspalveluja. Valtiokonttorin ja terveydenhuollon laitosten asiakkaista puolestaan yli kolmannes käytti myös kuntien terveyskeskusten kuntoutuspalveluja. Sairaanhoidopiirin kuntoutujista kolmannes käytti myös Työ- ja elinkeinohallinnon kuntoutuspalveluja.

Multi-asiakkaat käyttivät kaikkia kuntoutusmuotoja tilastollisesti merkitsevästi enemmän kuin mono-asiakkaat. Lähes puolet multi-asiakkaista käytti useamman kuin yhden osajärjestelmän lääkinällisiä kuntoutuspalveluja. Eri osajärjestelmien ammatillisia kuntoutuspalveluja käytti 5 % multi-asiakkaista. Lähes 20 % multi-asiakkaista käytti sekä lääkinällisiä että ammatillisia kuntoutuspalveluja. Kuntoutustutkimus liittyi lääkinälliseen ja ammatilliseen kuntoutukseen noin 10 %:lla multi-asiakkaista. Multi-asiakkaat käyttivät mono-asiakkaisiin verrattuna 2,3 kertaa enemmän kuntoutusjaksoja, 2,5 kertaa enemmän kuntoutuspäiviä ja 1,16 kertaa enemmän kuntoutuskertoja. Kaiken kaikkiaan multi-asiakkaat käyttivät noin 25 % kaikista kuntoutuspalveluista.

Johtopäätöksenä voi todeta, että kuntoutuspalvelujen käyttö oli yleisintä naisilla, eläkeikää lähestyvillä työikäisillä ja 75-85-vuotiailla. Kuntoutuspalvelujen käyttö jakautui kuntien välillä epätasaisesti suhteutettuna väestön tarpeisiin. Kunnat olivat merkittävien palvelujen tarjoajia. Kelan palvelujen käyttäjät olivat toiseksi suurin ryhmä. Noin joka kymmenes käytti useamman kuin yhden osajärjestelmän kuntoutuspalveluja ja yleistä oli, että he käyttivät muun muassa Kelan palveluja. Miehet käyttivät useamman tahon kuntoutuspalveluja todennäköisemmin kuin naiset. Multi-asiakkaille kasautui kaikista kuntoutuspalveluista noin neljännes, joten kuntoutuksen kokonaisvolyymiin nähden ryhmä on merkittävä. Noin puolet multi-asiakkaista käytti samaa kuntoutusmuotoa, joko lääkinällistä tai ammatillista kuntoutusta, eri osajärjestelmien tarjoamana.

5.3 Tulosten arviointi

Aluetason kuntoutusjärjestelmän ulkoiset vastuualueet eli rajaus suhteessa muuhun hyvinvointijärjestelmään ei ole tutkimuksen tulosten perusteella mahdollista. Myös kuntoutusjärjestelmän sisäiset vastuut ja rajat eri osajärjestelmien välillä jäivät epäselviksi alueella. Viitteitä järjestelmän epäselvistä vastuista ja raja-alueista on tunnustettu aikaisemmassa kuntoutus-kirjallisuudessa yleisellä tasolla jo usean vuosikymmenen ajan (Multimäki 1972; Kuntoutusselonteko 1994; Lahtela ym. 2002). Tehtävien rajanveto ei näytä kuntoutusjärjestelmän sisällä selkiytyneen, yrityksistä huolimatta (vrt. Karjalainen 1996, 120–124). Kuntoutuksen kokonaisuutta ei alueella koordinoitu, ohjattu tai hallinnoitu, mikä vastaa aikaisemmin esitettyjä väitteitä järjestelmän koordinoimattomuudesta (Järvikoski 1994; Järvikoski & Puumalainen 1998). Kuntoutustoimintaa kehitettiin yksilö- ja organisaatiotasolla laajemman, alueellisen kuntoutustoiminnan kehittämisen puuttuessa. Alueellinen kehittämistoiminta vaatii resursseja (vrt. Hultberg, Lönnroth & Allebeck 2003), aikaa ja henkilöstöä, joita ei osajärjestelmillä eikä alueen ainoalla yhteistyötoimikunnalla kuitenkaan ollut.

Haastateltavien mukaan kuntoutuksen eri osajärjestelmillä on sama tavoite – kuntoutujien työ- ja toimintakyvyn parantaminen ja ylläpitäminen. Haastatteluissa nousi esiin, niin kuin on noussut jo usean vuosikymmenen ajan muissa yhteyksissä, huomio kuntoutusjärjestelmän kompleksisuudesta ja sen tuomista ongelmista. Ongelmiin on esitetty ratkaisuksi alueellisen koordinointielimen perustamista ensimmäisen kerran jo 60-luvulla (Niemi 1969; Multimäki 1972; Pekurinen 2010).

Tämän tutkimuksen tulokset eivät suoraan tue ajatusta alueellisen kuntoutusjärjestelmän muodostamiseksi, ainakin mikäli alueellisen järjestelmän muodostamisen ehtona ovat osajärjestelmien yhteiset tavoitteet (vrt. Airaksinen & Haveri 2003). Alueella toimivien kuntoutustahojen asiakirjoista ei löytynyt yhteisiä tavoitteita tai aluetason järjestelmän visioita. Erityisesti kuntien tavoitteista odotettiin samansuuntaisia tavoitteita löytyvän. Osittain kuntien kohdalla tulos voi johtua aineiston ajallisesta sijoittumisesta ennen esimerkiksi kuntien palvelurakennemuutosta. Jos aineiston keräisi nyt, voisi se tuottaa toisenlaisen tuloksen kuntien osalta. Muiden osajärjestelmien erilaiset tavoitteet kertovat ennemminkin siitä, että osajärjestelmillä on erilaiset vastuualueet kuntoutuksesta. Näin ollen samansisältöisten tavoitteiden löytyminen olisi voinut kieliä osajärjestelmien päällekkäisestä toiminnasta. Toisaalta minkään osajärjestelmän tavoitteista ei löytynyt niiden väliseen yhteistyöhön liittyviä tavoitteita.

Yhteistyötavoitteita odotettiin löytyvän muun muassa siksi, että kuntoutuksen osajärjestelmien välinen yhteistyö on jo pitkään ollut kuntoutustoiminnan kehittämisen keskiössä.

Kuntoutuspalvelujen käyttäjien väestöosuus alueella, 5,4–8 %, sijoittuu aikaisempien tutkimustulosten välimaastoon. Winellin ja Ståhlin (1998) tutkimustulosten mukaan kuntoutuspalveluja käytti 3,6 % väestöstä, kun taas Aromaan ja Koskisen (2002) esittämä osuus oli 10 % väestöstä. Aikaisemmissa tutkimuksissa ja tilastoissa naisten on usein todettu olevan suurempi käyttäjäryhmä (ETK 2005; Kela 2005; Kela 2006; Puolakka ym. 2007; Suoyrjö, Hinkka, Kivimäki, ym. 2007; Suoyrjö 2010), mutta on esitetty myös tuloksia, joissa naisten osuus on pienempi (Juvonen-Posti, Kallanranta, Eksymä, Piirainen & Keinänen-Kiukaanniemi 2002). Naisten ja miesten osuus käyttäjistä näyttäisi vaihtelevan riippuen rahoittajasta ja kuntoutusmuodosta. Tässä tutkimuksessa naisten osuus oli hieman suurempi koko aineistossa, mutta osuus vaihteli niin kuntien kuin osajärjestelmien välillä osittain merkittävästikin.

Kuntoutuspalvelujen käytössä oli maantieteellisiä ja väestöryhmittäisiä eroja, jotka eivät selity käytetyillä tarveindikaattoreilla. Kuntoutus painottui eläkeikää lähestyviin työikäisiin. Toinen suuri käyttäjäryhmä olivat sotiin liittyvää kuntoutusta saaneet veteraanit ja heidän puolisonsa. Kuntoutuslaitosten vuonna 2008 tuottamia palveluja tarkastelleessa selvityksessä ikäryhmittäiset painotukset olivat samansuuntaiset: suurimmat käyttäjäryhmät olivat 35–64-vuotiaat ja yli 75-vuotiaat (Ihalainen & Rissanen 2009, 56). Winellin ja Ståhlin (1998) tutkimuksessa kuntoutuspalvelujen käyttö painottui nuorempiin, alle 55-vuotiaisiin työikäisiin. Muita vertailutietoja kuntoutuspalvelujen jakautumisesta ikäryhmittäin ei ollut käytettävissä, sillä aikaisemmissa tutkimuksissa tarkastellut kuntoutuspalvelut ovat olleet pääsääntöisesti työikäisille suunnattuja (Juvonen-Posti ym. 2002; Suoyrjö ym. 2007; Puolakka ym. 2007; Suoyrjö, Hinkka, Oksanen, ym. 2008). Eläkeikää lähestyvien työikäisten painottuminen kuntoutuksen saajissa selittyy osittain sillä, että työeläkelaitokset pyrkivät ehkäisemään ennenaikaisia eläkkeellesiirtymisiä. Toisaalta tätä selittää myös nykyisen kuntoutusjärjestelmän rakenne, jossa usean osajärjestelmän vastuulla on työikäisten kuntoutus ja nämä kuntoutusvastuut päättyvät ihmisen siirtyessä eläkkeelle. Tämän jälkeen kuntoutusvastuu siirtyy kunnille. On kuitenkin huomattava, että kun tarkastelussa otettiin huomioon myös kuntien tuottamat kuntoutuspalvelut, ei palvelujen saajien ikäjakauma juurikaan muuttunut.

Kunnat olivat tässä tutkimuksessa suurin kuntoutuspalveluja tarjoava taho. Myös Winellin ja Ståhlin (1998) mukaan kunnat olivat suurin kuntoutuspalveluja tuottanut osajärjestelmä. Heidän tutkimuksessaan jopa 81 % kuntoutuskäynneistä oli kuntien maksamia, ja todennäköisesti myös

niiden itsensä tuottamia. Ihalaisen ja Rissanen (2009, 56) selvityksessä kuntoutuslaitosten tuottamista avo- ja laitospalveluista oli alle kymmenes kuntien ostamia palveluja, kun taas Kela ja Valtiokonttori ostivat laitosten tuottamista palveluista kaksi kolmannesta. Kuntoutuslaitoksissa odotettiin kuntien roolin palvelujen ostajana vahvistuvan lähivuosina. Laitosten potentiaali tuottaa palveluja lähikuntien asukkaille kasvaa huomattavasti kun Valtiokonttorin vastuulla oleva sotaveteraanien ja -invalidien sekä heidän puolisoitensa kuntoutus pienenee ja lopulta lähivuosina päättyy. (Ihalainen & Rissanen 2009, 67.)

Kuntien välisessä tarkastelussa kuntoutuspalvelujen käyttö vaihteli kuntoutusmuodon mukaan. Pienimmissä kunnissa käytettiin eniten sotiin liittyviä sekä sosiaalisia kuntoutuspalveluja, kun taas ammatillisia ja lääkinnällisiä kuntoutuspalveluja käytettiin eniten suurimmissa kunnissa. Keskipokoisissa kunnissa käytettiin kaikkia kuntoutuspalveluja vähiten. Havainto oli sikäli mielenkiintoinen, että palvelujen käytön oletettiin olevan pienintä pienissä kunnissa, joissa palvelujen saatavuus voisi olla muun muassa palveluntarjoajien puuttuessa heikompaa (vrt. Burström 2002). Osittain tulos on varmastikin selitettävissä sillä, että esimerkiksi pienissä kunnissa asuu enemmän sotainvalideja ja -veteraaneja ja isommissa kunnissa enemmän työikäisiä, ja siten kuntoutustarve on eri tavoin jakautunut. Vielä jää kysymymerkiksi, miksi keskipokoisissa kunnissa käyttö on vähäisintä. Yksi selitys voi löytyä erilaisesta palveluihin ohjaamisesta, tai palvelujen puutteesta, siis ollen kyse olisi palvelujen saatavuuden ongelmasta. Kuntoutuspalvelujen käytön vaihtelusta kunnan koon mukaan ei ole aikaisemmin tehty tutkimusta, joten vertailutietoa ei näiltä osin ollut saatavilla. Vertailutiedon puuttuessa on vaikea arvioida, olivatko tässä tutkimuksessa tunnistetut kuntien väliset erot merkittäviä.

Kuntoutuksen osajärjestelmien lakisääteisten tehtävien perusteella kuntoutuksen järjestämistä vastuut eivät näytä menevän päällekkäin, mutta päällekkäisyyden ongelmia on kuitenkin esitetty useissa yhteyksissä (mm. Karjalainen 1993; Kuntoutusselonteko 1998; Lahtela 2002; Järvikoski & Härkäpää 2004). Tässä tutkimuksessa päällekkäisyydeksi tulkittiin tilanteet, joissa kuntoutuja on kahden tutkimusvuoden aikana käyttänyt useamman kuin yhden osajärjestelmän kuntoutuspalveluja. Näitä multi-asiakkaita oli kaikista tässä tutkimuksessa tunnistetuista kuntoutujista noin joka kymmenes. Lähtökohtaisesti multi-asiakkaita olisi voinut olettaa olevan enemmän. Verrattuna Siiran ym. (1993) tutkimukseen, jossa selvitettiin yhden kunnan asukkaiden kuntoutuspalvelujen päällekkäistä käyttöä vuosina 1986–1990, oli tässä tutkimuksessa tunnistettujen multi-asiakkaiden osuus pieni. Siiran ym. (1993) tutkimuksessa

lähes puolet kuntoutujista käytti kahden tai useamman osajärjestelmän palveluja. Heidän tutkimuksessaan yleisin palvelujen tuottaja oli terveyskeskus ja sen jälkeen keskussairaala, Kelan tuottamia kuntoutuspalveluja oli kaikista palveluista vain 15 %.

Multi-asiakkaista puolet käytti samanmuotoista kuntoutuspalvelua eri osajärjestelmistä. Kuntoutusjärjestelmän epäselvät vastuut näyttäisivät siis mahdollistavan samanmuotoisten palvelujen päällekkäisen käytön. Tehdyistä analyyseistä ei selviä olivatko nämä palvelut myös samansisältöisiä, kuin ei myöskään sitä, oliko syy kuntoutukseen sama. Niillä multi-asiakkailta, jotka käyttivät eri kuntoutusmuotoja, saattoi kyse olla ennemminkin kuntoutusprosessista kuin päällekkäisistä palveluista. Tässä tutkimuksessa tunnistettu multi-asiakkuus voi olla siis myös merkki asiakaslähtöisestä järjestelmästä, jossa vastataan kuntoutujien moninaisiin tarpeisiin (vrt. King & Meyer 2006).

Kaikkien useamman osajärjestelmän kuntoutuspalveluja käyttäneiden kuntoutujien kohdalla haasteena on kuitenkin kuntoutusprosessin ajallinen ja sisällöllinen toimivuus. Kun palvelujen vastuullisia järjestäjiä ja tuottajia on useita, riski kuntoutusprosessin epäonnistumisesta kasvaa (Runciman ym. 2007; Colpaert ym. 2007). Multi-asiakkaiden käyttämien kuntoutuspalvelujen ajallisesta sijoittumisesta tai mahdollisista viiveistä ei tämän tutkimuksen puitteissa tehty tarkempaa analyysia. Näin ollen ei voi sanoa, kuinka kuntoutusprosessi eteni palvelusta toiseen. Kuntoutuksen syytä, eli diagnoosia tai vastaavaa, ei analysoitu puutteellisten tietojen vuoksi.

Tutkimustulosten pohjalta ei voi arvioida kuntoutuspalvelujen tarpeenmukaista käyttöä. Tutkimuksessa ei selvitetty alueen väestön tarvetta kuntoutukseen, kuten tehtiin esimerkiksi Terveys 2000 -tutkimuksessa toteutetulla kyselyllä. Tuon tutkimuksen mukaan koettu tarve vaihteli väestössä 14 %:sta jopa 40 %:in riippuen vastaajan iästä ja sukupuolesta. (Aromaa & Koskinen 2002.) Tähän suhteutettuna kuntoutuspalvelujen käyttö ei tässä tutkimuksessa vastannut tarvetta, sillä väestöstä kuntoutusta käytti alle kymmenes. Tarpeenmukaisen käytön arviointi vaatisi ajantasaista ja aluekohtaista tietoa väestön kuntoutuspalvelujen tarpeesta. Kaiken kaikkiaan kuntoutustarpeen arviointi on kuitenkin vaikea tehtävä, sillä huomioon on otettava niin subjektiiviset, objektiiviset, yksilölliset kuin yhteiskunnallisetkin tarpeet (Rajavaara 1998; Järvikoski & Härkäpää 2008, 58–59).

5.4 Tutkimuksen toteutus ja menetelmien arviointi

Tutkimustulosten luotettavuuteen vaikuttavat koko tutkimusprosessi, sen aikana tehdyt menetelmä- ja analyysivalinnat ja näiden käyttö (Eskola & Suoranta 1998, 211). Luotettavuutta arvioitaessa on kiinnitettävä huomiota valittuihin tutkimusmenetelmiin, tutkimusaineiston edustavuuteen ja siihen, tuottaako tutkimus vastauksia tutkimuskysymyksiin. Sisäinen luotettavuus muodostuu menetelmien tarkoituksenmukaisesta käytöstä sekä tutkimuksen toistettavuudesta, ja ulkoinen luotettavuus aineiston kattavuudesta ja tulosten siirrettävyydestä (Uusitalo 1991, 86.) Mixed methods -tutkimusparadigmassa keskeiseksi tutkimuksen laadun mittariksi on esitetty tutkimuksen päätelmien siirrettävyys joko toiseen väestöön, tilanteeseen tai aikaan (Tashakkari & Teddlie 2003, 710).

