

Helsinki

Mielenterveyskuntoutajat etuuksien ja palveluiden viidakossa

Sosiaalinen raportti palvelujärjestelmän haasteista
mielenterveys- ja päihdekuntoutujien kanssa
työskentelevien sosiaalialan ammattilaisten kuvaamana



Sisällys

1	Johdanto	3
1.1	Raportin tausta.....	3
1.2	Psykiatrian sosiaalityö.....	4
1.3	Raportin kokoamisen vaiheet.....	5
2	Etuudet, väliinpuotoajat ja hakemisen vaikeudet	6
3	Kuntoutuspalveluiden ulkopuolelle jää, vaikka ei haluaisi	12
4	Kohtuuhintaisen ja tuetun asumisen riittämättömyys	16
5	Katkeileva ja siiloutunut viranomaisyhteistyö	19
6	Toimenpide-ehdotuksia	22
7	Lähteet	26

Mielenterveyskuntoutujat etuuksien ja palveluiden viidakossa

Raportin laatija: Minna Heimola, sosiaalityöntekijä

Psykiatrian sosiaalityö

Sosiaalinen raportti on valmistunut vuonna 2026 ja se on toteutettu osana Kehitä ja kehity työssäsi -hanketta, joka on keskittynyt rakenteellisen sosiaalityön vahvistamiseen Helsingin kaupungin psykiatriapalveluissa.

Kannen kuva: Maija Astikainen / Helsingin kaupungin aineistopankki

1 Johdanto

1.1 Raportin tausta

Viime aikoina sosiaalietuudet ovat nousseet lisääntyvässä määrin julkiseen keskusteluun Petteri Orpon hallituksen leikkausten myötä. Jo pidempään julkisessa keskustelussa on kannettu huolta mielenterveyssyistä työkyvyttömyyseläkkeelle jääneistä, etenkin nuorista, sekä osatyökykyisistä kuntoutujista. Etenkin osatyökykyiset mielenterveyskuntoutajat ovat jääneet nykyisessä järjestelmässä helposti väliinputoajiksi uudistuksista huolimatta.

Sosiaalihuoltolain 7 § (1301/2014) mukaan rakenteellisen sosiaalityön tehtävänä on:

”1) sosiaalihuollon asiakastyöhön perustuvan tiedon tuottaminen asiakkaiden tarpeista ja niiden yhteiskunnallisista yhteyksistä sekä tarpeisiin vastaavien sosiaalipalvelujen ja muun sosiaalihuollon vaikutuksista;

2) tavoitteelliset toimet ja toimenpide-ehdotukset sosiaalisten ongelmien ehkäisemiseksi ja korjaamiseksi sekä hyvinvointialueen asukkaiden asuin- ja toimintaympäristöjen kehittämiseksi;

3) sosiaalihuollon asiantuntemuksen tuominen osaksi hyvinvointialueen muiden toimialojen ja kunnan suunnittelua sekä yhteistyö yksityisten palveluntuottajien ja järjestöjen kanssa paikallista sosiaalityötä sekä muuta palvelu- ja tukivalikoimaa kehittäen.”

Sosiaalinen raportointi on yksi rakenteellisen sosiaalityön tekemisen väline. Sosiaaliseen raporttiin kootaan kehittämisen ja päätöksenteon avuksi tietoa, jota on saatu asiakastyöstä ja asiakkailta. Samalla se on tapa tuoda julkiseen keskusteluun sosiaalialan ammattilaisten asiantuntemusta ja siihen perustuvia toimenpide-ehdotuksia. Tässä tapauksessa kyse on psykiatriapalveluissa työskentelevistä sosiaalialan ammattilaisista, joiden kokemus ja tieto mielenterveyskuntoutujien asemasta ei ole aiemmin päässyt samassa mittakaavassa esiin.

Tämä sosiaalinen raportti käsittelee psykiatrian sosiaalityössä esiin nousseita havaintoja mielenterveyskuntoutujien tilanteesta ja niistä haasteista, joita kuntoutujilla on heille soveltuvien etuuksien, palveluiden ja muiden tukimuotojen saamisessa. Raportin työstämisessä on ollut mukana kaikkien kolmen eri linjan (ensilinja, psykoosilinja, mielialahäiriölinja) sosiaalityöntekijöitä ja sosiaaliohjaajia. Lisäksi työskentelyssä ovat olleet mukana johtavat sosiaalityöntekijät sekä psykososiaalisen työn päälliköt. Sosiaalialan ammattilaisten lisäksi myös psykiatrian kokemusasiantuntijat ovat olleet mukana raportin toteuttamisessa antamassa tietoa, joka on noussut sekä heidän omista kokemuksistaan että heidän havainnoistaan esimerkiksi kokemusasiantuntijan vastaanottotyössä. Mukana on myös moniammatillisten tiimien keskusteluista nousseita havaintoja ja ajatuksia. Raportti on noussut niistä huolista, joita työryhmissä on noussut mielenterveyskuntoutujien asemasta ja palveluiden saannista. Jaamme huolen siitä, että hallituksen toimeenpanemat leikkaukset vaikeuttavat kuntoutujien tilannetta entisestään.

1.2 Psykiatrian sosiaalityö

Raportti on syntynyt Helsingin kaupungin psykiatrian sosiaalityön kontekstissa. Psykiatrian sosiaalityötä tehdään kaikilla kolmella linjalla. Psykiatriassa työskentelee kuudessa eri toimipaikassa (Auroran sairaala; Kalasataman, Laakson, Malmin ja Vuosaaren psykiatrian poliklinikat sekä lasten ja nuorten erityisvastaanotot) yhteensä 35 sosiaalialan ammattilaista, joista 31 on sosiaalityöntekijöitä ja 4 sosiaaliohjaajia, jotka kaikki työskentelevät Auroran sairaalassa. Kaikki sosiaalialan ammattilaiset tekevät työtään moniammatillisissa tiimeissä, joissa työskentelee myös lääkäreitä, sairaanhoitajia ja lisäksi psykologi ja toimintaterapeutti. Monissa toimipaikoissa toimii myös kokemusasiantuntijoita, jotka tekevät omaa vastaanottotyötään.

Psykiatrian palveluissa sosiaalialan ammattilainen arvioi asiakkaan tilannetta ja palveluntarvetta. Hän selvittää, mihin etuuksiin ja palveluihin asiakas on oikeutettu ja neuvoo ja tukee niiden hakemisessa. Hän on mukana asumiseen liittyvissä asioissa, kuten mahdollisten asumisongelmien ja vuokravelan selvittelyssä ja mikäli asiakas tarvitsee tuetumpaa asumismuotoa, sosiaalialan ammattilainen on toistaiseksi koordinoanut mielenterveyskuntoutujien asumispalveluiden hakemista (ns. SAS-prosessi; tämän suhteen on tosin nyt tulossa uudistuksia). Sosiaalialan ammattilainen on myös mukana suunnittelemassa kuntoutusta ja auttaa esimerkiksi ammatillisen kuntoutuksen hakemisessa.

Avohoidon sosiaalityössä tehdään myös integroitua sosiaalityötä, eli poliklinikoiden sosiaalityöntekijöillä on joitakin poliklinikan pitkäaikaisessa asiakkuudessa olevia henkilöitä myös sosiaalihuollon asiakkaina. Tähän liittyen tehdään aikuissosiaalityön työtehtäviä, kuten täydentävän ja ehkäisevän toimeentulotuen päätöksiä, hoidetaan välitystiliasioita ja ohjataan asiakkaita kuntouttavaan työtoimintaan. Koska psykiatrian sosiaalialan työssä sosiaalialan ammattilaiset tekevät monipuolisesti erilaisia työtehtäviä ja ovat mukana moniammatillisen tiimin työskentelyssä, heille syntyy usein suhteellisen laaja käsitys yksittäisen asiakkaan tilanteesta ja myös siihen liittyvistä rakenteellisista haasteista.

1.3 Raportin kokoamisen vaiheet

Raportin kokoaminen on osa rakenteellisen sosiaalityön hanketta, jonka tarkoituksena on aktiivisemmin tuoda rakenteellisen sosiaalityön näkökulmia ja menetelmiä psykiatrian sosiaalityöhön. Hanke on virallisesti alkanut maaliskuussa 2025 ja on sisältänyt yhteistä työskentelyä eri toimipisteiden case-kokouksissa ja erityisesti syyskuussa 2025 järjestetyssä kehittämispäivässä, johon oli kutsuttu kaikki sosiaalityöntekijät ja sosiaaliohjaajat. Lisäksi tilaisuudessa olivat paikalla psykiatriapalveluiden johtavat sosiaalityöntekijät ja psykososiaalisen työn päälliköt.

Case-kokouksissa kerättiin ensin vapaamuotoisesti työntekijöiden havaintoja ajankohtaista ilmöstä ja rakenteellisista ongelmista. Näiden havaintojen jäsentelyn kautta syntyi neljä keskeistä teemaa, joiden työstöä jatkettiin kehittämispäivässä: sosiaalietuudet; kuntoutuspalvelut ja niiden saatavuus; asumisen ja etenkin asumispalveluiden saamisen ongelmat sekä viranomaisyhteistyö. Tietoja on lisäksi kerätty haastattelemalla psykiatriassa työskenteleviä kokemusasiantuntijoita, jotka ovat tuoneet esiin sekä omia kokemuksiaan että kokemusasiantuntijan vastaanottotyöskentelyssä havaitsemiaan ilmiöitä. Toimenpide-ehdotuksia näiden rakenteellisten ongelmien lieventämiseksi tai ratkaisemiseksi on lisäksi pyydetty sosiaalialan ammattilaisilta case-kokouksissa joulukuussa 2025 ja tammikuussa 2026. Nyt käsillä olevan raportin on koontanut ammattilaisten työskentelyn ja kokemusasiantuntijoiden haastattelujen pohjalta erikoissosiaalityöntekijä Minna Heimola.

