

# KELAN JÄRJESTÄMÄ KUNTOUTUS MS-TAUTIA SAIRASTAVALLE

## Johdanto

MS-tauti on hajapesäkkeinen keskushermoston sairaus, jonka oireet aiheutuvat suoranaisesta hermokudoksen, erityisesti myeliinin, vauriosta sekä kemiallisten välittäjäaineiden vaikutuksesta hermosoluihin (Ruutiainen, Tienari 2001). Tautiin liittyy tulehduspesäkkeiden ja demyelinaation kehittyminen valkeaan aineeseen. Tavallisimmat ensioireet ovat näköhermon tulehduksen aiheuttamat näköhäiriöt, erilaiset tuntohäiriöt, lihasheikkous ja liikkeiden koordinaation ongelmat eli ataksia. MS-tauti voidaan jakaa taudin kliinisen kulun perusteella kahteen päätyyppiin. Noin 85 %:lla kyseessä on aaltomaisesti etenevä taudin muoto, jossa esiintyy muutaman viikon kestoisia pahenemisvaiheita ja suvantovaiheita, jolloin potilaan vointi pysyy vakaana. Suurimmalla osalla tauti kuitenkin vähitellen, 10–15 vuoden kuluessa, muuttuu tasaisesti eteneväksi (sekundaaris-progressiivinen vaihe). Harvinaisempi muoto on ensisijaisesti etenevä tauti, jossa oireisto etenee tasaisesti alusta lähtien (Käypä hoito -suositus 2011). Noin puolet MS-tautiin sairastuneista tarvitsee jonkin liikkumisen apuvälineen 10 vuotta tautia sairastettuaan (Ruutiainen 2003). Tyypillisimpiä toimintakykyyn vaikuttavia oireita ovat kävelykyvyn heikentyminen, raajojen jäykkyys eli spastisiteetti, raajojen koordinaation heikkeneminen, näön heikkeneminen, rakon ja suolen toiminnan häiriöt, uupuminen sekä kognitiivisten toimintojen heikkeneminen (Ruutiainen, Tienari 2001). Noin neljäsosalle sairastuneista ei vuosikymmenienkään aika-

na kehity merkittävää, päivittäisiä toimintoja rajoittavaa haittaa (Compston, Coles 2002).

MS-tautia sairastaa Suomessa noin 7 000 henkilöä ja siihen sairastutaan tyypillisesti 20–40-vuotiaana (Ruutiainen, Tienari 2001). Suomessa MS-taudin epidemiologiaa on selvitetty useissa tutkimuksissa (Kinnunen, Wikström, Porras, Palo 1983; Sumelahti, Tienari, Wikström 2000; Tienari, Sumelahti, Rantamäki-Häkkinen, Wikström 2004). Alueelliset esiintyvyyserot vaihtelevat Suomessa Etelä-Suomen ja Vaasan rannikkoseudun vajaan 100 tapauksesta Etelä-Pohjanmaan yli 200 tapaukseen sataatuhatta asukasta kohti. Vuosittain MS-tautiin sairastuu 5–12 henkilöä sataatuhatta asukasta kohti (Sumelahti, Tienari, Wikström 2000). MS-taudin ilmaantuvuus on lisääntynyt ja myös ilmaantuvuudessa paikalliset erot ovat suuria. Naisilla ilmaantuvuus on noin kaksinkertainen miehiin verrattuna.

Lääkityksen merkitys on suuri erityisesti MS-taudin alkuvaiheessa (Käypä hoito -suositus 2011) ja silloin, kun taudissa on selkeitä pahenemisvaiheita. Immunomoduloivalla hoidolla voidaan vaikuttaa pahenemisvaiheiden sekä aivojen magneettikudoksen muutosten määrään, mutta näyttö hoidon vaikutuksesta toimintakykyyn pitkällä aikavälillä on ristiriitainen.

Kuntoutuksella on keskeinen merkitys toimintakyvyn ylläpitämisessä, joskin tutkimustieto eri kuntoutustoimenpiteiden vaikuttavuudesta on edelleen vähäistä (Käypä hoito -suositus 2011). Monella MS-tautiin sairastuneella ammatillisen kuntoutuksen ensisijaise-

na tavoitteena onkin työkykyä potentiaalisesti uhkaavan sairauden erityispiirteiden huomiointiin ottaminen ammatinvalinnassa, työolosuhteissa sekä työn organisoinnissa. MS-taudin alkuvaiheeseen liittyvän kuntoutuksen järjestäminen on julkisen terveydenhuollon vastuulla, mutta tämän kuntoutuksen sisällöstä ja intensiteetistä ei ole tietoa (Lääkinnällinen kuntoutus 2009).