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää aluetason kuntoutusjärjestelmän rakennetta, organisointia ja toimintaa. Tämä oli tiettävästi ensimmäinen kerta, kun aluetason kuntoutusjärjestelmä oli tutkimuksen kohteena. Tutkimuskohteen ollessa ennalta tuntematon, oli sitä perusteltua kartoittaa ensin laadullisin tutkimusmenetelmin. Tämän tein haastatteleamalla alueella toimivan kuntoutuksen yhteistyöelimen jäseniä. (Vrt. Hirsjärvi & Hurme 2001, 35; Tuomi & Sarajärvi 2009, 140.) Koska haastateltavaksi valittiin edellä mainitun ryhmän jäsenet, jäi haastateltavien lukumäärä tutkimuksessa pieneksi. Haastateltavat olivat kuitenkin todennäköisesti edustava ja asiantunteva joukko vastaamaan kysymyksiin aluetason kuntoutuksen tilasta. Tämän tutkimuksen tarkoituksena ei ollut esittää kaikenkattavaa ja kaikissa tilanteissa pätevää määritelmää alueellisesta kuntoutusjärjestelmästä, vaan ennemminkin lisätä ymmärrystä tutkimuskohteesta. Haastateltavien määrä nähtiin riittäväksi suhteutettuna tähän tutkimuksen tavoitteeseen. Toteutin itse haastattelut, nauhoitin ne ja litteroin analyysia varten, mikä lisää omalta osaltaan tutkimuksen luotettavuutta. (Hirsjärvi & Hurme 2001, 184–185.)

Ryhmähaastattelun tarkoituksena oli tuottaa haastateltavien yhteinen näkemys tutkimuskohteesta. Etuna oli, että haastateltavat tunsivat toisensa ennestään, ja haastattelutilanteet sujuivat sen puolesta sujuvasti. Tämä saattoi toisaalta myös haitata haastattelua, sillä ryhmälle oli todennäköisesti ennalta muodostunut ryhmädynamiikka, keskustelun valtarakenteet ja ennakkoluulot. Tämä on voinut estää joidenkin henkilöiden mielipiteiden esiintuomista, tai korostaa toisten mielipiteitä. Toisaalta ryhmähaastatteluisissa on aina uhkana keskustelua dominoivien henkilöiden näkemysten ja sosiaalisesti hyväksytyjen vastausten tuottaminen. (Vrt. Hirsjärvi & Hurme 2001, 35, 63.)

Haastattelujen pohjalta saadut tulokset eivät ole sellaisenaan siirrettävissä toiseen kontekstiin alueiden ja alueellisten toimikuntien toimiessa todennäköisesti eri tavoin. Tutkimuksen toistettavuus eri alueilla on kuitenkin mahdollista, sillä olen pyrkinyt kuvaamaan tarkasti tutkimuskohteen, aineiston sekä analyysin etenemisen (I osajulkaisu, Haastattelurunko – liite 2). (Vrt. Uusitalo 1991, 84; Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2001, 214–215). Aiempi kirjallisuus ja tutkimustulokset tukevat haastattelujen pohjalta saatuja tuloksia. Tämän perusteella tutkimuksen teoreettiset jäsennykset on siirrettävissä myös muihin toimintaympäristöihin. (Vrt. Eskola & Suoranta 1998, 66, 68.) Voi olla tosin niinkin, että haastateltavat ovat uusintaneet kuntoutusjärjestelmästä aikaisemmin kirjoitettua, eivätkä siten kuvanneet kyseessä olleen alueen tilannetta, vaan yleistä järjestelmää ja siitä esitettyjä arvioita.

Asiakirjoista saattoi saada nopeasti kattavan ja laaja-alaisen näkemyksen kuntoutuksen osajärjestelmien kuntoutustoiminnan kehittämisestä alueella. Kuntoutuksen tavoitteita olisi voinut kartoittaa myös eri osajärjestelmien edustajille toteutetulla kyselytutkimuksella. Asiakirjoissa esitettyjen tavoitteiden ajateltiin kuitenkin käyneen läpi hallinnollisen ja poliittisen prosessin ja ilmentävän siten kuntoutuksen virallista kehittämisen suuntaa. Asiakirjojen huonona puolena voi pitää niiden tiivistä esitystapaa, jolloin asian eri puolet eivät tule esiin (Uusitalo 1991, 96). Erilaisista valmistelevista asiakirjoista olisi selvinnyt esimerkiksi se, millaisen poliittisen prosessin tavoitteiden nousu asiakirjoihin oli vaatinut, mutta tämä ei ollut tutkimukseni kiinnostuksen kohteena. Tavoitteiden näkyminen asiakirjoissa riitti vastaamaan tämän tutkimuksen tutkimuskysymyksiin.

Asiakirja-aineiston keräämisen luotettavuutta ja aineiston kattavuutta pyrittiin vahvistamaan samalla tavalla annetuilla ohjeilla sekä uusintapyynnöillä (vrt. Brunou 2009, 103). Samanlaisista ohjeista huolimatta saatujen asiakirjojen kirjo oli huomattava, ja uusintapyynnöistä huolimatta kaikki kunnat eivät lähettäneet asiakirjoja. Kuntien asiakirjojen edustavuus oli kuitenkin melko hyvä. Asiakirja-aineistoa voi pitää kattavana ja laajana. Asiakirjat koskivat pienten ja keskisuurten maaseutumaisten kuntien kuntoutuksen kehittämistä, ja tulokset voivat olla siirrettävissä samankaltaisiin kuntiin tai alueisiin, jotka muodostuvat vastaavanlaisista kunnista. Suurten ja kaupunkimaisen kuntien kuntoutuksen kehittäminen voi poiketa tässä tutkimuksessa saaduista tuloksista muun muassa erilaisten resurssien ja väestön tarpeiden vuoksi. Suurten kaupunkien kuntoutuksen kehittämistä olisi tarkasteltava jatkotutkimuksissa erikseen.

Sekä haastattelujen että asiakirjojen analyysissä luin tekstit läpi huolellisesti ja useaan kertaan. Analyysin luotettavuuden lisäämiseksi kiinnitin aineiston luokittelussa erityistä

huomiota siihen, että luokittelukriteerit säilyivät muuttumattomina analyysin ajan. Lisäksi vahvistin analyysivaiheessa tekemiäni havaintoja muilta osajulkaisujen kirjoittajilta, ja tutkimuksen raportoinnissa olen esittänyt analyysiotteita tulkintani tueksi. (Vrt. Hirsjärvi & Hurme 2001, 142, 185, 215.) Asiakirjojen analyysissä kuntoutus -käsitteen vaikea määrittely on saattanut johtaa siihen, että asiakirjoista ei ole tullut esiin kaikkia kuntoutukseen liitettävissä olevia ilmiöitä.

Terveyspalvelujen käytön rekisteröinti on Suomessa kattavaa, tieto on hyvin tunnistettavissa ja sen tutkimuskäyttö on yleistä. Terveyspalveluihin verrattuna kuntoutusta koskeva rekisteritieto on huomattavasti vaikeammin tutkimuksessa käytettävissä. Kuntoutuksen käyttöä tilastoivat sitä järjestävät osajärjestelmät, ja käytännöt niissä ovat hyvin kirjavina. Useampien osajärjestelmien tietojen saamiseksi oli käytävä läpi ensin määrittelyprosessi, mikä ylipäänsä on kuntoutusta. Tunnistaaksemme kuntoutuspalvelujen kokonaiskäytön, käytimme sellaisia tietovarantoja, joita ei ollut tähän tarkoitukseen aikaisemmin käytetty. Suunnittelun, tietojen keräämisen ja yhdistämisen ensikertaisuus vaikuttivat aineiston hankinnan pitkittymiseen ja joltain osin yhteensovittamattomaan aineistoon. Tietojen kokoamiseen kului yhteensä neljä vuotta, jonka jälkeen kului lisäksi aikaa aineiston muokkaamiseen ja analysoitavien muuttujien muodostamiseen. Toisista osajärjestelmistä aineiston saantia pitkittivät lupaprosessit, ja toisista tietojen poiminta alkuperäisistä tietokannoista (ks. liite 3). (Vrt. Sund 2008.)

Kuntoutuspalvelujen rekisteritietojen laatu vaihteli osajärjestelmien välillä. Kelan ja Eläketurvakeskuksen kuntoutukseen liittyvät rekisteröintikäytännöt ovat todennäköisesti edustavia, ja rekisteröitävät tiedot moninaisia. Terveystietojen ja sosiaalihuollon avo- ja laitospalvelujen rekisteritiedot ovat puolestaan epäluotettavampia ja suppeampia. Esimerkiksi Hilmo-tietokantoihin koottujen tietojen oikeellisuus ja tarkkuus riippuvat tiedonantajien kirjaamistavasta. Tiedot saadaan palvelujen tuottajilta, jotka saattavat kirjata lomakkeille samoja toimenpiteitä eri tavoin. Myös puutteellinen kirjaaminen on hyvin mahdollista. Tietojen epävarmuutta lisäsi se, että kuntoutustietojen poiminnasta Hilmo-tietokannoista ei ollut aikaisempaa kokemusta, ja poiminnassa jouduttiin käyttämään monitasoista kriteeristöä. Terveystietojen avokuntoutus kirjataan puolestaan terveyskeskusten potilastietokantoihin. Niistä kunnista, joista kokosimme avokuntoutustiedot, ei tietokantoihin oltu kirjattu esimerkiksi kuntoutujan diagnoosia tai muuta kuntoutuksen syytä.

Eri osajärjestelmistä saatu tieto vastasi toisiaan vain osittain, mikä asetti rajoitteita aineiston käyttöön. Tutkimusaineisto sisälsi esimerkiksi vain muutaman koko aineiston kattavan

taustamuuttujan, jolloin monipuolisempien analyysien tekeminen ei ollut mahdollista. Esimerkiksi kuntoutujien tulotaso, koulutustausta ja ammatti olisivat olleet mielenkiintoisia ja hyödyllisiä taustamuuttujia palvelujen käyttöä ja saatavuutta arvioitaessa. Nämä olisi voitu saada muun muassa Tilastokeskuksen tietokannoista, mutta tämä olisi vaatinut pitkittyneen aineistonhankinnan edelleen viivästyistä, koska tietojen yhdistäminen olisi voitu tehdä vasta koko aineiston ollessa kasassa. Jatkotutkimuksissa näitä taustatietoja olisi hyvä yhdistää kuntoutuspalvelujen käyttötietoihin. Muuttujia oli muutoin aineistossa runsaasti, ja analysoitavaa, kuten kuntoutuspalvelujen viiveet ja apuvälineiden käyttö, jäi edelleen paljon.

Tutkimukseen oli alun perin tarkoitus sisällyttää kaikentyypinen kuntoutus, mutta käytännössä tarkastelusta on jäänyt pois kasvatuksellinen kuntoutus, sillä tutkimusaineisto – haastattelut, asiakirjat ja rekisterit – ei sisältänyt siihen liittyvää materiaalia. Tämä vääristää jonkin verran kuntoutuspalvelujen käytöstä saatuja tuloksia lasten ja nuorten kohdalla. Myös kuntien sosiaalihuollon toteuttamien avokuntoutuspalvelujen käyttö on jäänyt tämän tutkimuksen ulkopuolelle palvelujen rekisteröinnin puuttuessa.

Huolimatta rekisteriaineiston kokoamiseen ja sisältöön liittyvistä ongelmakohdista oli käytettävissä ollut tutkimusaineisto laaja. Rekisteriaineiston suuri otoskoko mahdollisti hyvin tutkimuskysymysten vaatimien tilastollisten analyysien tekemisen. Aineisto oli myös ainutlaatuinen. Tulokset kertovat pienten ja keskisuurten maaseutumaisten kuntien kuntoutuspalvelujen käytöstä ja jakautumisesta. Tulokset on todennäköisesti yleistettävissä vastaavanlaisiin kuntiin. Suurten ja kaupunkimaisten kuntien kuntoutuspalvelujen käyttö saattaa poiketa tässä tutkimuksessa tunnistetusta käytöstä ja jakautumisesta. Tämän tutkimuksen esimerkin avulla vastaavanlaisen koko maan kattavan rekisteriaineiston kokoaminen olisi tulevaisuudessa kohtalaisen helposti toteutettavasti.

Tämän tutkimuksen luotettavuutta on parantanut se, että olen voinut käydä valinnoista, analyyseista ja tulkinnoista keskustelua osajulkaisujen muiden kirjoittajien kanssa (vrt. Tuomi & Sarajärvi 2009, 142). Tein tutkimukseni pääsääntöisesti Kansaneläkelaitoksen rahoittaman ja Tampereen yliopiston terveystieteiden laitoksella toteutetun tutkimushankkeen yhteydessä. Kela on merkittävä kuntoutuksen osajärjestelmä, ja siten sen rahoittamalla hankkeella voisi periaatteessa olla intressejä tuottaa rahoittajan kannalta suotavia tuloksia. Tutkimushanke eteni kuitenkin hyvin omalakisesti rahoittajasta riippumatta. Rahoittajien edustajat olivat mukana tutkimuksen alkuvaiheen suunnittelussa ja tutkimuksen ohjausryhmässä, heille raportoitiin säännöllisesti tutkimuksen etenemisestä, mutta he eivät vaikuttaneet tutkimuksen kulkuun.

Tutkimusryhmän tutkijat olivat kaikki Tampereen yliopiston terveystieteiden yksikön henkilökuntaa.

Tutkimustulokset on esitetty niin, että yksittäisiä kuntoutujia ei pysty tunnistamaan. Alun perin oli tarkoituksena pitää myös tutkimusalueena ollut sairaanhoitopiiri anonyymina, mutta käytännössä se on kuitenkin tunnistettavissa alueesta esitetyistä tiedoista. Periaatteessa haastateltavat on näin ollen jäljitettävissä.

6. POHDINTA – Aluetason kuntoutusjärjestelmän tarve, edellytykset ja vaihtoehdot

Historiallisesti muodostuneesta kerrostuneisuudestaan, kuntoutustoiminnan laaja-alaistumisesta ja keinojen monipuolistumisesta johtuen kuntoutusjärjestelmän rajat ja sisältö on tänä päivänä vaikea määrittellä. Tästä huolimatta on tämän tutkimuksen lähtökohtana ollut, että kuntoutusjärjestelmä on olemassa. Yhtenäisen kuntoutusjärjestelmän ajatusta puoltaa siihen kuuluvaksi ajateltavien osajärjestelmien samansuuntainen perustavoite, kuntoutuspalvelujen järjestäminen. Osajärjestelmät ovat, samalla kentällä toimiessaan, myös todennäköisesti riippuvaisia toisistaan, mikä tekee niistä yhteen nivoutuneen systeemin (Lindqvist 1995b). Tahojen keskinäiset riippuvuudet, kuin myös kuntoutujien usein moninaiset tarpeet vaativat keskinäistä ymmärrystä, selkeää työnjakoa ja yhteistyötä. (vrt. Levine & White 1961; Kallio 1993; Schmollinger 2008.) Kuntoutuspalvelujen toimivuuden kannalta olisi jatkossa tärkeää, että järjestelmä tunnistettaisiin ja sitä kehitettäisiin kokonaisuutena.

Kuntoutusjärjestelmän kokonaisuuden tutkimusta ei ole aikaisemmin juuri tehty, ja tämä on ensimmäinen kerta kun sitä tarkastellaan alueellisesti. Kokonaisuuden hahmottaminen on nykyisin ymmärrettävästi vaikeaa useista kuntoutuksen osajärjestelmistä johtuen. Kuntoutuksen osajärjestelmät ovat tehneet lakisääteistä yhteistyötä yksittäisten asiakastapausten kohdalla jo toistakymmentä vuotta, mutta edelleen järjestelmästä löytyy niitä ongelmia, joita yhteistyöllä ajateltiin ratkaistavan. Osajärjestelmien kesken voisi edelleen lisätä verkostomaisille rakenteille soveltuvia ohjauskäytäntöjä, kuten neuvotteluja ja sopimuksia, mutta yhtäläillä voisi pohtia hajanaisen kuntoutusjärjestelmän yhtenäistämistä, osajärjestelmien vähentämistä tai jopa kuntoutuksen keskittämistä vain yhden järjestelmän vastuulle. Tämä tutkimus on osaltaan ylittämässä ajatusta osajärjestelmiin perustuvasta kuntoutustoiminnasta, ja tuo esiin vaihtoehtoisia rakenteita ja organisointikeinoja. Ajatus uudeltaisesta järjestelmän rakenteesta, eli aluetason kuntoutusjärjestelmästä, on yksi tämän tutkimuksen tärkeimmistä kontribuutioista.

