

## MAAHANMUUTTAJAT KELAN KUNTOUTUSPALVELUISSA

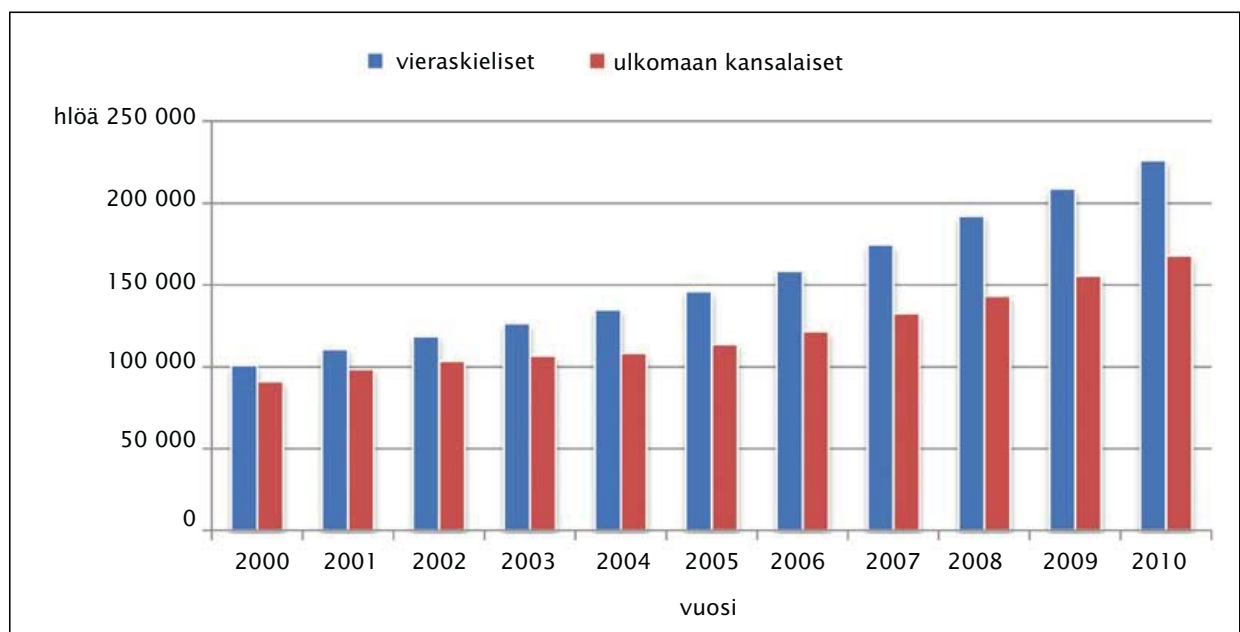
### Kuntoutusta hakeneet, kuntoutuspäätökset ja myönnetyt toimenpiteet

#### Johdanto

Suomessa asuvien maahanmuuttajien määrä on kasvanut tasaisesti viimeksi kuluneen kymmenen vuoden aikana. Ulkomaan kansalaisten osuus kasvoi noin puolitoistakertaisesti ja vieraskielisten osuus yli kaksinkertaiseksi vuodesta 2000 vuoteen 2010 (kuva 1). Tilastokeskuksen väestötilastojen mukaan vuonna 2010 ulkomaan kansalaisia oli kaikkiaan 167 954 henkeä eli 3,1 % väestöstä ja vieraskielisiä 226 220 henkeä eli 4,2 % väestöstä. Suurim-

mat ryhmät maahan muuttaneista ulkomaan kansalaisista ovat tulleet Venäjältä ja entisestä Neuvostoliitosta sekä Virosta (yhteenlaskettu osuus vuonna 2010 oli lähes 30 %) ja seuraavaksi suurimman ryhmän muodostavat Ruotsin kansalaiset (5 %). Muiden ryhmäkohtaiset osuudet jäävät alle viiteen prosenttiin. (Tilastokeskus 2011.)

Maahanmuuttajamäärän kasvaessa myös yhteiskunnan tarjoamien palvelujen käyttäjien kirjo muuttuu. Palvelunkäyttäjien joukkoon tulee yhä enemmän henkilöitä, joiden koulutus ja työkokemus sekä palveluja koskeva tietämys perustuvat ensisijassa muualla kuin Suomessa hankittuihin kokemuksiin. Palvelujärjestelmän toimivuuteen liittyvien tekijöiden lisäksi myös palvelunkäyttäjien yk-



Kuva 1. Vieraskielisten ja ulkomaan kansalaisten määrä Suomessa vuosina 2000–2010 (Tilastokeskus 2011).

silölliset tekijät, kuten äidinkieli ja erilaiset kulttuuriset tekijät ja muun muassa maahanmuuton peruste, voivat vaikuttaa palvelujen saatavuuteen ja käyttöön sekä palvelutarpeeseen ja palveluihin hakeutumiseen.

Maahanmuuttajaväestön kasvu merkitsee myös sosiaali- ja terveystalouden näkökulmasta käyttäjien monimuotoistumista ja samalla uudenlaisia haasteita palveluissa toimiville asiantuntijoille. Maahanmuuttajien terveydentilasta, palvelujen tarpeesta, saatavuudesta ja käytöstä on tarjolla vain vähän suomalaista tutkimustietoa (ks. Väänänen ym. 2009). Toistaiseksi ainoita laajahkoja suomalaisia tutkimuksia, joissa käsitellään maahanmuuttajien terveydentilaa, on maahanmuuttajien elinoloja selvittänyt tutkimus (Pohjanpää ym. 2003) sekä Gisslerin ym. (2006) rekistereihin perustuva tutkimus terveydenhuollon ja sosiaalihuollon laitospalveluiden käytöstä. Lisäksi Liebkindin ym. (2004) venäläisiä ja virolaisia koskevassa tutkimuksessa selvitettiin myös koettua terveydentilaa. Tätä kirjoittaessa on meneillään Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen tutkimushanke, jossa selvitetään työikäisten venäläis-, somali- ja kurditaustaisten aikuisten terveyttä ja hyvinvointia kuudessa kaupungissa vuosina 2010–2012.

Pohjanpään (2003a) tutkimuksessa tarkasteltiin venäläisten, virolaisten, somalialaisten ja vietnamilaisten elinoloja. Nämä ryhmät arvioivat terveydentilansa samalle tasolle tai paremmaksi kuin koko väestö keskimäärin, mutta maahanmuuttajaryhmien välillä oli myös selviä eroja, jotka osin selittyivät ryhmien välisten ikäerojen kautta. Liebkindin ym. (2004, ks. myös Mannila 2008) mukaan Suomessa asuvien venäläisten ja virolaisten miesten koettu terveydentila oli merkittävästi parempi kuin samanikäisten suomalaismiesten. Suppeampien selvitysten mukaan viitteitä on kuitenkin myös siitä, että mielenterveyden häiriöt ovat pakolaisilla ja turvapaikanhakijoilla yleisempiä kuin suomalaisella kantaväestöllä (Rauta 2005) ja että ikääntyneet maahanmuuttajat arvioivat terveydentilansa heikommaksi kuin kantaväestö (Sainio 2008).

Myös kansainvälisissä maahanmuuttajien terveydentilaa koskevissa tutkimuksissa tu-

lokset vaihtelevat – joissakin tutkimuksissa on todettu, että maahanmuuttajien terveydentila on heikempi kuin kantaväestöllä, joissakin se on todettu samantasoiseksi tai paremmaksi (esim. Kumar ym. 2008, Sungurova ym. 2006, Syed ym. 2006, Robertson ym. 2003, Wiking ym. 2009). Useassa tutkimuksessa on todettu, että mielenterveysongelmat ovat yleisempiä maahanmuuttajaväestöllä, erityisesti pakolaisilla ja turvapaikanhakijoilla, kantaväestöön verrattuna (esim. Norredam ym. 2009, Blight ym. 2009, Fazel ym. 2005). Toisaalta on todettu, että mielenterveyden ongelmat ovat maahantulon alkuvaiheessa vähäisempiä kuin kantaväestöllä ja ongelmat lisääntyvät noin 2–10 vuoden kuluessa muutosta ja saavuttavat silloin kantaväestössä esiintyvien mielenterveyden häiriöiden tason (Kirmayer ym. 2011). Tästä syystä on korostettu myös terveydentilan muutosten – transitioiden – seuraamisen tärkeyttä sekä terveyteen liittyvien taustatekijöiden monitahoisuuden huomioon ottamista maahanmuuttajaväestön kohdalla (DeMaio 2010, Tinghög ym. 2010, Kirmayer ym. 2011, Lassiter & Callister 2009).

Tiedot maahanmuuttajien terveydentilasta ja sairastavuudesta vaihtelevat siis tutkimuksesta toiseen. Vaikka maahanmuuttajista usein julkisuudessa puhutaan yhtenäisenä ryhmänä, he muodostavat sangen heterogeenisen ryhmän sekä lähtömaan, iän, sukupuolen, koulutuksen, sosioekonomisen aseman, työkokemuksen että maahanmuuttoon liittyvien syiden ja kokemustensa suhteen. Maahanmuuttajia koskevissa tutkimuksissa kohderyhmät ovat olleet usein melko pieniä ja edustaneet vain osaa maahanmuuttaneista etnisistä ryhmistä, toisaalta maahanmuuttajia on tarkasteltu yhtenäisenä ryhmänä ottamatta huomioon maahanmuuttajaväestön heterogeenisuutta. Niinpä tutkimuksissa todetut terveydentilaa ja sairastavuutta koskevat erot maahanmuuttajaväestön ja kantaväestön välillä voivat olla yhtä suuria kuin maahanmuuttajaryhmien välillä (esim. Kumar ym. 2008).