2 Etuudet, väliinpuotoajat ja hakemisen vaikeudet

Psykiatrian sosiaalityössä tehdään paljon sosiaalietuuksiin liittyvää neuvontaa ja asiakkaita, joiden toimintakyky on heikko, myös konkreettisesti autetaan paljon etuuksien hakemisessa. Työntekijät tarjoavat tätä apua resurssien mukaan, mutta yksi keskeinen ongelma on se, että periaatteessa Kelan tulisi itse tarjota riittävää apua ja neuvontaa omien etuuksiensa hakemisessa. Käytännössä tällaista apua ei Kelan puolelta kuitenkaan riittävästi saa suhteessa tarpeeseen ja asiakkaiden toimintakyvyn haasteita tai tilanteen kiireellisyyttä ei huomioida Kelassa. Sosiaalialan ammattilaisten aikaa meneekin paljon Kelan lomakkeiden täyttämiseen kuntoutujien kanssa, mikä ei välttämättä ole mielekästä. Aikaa menee myös Kelan päätösten selventämiseen ja ”tulkkaamiseen” kuntoutujille ja neuvomiseen (vrt. Virrankari ym. 2021, 44).

Etusjärjestelmän monimutkaisuus tekee etuuksien hakemisesta haastavaa henkilöille, joiden toimintakyky on alentunut, eikä henkilö välttämättä edes tiedä, minkä nimistä etuutta hänen tulisi omassa tilanteessaan hakea. Eniten etuuksia tarvitsevilla henkilöillä on kaikkein eniten myös haasteita etuuksien hakemisessa ja viranomaisasioinnissa: mielenterveys- ja päihdeongelmat, muut elämäntilanteen haasteet, muistiongelmat, kielitaidon puutteet ja heikko taito digitaaliseen asiointiin (Virrankari ym. 2021, 48). Etenkin sairausetuuksien hakeminen vaatii Kelan asiakkaalta varsin paljon kykyä sanoittaa psyykkisen sairautensa oireita (vrt. Tiililä ym. 2025, 18), ja näiden lomakkeiden täyttö ei välttämättä onnistu ylipäätään ilman sellaisen henkilön tukea, joka tuntee myös kuntoutujan sairautta ja oirehistoriaa. Yleisesti Kelan hakulomakkeissa onkin kognitiivisen saavutettavuuden haasteita (Tiililä ym. 2025, 20).

Voikin pohtia, onko nykyisen kaltainen yksityiskohtainen toimintakyvyn kuvailu lomakkeella sairausetuuksia hakiessa välttämätöntä, vai riittäisikö lääkärin lausuntoon sisältyvät arvio sairauden aiheuttamasta haitasta. Nykyisellään lomakkeen täytössä auttava sosiaalialan ammattilainen usein ehdottaa itse huomaamiaan tai moniammatillisen tiimin havaitsemia toimintakyvyn puutteita lomakkeeseen täytettäväksi. Toisaalta voi ajatella, että se palvelee asiakkaan etua, että mikään oire tai haaste ei unohdu, mutta voiko se myös haitata asiakkaan tilannetta, mikäli lomakkeen ”liian hyvä” ja oiretiedostava täyttäminen luo kuvaa todellista paremmasta toimintakyvystä? Samalla työntekijä ylläpitää rakennetta, jossa erittäin huonokuntoisille tarkoitettua etuutta pitää hakea monipuolisesti omia haasteitaan eritellen. Pohdimme, pitäisikö lomaketta huomattavasti yksinkertaistaa ja panostaa sen sijaan yksityiskohtaiseen lääkärinlausuntoon, jota nykyistä useammin voisi täydentää myös sosiaalityöntekijän/sosiaaliohjaajan, toimintaterapeutin tai muiden asiakkaan tuntevien ammattilaisten lausunnoilla.

Keskeinen haaste sairasetuuksien hakemisessa ylipäätään on se, että lomakkeet ja hakuprosessit on suunniteltu henkilöille, jotka ovat olleet työelämässä ja sitten sairastuneet, kun psykiatrian sosiaalityössä suuri osa potilaista ei välttämättä ole ollut työelämässä juuri lainkaan tai ainakaan vuosikausiin. Tällöin esimerkiksi vastaukset kysymyksiin työkyvyttömyyden alkamisesta jäävät väistämättä epämääräisiksi. Myös Kelan ratkaisuasiantuntijat ovat toivoneet hakemuksen huomioivan paremmin sen, että kaikki hakijat eivät ole olleet työelämässä ennen sairastumista (Tiililä ym. 2025, 19).

Heikentyneen toimintakyvyn lisäksi myös esimerkiksi puutteellinen kielitaito voi merkittävästi hankaloittaa etuuksien hakemista. Tulkkausta ei välttämättä järjesty Kela-asioiden hoitamista varten, mikä heikentää asiakkaiden oikeusturvaa. Kelan hakemukset ovat ylipäätään varsin monimutkaisia ja niiden täyttäminen vaatii sekä arjen tilanteita huomattavasti parempaa kielitaitoa ja lisäksi vielä hyvää toimintakykyä, minkä vuoksi apua tarvittaisiin paljon nykyistä enemmän. Tämä koskee esimerkiksi myös maahanmuuttaja-asiakkaita, jotka hakevat kuntoutus- tai muita palveluita perheenjäsenilleen.

Erityisiä haasteita on etuuksien saamisessa erityisesti niillä kuntoutujilla, joiden tilanne on monimutkainen ja jotka eivät sovi selkeisiin kategorioihin tai joilla nimenomaan on paljon monenlaisia tuen tarpeita. Ensisijainen etuus ei ole välttämättä kuntoutujalle oikea. On paljon asiakkaita, joiden tulee hakea työttömyysetuutta, vaikka eivät tosiasiallisesti ole työkykyisiä mielenterveys- ja/tai päihdesairausten vuoksi. Vaikeakaan päihderiippuvuutta ei pidetä Kelan hyväksymänä sairautena, joka mahdollistaisi sairasetuuksien hakemisen, ellei hakijalla ole samalla riittävän ”raskasta” psykiatrista diagnoosia (esimerkiksi skitsofrenia). Näin on linjattu, vaikka tosiasiallisesti päivittäin päihteitä käyttävä henkilö ei olekaan sairautensa vuoksi työkykyinen ja päihteiden käyttö on esimerkiksi vienyt opiskelukyvyn, heikentänyt kognitiivista tasoa tai muuten merkittävästi alentanut toimintakykyä. Psykiatrian sosiaalityössä kohdattavat kuntoutujat ovat jo hoidon piirissä, mutta on myös paljon tosiasiallisesti työkyvyttömiä mielenterveys- ja päihdehaasteiden kanssa kamppailevia henkilöitä, joiden mahdollisuudet ylipäätään saada lääkärinlausunto ruuhkaisista julkisen terveydenhuollon palveluista saattaa olla hankalaa (Tiililä ym. 2025, 23).

Osatyökykyiset jäävät erityisen helposti järjestelmän väliinputoajiksi, etenkin mikäli heillä ei ole pidempää työhistoriaa, joka oikeuttaisi työeläkelaitosten palveluihin (Virrankari ym. 2021, 51). Osakuntoutustukea/osatyökyvyttömyyseläkettä maksavat vain työeläkelaitokset. Osasairauspäivärahan saaminen puolestaan vaatii työpaikkaa, jossa on sovittu osa-aikaisesta työskentelystä.

Erityisen hankalassa tilanteessa ovat nuoret, täysi-ikäiset mutta alle 25-vuotiaat kuntoutujat, joiden opiskelu ei etene mielenterveyteen liittyvistä syistä. Ammatillinen kuntoutuskin hylätään, koska nuoren katsotaan olevan liian huonossa kunnossa suorittamaan opintoja ammatillisena kuntoutuksena, mutta kuntoutustukikin hylätään, koska nuori ei ole riittävän huonokuntoinen määräaikaiselle eläkkeelle. Alle 25-vuotiailla, jotka eivät ole suorittaneet ammatillista tutkintoa, ei ole oikeutta myöskään työttömyysetuuteen, joten nämä nuoret putoavat perustoimeentulotuelle. Perustoimeentulotukeakin voidaan vielä pahimmassa tapauksessa leikata, koska nuori ei saa ensisijaista etuutta, ilmoittaudu työttömäksi työnhakijaksi tai kykene heikon toimintakyvyn vuoksi reagoimaan työllisyyspalveluiden vaatimuksiin. Työllisyyspalveluilla ei toisaalta ole välttämättä tietoa sairaudesta, mikäli asiakas ei sitä heille oma-aloitteisesti kerro tai edes kykene voimiltaan tulemaan tapaamisille.

Etuudelta toiselle siirtyminen esimerkiksi voinnin ja toimintakyvyn vaihdellessa on nykyisessä sosiaaliturvajärjestelmässä myös varsin kankeaa, ja aiheuttaa asiakkaille stressiä, kun heille on epävarmaa, myönnetäänkö haettua uutta etuutta ja kuinka pitkään sitä joutuu odottamaan. Stressi voi heikentää psyykkistä vointia ja etuuksien odottaminen pitkään voi jo itsessään pahentaa asiakkaan tilannetta, ja 2000-luvulla työkyvyttömyyseläkkeiden kielteiset päätökset ovat lisääntyneet (Virrankari ym. 2021, 51). Etenkin kuntoutustuella (määräaikainen työkyvyttömyyseläke) on pitkät käsittelyajat. Tällä hetkellä (tammi-helmikuun vaihteessa 2026) keskimääräinen käsittelyaika on uusissa hakemuksissa 11 viikkoa. Eläkkeen saaminen vaikuttaa myös muihin etuuksiin. Eläke-etuuksilla siirtyvä henkilö alkaa saada eläkkeensaajan asumistukea, ja eläkkeen päätyttyä hänestä tulee jälleen yleisen asumistuen saaja. Tästäkin syystä kuntoutustuen ja muiden etuuksien välillä vaihteleva tilanne on jäykkää ja hidasta ja edellyttää muidenkin etuuksien hakemista uusiksi. Samantyyppinen tilanne on myös sairastuneilla opiskelijoilla, joiden opintotuen asumislisä katkeaa sairausjakson ajaksi ja kuntoutuja joutuu hakemaan uudelleen myös asumisen tuet. Kelan sairausetuusjakson ratkaisuasiantuntijatkin ovat nostaneet esiin sen, että kielteisiä ratkaisuja sairausetuuksiin tekevät asiantuntijalääkärit eivät hahmota asiakkaan tilannetta etuuksien kannalta kokonaisuutena (Tiililä ym. 2025, 27).