Kelan lakiperusteisia kuntoutusmuotoja ovat vajaakuntoisten lääkinnällinen kuntoutus ja vaikeavammaisten lääkinnällinen kuntoutus, lisäksi Kela järjestää harkinnanvaraiseen kuntoutukseen liittyvää muuta ammatillista ja lääkinnällistä kuntoutusta (Kelan lakiperusteiset kuntoutusmuodot 2011). Harkinnanvaraiseen kuntoutuksen tavoitteena on muun muassa työkyvyn ylläpitäminen, sairautteen sopeutuminen sekä oman sairauden edellyttämien elintapojen parantaminen. Ammatillisen kuntoutuksen tavoitteena on työkyvyn parantaminen tai ylläpitäminen koulutuksen tai kuntoutuksen keinoin. Ammatillista kuntoutusta järjestävät Kelan lisäksi muun muassa työeläkelaitokset ja työhallinto.

Vaikeavammaisen kuntoutuksen tavoitteena on laajemmin toimintakyvyn ylläpitäminen tai parantaminen. Vaikeavammaiseksi määritellään henkilö, jonka sairaudesta, viasta tai vammasta hänelle aiheutuva yleinen lääketieteellinen ja toiminnallinen haitta on niin suuri, että hänellä on sen vuoksi huomattavia vaikeuksia tai rasituksia selviytyä kotona, koulussa, työelämässä ja muissa elämäntilanteissa julkisen laitoshoidon ulkopuolella, ja jonka selviytymistä kuntoutustoimenpiteillä voidaan tukea. Lisäksi hänen on saatava vähintään korotettua alle 16-vuotiaan tai 16–64-vuotiaan vammaistukea tai eläkkeensaajan hoitotukea (Laki Kansaneläkelaitoksen kuntoutusetuuksista ja kuntoutusrahaetuksista 2005). Vammais- tai hoitotuen taso kuvaa toimintakyvyn haittaa ja avuntarvetta. Yleistäen voidaan sanoa, että perustason tukea saava henkilö selviää yleensä itsenäisesti päivittäisistä toiminnoista, korotettua tukea saava tarvitsee toistuvasti apua ja erityishoitotuen saajilla avun tarve on jatkuvaa.

Vuonna 2002 Kelan MS-tautia sairastavien

kuntoutukseen käyttämät kustannukset olivat 12,3 miljoonaa euroa (Kansaneläkelaitoksen kuntoutustilastot 2002), johon sisältyivät myös kuntoutukseen liittyvät matkakustannukset (1,5 miljoonaa euroa) ja kuntoutusraha (0,3 miljoonaa euroa). Vuonna 2010 vastaava kokonaiskustannus oli 14,5 miljoonaa euroa (Kelan kuntoutustilasto 2010).

Tämän artikkelin tarkoituksena on kuvata MS-diagnoosin perusteella Kelan järjestämää kuntoutusta saaneita henkilöitä ja heidän saamiaan etuuksia. Erityisesti haluttiin selvittää hoito-/vammaistuen tasot, kuntoutuksen lakiperusteet ja eri kuntoutusmuotojen jakaumat molemmilla sukupuolilla.

## Aineisto ja menetelmät

Kelan kuntoutusrekisteriotannan kohderyhmä koostuu niistä kuntoutujista (n=65 904), joilla on ollut Kelan kuntoutuksen hakemus- ja ratkaisutietorekistereistä poimitussa tiedostossa jokin päättynyt kuntoutustapahtuma vuonna 2002. Rekisteriotanta ja menetelmät on kuvattu tarkemmin erillisissä julkaisuissa (Lind, Aaltonen, Halonen, Klaukka 2007; Aaltonen, Lind 2008; Lind, Aaltonen, Autti-Rämö, Halonen 2009). Tutkimustiedoston kuntoutustoimenpiteet on koostettu henkilötunnuksen perusteella poimimalla tiedostosta kuntoutuksen lakiperusteiden mukaan samanlaisista kuntoutustapahtumista aikajärjestyksessä viimeinen tapahtuma. Kuntoutuja on voinut saada useita kuntoutustoimenpiteitä ja -palveluja, tarkasteltavassa kohderyhmässä enimmillään kuusi erilaista toimenpidettä. Rekisteriotanta perustuu vajaan kymmenen vuotta vanhaan aineistoon, mutta MS-kuntoutusta saavien määrissä ja kuntoutustoimenpiteiden jakaumissa ei ole tapahtunut oleellista muutosta viime vuosiin verrattuna.

