

ALUEELLISET EROT KELAN KUNTOUTUKSEEN OSALLISTUMISESSA MIELENTERVEYDEN JA KÄYTTÄYTYMISEN HÄIRIÖISSÄ

Johdanto

Kuntoutus on osa suomalaista hyvinvointipalvelujärjestelmää. Tässä monitahoisessa ja kompleksisessa toimintojen ja palvelujen kokonaisuudessa kuntoutuksen saaminen ja siihen osallistuminen voi olla haastavaa. Asiakkaan tarpeenmukainen kuntoutus ei aina mahdollistu yhdenvertaisesti, asuinalueesta riippumatta (ks. Suomen perustuslaki 1999 §19, Valkonen ym. 2011, Rissanen 2019). Kuntoutusjärjestelmä on vuosien myötä rakentunut sellaiseksi, että esimerkiksi kuntoutustarpeen määrittelyyn ei ole aina olemassa selkeää yhteistä kriteeristöä. Kuntoutustarpeen arvioinnissa sekä kuntoutusalan ammattilaiset että hallinnollista harkintaa tekevät tahot painottavat ja suhteuttavat toisiinsa asiakkaan tilanteeseen liittyviä asioita (Purhonen ym. 2006).

Ei ole olemassa selkeää ajatusta siitä, mitkä asiat vaikuttavat kuntoutuspalveluihin osallistumiseen. Sen sijaan terveydenhuollon puolelta löytyy esimerkkejä, joissa palveluihin pääsyä on tarkasteltu useista näkökulmista. Esimerkiksi 1970-luvulla on todettu, että resurssien ja palvelun kohdeväestön tarpeiden lisäksi terveyspalveluihin pääsyyn voivat vaikuttaa myös yhteisöön ja yhteis-

kuntaan liittyvät tekijät, kuten henkilön sosiaalinen asema yhteisössä, käytössä oleva teknologia ja monenlaiset normit (Andersen & Newman 1973, Aday & Andersen 1974). Myöhemmin on otettu huomioon palveluihin pääsyyn vaikuttavina asioina myös yksilöiden geneettisten tekijöiden, psykologisten piirteiden ja sosiaalisten suhteiden merkitys sekä asiakkaan prosessin näkökulma eli palvelun toteutumiseen johtavat vaiheet (Andersen 1995, Levesque ym. 2013).

Kuntoutuspalveluihin osallistumiseen vaikuttavat vahvasti järjestelmään liittyvät tekijät, kuten toimijoiden välinen työnjako. Tämä johtuu siitä, että kuntoutustarpeen määrittelyyn ei ole aina olemassa selkeää yhteistä kriteeristöä ja palvelut ovat osittain harkinnanvaraisia. Kuntoutustarpeen määrittelyssä korostuvat esimerkiksi onnistunut kuntoutukseen ohjaus ja toimijoiden työnjako. Kuntoutuksen polku ei ole aina aivan yksiselitteinen. (Purhonen ym. 2006, Pulkki 2012, Miettinen ym. 2016, STM 2017.)

Tässä esiteltävässä tutkimuksessa tarkastelimme sairaanhoitopiirien välisiä eroja Kelan kuntoutukseen osallistumisessa vuonna 2018. Kohdejoukkona olivat Kelan kuntoutuksen asiakkaat, joiden kuntoutuksen perusteena olevista diagnooseista jokin kuului sairauspäryryhmään mielenenterveyden- ja

käyttäytymisen häiriöt. Tarkastelemme yksilöön ja asuinkuntaan liittyvien tekijöiden yhteyttä kuntoutukseen osallistumiseen vuonna 2018. Tutkimuksessa kysyimme, millaisia alue-eroja on Kelan kuntoutukseen osallistumisessa ja millä tavoin yksilö- ja aluetason tekijät ovat yhteydessä kuntoutukseen osallistumisen alue-eroihin. Tarkastelu rajattiin Kelan kuntoutuksen asiakkaisiin, joiden sairauspääryhmä on mielenterveyden- ja käyttäytymisen häiriöt, koska tämä on Kelan kuntoutusta saaneilla yleisin ja kasvava sairauspääryhmä. Tutkimus on osa laajempaa Kelassa artikkelin kirjoittamisen ajankohtana meneillään olevaa tutkimushanketta, jossa kuntoutuksen alueellisia eroja ja niiden syitä tarkastellaan moninäkökulmaisesti ja monimenetelmällisesti.

Kelan järjestämä kuntoutus

Suomen suurimmat kuntoutuksen järjestäjät kuntoutuksen kokonaisuuden näkökulmasta ovat julkinen terveydenhuolto ja Kela (STM 2017, 33). Vuonna 2020 Kelan kuntoutuspalvelujen menot olivat noin 371 miljoonaa euroa ja kuntoutuspalveluja sai 141 128 asiakasta. Vastaavia lukuja ei ole luotettavasti saatavilla julkisen terveydenhuollon järjestämästä kuntoutuksesta. Yleisin ja kasvava Kelan kuntoutusta saaneiden sairauspääryhmä on jo vuosia ollut mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöt (ICD-tautiluokitus F00-F99). Vuonna 2021 108 000 henkilöä sai kuntoutusta mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöiden vuoksi, kun samana vuonna yksittäisiä kuntoutujia Kelan järjestämässä kuntoutuksessa oli 156 139. (Kela 2022). Tämän sairauspääryhmän yleisyys sekä vuosia jatkunut asiakasmäärän kasvu todentavat tutkimuksissa havaittua kehitystä siitä, että mielenterveyteen liittyvät syyt ovat nykyään yhä useamman työikäisen terveysongelmien taustalla (mm. Blomgren 2016, Blomgren 2020).

Kela järjestää ammatillista kuntoutusta, vaativaa lääkinällistä kuntoutusta, kuntoutuspsykoterapiaa ja harkinnanvaraista kuntoutusta. Ammatillisen kuntoutuksen tarkoituksena on auttaa sopivan ammattialan valinnassa, työllistymään, pysymään työelä-

mässä tai palaamaan sinne sairaudesta huolimatta. Vaativan lääkinällisen kuntoutuksen tavoite on, että alle 65-vuotiaat voisivat sairaudesta tai vammasta huolimatta työskennellä tai selviytyä arjen toiminnoista kuntoutuksen avulla. Kuntoutuspsykoterapiassa avulla pyritään edistämään 16–67-vuotiaiden työ- ja opiskelukykyä ja näiden edellytyksiä. Kela myöntää harkinnanvaraista kuntoutusta vuosittain eduskunnalta saamansa määrärahan puitteissa, ja sitä voi saada yksilöllisen tarpeen mukaan, jos henkilön toimintakyky ja elämänlaatua on mahdollista parantaa kuntoutuksella. (Kela 2018.)

Kuntoutuksen osallistuminen aiemman tutkimuksen valossa

Kuntoutuksen pääsyä on monissa tutkimuksissa tarkasteltu yksilö- ja sosioekonomisten tekijöiden näkökulmista. Esimerkiksi Pensola ym. (2012) tutkivat sosioekonomisia tekijöitä Kelan kuntoutuksen hakemisessa ja myönnyössä. Tutkijat totesivat, että kuntoutuksen hakeminen oli yhteydessä ikään, sukupuoleen, koulutukseen, tuloihin ja perheeseen. Toimenpiteittäin oli kuitenkin vaihtelua yhteyden suunnassa ja suuruudessa. Esimerkiksi harkinnanvaraiseen kuntoutuksen hakemista lisäsi keskimääräistä parempi koulutus ja tulotaso. Kyseinen tutkimus toteutettiin aikana, jolloin Kelan kuntoutuspsykoterapiaa kuului vielä harkinnanvaraiseen kuntoutuksen.

Ruotsissa selvitettiin kipukuntoutuksen pääsyn yksilötekijöitä asiakkaiden kokemuksia tutkimalla ja havaittiin, että kuntoutuksen pääsyn kannalta merkityksellisiltä näyttäytyivät esimerkiksi asiakkaan sukupuoli, työkyky, sosiaalinen asema, ikä ja ulkoinen olemus (Wiklund ym. 2016). Asiakkaat kokivat, että näiden syiden takia kuntoutusta ei ole yhdenvertaisesti saatavilla. Tutkimuksen tuloksissa tuotiin esiin, että naiset eivät saa yhtä paljon tukea kuin miehet oman asiakaspolkunsu edetessä. Myös siistin pukeutumisen koettiin edistävän kuntoutuksen pääsyä. Muita kuntoutuksen pääsyn yksilötekijöitä voivat olla myös kuntoutustietous, uskomukset, odotukset, arvot ja sosiaalinen tuki (ks. Pulkki 2012).

Alue-erojen ja erityisesti niiden syiden näkökulmasta löytyi vain vähän tietoa. Kansainvälisesti tarkasteltuna esimerkiksi Yhdysvalloissa on todettu merkittävää alueellista vaihtelua kuntoutuksen saamisessa aivohalvauksen saaneiden veteraanien kuntoutuksessa (Jia ym. 2017). Tutkimuksen mukaan niillä alueilla, missä veteraanien kuntoutukseen pääsy oli todennäköisempää, potilaat lähetettiin kuntoutukseen suoraan akuutin hoidon yksiköistä ja heidän toimintakykynsä oli huonompi kuin muilla alueilla keskimäärin. Yhdysvalloissa on tutkittu myös selkäydinvamman liittyvän kuntoutuksen alue-eroja ja todettu, että palvelujen käytön alueellisiin eroihin vaikuttavat asiakkaiden ja palveluntuottajien väliset välimatkat (Bell ym. 2017). Pidempi välimatka ennusti esimerkiksi fysioterapian vähäisempää käyttöä. Australiassa havaittiin, että kuntoutuspalvelujen kysyntä ja tarjonta olivat käänteisessä suhteessa toisiinsa. Niillä alueilla, joilla oli paljon kuntoutuspalveluja, kysyntä oli pienempää kuin alueilla, joilla oli vain vähän palveluja tarjolla ja siten vaikeampi pääsy palveluun (Gao ym. 2019). Kansainvälisessä tarkastelussa on otettava huomioon, että eri maiden kuntoutusjärjestelmät ja koko ympäröivä yhteiskunta voivat poiketa toisistaan. Siten myös kuntoutuksen saamiseen liittyvät tekijät voivat olla maa-kohtaisia eivätkä ole sellaisenaan vertailukelpoisia keskenään.