Perustoimeentulotuen olisi periaatteessa tarkoitus toimia ”siltana” etuuksien välillä, esimerkiksi sairauspäivärahan tai eläke-etuuksien käsittelyajalla, mutta sen hakeminen voi olla työlästä, ja viime aikoina työntekijät kertovat useista tilanteista, joissa sen tosiasiallinen käsittelyaika on ollut moninkertaisesti lakisääteistä 7 arkipäivän käsittelyaikaa pidempi. Esimerkitapauksessa asiakas kävi yhdessä psykiatrian poliklinikan työntekijän kanssa Kelassa jättämässä toimeentulotukihakemuksen kaikkine liitteineen, mutta Kelasta tuli silti lisäselvityspyyntö 7 arkipäivän kuluttua. Toisessa tapauksessa asiakkaalta pyydettiin samoin lisäselvityksiä 7. arkipäivänä, hän toimitti pyydetyt tiedot, ja sai uuden lisäselvityspyynnön jälleen viimeisenä lain mukaisena käsittelypäivänä. Kokonaisuudessaan ketjutettujen lisäselvityspyyntöjen vuoksi viimesijaiseksi tarkoitetun toimeentulotukipäätöksenkin saaminen venyi kuukausiksi. Tämä on toki toimeentulotukilain mukaista, ja joissakin tapauksessa selvitykset voivat herättää tarkentavia kysymyksiä. Silti viimesijaisen etuuden kokonaiskäsittelyajan venyminen voi aiheuttaa asiakkaille kohtuuttomia tilanteita. Viimesijaisena etuutena perustoimeentulotuki on erityisen vahvasti tarveharkintainen etuus, jonka hakeminen on huomattavan työlästä, ja tämä saattaa johtaa tuen alikäyttöön henkilöillä, jotka sitä eniten tarvitsisivat (vrt. Laatu ym. 2020, 121–122; Tiililä ym. 2025, 17). Perustoimeentulotukipäätösten ymmärtämisessä monet kuntoutujat tarvitsevat sosiaalialan ammattilaisen tai muun henkilön apua (vrt. Laatu ym. 2020, 139).

Mikäli kuntoutuja joutuu osastohoitoon, viimeistään silloin perustoimeentulotukea pitää hakea sairaalalaskuihin, vaikka oikeutta siihen ei muuten syntyisikään. Helsingin kaupungilla on järjestelmä, jossa psykiatrian hoitopäivämaksu on edullisempi kuin somatiikan osastoilla. Tästä seuraa kuitenkin se, että koska maksu on jo valmiiksi ”alennettu”, se peritään, vaikka maksukatto olisikin jo täyttynyt. Sosiaalialan työntekijät kuvaavat, että Kelassa ei aina tiedetä tai ymmärretä tätä järjestelmää eikä perustoimeentulotuessa huomioida sairaalalaskuja (jotka ovat vuoden 2025 tiedoilla n. 920 e/kk ja mahdolliset lääkärin lausunnoista veloittavat maksut tulevat vielä siihen päälle). Sen sijaan asiakasta vaaditaan hakemaan vapautusta laskusta maksukaton täyttymisen vuoksi, mikä ei kuitenkaan ole mahdollista.

Psykoosipotilaiden kohdalla myös muut ammattilaiset ovat nostaneet esiin kysymyksen siitä, tulisiko tahdosta riippumattomasta osastohoidosta ylipäättään periä potilailta maksua. Kuntoutuja voi sairauden akuuttivaiheessa tai voinnin heiketessä joutua tahtonsa vastaisesti toimitettua osastohoitoon, johon ei olisi itse halunnut hakeutua, ja saa laskun sekä ambulanssikyydistä että pahimmillaan kuukausien sairaalahoitajaksosta. Tämän ovat myös muut psykiatrian ammattiryhmät, kuten sairaanhoitajat, nostaneet esiin oikeustajun vastaisena, ja se voi vaikuttaa myös kuntoutujan hoitomyöntyvyyteen, kun hoidosta tulee hänelle taloudellinen rasite.

Edellä on jo todettu, että perustoimeentulotuen hakeminen on työlästä, ja vaatii usein paljon liitteitä ja selvityksiä, joita heikossa kunnossa olevan kuntoutujan voi olla vaikea toimittaa. Kaikilla ei ole verkkopankkitunnuksia, joten jo tiliotteiden saaminen voi olla hankalaa, saati mahdollisten tarkempien selvitysten saaminen omaisuudesta tai siitä, että sitä ei ole. Kaikilla kuntoutujilla ei ole myöskään voimassa olevaa henkilöllisyystodistusta, jolla voisi asioida pankissa hakemassa verkkopankkitunnukset tai tiliotteita. Sosiaalialan ammattilaiset toivoivat, että Kela voisi käyttää enemmän harkintaa siinä, että perustoimeentulotukea voisi myöntää joissakin tapauksissa myös ilman tiliotteita. Tilannetta ja ilman verkkopankkitunnuksia olevien kuntoutujien asioiden selvittelyä auttaisi myös merkittävästi se, että ammattilaisten Kelmu-palveluissa olisi mahdollista nähdä myös muita etuuspäätöksiä toimeentulotukipäätösten lisäksi.

Psykiatrian sosiaalialan työssä on havaittavissa myös se, että Kelassa ja työeläkelaitoksissa hylätään paljon sairausetuushakemuksia, vaikka lausunnossa hoitava lääkäri aidosti pitää kuntoutujaa työkyvyttömänä. Erityisen tavallista on, että sairausetuudet katkeavat nimenomaan siinä kohtaa, kun sairauspäivärahopäivien maksimimäärä, 300 arkipäivää tulee täyteen, ja kuntoutuja hakee kuntoutustukea eli määräaikaista työkyvyttömyyseläkettä. Eläkkeestä tehdään hylkäävä päätös ja kuntoutuja päätyy työttömyysetuuksille, vaikka on tosiasiallisesti työkyvytön (vrt. Virtanen ym. 2025, 50). Tällöin pohditaan, auttaisiko eläkkeen hakeminen uudestaan.

Sairausetuuksien hylkäävät päätökset saattavat olla varsin vaikeatulkintaisia asiakkaille (Tiililä ym. 2025, 7, 45), ja joskus ne ovat sitä myös työntekijöille. Päätöksissä hyödynnetään usein suhteellisen vaikeatulkintaisia vakiofraaseja (Tiililä ym. 2025, 10, 43), joiden yhteys hakijan yksilölliseen tilanteeseen saattaa jäädä hämäräksi. Uusien, tarkempien tai vielä selkeämmin perusteltujen lausuntojen kirjoittaminen lisää työtä lääkäreille; hylkäävät päätökset työllistävät myös sosiaalialan ammattilaisia, jotka päätyvät usein näissä tilanteissa selvittämään päätöksen hylkäämisen perusteita ja kuntoutujan kanssa vaihtoehtoisia toimeentulon mahdollisuuksia. Päätösten perusteisiin voi joutua kysymään tarkennuksia Kelasta; Kelan pyrkimykset mahdollisimman huolelliseen hylkäävien päätösten perusteluun (vrt. Tiililä ym. 2025, 10) ei ole toistaiseksi toteutunut. Lisäperusteiden kysymisen jälkeenkin voi jäädä epäselväksi, kannattaako sairausetuutta yrittää vielä uudelleen hakea.

Kuntoutustuen pitkät käsittelyajat vaikuttavat myös siihen, että jatkon hakemista tulee ennakkoida jo useampi kuukausi ennakkoon, jotta tuki ei katkeaisi. Tällainen pitkäjärjenteinen suunnittelu ja ennakointi ei useinkaan onnistu nimenomaan niiltä henkilöiltä, joiden toimintakyky on alentunut. Toisaalta aina lääkäriaikaa ei myöskään järjesty ajoissa, vaikka potilas hoitotaholta muistaisi ja kykenisi sitä pyytämään. Sosiaalialan ammattilaisten lisäksi myös kokemusasiantuntija toi esiin etenkin kuntoutustuen/työkyvyttömyyseläkkeen pitkät käsittelyajat. Kuten edellä on todettu, kuntoutustukeen/työkyvyttömyyseläkkeeseen liittyvät myös ”liitännäisetuudet”, jotka myös saattavat katketa eläkekauden päättyessä, kuten eläkkeensaajan asumistuki ja hoitotuki; tämän vuoksi pitkät käsittelyajat voivat aiheuttaa moninkertaista etuuksiin liittyvää työtä sekä kuntoutujille itselleen, sosiaalialan ammattilaisille, että Kelalle. Viime aikoina ovat lisääntyneet tilanteet, joissa päätöksiä tehdään entistä lyhyemmiksi jaksoiksi, jolloin näitä katkoksia ja niihin liittyvää huolta toimeentulotuesta, etuustilanteen selvittelyä ja epäselvyyksiä tulee entistä useammin ja jatkuva huoli toimeentulosta heikentää vointia ja hankaloittaa kuntoutumiseen keskittymistä. Tämä ilmiö on näkynyt sekä sosiaalityöntekijöiden että kokemusasiantuntijoiden vastaanotoilla psykiatrian poliklinikoilla.

Käsittelyajalla tai pidempiaikaisestikin kielteisen päätöksen työkyvyttömyyseläkkeestä saatuaan kuntoutuja voi päätyä työttömäksi työnhakijaksi, vaikka on tosiasiallisesti työkyvytön ja liian huonokuntoinen edes kuntouttavaan työtoimintaan tai muihin toimenpiteisiin (vrt. Virrankari ym. 2021, 52). Työllisyyspalveluissa ei osata välttämättä arvioida asiakkaan terveydentilaa, ellei henkilö sitä itse tule oma-aloitteisesti kertoneeksi, ja kokonaistilanne jää epäselväksi.

Lisäksi minimisosiaalietuuksien taso on matala verrattuna Suomen hintatasoon ja asumismenoihin, mistä Euroopan neuvosto on moittinut Suomea toistuvasti. Petteri Orpon hallituksen toimeenpanemat leikkaukset ovat heikentäneet tilannetta entisestään ja etenkin työttömät kuntoutujat ovat entistä tiukemmalla suojaosan poistumisen ja lapsikorotusten vuoksi. Leikkaukset eivät ole tästä syystä myöskään juurikaan tuoneet toivottuja säästöjä, sillä kustannukset ovat siirtyneet perustoimeentulotukeen, jonka kustannukset ovat nousseet (Helsingin Sanomat 28.1.2026). Suojaosan poistamisella on mielenterveyskuntoutujien kannalta myös se ”sivuvaikutus”, että työttömänä olevien henkilöiden ei kannata esimerkiksi kouluttautua kokemusasiantuntijoiksi, sillä osa-aikainen tai keikkatyö kokemusasiantuntijana ei ole enää taloudellisesti kannattavaa.