Kuntoutus perustuu kuntoutushakemukseen, joka saattaa olla poimintavuotta selvästi aikaisemmalta ajalta. Kuntoutushakemuksista 5,4 % oli tehty vuonna 2000 tai aikaisemmin, 39,4 % vuonna 2001 ja 55,2 % poimintavuonna 2002 – eli samana vuonna, jolloin kuntoutustoimenpide päättyi. Tutkimustiedostoon on liitetty rekisteritietoja kohderyhmän aikaisem-

masta Kelan kuntoutuksesta sekä tiedot kuntoutujien mahdollisista työeläkkeistä ja ansiosidonnaisesta työttömyysturvasta vuosilta 2003 ja 2004. Tässä aineistossa kuntoutuksen kustannukset sisältävät toimenpidekustannusten lisäksi matkakulut, mutta eivät kuntoutusrahaa.

Kelan tilastojen mukaan kuntoutusta järjestettiin 1921 MS-tautia sairastavalle vuonna 2002. Tähän rekisteriaineistoon valittiin edellä kuvatusta otannasta kaikki ne henkilöt (n=1781), jotka saivat Kelan kustantamaa kuntoutusta ja joiden kuntoutushakemuksen ensisijaisena diagnoosina oli ICD-10-tautiluokituksessa MS-tauti (G35).

## Tulokset

Kaikista 1781 MS-kuntoutujasta oli naisia 65 % ja miehiä 35 %. Aineiston ikä- ja sukupuolijakauma on kuvassa 1. Eniten kuntoutujia oli ikäryhmässä 45–54-vuotiaat.

Hoito/vammaistuen taso eri tukimuodoissa

Taulukko 1. Hoito-/vammaistuen taso eri tukimuodoissa (%) 31.12.2002

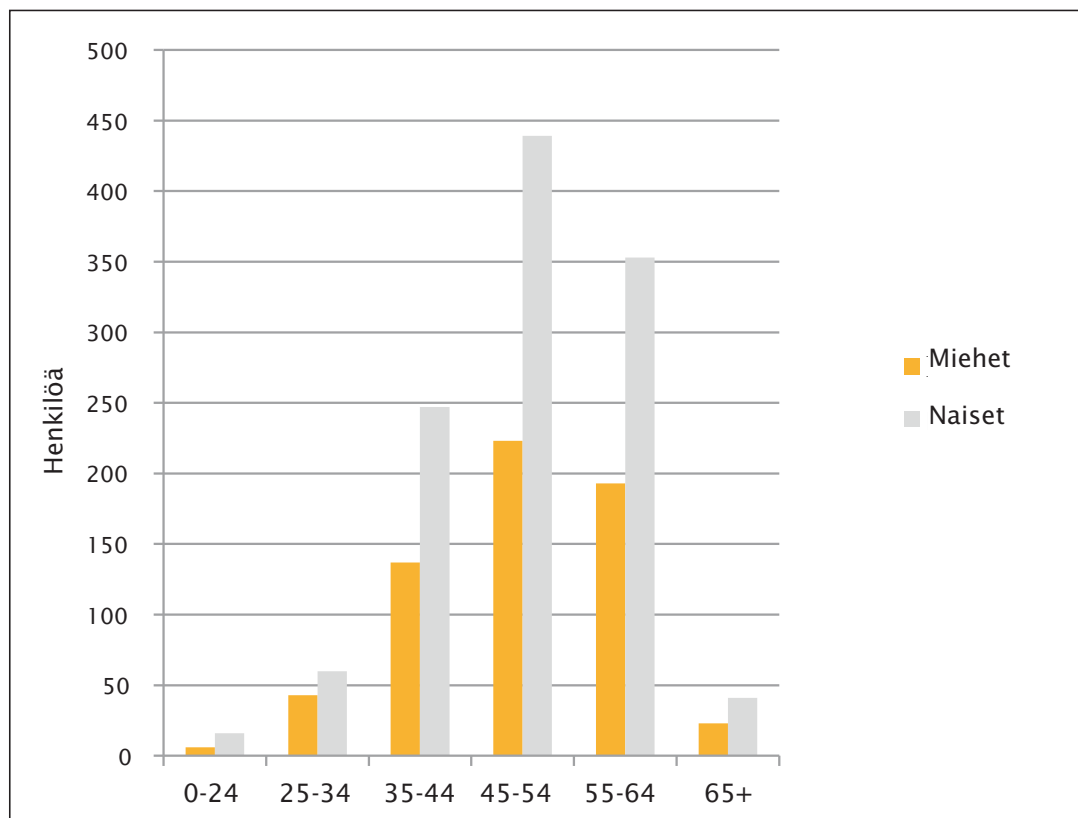
	VT n=166	EHT n=1433
Perus	31	6
Korotettu	57	59
Erytys	12	35
Yhteensä	100	100

VT = vammaistuki,

EHT = eläkkeensaajan hoitotuki

on esitetty taulukossa 1. Tässä aineistossa kokonaan ilman tukea oli 10 % ja tukea saavista valtaosa sai vähintään korotettua hoito- tai vammaistukea. Yksi otantaan valittu henkilö oli alle 16-vuotias ja hän sai lastenhoitotukea.

