



Kuntoutukseen osallistumisen sosioekonomiset erot — rekisteritutkimus oululaisista vuonna 2018

Kuntoutukseen osallistumisen sosioekonomisista eroista on vain vähän tietoa. Tavoitteena oli selvittää, millaisia eroja kuntoutukseen osallistumisessa on ylipäätään ja eri osajärjestelmissä koulutuksen, ammattiaseman ja tulojen mukaan sekä selittyvätkö kunkin sosioekonomisen aseman mittarin mukaiset erot muilla sosioekonomisen aseman mittareilla, siviilisäädellä ja sairastavuudella. Aineistona oli rekisteriaineisto Oulussa vuonna 2018 asuneista 25–64-vuotiaista (N=99569) sekä heidän sosiaali- ja terveyspalveluiden ja etuuksien käytöstään. Kuntoutukseen osallistuneiksi määrittelimme kaikki julkisen terveyspalvelujärjestelmän, Kelan tai työeläkelaitosten kuntoutukseen tai työterveyshuollon tai yksityiseen fysioterapiaan vuoden 2018 aikana osallistuneet. Menetelminä käytimme ristiintaulukointia ja logistista regressioanalyysia.

Kuntoutukseen osallistuminen oli keskimääräistä harvinaisempaa perusasteen koulutuksen saaneilla, yrittäjillä ja työttömillä sekä alimmassa tuloneljänneksessä, kun ikä ja sukupuoli oli huomioitu. Siviilisäädyn, muiden sosioekonomisten ja sairastavuuteen liittyvien taustatekijöiden vakiominen ei juuri muuttanut tuloksia. Julkisen terveyspalvelujärjestelmän järjestämään kuntoutukseen osallistuivat todennäköisimmin työelämän ulkopuolella olevat ja pienituloiset. Kelan kuntoutukseen osallistuneiden profiili oli samankaltainen, mutta lisäksi Kelan kuntoutukseen osallistuivat todennäköisimmin korkeasti koulutetut ja ylemmät toimihenkilöt. Työeläkekuntoutukseen osallistuivat todennäköisimmin keskiasteen suorittaneet, opiskelijat ja muut työelämän ulkopuolella olevat sekä keskituloiset. Työterveyshuollon fysioterapiaan ja yksityiseen fysioterapiaan osallistuivat todennäköisimmin korkeasti koulutetut, palkansaajat sekä hyvätuloiset; yksityiseen fysioterapiaan usein myös yrittäjät.

Matalimmassa sosioekonomisessa asemassa olevilla on muita pienempi todennäköisyys osallistua kuntoutukseen. Kohdentuessaan hyväosaisille kuntoutus saattaa osin ylläpitää väestön sosioekonomisia terveyseroja. Kuntoutuksen sosioekonomisista eroista saatavaan kuvaan vaikuttaa kuitenkin se, mikä kaikki kuntoutus tutkimuksessa on mahdollista huomioida.

ASIASANAT: kuntoutus, koulutus, tulot, ammattiasema

HANNA RINNE, JENNI BLOMGREN

YDINASIAAT

- Kuntoutukseen osallistumisen sosioekonomisista eroista on vähän tietoa.
- Kuntoutus näyttää kohdentuvan hyväosaisille ja erityisesti palkansaajille enemmän kuin matalassa sosioekonomisessa asemassa ja työn ulkopuolella oleville.
- Kuntoutuksen sosioekonomisista eroista saata-vaan kuvaan vaikuttaa se, mikä kaikki kuntoutusrekistereistä on mahdollista tunnistaa.
- Rekistereiden kattavuutta tulisi selvittää vielä tarkemmin.

TAUSTA

Suomeen on aikojen saatossa syntynyt monimutkainen ja monikanavainen kuntoutusjärjestelmä, jonka uudistamistarpeita on pohdittu muun muassa sosiaali- ja terveysministeriön asettamassa kuntoutuksen uudistamiskomiteassa (1). Järjestelmän monimutkaisuuden lisäksi kuntoutuksen kokonaisuuden hahmottamista hankaloittaa myös kuntoutuksen käsitteen monitahoisuus. Järvikoski (2) on määritellyt kuntoutuksen seuraavasti: ”Kuntoutus on yksilöllistä, tavoitteellista toimintaa, joka tähtää kuntoutujan tavoitteiden muutokseen hänen elämäntilanteessaan: työssä, opinnoissa, kotielämässä, sosiaalisessa vuorovaikutuksessa ja muilla elämäalueilla. Kuntoutus on luonteeltaan yhteistyötä, jossa kuntoutustyöntekijän osuus painottuu kuntoutujan tarpeiden mukaan. Kuntoutustyöntekijän tukemana kuntoutuja suunnittelee prosessin eri vaiheita, tekee sitä koskevia päätöksiä ja arvioi tavoitteiden ja suunnitelmien toteutumista.” Kuntoutuksen määritelmät ovat vuosikymmenten saatossa vaihdelleet (2). Uudemmassa määritelmässä puhutaan kuntoutuksen sijaan kuntoutumisesta (3).

Suomessa kuntoutus ei ole yhtenäinen järjestelmä vaan koostuu usean eri tahon järjestämästä kuntoutuksesta. Nämä tahot toimivat osin toisistaan riippumatta (4) eikä niitä koeta yhtenäiseksi kokonaisuudeksi vastualueiden jäsen-työntekijöiden vuoksi (5). Pulkki (5) puhuikin ennemmin eri kuntoutusmuotojen ympärille muodostuneista löyhistä yhteistyöverkostoista, Rajavaara ja Lehto (6) peräti epäjärjestelmästä. Eri tahojen tehtävät ovat osittain päällekkäisiä. Kutsumme näiden eri tahojen järjestämää kuntoutusta tässä osajärjestelmiksi.

Kuntoutuksen osajärjestelmillä on osittain eri tavoitteet ja kohderyhmät. Julkiset terveyspalvelut järjestävät lääkinällistä kuntoutusta, kuten fysio-, toiminta- tai puheterapiaa, silloin, kun se ei ole Kelan vastuulla (7). Kela järjestää ammatillista kuntoutusta työ- tai opiskelukyvyyn parantamiseksi, vaativaa lääkinällistä kuntoutusta vaikeavammaisille arjen toimissa suoriutumiseen ja osallistumiseen, kuntoutuspsykoterapiaa työ- tai opiskelun tukemiseksi sekä harkinnanvaraista kuntoutusta työ-, opiskelu- ja toimintakyvyn tukemiseksi (8). Työeläkelaitosten järjestämä kuntoutus on tarkoitettu niille, joilla on yhteys työelämään sekä diagnosoitu sairaus, vika tai vamma (9). Työeläkekuntoutuksen tavoitteena on ehkäistä työkyvyttömyyttä, ja se on ensisijaista Kelan kuntoutukseen nähden. Työterveyshuollossa tapahtuva ennaltaehkäisevä toiminta on tarkoitettu työssä oleville (10). Yksityiset kuntoutuspalvelut, kuten fysioterapia, ovat mahdollisia niille, joilla on maksukykyä. Kela voi korvata osan lääkärin määräämän yksityisen fysioterapian kuluista (11). Lisäksi kuntoutusta järjestävät muun muassa työ- ja elinkeinohallinto, tapaturma- ja liikennevakuutuslaitokset ja kolmas sektori.

Kuntoutuksen eri osajärjestelmät on tarkoitettu osin eri väestöryhmille ja eri tarpeisiin, mikä luonnollisesti vaikuttaa eri osajärjestelmien kuntoutuspalveluiden käytön sosioekonomiseen jakautumiseen. Vaikka kuntoutuksen eri osajärjestelmien kuntoutuksen osallistuneiden osuuksia on tutkittu yleisellä tasolla (12–15), kokonaiskuva kuntoutuksen osallistumisesta eri sosioekonomisissa ryhmissä ei kuitenkaan ole ollut saatavilla. Asiaa sivuavissa tutkimuksissa on yleensä tarkasteltu vain yhtä yksittäistä osajärjestelmää tai joitakin rajattuja kuntoutusmuotoja. Lisäksi tutkimustieto on suurelta osin varsin vanhaa. Eri maiden järjestelmien erilaisuuden takia keskitimme seuraavassa siihen, mitä tiedetään tutkimusten perusteella kuntoutuksen osallistumisen sosioekonomisista eroista Suomessa.

Kelan järjestämään kuntoutuksen osallistumisesta sosioekonomisen aseman mukaan on joitakin tutkimuksia, joskin niiden aineistot ovat jo melko vanhoja. Kelan järjestämään lääkinälliseen, ammatilliseen ja harkinnanvaraiseen kuntoutuksen osallistuminen vuosina 1995–2012 oli Kohortti 87 -aineistoon perustuvan tutkimuksen mukaan vain perusasteen koulutuksen saa-

neilla selvästi yleisempää kuin muilla, mutta kuntoutuuspsykoterapiaan osallistumisessa vastaavanlaisia eroja ei havaittu (16). Kuntatyöntekijöitä koskevassa tutkimuksessa Kelan kuntoutuksen kuuteen yleisimpään toimenpiteeseen vuosina 1994–2002 osallistuneet olivat kuntoutukseen osallistumattomia useammin työntekijäasemassa tai alempia toimihenkilöitä ja harvemmin ylempiä toimihenkilöitä; psykoterapiaan osallistumisessa tulos oli päinvastainen (17). Vastaavasti toisessa kuntatyöntekijöitä koskevassa tutkimuksessa vuosilta 1997–2005 havaittiin, että matalasti koulutetuilla oli muita suurempi todennäköisyys osallistua Kelan työkykyä ylläpitävään kuntoutukseen ja tuki- ja liikuntaelinten sairauksien kuntoutuskursseille; sittemmin lakautettuun ASLAK-varhaiskuntoutukseen osallistuminen oli kuitenkin todennäköisintä korkeassa sosioekonomisessa asemassa olevilla (18).

Työeläkekuntoutukseen osallistumista koskevat aiemmat tulokset ovat samansuuntaisia kuin Kelan kuntoutusta koskevat tulokset, joskin tutkimustietoa tästäkin on vähän. Vuoden 2010 lopussa yksityisen sektorin palveluksessa olleiden kuntoutusta tarkastelevan tutkimuksen mukaan ammatillisen kuntoutuksen alkavuus vuosina 2011–2016 oli suurin matalammin koulutetuilla ja matalassa ammattiasemassa olevilla, kun useita yksilö- ja työpaikkatason tekijöitä oli huomioitu (19).