Organisaatorakenteiden pohdinnan tekee ajankohtaiseksi hyvinvointijärjestelmien muutosvaatimukset ja -trendit, jotka koskevat myös kuntoutusjärjestelmää. Kirjallisuudesta löytyy kuvauksia siitä, kuinka julkishallinnon organisaatorakenteissa on siirrytty ja siirrytään

modernin ajan selkeistä linjoista post-moderniin aikaan, jossa on tullut vaikeammaksi vetää selkeitä rajoja tehtävien, vastuiden ja toimijoiden välillä. Lisäksi on tullut vaikeammaksi vastata väestön monimutkaistuviin tarpeisiin ja vaatimuksiin. (Hoggett 1996; Denters ja Rose 2005a, 246.) Tämä kuvaus osuu hyvin myös tähän käsillä olevaan tutkimuskohteeseen, tosin kuntoutusjärjestelmän kontekstissa siirtymä selkeistä rajoista epäselviin vastuisiin on tapahtunut jo useampi vuosikymmenen sitten, kun siirtymä esimerkiksi terveydenhuollossa näyttäisi olevan vasta alkamassa.

Hyvinvointijärjestelmiä kehitetään tänä päivänä muun muassa palvelujen saatavuuden turvaamiseksi. Myös toiminnan tehokkuus ja vaikuttavuus ovat olleet viime vuosina organisaatioiden kehittämistoiminnan tavoitteina.¹⁴ Vaihtoehtoisten organisaatiomallien arvoperusteita ei juuri pohdita, vaikka näillä arvoihin väistämättä perustuvilla malleilla on kauaskantoisia seurauksia (vrt. Boston 2000). Ei ole yhdentekevää, millaisille arvoille yhteiskunnallista toimintaa rakennetaan. Esimerkiksi perinteisessä mallissa palvelujen lähtökohtana oleva universalismi on ollut kantava hyvinvointivaltion idea ja oikeudenmukaisuuden perusta, jota ei NPM- eikä hallinta-ajattelussa enää korosteta. Näissä on perinteisten hyvinvointivaltion arvojen tilalle tullut tehokkuuden ja yksilöllisyyden korostaminen, jolloin pidemmällä tähtäimellä tuloksena voi olla hyvinvointivaltion ja yhteiskunnallisen oikeudenmukaisuuden näivettyminen.

Kuntoutuksen osajärjestelmistä erityisesti kuntien on ajateltu kohdanneen ja kohtaavan taloudellisia ja toiminnallisia haasteita turvata kuntalaisten sosiaali- ja terveystalouden saatavuus (Sosiaali- ja terveysministeriö 2010a). Terveystalouden saatavuuden turvaamiseksi onkin kuntien toimintoja, erityisesti rahoitusta ja ohjausta, keskitetty suuremmille yksiköille. Sosiaali- ja terveystalouden saatavuuden näkökulmasta kuntien yhteistyön kehittäminen on kuntien keskeisen roolin vuoksi ymmärrettävästi keskiössä.

Kuntien muodostamat terveydenhuollon yhteistoimintamallit lisäävät todennäköisesti yhteistyötä myös kuntien vastuulla olevan lääkinnällisen kuntoutuksen järjestämisessä. Kuntien yhteistyöllä voidaan tasoittaa ja tarpeenmukaistaa kuntoutuksen henkilöstö- ja muiden resurssien jakautumista kunnissa. Näin voitaneen paremmin turvata kuntoutuspalvelut yhteistoiminta-alueen asukkaille. Kuntien yhteistyön myötä toimintoja keskitetään, jolloin haasteeksi tulee

¹⁴ Tämän tutkimuksen kirjallisuus on koottu ja päätelmät on johdettu nimenomaan palvelujen saatavuutta ja oikeudenmukaisuutta silmällä pitäen. Mikäli näkökulmana olisi ollut esimerkiksi tehokkuus, olisivat lopputulemat voineet olla erilaisia.

tarvittavien lähipalvelujen turvaaminen myös yhteistoiminta-alueen laitamilla. Kuntien vastuulla olevan lääkinnällisen kuntoutuksen järjestämisen odotetaan paranevan myös uuden terveydenhuoltolain myötä, jos perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon raja-aidat todella madaltuvat. Myös sairaanhoitopiirien suurempaa vastuuta lääkinnällisen kuntoutuksen alueellisesta järjestämisestä on esitetty (Ihalainen & Rissanen 2009; Asikainen 2011), mikä mahdollisesti selkeyttäisi järjestelmää.

Useiden eri osajärjestelmien vastuulla olevien kuntoutuspalvelujen kohdalla on kysyttävä, miten kuntien yhteistyön kehittäminen vaikuttaa kuntoutuksen kokonaisjärjestelmästä esitettyihin epäkohtiin, kuten palvelujen viiveisiin, päällekkäisyyksiin, jatkuvuuteen, yms.? Kuntien rooli kuntoutuspalvelujen tuottajana on huomattava, joten lähtökohtaisesti voisi ajatella, että kuntien toimintojen yhdistäminen on kokonaisuuden kannalta askel toimivampaan kuntoutusjärjestelmään. Toisaalta vaarana voi olla, että nyt muodostetut hyvinkin erilaiset kuntien yhteistoimintamallit monimutkaistavat kuntoutusjärjestelmän kokonaisuutta edelleen (vrt. Kokko ym. 2009), vaikeuttaen niin kuntoutushenkilöstön kuin myös kuntoutujien toimintaa järjestelmässä entisestään. Lisäksi kehitettäessä ainoastaan kuntien toimintaa, ei oteta huomioon kuntoutuksen kokonaisjärjestelmän vastuunjakoon ja kompleksisuuteen liittyviä ongelmia. Kuntoutuksen kohdalla on kuntien lisäksi otettava huomioon, kuinka eri osajärjestelmät toimivat, ja millainen yhteistoimintamalli niiden välille olisi mahdollista muodostaa.

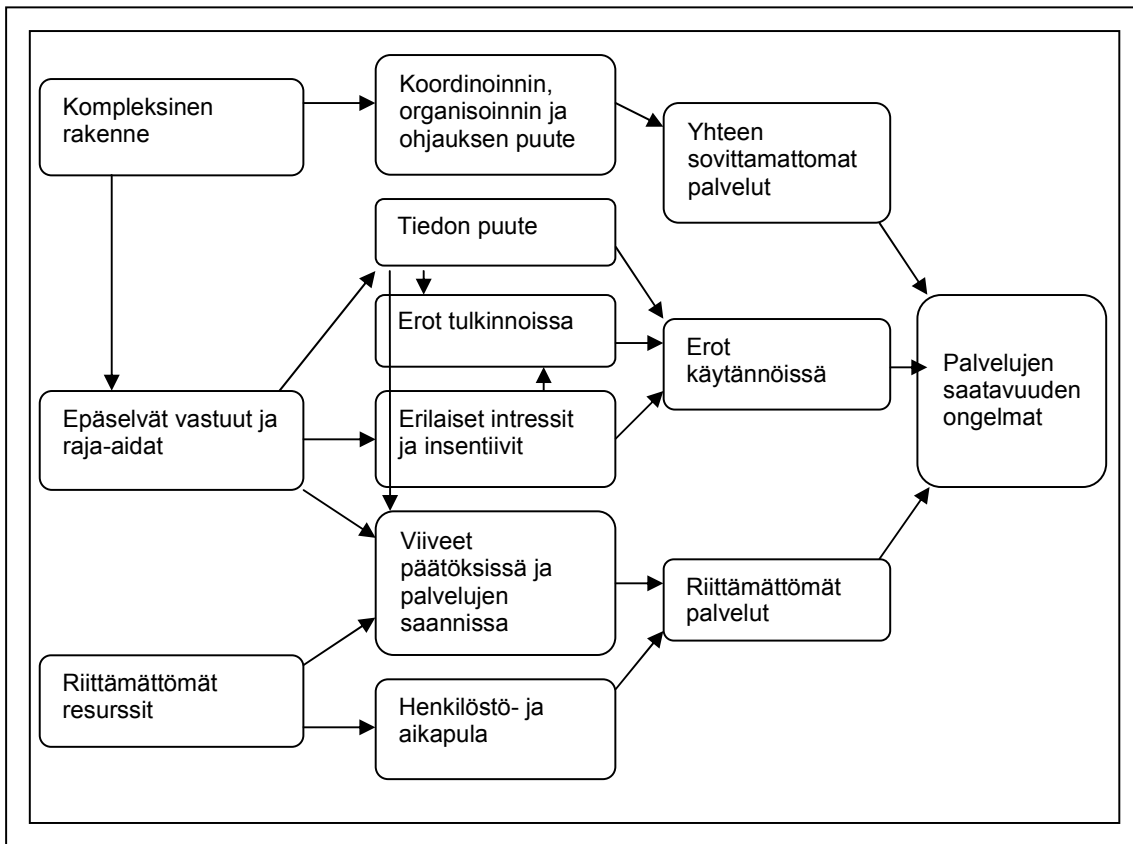
Yhteistä aluetason kuntoutusjärjestelmää ei ole tutkimuksen perusteella toiminnallisena kokonaisuutena hahmotettavissa, eivätkä yhtenäisen kuntoutusjärjestelmän muodostamisen tarve ja edellytykset nousseet haastatteluissa ja asiakirjojen tavoitteissa esiin. Toisaalta, rekisteriaineiston tulokset osoittivat palvelujen käytön, eli toteutuneiden tai reaalisen palvelujen saatavuuden eroja kunnissa. Muissa yhteyksissä on vastaaviin palvelujen alueellisen saatavuuden ongelmiin vastauksena esitetty toimintojen, ja erityisesti rahoituksen keskittämistä. Aluetason kuntoutusjärjestelmän muodostamisen tarve nousee tämän perusteella palvelujen saatavuuden turvaamisen tarpeesta yhdenvertaisesti alueen väestölle. Yhtenäisen organisaation muodostamisen ehdoksi on tahojen yhteisten tavoitteiden lisäksi esitetty niiden riippuvuus toisistaan (Airaksinen & Haveri 2003). Aineiston pohjalta en voinut riippuvuus-ulottuvuutta tutkia, mutta teoreettisesti arvioiden saman kentän sisällä toimiville kuntoutuksen osajärjestelmille on todennäköisesti muodostunut riippuvuussuhteita toisiinsa. Tämänkin perusteella yhteistyö alueella toimivien tahojen välillä näyttäisi tarpeelliselta. (vrt. Kallio 1993; Lindqvist 1995; Boston 2000; Schollinger 2008.)

Kuntoutuspalvelujen erilaisen alueellisen saatavuudesta lisäksi nousee tulosten perusteella pohdittavaksi työikäisten ja erityisesti työssäkävien parempi mahdollisuus saada palveluja kuin esimerkiksi työttömien ja juuri vanhuuseläkkeelle siirtyneiden. Kuntoutusjärjestelmä on rakentunut vahvasti työikäisten toiminta- ja työkykyisyyden ympärille, sillä huomattava osa kuntoutuksen osajärjestelmistä tarjoaa palveluja vain työikäisille, ja erityisesti työssäkäyville. Työikäisille kuntoutuspalveluja tarjoavat osajärjestelmät ovat keskitetysti rahoitettuja ja ohjattuja, jolloin työikäisen väestön mahdollisuudet saada kuntoutuspalveluja eri puolilla Suomea ovat periaatteessa yhdenmukaiset. Ainakin tälle on järjestelmän rakenteen puolesta paremmat edellytykset kuin hajautetuissa kunnallisissa palveluissa. On kysyttävä, miten hyvinvointijärjestelmien oikeudenmukaisuuden tavoitteisiin nähden on perusteltua, että työssäkävillä on paremmat edellytykset saada kuntoutusta kuin esimerkiksi vanhuuseläkkeellä olevilla, joilla tarve näihin palvelumuotoihin on mahdollisesti jopa suurempi?

Empiirinen aineistoni ei mahdollistanut kuntoutuspalvelujen käyttöön ja saatavuuteen vaikuttavien tekijöiden arviointia, mutta kirjallisuuden perusteella saatavuuden taustalta voisi tunnistaa seuraavia järjestelmätason piirteitä. Hajautettujen ja autonomisten kuntien palvelutarjontaa ei ohjata keskitetysti, jolloin erot palveluissa kuntien välillä tulevat todennäköisiksi. Syynä eroihin ovat tällöin muun muassa erilaiset resurssit, mutta myös kuntoutukseen ohjaavan henkilökunnan erilaiset intressit, tieto ja osaaminen. Tällä hetkellä erot palveluihin ohjaamisessa esimerkiksi kuntien välillä johtuvat todennäköisesti osittain myös kirjavista lähetekäytännöistä. Näiden seurauksena toisaalla asuessa tai eri henkilöiden arvioidessa kuntoutustarvetta voi kuntoutuslähetteen saada toisaalta liiankin herkästi, ja toisaalla kuntoutusta ei tarpeesta huolimatta tarjota. Myös keskitetysti ohjattujen osajärjestelmien, kuten Kelan paikallisissa yksiköissä on todennäköisesti erilaisia käytäntöjä ja niissä tehdään erilaisia tulkintoja, huolimatta yhteisistä kriteereistä.

Olen luvussa 3.4 kuvannut kuntoutuspalvelujen saatavuuden muodostuvan eri tasojen, kansallisen tason poliittisen päätöksenteon, käytännön tason eli toimeenpanevan järjestelmän sekä eri toimijoiden yksilöllisten tekijöiden yhteistuloksena. Tässä yhteydessä kiinnostavaa on erityisesti käytännön tason toiminnallisten tekijöiden vaikutus kuntoutuspalvelujen saatavuuteen. Palvelujen saatavuuteen vaikuttavista järjestelmän käytännöntason tekijöistä voi kuntoutusjärjestelmän kontekstissa tunnistaa ainakin edellä mainitut erilaiset lähetekäytännöt ja intressit sekä kuntoutukseen lähettävän henkilön tietotaidon puutteen. Näiden taustalla voi puolestaan ajatella olevan kuntoutusjärjestelmän kompleksisen rakenteen, epäselvät vastuut sekä

riittämättömät tai epätasaisesti jakautuneet resurssit. Olen hahmotellut kuntoutuspalvelujen saatavuuden polkuja kuvioon 3. Näitä polkuja voisi jatkossa tutkia tarkemmin.



Kuvio 3. Kuntoutuspalvelujen saatavuuden polut – järjestelmän käytännöntason tekijöiden vaikutus palvelujen saatavuuteen

Kuntoutuspalvelujen yhdenmukaista saatavuutta edistäisi todennäköisesti kompleksisen järjestelmän suoraviivaistaminen. Esimerkiksi kuntoutuksen monikanavaisen rahoitusjärjestelmän keskittäminen yhdelle alueelliselle vastuutaholle selkeyttäisi vastuita ja lisäisi oletettavasti yhdenvertaisuutta kuntoutustoiminnassa (Koivusalo 1999; Lander 2005; Pekurinen ym. 2010). Yhteisen rahoitusjärjestelmän, ja tähän liitettävän yhteisen suunnittelun kautta voimavarojen käyttö tulisi tarkoituksenmukaisemmaksi. Suhteessa pienempiin yksiköihin alueellisessa järjestelmässä yhdistyisivät eri tahojen voimavarat. Suhteessa suurempaan kuin aluetason organisaatioon (kuten miljoonapiiriin) alueellisen järjestelmän vahvuutena on paikallisten tarpeiden parempi huomioon otto sekä joustavuus (Liu ym. 2006; Cheema & Rondinelli 2007).

Tällä hetkellä alueellisille kuntoutuksen yhteistyötoimikunnille ei ole annettu resursseja alueen kuntoutustoiminnan kehittämiseksi. Kun osajärjestelmillä on omat velvollisuutensa ja kehittämistehtävänsä, ei yhteinen kehittäminen nouse keskiöön, vaikka sille on luotu järjestelmässä paikka. Hultberg ym. (2003) tutkivat kuntoutustahojen yhteistyötä Ruotsissa ja päätyivät esittämään yhteistyön ja yhteisten tavoitteiden toteutuvan paremmin yhteisrahoituksen ja yhteisen poliittisen ohjauksen avulla. Rahoituskanavan ollessa selkeä saattoivat yhteistyötahot keskittyä toimintaan sen sijaan, että olisivat pohtineet sitä, kuka palvelut maksaa. (Hultberg ym. 2003.) Kuntoutuksen aluetason ohjaus- ja rahoitusjärjestelmän myötä palvelujen kokonaisuuden suunnittelu ja järjestelmän kehittäminen paranisivat vaikuttaen todennäköisesti myös palvelujen saatavuuteen.

Kuntoutuspalvelujen tuottamisen keskittäminen aluetasolle on palvelujen saatavuuden näkökulmasta rahoitusta ja ohjausta monimutkaisempi kysymys.¹⁵ Palvelutuotannon keskittämisen tai hajauttamisen tarve ja mahdollisuudet vaihtelevat riippuen tuotetusta palvelusta. Keskitetty palvelutuotanto on nähty sopivan harvemmin tarvittaviin, vaativiin, standardoitaviin ja kalliita laitteita vaativiin hyvinvointipalveluihin, kun taas hajautettu palvelutuotanto yksilöllisempiin ja pidempiaikaisempiin tarpeisiin (Jallinoja 1993; Pollit, Birchall & Putnam 1998; Engberg, Liebach & Nordenbo 2006). Kuntoutuspalvelujen tuotantoa ei pitäisi siten automaattisesti esimerkiksi keskittää, vaan tilannekohtaisesti tulisi harkita, mitkä palvelut vaativat keskitettyjä, ja mitkä hajautettuja ratkaisuja (vrt. Pollit, Birchall & Putnam 1998; Lander 2005).