Suomessa on tutkittu lähinnä Kelan järjestämän kuntoutuksen alueellisia eroja. Eroja on todettu muun muassa kuntoutuspsykoterapiassa maakuntien välillä sekä laajemmin kuntoutukseen hakemisessa ja eri kuntoutusmuotojen hylkäysosuuksissa terveydenhuollon erityisvastuualueiden välillä (Valkonen ym. 2011, Rissanen 2019, Rättö ym. 2020). Kelan järjestämän kuntoutuksen alueellisten erojen taustalla on todettu olevan esimerkiksi palveluiden alueellinen jakautuminen sekä kuntien vaihtelevat käytännöt kuntoutuksen järjestämisessä omana toimintanaan, osana kunnallisia sosiaali- ja terveystaluita (ks. Huikko ym. 2017, 47–49, Pitkänen 2020). Muina tekijöinä siinä on todettu sidosryhmäyhteistyön onnistuminen, palveluun ohjaamisen kriteereiden yhtenäisyys

sekä hakemusten taustalla olevien perusteiden selkeys eri alueilla (mm. Blomgren & Virta 2012, Huurinainen 2016).

Aineisto ja menetelmät

Aineisto

Käytimme tutkimuksessa yksilötasoisista rekisteriaineistoa Manner-Suomessa vuoden 2017 lopussa asuneista henkilöistä (N = 5 520 759). Poimimme heille Kelan rekistereistä tiedon kuntoutuspäätöksistä vuoden 2018 aikana ja kuntoutukseen osallistumisesta vuosien 2018 tai 2019 aikana. Tämä siitä syystä, että kuntoutukseen osallistumisen realisoituminen voi viivästyä siitä, kun kuntoutuspäätös on tehty. Osa asiakkaista, jotka ovat saaneet myöntävän kuntoutuspäätöksen vuonna 2018, on mahdollisesti osallistunut kuntoutukseen vasta vuonna 2019. Liitimme aineistoon yksilötekijöitä Kelan ja Verohallinnon rekistereistä ja asuinkunnan mukaan aluetekijöitä Sotkanetistä ja Tilastokeskuksen rekistereistä.

Kuntoutuspäätösten tarkasteluvuodeksi on valittu vuosi 2018, koska se mahdollisesti yhdenmukaisen kuntoutuspalveluihin osallistumisen tarkastelun valituissa Kelan kuntoutuspalveluissa. Kuntoutukseen pääsyn kriteerit osittain muuttuivat ammatillisen kuntoutuksen osalta vuonna 2019, kun Kelassa käynnistyi nuorten (16–20-vuotiaiden) ammatillinen kuntoutus (kkrl 7a§). Sen mukaan toimintakyvyn heikentymistä arvioidaan kokonaisvaltaisesti eikä kuntoutukseen pääsyyn enää edellytetä lääketieteellistä diagnoosia. Siten kuntoutukseen osallistumiseen voivat vaikuttaa laajasti myös monet muut tekijät kuin esimerkiksi lääkärin lausunto. Myös vuonna 2020 Kelan kuntoutukseen osallistuminen muuttui Covid-19-pandemian myötä. Pandemia vaikutti olennaisesti moniin Kelan kuntoutuspalveluihin, kun osa palveluista esimerkiksi siirtyi etäkuntoutukseksi (ks. Heiskanen ym. 2021).

Tutkimuksen kohdejoukkona olivat asiakkaat, joiden kuntoutuksen perusteena olevista diagnooseista ainakin yksi sisältyi ICD-10-tautiluokituksen mukaiseen mielenterveyden- ja käyttäytymisen häiriöiden

(F00-F99) sairauspääryhmään. Sairauspääryhmän yleisimmät sairaudet ovat mielialahäiriöt ja ahdistuneisuushäiriöt. Muita sairauksia ovat psykoosit, aikuisiän persoonallisuus- ja käytöshäiriöt, älyllinen kehitysvammaisuus, psyykkisen kehityksen häiriöt, varhain alkavat käytös- ja tunnehäiriöt sekä muut luokittelemattomat tähän sairauspääryhmään kuuluvat sairaudet.

Alue-eroja tarkastelimme sairaanhoitopiireittäin. Sairaanhoitopiirit ovat asiakasmäärältään riittävän suuria alueiden välisten erojen esiin saamiseen. Sairaanhoitopiirit mukailevat jossain määrin nykyisiä hyvinvointialueita. Siten tutkimuksella on tällä aluerajauksella sovellusarvoa tulevaisuuden sosiaali- ja terveyspalveluissa järjestettävän kuntoutuksen suunnittelun tukemisessa.

Poimimme aineistosta kolme osa-aineistoa edustamaan Kelan erilaisia kuntoutusmuotoja – ammatillinen kuntoutus, vaativa lääkinnällinen kuntoutus ja kuntoutuspsykoterapia – ja kattavasti eri ikäryhmiä. Ensimmäisen osa-aineiston perusjoukkona olivat ammatillisen kuntoutuksen päätöksen saaneet 18–67-vuotiaat. Tarkasteltavia toimenpiteitä olivat työllisyyttä edistävä ammatillinen kuntoutus (TEAK), KIILA-kuntoutus ja ammatilliset kuntoutuskurssit. Toisen osa-aineiston perusjoukkona olivat vaativan lääkinnällisen kuntoutuksen päätöksen saaneet alle 16-vuotiaat. Toimenpiteinä tarkastelimme puhe-, toiminta- ja musiikkiterapiaa sekä neuropsykologista kuntoutusta. Kolmannen osa-aineiston perusjoukkona olivat kuntoutuspsykoterapiapäätöksen saaneet 16–67-vuotiaat.

Toimenpiteiden valinta perustui kahteen keskeiseen kriteeriin. Ensinnäkin kuntoutuspäätösten taustalla olevien mielenterveyden- ja käyttäytymisen häiriöiden (F00-F99) osuuden kaikista diagnooseista tuli olla mahdollisimman suuri vuonna 2018. Toiseksi kuntoutuspäätösten kokonaismäärän tuli olla riittävän suuri yhtä lakiperustetta kohden, jotta alueellinen tarkastelu oli mahdollista.

Kuntoutukseen osallistuneiksi määritelimme ne, jotka olivat saaneet myönteisen kuntoutuspäätöksen edellä mainituista toimenpiteistä vuoden 2018 aikana ja jotka olivat osallistuneet kyseiseen toimenpiteeseen

ratkaisupäivää seuraavien 12 kuukauden aikana. Kussakin osa-aineistossa vertailimme kuntoutukseen osallistuneita kyseisen sairaanhoitopiirin alueella vuoden 2017 lopussa asuneeseen saman ikäiseen väestöön, joka ei ollut osallistunut kyseiseen mielenterveysperusteiseen kuntoutukseen. Vuoden 2018 aikana koko tutkimusväestöstä kuoli 54 441 (0,99 %), muutti maasta 14 123 (0,26 %) ja siirtyi toisen sairaanhoitopiirin alueelle 113 539 (2,06 %) henkilöä.

Muuttujat

Liitimme aineistoon yksilötekijöitä ja asuin-kunnan mukaan aluetekijöitä, joiden oletimme aiempien tutkimusten perusteella olevan yhteydessä kuntoutukseen osallistumiseen. Poimimme Kelan rekistereistä aineistoon seuraavat yksilötason muuttujat: ikä, sukupuoli, äidinkieli ja siviilisäätö vuoden 2017 lopussa. Äidinkielen luokat olivat suomi, ruotsi ja muu. Siviilisäädyn luokat olivat naimisissa, naimaton, eronnut ja leski. Valtionveronalaiset ansio- ja pääomatulot koko vuodelta 2017 saimme verottajan Kelalle toimittamista tiedoista. Tulolajit laskettiin yhteen ja luokiteltiin neljänneksiin kussakin aineistossa erikseen. Alle 16-vuotiaiden osalta emme käyttäneet siviilisäätö- ja tulot-muuttujia.

Aluetekijät ovat kuntatasolta ja pääosin vuoden 2017 tietoja. Yksilön asuinkuntatieto on vuoden 2017 lopusta. Aluemuuttujat kuvaavat kuntoutuksen palvelutarjonnan kontekstia (asukasluku), kuntoutuksen mahdollista tarvetta mielenterveyden näkökulmasta (työllisten osuus, depressiolääkekorvaukset, mielenterveyskäynnit, sairastavuus) ja kuntoutuksen tarpeen arviointiin pääsyä (odotusaika lääkärille). Tarkastelun kohteena oleviin Kelan kuntoutuspalveluihin pääsyn kriteerinä on lääkärinlausunto. Aluetekijöiden luokittelussa tavoitteena oli muodostaa suunnilleen saman suuruiset luokat paitisi kunnan asukasmäärän luokittelussa, joka tehtiin sisällöllisin perustein.