Maahanmuuttajien sosiaali-, terveys- ja kuntoutuspalvelujen käytöstä ei Suomessa juuri ole tehty tutkimusta. Joitakin viitteitä

kuitenkin on, että maahanmuuttajat hakeutu-  
vat näihin palveluihin ja käyttävät niitä har-  
vemmin tai yhtä usein kuin kantaväestö. Poh-  
janpään (2003b) tutkimuksessa todettiin, että  
maahanmuuttajat käyvät lääkärissä tai ovat  
sairaalahoidossa yhtä usein tai hieman use-  
ammin kuin kantaväestö. Mutta Gisslerin ym.  
(2006, ks. myös Malin & Gissler 2006) tutki-  
muksen mukaan maahanmuuttajat käyttävät  
kantaväestöä vähemmän terveydenhuollon  
palveluita (lukuun ottamatta raskauteen tai  
synnytykseen liittyviä) sekä perusterveyden-  
huollon että erikoissairaanhoidon osalta, to-  
sin perusterveydenhuollon osalta vähintään  
kerran käyneiden osuus ei eronnut kantavä-  
estön vastaavasta. Samassa julkaisussa Sar-  
vimäki ja Kangasharju (2006) toteavat, että  
maahanmuuttajat käyttävät sosiaalihuollon  
avopalveluita kantaväestöä vähemmän, lu-  
kuun ottamatta lastensuojelun avopalveluita,  
joita maahanmuuttajat käyttävät jonkin ver-  
ran enemmän.

Kansainvälisissä, etenkin eurooppalaisis-  
sa tutkimuksissa on raportoitu terveyspalve-  
lujen käytöstä suomalaisia tutkimuksia osin  
myötäileviä, osin niistä poikkeavia tuloksia.  
Esimerkiksi Krasnikin ym. (2002) tutkimuk-  
sessa todettiin, että sairaalahoidon käytössä  
ei esiintynyt eroa tanskalaisen kantaväestön  
ja maahanmuuttajien välillä, mutta polikli-  
nikkakäyntejä oli joillakin maahanmuuttaja-  
ryhmillä useammin, joillakin harvemmin kuin  
kantaväestöllä (Norredam ym. 2004). Turva-  
paikanhakijoiden terveyspalvelujen käyttöä ja  
sen ennustajia selvittäneessä hollantilaisessa  
tutkimuksessa (Laban ym. 2007) todettiin, että  
heikko koettu terveydentila ja toimintakyvyn  
rajoitukset ovat tärkeitä palvelun käytön en-  
nustajia, mutta mielenterveysongelmat eivät  
ennusta mielenterveyspalveluihin hakeutu-  
mista. Toisin sanoen terveysongelman laatu ei  
johda mielenterveysongelmien osalta tarpeen-  
mukaiseen terveyspalveluun hakeutumiseen.

Kanadalaisessa tutkimuskatsauksessa  
(Gushulak ym. 2011, ks. myös Preibisch &  
Hennebry 2011) päädyttiin toteamaan, et-  
tä joidenkin maahanmuuttajaryhmien osalta  
terveyspalvelujen saatavuudessa on kaksi  
kertaa useammin ongelmia kantaväestöön

verrattuna. Eurooppalaisen review-artikkelin  
(Norredam ym. 2010) mukaan maahanmuut-  
tajien terveyspalvelujen käyttöä koskevat erot  
näyttävät johtuvan palvelujen saatavuuteen  
liittyvistä ongelmista. Tosin tutkijat toteavat,  
että eri maissa saatujen tulosten vertailua vai-  
keuttavat muun muassa maahanmuuttajien  
määrittelyyn ja ryhmittelyyn liittyvät erot yk-  
sittäisten tutkimusten välillä. Tekijät toteavat  
kuitenkin, että sosioekonomisten tekijöiden  
ja terveydentilan vakioinnin jälkeenkin ter-  
veyspalvelujen käyttö vaihtelee systemaatti-  
sesti maahanmuuttajien ja kantaväestön vä-  
lillä (Norredam ym. 2010).

Maahanmuuttajien kuntoutuspalvelujen  
käyttöä tai saatavuutta koskevia suomalai-  
sia tutkimuksia on sangen vähän. Sarvimäen  
ja Kangasharjun (2006) tutkimuksen mukaan  
maahanmuuttajat käyttävät vammaispalve-  
luita väestöosuuteensa nähden merkitsevästi  
vähemmän kuin kantaväestö. Lisäksi muu-  
tamissa pienehköissä laadullisissa tutkimuk-  
sissa (Lehdonvirta & Peltola 2005, Härkönen  
ym. 2005, Peltola & Metso 2008) on tarkas-  
teltu maahanmuuttajien kuntoutustarvetta ja  
palvelujen vastaamista tähän tarpeeseen. Sek-  
toritutkimuksen neuvottelukunnan raportissa  
(Väänänen ym. 2009, 80) todetaan edellä mai-  
nittujen tutkimusten perusteella yhteenveto-  
na, että maahanmuuttajien kuntoutustarpei-  
den tunnistamisessa on ongelmia, kuntoutus-  
palveluihin ohjaaminen vaikuttaa vähäiseltä,  
mielenterveyskuntoutus toimii heikosti ja eri-  
tyisryhmiltä puuttuvat tarkoituksenmukaiset  
kuntoutuspalvelut.

Edellä mainittu johtopäätös saa tukea  
myös käsillä olevaan tutkimushankkeeseen  
liittyvästä tutkimuksesta (Buchert & Vuoren-  
to 2012), jossa haastateltiin noin sataa maa-  
hanmuuttaja-asiakkaiden kanssa työskente-  
levää sosiaali- ja terveydenhuollon ja työ- ja  
elinkeinohallinnon työntekijää.

Myös kansainvälisiä kuntoutukseen ha-  
keutumista ja kuntoutuksen saatavuutta kos-  
kevia tutkimuksia on niukasti. Niissä on ra-  
portoitu osin samansuuntaisia tuloksia kuin  
edellä mainituissa suomalaisissa tutkimuksis-  
sa. Saksalaisessa tutkimuksessa todettiin, et-  
tä lääkinnälliseen kuntoutukseen osallistumi-

nen on maahanmuuttajaväestössä suhteellisen vähäistä ja vaikutukset heikompia kuin kansalaisella kantaväestöllä (Brzoska ym. 2010). Mielenterveyskuntoutuksen saatavuuden ongelmiin kiinnitettiin huomiota Kobeltin ym. (2011) tutkimuksessa.

Tämä tutkimus sai alkunsa Kelan tarpeesta selvittää 1) missä määrin ja millaista kuntoutusta Suomessa asuva maahanmuuttajaväestö hakee ja millaisten kuntoutustarpeeseen johtavien ongelmien perusteella sekä 2) millaisia kuntoutustarpeen tunnistamiseen, kuntoutukseen ohjaamiseen, suunnitteluun ja toteuttamiseen liittyviä ongelmia ja onnistuneita ratkaisuja esiintyy. Tutkimuksen toteuttajina ovat Kuntoutussäätiö ja Lapin yliopisto ja rahoittajana Kela.

Ensimmäiseen tutkimuskysymykseen pyritään vastaamaan tässä artikkelissa. Artikkelissa verrataan maahanmuuttajataustaisia kuntoutusta hakeneita kantaväestön kuntoutusta hakeneisiin. Aluksi tarkastellaan kuntoutusta hakeneiden sosiodemografisia tietoja ja väestöosuuksia, seuraavaksi kuntoutushakemuksia ja niitä koskevia kuntoutuspäätöksiä (myöntävät/hylkäävät päätökset) kuntoutuksen lakiperusteen (KKLS6, KKLS9, KKLS12) mukaan. Artikkelin lopussa tarkastellaan hakijakohtaisesti haetun kuntoutuksen lakiperusteita, kuntoutuspäätöksiä, hakudiagnooseja ja myönnettyjä kuntoutustoimenpiteitä. Toista tutkimuskysymystä koskevan asiantuntijahaastatteluaineiston tulokset on raportoitu erikseen (Buchert & Vuorento 2012).

## Tutkimusaineisto

Tutkimuksen aineisto koostuu Kelan kuntoutusta koskevasta rekisteritiedoista vuosilta 2007–09. Rekistereistä poimittiin aineistoon kaikki kyseisinä vuosina Kelan vajaakuntoisten ammatillista kuntoutusta (KKLS6), vaikeavammaisten lääkinnällistä kuntoutusta (KKLS9) ja harkinnanvaraista kuntoutusta (KKLS12) koskevat kuntoutushakemukset, yh-

teensä 375 129 hakemusta. Rekisteritietoihin yhdistettiin Tilastokeskuksen tiedot hakijoiden kansalaisuudesta, syntymävaltiosta ja äidinkielestä. Lopulliseksi aineistokooksi muodostui puuttuvien tietojen tarkistamisen jälkeen 374 064 hakemusta 173 360 henkilöltä<sup>1</sup>.

Kuntoutusta hakeneiden maahanmuuttajataustaa selvitettiin kahdella tavalla: kansalaisuuden ja äidinkielen perusteella. Kuntoutusta hakeneista kaikkiaan 1 422 henkilöllä (0,9 %) oli hakuhetkellä muu kuin Suomen kansalaisuus ja 2 669:llä (1,54 %) äidinkieli muu kuin suomi tai ruotsi. Tämän perusteella päädyttiin määrittelemään maahanmuuttajataustaisiksi ne kuntoutusta hakeneet, joiden äidinkieli oli Tilastokeskuksen tietojen mukaan muu kuin suomi tai ruotsi. Tämä rajaus ei ole ongelmaton, mutta saatavilla olevien tietojen perusteella se katsottiin tarkoituksenmukaisimmaksi.

Tuloksia esitetään sekä kaikista kuntoutushakemuksista että hakijakohtaisesti. Hakijakohtaiset tiedot perustuvat hakijoiden ”ensimmäiseen”<sup>2</sup> hakemukseen vuosina 2007–09. Koska kuntoutusta hakeneet suomen- tai ruotsinkieliset ja vieraskieliset erosivat toisistaan ikä- ja sukupuolijakautuman suhteen, on ikä ja sukupuoli vakioitu väestöosuuksien suhteen kieliryhmittäin.