Julkisen sektorin vastuulla olevaan kuntoutukseen ja työterveyshuollon kuntoutukseen osallistumisen sosioekonomisista eroista ei ole juuri lainkaan aiempaa tutkimustietoa. Tarkempaa tietoa näiden sektoreiden järjestämän kuntoutukseen osallistumisesta on fysioterapiasta. Terveys 2000 -tutkimuksen mukaan julkisen sektorin fysioterapiaan osallistuneet kuuluivat muita useammin alimpiin tuloluokkiin, työterveyshuollon fysioterapiaan puolestaan ylimpiin tuloluokkiin (20). Lisäksi yksityisten fysioterapiapalveluiden käyttö oli yleisintä keskiasteen koulutuksen saaneilla ja ylimmissä tuloluokissa, myös useiden taustatekijöiden huomioimisen jälkeen. Kaikkiaan fysioterapiapalveluja käyttivät eniten ylimpiin tuloluokkiin kuuluvat, naisilla myös ylimpiin koulutusluokkiin kuuluvat, ja useiden taustatekijöiden huomioiminen ei juuri vaikuttanut tuloksiin. Myös Kelan rekisteritietojen mukaan Kela-korvatus yksityisen fysioterapiaan osallistuminen on yleisempää suurituloisilla kuin pienituloisilla (21).

Edellä kuvatun tutkimustiedon perusteella voidaan päätellä, että Kelan kuntoutus (psykoterapiaa lukuun ottamatta) ja työeläkelaitosten ammatillinen kuntoutus sekä julkisen sektorin fysioterapia näyttävät kohdentuneen enemmän matalassa kuin korkeassa sosioekonomisessa asemassa oleville; sen sijaan työterveyshuollon ja yksityisen sektorin järjestämä fysioterapia ovat kohdentuneet enemmän korkeassa asemassa oleville. Kuntoutukseen osallistumisen sosioekonomisiin eroihin yleisesti ja eri osajärjestelmissä luonnollisesti vaikuttaa sektoroitunut kuntoutusjärjestelmämme: eri osajärjestelmät määrittävät, osin sosioekonomisin perustein, kenelle kuntoutuspalveluita missäkin osajärjestelmässä ylipäätään tarjotaan. Lisäksi yleinen terveystalouden piiriin hakeutuminen ja pääseminen voivat olla yhteydessä kuntoutukseen osallistumiseen. Kuntoutukseen hakeutuminen edellyttää yleensä lääkärin lausuntoa tai lähetettä eli edeltävää muiden terveystalouden käyttöä, jossa tiedetään olevan sosioekonomisia eroja (22), osaksi palvelujärjestelmän monikanavaisuuden vuoksi. Tutkimusten perusteella suurituloiset ja korkeasti koulutetut käyttävät enemmän työterveyshuollon ja yksityisen sektorin lääkäripalveluja, kun taas pienituloiset ja matalasti koulutetut käyvät enemmän terveyskeskuslääkärin vastaanotolla (22–25). Muuhun terveydenhuoltoon verrattuna järjestelmään liittyvät tekijät ovat kuntoutukseen osallistumisessa kuitenkin kenties vielä suuremmissa roolissa (5,26). Korkeammin koulutetuilla voi myös olla matalammin koulutettuja paremmat kyvyt navigoida palvelujärjestelmässä ja saada tarvitsemaansa palvelua (27–29). Ammattiasema on yhteydessä tarjolla oleviin palveluihin ja tulot mahdollisuuteen hankkia palveluita.

Palveluiden saatavuuden lisäksi kuntoutukseen osallistumiseen on keskeisesti yhteydessä kuntoutuksen tarve, jonka havaitseminen on ensiaskel kuntoutuksen hakeutumisessa. Kuntoutustarve puolestaan kytkeytyy terveyteen ja toimintakykyyn, joiden sosioekonomisen aseman mukaiset erot ovat Suomessa suuret (30–32). Terveystalouden sosioekonomiset erot voivat johtua mm. valikoitumisesta, aineellisista eroista, elintavoista tai psykososiaalisista tekijöistä, kuten stressistä ja sosiaalisesta tuesta (33). Matalammassa sosioekonomisessa asemassa olevilla on heikompi terveys, mitattiinpa sosioekonomista asemaa koulutuksella, ammattiasemalla tai tuloilla

(34,35). Ne mittaavat yksilön sosioekonomisen aseman eri puolia, mutta ovat myös yhteydessä toisiinsa. Siksi myös kuntoutuksen tarve – kuten terveyspalveluiden tarve yleensä – on matlassa asemassa olevilla keskimäärin suurempi kuin korkeassa asemassa olevilla (36). Kuntoutus toisaalta poikkeaa muista terveyspalveluista kaksisuuntaisen tarveharkintansa vuoksi. Kuntoutuksen saamisen voi estää sekä liian hyvä että liian huono työ- tai toimintakyky. Esimerkiksi työeläkekuntoutuksessa työkyvyn täytyy olla riittävän heikko, jotta työkyvyttömyyden uhka täyttyy. Toisaalta jos työkyky on heikentynyt liikaa, ei ammatillinen kuntoutus ole tarkoituksenmukaista. (37.)

Kaikkiaan sekä palveluiden tarpeeseen että niiden saatavuuteen liittyvät tekijät voivat aiheuttaa sen, että kuntoutukseen osallistumisessa voi olla sosioekonomisia eroja, sekä sen, että nämä erot voivat olla erilaisia eri osajärjestelmissä. Suomessa sosiaali- ja terveyspalveluiden tarpeenmukainen saatavuus ja sosioekonomisten terveyserojen kaventaminen ovat tärkeitä tavoitteita. Kuntoutus on osa tätä kokonaisuutta. Terveyspalvelujen käytön sosioekonomisia eroja on tutkittu suhteellisen paljon, mutta kuntoutukseen osallistumisesta on vastaavaa tutkimusta hyvin vähän. Kuntoutukseen osallistumista on yleensä tutkittu vain joissakin osaväestöissä, usein vain yhden sosioekonomisen tekijän mukaan, ja harvassa tutkimuksessa on etsitty selityksiä löydetyille sosioekonomisille eroille eli huomioitu muita yhteyttä mahdollisesti selittäviä muuttujia. Kuntoutukseen osallistumisen sosioekonomisia eroja ei myöskään ole tutkittu huomioiden yhtä aikaa eri osajärjestelmät, jotka yhdessä muodostavat kuntoutuksen kokonaisuuden. Vain tätä kokonaisuutta tutkimalla on mahdollista selvittää, millaisia sosioekonomisia eroja kuntoutukseen osallistumisessa on.

TUTKIMUKSEN TARKOITUS

Tämän tutkimuksen tavoitteena oli selvittää kuntoutukseen osallistumisen yleisyyttä sosioekonomisen aseman mukaan kuntoutuksessa ylipäätään – kaikki kuntoutusmuodot yhtä aikaa huomioituna – sekä kuntoutuksen eri osajärjestelmissä, käyttäen aineistona rekisteritietoja suuren suomalaisen kaupungin työikäisestä väestöstä vuonna 2018. Suomen kuntoutusjärjestelmän ja terveydenhuoltojärjestelmän erityispiirteiden

vuoksi tarkastelimme sosioekonomisen aseman indikaattoreina kaikkia yleisimmin käytettyjä sosioekonomisen aseman mittareita eli koulutusta, ammattiasemaa ja tuloja, jotka kuvaavat hiukan eri tavoin sosioekonomisen aseman eri puolia (34). Ymmärtääksemme yksittäisen sosioekonomisen aseman yhteyttä kuntoutukseen on tarpeen vakioida demografisia, sairastavuutta kuvaavia sekä muita sosioekonomista asemaa kuvaavia tekijöitä.

Tarkemmat tutkimuskysymykset ovat: 1) Millaisia eroja kuntoutukseen osallistumisessa on ylipäätään ja eri osajärjestelmissä koulutuksen, ammattiaseman ja tulojen mukaan? 2) Selittyvätkö kunkin sosioekonomisen aseman mittarin mukaiset erot muilla sosioekonomisen aseman mittareilla, siviilisäädellä ja sairastavuudella?

AINEISTO JA MENETELMÄT

Aineistona tutkimuksessa on rekisteriaineisto kaikista Oulussa koko vuoden 2018 vakinaisesti asuneista 25–64-vuotiaista (N = 99 569). Aineistoon on liitetty useasta eri rekisteristä tietoja Oulun asukkaiden sosiaali- ja terveyspalveluiden ja etuuksien käytöstä (38).

Kuntoutukseen osallistuneiksi määrittelimme kaikki, jotka olivat osallistuneet vuoden 2018 aikana vähintään kerran johonkin tarkastelluista kuntoutustoimenpiteistä vähintään yhdessä viidestä tarkastellusta kuntoutuksen osajärjestelmästä. Lisäksi tarkastelimme kunkin osajärjestelmän kuntoutukseen osallistuneita erikseen. Kuntoutuksen osajärjestelmistä voitiin käytettävissä olevalla aineistolla tarkastella julkisen terveyspalvelujärjestelmän, Kelan ja työeläkelaitosten järjestämää kuntoutusta sekä työterveyshuollon fysioterapiaa ja Kelan korvaamaa yksityistä fysioterapiaa.

Julkisen terveyspalvelujärjestelmän kuntoutukseen osallistuneet saimme yhdistämällä Oulun kaupungin ja Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) hoitoilmoitusrekisterien tiedot. Oulun kaupungin terveyspalveluiden rekisteristä poimimme kaikki, joilla oli vuoden aikana vähintään yksi fysioterapian, puheterapian, toimintaterapian, ravitsemusterapian tai muun terapian käynti. THL:n Avohilmo-tiedoista poimimme fysioterapian, apuvälinepalvelun, puheterapian, toimintaterapian, jalkaterapian, ravitsemusterapian, terveyssoseaalityön sekä muun kuntoutuksen ja erityisterapian käynnit. Lisäksi määritte-

limme myös muita käyntejä kuntoutukseksi, jos vastaanottajan ammatti oli psykoterapeutti, puheterapeutti, fysioterapeutti, toimintaterapeutti tai muu terapeutti. Terveys-Hilmo-rekisteristä poimimme sairaalan kuntoutuslaitoshoidoksella olleet sekä ne, joilla oli toimenpiteenä jokin kuntoutustoimenpide.