Kunnan asukasluvun laskimme aineistosta ja luokittelimme seuraavasti: alle 5 000, 5 000–9 999, 10 000–39 000, 40 000–99 999 ja vähintään 100 000 asukasta.

Työllisten osuus kunnittain on Tilastokeskuksen Työssäkäyntitilastosta (Statfin), ja se perustuu pääasialliseen toimintaan vuoden 2017 lopussa. Työllisten lukumäärän suhteutimme kunnan koko väestön lukumäärään ja luokittelimme seuraavasti: alle 35, 35–39, 40–44 ja vähintään 45 prosenttia. Tiedon puuttuessa käytimme kyseisen sairaanhoitopiirin keskiarvoa.

Depressiolääkekorvausten osuus ja mielenterveyskäynnit poimimme Sotkanetistä vuodelta 2017. Depressiolääkkeistä korvausta saaneiden 18–64-vuotiaiden osuuden tuhatta vastaavan ikäistä kohti luokittelimme seuraavasti: alle 73, 73–76, 77–83 ja vähintään 84 prosenttia. Perusterveydenhuollon avohoidon mielenterveyskäyntien ja psykiatrian erikoisalalan avohoitokäyntien yhteenlasketun määrän tuhatta 18 vuotta täyttänyttä kohti luokittelimme seuraavasti: alle 450, 450–549, 550–649 ja vähintään 650 avohoitokäyntiä tuhatta asukasta kohti. Lastenpsykiatrian erikoisalalan avohoitokäynnit tuhatta 0–12-vuotiasta kohti luokittelimme seuraavasti: alle 230, 230–299, 300–449 ja vähintään 450. Indikaattorit kuvaavat psykiatrian avohoidon käyttöä, ei mielenterveysongelmien yleisyyttä. Lastenpsykiatrian avohoitokäynnit sisältävät erikoissairaanhoidon lastenpsykiatrian erikoisalaan kuuluvat avohoitokäynnit kaikissa kunnallisissa sairaaloissa (lukuun ottamatta päiväsairaalahoitoa). Kuntien puuttuvat tiedot korvasimme sairaanhoitopiirin keskiarvolla.

THL:n ikävakioimaton sairastavuusindeksi vuodelta 2016 kuvaa kuntien väestön sairastavuutta suhteessa koko maan tasoon ja heijastelee palvelutarvetta eri alueilla. Indeksissä on otettu huomioon seitsemän eri sairausryhmää ja neljä eri painotusnäkökulmaa, joista sairauksien merkitystä arvioidaan. Indeksien arvo on sitä suurempi, mitä yleisempää sairastavuus alueella on, kun koko maa saa arvons 100. Indeksien luokittelimme seuraavasti: alle 80, 80–99, 100–109 ja vähintään 110. Tieto on Sotkanetistä.

Sotkanetistä saimme tiedon siitä, kuinka suurella osalla potilaista odotusaika hoidon tarpeen arvioinnista lääkärin kiireettömälle perusterveydenhuollon avosairaanhoidon vastaanottokäynnille oli yli viikon. Osuudet

luokittelimme seuraavasti: alle 50, 50–59, 60–69 ja vähintään 70 prosenttia. Ensisijaisesti käytimme vuoden 2017 lokakuun tietoa. Tieto oli Sotkanetissä saatavilla vain maaliskuulta ja lokakuulta. Tutkimuksessa käytimme lokakuun tietoja, koska ne olivat lähempänä tarkasteluvuotta 2018. Jos tieto puuttui, korvasimme sen vuoden 2017 maaliskuun tiedolla tai vuoden 2016 vastaavilla tiedoilla. Yhdentoista kunnan tieto puuttui kokonaan. Näissä tapauksissa käytimme kyseisen sairaanhoitopiirin keskiarvoa. Tutkimuskohteina oleviin kuntoutustoimenpiteisiin hakeminen edellyttää usein lääkärinlausuntoa. Siten pääsy hoidon tarpeen arviointiin kertoo välillisesti myös pääsystä kuntoutustarpeen arviointiin.

Analyysimenetelmät

Kuntoutukseen osallistumista tarkastelimme kuvailevissa analyyseissa sairaanhoitopiireittäin. Laskimme kullekin kuntoutusmuodolle sairaanhoitopiireittäin ikä- ja sukupuolivakioidun kuntoutukseen osallistuneiden määrän tuhatta henkeä kohti ja näille luvuille 95 prosentin luottamusvälit. Tarkastelimme tilastollisia merkitsevyyksiä luottamusvälien avulla.

Yksilö- ja aluetekijöiden yhteyttä sairaanhoitopiirien välisiin eroihin kuntoutukseen osallistumisessa tarkastelimme logistisella regressiomallilla (ks. mm. Armitage ym. 2005). Mallissa 1 vakioimme sairaanhoitopiiriin lisäksi iän ja sukupuolen. Mallissa 2 vakioimme yksilötekijöistä äidinkielen ja ammatillisen kuntoutuksen ja kuntoutuspsykoterapian malleissa myös siviilisäädyn ja tulot. Mallissa 3 vakioimme edellisten lisäksi kuntatason tekijät, joita olivat kunnan koko, työllisten osuus, odotusaika lääkärille yli seitsemän päivää ja THL:n sairastavuusindeksi. Ammatillisen kuntoutuksen ja kuntoutuspsykoterapian malleissa vakioimme lisäksi aikuisten mielenterveyden avohoitokäynnit tuhatta henkeä kohden ja depressiolääkkeiden käytön tuhatta 18–64-vuotiasta kohden. Lääkinnällisen kuntoutuksen malleissa vakioimme puolestaan lastenpsykiatrian avohoitokäynnit tuhatta 0–12-vuotiasta kohden. Lisäsimme kunkin aluetekijän myös yksitellen mal-

liin 2 selvittääksemme tarkemmin näiden yksittäiset yhteydet. Tulokset näistä esitämme tekstissä ja vain niistä aluetekijöistä, joilla oli selkein yhteys (ei erillistä tulostaulukkoa). Tulokset esitetään siten, että alueita verrataan koko maan tasoon, joka sai arvon 1.

Vertailimme mallien hyvyttä Akaiken informaatiokriteerin (AIC) ja Bayesilaisen informaatiokriteerin (BIC) avulla. Mallia, jolla on pienin AIC (tai BIC), pidetään parhaana. Analysoimme aineiston Stata/MP 13.1 -tilasto-ohjelmalla.

Tulokset

Aineiston kuvailu

Ammatilliseen kuntoutukseen osallistuneet olivat koko väestön 18–67-vuotiaisiin verrattuna useammin naisia ja keski-ikältään selvästi nuorempia (liitetaulukko 1). Suomenkieliset olivat yliedustettuina. Siviilisäädyltään ammatilliseen kuntoutukseen osallistuneet olivat koko väestöä useammin naimattomia. Lähes 70 prosenttia ammatilliseen kuntoutukseen osallistuneista kuului alimpaan tuloneljänneeseen. Vaativaan lääkinnälliseen kuntoutukseen osallistuneista alle 16-vuotiaista yli 70 prosenttia oli poikia, ja he olivat keski-ikältään vuoden verrokkiväestöä nuorempia. Suomenkielisten osuus aineistossa oli hieman pienempi kuin koko väestössä. Kuntoutuspsykoterapiaan osallistuneista 16–67-vuotiaista lähes 80 prosenttia oli naisia. Keski-ikältään he olivat selvästi koko väestöä nuorempia ja useammin suomenkielisiä sekä hieman useammin naimattomia ja pienituloisempia.

Kuntoutukseen osallistuneiden jakaumat poikkesivat jonkin verran koko väestöstä asuinkuntaan liittyvien tietojen osalta (liitetaulukko 2). Ammatilliseen kuntoutukseen osallistuneet asuivat muita useammin kunnassa, jossa aikuisten mielenterveyden avohoitokäynnit, depressiolääkkeiden käyttö ja sairastavuus olivat yleisempiä. Vaativaan lääkinnälliseen kuntoutukseen osallistuneista hieman suurempi osa asui kunnissa, joissa lastenpsykiatrian avohoitokäynnit olivat yleisempiä. Kuntoutuspsykoterapiaan osallistuneet asuivat muita yleisemmin kunnissa,

joissa asukasmäärä oli suurempi ja työllisten osuus ja sairastavuusindeksi pienempi.