## Tulokset

### Keitä kuntoutusta hakeneet ovat?

Naiset olivat hakeneet kuntoutusta jonkin verran useammin kuin miehet kummassakin kieliryhmässä. Suomen- tai ruotsinkielisistä oli naisia 60 %, vieraskielisistä 52 %. Suomen- tai ruotsinkielisten hakijoiden keski-ikä oli hakuhetkellä 46 vuotta, mutta vieraskieliset olivat keskimäärin kymmenen vuotta nuorempia, 36-vuotiaita. Erityisesti alle 25-vuotiaiden osuus oli vieraskielisten hakijoiden ryhmässä suurempi (32 %) kuin suomen- tai ruotsinkielisissä (15 %). Ero ikäryhmittäisissä jakau-

<sup>1</sup>Mukana ovat vain ne hakemukset, joihin saatiin Tilastokeskuksen tieto hakijan äidinkielestä.

<sup>2</sup>Ensimmäisellä hakemuksella tarkoitetaan otosvuosina esiintynyttä ensimmäistä hakukertaa. Hakijalla voi siis olla sekä aikaisempia että myöhempiä hakemuksia ennen kyseisiä vuosia ja niiden jälkeen.

Taulukko 1. Kuntoutusta hakeneiden ikäryhmät äidinkielen ja sukupuolen mukaan (ikä otosvuonna 2009) , %

	suomi/ruotsi			Muu			Kaikki
	Miehet	Naiset	Yhteensä	Miehet	Naiset	Yhteensä	yhteensä
0-15 v	10,6	3,5	6,3	28,1	11,9	19,6	6,5
16-24 v	10,6	6,9	8,4	14,5	10,5	12,1	8,5
25-34 v	8,5	10,4	9,6	8,8	11,3	10,1	9,7
35-44 v	10,4	11,6	11,1	13,5	14,8	14,2	11,2
45-54 v	21,5	25,4	23,8	18,6	26,6	22,7	23,8
55-64 v	26,9	31,1	29,4	12,7	21,0	17,1	29,1
65- v	11,6	11,0	11,2	3,7	3,9	3,8	11,2
Yhteensä	100	100	100	100	100	100	100
n	67 754	102 510	170 264	1 272	1 397	2669	173 354

tumissa on erityisen selvä alle 25-vuotiaiden vieraskielisten nuorten miesten osuudessa (43 %) verrattuna suomen- tai ruotsinkielisiin (21 %). Vastaavasti yli 54-vuotiaita oli suomen- tai ruotsinkielisistä kuntoutusta hakeneista selvästi useampi (41 %) kuin vieraskielisistä (21 %). (Taulukko 1.)

Kuntoutusta hakeneiden ikäjakautumia voidaan verrata myös koko väestön ikäjakautumaan<sup>3</sup>. Tilastokeskuksen vuoden 2009 väestötilaston mukaan vieraskielisten ikäryhmissä oli 25–34-vuotiaita ja 35–44-vuotiaita 24 % ja 20 %, kun suomen- ja ruotsinkielisissä vastaavat osuudet olivat kummassakin ikäryhmässä 14 %. Sen sijaan yli 54-vuotiaiden ja kor-

keintaan 69-vuotiaiden osuus oli vieraskielisten ikäryhmissä yhteensä vain 8 % verrattuna kotimaista kieltä äidinkielenään käyttäviin (23 %). Muiden ikäryhmien (0–14-, 15–24- ja 45–54-vuotiaat) osuuksissa (vaihteluväli 14–19 %) ei ollut kieliryhmittäin tarkasteltuna eroja. Kuntoutusta hakeneiden ikäryhmittäinen jakauma poikkeaa monin osin koko väestön kieliryhmittäisestä jakautumasta. Kummassakin kieliryhmässä olivat yli 44-vuotiaat yliedustettuina kuntoutusta hakeneiden joukossa (suomen- tai ruotsinkieliset: 65 % vs. 39 %, vieraskieliset 44 % vs. 22 %), ja aliedustettuina alle 25-vuotiaiden ikäryhmissä (suomenkieliset 24 % vs. 47 %, vieraskieliset 42

Taulukko 2. Kuntoutusta hakeneiden ikäryhmittäinen väestöosuus<sup>4</sup> sukupuolen ja äidinkielen mukaan (ikä otosvuonna 2009), %

ikäryhmä	Miehet		Naiset		Yhteensä	
	suomi/ruotsi	Muu	suomi/ruotsi	Muu	suomi/ruotsi	Muu
0-14	1,94	2,03	1,04	1,01	1,50	1,53
15-24	2,12	1,07	2,66	1,00	2,38	1,03
25-34	1,72	0,41	3,37	0,62	2,53	0,51
35-44	2,45	0,91	4,32	1,16	3,37	1,03
45-54	4,29	1,63	7,87	2,53	6,06	2,10
55-64	4,16	2,15	6,77	3,31	5,48	2,75
65+	1,56	0,91	1,63	1,16	1,60	1,04
Yhteensä	2,62	1,19	3,80	1,32	3,22	1,25

<sup>3</sup>Kantalukuna on 0–69-vuotias väestö Tilastokeskuksen väestötilastossa vuonna 2009.

<sup>4</sup>Ikäryhmittäinen väestöosuus on laskettu suomen-, ruotsin- ja saamenkielistä sekä vieraskielistä väestöä koskevan Tilastokeskuksen tilastossa ilmoitettujen osuuksien ja käytetyn ikäryhmäjaottelun perusteella.

% vs. 58 %), lukuun ottamatta vieraskielisten 0–14-vuotiaiden ikäryhmää, jossa hakijoiden osuus oli 20 % ja vastaava osuus vieraskielisessä väestössä 19 %.

Kuntoutusta hakeneet erosivat myös väestöosuuden suhteen toisistaan (taulukko 2). Suomen- tai ruotsinkieliset hakijat edustavat 3,2 %:a suomen- tai ruotsinkielisestä väestöstä, vieraskielisten osuus oli puolet pienempi, 1,3 % vieraskielisestä väestöstä. Erityisen selvä ero on kuntoutusta hakeneiden naisten osalta: suomen- tai ruotsinkielisten naisten väestöosuus hakijoista oli 3,8 %, vieraskielisten 1,3 %. Ikäryhmittäin tarkasteltuna erot kieliryhmien välillä kuntoutusta hakeneiden väestöosuuksissa olivat suuria: nuorinta ja (suuntaa-antavasti) vanhinta ikäryhmää lukuun ottamatta suomen- tai ruotsinkielisten hakijoiden väestöosuudet olivat jokaisessa ikäryhmässä selvästi korkeampia kuin vieraskielisten.

Tutkimusaineiston ikäjakautumien erot heijastuvat myös siviilisäätyn: naimattomien osuus oli vieraskielisten kuntoutusta hakeneiden ryhmässä jonkin verran suurempi (43 %) kuin suomen- tai ruotsinkielisten ryhmässä (37 %). Suomen- tai ruotsinkielisistä hakijoista runsaan kolmanneksen asuinlääni oli

Etelä-Suomi ja saman verran hakijoita asui Länsi-Suomen läänissä. Vieraskielisistä hakijoista lähes 60 % asui Etelä-Suomen ja noin viidennes Länsi-Suomen läänissä. Ero suomen- tai ruotsin- ja vieraskielisten asuinläänien osuuksissa selittynee sillä, että koko maan ulkomaan kansalaisista ja vieraskielisestä väestöstä hieman yli puolet asuu Uudellamaalla. (Taulukko 3.)

Ero suomen- tai ruotsinkielisiin näkyy osin myös hakijoiden koulutusasteessa. On tosin huomattava, että runsaalla puolella vieraskielisistä koulutusaste oli tuntematon. Runsas puolet suomen- tai ruotsinkielisistä hakijoista oli suorittanut keskiasteen tai alemman korkeasteen koulutuksen, vieraskielisistä vajaa kolmannes. (Taulukko 3.)

Runsas puolet (56 %) kuntoutusta hakeneista suomen- tai ruotsinkielisistä oli työllisiä, naiset useammin (60 %) kuin miehet (49 %). Osuudet olivat hieman korkeampia kuin vieraskielisillä, joista vajaa puolet (47 %) oli työllisiä (naisista 50 % ja miehistä 43 %). Työttömiä oli suomen- tai ruotsinkielisistä 6 %, vieraskielisistä 13 %. Suomen- tai ruotsinkielisistä oli eläkkeellä olevien kuntoutusta hakeneiden osuus suurempi (26 %) vieraskielisiin verrattuna (16 %). Toisaalta vieraskielis-

Taulukko 3. Kuntoutusta hakeneiden siviilisäätyn, asuinlääni ja koulutusaste äidinkielen mukaan, %

		suomi/ruotsi	Muu	Kaikki
Siviilisäätyn:	naimaton	37,0	43,3	37,1
	avio/avoliitossa	43,4	38,7	43,3
	eronnut/leski	19,6	17,9	19,6
Asuinlääni:	Etelä-Suomi	35,5	57,5	35,8
	Länsi-Suomi	37,0	26,0	36,8
	Itä-Suomi	11,9	5,7	13,3
	Oulu	11,1	5,0	11,0
	Lappi	4,3	5,8	4,3
Koulutusaste:	keskiaste	38,7	24,2	38,4
	alin korkea-aste	13,7	5,1	13,6
	alempi korkeakouluaste	6,5	4,6	6,5
	ylempi korkeakouluaste	6,8	8,0	6,8
	tutkijakoulutusaste	0,7	1,0	0,7
	perusaste/tuntematon	33,7	57,0	34,1

tä suurempi osuus (13 % vs. 4 %) oli työvoiman ulkopuolella. Erot työttömien osuuksissa heijastavat maahanmuuttajien yleisesti korkeampaa työttömyyttä kantaväestöön verrattuna<sup>5</sup>, ja eläkeläisten osuuksien erot myös ikärakenteessa ilmeneviä eroja ryhmien välillä. (Taulukko 4.)

Taulukossa 5 on esitetty kuntoutusta hakeneiden sosioekonominen asema äidinkielen mukaan iän ja sukupuolen vakioinnin jälkeen. Suomen- tai ruotsinkieliset ja vieraskielisten jakautumat eroavat monin osin merkitsevästi toisistaan. Eriyksen selviä erot ryhmien välillä ovat työttömien ja eläkeläisten osuuksissa

(vrt. edellä taulukko 4) ja toimihenkilöiden osuuksissa, joita suomen- tai ruotsinkielisistä oli kaikkiaan 31 %, vieraskielisistä 21 %.

