



Vaativan lääkinnällisen kuntoutuksen lainmuutoksen vaikutus kuntoutuksen kohdentumiseen

Rekisteritutkimus vuosien 2014, 2016 ja 2017
kuntoutuspäätöksistä

Pekka Heino, Jenna Mäkinen,
Riitta Seppänen-Järvelä



Kirjoittajat

Pekka Heino, FM,
tutkija, Kelan tutkimus,
etunimi.sukunimi@kela.fi

Jenna Mäkinen, VTM,
tutkija, Kelan tutkimus

Riitta Seppänen-Järvelä, VTT, dosentti,
tutkimuspäällikkö, Kelan tutkimus
etunimi.sukunimi@kela.fi



VERTAISARVIOITU
KOLLEGIALT GRANSKAD
PEER-REVIEWED
www.tsv.fi/tunnus

© Kirjoittajat ja Kela

Graafinen suunnittelu Pekka Loiri

ISBN 978-952-284-108-7 (pdf)

ISSN-L 2343-2780

ISSN 2343-2799 (verkkojulkaisu)

URI <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe20201211100373>

Julkaisija: Kela, Helsinki, 2020

KELAN TUTKIMUS

julkaisut@kela.fi

www.kela.fi/tutkimus

www.fpa.fi/forskning

www.kela.fi/research

Tiivistelmä

Heino P, Mäkinen J, Seppänen-Järvelä R. **Vaativan lääkinällisen kuntoutuksen lainmuutoksen vaikutus kuntoutuksen kohdentumiseen. Rekisteritutkimus vuosien 2014, 2016 ja 2017 kuntoutuspäätöksistä.** Helsinki: Kela, Sosiaali- ja terveysturvan raportteja 23, 2020. 115 s. ISBN 978-952-284-108-7 (pdf).

Tässä rekisteritutkimuksessa selvitettiin vuoden 2016 alussa voimaan tulleen vaativan lääkinällisen kuntoutuksen lainmuutoksen (L 145/2015) vaikutuksia Kelan järjestämisvastuulla olevan lääkinällisen kuntoutuksen kohdentumiseen. Lainmuutoksen yhteydessä poistettiin kuntoutuksen kytkös tasoltaan vähintään korotettuun vammaisuuuteen ja hakijan toimintakykyä alettiin arvioida laaja-alaisesti ICF-luokituksen mukaiset osa-alueet huomioiden. Tutkimus toteutettiin rekisteritutkimuksena, jossa aineistoon (n = 42 480) poimittiin vuosina 2014, 2016 ja 2017 vaativaa lääkinällistä kuntoutusta tai vaikeavammaisten lääkinällistä kuntoutusta hakeneet henkilöt. Hakemustietoihin liitettiin hakemusvuoden maksutiedot vammaisuuksista sekä väestörekisteristä saatuja demografisia taustatietoja. Tutkimuksessa tarkasteltiin lainmuutoksen vaikutuksia myönteisten ja hylkäävien päätösten määrään, hylkäysperusteisiin sekä päätösten kohdentumiseen. Hakemusten määrä kasvoi vuodesta 2014. Myönteisen kuntoutuspäätöksen saaneiden määrä nousi, mutta samalla hylättiin aiempaa enemmän erityisesti terapiaoihin liittyviä ohjauksikäyntejä ja laitospuotoista kuntoutusta. Myönteisiä kuntoutuspäätöksiä annettiin vammaisuuuden perusosan perusteella tai ilman vammaisuuutta noin 4 000 kuntoutujalle vuonna 2016 ja noin 8 000 kuntoutujalle vuonna 2017. Mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöt -ryhmään kuuluvien diagnoosien määrä nousi vuoteen 2014 verrattuna myönteisen päätöksen saajilla, ja yli puolella hakijoista oli kyseiseen sairauspuuryhmään kuuluva diagnoosi. Erityisesti sellaisten lasten ja nuorten, joilla on laaja-alaiset kehityshäiriöt -ryhmään kuuluva diagnoosi, osuus kasvoi sekä hakijoiden että myönteisen kuntoutuspäätöksen saaneiden joukossa. Vaikka Kelan järjestämisvastuulla olevaa lääkinällistä kuntoutusta saa nyt vammaisuuudesta riippumatta, on korotettu tai ylin vammaisuus edelleen vahvasti yhteydessä myönteiseen kuntoutuspäätökseen.

Avainsanat: kuntoutus, lääkinällinen kuntoutus, päätökset, lain-säädäntö, toimintakyky, vammaistuet, hakemukset

Sammandrag

Heino P, Mäkinen J, Seppänen-Järvelä R. **Inverkan av lagändringen gällande krävande medicinsk rehabilitering på inriktningen av rehabiliteringen. Registerstudie av rehabiliteringsbeslut åren 2014, 2016 och 2017.** Helsingfors: FPA, Social trygghet och hälsa: rapporter 23, 2020. 115 s. ISBN 978-952-284-108-7 (pdf).

I den här registerstudien utreddes vilka effekter den lagändring gällande krävande medicinsk rehabilitering (L 145/2015) som trädde i kraft i början av 2016 hade på inriktningen av den medicinska rehabilitering som FPA ansvarar för. I samband med lagändringen slopades kopplingen mellan rehabilitering och utbetalning av en handikappförmån med minst förhöjt belopp och man började bedöma den sökandes funktionsförmåga ur ett övergripande perspektiv med beaktande av delområdena i ICF-klassifikationen. Studien genomfördes som en registerstudie där man som material (n = 42 480) valde ut personer som ansökt om krävande medicinsk rehabilitering eller medicinsk rehabilitering för personer med svår funktionsnedsättning åren 2014, 2016 och 2017. Till ansökningsuppgifterna anslöts utbetalningsuppgifter gällande handikappförmåner för ansökningsåret samt demografiska bakgrundsuppgifter från befolkningsdatasystemet. I studien granskades lagändringens inverkan på antalet positiva och negativa beslut, avslagsmotive-ringarna och inriktningen av besluten. Antalet ansökningar ökade från år 2014. Antalet personer som fick ett positivt rehabiliteringsbeslut ökade, men samtidigt avslogs allt flera ansökningar om speciellt handledningsbesök i anslutning till terapi och rehabilitering i sluten vård. År 2016 fick ca 4 000 rehabiliteringsklienter och år 2017 ca 8 000 rehabiliteringsklienter positiva rehabiliteringsbeslut utifrån handikappförmånens grunddel eller utan handikappförmån. Antalet diagnoser i gruppen psykiska sjukdomar och syndrom samt beteendestörningar ökade jämfört med år 2014 bland dem som fick ett positivt beslut, och över hälften av de sökande hade en diagnos som hör till den här sjukdomshuvudgruppen. Särskilt andelen barn och ungdomar med en diagnos i gruppen genomgripande utvecklingsstörningar ökade bland både de sökande och dem som fick ett positivt rehabiliteringsbeslut. Även om man nu kan få medicinsk rehabilitering som FPA ansvarar för oberoende av handikappförmån, har en handikappförmån med förhöjt eller högsta belopp fortfarande ett starkt samband med ett positivt rehabiliteringsbeslut.

Nyckelord: rehabilitering, medicinsk rehabilitering, beslut, lagstiftning, funktionsförmåga, handikappbidrag, ansökningar

Summary

Heino P, Mäkinen J, Seppänen-Järvelä R. **Effects of a legal reform on the targeting of intensive medical rehabilitation. A register study on rehabilitation decisions from 2014, 2016 and 2017.** Helsinki: Social Insurance Institution of Finland, Social security and health reports 23, 2020. 115 pp. ISBN 978-952-284-108-7 (pdf).

This study examines how an amendment to the Act on Rehabilitation Benefits (L 145/2015) in 2016 affected the targeting of rehabilitation. The amendment changed eligibility criteria so that applicants were no longer required to qualify for disability allowance. In addition, the ICF framework is now used to assess applicants' functioning. The data of this register study covers 42,480 persons who applied for medical rehabilitation or medical rehabilitation of the severely disabled during 2014, 2016 or 2017. The data contained payment records on disability benefits for the application year as well as demographic background data from the population register. The study scrutinized the effects of the amendment on the amount of positive and negative rehabilitation decisions, the grounds for rejection and the targeting of the decisions. The number of applications increased from 2014, as did the number of recipients of a positive rehabilitation decision. However, at the same time, more guidance visits and institutional rehabilitation, especially related to therapies, were rejected. Positive rehabilitation decisions were made based on the basic disability benefit or without disability benefit for about 4,000 applicants in 2016 and about 8,000 applicants in 2017. The number of mental and behavioral disorder diagnoses increased compared to 2014, and more than half of the applicants had these diagnoses. In particular, the proportion of children and adolescents with a diagnosis belonging to widespread developmental disorders increased among both applicants and those who were granted rehabilitation. According to the Act, receiving medical rehabilitation, which is the responsibility of Kela, is not mandatorily tied to a disability benefit. Nevertheless, receiving the higher rate of disability benefit is still strongly associated with granted intensive medical rehabilitation.

Keywords: rehabilitation, medical rehabilitation, decisions, legislation, functional capacity, disability benefits, applications (documents)

Alkusanat

Tämä tutkimus on osa Kelan ensimmäistä Muutos-hanketta, jossa selvitettiin, millaisia vaikutuksia Kelan kuntoutuspalveluiden muutoksilla on ollut asiakkaille. Hankkeen osatutkimukset kohdistuvat erityyppisiin kuntoutusmuotoihin tai -etuuksiin sisältäen sekä järjestämisvastuunalaista että harkinnanvaraista kuntoutusta. Hankkeeseen sisältyi myös tutkimuksia, joissa selvitettiin kuntoutuksen lainmuutosten vaikutuksia.

Nyt raportoitavan rekisteritutkimuksen tulokset ovat osa tutkimuskokonaisuutta, joka kohdistui Kelan vaativan lääkinällisen kuntoutuksen lakiuudistuksen toteutumiseen. Tämän laajan, kolme osiota sisältäneen tutkimuksen tekivät yhteistyössä Oulun yliopistollisen sairaalan, Lapin yliopiston sekä Kelan tutkimusyksikön tutkijat vuosina 2017–2019.

Tutkimuksella tuotettiin tietoa Kelan kuntoutuspalveluiden järjestämiseen ja kehittämiseen; tietotarpeet oli määritelty Kelan asiantuntijoiden muodostamassa ryhmässä, jolla on ollut tärkeä rooli myös tulosten hyödyntämisessä. Ryhmän aktiiviset jäsenet olivat suunnittelijat Eija Haapala ja Paula Stenfors, etuuspäällikkö Riikka Peltonen ja asiantuntijalääkäri Tiina Suomela-Markkanen. Kiitämme lämpimästi ryhmän jäseniä erittäin hyvästä yhteistyöstä ison, moniosaisen tutkimuksen toteuttamisessa.

Helsingissä marraskuussa 2020

Kirjoittajat

Sisältö

1 Johdanto	9
1.1 Kelan järjestämän vaativan lääkinällisen kuntoutuksen taustaa	10
1.2 Vaativan lääkinällisen kuntoutuksen lainmuutos	12
1.3 Vaativan lääkinällisen kuntoutuksen hakuprosessi	14
1.4 Kelan järjestämän lääkinällisen kuntoutuksen saajat ja tehdyt kuntoutuspäätökset	15
1.5 Tutkimuksessa käytettävät käsitteet	18
2 Tutkimusasetelma	20
2.1 Tutkimuksen tavoitteet.....	20
2.2 Aineisto ja menetelmät	20
2.3 Rekisteriaineiston kuvailu	22
3 Lääkinällisen kuntoutuksen hakijat	25
3.1 Kelan järjestämissvastuulla olevan lääkinällisen kuntoutuksen hakijoiden demografisia tietoja.....	25
3.2 Vaativaa lääkinällistä kuntoutusta hakeneiden diagnoosit ja vammaisuuudet	30
3.2.1 Hakijoiden sairauspäryhmit.....	30
3.2.2 Mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöt	32
3.2.3 Vammaisuuudet.....	32
4 Vaativan lääkinällisen kuntoutuksen myönteisten ja hylkäävien päätösten kohdentuminen	35
4.1 Myönteiset ja hylkäävät päätökset toteutusmuodoittain.....	35
4.2 Hylkäävät ja myönteiset päätökset sosiodemografisen taustan mukaan.....	37
4.2.1 Päätöksen saaneiden ikäjakauma	39
4.2.2 Päätösten jakauma työtilanteen mukaan	39
4.2.3 Päätösten alueellinen jakauma.....	40
4.3 Hylkäävien ja myönteisten päätösten kohdentuminen diagnoosien ja vammaisuuksien mukaan	41
4.3.1 Vammaisuuudet.....	44
4.3.2 Uudet hakijat ilman korotettua vammaisuuutta.....	46
4.4 Hylkäävien ja myönteisten päätösten kohdentuminen terapialajeittain.....	48
4.4.1 Fysioterapia	48
4.4.2 Toimintaterapia.....	51
4.4.3 Puheterapia.....	54
4.4.4 Musiikkiterapia.....	57
4.4.5 Psykoterapia	59

5 Hylkäävien päätösten perusteet	63
6 Myönteisiä ja hylkääviä päätöksiä selittävät tekijät	68
6.1 Myönteiseen ja hylkäävään vaativan lääkinällisen kuntoutuksen päätökseen yhteydessä olevat tekijät	68
6.2 Myönteiseen terapiapäätökseen yhteydessä olevat tekijät	72
6.3 Myönteiseen kuntoutuspäätökseen yhteydessä olevat tekijät laitosmuotoista kuntoutusta hakeneilla	76
7 Pohdinta	79
7.1 Tutkimuksen luotettavuus	79
7.2 Lainmuutoksen vaikutus kuntoutuksen hakijoihin	80
7.3 Lainmuutos ja kuntoutusetuuden myöntäminen	81
7.4 Vaativan lääkinällisen kuntoutuksen lainmuutoksen vaikutus kuntoutuksen hylkäämiseen	83
7.5 Vaativan lääkinällisen kuntoutuksen kohdentuminen	85
7.6 Johtopäätös	90
Lähteet	91
Liitetaulukot	96

1 Johdanto

Laki Kansaneläkelaitoksen kuntoutusetuuksista ja kuntoutusrahaetuksista määrittelee, että Kelan järjestämä lääkinällinen kuntoutus on järjestämisvastuun alaista toimintaa. Tämä tutkimus Kelan vaativan lääkinällisen kuntoutuksen lainmuutoksen toteutumisesta oli osa Kelan Muutos-hanketta (ks. Kela 2019a), jossa tutkitaan, millaisia vaikutuksia Kelan kuntoutuspalveluiden muutoksilla on ollut asiakkaille. Tutkimuksessa tarkasteltiin vuoden 2016 alussa voimaan tulleen lainmuutoksen seurauksia Kelan järjestämän vaativan lääkinällisen kuntoutuksen kohdentumiseen ja tehtyihin kuntoutuspäätöksiin.

Lainsäädännön vaikutusten arviointi on osa uusien säädösten valmistelua. Arvioinnin tavoitteena on tuottaa tietoa valmistelijoille, päättäjille ja sidosryhmille suunnitella olevan lainsäädännön vaikutuksista, niiden merkittävyydestä ja mahdollisista haitallisista vaikutuksista. Vaikutusarviointiin kuuluu lisäksi toteutetun uudistuksen vaikutusten seuranta (Oikeusministeriö 2007), jollaisena tätä tutkimusta voidaan pitää, joskin tutkimuksen ensisijainen tarkoitus oli tuottaa Kelalle tietoa kuntoutuspalveluiden kehittämiseen. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus (StVM 41/2014) vaativan lääkinällisen kuntoutuksen lakimuutoksen edellyttävän toimeenpanon seuranta ja muutoksen vaikutusten arviointia asiakasryhmittäin.

Tämä tutkimus kuuluu implementaatiotutkimuksen piiriin. Poliittikkaimplementaation näkökulmasta laissa muotoillaan poliittisen prosessin tuottama kanta kuntoutuksen toteuttamisesta ja Kela käyttää toimeenpanovaltaa kuntoutuspalveluiden järjestämisessä. Kun implementaatiotutkimuksessa rajaudutaan erottamaan politiikka ja toimeenpano keskittyen tarkastelemaan toimeenpanoa määritellyn politiikan toteuttamisena, voidaan erottaa viisi erilaista tutkimuksellista lähestymistapaa: normatiivinen, tekninen, kontrolloiva, komparatiivinen ja institutionaalinen (Hupe ja Hill 2016). Tutkimuksellisesti Muutos-hankkeessa nojataan institutionaaliseen näkökulmaan, jossa politiikka määrittelee Kelalle institutionaalisen mandaatin kuntoutuksen toimeenpanoon. (Seppänen-Järvelä 2017.)

Tässä julkaisussa esitetään Kelan vaativan lääkinällisen kuntoutuksen tutkimuskokonaisuuden rekisteriaineistoon perustuva analyysi. Tutkimuksessa tarkasteltiin vaativan lääkinällisen kuntoutuksen lainmuutoksen vaikutusta tehtyihin kuntoutuspäätöksiin. Erityinen kiinnostus kohdistui vammaisetuuskytköksen poistumisen vaikutuksiin. Tutkimuksessa vastattiin kysymyksiin siitä, 1) onko myönteisten ja hylkäävien päätösten määrissä tapahtunut muutosta, 2) ovatko hylkäysperusteet muuttuneet ja 3) onko myönteisten ja hylkäävien päätösten kohdentumisessa tapahtunut muutosta.

Julkaisu rakentuu siten, että ennen rekisteriaineistojen analyysiin perustuvia tuloksia kehystämme tutkimuksen katsauksella Kelan lääkinällisen kuntoutuksen lakiuudis-

tuksen taustaan, tavoitteisiin ja tarkoitukseen. Lisäksi kuvaamme Kelan vaativaa lääkinällistä kuntoutusetuutta ja sen myöntämiskäytäntöä.

1.1 Kelan järjestämän vaativan lääkinällisen kuntoutuksen taustaa

Vaativan lääkinällisen kuntoutuksen tavoitteena on, että kuntoutuja pystyy sairaudesta tai vammastaan huolimatta osallistumaan ja suoriutumaan hänelle merkityksellisissä arjen ympäristöissä. Kela on järjestänyt lääkinällistä kuntoutusta vuoden 1991 kuntoutusuudistuksesta lähtien, jolloin pitkäaikainen lääkinällinen kuntoutus siirrettiin kunnalliselta terveydenhuollolta Kelan järjestämisvastuulle. Siirto tehtiin tietyin rajauksin. (L 610/1991.) Tällöin kuntoutusuudistuksen yleisenä tavoitteena oli selkeyttää kuntoutuksen tehtävänjakoa, yksinkertaistaa kuntoutusjärjestelmää ja taata kuntoutuspalveluiden yhdenvertainen saatavuus kuntoutujan asuinkunnasta riippumatta. Kunnallishallinnon järjestämänä kuntoutuspalveluiden alueellinen toteutuminen oli vaihdellut kuntien käytössä olevien taloudellisten resurssien mukaan. Sosiaalivakuutusjärjestelmään sidottuna lääkinälliseen kuntoutukseen syntyi sen sijaan ensimmäistä kertaa subjektiivinen oikeus kaikille niille, jotka täyttivät laissa etuuden saamiselle asetetut edellytykset. (HE 259/1990; Autti-Rämö ym. 2011; Heino ym. 2014.)

Vuoden 1991 kuntoutusuudistuksen yhteydessä Kelan järjestämisvastuulla olevan lääkinällisen kuntoutuksen myöntöedellytykset sidottiin vammaisuuksiin. Myöntökriteereiksi lakiin kirjattiin tasoltaan vähintään korotettu vammaisuus (korotettu alle 16-vuotiaan lapsen hoitotuki, korotettu 16 vuotta täyttäneen vammaistuki tai korotettu eläkkeensaajan hoitotuki). Tämän lisäksi edellytettiin, että sairaudesta, viasta tai vammasta aiheutuu yleinen lääketieteellinen ja toiminnallinen haitta, jonka vuoksi kuntoutujalla on vähintään vuoden kestävä kuntoutustarve. Sairauden, vian tai vamman tuli olla luonteeltaan sellainen, että se vaikeutti jokapäiväistä selviytymistä kuntoutujan arkielämässä. (L 610/1991, 3 §.) Vaikeavammainen määrittyi siis ensi sijassa lääketieteellisin kriteerein ja vasta toissijaisesti sairauden tai vamman aiheuttamien, arkielämässä ilmenevien haittojen ja avuntarpeiden perusteella (Järviskoski 2013, 29–30.) Uudistuksen jälkeen oikeus sosiaalivakuutuksen lääkinälliseen kuntoutukseen syntyi siis ennen kaikkea sen perusteella, määrittyikö hakija laissa esitetyin perustein vaikeavammaiseksi kuntoutujaksi (esim. Kansaneläkelaitoksen kuntoutustoiminta 1998, 96).

Kytös vammaisuuksiin alkoi ohjata voimakkaasti Kelan järjestämän lääkinällisen kuntoutuksen kohdentumista. Tämä oli ongelmallista, sillä korotetun tuen myöntöedellytykset alle 16-vuotiaan vammaistuessa, 16 vuotta täyttäneen vammaistuessa ja eläkettä saavan hoitotuessa ovat keskenään erilaiset (L 570/2007, 7–9 §). Kuntoutujan vammaisuus saattoi siten laskea perustasolle tai lakata kokonaan hänen täytettyään 16 vuotta tai siirryttyään työkyvyttömyyseläkkeelle. Koska Kelan järjestämä lääkinällinen kuntoutus oli sidottu vähintään korotettuun vammaisuuuteen, päättyi samalla kuntoutujan oikeus sosiaalivakuutuksen lääkinälliseen kuntoutukseen.

Kuntoutustarpeen sijaan kuntoutuksen saamiseen vaikuttivat vammaisetuskytköksen vuoksi hakijan ikä (Heino ym. 2014), elämäntilanne (Autti-Rämö ym. 2011) ja se, oliko sairaus toimintakyvyn kannalta pysähtynyt vai etenevä (Halonen ym. 2009; Halonen ym. 2012). Vaikeavammaisten lääkinällinen kuntoutus kohdentuikin lähinnä alle 16-vuotiaisiin ja 16–65-vuotiaiden ikäryhmässä lähinnä työkyvyttömyyseläkkeellä oleviin kuntoutujiin (Autti-Rämö ym. 2011).

Erityisen ongelmalliseksi kuntoutuksen kytkeytyminen vammaisetuksiin osoittautui pitkäaikaissairaiden ja eteneviä sairauksia sairastavien kohdalla. Ennen Kelan järjestämän kuntoutuksen aloittamista saatettiin joutua odottamaan kuntoutujan tilanteen heikkenemistä niin, että oikeus vähintään korotettuun vammaisetuuteen täyttyi. (Halonen ym. 2012.) Toisaalta CP-vammaisten kuntoutusta koskeneessa tutkimuksessa havaittiin, että vammaisetuskytkös painotti kuntoutuksen kohdentumista alle 16-vuotiaille, vaikka sairaus tai vamma olisi ollut luonteeltaan sellainen, jossa ei ole odotettavissa toimintakyvyn merkittävää paranemista iän myötä. Hakijan kuntoutus saattoi päättyä muuttuneiden vammaistuen myöntökriteerien vuoksi hänen täytettyään 16 vuotta, vaikka hänellä olisi ollut vielä tarve kuntoutukseen toimintakyvyn ylläpitämiseksi (Halonen ym. 2009).

Virran tutkimuksessa (2006) havaittiin, että vammaistuen myöntämisessä oli eroja hakijoiden taloudellisen tilanteen ja koulutusasteen suhteen. Korkeammin koulutetut ja parempituloiset hakijat saivat hakemansa etuuden muita hakijaryhmiä todennäköisemmin. Ainakin osittain syynä olivat vammaisetuuden päätöksenteossa huomioitavat erityiskustannukset, jotka oikeuttivat korotettuun vammaisetuuteen ja joita parempituloiset hakijat pystyivät kustantamaan itselleen muita hakijoita helpommin. Sairauspääryhmiä vertailtaessa myönteisiä päätöksiä annettiin suhteellisesti vähemmän eteneviä sairauksia, tuki- ja liikuntaelinsairauksia tai mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöitä sairastaville. (Virta 2006.) Vammaisetuskytköksestä johtuen on todennäköistä, että nämä vammaisetuuden kohdentumisessa havaitut epäkohdat heijastuivat myös Kelan järjestämisvastuulla olevan lääkinällisen kuntoutuksen päätöksiin.

Vammaisetuskytkös heikensi myös kuntoutuksen vaikuttavuutta: vammaisetushakemuksiin kuuluva käsittelyaika sekä vammaisetuspäätöksiin liittyvät muutoksenhaut aiheuttivat katkoksia kuntoutusjaksoihin ja estivät kuntoutusprosessien toteutumista saumattomasti ja oikea-aikaisesti (Autti-Rämö ym. 2011). Jos oikeus vammaistuen pienentämisen tai lakkaamisen vuoksi päätti oikeuden Kelan järjestämään kuntoutukseen, siirtyi kuntoutuksen järjestäminen julkiselle terveydenhuololle. Autti-Rämön ym. (2011) tutkimuksen mukaan vuonna 2007 tällainen järjestämisvastuun siirtymä koski noin kahdeksaa prosenttia kuntoutujista. Kuntoutuksen järjestäjätahon vaihtuminen heikensi erityisesti lasten ja nuorten kuntoutuksen vaikuttavuutta (HE 332/2014).

Vammaisetuuskytkökseen liittyvien ongelmien vuoksi kytköstä ehdotettiin purettavaksi jo vuonna 1996 valmistuneessa vaikeavammaisten kuntoutuksen tilaa arvioineiden selvitysmiesten loppuraportissa (Kallanranta ja Rissanen 1996). Myöhemmin kytköksen purkua esitettiin SATA-komitean sosiaaliturvan uudistamista koskevassa mietinnössä (STM 2009) sekä osatyökykyisten työllistymistä selvitelleen työryhmän raportissa (STM 2013). Vuonna 2014 Kelan järjestämän lääkinällisen kuntoutuksen vammaisetuuskytköksestä päätettiin luopua ja lainmuutoksesta annettiin hallituksen esitys (HE 332/2014). Lainmuutos (L 145/2015) tuli voimaan vuoden 2016 alussa.

Samoihin aikoihin vaativan lääkinällisen kuntoutuksen lainmuutoksen kanssa tapahtui muutoksia myös vammaisetuuksissa. 1.6.2015 tuli voimaan lakimuutos, jolla yhdenmukaistettiin erityiskustannusten huomiointia vammaisetuuspäätöksissä (HE 255/2014). Muutoksen jälkeen vammaisetuuspäätöksissä tukea myönnettäessä arvioitiin aiempaa selkeämmin ja yhdenvertaisemmin hakijan tuen tarve, ja sairaudesta tai vammasta aiheutuneiden erilaisten kustannusten merkitys myöntökriteerinä pieneni. Muutos ei vaikuttanut niihin vammaisetuuspäätöksiin, jotka olivat voimassa lain voimaantulohetkellä. Muutoksen vuoksi erityisesti alle 16-vuotiaiden, mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöiden vuoksi hakeneiden vammaisetuuksien saajien määrä kasvoi (Koskenvuo ym. 2018).

1.2 Vaativan lääkinällisen kuntoutuksen lainmuutos

Vaativan lääkinällisen kuntoutuksen lainmuutoksella tavoiteltiin sitä, että kuntoutus käynnistyisi kuntoutustarpeen ja kuntoutuksen tavoitteiden kannalta oikea-aikaisesti, vaikuttavasti ja riittävän varhaisessa vaiheessa. Kuntoutusprosessien katkeamattomuus ja jatkuvuus pyrittiin muutoksella turvaamaan siten, ettei kuntoutuksen järjestämistä vastuu tarpeettomasti siirtyisi Kelalta julkiselle terveydenhuollolle. Lainmuutosten arvioitiin vahvistavan lääkinällisen kuntoutuksen yhdenvertaista toteutumista sekä kuntoutujien itsenäistä suoriutumista ja osallistumista arkielämässä. Erityisesti muutosten arvioitiin parantavan lääkinällistä kuntoutusta tarvitsevien lasten ja nuorten sekä eteneviä sairauksia sairastavien henkilöiden asemaa. (HE 332/2014.)

Lainmuutoksen vaikuttavuusarvioinneissa muutosten ennakoitiin lisäävän Kelan järjestämistä vastuulle kuuluvan lääkinällisen kuntoutuksen saajien määrää asteittain niin, että vuonna 2016 kuntoutujien määrä kasvaisi 3 850 henkilöllä ja vuonna 2017 kasvu olisi 7 700 henkilöä. Kuntoutujamäärän kasvun arvioitiin nostavan sairausvakuutuksen kuntoutusmenoja. Käsiteltävien kuntoutushakemusten määrän ennustettiin kasvavan ja yksittäisen kuntoutushakemuksen ratkaisutyön arvioitiin muuttuvan vaikeammaksi. Toisaalta säästöjä arvioitiin syntyvän siitä, että lainmuutoksen myötä kuntoutujakohtaiset kuntoutusmenot pienenisivät aiempaa vaikuttavimpien kuntoutuspalveluiden ja oikea-aikaisemmin aloitetun kuntoutuksen myötä. Lisäksi vammaisetuuskytköksen purkamisen arvioitiin ehkäisevän tai myöhentävän työkyvyttömyyseläkkeelle siirtymistä. Pitkällä aikavälillä lainmuutoksen arvioitiin

vähentävän eläkejärjestelmien sekä julkisen sosiaali- ja terveydenhuollon menoja. (HE 332/2014.)