Kuntoutukseen osallistuneet

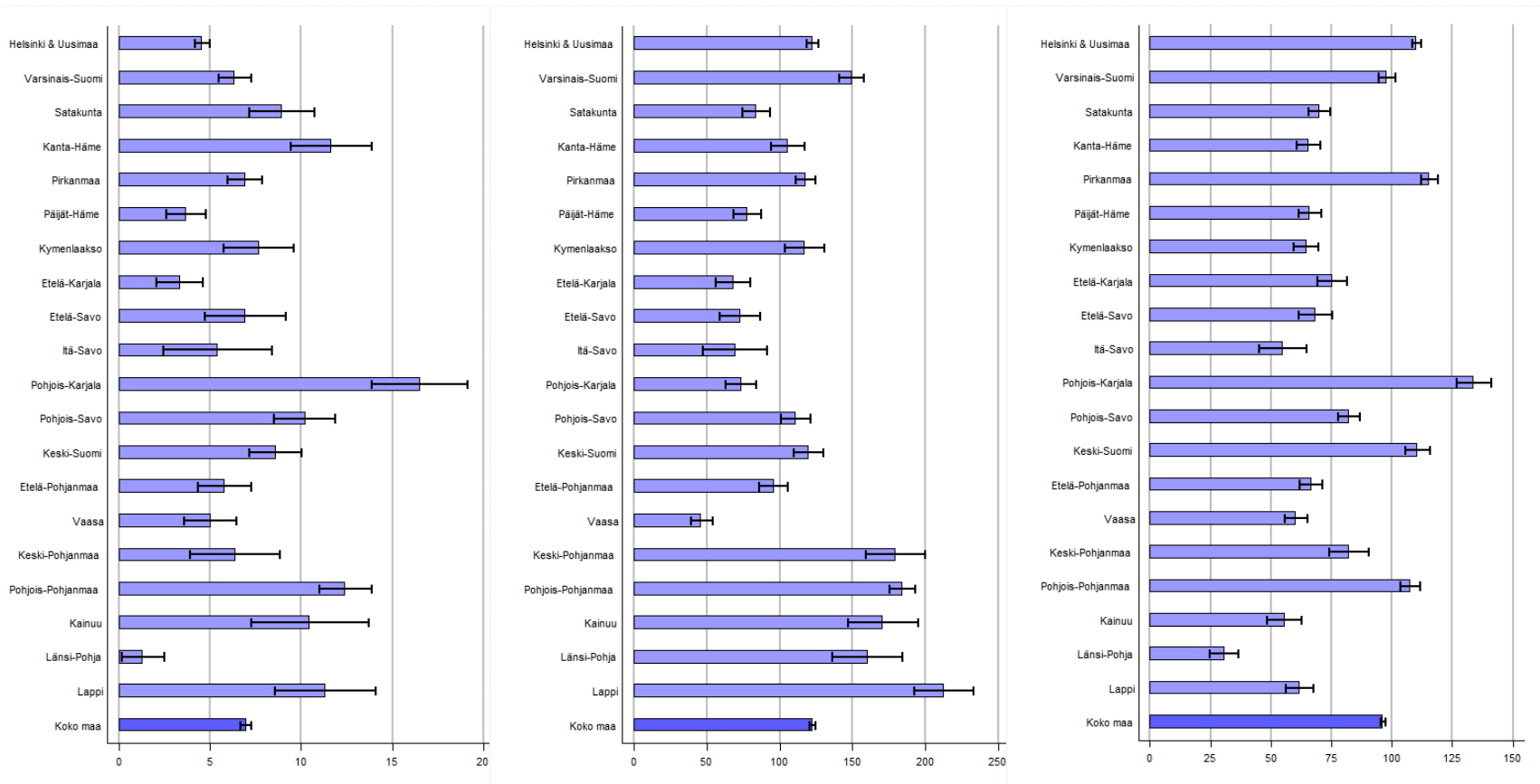
Ammatilliseen kuntoutukseen osallistui koko väestöstä seitsemän ihmistä 10 000 asukasta kohti (n = 3 002) vuonna 2018. Ammatilliseen kuntoutukseen osallistuminen oli muita sairaanhoitopiirejä selvästi yleisempää Pohjois-Karjalassa (16,6/10 000) (kuvio 1: Kelan ammatillinen kuntoutus). Osallistuminen oli keskimääräistä yleisempää myös Pohjois-Pohjanmaalla, Kanta-Hämeessä, Lapsissa, Pohjois-Savossa, Keski-Suomessa ja Kainuussa. Harvinaisinta kuntoutukseen osallistuminen (1,4/10 000) oli Länsi-Pohjassa. Osallistuminen oli keskimääräistä harvinaisempaa myös Etelä-Karjalan, Päijät-Hämeen, HUSin sekä Vaasan sairaanhoitopiireissä.

Vaativaan lääkinnälliseen kuntoutukseen osallistui 123 henkeä 10 000 asukasta kohti vuonna 2018. Vaativaan lääkinnälliseen kuntoutukseen osallistuminen oli yleisintä Lapin sairaanhoitopiirissä (213/10 000) (kuvio 1: Kelan vaativa lääkinnällinen kuntoutus). Osallistuminen oli keskimääräistä selvästi yleisempää myös Keski- ja Pohjois-Pohjanmaalla. Harvinaisinta vaativaan lääkinnälliseen kuntoutukseen osallistuminen (47/10 000) oli Vaasan sairaanhoitopiirissä. Osallistuminen oli harvinaista myös Etelä-Savossa, Etelä-Karjalassa, Itä-Savossa, Päijät-Hämeessä ja Pohjois-Karjalassa.

Kuntoutuspsykoterapiaan osallistui 96 henkeä 10 000 asukasta kohti vuonna 2018. Kuntoutuspsykoterapiaan osallistuminen oli yleisintä Pohjois-Karjalassa (134/10 000) (kuvio 1: Kelan kuntoutuspsykoterapia). Osallistuminen oli keskimääräistä yleisempää myös Kanta-Hämeessä, HUSissa, Keski-Suomessa ja Pohjois-Pohjanmaalla. Harvinaisinta kuntoutuspsykoterapiaan osallistuminen oli Länsi-Pohjassa (31/10 000). Osallistuminen oli keskivertoa selvästi harvinaisempaa myös Itä-Savossa ja Kainuussa.

Osallistumisen erojen selittäminen

Alueiden välisiä eroja kuntoutukseen osallistumisessa selitimme yksilö- ja aluetekijöillä



Kuvio 1. Kelan ammatilliseen kuntoutukseen, vaativaan lääkinälliseen kuntoutukseen ja kuntoutuspsykoterapiaan mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöiden perusteella osallistuminen ikä- ja sukupuolivakioituna (osallistuneet 10 000 asukasta kohti) ja 95 prosentin luottamusvälit sairaanhoitopiireittäin vuonna 2018.

Taulukko 1. Yksilö- ja aluetekijöiden yhteys Kelan kuntoutukseen osallistumiseen (OR ja 95 %:n luottamusväli) eri lakiperusteissa vuonna 2018 verrattuna koko maan tasoon (OR=1).

Sairaanhoidopiiri	Ammatillinen kuntoutus				Vaativa lääkinällinen kuntoutus				Kuntoutuspsykoterapia			
	Malli1	Malli2	Malli3	95 %:n lv*	Malli1	Malli2	Malli3	95 %:n lv*	Malli1	Malli2	Malli3	95%:n lv*
Helsinki ja Uusimaa	0,72	0,81	0,76	(0,67-0,87)	1,05	0,99	1,02	(0,96-1,07)	1,20	1,27	0,98	(0,95-1,02)
Varsinais-Suomi	1,02	1,02	0,91	(0,77-1,09)	1,28	1,28	1,32	(1,23-1,41)	1,06	1,07	0,96	(0,92-1,01)
Satakunta	1,33	1,28	1,19	(0,96-1,49)	0,71	0,73	0,68	(0,60-0,77)	0,76	0,73	0,93	(0,87-1,00)
Kanta-Häme	1,75	1,74	1,73	(1,36-2,20)	0,90	0,92	0,99	(0,87-1,12)	0,72	0,70	0,90	(0,82-0,98)
Pirkanmaa	1,05	0,99	0,95	(0,80-1,13)	1,01	1,02	0,98	(0,91-1,05)	1,25	1,21	1,15	(1,09-1,21)
Päijät-Häme	0,59	0,54	0,55	(0,39-0,77)	0,66	0,66	0,68	(0,59-0,78)	0,71	0,69	0,70	(0,64-0,77)
Kymenlaakso	1,12	1,05	1,15	(0,86-1,53)	1,00	0,99	0,99	(0,86-1,13)	0,70	0,69	0,84	(0,77-0,92)
Etelä-Karjala	0,56	0,53	0,61	(0,40-0,94)	0,57	0,58	0,57	(0,47-0,68)	0,82	0,81	0,97	(0,87-1,08)
Etelä-Savo	1,09	0,99	1,18	(0,82-1,70)	0,62	0,63	0,55	(0,45-0,68)	0,73	0,70	0,85	(0,76-0,96)
Itä-Savo	0,90	0,79	0,97	(0,53-1,75)	0,58	0,59	0,50	(0,36-0,69)	0,59	0,57	1,06	(0,87-1,28)
Pohjois-Karjala	2,60	2,20	2,31	(1,83-2,92)	0,62	0,64	0,57	(0,48-0,66)	1,46	1,40	1,97	(1,82-2,14)
Pohjois-Savo	1,59	1,43	1,40	(1,11-1,77)	0,94	0,97	0,92	(0,83-1,03)	0,88	0,84	0,96	(0,88-1,04)
Keski-Suomi	1,41	1,24	1,08	(0,85-1,37)	1,02	1,06	1,07	(0,97-1,18)	1,20	1,14	1,09	(1,01-1,17)
Etelä-Pohjanmaa	0,89	0,88	0,94	(0,71-1,23)	0,82	0,86	0,86	(0,77-0,96)	0,72	0,69	0,94	(0,87-1,02)
Vaasa	0,76	0,87	0,97	(0,70-1,34)	0,39	0,43	0,47	(0,40-0,56)	0,65	0,72	0,86	(0,78-0,94)
Keski-Pohjanmaa	0,96	1,01	1,31	(0,84-2,02)	1,54	1,65	1,58	(1,38-1,80)	0,90	0,90	1,23	(1,09-1,39)
Pohjois-Pohjanmaa	1,89	1,76	1,93	(1,62-2,30)	1,59	1,65	1,70	(1,58-1,82)	1,17	1,11	1,32	(1,25-1,39)
Kainuu	1,65	1,52	1,84	(1,30-2,60)	1,47	1,51	1,32	(1,12-1,55)	0,61	0,58	0,91	(0,79-1,05)
Länsi-Pohja	0,23	0,21	0,29	(0,12-0,71)	1,38	1,43	1,37	(1,16-1,61)	0,33	0,31	0,49	(0,40-0,60)
Lappi	1,66	1,53	2,05	(1,49-2,81)	1,84	1,88	1,77	(1,57-2,00)	0,67	0,64	0,76	(0,67-0,85)
AIC	38701	36357	36296		118509	117934	117870		361029	356524	353452	
BIC	39080	36853	37040		118780	118228	118352		361422	357035	354211	

*95 %:n luottamusväli ovat mallista 3.