Selvästi yleisin lakiperusta kuntoutukselle oli vaikeavammaisten lääkinällinen kuntoutus ja seuraavaksi yleisin oli muu ammatillinen ja lääkinällinen kuntoutus (taulukko 2). Vajaakuntoisten ammatillista kuntoutusta



Kuva 1. Vuonna 2002 Kelan järjestämään MS-kuntoutukseen osallistuneet henkilöt ryhmiteltyinä iän ja sukupuolen mukaan

Taulukko 2. Kuntoutuksen lakiperuste eri vammais-/hoitotukiryhmissä (%)

	<b>VT n=167</b>	<b>EHT n=1433</b>	<b>Ei tukea n=180</b>	<b>Yhteensä n=1780</b>
Vajaakuntoisten ammatillinen	7	0	14	2
Vaikeavammaisten lääkinällinen	60	93	4	81
Muu ammatillinen ja lääkinällinen	33	7	81	17
Yhteensä	100	100	100	100

VT = vammaistuki, EHT= eläkkeensaajan hoitotuki

Taulukko 3. Vuonna 2002 päättyneiden kuntoutustoimenpiteiden jakaantuminen ja kokonaiskustannukset molemmilla sukupuolilla (%)

	<b>Miehet n=625</b>	<b>Naiset n=1156</b>	<b>Yhteensä n=1781</b>
Fysioterapia	75	76	75
Laitoskuntoutusjakso	49	44	46
Kuntoutuskurssit	13	15	14
Toimintaterapia	2	2	2
Sopeutumisvalmennuskurssi	1	2	2
Kustannukset euroa (keskiarvo)	5682	5298	5433

sai vain alle 3 % MS-kuntoutujista. Muu ammatillinen ja lääkinällinen kuntoutus sisälsi pääosin kuntoutuskursseja (75 %), seuraavaksi yleisimpiä olivat kuntoutuslaitosjaksot (15 %) ja sopeutumisvalmennuskurssit (4 %).

Kuntoutushakemuksen ajankohtana (pääosin vuosina 2001–2002) kaikista MS-kuntoutujista oli ansiotöissä vain 13 % ja työttömänä 3 %. Vuoden 2004 lopussa vastaavat luvut olivat 5 % ja 1 %. Ikäryhmässä 16–44-vuotiaat työssä käyvien osuus oli kuitenkin selvästi suurempi: kuntoutushakemuksen ajankohtana 21 % ja vuoden 2004 lopussa 11 %.

Selvästi yleisin kuntoutustoimenpide oli fysioterapia ja toiseksi yleisin laitoskuntoutusjakso (taulukko 3). Prosenttiosuuksien summa on selvästi yli 100, koska useimmat kuntoutajat saivat useita eri kuntoutustoimenpiteitä vuoden aikana. Sekä laitoskuntoutusta että ainakin yhtä yksilöterapiaa sai 41 % kaikista kuntoutujista. Kuntoutuksen kokonaiskustannuksista fysioterapian osuus oli 48 %, lai-

toskuntoutuksen 33 % ja kuntoutuskurssien osuus 14 %.

Ikäryhmittäin tarkasteltuna kuntoutuslaitosjaksojen osuus ei näyttänyt vaihtelevan kovinkaan paljon. Sen sijaan alle 65-vuotiaita kuntoutuskursseille osallistuttiin enemmän nuorissa ikäryhmissä ja fysioterapiaan taas enemmän vanhemmissa ikäryhmissä (taulukko 4).

Tässä aineistossa Kelan rekisterien mukaan beta-interferonista sai erityiskorvausta 19 % (miehet 16 % ja naiset 20 %). Vastaavasti glatirameeriasetaattista sai korvausta 4,0 % (miehet 3 % ja naiset 4 %). Kuntoutuksen lakiperusteen mukaan tarkasteltuna beta-interferonia käyttivät vähiten vaikeavammaisten lääkinällistä kuntoutusta saaneet henkilöt (14 %) ja eniten vajaakuntoisten ammatillisista kuntoutusta saaneet (57 %). Vammais- tai hoitotuen tason mukaan tarkasteltuna alempaa tukea saavista selvästi suurempi osa käytti beta-interferonia verrattuna korotettuun tu-