#### Kuntoutushakemukset ja kuntoutuspäätökset

Kuntoutushakemuksia kertyi vuosina 2007–09 kaikkiaan 374 064 kappaletta, joista valtaosa kohdistui harkinnanvaraiseen kuntoutukseen (n = 170 992) ja vaikeavammaisten lääkinnälliseen kuntoutukseen (n = 156 848). Vajaakuntoisten ammatillisen kuntoutuksen hakemuksia oli kaikkiaan 46 224 kappalet-

Taulukko 4. Kuntoutusta hakeneiden pääasiallinen toiminta<sup>6</sup> äidinkielen ja sukupuolen mukaan, %

	suomi/ruotsi			muu		
	miehet	naiset	yhteensä	miehet	naiset	yhteensä
työllinen	48,6	60,3	55,9	42,8	49,5	46,7
työtön	6,5	5,1	5,6	11,7	13,9	13,0
opiskelija	8,8	7,6	8,0	13,0	10,3	11,4
eläkkeellä	31,2	23,2	26,2	17,3	14,3	15,5
muu työvoiman ulkopuolella oleva	4,9	3,9	4,3	15,3	12,0	13,4
yhteensä	100	100	100	100	100	100
n	58580	97752	156334	857	1195	2052

Taulukko 5. Kuntoutusta hakeneiden sosioekonominen asema äidinkielen mukaan, % (vakioitu iän ja sukupuolen mukaan)

	suomi/ruotsi	muu
yrittäjät	4,8	4,7
ylemmät toimihenkilöt	12,2	10,7
alemmat toimihenkilöt	19,1	10,3
työntekijät	18,1	20,1
opiskelijat	8,3	14,5
eläkeläiset	28,1	12,1
työttömät	5,4	16,1
muu/tuntematon	4,0	11,5
yhteensä	100,0	100,0

ta. Suomen- tai ruotsinkielisten hakemuksista runsas 44 % koski vaikeavammaisten lääkinnällistä kuntoutusta ja sama osuus harkinnanvaraista kuntoutusta, vajaakuntoisten ammatillisen kuntoutuksen hakemusten osuus oli 12 %. Vieraskielisten hakemuksista suurin osa (58 %) koski vaikeavammaisten lääkinnällistä kuntoutusta, runsas neljännes harkinnanvaraista kuntoutusta (27 %) ja 16 % vajaakuntoisten ammatillista kuntoutusta. (Taulukko 6.)

Taulukossa 6 on esitetty myös hakemusten myöntöprosentit<sup>7</sup>, jotka vaihtelivat 67 ja 79 %:n välillä. Myöntöprosentit olivat korkeimmat vaikeavammaisten lääkinnällisen kuntoutuksen hakemuksissa ja matalimmat va-

<sup>5</sup>Tilastokeskuksen vuoden 2009 tilastojen mukaan työllisiä oli työikäisistä eli 18–64-vuotiaista vieraskielisistä 51 % ja kantaväestöstä 69 %, vastaavasti työttömiä oli 16 % ja 9 %. Työvoiman ulkopuolella oli vieraskielisistä 33 % ja kantaväestöstä 23 %.

<sup>6</sup>Tilastokeskuksen tutkimusaineistoa koskeva tieto vuosilta 2007–09, luvuissa eivät ole mukana 0–14-vuotiaat.

<sup>7</sup>Myöntö-/hylkäysprosentti = myöntävien/hylkäävien päätösten osuus kaikista lakiperusteen mukaisen kuntoutuslajin hakemuksista.

Taulukko 6. Kaikkien kuntoutushakemusten ja myöntävän tai hylkäävän päätöksen saaneiden hakemusten osuudet lakiperusteen ja äidinkielen mukaan (ikä ja sukupuoli vakioitu), %

	Vajaakuntoisten ammatillinen kuntoutus (KKL§6)		Vaikeavammaisten lääkinällinen kuntoutus (KKL§9)		Harkinnanvarainen kuntoutus (KKL§12)		yhteensä	
	suomi/ruotsi	muu	suomi/ruotsi	muu	suomi/ruotsi	muu	suomi/ruotsi	muu
kaikki hakemukset	12,1	15,5	43,6	57,9	44,4	26,6	100	100
myönnöt	66,8	62,0	78,9	77,9	70,4	67,5		
hylkäykset	25,2	29,6	13,1	14,2	21,7	22,8		

Harkinnanvarainen kuntoutus sisältää sekä lääkinällistä että ammatillista kuntoutusta.

jaakuntoisten ammatillisen kuntoutuksen hakemuksissa. Vieraskielisten hakijoiden hakemusten myöntöprosentit olivat jonkin verran matalampia kuin suomen- tai ruotsinkielisten, lukuun ottamatta vaikeavammaisten lääkinällistä kuntoutusta. Suurin ero myöntöprosentteissa näkyy vajaakuntoisten ammatillisen kuntoutuksen hakemusten osalta: suomen- tai ruotsinkielisten hakemusten myöntöprosentti oli 67 %, vieraskielisten 62 %. Vastaava trendi näkyy käänteisenä hakemusten hylkäysprosentteissa. Vajaakuntoisten ammatillisen kuntoutuksen hakemuksista oli hylkäävän päätöksen saanut suomen- tai ruotsinkielisistä 25 %, vieraskielisistä 30 %; vastaavat luvut harkinnanvaraisen kuntoutuksen osalta olivat 22 % ja 23 %. (Taulukko 6.)

Kuntoutuksen lakiperuste, kuntoutuspäätökset ja hakudiagnoosit kuntoutusta hakeneittain

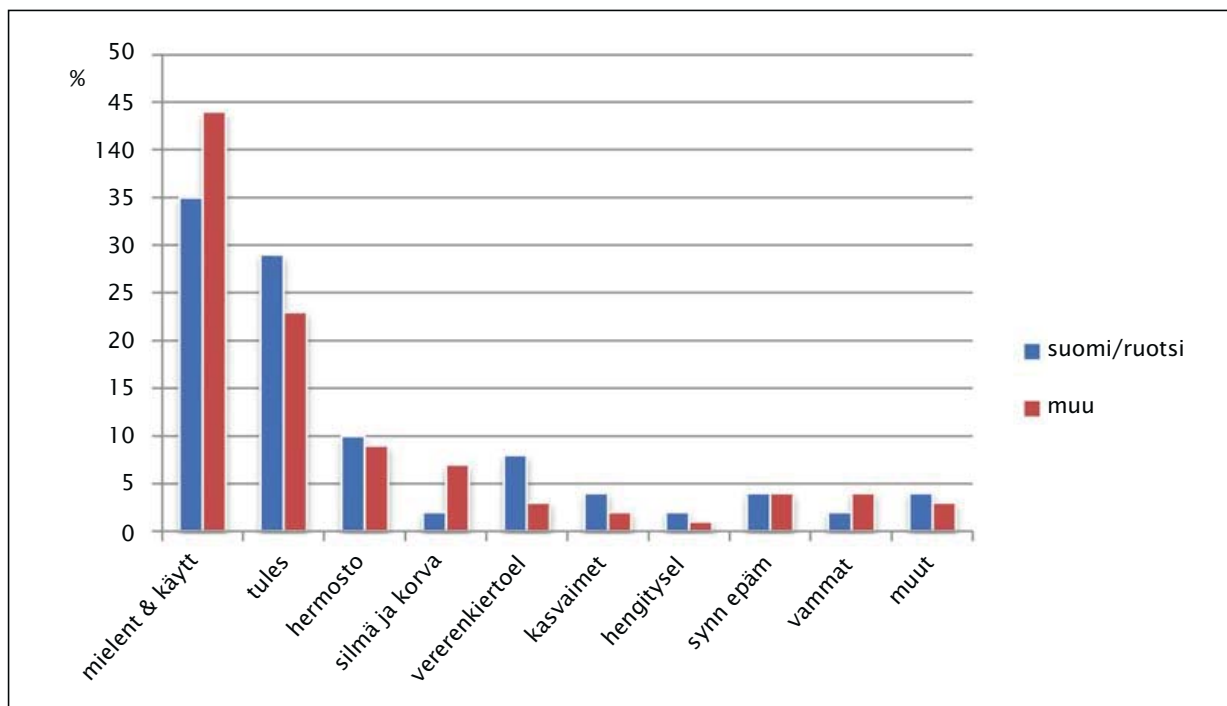
Edellä esitetyt tulokset perustuvat kuntoutushakemuksia koskeviin tietoihin. Seuraavassa tarkastellaan hakijakohtaisia tietoja. Taulukossa 7 esitettyjä tietoja lukuun ottamatta hakijakohtaisia tietoja tarkastellaan hakijoiden niin sanotun ensimmäisen hakemuksen perusteella, toisin sanoen hakemuksen joka esiintyy aineistossa kyseisen henkilön kohdalla ensimmäisen kerran otosvuosina 2007–09. Useamman kuin yhden kuntoutushakemuksen tehneitä oli kaikkiaan 66 417 henkeä, joista suomen- tai ruotsinkielisiä oli 65 158 ja vieraskielisiä 1 259 henkeä.