Malli 1: Ikä + sukupuoli

Malli 2: Malli 1 + yksilötekijät (ammattillinen kuntoutus ja kuntoutuspsykoterapia: äidinkieli, siviilisääty, tulot; vaativa lääkinällinen kuntoutus: äidinkieli)

Malli 3: Malli 2 + kuntatekijät (ammattillinen kuntoutus ja kuntoutuspsykoterapia: kunnan asukasmäärä, työllisten osuus, odotus-aika lääkärille yli 7 päivää, THL:n sairastavuusindeksi, aikuisten mielenterveyden avohoitokäynnit tuhatta henkeä kohden, depressiolääkkeiden käytön tuhatta 18–64-vuotiaasta kohden; Vaativa lääkinällinen kuntoutus: kunnan asukasmäärä, työllisten osuus, odotus-aika lääkärille yli 7 päivää, THL:n sairastavuusindeksi, lastenpsykiatrian avohoitokäynnit tuhatta 0–12-vuotiaasta kohden).

(Tummennetut luvut eroavat 95 %:n luottamusväleillä mitattuna arvosta 1.)

(taulukko 1). Ensimmäisessä mallissa vakioimme iän ja sukupuolen, toisessa mallissa näiden lisäksi muut yksilötekijät ja kolmannessa mallissa näiden lisäksi vielä aluetekijät.

Ammatillisen kuntoutuksen sairaanhoitopiirien väliset osallistumisen erot pääosin hieman kaventuivat äidinkielen, siviilisäädyn ja tulojen vakioimisen jälkeen, etenkin Pohjois-Karjalassa (malli 2). Aluetekijöiden vaikutus oli erisuuntainen eri alueilla. Etenkin Keski-Pohjanmaalla, Kainuussa ja Lapissa niiden vakiointi kasvatti eroa koko maahan verrattuna (malli 3). Yksittäisten aluetekijöiden vaikutukset vaihtelivat alueittain (tulokset eivät näkyvillä). Vähiten vaikutusta oli työllisten osuudella ja kunta-koolla. Kaikkiaan vakiointien jälkeen osallistuminen ammatilliseen kuntoutukseen oli yleisintä Pohjois-Karjalassa, Lapissa, Pohjois-Pohjanmaalla ja Kainuussa ja harvinaisinta Länsi-Pohjassa.

Vaativaan lääkinälliseen kuntoutukseen osallistumisen alue-erot eivät juuri muuttaneet, kun iän ja sukupuolen lisäksi vakioitiin myös äidinkieli (malli 2). Myös aluetekijöiden vakioinnin vaikutus oli pieni, Kainuuta lukuun ottamatta (malli 3). Yksittäisistä aluetekijöistä THL:n sairastavuusindeksin vakioinnilla oli suurin vaikutus sen pienentäessä lähes kaikkien muiden sairaanhoitopiirien paitsi HUSin kertoimia (tulokset eivät näkyvillä). Vakiointien jälkeen osallistuminen vaativaan lääkinälliseen kuntoutukseen oli yleisintä Lapissa, Pohjois-Pohjanmaalla ja Keski-Pohjanmaalla ja harvinaisinta Vaasassa ja Itä-Savossa.

Kuntoutuspsykoterapiaan osallistumisessa yksilötekijöiden vakiointi ei juuri vaikuttanut alue-eroihin (malli 2). Aluetekijöiden vakioinnin vaikutus oli suurempi. Alueiden väliset erot kaventuivat, mutta Pohjois-Karjala oli poikkeus. Yksittäisistä aluetekijöistä erityisesti kuntakoko ja THL:n sairastavuusindeksi selittivät HUSin koko maan tasoa todennäköisempää osallistumista mutta nostivat useiden muiden sairaanhoitopiirien kertoimia. Vakioinnin jälkeen kuntoutuspsykoterapiaan osallistumisen todennäköisyys oli yleisintä Pohjois-Karjalassa, Pohjois-Pohjanmaalla, Keski-Pohjanmaalla ja Pirkanmaalla.

Vähiten osallistuttiin Länsi-Pohjassa, niin ennen vakiointia kuin sen jälkeenkin.

Pohdinta

Kelan ammatilliseen kuntoutukseen, vaativaan lääkinälliseen kuntoutukseen sekä kuntoutuspsykoterapiaan osallistumisen yleisyys vaihteli sairaanhoitopiirien välillä asiakkailta, joiden kuntoutuksen perusteena olevista diagnooseista jokin kuului mielen-terveyden- ja käyttäytymisen häiriöiden sairaspäryhmään vuonna 2018. Kelan ammatilliseen kuntoutukseen osallistuminen oli yleisintä Pohjois-Karjalassa ja harvinaisinta Länsi-Pohjassa. Vaativaan lääkinälliseen kuntoutukseen osallistuminen oli yleisintä Lapissa ja harvinaisinta Vaasan sairaanhoitopiirissä. Kuntoutuspsykoterapiaan osallistuminen oli yleisintä Pohjois-Karjalassa ja harvinaisinta Länsi-Pohjassa. Sairanhoitopiirien tasolla tarkasteltuna Kelan kuntoutukseen osallistuminen ei välttämättä näytä heikommalta syrjäisemmillä seuduilla kuin kasvukeskuksissa.

Yksilö- ja aluetekijöiden vakiointi vaikutti sairaanhoitopiirien välisiin eroihin kuntoutukseen osallistumisessa eri tavalla eri Kelan lakiperusteissa (vaativa lääkinällinen kuntoutus, ammatillinen kuntoutus ja kuntoutuspsykoterapia). Kelan ammatilliseen kuntoutukseen ja kuntoutuspsykoterapiaan osallistuminen oli yleisempää suuremmissa kunnissa ja niillä alueilla, joilla sairastettiin keskimääräistä enemmän. Näiden tekijöiden huomioon ottamisella oli siten vaikutusta tuloksiin. Vaativan lääkinällisen kuntoutuksen osalta THL:n sairastavuusindeksin lisääminen yksin malliin pienensi muiden paitsi Vaasan sairaanhoitopiirin kertoimia HUSiin verrattuna. Tämä johtui siitä, että Vaasan ja HUSin alueilla sairastavuus oli muita alueita harvinaisempaa ja kuntoutukseen osallistuminen oli todennäköisempää, kun kokonais-sairastavuus oli pienempi. Kuitenkin kaikkiaan yksilö- ja aluetekijöiden huomioon ottamisen jälkeen suuren ja vähäisen osallistumisen alueet olivat pääosin samat kuin ennen vakiointeja.

Alue-eroja selittäviin malleihin lisättiin usein käytettyjä yksilötason tekijöitä sekä

erilaisia Kelan kuntoutukseen osallistumiseen oletetusti vaikuttavia aluetason tekijöitä. Aluetason muuttujilla pyrittiin vakioimaan eroja alueen kuntoutustarpeessa, palvelujen tarjonnassa sekä kuntoutukseen ohjautumisessa – toisin sanoen järjestelmää kuvaavia tekijöitä, joiden on aiemmassa kirjallisuudessa esitetty olevan alueellisten palvelujen käyttöerojen taustalla. Näiden tekijöiden valintaan vaikutti kuitenkin myös se, että tietojen piti olla saatavilla kattavasti koko maasta ja yhdistettävissä rekisteriaineistoon. Koska alueiden väliset erot eivät juuri muuttuneet valittujen yksilö- ja aluetason tekijöiden lisäämisen jälkeen, on olemassa todennäköisesti muita asioita, jotka vaikuttavat Kelan kuntoutuspalveluihin osallistumiseen.

Aiempien tutkimusten perusteella voidaan tunnistaa monenlaisia tekijöitä Kelan kuntoutukseen osallistumisen taustalla. Näiden pohjalta on mahdollista ja syytä pohtia kolmea järjestelmään liittyvää taustatekijää.

Yksi asia on palveluntuottajien alueellisen jakautumisen vaihtelu ja tähän liittyvä maantieteellinen etäisyys asiakkaan ja palvelun välillä. On mahdollista, että suuremmissa kunnissa joitakin palveluntuottajia on paremmin saatavilla ja ne ovat myös maantieteellisesti lähempänä asiakkaita kuin pienemmissä kunnissa. Pitkä välimatka palvelun ja asiakkaan välillä voi nostaa asiakkaan kynnystä osallistua kuntoutukseen, vaikka Kela korvaisikin matkakulut.

Maantieteellisellä etäisyydellä voi olla erityinen merkitys silloin, kun kyse on säännöllisistä tapaamisista edellyttävästä terapiasta tai Kelan ammatillisesta kuntoutuksesta, johon liittyy työkokeilua ja työhön valmennusta työpaikalla. Esimerkiksi puheterapeuttien ja psykoterapeuttien alueelliset määrät voivat vaikuttaa terapioiden aloittamisen alueellisiin eroihin (Törmäkangas ym. 2015, 31, Pitkänen 2020). On myös mahdollista, että ammattilainen ei välttämättä näe aiheelliseksi ohjata asiakasta hakemaan kuntoutusta, jos hän arvioi, että palveluja ei olisi kuitenkaan tarjolla. Erilaisia etäratkaisuja on tarjolla kasvavassa määrin, mutta ne eivät sovi kaikille ja kaikkiin tilanteisiin (Salminen & Hiekkala 2019, Heiskanen ym. 2020b, Heiskanen ym. 2021).