Taulukko 4. Vuonna 2002 päätyneitä kuntoutustoimenpiteitä ikäryhmittäin (%)

Ikäryhmä (v)	n	Kuntoutuslaitosjakso	Kuntoutuskurssi	Fysioterapia
0–15	1			100
16–44	508	42	22	64
45–54	662	48	15	75
55–64	546	49	7	87
65+	64	44	13	67

Taulukko 5. Beta-interferonia käyttävien osuus eri tukimuodoissa hoito-/vammainen tason mukaan jaoteltuna (%) 31.12.2002

	VT n=166	EHT n=1433
Perus	64	41
Korotettu	40	19
Eriyis	10	2

VT = vammaistuki,

EHT= eläkkeensaajan hoitotuki

keen ja erityistukeen (taulukko 5).

MS-tautiin sairastutaan yleensä 20–40 vuoden iässä, mutta Kelan järjestämää kuntoutusta saavat eniten 45–65-vuotiaat, naiset useammin kuin miehet. MS-tautiin sairastumisikään ja taudin luonnolliseen kulkuun nähden viive työkyvyn ylläpitämiseen tähtäävään kuntoutukseen on liian suuri. Kelan järjestämä kuntoutus painottuukin työkyvyttömiä, vaikeavammaisten henkilöiden kuntoutuksen järjestämiseen. Kuntoutushakemuksessa kuntoutujista oli töissä 13 % ja pari vuotta myöhemmin vain 5 %. Kelan järjestämään kuntoutukseen hakeudutaankin tavallisesti vasta sitten, kun työkyky ja -tilanne ovat jo selvästi heikentyneet ja yleensä vasta siinä vaiheessa, kun kyseessä on merkittävä toimintakyvyn heikentyminen ja henkilö täyttää vaikeavammaisena kuntoutukseen oikeuttavat kriteerit.

Merkittävä osa MS-tautiin sairastuneista ei todennäköisesti ole sairastumishetkellä vielä ehtinyt vakiinnuttaa asemaansa työelämässään. Tätä taustaa vasten vajaakuntoisten ammatillisen kuntoutuksen osuus on yllättävän pieni, vain 3 %. Tosin ammatillisen kuntou-

tuksen koettu tarve on myös ollut melko vähäistä (Ala-Kauhaluoma 2009) ja tämä saattaa heijastua myös kuntoutukseen hakeutumiseen. Muu ammatillinen ja lääkinällinen kuntoutus oli tässä nykyisessä tutkimuksessa lähes pelkästään lääkinällistä (> 90 %), joutokoon mahtui vain muutamia ASLAK-kurssin käyneitä ja muutama henkilö sai opiskeluun ja työhön liittyviä apuvälineitä. Vuoden 2004 alussa ammatillisesta kuntoutuksesta tuli lakisääteinen työeläke-etuus. Lisäksi työnjakoa Kelan ja työeläkelaitosten välillä on selkeytetty siten, että työeläkelaitosten järjestämää ammatillista kuntoutusta saavien määrä on huomattavasti lisääntynyt 2000-luvulla ja Kelan vastaavasti hieman vähentynyt. Toisaalta emme tiedä, miten työeläkelaitokset vastaavat juuri tämän potilasryhmän ammatillisen kuntoutuksen tarpeeseen työkyvyttömyyden uhatessa. Tulokset herättävät kuitenkin pohtimaan, miten MS-taudin aiheuttama toimintakyvyn tilapäinen tai pysyvä heikkeneminen sekä sairauden usein aiheuttama uupumusoireisto sekä kognitiivisen suoriutumisen heikkeneminen otetaan huomioon työpäivällä ja työn uudelleenorganisoinnissa.

Kuntoutussuunnitelmien heikko laatu, tavoitteiden puuttuminen sekä vaikuttavuuden huono seuranta (Paltamaa ym. 2009) ovat oire siitä, että MS-kuntoutujan tarpeisiin ja kuntoutuksen tavoitteisiin sekä sisältöön ei Suomessa perehdytä moniammatillisesti ja asian- tuntevasti. Kuntoutuksen sisältö painottuu fysioterapiaan, jota sai kolme neljästä kuntoutujasta. MS-taudin aiheuttama keskushermostovaurio vaikuttaa kuitenkin laaja-alaisesti henkilön toimintakykyyn, mutta esimerkiksi toimintaterapiaa, puheterapiaa ja neuropsykologista kuntoutusta sai vain aniharva. Kun-