Lainmuutoksessa vaativan lääkinällisen kuntoutuksen uudeksi myöntökriteeriksi asetettiin hakijan sairaus, vika tai vamma, josta aiheutuu huomattava suoriutumista ja osallistumisrajoite. Rajoitteen tulee olla niin suuri, että se aiheuttaa huomattavia vaikeuksia arjen toiminnoista suoriutumisessa ja osallistumisessa kotona, opiskelussa, työelämässä tai muissa elämäntilanteissa julkisen laitoshoidon ulkopuolella. Kuntoutustarpeen tulee olla vähintään vuoden kestävä, ja haetun kuntoutuksen tulee olla perustellusti tarpeen mahdollistamaan hakijan arjen toiminnoista suoriutumisesta ja osallistumisesta. Lisäksi laissa edellytetään, että kuntoutujan toimintakykyä arvioitaessa huomioidaan kokonaisvaltaisesti kaikki toimintakykyyn vaikuttavat tekijät. (L 145/2015, 9 §.) Kokonaisvaltaisessa arvioinnissa hyödynnetään Maailman terveysjärjestön WHO:n kehittämää ICF-luokitusta (ks. Stakes 2004; Paltamaa ja Musikka-Siirtola 2016), joka huomioi toimintakyvyn arvioissa seuraavat osa-alueet: lääketieteellinen terveydentila, kehon rakenteet ja toiminnot, suoritukset, osallistuminen sekä yksilö- ja ympäristötekijät. (L 145/2015, 9 §.) Kelan järjestämistä vastaavasta rajattiin laissa pois sellaiset kuntoutusjaksot, jotka ovat tavoitteeltaan ainoastaan hoidollisia tai liittyvät välittömästi sairaanhoitoon. Laitoshoidossa olevien kuntoutus kuuluu edelleen julkisen terveydenhuollon järjestämistä vastaavalle (L 145/2015, 11 §).

Lainmuutos koski kuntoutuksen sisältöä ja toteuttamista siten, että aiempaa enemmän korostettiin asiakkaan aktiivista osallistumista oman kuntoutuksensa suunnitteluun, yhteistyötä kuntoutujan läheisten kanssa sekä terapeutin ohjauksellista työtä (L 145/2015, 10 §). Laissa edellytettiin, että kuntoutusta tulee toteuttaa hyvän kuntoutuskäytännön mukaisesti (ks. Paltamaa ym. 2011). Etuuden nimi vaihdettiin lainmuutoksen yhteydessä vaikeavammaisen lääkinällisestä kuntoutuksesta vaativaksi lääkinälliseksi kuntoutukseksi. Uutena lisäyksenä lakiin kirjattiin terapian toteuttaminen ohjauksellisesti. Tämä tarkoittaa sitä, että terapeutin tulee lähtökohteisesti tehdä omaisten ja muiden läheisten sekä tarpeellisten ammattihenkilöiden ja toimijoiden ohjausta terapiakäytien yhteydessä. Erillisiä ohjauksikäytäntöjä, joissa kuntoutujia ei itse ole läsnä, järjestettäisiin enää vain erityisistä syistä. (L 145/2015, 10 §.)

Kuntoutuksen toteutusmuodot määriteltiin uudessa laissa terapioiksi ja moniammatillisiksi kuntoutuspalveluiksi (L 145/2015, 10 §). Kelan vaativan lääkinällisen kuntoutuksen palveluvalikoimassa on terapioita, kuntoutuslaitosjaksoja sekä kuntoutus- ja sopeutumisvalmennuskursseja. Terapioina järjestetään fysioterapiaa, toimintaterapiaa, puheterapiaa, musiikkiterapiaa, neuropsykologista kuntoutusta, ratsastusterapiaa, allasterapiaa ja kuvataideterapiaa sekä psykoterapiaa.¹ Terapia voi olla toteutusmuodoltaan yksilö-, perhe- tai ryhmäterapiaa.

1 Kelan myöntämistä terapioista on poistettu 1.1.2019 alkaen päivä kuntoutus, monimuoto terapiat ja lymfaterapia.

1.3 Vaativan lääkinällisen kuntoutuksen hakuprosessi

Suomalaisessa kuntoutusjärjestelmässä julkinen terveydenhuolto vastaa kaikkien lääkinällistä kuntoutusta tarvitsevien asiakkaiden kuntoutuksen suunnittelusta ja seurannasta. Lisäksi julkinen terveydenhuolto järjestää tavoitteeltaan hoidollisen, sairaanhoitoon liittyvän, 65 vuotta täyttäneiden ja laitoshoidossa olevien henkilöiden lääkinällisen kuntoutuksen. (L 1326/2010, 29 §.) Julkinen terveydenhuolto laatii kuntoutujan kanssa kuntoutussuunnitelman (ks. Suomela-Markkanen ja Peltonen 2016), jossa kuvataan suositetun kuntoutuksen tarve, tavoitteet ja sisällöt. Kuntoutussuunnitelma voidaan laatia 1–3 vuoden ajalle. Mikäli kuntoutus ei kuulu Kelan järjestämävastuulle, on julkinen terveydenhuolto velvollinen järjestämään suosittamansa kuntoutuksen. (L 1326/2010, 29 §.)

Kelan järjestämää lääkinällistä kuntoutusta haetaan hakemuslomakkeella (KU 104), johon liitetään ajantasainen kuntoutussuunnitelma. Kuntoutusetuuden ratkaisemista varten asiakas voi toimittaa kuntoutussuunnitelman lisäksi mahdollisia muita liitteitä sekä jatkojaksoa haettaessa terapiapalautteen edellisestä kuntoutusjaksosta. Kuntoutuspäätöksen antaa kuntoutuksen etuuskäsittelijä. Ratkaisua varten etuuskäsittelijä voi pyytää asiakkaalta, hoitavalta taholta tai terapeutilta täydentäviä tietoja sekä asiantuntijalausuntoa Kelan asiantuntijalääkäriltä. Kuntoutujalle voidaan tehdä ennen hakemuksen ratkaisua kuntoutushaastattelu, jossa keskustellaan tarkemmin esimerkiksi hänen kuntoutustarpeistaan ja kuntoutusjaksolle asetamista tavoitteista. (Kela 2019b.)

Asiakkaan hakemukseensa saama päätös voi olla joko myönteinen tai hylkäävä. Jos samassa hakemuksessa on haettu useaa eri kuntoutustoimenpidettä, voi osaan haetuista kuntoutustoimenpiteistä saada myönteisen ja osaan hylkäävän päätöksen. Tarkistuspäätöksiä annetaan silloin, jos kuntoutussuunnitelmassa tai kuntoutusperusteissa tapahtuu jokin olennainen muutos. Tällainen muutos voi olla esimerkiksi terapian jatkojakso, kuntoutussuunnitelmaan lisätty uusi toimenpide tai terapeutin vaihtuminen. Useimmiten tarkistuspäätös on myönteinen. Lakkautuspäätös annetaan esimerkiksi silloin, kun kuntoutus keskeytyy tai kun myöntöedellytykset eivät enää täyty kuntoutujan täyttäessä 65 vuotta. (Kela 2019b.)

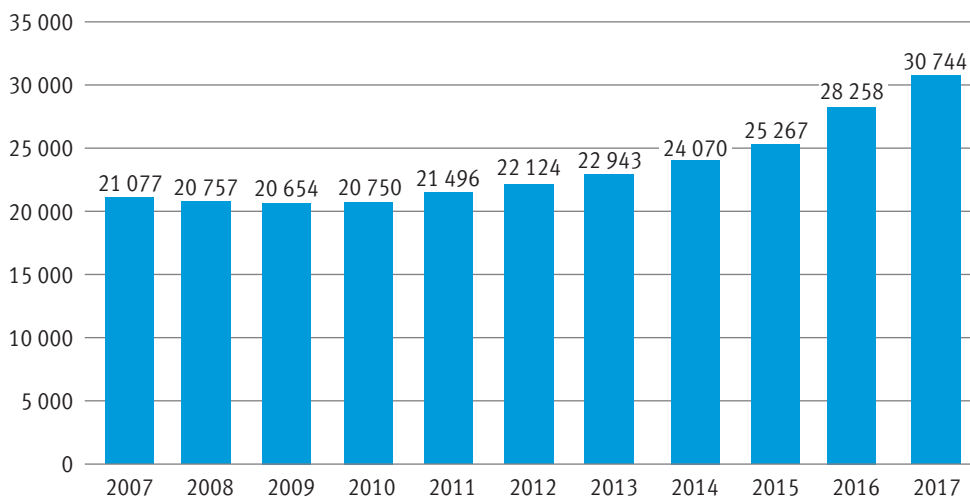
Asiakas saa kuntoutuspäätöksen kirjallisena, ja lisäksi päätös lähetetään tiedoksi kuntoutussuunnitelman laatijalle sekä päätöksen ollessa myönteinen myös kuntoutuksen palveluntuottajalle. Kuntoutuspäätös tehdään 1–3 vuoden ajalle ja päätöstä voidaan tarvittaessa tarkistaa. Kuntoutuja valitsee vapaasti kuntoutuksen toteuttajatahon Kelan hyväksymistä palveluntuottajista. (Kela 2019b.)

1.4 Kelan järjestämän lääkinällisen kuntoutuksen saajat ja tehdyt kuntoutuspäätökset

Kelan järjestämän lääkinällisen kuntoutuksen saajien määrät ovat kasvaneet vuodesta 2010, ja erityisen nopeaa kasvu on ollut vuoden 2016 alussa voimaan tulleesta lainmuutoksesta lähtien. Kuviosta 1 voidaan havaita, että kuntoutujamäärät ovat aikavälillä 2007–2017 kasvaneet noin 10 000 kuntoutujalla. Vuonna 2017 Kelan vaativan lääkinällisen kuntoutuksen piirissä oli yhteensä 30 744 iältään 0–65-vuotiasta kuntoutujaa ja kuntoutustoimenpiteiden kustannukset olivat noin 190 miljoonaa euroa. (Kelan kuntoutustilasto 2017.)

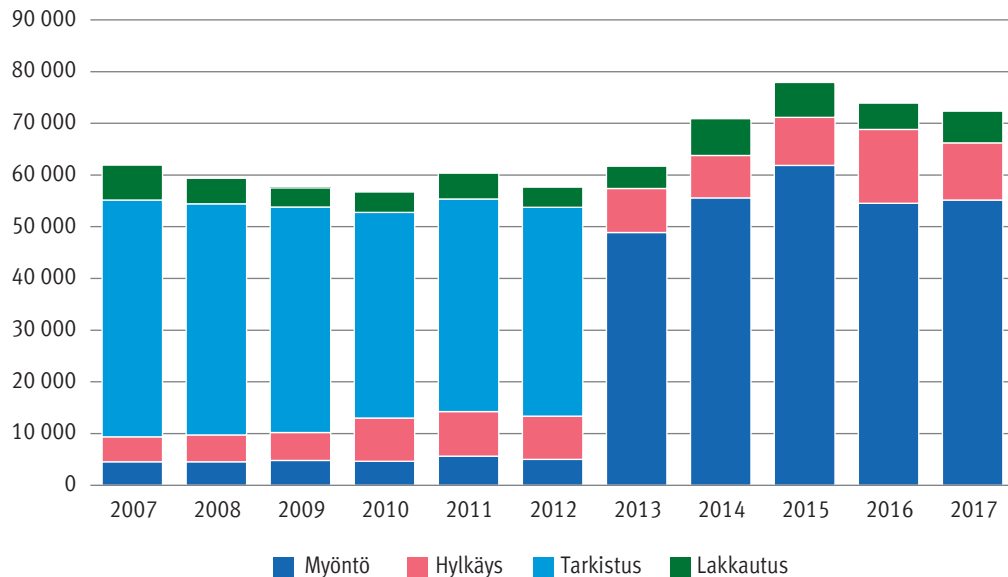
Vuonna 2017 kuntoutujamääriltään suurimmat kuntoutustoimenpiteet ovat fysioterapia (15 887 kuntoutujaa), puheterapia (10 780 kuntoutujaa), toimintaterapia (9 701 kuntoutujaa) sekä psykoterapia (1 781 kuntoutujaa). Kuntoutujat saavat tyypillisesti samaan aikaan useaa eri terapiamuotoa, joten edellä esitetyissä luvuissa henkilö voi esiintyä useamman kerran. (Kelan kuntoutustilasto 2017.)

Kuvio 1. Kelan järjestämän lääkinällisen kuntoutuksen saajat vuosina 2007–2017.



Yksittäinen kuntoutushakemus voi koskea yhtä tai useampaa kuntoutustoimenpidettä, jotka ratkaistaan samanaikaisesti, ja hakija saa yhden päätöskirjeen, joka sisältää ratkaisun kaikkiin haettuihin kuntoutustoimenpiteisiin. Kuntoutustilastoissa kaikki päätöskirjeen sisältämät toimenpiteet tilastoidaan kuitenkin erillisinä toimenpidepäätöksinä. (Kelan kuntoutustilasto 2017.) Tämä tarkoittaa sitä, että kuntoutuksen tilastoinnissa tietoa saadaan toimenpidepäätöksittäin mutta ei henkilötasolla. Edellä esitetyistä syistä johtuen kuntoutuksen ratkaisujen määrä on moninkertainen hakijoiden määrään nähden.

Kuvio 2. Vaikeavammaisten lääkinällisen kuntoutuksen (2007–2015) ja vaativan lääkinällisen kuntoutuksen ratkaisut (2016–2017) päätöslajeittain^a.



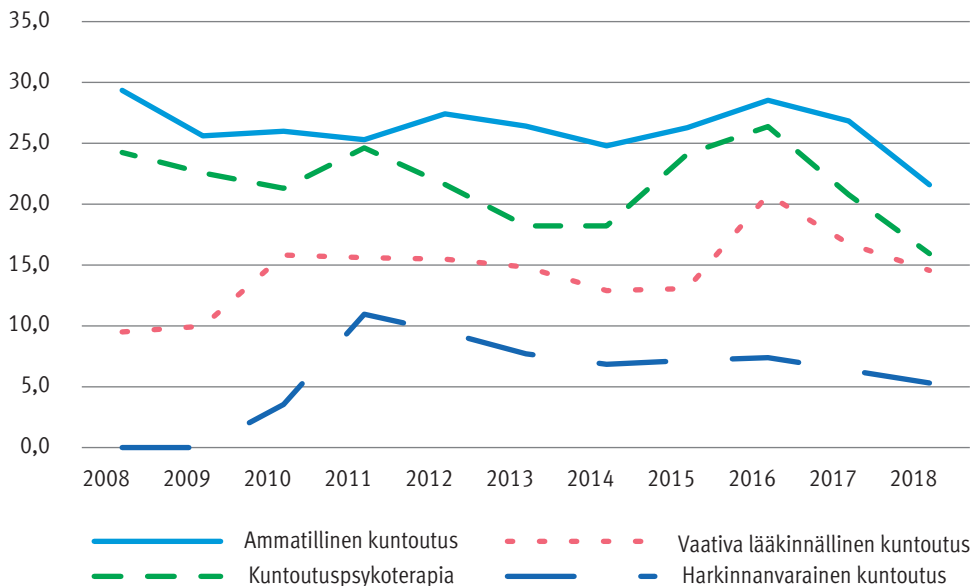
^a Ennen vuotta 2013 tarkistuspäätöksiä ei ole tilastoinnissa eroteltu myönteisiin ja hylkääviin päätöksiin. Useimmiten tarkistus päätös on myönteinen.

Kuviossa 2 esitetään vaikeavammaisten lääkinällisen kuntoutuksen ja vaativan lääkinällisen kuntoutuksen toimenpidepäätökset ratkaisulajeittain. Esimerkiksi vuonna 2014, ennen vaativan lääkinällisen kuntoutuksen lainmuutosta, toimenpidepäätöksiä tehtiin 70 902 kappaletta, joista myönteisiä oli 55 555. Lainmuutoksen tultua voimaan vuoden 2016 alussa tehtyjen toimenpidepäätösten määrä oli kasvanut 73 882 päätökseen. Näistä myönteisiä päätöksiä oli 54 519. Vuonna 2017 tehtyjen päätösten määrä oli hieman pienempi, 72 338 kappaletta, joista myönteisiä päätöksiä oli 55 146.

Sen lisäksi että yksittäinen päätöskirje voi sisältää ratkaisun useampaan kuntoutustoimenpiteeseen, on tyypillistä, että kuntoutujat saavat useampia päätöksiä vuoden aikana. Tämä johtuu siitä, että voimassa olevia päätöksiä tarkistetaan kuntoutussuunnitelmassa tai kuntoutujan olosuhteissa tapahtuneiden muutosten vuoksi. Kuntoutujalle saatetaan esimerkiksi hakea uutta kuntoutusmuotoa, joka on lisätty kuntoutussuunnitelmaan, tai jo myönnetyn terapian käyntikerran kestoa saatetaan pidentää. Kuntoutujat myös vaihtavat kuntoutusta toteuttavia terapeutteja (ks. esim. Pitkänen ja Pekola 2016), jolloin kuntoutuksesta annetaan uutta palveluntuottajaa koskeva uusi päätös ja vanha päätös lakkautetaan.

Kuviossa 3 esitetään Kelan järjestämien kuntoutuspalveluiden hylkäysprosentit laki-perusteittain vuosina 2008–2018. Kuntoutuspsykoterapiassa ja vaativassa lääkinällisessä kuntoutuksessa ovat hylkäysprosentit olleet ammatillista ja harkinnanvaraista kuntoutusta pienempiä. Vuosina 2008–2018 päätöksistä valtaosa, tarkasteluvuodesta riippuen noin 80–90 prosenttia, on ollut vaikeavammaisten lääkinällisessä kuntoutuksessa sekä vaativassa lääkinällisessä kuntoutuksessa myönteisiä. Vuonna 2014 hylkäysprosentti oli 12,9 prosenttia, ja vuonna 2015 osuus oli 13,1 prosenttia. Hylkäysosuus nousi lainmuutosvuonna 20,8 prosenttiin. Vuonna 2017 hylkäysprosentti kuitenkin laski (16,7 %). (Kelan kuntoutustilasto 2014, 2015, 2016 ja 2017.) Kuntoutustilastoista saatava hylkäysprosentti lasketaan osuutena kaikista tehdyistä toimenpidepäätöksistä (pois lukien lakkautukset), ja kuten edellä todettiin, eri toimenpiteitä koskevat päätökset tilastoidaan erillisinä. Näin ollen kuntoutustilastoista saatava kuntoutuspäätösten hylkäysten osuus ei siis kuvaa tilannetta hakijatasolla. Lisäksi Kelan kuntoutustilastojen hylkäysprosenttiin sisältyvät osamyönnöt, jolloin hakija on saanut osaan hakemistaan kuntoutusmuodoista hylkäävän päätöksen, osaan myönteisen. Näin ollen hylkäysprosentin perusteella ei voida tehdä päätelmiä siitä, kuinka suuri osuus hakijoista on saanut oikeuden Kelan vaativaan lääkinälliseen kuntoutukseen.

Kuvio 3. Kelan kuntoutuksen hylkäysosuudet lakiperusteittain vuosina 2007–2018.



Kuntoutustilastoihin perustuvan tarkastelun perusteella tiedetään, että lainmuutoksen jälkeen lääkinällistä kuntoutusta saavien kuntoutujien määrä on kasvanut, mutta samalla myös hylkäävien päätösten määrä ja hylkäysprosentti ovat suurempia kuin ennen lainmuutosta. Kuntoutustilastot eivät kuitenkaan kerro mitään siitä, kuinka

vammaisuuksien ja kuntoutuksen suhde on kehittynyt vammaisuukskytköksen purkamisen jälkeen eli onko kuntoutusta myönnetty ilman korotettua vammais-etuutta. Lisäksi kuntoutuksen saajien tilastotiedoissa on henkilöitä, joilla on kolmen vuoden mittainen kuntoutuspäätös, jolloin vuosittainen tilasto kuntoutuksen saajista ei kuvaa kyseisenä vuonna myönteisen kuntoutuspäätöksen saaneita. Näin ollen mahdolliset muutokset myönteisen kuntoutuspäätöksen saajien määrissä näkyvät osittain viiveellä kuntoutuksen tilastoissa. Lainmuutoksen seurauksista kuntoutuksen kohdentumiseen ei kuitenkaan tietääksemme ole tätä kirjoitettaessa julkaistua tutkimustietoa.

1.5 Tutkimuksessa käytettävät käsitteet

Kelan järjestämivastuulla oleva lääkinällinen kuntoutus. Termillä *Kelan järjestämivastuulla oleva lääkinällinen kuntoutus* viitataan KKRL 9–10 pykälien mukaiseen kuntoutukseen, joka oli nimeltään ”vaikeavammaisten lääkinällinen kuntoutus” ennen vuotta 2016 ja vuoden 2016 lainmuutoksen jälkeen ”vaativa lääkinällinen kuntoutus”. Kelan harkinnanvaraisena kuntoutuksena järjestämä lääkinällinen kuntoutus ei kuulu tähän tarkasteluun.

Kuntoutushakemus. Kelan järjestämivastuun alaista lääkinällistä kuntoutusta haetaan kuntoutushakemuksella. Samalla hakemuksella voidaan hakea useaa erilais- ta kuntoutusmuotoa, esimerkiksi terapioida, niihin liittyviä ohjauskäyntejä sekä erilli- siä laitoskuntoutusjaksoja tai kuntoutuskursseja. Kuntoutuja saa päätöksen jokaiseen hakemaansa kuntoutusmuotoon.

Kuntoutuspäätös. Myönteisellä kuntoutuspäätöksellä tarkoitetaan tässä tutkimuk- sessa sitä, että kuntoutuja on saanut tarkasteluvuonna vähintään yhden myönteisen päätöksen hakemiinsa kuntoutusmuotoihin. Kuntoutujan on siis katsottu täyttävän kuntoutuksen myöntökriteerit ja hänellä on ollut subjektiivinen oikeus Kelan järjes- tämivastuulla olevaan lääkinälliseen kuntoutukseen. Vastaavasti hylkäävällä kun- toutuspäätöksellä tarkoitetaan sitä, että kuntoutuja on saanut tarkasteluvuonna kun- toutushakemuksiinsa pelkästään hylkääviä päätöksiä.

Terapia. Kela järjestää avomuotoisena terapiana fysioterapiaa, toimintaterapiaa, pu- heterapiaa, psykoterapiaa, ratsastusterapiaa, musiikkiterapiaa ja neuropsykologista kuntoutusta. Kuntoutuja voi saada samanaikaisesti useaa eri terapialajia.

Laitosmuotoinen kuntoutus. Laitosmuotoisella kuntoutuksella viitataan tässä tut- kimuksessa kuntoutuslaitoksissa toteuttaviin kuntoutusmuotoihin eli moniamma- tilliseen yksilökuntoutukseen ja kuntoutus- sekä sopeutumisvalmennuskursseihin. Tyypillisesti laitosmuotoista kuntoutusta haetaan terapiakäyntien rinnalle.

Ohjauskäynnit. Ohjauskäynnit ovat yksilöterapioihin erikseen haettavissa olevia, omaisten tai muiden läheisten ohjaamiseen tarkoitettuja käyntejä, jotka voidaan to-

teuttaa ilman kuntoutujan läsnäoloa. Ohjauskäyntien myöntöperusteita muutettiin (L 145/2015) siten, että lähtökohtaisesti terapeutti tekee omaisten ja läheisten ohjausta terapiakäyntien yhteydessä ja erillisiä ohjauskäyntejä myönnetään vain erityisistä perusteista.

Sairauspääryhmä. ICD-10-järjestelmän mukainen sairauspääryhmä, joka saadaan tässä tutkimuksessa kuntoutushakemustietoihin kirjatusta päädiagnoosista. Mikäli kuntoutujalla on ollut useita hakemuksia tarkasteluvuonna, on tieto poimittu vuoden viimeisestä kuntoutushakemuksesta. Päädiagnoosin lisäksi hakijalla voi olla kuntoutushakemukseen kirjattuna yksi tai useampi lisädiagnoosi.

Vammaisetuuden taso. Kuntoutuksen hakemustietoihin on yhdistetty tieto hakemusvuonna maksetuista vammaisetuuksista. Vammaisetuuslaji riippuu hakijan iästä ja elämäntilanteesta, ja niitä ovat alle 16-vuotiaan vammaistuki, 16 vuotta täyttäneen vammaistuki ja eläkkeensaajan hoitotuki. Etuuksia maksetaan kolmen tasoisine: perusmuotoinen tuki, korotettu tuki ja ylin tuki. (L 570/2007.) Näistä vammaisetuuden tasoksi on määritelty korkein hakemusvuonna maksettu vammaisetuus. Mikäli vammaisetuutta ei ole maksettu hakemusvuonna, on tasoksi kirjattu ”ei vammaisetuutta”.

2 Tutkimusasetelma

2.1 Tutkimuksen tavoitteet

Lainmuutoksen seurauksia tutkittiin osana Kelan Muutos-hankkeen Vaativan lääkinällisen kuntoutuksen kolmiosaista tutkimuskokonaisuutta. Tutkimuskokonaisuuden toteutti Kelan tutkimus yhdessä Oulun yliopistollisen sairaalan ja Lapin yliopiston tutkijaryhmän kanssa. Kuntoutuspalvelujen toteutumista lainmuutoksen jälkeen tarkasteltiin sekä asiakkaiden että palveluntuottajien näkökulmista (ks. Härkäpää ym. 2020). Lisäksi selvitettiin, millaisia seuraamuksia kuntoutuksen myöntöedellytysten muuttumisella on ollut kuntoutushakemusten ratkaisutyöhön: miten laaja-alaista toimintakyvyn arviointia tehdään asiakkaan kuntoutustarvetta sekä suoritus- ja osallistumisrajoitetta määriteltäessä (ks. Mäkinen ja Seppänen-Järvelä 2019).

Raportoimme tässä julkaisussa tutkimuskokonaisuuden rekisteritutkimusosion tulokset. Rekisteritutkimuksen tavoite oli selvittää vaativan lääkinällisen kuntoutuksen lainmuutoksen vaikutusta tehtyihin kuntoutuspäätöksiin ja etuuden kohdentumiseen. Tutkimus vastasi seuraaviin kysymyksiin: 1) onko myönteisten ja hylkäävien päätösten määrissä tapahtunut muutosta, 2) ovatko hylkäysperusteet muuttuneet ja 3) onko päätösten kohdentumisessa tapahtunut muutosta lainmuutoksen jälkeen.

2.2 Aineisto ja menetelmät

Tutkimuksen kohderyhmänä olivat vuosina 2014, 2016, ja 2017 Kelan järjestämisvastuulla olevaa lääkinällistä kuntoutusta (vaikeavammaisten lääkinällinen kuntoutus tai vaativa lääkinällinen kuntoutus) hakeneet henkilöt (n = 42 480). Tutkimus toteutettiin retrospektiivisenä poikkileikkaustutkimuksena. Vuotta 2014 käytettiin edustamaan aikaa ennen lainmuutosta, johon vertaamalla voitiin kuvata lainmuutoksen jälkeisiä muutoksia päätösten kohdentumisessa. Lainmuutoksen jälkeistä aikaa tutkimuksessa edustivat vuodet 2016 ja 2017. Lainmuutosvuoden 2016 lisäksi tutkimukseen sisällytettiin vuosi 2017, koska kuntoutustilastoista on nähtävissä viitteitä siitä, että vuonna 2016 hakemusten hylkäysosuus oli aiempiin vuosiin verrattuna poikkeuksellisen suuri; kuntoutustilastoissa käytetty hylkäysprosentti pienenikin vuonna 2017. Lisäksi vuosien 2016 ja 2017 hakijaprofilit eroavat tilastoiden valossa toisistaan muun muassa iän ja sairausryhmien suhteen (Kela 2019c). Näin ollen tutkimusasetelmassa vuosi 2017 edusti kuntoutushakemuksia ja -ratkaisuja vakiintuneemmassa tilanteessa lainmuutosvuoteen 2016 verrattuna. Vuosi 2015 jätettiin tarkastelusta pois, sillä tulevaa lainmuutosta ennakoitiin vuonna 2015 ratkaisijoille jaetussa ohjeistuksessa ja loppuvuodesta 2015 annettiin päätöksiä jo uuden lain mukaisesti.