Monet kuntoutujien kanssa työskentelevät sosiaalialan ammattilaiset toivovatkin etuusjärjestelmään kokonaisremonttia, joka selkiyttäisi nykytilannetta. Nykyisellään jatkuvat muutokset etuuksilta toiselle siirryttäessä tai asumistuen, työttömyysetuuksien ja perustoimeentulotuen summien muuttuessa aiheuttavat kuntoutujille turhaa taloudellista stressiä. Perustulo-tyyppinen järjestelmä, jossa henkilö ei voi pudota sairaus- ja työttömyysperustaisten etuuksien väliin, helpottaisi tilannetta ja vähentäisi jatkuvaa hakemusrumbaa, joka aiheuttaa stressiä ja kuormitusta kuntoutujille ja myös työtä sosiaali- ja terveysalan ammattilaisille sekä etuushakemusten käsittelijöille Kelassa ja työeläkelaitoksissa.

3 Kuntoutuspalveluiden ulkopuolelle voi jäädä, vaikka ei haluaisi

Psykiatrian sosiaalialan ammattilaiset ovat myös mukana etsimässä kuntoutujille soveltuvia kuntouttavia palveluita. Osatyökykyisten pääsyyn työkykynsä mukaisesti takaisin työelämään on pyritty kiinnittämään huomiota ja esitetty toiveita osatyökykyisten paluusta työelämään osittaisen työskentelyn kautta. Osatyökykyisten työllistymisen helpottaminen on ollut kaikissa neljässä viimeisimmässä hallitusohjelmassa, ja niiden toiminnan seurauksena on aloitettu useita eri hankkeita. (Virtanen ym. 2025, 6, 18–20.) Kela järjestää ja korvaa monenlaisia kuntoutuksia, kuten ammatillista kuntoutusta, vaativaa lääkinnällistä kuntoutusta sekä kuntoutuspsykoterapiaa (Karinkanta & Reiterä 2025, 6), lisäksi pidempään töissä olleiden kohdalla ammatillista kuntoutusta korvaavat työeläkelaitokset. Näistä satsauksista huolimatta osatyökykyisten työllistyminen tai pääsy edes työllistymistä kohti tähtääviin kuntouttaviin palveluihin ei ole psykiatrian sosiaalityön näkökulmasta muuttunut helpommaksi, mahdollisesti jopa päinvastoin.

Kuntoutusjärjestelmä on jo itsessään monimutkainen, sillä kuntoutus koostuu useista eri osa-alueista: lääkinnällinen kuntoutus, ammatillinen kuntoutus, sosiaalinen kuntoutus ja kasvatuksellinen kuntoutus. Lisäksi kuntoutuksen suunnittelussa, toteuttajana ja maksajana voi olla useita eri tahoja riippuen tilanteesta ja kuntoutujan työmarkkina-asemasta. (Virrankari ym. 2021, 31–34). Tämä jo itsessään tekee kuntoutumisen hakemisesta työlästä ja vaatii ammattilaisiltakin paljon asiantuntemuksen jatkuvaa päivittämistä.

Ammatillisen kuntoutuksen palveluita on tarjolla, mutta ne edellyttävät pääsääntöisesti varsin hyvää toimintakykyä, ja pulaa on erityisesti sellaisista paikoista, jonne vasta kuntoutumassa oleva henkilö voisi mennä tekemään jotakin mielekästä ja toimintakykyä tukevaa esimerkiksi 1–3 kertaa viikossa. Kuntouttavalle toiminnalle ominaista on se, että se voi tukea kuntoutujan toimintakykyä pidemmällä tähtäimellä, vaikka välitöntä hyötyä ei olisikaan heti havaittavissa (vrt. Karinkanta & Reiterä 2025, 6). Yleistä on, että kuntoutujalta evätään sairausetuudet, koska hänen katsotaan olevan liian hyväkuntoinen sairauslomalle, mutta myös ammatillisesta kuntoutuksesta tehdään kielteinen päätös, koska hänen katsotaan olevan liian huonokuntoinen kuntoutukseen.

Toisaalta monet sellaisetkin kuntoutujat, joille ammatillista kuntoutusta, esimerkiksi työkokeilua, myönnetään, joutuvat kuitenkin keskeyttämään sen, sillä pidemmän päälle työ- ja toimintakyky ei riitä lähes päivittäiseen työskentelyyn. Osin kyse saattaa olla siitä, että toimintakykyyn vaikuttavat sairauksien lisäksi myös useat muut tekijät, kuten elämäntilanne, sosiaaliset syyt, kriisit ja myös koulutus ja osaaminen (vrt. Virtanen ym. 2025, 11, 19, 38). Sosiaalialan ammattilaisten lisäksi myös kokemusasiantuntijat kuvaavat tilannetta, jossa Kela tai työeläkelaitokset hylkäävät määräaikaisen työkyvyttömyyseläkkeen ja sen sijaan ehdottavat kuntoutujalle työkokeilua, jossa tämä ei kuitenkaan pysty käymään, vaan työkokeilu keskeytyy muutaman viikon jälkeen. Työllistymistä edistävä ammatillinen kuntoutus on sinänsä kuitenkin kuntoutujan työelämään pääsemisen kannalta hyödyllistä niille, jotka pystyvät siellä käymään (Karinkanta & Reiterä 2025, 30). Missä määrin se johtuu siitä, että seula on tiukka ja kuntoutukseen otetaan vain valmiiksi hyväkuntoisia?

Yleisestikin sosiaalialan ammattilaisten mielestä on erikoista, että nimenomaan sairauden perusteella myönnettävä ammatillinen kuntoutus vaatii niin hyvää toimintakykyä, kun taas te-palveluiden kautta tarjottava kuntouttava työtoiminta soveltuu hieman heikommissakin kunnossa oleville. Tuntuisi huomattavasti loogisemmalta, että ensin saisi sairauden perusteella matalammalla kynnyksellä tarjottavaa kuntoutuspalvelua ja sen jälkeen voisi siirtyä te-palveluihin lähempänä työmarkkinoita ja työnhaun tukea oleviin palveluihin.

Viime aikoina yleisesti kuntoutuspalveluista, sekä ammatillisen kuntoutuksen palveluista että terapeuttisista kuntoutuspalveluista, on tullut aiempaa enemmän kielteisiä päätöksiä. Sosiaalialan ammattilaisille on syntynyt kuva, että kuntoutuspalveluiden kriteerit ovat muuttuneet tai tiukentuneet ilman että tiukennuksista on kuitenkaan julkisesti kerrottu. Ammatillisesta kuntoutuksesta on tullut kielteisiä päätöksiä niillekin kuntoutujille, joiden kunnon on arvioitu olevan riittävän hyvä. Ammatillisen kuntoutuksen palveluvalikoimaa on myös huomattavasti supistettu, jonka vuoksi sopivaa kuntoutusta voi olla hankala löytää. Esimerkiksi nuorten aikuisten erityisessä suosiossa ollut Taito-kuntoutus on päättynyt kokonaan vuoden 2025 lopussa. Palvelun päättymisen perusteluna ovat Kelan ilmoituksen mukaan liian suuret kustannukset suhteessa osallistujamäärään. Nyt myös työttömien kuntouttava työtoiminta on nykymuodossaan loppumassa (Sosiaali- ja terveysministeriön tiedote 25.11.2025). Sen tilalle suunnitellaan vaihtoehtoisia palveluita, mutta epävarmuus tulevasta kuormittaa kuntoutujia.

Toisaalta paljon aiempaa enemmän kielteisiä päätöksiä tulee myös vaativana lääkinällisenä kuntoutuksena haettavaan psykoterapiaan ja toimintaterapiaan. Vaativa lääkinällinen kuntoutus on tarkoitettu henkilöille, joiden toimintakyky on heikentynyt siinä määrin, että heillä on sairauden vuoksi ”huomattavia vaikeuksia selviytyä arjen toiminna ja osallistua niihin”. Kyse on siis heikossa asemassa olevista kuntoutujista, joiden kohdalla tarkoituksena on tukea osallistumista yhteiskuntaan. Selkeitä perusteluja hylkäyksille ei ole saatu; sekä kuntoutujien oikeusturvan että sosiaalialan ammattilaisten kuntoutujille tarjoaman suunnitelmallisen tuen kannalta on ongelmallista, että kuntoutuksen kriteerit tuntuvat myös näiden kuntoutusten osalta yllättäen muuttuneen, mutta näistä ei ole annettu tietoa.

Vaihtoehtoja on vähän, mikäli kuntoutuksesta tulee myös kielteinen päätös. Toisaalta kuten etuuksien kohdalla, myös kuntoutuksissa (etenkin perusteiltaan epäselvät) kielteiset päätökset aiheuttavat paljon ylimääräistä työtä mahdollisten uusien hakukierrosten ja niihin tarvittavien tarkennettujen lääkärinlausuntojen muodossa.

Psykoterapiaan pääsy on myös monille kuntoutujille eri syistä haastavaa huolimatta erilaisista terapiaan pääsyn helpottamiseen tähtäävistä hankkeista ja uudistuksista. Edellä on jo mainittu kielteiset päätökset, mutta vaikka Kelan päätös olisikin myönteinen, yksilöpsykoterapiaa varten on myös vaikea löytää palveluntuottajia, joilla olisi tilaa uusille kuntoutujille. Psykoterapiamaksujen omavastuuosuus huomioidaan menona perustoimeentulotuessa, mutta tästä ei monikaan tiedä ja se voi myös aiheuttaa lisää etuuksien hakurumbaa jo heikosti voivalle kuntoutujalle. Lisäksi tästä hyötyvät vain ne henkilöt, joilla on oikeus perustoimeentulotukeen, eivätkä ne, jotka Kelan minimietuuksilla jäävät juuri perustoimeentulotukioikeuden ulkopuolelle. Näistä syistä myös taloudelliset syyt saattavat aiheuttaa sen, että psykoterapia ei käytännössä tunnu realistiselta tai sen aloittaminen aiheuttaa taloudellista stressiä.