Kahden ensimmäisen hakukerran kuntoutushakemuksia koskevat vakioidut myöntö-,

Taulukko 7. Kahden ensimmäisen hakukerran hakijakohtainen kuntoutuspäätös (myöntö-, hylkäys- ja lakkautusprosentti) lakiperusteen ja äidinkielen mukaan (ikä ja sukupuoli vakioitu), %

		I hakemus			II hakemus		
		myöntö	hylkäys	lakkautus	myöntö	hylkäys	lakkautus
Vajaakuntoisten ammatillinen kuntoutus KKL§6	suomi/ruotsi	66,7	30,8	2,4	67,0	17,3	15,8
	muu	58,6	38,5	2,9	56,2	27,1	16,7
Vaikeavammaisten lääkinällinen kuntoutus KKL§9	suomi/ruotsi	79,3	17,2	3,5	81,9	12,5	5,5
	muu	79,7	18,6	1,7	79,6	15,3	5,1
Harkinnanvarainen kuntoutus KKL§12	suomi/ruotsi	69,1	27,8	3,1	64,4	17,1	18,5
	muu	68,8	27,7	3,5	67,6	13,6	18,8
Yhteensä	suomi/ruotsi	71,1	25,8	3,1	72,5	15,1	12,4
	muu	69,0	28,1	2,9	70,6	17,4	12,0





Kuva 2. Hakudiagnoosien suurimmat sairausryhmät suomen- tai ruotsinkielisillä ja vieraskielisillä hakijoilla (ensimmäinen hakemus, vakioitu iän ja sukupuolen mukaan), %

hylkäys- ja lakkautusprosentit lakiperusteen ja äidinkielen mukaan on esitetty taulukossa 7. Ensimmäisen hakukerran myöntöprosentti oli yli lakiperusteiden ja kieliryhmien tarkasteltuna 71 %. Lakiperusteittain tarkasteltuna myöntöprosentti oli korkein vaikeavammaisten lääkinällisen kuntoutuksen osalta (80 %), seuraavaksi harkinnanvaraisen kuntoutuksen osalta (69 %) ja matalin vajaakuntoisten ammatillisen kuntoutuksen hakemuksissa (66 %).

Kun tarkastellaan hakijakohtaisia kuntoutuspäätöksiä äidinkielen mukaan yli lakiperusteen, näkyy sekä ensimmäisessä että toisessa hakukerrassa vieraskielisten jonkin verran matalampi myöntöprosentti ja vastaavasti korkeampi hylkäysprosentti suomen- tai ruotsinkielisiin verrattuna. Tämä parin prosenttiyksikön ero kieliryhmien välillä selittyy ensisijaisesti vajaakuntoisten ammatillisen kuntoutuksen myöntöprosenttien erolla. Suomen- tai ruotsinkielisillä hakijoilla kyseinen myöntöprosentti oli 67 % sekä ensimmäisessä että toisessa hakemuksessa, vieraskielisillä edel-

lisiä matalampi: 59 % ja 56 %. Ero suomen- tai ruotsinkielisiin oli siis 10 prosenttiyksikön luokkaa kummankin hakukerran myöntöpäätöksissä ja saman verran myös hylkäävissä päätöksissä.

Muiden lakiperusteiden mukaisten kuntoutuslajien osalta kieliryhmien erot olivat vähäisempiä, osin edelliseen verrattuna päinvastaisia. Harkinnanvaraisen kuntoutuksen myöntöprosentit olivat suomen- tai ruotsin- ja vieraskielisillä samaa luokkaa ja ne laskivat jonkin verran ensimmäisen ja toisen hakuhetken välillä. Vaikeavammaisten lääkinällisen kuntoutuksen osalta myöntöprosentit olivat ensimmäisessä ja toisessa haussa myös samaa luokkaa, kummassakin kieliryhmässä noin 80 %.

Kaksi suurinta hakudiagnoosien sairausryhmää olivat mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöt ja tuki- ja liikuntaelinten sairaudet. Vieraskielisistä hakijoista 44 %:lla hakudiagnoosina oli jokin mielenterveyden tai käyttäytymisen häiriö, suomen- tai ruotsinkielisistä 35 %:lla<sup>8</sup>. Tuki- ja liikuntaelin-

<sup>8</sup>Noin puolet vieraskielisten ja 70 % suomen- tai ruotsinkielisten kyseisen sairausryhmän hakudiagnooseista kuului kansainvälisen tautiluokituksen luokkiin F20-F48 (skitsofrenia ja skitsotyyppiset ja harhaluuloisuushäiriöt, mielialahäiriöt, neuroottiset, stressiin liittyvät ja somatoformiset häiriöt).

ten sairaudet olivat puolestaan suomen- tai ruotsinkielisillä jonkin verran yleisempiä hakudiagnooseja (29 %) kuin vieraskielisillä (23 %). Muiden hakudiagnoosien sairauspääryhmittäiset osuudet jäivät noin kymmeneen prosenttiin tai sitä matalammiksi. Myös pienemmissä sairauspääryhmissä oli vähäisiä eroja kieliryhmien kesken. (Kuva 2.)

Taulukossa 8 on esitetty ensimmäisen hakemuksen hakudiagnoosien suurimpien sairauspääryhmien vakioitunut myöntö- ja hylkäysprosentit yli kuntoutuksen lakiperusteiden. Myöntöprosentit vaihtelivat sairauspääryhmästä riippuen 52 %:n ja 83 %:n välillä. Myös näissä luvuissa näkyvät vieraskielisten jonkin verran matalammat myöntöprosentit suomen- tai ruotsinkielisiin verrattuna. Suurimmat erot myöntöprosentteissa suomen- tai ruotsin- ja vieraskielisten välillä näkyvät vammojen ja verenkiertoelinten sairauksien perusteella kuntoutusta hakeneiden osalta: verenkiertoelinsairauksien kohdalla myöntöprosentti oli vieraskielisillä 52 % ja suomen- tai ruotsinkielisillä 61 %, vammojen osalta vastaavasti 53 % ja 63 %.

Mitä kuntoutustoimenpiteitä haetaan ja mitä myönnetään?

Ensimmäisellä hakukerralla oli kaikista haetuista kuntoutustoimenpiteistä valtaosa (60 %) kohdistunut erilaisiin kuntoutuskursseihin (tyk-valmennus, kuntoutuslaitosjakso, ammatillinen kuntoutuskurssi), ja seuraavaksi suurimpina toimenpideryhminä olivat psykoterapia (13 %), muut terapiat (7 %) ja tutkimukset (5 %). Vieraskieliset olivat hakeneet suomen- tai ruotsinkielisiä hieman useammin puheterapiaa, kuntoutustutkimuksia ja koulutusta.

Taulukossa 9 on tarkasteltu suurimpia haetuja kuntoutustoimenpideryhmiä lakiperusteiden ja äidinkielen mukaan ensimmäisellä hakukerralla. Vajaakuntoisten ammatillisen kuntoutuksen toimenpiteinä oli noin kolmannes hakenut jotain kuntoutuskurssia tai kuntoutustutkimusta ja noin viidennes koulutusta. Suomen- tai ruotsinkieliset olivat hakeneet selvästi useammin kuntoutuskurssia (32 %) kuin vieraskieliset (9 %), vieraskieliset puolestaan useammin kuntoutustutkimusta tai kuntoutustarvearviointia (43 %) kuin suomen- tai ruotsinkieliset (32 %).

Taulukko 8. Hakudiagnoosien suurimpien sairauspääryhmien myöntö-, hylkäys- ja lakkautusprosentit suomen- tai ruotsinkielisillä ja vieraskielisillä hakijoilla (ensimmäinen hakemus, vakioitu iän ja sukupuolen mukaan), %

		myöntö	hylkäys	lakkautus	yhteensä
Mielenterveyden Ja käyttäytymisen häiriöt	suomi/ruotsi	74,8	22,5	2,7	100,0
	muu	72,3	25,2	2,6	100,0
Tuki- ja liikunta- elinten sairaudet	suomi/ruotsi	68,0	29,0	3,0	100,0
	muu	67,6	29,2	3,2	100,0
Hermoston sairaudet	suomi/ruotsi	72,5	24,0	3,5	100,0
	muu	73,6	23,7	2,8	100,0
Silmän ja korvan sairaudet	suomi/ruotsi	78,0	18,5	3,5	100,0
	muu	74,3	20,9	4,8	100,0
Verenkiertoelinten sairaudet	suomi/ruotsi	61,0	35,8	3,2	100,0
	muu	52,3	43,6	4,1	100,0
Synnynnäiset epämuodostumat	suomi/ruotsi	82,7	13,6	3,6	100,0
	muu	78,9	19,0	2,2	100,0
Vammat ja myrkytykset	suomi/ruotsi	63,0	33,4	3,6	100,0
	muu	52,7	44,1	3,3	100,0

Vaikeavammaisten lääkinällisen kuntoutuksen toimenpiteistä suurimmat ryhmät muodostivat fysioterapia (46 %), muut terapiat (17 %) ja kuntoutuskurssit (17 %). Suomen- tai ruotsinkieliset olivat hakeneet selvästi useammin fysioterapiaa (46 %) verrattuna vieraskielisiin (26 %), jotka puolestaan olivat hakeneet suomen- tai ruotsinkielisiä useammin puheterapiaa (43 % vs. 16 %). Harkinnanvaraisen kuntoutuksen toimenpiteistä lähes kaikki ensimmäisen kerran hakemukset oli suunnattu kuntoutuskurssiin (76 %) ja psykoterapiaan (19 %). Erot suomen- tai ruotsin- ja vieraskielisten välillä olivat pienemmät kuin muiden lakiperusteiden mukaan haetuissa toimenpiteissä.

Taulukossa 10 on esitetty vielä ensimmäisen hakukerran myöntöprosentit suurimmissa toimenpideryhmissä lakiperusteen ja äidinkielen mukaan. Kuten lakiperusteiden mukaisen myöntöprosenttien kohdalla (taulukko 8), myös haettujen toimenpiteiden myöntöprosentit erosivat kieliryhmien välillä erityises-

ti vajaakuntoisten ammatillisen kuntoutuksen toimenpiteissä. Kuntoutuskurssija lukuun ottamatta vieraskielisten myöntöprosentit olivat matalampia kuin suomen- tai ruotsinkielisten. Erot olivat selvimmät työkokeilua ja työhönvalmennusta sekä kuntoutustutkimuksia ja kuntoutustarvearvioita koskevien toimenpiteiden kohdalla. Muiden lakiperusteiden mukaisen toimenpideryhmien myöntöprosentit olivat kummassakin kieliryhmässä kutakuinkin samaa luokkaa lukuun ottamatta harkinnanvaraisena kuntoutuksena myönnettyä psykoterapiaa, jossa vieraskielisten myöntöprosentti oli noin 6 prosenttiyksikköä matalampi kuin suomen- tai ruotsinkielisten.