Rekisteritutkimuksen kohderyhmään kuuluneille henkilöille poimittiin Kelan rekistereistä kuntoutuksen hakemus- ja ratkaisutiedot vaikeavammaisten lääkinällisestä kuntoutuksesta (vuosi 2014) ja vaativasta lääkinällisestä kuntoutuksesta (vuodet 2016 ja 2017). Näihin tietoihin yhdistettiin kuntoutuksen ja vammaisisuuden mak-

sutiedot kuntoutuksen hakemusvuodelta. ICD-10-tautiluokituksen mukaiset diagnoositiedot poimittiin vuoden viimeisestä kuntoutushakemuksesta, ja tiedot sisältävät päädiagnoosin sekä mahdolliset lisädiagnoosit. Tieto hylkäysperusteista saatiin kuntoutuksen ratkaisutiedoista löytyvistä syykoodista, joita on yksi kutakin hylättyä toimenpidettä kohden.

Vammaisuuksissa valittiin vammaistukilajeittain korkein hakemusvuonna maksettu tuen taso, koska aiemmasta vammaisuuksikytköksestä (ennen 1.1.2016) johtuen hakijalla tuli olla korotettu vammaisuus ennen kuin kuntoutus voitiin myöntää. Muutoksenhakuprosessien kautta vammaistuen taso on saattanut muuttua kesken vuoden korkeammaksi, ja hakija on voinut saada myönteisen kuntoutuspäätöksen tämän jälkeen. Toisaalta vammaisuus on voinut vuoden aikana pienentyä esimerkiksi iän tai työkyvyttömyyseläkkeelle siirtymisen vuoksi. Vammaisuuslaji (alle 16-vuotiaan vammaistuki, 16 vuotta täyttäneen vammaistuki tai eläkkeensaajan hoitotuki) riippuu hakijan iästä ja elämäntilanteesta. Etuuksien tasoja on kolme: perusmuotoinen tuki, korotettu tuki ja ylin tuki. (L 570/2007.) Tämän lisäksi on mahdollista, että hakija saa suojattua vammaistukea, joka tuli käyttöön 1.1.1989 voimaan tulleen vammaistukilain myötä, jolloin muutettiin joulukuussa 1988 maksussa olleet invalidirahat suojatuiksi vammaistuuksiksi. Jos suojattu vammaistuki on tämän jälkeen tarkistettu tai hakijalle on myönnetty vammaisuus, on samalla päättynyt oikeus suojattuun vammaisuuksuteen.

Taustatietoina hakijasta käytettiin väestörekisteristä saatavia tietoja: ikää, sukupuolta, asuinkuntaa, siviilisäätystä, äidinkieltä sekä tietoa mahdollisesta kuolinpäivästä. Lisäksi taustatietoja, kuten hakijan ilmoittama työtilanne ennen kuntoutusta, on saatu kuntoutushakemuksista. Kuntoutushakemuksista kerätyt tiedot ovat vuoden viimeisimmästä hakemuksesta.

Koska aiempaa tutkimustietoa ei ollut siitä, kuinka lainmuutos voisi kohdentua, on tutkimuksessa yhdistetty eksploratiivista data-analyysiä sekä monimuuttujamenetelmissä erotteluanalyysiä. Monimuuttujatestauksissa erotteluanalyysissä käytettiin logistisia regressiomalleja, joiden avulla tarkasteltiin myönteiseen vaativan lääkinällisen kuntoutuksen päätökseen yhteydessä olevia tekijöitä. Logistisen regressioanalyysin tulokset raportoidaan ristitulo-suhteiden (OR) ja niille laskettujen 95 prosentin luottamusvälien avulla. Selittävien muuttujien sisällyttämisessä logistiseen regressiomalliin nojaututtiin aiempiin tutkimuksiin sekä hyödynnettiin *step-wise*-menetelmää. Menetelmässä muuttujia lisätään tai poistetaan yksi kerrallaan niin, että lopulliseen malliin jäävät vain merkitsevät selittävät tekijät (Tabachnick ja Fidell 2001, 535.) Tarkastelusta jätettiin pois ne henkilöt, jotka olivat hakemusvuonna yli 64-vuotiaita tai jotka olivat hakeneet tarkasteluvuonna ainoastaan ohjauskäyntejä. Vertailua mallissa tehtiin pelkästään hylkääviä päätöksiä saaneisiin hakijoihin ja selittäviksi tekijöiksi valittiin sukupuoli, ikä (luokiteltuna 0–6, 7–15, 16–24, 25–34, 35–44, 45–54, 55–64), sairauspääryhmä (vuoden ensimmäinen hakemus), vammais-

etuuden taso (ei vammaisetuutta, perus, korotettu, ylin), lisädiagnoosi (kyllä/ei) ja hakijan erityisvastuualue. Kaikki selittävät tekijät valittiin logistiseen regressioanalyysiin yhtäaikaaisesti. Kategoristen muuttujien testaamisessa käytettiin χ^2 -testiä. Koska ikäjakauma ei noudata normaalijakaumaa, käytettiin ikäerojen testaamisessa epäparametrinen Wilcoxonin testiä. Tilastollisen merkitsevyyden rajana on pidetty arvoa $p < 0,05$. Analyysit on tehty SAS- sekä R-ohjelmistoilla, joista SAS-ohjelmistosta käytettiin versiota 9.4 ja R-ohjelmistosta versiota 3.5.2.

Referenssiluokkien valinnassa nojaututtiin aiempiin rekisteritutkimuksiin (esim. Toikka ym. 2015). Sukupuoli-muuttujassa vertailuluokkana käytettiin naissukupuolta. Ikä-muuttujassa referenssiluokkana käytettiin 55–64-vuotiaita, koska tätä ikäluokkaa vanhemmat eivät lain mukaan voi saada vaativaa lääkinällistä kuntoutusta. Sairauspääryhmistä käytettiin referenssiluokkana hermoston sairauksia, sillä hermoston sairaudet ovat toiseksi suurin sairauspääryhmä, ja hermoston sairauksien perusteella myönteisen kuntoutuspäätöksen saaneiden määrä ei ole noussut merkittävästi lainmuutoksen jälkeen. Vammaisetuuksissa referenssiluokka oli ylin vammaisetuus, sillä kyseisen kuntoutujaryhmän vammasta koituvaa haittaa voidaan pitää merkittävämpänä kuin alemmaa vammaisetuutta saavilla. Erityisvastuualueiden tarkastelussa referenssi on Turun yliopistollinen keskussairaala (TYKS), sillä TYKSissä oli erityisvastuualueista suurimmat hylkäysprosentit.

2.3 Rekisteriaineiston kuvailu

Tutkimuksen kohdejoukkoon eli vuosina 2014, 2016 ja 2017 vaativaa lääkinällistä kuntoutusta hakeneisiin kuului yhteensä 42 480 henkilöä. Heistä 21 233 oli hakenut kuntoutusta vuonna 2014. Vuonna 2016 kuntoutusta hakeneita oli 26 064 henkilöä ja vuonna 2017 yhteensä 27 552 henkilöä. Aineistosta on poistettu hakijat, joilla on ollut ohjauskäynnin hakemus eikä muuta kuntoutushakemusta vuoden aikana. Pelkkää ohjauskäyntiä oli hakenut 12 henkilöä vuonna 2014, 24 henkilöä vuonna 2016 ja 13 henkilöä vuonna 2017. Kuntoutuspäätös tehdään 1–3 vuoden ajalle, jolloin kuntoutusta hakevat tarkasteluvuosina osittain samat henkilöt. Kohdejoukkoon kuuluvista henkilöistä kaikkina kolmena tarkasteluvuotena kuntoutusta oli hakenut viidennes ja kahtena vuotena runsas kolmannes. Alle puolet (44,5 %) kohdejoukkoon kuuluvista henkilöistä oli hakenut kuntoutusta vain yhtenä tarkasteluvuotena (taulukko 1, s. 23).

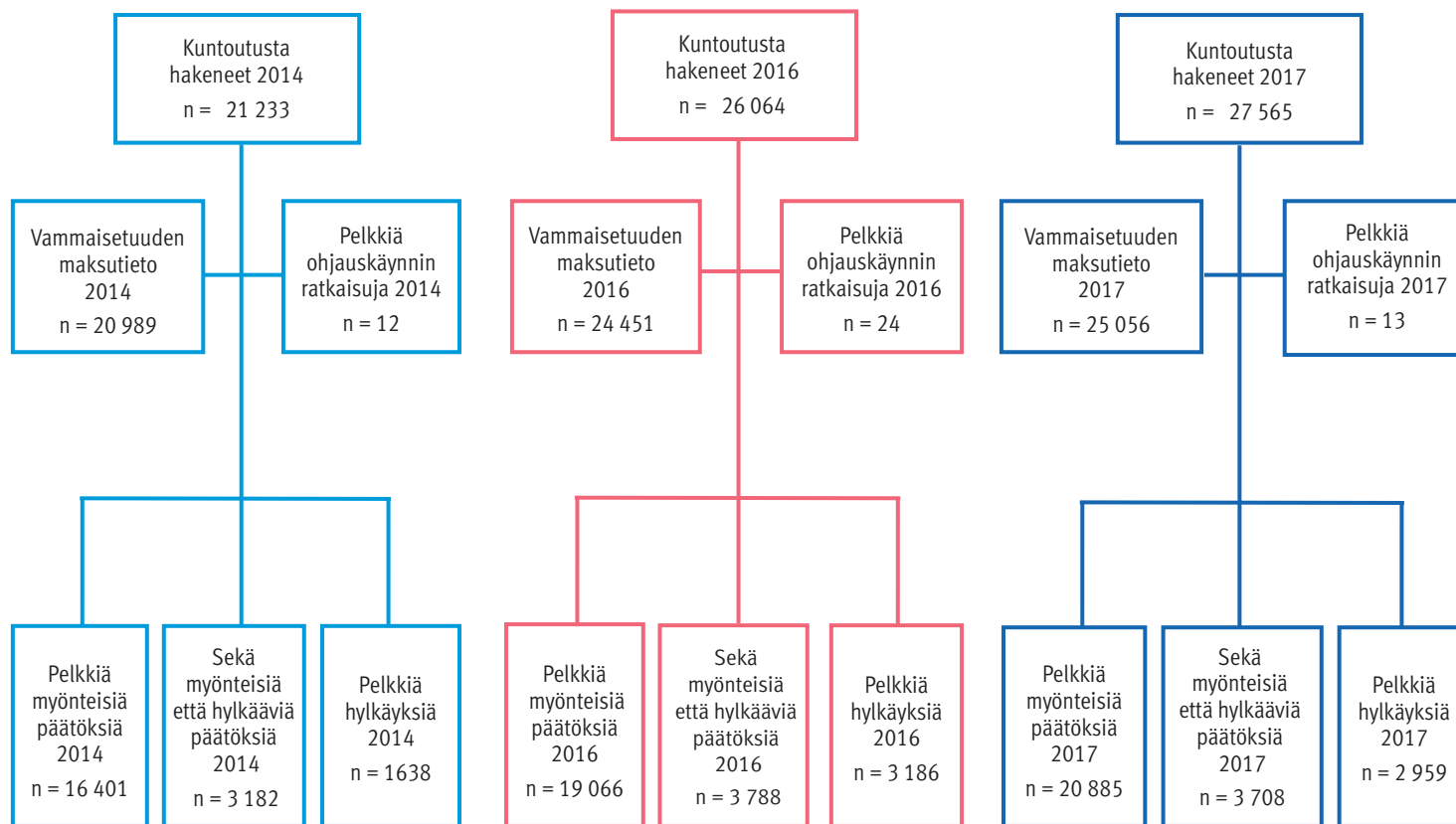
Hakijaa kohden vuonna 2014 myönteisen päätöksen saaneet olivat saaneet keskimäärin 2,8 myönteistä päätöstä ja hylkääviä päätöksiä saaneet olivat saaneet keskimäärin 1,6 hylkäävää päätöstä. Lainmuutosvuonna hylkääviä päätöksiä saaneet olivat keskimäärin saaneet 1,5 hylkäävää päätöstä ja myönteisiä päätöksiä saaneet 2,4 myönteistä päätöstä. Vuonna 2017 myönteisen päätöksen saaneet olivat saaneet keskimäärin 2,2 myönteistä päätöstä ja hylkäävän päätöksen saaneet 1,4 hylkäävää päätöstä.

Taulukko 1. Vaativaa lääkinällistä kuntoutusta hakeneiden hakemusvuodet (n = 42 480).

Hakemuksen vuosi	n	%
Vain 2014	6 178	14,5
Vain 2016	4 674	11,0
Vain 2017	8 087	19,0
2014 ja 2016	4 064	9,6
2014 ja 2017	2 163	5,1
2016 ja 2017	8 486	20,0
2014, 2016 ja 2017	8 816	20,8
Yhteensä	42 480	100

Kuntoutusta hakeneista vammaisuuuden maksutieto oli 20 989 henkilöllä vuonna 2014, mikä on 99,0 prosenttia hakijoista. Vuonna 2016 kuntoutusta hakeneista oli vammaisuuutta maksettu hakemusvuonna 24 451 henkilölle (93,8 % hakijoista) ja vuonna 2017 25 056 henkilölle (90,9 % hakijoista). Rekisteriaineiston muodostuminen on esitetty kuviossa 4 (s. 24).

Kuvio 4. Rekisteriaineiston muodostuminen.



3 Lääkinällisen kuntoutuksen hakijat

3.1 Kelan järjestämävastuulla olevan lääkinällisen kuntoutuksen hakijoiden demografisia tietoja

Alueen ikärakenne eli kuntoutukseen oikeutettujen 0–65-vuotiaiden osuus sekä erityisesti alle 16-vuotiaiden lasten osuus suhteessa alueen muuhun väestöön heijastui hakijamäärien alueellisiin eroihin. Vaativan lääkinällisen kuntoutuksen hakijoiden ikään, sukupuoleen ja terveydentilaan liittyvät tekijät vaihtelivat sekä alueittain että hakemusvuosittain. Vuonna 2014 Kelan järjestämävastuun alaista lääkinällistä kuntoutusta haki yhteensä 21 233 henkilöä (taulukko 2). Heistä valtaosa (59 %) oli miehiä. Hakijoiden ikä vaihteli alle vuodesta 92 vuoteen, keskimäärin hakijat olivat 25-vuotiaita ja iän mediaani oli 14 vuotta. Ikäluokittain tarkasteltuna hakijoista miltei kolmannes kuului 7–15-vuotiaiden ikäryhmään, ja toiseksi suurin hakijaryhmä olivat alle 7-vuotiaat lapset. Yhteensä alle 16-vuotiaita lapsia ja nuoria oli hieman yli puolet hakijoista. Kolmanneksi suurin ikäryhmä olivat 55–64-vuotiaat, ja muihin ikäryhmiin kuului noin kolmannes hakijoista. Kelan järjestämävastuun alaista lääkinällistä kuntoutusta on mahdollista saada 65 ikävuoteen asti. Tämän ikärajan ylittäviä hakijoita oli vuonna 2014 yhteensä 233 henkilöä.

Lakimuutoksen tullessa voimaan vuonna 2016 oli vaativan lääkinällisen kuntoutuksen hakijamäärä noussut 26 064 hakijaan. Miesten osuus hakijoista oli edelleen miltei kaksi kolmasosaa (59 %). Nuorimmat hakijat olivat alle vuoden ikäisiä ja vanhin 89-vuotias. Hakijoiden keskimääräinen ikä laski hieman vuoteen 2014 verrattuna ja oli nyt noin 24 vuotta. Vastaavasti mediaani-ikä laski 13 ikävuoteen. Ikäryhmien osuudet hakijoista pysyivät suhteellisen muuttumattomina: alle 16-vuotiaiden osuus kaikista hakijoista oli hieman yli puolet (54,4 %), ja osuus oli muutaman prosenttiyksikön suurempi kuin vuonna 2014.

Vuonna 2017 vaativan lääkinällisen kuntoutuksen hakijoiden määrä jatkoi kasvuaan ja etuutta haki yhteensä 27 552 henkilöä. Miesten ja naisten osuus hakijoista tai hakijoiden iän keskiarvo ei juuri muuttunut vuoteen 2016 verrattuna. Ikäryhmittäin tarkasteltuna hakijoiden määrä oli noussut erityisesti 7–15-vuotiaiden ikäryhmässä, jossa kasvu vuoteen 2016 oli 1,1-kertainen. Sen sijaan vanhimpien ikäryhmien eli yli 54-vuotiaiden hakijoiden suhteellinen osuus kaikista hakijoista pienentyi.

Taulukko 2. Kuntoutusta hakeneiden demografiset tiedot vuosina 2014, 2016 ja 2017.

	2014		2016		2017	
	n	%	n	%	n	%
Hakijoita	21 233		26 064		27 552	
Sukupuoli						
Mies	12 600	59,3	15 476	59,4	16 326	59,3
Nainen	8 633	40,7	10 588	40,6	11 226	40,7

Taulukko 2 jatkuu.

Jatkoa taulukkoon 2.

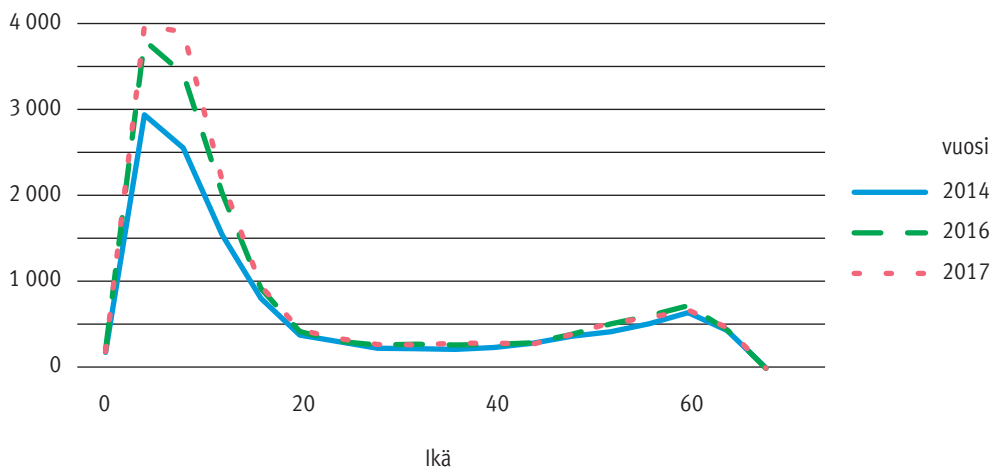
	2014		2016		2017	
	n	%	n	%	n	%
Ikä kuntoutusta hakiessa						
0–6 vuotta	4 616	21,7	5 786	22,2	6 021	21,8
7–15 vuotta	6 451	30,4	8 399	32,2	9 243	33,5
16–24 vuotta	2 033	9,6	2 404	9,2	2 561	9,3
25–34 vuotta	1 284	6,0	1 582	6,1	1 682	6,1
35–44 vuotta	1 370	6,5	1 718	6,6	1 869	6,8
45–54 vuotta	2 090	9,8	2 358	9,0	2 432	8,8
55–64 vuotta	3 156	14,9	3 607	13,8	3 509	12,7
Yli 64 vuotta	233	1,1	210	0,8	248	0,9
Erityisvastuualue						
HYKS	6 483	30,5	8 041	30,9	8 464	30,7
KYS	3 123	14,7	3 476	13,3	3 554	12,9
OYS	4 152	19,6	5 107	19,6	5 561	20,2
TAYS	4 091	19,3	5 101	19,6	5 418	19,7
TYKS	3 377	15,9	4 329	16,6	4 541	16,5
Työtilanne						
Työssä	470	2,2	701	2,7	707	2,6
Työtön	162	0,8	321	1,2	391	1,4
Opiskelija	908	4,3	1 192	4,6	1 302	4,7
Alle 16-vuotias	11 594	54,6	14 785	56,7	15 882	57,6
Eläkkeellä/työkyvyttömyyseläke	6 820	32,1	6 928	26,6	6 747	24,5
Eläkkeellä/muu eläke	403	1,9	478	1,8	506	1,8
Työkyvytön/sairauspäiväraha	296	1,4	655	2,5	805	2,9
Eläkkeellä/kuntoutustuki	522	2,5	890	3,4	1 071	3,9
Muu	42	0,2	8	0,3	114	0,4
Siviilisäät						
Naimaton	17 150	80,8	21 205	81,4	22 612	82,1
Avoliitossa / rekisteröidyssä parisuhteessa	2 481	11,7	3 061	11,7	3 049	11,1
Eronnut	1 379	6,5	1 561	6	1 621	5,9
Leski	181	0,9	176	0,7	191	0,7
Äidinkieli						
Suomi	19 144	90	23 087	88,7	24 068	87,4
Ruotsi	787	3,7	946	3,6	1 083	3,9
Saame ^a	4	0,02	4	0,02	5	0,02
Muu	1 287	6,3	1 984	7,7	2 357	8,7

^a Pohjoissaame.

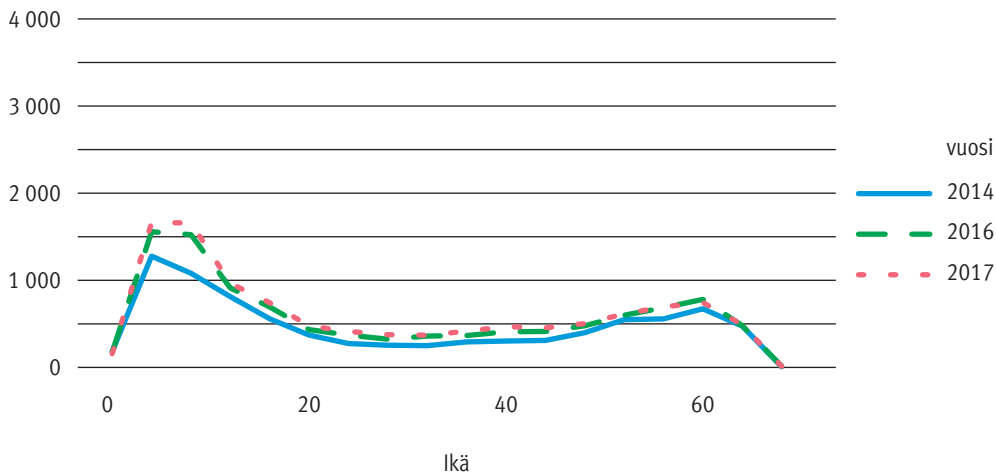
Pääasiassa hakijat olivat alle 16-vuotiaita poikia. Kuviossa 5 on esitetty hakijoiden ikäjakaumat sukupuolittain vuosina 2014, 2016 ja 2017. Molemmilla sukupuolilla suurin ikäryhmä olivat 7–15-vuotiaat. Toiseksi suurimman ikäryhmän muodostivat miespuolisissa hakijoissa alle 7-vuotiaat lapset, kun taas naispuolisissa hakijoissa 55–64-vuotiaat olivat toiseksi suurin ryhmä. Miespuoliset hakijat olivatkin naispuolisia hakijoita keskimäärin nuorempia kaikkina tarkasteluvuosina (liitetaulukko 4).

Kuvio 5. Vaativaa lääkinällistä kuntoutusta hakeneet iän ja sukupuolen mukaan vuosina 2014, 2016 ja 2017.

Hakijoiden määrät, miehet



Hakijoiden määrät, naiset



Hakijoiden nuori ikä vaikuttaa osaltaan siihen, että yli 16-vuotiaat työssä käyvät, työttömät, opiskelijat tai muut työvoiman ulkopuolella olevat muodostavat hakijoista vähemmistön. Esimerkiksi vuonna 2014 runsas puolet hakijoista oli alle 16-vuotiaita ja noin kolmannes oli työkyvyttömyyseläkkeellä, kun tarkastelua tehtiin hakijan ilmoittaman työtilanteen mukaan. Pieni osa (7 %) hakijoista opiskeli tai kuului aktiiviseen työvoimaan (työttömät ja työlliset hakijat). Kaikkina tarkasteluvuosina suhteellisesti useampi mieshakija naishakijoihin verrattuna oli alle 16-vuotias. Naispuoliset hakijat olivat puolestaan miehiä useammin työkyvyttömyyseläkkeellä, työssä, opiskelijana tai työttöminä tai saivat kuntoutustukea tai sairauspäivärahaa (liitetaulukko 4).

Vaikka alle 16-vuotiaiden osuus hakijoista kasvoi eniten, pientä kasvua oli havaittavissa myös työttömien ja työllisten hakijoiden osuuksissa lainsäädännön muutoksen jälkeen. Samanaikaisesti yli 16-vuotiaiden työvoiman ulkopuolella olevien osuus pieneni, pois lukien lähempänä aktiivista työmarkkina-asemaa olevat eli opiskelijat, sairauspäivärahan saajat tai määräaikaisella työkyvyttömyyseläkkeellä olevat. Vuoden 2016 hakijoista työkyvyttömyyseläkkeellä tai muulla eläkkeellä olevien osuus oli vuoteen 2014 verrattuna pienempi ja alle 16-vuotiaiden, opiskelijoiden sekä aktiivisesti työvoimaan kuuluneiden osuudet kasvoivat hienoisesti. Kehitys jatkui samansuuntaisena vuonna 2017. Kuntoutusta edeltäneen työtilanteen mukaan tarkasteltuna lainmuutos on siis aktivoinut erityisesti muita kuin työkyvyttömyyseläkkeellä olevia kuntoutujia hakemaan Kelan vaativaa lääkinällistä kuntoutusta.

Siviilisäädyltään vuoden 2014 hakijoista valtaosa (80,8 %) oli naimattomia, mikä on odotettua hakijoiden painottuessa lapsiin ja nuoriin. Avioliitossa tai rekisteröidyssä parisuhteessa oli noin joka kymmenes hakija ja eronneita oli 6,5 prosenttia. Vaativan lääkinällisen kuntoutuksen lainmuutos ei muuttanut hakijoiden siviilisäädyn jakaamaa, vaan vuosina 2016 ja 2017 se vastasi vuoden 2014 tilannetta.

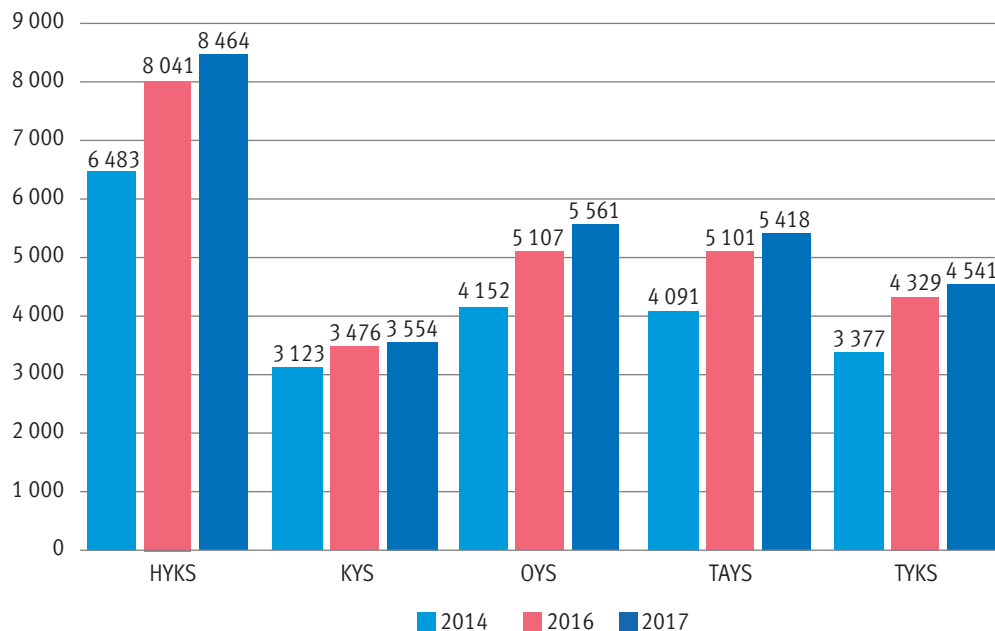
Väestörakenne, kuten lasten ja nuorten osuus alueen asukkaista, vaikutti hakijoiden jakautumiseen alueittain. Suurin osa kuntoutuksen hakijoista oli Helsingin seudun yliopistollisen keskussairaalan (HYKS) erityisvastuualueelta, jossa väestö on nuorempaa ja lasten lukumäärä on suurempi kuin muualla Suomessa. Vuonna 2014 HYKSin erityisvastuualueelta hakijoita oli noin kolmannes (30,5 %). Noin viidesosa oli Oulun yliopistollinen sairaalan (OYS) ja Tampereen yliopistollisen sairaalan (TAYS) erityisvastuualueilta. Turun yliopistollisen sairaalan (TYKS) alueelta oli noin 16 prosenttia hakijoista, ja miltei yhtä suuri osuus (14,7 %) oli Kuopion yliopistollisen sairaalan (KYS) erityisvastuualueelta.

Hakijoiden alueellisessa jakaumassa ei tapahtunut suurta muutosta lainmuutoksen tultua voimaan vuonna 2016. Sen sijaan hakijamäärän alueellisessa kasvussa oli eroa: vuonna 2017 hakijoiden määrä kasvoi vuoteen 2014 verrattuna noin kolmanneksella kaikilla muilla erityisvastuualueilla paitsi KYSin alueella, jossa hakijamäärä kasvoi vain noin 15 prosenttia (kuvio 6, s. 29).