Eri kuntoutusvaihtoehtoista on myös hankala saada tietoa. Aiemmin Helsingin kaupungin psykiatrialla toimi Kelan ”Kela sairaalassa” -hanke, jonka yhteyshenkilöä saattoi hyödyntää kuntoutussuunnittelussa ja parhaimmillaan kuntoutuspäätöskään saatiin hyvin nopeasti. Hankkeen päätyttyä Kelasta on ollut paljon hankalampaa saada tietoa kuntoutusvaihtoehtoista. Lääkärit ja muut ammattilaiset eivät välttämättä tunne kuntoutusvaihtoehtoja ja kuntoutujille saatetaan tehdä turhia hakemuksia ja lausuntoja. Toisaalta työryhmissä sosiaalialan ammattilaisten oletetaan olevan kuntoutusvaihtoehtojen asiantuntijoita, mutta he eivät itsekään saa yhtään syvällisempiä tietoja kuntoutuksista, eikä viranomaisten/kumppanien neuvonnassa yleensä anneta neuvoja kuntoutusvaihtoehtoista. Kuntoutujilta itseltään, sosiaalialan ammattilaisilta ja muiltakin osallisilta menee siis aikaa hukkaan, kun kuntoutukseen pääsy venyy tai tiedon puutteessa haetaan kuntoutujalle huonosti soveltuvaa kuntoutusta.

Monet sairautuuksilla (sairauspäiväraja tai työkyvyttömyyseläke) oleva kuntoutujat hyötyisivät kuntouttavasta työtoiminnasta sekä toimintakyvyn kohenemisen että sosiaalisten suhteiden solmimisen kannalta. Yksinäisyys tai päihteettömien sosiaalisten kontaktien puuttuminen on keskeinen ongelma monilla kuntoutujilla. Sosiaalisena kuntoutuksena tarjottavaa työtoimintaa on kuitenkin joissakin tapauksissa hidasta saada, sillä joihinkin toimipisteisiin on jonoja ja jo alkuhaastattelua voi joutua odottamaan.

Kolmannen sektorin paikkojen vastaaventyypinen toiminta (esimerkiksi klubitalot, Niemikotisäätiön työtoiminta) ovat paikanneet muiden kuntoutuspaikkojen puutteita ja tarjonneet monille mielekäästä tekemistä odotusajalle tai tukeneet kuntoutumista seuraavaa askelta kohti. Haastateltu kokemusasiantuntija kertoo, että ne ovat erityisesti olleet monille kuntoutujille tärkeitä myös sosiaalisesti. Nyt järjestöjen toiminta-avustuksien leikkauksien vuoksi kuitenkin myös kolmannen sektorin paikkojen toimintaa on jouduttu merkittävästi supistamaan, ja mahdollisesti lisää leikkauksia on luvassa. Tämä tarkoittaa konkreettisesti sitä, että yhä useampi kuntoutuja joutuu yhä pidempään odottamaan mitä tahansa arjen tekemistä. Toiveita mielekkästä tekemisestä, kuntoutuksesta ja aktiivisuudesta on, mutta aina palvelut eivät kykene vastaamaan niihin.

4 Kohtuuhintaisen ja tuetun asumisen riittämättömyys

Monet psykiatrian palveluissa asioivat kuntoutujat, etenkin psykoosisairauksia sairastavat, tarvitsevat jossakin kohtaa sairautensa aikana asumisen palveluita: kotiin suuntautuvia palveluita, tuettua asumista tai palveluasumista. Helsingissä palveluihin on tähän asti hakeuduttu ns. SAS-prosessin kautta, jossa kuntoutuja allekirjoittaa asumispalveluhakemuksen ja lomakkeeseen liitetään hoitavalta taholta lääkärin ja hoitajan lausunnot sekä sosiaalityöntekijän lausunto, jonka voi tehdä joko hoitopaikassa työskentelevä sosiaalialan ammattilainen tai kuntoutujan omatyöntekijä aikuissosiaalityöstä. Hakemus käsitellään Asumisen tuessa, jonka jälkeen SAS-sijoittajana työskentelevä sosiaaliohjaaja tapaa kuntoutujaa ja sovitaan palvelusta. Mikäli kuntoutujan on tarkoitus muuttaa asumisyksikköön, hänet asetetaan jonoon hänelle parhaiten sopivaan/sopiviin yksiköihin. Nyt vuoden 2026 aikana hakuprosessi muuttuu ja arviointi siirtyy enemmän vain Asumisen tuen puolelle sosiaalityöntekijän tekemäksi palvelutarpeen arvioksi.

Asumispalvelun käynnistymiseen kuluva aika vaihtelee. Kotiin suuntautuva palvelu voi käynnistyä nopeastikin ja joissakin asumisyksiköissä voi olla heti tai pian vapautuvia paikkoja, mutta joihinkin asumisyksiköihin joutuu jonottamaan pidempään, etenkin mikäli asiakkaalla on omia toiveita yksikön sijainnin suhteen. Tällöin kuntoutuja voi joutua odottamaan asuntoa puoli vuotta, vuoden tai jopa pidempään. Mikäli kuntoutuja on osastohoidossa prosessin aikana ja hänellä ei ole asuntoa tai hän ei voi realistisesti palata sinne alentuneen toimintakyvyn vuoksi, kuntoutuja voi joutua odottamaan asuinpaikkaa osastohoidossa, vaikka hänellä ei olisi enää varsinaista osastohoidon tarvetta. Tämä on sekä yksilölle kohtuutonta että yhteiskunnalle kallista. Joskus tällaisessa tilanteessa taustalla voi olla myös viestintäkatoja siitä, missä tahdissa hoito ja toisaalta asumisen järjestäminen etenee.

Yksi toistuvasti keskusteluissa esiin noussut ongelma on nimenomaan kaksoisdiagnoosipotilaille eli kuntoutujille, joilla on samanaikainen päihde- ja mielenterveysongelma, soveltuvien asumispalveluiden puute, etenkin niiden kuntoutujien osalta, joiden päihteidenkäyttö on erityisen runsasta ja riippuvuustasoista. Suuri osa mielenterveyskuntoutujien asumispalvelupaikoista on päihteettömiä ja asunnon voi menettää häiritsevän päihteiden käytön vuoksi. Lisäksi tarjolla on kaksi palveluasumisen paikkaa, jotka on tarkoitettu nimenomaan niille henkilöille, joiden päihteiden käyttö on runsasta. Näissä asukkaat ovat pääasiassa pitkäaikaisesti monipäihdekäyttäjiä, eivätkä ne siksi ole ihanteellisia esimerkiksi nuorille kuntoutujille, sillä ympäristö, jossa muut asukkaat käyttävät päihteitä ei tue pyrkimistä kohti päihteettömyyttä.

Nämä palveluasumisen paikat myös toimivat asiakasmaksuperiaatteella, mikä tarkoittaa sitä, että kuntoutujan etuudet menevät melkein kokonaan asumisen ja ruoan sisältäviin asiakasmaksuihin, ja käyttövaraa jää vain n. 190 e/kk. Päihteiden käytön rahoittaminen tällä käyttövaralla on hankalaa ja johtaa usein lisääntyvään velkaantumiseen, rikoksiin ja väkivaltaisiin velanperintöihin. Tarvetta olisi erityisesti sellaiselle tuetulle asumisella, jossa toteutuisi lääkehoidon valvonta, mutta jossa asuminen olisi muuten suhteellisen itsenäistä ja vuokrasopimukseen perustuvaa sekä kustannuksiltaan kuntoutujalle itselleen edullisempaa.

Osa mielenterveyskuntoutujista asuu joko päihdepalveluiden tai asunnottomien palveluiden kautta saaduissa asumispalveluissa. Kaksoisdiagnoosipotilaiden kannalta haasteena on se, että näissä ei yleensä saa säännöllistä lääkkeenoton valvontaa sen enempää asumisyksikön kuin pitkäaikaisena palveluna hoitotahonkaan kautta. Päihdepalveluiden puolella on päihteetöntä asumista, jonne hakeudutaan päihdepoliklinikan ja usein edeltävän päihdekuntoutusjakson kautta. Näissäkin tosin on asukkaita, jotka ovat retkahtaneet käyttämään päihteitä salaa. Aiemmin päihdepalveluiden asumisyksikössä asunut kokemusasiantuntija kuvaa, että retkahtamisriski asunnoissa on suuri, sillä nimenomaan viikonloppuisin henkilökuntaa ei ole paikalla ja tällöin myös kaikki kuntouttava tekeminen on tauolla. Kaksoisdiagnoosipotilaiden kannalta päihdepalveluiden asumisessa saattaa ohjaajilla olla usein puutteellisesti tietoa psykiatrisista sairauksista ja niiden huomioimisesta; sama pätee myös asunnottomien palveluiden tukiasuntoihin.

Auroran sairaala-alueella on toiminut väliaikaisen asumisen paikkoja, joissa osastohoidossa olleiden kuntoutujien on tarkoitus tilapäisesti oleskella pidempiaikaisen asumisen järjestämistä odottaessaan. Näissä on nyt vuoden 2025 aikana tapahtunut muutoksia; osa paikoista on muuttanut kauemmas sairaala-alueelta. Tähän liittyen on ollut huolia siitä, että siirtyminen osastohoidosta väliaikaiseen asumiseen ei enää onnistu yhtä saumattomasti kuin aiemmin. Tämän osalta arviointi on kuitenkin vielä kesken ja eri toimijat seuraavat tilannetta.

Yhä useampi kuntoutuja on myös somaattisesti huonossa kunnossa. Ikääntymisen myötä moni kaipaisi enemmän ja säännöllisempää hoivaa tai vähintään tiiviimpää tukea kodinhoitoon, ruoanlaittoon ja muihin arjen toimintoihin. Hoiva-SAS-prosessiin eli ikääntyville ja somaattisesti huonokuntoisille henkilöille tarkoitettuihin palveluihin on kuitenkin vielä vaikeampi päästä kuin mielenterveyskuntoutujien asumispalveluihin. Tämä aiheuttaa haasteita asumisyksiköihin, joissa on myös somaattisesti entistä huonokuntoisempia asukkaita.

