

Hanna Rättö, Jenni Blomgren ja Anna-Liisa Salminen
**Kelan järjestämän kuntoutuksen hylkäykset
2005–2017**



Kirjoittajat

Hanna Rättö, tutkija, VTM
Kela
etunimi.sukunimi@kela.fi

Jenni Blomgren, tutkimuspäällikkö, VTT, dosentti
Kela
etunimi.sukunimi@kela.fi

Anna-Liisa Salminen, tutkimusprofessori, PhD, dosentti
Kela
etunimi.sukunimi@kela.fi

© Kirjoittajat ja Kela

www.kela.fi/tutkimus

ISBN 978-952-284-086-8

ISSN 2323-9239

URI <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2020060941240>

Helsinki 2020

SISÄLTÖ

Tiivistelmä	4
1 Johdanto	5
2 Kuntoutuspäätökset	7
3 Myönnöt ja hylkäykset lakiperusteittain	8
3.1 Yleiskatsaus	8
3.2 Ammatillinen kuntoutus	9
3.3 Vaativa lääkinällinen kuntoutus	13
3.4 Harkinnanvarainen kuntoutus	17
3.5 Kuntoutuspsykoterapia	21
4 Pohdinta	24
Lähteet	26
Liitteet	29

TIIVISTELMÄ

Tässä selvityksessä tarkastellaan Kelan kuntoutuksen ratkaisuja sekä niiden hylkäysosuutta vuodet 2005–2017 kattavaan rekisteriaineistoon perustuen. Kuntoutusta tarkastellaan kuntoutusmuodon lakiperusteen mukaan jaoteltuna ammatilliseen, lääkinnälliseen ja harkinnanvaraiseen kuntoutukseen sekä vuodesta 2011 alkaen kuntoutuspsykoterapiaan. Tulkinnoissa otetaan huomioon muun muassa lakimuutokset, jotka ovat vaikuttaneet Kelan järjestämisvastuulla olevaan kuntoutukseen. Selvityksen tarkoituksena on kuvailla Kelan järjestämän kuntoutuksen ratkaisujen hylkäysosuuksien pidemmän aikavälin kehitystä, sillä Kelan järjestämisvastuulla olevan kuntoutuksen muutosten takia hylkäysosuuksia on hankalaa suoraan verrata eri vuosien välillä.

Eri kuntoutusmuotoihin liittyvien ratkaisujen hylkäysosuudet ovat vuosina 2002–2017 vaihdelleet melko paljon. Kuntoutusmuotojen välillä hylkäysosuuksien keskinäinen suuruusjärjestys on kuitenkin pysynyt samana koko tarkastelujakson ajan. Kun osuuksia tarkastellaan eri lakiperusteisissa kuntoutusmuodoissa sukupuolen, iän tai kuntoutuspalvelun hakijan asuinpaikan mukaan nähdään, että hylkäysosuuksissa on ollut tarkasteltujen tekijöiden suhteen vuosittain vaihtelua myös kuntoutusmuotojen sisällä. Kuntoutuksen järjestämiseen vaikuttavilla lakimuutoksilla on myös ollut vaikutusta hylkäysosuuksiin. Nämä vaikutukset ovat kuitenkin usein olleet väliaikaisia.

Selvityksen perusteella Kelan järjestämän kuntoutuksen hylkäysosuuksissa on vaihtelua toisaalta lakiperusteiden välillä ja toisaalta lakiperusteiden sisällä, kun hylkäysosuuksia tarkastellaan eri tekijöiden suhteen jaoteltuna. Erojen taustalla oleviin syihin tarkemmin perehtyminen olisi jatkossa tarpeen, jotta kuntoutusjärjestelmää voitaisiin kehittää vastaamaan tulevaisuuden haasteisiin.

Avainsanat: Kela, kuntoutus, hakemukset, päätökset, hylkäyspäätökset

1 JOHDANTO

Vastuu kuntoutuksen järjestämisestä jakautuu Suomessa useille eri tahoille. Kuntoutuksen järjestämisestä ja kustannuksista vastaavat kuntien sosiaali- ja terveydenhuolto, työterveys- huolto, Kela, Valtiokonttori, työ- ja elinkeinotoimistot, työeläkelaitokset sekä tapaturma- ja liikennevakuutuslaitokset. Terveystieteiden nojalla kunnan on esimerkiksi järjestettävä asukkaiden sairaanhoitopalvelut, joihin sisältyy myös lääkinällinen kuntoutus. Kunnalla ei kuitenkaan ole velvollisuutta järjestää lääkinällistä kuntoutusta, jos sen järjestäminen on määritelty Kelan tehtäväksi. Jos taas henkilöllä on oikeus kuntoutukseen tapaturmavakuutus-, liikennevakuutus-, sotilasvamma- tai sotilastapaturmalain perustella, ei Kelalla ole kuntoutusvelvoitetta. Lisäksi työeläkevakuutus on ensisijainen ammatillisen kuntoutuksen järjestäjä, jos henkilö on työelämässä tai hänen yhteytensä työelämään ovat vielä olemassa. Kuntoutuspalveluja tuottavat julkisen sektorin lisäksi kolmannen sektorin organisaatiot ja yksityiset yritykset. (STM 2015; Kela 2016a; Kela 2017a.)

Useimmat kuntoutuspalveluiden järjestäjät järjestävät vain joko ammatillista, lääkinällistä tai sosiaalista kuntoutusta. Kela on kuitenkin velvollinen järjestämään ammatillista kuntoutusta, vaativaa lääkinällistä kuntoutusta ja kuntoutuspsykoterapiaa. Lisäksi Kela järjestää harkinnanvaraista kuntoutusta ja maksaa kuntoutusajan toimeentuloturvana kuntoutusrahaa. (L 566/2005.) Vuonna 2000 Kelan kuntoutuksen osuus kuntoutuksen kokonaiskustannuksista Suomessa oli noin viidennes (Kela 2016a).

Kela on hoitanut kuntoutukseen liittyviä tehtäviä 1930-luvulta alkaen. Vuosien mittaan Kelan kuntoutukseen liittyviä tehtäviä ohjaaviin lakeihin on tehty useita muutoksia. Laki Kelan järjestämisestä kuntoutuksesta tuli voimaan vuonna 1991. Sen mukaan Kelalla on velvollisuus järjestää vajaakuntoisten ammatillista ja vaikeavammaisten lääkinällistä kuntoutusta. Vuonna 2005 laki Kansansaneläkelaitoksen järjestämisestä kuntoutuksesta ja Kuntoutuslaki yhdistettiin laiksi Kansaneläkelaitoksen kuntoutusetuuksista ja kuntoutusrahaetuksista. Kelan järjestämisen kuntoutuksen lakipohjaan on tämänkin jälkeen tehty muutoksia. Näistä suurimmat ovat kuntoutuspsykoterapian siirtäminen Kelan järjestämisvelvollisuuden piiriin kuuluvaksi lakisääteiseksi toiminnaksi vuonna 2011 sekä vuodesta 2016 alkaen aiemman vaikeavammaisten lääkinällisen kuntoutuksen muuttaminen vaativaksi lääkinälliseksi kuntoutukseksi. Samalla vaativan lääkinällisen kuntoutuksen myöntämisedellytykset ja sisältö uudistuivat, kun muun muassa kytkös vammaisuuksien saamiseen poistui. Ammatillisen kuntoutuksen myöntämisperusteisiin taas on tehty muutoksia vuosina 2004 ja 2014. Lisäksi Kelan järjestämissä lyhyemmissä, kurssimuotoisissa kuntoutuspalveluissa on 2000-luvulla tapahtunut muutoksia.

2000-luvun ensikymmenillä Kelan kuntoutuspalveluita on vuosittain saanut noin 80 000–90 000 henkilöä, vuodesta 2014 alkaen yli 100 000 henkilöä vuodessa. Kuntoutujien määrä on kasvanut muun muassa lakimuutosten myötä, esimerkiksi kuntoutuspsykoterapian tultua järjestämisvelvollisuuden piiriin. Vuonna 2017 Kelan järjestämää kuntoutusta sai noin 109 000 henkilöä. Kuntoutusrahaa on vuosittain saanut noin 40 000–60 000 henkilöä. Näihin ryhmiin kuuluu kuitenkin paljon samoja henkilöitä, ja yhteensä Kelan kuntoutusetuuksia sai vuonna 2017 noin 120 000 henkilöä. (Kela 2018a.) Kelan kuntoutuspäätöksiä tilastoidaan vuosittain

ilmestyvässä Kelan kuntoutustilastossa, jossa tietoja ratkaisuista on saatavilla esimerkiksi kuntoutuksen lakiperusteen, hakijan sairausryhmän ja haetun kuntoutustoimenpiteen mukaan (mm. Kela 2017a).

Vuonna 2017 tehtiin yhteensä noin 161 000 kuntoutusratkaisua, joista myöntäviä oli noin 121 000 ja hylkääviä 24 000. Näiden lisäksi tehtiin noin 17 000 lakkautuspäätöksiä. Hylkäävien ratkaisujen osuus kuntoutuspalveluratkaisujen myöntävien ja hylkäävien ratkaisujen kokonaismäärästä oli 16 %. Hylkäävien ratkaisujen osuus vaihteli kuntoutuksen lakiperusteen mukaan: ammatillisen kuntoutuksen ratkaisuista hylkäävien ratkaisujen osuus oli 27 %, vaativan lääkinnällisen kuntoutuksen ratkaisuista 17 %, kuntoutuspsykoterapian ratkaisuista 6 % ja harkinnanvaraisen kuntoutuksen ratkaisuista 21 %. Kuntoutusrahapäätöksiä tehtiin lakkautukset mukaan lukien 69 000. Kuntoutusraha hakemuksista hylättiin 9 %. (Kela 2018b.)

Kelan kuntoutuspalveluratkaisujen myöntö- ja hylkäysmäärät sekä hylkäysosuudet ovat toistuvasti nousseet julkiseen keskusteluun esimerkiksi kuntoutuksen lakipohjaan tehtyjen muutosten yhteydessä. Lakipohjaan tehtyjen muutosten arvioissa onkin tarkasteltu myös kuntoutuspalveluratkaisujen määrien ja hylkääviä ratkaisuja (esim. Heino ja Seppänen-Järvelä 2017, Seppänen-Järvelä ja Mäkinen 2017, Heino ym. käsikirjoitus). Vuosittaisia tietoja hylkäysten määrästä ja osuuksista julkaistaan myös esimerkiksi Kelan kuntoutustilastoissa (esim. Kela 2018b). Hylkäävien kuntoutuspalveluratkaisujen määrien ja hylkäysosuuksien pidemmän aikavälin kehityksestä on kuitenkin saatavilla vain niukasti tietoa.

Tämän työpaperin tarkoituksena on koota yhteen ja kuvailla tietoja kuntoutuspalveluratkaisujen hylkäysosuuksien kehityksestä useamman vuoden aikana. Kelan kuntoutuksen järjestämistä säätelevään lainsäädäntöön on 2000-luvulla tehty useita muutoksia, jotka heijastuvat myös eri kuntoutusmuotojen hylkäysosuuksiin. Hylkäysosuuksien kehitystä tarkastellaankin erityisesti suhteessa kuntoutuksen järjestämistä säätelevän lainsäädännön muutoksiin. Työpaperiin on koottu Kelan tilastoinnissakin käytettyihin tietoihin perustuvia aikasarjatietoja kuntoutushakemusten myöntävien ja hylkäävien ratkaisujen määrästä sekä hylkäysosuuksista vuosina 2005–2017. Tietoja on tarkasteltu lakiperusteittain hakijan sukupuolen, iän, terveydenhuollon erityisvastuualueen sekä maakunnan mukaan jaoteltuina.

Kuntoutuksen järjestämiseen liittyy jatkossakin muutoksia. Syyskuussa 2016 sosiaali- ja terveysministeriö asetti komitean valmistelemaan kuntoutusjärjestelmän kokonaisuudistusta. Loppuvuodesta 2017 luovuttamassaan muistiossa kuntoutuksen uudistamiskomitea teki 55 ehdotusta kuntoutuksen kokonaisuuden uudistamiseksi (Kuntoutuksen uudistamiskomitea 2017). Edellinen kuntoutusta koskeva lainsäädännön kokonaisuudistus toteutettiin lähes 30 vuotta sitten, vuonna 1991. Tähän työpäriin kootut kuvailevat tiedot lisäävät omalta osaltaan ymmärrystä Kelan järjestämästä kuntoutuksesta 2000-luvun ensimmäisiä vuosikymmeninä, sekä järjestelmään tehtyjen lakimuutosten vaikutuksista kuntoutushakemusten hylkäämiseen.

2 KUNTOUTUSPÄÄTÖKSET

Kelan kuntoutuspäätöstä varten kuntoutukseen hakeutuva henkilö tarvitsee ensin lääkäriltä lausunnon sairaudesta tai vammasta aiheutuvasta kuntoutustarpeesta¹. Niin kutsutusta B-lausunnosta (lääkärintlausunto B) ilmenevät sekä henkilölle suositeltu kuntoutus, että kuntoutuksen tavoitteet. Lausunto ja muut lääkärin tarkoituksenmukaiseksi katsoman kuntoutuspalvelun hakemukseen tarvittavat liitteet toimitetaan Kelaan. Kelassa hakemuksen käsittelee ratkaisuoikeudet saanut toimihenkilö. Kun Kelan käyttämä asiantuntijalääkäri antaa hakemukseen liittyen vakuutuslääketieteellisen arvion, hän arvioi sitä, täyttyvätkö haetun etuuden myöntämisen edellytykset. Kun hakemus on käsitelty, toimitetaan päätös hakijalle. (Kela 2017b.)

Kuntoutushakemus voi johtaa hylkäykseen muun muassa puutteellisen hakemuksen, puutteellisten perusteluiden tai vaillinaisten lausuntojen takia ja/tai lääketieteellisistä syistä, jos haetun kuntoutuksen ei voida katsoa olevan tarkoituksenmukaista (L 566/2005; Kela 2020a). Kuntoutushakemusten hylkäämiseen vaikuttaa myös kuntoutuksen järjestämistä vastaavan jakautuminen eri toimijoille. Järjestämistä vastaavan rajat eivät välttämättä ole ilmeisiä, ja henkilö saattaa hakea kuntoutusta Kelasta, vaikka kuntoutusvastuu kuuluu lain mukaan jollekin muulle taholle. Vuosien välisiin eroihin hylkäysosuuksissa voivat vaikuttaa myös lakimuutokset. Kuntoutuksen saamisen ehdot voivat muuttua, mikä voi johtaa hylkäyspäätökseen, jos kuntoutusta haetaan entisillä perusteilla ja/tai väärältä taholta. (STM 2015; Kela 2016a; Kela 2017a.)