Keskitetyn ja hajautetun organisoinnin lisäksi myös hallinnan eri keinot vastaavat erilaisiin tarpeisiin. Kuntoutuksen eri osajärjestelmät käyttävät tällä hetkellä erilaisia hallinnankeinoja - hierarkiaa, markkinoita ja verkostoja (Miettinen ym. 2011). Myös osajärjestelmien välille on muodostettu horisontaalista hallintaa muun muassa paikallisia yhteistyöverkostoja luomalla. Hyvin toimiessaan nämä paikalliset asiakasyhteistyöryhmät edistävät yksittäisten asiakkaiden kuntoutusprosesseja. Koordinoimattomuuden ja päällekkäisyyden ongelmat näyttäisivät kuitenkin elävän edelleen muuhun hyvinvointijärjestelmään integroidussa kuntoutusjärjestelmässä. Kysymys kuuluukin, ovatko nämä yhteistyöverkostot riittävä hallintakeino muuttaakseen syvälle juurtuneita ja toisistaan eriytyneitä käytäntöjä kuntoutusjärjestelmässä? Airaksinen ja Haveri (2003) ovat esittäneet, että toiminnan

¹⁵ Tällä hetkellä kuntoutuspalveluja tuotetaan niin julkisella, yksityisellä kuin kolmannellakin sektorilla. En ole tässä tutkimuksessa selvittänyt näiden eri sektoreiden toimintaa erikseen. Jatkossa voisi tutkia, miten nämä toisistaan eroavat tuotantotavat tulisi palvelujen saatavuuden näkökulmasta painottua.

kehittämiseksi ja seuraamiseksi tarvitaan verkostoja vahvempi organisaatio. Näin ollen alueellisen kuntoutustoiminnan koordinointi ja kehittäminen vaatisi pysyvämpää ja virallisempaa organisaatorakennetta – sellaista jolle on annettu vastuu ja osoitettu resurssit – kuin nyt muodostetut yhteistyöverkostot.

Yhden aluetason kuntoutusjärjestelmän muodostamisen sijaan voisi olla mahdollista muodostaa myös omia järjestelmiä eri kuntoutusmuotojen ympärille. Sairaanhoidopiirin tärkeä rooli lääkinnällisen kuntoutuksen kehittäjänä nousi aineistossa esiin. Sairaanhoidopiirin ympärille voisi muodostaa lääkinnällisen kuntoutuksen alueellisen järjestelmän, jossa yhteistyötahoina toimisivat sairaanhoidopiirin lisäksi alueen kunnat, Kela sekä yksityiset kuntoutuslaitokset. Ammatillinen kuntoutus mainittiin puolestaan työ- ja elinkeinohallinnon kehittämisen kohteeksi. Sen toiminnan ympärille voisi muodostaa alueellisen ammatillisen kuntoutuksen järjestelmän, jossa mukana olisivat lisäksi alueen kunnat, Kela, erityisammattikoulut, työterveyshuollon organisaatiot ja työeläkelaitokset. Tällainen osittainenkin resurssien yhdistäminen voisi parantaa yhdenmukaisuutta palvelujen alueellisessa saatavuudessa. Tosin tässä vaihtoehdossa, jää ratkaisematta kuntoutuspolkujen sujuvuus eri kuntoutusmuotojen välillä. Näiden alueellisten järjestelmien rinnalla olisikin tarpeen kehittää kuntoutuksen horisontaalista monitasohallintaa järjestelmien välillä (vrt. Kuvio 1). Alueelle voitaisiin muodostaa esimerkiksi yksi organisaatio yhteensovittamaan eri alueellisten järjestelmien toimintaa ja kehittämään kuntoutuksen kokonaisuutta.

Edelleen kuntoutuksen kokonaisuuden organisoinnin kannalta keskeistä olisi kuntoutuksen määrittely. Selkeämpi määrittely mahdollistaisi muun muassa tarkempien kriteeristöjen muodostamisen ja kuntoutukseen ohjaamisen yhtenäistymisen. Toisaalta tulee muistaa, että kuntoutuksessa käytettävien kriteeristöjen ja suositusten tulee kuitenkin olla ihmisten tilanteiden mukaan joustavia (Alston 1997). Ymmärrys kuntoutuksen tavoitteista, asiakaskunnasta ja keinoista on vuosikymmenien kuluessa laajentunut. Kuntoutus nojaa nykyään periaatteessa holistiseen ihmiskäsitykseen, jossa kuntoutuja nähdään kokonaisvaltaisemmin (vrt. Rauhala 2005). Tämä kehitys on ollut toivottua ja sen arvo on siinä, kuinka kuntoutujaan tulisi suhtautua. Kuntoutusjärjestelmän kannalta laaja ymmärrys kuntoutuksesta haittaa kuitenkin kuntoutuksen kokonaisuuden suunnittelua, kehittämistä, politiikkaa ja järjestelmän toimintakykyä. Rajausta siihen, mikä on kuntoutusta, ja mikä jotain muuta toimintaa, hoitoa, arjen toimintaa, liikuntaa, ennaltaehkäisyä ei ole ehkä haluttu tehdä asiakkaiden edun vuoksi. Näin on haluttu pitää asiakkaan mahdollisuudet saada omia tarpeitaan vastaavaa kuntoutusta avoimena. Toisaalta voi

ajatella, että kuntoutuksen rajaaminen koskemaan tietynlaista toimintaa ei heikennä asiakkaan oikeuksia vaan päinvastoin kuntoutusjärjestelmän selkiintymisen myötä asiakkaan oikeudet vahvistuisivat. Oikeudet palveluihin tulisivat selvemmin määriteltäviksi, ja tätä kautta kuntoutujilla olisi paremmat mahdollisuudet vaatia oikeuksiaan.

Rajaukset muiden yhteiskunnallisten toimintojen suhteen selkeyttäisi kuntoutusjärjestelmää, ja todennäköisesti myös asiakkaiden kanssa toteutettua käytännön kuntoutusta. Selkeämpi vastuunjako kuntoutusjärjestelmän sisällä puolestaan todennäköisesti vähentäisi epävarmuustekijöitä päästä kuntoutukseen. Lisäksi se oletettavasti lisäisi kuntoutuksen oikea-aikaisuutta ja tätä kautta myös vaikuttavuutta. Sisäisten vastuiden selkeyttäminen on tärkeä tekijä myös sujuvien kuntoutuspolkujen muodostamisessa.

Osajärjestelmien toimintojen keskittämisen ja hajauttamisen eriateisuus, hallinnan eri muotojen yhtäaikaisuus, erilaiset lainsäädännöt sekä historialliset kehityskulut ovat haasteena kuntoutuksen kokonaisuuden uudelleenorganisoinnille ja yhtenäisen aluetason järjestelmän muodostamiselle (vrt. Cornforth & Spear 2010, 87). Järjestelmän muutosta vaikeuttavat kompleksisuus, muutosvastarinta ja toimijoiden kehitysnäkökulmien eroavaisuudet (Roberts ym. 2004; Haveri 2006; Junnila 2008). Yhtenäisemmän järjestelmän organisoinnin lähtökohtana tulisi olla alueella toimivien osajärjestelmien kesken hyväksytyt yhteiset tavoitteet (Levine & White 1961), joita ei kuitenkaan tässä tutkimuksessa löytynyt. Meyersin, Riccuccin ja Lurien (2001) mukaan eri organisaatioiden kesken yhteisten tavoitteiden luominen ja siten yhtenäisemmän järjestelmän muodostaminen on vaikeaa. Myös käytännössä organisaatioiden välinen yhteistyö on osoittautunut haastavaksi (Haveri 2006). Kaiken kaikkiaan aluetason kuntoutusjärjestelmän tai useampien järjestelmien muodostamisen edellytykset näyttävät vähintäänkin epävarmoilta. Tarvetta aluetason kuntoutusjärjestelmän muodostamiseen palvelujen saatavuuden näkökulmasta kuitenkin voisi olla

Nykyinen kuntoutusjärjestelmä on muodostunut useiden vuosikymmenien ajan toimintoja vähitellen lisäten, kokonaisuutta suunnittelematta. Tällainen inkrementaalinen kehitys on johtanut monimutkaiseen järjestelmään, jossa toisaalta päällekkäiset palvelut ja toisaalta putoaminen palvelujen piiristä ovat mahdollisia. Mikäli kuntoutusjärjestelmän toimintaa, kuten palvelujen yhdenvertaista saatavuutta, halutaan parantaa, saattaa se vaatia laaja-alaista rakenteellista muutosta, jossa järjestelmän osat sovitetaan esimerkiksi aluetasolla toisiinsa sopiviksi.

Järjestelmän uudistamisessa tulee ottaa huomioon, että erilaiset tehtävät, kuten rahoitus, suunnittelu ja palvelujen tuotanto vaativat erilaisia organisoinnintapoja (Pollit, Birchall & Putnam 1998). Lopulta palvelujen saatavuuden turvaamiseksi muodostettava aluetason kuntoutusjärjestelmän kokonaisuus tulisi todennäköisesti näyttämään hybridiltä rakenteelta sisältäen sekä eriasteisesti keskitettyjä ja hajautettuja, että eri tavoin koordinoituja toimintoja. Nykyiseen järjestelmään verrattuna kokonaisrakenne olisi kuitenkin suunniteltu, joten lopputuloksen voi ajatella olevan ”hallittu hybridi”. Toimivimman hybridisen kokonaisratkaisun selvittämiseksi tarvitaan lisää tutkimusta parhaista organisointitavoista erilaisten toimintojen ja kuntoutuspalvelujen yhteydessä.

KIITOKSET

Käsissäsi on kuuden ja puolen vuoden tutkimustyön tulos. Näihin vuosiin mahtuu ennaltaodotettuja tutkijan työhön kuuluneita hetkiä, mutta ehkä vieläkin enemmän odottamattomia ja opettavaisia kokemuksia – ja tietenkin tässä kaiken ohella elettyä elämää. Tänä tammikuun iltana on tullut aika muistella vuosia taaksepäin ja niitä henkilöitä, joille olen kiitoksen velkaa. Sinä, joka et avustasi ja osallisuudestasi huolimatta nimeäsi tästä listasta löydä, ole kuitenkin tietoinen sydämessäni asuvasta kiitollisuudesta.

Ensinnäkin kiitän mitä lämpimimminkin väitöskirjatyöni ohjaajia professori Elina Viitasta sekä professori Pekka Rissasta. Työni alkuvaiheissa sain tiiviistä ohjauksestanne kiitettävän pontimen tutkimukselleni. Tutkimuksen edetessä ja oman osaamiseni kasvaessa sovitut ohjauspalaverit vaihtuivat suurelta osin ajatuksenvaihtoihin käytävillä tai lounastauoilla. Vaikka tutkimukseni oli osa tutkimusprojektia, joka oli alustavasti suunniteltu ennen minua, sain suunnata oman tutkimukseni itseäni kiinnostaviin teemoihin. Tosin rajuimmat ideani saivat jäädä – ystävällisten kehotustenne myötä – odottamaan post doc -tutkimusprojektejani. Sain tukea kun tarvitsin, ja kokeilla omia siipiäni kun ne kantoivat, tästä kiitos teille molemmille.

Sain tutkimukseni esitarkastajiksi kunnioittamani kuntoutusalan asiantuntijat, professori Marketta Rajavaaran ja dosentti Vappu Karjalaisen. Heille kiitos arvokkaista ja rakentavista kommentteista, joiden avulla sain mahdollisuuden parantaa työtäni vielä viime metreillä.

Haluan kiittää kanssatutkijoitani ”Toimiiko kuntoutusjärjestelmä” -projektissa. Ulla Ashornille kiitos tutkimukseeni tehdyistä tarkentavista huomioista sekä rekisteriaineistoihin liittyneistä hallinnollisista valmisteluista. Jani Raitanen oli korvaamaton ja luotettava apu rekisteriaineiston käsittelyssä, kiitos Jani kärsivällisyydestäsi. Professori Juhani Lehtoa kiitän työtäni edistävien kommenttien lisäksi kattavan kirjastonsa vapaasta käytöstä. Erityiskiitos Sari Miettiselle, ilman sinua en olisi päässyt mukaan tähän mielenkiintoiseen tutkimusprojektiin, jonka ansioista olen arvokkaan kokemuksen ja opin lisäksi saanut ystävän.

Valmistelin väitöskirjatutkimustani pääosin Kansaneläkelaitoksen rahoittamassa tutkimusprojektissa, mistä kiitos erityisesti edesmenneelle Kelan tutkimusprofessori Timo Klaukalle. Taloudellisesta tuesta kiitos myös Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksen, hallinnon ja talouden

valtakunnalliselle tutkijakoululle (SOTKA) sekä Etelä-Pohjanmaan ja Pirkanmaan sairaanhoitopiireille. Tutkimusaineiston saamisesta olen kiitollinen haastateltaville, asiakirjojen lähettäjäille sekä rekisterilupia ja -tietoja eri tahoilla työstäneille ja niitä toimittaneille.

Onni on ollut ympärillä oleva joukko nuoria tutkijoita, joiden kanssa olen saanut sekä parantaa maailmaa, että rikastuttaa omaa tutkimustyötäni. Kiitokset Laurille virkistävästä keskusteluista, joissa ei useinkaan välitetty akateemisista rajoista. Leenalle kiitos vertaistuesta, erityisesti silloin kun asiat eivät sujuneetkaan ihan niin kuin tanssi. Liina-Kaisalle kiitos innostuksestasi, joka välttämättä tarttuu kanssaihmissiin, ja Pialle kiitos karhunkasvatus-vinkkien jakamisesta. Kiitos myös muille sotepo-ryhmän jatko-opiskelijoille tutkimusseminaareista, joista sai aina tutkimustyötä eteenpäin vieviä ideoita.

Tätä usein yksinäistä tutkimustyötä tehdessä on ollut ilo kuulua työyhteisöön. Kiitos kahvihuoneen naiset, erityisesti Riitta, Heli ja Helena, ilahduttavasta seurasta. PG:n naisten kanssa on ollut riemastuttavia lauluhetkiä työn lomassa, kiitos näistä. Kiitos myös ”nuorten naisten ryhmittymälle” - Reetalle, Annalle, Paulalle, Jaanalle ja Helille - lounashetkistä ja illanistujaisista. Hallinnon käytävän naisille sekä virastomestareille kiitos avusta toisinaan kiperissäkin tilanteissa, kiitos myös parhaista nauruista ikinä.

Kiitos ystäville ja sukulaisille tuesta ja rentouttavista vapaa-ajan hetkistä. Erityisesti kiitos teille, jotka väitöskirjani viimeistelyvaiheessa annoitte minulle arvokasta aikaa kaitsemalla meidän pientä jälkikasvua. Kiitos äidille ja Sepolle, sekä isälle, että olette lukemattomat kerrat meitä auttaneet näinä vuosina. Teidän kaikkien apu, muun muassa kotiemme remonteissa on ollut korvaamatonta, ja mahdollisti keskittymisen päivätyöhöni tutkijana. Pinkulle kiitos terveellisistä tuliaisista, joista olen saanut voimia tutkimustyöhön. Sanoit isä valmistuessani fysioterapeutiksi, että maailma menetti hyvän rakennusmiehen. Joskos tämän tutkimuksen myötä saamani oppi hyvittäisi tämän menetyksen. Kiitos vielä vanhempani, että kasvatitte minusta työtä pelkäämättömän – tämä on ollut kallisarvoinen lahja niin tätä tutkimusta tehdessäni kuin elämässä yleensä.

Olen viettänyt yli puolet elämästäni mieheni Janin kanssa. Tänä aikana olen kasvanut naisena, ihmisenä ja nyt myös tutkijana uusiin mittoihin. Tästä kiitos sinulle Jani, joka et päästä minua vähällä, vaan vaadit, kuten filosofin luonteeseesi kuuluu, tinkimättömyyttä ja oikeudentuntoisuutta kaikessa mitä teen. Väitöskirjani ollessa esitarkastuksessa elämämme mullistui, kun perheeseemme syntyi poika. Hän viimeistään on muistuttanut, että elämä jatkuu tämänkin tutkimuksen jälkeen, ja mitä suurenmoisimmalla tavalla. Ja kaikki nämä kuluneet

vuodet ja kokemukset sinetöi se, että väitöspäiväkseni on asetettu poikamme Väinön ensimmäinen nimipäivä.