Kuntoutukseen hakeutumisalttiutta voidaan tarkastella myös suhteuttamalla erityisvastuualueen hakijamäärät alueen 10 000:ta iältään 0–65-vuotiasta asukasta kohden. Tällä tavoin tarkasteltuna Kelan järjestämistä vastuulla olevaan kuntoutukseen hakeuduttiin aktiivisimmin vuonna 2014 OYSin erityisvastuualueelta (68/10 000) ja vähiten HYKSin erityisvastuualueelta (41/10 000). KYSin ja (48/10 000) ja TYKSin erityisvastuualueilta (47/10 000) hakeuduttiin lähes yhtä aktiivisesti kuntoutukseen. TAYSin erityisvastuualueelta hakijoita oli suhteessa hieman vähemmän (46/10 000). Lainmuutoksen jälkeisinä vuosina hakijoiden määrä suhteutettuna 10 000:ta asukasta kohden kasvoi kaikilla erityisvastuualueilla. Eniten hakijoita oli jälleen OYSin alueelta (85/10 000) ja vähiten HYKSin alueelta (50/10 000). Vuonna 2017 hakeneiden määrä 10 000 asukasta kohden oli kasvanut edelliseen vuoteen verrattuna erityisesti OYSin erityisvastuualueella (93/10 000).

Sukupuolittain tarkasteltuna hakeneisuudessa ei ollut suuria alueellisia eroja. Molemmat sukupuolet olivat kaikkina tarkasteluvuosina hakeneet kuntoutusta eniten OYSin alueella ja vähiten HYKSin alueella. Samaten ikäryhmittäisessä tarkastelussa havaittiin, että tarkasteluvuosina oli aktiivisimmin kuntoutukseen hakeuduttu OYSin alueelta.

Kuvio 6. Hakijoiden määrä erityisvastuualueittain vuosina 2014, 2016 ja 2017.



Koska vaativa lääkinällinen kuntoutus kohdentuu alle 65-vuotiaisiin, vaikuttaa esimerkiksi alueen väestön ikäprofiili mahdollisten vaativaan lääkinälliseen kuntoutukseen oikeutettujen määrään. Liitetaulukkoissa 1, 2 ja 3 on esitetty tietoja hakijoista erityisvastuualueittain (erva) vuosina 2014, 2016 ja 2017. Hakijat erosivat tilastollisesti merkitsevästi ($p < 0,001$) toisistaan kaikkina tarkasteluvuosina sukupuoli-, ikä- ja työtilannejakauman suhteen. Muihin erityisvastuualueisiin verrattuna HYKSin ja OYSin alueilla miesten osuus hakijoista oli suurin kaikkina tarkasteluvuosina. TAYSin alueella miesten osuus hakijoista taas oli pienin. Alle 16-vuotiaiden osuus hakijoista oli suurin HYKSin alueella ja pienin KYSin alueella. Esimerkiksi vuonna 2017 HYKSin alueella kaksi kolmesta hakijasta oli alle 16-vuotiaita, kun taas KYSin alueella hieman alle puolet (47,7 %) hakijoista kuului tähän ikäryhmään. Vastaavasti työkyvyttömyyseläkkeellä olevien hakijoiden osuus oli suurin KYSin alueella, jossa hakijat olivat myös keskimäärin iäkkäämpiä kuin muilla erityisvastuualueilla.

Vuonna 2014 suomi oli äidinkielenä 90,6 prosentilla, ruotsi 3,6 prosentilla ja pohjoissaame alle 0,1 prosentilla hakijoista. Muita kuin Suomen virallisia kieliä puhui äidinkielenään hakijoista noin kuusi prosenttia. Vuosina 2016 ja 2017 vaativan lääkinällisen kuntoutuksen hakijoiden äidinkielen jakaumassa ei tapahtunut suuria muutoksia. Molempina vuosina muiden kuin Suomen virallisten kielten osuus nousi hieman. Erityisvastuualueet eroavat toisistaan kielijakauman suhteen (liitetaulukot 1, 2 ja 3) tilastollisesti merkitsevästi ($p < 0,001$) tarkasteluvuosina. Ruotsinkielisten osuus oli suurin TYKSin alueella, jossa noin kymmenesosalla hakijoista ruotsi oli merkitty äidinkieleksi. Muita kuin suomea ja ruotsia äidinkielenään puhuvia oli puolestaan eniten HYKSin erityisvastuualueella.²

3.2 Vaativaa lääkinällistä kuntoutusta hakeneiden diagnoosit ja vammaisetuudet

3.2.1 Hakijoiden sairauspääryhmät

Vammaisetuskytköksen poistuttua selkeitä muutoksia voidaan havaita hakijoiden osuuksissa sairauspääryhmittäin. Merkille pantavaa on se, että hakijamäärät ovat tarkasteluvuosina pysyneet suhteellisen tasaisina kaikissa muissa sairauspääryhmissä lukuun ottamatta mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöt (mth) -sairausryhmää. Mth-sairauspääryhmän diagnoosin perusteella kuntoutusta hakevien määrä on kuitenkin vuonna 2017 lähes puolitoistakertainen vuoteen 2014 verrattuna (taulukko 3, s. 31).

Vuonna 2014 vaativaa lääkinällistä kuntoutusta hakeneista miltei puolella (45,6 %) oli pääsairautena jokin mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöt -ryhmään kuuluva diagnoosi. Noin neljänneksellä hakijoista (23,3 %) oli hermoston sairaudet -ryhmän diagnoosi ja synnynnäiset epämuodostumat -ryhmän diagnoosi oli noin joka kymmenennellä hakijalla (10,4 %). Vuonna 2014 verenkierroelinten sairau-

2 Tieto hakijoiden äidinkielestä saatiin väestörekisteristä. Tietoon liittyy kuitenkin varauksia, sillä esimerkiksi kaksi- tai useampikieliset henkilöt eivät voi ilmoittaa äidinkielekseen useampaa kuin yhden kielen (ks. esim. Räsänen 2019).

det oli diagnosoitu pääsairauksiksi 6,6 prosentilla, tuki- ja liikuntaelinten sairaudet 4,1 prosentilla sekä vammat ja myrkytykset 3,1 prosentilla hakijoista. Miehillä oli naisia useammin päädiagnoosina mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöt (53 % vs. 35 %), kun taas naisilla oli miehiä useammin päädiagnoosina jokin hermoston sairaus (30 % vs. 19 %). Lisäksi naishakijoilla diagnoosi kuului miehiä useammin ryhmään tuki- ja liikuntaelinten sairaus (tule-sairaus) tai synnynnäiset epämuodostumat (liitetaulukko 4).

Lainmuutosvuonna 2016 mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöt -ryhmän diagnoosi oli useammalla kuin joka toisella (51,2 %) hakijalla. Muiden sairausryhmien diagnoosien osuudet hakijoilla pienenevät. Toiseksi suurin sairauspäryhmä oli hermoston sairaudet, joita oli runsaalla viidenneksellä (20,9 %) hakijoista, ja kolmanneksi yleisin sairauspäryhmä oli synnynnäiset epämuodostumat (8,7 %). Vuonna 2017 mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöt -ryhmän osuus hakijoiden päädiagnooseissa oli kasvanut jo 54,5 prosenttiin.

Useimmilla hakijoilla oli hakemustietoihin kirjattu yksi tai useampi lisäsairaus. Vuonna 2014 hakijoista tällainen lisäsairautieto oli useammalla kuin joka toisella hakijalla (53,7 %) (taulukko 3). Vuosina 2016 ja 2017 kirjattujen lisäsairauksien osuus oli hienoisesti suurempi kuin vuonna 2014 hakijoiden keskuudessa. Vuonna 2016 lisäsairautieto oli 55,9 prosentilla ja vuonna 2017 hakeneista 56,1 prosentilla.

Taulukko 3. Vaativaa lääkinällistä kuntoutusta vuosina 2014, 2016 ja 2017 hakeneiden sairauspäryhmittä ja tieto lisäsairauksista.

	2014		2016		2017	
	n	%	n	%	n	%
Hakijoita, n	21 233		26 064		27 552	
Sairauspäryhmä						
Umpierityksen ja aineenvaihdunnan sairaudet	311	1,5	327	1,3	330	1,2
Mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöt	9 679	45,6	13 342	51,2	15 013	54,5
Hermoston sairaudet	4 943	23,3	5 452	20,9	5 371	19,5
Verenkiertoelinten sairaudet	1 402	6,6	1 563	6	1 547	5,6
Tuki- ja liikuntaelinten sairaudet	860	4,1	991	3,8	1 000	3,6
Synnynnäiset epämuodostumat	2 216	10,4	2 266	8,7	2 233	8,1
Vammat/myrkytykset	651	3,1	757	2,9	770	2,8
Muu sairaus	1 171	5,4	1 366	5,2	1 301	4,7
Lisäsairaus						
Ei	9 839	46,3	11 482	44,1	12 094	43,9
Kyllä	11 394	53,7	14 582	55,9	15 471	56,1

3.2.2 Mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöt

Kuntoutusta hakeneiden diagnooseissa suurin sairauspuoryhmä oli mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöt, ja kyseiseen sairausryhmään kuuluvan diagnoosin saaneiden hakijoiden määrä kasvoi lainmuutoksen jälkeen (taulukko 4). Osittain kasvu selittyy vammaisetuskytköksen purkamisella: eniten kasvoi psyykkisen kehityksen häiriöt -diagnoosin saaneiden hakijoiden osuus. Tämä diagnoosi ei välttämättä oikeuta vähintään korotettuun vammaisetuuteen. Vuonna 2014 mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöiden sairausryhmässä hakijoiden suurimmat yksittäiset diagnoosiryhmät olivat psyykkisen kehityksen häiriöt (54,5 %), älyllinen kehitysvammaisuus (28,4 %) sekä tavallisesti lapsuus- tai nuoruusiässä alkavat käytös- ja tunnehäiriöt (10,8 %). Lainmuutoksen jälkeen hakijamäärä oli vuoden 2014 määrää suurempi kaikissa muissa diagnoosiryhmissä paitsi älyllinen kehitysvammaisuus -ryhmässä. Psyykkisen kehityksen häiriöt -alaryhmä oli edelleen yleisin diagnoosiryhmä mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöt -ryhmässä. Vuosina 2016 ja 2017 psyykkiset kehityksen häiriöt -ryhmään kuuluva diagnoosi oli jo yli puolella niistä hakijoista, joilla oli jokin mth-diagnoosi päädiagnoosina. Psyykkisen kehityksen häiriöihin lukeutuvat mm. puheen ja kielen kehityshäiriöt, motoriikan kehityshäiriöt, monimuotoiset kehityshäiriöt sekä laaja-alaiset kehityshäiriöt, kuten lapsuusiän autismi. Vuosina 2016 ja 2017 älyllinen kehitysvammaisuus -ryhmän diagnoosien osuus mth-ryhmän diagnoosin saaneista hakijoista oli pienempi kuin vuonna 2014.

Taulukko 4. Mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöt -ryhmän diagnoosit alaryhmittäin vuosina 2014, 2016 ja 2017 vaativaa lääkinällistä kuntoutusta hakeneilla.

	2014	2016	2017
Mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöt -puoryhmän diagnoosi, n	9 679	13 342	15 013
Diagnoosiryhmä, %			
Mielialahäiriöt (F30–F39)	2,1	3,4	4,2
Neuroottiset, stressiin liittyvät ja somatoformiset häiriöt (F40–F48)	2,5	3,5	4,0
Älyllinen kehitysvammaisuus(F70–F79)	28,4	22,0	19,7
Psyykkisen kehityksen häiriöt (F80–F89)	54,5	56,2	56,9
Tavallisesti lapsuus- tai nuoruusiässä alkavat käytös- ja tunnehäiriöt (F90–F99)	10,8	13	13,1
Muu mth-ryhmän diagnoosi	1,7	1,9	2,0

3.2.3 Vammaisetaudet

Lainmuutoksen jälkeen ilman vammaisetautta jääneiden hakijoiden määrä lisääntyi, mutta enemmistö hakijoista sai edelleen korotettua vammaisetautta. Vuonna 2014 valtaosalla (72,1 %) hakijoista korotettu vammaisetus oli tasoltaan korkein vuoden aikana maksettu vammaisetus (taulukko 5, s. 33), ja noin neljännekselle (23,8 %) hakijoista maksettiin ylintä vammaisetautta. Pienellä osalla hakijoista (3,9 %) hake-

musvuoden korkein vammaisetuus oli perusmuotoinen tuki tai vammaisetuutta ei maksettu heille lainkaan. Vammaisetuuskytköksen poistuttua vammaisetuuden taso ei enää määrittänyt oikeutta kuntoutukseen.

Kuitenkin vuonna 2016 suurimmalla osalla (60 %) hakijoista korotettu vammaisetuus oli hakemusvuoden korkein maksettu vammaisetuus ja vajaa viidennes sai (17,2 %) ylintä vammaisetuutta. Vammaisetuuskytköksen poistuminen näkyy kuitenkin vuoden 2016 hakijaprofilissa siten, että runsaalle viidennekselle vammaisetuutta ei maksettu lainkaan tai etuus oli tasoltaan perusmuotoinen. Kyseinen hakijaryhmä ei olisi ollut oikeutettu Kelan järjestämisvastuun alaiseen lääkinälliseen kuntoutukseen vanhoilla myöntökriteereillä. Vuonna 2017 sellaisten hakijoiden, jotka eivät saaneet mitään vammaisetuutta tai joilla etuus oli perusmuotoinen, osuus oli kasvanut jo yli kolmannekseen kaikista hakijoista. Edelleen vajaa puolet hakijoista sai kuitenkin korotettua vammaisetuutta, ja ylintä vammaisetuutta saavia oli nyt noin 15 prosenttia. On kuitenkin huomattava, että lainmuutosta edeltävänä vuotena 2015 vammaisetuuksissa 1.6. voimaan tullut lainmuutos (L 145/2015) muutti vammaisetuuksien myöntökriteereitä ja erityisesti alle 16-vuotiaiden perusvammaistuen saajien määrä kasvoi.³ (Ks. esim. Koskenvuo ym. 2018.)

Taulukko 5. Hakemusvuoden korkein maksussa ollut vammaisetuuden taso vuosina 2014, 2016 ja 2017 vaativaa lääkinällistä kuntoutusta hakeneilla.

	2014		2016		2017	
	n	%	n	%	n	%
Hakijoita, n	21 233		26 064		27 552	
Vammaisetuuden korkein taso						
Ei vammaisetuutta	244	1,1	1 613	6,2	2 498	9,1
Perus	597	2,8	4 266	16,4	7 372	26,7
Korotettu	15 318	72,1	15 669	60,1	13 439	48,8
Ylin	5 060	23,8	4 496	17,2	4 247	15,4

Sukupuolittain tarkasteltuna (liitetaulukko 4) vuonna 2014 useampi mieshakija sai korotettua vammaisetuutta (74 % vs. 70 %), kun taas useampi naishakija sai ylintä vammaisetuutta (26 % vs. 22 %). Lähes yhtä suuri osuus miehistä ja naisista sai perusmuotoista vammaisetuutta vuonna 2016, mutta vuonna 2017 hakijoista useammalla miehellä kuin naisella perusmuotoinen vammaisetuus oli korkein etuus (29 % vs. 24 %). Lisäksi naisista suhteellisesti suuremmalle osuudelle ei lainkaan maksettu

3 Laki vammaisetuuksista muuttui 1.6.2015 alkaen (HE 255/2014). Muutoksen tavoitteena oli yhdenmukaistaa tapaa, jolla erityiskustannuksia eri vammaisetuuksissa huomioidaan. Muutoksen jälkeen laki painottaa aiempaa enemmän hakijan tuen tarvetta kuin vammasta tai sairaudesta aiheutuvia erityiskustannuksia. Lainmuutos on kasvattanut erityisesti 16 vuotta täyttäneen perusvammaistukea saavien määriä nuorilla, joilla on diagnoosina jokin mielenterveyden tai käyttäytymisen häiriö (Koskenvuo ym. 2018).

vammaisetautta (11 % vs. 7 %). Sen sijaan korotetun vammaisetauden ja ylimmän vammaisetauden jakaumissa ei tapahtunut sukupuolittain tarkasteltuna muutosta vuoteen 2014 verrattuna.

Vaativan lääkinällisen kuntoutuksen hakijaprofiilit eroavat ($p < 0,001$) vammaisetausjakauman suhteen erityisvastuualueittain kaikkina tarkasteluvuosina, mutta erot eivät olleet suuria (liitetaulukot 1, 2 ja 3). Vuosina 2016 ja 2017 TAYSin alueella oli muihin erityisvastuualueisiin verrattuna suhteellisesti hieman enemmän ilman vammaisetautta olevia hakijoita ja OYSin alueella vähiten. Perusvammaisetautta korkeimpana vammaisetautena saavien hakijoiden osuus oli puolestaan suurin HYKSin alueella lainmuutoksen jälkeisinä vuosina. Korotettua etuutta saavia hakijoita oli vuosina 2016 ja 2017 eniten OYSin alueella ja ylintä tukea saavia KYSin alueella.

Erityisvastuualueet erosivat diagnoosijakaumien suhteen toisistaan kaikkina vuosina tilastollisesti merkitsevästi ($p < 0,001$). HYKSin erityisvastuualueella oli mth-sairauksien osuus hakijoiden diagnooseista yleisin: useampi kuin joka toinen hakija haki kyseisen diagnoosin perusteella vaativaa lääkinällistä kuntoutusta. Merkittäväntä mth-diagnoosien kasvu oli kuitenkin TYKSin erityisvastuualueella, jossa mth-diagnoosien osuus oli vuonna 2014 noin 43 prosenttia, mutta vuonna 2016 osuus nousi jo 50 prosenttiin. Hermoston sairauksien diagnoosien osuuksissa erityisvastuualueittain tapahtui myös muutoksia: vuonna 2014 hermoston sairauksien diagnoosien osuus kuntoutusta hakeneilla oli suurin TYKSin alueella, mutta vuosina 2016 ja 2017 osuus oli jo suurempi KYSin alueella. Muutos ei johdu hermoston sairauksia sairastavien hakijoiden määrän erityisestä kasvusta KYSin alueella vaan oikeammin siitä, että KYSin alueella kyseisen sairausryhmän osuus kaikista hakijoiden diagnooseista pieneni vähemmän kuin muilla alueilla. Verenkierroelinten sairauksien osuus vaihteli huomattavasti erityisvastuualueittain ja sairausryhmän osuus oli kaikkina tarkasteluvuosina suurin KYSin alueella ja pienin HYKSin alueella.

4 Vaativan lääkinällisen kuntoutuksen myönteisten ja hylkäävien päätösten kohdentuminen

Taustoitamme aluksi luvussa 4.1 myönteisten ja hylkäävien päätösten jakaumia kuntoutuksen toteutusmuodoittain, sillä kuntoutujat saavat erilliset ratkaisut kaikkiin hakemiinsa kuntoutusmuotoihin. Taustoituksen jälkeen raportoimme hylkäävien ja myönteisten päätösten kohdentumisen sosiodemografisen taustan mukaan luvussa 4.2 ja diagnoosien ja vammaisuuksien mukaan luvussa 4.3. Myöhemmin luvussa 6 huomioimme taustamuuttujat yhtä aikaa logistisessa regressiomallissa.

Luvussa 4.4 raportoimme tarkempia tietoja hylkäävistä ja myönteisistä päätöksistä terapialajeittain. Terapialajeittainen tarkastelu on tärkeää, koska yhden terapiamuodon saaminen voi olla kuntoutujalle tarkoituksenmukaista ja eri terapiamuodoissa painottuvat erityyppiset hakijaryhmät. Lainmuutoksen myötä painottui erityisesti haettavan kuntoutuksen tarpeellisuuden arviointi siten, että jokaisen myönnettävän toteutusmuodon tuli olla kuntoutujan yksilöllisessä tilanteessa tarpeen mahdollistamaan arjen suoriutumista ja osallistumista.

4.1 Myönteiset ja hylkäävät päätökset toteutusmuodoittain

Vuosien 2014, 2016 ja 2017 vaativan lääkinällisen kuntoutuksen päätökset ovat kuntoutuksen toteutusmuodon mukaan jaoteltuna taulukossa 6 (s. 36). Yksilöterapiaa koskevilla päätöksillä hylkäysprosentti on ollut vuonna 2016 vajaa kolme prosenttiyksikköä suurempi vuoteen 2014 verrattuna. Myönteisten päätösten määrä on samalla aikavälillä kasvanut 39 577 päätöksestä 43 736 päätökseen. Vuonna 2017 yksilöterapian hylkäysprosentti pieneni ja myönteisten päätösten määrä kasvoi 47 305 päätökseen. Yksilöterapiaoihin liittyvien ohjauksikäytien sekä laitos- ja kurssimuotoisen kuntoutuksen hylkäävien päätösten määrissä tapahtui kuitenkin vuoteen 2014 verrattuna merkittävä muutos: ohjauksikäytien hylkäysosuus nousi 9,2 prosentista 38,8 prosenttiin ja laitos- ja kurssimuotoisessa kuntoutuksessa 30,4 prosentista 43,9 prosenttiin. Yhdessä ne nostavat vaativan lääkinällisen kuntoutuksen kokonaisyhdyksosuutta. Ohjauksikäynteihin ja laitosjaksoihin liittyvät hylkäykset selittivätkin runsaan kolmanneksen hylkäyksistä vuonna 2014 ja jo lähes puolet hylkäyksistä vuonna 2016.

Kuntoutusmuodoittain tarkasteltuna myönteiset päätökset koskivat vuoteen 2014 verrattuna lainmuutoksen jälkeen aiempaa enemmän erityisesti puheterapiaa, toimintaterapiaa ja psykoterapiaa. Sen sijaan musiikkiterapiasta, ratsastusterapiasta ja yksilöllisistä laitoskuntoutusjaksoista tehtyjen myönteisten päätösten määrä oli lainmuutoksen jälkeisinä vuosina pienempi kuin vuonna 2014. Myös kaikkia kuntoutusmuotoja koskevat hylkäysosuudet kasvoivat lainmuutoksen jälkeisinä vuosina puheterapiaa lukuun ottamatta. Psykoterapian ja sopeutumisvalmennuskurssien kohdalla hylkäysosuuden kehitys on ollut mielenkiintoinen: lainmuutosvuonna hylkäysosuus ensin nousi voimakkaasti verrattuna vuoteen 2014 ja sen jälkeen laski vuonna 2017 lähes vuoden 2014 tasolle.

Taulukko 6. Kelan järjestämän lääkinällisen kuntoutuksen päätökset ilman lakkautuksia toteutusmuodoittain.

	2014		2016		2017	
	Myönnöt	Hylkäys %	Myönnöt	Hylkäys %	Myönnöt	Hylkäys %
Kuntoutuksen toteutusmuoto						
Monimuoto	25	37,5	24	57,9	16	66,7
Ohjauskäynti	11 194	9,2	6 464	38,8	3 569	31,2
Perheterapia	71	29,7	109	30,1	191	15,9
Ryhmäterapia	556	13,8	735	16,9	724	16,6
Yksilöterapia	39 577	11,5	43 736	14,2	47 305	12,8
Laitos- tai kurssimuotoinen kuntoutus	4 132	30,4	3 451	43,9	3 341	41,3
Kaikki	51 423	12,9	51 068	20,8	51 805	16,7

Taulukko 7. Kelan järjestämän lääkinällisen kuntoutuksen päätökset ilman lakkautuksia kuntoutusmuodoittain ja sisältäen terapian erityistoteutusmuodot. Henkilöllä voi olla useita päätöksiä eri kuntoutusmuotoihin.

	2014		2016		2017	
	Myönnöt	Hylkäys %	Myönnöt	Hylkäys %	Myönnöt	Hylkäys %
Kuntoutusmuoto						
Fysioterapia	10 630	6,7	10 949	11,4	11 018	10,5
Toimintaterapia	5 590	10,3	7 185	13,0	8 069	11,6
Puheterapia	6 666	6,6	8 641	6,6	9 349	6,7
Musiikkiterapia	1 328	10,7	1 137	17,9	1 042	18,9
Psykoterapia	779	20,6	1 246	30,0	1 652	21,9
Neuropsykologinen kuntoutus	364	29,7	548	34,1	625	33,2
Päiväkuntoutus ^a	19	42,4	20	59,2	15	63,4
Sopeutumisvalmennuskurssi	871	10,8	857	17,6	1 059	10,5
Muu yksilöllinen laitosmuotoinen kuntoutus	2 580	27,8	2 062	43,7	1 753	46,4
Terapian erityismuoto						
Allasterapia ^a	4 492	8,5	3 916	13,1	3 834	11,4
Kuvataideterapia ^a	73	25,5	105	23,9	107	30,1
Lymfaterapia ^a	546	22,6	511	31,7	416	37,8
Ratsastusterapia ^a	1 226	25,2	1 131	32,9	970	34,3

^a Lymfaterapia ja allasterapia ovat fysioterapian erityismuotoja. Kuvataideterapia on psykoterapian erityismuoto. Ratsastusterapia voi toteutua sekä fysioterapian että toimintaterapian erityismuotona. 1.1.2019 alkaen Kelan palveluvalikoimasta poistettiin lymfaterapia sekä päiväkuntoutus ja ratsastusterapiasta on tehty itsenäinen kuntoutusmuoto.

Koska suuri osa ohjauskäynteihin liittyvistä hakemuksista hylätään ja koska ohjauskäyntiä ei voi saada erillään varsinaisista terapiakäynneistä, on seuraavissa tarkasteluissa ohjauskäynnit pääosin rajattu tarkasteltavista myönteisistä ja hylkäävistä päätöksistä pois. Tämä on tarkoituksenmukaista, kun tarkastellaan Kelan järjestämisvastuulla olevaan lääkinälliseen kuntoutukseen oikeutettuja ja hylkäävän päätöksen saaneita.

4.2 Hylkäävät ja myönteiset päätökset sosiodemografisen taustan mukaan

Taulukossa 8 (s. 38) esitetään myönteiset ja hylkäävät kuntoutuspäätökset kuntoutujien sosiodemografisten taustatekijöiden mukaan vuosina 2014, 2016 ja 2017. Tarkastelussa myönteinen päätös on määritelty siten, että hakija on kyseisenä vuonna saanut vähintään yhden myönteisen kuntoutuspäätöksen eli hakija on ollut oikeutettu KKRL 9–10 pykälien mukaiseen kuntoutukseen. Hylkäävä päätös puolestaan tarkoittaa, että hakija on saanut tarkasteluvuonna hakemuksiinsa ainoastaan hylkääviä päätöksiä. Ohjauskäynnit eivät sisälly tarkasteluun.

Sukupuolten välillä ei ollut vuonna 2014 tilastollisesti merkitsevää eroa myönteisten ja hylkäävien päätösten jakaumissa ($p = 0,34$). Lainmuutosvuonna 2016 myönteisen kuntoutuspäätöksen saajissa oli enemmän miehiä ($p < 0,001$). Ero myönteisen päätöksen jakaumissa sukupuolten välillä säilyi merkitsevänä kuntoutuspäätöksissä myös vuonna 2017.

Ikä ja sukupuoli olivat kuntoutuspäätöksissä yhteydessä siten, että sekä myönteisiä että hylkääviä päätöksiä sai suurempi osuus alle 16-vuotiaista miehistä. Vuonna 2014 myönteisen kuntoutuspäätöksen saajista vajaa kaksi kolmesta oli alle 16-vuotiaita, kun naisilla vastaava osuus oli alle puolet. Samaten hylkääviä päätöksiä saaneista miehistä runsas puolet oli alle 16-vuotiaita, kun taas naisissa alle 16-vuotiaita oli hylkäyksen saaneista ainoastaan runsas kolmannes. Naisista sekä hylkääviä että myönteisiä päätöksiä saivat vanhemmat ikäryhmät verrattuna miespuolisiin hakijoihin.

Vuonna 2016 myönteisen kuntoutuspäätöksen saajista alle 16-vuotiaita oli miehistä 64,8 prosenttia ja naisissa 43,6 prosenttia. Sen sijaan hylkäävän päätöksen saaneista miehistä alle 16-vuotiaita oli 52,7 prosenttia ja naisista 25,7 prosenttia. Edelleen vuonna 2017 myönteisen päätöksen saaneista miehistä alle 16-vuotiaiden osuus nousi kahteen kolmannekseen, kun naisilla osuus pysyi alle puolessa. Lisäksi hylkäyksissä alle 16-vuotiaiden osuus laski miehillä puoleen ja naisilla osuus pysyi vakiona.

Taulukko 8. Vaativasta lääkinällisestä kuntoutuksesta päätöksen saaneiden taustatietoja vuosina 2014, 2016 ja 2017.