Tämä työpaperi perustuu tilastointia varten koottuihin tietoihin Kelan kuntoutuspalveluhakemuspäätöksistä. Ne ovat peräisin kuntoutusetuuksien käsittelyä ja maksatusta palveleviin järjestelmiin syntyvistä tiedoista. Kuntoutuspäätös voi olla joko myönteinen tai hylkäävä, tai sillä voidaan lakkauttaa kuntoutusetuuden maksaminen. Kuntoutusasiasta voidaan antaa myös tarkistuspäätös, jos henkilön kuntoutussuunnitelma tai kuntoutusperuste muuttuu. Tarkistuspäätökset on niiden ratkaisun mukaan laskettu joko myönteisiin tai hylkääviin päätöksiin Kelan kuntoutustilastoa mukailleen. Lakkautuspäätökset eivät ole mukana raportissa esitetyissä ratkaisumäärissä, eikä niitä Kelan tilastointikäytännön mukaisesti oteta huomioon hylkäysosuutta laskettaessa. Vuonna 2017 lakkautuspäätöksiä tehtiin noin 17 000 kappaletta. Samana vuonna myönteisiä päätöksiä tehtiin noin 120 600 kappaletta ja hylkääviä noin 23 500 kappaletta. (Kela 2018b.) Lakkautuspäätöksissä on Kelan tilastointikäytäntöjen mukaisesti otettu huomioon myös rauenneet päätökset. Tarkasteltaessa nimenomaan palvelupäätöksiä on huomattava, että henkilölle on vuoden aikana voitu tehdä useita kuntoutuspalveluratkaisuja, eivätkä ratkaisujen lukumäärät näin ollen välttämättä suoraan heijastele kuntoutuspalveluita saaneiden henkilöiden määrää.

Kelan hylkääviä ja myönteisiä kuntoutuspalvelupäätöksiä tarkastellaan tässä raportissa vuosina 2005–2017 lakiperusteittain, eli jaoteltuina neljän laissa määritellyn Kelan kuntoutuksen päätoimintamuodon mukaan ammatilliseen, vaativaan lääkinälliseen ja harkinnanvaraiseen kuntoutukseen, sekä vuodesta 2011 alkaen kuntoutuspsykoterapiaan. Kuntoutuspalvelupäätöksiä tarkastellaan eri lakiperusteissa sukupuolen, iän ja hakijan asuinkunnan perusteella

¹ 1.1.2019 voimaan tulleen lakimuutoksen (HE 133/2018) mukaan Kela voi myöntää nuorten ammatillista kuntoutusta myös ilman lääkärinlausuntoa. Tämän tutkimuksen tarkastelujaksolla kuntoutuksen myöntäminen kuitenkin perustui sairaus- tai vammadiagnosiin.

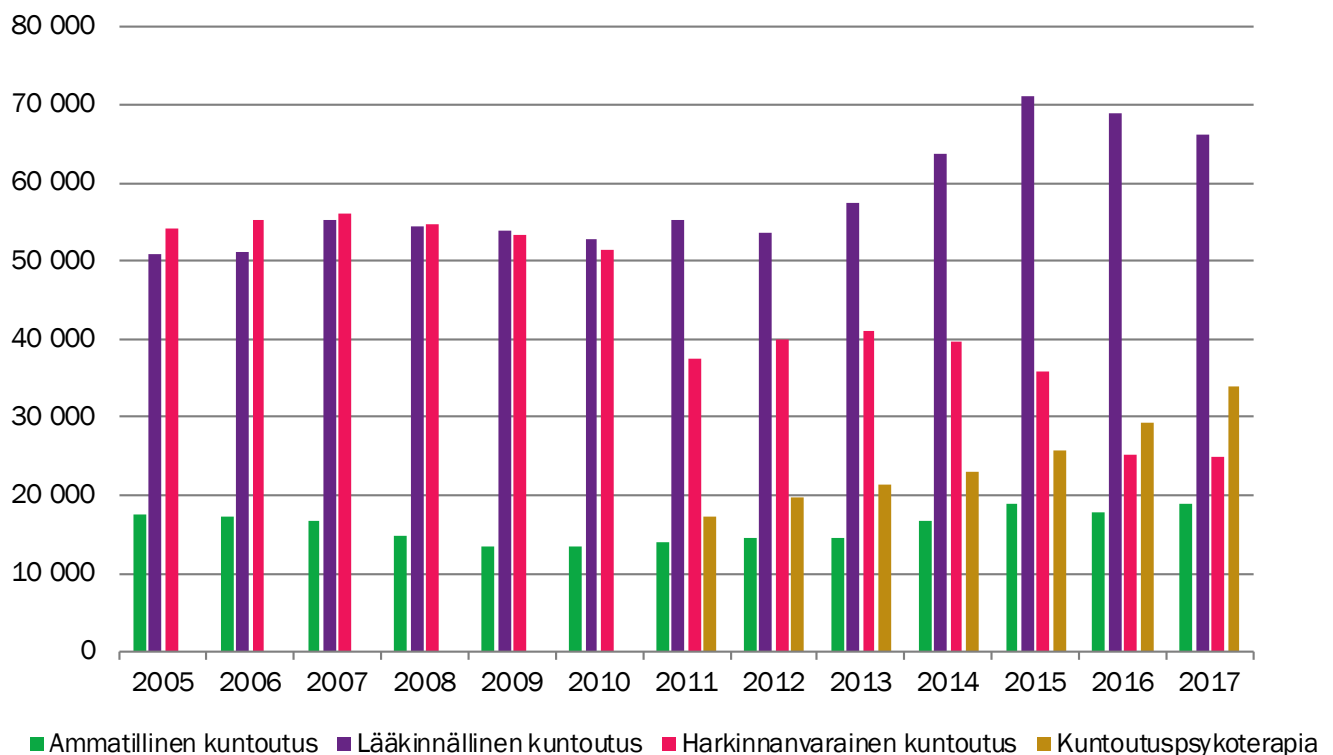
muodostettujen asuinmaakunta- ja erityisvastuualuetietojen mukaan luokiteltuna. Tarkastelu on kuvaileva, eikä esimerkiksi väestöryhmien tai alueiden välisiä eroja ole tarkastelussa otettu huomioon vakioimalla. Vaihtelua esimerkiksi alueiden välillä voivat siten selittää erot esimerkiksi alueiden ikärakenteissa, väestön keskimääräisessä palveluntarpeessa ja joissain tapauksissa alueen koossa. Näitä tekijöitä ei tässä selvityksessä ole voitu ottaa huomioon.

3 MYÖNNÖT JA HYLKÄYKSET LAKIPERUSTEITTAIN

3.1 Yleiskatsaus

Tarkastelujaksolla 2005–2017 vuosittain eniten kuntoutuspalveluratkaisuja tehtiin vaativaan lääkinälliseen kuntoutukseen liittyvistä palveluista ja vähiten ammatilliseen kuntoutukseen liittyvistä kuntoutuspalveluista. Kuntoutuspsykoterapiaan liittyviä ratkaisuja on tehty vuodesta 2011 alkaen, jolloin psykoterapia eriytyi harkinnanvaraisesta kuntouksesta erilliseksi lakisääteiseksi kuntoutusmuodoksi. Harkinnanvaraisen kuntoutuksen ratkaisujen määrä onkin laskenut vuodesta 2011 alkaen (kuvio 1.)

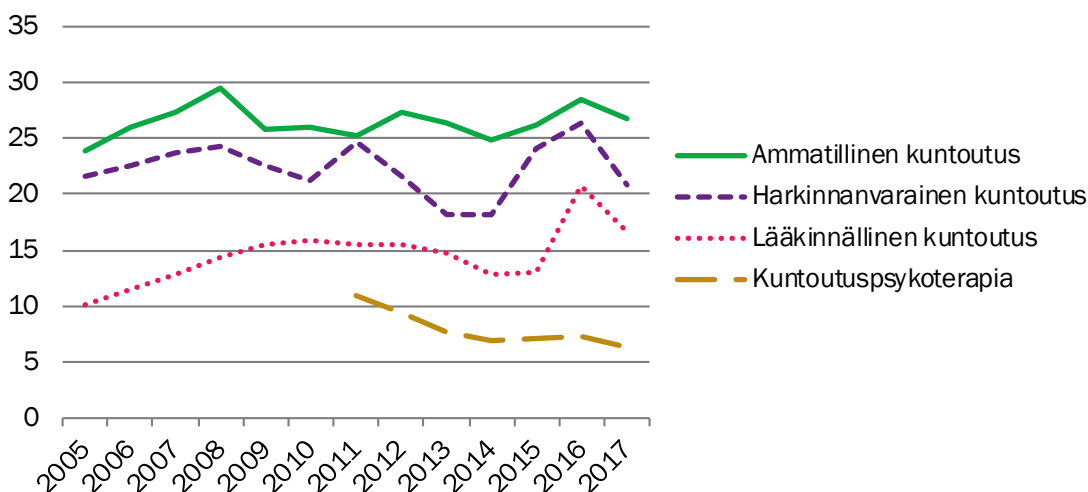
Kuvio 1. Kelan järjestämän kuntoutuksen ratkaisujen lukumäärät lakiperusteittain 2005–2017.



Kelan järjestämän kuntoutuksen hakemusten vuosittaiset hylkäysosuudet vaihtelevat kaikissa kuntoutuksen lakiperusteiden mukaan muodostetuissa ryhmissä. Vaihteluun vaikuttavat vuosittain monet eri seikat, esimerkiksi lainsäädännössä tapahtuneet muutokset ja käytettävissä olevat resurssit. Kuviosta 2 (s. 9) nähdään, että ammatillisen kuntoutuksen hylkäysosuus on koko tarkasteluajanjakson ollut tarkastelluista ryhmistä suurin, vuosittain noin 25–30 %. Vaativan lääkinällisen kuntoutuksen kohdalla hylkäysosuus on ollut noin 10–15 % vuoteen 2015 asti,

mutta vuonna 2016 osuus nousi yli 20 %:iin. Vuonna 2016 Kelan vastuulla olevan vaativan lääkinnällisen kuntoutuksen myöntökriteereitä muutettiin niin, että kuntoutusmuodon yhteys vammaistuen saamiseen purettiin. Muutoksen vaikutuksia lääkinnällisen kuntoutuksen ratkaisujen määriin ja hylkäysosuuksiin on tarkasteltu tarkemmin luvussa 3.3. Harkinnanvaraisen kuntoutuksen kohdalla hylkäysosuuden vuosittainen vaihtelu on ollut suurta. On huomattava, että harkinnanvaraiseen kuntoutukseen ei ole lakisääteistä oikeutta, vaan eduskunta myöntää vuosittain määrärahan sen järjestämiseen. Lisäksi ennen vuotta 2011 Kela järjesti harkinnanvaraisena kuntoutusmuotona myös psykoterapiaa. Kelan kuntoutuspsykoterapian järjestämisvastuun muututtua lakisääteiseksi vuonna 2011 kuntoutuspsykoterapiaa on ollut mahdollista saada lakisääteisenä kriteerein, jotka suurelta osin ovat vastaavat aiempaa käytäntöä (Tuulio-Henriksson 2013). Kuntoutuspsykoterapian hylkäysosuus on muiden tarkasteltujen ryhmien hylkäysosuutta matalampi – korkeimmillaan osuus oli noin 11 % vuonna 2011 ja on sitten taantunut noin 6–7 %:iin vuosittain.

Kuvio 2. Hylkäysosuudet lakiperusteittain 2005–2017, %.



Seuraavissa luvuissa kuntoutusratkaisuja ja hylkäysosuuksia tarkastellaan tarkemmin lakiperusteittain.

3.2 Ammatillinen kuntoutus

Kelan ammatillisen kuntoutuksen tarkoituksena on edistää työikäisten työssä jaksamista ja työhön palaamista. Työikäisten nuorten kohdalla tarkoitus on myös edistää työelämään pääsyä. Kuntoutusmuoto on tarkoitettu henkilöille, joiden työkyky on olennaisesti heikentynyt tai vaarassa heikentyä lähivuosina. Ammatillista kuntoutusta järjestävät Kelan lisäksi myös työeläkelaitokset.

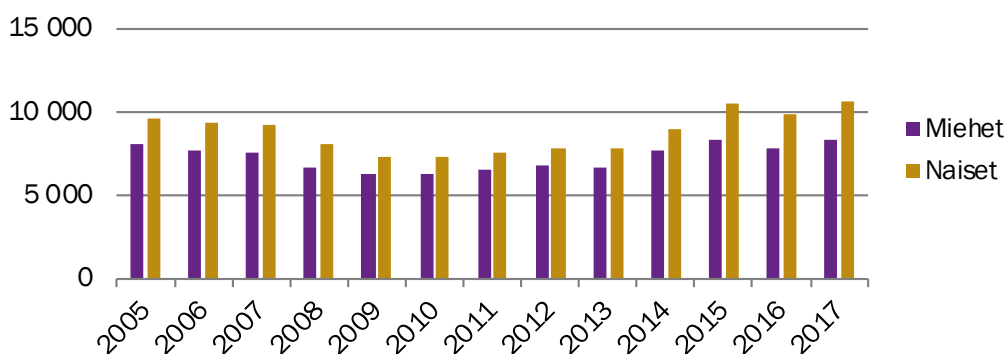
Kelan ja työeläkelaitosten järjestämään ammatilliseen kuntoutukseen pääsyn kriteereitä yhdistettiin vuonna 2004. Tällöin keskeiseksi kriteeriksi kuntoutukseen pääsyyn nousi hakijan työkyvyttömyyden uhka. Vuoden 2004 uudistuksen jälkeen Kelan ammatillista kuntoutusta myönnettiin tilastojen mukaan kuitenkin sitä hakeneille yhtä harvemmin. Esimerkiksi ryhmien, jotka eivät olleet vielä päässeet työelämään, katsottiin kuntoutuksen myöntämisen suhteen joutuvan

Kelassa melko heikkoon asemaan. (Esim. Heino ja Seppänen-Järvelä 2017; Haapakoski ym. 2018.) Ammatillisen kuntoutuksen ratkaisumääriä vuosina 2005–2017 tarkasteltaessa nähdään ratkaisujen määrän laskeneen ja hylkäysosuuden nousseen seurannan alkuvuosina, eli pian vuoden 2004 lakimuutoksen jälkeen. Ammatillisen kuntoutuksen hylkäysosuus kuitenkin laski vuonna 2009. (Kuvio 1; kuvio 2.)