#### Kenelle vajaakuntoisten ammatillista kuntoutusta myönnetään?

Edellä todettiin, että vieraskielisten kuntoutusta hakeneiden ns. ensimmäisen hakemuksen myöntöprosentti oli suomen- tai ruotsin-

Taulukko 9. Haetut kuntoutustoimenpiteet lakiperusteen ja äidinkielen mukaan (ensimmäinen haku), %

Lakiperuste	Toimenpideryhmä	suomi/ruotsi	Muu	Kaikki
Vajaakuntoisten ammatillinen kuntoutus KKL§6	Koulutus	23,1	29,3	23,2
	Työkokeilu/valmennus	9,5	11,5	9,5
	Kuntoutuskurssit	31,8	9,1	31,3
	Tutkimukset	31,7	43,1	31,9
	Muut <sup>9</sup>	4,0	6,9	4,1
	Yhteensä	100,0	100,0	100,0
Vaikeavammaisten lääkinällinen kuntoutus KKL§9	Kuntoutuskurssit	17,5	8,1	17,2
	Fysioterapia	46,3	26,1	45,8
	Puheterapia	15,9	43,4	16,7
	Psykoterapia	2,3	1,9	2,3
	Muut terapiat <sup>10</sup>	17,3	20,2	17,4
	Muut <sup>9</sup>	0,7	0,3	0,6
Yhteensä	100,0	100,0	100,0	
Harkinnanvarainen kuntoutus KKL§12	Kuntoutuskurssit	76,5	70,9	76,5
	Fysioterapia	0	0,2	0
	Puheterapia	0	0,1	0
	Psykoterapia	18,9	22,6	18,9
	Tutkimukset	0,1	0,2	0,1
	Muut terapiat <sup>10</sup>	0,3	0,6	0,3
Muut <sup>9</sup>	4,1	5,5	4,1	
Yhteensä	100,0	100,0	100,0	

<sup>9</sup>Muut = apuvälineet, elinkeinotuki, hoito Reumasäätiön sairaalassa, kehittämistoiminta, kokeilutoiminta.

<sup>10</sup>Muut terapiat = toimintaterapia, musiikkiterapia, neuropsykologinen kuntoutus.

Taulukko 10. Suurimpien haettujen kuntoutustoimenpideryhmien myöntöprosentit lakiperusteen ja äidinkielen mukaan (ensimmäinen haku), %

Lakiperuste	Toimenpideryhmä	suomi/ruotsi	Muu
Vajaakuntoisten ammatillinen kuntoutus KKL§6	Koulutus	62,6	60,7
	Työkokeilu/valmennus	74,2	57,4
	Kuntoutuskurssit	64,0	70,4
	Tutkimukset	67,4	54,1
Vaikeavammaisten lääkinnällinen kuntoutus KKL§9	Kuntoutuskurssit	71,2	75,4
	Fysioterapia	84,3	84,2
	Puheterapia	79,6	78,8
	Muut terapiat	76,4	78,9
Harkinnanvarainen kuntoutus KKL§12	Kuntoutuskurssit	69,7	66,1
	Psykoterapia	76,3	69,7

kielisiä hakijoita alempi vajaakuntoisten ammatillisen kuntoutuksen hakemuksissa. Taulukossa 11 tarkastellaan logistisen regressioanalyysin avulla vielä myöntävän päätöksen saamiseen liittyviä tekijöitä. Analyysissa ovat mukana 15–64-vuotiaat hakijat ja myöntöpäätöstä selittävinä tekijöinä tarkastellaan ikää, sukupuolta, pääasiallista toimintaa, äidinkieltä sekä hakudiagnooseista mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöitä ja tuki- ja liikuntaelinten sairauksia. Myöntävän päätöksen todennäköisyyttä lisäävät miessukupuoli, mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöt ja tuki- ja liikuntaelinten sairaudet ja sitä alen-

tavat vieraskielisyys ja työttömänä tai eläkkeellä oleminen. (Taulukko 11.)

### Yhteenveto ja pohdinta

Tässä artikkelissa pyrittiin hakemaan vastauksia kysymykseen, missä määrin ja millaista kuntoutusta Suomessa asuva maahanmuuttajaväestö hakee ja millaisten kuntoutustarpeeseen johtavien ongelmien perusteella. Kysymykseen haettiin vastauksia vertaamalla vuosina 2007–09 Kelan järjestämään kuntoutukseen hakeutumista, hakemisen perusteena olevia terveysongelmia sekä myöntö- ja

Taulukko 11. Vajaakuntoisten ammatillisen kuntoutuksen myöntävää päätöstä selittävät tekijät. Logistisen regressioanalyysin ristitulosuhteet (OR) ja 95 %:n luottamusvälit (ensimmäinen haku, 15–64-vuotiaat, mallissa ikä on mukana jatkuvana muuttujana)

		OR	95 % lv
Sukupuoli	nainen	1	
	mies	1,09**	1,03-1,15
Pääasiallinen toiminta:	työllinen	1	
	työtön	0,81***	0,75-0,88
	eläkkeellä	0,76***	0,69-0,83
	muu	0,92	0,84-1,00
Vieraskielinen	ei	1	
	on	0,72***	0,61-0,85
Mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöt	ei	1	
	on	1,25***	1,16-1,34
Tuki- ja liikuntaelinten sairaus	ei	1	
	on	1,11**	1,04-1,19

\*\* p < .002, \*\*\* p < .000

hylkäyspäätöksiä kantaväestön ja maahanmuuttajataustaisen väestön kesken. Tarkastelun ulkopuolelle jäivät siis muiden tahojen kuten esimerkiksi työ- ja elinkeinohallinnon, kuntien sosiaali- ja terveystoimen sekä työeläkelaitosten järjestämä kuntoutustoiminta.

Tulosten tulkinnassa on huomattava, että tutkimusaineisto on kokonaisotos kaikista vuosina 2007–09 Kelan kuntoutusta hakeneista ja tuloksia ei voi yleistää tämän perusjoukon ulkopuolelle. Tulososassa ei ole esitetty kantaväestön ja vieraskielisten välisten erojen tilastollisia merkitsevyyksiä, koska kyse on kooltaan suuresta kokonaisotoksesta (aineiston koon perusteella jo 1–2 prosenttiyksikön ero kieliryhmien välillä olisi tilastollisesti merkitsevä otostutkimuksessakin).

Tutkimustulosten pohjalta voidaan tarkastella kuntoutukseen hakeutumista ja kuntoutuspalvelujen saatavuutta, toisin sanoen kuntoutusta hakeneiden pääsyä kuntoutuspalvelujen piiriin, sekä kuntoutustarpeen perustana olevia terveysongelmia. Kun kuntoutukseen hakeutumista tarkasteltiin suhteessa kantaväestön ja vieraskielisen väestön ikäryhmittäisiin väestöosuuksiin, hakeutui vieraskielisestä väestöstä suhteellisesti pienempi osuus kuin kantaväestöstä Kelan kuntoutukseen; poikkeuksena olivat nuorin ja vanhin ikäryhmä, joiden väestöosuudet olivat kieliryhmissä samaa luokkaa. Kuntoutuksen lakiperusteen ja haettujen kuntoutustoimenpiteiden osalta näkyy niin ikään ero vieraskielisten ja kantaväestön hakijoiden välillä. Vieraskieliset hakivat kantaväestöä selvästi useammin vaikeavammaisten lääkinällistä kuntoutusta ja harvemmin harkinnanvaraista kuntoutusta. Vajaakuntoisten ammatillista kuntoutusta vieraskieliset hakivat vain hieman useammin kuin kantaväestö, mutta yksittäisistä tämän lakiperusteen mukaisista toimenpiteistä he hakivat kurssimuotoista kuntoutusta huomattavasti harvemmin kuin kantaväestö.

Kuntoutusta myös myönnettiin hieman harvemmin vieraskielisille hakijoille – erityisesti vajaakuntoisten ammatillista kuntoutusta – verrattuna kantaväestön hakijoihin. Matalammat myöntöprosentit näkyivät sekä lakiperusteittain että yksittäisten kuntoutus-

toimenpiteiden osalta. Myöntöprosentit olivat vajaakuntoisten ammatillisen kuntoutuksen toimenpiteistä vieraskielisillä hakijoilla kantaväestöä matalammat työkokeilun ja työhönvalmennuksen sekä kuntoutustutkimusten ja kuntoutustarvearvioiden osalta, vaikka viimeksi mainittuja haettiin suhteellisesti useammin. Harkinnanvaraisen kuntoutuksen toimenpiteistä psykoterapian myöntöprosentti oli hieman kantaväestöä matalampi. Matalampien myöntöprosenttien ja vastaavasti korkeampien hylkäysprosenttien syiden tarkempi selvittely edellyttäisi kuntoutushakemusten ja päätösperusteiden analysointia.

Kuntoutuksen hakudiagnoosi kertoo kuntoutustarpeen perustana olevasta terveysongelmasta, joka on suhteellisen kapea-alainen kuntoutustarpeen indikaattori. Suurimpina hakudiagnoosiryhminä olivat kummassakin hakijaryhmässä mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöt ja tuki- ja liikuntaelinten sairaudet. Vieraskielisillä oli hakudiagnoosina kantaväestöä useammin jokin mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriö ja harvemmin tuki- ja liikuntaelinten sairaus. Kyseisten diagnoosien perusteella kuntoutusta hakeneiden myöntöprosentit eivät eronneet kieliryhmien välillä. Sen sijaan myöntöprosentit olivat vieraskielisillä hieman matalammat verenkiertoelinten sairauksien, synnynnäisten epämuodostumien sekä vammojen ja myrkytysten sairauspääryhmissä.

Vajaakuntoisten ammatillista kuntoutusta koskevaa myönteistä päätöstä selittivät äidinkielen lisäksi sukupuoli, pääasiallinen toiminta sekä hakudiagnoosi. Todennäköisyys myönteiseen kuntoutuspäätökseen oli suurempi suomen- tai ruotsinkielisillä, miehillä, työllisillä ja mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöiden tai tuki- ja liikuntaelinten sairauksien perusteella kuntoutusta hakeneilla.