	2014		2016		2017	
	Myöntö	Hylky	Myöntö	Hylky	Myöntö	Hylky
	19 583	1 638	22 854	3 186	24 593	2 959
Sukupuoli	p = 0,34		p < 0,001		p < 0,001	
Mies	59,4	58,2	60,3	52,5	60,1	51,9
Nainen	40,6	41,8	39,7	47,5	39,9	48,1
Ikä kuntoutusta hakiessa	p < 0,001		p < 0,001		p < 0,001	
0–6 vuotta	22,4	13,7	23,9	9,7	23,3	10,1
7–15 vuotta	30,1	33	32,5	30,2	34,2	28,0
16–24 vuotta	9,6	9,8	9	11	9,0	12,1
25–34 vuotta	6,0	7	5,7	8,4	5,8	8,4
35–44 vuotta	6,4	6,8	6,2	9,4	6,4	9,9
45–54 vuotta	9,8	10,1	8,6	12,4	8,4	12,6
55–64 vuotta	15,0	13,7	13,6	15,5	12,5	15,0
Yli 64 vuotta	0,7	5,9	0,4	3,4	0,5	4,0
Eriytysvastuualue	p < 0,001		p < 0,001		p < 0,001	
HYKS	31,2	22	31,9	23,2	31,2	26,6
KYS	14,5	17,6	12,8	17,4	12,7	14,4
OYS	19,6	19,4	20,1	16	20,6	17
TAYS	19,2	19,5	19,4	20,8	19,6	20,2
TYKS	15,5	21,3	15,8	22,6	15,9	21,7
Työtilanne	p < 0,001		p < 0,001		p < 0,001	
Työssä	2,2	2,6	2,2	6,4	2	7
Työtön	0,7	1,3	0,9	4	1	4,6
Opiskelija	4,2	5,1	4,2	7,2	4,4	7,7
Alle 16-vuotias	55	49	58,7	42,3	59,7	40,6
Eläkkeellä/työkyvyttömyyseläke	32,5	27,7	27	23,8	24,6	23,9
Eläkkeellä/muu eläke	1,6	5,5	1,6	3,3	1,7	3,2
Työkyvytön/sairauspäiväraha	1,3	3	2,1	5,2	2,6	5,8
Eläkkeellä/kuntoutustuki	2,2	5,5	3	6,6	3,6	6,2
Muu	0,3	0,4	0,3	1,1	0,4	1,1
Siviilisäätty	p < 0,001		p < 0,001		p < 0,001	
Naimaton	81,3	74	82,8	71,2	83,5	70,6
Avoliitossa / rekisteröidyssä parisuhteessa	11,4	15,1	10,9	18,3	10,2	18,3
Eronnut	6,3	9	5,5	9,4	5,4	9,7
Leski	0,8	1,9	0,6	0,9	0,6	1,1

4.2.1 Päätöksen saaneiden ikäjakauma

Myönteisen päätöksen saaneet olivat keskimäärin nuorempia kuin hylkäävän päätöksen saaneet (taulukko 8). Vuonna 2014 ikäryhmittäin tarkasteltuna alle 7-vuotiaat lapset ja 55–64-vuotiaat saivat suhteellisesti useammin myönteisen päätöksen. Esimerkiksi 0–6-vuotiaiden lasten osuus oli myönteisen päätöksen saaneista 9 prosenttisyksikköä suurempi kuin hylkäyksistä. Sen sijaan muilla ikäryhmillä tilanne oli päinvastainen eli hylkäävien päätösten osuus oli hieman suurempi kuin myönteisten. Sekä miehissä että naisissa suurin osuus myönteisen päätöksen saajista oli alle 7-vuotiaita, mutta miehissä toiseksi suurin ikäryhmä olivat peruskouluikäiset, kun taas naisissa 55–64-vuotiaat (liitetaulukko 5).

Vuonna 2016, lainsäädännön muutoksen jälkeen, alle 7-vuotiaiden lisäksi myös peruskouluikäisten eli 7–15-vuotiaiden osuus oli suurempi myönteisiä päätöksiä saaneista. Lisäksi 55–64-vuotiaat saivat nyt suhteellisesti enemmän hylkääviä päätöksiä. Muiden ikäryhmien, eli 16–54-vuotiaiden, hylkäävien päätösten osuudet kasvoivat hienoisesti.

Vuonna 2017 päätökset vastasivat ikäryhmien osalta pitkälti vuoden 2016 päätöksiä. Suhteellisesti useampi alle 7-vuotiaista lapsista ja peruskouluikäisistä sai myönteisen kuin hylkäävän päätöksen, mutta tätä vanhempien ikäryhmien hylkäävien päätösten osuus oli suurempi.

4.2.2 Päätösten jakauma työtilanteen mukaan

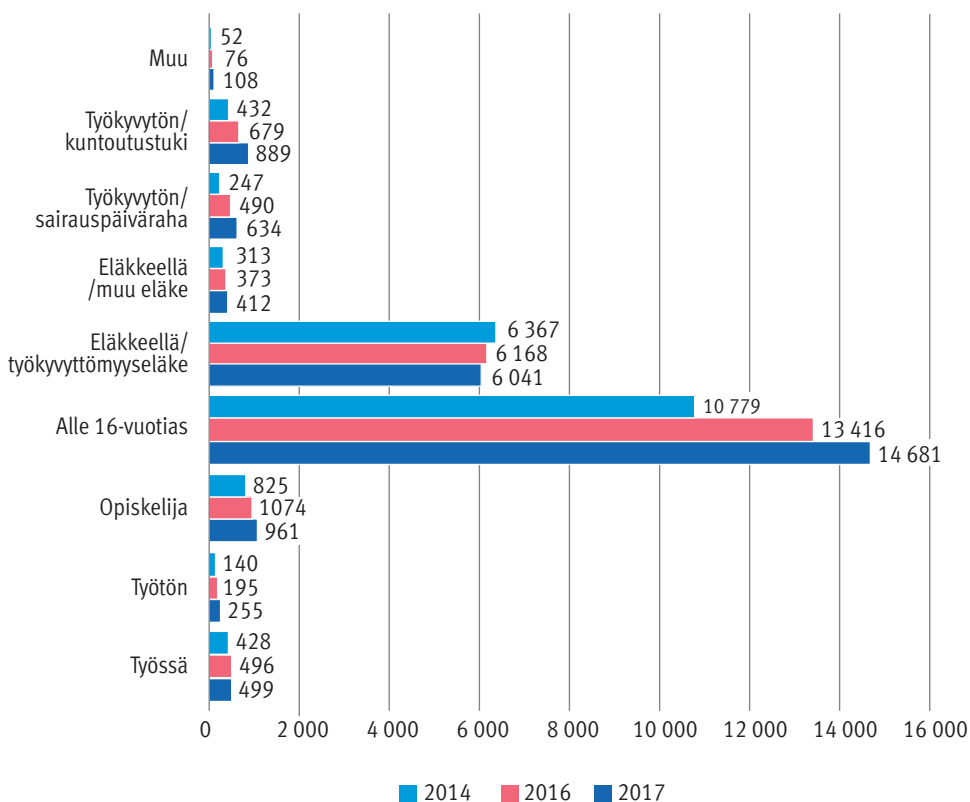
Työtilanteen mukaisessa tarkastelussa tuli esille etuuden voimakas painottuminen lapsille ja nuorille: kaikkina tarkasteluvuosina yli puolet myönteisen päätöksen saaneista oli alle 16-vuotiaita, ja lainmuutoksen jälkeen juuri tämän ryhmän osuus hylkäävien päätösten saaneista on entisestään pienentynyt. Vuonna 2014 alle 16-vuotiaita oli hylkäyksen saaneista 49 prosenttia, mutta vuonna 2016 osuus laski 42,3 prosenttiin ja edelleen vuonna 2017 40,6 prosenttiin (taulukko 4).

Yhtenä lainmuutoksen keskeisenä tavoitteena oli edistää työelämässä olevien, lääkinällistä kuntoutusta tarvitsevien henkilöiden pääsy Kelan järjestämävastuulla olevaan kuntoutukseen. Tämä ei kuitenkaan näy kuntoutuspäätöksissä lainmuutoksen jälkeisinä vuosina 2016 ja 2017, sillä vuoteen 2014 verrattuna kuitenkin työmarkkina-asemaltaan aktiivien (työssä tai työtön), opiskelijoiden ja kuntoutustukea tai sairauspäivärahaa saavien hakijoiden osuudet olivat suurempia hylkäävien päätösten saajista lainmuutoksen jälkeen. Myöskään alueittain tarkasteltuna (liitetaulukot 8, 9 ja 10) työllisten, työttömien ja opiskelijoiden osuuksissa myönteisten päätösten määrässä ei juuri ollut muutosta, mutta hylkäysten osuudet sen sijaan kasvoivat.

Lukumääräisesti tarkasteltuna opiskelijoille sekä kuntoutustukea tai sairauspäivärahaa saaville hakijoille on lainmuutoksen jälkeen annettu vuoteen 2014 verrattuna

jonkin verran enemmän myönteisiä päätöksiä, vaikkakin ero on melko pieni (kuvio 7). Osa myönteisten tai hylkäävien päätösten absoluuttisten määrien kasvusta selittyy hakijoiden määrän lisääntymisellä. Esimerkiksi sairauspäivärahaa saavien kuntoutujien myönteisten päätösten määrä näkyy hieman kasvaneen, mutta samaan aikaan myös hylkäyksen saaneiden määrä on kasvanut.

Kuvio 7. Myönteisen kuntoutuspäätöksen saaneiden määrät kuntoutusta edeltäneen työtilanteen mukaan vuosina 2014, 2016 ja 2017.



4.2.3 Päätösten alueellinen jakauma

Jo hakijaprofilien erityisvastuualueittaisessa tarkastelussa voitiin havaita suuret alueellaiset erot hakijoiden ikäjakaumassa, sairauspäryhmissä, vammaisuuksien jakaumissa sekä kuntoutusta edeltäneessä työtilanteessa. Samaten hylkäävien ja myönteisten päätösten jakaumat erosivat erityisvastuualueittain tilastollisesti merkitsevästi ($p < 0,001$) kaikkina tarkasteluvuosina. Myönteisen päätöksen saajista oli vuonna 2014 useampi HYKSin erityisvastuualueelta kuin hylkäyksen saaneista, ja hylkäyksen saaneista useampi oli KYSin sekä TYKSin erityisvastuualueelta. Lainmuutosvuonna eli vuonna 2016 HYKSin lisäksi OYSin alueelta olevien myönteisen

päätöksen saaneiden osuudet olivat suurempia. Erityisvastuualueiden väliset erot myönteisten ja hylkäävien päätösten jakaumissa vastasivat vuoden 2017 päätöksissä pitkälti vuoden 2016 tilannetta.

Eroja erityisvastuualueittain selittävät osaltaan alueittaiset erot hakijoiden ikärakenteessa, sillä myönteisen päätöksen saajissa 0–6-vuotiaiden sekä 7–15-vuotiaiden lasten osuudet kasvoivat lainmuutoksen jälkeen. HYKSin alueella, jossa on myös muuta maata nuorempi väestö, oli myönteisten päätösten saajista noin kaksi kolmasosaa alle 16-vuotiaita kaikkina tarkasteluvuosina. Sen sijaan KYSin alueella alle 16-vuotiaiden osuus myönteisen päätöksen saajista jäi alle puoleen. Vastaavasti työkyvyttömyyseläkkeellä olevien hakijoiden saamat myönteiset ja hylkäävät päätökset erosivat siten, että KYSin alueella hakijaryhmän osuus oli suurin sekä myönteisissä että hylkäävissä päätöksissä kaikkina tarkasteluvuosina. Esimerkiksi vuonna 2017 sekä myönteisiä että hylkääviä päätöksiä saaneiden työkyvyttömyyseläkeläisten osuus oli muilla erityisvastuualueilla pienentynyt neljännekseen tai enemmän, kun taas KYSin alueella työkyvyttömyyseläkeläisten päätösten osuus kattoi vielä reilun kolmasosan päätöksistä. Vuosien 2014, 2016 ja 2017 hylkäävien ja myönteisten päätösten jakaumaa taustamuuttujien suhteen on tarkasteltu erityisvastuualueittain liitetaulukoissa 8, 9 ja 10.

4.3 Hylkäävien ja myönteisten päätösten kohdentuminen diagnoosien ja vammaisuuksien mukaan

Tarkasteltaessa kuntoutuspäätöksen saajia sairauspääryhmittäin voidaan havaita, että erityisesti mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöt -sairauspääryhmän osuus kasvoi lainmuutoksen jälkeen myönteisen päätöksen saaneilla (taulukko 9, s. 42). Vielä vuonna 2014 mth-diagnoosien osuus oli suurempi hylkäyksen saaneilla (48,3 % vs. 45,3 %), mutta vuonna 2016 tämän sairauspääryhmän diagnooseja oli jo enemmän myönteisen päätöksen saajilla (48,7 % vs. 51,5 %). Kyseisten diagnoosien osuus myönteisen päätöksen saaneilla kasvoi edelleen vuonna 2017. Myös lukumääräisesti tarkasteltuna mth-ryhmän diagnoosin perusteella myönteisen päätöksen saaneiden määrän kasvu oli nopeaa lainmuutoksen jälkeen. Vuonna 2014 hieman alle kymmentuhatta kuntoutujaa sai myönteisen päätöksen mth-diagnoosin perusteella, mutta vuonna 2016 osuus kasvoi reiluun kolmeentoista tuhanteen ja edelleen noin viiteentoistatuhanteen vuonna 2017 (kuvio 8, s. 44).

Yleisimpiä diagnooseja mth-sairauspääryhmän sisällä olivat psyykkisen kehityksen häiriöt (puheen ja kielen kehityshäiriöt (F80), monimuotoiset kehityshäiriöt (F83) ja laaja-alaiset kehityshäiriöt (F84)) sekä älyllisen kehitysvammaisuuden alaryhmään (F70–F79) kuuluvat diagnoosit (taulukko 11). Jonkin verran myönteisiä päätöksiä oli annettu myös lapsuus- tai nuoruusiässä alkavan käytös- ja tunnehäiriön (F90–F98) ja masennustilan perusteella. Yleisin diagnoosi myönteisen päätöksen saajilla oli puheen ja kielen kehityshäiriöt (F80). Erityisen paljon uusia kuntoutuksen saajia oli juuri F80-diagnoosin perusteella hakeneissa, sillä lainmuutosvuonna 2016 kyseisen

diagnoosin perusteella yli tuhat hakijaa enemmän sai kuntoutusta kuin vuonna 2014 ja saajien määrä kasvoi edelleen vuonna 2017.

Sukupuolittain tarkasteltuna kaikkina tarkasteluvuosina myönteisen päätöksen saaneista miehistä yli puolella oli jokin mth-ryhmän diagnoosi, kun naisilla tämän sairauuspäryhmän osuus jäi reilusti alle puoleen myönteisen päätöksen saaneista (liitetaulukot 5, 6 ja 7). Samaten hylkäävän päätöksen saaneissa useammilla miehillä oli naiseen verrattuna mth-ryhmän diagnoosi. Tämä vastaa myös hakijaprofilin tarkastelussa havaittuja sukupuolittaisia eroja mth-ryhmän osuuksissa (liitetaulukko 4).

Taulukko 9. Vaativaa lääkinällisen kuntoutuksen päätöksen saaneiden diagnoosi- ja vammaisetuustiedot.

	2014		2016		2017	
	Myöntö	Hylky	Myöntö	Hylky	Myöntö	Hylky
	19 583	1 638	22 854	3 186	24 593	2 959
Sairauspäryhmä	p < 0,001		p < 0,001		p < 0,001	
Umpierityksen ja aineenvaihduksen sairaudet (E00–E90)	1,5	1,3	1,3	1,2	1,2	0,9
Mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöt (F00–F99)	45,3	48,3	51,5	48,7	55	50,1
Hermoston sairaudet (G00–G99)	23,7	17,9	21,1	19,4	19,6	18,5
Verenkiertoelinten sairaudet (I00–I99)	6,4	8,8	6	6,1	5,6	5,5
Tuki- ja liikuntaelinten sairaudet (M00–M99)	3,7	8,1	3,2	8,4	3	9,3
Synnyttäiset epämuodostumat (Q00–Q99)	10,9	5	9,2	5,2	8,5	5,2
Vammat/myrkytykset (S00–T98)	2,9	4,9	2,6	4,8	2,6	4,6
Muu sairaus	5,5	5,6	5,1	6,1	4,6	6
Lisäsairaus	p = 0,416		p = 0,278		p = 0,335	
Kyllä	53,7	52,7	55,9	56,8	56,1	55,3
Ei	46,3	47,3	44,1	43,2	43,9	44,7
Vammaisetuus	p < 0,001		p < 0,001		p < 0,001	
Ei vammaisetuutta	0,5	8,6	3,5	25,9	6,1	33,5
Perus	0,3	32,6	13,9	34,5	25,9	33,8
Korotettu	74,3	47,2	64,2	31,2	51,8	23,8
Ylin	24,9	11,6	18,5	8,3	16,2	8,9

Hermoston sairaudet olivat toiseksi suurin sairauspuuryhmä Kelan järjestämisvastuulla olevassa lääkinällisessä kuntoutuksessa mth-diagnoosien jälkeen. Vuonna 2014 hermoston sairaudet -diagnoosien osuus oli myönteisen päätöksen saaneiden diagnooseista lähes kuusi prosenttiyksikköä suurempi kuin hylkääksen saaneilla (23,7 % vs. 17,9 %). Myönteisiä päätöksiä annettiin lainmuutoksen jälkeen lukumääräisesti hieman aiempaa enemmän (kuvio 8). Samalla ero hermoston diagnoosien perusteella myönteisen ja hylkäävän päätöksen saaneiden osuuksissa kaventui. Sukupuolittain tarkasteltuna useammilla sekä myönteisen että hylkäävän päätöksen saaneilla naisilla kuin miehillä oli kaikkina tarkasteluvuosina jokin hermoston sairaus (liitetaulukot 5, 6 ja 7).

Yleisimmät diagnoosit (liitetaulukko 11) hermoston sairauksissa olivat CP-oireyhtymä (G80) ja MS-tauti (G35). Muita hermoston sairauksia myönteisen päätöksen saaneilla olivat mm. epilepsia (G40), para- ja tetrapareesit (G82) sekä primaariset lihassairaudet (G71). MS-tauti-diagnoosin perusteella kuntoutusta hakeneiden määrä kasvoi hienoisesti myönteisen päätöksen saajista lainmuutoksen jälkeen verrattuna vuoteen 2014. Sen sijaan CP-oireyhtymää sairastavilla myönteisten päätösten määrässä ei juuri ole havaittavissa muutosta.

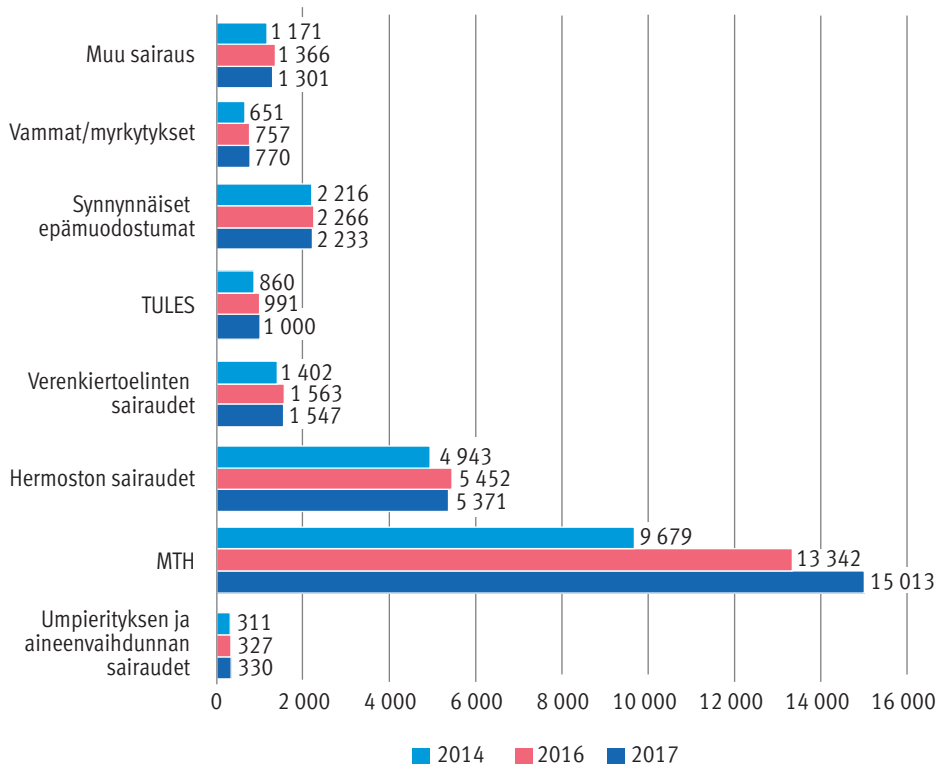
Verenkiertoelinten sairauksien perusteella myönteisiä päätöksiä oli annettu hieman vuotta 2014 enemmän lainmuutoksen jälkeisinä vuosina (kuvio 8). Lisäksi verenkiertoelinten sairauksia sairastavilla myönteisten ja hylkäävien päätösten osuuksissa on havaittavissa muutoksia lainmuutoksen jälkeen. Vuonna 2014 verenkiertoelinten sairaudet -sairauspuuryhmään kuuluvien diagnoosien osuus oli suurempi pelkästään hylkääviä päätöksiä saaneilla (8,8 % vs. 6,4 %). Lainmuutoksen jälkeen vuosina 2016 ja 2017 ero tasoittui, ja verenkiertoelinten sairauksia sairastavien osuudet hylkäävän ja myönteisen päätöksen saaneista olivat nyt lähes yhtä suuret.

Verenkiertoelinten sairaudet -sairauspuuryhmän diagnoosin perusteella myönteisen päätöksen saaneista valtaosalla oli aivoverisuonien sairauksia. Yleisin diagnoosi oli aivoverisuonisairauksien myöhäisvaikutukset (I69). Muita yleisiä diagnooseja myönteisen päätöksen saaneilla olivat aivoinfarkti (I63) ja aivoverenvuoto (I61) (liitetaulukko 11). Myönteisten päätösten määrä aivoverisuonien sairauksia sairastavilla kasvoi jonkin verran verrattuna vuoteen 2014. Sukupuolittain tarkasteltuna sekä myönteisen että hylkäävän päätöksen saaneissa verenkiertoelinten sairauksia oli naisilla ja miehillä lähes yhtä monella (liitetaulukot 5, 6 ja 7).

Muiden sairauspuuryhmien – eli tule-sairauksien, vammat ja myrkytykset -sairausryhmän, synnynnäisten epämuodostumien sekä ryhmään ”muut sairaudet” luokiteltujen sairauksien – perusteella myönteisiä päätöksiä annettiin lukumääräisesti vastaavat määrät kuin ennen lainmuutosta (kuvio 8). Esimerkiksi synnynnäiset epämuodostumat -sairauspuuryhmän perusteella myönteisen kuntoutuspäätöksen saaneiden määrä pysytteli noin 2 200 kuntoutujassa jokaisena tarkasteluvuonna.

Tule-sairauksia sairastaneilla hylkäävien päätösten saaneiden osuus oli lähes kaksinkertainen myönteisen päätöksen saaneisiin verrattuna, eikä osuuksissa tapahtunut suuria muutoksia lainmuutoksen jälkeen. Yleisin tule-sairausryhmän diagnoosi (liitetaulukko 11) oli myönteisen päätöksen saaneilla lasten niveltulehdus (M08). Synnyttämisestä epämuodostumista yleisin diagnoosi oli Downin oireyhtymä ja vammat ja myrkytykset -sairausryhmässä pään vammojen myöhäisvaikutukset (T90) sekä kaulan ja vartalon vammojen myöhäisvaikutukset (T91).

Kuvio 8. Vaativasta lääkinällisestä kuntouksesta myönteisen päätöksen saaneiden määrät sairausryhmittäin vuosina 2014, 2016 ja 2017.



4.3.1 Vammaisetuudet

Kun tarkasteltiin päätöksiä vammaistuen tason mukaan, erosivat myönteisen ja hylkäävän päätöksen saaneet toisistaan tilastollisesti merkitsevästi jokaisena tarkasteluvuotena (taulukko 9). Tarkastelussa on huomioitu hakijan hakemusvuoden aikana saama tasoltaan korkein vammaisetuus. Odotetusti ennen lainmuutosta, vuonna 2014, hylkäyksen saaneista lähes kaikilla korkein vammaisetuus oli perusvammaistuki tai etuutta ei maksettu heille lainkaan. Pienellä osalla myönteisen päätöksen saaneista vuoden korkein etuus oli perusvammaistuki tai heille ei maksettu vammais-

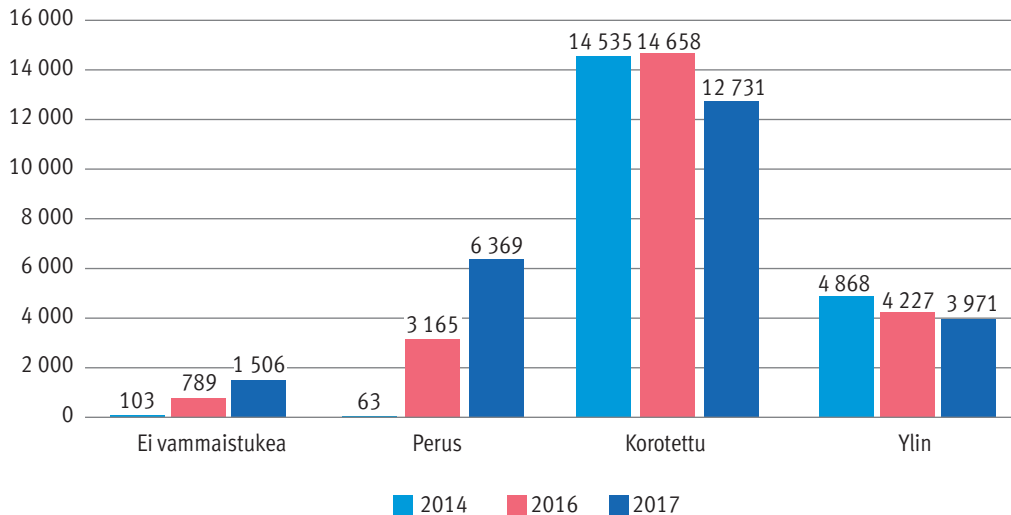
etuutta lainkaan. Tämä saattaa johtua virheellisistä kuntoutuspäätöksistä tai siitä, että tieto vammaisuuksista on maksutiedoista, jotka eivät välttämättä kohdistu hakemusvuoteen, jos päätös on annettu vuoden loppupuolella. Myönteisen päätöksen saaneista suurempi osuus kuin hylkäävän päätöksen saaneista sai myös korotettua vammaisuuksia (74,3 % vs. 47,2 %) tai ylintä vammaisuuksia (24,9 % vs. 11,6 %).

Lainmuutoksen tultua voimaan vuonna 2016 perusvammaistukea saavien ja ilman vammaisuuksia olevien hakijoiden niin myönteisten kuin hylkäävienkin päätösten osuudet kasvoivat vuoteen 2014 verrattuna. Hylkäävän päätöksen saaneissa oli edelleen myönteisen päätöksen saaneita suurempi osuus sekä ilman vammaisuuksia olevia (25,9 % vs. 3,5 %) että perusvammaistukea saaneita hakijoita (34,5 % vs. 13,9 %). Myönteisen päätöksen saaneista useammalle kuin hylkäävän päätöksen saaneista maksettiin korotettua tai ylintä vammaisuuksia. Vuonna 2017 myönteisen päätöksen saaneista perusvammaistukea saaneiden ja ilman vammaisuuksia olevien osuus lähes kaksinkertaistui. Kuitenkin hylkäävien päätösten saajissa oli edelleen suurempi osuus hakijoita, joilla ei ollut vammaisuuksia (6,1 % vs. 33,5 %) tai joilla oli perusvammaisuus (25,9 % vs. 33,8 %). Myönteisen päätöksen saajista edelleen useampi sai korotettua tai ylintä vammaisuuksia.

Jos tarkastellaan myönteisen päätöksen saaneiden määrää hakemusvuoden korkeimman vammaisuuden mukaan, voidaan havaita, että myönteisiä päätöksiä on annettu lainmuutoksen jälkeen ilman vammaisuuksia oleville hakijoille sekä hakijoille, joille on maksettu perustasoista vammaisuuksia. Vuosina 2014 ja 2016 lähes yhtä suuri määrä korotetun vammaisuuden saajia, runsas 14 500, on saanut myönteisen kuntoutuspäätöksen. Sen sijaan uusia myönteisen päätöksen saajia, joilla ei ollut vammaisuuksia vuonna 2016, oli 789. Lisäksi 3 165 hakijalle oli myönnetty perusmuotoinen etuus. Ylimmän vammaisuuden saajien määrä oli hienoisesti vähentynyt vuodesta 2014. (Kuvio 9, s. 46.)