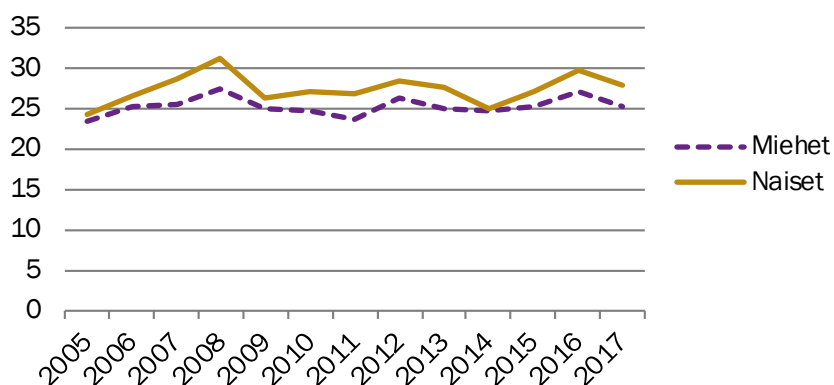
Vuonna 2014 voimaan tuli ammatillista kuntoutusta koskeva lakimuutos, jonka tarkoituksena oli, että aiempaa useampi työikäinen pääsisi Kelan ammatilliseen kuntoutukseen riittävän ajoissa. Lainmuutoksessa työkyvyttömyyden uhan kriteeri poistui laista. (Esim. Heino ja Seppänen-Järvelä 2017; Haapakoski ym. 2018.) Kelan järjestämän ammatillisen kuntoutuksen ratkaisumäärät ovatkin nousseet erityisesti vuoden 2013 jälkeen, eli kun ammatilliseen kuntoutukseen pääsyn kriteereitä helpotettiin. Toisaalta myös ratkaisujen hylkäysosuus on noussut vuoden 2014 jälkeen. (Kuvio 1; kuvio 2.) Yksi mahdollinen syy hylkäysosuuden nousuun vuoden 2014 jälkeen saattaa olla hakijamäärän huomattava kasvu (Heino ja Seppänen-Järvelä 2017). On mahdollista, että hakukriteerien lievennyttyä hakemusten määrä nousi huomattavasti, mutta että aiempaa suuremmassa osuudessa hakemuksista ammatillisen kuntoutuksen kriteerit eivät kuitenkaan täytyneet.

Kun ammatillisen kuntoutuksen ratkaisujen määriä vuosina 2005–2017 tarkastellaan sukupuolittain, nähdään että naisia koskevia ratkaisuja on seuranta-aikana tehty vuosittain jonkin verran enemmän kuin miehiä koskevia ratkaisuja. Myös naisia koskevien ratkaisujen hylkäysosuus on toisaalta koko tarkastelujakson ollut jonkin verran miehiä koskevia ratkaisuja suurempi. Miehiä koskevien ratkaisujen hylkäysosuus on koko tarkastelujakson 24 %:n ja 27 %:n välillä, ja naisten 24 %:n ja 31 %:n välillä. Vuosittaiset vaihtelut hylkäysosuudessa ovat samansuuntaiset molempien sukupuolien kohdalla. Myös ratkaisumäärien kehitys on ollut samansuuntaista sekä miehillä että naisilla: määrä on ensin laskenut vuosina 2005–2009, mutta palannut sitten vuoden 2005, tai jopa sen ylittävälle, tasolle. Tarkastelujakson alkuvuosina, pian vuoden 2004 lakimuutoksen jälkeen, niin ratkaisumäärät kuin hylkäysosuudetkin ovat ensin nousseet sekä miehillä että naisilla. Vuoden 2014 lakimuutoksen vaikutus taas on nähtävissä hylkäysosuuksissa Heinon ja Seppänen-Järvelän (2017) havaitsemalla tavalla molempien sukupuolien kohdalla: välittömästi lakimuutoksen jälkeen vuonna 2014 hylkäysosuus laski sekä miehillä että naisilla. (Kuvio 3; kuvio 4, s. 11.)

Kuvio 3. Ammatillisen kuntoutuksen ratkaisujen lukumäärä sukupuolittain vuosina 2005–2017.



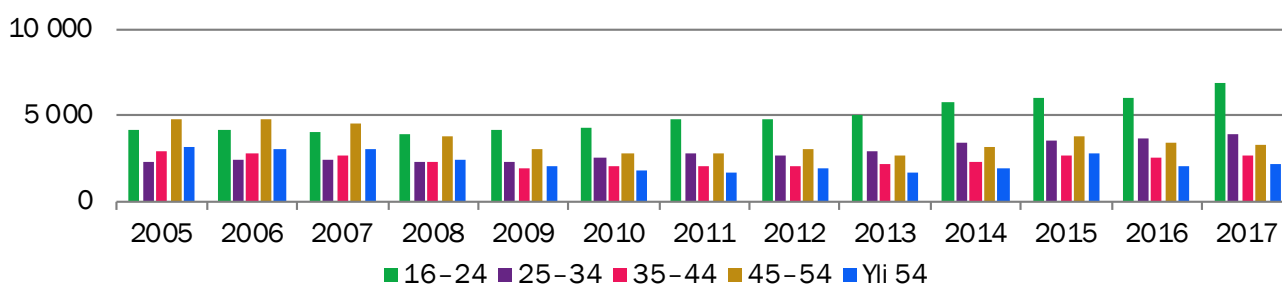
Kuvio 4. Ammatillisen kuntoutuksen ratkaisujen hylkäysosuus sukupuolittain vuosina 2005–2017, %.



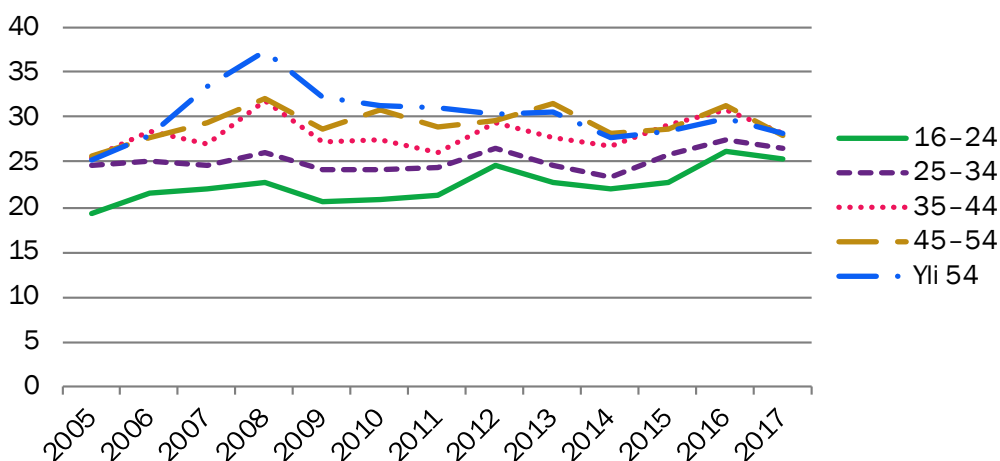
Tarkasteltaessa ammatillisen kuntoutuksen ratkaisujen määriä ja hylkäysosuuksia ikäluokittain nähdään, että kahdelle nuorimmalle ikäluokalle tehtyjen ratkaisujen määrä on tarkastelu-aikana kasvanut (kuvio 5, s. 12). Sen sijaan 45–54-vuotiaille tehtyjen ratkaisujen määrä on tarkastelujakson loppuvuosina laskenut vuoden 2005 tasosta. Koko tarkastellun ajanjakson hylkäysosuudet kahdessa nuorimmassa ikäluokassa olivat muiden ikäluokkien hylkäysosuuksia matalammat. Jakson viimeisinä vuosina eri ikäluokkien hylkäysosuuksien väliset erot ovat kahtuneet. (Kuvio 6, s. 12.)

Vuoden 2014 lakimuutoksessa ammatillisen kuntoutuksen myöntökriteereistä poistunut työkyvyttömyyden uhkaan liittyvä kriteeri vaikutti erityisesti nuoriin kuntoutujiin, jotka usein eivät ole kiinnittyneet työelämään. Heti lakimuutoksen jälkeen, vuonna 2014, ammatillisen kuntoutuksen ratkaisumäärät kasvoivat kaikissa ikäryhmissä, ja erityisesti nuorilla. Samaan aikaan hylkäysosuus laski kaikissa ikäryhmissä. Muutosta tarkastelleet Hinkka ja Koskenvuo (2016) toteavat saajamäärän lisäyksen vuonna 2014 edeltävään vuoteen verrattuna ylittäneen ennakoarviot. Vuotta 2014 tästä näkökulmasta tarkasteltaessa lakimuutoksen keskeisimmät tavoitteet ja ennakoarviot vaikuttivatkin toteutuneen (Hinkka ja Koskenvuo 2016). Myös lakimuutoksen vaikutuksia vuoteen 2016 asti tarkastellen Heino ja Seppänen-Järvelä (2017) näkivät myönteisiä signaaleja lakimuutoksen onnistumista. Kuntoutuksen pääsyn kriteerien helpottaminen näkyi heidän mukaansa ammatillisen kuntoutuksen saajamäärän kasvuna kaikissa ikäryhmissä, mutta erityisesti alle 25 vuotiaiden ikäluokassa. Toisaalta he kiinnittivät huomiota hylkäysosuuksien kasvuun vuoden 2014 jälkeen. Ammatillisen kuntoutuksen ratkaisumääriä ja hylkäysosuuksia tarkasteltaessa nähdään, että vuoteen 2014 verrattuna toisaalta hylättyjen ratkaisujen osuus ja toisaalta tehtyjen ratkaisujen kokonaismäärä ovat vuosina 2015–2017 korkeammalla tasolla (kuvio 5; kuvio 6).

Kuvio 5. Ammatillisen kuntoutuksen ratkaisujen lukumäärä ikäluokittain vuosina 2005–2017.



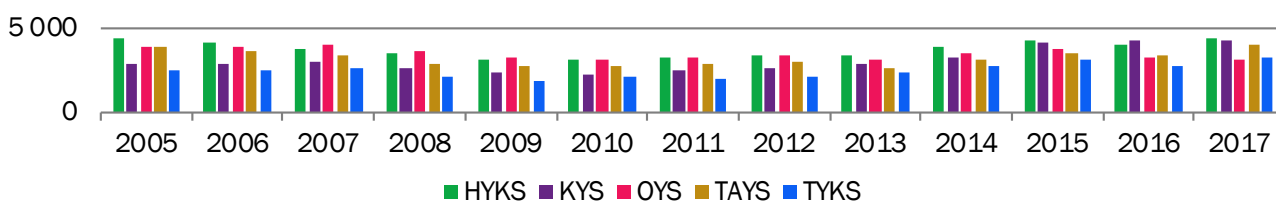
Kuvio 6. Ammatillisen kuntoutuksen ratkaisujen hylkäysosuus ikäluokittain vuosina 2005–2017, %.



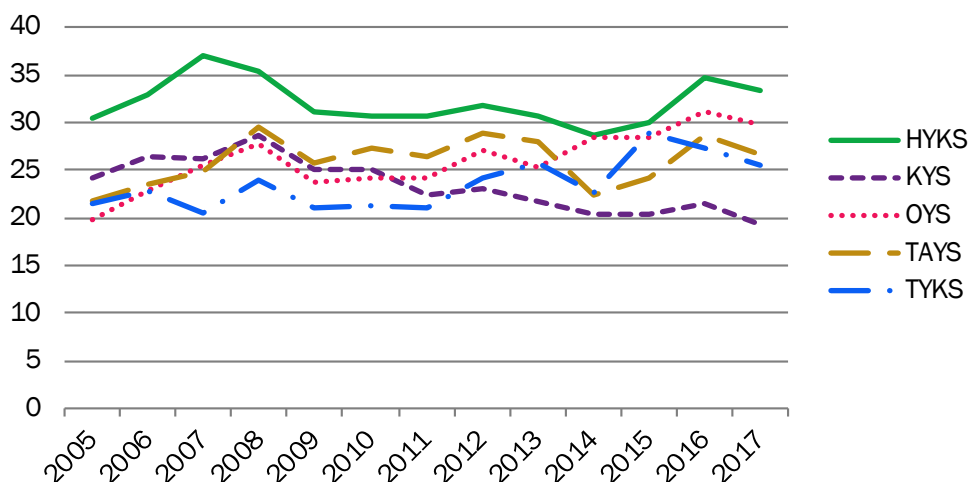
Ammatillisen kuntoutuksen ratkaisujen määrä oli kaikilla terveydenhuollon erityisvastuualueilla (Helsingin yliopistollisen sairaalan erityisvastuualue (HYKS), Kuopion yliopistollisen sairaalan erityisvastuualue (KYS), Oulun yliopistollisen sairaalan erityisvastuualue (OYS), Tampereen yliopistollisen sairaalan erityisvastuualue (TAYS) ja Turun yliopistollisen sairaalan erityisvastuualue (TYKS)) vuosina 2008–2013 alemmalla tasolla kuin vuosina 2005–2007 tai 2014–2017. Hylkäysosuuksissa on koko tarkastelujakson ollut noin 10 prosenttiyksikön ero hylkäysosuudeltaan suurimman (HYKS) ja pienimmän (TYKS/KYS) terveydenhuollon erityisvastuualueen välillä. Pitkällä aikavälillä hylkäysosuus on laskenut KYSin erityisvastuualueella, kun muilla alueilla se on hieman noussut aikavälillä 2005–2017. (Kuvio 7; kuvio 8, s. 13.)

Liitetaulukossa 1 ammatillisen kuntoutuksen hylkäysosuudet on lisätarkasteluna esitetty myös maakunnittain.

Kuvio 7. Ammatillisen kuntoutuksen ratkaisujen määrä terveydenhuollon erityisvastuualueittain vuosina 2005–2017.



Kuvio 8. Ammatillisen kuntoutuksen ratkaisujen hylkäysosuus terveydenhuollon erityisvastuualueittain vuosina 2005–2017, %.



3.3 Vaativa lääkinällinen kuntoutus

Kelan alle 65-vuotiaille järjestämän vaativan lääkinällisen kuntoutuksen tarkoituksena on kuntoutujan työ- ja toimintakyvyn turvaaminen sairaudesta tai vammasta huolimatta. Kuntoutusta voi saada asiakas, jonka sairaus tai vamma aiheuttaa hänelle huomattavia vaikeuksia osallistumisessa ja arjessa suoriutumisessa ja se toteutetaan pääasiassa avoterapioina sekä erilaisina kursseina ja kuntoutuslaitosjaksoina (Seppänen-Järvelä ja Mäkinen 2017). Vaativan lääkinällisen kuntoutuksen saannin edellytyksenä kuitenkin on, ettei se liity välittömästi sairaanhoitoon, eikä kuntoutuja ole laitoshoidossa.

Kelan järjestämän vaativan lääkinällisen kuntoutuksen saamisen ehtoja muutettiin vuonna 2016, mistä lähtien kuntoutujan ei enää ole tarvinnut saada vammais- tai hoitotukea saadakseen tätä kuntoutusta. Kytkenän vuoksi vaativa lääkinällinen kuntoutus kohdistui aiemmin lähinnä alle 16-vuotiaisiin, ja 16–65-vuotiaiden ikäryhmässä työkyvyttömyyseläkkeellä oleviin kuntoutujiin. (Autti-Rämö ym. 2011.) Myös vaativan lääkinällisen kuntoutuksen palveluja ja toteuttamista koskevia säännöksiä muutettiin vuoden 2016 alusta kuntoutuksen sisällön kehittämiseksi. Lainmuutoksen jälkeen esimerkiksi erillisiä ohjauskäyntejä ei enää myönnetä ilman erityistä syytä, vaan kuntoutujan läheisten ohjaus toteutetaan kuntoutuskäynnin yhteydessä. Samassa yhteydessä Kelan järjestämän vaativan lääkinällisen kuntoutusmuodon nimi muutui vaikeavammaisten lääkinällisestä kuntoutuksesta vaativaksi lääkinälliseksi kuntoutukseksi. Tässä raportissa kuntoutusmuodosta puhutaan kuitenkin vaativana lääkinällisenä kuntoutuksena sekä ennen vuoden 2016 lakimuutosta että sen jälkeen.