Hyvänä palveluna sosiaalialan ammattilaiset pitävät kuitenkin SAS-prosessin kautta haettavaa mielenterveyskuntoutujien lähityötä, jossa kuntoutuja saa omaan asuntoonsa säännöllistä tukea ja ohjausta pitkäaikaisesti samalta työntekijältä. Työntekijä voi olla tarvittaessa kuntoutujan tukena ja linkkinä myös kuntoutujan ja hoitotahon välillä.

Asumiseen liittyy rakenteellisia ongelmia myös niillä mielenterveyskuntoutujilla, jotka sinänsä pärjäävät hyvin itsenäisessä asumisessa, mutta jotka ovat pitkäaikaisesti pienituloisia ja Kelan etuuksien, etenkin minimietuuksien, varassa. Jo aiemmin pitkäaikaisena haasteena on luottotietonsa menettäneiden asiakkaiden mahdollisuus löytää kohtuuhintaista asuntoa pääkaupunkiseudulla, sillä useimmilta vuokranantajilta on vaikea saada vuokra-asuntoa, mikäli hakijalla on luottohäiriömerkintä. Nyt Kelan linjaukset ovat kiristyneet niin, että perustoimeentulotuessa ei enää käytännössä lainkaan huomioida kohtuuvuokraranjan (Helsingissä yksinasuvalta 715 e/kk) ylittävää osuutta, vaikka ylitys olisi pieni tai henkilö olisi ollut esimerkiksi pitkäaikaisesti asunnoton ennen asunnon saamista. Kela edellyttää pienenkin ylityksen vuoksi edullisemman asunnon hakemista, vaikka kohtuuhintaisia asuntoja on niukasti tarjolla ja niitä olisi käytännössä mahdollista saada esimerkiksi luottohäiriömerkintöjen vuoksi. Heikkoa psyykkistä vointia tai lähellä olevia hoito- ja kuntoutuspalveluita ei Kelassa pidetä hyväksyttävänä syynä olla muuttamatta toiselle alueelle, eikä sosiaalityöntekijän lausunnoilla ole käytännössä painoarvoa. Joissakin tapauksissa Kela ohjaa hakemaan asuntoa myös toiselta paikkakunnalta, mikä pääsääntöisesti tarkoittaa hoitosuhteen katkeamista kokonaan ja muutenkin erottaa kuntoutujan verkostoistaan.

Kohtuuhintaisten vuokra-asuntojen puute ja jonot tuettuun asumiseen hankaloittavat myös nuorten kuntoutujien itsenäistymistä. Monet nuoret kuntoutujat asuvat pitkään vanhempiensa luona tai joutuvat palaamaan sinne, vaikka se ei ole tarkoituksenmukaista kuntoutumisen tai perhesuhteiden näkökulmasta. Toisaalta nuorilla ei ole välttämättä riittäviä asumisen taitojakaan, minkä vuoksi tarvetta olisi nimenomaan nuorille suunnatuille tuetun asumisen paikoille.

Sosiaalityöntekijät kertovat myös kankeasta yhteistyöstä vuokranantajien kanssa. Silloinkin, kun kuntoutujalla on esimerkiksi välitystilii tai vuokravelka-asiaan ollaan hoitamassa Kelan ja sosiaalitoimen kanssa, isotkaan vuokranantajat eivät välttämättä joustaa tai halua antaa lisää aikaa päätösten tekemiseksi. Muutenkin sosiaalialan ammattilaisten ja vuokranantajien välinen yhteistyö asiakkaiden asioiden hoitamiseksi ei ole niin sujuvaa kuin kuntoutujien etu edellyttäisi. Seuraavassa luvussa kuvataan myös muita viranomaisyhteistyön haasteita.

5 Katkeileva ja siiloutunut viranomaisyhteistyö

Sosiaalialan ammattilaisten työssä kuntoutujien tapaamisen lisäksi keskeinen osa työtä on yhteistyö viranomaisten kanssa kuntoutujien asioiden hoitamiseksi. Viranomaisten välinen yhteistyö ja tiedonkulku ei ole suinkaan ongelmaton; se on nostettu Kelan tutkimuksessa esiin yhtenä keskeisenä syynä osatyökykyisten palveluiden saamisen hankaluuksiin (Virtanen ym. 2025, 43).

Viranomaisyhteistyö on psykiatrian sosiaalialan ammattilaisten keskeinen työtehtävä. Monet kuntoutujat kokevat, että he eivät osaa asioida viranomaisten kanssa niin, että he tulisivat ymmärretyksi tai toisaalta itse ymmärtäisivät esimerkiksi saamiaan päätöksiä, jonka vuoksi sosiaalialan ammattilaista usein toivotaankin välittäjän tai ”viranomaiskielen tulkin” rooliin. Tämä jo itsessään on rakenteellinen haaste, jota jo edellä sivuttiin Kelan etuuksien kohdalla: viranomaisten toiminta on kuntoutujien näkökulmasta jotakin niin epäselvää ja hankalaa, että viranomaisia on vaikea suoraan lähestyä tai sen pelätään vain aiheuttavan lisää ongelmia. Kelastakin ohjataan myös asiakkaita sosiaalialan ammattilaisten luo tekemään hakemuksia sen sijaan, että Kela neuvoisi ja auttaisi itse omien etuuksiensa hakemisessa.

Erityisesti yhteydenpito Kelaan nousikin yhdeksi keskeiseksi ongelmakohtaksi viranomaisyhteistyössä. Kuntoutusneuvonnan saaminen Kelasta on muuttunut huomattavasti hankalammaksi sen jälkeen, kun Kela sairaalassa -yhteistyöhanke psykiatrian sosiaalityön ja Kelan välillä päättyi, kuten edellä kuntoutuksen yhteydessä on jo kuvattu. Haasteita liittyy myös Kelan viranomaislinjaan, joka on usein ruuhkautunut. Aina Kelasta ei saa tietoja ilman asiakkaan läsnäoloa tai sosiaalialan ammattilaiselta kysytään sosiaalihuollon päätöksenteosta, vaikka muuttuneen asiakastietolain nojalla terveydenhuollossa työskentelevällä sosiaalihuollon ammattihenkilöllä on oikeus saada potilaansa etuuksista välttämättömät tiedot neuvontaa ja ohjausta varten. Aiemmin monet sosiaalialan ammattilaiset ovat hyödyntäneet Kelan chat-palvelua ja se on koettu toimivaksi, mutta se on nyt lopetettu, mikä on todennäköisesti lisännyt puhelinpalvelun ruuhkia entisestään.

Puhelinpalvelun ruuhkia voisi vähentää paitsi chat-palvelun ottaminen uudelleen käyttöön, myös se, että sosiaalialan ammattilaisten etuustietopalvelu Kelmusta näkyisi laajemmin asiakkaan tietojia. Nykyisellään sieltä näkyvät kuntoutujan hakemat etuudet ja se, onko niitä myönnetty vai onko päätös kielteinen, sekä maksupäivät. Vain perustoimeentulotuen osalta näkyvät myös itse päätökset. Mikäli myös muiden etuuksien päätökset olisivat näkyvissä Kelmussa, säästyisi paljon turhaa puhelimesta jonottamista, kun olisi heti selvää, miksi vaikkapa sairausetuus on hylätty, tai onko jostakin etuudesta tehty kielteinen päätös jonkun puuttuvan liitteen/lisäselvityksen vuoksi vai muusta syystä. Erityisen hyödyllistä olisi, mikäli Kelmusta kävisi selkeästi ilmi sairauspäivärahan ensisijaisuusajan täyttyminen sekä myönnettyt lääkkeiden erityiskorvattavuudet.

Yhteisen ajan varaamista Kelasta yhdessä työntekijän ja asiakkaan kesken voisi varmasti myös hyödyntää enemmän, etenkin mikäli kuntoutuja on suhteellisen hyvässä voinnissa. Se on Kelan palveluista nykyisellään psykiatrian sosiaalityössä huonommin tunnettu ja siksi alikäytetty vaihtoehto, josta siksi on niukasti toistaiseksi kokemuksia.

Sosiaalialan ammattilaiset kokevat yhteydenpidon Kelaan muuttuneet viime aikoina entistä hankalammaksi myös siksi, että harkinnan käytön Kelassa on havaittu vähentyneen, ja selvityksiä vaaditaan entistä enemmän, toisaalta esimerkiksi kuntoutujan tuntevan sosiaalialan ammattilaisen lausunnoille ei anneta juurikaan painoarvoa. Yleisesti myös esimerkiksi Virrankarin ym. toimittamassa sosiaaliturvaraportissa todetaan, että Kelasta ei myöskään vastaavasti osata ohjata tuen tarpeessa olevia henkilöitä sosiaalihuollon palveluiden piiriin (Virrankari 2021, 43).

Laajempia eri viranomaisten välisen yhteistyön haasteita liittyy myös aikuisten kaksoisdiagnoosiasiakkaiden, eli niiden kuntoutujien, joilla on samanaikainen mielenterveys- ja päihdeongelma, tilanteeseen. Etenkin niiden aikuisten kaksoisdiagnoosiasiakkaiden, jotka eivät enää ikänsä puolesta pääse nuorten palveluihin, hoidon saatavuudessa, että yleisemminkin viranomaisten kanssa asioidessa on haasteita. Hoidon suhteen päihde- ja psykiatrian palvelut pallottelevat kuntoutujaa toisilleen ja hoidon saatavuus viivästyy tai estyy kokonaan epäselvän työnjaon vuoksi. Joskus odotetaan, että tiiviimmän hoidon saamiseksi tulisi ensin ratkaista esim. asunnottomuus tai muita sosiaalisia haasteita, joiden kuntoon hoitaminen ei ole välttämättä nopeaa tai edes mahdollista, mikäli vaikea päihdeongelma heikentää toimintakykyä.

Sekä sosiaalialan ammattilaiset että kokemusasiantuntijat tuovat esiin tilanteita, joissa päihderiippuvuudesta kärsinyt kuntoutuja ei saa psykiatrista hoitoa, ei silloinkaan, vaikka hänellä olisi takanaan useamman kuukauden todistettu päihdeettömyys. Psykiatrian poliklinikan asiakkuus voidaan myös päättää päihteiden käytön vuoksi, mikä voi katkaista myös muita palveluita, esimerkiksi poliklinikan sosiaalityön palvelut. Toisaalta päihdepolienkaan asiakkuuteen ei välttämättä pääse, tai tarjolla voi olla vain aloitusryhmä mutta ei muuta päihdehoitoa.