Edelleen vuonna 2017 kasvoi niiden myönteisen kuntoutuspäätöksen saaneiden joukko, joka ei saanut vammaisuuksia. Nyt heitä oli 1 506 henkilöä. Lisäksi myönteisen päätöksen saaneista perusvammaistukea saavien määrä kaksinkertaistui (6 369). Myönteisen päätöksen saajista korotetun tuen saajien määrä vähentyi vuodesta 2016 noin 2 000 henkilöllä ja ylimmän vammaisuuden saajien määrä noin 200 henkilöllä. (Kuvio 9.)

Kuvio 9. Vaativasta lääkinällisestä kuntoutuksesta myönteisen päätöksen saaneiden hakijoiden korkein vammaisuuuden taso hakemusvuonna.



4.3.2 Uudet hakijat ilman korotettua vammaisuuutta

Myönteisiä ja hylkääviä päätöksiä tarkasteltiin vuosien 2016 ja 2017 osalta erikseen sellaisten hakijoiden osalta, joille ei maksettu vammaisuuutta lainkaan hakemusvuonna tai joiden vammaisuuus oli hakemusvuonna enintään perustasoinen (taulukko 10, s. 47). Heitä voidaan pitää lainmuutoksen mahdollistamana uutena Kelan järjestämistä vastaavalla olevan lääkinällisen kuntoutuksen kohderyhmänä. Kyseisestä hakijaryhmästä useampi sai sekä 2016 että 2017 myönteisen kuin hylkäävän päätöksen. Hakijaryhmän sisällä myönteisen ja hylkäävän päätöksen saaneet erosivat toisistaan tilastollisesti merkitsevästi ($p < 0,001$) sukupuolen, iän, työtilanteen ja sairauspuuryhmän mukaan.

Enintään perustasoista vammaisuuutta saavista miehistä suhteellisesti useampi sai naisiin verrattuna myönteisen päätöksen molempina tarkasteluvuosina. Iältään myönteisen päätöksen saaneet olivat keskimäärin 7 vuotta nuorempia kuin hylkääksen saaneet vuonna 2016. Seuraavana vuonna myönteisen päätöksen saaneet olivat keskimäärin jo kymmenen vuotta hylkäävän päätöksen saaneita nuorempia. 0–6-vuotiaista suhteellisesti useampi sai molempina vuosina myönteisen kuin hylkäävän päätöksen; hylkääksen saaneissa oli suurempi osuus tätä vanhempia ikäryhmiä vuonna 2016. Lainmuutosta seuranneena vuonna myös peruskouluikäisiä lapsia (7–15 v.) oli enemmän myönteisen päätöksen saajissa.

Taulukko 10. Vaativan lääkinällisen kuntoutuksen päätökset hakijoilla, jotka eivät hakemusvuonna saaneet tasoltaan korotettua tai ylintä vammaisuuutta.

	2016		2017	
	Myöntö	Hylky	Myöntö	Hylky
n	3 954	1 923	7 875	1 989
Sukupuoli	p < 0,001		p < 0,001	
Mies	61,5	49,7	62,0	50,7
Nainen	38,5	50,3	38,0	49,3
Ikä	p < 0,001		p < 0,001	
Ka.	21	27,8	18,8	28,4
Mediaani	10	21	9	22
Ikäryhmä, %				
0–6 vuotta	34,1	12,3	31,2	13,2
7–15 vuotta	26,4	30,9	34,9	28,2
16–24 vuotta	6,9	9,5	6,8	10,7
25–34 vuotta	6,0	9,3	5,2	8,8
35–44 vuotta	7,1	10,0	6,2	10,3
45–54 vuotta	8,3	13,0	7,0	13,0
55–64 vuotta	11,1	13,8	8,3	13,8
Yli 64 vuotta	0,2	1,2	0,3	2,1
Työtilanne, %	p < 0,001		p < 0,001	
Työssä	2,7	8,6	2	8,5
Työtön	1,3	5,4	1,4	6
Opiskelija	3,8	7,4	4,2	8,5
Alle 16-vuotias	61,8	44,5	67,3	43
Työkyvyttömyyseläkkeellä	17,8	15	13,4	15,2
Muulla eläkkeellä	1,5	2,3	1	2,3
Sairauspäivärahalla	4,2	6,9	3,7	7,4
Kuntoutustuella	6,4	8,3	6,5	7,6
Muu	0,5	1,5	0,5	1,2
Sairauspäryhmä, %	p < 0,001		p < 0,001	
Umpierityksen ja aineenvaihdunnan sairaudet (E00–E90)	0,5	1	0,4	0,6
MTH (F00–F99)	61,3	50,8	68,8	53,8
Hermoston sairaudet (G00–G99)	17,1	18	12,9	15
Verenkiertoelinten sairaudet (I00–I99)	5,9	4,7	5	4,9
TULES (M00–M99)	3,2	9,8	2,6	10,6
Synnyttäiset epämuodostumat (Q00–Q99)	3,9	4,1	3,5	3,2
Vammat/myrkytykset (S00–T98)	2,7	5	2,3	5,2
Muu sairaus	5,4	6,6	4,5	6,7

Työtilanteen osalta tarkasteltuna voidaan havaita sama ilmiö kuin ikäryhmittäisessä tarkastelussa: alle 16-vuotiaista lapsista ja nuorista, joille maksettiin enintään perustasoista vammaisetuutta, suhteellisesti useampi sai myönteisen kuntoutuspäätöksen. Vuonna 2016 enintään perusvammaisetuutta saaneista, myönteisen päätöksen saaneista oli työkyvyttömyyseläkkeellä enemmän kuin hylkääksen saajista (17,8 % vs. 15 %), mutta seuraavana vuonna lainmuutoksesta työkyvyttömyyseläkeläisten osuus oli jo suurempi hylkäävän päätöksen saaneista (13,4 % vs. 15,2). Hylkääksen saaneista useampi verrattuna myönteisten päätösten saajiin oli työllisiä, työttömiä, opiskelijoita tai sairauspäivärahaa tai kuntoutustukea saavia.

Myönteisen kuntoutuspäätöksen saajista, jotka saivat enintään perusmuotoista vammaisetuutta, useammalla oli hylkääksen saaneisiin verrattuna mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöitä sekä verenkiertoelinten sairauksia molempina tarkasteluvuosina. Muiden sairausryhmien diagnooseja oli useammalla hylkäävän päätöksen saajalla, ja erityisesti tule-sairauksia sairastavien osuus oli hylkäyspäätöksen saaneista kolme kertaa suurempi vuonna 2016 ja neljä kertaa suurempi vuonna 2017. Tule-sairausten perusteella vaativaa lääkinällistä kuntoutusta hakeneissa on siis ollut paljon sellaisia hakijoita, jotka eivät ole täyttäneet uusia myöntökriteereitä huolimatta siitä, että vähintään korotetun vammaisisuuden puuttuminen ei ole ollut este myönteiselle päätökselle. Sen sijaan mitä ilmeisimmin mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöt -sairausryhmän, hermoston sairauksien sekä verenkiertoelinten sairauksien perusteella diagnoosien saaneissa on ollut uudet myöntökriteerit täyttäviä henkilöitä, sillä yhdessä kyseisten sairauspuuryhmien perusteella diagnoosin saaneet kattavat valtaosan niistä myönteisen päätöksen saaneista, jotka eivät ole saaneet vammaisetuutta.

4.4 Hylkäävien ja myönteisten päätösten kohdentuminen terapialajeittain

Hylkäävien ja myönteisten päätösten kohdentumista tarkasteltiin vielä erikseen terapialajeittain, jotta voitiin kartoittaa lainmuutoksen mahdollisia erisuuntaisia muutoksia kuntoutujaprofiileissa. Tarkasteluissa on huomattava, että hakijat voivat saada samaan aikaan useaa eri terapiamuotoa. On myös mahdollista, että hakija saa myönteisen päätöksen yhteen tai useampaan terapiaan ja hylkäävän toisiin. Tarkasteluun on otettu viisi yleisintä terapiamuotoa: fysioterapia, toimintaterapia, puheterapia, musiikkiterapia sekä psykoterapia.

4.4.1 Fysioterapia

Vuonna 2014 fysioterapiasta oli annettu myönteinen päätös 10 630 hakijalle ja hylkäävä 765 hakijalle. Sekä myönteisen että hylkäävän päätöksen saaneista hieman yli puolet oli miehiä (taulukko 11, s. 50). Hylkäävän päätöksen saaneet olivat keskimäärin vanhempia (37 vuotta) kuin myönteisen päätöksen saaneet (35 vuotta). Ikäryhmittäin tarkasteltuna sekä myönteisiä että hylkääviä päätöksiä oli annettu useimmin 55–64-vuotiaille. Työtilanteen mukaan tarkasteltuna yli puolet myönteisen päätöksen saaneista oli työkyvyttömyyseläkkeellä (52,7 %), kun hylkäävän päätöksen saa-

neista työkyvyttömyyseläkkeellä oli 38,8 prosenttia. Alle 16-vuotiaita oli hylkäävän ja myönteisen päätöksen saaneissa molemmissa vajaa kolmannes. Yleisin sairauspääryhmä fysioterapiapäätöksen saaneilla oli hermoston sairaudet. Hermoston sairauksia sairastavista suhteellisesti useampi oli saanut myönteisen (39,3 % vs. 26,7 %) kuin hylkäävän päätöksen. Toiseksi yleisin sairauspääryhmä oli mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöt. Miltei kahdelle kolmasosalle myönteisen päätöksen saaneista (61,3 %) oli korotettu etuus hakemusvuoden korkein vammaisetuus, ja 38 prosentilla oli ylin vammaisetuus. Hylkäävän päätöksen saaneista perusvammaisetuutta sai vajaa kolmannes (28 %) ja ilman vammaisetuutta oli noin kymmenesosa hakijoista.

Vaativan lääkinällisen kuntoutuksen lainmuutoksen tultua voimaan nousi myönteisten fysioterapiapäätösten saajien määrä 10 949 henkilöön. Hylkäävän päätöksen sai 1 412 hakijaa, mikä on lähes kaksi kertaa enemmän kuin vuonna 2014. Myönteisen päätöksen saaneista puolet oli miehiä ja puolet naisia. Sen sijaan naiset saivat suhteellisesti enemmän hylkääviä päätöksiä kuin miehet (44,3 % vs. 55,7 %). Myönteisen päätöksen saaneet olivat edelleen keskimäärin 35-vuotiaita. Hylkäävän päätöksen saaneet olivat keskimäärin vanhempia, noin 37-vuotiaita. Ikäryhmistä 55–64-vuotiaat olivat saaneet eniten sekä myönteisiä että hylkääviä päätöksiä fysioterapiasta.

Myönteisiä päätöksiä saaneista puolet oli työkyvyttömyyseläkkeellä. Hylkäävän fysioterapiapäätöksen saaneista työkyvyttömyyseläkkeellä olevien osuus putosi 32,1 prosenttiin. Alle 16-vuotiaita oli sekä hylkäävän että myönteisen päätöksen saaneissa noin neljännes. Hermoston sairaudet olivat edelleen suurin yksittäinen sairauspääryhmä fysioterapiapäätöksen saaneilla, ja kyseisen sairausryhmän jotakin sairautta sairastavista myönteisen päätöksen sai suhteellisesti useampi kuin hylkäävän päätöksen (40,3 % vs. 29,8 %). Myönteisiä päätöksiä oli vammaisetuuskytköksen poistamisen jälkeen annettu runsaalle kymmenesosalle sellaisista hakijoista, jotka eivät saaneet korotettua tai ylintä vammaisetuutta, vaikkakin perusmuotoista vammaisetuutta saaneet tai ne hakijat, jotka eivät saaneet vammaisetuutta, saivat suhteellisesti enemmän hylkääviä päätöksiä. Yli puolella hakijoista oli myönteinen päätös korotetusta vammaisetuudesta ja kolmanneksella ylimmästä vammaisetuudesta.

Vuoden 2017 kuntoutuspäätökset noudattelivat pitkälti vuoden 2016 päätöksiä. Myönteisen päätöksen saaneiden määrä kasvoi hieman (11 018 henkilöä) ja hylkäävän päätöksen saaneiden vähentyi (1 296). Hylkäävän päätöksen saaneiden iän keskiarvo oli noussut vuodelle 38 vuoteen. Niiden myönteisen fysioterapiapäätöksen saajien, jotka eivät olleet saaneet korotettua tai ylintä vammaisetuutta, osuus oli noussut noin viidennekseen. Kuitenkin myönteisen päätöksen saaneista edelleen puolelle maksettiin korotettua vammaisetuutta ja vajaalle kolmannekselle ylintä vammaisetuutta.

Taulukko 11. Fysioterapiapäätökset vuosina 2014, 2016 ja 2017.

	2014		2016		2017	
	Myöntö	Hylky	Myöntö	Hylky	Myöntö	Hylky
n	10 630	765	10 949	1 412	11 018	1 296
Sukupuoli, %	p = 0,642		p < 0,001		p < 0,001	
Mies	51	50,1	50	44,3	49,6	43,6
Nainen	49	49,9	50	55,7	50,4	56,4
Ikä	p = 0,0724		p = 0,0816		p < 0,001	
Ka.	34,9	36,3	35,4	36,7	35,5	38,2
Mediaani	37	38	38	40	38	42
Ikä, %						
0–6 vuotta	10,6	9,5	10,2	6,4	9,8	5,4
7–15 vuotta	15,4	16,7	15,3	16,1	15,8	14,5
16–24 vuotta	11,9	10,2	11,1	10,8	10,5	10,6
25–34 vuotta	9,6	9,7	9,8	10,4	9,7	9,9
35–44 vuotta	10,5	10,5	11,2	12,8	11,9	13,4
45–54 vuotta	16,4	15,7	16,1	17,3	16,5	19,3
55–64 vuotta	24,5	19,7	25,4	21,9	24,9	22,4
Yli 64 vuotta	1,0	8,0	0,8	4,2	1,0	4,5
Työtilanne, %	p < 0,001		p < 0,001		p < 0,001	
Työssä	3,6	3	4,1	10,1	4	11,3
Työtön	1,1	2,2	1,5	4,8	1,5	6,3
Opiskelija	5,2	5,1	5,2	6,3	4,9	5,8
Alle 16-vuotias	28,9	28,5	28,1	25	28,1	22,5
Työkyvyttömyyseläkkeellä	52,7	38,8	49,8	32,1	48,1	33,6
Muulla eläkkeellä	2,7	8,4	3	4,5	3,3	4,4
Sairauspäivärahalla	2,1	5,2	3,5	7,7	4,4	8,1
Kuntoutustuella	3,4	8,2	4,3	8	5	6,6
Muu	0,4	0,5	0,6	1,5	0,7	1,4
Sairauspäryhmä, %	p < 0,001		p < 0,001		p < 0,001	
Umpierityksen ja aineenvaihdunnan sairaudet (E00–E90)	2,3	2,4	2,3	1,6	2,3	1,6
MTH (F00–F99)	18,8	22,7	19,3	21,9	20,0	22,5
Hermoston sairaudet (G00–G99)	39,3	26,7	40,3	29,8	39,8	29,9
Verenkiertoelinten sairaudet (I00–I99)	10,8	12,4	11,0	8,1	10,9	7,2
TULES (M00–M99)	6,2	14,5	6,0	15,3	6,0	15,4

Taulukko 11 jatkuu.

Jatkoa taulukkoon 11.

	2014		2016		2017	
	Myöntö	Hylky	Myöntö	Hylky	Myöntö	Hylky
Synnynnäiset epämuodostumat (Q00–Q99)	12,5	6,7	11,5	8,9	11,5	8,6
Vammat/myrkytykset (S00–T98)	4,8	9,3	4,8	6,9	5,0	7,8
Muu sairaus	5,2	5,2	4,6	7,1	4,4	6,6
ERVA, %	p = 0,0791		p < 0,001		p < 0,001	
Tunteaton/muu						
HYKS	26,3	24,7	27,7	24,2	27,9	23,5
TYKS	16,8	19,6	16,6	23,9	16,0	21,2
TAYS	19,7	17,3	20,0	17,0	20,2	19,3
KYS	16,8	19,3	15,2	17,1	15,2	16,9
OYS	20,4	19,1	20,5	17,8	20,6	18,9
Vammaisetuuden taso, %	p < 0,001		p < 0,001		p < 0,001	
Ei vammaistukea	0,1	10,1	2,6	26,3	4,9	33,5
Perus	0,1	28	9,1	30,2	14,2	28,0
Korotettu	61,3	45,5	55,6	30,9	50,8	24,7
Ylin	38,3	16,5	32,6	12,3	29,9	13,7
Suojattu	0,1		0,1		0,1	

4.4.2 Toimintaterapia

Vuonna 2014 myönteinen päätös toimintaterapiasta annettiin 5 490 henkilölle ja hylkäävä päätös 643 henkilölle (taulukko 12, s. 52). Sekä myönteisen että hylkäävän päätöksen saaneista noin kaksi kolmasosaa oli miehiä. Myönteisen päätöksen saaneet olivat keskimäärin 17-vuotiaita (mediaani-ikä 9), kun taas hylkäyksen saaneet olivat vanhempia, keskimäärin 28-vuotiaita (mediaani-ikä 16). Sekä myönteisiä että hylkääviä päätöksiä annettiin eniten peruskouluikäisille eli 7–15-vuotiaille. Samaten työtilanteen perusteella myönteisen päätöksen saaneet olivat valtaosin alle 16-vuotiaita. Alle 16-vuotiaille annettiin suhteellisesti useammin myönteinen kuin hylkäävä päätös (75,7 % vs. 50,9 %).

Suurin sairauspuoryhmä oli mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöt, joka oli päädiagnoosina yli puolella myönteisen päätöksen saaneista (58,9 %) ja vajaalla puolella hylkäävän päätöksen saaneista (47,4 %). Hermoston sairaudet olivat toiseksi yleisin sairauspuoryhmä myönteisen päätöksen saaneilla ja verenkiertoelinten sairaudet hylkäävän päätöksen saaneilla. Valtaosalle (81,1 %) myönteisen päätöksen saaneista maksettiin korotettua vammaisetautta, ylintä vammaisetautta sai vajaa viidennes. Hylkäävän päätöksen saaneista kolmannekselle ei hakemusvuonna maksettu vammaisetautta tai etuus oli tasoltaan perusmuotoinen.

Taulukko 12. Toimintaterapiapäätökset vuosina 2014, 2016 ja 2017.

	2014		2016		2017	
	Myöntö	Hylky	Myöntö	Hylky	Myöntö	Hylky
n	5 590	643	7 185	1 075	8 069	1 061
Sukupuoli, %	p = 0,0714		p < 0,001		p < 0,001	
Mies	67,5	63,9	67,5	62	68,5	60,2
Nainen	32,5	36,1	32,5	38	31,5	39,8
Ikä	p < 0,001		p < 0,001		p < 0,001	
Ka.	16,7	27,7	15,6	25,2	15,6	25,3
Mediaani	9	16	8	13	8	15
Ikä, %						
0–6 vuotta	31,1	17,0	30,8	16,2	29,2	15,0
7–15 vuotta	43,1	32,3	45,1	38,5	46,4	36,1
16–24 vuotta	6,1	7,9	6,6	8,4	7,2	10,2
25–34 vuotta	2,5	4,8	2,9	4,1	3,0	6,5
35–44 vuotta	3,3	6,7	2,9	6,0	3,1	6,6
45–54 vuotta	5,6	10,4	5,0	8,0	4,4	10,1
55–64 vuotta	8,0	18,8	6,6	16,9	6,6	13,9
Yli 64 vuotta	0,3	2,0	0,2	2,0	0,2	1,6
Työtilanne, %	p < 0,001		p < 0,001		p < 0,001	
Työssä	0,5	1,1	0,4	1,4	0,3	1,4
Työtön	0,4	0,9	0,4	1,9	0,6	2,9
Opiskelija	2,6	3,4	2,9	4,2	3,4	5,2
Alle 16-vuotias	75,7	50,9	77,6	56,7	77,5	53,9
Työkyvyttömyyseläkkeellä	15,6	32,8	12,5	24,5	10,8	25,2
Muulla eläkkeellä	0,5	2,3	0,7	2,3	0,8	2,2
Sairauspäivärahalla	1,9	3,0	2,9	3,3	3,3	3,7
Kuntoutustuella	2,5	5,0	2,4	5,0	3	3,9
Muu	0,3	0,7	0,4	0,7	0,4	1,7
Sairauspäryhmä, %	p < 0,001		p < 0,001		p < 0,001	
Umpierityksen ja aineenvaihdunnan sairaudet (E00–E90)	0,7	1,1	0,7	1,4	0,8	1,1
MTH (F00–F99)	58,9	47,4	64,8	55,3	67,2	53,4
Hermoston sairaudet (G00–G99)	14,1	13,5	11,8	13,8	10,4	15,4
Verenkiertoelinten sairaudet (I00–I99)	8,3	18,5	7,8	12,7	7,2	10,9
TULES (M00–M99)	1,1	2,6	1,1	3,6	1,1	3,7

Taulukko 12 jatkuu.

Jatkoa taulukkoon 12.

	2014		2016		2017	
	Myöntö	Hylky	Myöntö	Hylky	Myöntö	Hylky
Synnyttäiset epämuodostumat (Q00–Q99)	9,9	4,0	8,1	3,3	7,6	5,5
Vammat/myrkytykset (S00–T98)	2,9	7,5	2,6	4,6	2,4	5,0
Muu sairaus	4,1	5,5	3,1	5,1	3,2	4,6
ERVA, %	p < 0,001		p < 0,001		p < 0,001	
Tuntematon/muu						0,1
HYKS	28,4	21,5	28,1	22,4	26,5	26,5
TYKS	15,4	19,1	15,4	24,7	14,8	23,8
TAYS	17,6	14,8	17,4	13,6	18,0	13,1
KYS	15,1	17,9	14,1	15,4	14,0	12,8
OYS	23,5	26,7	25,1	23,8	26,8	23,8
Vammaisetuuden taso, %	p < 0,001		p < 0,001		p < 0,001	
Ei vammaistukea	0,4	5	2,5	11,9	4,2	18,0
Perus	0,3	28	12,8	35,3	25,6	35,8
Korotettu	81,1	51,6	71,4	39,5	58,7	34,5
Ylin	18,2	15,4	13,4	13,2	11,5	11,7
Suojattu						

Myöntökriteerien muututtua vuoden 2016 lainmuutoksen perusteella myönteisen päätöksen saaneiden määrä kasvoi 7 185 henkilöön. Samalla hylkääviä päätöksiä annettiin aiempaa useammalle, 1 075 henkilölle. Noin kaksi kolmasosaa myönteisen päätöksen saaneista oli miehiä. Iältään myönteisen päätöksen saaneet olivat nyt vuoden nuorempia eli 16-vuotiaita (mediaani-ikä 8) ja hylkäävän päätöksen saaneet 25-vuotiaita (mediaani-ikä 13). Suurin ikäryhmä sekä hylkäävän että myönteisen päätöksen saajissa oli peruskouluikäiset hakijat. Edelleen toimintaterapiapäätösten saajat olivat valtaosin alle 16-vuotiaita, ja he saivat myönteisiä päätöksiä yli 16-vuotiaita useammin. Päätöksen saaneista työkyvyttömyyseläkkeellä olevien hakijoiden osuus väheni. Mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöt oli yleisin sairauspuoryhmä, ja tämän ryhmän sairauksia sairastavien hakijoiden osuus myönteisen päätöksen saaneista kasvoi vuoteen 2014 verrattuna 58,9 prosentista 64,8 prosenttiin. Hermoston sairaudet oli toiseksi suurin sairauspuoryhmä toimintaterapiaa saaneilla. Vammais-etuusktyköksen poistaminen näkyy vuoden 2016 toimintaterapiapäätöksissä siten, että ilman korotettua tai ylintä vammais-etuutta oli myönteisen päätöksen saanut noin 15 prosenttia kuntoutujista. Valtaosalle (71,4 %) myönteisen päätöksen saaneista maksettiin kuitenkin edelleen korotettua vammais-etuutta, ja hylkäävän päätöksen saaneista miltei puolelle maksettiin perusmuotoista vammais-etuutta tai he eivät saaneet sitä lainkaan.

Vuonna 2017 myönteisiä toimintaterapiapäätöksiä annettiin useammalle kuin vuonna 2016, eli 8 069 henkilölle, ja hylkäävien päätösten määrä hieman vähentyi. Myönteisen päätöksen saaneista oli miehiä 68,5 % ja hylkääviä päätöksiä saaneista 60,2 %. Toimintaterapiapäätösten saajien iän keskiarvo ei muuttunut edellisestä vuodesta. Valtaosin päätöksen saajat olivat edelleen alle 16-vuotiaita. Myönteisen päätöksen saaneilla mth-diagnoosien osuus oli noussut 64,8 prosentista 67,2 prosenttiin. Niiden myönteisen päätöksen saaneiden, jotka eivät olleet saaneet korotettua vammaisetuutta, osuus kasvoi 30 prosenttiin, mutta edelleen yli puolelle myönteisen toimintaterapiapäätöksen saajista maksettiin korotettua vammaisetuutta.

4.4.3 Puheterapia

Taulukossa 13 (s. 55) esitetään puheterapiaa koskevat kuntoutuspäätökset vuosilta 2014, 2016 ja 2017. Myönteisen päätöksen puheterapiasta sai 6 666 henkilöä ja pelkästään hylkäävän päätöksen 470 henkilöä vuonna 2014. Myönteisen päätöksen saajista valtaosa (69,9 %) oli miehiä, ja lähes yhtä suuri osuus (67,7 %) oli miehiä hylkäyspäätöksen saaneista. Myönteisen puheterapiapäätöksen saajat olivat keskimäärin 10-vuotiaita (mediaani-ikä 6 vuotta), kun taas hylkäävän päätöksen saaneet olivat vanhempia, keskimäärin 18-vuotiaita (mediaani-ikä 8 vuotta). Ikäryhmittäin tarkasteltuna yli puolet myönteisen päätöksen saaneista oli 0–6-vuotiaita, ja peruskouluikäisiä oli 38,6 prosenttia. Hylkäävän päätöksen saaneissa 0–6-vuotiaiden osuus oli myönteisen päätöksen saaneiden osuutta pienempi, noin 36 prosenttia, ja yhtä suuri osuus oli peruskouluikäisiä. Sen sijaan vanhemmissa ikäryhmissä hylkäävien päätösten osuus oli myönteisten päätösten osuutta suurempi. Työtilanteen mukaisessa tarkastelussa korostuu puheterapian kohdistuminen lapsiin ja nuoriin: alle 16-vuotiaita oli myönteisen päätöksen saaneista 91,9 prosenttia. Toiseksi suurin ryhmä oli työkyvyttömyyseläkkeellä olevat hakijat, mutta heitä oli vain 5,7 prosenttia myönteisen päätöksen saaneista. Työkyvyttömyyseläkkeellä olevista hylkäävän päätöksen sen sijaan sai noin viidennes.

Mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöt olivat suurin (69,8 %) sairauspuuryhmä myönteisen päätöksen saaneilla. Toiseksi eniten myönteisiä päätöksiä saivat ne, joiden diagnoosina oli synnynnäiset epämuodostumat (11,8 %). Hylkäävän päätöksen saaneilla yleisin sairauspuuryhmä oli vastaavasti mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöt, mutta toiseksi yleisin sairauspuuryhmä oli verenkiertoelinten sairaudet. Kyseisen diagnoosiryhmän osuus oli hylkäävän päätöksen saaneilla suurempi kuin myönteisen päätöksen saaneilla (3,3 % vs. 11,9 %). Valtaosalle (85,7 %) myönteisen päätöksen saaneista maksettiin hakemusvuonna korotettua vammaisetuutta. Sen sijaan 40 prosenttia hylkäävän päätöksen saaneista ei saanut hakemusvuonna korotettua tai ylintä vammaisetuutta.

Myönteisiä päätöksiä puheterapiasta annettiin lainmuutosvuonna 2016 yhteensä 8 641 henkilölle, mikä on 1,3-kertainen vuoteen 2014 verrattuna. Hylkääviä päätöksiä saaneiden määrä nousi 615 henkilöön. Vertailtaessa vuoteen 2014 ei sukupuoli-

ikä-, työtilanne- tai sairaus pääryhmäjakauman suhteen tapahtunut suuria muutoksia myönteisen ja hylkäävän päätöksen saaneiden määrissä. Vammaisetuskytköksen poistaminen näkyy siten, että myönteisen puheterapiapäätöksen saaneista vajaalle viidennekselle ei maksettu korotettua tai ylintä vammaisetuutta. Kuitenkin edelleen 71,9 prosentille myönteisen päätöksen saaneista maksettiin korotettua vammaisetuutta ja 9,2 prosentille ylintä vammaisetuutta. Hieman yli puolelle hylkäävän päätöksen saaneista taas ei maksettu vammaisetuutta tai etuus oli perustasoinen.