Maantieteellinen etäisyys voi olla merkityksellistä myös kuntoutustarpeen arvioinnissa, jossa rakennetaan asiakkaiden mahdollisuuksia osallistua Kelan kuntoutukseen. Mahdollisuus saada omalta alueelta apua mielenterveysongelmiin voi heijastua mahdollisuuteen osallistua kuntoutuspsykoterapiaan (Paananen ym. 2012). Kuntoutuspsykoterapiaan pääsy edellyttää psykiatrin lausunnon (ensimmäisessä hakemuksessa) ja kolmen kuukauden hoitajakson, joten mielenterveyspalvelujen ja psykiatrisen erikoissairaanhoidon saatavuudella on merkitystä. On todettu, että nuorilla psykiatrian erikoissairaanhoidon käyttö on yleisempää Etelä-Suomen kaupunkialueilla kuin maaseudulla (Paananen ym. 2012). Nämä aiempien tutkimusten tulokset on hyvä ottaa huomioon, kun tarkastelee kuntoutuspsykoterapiaan osallistumisen yleisyyttä suurissa kunnissa.

Toinen järjestelmään liittyvä asia on toimijoiden välinen yhteistyö. Yhteistyössä voi olla alueiden välisiä eroja riippuen esimerkiksi siitä, kuinka hyvin toimijat tuntevat toisensa ja kuinka systemaattisesti yhteistyötä toteutetaan (ks. Friman ym. 2020). Kuntoutukseen ohjautumisessa on usein hyötyä yhteisen keskustelun lisäksi myös ammattilaisten välisellä yhteistoiminnalla (ks. Mietinen ym. 2019). Kela on aktiivisesti kehittänyt esimerkiksi ammatillisen kuntoutuksen yhteistyötä työllistymistä edistävän monialaisen yhteispalvelun (TYP) osalta ja ollut mukana monialaisten yhteispalvelupisteiden kehittämisessä eri puolilla Suomea (ks. mm. Heiskanen ym. 2020a). Siten on mahdollista, että tietyillä alueilla yhteistyö Kelan ammatillisen kuntoutuksen äärellä on tiiviimpää ja myös Kelan kuntoutus tunnetaan paremmin kuin muualla. Tämä voi tarkoittaa asiakkaiden sujuvampaa ohjautumista ja edelleen osallistumista tarjolla oleviin Kelan kuntoutuspalveluihin.

Kolmas mahdollinen Kelan kuntoutuspalveluihin ohjautumiseen ja osallistumiseen vaikuttava asia on alueen oma toimintamalli ja vaihtelevasti toteutuva työnjako toimijoiden kesken. Aluekohtaisten toimintamallien vuoksi asiakkaat voivat ohjautua vaihtelevasti hoitoon ja edelleen Kelan kuntoutukseen (esim. Seikkula & Alakare 2004).

Joissakin toimintamalleissa asiakkaan toimintakyvyn tukeminen on osa terveydenhuollon omaa toimintaa ja toisissa asiakkaat ohjataan vastaavassa tilanteessa suoraan Kelan kuntoutukseen. Alueiden välillä voi olla myös eroja siinä, millaista kuntoutusta suositellaan, kenelle ja kuinka paljon.

Järjestelmään liittyvien tekijöiden lisäksi on tärkeää tuoda esiin, että myös muilla kuin tässä tutkimuksessa huomioon otetuilla sosioekonomisilla tekijöillä on todettu yhteyksiä kuntoutuksen saamiseen. Tässä tutkimuksessa tarkasteltujen tulojen lisäksi matalalla koulutuksella ja ammattiasemalla voi olla negatiivinen yhteys psykoterapian käyttöön (Leppänen ym. 2022). Muiden tutkimusten mukaan esimerkiksi koulutetut nuoret ovat vähän koulutusta saaneita ikätovereitaan useammin saaneet Kelan myöntämää kuntoutuspsykoterapiaa, ja hyvät tukiverkostot voivat edistää kuntoutukseen osallistumista (ks. Ristikari ym. 2016, 46, Peutere ym. 2020, 28). On myös havaittu, että lapset ja nuoret, joilla on heikompi sosioekonominen tausta, käyttävät muita enemmän julkista psykiatrian erikoissairaanhoidoa. Palvelua on kuitenkin saatavilla erityisesti isoissa kaupungeissa, joten maaseutumaisilla alueilla kuntoutus voi viivästyä tai jäädä saamatta. (ks. Paananen ym. 2012)

Kelan kuntoutukseen osallistumisen alueellisten erojen taustalla voivat vaikuttaa myös kuntoutusta koskevat lakimuutokset. Esimerkiksi vuoden 2016 alussa voimaan tulleen Kelan vaativan lääkinnällisen kuntoutuksen lainmuutoksen jälkeen myönteisen kuntoutuspäätöksen saaneiden kokonaismäärä kasvoi. Uudistuksen nähtiin muuttavan muun muassa kuntoutussuunnitelmien laadinnan edellyttämää osaamista ja kuntoutuksen etuuskäsittelijöiden harkintavaltaa. (Ks. Heino ym. 2020.) On kuitenkin todennäköistä, että monet vuoden 2016 uudistuksen tuomat muutokset olivat osittain jo vakiintuneet käsillä olevan tutkimuksen tarkasteluvuoteen 2018 mennessä (ks. Rättö ym. 2020).

Tämän tutkimuksen vahvuutena on laaja, koko väestön kattava yksilötasoinen rekisteriaineisto, joka tarjoaa kattavan kuvan Kelan järjestämään kuntoutukseen osallistumisen

alueellisista eroista. On kuitenkin syytä huomata, että rajasimme aineiston tarkastelun vain yhtenä vuonna tehtyihin kuntoutuspäätöksiin sekä yhteen sairauspäryhmään. Kuntoutukseen osallistumisessa voi olla vuosittaista vaihtelua sekä vaihtelua eri sairauspäryhmissä. Tässä tutkimuksessa vuosi 2018 näytti tarkasteluun sopivalta valinnalta. Tuolloin vuoden 2016 vaativan lääkinnällisen kuntoutuksen lakimuutosten vaikutukset olivat jo ehtineet tasaantua, eivätkä vuonna 2019 voimaan tullut nuorten ammatillista kuntoutusta koskenut lakimuutos (KKRL 7a§) tai vuonna 2020 levinnyt Covid-19-pandemia vielä vaikuttaneet Kelan kuntoutukseen osallistumiseen.

Kaikkia mahdollisesti vaikuttavia tekijöitä ei malleissa voitu vakioida aineistorajoitteiden vuoksi. Tässä tutkimuksessa on hyvä huomata, että lapsista oli käytettävissä vain vähän yksilötason tietoja. Vanhempiin tai perheeseen liittyvät tiedot puuttuivat aineistosta kokonaan. Mielenterveyden häiriöiden esiintyvyys on yleisempää lapsilla, joiden vanhemmilla on alhainen koulutus ja tulot (Niemi ym. 2022). Toisaalta korkeasti koulutetuilla ja hyvätuloisilla vanhemmilla voi olla paremmat mahdollisuudet luovia terveys- ja kuntoutuspalveluissa. Aineistosta puuttui myös tieto koulutuksesta. Korkean koulutuksen on havaittu olevan yhteydessä ainakin kuntoutuspsykoterapiaan osallistumiseen (Leppänen ym. 2022). Yhteys voi olla erilainen eri kuntoutusmuodoissa. Aineistoon ei myöskään yhdistetty tietoa kuntoutuspalveluiden alueellisesta saatavuudesta, sillä se olisi ollut saatavissa vain osasta tarkasteluista kuntoutustoimenpiteistä.

Kelan kuntoutukseen osallistumisessa oli sairaanhoitopiirien välillä eroja, jotka eivät selittyneet valituilla yksilötason tai alueta-son tekijöillä. Tulos ei suoraan kuvaa sitä, että kuntoutuksen saatavuus olisi näillä alueilla parempaa tai heikompa. Kela on merkittävä mutta vain yksi kuntoutuksen järjestäjä Suomessa, joten alueilla on voitu järjestää muita palveluja, joihin asiakkaat ovat voineet hakeutua. Jatkossa olisi tärkeää tarkastella toisenlaisia tutkimusotteita hyödyntäen syitä niihin alue-eroihin, jotka nousivat esiin tässä rekistereihin perustuvassa

tutkimuksessa. Sairaanhoidopiirien välisten erojen syiden lisäksi olisi hyödyllistä tarkastella myös Kelan vakuutuspiireissä tapahtuvia hakemusten käsittely- ja päätöksentekoprosesseja.

Tulosten merkitys: Tutkimuksen tuotaman tiedon pohjalta voidaan tarkastella ja kehittää niin alueittain kuin myös valtakunnallisesti kuntoutuspalvelujen järjestämistä, palvelujen tuottamista sekä asiakkaiden ohjaamista kuntoutukseen siten, että mahdollistuu kuntoutuksen mahdollisimman hyvä saatavuus eri alueilla. Tulosten pohjalta voidaan jatkossa syventyä löytyneiden alue-erojen syiden tarkasteluun toisenlaisia tutkimusotteita hyödyntäen.