Kelan kuntoutukseen osallistuneet saimme Kelan rekistereistä. Mukaan luimme kaikki Kelan ammatilliseen, vaativaan lääkinnälliseen ja harkinnanvaraiseen kuntoutukseen sekä kuntoutuspsykoterapiaan vuoden 2018 aikana osallistuneet sekä kuntoutusrahaa saaneet. Ammatillisen kuntoutuksen yleisin kuntoutusmuoto vuonna 2018 oli ammattikoulutus, tämän jälkeen ammatilliset kuntoutusvelitykset ja työllistymistä edistävä ammatillinen kuntoutus (39). Vaativa lääkinnällinen kuntoutus sisälsi muun muassa erilaisia terapioidia, moniammatillista yksilökuntoutusta ja sairausrühmäkohtaisia kursseja. Harkinnanvarainen kuntoutus käsitti muun muassa kuntoutuskursseja, moniammatillista yksilökuntoutusta ja sopeutumisvalmennuskursseja. (39.) Tarkastelimme Kelan kuntoutusta tässä tutkimuksessa kokonaisuutena.

Työeläkekuntoutukseen osallistuneet saimme Eläketurvakeskuksen eläkerekisteristä. Kuntoutukseen osallistuneiksi määrittelimme ne, joiden kuntoutusraha-, kuntoutusavustus- tai kuntoutuskorotusjaksosta ainakin osa osui vuodelle 2018. Kyseisenä vuonna työeläkekuntoutus jatkautui työpaikkakuntoutukseen (43 %), selviytyksiin (30 %) ja koulutukseen (27 %) (40).

Työterveyshuollon fysioterapiassa käyneet saimme Oulun neljän suurimman työterveyshuoltoyrityksen rekistereistä (Attendo, Mehiläinen, Terveystalo, Työterveys Virta). Näillä neljällä yrityksellä saimme varsin hyvin katettua oululaisten työterveyshuoltopalvelut – aiemman selvityksen mukaan ko. yritysten palveluiden piiriin kuului 92 prosenttia oululaisista työterveyshuoltoasiakkaita vuonna 2013 (41).

Yksityistä fysioterapiaa saaneet tunnistimme Kelan sairaanhoitokorvausten rekisteristä, josta poimimme kaikki yksityisestä fysioterapiasta Kela-korvausta vuonna 2018 saaneet.

Tarkastelimme kuntoutukseen osallistumista koulutuksen, ammattiaseman ja tulojen mukaan. Poimimme kohdejoukolle vuoden 2017 lopun tiedot koulutuksesta ja ammattiin perustuvasta sosioekonomisesta asemasta Tilastokeskuksen

rekistereistä. Luokittelimme koulutuksen korkeimman suoritettun tutkinnon mukaan seuraavasti: korkeintaan perusaste, keskiaste ja korkeaste. Jaoin ammattiaseman mukaan tutkittavan väestön ylempiin toimihenkilöihin, alempiin toimihenkilöihin, työntekijöihin, yrittäjiin, työttömiin, opiskelijoihin, ja muihin. Luokka ”muu” koostui suurelta osin eläkeläisistä (74 %). Koulutuksena saatu kuntoutus on usein pitkäkestoista ja on saattanut alkaa jo ennen vuotta 2017, jolloin siihen osallistuneet voivat luokitua aineistossamme vuoden 2017 lopun ammattiasemaltaan opiskelijoiksi. Tämän vuoksi käytimme opiskelijoille vuoden 2016 lopun ammattiasemaa. Valtionveronalaiset ansio- ja pääomatulot saimme verottajan Kelalle toimittamista tiedoista koskien koko vuoden 2017 tuloja. Tulolajit laskettiin yhteen ja luokiteltiin neljänneksiin: alle 17 127 euroa, 17 127–30 994 euroa, 30 995–44 664 euroa ja vähintään 44 665 euroa vuodessa.

Kontrollimuuttujina olivat sukupuoli ja ikä 5-vuotiskäryhmiin luokiteltuna. Vakioitavat muuttujat olivat sosioekonomisten tekijöiden lisäksi siviilisääty, lääkkeiden erityiskorvausoikeudet ja aiempien sairauspäivärahopäivien määrä. Siviilisäädyn mukaan luokittelimme tutkittavat naimisissa oleviin, naimattomiin sekä eronneisiin ja leskiin. Naimattomien luokkaan yhdistimme myös henkilöt, joilta puuttui tieto siviilisäädystä (1,3 %). Sairastavuutta mittasimme vuonna 2017 voimassa olleiden lääkkeiden erityiskorvausoikeuksien ja vuoden 2017 sairauspäivärahopäivien lukumäärällä. Erityiskorvausoikeus voidaan maksaa vaikeiden ja pitkäaikaisien sairauksien lääkehoidon kustannuksista (42), ja tietoa käytetään usein sairastavuuden mittarina (43). Sairauspäivärahaa maksetaan 10 omavastuupäivän jälkeen. Tiedot saatiin Kelan rekistereistä.

Laskimme ikä- ja sukupuolivakioituiden kuntoutukseen osallistuneet tuhatta henkeä kohden kunkin sosioekonomisen aseman muuttujan luokissa. Vakioimalla iän ja sukupuolen pystyimme tarkastelemaan näistä riippumattomia sosioekonomisen aseman mukaisia eroja kuntoutukseen osallistumisessa. Laskimme vastaavat luvut myös vakioimattomina. Tilastollisia merkitsevyyksiä tarkastelimme 95 prosentin luottamusväleillä. Mallinsimme binäärisellä logistisella regressioanalyysillä sosioekonomisen aseman yhteyttä kuntoutukseen osallistumiseen ylipäätään sekä erik-

seen kussakin osajärjestelmässä. Kunkin tarkasteltavan vastemuuttujan kohdalla vakioimme ensimmäisessä mallissa kunkin yksittäisen sosioekonomisen tekijän lisäksi iän ja sukupuolen ja toisessa mallissa myös muut sosioekonomiset tekijät sekä siviilisäädyn ja sairastavuuden. Esitämme tulokset vetosuhteina (odds ratio, OR) sekä niiden 95 prosentin luottamusväleinä. Analysoimme aineiston Stata/SE 14.2 -tilasto-ohjelmalla. (44).

Lisäksi teimme sensitiivisyysanalyyseja. Teimme logistiset regressiomallit kuntoutukseen osallistumisesta myös käyttäen vastetta, jossa otimme kuntoutuksen eri osajärjestelmistä mukaan vain julkisten terveystalveluiden kuntoutuksen, Kelan kuntoutuksen ja työeläkekuntoutuksen. Lisäksi tarkastelimme työterveyshuollon fysioterapiaa vain palkansaajilla.

EETTINEN ARVIO

Tutkimus perustuu rekisteriaineistoon eikä tutkittaviin oltu yhteydessä, joten eettistä ennakoarviota ei tarvittu. Aineistoon on hankittu käyttöluvat Oulun kaupungilta, Kelasta, Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksesta, Eläketurvakeskuksesta, Tilastokeskuksesta ja Verohallinnolta.

TULOKSET

TUTKIMUSVÄESTÖN KUVAILU

Kuntoutukseen osallistuneita vuonna 2018 oli tutkimusväestössä yhteensä 18 801 henkeä (taulukko 1) eli 19 prosenttia tutkittavasta väestöstä.

Kuntoutukseen osallistuneet olivat muuhun väestöön verrattuna useammin naisia ja keskiäältään hieman vanhempia, harvemmin naimattomia ja useammin eronneita, ja heillä oli useammin lääkkeiden erityiskorvausoikeuksia ja sairauspäivärahopäiviä. Kuntoutujat olivat hieman korkeammin koulutettuja, useammin alempia toimihenkilöitä ja harvemmin yrittäjiä ja työttömiä sekä useammin keskituloisia.

ANALYYSIEN TULOKSET

Mihin tahansa tässä tutkimuksessa tarkastelluista kuntoutusmuodoista osallistui 189 henkilöä tuhatta henkeä kohden (taulukko 2). Julkisten terveystalveluiden kuntoutukseen osallistui 45, Kelan kuntoutukseen 38 ja työeläkekuntoutukseen

6 henkilöä tuhatta henkeä kohden. Työterveyshuollon järjestämän fysioterapiaan osallistuminen oli tässä tutkimuksessa tarkastelluista kuntoutusmuodoista yleisintä; siihen oli osallistunut 88 henkilöä tuhatta henkeä kohden. Yksityisen sektorin fysioterapiaan oli osallistunut 38 henkilöä tuhatta.

Kuntoutukseen osallistuminen oli keskimääräistä harvinaisempaa perustasteen koulutuksen suorittaneilla, yrittäjillä ja työttömillä sekä alimassa tuloneljänneksessä olevilla, kun ikä ja sukupuoli oli vakioitu. Sosioekonomiset erot näyttivät hyvin samankaltaisilta myös silloin, kun luokkien välisiä eroja ikä- ja sukupuolijakauksissa ei vakioitu (tarkempia tuloksia ei esitetä tässä). Koulutusryhmien väliset erot kuntoutukseen osallistumisessa olivat hieman suuremmat vakioimattomana. Ammattiaseman mukaan kuntoutukseen osallistuminen näytti vakioimattomana hieman yleisemmältä alemmilla toimihenkilöillä. Työntekijöiden kuntoutukseen osallistuminen oli samalla tasolla ylempien toimihenkilöiden kanssa. Vakioimattomissa tulosten mukaisissa tuloksissa toiseksi alimman tuloneljänneksen kuntoutukseen osallistuminen oli samalla tasolla toiseksi ylimmän tuloneljänneksen kanssa. Iän ja sukupuolen vakioiminen siis pääosin hieman tasasi kuntoutukseen osallistumisen sosioekonomisia eroja.

Sosioekonomiset erot kuntoutukseen osallistumisessa olivat erilaisia eri osajärjestelmissä (taulukko 2). Julkisten terveystalveluiden kuntoutukseen osallistuminen oli sitä yleisempää, mitä matalampi oli koulutus ja tulotaso, ja kuntoutukseen osallistuminen oli yleisintä työelämän ulkopuolella olevilla. Kelan kuntoutukseen osallistumisessa ei ollut eroja koulutusasteiden välillä, mutta osallistuminen oli yleisintä työelämän ulkopuolella olevilla ja alimmissa tuloaluokissa. Työeläkekuntoutukseen osallistuminen oli keskimääräistä yleisempää keskiasteen suorittaneilla, opiskelijoilla ja toiseksi alimpaan tuloneljänneksen kuuluvilla. Työterveyshuollon fysioterapia oli yleisintä korkea- ja keskiasteen suorittaneilla sekä työssä olevilla. Siihen osallistuminen oli sen sijaan hyvin harvinaista alimmassa tuloneljänneksessä. Yksityisen sektorin fysioterapia oli sitä yleisempää, mitä korkeampi oli koulutus ja tulotaso. Se oli yleisintä toimihenkilöillä ja yrittäjillä ja oli yrittäjien yleisin kuntoutusmuoto.