Vuonna 2017 myönteisten päätösten saajien määrä nousi 9 349 henkilöön. Hylkäävän puheterapiapäätöksen sai 672 henkilöä. Myönteisten ja hylkäävien päätösten sukupuoli- ja ikäjakaumissa ei tapahtunut suuria muutoksia vuoteen 2016 verrattuna. Sairauspääryhmistä mth-diagnoosien osuus myönteisen päätöksen saajilla hienoisesti kasvoi 72,9 prosentista 75,5 prosenttiin. Ilman vammaisetuutta olevien tai perustasoinen vammaisetuutta saavien myönteisten päätösten osuus kasvoi 38 prosenttiin ja korotettua vammaisetuutta saaneiden osuus vähentyi 54 prosenttiin. Tästä huolimatta hylkäävien päätösten saajista jo yli puolelle ei hakemusvuonna maksettu korotettua tai ylintä vammaisetuutta.

Taulukko 13. Puheterapiapäätökset vuosina 2014, 2016 ja 2017.

	2014		2016		2017	
	Myöntö	Hylky	Myöntö	Hylky	Myöntö	Hylky
n	6 666	470	8 641	615	9 349	672
Sukupuoli, %	p = 0,334		p = 0,464		p = 0,002	
Mies	69,9	67,7	69,8	68,3	70,1	64,3
Nainen	30,1	32,3	30,2	31,7	29,9	35,7
Ikä	p < 0,001		p < 0,001		p < 0,001	
Ka.	9,8	17,9	9,3	16,9	9,4	17,0
Mediaani	6	8	6	8	6	8
Ikä, %						
0–6 vuotta	52,6	35,5	53,2	34,5	51,5	32,4
7–15 vuotta	38,6	36,0	39,1	39,3	40,8	42,0
16–24 vuotta	2,1	4,5	1,6	5,7	1,7	4,9
25–34 vuotta	0,7	3,2	0,7	2,3	0,7	2,5
35–44 vuotta	0,9	4,0	0,9	2,6	0,7	3,3
45–54 vuotta	1,8	5,7	1,7	5,5	1,5	6,0
55–64 vuotta	3,0	9,8	2,8	9,1	2,9	7,6
Yli 64 vuotta	0,2	1,3	0,1	1,0	0,1	1,3

Taulukko 13 jatkuu.

Jatkoa taulukkoon 13.

	2014		2016		2017	
	Myöntö	Hylky	Myöntö	Hylky	Myöntö	Hylky
Työtilanne, %	p < 0,001		p < 0,001		p < 0,001	
Työssä	0,1	1,1	0,2	0,8	0,1	0,6
Työtön	0,0	0,2	0,0	0,2	0,1	0,6
Opiskelija	0,6	0,9	0,4	2,1	0,4	1,5
Alle 16-vuotias	91,9	73,0	92,9	75,4	93,0	75,4
Työkyvyttömyyseläkkeellä	5,7	19,4	4,5	15,0	4,1	16,5
Muulla eläkkeellä	0,3	1,3	0,3	1,5	0,3	1,2
Sairauspäivärahalla	0,7	1,9	1,0	3,6	1,2	2,4
Kuntoutustuella	0,7	2,3	0,6	1,3	0,6	1,0
Muu	0,0		0,1		0,1	
Sairauspäryhmä, %	p < 0,001		p < 0,001		p < 0,001	
Umpierityksen ja aineenvaihdunnan sairaudet (E00–E90)	0,6	0,2	0,5	0,3	0,4	0,4
MTH (F00–F99)	69,8	61,7	72,9	62,8	75,5	63,2
Hermoston sairaudet (G00–G99)	6,8	9,4	5,9	11,5	5,6	11,5
Verenkiertoelinten sairaudet (I00–I99)	3,3	11,9	3,5	9,1	3,5	7,4
TULES (M00–M99)	0,2	1,1	0,1	0,7	0,1	0,4
Synnyttäiset epämuodostumat (Q00–Q99)	11,8	6,4	9,8	6,3	8,8	7,0
Vammat/myrkytykset (S00–T98)	0,7	3,2	0,5	3,1	0,4	3,0
Muu sairaus	7,4	6,0	7,1	6,1	5,9	6,3
ERVA, %	p < 0,001		p < 0,001		p < 0,001	
Tuntematon/muu		0,2	0,1	0,2	0,1	0,3
HYKS	43,1	27,9	41,4	28,6	40,1	34,4
TYKS	11,6	20,2	13,2	26,0	13,9	23,8
TAYS	14,4	15,7	15,1	14,6	15,0	14,1
KYS	11,3	15,5	10,7	14,5	10,7	12,1
OYS	19,6	20,4	19,5	16,1	20,1	15,3
Vammaisetuuden taso, %	p < 0,001		p < 0,001		p < 0,001	
Ei vammaistukea	1,2	5,1	3,2	17,2	4,5	20,1
Perus	0,7	34	15,7	33,8	33,1	39,6
Korotettu	85,7	47,4	71,9	37,1	54,2	27,7
Ylin	12,4	13,4	9,2	11,9	8,2	12,6

4.4.4 Musiikkiterapia

Musiikkiterapiasta annettiin 1 328 henkilölle myönteinen päätös ja 159 henkilölle hylkäävä päätös vuonna 2014. Myönteisen päätöksen saajista miehiä oli 70,2 prosenttia ja hylkäävän päätöksen saaneista 64,8 prosenttia (taulukko 14, s. 58). Keskimäärin myönteisen musiikkiterapiapäätöksen saajat olivat 15-vuotiaita (mediaani-ikä 13 vuotta), kun taas hylkäävän päätöksen saaneet olivat vanhempia, keskimäärin 23-vuotiaita (mediaani-ikä 16 vuotta). Ikäryhmittäin tarkasteltuna runsas puolet myönteisen päätöksen saaneista oli peruskouluikäisiä ja hieman yli viidennes 16–24-vuotiaita. Hylkäävän päätöksen saajissa peruskouluikäisiä oli pienempi osuus kuin myönteisen päätöksen saajissa, noin 41 prosenttia, ja 16–24-vuotiaita oli vajaa viidennes. Musiikkiterapian kohdentuminen painottui alle 16-vuotiaisiin, joita oli 74,5 prosenttia myönteisten päätösten saajista. Hylkäävän päätöksen saajissa alle 16-vuotiaita oli runsas puolet. Työkyvyttömyyseläkkeellä olevat hakijat olivat toiseksi suurin ryhmä sekä myönteisen (16,6 %) että hylkäävän päätöksen saaneista (35,2 %).

Suurin sairauspuuryhmä musiikkiterapiaa saavilla oli mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöt, joita oli 76,7 prosentilla myönteisen päätöksen saaneista ja 67,3 prosentilla hylkäävän päätöksen saaneista. Toiseksi yleisin sairauspuuryhmä oli synnynnäiset epämuodostumat, joita oli 13,5 prosentilla myönteisen päätöksen saaneista ja 11,9 prosentilla hylkäävän päätöksen saaneista. Valtaosalle myönteisen päätöksen saajista maksettiin korotettua vammaisetuutta (69,7 %) ja vajaalle kolmannekselle ylintä vammaisetuutta. Hieman alle viidennekselle hylkäävän päätöksen saaneista ei maksettu vammaisetuutta hakemusvuonna tai etuus oli perustasoinen.

Vuonna 2016 myönteisiä päätöksiä annettiin vuoteen 2014 verrattuna vähemmän: myönteisen päätöksen sai 1 137 henkilöä. Hylkääviä päätöksiä annettiin vuoteen 2014 verrattuna aiempaa useammalle, 247 henkilölle. Myönteisen päätöksen saaneiden miesten osuus kasvoi hieman ja hylkäävän päätöksen saaneiden osuus vähentyi. Myönteisen päätöksen saaneiden keskimääräinen ikä ja mediaani-ikä pysyivät muuttumattomana, mutta hylkäävän päätöksen saaneiden iän keskiarvo laski 19 ikävuoteen ja mediaani-ikä 14 ikävuoteen. Samalla peruskouluikäisten osuus kasvoi vuoteen 2014 verrattuna hylkäävän päätöksen saaneista 55,1 prosenttiin. Työtilanteisessa tarkastelussa työkyvyttömyyseläkkeellä olevien hakijoiden osuus vähentyi hylkäävän päätöksen saaneista ja alle 16-vuotiaiden osuus kasvoi.

Sairauspuuryhmistä mth-diagnoosien osuus kasvoi hienoisesti sekä myönteisen että hylkäävän päätöksen saaneilla. Synnynnäisiin epämuodostumiin kuuluvien diagnoosien osuus vähentyi sekä hylkäävän että myönteisen saaneiden päätöksissä. Niiden, jotka eivät saaneet korotettua tai ylintä vammaisetuutta, osuus oli myönteisissä musiikkiterapiapäätöksissä pieni (7,7 %). Valtaosalle myönteisen päätöksen saaneista maksettiin edelleen korotettua tai ylintä vammaisetuutta. Hylkäävän päätöksen saaneista niiden, jotka eivät saaneet korotettua tai ylintä vammaisetuutta, osuus kasvoi yli neljännekseen.

Vuonna 2017 myönteisen musiikkiterapiapäätöksen saajien määrä oli 1 042 henkilöä, mikä on hieman pienempi kuin vuonna 2016. Hylkääviä päätöksiä annettiin 243 henkilölle. Vuoteen 2016 verrattuna myönteisen päätöksen saaneiden miesten osuus pieneni hieman (71,9 %) ja hylkäävän päätöksen saaneiden osuus kasvoi. Hylkäävän päätöksen saaneissa keskimääräinen ikä nousi 20 ikävuoteen ja mediaani-ikä 15 ikävuoteen. Hylkäävän päätöksen saaneiden peruskouluikäisten osuus pieneni 55,1 prosentista 43,6 prosenttiin. Myönteisen päätöksen saaneiden ikäjakaumissa ei juuri tapahtunut muutoksia. Myönteisen päätöksen saaneista niiden, jotka eivät saaneet korotettua tai ylintä vammaisuuutta, osuus kasvoi noin 16 prosenttiin, mutta tämän hakijaryhmän osuus hylkäävistä päätöksistä oli suurempi, noin kolmannes. Korotetun vammaisuuuden saajien osuus oli myönteisen päätöksen saaneissa pienempi kuin vuonna 2016, noin 61 prosenttia, ja hylkäävän päätöksen saaneissa korotetun vammaisuuuden saajien osuus putosi 40,7 prosenttiin.

Taulukko 14. Musiikkiterapiapäätökset vuosina 2014, 2016 ja 2017.

	2014		2016		2017	
	Myöntö	Hylky	Myöntö	Hylky	Myöntö	Hylky
n	1 328	159	1 137	247	1 042	243
Sukupuoli, %	p = 0,191		p = 0,002		p = 0,031	
Mies	70,2	64,8	73,4	63,2	71,9	64,6
Nainen	29,8	35,2	26,6	36,8	28,1	35,4
Ikä	p < 0,001		p < 0,001		p < 0,001	
Ka.	14,8	22,6	14,9	19,1	15,3	20,2
Mediaani	13	16	13	14	13	15
Ikä, %						
0–6 vuotta	9,5	6,9	9,1	5,3	8,5	6,6
7–15 vuotta	58,4	40,9	59,3	55,1	58,0	43,6
16–24 vuotta	21,6	17,0	21,3	16,6	22,3	24,3
25–34 vuotta	6,5	13,2	6,2	8,9	6,6	9,1
35–44 vuotta	2,6	8,8	2,6	5,7	2,7	7,4
45–54 vuotta	0,5	6,9	1,1	4,5	1,3	4,1
55–64 vuotta	0,9	5,7	0,4	4,0	0,4	4,5
Yli 64 vuotta		0,6	0,1	0,0	0,2	0,4
Työtilanne, %	p < 0,001		p = 0,001		p < 0,001	
Työssä						
Työtön	0,3		0,3		0,3	
Opiskelija	6,6	6,3	7,6	4,5	7,4	7,4
Alle 16-vuotias	74,5	55,3	74,7	67,6	73,5	57,6

Taulukko 14 jatkuu.

Jatkoa taulukkoon 14.

	2014		2016		2017	
	Myöntö	Hylky	Myöntö	Hylky	Myöntö	Hylky
Työkyvyttömyyseläkkeellä	16,6	35,2	15,0	21,9	15,3	24,3
Muulla eläkkeellä	0,6	0,6	0,8	1,6	0,9	2,9
Sairauspäivärahalla	0,1	0,6	0,2	0,8	0,5	1,6
Kuntoutustuella	1,1	1,3	1,5	1,6	1,8	3,3
Muu	0,2	0,6	0,1	0,8	0,4	0,8
Sairauspäryhmä, %	p < 0,001		p < 0,001		p < 0,001	
Umpierityksen ja aineenvaihdunnan sairaudet (E00–E90)	0,9	0,6	0,6	0,4	1,0	
MTH (F00–F99)	76,7	67,3	78,7	68,4	79,8	69,5
Hermoston sairaudet (G00–G99)	6,2	10,1	5,4	11,3	4,6	11,1
Verenkiertoelinten sairaudet (I00–I99)	0,8	6,3	0,7	5,3	1,5	2,1
TULES (M00–M99)	0,2	0,6	0,3	1,2	0,2	1,2
Synnyttäiset epämuodostumat (Q00–Q99)	13,5	11,9	12,6	8,9	11,0	11,5
Vammat/myrkytykset (S00–T98)	0,6	1,9	0,6	2,0	0,6	1,6
Muu sairaus	1,1	1,2	1,2	0,0	1,2	0,4
ERVA, %	p = 0,351		p < 0,001		p < 0,001	
Tuntematon/muu			0,1		0,1	-
HYKS	20,9	17,6	23,5	19,4	21,9	21,4
TYKS	23,9	29,6	20,4	36,4	17,6	34,6
TAYS	23,0	18,2	25,6	13,4	27,4	15,6
KYS	11,5	13,2	8,9	14,2	10,7	14,8
OYS	20,7	21,4	21,5	16,6	22,3	13,6
Vammaisuuden taso, %	p < 0,001		p < 0,001		p < 0,001	
Ei vammaistukea	0,2	2,5	1,1	5,3	1,8	9,1
Perus	0,1	16,4	6,6	21,9	14	24,3
Korotettu	69,7	52,8	68,8	45,7	60,6	40,7
Ylin	30	28,3	23,5	27,1	23,6	25,9

4.4.5 Psykoterapia

Taulukossa 15 (s. 61) on esitetty psykoterapiapäätökset vuosilta 2014, 2016 ja 2017. Myönteisiä psykoterapiapäätöksiä annettiin 779 henkilölle vuonna 2014, ja hylkäävän päätöksen sai 202 hakijaa. Miehiä oli myönteisen päätöksen saaneista hieman yli puolet (52 %), kun taas hylkäävän päätöksen saaneissa oli enemmän naisia (51,5 %). Kes-

kimäärin myönteisen päätöksen saaneet olivat 17-vuotiaita (mediaani-ikä 13 vuotta) ja hylkäävän päätöksen saaneet hieman tätä vanhempia, keskimäärin 22-vuotiaita (mediaani-ikä 14 vuotta). Ikäryhmittäin tarkasteltuna peruskouluikäisten osuus oli suurin sekä myönteisen (66,5 %) että hylkäävän päätöksen saajissa (54,5 %). Toiseksi suurin ikäryhmä olivat 16–24-vuotiaat. Työtilanteen perusteella tarkasteltuna suurin ryhmä olivat alle 16-vuotiaat, joita oli myönteisen päätöksen saajissa noin 72 prosenttia ja hylkäävän päätöksen saajissa runsas puolet (57,4 %). Toiseksi suurin ryhmä myönteisen päätöksen saajissa olivat opiskelijat, joita oli sekä hylkäävän että myönteisen päätöksen saajissa hieman yli kymmenesosa. Työkyvyttömyyseläkkeellä olevia oli enemmän hylkäävän kuin myönteisen päätöksen saajissa (8,1 % vs. 13,9 %).

Valtaosa (88,1 %) psykoterapian saajista oli hakenut kuntoutusta mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöt -ryhmään kuuluvan diagnoosin perusteella. Hylkäävän päätöksen saaneista mth-diagnooseja oli hieman pienemmällä osuudella (76,7 %). Toiseksi yleisin sairauspuuryhmä olivat hermoston sairaudet. Suurimmalle osalle myönteisen päätöksen saajista maksettiin korotettua vammaisetuutta (91,3 %) ja pienelle osalle (6,9 %) ylintä vammaisetuutta. Hylkääviä päätöksiä oli annettu runsaalle kolmannekselle hakijoista, joille ei hakemusvuonna maksettu vammaisetuutta tai joiden etuus oli perustasoinen.

Lainmuutosvuonna 2016 myönteisen psykoterapiapäätöksen saaneiden määrä yli puolitoistakertaistui 1 246 henkilöön. Hylkäävän päätöksen saajien määrä samalla aikavälillä yli kaksinkertaistui 535 henkilöön. Miehiä oli myönteisen päätöksen saajista 50,4 prosenttia, mutta hylkäävän päätöksen saajista miesten osuus pienentyi 38,7 prosenttiin. Sekä myönteisissä että hylkäävissä päätöksissä keskimääräinen ikä nousi. Myönteisen päätöksen saajat olivat nyt keskimäärin 19-vuotiaita (mediaani 14 vuotta) ja hylkäävän päätöksen saajat 25-vuotiaita (mediaani 19 vuotta). Ikäryhmistä peruskouluikäisten osuus pieneni myönteisen päätöksen saajissa 56,8 prosenttiin. Tätä vanhempien ikäryhmien osuus hienoisesti nousi myönteisen päätöksen saajista. Hylkäävän päätöksen saaneiden peruskouluikäisten osuus pieneni 38,1 prosenttiin ja muiden ikäryhmien osuus kasvoi.

Hakijoiden työtilanteen mukaan tarkasteltuna sekä myönteisen että hylkäävän päätöksen saaneissa alle 16-vuotiaiden osuus väheni. Sen sijaan kuntoutustukea saavien myönteisen psykoterapiapäätöksen saaneiden osuus kasvoi 3,3 prosentista 10,4 prosenttiin ja hylkäävän päätöksen saaneiden osuus 6,9 prosentista 12 prosenttiin. Sairausryhmistä mth-diagnosien osuus kasvoi sekä myönteisen että hylkäävän päätöksen saaneissa. Vammaisetuskytköksen poistuttua myönteisen päätöksen saajista hieman yli neljäsosalle ei maksettu korotettua tai ylintä vammaisetuutta. Korotettua vammaisetuutta maksettiin edelleen noin 70 prosentille myönteisen psykoterapiapäätöksen saajista ja ylintä vammaisetuutta enää vajaalle viidelle prosentille. Hylkäävän päätöksen saaneista jo miltei kahdelle kolmasosalle maksettiin perustasoista vammaisetuutta tai he eivät saaneet etuutta lainkaan.

Taulukko 15. Psykoterapiapäätökset vuosina 2014, 2016 ja 2017.

	2014		2016		2017	
	Myöntö	Hylky	Myöntö	Hylky	Myöntö	Hylky
n	779	202	1 246	535	1 652	464
Sukupuoli, %	p = 0,423		p < 0,001		p = 0,004	
Mies	52	48,5	50,4	38,7	44,7	37,1
Nainen	48	51,5	49,6	61,3	55,3	62,9
Ikä	p = 0,026		p < 0,001		p < 0,001	
Ka.	16,9	21,7	18,9	24,9	21,1	28,0
Mediaani	13	14	14	19	16	25
Ikä, %						
0–6 vuotta	1,7	1,5	1,0	1,9	0,5	2,8
7–15 vuotta	66,5	54,5	56,8	38,1	48,8	29,1
16–24 vuotta	16,6	14,9	19,9	16,8	20,2	17,0
25–34 vuotta	6,5	9,9	9,6	17,6	13,7	17,7
35–44 vuotta	4,0	4,5	6,9	11,0	10,2	14,7
45–54 vuotta	3,1	6,4	3,7	8,8	4,4	10,6
55–64 vuotta	1,5	7,4	2,1	5,4	2,2	7,5
Yli 64 vuotta	0,1	1,0	0,0	0,4	0,0	0,6
Työtilanne, %	p = 0,001		p < 0,001		p < 0,001	
Työssä	1,9	5,4	1,4	5	1,9	6
Työtön	1,5	2,5	1,6	5,8	3,2	6
Opiskelija	11,2	11,4	12,4	15,7	13,3	15,3
Alle 16-vuotias	71,9	57,4	62,3	42,6	52,7	34,3
Työkyvyttömyyseläkkeellä	8,1	13,9	9,1	11,2	9,1	14,2
Muulla eläkkeellä	0,4	0,0	0,2	0	0,5	0
Sairauspäivärahalla	1,0	2,0	2,1	4,1	3,4	6,9
Kuntoutustuella	3,3	6,9	10,4	12	14,8	14,9
Muu		0,5		1,3	0,0	1,5
Sairauspäryhmä, %	p < 0,001		p < 0,001		p < 0,001	
Umpierityksen ja aineenvaihdunnan sairaudet (E00–E90)	0,1	0,5	0,1	0,6	0,4	0,4
MTH (F00–F99)	88,1	76,7	91,5	84,9	91,6	82,1
Hermoston sairaudet (G00–G99)	5	7,4	3,5	3,9	4	5,6
Verenkiertoelinten sairaudet (I00–I99)	0,5	3,5	0,7	1,5	0,4	2,2
TULES (M00–M99)	1,9	4	1	3,9	0,7	2,6

Taulukko 15 jatkuu.

Jatkoa taulukkoon 15.

	2014		2016		2017	
	Myöntö	Hylky	Myöntö	Hylky	Myöntö	Hylky
Synnyttäiset epämuodostumat (Q00–Q99)	2,7	3	1,8	1,7	1,2	1,9
Vammat/myrkytykset (S00–T98)	0,1	1	0,6	1,3	0,6	1,5
Muu sairaus	1,6	4	0,8	1,9	0,8	2,9
ERVA, %	p = 0,402		p < 0,001		p < 0,001	
Tunteaton/muu	0,1		0	0	0,1	0
HYKS	26,4	32,2	18,7	23,2	16,4	25,6
TYKS	24,9	20,8	27,4	15,1	28,9	19
TAYS	26,4	22,8	33,1	33,6	33,7	27,8
KYS	9	11,4	6,8	14,2	7,8	10,3
OYS	13,1	12,9	13,9	13,8	13,1	17,2
Vammaisetuuden taso, %	p < 0,001		p < 0,001		p < 0,001	
Ei vammaistukea	0,4	10,9	8,7	34,6	19,1	43,1
Perus	0,5	23,8	17,7	29,2	29,7	27,4
Korotettu	91,3	58,4	68,8	32,7	47,1	26,9
Ylin	7,8	6,9	4,7	3,6	4,1	2,6

Vuoden 2017 psykoterapiapäätöksissä myönteisen päätöksen saajien määrä oli noussut edelleen; heitä oli 1 652. Hylkäävän päätöksen sai 464 henkilöä, mikä on vähemmän kuin vuonna 2016. Myönteisen päätöksen saajissa oli nyt enemmän naisia (55,3 %). Lisäksi myönteisen päätöksen saajien ikä oli korkeampi kuin myönteisen päätöksen saajilla vuonna 2016, keskimäärin 21 vuotta (mediaani-ikä 16 vuotta). Hylkäävän päätöksen saaneet olivat keskimäärin 28-vuotiaita (mediaani-ikä 25 vuotta). Ikäryhmistä peruskouluikäisten osuus pieneni 56,8 prosentista 48,8 prosenttiin. Tätä vanhempien ikäryhmien osuudet kasvoivat myönteisen päätöksen saajissa.

Kuntoutushakemusta edeltäneen työtilanteen mukaan alle 16-vuotiaiden osuus pieneni sekä myönteisen että hylkäävän päätöksen saaneissa. Opiskelijoita sekä kuntoutustukea ja sairauspäivärahaa saavia oli hieman enemmän kuin vuonna 2016 niin myönteisen kuin hylkäävänkin päätöksen saaneissa. Lisäksi työkyvyttömyyseläkkeellä olevien hakijoiden osuus kasvoi hylkäävän päätöksen saaneissa. Sairauspääryhmittäin psykoterapiaa saaneiden määrissä ei tapahtunut suuria muutoksia vuoteen 2016 verrattuna. Myönteisen päätöksen saajissa oli noussut niiden hakijoiden, jotka eivät saaneet korotettua tai ylintä vammaisetautta, osuus 48,8 prosenttiin. Korotetun vammaisetauden saajia oli 47,1 prosenttia. Niiden hylkäävän päätöksen saaneiden, joille ei maksettu vammaisetautta, osuus oli kasvanut 43,1 prosenttiin, ja niiden, joille maksettiin perusvammaisetautta, osuus oli laskenut 27,4 prosenttiin.

5 Hylkäävien päätösten perusteet

Hylkääviä päätöksiä ja niiden kohdentumista tarkasteltiin hylkäysperusteiden avulla. Tarkastelussa ovat mukana kaikki hylkäävät päätökset, joita annettiin vuosina 2014, 2016 ja 2017. Hylkäykseen sisältyvät myös ohjauksikäyntejä koskevat päätökset, ja tarkastelua tehdään sekä päätös- että henkilötasolla. Taulukoissa 16, 17 ja 18 (s. 64–66) on esitetty hylkäysperusteiden jakauma tarkasteluvuosina. Hylkäysperusteista on esitetty tarkat frekvenssit silloin, kun kyseisellä perusteella on annettu yli sata hylkäävää päätöstä. Muut hylkäysperusteet on yhdistetty ”muut hylkäysperusteet” -luokkaan. Koska lainmuutoksen yhteydessä käyttöön otettiin uusia hylkäysperusteita ja osa vanhoista hylkäysperusteista poistettiin käytöstä, ei käytettyjä hylkäysperusteita tai niiden jakaumia ennen lakimuutosta ja sen jälkeen pystytä suoraan vertaamaan. Hylkäävien päätösten perusteluja koskevassa tarkastelussa vertailua tehdäänkin yleisemmällä tasolla sen suhteen, millaisiin lain kirjauksiin hylkäykset yleisimmin kiinnittyvät ennen lakimuutosta ja sen jälkeen.

Taulukosta 16 voidaan havaita, että ennen lainmuutosta vuonna 2014 yleisin hylkäysperuste oli se, ettei haettu kuntoutus perustunut kuntoutussuunnitelmaan. Tällaisia päätöksiä oli noin viidesosa (22,7 %) kaikista hylkäyksistä. Yleisimpien hylkäysperusteiden joukossa oli runsaasti myös toteutettavan kuntoutuksen tarpeellisuuteen liittyviä hylkäyksiä. Esimerkiksi avohoidon katsottiin asiakkaan tapauksessa riittävän (12,9 %) tai haettava kuntoutus ei ollut tarpeen toimintakyvyn säilyttämiseksi (10,5 %).

Lainmuutoksen kannalta keskeistä on, että yhteensä vammaisuuksiin liittyviä hylkäyksiä oli miltei neljännes kaikista hylkäävistä päätöksistä. Lisäksi sekä vammaisuuksiin että vaikeavammaisuuteen liittyviä hylkäyksiä oli noin kolmannes kaikista hylkäävistä päätöksistä (n = 2 239). Vammaisuuksien tai hoitotuen puuttuminen olikin toiseksi yleisin hylkäysperuste (13,3 %). Korotetun vammaisuuksien puuttuminen ja se, ettei hakijaa katsottu vaikeavammaiseksi, oli hylkäyksen syynä hieman yli kymmenesosassa (11,0 %) hylkäyspäätöksistä. Noin seitsemän prosenttia hylkäyksistä johtui siitä, että hakijan ei katsottu olevan vaikeavammaisen (7,2 %). Karkeistaen voidaankin todeta, että vuonna 2014 hylkäykset liittyivät toisaalta siihen, että haettavan kuntoutuksen ei katsottu olevan tarpeen tai sitä ei ollut suositettu, ja toisaalta siihen, että vaikeavammaisuuteen ja vammaisuuksiin liittyvät kriteerit eivät täyttyneet.

Lainmuutoksen tultua voimaan vuonna 2016 voidaan havaita, että hylkäysten perusteiden jakauma muuttui. Yleisimmäksi hylkäyssyyksi nousi uusi hylkäysperuste, ”hakijalla ei voida katsoa olevan huomattavia vaikeuksia”. Tämä oli hylkäyksen syy joka viidennessä (20,2 %) hylkäävässä päätöksessä vuonna 2016. Toiseksi yleisimmäksi hylkäyssyyksi (15,1%) nousi se, että haettu kuntoutus ei ollut tarpeen suoriutumiseksi ja osallistumiselle. Edelleen yleinen hylkäysperuste oli se (13,4 %), että haettu kuntoutus ei perustunut kuntoutussuunnitelmaan.

Taulukko 16. Päätöksissä käytetyt hylkäysten syyt vuonna 2014.