Tampereella 11.1.2012

Jutta Pulkki

LÄHTEET

- Aday L. & Andersen R. 1974. A framework for the study of access to medical care. *Health Services Research* fall: 208–220.
- Airaksinen J. & Haveri A. 2003. Networks and hierarchies in inter-municipal co-operation - are networks really light and flexible and hierarchies sticky and rigid. European group of public administration. Saatavana: URL<<http://www.uwe.ac.uk/bbs/sglg/>> Luettu 24.1.2007.
- Alastalo M. & Åkerman M. 2010. Asiantuntijahaastattelun analyysi: faktojen jäljillä. Teoksessa: Ruusu vuori J., Nikander P. & Hyvärinen M. (toim.) Haastattelun analyysi. Vastapaino: Tampere.
- Alasuutari P. 1994. Laadullinen tutkimus. Gummerus Kirjapaino Oy: Jyväskylä.
- Allen D., Griffiths L. & Lyne P. 2004. Accommodating health and social care needs: routine resource allocation in stroke rehabilitation. *Sociology of Health & Illness* 26:4: 411–432.
- Allen D., Lyne P. & Griffiths L. 2002. Studying complex caring interfaces: key issues arising from a study of multi-agency rehabilitative care for people who have suffered a stroke. *Journal of Clinical Nursing* 11: 297-305.
- Alston R.J. 1997. Disability and health care reform: principles, practices, and politics. *Journal of Rehabilitation* July/August/September: 5–9.
- Anand S., Peter F. & Sen A. 2004. Public health, ethics, and equity. New York: Oxford University Press.
- Andersen R. 1995. Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? *Journal of health and social behavior* 36:1: 1–10.
- Andersen R., McCutcheon A., Aday L., Chiu G., & Bell R. 1983. Exploring dimensions of access to medical care. *Health Services Research* 18:1:49–74.
- Anderson P. 1999. Complexity theory and organization science. *Organization Science* 10:3: 216–232.
- Andrew S. & Halcomb E.J. 2011. Epilogue. From ‘should we be?’ to ‘how we are?’: moving forward with mixed methods health research. *International Journal of multiple research approaches, Archives* 5:1: 139–143.
- Andrews R., Boyne G.A., Law J. & Walker R.M. 2007. Centralization, organizational strategy, and public service performance. *Journal of Public Administration Research and Theory* 19: 57–80.
- Angyal A. 1969. A logic of systems. Teoksessa: Emery F.E. (toim.) *Systems thinking*. Penguin Books: Suffolk. 17–29.
- Anttiroiko A-V., Haveri A., Karhu V., Ryyänen A. & Siitonen P. (toim.) 2003. Kuntien toiminta, johtaminen ja hallintasuhteet. Kunnallistutkimuksia. Tampereen yliopisto, kunnallistieteiden laitos. Tampereen yliopistopaino Oy: Tampere.
- Arneson R. 1989. Equality and equal opportunity for welfare. *Philosophical Studies* 56: 77–93.

- Aromaa A. & Koskinen S. (toim) 2002. Terveys ja toimintakyky Suomessa. Terveys 2000 - tutkimuksen perustulokset. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja. Helsinki. <URL: <http://www.terveys2000.fi/perusraportti/index.html>>
- Asikainen E. 2011. Kuntoutuksen alueellinen järjestäminen. Satakunnan sairaanhoitopiirin työryhmän muistio 18.3.2011. Saatavana: URL< <http://www.google.fi/search?q=alueellinen+kuntoutus&ie=utf-8&oe=utf-8&aq=t&rls=org.mozilla:en-US:official&client=firefox-a>>
- Aujoulat I., d'Hoore W. & Deccache A. 2007. Patient empowerment in theory and practice: polysemy or cacophony? *Patient Education and Counseling* 66: 13–20.
- Axelsson R. & Bihari-Axelsson S. 2005. Intersectoral problems in the Russian organization of public health. *Health Policy* 73: 285–293.
- Baldersheim H & Ståhlberg K. 2002. From guided democracy to multi-level governance: trends in central-local relations in the Nordic countries. *Local Government studies* 28:3: 74–90.
- Batterbury S. & Fernando J.L. 2006. Rescaling governance and the impacts of political and environmental decentralization: an introduction. *World Development* 34:11: 1851–1863.
- Berg B. 1998. *Qualitative research methods for the social sciences*. Allyn & Bacon: Boston.
- Bertalanffy von L. 1950. The theory of open systems in physics and biology. *Science* 111: 23–29. Myös teoksessa: Emery F.E. (toim.) 1969. *Systems thinking*. Penguin Books: Suffolk. 70–85.
- Bertalanffy von L. 2001. *General system theory. Foundations, development, applications*. Revised edition. Julkaistu ensimmäisen kerran 1969. George Braziller: New York.
- Billis D. (toim.) 2010a. *Hybrid organizations and the third sector. Challenges for practice, theory and policy*. Plagrove Macmillan: New York.
- Billis D. 2010b. Towards a theory of hybrid organizations. Teoksessa: Billis D. (toim.) *Hybrid organizations and the third sector. Challenges for practice, theory and policy*. Plagrove Macmillan: New York. 46–69.
- Bishop P. & Connors C. 2003. The new public sector: changing management, organization, and ethics. Teoksessa: Bishop P., Connors C. & Sampford C. (toim.) *Management, organization, and ethics in the public sector*. Ashgate. Antony Rowe Ltd: Chippenham. 4–17.
- Black M. & Mooney G. 2002. Equity in health care from a communitarian standpoint. *Health Care Analysis* , 10, 193-208. URL:<http://www.springerlink.com>
- Blackmer J. 2000. Ethical issues in rehabilitation medicine. *Scandinavian Journal of Rehabilitation Medicine* 32: 51–55.
- Blaxter M. 1980. The future of rehabilitation services in Great Britain. *International Rehabilitation Medicine* 2: 199–209.
- Boston J. 2000. Organizing for service delivery: criteria and opportunities. Teoksessa: Peters G. & Savoie D. (toim.) *Governance in the twenty-first century: revitalizing the public service*. McGill-Queen's University Press. 281–331.
- Boyne G.A. 2003. Sources of public service improvement: a critical review and research agenda. *Journal of Public Administration Research and Theory* 13:3: 367–394.
- Boyne G.A. 2004. Explaining public service performance: does management matter? *Public Policy and Administration* 19: 100–117.
- Brannen J. 2004. Working qualitatively and quantitatively. Teoksessa: Seale C., Gobo g., Gubrium J.F. & Silverman D. *Qualitative research practice*. SAGE Publications: London.
- Brunou S. 2009. Sairaanhoitajaopiskelijoiden ohjattujen käytännön harjoittelujen aikana ilmenneet eettiset ongelmat. Turun yliopiston julkaisuja, sarja C, osa 292.

- Burau V. & Vabo S.I. 2011. Shifts in Nordic welfare governance: introduction and outlook. *International Journal of Sociology and Social Policy* 31:3/4: 140–147.
- Burström B. 2002. Increasing inequalities in health care utilization across income groups in Sweden during the 1990s? *Health Policy*, 62: 117–129.
- Calltrop J. & Larivaara M. 2009. Changing perceptions of equity and fairness. Teoksessa: Magnussen J., Vrangbaek K. & Saltman R.B. (toim.) *Nordic health care systems. Recent reforms and current policy challenges*. European Observatory on Health Systems and Policies Series. Open University Press, McGraw-Hill Companies: Berkshire. 214–232.
- Checkland, P. 1981. *Systems thinking, systems practice*. John Wiley & Sons Ltd.: Chichester.
- Cheema G.S. & Rondinelli D.A. 2007. From government decentralization to decentralized governance. Teoksessa: Cheema G.S. & Rondinelli D.A. (toim.) *Decentralizing governance. Emerging concepts and practices*. Brookings Institution Press: Washington DC. 1–20.
- Colpaert K., Wanderplasschen W. & Broekaert A. 2007. Comparison of single and multiple agency clients in substance treatment services. *European Addiction Research*, 13: 156–166.
- Cornforth C. & Spear R. 2010. The governance of hybrid organizations. Teoksessa: Billis D. (toim.) 2010. *Hybrid organizations and the third sector. Challenges for practice, theory and policy*. Plagrove Macmillan: New York. 70–90.
- Culyer A.J. 2001. Equity – some theory and its policy implications. *Journal of Medical Ethics* 27:275–83.
- Curtis R. 1998. Values and valuing in rehabilitation. *Journal of Rehabilitation*, January/February/March. 42–47.
- Dalhgren G. & Whitehead M. 2007. A framework for assessing health systems from the public's perspective: The ALPS approach. *International Journal of Health Services* 37:Suppl 2:363–378.
- Daniels N. 1985. *Just health care*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Daniels N., Kennedy B. & Kawachi I. 2004. Health and inequality, or, why justice is good for our health? Teoksessa: Anand S., Peter F. & Sen A. (toim.) *Public health, ethics, and equity*. New York: Oxford University Press; 64–91.
- Denscombe M. 2008. Communities of practice: a research paradigm for the mixed methods approach. *Journal of mixed methods research* 2: 270–283.
- Denters B. & Rose L. 2005a. Towards local governance? Teoksessa: Denters B. & Rose L. (toim.) *Comparing local governance. Trends and developments*. Palgrave MacMillan: Hampshire. 246–262.
- Denters B & Rose L. (toim.) 2005b. *Comparing local governance. Trends and developments*. Palgrave MacMillan: Hampshire.
- Dougherty C. 1991. Values in rehabilitation: happiness, freedom and fairness. *Journal of Rehabilitation* January/February/March:7–11.
- Doorslaer van E., Wagstaff A., Burg der van H., Christiansen T., Graeve de D., Duchesne I., Gerdtham U.G., Gerfin M., Geurts J., Gross L., Häkkinen U., John J., Klavus J., Leu R., Nolan B., O'Donnell O., Propper C., Puffer F., Shellhorn M., Sundberg G., Winkelhake O. 2000. Equity in the delivery of health care in Europe and the US. *Journal of Health Economics* 19: 553–583.
- Dworkin R. 2000. *Sovereign virtue. The theory and practice of equality*. 4. pianos (2002). Harward University Press: Cambridge.
- Eldar R. 2000. Integrated institution – community rehabilitation in developed countries: a proposal. *Disability and Rehabilitation* 22:6: 266-274.

- Engberg A.W., Liebach A. & Nordenbo A. 2006. Centralized rehabilitation after severe traumatic brain injury – a population-based study. *Acta Neurologica Scandinavica* 113: 178–184.
- Eskola J. & Suoranta J. 1998. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Vastapaino. Gummerus Kirjapaino Oy: Jyväskylä.
- Eskola J. & Vastamäki J. 2001. Teemahaastattelu: opit ja opetukset. Teoksessa: Aaltola J. & Valli R. (toim.) Ikkunoita tutkimusmetodeihin I: Metodien valinta ja aineistonkeruu: virikkeitä aloittelevalle tutkijalle. Jyväskylä: Gummerus: 24–42.
- Esping-Andersen G. 2000. Social indicators and welfare monitoring. United Nations Research Institute for Social Development. Social Policy and Development, Programme Paper Number 2.
- ETK. 2006. Työeläkekuntoutus vuonna 2005. Eläketurvakeskuksen tilastoraportteja 7/2006. Edita Prima Oy: Helsinki.
- Evers A. 2005. Mixed welfare systems and hybrid organizations: changes in the governance and provision of social services. *International Journal of Public Administration* 28: 737–748.
- Figueras J., Saltman R.B., Busse R. & Dubois H.F.W. 2004. Patterns and performance in social health insurance systems. Teoksessa: Saltman R.B., Busse R. & Figueras J (toim.) Social health insurance systems in western Europe. European Observatory on Health Systems and Policies Series. Open University Press: Glasgow. 81–140.
- Forthofer M.S. 2003. Status of mixed methods in the health sciences. Teoksessa: Tashakkari A. & Teddlie C. (toim.) Handbook of mixed methods in social and behavioral research. SAGE Publications: London. 527–540.
- Gibbins J.R. 1998. Postmodernism, poststructuralism and social policy. Teoksessa: Carter J. (toim.) Postmodernity and the fragmentation of welfare. Routledge: London. 31–48.
- Gissler M. & Haukka J. 2004. Finnish health and social welfare registers in epidemiological research. *Norsk Epidemiologi* 14:1:113–120.
- Goddard M. & Smith P. 2001. Equity of access to health care services: Theory and evidence from the UK. *Social Science & Medicine* 35: 1149–1162.
- Goetz K.H. 2008. Governance as a path to government. *West European Politics* 31:1-2: 258–279.
- Goldberh R.T. 1989. Comparison of the German and American systems of rehabilitation. *Journal of Rehabilitation* January/February/March:59–62.
- Goldsmith M. 2005. A new intergovernmentalism? Teoksessa: Denters, Bas & Rose, Lawrence. (toim.) 2005. Comparing local governance. Trends and developments. Palgrave MacMillan. 228–245.
- Goldsmith S. & Eggers W.D. 2004. Governing by network. The new shape of the public sector. The Brookings Institution. R.R. Donnelley: Harrisonburg, Virginia.
- Graneheim U.H. & Lundman B. 2004. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today* 24: 105–112.
- Gulzar L. 1999. Access to health care. *Image: Journal of Nursing Scholarship* 31:13–19.
- Gwatkin D.R., Bhuiya A. & Victora C.G. 2004. Making health systems more equitable. *Lancet* 364: 1273–80.
- Haapakoski K. 2009. Rahoitus rempallaan – vai onko sittenkään? *Mediuutiset* 15.1.2009 Saatavana: <URL: <http://www.medi uutiset.fi/uutisarkisto/article203054.ece>>
- Hagen T.P. & Vrangbaek K. 2009. The changing political governance structures of Nordic health care systems. Teoksessa: Magnussen J., Vrangbaek K. & Saltman R.B. (toim.) Nordic health care systems. Recent reforms and current policy challenges. European Observatory on Health Systems and Policies Series. Open University Press, McGraw-Hill Companies: Berkshire. 107–125.

- Hagglund K., Clark M., Hilton S. & Hewett J. 2005. Access to healthcare services among persons with osteoarthritis and rheumatoid arthritis. *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation* 84: 702–711.
- Hanratty B., Zhang T. & Whitehead M. 2007. How close have universal health systems come to achieve equity in use of curative services? A systematic review. *International Journal of Health Services*, 37:Suppl 1: 89–109.
- Harisalo R. 2008. *Organisaatioteoriat*. Tampere University press: Tampere.
- Haveri A. 2004. Seutujohtaminen osana paikallista hallintaa. Teoksessa: Majoinen K., Mäki J. & Tammi T. (toim.) *Seutujohtamisen vaihtoehdot*. Sisäasiainministeriö. Suomen kuntaliitto. Kuntatalon paino: Helsinki. 19–36.
- Haveri A. 2006. Complexity in local government change. Limist to rational reforming. *Public Management Review* 8:1: 31–46.
- Haveri A. & Antti-Roiko A-V. 2009. Kuntajohtaminen: haasteena paikallisten kilpailu- ja yhteistyösuhteiden hallinta. Teoksessa: Karppi I. & Sinervo L-M. (toim.) *Governance. Uuden hallinnantavan jäsentyminen*. Juvenes Print – Tampereen Yliopistopaino Oy: Tampere. 191–211.
- Heikkilä M., Kaakinen J. & Korpelainen N. 2003. Kansallinen sosiaalialan kehittämisprojekti. Selvityshenkilöiden loppuraportti. Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistioita 2003:11. Sosiaali- ja terveysministeriö: Helsinki.
- Hellsten S. 1996. Oikeutta ilman kohtuutta. Modernin oikeudenmukaisuuskäsityksen kritiikkiä. *Gaudeamus*. Tammer-Paino: Tampere.
- Hemminki E., Heikkilä K., Sevón T. & Koponen P. 2008. Special features of health services and register based trials – experiences from a randomized trial of childbirth classes. *BMC Health Service Research* 8: 1–8.
- Herrera E., Rocafort J., De Lima L., Bruera E., García-Peña F. & Fernández-Vara G. 2007. Regional palliative care program in Extremadura: an effective public health care model in a sparsely populated region. *Journal of pain and symptom management* 33:5: 591–598.
- Hirsjärvi S. & Hurme H. 2001. *Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö*. Yliopistopaino: Helsinki.
- Hirsjärvi S., Remes P. & Sajavaara P. 2001. *Tutki ja kirjoita*. Tammi. Tummavuoren kirjapaino Oy: Vantaa.
- Hogget P. 1996. New models of control in the public service. *Public Administration* 74: 9–32.
- Huang W. & Rubin S. 1997. Equal access to employment opportunities for people with mental retardation: an obligation of society. *Journal of Rehabilitation* January/February/March: 27–33.
- Hultberg E-L., Lönnroth K. & Allebeck P. 2003. Co-financing as a means to improve collaboration between primary health care, social insurance and social service in Sweden. A qualitative study of collaboration experiences among rehabilitation partners. *Health Policy* 64: 143–152.
- HSR-Europe. 2011. Health services research: helping tackle Europe’s health care challenges. Policy brief. Health Services Research Europe. Saatavana: URL: <https://imp4.uta.fi/hordefw3/imp/view.php?popup_view=1&mailbox=INBOX&index=29899&actionID=view_attach&id=2&mimecache=65550c4549f63688d717432fcf90c232>
- Häkkinen U. 1992. Terveyspalvelujen käyttö, terveydentila ja sosio-ekonominen tasa-arvo Suomessa. Sosiaali- ja terveyshallitus, tutkimuksia 20. Valtion painatuskeskus: Helsinki.
- Häkkinen U. & Lehto J. 2005. Reform, change, and continuity in Finnish health care. *Journal of Health Politics, Policy and Law*. 30: 79–96.