Hankaluuksia on kuitenkin myös muiden viranomaistahojen kanssa. Edellä on jo keskusteltu siitä, että Kelassa ei useinkaan pidetä päihderiippuvuutta sairautena, jonka nojalla olisi mahdollista saada sairaus- tai kuntoutusetuuksia ja -palveluita. Yleisesti myös viranomaisyhteistyö hoitotaho(je)n, työeläkelaitosten, alueen tai erityisryhmien sosiaalityön ja työllisyyspalveluiden kesken toimii sitä huonommin, mitä monimutkaisempi asiakastilanne on kyseessä. Mikäli henkilö, jolla on kaksoisdiagnoosi, on esimerkiksi ikääntynyt, kehitysvammainen ja/tai huonosti suomea osaava maahanmuuttaja, palvelupolku ja viranomaisten välinen yhteistyö toimii erityisen huonosti, sillä mukaan tulee lisää mahdollisia toimijoita ja palveluvaihtoehtoja, mutta kokonaisvastuu ei selkeästi kuulu kenellekään ja kokonaisvaltainen palveluiden koordinointi ei toteudu.

Viranomaisten kanssa asiointiin liittyvänä haasteena nousi esiin myös digi- ja väestötietoviraston edunvalvontaprosessin hitaus. Mikäli kuntoutujalla todetaan ilmeinen taloudellisen edunvalvonnan tarve esimerkiksi merkittävien vuokravelkojen vuoksi, prosessi kestää silti kuukausia, silloinkin, vaikka asianomainen itse nimenomaan toivoisi edunvalvonnan käynnistymistä. Tänä aikana kuntoutuja voi velkaantua lisää ja asuminen voi vaarantua. Toki tällöin on mahdollista järjestää kuntoutujalle välitystilipalvelu, mikäli hän on itse siihen suostuvainen. Haastavin tilanne on niiden kuntoutujien kohdalla, joiden edunvalvonnan tarve on työntekijöiden näkökulmasta ilmeinen, mutta he eivät itse halua edunvalvontaa tai välitystiliiä.

Niiden kuntoutujien osalta, jotka ovat työllisyyspalveluissa asiakkaina, tiivis yhteistyö työllisyyspalveluiden ja hoitotahon ja psykiatrialla työskentelevät sosiaalialan ammattilaisen välillä olisi tärkeää. Se ei kuitenkaan nykyisellään riittävästi toteudu. Virtasen ym. tutkimuksessa todetaan, että te-palveluiden työntekijöillä ei ole välttämättä riittävä osaamista osatyökykyisyyden tai tuen tarpeen tunnistamiseksi (Virtanen ym. 2025, 53). Työllisyyspalveluilla ei ole myöskään välttämättä mitään tietoa asiakkaansa verkostoista, mikäli ne eivät keskustelussa nouse esiin. Silloinkin, kun kyseessä on kuntoutuja, joka on sosiaalihuollon asiakkuudessa poliklinikalla, yhteistyö saattaa pelkistyä lähinnä suunnitelmien tekemiseen. Nähtäväksi jää, miten tilanne muuttuu nyt kun aiempi käytäntö aktivointisuunnitelmien tekemisestä jää historiaan lakimuutoksen myötä. Ainakin aiemmin, kun te-palvelut olivat valtion vastuulla, tietojen saaminen asiakkaan työnhausta, velvoitteista tai suunnitelmista oli hankalaa, mikäli kuntoutuja ei ollut itse läsnä puhelussa. Sitten työllisyyspalveluiden organisaatiomuutoksiin ja toiminnan järjestäytymiseen liittyvät alkukankeudet ovat näkyneet kumppaneille välillä yhteistyön käynnistymisen hitautena. Mikäli kuntoutujalla on heikentynyt toimintakyky, hän ei välttämättä ymmärrä tai muista niitä velvoitteita, joita hänelle on te-palveluista asetettu ja siksi yhteistyö muun verkoston kanssa olisi erityisen tärkeää.

6 Toimenpide-ehdotuksia

Edellä on listattu niitä epäkohtia, joita psykiatriapalveluissa työskentelevät sosiaalialan ammattilaiset ja kokemusasiantuntijat ovat havainneet omassa työssään ja jotka hankaloittavat monien eri kuntoutujien tilannetta. Tähän raportin viimeiseen lukuun on koottu toimenpide-ehdotuksia näiden epäkohtien korjaamiseksi.

Etuuksien osalta monet haasteet liittyvät etuusjärjestelmän jäykkyyteen, joka tulee vastaan etenkin silloin, kun tilanteet muuttuvat tai kuntoutujan tilanne ei sovi selkeisiin kategorioihin. Tähän liittyen työntekijät toivovat Kelalta joustoa ja parempaa harkinnan käyttöä esimerkiksi niin, että esimerkiksi lääkärin toteamasta vaikeasta, pitkäkestoisesta päihderiippuvuudesta johtuva ilmeinen työkyvyttömyys voisi myös oikeuttaa sairauserustaisiin etuuksiin. Kelalta toivottiin myös etuustilanteen kokonaisvaltaista tarkastelua ja esimerkiksi jatkopäätöksen tekemistä myös asumisetuuksiin samalla kun asiakkaalle tehdään eläkkeestä myönteinen jatkopäätös.

Toisaalta paremmassa kunnossa olevien kuntoutujien kannalta olisi erityisen tärkeää, että lyhytkestoisten, osa-aikaisten tai keikkaluonteistenkin töiden vastaanottaminen olisi taloudellisesti mahdollisimman kannattavaa. Kelan uutisoimassa tuoreessa selvityksessä käy ilmi, että Petteri Orpon hallituksen toimeenpanema työttömyysetuuksien suojaosan poisto on vähentänyt työttömyysetuuksien saajien osa-aikaista työskentelyä (Kosunen ym. 2025). Tuntimäärältään vähäinenkin työ tukisi kuntoutujien kuntoutumista ja osallisuutta yhteiskuntaan.

Perustoimeentulotuen saajien osalta heidän asemaansa tulevat entisestään heikentämään Orpon hallituksen toimeenpanemat perustoimeentulotuen leikkaukset, etenkin mahdollisuus alentaa toimeentulotuen perusosaa jopa 50%:lla, mikäli asianomainen ei hae ensisijaisia etuuksia (sairaus- tai työttömyysetuudet). On huomioitava, että toimeentulotuen saajissa ovat ylliedustettuna henkilöt, joiden elämäntilanne on monimutkainen ja joilla on usein sairauksia, etenkin päihde- tai mielenterveysongelmia (Laatu ym. 2020, 120). Koska nämä henkilöt ovat jo valmiiksi heikossa asemassa ja heidän kykynsä asioida palveluissa ja esimerkiksi hoitaa työllisyyspalveluiden asettamia velvoitteita tai saada lääkärinlausuntoa, on heikentynyt, tätä ratkaisua ei voi pitää oikeudenmukaisena. Pitkäaikainen köyhyys lisää stressiä, häpeää ja epävarmuutta (Laatu ym. 2020, 120) ja etuusjärjestelmän monimutkaisuus ja pelko etuuksien katkeamisesta työkeikan vuoksi samoin vaikuttaa passivoivasti (Virrankari ym. 2021, 23, 60) ja siksi leikkaukset pikemminkin heikentävät mahdollisuuksia kiinnittyä yhteiskuntaan ja työllistyä. Toivomme toimeentulotukilain uudistamista tavalla, jossa nämä tekijät huomioitaisiin paremmin.

Tärkeää olisi myös se, että Kelankin etuusvalikoimassa olisi osatyökykyisille tarkoitettuja osasairauspäivärahan ja osakuntoutustuen tyyppisiä etuuksia. Nyt osatyökykyiset, joilla ei ole pitkää työhistoriaa tai vakinaista työpaikkaa, jäävät järjestelmän väliinputoajiksi, eikä heidän ole edellä mainitun työttömyysetuuden suojaosuuden poiston vuoksi taloudellisesti mielekästä myöskään työttömyysetuudella tehdä lyhytaikaisia keikka- tai osa-aikatöitä. Yleisesti sosiaaliturvajärjestelmä ei muutenkin nykyisellään riittävästi työelämän muutoksia ja epätyypillisiä työsuhteita tai keikkatöitä (esim. Virrankari ym. 2021, 26–27). Kuntoutujien parissa työskentelevien sosiaalialan ammattilaisten asiantuntemusta olisi tärkeää nykyistä enemmän hyödyntää etuuksien uudistamisessa. Tiirilän ym. raportissa todetaan, että sairausetuuksiin liittyvän vakuutuslääkärijärjestelmän kehittämisen on ollut mukana lääkäreitä ja juristeja (Tiirilä ym. 2025, 64). Voikin kysyä, miksi sosiaaliala ei ole tässä edustettuna myös.

Pidemmän tähtäimen tavoitteena oli mielekästä olla etuusjärjestelmän uudistaminen niin, että ainakin Kelan minimietuuksien (työttömyyspäiväraha/työmarkkinatuki, minimisairauspäiväraha, kansaneläke/takuueläke ja toimeentulotuen perusosa) korvattaisiin perustulo-tyyppisellä universaalilla etuudella, jonka saajilla olisi mahdollista myös tulorajojen puitteissa työskennellä ilman etuuden katkeamista tai lisäselvityksiä. Se tekisi kannattavaksi myös osa-aikaisen ja keikkaluonteisen työskentelyn, kun satunnaiset työtulot eivät katkaisisi tukien maksua, ja helpottaisi jatkuvaa hakemusrumbaa sekä vähentäisi katkoksia eri tukimuotojen välillä.