Taulukko 1. Tutkittavan väestön jakaumat (%) ja 95 %:n luottamusvälit kuntoutukseen osallistuneilla ja muulla väestöllä

	Kuntoutukseen osallistuneet		Muu väestö	
	%	95 %:n lv	%	95 %:n lv
Sukupuoli				
Mies	39	(39-40)	54	(54-54)
Nainen	61	(60-61)	46	(46-46)
Ikäryhmä				
25-34	24	(23-25)	30	(29-30)
35-44	26	(25-26)	27	(26-27)
45-54	26	(25-26)	22	(22-22)
55-64	25	(24-25)	22	(21-22)
Siviilisäätö				
Naimisissa	49	(49-50)	48	(47-48)
Naimaton	34	(33-35)	39	(39-40)
Eronnut/leski	16	(16-17)	13	(13-13)
Lääkkeiden erityiskorvaus-oikeuksien määrä				
0	68	(67-68)	77	(77-77)
1	19	(18-19)	14	(14-14)
2 tai enemmän	13	(13-14)	9	(9-9)
Sairauspäiväraha-päivien lkm				
0	80	(80-81)	92	(92-93)
1-29	9	(8-9)	4	(4-4)
30+	11	(11-12)	3	(3-3)
Koulutus				
Korkea-aste	50	(49-50)	47	(46-47)
Keskiaste	42	(41-43)	43	(42-43)
Perusaste	8	(8-9)	11	(10-11)
Ammattiasema				
Ylempi toimihlö	23	(22-23)	23	(23-24)
Alempi toimihlö	33	(32-33)	26	(26-26)
Työntekijä	17	(16-17)	17	(17-17)
Yrittäjä	3	(3-3)	6	(6-6)
Työtön	9	(9-10)	12	(12-13)
Opiskelija	3	(3-3)	3	(3-3)
Muu	12	(12-13)	12	(12-13)
Tulot				
Ylin neljännes	24	(23-25)	25	(25-26)
2. ylin neljännes	27	(27-28)	24	(24-25)
2. alin neljännes	27	(26-28)	25	(24-25)
Alin neljännes	22	(21-22)	26	(25-26)
Yhteensä	100		100	
N	18801		80768	

Taulukko 2. Ikä- ja sukupuolivakioitu kuntoutukseen osallistuminen sosioekonomisen aseman mukaan kuntoutuksen eri osajärjestelmissä 25–64-vuotiailla oululaisilla vuonna 2018, osuus (per 1000) ja 95 prosentin luottamusväli

	Kaikki kuntoutus yhteensä		Julkisten terveys- palveluiden kuntoutus		Kelan kuntoutus		Työeläke-kuntoutus		Työterveyshuollon fysioterapia		Yksityinen fysioterapia	
	Osuus	95 %:n lv	Osuus	95 %:n lv	Osuus	95 %:n lv	Osuus	95 %:n lv	Osuus	95 %:n lv	Osuus	95 %:n lv
Koulutus	190	(187-194)	32	(30-34)	38	(36-39)	3	(3-4)	97	(95-100)	47	(45-49)
Korkea-aste	193	(190-197)	54	(52-56)	39	(37-41)	10	(9-11)	87	(84-89)	31	(29-32)
Keskiaste	160	(153-168)	72	(67-78)	36	(32-40)	4	(2-5)	42	(38-46)	20	(18-23)
Perusaste	185	(180-191)	20	(18-22)	34	(31-36)	1	(1-2)	106	(102-110)	48	(45-50)
Ammattiasema	210	(205-215)	28	(26-30)	33	(31-35)	5	(4-6)	131	(126-135)	44	(42-47)
Yl. toimihlö	208	(201-215)	34	(31-37)	25	(22-27)	9	(8-11)	133	(129-140)	35	(32-38)
Al. toimihlö	102	(93-111)	29	(24-34)	24	(19-29)	3	(1-4)	11	(8-14)	44	(39-50)
Työntekijä	151	(145-158)	85	(80-90)	41	(38-45)	7	(6-9)	18	(15-20)	18	(15-20)
Yrittäjä	197	(170-223)	108	(85-130)	60	(48-71)	31	(19-43)	12	(6-18)	19	(11-27)
Työrön	209	(200-217)	104	(98-110)	88	(82-94)	11	(9-14)	12	(9-14)	21	(18-24)
Opiskelija	180	(174-187)	14	(12-17)	25	(22-28)	2	(1-2)	106	(101-111)	54	(50-58)
Muu	203	(198-208)	25	(23-27)	32	(30-34)	6	(5-7)	125	(121-129)	43	(41-46)
Tulot	196	(191-201)	49	(46-52)	38	(36-40)	14	(12-15)	94	(90-97)	32	(30-34)
Ylin neljännes	163	(158-168)	93	(89-96)	57	(54-60)	4	(3-5)	12	(11-14)	17	(16-19)
2. ylin neljännes	189	(186-191)	45	(44-46)	38	(37-40)	6	(5-6)	88	(86-89)	38	(37-39)
2. alin neljännes												
Alin neljännes												
Kaikki												

Lopuksi mallinsimme sosioekonomisten tekijöiden yhteyttä kuntoutukseen osallistumiseen binäärisellä logistisella regressioanalyysillä (taulukko 3). Ensimmäisissä malleissa (M1) on kunkin sosioekonomisen muuttujan lisäksi vakioitu ikä ja sukupuoli, toisissa malleissa (M2) näiden lisäksi myös siviilisääty, lääkkeiden erityiskorvauksien ja sairauspäivärahopäivien määrä ja kaikki muut sosioekonomiset muuttujat.

Kun tarkastelimme kuntoutukseen osallistumista ylipäätään, perusasteen suorittaneiden muita harvinaisempi osallistuminen ei selittänyt taustatekijöiden vakioinnilla. Myöskään ammattiasemaryhmiä ja tuloryhmiä koskevat havainnot eivät juuri muuttuneet.

Julkisten terveystalveluiden kuntoutukseen osallistumisen koulutuksen mukaiset erot selittyivät muiden tekijöiden vakioinnilla, samoin työssäkäyvien väliset erot. Sen sijaan työelämän ulkopuolella olevien ja matalatuloisten suurempi todennäköisyys osallistua kuntoutukseen säilyi, vaikka eroista osa vakiointien myötä selittyikin.

Kelan kuntoutukseen osallistuminen oli sitä todennäköisempää, mitä korkeampi oli koulutus, kun taustatekijät vakioitiin. Vakiointien myötä kuntoutukseen osallistuminen oli todennäköisempää ylempillä kuin alemmilla toimihenkilöillä. Vakioinnit selittivät työttömien todennäköisemmän kuntoutukseen osallistumisen ylempiin toimihenkilöihin verrattuna. Tuloluokkien väliin eroihin vakioinnit eivät juuri vaikuttaneet.

Työeläkekuntoutuksessa keskiasteen suorittaneilla kuntoutukseen osallistumisen vetosuhde oli muita suurempi myös vakiointien jälkeen. Vakioinneilla ei ollut olennaista vaikutusta työelämän ulkopuolella olevien suurempaan vetosuhteeseen. Alimmassa tuloneljänneksessä kuntoutukseen osallistuminen muuttui vakiointien myötä ylipäätään tuloneljänneksen verrattuna todennäköisemmästä epätodennäköisemmäksi.

Työterveyshuollon fysioterapiassa koulutusryhmien väliset erot kaventuivat vakiointien myötä. Ammattiaseman ja tuloryhmien mukaisiin eroihin vakiointi vaikutti vain vähän.

Yksityiseen fysioterapiaan osallistumisessa koulutusasteiden väliset erot kaventuivat hieman, kun muut tekijät vakioitiin. Ammattiaseman mukaisten ryhmien väliset erot työllisillä kääntyivät vakiointien myötä: alempien toimihenkilöiden, työntekijöiden ja yrittäjien kuntoutukseen osal-

listumisen vetosuhde muuttui pienemmästä suuremmaksi ylempiin toimihenkilöihin verrattuna. Työelämän ulkopuolella olevien kuntoutukseen osallistumisen pienempi vetosuhde selittyi osin tai kokonaan. Tuloluokkien väliset erot eivät juuri muuttuneet.

SENSITIIVISYYSANALYYSIT

Työterveyshuollon fysioterapiaan ja yksityisen sektorin fysioterapiaan osallistuminen ovat harvoin käytettyjä tietoja rekisteritutkimuksessa. Kuten edellä havaittiin (taulukko 3), sekä työterveyshuollon että yksityisen sektorin fysioterapiaan osallistuminen oli keskimääräistä yleisempää korkeassa sosioekonomisessa asemassa olevien ryhmissä. Jos nämä kuntoutusmuodot eivät olisi mukana mihin tahansa kuntoutukseen osallistumista koskevissa laskelmissa, olisivat tulokset toisenlaisia, osittain jopa päinvastaisia, sillä mukaan jäävissä kuntoutusmuodoissa painottuisivat julkisen terveydenhuollon ja Kelan järjestämä kuntoutus (taulukko 4). Kun jätimme huomioimatta työterveyshuollon ja yksityisen fysioterapiaan osallistumista koskevat tiedot, kaikki taustatekijät vakioituna koulutusryhmiä koskevat tulokset eivät kuitenkaan eronneet mallista, jossa myös fysioterapiassa käyneet olivat mukana. Ammattiaseman mukaiset erot kaikki taustatekijät vakioivassa mallissa olivat sen sijaan jonkin verran erilaisia kuin ilman fysioterapiaa: erot työllisten ryhmien välillä olivat pienemmät, ja työttömien, opiskelijoiden sekä ryhmän 'muu' kuntoutukseen osallistumisen vetosuhde oli noin 1,5–2,5-kertainen ylempiin toimihenkilöihin verrattuna. Tuloryhmien välille muodostui selviä eroja, kun fysioterapiatietoja ei huomioitu: kaikki taustamuuttajat vakioivassa mallissa kuntoutukseen osallistumisen vetosuhde ylipäätään tuloneljänneksen verrattuna kasvoi sitä suuremmaksi, mitä pienemmät olivat tulot.

Toisena sensitiivisyysanalyysinä tarkastelimme työterveyshuollon fysioterapiaan osallistumista vain palkansaajilla, koska työterveyshuollon järjestämät palvelut koskevat pääosin tätä ryhmää. Kaikki taustatekijät vakioivassa mallissa tulokset eivät kuitenkaan juuri poikenneet alkuperäisestä mallista.