- Häkli J., Karppi I. & Sotarauta M. 2009. Alueellinen muutos ja sen hallinta. Teoksessa: Karppi I. & Sinervo L-M. (toim.) Governance. Uuden hallinnantavan jäsentymisen. Juvenes Print – Tampereen Yliopistopaino Oy: Tampere. 127–158.
- Ihalainen R. & Rissanen P. 2009. Kuntoutuslaitos selvitys 2009. Kuntoutuslaitosten tila ja selvitysmiesten ehdotukset kuntoutuslaitostoiminnan kehittämiseksi. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2009:61. Sosiaali- ja terveysministeriö: Helsinki.
- Jallinoja R. 1993. Arvojen ambivalenssit. Teoksessa: Andersson, Jan O., Hautamäki A., Jallinoja R., Niiniluoto J. & Uusitalo H. (toim.) Hyvinvointivaltio ristiaallokossa. Sitran julkaisusarja nro 131. WSOY: Juva. 17–58.
- Johnson R.B. & Onwuegbuzie A.J. 2004. Mixed methods research: a research paradigm whose time has come. *Educational Researcher* 33:7:14-26.
- Junnila M. Toimiiko terveydenhuoltoalue? Tutkimus Mäntän seudun terveydenhuoltoalueen perustamisen taustoista ja vaikutuksista. Akateeminen väitöskirja, Tampereen yliopisto. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus, Tutkimuksia 175. Gummerus Kirjapaino Oy: Vaajakoski.
- Juvonen-Posti P., Kallanranta T., Eksymä S-L., Piirainen K. & Keinänen-Kiukaanniemi S. 2002. Into work, through tailored paths: a two-year follow-up of the return-to-work rehabilitation and re-employment project. *International Journal of Rehabilitation Research* 25:313–330.
- Järvikoski A. 1994. Vajaakuntoisuudesta elämänhallintaan? Kuntoutuksen viitekehyksen ja toimintamallien tarkastelu. Kuntoutussäätiö. Tutkimuksia 46/1994. Yliopistopaino: Helsinki.
- Järvikoski A. 2010. Kuntoutuksen tutkimuksen painotuksia 2000-luvulla. Luentoesitys Kuntoutuksen tutkimus- ja kehittämissyhdystys Ry:n tutkimusseminaarissa 25.10.2010. Saatavana: URL < http://www.kutke.fi/Aila%20Jarvikoski_25112010.pdf> Luettu 11.4.2011.
- Järvikoski A. & Härkäpää K. 1995a. Kuntoutuksen seitsemän kehitysaluetta. Teoksessa: Suikkanen, A., Härkäpää K., Järvikoski A, Kallanranta T, Piirainen K, Repo M & Wikström J. Kuntoutuksen ulottuvuudet. WSOY, Juva: 49–92.
- Järvikoski A. & Härkäpää K. 1995b. Mitä kuntoutus on? Teoksessa: Suikkanen, A., Härkäpää K., Järvikoski A, Kallanranta T, Piirainen K, Repo M & Wikström J. Kuntoutuksen ulottuvuudet. WSOY: Juva. 12–28.
- Järvikoski A. & Härkäpää K. 2004. Kuntoutuksen perusteet. WSOY: Vantaa.
- Järvikoski A. & Härkäpää K. 2008. Kuntoutuskäsityksen muutos ja asiakkuuden muotoutuminen. Teoksessa: Rissanen P., Kallanranta T. & Suikkanen A. (toim.) Kuntoutus. Duodecim. Otavan kirjapaino Oy: Keuruu. 51–62.
- Järvikoski A. & Härkäpää K. 2011. Kuntoutuksen perusteet. Näkökulmia kuntoutukseen ja kuntoutustieteisiin. WSOYpro OY: Helsinki.
- Järvikoski A & Puumalainen J. 1998. Järjestelmäkeskeisyydestä kuntoutusluotsaukseen. Haasteita eri toimijatahoille. *Kuntoutus* 2/1998. 20–27.
- Järvikoski A., Puumalainen J. & Vilkkumaa I. 1997. Selvitys kuntoutustoiminnan arviointitarpeista. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 1997:7. Oy Edita Ab: Helsinki.
- Kajantie M., Manderbacka K., McCallum A., Notkola I-L., Arffman M., Forssas E., Karvonen S., Kortteinen M., Leyland A. & Keskimäki I. 2006. How to carry out register-based health services research in Finland? Compiling complex study data in the REDD project. STAKES Discussion Papers 1/2006. Valopaino Oy: Helsinki.
- Kallio O. 1993. Systemiteoria kunnallistieteellisessä tutkimuksessa. Teoksessa: Anttiroiko A-V., Kallio O. & Rönkkö P. Systemiteoria kunnallistieteellisen tutkimuksen

- lähestymistapana. Tampereen yliopisto. Kunnallistieteiden laitos. Julkaisusarja 4/1993. Tampereen yliopisto, jäljennepalvelu: Tampere. 30–48.
- Kari M. & Markwort J. 2005. Sosiaaliturvajärjestelmät eri maissa. Suomen Vakuutusalan koulutus ja kustannus Oy. Yliopistopaino: Helsinki.
- Karjalainen V. 1993. Yhteistyön vireyksiä. Kuntoutuksen yhteistyöverkoston kehitysvaiheen tarkastelua. Stakes: Raportteja 96. Gummerus Kirjapaino Oy: Jyväskylä.
- Karjalainen V. 1996. Verkoston lupaus. Tutkimus aikuisasiakkaan palveluverkoston rakentumisesta. Stakes Tutkimuksia 68. Gummerus Kirjapaino: Jyväskylä.
- Karppi I. & Sinervo L-M. (toim.) 2009. Governance. Uuden hallinnantavan jäsentyminen. Juvenes Print – Tampereen Yliopistopaino Oy: Tampere.
- Katz D. & Kahn R.L. 1966. Common characteristics of open systems. *The Social Psychology of Organizations*. Wiley. 14-29. Myös teoksessa: Emery F.E. (toim.) 1969. *Systems thinking*. Penguin Books: Suffolk. 86–104.
- Kela. 2005. Kelan kuntoutustilasto 2004. Kansaneläkelaitos, Tilastoryhmä. Helsinki 2005.
- Kela. 2006. Kelan kuntoutustilasto 2005. Kansaneläkelaitos, Tilastoryhmä. Helsinki 2006.
- Kemppainen E. 2004. Kuntoutuksen tavoitteet, keinot ja oikeusluonne. Teoksessa. *Kuntoutus kanssamme. Ihmisen toimijuuden tukeminen*. Karjalainen, V. & Vilkkumaa, I. (toim.) Stakes. Gummerus Kirjapaino Oy: Saarijärvi. 71–79.
- Keskimäki I. 1997. Social equity in the use of hospital inpatient care in Finland. *Stakes Research Reports* 84. Gummerus: Jyväskylä.
- Keskimäki I. 2010. Sosioekonomiset erot ja oikeudenmukaisuus Suomen terveydenhuollossa. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 47: 201–207.
- King G. & Meyer K. 2006. Service integration and co-operation: a framework of approaches for the delivery of co-ordinated care to children with disabilities and their families. *Child: Care, Health and Development*, 32: 477–492.
- Kitzinger J. 1997. Introducing focus groups. Teoksessa: Mays N & Pope C (ed.) *Qualitative research in health care*. 2. impression. BMJ Publishing Group: London. 36–45.
- Kitzinger J. & Barbour R.S. 1999. Introduction: the challenge and promise of focus groups. Teoksessa: Barbour R.S. & Kitzinger J. (ed.) *Developing focus group research. Politics, theory and practice*. SAGE Publications: London. 1–20.
- Kjaer A.M. 2004. *Governance*. Polity Press: United Kingdom.
- Klijin E.H. 1997. Policy networks: An overview. Teoksessa: Kickert W.J.M., Klijin E.H. & Koppenjan J.F.M. *Managing complex networks*. 14–34.
- Koivusalo M. 2006. Decentralisation and equity of healthcare provision in Finland. *BMJ* 318: 1198–1200.
- Kokko S., Heinämäki L., Tynkkynen L-K., Haverinen R., Kaskisaari M., Muuri A., Pekurinen M. & Tammelin M. 2009. Kunta- ja palvelurakennemuutoksen toteutuminen. Kuntakysely sosiaali- ja terveystalouden järjestämisestä ja tuottamisesta. *Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, raportti 36/2009*. Yliopistopaino: Helsinki.
- Krippendorff K. 2004. *Content analysis. An introduction to its methodology*. Second edition. SAGE Publications, Thousand Oaks.
- Kröger T. 2011. Returning the Nordic welfare municipality. *International Journal of Sociology and Social Policy* 31:3/4: 148–159.
- Kuntoutusselonteko. 1994. Valtioneuvoston selonteko kuntoutuslainsäädännön vaikutuksista ja kuntoutuslainsäädännön kehittämisestä. Liiteosa. Helsinki.
- Kuntoutusselonteko. 1998. Valtioneuvoston selonteko eduskunnalle 7.10.1998.
- Kuntoutusselonteko. 2002. Valtioneuvoston selonteko eduskunnalle. Sosiaali- ja terveystalouden ministeriön julkaisuja 2002:6. Sosiaali- ja terveystalouden ministeriö: Helsinki.

- Kuntoutus uudistuu. 1994. Kuntoutusasiain neuvottelukunta. Sosiaali- ja terveyshallitus. Oppaita 11. Valtion painatuskustannus: Helsinki.
- Ladner A. 2005. Switzerland: reforming small autonomous municipalities. Teoksessa: Denters B. & Rose L. (toim.) 2005. Comparing local governance. Trends and developments. Palgrave MacMillan. 139–154.
- Lagerspetz E. & Räikkä J. Oikeudenmukaisuus ja hyvinvointivaltio. Teoksessa: Saari J. Yeung B. (toim.) Oikeudenmukaisuus hyvinvointivaltiossa. Gaudeamus. Yliopistopaino: Helsinki. 33–46.
- Lahtela K., Grönlund R., Röberg M. & Virta L. (toim.). 2002. Arvioita suomalaisesta kuntoutusjärjestelmästä. Kansaneläkelaitos. Gummerus Kirjapaino Oy: Jyväskylä.
- Laki kuntoutuksen asiakaspalveluyhteistyöstä 604/1991 (kumottu).
- Laki kuntoutuksen asiakasyhteistyöstä 497/2003.
- Lammintakanen J. & Kinnunen J. 2004. *International Journal of Social Welfare* 13:69–76.
- Larson S.L. & Fleishman J.A. 2003. Rural-urban differences in usual source of care and ambulatory service use. *Medical Care* 41:7: III-65–III-74.
- Leenen H.J.J. 1986. Equality and equity in health care. Teoksessa: Rathwell T. (toim.) *Social justice and equity in health in Europe*. WHO Regional Office for Europe. 33–40
- Lehtisalo L. & Raivola R. 1992. *Koulutuspolitiikka*. WSOY: Juva
- Lehto M. 2007. Vapaus ja hyvinvointipolitiikka. Teoksessa: Saari J. Yeung B. (toim.) *Oikeudenmukaisuus hyvinvointivaltiossa*. Gaudeamus. Yliopistopaino: Helsinki. 139–154.
- Lehto M. 2008. Kannustava ja oikeudenmukainen sosiaaliturva kaikille. *Kuntoutus* 2: 18–25.
- Levine S. & White P.E. 1961. Exchange as a conceptual framework for the study of interorganizational relationships. *Administrative Science Quarterly* 5:4: 583–601.
- Lindqvist, R. 1995a. Arbete, sjukdom och rehabilitering. Teoksessa: Marklund, S. (red.) *Rehabilitering i ett samhällsperspektiv*. Studentlitteratur: Lund. 13–30.
- Lindqvist, R. 1995b. Rehabiliteringens aktörer. Teoksessa: Marklund, S. (red.) *Rehabilitering i ett samhällsperspektiv*. Studentlitteratur: Lund. 181–206.
- Liu X., Martineau T., Chen L., Zhan S. & Tang S. 2006. Does decentralisation improve human resource management in the health sector? A case study from China. *Social Science & Medicine* 63: 1836–1845.
- Luhmann, N. 1989. *Ecological communication*. Polity Press. T.J. Press Ltd: Cornwall.
- Manderbacka K., Gissler M., Husman K., Husman P., Häkkinen U., Keskimäki I., Nguyen L., Pirkola S., Ostamo A., Wahlbeck K. & Widström E. 2006. Väestöryhmien välinen eriarvoisuus terveystalvelujen käytössä. Teoksessa: Teperi J., Vuorenkoski L., Manderbacka K., Ollila E. & Keskimäki I. (toim.) *Riittävät palvelut jokaiselle – Näkökulmia yhdenvertaisuuteen sosiaali- ja terveydenhuollossa*. Stakes: Helsinki. 41–55.
- Magnussen J., Vrangbaek K., Saltman R.B. & Martinussen P.E. 2009. Introduction: the Nordic model of health care. Teoksessa: Magnussen J., Vrangbaek K. & Saltman R.B. (toim.) *Nordic health care systems. Recent reforms and current policy challenges*. European Observatory on Health Systems and Policies Series. Open University Press, McGraw-Hill Companies: Berkshire. 3–20.
- Martinussen P.E. & Magnussen J. 2009. Health care reform: the Nordic experience. Teoksessa: Magnussen J., Vrangbaek K. & Saltman R.B. (toim.) *Nordic health care systems. Recent reforms and current policy challenges*. European Observatory on Health Systems and Policies Series. Open University Press, McGraw-Hill Companies: Berkshire. 21–52.
- Matinvesi S. 1997. Eräs johdatus kuntoutukseen. *Kuntoutus* 3: 54–67.
- Maxcy S.J. 2003. Pragmatic threads in mixed methods research in the social sciences: the search for multiple modes of inquiry and the end of the philosophy of formalism. Teoksessa:

- Tashakkari A. & Teddlie C. (toim.) Handbook of mixed methods in social and behavioral research. SAGE Publications: London. 51–89.
- Mayring P. 2000. Qualitative content analysis. Forum: Qualitative social research 1:2.
- Metsämuuronen J. 2009. Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmistieteissä. 4. Laitos. Gummerus Kirjapaino Oy: Jyväskylä.
- Meyers M.K., Riccucci N.M. & Lurie I. 2001. Achieving goal congruence in complex environments: the case of welfare reform. Journal of Public Administration Research and Theory 11:2: 165–201.
- Miettinen S. 2011. Muutoksen mahdollisuus Suomen kuntoutusjärjestelmässä. Akateeminen väitöskirja. Tampereen yliopisto. Tampereen Yliopistopaino: Tampere.
- Miettinen S., Ashorn U., Lehto J. & Viitanen E. 2011. Coordination of a complex welfare system – Case: rehabilitation entity in Finland. International Journal of Health Planning and Management. 26: e1-e16.
- Morgan D.L. 2007. Paradigms lost and pragmatism regained: methodological implications of combining qualitative and quantitative methods. Journal of Mixed Methods Research 1:48–76.
- Multimäki K. 1972. Kuntoutuspolitiikkaan? Sosiaalivakuutus 7:183–185. Myös teoksessa: Järvikoski A. & Vilkkumaa I. (toim.) 1995. Kuntoutus hyvinvointivaltiossa. Kirjoituksia vuosilta 1953 – 1993. Kuntoutussäätiö. Painatuskeskus: Helsinki. 33–36.
- Määttä J. 2010. Hybridiorganisaatioiden ja niiden konsernijohtamisen muotoutuminen. Tutkimus Jyväskylän, Oulun, Tampereen ja Turun hierarkkisten ja markkinasuuntautuneiden toimintatapojen ja niiden konsernijohtamisen muutoksista 1993-2006. Acta Universitaas Tampere, väitöskirja. Kuntaliitto: Helsinki.
- Niemi V. 1969. Näkökohtia kuntoutusjärjestelmämme kehitysvaiheista. Sosiaalinen Aikakauskirja 3. Myös teoksessa: Järvikoski A. & Vilkkumaa I. (toim.) 1995. Kuntoutus hyvinvointivaltiossa. Kuntoutussäätiö. Painatuskeskus: Helsinki. 14–32.
- Niemi V. 1978. Johdanto. Teoksessa: Niemi V., Rinne H., Tamminen A., Kananoja A. & Suonio K. (toim) Kuntoutus. WSOY: Porvoo, Helsinki. 7–22.
- Niemi V., Rinne H., Tamminen A., Kananoja A. & Suonio K. (toim) 1978. Kuntoutus. WSOY: Porvoo, Helsinki.
- O’Cathain A. 2009. Editorial. Mixed methods research in the health sciences. A quiet revolution. Journal of Mixed Methods Research 3:3–6.
- O’Cathain A. 2010. Mixed methods involving qualitative research. Teoksessa: Bourgeault I., Dingwall R. & Vries de R. (toim.) The SAGE handbook of Qualitative methods in health research. SAGE. MBG Books Group: Bodmin, Cornwall. 575–588.
- OECD. 2008. Sickness, disability and work. Breaking the Barriers. Denmark, Finland, Ireland and the Netherlands. Vol. 3. OECD. URL< www.oecd.org/publishing/corrigenda>.
- Oliver A. & Mossialos E. 2004. Equity of access to health care: outlining the foundations for action. Journal of Epidemiology and Community Health 58:655–658.
- Oulasvirta L., Ohtonen J. & Stenvall J. 2002. Kuntien sosiaali- ja terveydenhuollon ohjaus. Tasapainoista ratkaisua etsimässä. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2002:19. Edita Prima oy: Helsinki.
- Paatero H. 2008. Mikä vika kuntoutusjärjestelmässä? Kuntoutus 4:12–16.
- Paatero H., Kivekäs J. & Vilkkumaa I. 2001. Kuntoutusjärjestelmä. Teoksessa: Kallanranta, T., Rissanen, P. & Vilkkumaa, I. Kuntoutus. Duodecim. Gummerus Kirjapaino Oy: Jyväskylä. 109–124.
- Pekurinen M., Erhola M., Häkkinen U., Jonsson P.M., Keskimäki I., Kokko S., Kärkkäinen J., Widström E. & Vuorenkoski L. 2010. Sosiaali- ja terveydenhuollon monikanavaisen