Tämän artikkelin johdanto-osassa mainitut suomalaiset tutkimukset maahanmuuttajien terveydentilasta ja palvelujen käytöstä ja käyttäjämääristä eivät vielä valota tekijöitä, jotka vaikuttavat kuntoutuspalveluihin hakeutumiseen tai niihin pääsemiseen. Vajaakuntoisten tai vammaisten henkilöiden kuntoutuspalvelujen käyttöä koskevissa tut-

kimuksissa on pyritty jäsentämään näitä tekijöitä ensisijassa palvelujen käyttäjän näkökulmasta. Terveys- tai kuntoutuspalvelujen saatavuuden esteiksi on tutkimuksissa todettu muun muassa rakenteelliset tekijät sekä palvelun järjestämiseen liittyvät ja yksilölliset tai kulttuuriset tekijät, mutta myös itse järjestelmän päätöksentekoon liittyvät esteet.

Esimerkiksi Drainonin ym. (2006, ks. myös Scheer ym. 2003) tutkimuksessa vajaakuntoiset tai vammaiset henkilöt mainitsivat terveyspalvelujen saatavuuden rakenteellisina esteinä muun muassa fyysisen ympäristön esteet, kommunikaatio-ongelmat, hoidon ja kuntoutuksen koordinoinnin ja jatkuvuuden ongelmat sekä taloudellisia korvauksia koskevat epäselvyydet. Yksilöllisinä ja kulttuurisina tekijöinä mainittiin muun muassa asiantuntijoiden tiedon puute ja vammaisuutta koskevat väärinymmärrykset, epäasiallinen kohtelu ja vastahakoisuus hoidon tai kuntoutuksen järjestämiseen. Myös etnisellä taustalla näyttää olevan merkitystä kuntoutuspalvelujen saatavuudelle. Australialaisessa tutkimuksessa (Williams ym. 2010) todettiin, että sydänkuntoutukseen hyväksyttiin useammin muun muassa englantia pääkielenään käyttäviä kuin muunkielisiä hakijoita. Amerikkalaisessa meta-analyysissä (Rosenthal ym. 2005) tarkasteltiin ammatillisen kuntoutuksen saatavuuden eroja musta- ja valkoihoisten amerikkalaisten välillä. Tutkimustulosten mukaan valkoihoiset amerikkalaiset saivat useammin myöntävän kuntoutuspäätöksen mustaihoisiin verrattuna.

Parissa saksalaisessa tutkimuksessa on todettu eroja kuntoutuspalvelujen käytössä maahanmuuttajien ja kantaväestön välillä. Brzoskan ym. (2010) tutkimuksessa todettiin, että maahanmuuttajaväestön vähäisempi kuntoutuspalvelujen käyttö ja heikommat kuntoutustulokset verrattuna kantaväestöön eivät selity sosiodemografisten tai terveyteen liittyvien tekijöiden perusteella, joten olisi kiinnitettävä enemmän huomiota palvelujärjestelmän toimivuuden ja kulttuuriseen kompetenssin ohella monimuotoisuuden ja yksilöllisen maahanmuuttotaustan huomioon ottamiseen palveluissa. Kobeltin ym (2011) tutkimuksessa todettiin, että maahanmuutta-

jien heikommat mielenterveyskuntoutuksen kuntoutustulokset ja kantaväestöä korkeampi eläkkeelle siirtyneiden osuus kuntoutuksen jälkeen edellyttävät tarkempaa palvelujen käytön esteiden ja siitä hyötymisen selvittelyä.

Suomessa on palvelujärjestelmän toimivuutta maahanmuuttajaväestön osalta tarkasteltu asiantuntijahaastatteluihin perustuvassa tutkimuksessa (Buchert & Vuorento 2012). Siinä selvitettiin palvelujärjestelmän toimivuuden kitkakohtia, jotka vaikuttavat maahanmuuttajataustaisten asiakkaiden kuntoutuspalvelujen saatavuuteen ja niistä hyötymiseen. Maahanmuuttaja-asiakkaiden kanssa sosiaalipalveluissa, terveydenhuollossa, työ- ja elinkeinohallinnossa, järjestöissä sekä Kelassa pitkään työskennelleet ammattilaiset raportoivat sekä palvelujärjestelmään ja siihen sisältyviin toimintatapoihin että maahanmuuttaja-asiakkaan kuntoutukseen ohjaamiseen liittyviä ongelmakohtia, joihin oli pyritty hakemaan ja osaan kehitetty päteviä ratkaisukeinoja. Tulosten mukaan näyttää siltä, että kuntoutuksen saatavuuteen vaikuttavat muun muassa ohjaamisen ongelmat yhteisen kielen puuttumisen ja terveyttä ja sairautta koskevien erilaisten käsitysten takia, palvelujärjestelmän tarjoamia mahdollisuuksia koskevan tiedonsaannin puutteellisuus ja asiakkaiden sosiaalisen tukiverkoston puuttuminen. Ammatilliseen kuntoutukseen ohjaamisen ongelmat ja ohjaamisen vähäisyys erityisesti kurssimuotoisen kuntoutuksen osalta liittyivät suomen kielen taidon lisäksi erityisesti muualla kuin Suomessa hankitun koulutuksen ja työkokemuksen huomioonottamisen vaikeuksiin.

Tuloksia voidaan tarkastella myös portinvartijuuden näkökulmasta. Tällöin kohteena ovat ne kuntoutukseen hakeutumisen eri vaiheet, jotka voivat vaikuttaa kuntoutuksen saatavuuteen. Sosiaali- ja terveydenhuollon asiantuntijan rooli on usein kaksijakoinen: toisaalla ovat ne järjestelmän normit, säädökset ja kriteerit, jotka määrittelevät palveluun pääsyä koskevan ratkaisun, toisaalla palvelua hakeva asiakas, kuntoutuja, ja hänen tarpeensa ja tavoitteensa (Järvikoski & Härkäpää 2011, 200-201). Kuntoutukseen hakeutumisessa voidaan ajatella olevan useita eri vaiheita, jois-

sa sekä virallisella että epävirallisella portinvartijuudella on vaikutuksensa eri vaiheisiin sisältyvään päätöksentekoon. Lähtökohtana ovat yksilön kuntoutustarpeen viriämiseen ja sen julkittuomiseen liittyvät tekijät ja se miten esimerkiksi läheiset tai lähiyhteisö reagoi ilmaistuun tarpeeseen. Palveluihin hakeutumiseen vaikuttaa myös se missä määrin hakijalla tai lähiyhteisöllä on tietoa siitä, miten tulisi toimia ja millaisia palveluja on tarjolla. Jos kuntoutustarve johtaa palveluihin hakeutumiseen, on todennäköisesti ensimmäinen virallinen portinvartija terveyskeskuslääkäri, joka tekee tilannearvion havaintojensa pohjalta, määrittelee mahdollisen kuntoutustarpeen ja tekee päätöksen kuntoutukseen ohjaamisesta. Seuraavassa vaiheessa Kelan asiantuntijalääkäri arvioi kuntoutuksen tarkoituksenmukaisuuden ja missä määrin myönnettävästä kuntoutustoimenpiteestä koituu hyötyä hakijalle. Lopullisen päätöksen myönnettävästä kuntoutustoimenpiteestä tekee Kelan etuus-käsittelijä.

Kuntoutukseen hakeutumiseen ja sen saavuuteen vaikuttavat siis monet eri tekijät ja vaiheet. Tämä tutkimus kohdistuu sekä kuntoutuksen hakuvaiheeseen että vaiheeseen, jossa kuntoutuspäätös tehdään. Tiivistetysti voidaan sanoa, että työikäiset vieraskieliset hakeutuvat harvemmin kuntoutukseen ja heille myönnetään erityisesti ammatillista kuntoutusta harvemmin kuin kantaväestölle. Tuloksia voidaan selittää ja tulkita – ainakin osin – edellä mainittujen palvelujärjestelmän kitkakohtien ja portinvartijuuden näkökulmasta.

### Tiivistelmä

Tutkimuksessa tarkastellaan Kelan ja Tilastokeskuksen rekisterien pohjalta kantaväestön ja maahanmuuttajataustaisen väestön kuntoutukseen hakeutumista sekä myönnettyjä kuntoutuspalveluita. Tutkimusaineisto koostuu kaikista vuosina 2007-09 Kelan kuntoutusta koskevista hakemuksista (n = 374 064) kaikkiaan 173 360 henkilöltä, joista 1,5 % oli vieraskielisiä (äidinkieli muu kuin suomi tai ruotsi). Tulosten mu-

kaan työikäiset vieraskieliset hakeutuvat harvemmin kuntoutukseen ja heille myönnetään erityisesti ammatillista kuntoutusta harvemmin kuin kantaväestölle. Tuloksia tulkitaan kuntoutuspalveluihin pääsemisen sekä portinvartijuuden näkökulmasta.

### Abstract: Immigrants as clients in rehabilitation services – Applications and granted rehabilitation services

Data based on registers of the Social Insurance Institution of Finland and Statistics of Finland was used to analyze differences between immigrants and the original Finnish population in applying for rehabilitation and in granted rehabilitation services. The data covered all rehabilitation applications of the SII in years 2007-09 totaling for 374 064 applications from 173 360 applicants. The results indicated that working-aged applicants with immigrant background apply for rehabilitation services less often than the original Finnish population and are granted rehabilitation services, especially vocational rehabilitation, more seldom. The results are discussed from the viewpoint of factors affecting access to services and gate-keeping practices of the service system.

**KRISTIINA HÄRKÄPÄÄ** TOIMII KUNTOUTUSTIETEEN PROFESSORINA LAPIN YLIOPISTOSSA.

YTM **MIRKKA VUORENTO** TOIMII TUTKIJANA KUNTOUTUSSÄÄTIÖSSÄ.

VTM **ULLA BUCHERT** TOIMII TUTKIJANA KUNTOUTUSSÄÄTIÖSSÄ.