Taulukko 4. Kuntoutukseen osallistuminen sosioekonomisen aseman mukaan julkisen terveystalvvelujärjestelmän, Kelan ja työeläkejärjestelmän yhteenlasketussa kuntoutuksessa 25–64-vuotiailla oululaisilla vuonna 2018, OR ja 95 prosentin luottamusväli

	M1		M2	
	OR	95 %:n lv	OR	95 %:n lv
Koulutus				
Korkea-aste	1,00		1,00	
Keskiaste	1,44	(1,37-1,51)	0,96	(0,90-1,01)
Perusaste	1,64	(1,52-1,77)	0,81	(0,74-0,88)
Ammattiasema				
Yl. toimihlö	1,00		1,00	
Al. toimihlö	1,25	(1,16-1,35)	0,91	(0,83-0,99)
Työntekijä	1,26	(1,15-1,38)	0,86	(0,78-0,96)
Yrittäjä	1,03	(0,90-1,18)	0,81	(0,70-0,93)
Työtön	2,70	(2,49-2,93)	1,51	(1,36-1,66)
Opiskelija	4,28	(3,81-4,82)	2,40	(2,10-2,74)
Muu	4,11	(3,79-4,45)	2,15	(1,95-2,39)
Tulot				
Ylin neljännes	1,00		1,00	
2. ylin neljännes	1,60	(1,46-1,74)	1,45	(1,32-1,59)
2. alin neljännes	2,57	(2,37-2,79)	1,99	(1,81-2,18)
Alin neljännes	4,32	(3,99-4,67)	2,57	(2,32-2,84)

M1 = Malli 1: vakioitu ikä + sukupuoli + kyseinen sosioekonominen tekijä

M2 = Malli 2: vakioitu ikä + sukupuoli + koulutus + ammattiasema + tulot + siviilisääty + erityiskorvattavat lääkkeet + sairauspäivärahopäivät

POHDINTA

PÄÄTULOKSET

Kuntoutukseen osallistuminen oli keskimääräistä harvinaisempaa korkeintaan perusasteen koulutuksen saaneilla, yrittäjillä ja työttömillä sekä alimassa tuloneljännöksessä. Demografisten, kaikkien sosioekonomisten ja sairastavuuteen liittyvien taustatekijöiden yhtäaikainen huomioon ottaminen ei juuri muuttanut sosioekonomisista eroista saatavaa kuvaa.

Kuntoutukseen osallistumisen sosioekonomiset erot vaihtelivat osajärjestelmien välillä. Kun erot taustatekijöissä ja sairastavuudessa oli vakioitu, julkisen terveystalvvelujärjestelmän järjestämään kuntoutukseseen osallistuivat todennäköisimmin työelämän ulkopuolella olevat ja pienituloiset. Kelan kuntoutukseen osallistujien profiili oli hyvin samankaltainen, mutta lisäksi Kelan kuntoutukseen osallistuivat myös korkeasti koulutetut, samoin ylempät toimihenkilöt muita työllisiä ryhmiä useammin. Työeläkekuntoutukseseen osallistuivat todennäköisimmin keskiasteen suorittaneet, opiskelijat ja muut työelämän ulko-

puolella olevat sekä keskituloiset. Työterveys- huollon fysioterapiaan osallistuivat todennäköisimmin korkeasti koulutetut, palkansaajat (toimihenkilöt ja työntekijäasemassa olevat) sekä hyvätuloiset. Yksityisen fysioterapiaan osallistumisessa sosioekonomiset erot olivat samankaltaisia kuin työterveys- huollon fysioterapiaan osallistumisessa, mutta lisäksi yksityiseen fysioterapiaan osallistuivat usein myös yrittäjät.

TULOSTEN TULKINTAA

Kuntoutus näyttää tulostemme mukaan kaikkiaan kohdentuvan enemmän hyväosaisille kuin matalassa sosioekonomisessa asemassa oleville. Kuntoutukseseen osallistumisen sosioekonomisten erojen taustalla on todennäköisesti sekä yksilöön että järjestelmään liittyviä syitä.

Ero ei voi selittyä hyväosaisten heikommalla terveys- ja toimintakyvyllä ja siten suuremmalla kuntoutustarpeella – päinvastoin, juuri huono-osaisimmat ryhmät, kuten korkeintaan perusasteen koulutuksen suorittaneet ja pienituloiset, ovat tutkimuksesta toiseen muita sairaampia ja kokevat useammin toimintakyvyn ongelmia

(30,45). Kuntoutukseen osallistuvan toimintakyvyn tulee olla riittävästi heikentynyt, jotta kuntoutus voidaan myöntää – muttei liikaa, jotta kuntoutuksesta voidaan olettaa olevan hyötyä. Matalassa sosioekonomisessa asemassa olevat ovat saattaneet muita useammin olla liian sairaita soveltuakseen kuntoutukseen. Tuloksemme voivat kertoa hyvässä asemassa olevien yleisemmästä kuntoutukseen ohjautumisesta ja hakeutumisesta tai palveluiden suuremmasta kohdentumisesta juuri tälle ryhmälle. Kuntoutuksen tarpeessa oleva tarvitsee tietoa kuntoutuksesta ja motivaation kuntoutukseen hakemiseen. Korkeammin koulutetuilla on paremmat tiedot ja taidot luovia terveyspalvelujärjestelmässä, kuten vaatia terveyspalveluita, hankkiutua vastaanotolle ja kommunikoida terveydenhuoltohenkilökunnan kanssa (27–29). Lisäksi palkansaajia kuntoutukseen ohjaa usein työterveyshuolto (46). Kuntoutukseen pääsyn kriteereissä on myös työllisiä ja hyvätulaisia suosivaa vaihtelua. Kelan ja työeläkejärjestelmän kuntoutukseen haettaessa vaaditaan lääkärin B-lausunto, kun taas työterveyshuollon fysioterapiaan ja Kelan korvaamaan yksityiseen fysioterapiaan riittää lääkärin lähete. Kuntoutukseen osallistumisen taustalla ovatkin erot kuntoutukseen hakeutumisessa ja siinä, saako hakemukseensa myönteisen vai kielteisen päätöksen (47,48). On havaittu viitteitä siitä, että paremmassa asemassa olevat hakeutuvat kuntoutukseen muita useammin ja myös saavat useammin myöntävän kuntoutuspäätöksen (47) ja ettei varhaiskuntoutus työkyvyttömyyden riskin estämiseksi ole kohdentunut sitä eniten tarvitseville (18).

Eri osajärjestelmien väliset erot sosioekonomisissa eroissa kertovat myös palveluiden kohdentumisesta. Tämän tutkimuksen tarkoituksena ei ollut löytää kausaalivaikutuksia vaan kuvata kuntoutukseen osallistumista sosioekonomisen aseman mukaisissa ryhmissä. On selvää, että kuntoutuksen lähtökohtainen kohdentaminen tietyille väestöryhmille näkyy siten, että nimenomaan nämä väestöryhmät osallistuvat ko. osajärjestelmän kuntoutukseen. Tämän tutkimuksen tärkeänä tavoitteena oli kuitenkin kuvata myös järjestelmää kokonaisuutena, kun on huomioitu kaikki ne osajärjestelmät, jotka käytettävissä olevalla rekisteriaineistolla olivat mitattavissa. Monet kuntoutuspalvelut on suunnattu työllisille, tai työ- tai opiskelukyvyn saavuttamiseksi, mikä

näky näissäkin tuloksissa. Ammattiasemista yrittäjien kuntoutukseen osallistuminen oli kaikkein harvinaisinta. Yksityisen fysioterapiaan osallistuminen oli kuitenkin yrittäjillä suhteellisen yleistä, millä he saattavat osin korvata työterveyshuollon puuttumista – yrittäjät eivät usein hanki itselleen työterveyshuoltoa, vaikka se on mahdollista (49). Yrittäjien hakeutuminen kuntoutuspalveluiden piiriin voi olla muita ryhmiä vähäisempää osin siksi, että kuntoutukseen osallistuminen voi olla yrittäjälle – etenkin yksinyrittäjälle – hankalaa ja kallista toimeentulon mahdollisesti vaarantuessa. Myös työttömien kuntoutuksen puutteellisuus on jo pitkään ollut tiedossa (50).

Kuntoutuksen osajärjestelmistä julkisten terveyspalveluiden kuntoutus kohdentui matalassa sosioekonomisessa asemassa oleville: matalasti koulutetuille, työelämän ulkopuolella oleville ja matalatuloisille. Terveydenhuollon kuntoutuksesta ei ole olemassa yksityiskohtaisia tilastoja, mutta tuloksemme ovat linjassa sen kanssa, mitä tiedetään terveyspalveluiden käytöstä ylipäätään (22–25). Matalassa sosioekonomisessa asemassa olevilla on todennäköisesti tyydyttymätöntä ja havaitsematontakin kuntoutuksen tarvetta, sillä pienituloiset, perusasteen koulutuksen saaneet ja työttömät ovat aiemmissa tutkimuksissa raportoineet muita useammin, etteivät ole saaneet tarvitsemiaan avohoidon terveyspalveluita (24,51,52).

Tutkimme Kelan järjestämää kuntoutusta yhtenä kokonaisuutena tässä kuntoutuksen osajärjestelmien käyttöä yleisellä tasolla kartoittavassa tutkimuksessamme. Kelan kuntoutuksen kohde-ryhmät vaihtelevat lakiperusteiden välillä, jolloin myös sosioekonomiset erot eri lakiperusteilla järjestettyyn kuntoutukseen osallistumisessa voivat vaihdella. Ammatillisen kuntoutuksen tavoite on tukea tai parantaa kuntoutujan työ- ja ansiokykyä tai estää työkyvyttömyys. Vaativan lääkinnällisen kuntoutuksen tavoite on tukea vaikeavammaista kuntoutujaa arjen toiminnoista suoriutumisessa ja edistää osallistumista esimerkiksi kotona, työssä tai opiskelussa. Kuntoutuspsykoterapian tavoite on kohentaa tai ylläpitää opiskelu- tai työkykyä. Laajempi eri lakiperusteiden erillinen tarkastelu ei kuitenkaan tämän tutkimuksen puitteissa ollut mahdollista. Kelan kuntoutuksen kohdentumista on aiemmin tutkittu erikseen eri lakiperusteissa tai joissain tietyissä

toimenpiteissä (16–18,47,53,54). Aiempien tulosten vertaaminen tässä tutkimuksessa saatuihin tuloksiin on siten hankalaa. Tulostemme mukaan Kelan kuntoutukseen osallistujien välillä ei ollut eroja koulutuksen suhteen. Kuntoutuspsykoterapian tiedetään kuitenkin kohdentuvan korkeasti koulutetuille (16,18,47,53,54), vaikeasti vammaiset ja ammatillista kuntoutusta hakeneet ovat tyypillisesti matalammin koulutettuja (16,47). Kuntoutuspsykoterapiaan osallistuneista suurin osa on työllisiä tai opiskelijoita (53,54), vaikeaa lääkinnällistä kuntoutusta hakeneissa taas on paljon eläkeläisiä (47).