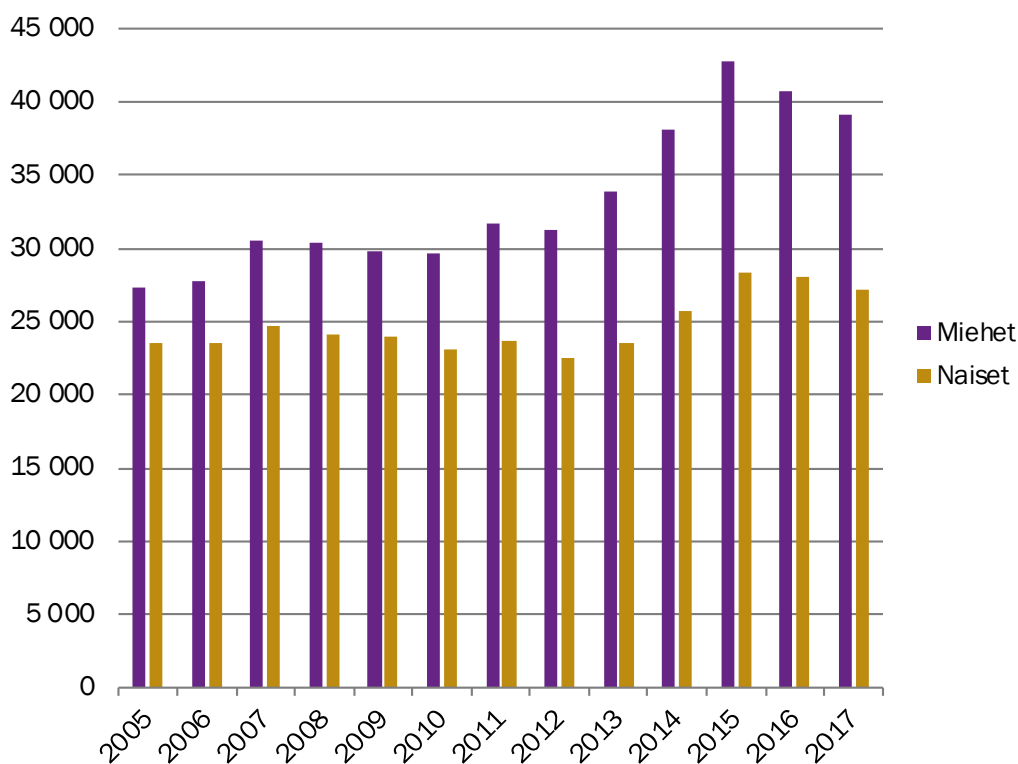
Vaativan lääkinällisen kuntoutuksen ratkaisujen lukumäärä on vuosina 2016 ja 2017 noussut vuotta 2014 korkeammalle tasolle. Juuri ennen lakimuutosta, vuonna 2015, ratkaisujen määrä kuitenkin ylitti sekä vuoden 2014 että vuoden 2016 tason. (Kuvio 1.) Seppänen-Järvelän ja Mäkinen (2017) mukaan Kelan tilastot kuitenkin osoittavat, että vuosien 2015 ja 2016 välillä Kelan järjestämän vaativan lääkinällisen kuntoutuksen saajamäärät odotusten mukaisesti kasvoivat.

Vuonna 2016 vaativan lääkinällisen kuntoutuksen hylkäysosuus nousi yli 20 %:iin edeltävien vuosien noin 15 %:sta. Vuonna 2017 hylkäysosuus kuitenkin laski noin 17 %:iin, eli lähelle lakimuutosta edeltänyttä tasoa. (Kuvio 2.) Hylkäävien ratkaisujen määrää näyttäisivät selittävän ainakin osin avoterapioiden ohjauksen hylkäyspäätökset: lainmuutoksen myötä kuntoutuskäyntien yhteydessä toteutetaan kuntoutujan omaisten ja läheisten ohjausta, jolloin erillisiä ohjauksikäyntejä ei enää myönnetä kuin erityisistä syistä (Seppänen-Järvelä ja Mäkinen 2017; Heino ym. tulossa). Lieneekin todennäköistä, että vuoden 2016 poikkeuksellisen korkea hylkäysosuus liittyy ainakin osittain uuteen sovellettavaan lakiin ja sen mukaisten käytäntöjen hioutumiseen. Heino ym. (tulossa) tarkastelevat yksityiskohtaisemmin tekijöitä, jotka vaikuttivat vaativan lääkinällisen kuntoutuksen ratkaisujen hylkäämiseen lakimuutoksien jälkeen.

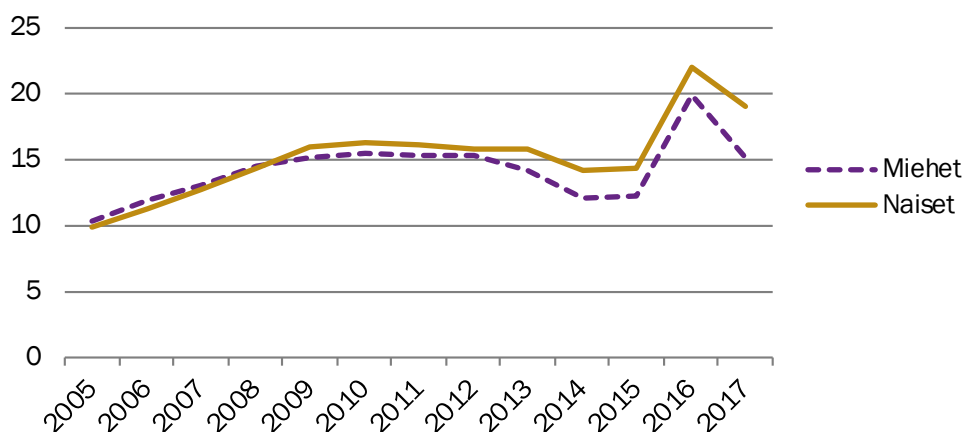
Kelan järjestämän vaativan lääkinällisen kuntoutuksen ratkaisujen määrien kehitystä sukupuolittain tarkasteltaessa nähdään, että tarkastelujakson loppupuolella tehtyjen ratkaisujen määrä on kasvanut erityisesti miehillä (kuvio 9). Hylkäysosuus vaikuttaa kasvaneen jonkin verran tarkastelujaksolla, vaikkakaan kehitys ei ole ollut tasaista. Vuoteen 2008 asti miesten hylkäysosuus oli naisten hylkäysosuutta suurempi, kun vuoden 2008 jälkeen hylkäysosuus on ollut naisilla miehiä suurempi. Vuoden 2016 alussa voimaan tulleen lakimuutoksen vaikutukset näkyvät selkeästi hylkäysosuuden kehityksessä sekä miehillä että naisilla: heti lakimuutoksen jälkeen hylkäysosuus oli keskimääräistä korkeampi molemmilla sukupuolilla, mutta on sen jälkeen laskenut. (Kuvio 10, s. 15.)

Liitetaulukossa 1 ammatillisen kuntoutuksen hylkäysosuudet on lisätarkasteluna esitetty myös maakunnittain.

Kuvio 9. Vaativan lääkinällisen kuntoutuksen ratkaisujen lukumäärä sukupuolittain vuosina 2005–2017.



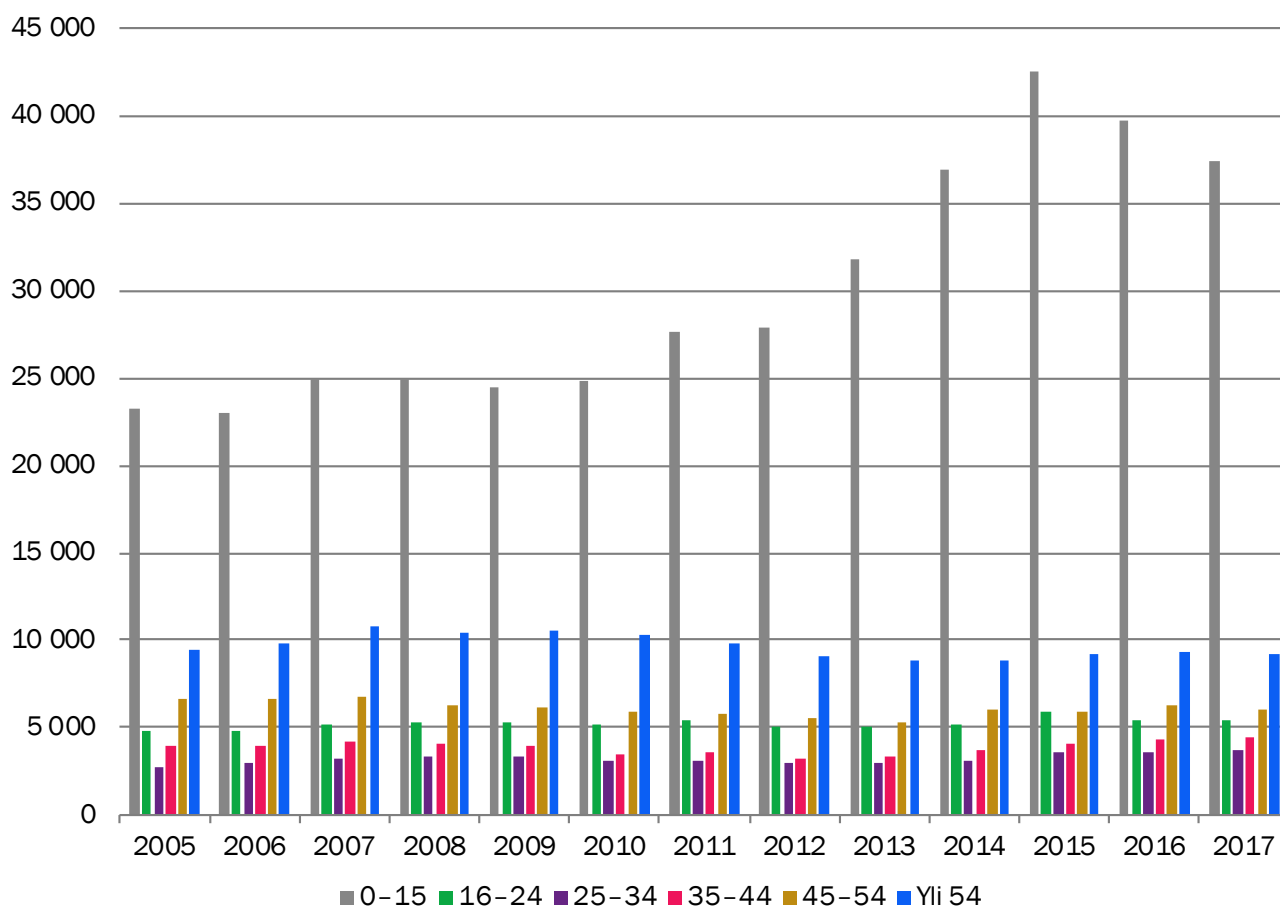
Kuvio 10. Vaativan lääkinällisen kuntoutuksen ratkaisujen hylkäysosuus sukupuolittain vuosina 2005–2017, %.



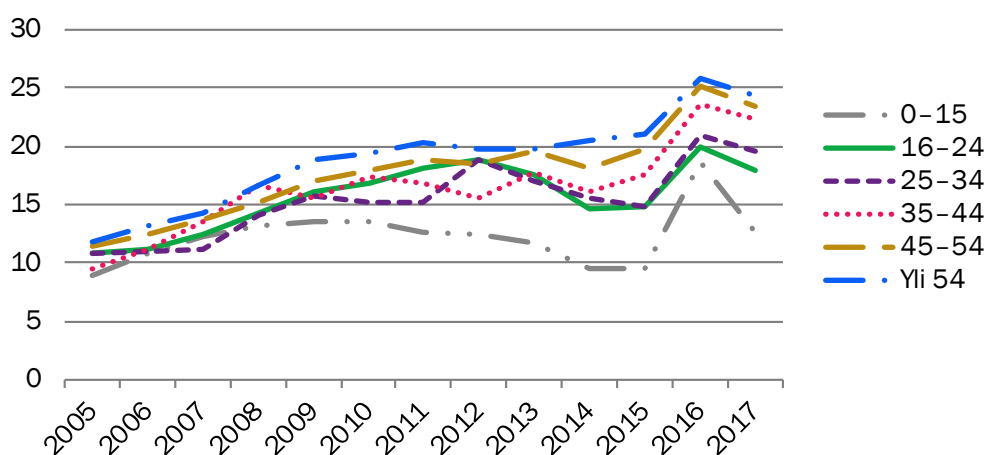
Koko tarkastelujakson vaativan lääkinällisen kuntoutuksen ratkaisumäärä on ollut suurin nuorimmassa, alle 16-vuotiaiden ikäluokassa. Myös ratkaisujen määrä on tarkastelujaksolla kasvanut eniten tässä ikäluokassa. (Kuvio 11, s. 16.) Nuorimmassa ikäluokassa ratkaisujen hylkäysosuus on tarkastelujakson ensimmäisiä vuosia lukuun ottamatta ollut ikäluokista selkeästi pienin. Myös hylkäysosuudessa vuoden 2016 lakimuutoksen aiemmin kuvattu vaikutus näkyy selkeimmin nuorimmassa ikäryhmässä: vaikka hylkäysosuus nousi vuonna 2016 kaikissa ikäryhmissä, oli nousu erityisen voimakasta nuorimmassa ikäryhmässä (kuvio 12, s. 16). Omaisten ja läheisten ohjauksikäyntejä on todennäköisesti haettu erityisesti nuorimmille kuntoutujille, joten hylkäysosuuden kasvu erityisesti nuorimmassa ikäryhmässä vaikuttaisi tukevan ajatusta siitä, että omaisten ja läheisten ohjauksen ja ohjauksikäyntien uusi asema on ainakin osaltaan vaikuttanut hylkäysosuuden kasvuun heti lakimuutoksen jälkeen.

Vaativan lääkinällisen kuntoutuksen ratkaisumäärät ovat koko tarkastelujakson olleet HYKSin erityisvastuualueella suurempia kuin muilla erityisvastuualueilla. Tähän saattaa vaikuttaa muun muassa HYKSin erityisvastuualueen asukkaiden muuta maata nuorempi keski-ikä, sillä lääkinällisen kuntoutuksen ratkaisuja tehdään erityisesti nuorille. (Kuvio 13, s. 17.) Vuoden 2016 lakimuutos näkyy korkeampana hylkäysosuutena kaikkien erityisvastuualueiden alueella. Erityisvastuualueita tarkasteltaessa voidaan myös nähdä, että erityisesti vuoden 2015 jälkeen alueiden hylkäysosuudet ovat lähentyneet toisiaan. (Kuvio 14, s. 17.)