FM **TUULA LEHIKONEN** TOIMII ERIKOIS-SUUNNITTELIJANA KUNTOUTUSSÄÄTIÖSSÄ.

### Lähteet

Blight KJ, Ekblad S, Lindencrona F, Shahnava S (2009) Promoting mental health and preventing mental disorder among refugees in Western countries. *International Journal of Mental Health Promotion* 11, 1, 33-44.

- Brzoska P, Voigtländer S, Spallek J, Razum O (2010) Utilization and effectiveness of medical rehabilitation in foreign nationals residing in Germany. *European Journal of Epidemiology* 25, 651-660.
- Buchert U, Vuorento M (2012) Maahanmuuttajat, mielenterveyskuntoutus ja ammatillinen kuntoutus - ammattilaisten näkemys haasteista ja ratkaisuista. Sosiaali- ja terveysturvan selosteita, Kansaneläkelaitos, Helsinki (painossa).
- DeMaio G (2010) Immigration as pathogenic: a systematic review of the health of immigrants to Canada. *International Journal of Equity in Health* 9, 1, 27-46.
- Drainoni ML, Lee-Hood E, Tobias C, Bachman SS, Andrew J, Maisels L (2006) Cross-disability experiences of barriers to health-care access: Consumer perspectives. *Journal of Disability Policy Studies* 17, 101.
- Fazel M, Wheeler J, Danesh J (2005) Prevalence of serious mental disorder in 7000 refugees resettled in western countries: a systematic review. *Lancet* 365, 1309-1314.
- Gissler M, Malin M, Matveinen P (2006) Maahanmuuttajat ja julkiset palvelut: Terveystieteiden tutkimus 296, Työministeriö, Helsinki.
- Gushulak BD, Pottie K, Roberts JH, Torres S, Des Meules M (2011) Migration and health in Canada: health in the global village. *Canadian Medical Association Journal* 183, 12, 952-98.
- Härkönen T, Manelius L, Turunen H, Peltola U (2005) Maahanmuuttajien kuntoutustutkimus. Teoksessa Härkönen K, Peltola U (toim.) Maahanmuuttajien työllistymisen tukeminen ja kuntoutusluotsaus. Kuntoutussäätiön työselosteita 29, Kuntoutussäätiö, Helsinki.
- Järvikoski A, Härkönen K (2011) Kuntoutuksen perusteet. Näkökulmia kuntoutukseen ja kuntoutustieteeseen. WSOYPro, Helsinki.
- Kirmayer LJ, Narasiah L, Munoz M ym. (2011) Common mental health problems in immigrants and refugees: general approach in primary care. *Canadian Medical Association Journal* 183, 12, 959-967.
- KKL §6 566/2005. Laki Kansaneläkelaitoksen kuntoutusetuuksista ja kuntoutusrahaetuksista. Ammatillisen kuntoutuksen järjestäminen.
- KKL §9 566/2005. Laki Kansaneläkelaitoksen kuntoutusetuuksista ja kuntoutusrahaetuksista. Vaikeavammaisten lääkinnällisen kuntoutuksen järjestäminen.
- KKL §12 566/2005. Laki Kansaneläkelaitoksen kuntoutusetuuksista ja kuntoutusrahaetuksista. Harjunnanvarainen kuntoutus.
- Kobelt A, Göbber J, Petermann F (2011) Die Bedarfsfrage in der Rehabilitation und die Versorgung neuer Zielgruppen. *Bundesgesundheitsblatt* 54, 4, 475-481.
- Krasnik A, Norredam M, Sorensen TM ym. (2002) Effect of ethnic background on Danish hospital utilisation patterns. *Social Science and Medicine* 55, 1207-1211.
- Kumar B, Grotvedt L, Meyer HE, Sogaard AJ, Strand BH (2008) The Oslo immigrant health profile. *Rapport 2008:7*, Norwegian Institute of Public Health, Oslo.
- Laban CJ, Gernaat HBPE, Komproe IH, DeJong JTVM (2007) Prevalence and predictors of health service use among Iraqi asylum seekers in the Netherlands, *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 42, 837-844.
- Lassiter JH, Callister LC (2009) The impact of migration on the health of voluntary migrants in western societies: A review of the literature. *Journal of Transcultural Nursing* 20, 1, 93-104.
- Lehdonvirta J, Peltola U (2005) Maahanmuuttajien kuntoutusluotsauksen palvelumalli. Teoksessa: Härkönen K, Peltola U (toim.) Maahanmuuttajien työllistymisen tukeminen ja kuntoutusluotsaus. Kuntoutussäätiön työselosteita 29, Kuntoutussäätiö, Helsinki, 81-95.
- Liebkind K, Mannila S, Jasinskaja-Lahti I, Jaakkola M, Kyntäjä E, Reuter A (2004) Venäläinen, virolainen, suomalainen. Kolmen maahanmuuttajaryhmän kotoutuminen Suomeen. Helsinki: Gaudeamus.
- Malin M, Gissler M (2006) Maahanmuuttajien terveys- ja sosiaalipalveluiden saatavuus, laatu ja käyttö oikeudenmukaisuuden näkökulmasta. Teoksessa: Hyvinvointivaltion rajat. Riittävät palvelut jokaiselle, Stakes, Helsinki, 115-133.
- Mannila S (2008) Maahanmuuttajien terveys. *Suomen lääkirilehti* 63, 32, 2509-2513.
- Norredam M, Krasnik A, Sorensen TM ym. (2004) Emergency room utilization in Copenhagen: a comparison of immigrant groups and Danish-born residents. *Scandinavian Journal of Public Health* 32, 53-59.
- Norredam M, Garcia-Lopez A, Keiding N, Krasnik A (2009) Risk of mental disorders in refugees and native Danes: a register-based retrospective cohort study. *Social Psychiatry and Epidemiology* 44, 1023-29.
- Norredam M, Nielsen SS, Krasnik A (2010) Migrants' utilization of somatic healthcare services in Europe - a systematic review. *European Journal of Public Health* 20, 5, 555-563.
- Peltola U, Metso L (2008) Maahanmuuttajien kuntou-



- tumisen ja työllistymisen tukeminen Helsingissä. Kuntoutussäätiön tutkimuksia 79, Kuntoutussäätiö, Helsinki.
- Pohjanpää K (2003a) Maahanmuuttajien terveydentila. Teoksessa: Pohjanpää K, Paananen S, Nieminen M (toim.) Maahanmuuttajien elinolot. Venäläisten, virolaisten, somalialaisten ja vietnamilaisten elämää Suomessa 2002. Elinolot 2003:1, Tilastokeskus, Helsinki, 101-119.
- Pohjanpää K (2003b) Terveyspalvelujen käyttö. Teoksessa: Pohjanpää K, Paananen S, Nieminen M (toim.) Maahanmuuttajien elinolot. Venäläisten, virolaisten, somalialaisten ja vietnamilaisten elämää Suomessa 2002. Elinolot 2003:1, Tilastokeskus, Helsinki, 120-127.
- Pohjanpää K, Paananen S, Nieminen M (2003) (toim.) Maahanmuuttajien elinolot. Venäläisten, virolaisten, somalialaisten ja vietnamilaisten elämää Suomessa 2002. Elinolot 2003:1, Tilastokeskus, Helsinki.
- Preibisch K, Hennebry J (2011) Temporary migration, chronic effects: the health of international migrant workers in Canada. *Canadian Medical Association Journal* 183, 9, 1033-1038.
- Rauta A (2005) Selvitys maahanmuuttajien mielen-terveyspalvelujen tarpeesta ja saatavuudesta. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2005:3, Helsinki.
- Roberston E, Iglesias E, Johansson SE, Sundquist J (2003) Migration status and limiting long-standing illness. *European Journal of Public Health* 13, 2, 99-104.
- Rosenthal DA, Wilson K, Ferrin JM, Frain M (2005) Acceptance rates of African-American versus white consumers of vocational rehabilitation services: A meta-analysis. *Journal of Rehabilitation* 71, 3, 36-44.
- Sainio E (2008) Ikääntyvien maahanmuuttajien tilanne- ja palvelutarveselvitys Helsingissä. Turun ammattikorkeakoulu, Diak Etelä Helsinki.
- Sarvimäki M, Kangasharju A (2006) Maahanmuuttajat ja julkiset palvelut. Pienten lasten hoito ja sosiaalihuollon avopalvelut. Työpoliittinen tutkimus 296, Työministeriö, Helsinki.
- Scheer J, Kroll T, Neri MT, Beatty P (2003) Access barriers for persons with disabilities: The consumer's perspective. *Journal of Disability Policy Studies* 13:221.
- Sungurova Y, Johansson SE, Sundquist J (2006) East-west health divide and east-west migration: Self-reported health of immigrants from Eastern Europe and the former Soviet Union in Sweden. *Scandinavian Journal of Public Health* 34, 217-221.
- Syed HE, Dalgard OS, Hussain A ym. (2006) Inequalities in health: a comparative study between ethnic Norwegians and Pakistanis in Oslo, Norway. *International Journal for Equity in Health* 5, 7.
- Tilastokeskus (2011) Väestötilastot. Väestörakenne. Saatavissa: [www.stat.fi](http://www.stat.fi)
- Tinhög P, Al-Saffar S, Carstensen J, Nordenfelt L (2010) The association of immigrant- and non-immigrant-specific factors with mental ill health among immigrants in Sweden. *International Journal of Social Psychiatry* 56, 1, 74-93.
- Väänänen A, Toivanen M, Aalto AM ym. (2009) Maahanmuuttajien integroituminen suomalaiseen yhteiskuntaan elämän eri osa-alueilla. Sektoritutkimuksen neuvottelukunta, Osaaminen, työ ja hyvinvointi 9/2009, Helsinki.
- Wiking E, Johansson SE, Sundquist J (2004) Ethnicity, acculturation and self-reported health. A population based study among immigrants from Poland, Turkey and Iran in Sweden. *Journal of Epidemiology and Community Health* 58, 574-582.
- Williams JAS, Byles JE, Inder KJ (2010) Equity of access to cardiac rehabilitation: the role of system factors. *International Journal for Equity in Health*, 9, 2.