Työeläkekuntoutuksen tarkoituksena on ehkäistä työntekijän tai yrittäjän joutuminen enenaikaiselle työkyvyttömyyseläkkeelle ja tukea kuntoutustuella tai työkyvyttömyyseläkkeellä olevan työhönpaluuta. Hakijalla täytyy olla yhteys työelämään ja jokin ammattipätevyys. Yleisimmin työeläkekuntoutukseen osallistuvinkin keskiasteen suorittaneet. Ammattiaseman mukaiset tulokset ovat hieman vaikeammin tulkittavissa. Vuonna 2018 työeläkekuntoutukseen osallistuneista 80 prosenttia oli työssä tai työttömänä aloittaessaan kuntoutuksen ja 20 prosenttia eläkkeellä (40). Tässä tutkimuksessa opiskelijoilla oli suurin todennäköisyys osallistua työeläkekuntoutukseen. Vaikka käytimme opiskelijoille muista poiketen vuoden 2016 lopun ammattiasemaa, on osa heistä saattanut aloittaa koulutuksena annetun kuntoutuksen jo tätäkin aikaisemmin ja luokitua sen vuoksi opiskelijoiksi. Työeläkekuntoutuksesta 27 prosenttia oli koulutusta vuonna 2018 yleisimmän kuntoutustoimenpiteen ollessa työpaikkakuntoutus (43 %) (40). Yrittäjille suunnattu elinkeinotuen käyttö vuonna 2018 oli hyvin vähäistä (40). Myös tässä tutkimuksessa yrittäjien kuntoutus oli suhteellisen harvinaista, vaikka yrittäjät mainitaan työeläkekuntoutuksen kohderyhmänä. Työeläkekuntoutukseen osallistuneista korkeammin koulutettujen ja parempituloisten on havaittu olevan muita motivoituneempia osallistumaan kuntoutukseen (55). Heidän kuntoutukseen osallistumisensa oli kuitenkin harvinaista tässä tutkimuksessa.

Työterveyshuollon fysioterapia on tarkoitettu työterveyshuollon piiriin kuuluville. Taustatekijöiden huomioimisen jälkeen työterveyshuollon fysioterapia olikin yleisintä keski- ja korkeasteen suorittaneilla, alemmilla toimihenkilöillä ja työntekijöillä sekä kahdessa ylimmässä tulo-

neljänneksessä. Toisaalta tulokset olivat hyvin samankaltaisia, kun rajasimme tarkastelun palkansaajiin. Vastaavia tuloksia on saatu ylipäättään fysioterapiasta (20,23) ja työterveyspalveluiden käytöstä (25). Vaikka työterveyshuoltolaki velvoittaa työnantajaa järjestämään työterveyshuollon, on sen kattavuudessa eroja. Työnantaja voi tarjota palveluita myös vähimmäisvaatimuksia laajemmin. Työterveyshuoltoyksiköiden välillä voi olla jopa 30-kertaiset erot palvelujen tarjonnassa ja käytössä (56). Rungas tarjonta näkyy myös runsaana palvelujen käyttönä, kun taas vähäinen tarjonta vähentää käyttöä. Myös yksityinen fysioterapia kohdentui hyväosaisille kuten aiemmissa tutkimuksissa (20,21,23).

Kukin tarkasteltu sosioekonomisen aseman mittari – koulutus, ammattiasema ja tulot – oli itsenäisesti yhteydessä kuntoutukseen osallistumiseen. Havaitut erot noudattelevat terveyspalveluiden käytön sosioekonomisia eroja. Tämä johtunee pitkälti kuntoutuksen osajärjestelmien linkittymisestä terveyspalvelujärjestelmän eri sektoreihin. Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli tuottaa kuvailevaa tietoa kuntoutukseen osallistumisen sosioekonomisista eroista, sillä aiheesta on hyvin vähän aiempaa tutkimusta. Tutkimuksella ei pyritty vastaamaan kysymykseen kuntoutuksen vaikuttavuudesta sosioekonomisiin terveyseroihin. Kuntoutus osana palvelujärjestelmää voi kuitenkin osin uusintaa tai kaventaa terveyseroja, muiden terveyspalveluiden tavoin (22,33). Kun tarkastellaan kuntoutukseen osallistumista kokonaisuutena, näyttää siltä, että kuntoutus saattaa vahvistaa sosioekonomisia terveyseroja kohdistuessaan erityisesti hyväosaisille. Kuntoutuksen ulkopuolelle jäävät ryhmät ovat niitä, joiden terveys on aiemmissa tutkimuksissa havaittu muita heikommaksi: vain perusasteen suorittaneet, työttömät ja pienituloisimmat. Myös OECD:n (57) huolena oli, ettei suomalainen kuntoutusjärjestelmä kykene vähentämään terveysperusteisten etuuksien käyttöä väestössä. Tähän ohjaavat sekä järjestelmän rakenteet että yksilöön liittyvät seikat. Terveyspalvelujärjestelmän monikanavaisuuden on sanottu ylläpitävän terveyspalvelujen käytön sosioekonomisia eroja (58). Järjestelmän monimutkaisuus vaatii kykyä ja taitoa luovia palveluvidiakossa. Tätä kykyä löytyy eritoten korkeasti koulutetuilta ja hyvätuoloisilta. Siltä osin kuin kuntoutusjärjestelmän tavoitteena on työllisten työkyvyn ja opiskelijoiden

opiskelukyvyn ylläpito, kuntoutuksen voidaan sanoa kohdentuvan oikein. Koko väestön näkökulmasta kuntoutus ei kuitenkaan näytä kohdentuvan niin, että se osaltaan myötävaikuttaisi sosioekonomisten terveyserojen kaventumiseen.

Mikäli sosioekonomisia terveyseroja halutaan pyrkiä kaventamaan myös kuntoutuksen keinoin, tulisi kuntoutusta suunnata enemmän matalassa sosioekonomisessa asemassa oleville ja työelämän ulkopuolella oleville. Kuntoutusjärjestelmän yksinkertaistaminen, kuntoutukseen hakeutumisen helpottaminen, eri osajärjestelmien välisen yhteistyön ja palveluohjauksen parantaminen saattaisivat edesauttaa matalassa sosioekonomisessa asemassa olevien kuntoutukseen pääsyä. Samansuuntainen vaikutus voisi olla Kelan kuntoutuksen vielä vahvemmalla kohdentamisella matalassa sosioekonomisessa asemassa oleville ja julkisen sektorin kuntoutusresurssien riittävydestä huolehtimisella.

Kuntoutusjärjestelmää on yritetty uudistaa useaan otteeseen. Uusimmassa, kuntoutuksen uudistamiskomitean (1) valmistelemassa kuntoutusjärjestelmän kokonaisuudistuksessa yhtenä tavoitteena on taata koko väestön yhdenvertainen pääsy tarpeen mukaisiin kuntoutuspalveluihin. Kuntoutuksen tulisi perustua yleiseen toimintamalliin, jonka periaatteet ovat samat kaikilla asiakkailla ja eri ikäryhmissä. Tämän tutkimuksen tulokset puhuvat tämän ehdotuksen puolesta. Erityisesti yrittäjien, työttömien ja muiden työelämän ulkopuolella olevien kuntoutuksen saatavuuteen tulisi kiinnittää huomiota.

TUTKIMUKSEN VAHUUDET JA HEIKKOUEDET

Tutkimuksessa oli käytössä yksilötasoinen rekisteriaineisto, joka sisälsi tietoa useasta eri rekisteristä. Aineisto sisälsi kaikki Oulussa vuonna 2018 vakituisesti asuvat. Aineistosta oli mahdollista määrittellä kuntoutus monessa eri osajärjestelmässä. Kuntoutukseen osallistumisen sosioekonomisista eroista saatavaan kuvaan kuitenkin vaikuttaa se, mikä kaikki kuntoutus tutkimuksessa voidaan huomioida. Tässä tutkimuksessa pystyimme huomioimaan pääosan julkisen terveydenhuollon järjestämästä kuntoutuksesta, Kelan ja työeläkelaitosten järjestämän kuntoutuksen sekä työterveyshuollon tarjoaman fysioterapian ja yksityisen fysioterapian. Aineisto ei sisältänyt muun muassa työhallinnon kuntoutusta, sotilas-, liikenne- ja tapaturmavakuutuksen kuntoutusta

(ns. solita-kuntoutus), sosiaalista kuntoutusta, julkisten terveystalveluiden psykoterapiaa eikä järjestöjen tuottamaa kuntoutusta (13). Toisaalta pystyimme sisällyttämään tutkimuksemme harvoin tarkastellut työterveyshuollon fysioterapian ja yksityisen sektorin fysioterapian. Ilman viimeksi mainittuja kuntoutusmuotoja mihin tahansa kuntoutukseen osallistumista koskevat tulokset olisivat osittain jopa päinvastaisia nyt saatuihin tuloksiin verrattuna. Kuntoutukseen osallistumisen sosioekonomisia eroja tarkastellessa onkin suuri merkitys sillä, mikä kaikki kuntoutus on määriteltävissä rekisteriaineistosta.

Ammattiasemamuuttuja osoittautui hieman ongelmalliseksi pidempiä kuntoutusjaksoja tarkasteltaessa. Joissain tapauksissa asema voi muuttua kuntoutuksen myötä. Koska vuonna 2018 kuntoutukseen osallistumista koskeva tarkastelumme sisälsi myös vuonna 2017 alkaneita kuntoutusjaksoja, on kuntoutuksessa olo voinut vaikuttaa vuoden 2017 lopulta mitattuun ammattiasemaan. Siksi käytimme opiskelijoille vuoden 2016 tietoa. Jo vuonna 2017 alkanut kuntoutus on voinut jonkin verran vaikuttaa myös vuoden 2017 tulotasoon. Koulutustasomuuttuja onkin kolmesta mitatusta sosioekonomisesta muuttujasta pysyvin eikä kuntoutukseen osallistuminen käytännössä vaikuta siihen.