Sosiaalialan ammattilaiset ovat huomanneet, että perustoimeentulotuen käsittelyssä tapahtuu paljon virheitä, joiden korjaamiseen kuntoutujilla ei ole välttämättä toimintakykyä tai resursseja, vaan tähän menee paljon sosiaalialan ammattilaisten aikaa. Tämä on yleisesti kansalaisten oikeusturvan kannalta ongelmallista. Erityisinä ongelmakohtia perustoimeentulotuessa on nostettu esiin myös se, että tulona huomioidaan edellisen kuun lopussa tilille jääneet varat, jotka on säästetty heti kuun alussa erääntyviä laskuja varten edellisen kuun tuista. Tämä aiheuttaa asiakkaille kohtuuttomia tilanteita, joissa on pakko elää ”kädestä suuhun”. Asiakkaiden kannalta olisi kohtuullista, että Kelan omista etuuksista tilille säästettyjä rahoja ei huomioitaisi tulona. Samoin kohtuutonta on se, että kuun viimeisinä päivinä maksettu etuus (esimerkiksi kuun lopussa maksettava sairauspäiväraha) huomioidaan kyseisen kuukauden käytettävissä olevana varana, vaikka sen saa käyttöönsä vasta kuun viimeisinä päivinä. Aiemmin perustoimeentulotuessa 20. päivän jälkeen maksussa olleet etuudet on huomioitu seuraavan kuun tuloksi, eli sille ajalle kun ne tosiasiallisesti ovatkin käytettävissä elämiseen. Tämä tulkinta ei lisäisi lainkaan kustannuksia ja olisi kuntoutujien ja kaikkien perustoimeentulotuen asiakkaiden kannalta huomattavasti reilumpaa.

Asumisen osalta tämänkin asiakasryhmän tilannetta auttaisi se, että Kelassa voitaisiin aiemman käytännön mukaisesti huomioida harkinnalla perustoimeentulotuessa maltillinen kohtuuvuokratilanteen ylitys, erityisesti mikäli etuuden hakijalla on taustalla pitkäaikaista asunnottomuutta, terveydentila ja palvelut eivät mahdollista muuttamista, tai asiakkaan sosiaalityöntekijä on tehnyt lausunnon erityisistä syistä. Käytäntö oli aiemmin suhteellisen toimiva ja on vasta äskettäin kiristynyt tavalla, joka ei palvele asiakkaiden yksilöllisiä kuntoutumistarpeita.

Asumispalveluiden osalta erityisesti kaksoisdiagnoosipotilaille olisi tarvetta saada tuetun asumisen palvelua, joka toimisi vuokrasopimus pohjalta. Kaikki kaksoisdiagnoosipotilaat eivät tarvitse ympärivuorokautista palveluasumista, ja kohderyhmälle edullisempi vuokraperusteinen tuetun asumisen palvelu, jossa olisi kuitenkin tukea sairauden hoitoon ja pyrkimiseen kohti päihteettömyyttä, olisi houkuttelevampi ja myös yhteiskunnalle kustannuksiltaan edullisempi.

Muutenkin kaksoisdiagnoosipotilaiden hoidossa ja palvelupolussa olisi paljon kehittämisen tarvetta. Edelleen kuntoutujia ”pompotellaan” psykiatrian ja päihdepalveluiden välillä; hoitoa ei anneta välttämättä psykiatrialla päihteiden käytön vuoksi mutta päihdepalveluissakaan ei hoideta psyykkistä vointia. Tarvetta olisi nimenomaan kaksoisdiagnoosipotilaille suunnatuille omille hoitotiimeille, joissa kuntoutuja voisi saada tarvitsemansa hoidon yhdeltä luukulta.

Viranomaisyhteistyön osalta etenkin kuntoutusasioiden osalta toivottiin tiiviimpää yhteistyötä Kelan kanssa. Aiemmin toiminnassa ollut Kela sairaalassa -hanke, jossa psykiatrialla oli Kelassa oma kuntoutusyhteyshenkilö, pidettiin erittäin toimivana ja toivottiin sen toteutuvan uudelleen säännöllisenä, pitkäaikaisena toimintana. Se tukisi kuntoutujien mahdollisimman nopeaa pääsyä hoidosta kuntoutuksen piiriin. Heikosti toimintakykyisille kuntoutujille, jotka tarvitsevat säännöllisesti tukea Kelan etuuksien hakemisessa, toivottiin myös edelleen mahdollisuutta saada Kelasta oma, nimetty työntekijä. Kela-chatti on ollut Kelan psykiatrian kumppaneille erittäin toimiva yhteydenottokanava, ja sitä toivottiin takaisin palveluihin.

Kelan toiminnan osalta työntekijät toivovat myös Kelmu-etuustietojärjestelmään lisäyksiä siitä, että perustoimeentulotukipäätösten lisäksi myös muut etuuspäätökset (esim. sairauspäiväraha, eläke-etuudet) näkyisivät työntekijöille Kelmusta. Tällöin olisi helpompi selvittää, millä perusteella etuus on hylätty ja kannattaako sitä hakea uudestaan. Hyödyllistä olisi myös, että Kelmusta löytyisi tieto myös myönnetystä lääkkeiden erityiskorvattavuudesta. Jotkut työntekijät toivoivat lisäksi, että kuntoutujilla, joilla on vuokravelkaa, olisi heidän omasta toiveestaan mahdollista maksaa osa esimerkiksi työttömyys- tai sairausetuudesta suoraan vuokranantajalle velan lyhentämiseksi. Mikäli tätä tarkoitusta varten joudutaan perustamaan hyvinvointialueella välitystili asiakkaalle, kustannukset välitystiliä hoitavien työntekijöiden työpanoksen osalta ovat moninkertaiset.

Kuntouttava työtoiminta ollaan tämänhetkisten tietojen mukaan lakkauttamassa nykyisellään vuoden 2027 alussa (Sosiaali- ja terveysministeriön tiedote 25.11.2025); tilalle pyritään kehittämään uusia palveluita, mutta epävarmuus aiheuttaa huolta kuntoutujille. Nykyjärjestelmässä on ongelmia, ja jaamme työntekijöinä huolen siitä, että osa kuntoutujista on kuntouttavassa työtoiminnassa pitkään. Siksi toivomme, että kuntouttavaa työtoimintaa kehitetään niin, että kuntoutujat ohjataan selkeämmin joko kohti työelämää esimerkiksi ammatillisen kuntoutuksen kautta ja heille järjestetään myös monipuolisia, aiemman koulutuksen ja työhistorian huomioivia tehtäviä, tai selvästi heikommin voivat kuntoutujat ohjataan työkyvyttömyyseläkkeelle ja siihen liittyviin palveluihin.

7 Lähteet

Helsingin Sanomat 28.1.2026: ”Tukimenot pomppasivat – taustalla hallituksen leikkaukset, sanoo tutkija”. <https://www.hs.fi/politiikka/art-2000011762354.html>

Karinkanta, Saija & Reiterä, Tuomas: Kelan kuntoutuksen hyödyn arviointi. Vuonna 2021 kuntoutuksen päättäneiden työ- ja elämäntilanne rekisterien valossa. Raportteja 3. Helsinki: Kela 2025. <https://helda.helsinki.fi/server/api/core/bitstreams/fecf8c27-ab6a-45f4-94be-32ce9bb2dc70/content>

Kosunen, Paavo; Simanainen, Miska & Peutere, Laura: Kelan työttömyysetuuksia saavilla pienempiä osa-aikatyötuloja ja työnteon lopettaminen yleisempää suojaosan poistamisen jälkeen. <https://tietotarjotin.fi/tutkimusblogi/1315200/kelan-tyottomyysetuuksia-saavilla-pienempia-osa-aikatyotuloja-ja-tyonteon-lopettaminen-yleisempaa-suojaosan-poistamisen-jalkeen> Julkaistu 17.12.2025

Laatu, Markku; Airio, Ilpo & Mattila, Hannu: Perustoimeentulotukiasiakkaiden näkemyksiä ja kokemuksia toimeentulotukiudistuksesta ja Kelan palveluista. Teoksessa Tuija Korpela, Hanna-Mari Heinonen, Markku Laatu, Simo Raittila & Minna Ylikännö (toim.): Ojista allikkoon? Toimeentulotukiudistuksen ensi metrit. Kela 2020. S. 116–150. <https://helda.helsinki.fi/server/api/core/bitstreams/bf333358-1202-43eb-9ef8-cd6badc38d8d/content>

Sosiaalihuoltolaki. <https://www.finlex.fi/fi/lainsaadanto/2014/1301>

Sosiaali- ja terveysministeriö: Kuntouttavaa työtoimintaa uudistetaan – STM ja TEM kehittävät uusia sosiaali- ja työllisyyspalveluja. <https://stm.fi/-/kuntouttavaa-tyotoimintaa-uudistetaan-stm-ja-tem-kehittavat-uusia-sosiaali-ja-tyollisyyspalveluja> 25.11.2025

Tiillilä, Ulla; Heinonen, Hanna-Mari; Laatu, Markku & Mattila, Hannu: Kelan hylkäävät sairauspäiväraha- ja työkyvyttömyyseläkepäätökset. Millaiset ovat ymmärrettävien päätösten laatimisen edellytykset? Raportteja 5. Helsinki: Kela 2025. <https://helda.helsinki.fi/server/api/core/bitstreams/bce31222-d01e-4183-b941-39f5cc6296c8/content>

Virrankari, Lotta; Mattila, Hannu; Saikku, Peppi; Sihvonen, Ella & Tervola, Jussi (toim.): Tutkimuskatsaus Suomen sosiaaliturvan moninaisuuteen. Sosiaaliturvakomitean julkaisuja 2021:1. Valtioneuvosto 2021. <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/server/api/core/bitstreams/b44f2a53-3392-436b-99f1-a2c9bedf18f1/content>

Virtanen, Marianna; Korhonen, Maija ja Honkalampi, Kirsi: Osatyökyvyn jäljillä. Tutkimus käsitteen monista merkityksistä ja työkyvyn tuesta yhteiskunnallisessa keskustelussa. Tutkimuksia 169. Helsinki: Kela 2025. <https://helda.helsinki.fi/server/api/core/bitstreams/b0641031-f707-44a1-84e1-d821f5c8027c/content>

The logo for Helsinki, featuring the word "Helsinki" in a bold, black, sans-serif font. The text is enclosed within a black outline that forms a speech bubble shape, with a pointed bottom and rounded top corners.

Helsinki

Helsingin kaupunki
Psykiatrian sosiaalityö

PL 6800, 00099 Helsingin kaupunki

Vaihde: 09 310 1691

minna.heimola@hel.fi

hel.fi