- rahoituksen edut, haitat ja kehittämistarpeet. THL:n asiantuntijaryhmä 17.11.2010. Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos: Helsinki.
- Pekurinen M., Junnila M-L., Idänpää-Heikkilä U. & Wahlberg K. 2006. Terveyspiiri. Eräs alueellisten sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämisen malli. Stakes. Gummerus Kirjapaino Oy: Vaajakoski.
- Peters B.G. 2002. The changing nature of public administration: from easy answers to hard questions. *Asian Journal of Public Administration* 24:2: 153–183.
- Peters B.G. & Pierre J. 1998. Governance without government? Rethinking public administration. *Journal of Public Administration Research and Theory* 8:2: 233–243.
- Pilling S. 1991. Rehabilitation and community care. Routledge: London.
- Pollit C., Birchall J. & Putman K. 1998. Decentralising Public Service Management. MacMillan Press LTD: Hong Kong.
- Pouta E., Sievänen T. & Neuvonen M. 2004. Virkistyskäyttöön varustettujen valtion alueiden käyttäjät ja käytön määrä väestöryhmissä. *Metsätieteen aikakauskirja* 2: 193–206.
- Puolakka K., Kautiainen H., Möttönen T., Hannonen P., Pohjolainen T., Korpela M., Vuori K., Ilva K., Yli-Kerttula U., Järvinen P. & Leirisalo-Repo M. 2007. Cost of Finnish statutory inpatient rehabilitation and its impact on functional and work capacity of patients with early rheumatoid arthritis: experience from the FIN-RACo trial. *Scandinavian Journal of Rheumatology* 36: 270–277.
- Purhonen S., Ashorn U., Viitanen E., Rissanen P. & Lehto J. 2006. Kansalaisten yhdenvertaisuus etuuksien saajina kuntoutuksen lakiviidakossa. *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti* 43: 283–294.
- Puro K. 1990. Suomalaisen kuntoutuksen historia, nykytila ja tulevaisuus. *Kuntoutus* 3: 3–9.
- Puumalainen J. 2008. Kuntoutuksen historiaa. Teoksessa: Rissanen P., Kallanranta T. & Suikkanen A. (toim.) *Kuntoutus*. Duodecim. Otavan kirjapaino Oy: Keuruu. 16–30.
- Quesnel-Barbet A., Nuttens M.C., Aublet-Cuvellier B., Warembourg H., Prat A., Thumerelle P.J. & Beuscart R. 2005. Modeling a regional reorganization of cardiovascular surgery provision. *Health & Place* 11: 283–292.
- Raak van A. & Paulus A. 2001. A sociological systems theory of interorganizational network development in health and social care. *Systems Research and Behavioral Science* 18: 207–224.
- Rajavaara M. 1998. Halu, tarve ja palvelutarve. Teoksessa: Rajavaara M. (toim.) *Työtä, eläkettä vai työttömyyttä? Ikääntyneiden pitkäaikaistyöttömien palvelutarveselvityksen seuranta-tutkimuksen osaraportti 4*. Kansaneläkelaitos, Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 37. Hakapaino Oy: Helsinki.
- Rauhala L. 2005. Ihmiskäsitys ihmistyössä. Yliopistopaino: Helsinki.
- Rawls J. 1971. *A theory of justice*. 20. painos (1994). The Belknap Press of Harvard University Press: Cambridge.
- Rhodes R.A.W. 1996. The new governance: governing without government. *Political Studies* XLIV: 652–667.
- Rhodes R.A.W. 1999. Foreword: Governance and networks. Teoksessa: Stoker G. (toim.) *The new management of British local governance*. Macmillan Press LTD: Hampshire. xii-xxvi.
- Rhodes R.A.W. 2007. Understanding governance: ten years on. *Organization Studies* 28: 1243–1264.
- Rissanen P. 2000. Miten kuntoutuksen tulosta ja laatua ohjataan? *Kuntoutus* 2: 20–25.
- Rissanen P. 2007. Mitä kuntoutuksen historia opettaa – lyhyt oppimäärä. Teoksessa: Hinkka K. & Järvikoski A. *Kuntoutus ja elämänlaatu*. Kuntoutuksen tutkimusseminaari 9.5.2007,

- Rovaniemi, abstraktit. Sosiaali- ja terveysturvan selosteita 58. Kelan tutkimusosasto. Vammalan kirjapaino Oy: Vammala.
- Roberts M.J., Hsiao W., Berman P. & Reich M.R. 2004. Getting Health Reform Right. A guide to improving performance and equity. Oxford University Press: New York.
- Rubin S.E. & Millard R.P. 1991 Ethical principles and American public policy on disability. *Journal of Rehabilitation* January/February/March: 13–16.
- Runciman B., Merry A. & Walton M. 2007. Safety and ethics in healthcare: A guide to getting it right. Ashgate Publishing Group: Abingdon, Oxon, GBR.
- Ryynänen A. & Uoti A. 2009. Kunnallinen itsehallinto ja uusi hallintotapa. Teoksessa: Karppi I. & Sinervo L-M. (toim.) Governance. Uuden hallinnantavan jäsentyminen. Juvenes Print – Tampereen Yliopistopaino Oy: Tampere. 212–236.
- Saari J. & Yeung B. 2007. (toim.) Oikeudenmukaisuus hyvinvointivaltiossa. Gaudeamus. Yliopistopaino: Helsinki.
- Saikku P. 1999. Omaa ja yhteistä. Asiakasyhteistyötä ympäri Suomea. Asiakasyhteistyöryhmät toiminnassa. Teoksessa: Karjalainen V. & Saikku P. (toim.) Vuoropuhelun aika. Kirjoituksia kuntoutuksen kehittyvästä asiakasyhteistyöstä. Sosiaali- ja terveysministeriö. Stakes, raportteja 236. Gummerus Kirjapaino Oy: Jyväskylä. 37–55.
- Saikku P. Karjalainen V. 1999. Laista lähdettiin. Asiakasyhteistyöryhmät toiminnassa. Teoksessa: Karjalainen V. & Saikku P. (toim.) Vuoropuhelun aika. Kirjoituksia kuntoutuksen kehittyvästä asiakasyhteistyöstä. Sosiaali- ja terveysministeriö. Stakes, raportteja 236. Gummerus Kirjapaino Oy: Jyväskylä. 18–36.
- Sanderson I. 2000. Evaluation in complex system. *Evaluation* 6:4: 433–454.
- Santana P. 2000. Ageing in Portugal: regional inequities in health and health care. *Social Science and Medicine* 20: 1025–1036.
- Schmollinger M.G. 2008. Disability policy, rehabilitation and participation in Germany. *Kuntoutus* 2: 29–35.
- Scott I. & Thynne I. (toim.) 1994. Public sector reform. Critical issues and perspectives. Hang Hing Printing Co., Ltd.: Hong Kong.
- Sen A. 1992. Inequality reexamined. Oxford University Press: Oxford.
- Sen A. 2009. The idea of justice. Penguin Books: London.
- Scheer J., Kroll T., Neri M.T. & Beatty P. 2003. Access barriers for persons with disability. *Journal of Disability Policy Studies* 13:4: 221–230.
- Sihto M. & Keskimäki I. 2000. Does a policy matter? Assessing the Finnish health policy in relation to its equity goals. *Critical Public Health* 10:2:273–286.
- Siira O., Kallanranta T. & Vierimaa E. 1993. Miten kuntoutuja ohjautuu kuntoutuksen ”viidakossa”? *Kuntoutus* 2:19–27.
- Sisäasiainministeriö. 2005. Kunta- ja palvelurakennemuutos -hankkeen asettaminen. Sisäasiainministeriön asettamispäätös 11.5.2005, SM 043:00/2005.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 1979. Kuntoutusjärjestelmän kehittämistoimikunnan mietintö. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 9/1979.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2001a. Kuntoutusta tutkitaan. Kuntoutusasiain neuvottelukunnan tutkimusjaoston raportti 2000. Sosiaali- ja terveysministeriön monisteita 2001:16. Helsinki.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2001b. Valtioneuvoston periaatepäätös Terveys 2015 - kansanterveysohjelmasta. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 4/2001.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2001c. Oikeudenmukaisuus ja ihmisarvo suomalaisessa terveydenhuollossa. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2001:1. Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta. Sosiaali- ja terveysministeriö: Helsinki.

- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2003. Kuntoutuksen tutkimuksen kehittämisohjelma. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2003:19. Kuntoutusasian neuvottelukunta. Helsinki.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2004. Hoitoon pääsyn turvaaminen. Tiedote, Kuntainfo 10/2004 <URL: <http://www.stm.fi/tiedotteet/kuntainfot/kuntainfo/view/1273163>>
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2006. Kansallisen terveydenhuollon hankkeen seurantaryhmän raportti sosiaali- ja terveysministeriölle vuoden 2006 toiminnasta. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 13. Sosiaali- ja terveysministeriö: Helsinki.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2010a. Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämistä, kehittämistä ja valvontaa koskevan lainsäädännön uudistaminen. Peruslinjauksia valmistelevalle työryhmän väliraportti. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 34. Sosiaali- ja terveysministeriö: Helsinki.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2010b. Sosiaali- ja terveydenhuollon aluekokeilu vauhdittaa kokonaisuudistusta. Tiedote 212/2010. Saatavana: <URL: <http://www.stm.fi/tiedotteet/tiedote/view/1516795#fi>>
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2011. Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämistä, kehittämistä ja valvontaa koskevan lainsäädännön uudistaminen. Peruslinjauksia valmistelevalle työryhmän loppuraportti. Sosiaali- ja terveysministeriö 2011:7.
- Sosiaalivakuutus 2006. Yksituumaisuutta tarvitaan. Asiantuntijalääkäri Paavo Rissanen haastattelu Sosiaalivakuutus 5: 27–28.
- Sotarauta M., Kosonen K.-J. & Viljamaa K. 2007. Aluekehittäminen generatiivisena johtajuutena. 2000-luvun aluekehittäjän työnkuva ja kompetensseja etsimässä. Alueellisen kehittämisen tutkimusyksikkö. Sente-julkaisuja 23. Tampereen yliopisto: Tampere.
- Suikkanen A. 2000. Kuntoutuksen tutkimus ja arviointi. Kuntoutus 4: 19–26.
- Suikkanen A. & Lindh J. 2008. Yksilön ja yhteiskunnan vuorovaikutus kuntoutuksessa. Teoksessa: Rissanen P., Kallanranta T. & Suikkanen A. (toim.) Kuntoutus. Duodecim. Otavan Kirjapaino Oy: Keuruu. 63–79.
- Suikkanen A. & Piirainen K. 1995a. Kuntoutus modernin palkkatyöyhteiskunnan muutoksessa. Teoksessa: Suikkanen A., Härkäpää K., Järvikoski A., Kallanranta T., Piirainen K., Repo M. & Wikström J. Kuntoutuksen ulottuvuudet. WSOY: Juva. 29–48.
- Suikkanen A. & Piirainen K. 1995b. Kuntoutus sosiaalipolitiikan muotona. Teoksessa: Suikkanen A., Härkäpää K., Järvikoski A., Kallanranta T., Piirainen K., Repo M. & Wikström J. Kuntoutuksen ulottuvuudet. WSOY: Juva. 93–106.
- Suikkanen A. & Piirainen K. 1995c. Suomalaisen kuntoutusjärjestelmän organisaatio. Teoksessa: Suikkanen A., Härkäpää K., Järvikoski A., Kallanranta T., Piirainen K., Repo M. & Wikström J. Kuntoutuksen ulottuvuudet. WSOY: Juva. 228–249.
- Sund R. 2003. Utilisation of administrative registers using scientific knowledge discovery. *Intellectual Data Analysis* 7:501–519.
- Sund R. 2008. Methodological perspectives for register-based health system performance assessment. *Stakes, Research Report 174*. Gummerus: Vaajakoski.
- Sund R., Nylander O. & Palonen T. 2004. Raa’asta rekisteriaineistosta terveystieteellisesti relevanttiin informaatioon. *Yhteiskuntapolitiikka* 69: 372–379.
- Suoyrjö H. 2010. Kelan järjestämän kuntoutuksen kohdentuminen ja vaikutukset työkykyyn kunnallisilla työpaikoilla. Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 113. Kelan tutkimusosasto. Vammalan Kirjapaino Oy: Sastamala.
- Suoyrjö H., Hinkka K., Kivimäki M., Klaukka T., Pentti J. & Vahtera J. 2007. Allocation of rehabilitation measures provided by the social insurance Institution in Finland: a register linkage study. *Journal of rehabilitation and medicine* 39: 198–204.

- Suoyrjö H., Hinkka K., Oksanen T., Kivimäki M., Klaukka T., Pentti J. & Vahtera J. 2008. Effects of multidisciplinary inpatient rehabilitation for chronic back or neck pain: a register-linkage study of sickness absences and analgesic purchases in an occupational cohort. *Journal of Occupational and Environmental Medicine* 65: 179–184.
- Stakes. 2006. HILMO. Sosiaali- ja terveydenhuollon hoitoilmoitus 2007. Määrittelyt ja ohjeistus. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimus- ja kehittämiskeskus. Ohjeita ja luokituksia 2006:2. Edita Prima Oy: Helsinki.
- Stoker G. 1998. Governance as theory: five propositions. *International Social Science Journal* 50:155: 17–28.
- Swartling M.S., Alexanderson K.A.E. & Wahlström R.A. 2008. Barriers to good sickness certification – an interview study with Swedish general practitioners. *Scandinavian Journal of Public Health* 36: 408–414.
- Sørensen E. 2007. Local politicians and administrators as metagovernors. Teoksessa: Marcussen M. & Torfing J. (toim.) *Democratic network governance in Europe*. Palgrave: Hampshire. 89–108.
- Tashakkari A. & Teddlie C. (toim.) 2003. *Handbook of mixed methods in social and behavioral research*. SAGE Publications: London.
- Taylor M. 2001. *The moment of complexity. Emerging network culture*. The University of Chicago Press: Chicago and London.
- Teperi J. 2004. Kuka saa terveystalvuuja? Teoksessa: Heikkilä M. & Roos M. (toim.) *Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsaus 2005*. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimus- ja kehittämiskeskus. Gummerus: Saarijärvi. 106–120.
- Teperi J. 2005. Pitääkö terveydenhuolto lupauksensa? Teoksessa: Valtioneuvoston kanslia. *Julkisen hyvinvointivastuu sosiaali- ja terveydenhuollossa*. Valtioneuvoston kanslian julkaisusarja 5: 60-91.
- Teperi J. 2006. Yhteenveto: saavatko kaikki riittävät palvelut? Teoksessa: Teperi J., Vuorenkoski L., Manderbacka K., Ollila E. & Keskimäki I. (toim.) *Riittävät palvelut jokaiselle – Näkökulmia yhdenvertaisuuteen sosiaali- ja terveydenhuollossa*. Stakes, Helsinki. 181–188.
- The World Health Report 2000. 2000. *Health systems: Improving performance*. WHO.
- Tiihonen S. 2004. *From governing to governance. A process of change*. Akateeminen väitöskirja. Tampere University Press: Tampere.
- Trochim W.M., Cabrera D.A., Milstein B., Gallagher R.S. & Leischow S.J. 2006. Practical challenges of systems thinking and modeling in public health. *American Journal of Public Health* 96:3: 538–546.
- Tuomi J. & Sarajärvi A. 2009. *Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi*. Tammi: Helsinki.
- Uusitalo H. 1991. *Tiede, tutkimus ja tutkielma. Johdatus tutkielman maailmaan*. WSOY: Juva.
- Valkonen T., Koskinen S. & Martelin T. (toim.) 1998. *Rekisteriaineistot yhteiskunta- ja terveystutkimuksessa*. Hakapaino Oy: Helsinki.
- Valtiovarainministeriö. 2009. *Valtioneuvoston selonteko kunta- ja palvelurakenneuudistuksesta*. Saatavana: <URL: http://www.vm.fi/vm/fi/04_julkaisut_ja_asiakirjat/01_julkaisut/03_kunnat/VNK-selonteko_suomi%2bkansi.pdf>
- Vartola J. 2009. *Byrokratia modernin hallinnan muotona*. Teoksessa: Karppi I. & Sinervo L-M. (toim.) *Governance. Uuden hallinnantavan jäsenyminen*. Juvenes Print – Tampereen Yliopistopaino Oy: Tampere. 13–43.
- Veenhoven R. 2000. Well-Being in the Welfare State: Level not higher, distribution not more equitable. *Journal of comparative policy analysis* 2:1: 1572–5448.
- Vilkkumaa I. 2008. *Kuntoutuksen kolme vuosikymmentä*. Kuntoutus 4:3–11.