Tiivistelmä

Kuntoutuksen saaminen ei aina mahdollistu yhdenvertaisesti asuinalueesta riippumatta. Kuntoutukseen osallistumisen alueellisiin eroihin vaikuttavat todennäköisesti monet tekijät, joista ei toistaiseksi ole paljon tutkimusta. Tässä tutkimuksessa tarkastelimme sairaanhoidopiirien välisiä eroja Kelan järjestämään kuntoutukseen osallistumisessa. Tarkastelimme, missä määrin yksilöön ja asuinkuntaan liittyvät tekijät selittivät kuntoutukseen osallistumista vuonna 2018. Aineistona käytimme Kelan rekisteriä, ja tutkimus kohdistui mielenterveyden- ja käyttäytymisen häiriöt - sairausryhmään. Menetelminä käytimme kuvailevaa analyysia ja logistista regressiomallia. Tulosten mukaan Kelan kuntoutukseen osallistumisen yleisyydessä oli eroja sairaanhoidopiirien välillä kaikissa tarkastelluissa kuntoutusmuodoissa. Kun yksilö- ja aluetekijät oli otettu huomioon, kuntoutukseen osallistuneiden määrä pysyi alueittain suurin piirtein samana kuin ennen vakiointeja. Selvää selitystä eroille ei rekisteriaineiston avulla löytynyt. Jatkossa onkin tärkeää syventyä löytyneiden alue-erojen

syihin toisenlaisia tutkimusotteita hyödyntäen.

Avainsanat: kuntoutus, alue-erot, kuntoutusjärjestelmä, mielenterveyden- ja käyttäytymisen häiriöt, logistinen regressiomalli

Abstract

Regional differences in rehabilitation participation among people with mental and behavioural disorders

People do not always have equal access to the rehabilitation services they need in the different regions of Finland. Access to rehabilitation services is affected by several issues. In this research, we studied regional differences in rehabilitation participation by comparing individual hospital districts. The focus was on the rehabilitation services organised by the Social Insurance Institution of Finland (Kela). We were interested in how individual-level and area-level factors explained the rehabilitation participation in 2018. As data, we used the national registers maintained by Kela. We focused on mental and behavioural disorders. As methods, we used descriptive analysis and the logistic regression model. According to the results, several differences occurred in rehabilitation participation between individual regions. Even after taking into account the individual-level and area-level factors, the areas of high and low participation remained almost the same. We found no clear explanation in the register data for these differences. In the future, it is important to analyse the causes of identified regional differences using different research methods.

Keywords: rehabilitation, regional differences, rehabilitation system, mental and behavioral disorders, logistic regression model

Sari Miettinen, TtT, erikoistutkija, Kela

Hanna Rinne, VTT, erikoistutkija, Kela

**Jutta Pulkki, TtT, dosentti, yliopistonlehtori,
Tampereen yliopisto**

Pekka Heino, FM, tutkija, Kela

Leena Poikkeus, YTL, suunnittelija, Kela

Lähteet

- Aday LA, Andersen R (1974) A Framework for the Study of Access to Medical Care. *Health Serv Res* 9, 3, 208–220.
- Andersen R, Newman JF (1973) Societal and Individual Determinants of Medical Care Utilization in the United States. *Milbank Meml Fund Q. Health and Society* 51, 1, 95–124. <https://doi.org/10.2307/3349613> (luettu 30.9.2022)
- Andersen RM (1995) Revisiting the behavioral model and access to medical care: Does it matter? *J Health Soc Behav* 36,1, 1–10. <https://doi.org/10.2307/2137284> (luettu 30.9.2022)
- Armitage P, Berry G, Matthews JNS (2005) *Statistical Methods in Medical Research*. Fourth edition. Blackwell Science, London, UK.
- Bell N, Kidanie T, Cai B, Krause JS (2017) Geographic Variation in Outpatient Health Care Service Utilization After Spinal Cord Injury. *Arch Phys Med Rehab* 98, 2, 341–346. <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2016.09.130> (luettu 30.9.2022)
- Blomgren J, Virta L (2012) Kansaneläkejärjestelmän työkyvyttömyyseläkkeiden hylkäykset vuosina 2005–2011. *Nettityöpapereita* 39, Kela, Helsinki. <https://helda.helsinki.fi/handle/10138/37004> (luettu 30.9.2022)
- Blomgren J (2016) Pitkät sairauspoissaolot työikäisillä naisilla ja miehillä. Sairauspäivärahan saajat 1996–2015. *Yhteiskuntapolitiikka* 81, 6, 681–691. <https://www.julkari.fi/handle/10024/131587> (luettu 30.9.2022)
- Blomgren J (2020) Mielenterveyden häiriöistä johtuvien sairauspoissaolojen kasvu jatkuu jyrkkänä. *Tutkimusblogi* 29.1.2020, Kela. <https://tutkimusblogi.kela.fi/arkisto/5168> (luettu 30.9.2022)
- Friman S, Ikonen T, Eloranta S, Suominen S (2020) Sosiaali- ja terveydenhuollon alueellisten palveluketjujen kehittäminen. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 57, 4, 332–347. <https://doi.org/10.23990/sa.84892> (luettu 30.9.2022)
- Gao F, Foster M, Liu Y (2019) Disability concentration and access to rehabilitation services: a pilot spatial assessment applying geographic information system analysis. *Disabil Rehabil* 41, 20, 2468–2476. <https://doi.org/10.1080/09638288.2018.1468931> (luettu 30.9.2022)
- Heino P, Mäkinen J, Seppänen-Järvelä R (2020) Vaativan lääkinnällisen kuntoutuksen lainmuutoksen vaikutus kuntoutuksen kohdentumiseen. *Rekisteritutkimus vuosien 2014, 2016 ja 2017 kuntoutuspäätöksistä*. Sosiaali- ja terveysturvan raportteja 23, Kela, Helsinki. <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe20201211100373> (luettu 30.9.2022)
- Heiskanen T, Miettinen S, Haapa-aho A, Juonoja S (2020a) Yhteistoimintapisteessä tarvitaan jaettua ymmärrystä asiakkaan poluista ja niiden edistämisestä. *Tutkimusblogi* 3.12.2020, Kela. <https://tutkimusblogi.kela.fi/arkisto/5655> (luettu 30.9.2022)
- Heiskanen T, Rinne H, Miettinen S, Salminen AL (2021) Uptake of Tele-Rehabilitation in Finland amongst Rehabilitation Professionals during the COVID-19 Pandemic. *Int J Env Res Pub He.* 18, 8, 4383. <https://doi.org/10.3390/ijerph18084383> (luettu 30.9.2022)
- Heiskanen T, Rinne H, Salminen AL (2020b) Koronakriisin aikana kuntoutus keskeytyi monesta syystä. *Tutkimusblogi* 31.8.2020, Kela. <https://tutkimusblogi.kela.fi/arkisto/5523> (luettu 30.9.2022)
- Huikko E, Kovanen L, Torniainen-Holm M, Vuori M, Lämsä R, Tuulio-Henriksson A, Santalahti P (2017) Selvitys 5–12-vuotiaiden lasten mielen-terveyshäiriöiden hoito- ja kuntoutuspalvelujärjestelmästä Suomessa. *Raportti 14, Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki*. <https://www.julkari.fi/handle/10024/135839> (luettu 30.9.2022)
- Huurinainen R (2016) Kelan työkyvyttömyyseläkkeiden hylkäykset ja niiden vakuutuspiirikohdainen vaihtelu. *Sosiaalivakuutuksen ammatillinen lisensiaattitutkimus, Sosiaalitieteiden laitos, Turun yliopisto*. https://www.utu.fi/sites/default/files/public%03A/media/file/Huurinainen_Riitta.pdf (luettu 30.9.2022)
- Jia C, Pei Q, Sullivan CT, Cowper D, Wu SS, Vogel WB, Wang X, Bidelsbach D, Hale-Gallardo JL, Bates BE (2017) Regional variation in post-stroke multidisciplinary rehabilitation care among veteran residents in community nursing homes. *Journal of multidisciplinary healthcare* 10, 75–85. <https://doi.org/10.2147/JMDH.S123905> (luettu 30.9.2022)
- Kela (2018) Kelan kuntoutusetuudet. Kelan tilastollinen vuosikirja. Kela, Helsinki. https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/308555/05_KelanKuntoutus_Kelan_tilastollinen_vuosikirja_2018.pdf (luettu 30.9.2022)
- Kela (2022) Kelan kuntoutustilasto 2021. Kela, Helsinki. <https://helda.helsinki.fi/handle/10138/343057> (luettu 30.9.2022)
- Leppänen H, Kampman O, Autio R, Karolaakso T, Näppilä T, Rissanen P, Pirkola S (2022) Socioeconomic factors and use of psychotherapy in common mental disorders predisposing to disability pension. *BMC Health Serv Res* 22, 983, 1–12. <https://doi.org/10.1186/s12913-022-08389-1>