toutussuunnitelmien tekijöiden olisi hyvä tutustua myös näihin muihin terapiamuotoihin ja suositella niitä yksilöllisesti tarpeen mukaan. Sairauden etenemiseen liittyy masennusta (Chwastiak ym. 2002), mutta psykoterapia on melko harvinainen MS-kuntoutujille järjestetty kuntoutustoimenpide. MS-tautiin liittyvä moniammatillisen kuntoutuksen tarve selittäneekin laitospainotuksen suuren roolin: lähes joka toinen MS-kuntoutuja oli ollut laitospainotusjaksoilla – heistä 90 % oli lisäksi saanut ainakin yhtä yksilöterapiata. Toisaalta CP-oireyhtymä aiheuttaa vähintään yhtä laajat erityisongelmat, mutta tässä oireyhtymässä ei laitospainotus ole yhtä merkittävässä asemassa (Halonen, Aaltonen, Lind, Autti-Rämö 2009). Ero johtuu siitä, että moniammatilliseen MS-kuntoutukseen on olemassa siihen erikoistunut laitos ja täten tarjontaa on enemmän.

Laitospainotuksen osuus MS-kuntoutuksen kokonaiskustannuksista on noin kolmasosa ja fysioterapian osuus on noin puolet. Matkakustannusten osuutta ei tässä rekisterihankkeessa ole eritelty, mutta se lienee usein toistuvassa yksilöterapiassa merkittävä, jos kuntoutus toteutuu terapeutin vastaanotolla. Myös yksi ainoa valtakunnallinen MS-kuntoutusta antava laitos Etelä-Suomessa aiheuttaa väistämättä kohtalaisia matkakuluja muualta Suomesta. Kelan vuoden 2002 kuntoutustilastojen mukaan matkakustannusten osuus kaikista maksetuista kuntoutusetuksista oli MS-tautia sairastavilla 12 %, kun kaikilla Kelan järjestämää kuntoutusta saaneilla se oli keskimäärin 5 %. Vastaavasti kuntoutusrahan osuus kaikista kuntoutuskustannuksista oli MS-tautia sairastavilla 3 % ja kaikilla kuntoutujilla 15 %.

MS-taudin immunosuppressiivisen lääkityksen osalta Kelan järjestämää kuntoutusta saavista lääkitys kohdistui pääosin henkilöihin, jotka saivat joko pienintä vammais- tai eläkkeensaajan tukea tai vajaakuntoisten ammatillista kuntoutusta. Tämä vastaa hyvin juuri päivitettyä Käypä hoito -suositusta, jossa interferonilääkitystä suositellaan silloin, kun MS-taudissa on todettavissa pahenemisvaiheita (Käypä hoito -suositus 2011) eli kun tauti

ei ole vielä edennyt tasaisesti etenevään, työkyvyttömyyteen ja pysyvään avuntarpeeseen johtavaan vaiheeseen.

Kelan järjestämä kuntoutus painottuu taudin vaikeaan vaiheeseen, jolloin tauti on usein muuttunut jatkuvasti eteneväksi. Kuntoutuksella ei voida taudin etenemiseen vaikuttaa ja mahdollisuudet toimintakyvyn ylläpitämiseksi ovat rajalliset. Kuntoutuksen tulisi-kin selkeämmin ajoittua taudin aaltomaiseen vaiheeseen, jolloin henkilöllä on toipumisvaiheen aikana edellytyksiä hyödyntää kuntoutustoimenpiteitä toimintakyvyn parantamiseksi sekä toisaalta oppia huomioimaan uupumukseen sekä kognitiivisiin vaikeuksiin liittyvät rajoitteet arjen toiminnoista selviytymiseksi. Tämä kuitenkin edellyttää Kelan vaikeavammaisten kuntoutuksen kohderyhmän uudelleen määrittämistä, kuten olemme jo aiemmin todenneet CP-oireyhtymän kohdalla (Halonen, Aaltonen, Lind, Autti-Rämö 2009). MS-potilaan työuran pidentäminen kuntoutuksen keinoin on haasteellista (Ala-Kauhaluoma, Laurila 2008) ja pidentäminen voikin edellyttää henkilön uudelleen koulutusta ja taudin luonteen vuoksi työolosuhteiden sekä työn organisoimisen muutoksia, jotta MS-tautiin usein liittyvä uupumus tulee otetuksi huomioon. Tämän artikkelin perusteella jää epäselväksi, miten MS-taudin aiheuttamat rajoitukset otetaan huomioon ammatin valinnassa, työterveyshuollossa sekä työpaikalla.

MS-potilaan kuntoutuksen suunnittelu edellyttää aina moniammatillisesti toteutettua kuntoutuksen tarpeen arviointia ja todetun tarpeen mukaisen kuntoutuksen toteutusta. Kelassa on käynnissä avokuntoutuksen kehittämishanke, jossa moniammatillinen MS-kuntoutus toteutetaan lähellä kotipaikkakuntaa. Tämän hankkeen avulla saadaan tarpeellista lisätietoa tarvelähtöisen moniammatillisen kuntoutuksen toteuttamismahdollisuuksista ja kuntoutuksen implementoitumisesta asiakkaan arkeen.