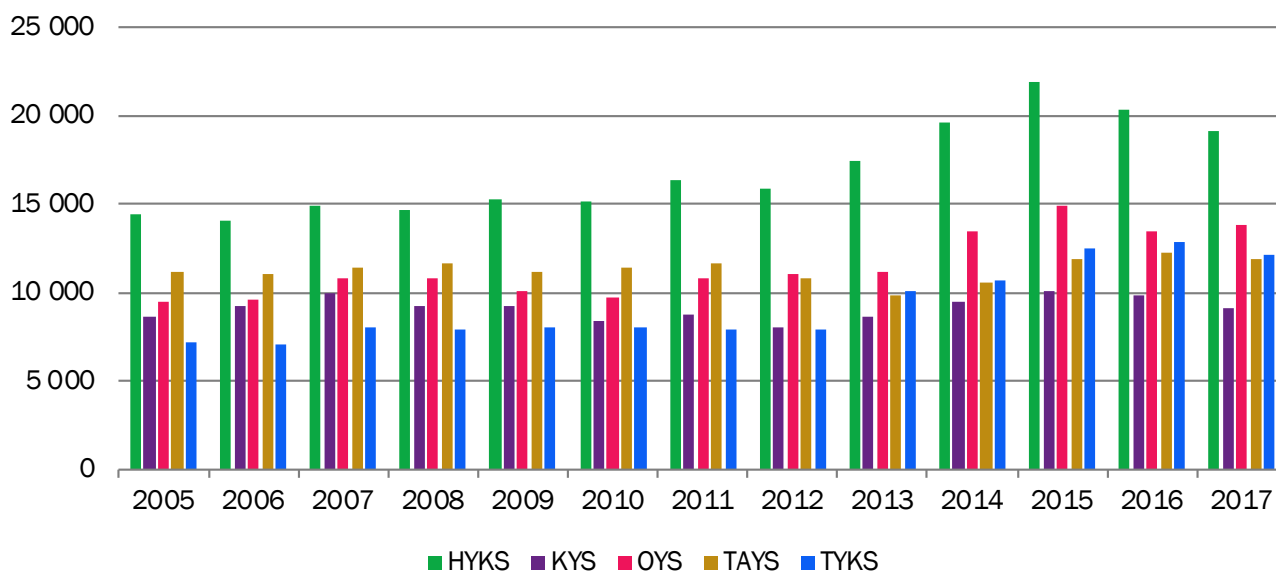
Kuvio 11. Vaativan lääkinällisen kuntoutuksen ratkaisujen lukumäärä ikäluokittain vuosina 2005–2017.



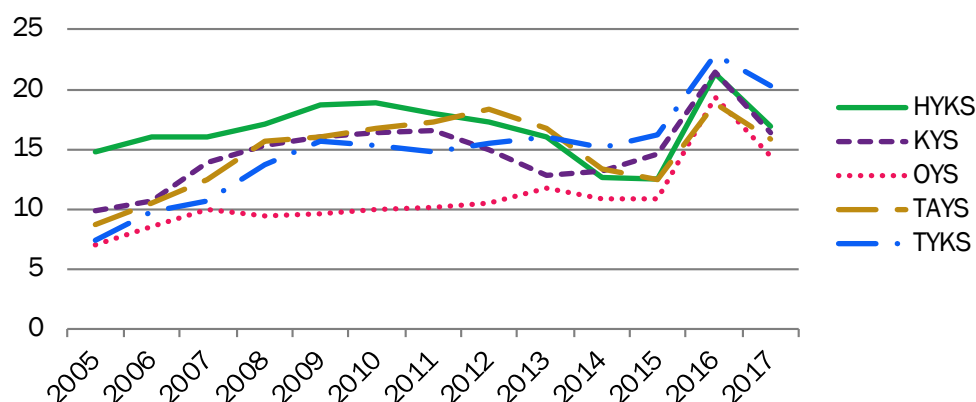
Kuvio 12. Vaativan lääkinällisen kuntoutuksen ratkaisujen hylkäysosuus ikäluokittain vuosina 2005–2017, %.



Kuvio 13. Vaativan lääkinällisen kuntoutuksen ratkaisujen lukumäärä terveydenhuollon erityisvastuualueittain vuosina 2005–2017.



Kuvio 14. Vaativan lääkinällisen kuntoutuksen ratkaisujen hylkäysosuus erityisvastuualueittain 2005–2017, %.



Vaativan lääkinällisen kuntoutuksen hylkäysosuudet on esitetty maakunnittain liitetaulukossa 2. Myös vuoden 2016 lakimuutokseen todennäköisesti liittyvä, poikkeuksellisen korkea hylkäysosuus lainmuutosvuonna on havaittavissa käytännössä kaikkien maakuntien alueella.

3.4 Harkinnanvarainen kuntoutus

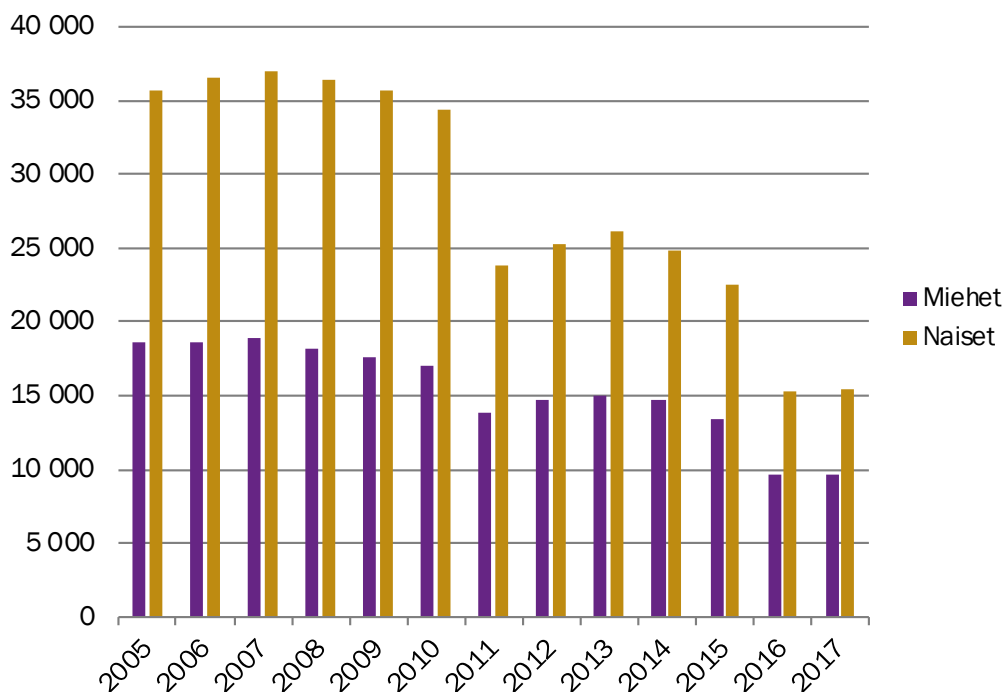
Harkinnanvarainen kuntoutus ei kuulu Kelan järjestämisvelvollisuuden piiriin, vaan Kela voi järjestää ja korvata sitä eduskunnan vuosittain myöntämän rahamäärän puitteissa. Harkinnanvaraisen kuntoutuksen tavoitteena on henkilön työelämässä pysyminen tai sinne palaaminen työtä tai toimintakykyä turvaamalla tai parantamalla. Työelämästä poissaolevien kohdalla tavoitteena on myös itsenäisen selviytymisen tukeminen. Lasten ja nuorten kohdalla tavoitteena on toimintaja opiskelukykyyn turvaaminen sekä lapsen tai nuoren perheen tukeminen. (Kela 2020b.)

Harkinnanvaraisen kuntoutuksen ratkaisujen määrä on laskenut vuosien 2005–2017 aikana alkuvuosien noin 50 000–60 000 vuosittaisesta ratkaisusta jakson loppuvuosien noin 20 000–

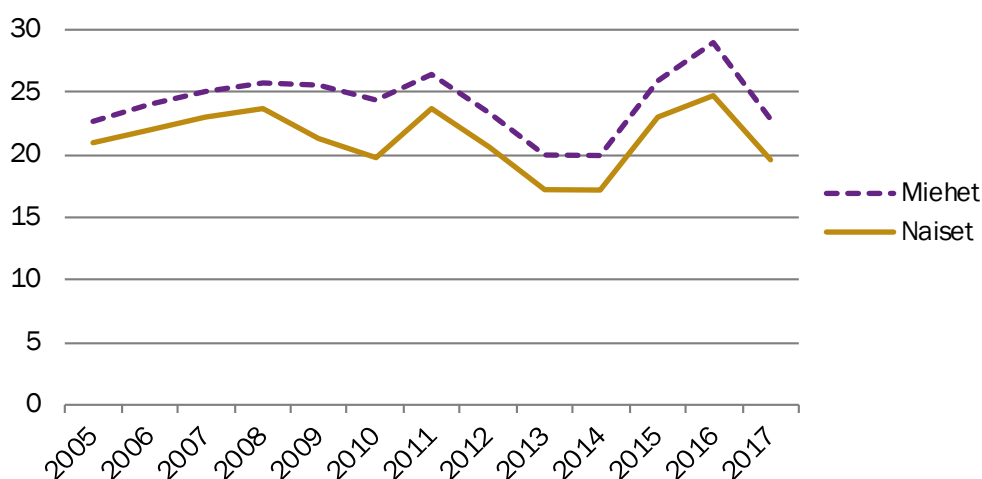
30 000 vuosittaiseen ratkaisuun. Tarkastelujakson loppupuolella, vuosina 2015 ja 2016, hylkäysosuus oli selkeästi edeltäviä vuosia korkeampi. Vuonna 2017 hylkäävien päätösten osuus on taas laskenut, vaikkakaan ei vuotta 2015 edeltävälle tasolle. (Kuvio 1; kuvio 2.) Vuosina 2015–2017 harkinnanvaraiseen kuntoutukseen käytettävissä olevia määrärahoja alennettiin vuosittain hallituksen antaman esityksen mukaisesti (HE 204/2014 vp). Kelan tilastojen mukaan esimerkiksi vuonna 2016 harkinnanvaraisen kuntoutuksen liittyvät kuntoutuskustannukset laskivat yli 45 % edellisestä vuodesta (Kela 2017a).

Harkinnanvaraisen kuntoutuksen naisia koskevien ratkaisujen määrä on koko tarkastelujakson ollut miehiä koskevia ratkaisuja suurempi (kuvio 15). On huomattava, että kuntoutuspsykoterapia eriytyi vuonna 2011 omaksi erilliseksi lakiperusteiseksi kuntoutuspalvelukseen, mikä suurelta osin selittää harkinnanvaraisen kuntoutuksen päätöksissä vuosien 2010 ja 2011 välillä tapahtunutta laskua. Harkinnanvaraisen kuntoutuksen ratkaisumäärät vähenivät tuolloin erityisen paljon naisilla, mikä johtunee erityisesti siitä, että kuntoutuspsykoterapian ratkaisuja tehdään selvästi useammin naisille kuin miehille (ks. luku 3.5). Miehiä koskevien ratkaisujen hylkäysosuus on ollut koko tarkastelujakson hiukan suurempi kuin naisia koskevien kuntoutusratkaisujen. Ero sukupuolten välillä on koko tarkastelujakson melko tasainen. Hylkäysosuus nousi molempien sukupuolien kohdalla vuoden 2014 jälkeen, mikä liittyy harkinnanvaraiseen kuntoutukseen käytettävissä olevaan pienempään määrärahaan. (Kuvio 16, s. 19.)

Kuvio 15. Harkinnanvaraisen kuntoutuksen ratkaisujen lukumäärä sukupuolittain vuosina 2005–2017.



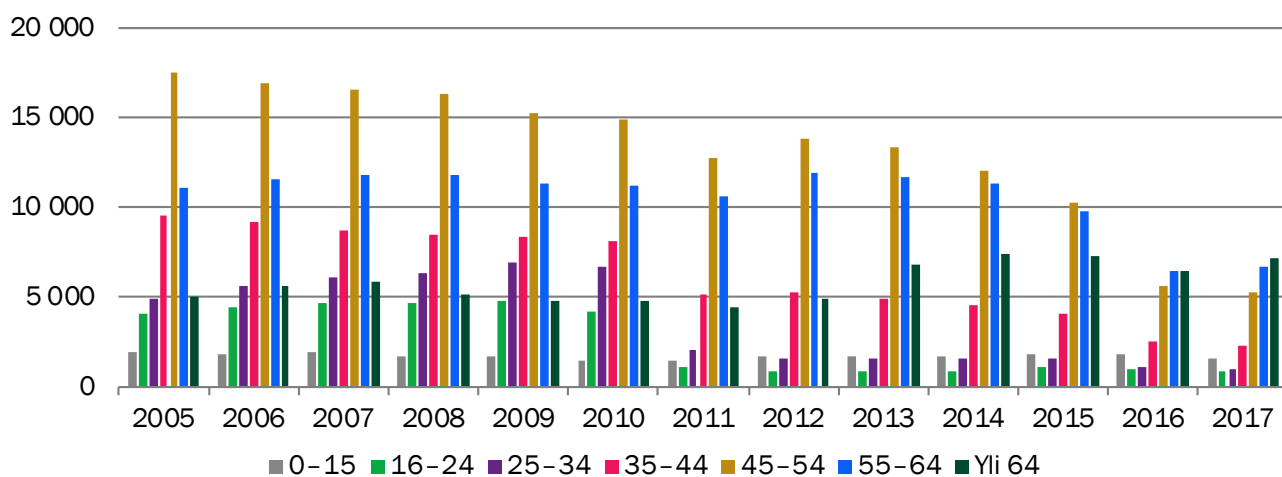
Kuvio 16. Harkinnanvaraisen kuntoutuksen ratkaisujen hylkäysosuus sukupuolittain vuosina 2005–2017, %.