- Vuorenkoski L., Mladovsky P. & Mossialos E. 2008. Finland: Health system review. *Health systems in transition* 10:4:1–186.
- Whitehead, M. & Dahlgren, G. 2006. Levelling-up (part 1): a discussion paper on concepts and principles for tackling social inequities in health. WHO Collaborating Centre for Policy research on Social Determinants of Health. University of Liverpool. WHO Regional Office for Europe: Copenhagen.
- Whitehead M., Dahlgren G. & McIntyre D. 2007. Putting equity center stage: challenging evidence-free reforms. *International Journal of Health Services* 37:2: 353–361.
- Whitehead M., Evandrou M., Haglund B. & Diderichsen F. 1997. As the health divide widens in Sweden and Britain, what's happening to access to care? *BMJ* 315: 1006–1009.
- Williams A. 2005. Thinking about equity in health care. *Journal of Nursing Management* 13: 397–402.
- Winell K. & Ståhl T. 1998. Kuntalaisten kuntoutuspalvelut. Julkisen ja yksityisen sosiaali- ja terveydenhuollon tuottamat kuntoutuspalvelut kolmessa kunnassa. *Stakes, raportteja* 226. Gummerus Kirjapaino Oy: Jyväskylä.

LIITTEET

Palvelujen saatavuuteen vaikuttavat tekijät - Kirjallisuus

Kirjallisuus	Yksilölliset tekijät										Sosiokulttuuriset tekijät					Järjestelmään liittyvät tekijät												
	Demografiset tekijät			Sosioekonomiset tekijät			Kognitiiviset tekijät				Kulttuuri		Sosiaalinen tuki			Fyysiset tekijät		Taloudelliset tekijät			Toiminnalliset tekijät							
	Ikä	Sukupuoli	Terveyden tila	Etnen tausta	Koulutus	Ammatti	Tulot	Asuinpaikka	Oletukset	Itsetunto	Tieto	Halukkuus	Preferenssit	Arvot	uskomukset	Etnisyys	Uskonto	Perheen tuki	Hyväksyntä	Maantieteellinen	Arkkitehtuuri	Kustannukset	Rahoitus	Resurssit	Organisointi	Käytännöt	Palvelut	
Aday & Andersen 1974			X			X	X	X												X		X	X	X				
Andersen 1995	X	X					X		X					X		X					X	X	X	X				
Andersen ym. 1983	X	X		X	X		X					X									X	X	X	X				X
Black & Mooney 2002										X	X		X	X				X					X	X				X
Burström ym. 2002						X	X																					
Culyer 2001																												
Dahlgren & Whitehead 2007	X	X									X							X				X				X		X
Doorslaer van ym. 2000						X	X															X						
Goddard & Smith 2001									X		X										X	X	X	X				X
Guizar 1999	X	X	X	X			X	X		X	X	X		X							X	X	X	X				X
Hagglund ym. 2005	X				X	X	X		X												X	X	X	X				X
Hanratty ym. 2007	X	X					X	X	X	X			X								X	X	X	X				X
Kim ym. 2005							X														X	X	X	X				X
Larson & Fleishman 2003																					X	X	X	X				
Lu ym. 2007	X	X	X		X	X	X	X	X												X	X	X	X				
Oliver & Mossialos 2004											X	X		X							X	X	X	X				
Ouri 2004	X	X	X		X	X	X		X												X	X	X	X				X
Whitehead & Dahlgren 2006											X										X	X	X	X				
Whitehead ym. 2007						X	X														X	X	X	X				
Whitehead ym. 1997						X	X														X	X	X	X				

Palvelujen saatavuuteen vaikuttavat tekijät – Kirjallisuusluettelo

- Aday L. & Andersen R. 1974. A framework for the study of access to medical care. *Health Services Research* fall: 208–220.
- Andersen R. 1995. Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? *Journal of health and social behavior* 36: 1:1–10.
- Andersen R., McCutcheon A., Aday L., Chiu G., & Bell R. 1983. Exploring dimensions of access to medical care. *Health Services Research* 18:1: 49–74.
- Black M. & Mooney G. 2002. Equity in health care from a communitarian standpoint. *Health Care Analysis* 10: 193–208.
- Burström B. 2002. Increasing inequalities in health care utilization across income groups in Sweden during the 1990s? *Health Policy* 62: 117–129.
- Culyer A.J. 2001. Equity – some theory and its policy implications. *Journal of Medical Ethics* 27: 275–83.
- Dahlgren G. & Whitehead M. 2007. A framework for assessing health systems from the public's perspective: The ALPS approach. *International Journal of Health Services* 37: 363-378.
- Doorslaer van E., Wagstaff A., Burg der van H., Christiansen T., Graeve de D., Duchesne I., Gerdtham U.G., Gerfin M., Geurts J., Gross L., Häkkinen U., John J., Klavus J., Leu R., Nolan B., O'Donnell O., Propper C., Puffer F., Shellhorn M., Sundberg G. & Winkelhake O. (2000). Equity in the delivery of health care in Europe and the US. *Journal of Health Economics* 19: 553–583.
- Goddard M. & Smith P. 2001. Equity of access to health care services: Theory and evidence from the UK. *Social Science & Medicine* 35: 1149–1162.
- Gulzar L. 1999. Access to health care. *Image: Journal of Nursing Scholarship* 31: 13–19.
- Hagglund K., Clark M., Hilton S. & Hewett J. 2005. Access to healthcare services among persons with osteoarthritis and rheumatoid arthritis. *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation* 84: 702–711.
- Hanratty B., Zhang T. & Whitehead M. 2007. How close have universal health systems come to achieve equity in use of curative services? A systematic review. *International Journal of Health Services* 37: 89–109.
- Kim C.W., Lee S.Y. & Hong S.C. 2005. Equity in utilization of cancer inpatient services by income classes. *Health Policy* 72: 187–200.
- Larson S.L. & Fleishman J.A. 2003. Rural-urban differences in usual source of care and ambulatory service use. *Medical Care* 41:7: III-65–III-74.
- Lu J.F.R., Leung G.M., Kwon S., Tin K.Y.K., Doorslaer van E. & O'Donnell O. 2007. Horizontal equity in health care utilization evidence from three high-income Asian economies. *Social Science & Medicine* 64: 199–212.
- Oliver A. & Mossialos E. 2004. Equity of access to health care: outlining the foundations for action. *Journal of Epidemiology and Community Health* 58: 655–658.
- Ourti van T. 2004. Measuring horizontal inequity in Belgian health care using a Gaussian random effects two part count data model. *Health Economics* 13: 705–724.
- Whitehead M. & Dahlgren G. 2006. Levelling-up (part 1): a discussion paper on concepts and principles for tackling social inequities in health. WHO Collaborating Centre for Policy research on Social Determinants of Health. University of Liverpool. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- Whitehead M., Dahlgren G. & McIntyre D. 2007. Putting equity center stage: challenging evidence-free reforms. *International Journal of Health Services* 37: 353-361.
- Whitehead M., Evandrou M., Haglund B., & Diderichsen F. 1997. As the health divide widens in Sweden and Britain, what's happening to access to care? *BMJ* 315: 1006–1009.

Liite 2.

Haastattelurunko

1. Kuntoutuksen määrittely – Miten toimikunnan jäsenet määrittelevät kuntoutuksen?

- Mitä on kuntoutus?
 - i. Tavoitteet
 - ii. Sisältö/keinot
 - iii. Kohderyhmät

2. Kuntoutustahot alueella – Kuntoutusjärjestelmän rajat

2.1 Mitkä tahot ja minkälaisin tavoittein ne toteuttavat/järjestävät/rahoittavat/ohjaavat kuntoutusta alueella?

- Mitkä tahot toteuttavat kuntoutusta alueella?
 - i. Julkinen sektori
 - ii. Yksityinen sektori
 - iii. Kolmas sektori
 - iv. Muut?
- Millaisin tavoittein kuntoutusta toteutetaan alueella?
 - i. Osajärjestelmien omat tavoitteet?
 - ii. Kuntoutusjärjestelmän yhteiset tavoitteet?
 - iii. Kirjatut vs. kirjoittamattomat tavoitteet?
- Kuka (yhteiset) tavoitteet asettaa?
 - i. Kuntoutusasiain neuvottelukunta?
 - ii. Alueellinen kuntoutuksen asiakasyhteistyötoimikunta?
 - iii. Paikalliset kuntoutuksen asiakasyhteistyöryhmät?

2.2 Alueellisen kuntoutuksen asiakasyhteistyötoimikunta

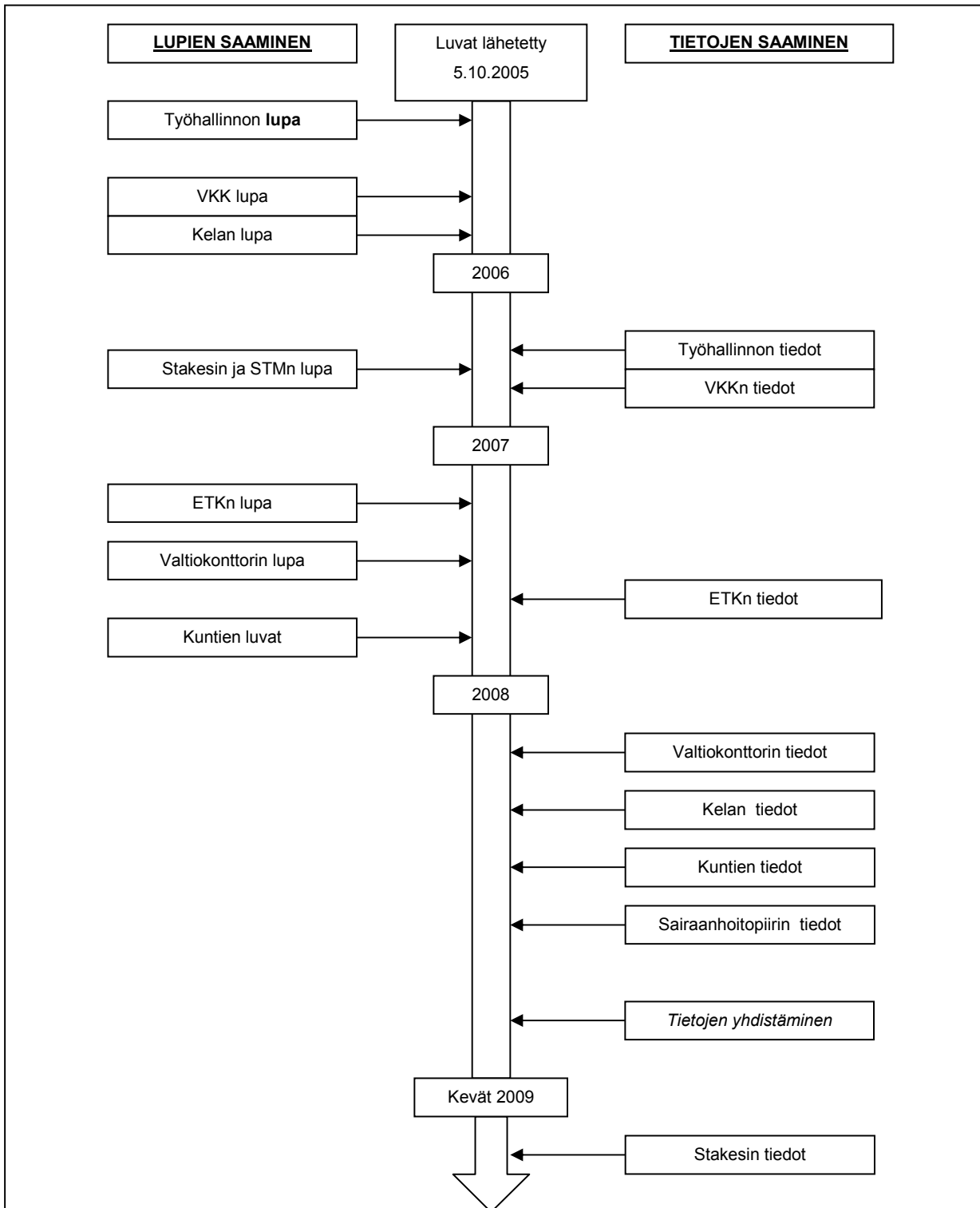
- Mikä on asiakasyhteistyötoimikunnan rooli?
 - i. Kehittää toimintaa?
 - ii. Seurata toimintaa?
 - iii. Edistää toimintaa?
 - iv. Suunnitella toimintaa?

→ Miten? → Mitä? → Kenen? → pitäisikö kehittää/edistää/seurata... vielä jotain muutakin toimintaa (kuin lääkinällistä kuntoutusta)?
- Toimikunnan yhteistyötahot?
 - i. Yhteistyö paikallisten asiakasyhteistyöryhmien kanssa?
- Onko toimikunta vastuussa toiminnastaan jollekin?
- Ovatko paikalliset yhteistyöryhmät vastuussa toiminnastaan toimikunnalle?
- Millaiset ovat toimikunnan vaikutusmahdollisuudet?
- Onko toimikunnalla toimintasuunnitelmaa tms.?

3. Kuntoutusjärjestelmän toiminta – miten kuntoutusjärjestelmä toimii alueella?

- Onko alueella riittävästi kuntoutuspalveluita?
 - i. Mitä on, mitä ei?
 - ii. Miksi?
- Mikä kuntoutuksen järjestämisessä/rahoituksessa/toteutuksessa/ohjauksessa toimii/ei toimi?
- Miten kuntoutus kohdentuu alueella?
 - i. Kohderyhmät: Kuka saa/ei saa kuntoutusta?
 - ii. Alue-erot: Onko kuntoutuksen saatavuudessa eroja kuntien tai alueiden välillä?
- Miten kuntoutuksen työnjako toimii?
 - i. Esiintyykö kuntoutuspalvelujen järjestämisessä päällekkäisyyksiä?
 - Millaisia?
 - Miksi?
 - ii. Onko päällekkäisyys ongelma? – miksi?

Rekisteritietolupien ja tietojen saamisen ajallinen prosessi



Rekisteritiedot poimittu seuraavista osajärjestelmien tietokannoista:

Kelan rekisteritietokannat:

- 1) Kuntoutuksen hakemus- ja ratkaisu tiedot
- 2) Kuntoutusrahan hakemus- ja ratkaisu tiedot
- 3) Kuntoutuksen maksu- ja saajatiedot
- 4) Kuntoutusrahan maksu- ja saajatiedot

ETKn rekisteritietokannat:

- 1) Kuntoutuspalvelurekisteri
- 2) Eläkerekisteri

Työ- ja elinkeinoministeriön rekisteritietokannat:

- 1) Työllistymistoimenpiteet vajaakuntoisille
- 2) Kuntouttava työtoiminta vajaakuntoisille
- 3) Kuntoutustoimenpiteet vajaakuntoisille
- 4) Työvoimakoulutus vajaakuntoisille

Valtiokonttorin rekisteritietokannat:

- 1) Ammatillinen kuntoutus
- 2) Tapaturma-asioiden korvausjärjestelmä
- 3) Sotilastapaturma-asioiden korvausjärjestelmä
- 4) Sotilasvammakorvausjärjestelmä
- 5) Eräissä Suomen sotiin liittyvissä tehtävissä palvelleiden kuntoutusrekisteri – ERKKI
- 6) Puolisokuntoutusasioiden rekisteri – PUKU
- 7) Rintamaveteraanien kuntoutusmäärärahojen käsittely- ja seurantajärjestelmä - RIKU

THL:n (ent. Stakesin) tietokannat:

- 1) Terveystieteiden tutkimuskeskuksen hoitoilmoitustietokanta - Hilmo
- 2) Sosiaalihuollon hoitoilmoitustietokanta - SosHilmo

Sairaanhoitopiirin rekisteritietokannat:

- 1) Kuntoutussuunnitelma –ohjelma
- 2) Työlääketiede –ohjelma
- 3) Kuntoapu

Terveyskeskusten (4) rekisteritietokannat

- 1) Potilastietorekisterit (Pegasos, Effic)

Tapaturma- ja liikennevakuutuskeskukset (2)

- 1) Vakuutustietokannat

Liite 5.

Rekisterien ylläpitäjät ja yleinen kuvaus saaduista tiedoista

Rekisterin ylläpitäjä	Taustatiedot				Kuntoutustiedot	
	Henkilö-tunnus	Asuinkunta	Diagnoosi/ Syy	Ammatti	Kuntoutusmuoto	Kuntoutuksen määrä/kesto
Terveyskeskus (4, yht. 7 kuntaa)	X	X	-	-	Lääkinnällinen avokuntoutus	Käyntikerrat
Sairaanhoidopiiri	X	X	X	X	Lääkinnällinen avokuntoutus, kuntoutustutkimukset	Jaksojen määrä, jaksojen pituus (pvä)
Hilmo	X	X	X	-	Lääkinnällinen laituskuntoutus	Jaksojen määrä, jaksojen pituus (pvä)
SosHilmo	X	X	X	-	Sosiaalinen laituskuntoutus	Jaksojen määrä, jaksojen pituus (pvä)
Kansaneläkelaitos	X	X	X	X	Lääkinnällinen ja ammatillinen avo- ja laituskuntoutus	Jaksojen määrä
Eläketurvakeskus	X	X	X	-	Lääkinnällinen ja ammatillinen avo- ja laituskuntoutus	Jaksojen määrä
Työ- ja elinkeinoministeriö	X	X	X	X	Ammatillinen avokuntoutus	Jaksojen määrä, jaksojen pituus (pvä)
Valtionkonttori	X	X	X	-	Sotiin liittyvä ja ammatillinen kuntoutus	Jaksojen määrä, jaksojen pituus (pvä), käyntikerrat
Liikenne- ja tapaturmavakuutus	X	-*	-	-	-	Jaksojen määrä

*Onnettomuuden tapahtumakunta tiedossa

ALKUPERÄISET OSAJULKAISUT