- (luettu 30.9.2022)
- Levesque JF, Harris MF, Russell G (2013) Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations. *International Journal for Equity in Health* 12, 18, 1–9. <https://doi.org/10.1186/1475-9276-12-18> (luettu 30.9.2022)
- Miettinen S, Salminen AL, Seppänen-Järvelä R, Heiskanen T (2019) Kuntoutuksen integroituminen hyvinvointipalvelujen kokonaisuuteen – millaiselta näyttää tulevaisuus? Tutkimusblogi 12.11.2019, Kela. <https://tutkimusblogi.kela.fi/arkisto/5117> (luettu 30.9.2022)
- Miettinen S, Sirkkola M, Rämö S (2016) Sopeutumismennuksen työnjako. Työpapereita 100, Kela, Helsinki. <https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/164472/Tyopapereita100.pdf?sequence=1&isAllowed=y> (luettu 30.9.2022)
- Niemi R, Vaalavuo M, Suvisaari J (2022) Sosioekonomiset erot mielenterveyden häiriöissä ilmenevät jo elämäntilanteen alussa lapsilla ja nuorilla. Tutkimuksesta tiiviisti 38/2022, Suomen sosiaalinen tila 4/2022. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki. <https://www.julkari.fi/handle/10024/145156> (luettu 30.9.2022)
- Paananen R, Santalahti P, Merikukka M, Rämö A, Wahlbeck K, Gissler M (2012) Socioeconomic and regional aspects in the use of specialized psychiatric care. A Finnish nationwide follow-up study. *Eur J Public Health* 23, 3, 372–377. <https://doi.org/10.1093/eurpub/cks147> (luettu 30.9.2022)
- Pensola T, Kesseli K, Shemeikka R, Rinne H, Notkola V (2012) Kuntoutukseen? Sosioekonomiset tekijät Kelan kuntoutukseen hakemisessa ja myönnoissä. Kuntoutussäätiön tutkimuksia 86, Helsinki.
- Peutere L, Ravaska T, Virtanen P (2020) Kelan kuntoutuspsykoterapian hakijat ja työmarkkinakiinnittyminen – kuvailevaa analyysia hakijoiden työllisyydestä, työkyvystä ja opinnoista viiden vuoden seurannassa. Työraportteja 108/2020. Työelämän tutkimuskeskus, Tampere. <https://trepo.tuni.fi/handle/10024/120688> (luettu 30.9.2022)
- Pitkänen V (2020) Puheterapian koulutuspaikkojen lisäys kannattaa. Tutkimusblogi 1.9.2020, Kela. <https://tutkimusblogi.kela.fi/arkisto/5534> (luettu 30.9.2022)
- Pulkki J (2012) Aluetason kuntoutusjärjestelmä -Rakenne, organisaatio ja toiminta palvelujen saatavuuden näkökulmasta. Väitöskirja, Terveystieteiden yksikkö, Tampereen yliopisto, Tampere University Press, Tampere. <https://trepo.tuni.fi/handle/10024/66859> (30.9.2022)
- Purhonen S, Ashorn U, Viitanen E, Rissanen P, Lehto J (2006) Kansalaisten yhdenvertaisuus etuuskien saajina kuntoutuksen lakiviidakkossa. *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti*, 43, 4, 283 – 294. <https://journal.fi/sla/article/view/1830> (30.9.2022)
- Rissanen P (toim.) (2019) Sosiaali- ja terveystalot Suomessa. Asiantuntija-arvio, syksy 2018. Päätösten tueksi 2, Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki. <https://www.julkari.fi/handle/10024/137729> (30.9.2022)
- Ristikari T, Törmäkangas L, Lappi A, Haapakorva P, Kiilakoski T, Merikukka M, Hautakoski A, Pekkarinen E, Gissler M (2016) Suomi nuorten kasvuympäristönä – 25 vuoden seuranta vuonna 1987 Suomessa syntyneistä nuorista aikuisista. Raportti 9, Nuorisotutkimusverkosto/Nuorisotutkimusseura ja Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki. <https://www.julkari.fi/handle/10024/130947> (luettu 30.9.2022)
- Rättö H, Blomgren J, Salminen AL (2020) Kelan järjestämän kuntoutuksen hylkäykset 2005–2017. Työpapereita 153, Kela, Helsinki. <https://helda.helsinki.fi/handle/10138/316031> (luettu 30.9.2022)
- Salminen AL, Hiekkala S (2019) Kokemuksia etäkuntoutuksesta. Kela, Helsinki. <https://helda.helsinki.fi/handle/10138/302635> (luettu 30.9.2022)
- Seikkula J, Alakare B (2004) Avoin dialogi: vaihtoehtoinen näkökulma psykiatrisessa hoitojärjestelmässä. *Duodecim* 120, 3, 289–96. <https://www.duodecimlehti.fi/xmedia/duo/duo94071.pdf> (luettu 30.9.2022)
- STM (2017) Kuntoutuksen uudistamiskomitean ehdotukset kuntoutusjärjestelmän uudistamiseksi. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 41. https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/160273/RAP2017_41.pdf?sequence=2&isAllowed=y (luettu 30.9.2022)
- Suomen perustuslaki 1999, §19 <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1999/19990731> (luettu 30.9.2022)
- Törmäkangas L, Autti-Rämö I, Tuulio-Henriksson A, Merikukka M, Ristikari T, Paananen R, Gissler M (2015) Kelan järjestämä kuntoutus vuonna 1987 syntyneille. Työpapereita 75, Kela, Helsinki. <https://helda.helsinki.fi/handle/10138/155613> (luettu 30.9.2022)
- Valkonen J, Henriksson M, Tuulio-Henriksson A, Autti-Rämö I (2011) Psykoterapeutit Suomessa. Psykoterapiapalvelut ja niiden järjestäminen. Sosiaali- ja terveysturvan selosteita 74, Kela, Helsinki. <https://helda.helsinki.fi/handle/10138/26519> (30.9.2022)
- Wiklund M, Fjellman-Wiklund A, Stålnacke BM, Hammarström A, Lehti A (2016) Access to rehabilitation: patient perceptions of inequalities in access to specialty pain rehabilitation from a gender and intersectional perspective. *Global Health Action*. 26, 9, 31542. <https://doi.org/10.3402/gha.v9.31542> (luettu 30.9.2022)

Liitetaulukko 1. Yksilön taustatekijöiden jakaumat tutkimusaineistoissa eri lakiperusteissa (%).

	Ammatillinen 18–67-vuotiaat		Vaativa lääkinällinen alle 16-vuotiaat		Kuntoutuspsykoterapia 16–67-vuotiaat	
	Osallistuneet	Koko väestö	Osallistuneet	Koko väestö	Osallistuneet	Koko väestö
Yksilötekijät						
Sukupuoli						
Mies	40	51	73	51	23	51
Nainen	60	49	27	49	78	49
Ikä						
Keski-ikä	36,1	43,0	6,6	7,6	34,6	42,1
Äidinkieli						
Suomi	94	88	82	86	94	88
Ruotsi	3	4	3	5	4	4
Muu	3	8	15	9	2	8
Siviilisäätty						
Naimisissa	22	43	-	-	31	42
Naimaton	65	42	-	-	57	44
Eronnut	12	12	-	-	11	12
Leski	1	1	-	-	1	1
Tulot						
Ylin neljännes	6	25	-	-	21	25
2. neljännes	9	25	-	-	25	25
3. neljännes	16	25	-	-	25	25
Alin neljännes	69	25	-	-	29	25
Sairaanhoitopiiri						
HUS	22	32	31	31	39	32
Varsinais	8	9	10	8	9	9
Satakunta	4	4	3	4	3	4
Kanta-Häme	5	3	3	3	2	3
Pirkanmaa	10	10	9	10	12	10
Päijät-Häme	2	4	2	4	2	4
Kymenlaakso	3	3	2	3	2	3
E-Karjala	1	2	1	2	2	2
E-Savo	2	2	1	2	1	2
I-Savo	1	1	0	1	0	1
P-Karjala	7	3	2	3	4	3
P-Savo	6	4	4	4	4	4
Keski-Suomi	6	5	5	5	5	5
E-Pohjanmaa	3	3	3	4	2	3
Vaasa	2	3	1	3	2	3
K-Pohjanmaa	1	1	2	2	1	1
P-Pohjanmaa	13	7	14	9	8	7
Kainuu	2	1	2	1	1	1
Länsi-Pohja	0	1	1	1	0	1
Lappi	3	2	3	2	1	2
Yhteensä	100	100	100	100	100	100
N	2 419	3 474 967	11 573	943 644	34 626	3 592 296

Liitetaulukko 2. Alueellisten taustatekijöiden jakaumat tutkimusaineistoissa eri lakiperusteissa (%).

Yksilötekijät	Ammatillinen 18–67-vuotiaat		Vaativa lääkinnällinen alle 16-vuotiaat		Kuntoutuspsykoterapia 16–67-vuotiaat	
	Osallistuneet	Koko väestö	Osallistuneet	Koko väestö	Osallistuneet	Koko väestö
Kunnan asukasmäärä						
< 5 000	4	6	6	6	2	6
5 000–9 999	7	9	10	10	5	9
10 000–39 999	23	25	27	28	17	25
40 000–99 999	22	18	16	18	17	18
100 000+	43	42	41	38	60	42
Työllisten osuus %						
< 35	27	32	31	28	42	32
35–40	29	26	24	27	20	26
40–45	32	27	27	29	24	27
45+	12	15	17	17	14	15
Odotus-aika lääkärille yli 7pv %						
< 50	25	23	26	24	17	23
50–60	17	24	22	22	30	24
60–70	32	28	29	30	28	28
70+	26	26	23	25	26	26
Aikuisten mth:n avoitokäynnit / 1000 asukasta						
< 450	19	22	-	-	15	23
450–550	39	42	-	-	52	42
550–650	12	12	-	-	10	12
650+	31	24	-	-	23	24
Depressiolääkkeiden käyttö 18–64-v./1000						
< 73	17	24	-	-	17	24
73–77	27	29	-	-	36	29
77–84	23	22	-	-	19	22
84+	33	26	-	-	28	26
Lastenpsykiatrian avoitokäynnit 0–12-v. / 1000						
< 230	-	-	26	23	-	-
230–300	-	-	26	25	-	-
300–450	-	-	27	27	-	-
450+	-	-	22	25	-	-
THL:n sairastavuus- indeksi						
< 80	19	28	28	28	36	28
80–100	30	29	26	28	32	29
100–110	24	20	22	20	17	20
110+	27	24	25	23	16	24
Yhteensä	100	100	100	100	100	100
N	2 420	3 474 967	11 573	943 644	34 623	3 592 296