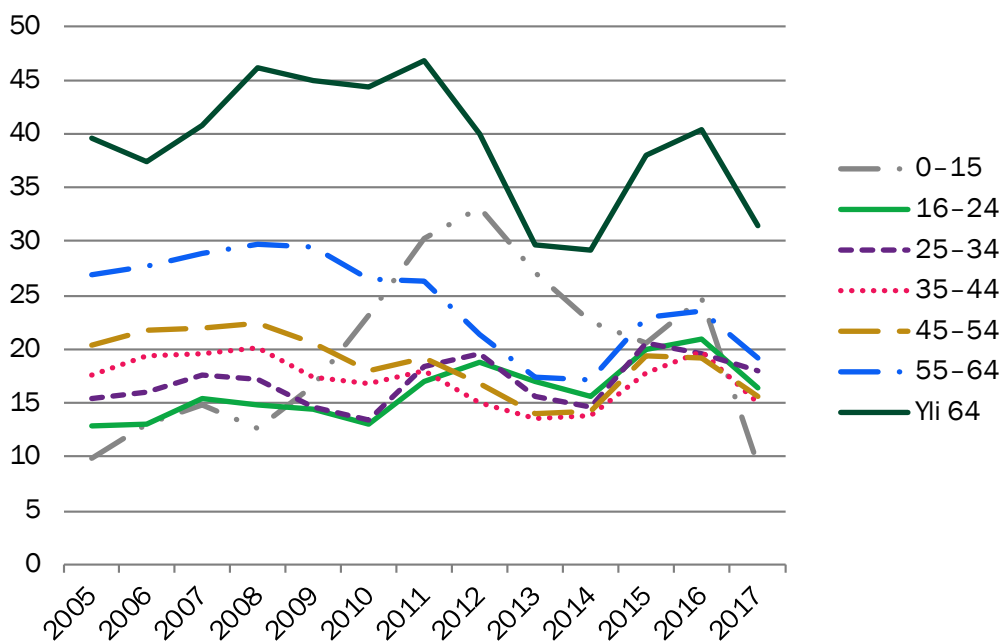
Harkinnanvaraisen kuntoutuksen ratkaisujen lukumääriä ikäluokittain tarkasteltaessa nähdään, että vuoden 2010 jälkeen lähes kaikkien, mutta erityisesti nuorempien ikäluokkien, ratkaisumäärät ovat laskeneet. Ratkaisumäärään pienenemiseen vaikuttaa erityisesti kuntoutuspsykoterapian asema lakisääteisenä kuntoutusmuotona vuodesta 2011 alkaen. Erityisesti 25–44-vuotiaille tehtyjen harkinnanvaraisen kuntoutuksen ratkaisujen määrä on laskenut vuoden 2010 jälkeen – näille ikäryhmille on vuoden 2010 jälkeen tehty paljon kuntoutuspsykoterapian ratkaisuja (ks. luku 3.5). (Kuvio 17, s. 20.) Ikäluokkien välillä on harkinnanvaraisen kuntoutuksen hylkäysosuuksissa suuria eroja. Vuonna 2005 ikäluokittaiset hylkäysosuudet vaihtelevat alle 16-vuotiaiden 10 %:n jayli 64-vuotiaiden 40 %:n välillä, ja vuonna 2017 vastaavasti 9 %:n ja 32 %:n välillä. Erityisesti nuorimman ja vanhimman ikäluokan hylkäysosuuksien kehitys myös poikkeaa tarkasteluajanjaksolla keskimääräisestä. Yli 64-vuotiaiden hylkäysosuus on kuitenkin koko jaksen tarkastelluista ikäluokista korkein. Alle 16-vuotiaiden hylkäysosuuden suhteessa muihin ikäluokkiin on suurta vaihtelua: sekä tarkastelujakson alussa että sen lopussa osuus on kaikista ikäluokista matalin mutta näiden välillä joinakin vuosina jopa toiseksi korkein. On kuitenkin huomattava, että alle 16-vuotiaiden hakemusmäärä on vuosittain hyvin pieni. (Kuvio 18, s. 20.)

Harkinnanvaraisen kuntoutuksen ratkaisumäärien muutos on ollut samansuuntaista kaikilla erityisvastuualueilla. Ratkaisumäärät ovat laskeneet erityisesti vuoden 2010 jälkeen sekä vuosina 2016–2017. (Kuvio 19, s. 21.) Hylkäysosuuksia tarkasteltaessa nähdään, että kehitys on ollut eri erityisvastuualueilla melko samansuuntaista vuosina 2005–2017 ja että hylkäysosuus on noussut erityisesti vuosina 2011 ja 2016. (Kuvio 20, s. 21.)

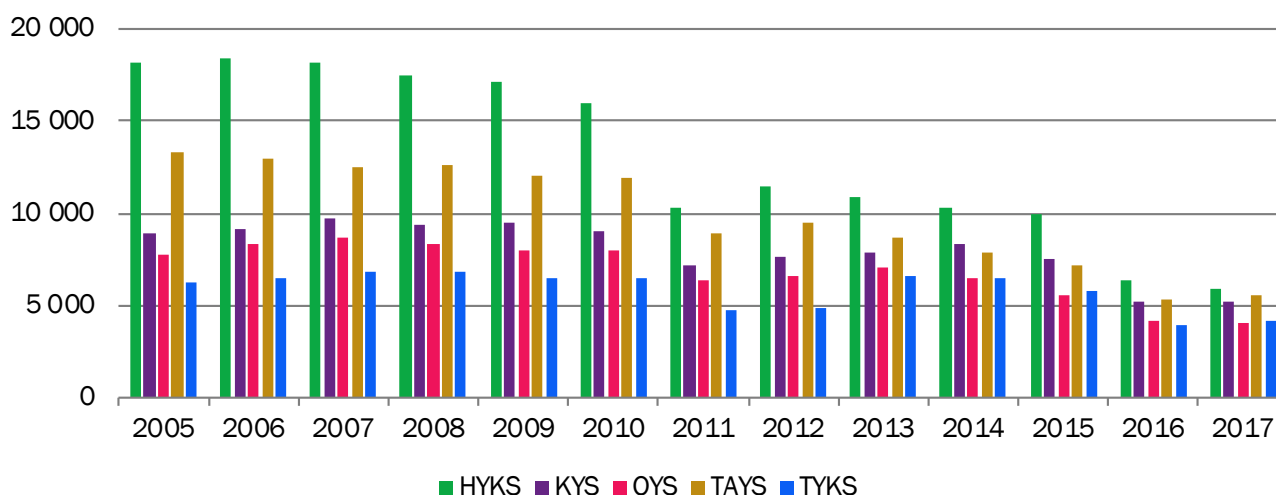
Kuvio 17. Harkinnanvaraisen kuntoutuksen ratkaisujen lukumäärä ikäluokittain vuosina 2005–2017.



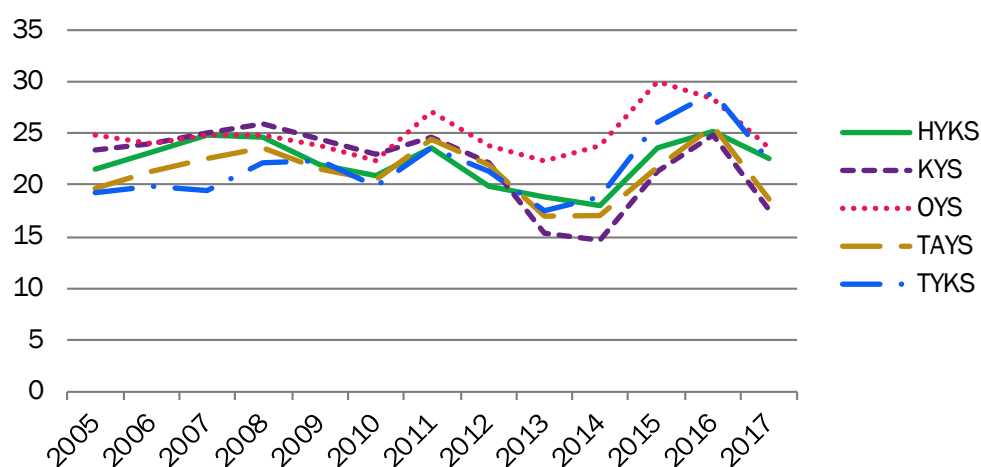
Kuvio 18. Harkinnanvaraisen kuntoutuksen ratkaisujen hylkäysosuus ikäluokittain vuosina 2005–2017, %.



Kuvio 19. Harkinnanvaraisen kuntoutuksen ratkaisujen lukumäärä terveydenhuollon erityisvastuualueittain vuosina 2005–2017.



Kuvio 20. Harkinnanvaraisen kuntoutuksen ratkaisujen hylkäysosuus terveydenhuollon erityisvastuualueittain vuosina 2005–2017, %.



Maakunnittainen kehitys hylkäysosuuksissa esitetään liitetaulukossa 3.

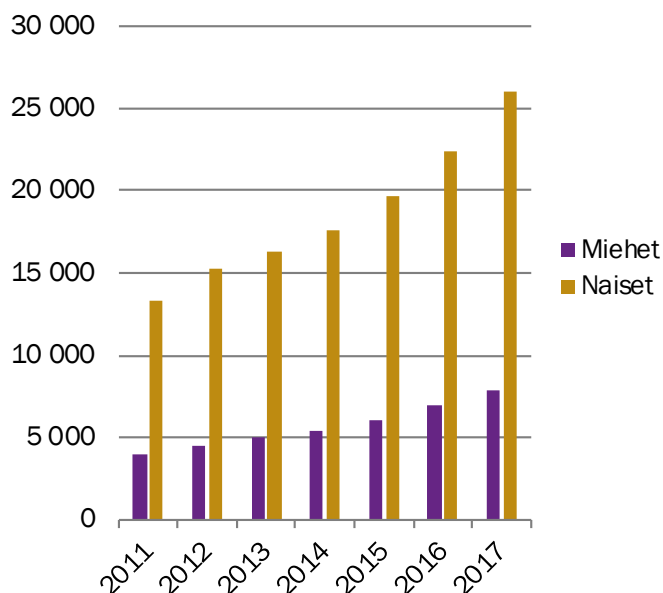
3.5 Kuntoutuspsykoterapia

Kuntoutuspsykoterapia on ollut yksi Kelan lakisääteisesti järjestämistä kuntoutusmuodoista vuodesta 2011 alkaen. Sen tarkoituksena on täydentää muulla tavoin järjestettyä hoidollista psykoterapiaa ja auttaa kuntoutujaa pysymään kiinnittyneenä työvoimaan, tai tukea hänen opinnoissa edistymistään. Kuntoutuspsykoterapiaan liittyvien ratkaisujen määrä kasvanut vuoden 2011 noin 17 000:sta vuoden 2017 lähes 35 000:een. Tuulio-Henrikssonin ym. (2019) mukaan myös Kelan järjestämän psykoterapian saajien määrät ovat kasvaneet sen saatua vuonna 2011 lakisääteisen aseman, vaikkakin saajien määrässä oli kasvua jo ennen lakimuutosta.

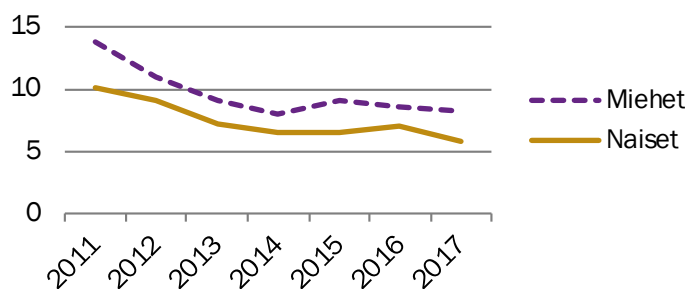
Koko tarkastellun jakson ajan naisia koskevien kuntoutuspsykoterapiaratkaisujen määrä on ollut moninkertainen miehiä koskeviin ratkaisuihin verrattuna (kuvio 21, s. 22). Miesten kuntou-

tuspsykoterapiaa koskevien ratkaisujen hylkäysosuus taas on ollut suurempi kuin naisilla (kuvio 22). Sekä miehiä että naisia koskevien ratkaisujen hylkäysosuus on selvästi laskenut vuoden 2011 jälkeen. Tämä voi johtua esimerkiksi siitä, että vuonna 2011 omaksi lakiperusteiseksi kuntoutusmuodokseen eriytyneen kuntoutuspsykoterapian hakemiseen liittyvät prosessit ovat kehittyneet kuntoutusmuodon järjestämisen kehittyessä.

Kuvio 21. Kuntoutuspsykoterapian ratkaisujen lukumäärä sukupuolittain vuosina 2011–2017.



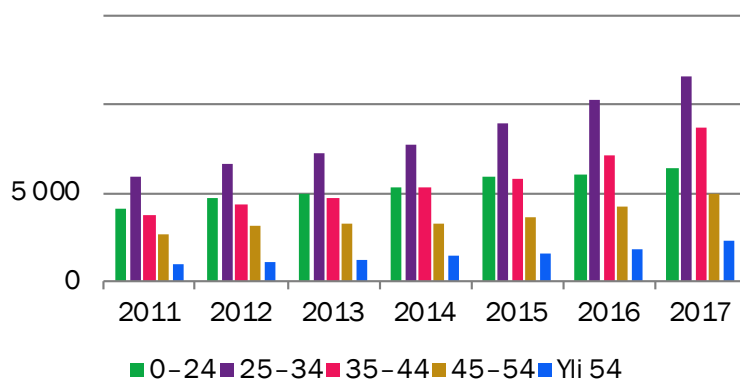
Kuvio 22. Kuntoutuspsykoterapian ratkaisujen hylkäysosuus sukupuolittain vuosina 2011–2017, %.



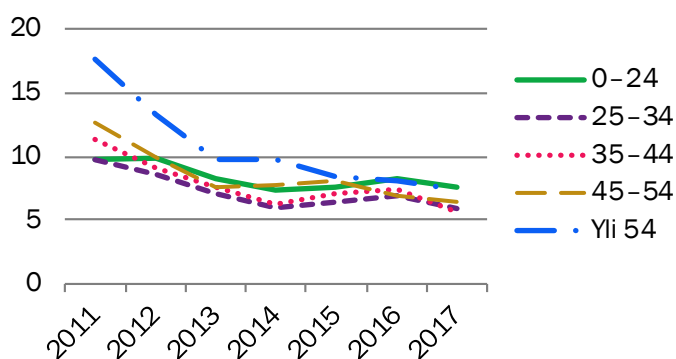
Tarkasteltaessa kuntoutuspsykoterapiaratkaisujen määriä ikäluokittain nähdään, että suurin osa ratkaisuista tehdään 25–44-vuotiaille. Tarkastelujakson aikana ratkaisujen määrä on kasvanut kaikissa ikäluokissa. (Kuvio 23, s. 23.) Hylkäysosuuksien erot ikäluokkien välillä ovat pienentyneet, ja tarkastelujakson lopussa vuonna 2017 kaikkien ikäluokkien hylkäysosuudet mahtuivat 1,5 prosenttiyksikön sisälle toisistaan (kuvio 24, s. 23). Tarkastelujaksolla yli 54-vuotiaiden hylkäysosuus on muuttunut eniten: se on laskenut vuoden 2011 lähes 18 %:sta vuoden 2017 noin 7 %:iin. Muiden ikäluokkien kohdalla kehitys on ollut maltillisempaa, mutta myös muiden ikäluokkien kohdalla hylkäysosuus on tarkastelujaksolla laskenut.

Kuntoutuspsykoterapian ratkaisumäärät ovat vuodesta 2011 alkaen kasvaneet suhteellisesti samalla tavoin kaikilla terveydenhuollon erityisvastuualueilla. Eniten ratkaisupäätöksiä on kaikkina tarkasteltuina vuosina ollut HYKSin erityisvastuualueella. (Kuvio 25.) Hylkäysosuus on kuntoutuspsykoterapian päätöksissä ollut vuotta 2017 lukuun ottamatta kokein HYKSin erityisvastuualueella. Hylkäysosuus on laskenut kaikilla erityisvastuualueilla tarkastelujakson loppua kohden. (Kuvio 26, s. 24.) Hylkäysosuuksien kehitys maakunnittain esitetään liitetaulukossa 4.