MS-tauti on nuorten aikuisten neurologisen vammautumisen aiheuttava sairaus, josta aiheutuu varsin huomattavia kustannuksia yhteiskunnalle. Yhteiskunnassamme tarvittaisiin päätöksenteon tueksi pitkittäisseurantaan



perustuvaa tietoa MS-taudin etenemisestä ja kuntoutus- ja hoitotoimenpiteiden vaikutuksesta siihen. Ruotsissa on vastikään perustettu kansallinen MS-rekisteri, joka mahdollistaa väestötason monitoroinnin MS-taudin hoidon, kuntoutuksen ja taudinkulun suhteen (Svenska MS-registret 2011). Tämänkaltaisen rekisterin perustamista kannattaisi harkita Suomessakin, jotta päätöksenteko voi perustua objektiiviseen tietoon.

LKT, DOSENTTI **JUKKA-PEKKA HALONEN**  
TYÖSKENTELEE TUTKIMUSPÄÄLLIKKÖNÄ KELAN  
TUTKIMUSOSASTOLLA.

VTM **TUULA AALTONEN** TYÖSKENTELEE TUTKIJANA  
KELAN TUTKIMUSOSASTOLLA.

VTT, DOSENTTI **JOUKO LIND** TYÖSKENTELEE  
JOHTAVANA TUTKIJANA KELAN TUTKIMUSOSASTOLLA.

LKT, DOSENTTI, TUTKIMUSPROFESSORI **ILONA  
AUTTI-RÄMÖ** TYÖSKENTELEE TERVEYSTUTKIMUKSEN  
PÄÄLLIKKÖNÄ KELAN TUTKIMUSOSASTOLLA.

LKT, DOSENTTI **PENTTI TIENARI** TYÖSKENTELEE  
NEUROLOGIAN ERIKOISLÄÄKÄRINÄ HYKSIN  
NEUROLOGIAN KLINIKALLA JA HELSINGIN YLIOPISTON  
BIOMEDICUMIN MOLEKYYLINeurologian  
TUTKIMUSOHJELMASSA.

## Tiivistelmä

Tutkimuksen tarkoitus oli kuvata MS-diagnoosin perusteella Kelan järjestämää kuntoutusta saaneita henkilöitä ja heidän saamiaan etuuksia. Tähän rekisteriaineistoon valittiin kaikki ne henkilöt (n=1781), jotka saivat vuonna 2002 Kelan kustantamaa kuntoutusta ja joiden kuntoutushakemuksen ensisijaisena diagnoosina oli MS-tauti. Kuntoutuksen lakiperusteena oli useimmiten vaikeavammaisten lääkinnällinen kuntoutus (81 %). Vajaakuntoisten ammatillista kuntoutusta sai vain noin 2 % kuntoutujista. Selvästi yleisin Kelan kustantama kuntoutuksen muoto oli fysioterapia (75 %), mutta lähes puolet kuntoutujista oli osallistunut myös laitospääntöjaksoon. Kelan kustantama MS-tautia sairastavien kuntoutus näyttää painottuvan työkyvyttömyyden, vaikeavammaisten henkilöiden kuntoutuksen järjestämiseen lähinnä fysioterapian

ja laitospääntöjaksojen muodossa. MS-taudin aiheuttama keskushermostovaurio vaikuttaa laaja-alaisesti henkilön toimintakykyyn, mutta toimintaterapiaa, puhe-terapiaa, psykoterapiaa tai neuropsykologista tai ammatillista kuntoutusta myönnettiin harvoin.

## Abstract

The study aimed to look at those MS (multiple sclerosis) patients who received rehabilitation provided by Kela (the Social Insurance Institution of Finland), and to analyse the benefits they received. The register-based sample included all persons (n = 1 781) who had, in 2002, received rehabilitation financed by Kela and who had MS as their primary diagnosis. In most cases (81 %), rehabilitation was granted as statutory medical rehabilitation for persons with severe disabilities. Only 2 % received vocational rehabilitation intended for persons with impaired functional capacity. Physiotherapy was the most frequently used form of rehabilitation (75 %), but nearly one half of the subjects had also received institutional rehabilitation. The rehabilitation of MS patients financed by Kela is mainly provided as rehabilitation for severely disabled persons with incapacity for work, and primarily in the form of physiotherapy and institutional rehabilitation. Central nervous system damage caused by MS affects the patient's ability to function on a broad basis, and yet occupational therapy, speech therapy, psychotherapy, or neuropsychological or vocational rehabilitation were rarely provided.