Emme pystyneet kovin hyvin huomioimaan kuntoutuksen tarpeeseen liittyviä tekijöitä, koska rekisteriaineisto ei sisällä tietoja esimerkiksi tutkittavien todellisesta toimintakyvystä tai elintavoista. Sairastavuuteen liittyvinä tarvetekijöinä vakioimme kuitenkin lääkkeiden erityiskorvaus-oikeuksien määrän sekä tutkittavien sairauspäivärahopäivät edellisen vuoden ajalta. Käytettävissä olevissa rekistereissä ei myöskään ollut tietoa kuntoutuspalveluiden saatavuudesta eikä niiden laadusta. Kuntoutuspalveluiden saatavuuden kartoittaminen on vielä hankalampaa kuin kuntoutukseen osallistumisen.

Aineistona oli käytettävissä vain yhden suuren kaupungin asukkaita koskevia tietoja. Suuressa kaupungissa kuntoutuspalveluiden tarjonta voi olla parempi kuin monessa pienemmässä kunnassa, toisaalta palvelujärjestelmä on maamme eri osissa perusteiltaan samanlainen. Lisäksi väestörakenne voi vaikuttaa palveluiden tarpeeseen ja sitä kautta kuntoutuspalveluiden käyttöön. Oulun väestö on hieman koko maan väestöä nuorempaa. Työttömyysaste on hieman koko

maan tasoa korkeampi, samoin korkeakoulutettujen osuus (38). Blomgrenin ja Jäppisen (38) arvion mukaan aineiston perusteella voidaan kuitenkin varsin hyvin tehdä laajempia yleistyksiä palveluiden rinnakkaiskäytöstä ja käyttöön yhteydessä olevista tekijöistä.

JATKOTUTKIMUSTARPEET

Pystyimme tässä tutkimuksessa tarkastelemaan kuntoutukseen osallistumisen väestöryhmittäisiä eroja eri osajärjestelmissä vain yleisellä tasolla. Jatkotutkimuksissa olisi tärkeää selvittää tarkemmin väestöryhmittäisiä eroja myös toimenpiteitään ja diagnoosiryhmittäin. Esimerkiksi Kelan järjestämä kuntoutus on varsin heterogeenistä ja siihen sisältyy ammatillista, lääkinnällistä ja harkinnanvaraista kuntoutusta sekä kuntoutuspsykoterapiaa. Kolmeen ensiksi mainittuun Kelan kuntoutusmuotoon sisältyy edelleen useita erilaisia eri sairauksista kärsiville suunnattuja toimenpiteitä. Näihin osallistumista eri väestöryhmissä olisi tärkeää tarkastella jatkossa myös yksityiskohtaisemmin, jotta voitaisiin tunnistaa kuntoutuksen katveeseen jääviä väestöryhmiä.

Tarvetta olisi myös selvittää, miten kuntoutukseen osallistumisesta saatava kuva poikkeaa väestöä edustavien kyselyaineistojen ja rekisteriaineistojen välillä. Tarpeen olisi verrata esimerkiksi sitä, miten suuri osuus kyselyaineiston mukaan kuntoutusta saaneista onnistutaan tunnistamaan kuntoutukseen osallistuneiksi myös saatavilla olevilla rekisteriaineistoilla ja missä väestöryhmissä ovat suurimmat rekisteriaineistojen katvealueet.

JOHTOPÄÄTÖKSET

Kuntoutus näyttää kohdentuvan hyväosaisille ja erityisesti palkansaajille enemmän kuin matalassa sosioekonomisessa asemassa ja työn ulkopuolella oleville. Tulisikin huolehtia siitä, että eritoten kuntoutuksen ulkopuolelle jäävät pääsisivät muiden palveluiden piiriin. Näyttää siltä, että kuntoutusjärjestelmä kokonaisuutena ei nykytilanteessa todennäköisesti auta kaventamaan terveyseroja. Osajärjestelmien välillä on suuria eroja kuntoutukseen osallistuneiden sosioekonomisen taustan mukaan. Kuntoutuksen sosioekonomisista eroista saatavaan kuvaan vaikuttaa se, mikä kaikki kuntoutus tutkimuksessa on mahdollista huomioida. Työterveyshuollon ja yksityisen sektorin fysioterapia ovat helposti saatavilla työllisille ja hyvätuloisille, mutta monesti saavuttamattomissa työelämän ulkopuolella oleville ja matalatuloisille. Julkisten terveyspalveluiden kuntoutus puolestaan kohdentuu huonompiosaisille. Selvittäväksi jää, kuinka moni tarvitseva jää kokonaan kuntoutusjärjestelmän ulkopuolelle.

KIITOKSET:

Kiitämme tutkimuksen arvioijia rakentavista kommentteista.

RAHOITTAJAT:

Tutkimuksen rahoitti Kela (dnro 84/26/2019).

KIRJOITTAJIEN KONTRIBUUTIOT:

Rinne ja Blomgren laativat tutkimussuunnitelman ja -kysymykset. Rinne analysoi tulokset ja kirjoitti käsikirjoituksen ensimmäisen version. Blomgren osallistui käsikirjoituksen kirjoittamiseen ja kriittiseen kommentointiin. Molemmat kirjoittajat ovat hyväksyneet lopullisen käsikirjoituksen.

Rinne, H., Blomgren, J. Socio-economic differences in participation in rehabilitation – a register-based study of residents of Oulu in 2018. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti – Journal of Social Medicine 2022; 59: 16–33.

Knowledge on socio-economic differences in participation in rehabilitation is scarce. The aim of this study was to examine whether there are such differences in participation by education, occupational status and income both in general and in different subsystems that organize rehabilitation. We also look at whether the differences can be explained by other indicators of socio-economic status, marital status and morbidity. We used

register-based data on 25–64-year-old residents of the city of Oulu, Finland, in 2018 and their use of social and health services and benefits (N = 99,569). Participants in rehabilitation comprised all those who participated in rehabilitation provided by public health services, the Social Insurance Institution of Finland (Kela), the earnings-related pension system or occupational health or private physiotherapy during 2018.

Methods included cross-tabulation and logistic regression analysis.

Participation in rehabilitation was lower than average among those who had completed only primary education, entrepreneurs and the unemployed, as well as in the lowest income quartile, when age and sex were controlled. Adjusting for marital status and other socio-economic factors and morbidity did not change the results essentially. Non-working and low-income persons were most likely to participate in rehabilitation provided by public health services. The profile of those who participated in Kela-organized rehabilitation was similar except for the fact that highly educated and upper white-collar employees also participated often. Secondary school graduates, students and other non-working and middle-income earners were most likely to participate in rehabilitation organized by the earnings-related pension system. The highly edu-

cated, employees and high-income earners most likely participated in occupational health physiotherapy and private physiotherapy. In addition, entrepreneurs often participated in private physiotherapy.

Those in the lowest socio-economic position are least likely to participate in rehabilitation. When targeted at the well-offs, rehabilitation may in part maintain socio-economic health inequalities in the population. However, the picture of the socio-economic differences is affected by what types of rehabilitation can be identified from registers.

Keywords: rehabilitation, education, income, occupational status

Saapunut (08.10.2020)
Hyväksytty (19.07.2021)

LÄHTEET

- 1) STM. Kuntoutuksen uudistamiskomitean ehdotukset kuntoutusjärjestelmän uudistamiseksi. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2017:41. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö; 2017.
- 2) Järvikoski A. Monimuotoinen kuntoutus ja sen käsitteet. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2013:43. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö; 2013.
- 3) Autti-Rämö I, Mikkelsen M, Lappalainen T, Leino E. Kuntoutumisen prosessi. Kirjassa: Autti-Rämö I, Salminen AL, Rajavaara M, Ylinen A (toim.) Kuntoutuminen. Helsinki: Duodecim; 2016, 14–19.
- 4) Miettinen S. Muutoksen mahdollisuus Suomen kuntoutusjärjestelmässä. Väitöskirja, Terveystieteiden yksikkö, Tampereen yliopisto. Tampere: Tampere University Press; 2011.
- 5) Pulkki J. Aluetason kuntoutusjärjestelmä – Rakenne, organisaatio ja toiminta palvelujen saatavuuden näkökulmasta. Väitöskirja, Terveystieteiden yksikkö, Tampereen yliopisto. Tampere: Tampere University Press; 2012.
- 6) Rajavaara M, Lehto J. Kuntoutusjärjestelmä tutkimuksen kohteena. Kuntoutusjärjestelmä vai epäjärjestelmä? Kirjassa: Ashorn U, Autti-Rämö I, Lehto J, Rajavaara M (toim.) Kuntoutus muuttuu – entä kuntoutusjärjestelmä? Helsinki: Kelan tutkimusosasto; 2013.
- 7) Terveystieteiden yksikkö 30.12.2010/1326 <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>
- 8) Kansaneläkelaitoksen kuntoutusetuuksista ja kuntoutusrahaetuksista annettu laki 15.7.2005/566 <https://finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2005/20050566>
- 9) Työeläkelaki 19.5.2006/395 <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2006/20060395>
- 10) Työterveyshuoltolaki 21.12.2001/1383 <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2001/20011383>
- 11) Sairausvakuutuslaki 21.12.2004/1224 <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2004/20041224>
- 12) Pulkki J, Rissanen P, Raitanen JA, ym. Use and distribution of rehabilitation services: a register linkage study in one hospital district area in Finland. Int J Rehabil Res 2011;34:160–166. doi: 10.1097/MRR.0b013e328344ae33
- 13) Pulkki J, Rissanen P, Raitanen JA, ym. Overlaps and accumulation in the use of rehabilitation services. Int J Rehabil Res 2011;34:255–260. doi: 10.1097/MRR.0b013e3283498af2
- 14) Rinne H, Blomgren J. Kuntoutukseen osallistuminen ja eri osajärjestelmien ristikkäiskäyttö – rekisteritarkastelu Oulun väestössä vuonna 2018. Kuntoutus 2020;43,6–20.
- 15) Rissanen P, Pulkki J. Kuntoutus lukuina. Kuntoutuspalvelujen käyttö yhden sairaanhoitopiirin alueella. Kirjassa: Ashorn U, Autti-Rämö I, Lehto J, Rajavaara M (toim.) Kuntoutus muuttuu – entä kuntoutusjärjestelmä? Helsinki: Kelan tutkimusosasto; 2013, 78–91.
- 16) Ristikari T, Törmäkangas L, Lappi A, ym. Suomi nuorten kasvuympäristönä – 25 vuoden seuranta vuonna 1987 Suomessa syntyneistä nuorista aikuisista. Raportti 9/2016. Helsinki: Nuorisotutkimusverkosto/Nuorisotutkimusseura ja Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos; 2016.
- 17) Suoyrjö H, Hinkka K, Kivimäki M, ym. Allocation of rehabilitation measures provided by the Social Insurance Institution in Finland:

- A register linkage study. *J Rehabil Med* 2007;39:198–204.
doi: 10.2340/16501977-0035
- (18) Saltychev M, Laimi K, Oksanen T, ym. Predictive factors of future participation in rehabilitation in the working population: the Finnish public sector study. *J Rehabil Med*. 2011;43:404–410.
doi: 10.2340/16501977-0788
- (19) Laaksonen M, Rantala J, Polvinen A, ym. Individual- and company-level predictions of receiving vocational rehabilitation: A multilevel study of Finnish private sector workplaces. *J Occup Rehabil* 2019;29:1062–1068.
doi: 10.1007/s10926-019-09869-8
- (20) Hakulinen K. Avofysioterapiapalveluiden käyttö Suomessa. *Terveys 2000 -tutkimus. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B14/2004.* Helsinki: Kansanterveyslaitos; 2004
- (21) Blomgren J, Aaltonen K, Tervola J, ym. Kelan sairaanhoitokorvaukset tuloryhmittäin. Kenelle korvauksia maksetaan ja kuinka paljon? Sosiaali- ja terveysturvan selosteita 93/2015. Helsinki: Kelan tutkimusosasto; 2015.
- (22) Manderbacka K, Häkkinen U, Nguyen L, ym. Terveyspalvelut. Kirjassa: Palosuo H, Koskinen S, Lahelma E, ym. (toim.) Terveiden eriarvoisuus Suomessa. Sosioekonomisten terveyserojen muutokset 1980–2005. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2007:23. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö; 2007, 179–196
- (23) Häkkinen U, Alha P (toim.) Terveyspalvelujen käyttö ja sen väestöryhmittäiset erot: Terveys 2000 -tutkimus. Helsinki: Kansanterveyslaitos, Terveiden ja toimintakyvyn osasto; 2006.
- (24) Martelin T, Karvonen S, Linnanmäki E, ym. Terveiden, toimintakyvyn ja niihin vaikuttavien tekijöiden vaihtelu koulutuksen ja asuinalueen mukaan. Kirjassa: Koskinen S, Lundqvist A, Ristiluoma N. (toim.) Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa 2011. THL Raportti 68/2012. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos; 2012, 202–210.
- (25) Blomgren J, Virta L. Socioeconomic differences in use of public, occupational and private health care: A register-linkage study of a working-age population in Finland. *PLoS ONE* 2020;15(4): e0231792.
doi: 10.1371/journal.pone.0231792
- (26) Purhonen S, Ashorn U, Viitanen E ym. Kansalaisten yhdenvertaisuus etuuksien saajina kuntoutuksen lakiviidakossa. *Sosiaalilääk Aikak* 2006;43:283–294.
- (27) Roos NP, Mustard CA. Variation in health and health care use by socioeconomic status in Winnipeg, Canada: does the system work well? Yes and no. *Milbank Q*. 1997;75:89–111.
<https://doi.org/10.1111/1468-0009.00045>
- (28) Or Z, Jusot F, Yilmaz E. Impact of Health Care System on Socioeconomic Inequalities in Doctor Use. IRDES Working Paper no.17. Paris: IRDES; 2008.
- (29) Vera-Hernández ÁM. Duplicate coverage and demand for health care. The case of Catalonia. *Health Econ* 1999;8:579–598.
doi: 10.1002/(sici)1099-1050(199911)8:7<579::aid-hec478>3.0.co;2-p
- (30) Koponen P, Borodulin K, Lundqvist A, ym. (toim.) Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa. *FinTerveys 2017 -tutkimus. Raportti 4/2018.* Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos; 2018.
- (31) Martelin T, Sainio P, Sulander T, ym. Toimintakyky. Kirjassa: Palosuo H, Koskinen S, Lahelma E, ym. (toim.) Terveiden eriarvoisuus Suomessa. Sosioekonomisten terveyserojen muutokset 1980–2005. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2007:23. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö; 2007, 104–121.
- (32) Rahkonen O, Talala K, Sulander T, ym. Koettu terveys. Kirjassa: Palosuo H, Koskinen S, Lahelma E, ym. (toim.) Terveiden eriarvoisuus Suomessa. Sosioekonomisten terveyserojen muutokset 1980–2005. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2007:23. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö; 2007, 65–73.
- (33) Mackenbach JP. Health inequalities. Persistence and change in European welfare states. Oxford: Oxford University Press; 2019.
- (34) Lahelma E, Rahkonen O. Sosiaalinen rakenne ja terveys. Kirjassa: Karvonen S, Kestilä L, Mäki-Opas T. (toim.) Terveys sosiologian linjoja. Helsinki: Gaudeamus; 2017, 19–39.
- (35) Mackenbach JP, Stirbu I, Roskam A-JR ym. Socioeconomic inequalities in health in 22 European countries. *N Engl J Med* 2008;358:2468–2481.
doi: 10.1056/NEJMsa0707519
- (36) Pensola T, Rinne H, Kankainen H, ym. Työikäiset ikääntyvät. 55–69-vuotiaiden terveys, fyysinen, kognitiivinen ja sosiaalinen toimintakyky, työkyky sekä kuntoutustarve. Kuntoutussäätiön tutkimuksia 78. Helsinki: Kuntoutussäätiö; 2008.
- (37) Gould R, Saarnio L, Härkäpää K. Toimiiko työeläkekuntoutus? Eläketurvakeskuksen tutkimuksia 01/2012. Helsinki: Eläketurvakeskus; 2012.
- (38) Blomgren J, Jäppinen S. Sosiaali- ja terveyspalveluiden ja etuuksien käyttö Oulussa 2013–2018. Tutkimushankkeen aineiston peruskuvaukset. Työpapereita 154. Helsinki: Kela; 2020.
- (39) Kela. Kelan kuntoutustilasto. Sosiaaliturva. Helsinki: Suomen virallinen tilasto; 2019.
- (40) ETK. Työeläkekuntoutus vuonna 2018. Eläketurvakeskuksen tilastoja 5. Helsinki: Eläketurvakeskus; 2019.
- (41) Hujanen T, Mikkola H. Työterveyshuollon kustannuskehitys. Suomen Lääkärilehti 2016;71:1537–1540.
- (42) Kastarinen H. Hyvän B-lausunnon resepti lääkekorvausasiassa. *Duodecim* 2020;136:1585–9.
- (43) Saastamoinen L, Aaltonen K, Maljanen T, ym. Health registers as a source of data for research and policy making. *Dosis* 2012;28:199–205.
- (44) StataCorp. Stata Statistical Software: Release 14. College Station, TX: StataCorp LP; 2015.

- (45) Palosuo H, Koskinen S, Lahelma E, ym. (toim.) Terveyden eriarvoisuus Suomessa. Sosioekonomisten terveyserojen muutokset 1980–2005. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2007:23. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö; 2007.
- (46) Gould R, Härkäpää K, Järvikoski A, ym. Miten ja minkälaiseen työeläkekuntoutukseen? Työeläkekuntoutuksen toimivuus – tutkimuksen taulukkoraportti. Eläketurvakeskuksen keskustelualoitteita 2. Helsinki; Eläketurvakeskus; 2007.
- (47) Pensola T, Kesseli K, Shemeikka R, ym. Kuntoutukseen? Sosioekonomiset tekijät Kelan kuntoutukseen hakemisessa ja myönnyössä. Kuntoutussäätiön tutkimuksia 86, Helsinki. Helsinki: Kuntoutussäätiö; 2012.
- (48) Rättö H, Blomgren J, Salminen A-L. Kelan järjestämän kuntoutuksen hylkäykset 2005–2017. Työpapereita 153. Helsinki: Kelan tutkimus; 2020.
- (49) Lappalainen K, Aminoff M, Hakulinen H, ym. Työterveyshuolto Suomessa vuonna 2015 ja kehitystrendi 2000–2015. Helsinki: Työterveyslaitos; 2016.
- (50) Järvikoski A, Lindt J, Suikkanen A (toim.) Kuntoutus muutoksessa. Rovaniemi: Lapin yliopistokustannus; 2011.
- (51) Manderbacka K, Muuri A, Keskimäki I, ym. Mitä tyydyttymätön palvelutarve kertoo terveyspalvelujen saatavuudesta? Sosiaalilääk Aikak 2012;49:4–12.
- (52) Shemeikka R, Rinne H, Manderbacka K, ym. Terveyspalveluiden saatavuuden alueerot Suomessa – ATH-tutkimuksen tuloksia erityisvastuualueittain (suunnitellut sote-alueet). Kirjassa: Jalava J, Borodulin K, Husu P, ym. (toim.) ATH-tutkimuksen tuloksia – Järjestökentän tutkimusohjelma. Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen työpapereita 37/2014. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos; 2014, 29–36.
- (53) Peutere L, Ravaska T, Virtanen P. Kelan kuntoutuspsykoterapian hakijat ja työmarkkinakiinnittyminen – kuvailevaa analyysia hakijoiden työllisyydestä, työkyvystä ja opinnoista viiden vuoden seurannassa. Työraportteja 108/2020. Tampere: Tampereen yliopisto, Yhteiskuntatieteiden tiedekunta, Työelämän tutkimuskeskus; 2020.
- (54) Tuulio-Henriksson A, Toikka T, Heino P, ym. Kuntoutuspsykoterapia tukee työssä pysymistä. Lääkärilehti 2019;74:816–819.
- (55) Härkäpää K, Järvikoski A, Gould R. Motivational orientation of people participating in vocational rehabilitation. J Occup Rehabil 2014;24:658–669. doi: 10.1007/s10926-013-9496-z
- (56) Räsänen K, Heikkinen J, Myllykangas M. Työterveyshuollon sairaanhoitopalvelujen käyttö vaihtelee tarjonnan mukaan. Lääkärilehti 2014;69:1325–1330.
- (57) OECD. *Sickness, disability and work. Breaking the barriers. Vol. 3: Denmark, Finland, Ireland and the Netherlands.* Paris: OECD, 2008.
- (58) Virtanen P, Kivimäki M, Vahtera J, ym. Employment status and differences in the one-year coverage of physician visits: different needs or unequal access to services? BMC Health Serv Res 2006;6:123. doi: 10.1186/1472-6963-6-123

HANNA RINNE
VTM, tutkija
Kelan tutkimus

JENNI BLOMGREN
VTT, dosentti, tutkimuspäällikkö
Kelan tutkimus