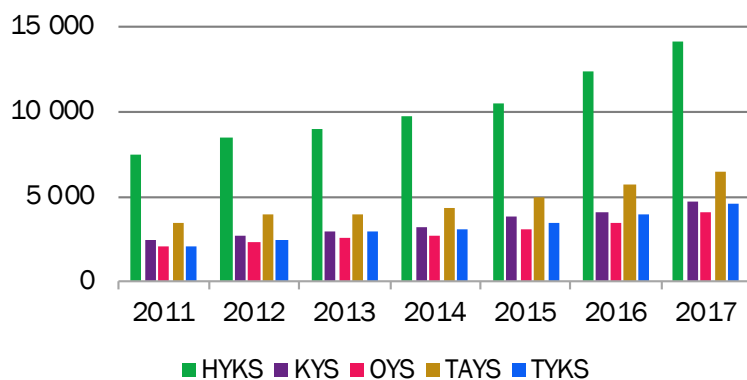
Kuvio 23. Kuntoutuspsykoterapian ratkaisujen lukumäärä ikäluokittain vuosina 2011–2017.



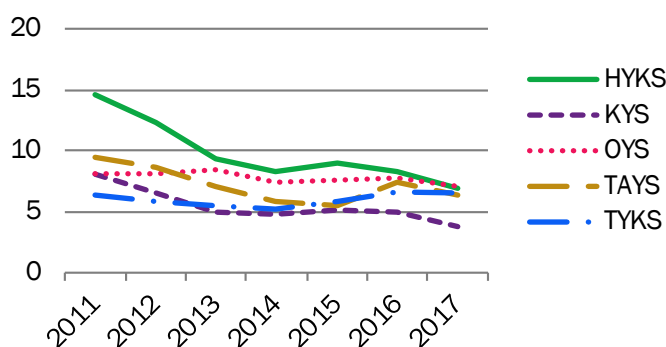
Kuvio 24. Kuntoutuspsykoterapian ratkaisujen hylkäysosuus ikäluokittain vuosina 2011–2017.



Kuvio 25. Kuntoutuspsykoterapian ratkaisujen lukumäärä terveydenhuollon erityisvastuualueittain vuosina 2011–2017.



Kuvio 26. Kuntoutuspsykoterapian ratkaisujen hylkäysosuus terveydenhuollon erityisvastuualueittain vuosina 2011–2017.



4 POHDINTA

Tämän selvityksen tarkoituksena on kuvailla Kelan kuntoutuspalveluratkaisuja ja niiden hylkäysosuuksia toisaalta kuntoutusmuodon lakiperusteen ja toisaalta hakijan sukupuolen, iän ja asuinpaikan mukaan eri kuntoutusmuodoissa. Selvitys on kuvaileva, eikä sen perusteella ole mahdollista tehdä päätelmiä siitä, miksi hylkäysosuus eroaa esimerkiksi alueittain. Tarkastelun perusteella voidaan kuitenkin saada viitteitä esimerkiksi siitä, mihin asiakasryhmiin tulisi mahdollisesti kiinnittää tarkempaa huomiota. Selvityksessä on tarkasteltu Kelan kuntoutuspalveluratkaisuja ja niiden hylkäysosuuksia yli 10 vuoden ajalta. Ratkaisumäärien ja hylkäysosuuksien kehityksen tarkastelu laajentaa kuvaa kuntoutusjärjestelmän kehityksestä ja toimii tulevien muutosten suunnittelun taustatietona. Eroihin vaikuttavien taustatekijöiden vakioiminen esimerkiksi väestörakenteesta riippumattomien alue-erojen tarkastelemiseksi olisi paikallaan jatkotutkimuksissa.

Kuntoutuspalveluhakemuksia hylätään monista syistä. Hakemuksessa tai sen liitteeksi tarvittavissa dokumenteissa saattaa olla puutteita. On myös mahdollista, ettei haettua kuntoutusta voida katsoa kuntoutustarpeen arvioinnissa käytössä olevien kriteerien mukaan tarkoituksenmukaiseksi Suomessa kuntoutuksesta vastaavat lisäksi monet eri tahot, ja hylätyksi tullut hakemus onkin myös saatettu osoittaa väärälle taholle. Myös muuttuva lainsäädäntö saattaa heijastua hylättyjen hakemusten määriin ja osuuksiin, jos hylätyksi tulee runsaasti vanhan lainsäädännön perusteella tehtyjä hakemuksia.

Sekä kuntoutusratkaisumäärissä että hylkäysosuuksissa on eroja eri lakiperusteisten kuntoutusmuotojen välillä vuosina 2005–2017. Vuoden 2011 jälkeen selkeästi eniten ratkaisuja on tehty vuosittain vaativan lääkinnällisen ja vähiten ammatillisen kuntoutuksen palveluista. Ennen vuotta 2011 harkinnanvaraisen kuntoutuksen palveluista tehtiin suunnilleen saman verran ratkaisuja kuin vaativan lääkinnällisen kuntoutuksen palveluista – harkinnanvaraisen kuntoutuksen ratkaisumäärien osuus on kuitenkin laskenut, erityisesti, kun kuntoutuspsykoterapia vuonna 2011 eriytyi omaksi, Kelan lakisääteiseen järjestämisvelvollisuuteen kuuluvaksi kuntoutusmuodokseen. Tarkastelujakson loppuvuosina kuntoutuspsykoterapian palveluista

on tehty suunnilleen saman verran ratkaisuja kuin harkinnanvarasien kuntoutuksen palveluista, jakson viimeisinä vuosina jopa hieman enemmän. On kuitenkin huomattava, että yhdelle henkilölle voidaan tehdä vuosittain useita kuntoutusratkaisuja. Ratkaisumäärät eivät näin ollen välttämättä suoraan heijasta vuosittain tietyn kuntoutusmuodon palveluita saaneiden henkilöiden lukumäärää tai henkilöiden määrän suhdetta eri kuntoutusmuotojen välillä. Myös eri lakiperusteisten kuntoutuspalveluiden hylkäysosuudet vaihtelevat, kuitenkin niin, että vuosittain suurin hylkäysosuus on koko tarkastelujakson ollut ammatillisen kuntoutuksen, toiseksi suurin harkinnanvaraisen ja kolmanneksi suurin vaativan lääkinnällisen kuntoutuksenratkaisuissa. Kuntoutuspsykoterapian ratkaisujen hylkäysosuus on lakiperustein jaotelluista kuntoutusmuodoista matalin.

Kuntoutuksiin ja niiden myöntämisen ehtoihin vaikuttavilla lakimuutoksilla on vaikutus hylkäysosuuksiin. Esimerkiksi vaativan lääkinnällisen kuntoutuksen hylkäysosuuksien kohdalla on nähtävissä vuonna 2016 voimaan tulleen lakimuutoksen vaikutus: hylkäysosuus on lain voimaantulovuonna erityisen korkea, mikä ilmeisesti johtuu ainakin osittain avoterapioiden ohjauksen hylkäämisestä. Aiemman käytännön mukaan haettuja ohjauksikäyntejä on hylätty poikkeuksellisen paljon vuonna 2016 (Heino ym. käsikirjoitus). Vuonna 2017 vaativan lääkinnällisen kuntoutuksen hylkäysosuus on laskenut, mikä johtunee uuden lain mukaisten käytäntöjen omaksumisesta. Kelan arviointi ja ratkaisutyön asiantuntijoiden näkökulmasta lakiuudistuksen on nähty parantaneen asiakkaiden etua esimerkiksi kuntoutuksen oikea-aikaisuuden näkökulmasta (Mäkinen ja Seppänen-Järvelä 2019).

Myös ammatillisen kuntoutuksen vuoden 2004 ja 2014 lakimuutoksia vaikuttaa seuranneen hylkäysosuuden kasvu, sillä ammatillisen kuntoutuksen hylkäysosuus on noussut tarkastelujakson alussa (2005–2008), ja toisaalta vuosina 2015–2016. Vuonna 2011 Kelan lakisääteisen järjestämistä vastuun piiriin tulleen kuntoutuspsykoterapian hylkäysosuus taas on laskenut vuoden 2011 tasosta. Hylkäysosuuden laskuun voi vaikuttaa muun muassa uuden lakisääteisen kuntoutusmuodon käsittelyprosessin ja ohjeistuksen vakiintuminen.

Hylkäysosuuksien erot eri lakiperusteittain jaoteltujen kuntoutusmuotojen välillä voivat johtua useista tekijöistä. Ammatillisen kuntoutuksen tavoitteena on henkilön työkyvyn tukeminen ja parantaminen tai työkyvyttömyyden estäminen. Näin erityisesti ammatilliset kuntoutuspalvelut kiinnittyvät tiiviisti muihin sosiaalietuusjärjestelmän työkyvyn alenemisestä aiheutuvia haittoja kompensoiviin etuuksiin, kuten sairauspäivärahaan tai viime sijassa työkyvyttömyyseläkkeeseen. On mahdollista, että ammatillisen kuntoutuksen korkea hylkäysosuus liittyy osittain sen suhteeseen muihin sosiaalietuusjärjestelmän osiin. Toisaalta ammatillista kuntoutusta järjestävät myös esimerkiksi työeläkelaitokset. Onkin myös mahdollista, että ammatillisen kuntoutuksen hylättyjen ratkaisujen joukossa on poikkeuksellisen paljon hakemuksia, jotka on osoitettu väärälle taholle. Kuntoutuspsykoterapian hylkäysosuus on ollut matala koko tarkastelujakson. Tähän saattaa vaikuttaa se, että kyse on melko homogeenisesta potilasryhmästä. On myös huomattava, että jo ennen vuotta 2011 psykoterapiaa kuntoutustoimenpiteenä myönnettiin harkinnanvaraisena kuntoutuksena, joten kyse ei kokonaisuudessaan uudesta kuntoutusjaryhmästä.

Ratkaisujen hylkäysosuudet ovat eronneet jonkin verran miesten ja naisten välillä kaikissa lakiperusteissa koko tarkastelujakson ajan. Osuudet ovat kuitenkin kaikissa lakiperusteissa kehittyneet eri sukupuolilla pääosin samansuuntaisesti. Sukupuolten väliset erot hylkäysosuuksissa vaikuttavat siis tarkastelujaksolla jossain määrin vakiintuneilta. Sen sijaan se, onko miesten vai naisten hylkäysosuus suurempi, vaihtelee kuntoutusmuodon mukaan. Ikäryhmien mukaan jaoteltuna eroja hylkäysosuuksissa ja niiden kehityksessä on tarkastelujaksolla ollut enemmän. Lähes poikkeuksetta kuitenkin vanhimpien kuntoutujaryhmien hylkäysosuus on ollut suhteellisesti korkea ja nuorimpien matala. Ammatillisessa kuntoutuksessa ja kuntoutuspsykoterapiassa ikäluokkien väliset erot ratkaisujen hylkäysosuuksissa ovat kaventuneet tarkastelujakson aikana, kun taas vaativassa lääkinnällisessä kuntoutuksessa erot ovat kasvaneet. On huomattava, että tarkasteltaessa hylkäysosuuksia eri lakiperusteissa sukupuolen tai ikäluokan mukaan, ei muita mahdollisesti hylkäysosuuteen vaikuttavia tekijöitä ole tässä tarkastelussa otettu huomioon.

Hylkäysosuuksissa on eroja myös terveydenhuollon erityisvastuualueiden välillä. Erot eivät kuitenkaan vaikuta olevan systemaattisia eri alueiden ja lakiperusteiden välillä, eivätkä erot vaikuta tarkastelujaksolla kasvaneen. Erityisesti eri alueiden välisiä eroja tarkasteltaessa on kuitenkin huomattava, että mitään väestöön tai alueeseen liittyviä tekijöitä ei ole tässä tarkastelussa ole vakioitu. Esimerkiksi HYKSin erityisvastuualueen väestö on huomattavasti muiden erityisvastuualueiden väestöä suurempi, ja myös keski-ikältään nuorempi. Näiden tekijöiden mahdollista vaikutusta hylkäysosuuksiin ei tässä kuvailevassa tarkastelussa ole huomioitu.

Kelan kuntoutusratkaisujen hylkäysosuuksissa on nähtävissä jonkin verran eroja niin eri kuntoutusmuodossa kuin sukupuolen, ikäluokan kuin hakijan asuinalueenkin suhteen vuosina 2005–2017. Erityisesti vaikuttaa siltä, että vanhempien ikäluokkien kuntoutuspalveluhakemusten hylkäysosuudet ovat keskimääräistä suurempia kaikissa kuntoutusmuodoissa. Vanhe-
nevan väestön työ- ja toimintakyvyn tukemiseksi vanhimpien ikäluokkien korkeiden hylkäysosuuksien taustalla vaikuttavia tekijöitä olisi tarpeen selvittää tarkemmin. Hylkäysosuudet vaikuttavat myös usein ainakin väliaikaisesti nousevan lakimuutosten jälkeen. Tämä saattaa osittain johtua esimerkiksi muuttuneisiin ratkaisuperusteisiin liittyvästä ohjauksesta. Lakimuutosten vaikutuksiin liittyvää ohjeistusta tulisikin edelleen kehittää, jotta tieto kuntoutuksen myöntämisen mahdollisesti muuttuneista perusteista tavoittaisi mahdollisimman pian kaikki tarkoituksenmukaiset tahot.

LÄHTEET

Haapakoski K, Åkerblad L, Tolvanen A, Mäntysaari M, Ylistö S, Kannasoja S. Kelan ammatillisen kuntoutuksen lakiuudistus. Ihanteet, toimeenpano ja harkintavalta. Helsinki: Kela, Sosiaali- ja terveysturvan raportteja 12, 2018.

HE 204/2014 vp. Hallituksen esitys eduskunnalle laeiksi sairausvakuutuslain, sairausvakuutuslain 2 luvun 3 §:n väliaikaisesta muuttamisesta annetun lain voimaantulosäännöksen sekä Kansaneläkelaitoksen kuntoutusetuuksista ja kuntoutusrahaetuksista annetun lain 12 §:n muuttamisesta.

Heino P, Seppänen-Järvelä R. [Auttoiko lakimuutos nuoria pääsemään ammatilliseen kuntoutukseen?](#) Helsinki: Kela, Kelan tutkimusblogi 21.9.2017. Viitattu 15.7.2019.

Heino P, Mäkinen J, Seppänen-Järvelä R. Vaativan lääkinnällisen kuntoutuksen lainmuutoksen vaikutus kuntoutuksen kohdentumiseen. Rekisteritutkimus vuosien 2014, 2016 ja 2017 kuntoutuspäätöksistä. Käsikirjoitus.

Hinkka K, Koskenvuo K. Kelan vastuulla oleva ammatillinen kuntoutus. Julkaisussa: Juvonen-Posti P, Pensola T, toim. Kohti koordinoitua yhteistoimintaa. Ammatillisen kuntoutuksen työnjako. Helsinki: Työterveyslaitos, 2014: 14–24.