## Lähteet

Aaltonen T, Lind J (2008) Miten työkyky muuttuu Kelan tukeman psykoterapiakuntoutuksen jälkeen? Rekisteriseuranta Kelan psykoterapiaa saaneiden työ- ja opiskelukykyä vuosina 2002–2004. Helsinki: Kela, Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 95.

- Ala-Kauhaluoma M (2009) MS-tautia sairastavien kuntoutukseen osallistuminen ja kuntoutustarve. *Kuntoutus* 32:1, 4–13.
- Ala-Kauhaluoma M & Laurila H (2008) MS ja työ. MS-tautia sairastavat suomalaiset, työssä selviytymisen ja kuntoutus. Suomen MS-liiton raporttisarja (tutkimuksia) 13.
- Chwastiak L, Ehde DM, Gibbons LE, Sullivan M, Bowen JD, and Kraft GH (2002) Depressive symptoms and severity of illness in multiple sclerosis: Epidemiologic study of a large community sample. *Am J Psychiatry* 159,1862–8.
- Compston A, Coles AJ (2002) Multiple sclerosis. *Lancet* 359,1221–31.
- Halonen J-P, Aaltonen T, Lind J, Autti-Rämö I (2009) Kelan järjestämä kuntoutus CP-vammaisille. *Suom Lääkäril* 13,1253–8.
- Kansaneläkelaitoksen kuntoutustilastot 2002 (2003) Helsinki: Kansaneläkelaitoksen julkaisuja T13: 14.
- Kelan kuntoutustilasto 2010 (2011) Helsinki: Kansaneläkelaitos, SVT, Sosiaaliturva 2011.
- Kelan lakiperusteiset kuntoutusmuodot. [Http://www.kela.fi/in/internet/suomi.nsf/Docs/160801094743EH?OpenDocument](http://www.kela.fi/in/internet/suomi.nsf/Docs/160801094743EH?OpenDocument). Päivitetty 5.10.2011.
- Kinnunen E, Wikström J, Porras J, Palo J (1983) The epidemiology of multiple sclerosis in Finland: increase of prevalence and stability of foci in high-risk areas. *Acta Neurol Scand* 67, 255–62.
- Lind J, Aaltonen T, Autti-Rämö I, Halonen J-P (2009) Kelan kuntoutuksen vuonna 2003 päättäneet. Kuntoutujien rekisteriseuranta vuosina 2003–2006. Helsinki: Kela, Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 105.
- Lind J, Aaltonen T, Halonen J-P, Klaukka T (2007) Kelan kuntoutuksen vuonna 2002 päättäneet. Kuntoutujien rekisteriseuranta vuosina 2002–2004. Helsinki: Kela, Sosiaali- ja terveysturvan katsauksia 74.
- Laki Kansaneläkelaitoksen kuntoutusetuuksista ja kuntoutusrahaetuksista. L 15.7.2005/566.
- Lääkinnällinen kuntoutus (2009) Valtiontalouden tarkastusvirasto. Tuloksellisuustarkastuskertomus 193.
- MS-taudin diagnoosi, lääkehoito ja kuntoutus Käypä hoito –suositus (2011) Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Neurologinen Yhdistys ry:n asettama työryhmä. [Http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/tunnus/hoi36070](http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/tunnus/hoi36070), poimittu 6.10.2011
- Paltamaa J, Knuutila P, Peurala SH, Sjögren T, Sumela-Markkanen T, Heinonen A (2009) Kelan kuntoutuksen piirissä olevien vaikeavammaisten kuntoutussuunnitelmissa on suuria puutteita. *Suom Lääkäril* 45, 3853–60.
- Ruutiainen J (2003) Kuntoutus kannattaa MS-taudissa. *Suom Lääkäril* 58, 5055–8.
- Ruutiainen J, Tienari P (2001) MS-tauti ja muut demyelinaatiosairaudet. Kirjassa *Neurologia*, toimittaneet Soynila S, Kaste M, Launes J, Somer H. *Duodecim*. 346–57.
- Sumelahti ML, Tienari P, Wikström J ym. (2000) Regional and temporal variation in the incidence of multiple sclerosis in Finland 1979–1993. *Neuroepidemiology* 19, 67–75.
- Svenska MS-registret. <http://www.msreg.net/cms/sv/home>, päivitetty 29.9.2011.
- Tienari PJ, Sumelahti M-L, Rantamäki-Häkkinen T, Wikström J (2004) Multiple sclerosis in western Finland: Evidence for founder effect. *Clin Neurol Neurosurg* 106, 175–179.