Huurinainen R. [Kelán työkvyttömyyseläkkeiden hylkäyksen ja niiden vakuutuspiirikohtainen vaihtelu.](#) Turku: Turun yliopisto, 2016. Viitattu 20.12.2019.

Kela. Kelan tilastollinen vuosikirja 2014. Helsinki: Kela, SVT, 2015.

Kela. Kelan tilastollinen vuosikirja 2015. Helsinki: Kela, SVT, 2016a.

Kela. Ammatillinen kuntoutus kääntyi kasvuun lakimuutoksen jälkeen. Tilastokatsaus 15.03.2016. Helsinki: Kela, 2016b.

Kela. Kelan kuntoutustilasto 2016. Helsinki: Kela, SVT, 2017a.

Kela. [Miten haet kuntoutukseen?](#) Helsinki: Kela, 24.5.2017b. Viitattu 3.4.2020.

Kela. Kelan tilastollinen vuosikirja 2017. Helsinki: Kela, SVT, 2018a.

Kela. Kelan kuntoutustilasto 2017. Helsinki: Kela, SVT, 2018b.

Kela. [Kuntoutuksen etuusohjeet etuuksittain.](#) Helsinki: Kela, 2020a. Viitattu: 2.4.2020.

Kela. [Harkinnanvarainen kuntoutus 20.03.2020.](#) Etuusohje. Helsinki: Kela, 2020b. Viitattu 3.4.2020.

Kuntoutuksen uudistamiskomitea. Kuntoutuksen uudistamiskomitean ehdotukset kuntoutusjärjestelmän uudistamiseksi. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö, Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 41, 2017.

L 566/2005. Laki Kansaneläkelaitoksen kuntoutusetuuksista ja kuntoutusrahaetuuksista.

Mäkinen J, Seppänen-Järvelä R. Vaativan lääkinnällisen kuntoutuksen lainmuutos Kelan arviointi- ja ratkaisutyön asiantuntijoiden näkökulmasta. Helsinki: Kela, Työpapereita 148, 2019.

Seppänen-Järvelä R, Mäkinen J. [Miten lainmuutos vaikutti lääkinnälliseen kuntoutukseen? Tutkimustietoa tarvitaan.](#) Helsinki: Kela, Tutkimusblogi 6.6.2017. Viitattu 15.7.2019.

STM. Monialainen kuntoutus. Tilannekatsaus. Helsinki: STM, Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 18, 2015.

Tuulio-Henriksson A, Toikka T, Heino P, Laukkala T. Kuntoutuspsykoterapia tukee työssä pysymistä. Lääkärilehti 2019; 74 (13): 816–824.

Tuulio-Henriksson A. Mielenterveyden häiriöiden kuntoutuja ja monitahoinen kuntoutusjärjestelmä. Julkaisussa: Ashorn U, Autti-Rämö I, Lehto J, Rajavaara M, toim. Kuntoutus muuttuu – entä kuntoutusjärjestelmä? Helsinki: Kela, Teemakirja 11, 2013.

LIITTEET

Liitetaulukko 1. Ammatillisen kuntoutuksen hylkäysprosentti maakunnittain vuosina 2005–2017 sekä kaikkien ratkaisujen lukumäärä vuonna 2017.

Maakunta	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Lkm 2017
Uusimaa	32,4	34,1	39,3	37,7	33,7	31,9	32,0	34,4	32,9	30,6	31,5	34,7	33,5	3 609
Itä-Uusimaa	40,2	42,9	38,6	40,0	31,9	35,6								
Varsinais-Suomi	22,1	23,9	21,4	22,0	19,7	19,5	19,0	22,2	22,9	21,0	28,7	28,0	26,1	1 800
Satakunta	20,1	20,5	18,7	28,4	25,6	25,9	25,0	28,8	27,6	21,7	28,4	24,2	22,5	1 017
Kanta-Häme	31,0	36,4	31,4	32,4	24,6	35,1	34,1	44,1	38,0	33,0	25,5	24,4	25,3	653
Pirkanmaa	17,3	19,1	18,7	23,2	19,5	18,6	20,3	20,1	21,3	16,8	21,8	27,4	26,3	2 189
Päijät-Häme	32,0	32,1	35,4	45,8	37,7	34,7	34,9	37,9	40,4	32,9	29,3	36,0	32,5	520
Kymenlaakso	20,9	19,4	26,3	23,0	22,7	26,3	31,5	25,6	23,9	28,1	26,8	37,2	30,1	574
Etelä-Karjala	22,6	32,5	31,8	30,2	17,8	21,9	19,5	18,5	17,8	10,8	19,2	30,0	36,4	250
Etelä-Savo	20,3	29,7	23,7	30,2	31,0	25,8	18,5	22,1	23,1	18,4	23,1	19,4	19,9	607
Pohjois-Savo	31,9	31,6	29,0	27,4	27,2	25,1	22,1	24,0	22,8	23,5	22,6	24,1	22,8	1 426
Pohjois-Karjala	23,2	33,3	27,0	26,7	19,9	17,4	14,3	16,0	17,2	15,9	16,0	18,4	13,0	1 122
Keski-Suomi	20,8	17,3	24,1	29,9	22,9	27,8	28,0	26,9	23,1	20,4	20,4	22,7	20,6	1 142
Etelä-Pohjanmaa	15,0	17,3	26,2	30,6	30,3	34,2	27,4	36,0	29,4	22,5	27,9	29,7	24,2	537
Pohjanmaa	26,6	26,9	26,8	31,1	29,2	30,7	28,2	24,7	32,1	30,6	31,3	30,5	29,0	396
Keski-Pohjanmaa	20,1	26,0	31,6	30,4	26,2	27,7	25,6	29,2	24,0	22,4	25,2	29,6	32,4	204
Pohjois-Pohjanmaa	20,6	23,6	23,9	28,1	23,3	25,0	25,5	27,7	25,8	29,5	29,1	31,2	31,0	1 961
Kainuu	23,3	21,0	28,7	24,0	20,6	17,2	16,8	23,7	19,3	23,4	26,5	24,0	22,1	271
Lappi	15,6	21,1	24,9	27,4	25,0	24,5	23,7	26,7	26,6	30,3	27,8	34,4	29,0	699
Ahvenanmaa	14,3	16,7	16,1	31,8	19,4	20,0	34,4	35,7	50,0	33,3	29,2	25,0	32,0	25

Liitetaulukko 2. Vaativan lääkinällisen kuntoutuksen hylkäysprosentti maakunnittain 2005–2017 sekä kaikkien ratkaisujen lukumäärä vuonna 2017.

Maakunta	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Lkm 2017
Uusimaa	16,8	16,8	16,6	16,7	18,2	18,4	17,7	17,0	15,6	12,0	11,9	21,0	16,2	16 009
Itä-Uusimaa	14,3	19,9	15,1	20,2	22,8	20,7								
Varsinais-Suomi	7,8	10,4	10,0	12,5	14,5	13,4	13,4	14,5	14,1	13,8	13,5	22,4	18,6	7 417
Satakunta	6,4	8,2	12,2	16,6	18,1	19,9	18,6	18,9	20,7	19,6	22,6	23,4	20,3	2 540
Kanta-Häme	13,7	16,4	16,7	14,0	12,7	21,9	23,6	21,2	23,2	18,0	13,4	16,3	13,4	1 584
Pirkanmaa	5,8	6,4	7,8	12,4	13,6	12,3	12,0	11,8	10,3	9,9	10,4	18,1	15,0	5 830
Päijät-Häme	15,6	16,2	17,3	20,5	20,1	22,2	20,9	26,9	23,0	15,9	14,1	22,9	18,4	1 602
Kymenlaakso	8,9	11,5	14,1	17,3	19,9	21,7	22,1	23,0	22,1	19,4	17,8	23,1	21,2	2 101
Etelä-Karjala	9,9	14,2	14,1	18,3	18,3	18,6	14,4	13,0	14,7	11,9	12,8	22,6	18,3	1 149
Etelä-Savo	6,6	9,8	11,6	14,3	14,3	14,1	14,6	12,1	16,1	12,0	12,6	20,7	18,6	1 293
Pohjois-Savo	11,9	12,7	15,0	15,1	16,7	18,1	19,4	16,8	13,2	16,4	15,5	19,7	15,4	2 780
Pohjois-Karjala	12,6	14,1	12,6	12,0	14,3	13,7	15,8	13,9	11,9	12,0	8,3	18,5	16,4	1 570
Keski-Suomi	8,9	8,9	14,8	16,6	17,1	16,8	15,8	15,1	11,5	12,2	17,3	23,8	16,7	3 880
Etelä-Pohjanmaa	6,9	9,6	13,9	16,9	18,1	18,2	18,1	20,8	19,4	14,3	13,7	18,4	17,3	2 444
Pohjanmaa	9,4	11,9	14,9	18,2	17,9	17,0	20,5	19,3	17,2	16,9	17,1	24,1	24,0	1 981
Keski-Pohjanmaa	8,3	7,7	13,6	15,0	14,2	15,0	13,9	15,3	14,0	12,1	11,7	22,1	16,9	1 332
Pohjois-Pohjanmaa	8,0	7,7	9,0	8,3	8,4	8,4	9,5	9,8	12,0	10,1	10,5	18,6	14,0	7 875
Kainuu	5,9	7,9	10,2	9,5	9,8	11,2	9,8	9,7	11,3	10,8	10,1	17,2	10,8	1 036
Lappi	5,4	10,7	9,3	8,6	9,2	9,7	9,4	10,2	11,0	11,7	11,6	20,4	15,5	3 488
Ahvenanmaa	6,0	11,1	10,5	14,0	19,3	20,4	14,4	10,8	12,0	8,2	13,5	18,8	32,7	297

Liitetaulukko 3. Harkinnanvaraisen kuntoutuksen hylkäysprosentti maakunnittain sekä kaikkien ratkaisujen lukumäärä vuonna 2017.

Maakunta	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Lkm 2017
Uusimaa	21,2	22,9	24,6	24,2	21,6	20,4	23,7	19,6	18,7	17,4	23,0	25,2	22,9	4 663
Itä-Uusimaa	22,3	21,7	22,6	25,2	22,8	21,9								
Varsinais-Suomi	17,8	18,6	17,7	20,9	20,1	18,8	21,4	21,2	14,0	15,6	23,9	28,5	23,9	2 188
Satakunta	22,0	22,7	23,3	25,1	27,7	22,6	26,9	21,9	21,6	23,9	33,0	29,9	22,1	1 253
Kanta-Häme	22,4	22,4	22,8	24,6	20,8	22,9	25,6	22,0	17,4	16,3	24,0	25,1	17,4	854
Pirkanmaa	17,2	16,2	17,5	18,4	17,5	16,1	21,5	20,0	14,1	14,3	20,7	23,2	17,6	2412
Päijät-Häme	17,2	26,5	28,2	29,5	24,4	22,3	27,7	26,2	26,7	24,4	26,7	31,3	26,6	806
Kymenlaakso	19,8	24,2	27,4	25,4	21,5	22,2	24,1	21,2	23,7	24,8	25,5	27,5	22,0	744
Etelä-Karjala	28,3	26,1	26,4	27,1	28,9	24,4	22,9	20,6	14,5	14,9	23,8	23,0	19,8	519
Etelä-Savo	25,0	25,3	25,8	28,0	28,3	27,2	27,7	26,2	18,1	15,8	25,3	22,0	16,0	1 197
Pohjois-Savo	22,8	25,7	26,5	29,1	26,5	25,0	26,8	28,0	17,3	14,3	23,1	28,7	17,7	1 580
Pohjois-Karjala	26,7	24,1	27,1	22,6	21,7	20,2	21,7	17,2	17,5	19,9	22,6	24,5	19,5	1 144
Keski-Suomi	20,4	21,3	21,4	23,2	21,4	20,0	21,7	16,2	8,9	8,9	14,6	23,8	16,8	1 430
Etelä-Pohjanmaa	18,9	19,2	21,5	24,6	22,5	20,9	23,2	21,1	16,6	18,6	20,0	26,5	16,7	1 329
Pohjanmaa	27,8	27,7	29,5	28,6	28,6	28,2	29,2	24,0	18,9	19,3	19,1	29,6	18,7	781
Keski-Pohjanmaa	26,0	24,9	29,4	27,8	23,2	19,6	21,7	19,4	15,4	14,2	23,9	31,9	27,9	323
Pohjois-Pohjanmaa	23,7	23,4	22,1	21,6	21,0	20,5	26,5	24,0	22,1	23,6	29,7	27,8	24,0	2 263
Kainuu	25,8	22,9	25,6	24,5	21,6	21,7	25,7	23,3	21,6	26,6	32,7	27,8	21,8	491
Lappi	25,3	25,1	26,9	29,8	31,0	28,3	31,5	25,7	27,6	26,6	31,5	28,4	22,6	943
Ahvenanmaa	23,3	15,7	19,8	24,3	18,8	14,4	27,9	19,6	10,2	9,4	18,0	9,1	13,3	45

Liitetaulukko 4. Kuntoutuspsykoterapian hylkäysprosentti maakunnittain 2011–2017 sekä kaikkien ratkaisujen lukumäärä vuonna 2017.

Maakunta	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Lkm 2017
Uusimaa	14,5	12,2	9,4	8,1	8,9	8,2	6,7	12 991
Varsinais-Suomi	5,7	4,6	3,9	4,1	4,5	6,0	6,0	2 968
Satakunta	9,6	11,3	9,0	9,3	10,4	8,0	8,1	918
Kanta-Häme	16,0	15,3	13,6	12,1	9,6	7,3	5,2	660
Pirkanmaa	7,9	6,5	4,5	4,7	4,7	6,9	6,0	4 142
Päijät-Häme	17,7	18,2	11,7	9,5	6,4	10,4	9,0	758
Kymenlaakso	23,5	18,6	12,4	13,5	9,5	10,5	9,9	616
Etelä-Karjala	9,5	9,7	4,3	5,6	7,7	9,0	7,9	555
Etelä-Savo	10,8	8,6	5,1	7,5	5,1	7,7	4,1	489
Pohjois-Savo	8,7	8,7	5,8	3,3	3,7	4,0	4,0	1 240
Pohjois-Karjala	10,4	6,0	2,8	5,0	4,6	4,9	4,2	1 259
Keski-Suomi	5,7	4,8	5,7	4,8	6,3	5,1	3,6	1 757
Etelä-Pohjanmaa	5,3	4,7	8,2	3,5	5,3	8,0	6,1	781
Pohjanmaa	8,8	7,6	8,4	5,1	5,5	7,4	6,0	631
Keski-Pohjanmaa	8,6	6,9	7,2	8,9	8,8	7,3	6,3	383
Pohjois-Pohjanmaa	8,0	7,4	8,4	5,9	6,2	7,2	7,2	2 860
Kainuu	10,7	9,1	4,9	5,8	5,9	5,3	5,4	223
Lappi	5,9	11,6	12,3	15,2	15,5	12,0	7,5	544
Ahvenanmaa				20,0	13,3	9,5	19,4	36