Hylkäysperuste	2014	
	n	%
Kuntoutus ei perustu kuntoutussuunnitelmaan	1 616	22,7
Hakija ei saa vammaisetautta tai hoitotukea	944	13,3
Avohoito on riittävä	921	12,9
Ei saa korotettua vammaisetautta eikä ole vaikeavammaisen	780	11,0
Kuntoutus ei ole tarpeen toimintakyvyn säilyttämiseksi	748	10,5
Hakija ei ole vaikeavammaisen	515	7,2
Ei riittäviä selvityksiä	412	5,8
Ei sopivaa syykoodia, syy kirjattu käsin	375	5,3
Omaisien ohjaus- ja tukikäyntejä ei kuntoutussuunnitelmassa	163	2,3
Vaikeavammaisen yli 65-vuotias	114	1,6
Ei ole Kelan kuntoutuslain mukaista kuntoutusta	114	1,6
Välittömästi sairaanhoitoon liittyvä kuntoutus	108	1,5
Muut hylkäysperusteet	303	4,3
Yhteensä	7 113	100,0

Laitoskuntoutusjaksoja koskevat hylkäykset tapauksissa, joissa pelkän terapian katsottiin olevan riittävää, olivat syy noin kymmenesosassa (9,4 %) hylkäyksistä. Kyseessä oli lainmuutoksen yhteydessä käyttöön otettu uusi hylkäysperuste. Viidenneksi yleisin hylkäyssyy (9 %) oli se, että hakija ei ollut toimittanut riittäviä selvityksiä hakemusasian ratkaisemiseksi. Lakiuudistuksen yhteydessä lakiin kirjattiin erillisten yksilöterapioiden ohjauskäyntien myöntökriteerit. Ohjauskäynteihin liittyviä hylkäyksiä oli yhteensä viitisentoista prosenttia vuonna 2016. Hylkäyksen peruste oli joko se, että ohjauskäyntien ei katsottu olevan tarpeen (8,7 %), tai se, että haettuja ohjauskäyntejä ei ollut suositettu kuntoutussuunnitelmassa (6,9 %). Pieni osa hylkäävistä päätöksistä liittyi siihen, että kuntoutus oli sairaanhoitoon liittyvää (3 %) tai kuntoutuksella oli hoidolliset tavoitteet (3 %).

Lainmuutoksen myötä haetun kuntoutuksen tarpeellisuus osallistumiselle ja suoriutumismiehele tuli lakiin kirjatuksi harkintaperusteeksi. Tämä näkyy vuoden 2016 hylkäävien päätösten perusteiden keskittymisessä uusiin hylkäyskoodeihin, joissa hylkäyksen peruste on ollut juuri suositettavan kuntoutuksen tarpeellisuus arkielämässä suoriutumismiehele ja siihen osallistumiselle. Toinen merkittävä hylkäysryhmä on ohjauskäynteihin liittyvät hylkäykset. Edelleen kuntoutussuunnitelmaan perustumattomien toimenpiteiden hakeminen on yleisimpien hylkäyssyiden joukossa. Sen sijaan vaikeavammaisuuteen tai vammaisetauksiin liittyviä hylkäyssyitä ei enää käytetä. Uusi toimintakyvyn liittyvä hylkäyskoodi ”hakijalla ei huomattavia vaikeuksia” oli käytetyistä hylkäysperusteista yleisin.

Taulukko 17. Päätöksissä käytetyt hylkäysten syyt vuonna 2016.

Hylkäysperuste	2016	
	n	%
Hakijalla ei huomattavia vaikeuksia	2 856	20,2
Kuntoutus ei tarpeen suoriutumislle ja osallistumiselle	2 141	15,1
Kuntoutus ei perustu kuntoutussuunnitelmaan	1 893	13,4
Ei laitosjaksoa, terapiaa riittävää	1 337	9,4
Ei riittäviä selvityksiä	1 276	9,0
Omaisien ohjaus- ja tukikäynnit ei tarpeen	1 235	8,7
Omaisien ohjaus- ja tukikäyntejä ei kuntoutussuunnitelmassa	979	6,9
Ei sopivaa syykoodia, syy kirjattu käsin	895	6,3
Kuntoutus sairaanhoitoon liittyvää	337	2,4
Kuntoutuksella hoidolliset tavoitteet	309	2,2
Ei merkittävää hyötyä suhteessa kustannuksiin	182	1,3
Toiminnan tarkoituksena ei tavoitteellinen kuntoutus	159	1,1
Yli 65-vuotias	140	1,0
Muut hylkäysperuste	434	3,1
Yhteensä	14 173	100,0

Vuoden 2017 tilanne vastasi suurimmilta osin hylkäysperusteiltaan vuoden 2016 hylkävien päätösten jakaamaa. Yleisin hylkäysperuste (22,8 %) oli se, että hakijalla ei voitu katsoa olevan huomattavia vaikeuksia. Toiseksi yleisimmäksi (16,3 %) syyksi oli noussut kuntoutussuunnitelmaan perustumattomien toimenpiteiden hakeminen. Noin viisitoista prosenttia hylkäyksistä johtui siitä, ettei haettavan kuntoutuksen voitu katsoa olevan tarpeen suoriutumislle ja osallistumiselle. Laitoskuntoutusjaksoihin liittyvät hylkäykset tapauksissa, joissa terapian katsottiin riittävän, oli neljänneksi yleisin hylkäysperuste (11,1 %). Noin kymmenesosa vuoden 2017 hakemuksista hylättiin riittävien selvitysten puuttumisen vuoksi.

Viiden yleisimmän hylkäyssyyden osuudet kaikista hylkäyksistä kasvoivat vuoteen 2016 verrattuna. Vastaavasti etenkin ohjauskäynteihin liittyvät hylkäykset vähenivät sekä lukumäärällisesti että osuutena kaikista hylkäyksistä. Vuonna 2017 hylättiin kuusi prosenttia hakemuksista sillä perusteella, että omaisen ohjaus- ja tukikäyntejä ei voitu katsoa tarpeelliseksi. Hieman alle kolme prosenttia ohjauskäyntien hylkäyksistä johtui puolestaan siitä, ettei niitä ollut kirjattu kuntoutussuunnitelmaan. Yhteensä ohjauskäynteihin liittyviä hylkäyksiä oli 967, kun niitä vuonna 2016 oli yhteensä 2 214 eli yli kaksinkertainen määrä. Osuutena kaikista hylkäyksistä ohjauskäynteihin liittyvät hylkäykset vähenivät noin viidestätoista prosentista kymmeneen prosenttiin.

Taulukko 18. Päätöksissä käytetyt hylkäysten syyt vuonna 2017.

Hylkäysperuste	2017	
	n	%
Hakijalla ei huomattavia vaikeuksia	2 519	22,8
Kuntoutus ei perustu kuntoutussuunnitelmaan	1 801	16,3
Kuntoutus ei tarpeen suoriutumiselle ja osallistumiselle	1 685	15,3
Ei laitosjaksoa, terapia riittävää	1 224	11,1
Ei riittäviä selvityksiä	1 191	10,8
Omaisien ohjaus- ja tukikäynnit ei tarpeen	660	6,0
Ei sopivaa syykoodia, syy kirjattu käsin	450	4,1
Kuntoutus sairaanhoitoon liittyvä	308	2,8
Omaisien ohjaus- ja tukikäyntejä ei kuntoutussuunnitelmassa	307	2,8
Kuntoutuksella hoidolliset tavoitteet	295	2,7
Yli 65-vuotias	139	1,3
Ei merkittävää hyötyä suhteessa kustannuksiin	132	1,2
Toiminnan tarkoituksena ei tavoitteellinen kuntoutus	103	0,9
Muut hylkäysperusteet	214	1,9
Yhteensä	11 028	100,0

Laitosmuotoiseen kuntoutukseen ja ohjauskäynteihin liittyvien hylkäävien päätösten jakaamaa tarkasteltiin vielä erikseen sukupuoli-, ikä-, erityisvastuualue-, sairauspääryhmä- ja vammaisetuusjakauman mukaan vuosina 2016 ja 2017 (liitetaulukko 1). Ohjauskäynteihin liittyvät hylkäykset kohdistuivat miltei kokonaan lapsille ja nuorille. Hylkäyskoodin ”Omaisien ohjaus- ja tukikäynnit ei tarpeen” saaneista oli 95,9 prosenttia alle 16-vuotiaita vuonna 2016 ja 94,8 prosenttia vuonna 2017. Suurin osa hylkäävän päätöksen saaneista oli poikia. Sairauspääryhmittäin tarkasteltuna molempina vuosina noin neljällä viidestä oli päädiagnoosina mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöt -ryhmän diagnoosi.

Hakijoista, joiden hakemus laitosmuotoiseen kuntoutukseen hylättiin koodilla ”ei laitosjaksoa, terapia riittävää”, suurin osa oli 55–64-vuotiaita sekä 2016 että 2017. Sairauspääryhmistä useimmilla päädiagnoosi kuului hermoston sairaudet -ryhmään.

Hylkäävien päätösten perustelujen osalta voidaan todeta, että hylkäyksissä painotuvat lainmuutoksen jälkeen kuntoutujan toimintakyky vaikeavammaisuuden sijasta (eli se, voidaanko todeta huomattavia vaikeuksia) sekä haettavan kuntoutuksen merkitys suoriutumiselle ja osallistumiselle. Vaativasta lääkinällisestä kuntoutuksesta annetaan kuitenkin edelleen runsaasti hylkääviä päätöksiä siksi, että haettu kuntoutus ei vastaa kuntoutussuunnitelmaa. Sen sijaan vaikeavammaisuuden kriteerien täyttyminen ja vammaisuuksiin liittyvät syyt eivät ole enää hylkäysperuste. Ohjaus-

käynteihin liittyvien hylkäysten määrä nousi merkittävästi vuodesta 2014 vuoteen 2016. Sen sijaan vuonna 2017 ohjauksikäynteihin liittyvät hylkäykset vähentyivät. Kaiken kaikkiaan hylkäysten kokonaismäärä kasvoi lainmuutoksen tultua voimaan 2016 ja väheni seuraavana vuonna. Lainmuutosvuoden päätöksiin liittyy todennäköisesti siirtymäkauden epätietoisuutta uuden lain myöntökriteereistä ja vuoden 2017 määrä kuvaa vakiintuneempaa tilannetta, jossa tieto lainmuutoksesta ja myöntökriteereistä on levinnyt kuntoutussuunnitelmista vastaaville lähettävillä tahoille.

6 Myönteisiä ja hylkääviä päätöksiä selittävät tekijät

Vaativaa lääkinällistä kuntoutusta koskeviin myönteisiin päätöksiin liittyviä tekijöitä vuosina 2014, 2016 ja 2017 tarkasteltiin askeltavan logistisen regressioanalyysin avulla. Tavoitteena oli tunnistaa myönteistä päätöstä ennustavia tekijöitä ennen lainmuutosta ja sen jälkeen. Tarkastelusta jätettiin pois ne henkilöt, jotka olivat hakemusvuonna yli 64-vuotiaita tai jotka olivat hakeneet tarkasteluvuonna ainoastaan ohjauskäyntejä. Rajaukset on tehty siitä syystä, että Kelan järjestämisvastuun alaista (L 145/2015, 9 §) vaativaa lääkinällistä kuntoutusta on mahdollista saada ainoastaan siihen asti, kun henkilö täyttää 65 vuotta. Ohjauskäyntejä koskevat päätökset jätettiin tarkastelusta pois, koska haluttiin selvittää kuntoutusoikeuden saamista. Pelkästään ohjauskäyntien perusteella ei voi saada oikeutta kuntoutukseen, vaan ne ovat yksilöterapiaihin haettava lisä.

Malleissa vertailtiin pelkästään hylkääviä päätöksiä saaneita hakijoita. Selittäviksi tekijöiksi malleihin valittiin sukupuoli, ikä (luokiteltuna 0–6, 7–15, 16–24, 25–34, 35–44, 45–54, 55–64), sairaus pääryhmä (vuoden ensimmäinen hakemus), vammais-etuuden taso (ei vammais-etuutta, perus, korotettu, ylin), lisädiagnoosi (kyllä/ei) ja hakijan erityisvastuualue. Referenssiluokkien valinnassa nojaututtiin aiempiin rekisteritutkimuksiin (esim. Toikka ym. 2015) sekä pyrittiin valitsemaan luokka, johon lainmuutos alustavissa tarkasteluissa vaikutti vähiten. Seuraavaksi analyysin tulokset esitetään erikseen jokaiselta tarkasteluvuodelta ja tarkemmin vielä erillisten mallien avulla terapia- ja laitosmuotoista kuntoutusta hakeneista. Tuloksissa malleista esitetään vain merkitseväksi jääneet selittävät tekijät ja näistä ristitulosuhteet (OR) sekä 95 prosentin luottamusvälit.

6.1 Myönteiseen ja hylkäävään vaativan lääkinällisen kuntoutuksen päätökseen yhteydessä olevat tekijät

Logistisessa regressioanalyysissä, joka tarkastelee myönteisen kuntoutuspäätöksen Kelan järjestämisvastuulla olevaan lääkinälliseen kuntoutukseen saaneita vuonna 2014, on käytetty muuttujina sukupuolta, ikää, erityisvastuualueutta, vammais-etuuden tasoa ja sairaus pääryhmiä sekä lisäsairautsietoa (taulukko 19, s. 70). Vertailua tehtiin myönteisen päätöksen ja pelkästään hylkääviä päätöksiä saaneiden hakijoiden välillä. Ohjauskäyntipäätökset eivät sisälly tarkasteluun. Malliin jäivät myönteistä päätöstä selittäviksi tekijöiksi ikäryhmä, sairaus pääryhmä, vammais-etuuden taso sekä erityis- vastualue.

Hakijan ikä oli yhteydessä myönteiseen päätökseen siten, että alle 7 vuoden ikä ennusti vahvasti myönteistä päätöstä: näillä hakijoilla myönteisen päätöksen riski oli 3,25-kertainen verrattuna 55–64-vuotiaisiin. Muut ikäryhmät eivät eronneet myönteisen päätöksen riskissä 55–64-vuotiaista lukuun ottamatta 25–34-vuotiaita, joilla oli myönteisen päätöksen vetosuhde vertailuryhmää pienempi, 0,7-kertainen. Sairaus- pääryhmittäin tarkasteltuna verenkiertoelinten sairauksissa, mth- ja tule-sairauksissa

ja ryhmään ”muut sairaudet” luokitelluissa sairauksissa myönteisen päätöksen riski oli pienempi kuin hermoston sairauksissa. Jos sairauspääryhmänä oli synnynnäiset epämuodostumat, oli myönteisen päätöksen riski yhtä suuri kuin hermoston sairauksissa.

Vuonna 2014 kuntoutuspäätöksissä vammaisetuuskytkös edellytti hakijoilta vähintään korotettua vammaisuuuutta. Vammaisuuuden taso oli yhteydessä myönteiseen päätökseen siten, että korotettujen vammaisuuuoksien saajilla oli 0,59 kertaa pienempi riski saada myönteinen päätös verrattuna ylimmän vammaisuuuden saajiin. Kuntoutujan asuminen HYKSin ja KYSin erityisvastuualueilla ennusti myönteistä kuntoutuspäätöstä verrattuna TYKSin erityisvastuualueeseen. Sen sijaan OYSin ja TAYSin alueet eivät eronneet TYKSin alueesta myönteisen päätöksen riskissä. Lisäsairaus tai sukupuoli eivät selittäneet tilastollisesti merkitsevästi myönteisen päätöksen saamista vuonna 2014 kuntoutusta hakeneilla.

Vuonna 2016 myönteiseen päätökseen liittyviä tekijöitä kuvaavassa logistisessa regressioanalyysissä kaikki muuttujat lisäsairautstietoa lukuun ottamatta jäivät malliin selittäviksi tekijöiksi. Vuoden 2016 mallissa miehillä on naisia hieman suurempi riski saada myönteinen päätös (taulukko 19). Lisäksi myönteisen päätöksen todennäköisyyttä kasvatti se, että hakija kuului nuorimpiin ikäryhmiin (0–6-vuotiaisiin tai 7–15-vuotiaisiin). Verrattuna 55–64-vuotiaisiin hakijoihin alle 7-vuotiailla myönteisen päätöksen riski oli 4,27-kertainen ja 7–15-vuotiailla 1,35-kertainen. Sen sijaan muut ikäryhmät eivät eronneet vertailuryhmänä olleista 55–64-vuotiaista todennäköisyydessä saada myönteinen kuntoutuspäätös.

Hakijoilla, joilla oli diagnoosi sairauspääryhmistä verenkiertoelinten sairaudet, synnynnäiset epämuodostumat tai mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöt, oli pienempi riski saada myönteinen päätös kuin hermoston sairauksia sairastavilla. Esimerkiksi verenkiertoelinten sairauksia sairastavilla myönteisen kuntoutuspäätöksen riski oli vain 0,45-kertainen verrattuna siihen, että kuntoutuja olisi hakenut kuntoutusta hermoston sairauksiin kuuluvan päädiagnoosin perusteella. Vuoden 2014 mallista poiketen tuki- ja liikuntaelinten sairauksia sairastavat eivät enää eronneet vertailuryhmästä todennäköisyydessä saada myönteinen päätös. Lisäksi ryhmään ”muut sairaudet” luokiteltujen diagnoosien perusteella oli nyt hermoston sairauksia sairastavia suurempi riski (1,31-kertainen) saada myönteinen päätös.

TYKSin erityisvastuualueeseen verrattuna oli HYKSin alueella asuminen edelleen yhteydessä myönteiseen kuntoutuspäätökseen. Vertailun tulokset vuonna 2016 KYSin erityisvastuualueelta eivät enää merkitsevästi poikenneet TYKSin alueen tuloksista. Sen sijaan OYSin ja TAYSin erityisvastuualueilla oli nyt yhteys myönteiseen päätökseen.

Taulukko 19. Myönteiseen vaativan lääkinällisen kuntoutuksen päätökseen yhteydessä olevat tekijät vuosina 2014, 2016 ja 2017 kuntoutusta hakeneilla 0–64-vuotiailla henkilöillä logistisen regressioanalyysin päävaikutusmallissa. Ohjauksenkäyntipäätökset eivät sisälly tarkasteluun.

	Hakijat 2014 (n = 21 233)		Hakijat 2016 (n = 26 064)		Hakijat 2017 (n = 27 565)	
	OR	95 %:n LV	OR	95 %:n LV	OR	95 %:n LV
Mallin selitysaste (R²)		4 %		26 %		19 %
Sukupuoli		n.s.				n.s.
Nainen			1			
Mies			1,10*	1,01–1,20		
Ikä kuntoutusta hakiessa						
55–64 vuotta	1		1		1	
0–6 vuotta	3,25*	2,35–4,50	4,27*	3,53–5,16	3,68*	3,04–4,45
7–15 vuotta	1,14	0,88–1,48	1,35*	1,15–1,60	1,63*	1,38–1,92
16–24 vuotta	0,76	0,57–1,00	1,06	0,88–1,27	1,09	0,91–1,31
25–34 vuotta	0,71*	0,52–0,97	1,08	0,89–1,31	1,19	0,98–1,44
35–44 vuotta	0,8	0,60–1,08	1,01	0,84–1,21	1,12	0,93–1,34
45–54 vuotta	0,87	0,67–1,13	0,98	0,83–1,15	0,99	0,84–1,17
Sairauspäryhmä						
Hermoston sairaudet	1		1		1	
Mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöt	0,61*	0,49–0,75	0,67*	0,59–0,77	0,80*	0,69–0,91
Synnynnäiset epämuodostumat	1,25	0,90–1,73	0,57*	0,48–0,66	0,80*	0,65–0,98
Tuki- ja liikuntaelinten sairaudet	0,40*	0,30–0,54	0,82	0,67–1,01	0,41*	0,34–0,49
Verenkiertoelinten sairaudet	0,65*	0,49–0,88	0,45*	0,37–0,54	1,56*	1,25–1,93
Muut sairaudet	0,6*	0,47–0,78	1,31*	1,06–1,61	0,67*	0,57–0,79
Vammaisetuus						
Ylin	1		1		1	
Ei vammaisuuuua			0,05*	0,01–0,06	0,09*	0,08–0,10
Perus			0,13*	0,11–0,15	0,29*	0,24–0,33
Korotettu	0,59*	0,49–0,71	0,76*	0,66–0,89	0,95	0,82–1,12
Erityisvastuualue						
TYKS	1		1		1	
HYKS	1,58*	1,28–1,95	2,10*	1,85–2,38	1,60*	1,42–1,81
KYS	1,28*	1,01–1,62	1,08	0,94–1,24	1,15	0,99–1,32
OYS	1,19	0,96–1,47	1,76*	1,53–2,01	1,51*	1,32–1,73
TAYS	1,13	0,92–1,40	1,58*	1,39–1,80	1,49*	1,31–1,70

* Tilastollisesti merkitsevä yhteys.

Lainmuutoksesta huolimatta vammaisetuus oli edelleen yhteydessä myönteiseen kuntoutuspäätökseen: mitä korkeampaa vammais- tai hoitotukea kuntoutuja sai, sitä suurempi oli myönteisen päätöksen riski. Vastaavasti myönteisen päätöksen riski oli vain 0,05-kertainen, jos hakijalta puuttui vammaisetuus, ja 0,13-kertainen, jos hakija sai tasoltaan pelkästään perustasoista vammaisetuutta.

Kuten edellä, vuonna 2017 hakijoiden myönteisen päätöksen riskiä kuvaavassa logistisessa regressioanalyysissä kaikki muuttujat sukupuolta ja lisäsairautietoa lukuun ottamatta jäivät malliin merkitseviksi selittäviksi tekijöiksi. Samoin kuin hakijoilla vuonna 2016, myönteisen päätöksen riskiä lisäsi kuuluminen kahteen nuorimpaan ikäryhmään eli 0–6-vuotiaisiin tai 7–15-vuotiaisiin. Tätä vanhemmissa ikäryhmissä myönteisen päätöksen riski ei edelleenkään merkitsevästi eronnut 55–64-vuotiaiden hakijoiden riskistä. Erityisvastuualueiden suhteen tilanne vastasi vuoden 2016 mallia: HYKSin, OYSin tai TAYSin alueella asuminen lisäsi myönteisen päätöksen riskiä, kun vertailuryhmäksi oli asetettu TYKSin alue, mutta KYSin alue ei edelleenkään eronnut merkitsevästi TYKSin alueesta.

Sairausryhmistä verenkiertoelinten sairaudet olivat vuoden 2016 mallista poiketen yhteydessä myönteiseen päätökseen, ja myönteisen päätöksen riski oli kyseisen sairausryhmän sairauksia sairastavilla, kuntoutusta hakeneilla nyt 1,56-kertainen, kun vertailuryhmänä olivat hermoston sairauksia sairastavat. Mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöt- sekä synnynnäiset epämuodostumat -diagnoosien perusteella kuntoutusta hakeneilla oli vuonna 2017 hieman pienempi riski (0,8-kertainen) saada myönteinen päätös kuin niillä, joilla diagnoosina oli hermoston sairaudet. Sen sijaan niillä hakijoilla, joilla diagnoosina oli tuki- ja liikuntaelinten sairaudet tai muut sairaudet, myönteisen päätöksen riski oli nyt merkitsevästi hermoston sairauksien perusteella kuntoutusta saaneita pienempi. Hakijoilla, joille ei maksettu vammaisetuutta tai jotka saivat perusvammaisetuutta, oli suurin riski saada hylkäävä päätös. Toisin kuin vuonna 2016, ylimmän ja korotetun vammaisetuuden saajien välillä ei kuitenkaan ollut enää merkitsevää eroa myönteisen päätöksen todennäköisyydessä.

Tarkasteltaessa myönteisen päätöksen saamista kuvaavia malleja ennen lainmuutosta ja sen jälkeen voidaan yhteenvetona todeta, että lainmuutoksen jälkeen peruskouluikäisillä eli 7–15-vuotiailla riski saada myönteinen päätös muuttui suuremmaksi kuin vertailuryhmänä olleilla 55–64-vuotiailla. Sukupuoli nousi merkitseväksi selittäjäksi heti lainmuutosvuonna, jolloin miehillä oli hieman suurempi riski saada myönteinen päätös. Vuoden 2017 mallissa sukupuoli ei kuitenkaan enää selittänyt myönteistä päätöstä. Sairausryhmien osalta on eri vuosien myönteistä päätöstä selittäviissä tekijöissä selkeitä muutoksia. Vammaisetuuden tasossa voidaan havaita kiintoisa muutos vuosien 2014, 2016 ja 2017 välillä: hakijoilla, joilla korotettu vammaisetuus oli tasoltaan korkein etuus vuoden aikana, oli suurempi riski saada pelkkiä hylkääviä päätöksiä vuosina 2014 ja 2016. Vastaavaa eroa hylkäävän päätöksen riskissä ei kuitenkaan ollut enää vuonna 2017 vaativaa lääkinällistä kuntoutusta hakeneilla. Vammaisetuuden

puuttuminen tai tasoltaan pelkästään perusmuotoisen vammaisetuuden saaminen ennustaa kuitenkin edelleen vahvasti hylkäävää kuntoutuspäätöstä.

Iän ja hakemusvuoden välistä yhteisvaikutusta tarkasteltiin vielä erikseen logistisessa regressiomallissa. Mallissa olivat mukana selittävinä muuttujina hakemusvuosi, sukupuoli, ikäryhmä, erityisvastuualue, sairauspääryhmä sekä ikäryhmän ja hakemusvuoden yhteisvaikutus. Yhteisvaikutuksen sisältävä malli tuki aiempia tuloksia: verrattuna vuoden 2014 hakijoiden 55–64-vuotiaiden referenssiryhmään 15–54-vuotiailla oli pienempi todennäköisyys saada myönteinen päätös kaikkina tarkasteluvuosina. Kuitenkin 16-vuotiailla ja tätä vanhemmilla iän vaikutus vaimeni vuosina 2016 ja 2017 referenssiryhmään verrattuna, vaikkakin heillä oli edelleen pienempi todennäköisyys saada myönteinen päätös. Vuoden 2016 mallissa ikäryhmä 7–15-vuotiaat ei enää eronnut tilastollisesti merkitsevästi vertailuryhmästä. Sen sijaan alle 7-vuotiaat erosivat: heillä oli suurempi todennäköisyys saada myönteinen päätös. Vuonna 2017 nuorten ikäryhmien vaikutus vahvistui edelleen, sillä sekä 0–6-vuotiaiden että 7–15-vuotiaiden ikäryhmillä oli suurempi todennäköisyys saada myönteinen päätös kuin vertailuryhmällä (ja yli 15-vuotiailla). Yhteenvetona voidaan todeta, että vuosina 2016–2017 iän vaikutus samankaltaistui 16–54-vuotiailla, mutta heillä oli edelleen pienempi todennäköisyys saada myönteinen päätös kuin 55–64-vuotiailla. Tästä poiketen 0–15-vuotiailla iän vaikutus vahvistui ja lisäsi todennäköisyyttä saada myönteinen kuntoutuspäätös vuosina 2016–2017.

6.2 Myönteiseen terapiapäätökseen yhteydessä olevat tekijät

Myönteiseen päätökseen yhteydessä olevia tekijöitä tarkasteltiin vielä erikseen terapioiden osalta, koska valtaosa haettavista kuntoutuksista on terapioiden ja laitospalveluista haetaan tyypillisesti terapian rinnalle (taulukko 20, s. 74). Ohjauksen päätökset eivät sisällyneet tarkasteluun. Vuonna 2014 terapioiden hakemista myönteistä päätöstä ennustavaan logistiseen regressioanalyysiin sisällytettiin muuttujina erityisvastuualue, sukupuoli, ikä, sairauspääryhmä ja tieto lisäsairaudesta. Lopulliseen malliin jäivät merkitseviksi selittäviksi tekijöiksi ikä, erityisvastuualue, vammaisetuuden taso ja sairauspääryhmä. Vertailua tehtiin pelkästään hylkääviä päätöksiä terapiahakemuksiinsa saaneisiin.

Myönteistä terapiapäätöstä vuonna 2014 ennusti 0–6-vuotiailla ikä, jolloin myönteisen päätöksen riski oli 2,47-kertainen, kun vertailua tehtiin 55–64-vuotiaisiin hakijoihin. 16–44-vuotiailla myönteisen terapiapäätöksen riski oli pienempi kuin 55–64-vuotiailla. Ikäryhmistä 7–15-vuotiailla ja 45–54-vuotiailla myönteisen päätöksen todennäköisyys ei merkitsevästi eronnut vertailuryhmästä (55–64-vuotiaat).

Niillä, joiden diagnoosi kuului ryhmään mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöt, tuki- ja liikuntaelinten sairaudet, verenkiertoelinten sairaudet tai muut sairaudet, oli pienempi riski saada myönteinen päätös kuin hermoston sairauksia sairastavilla. Esimerkiksi tule-sairauksia sairastavilla myönteisen päätöksen riski oli vain 0,31-ker-

tainen verrattuna niihin, joiden diagnoosi liittyi hermoston sairauksiin. Niillä hakijoilla, joiden diagnoosi kuului synnynnäiset epämuodostumat -sairauspääryhmään, todennäköisyys saada myönteinen terapiapäätös ei eronnut merkitsevästi hermoston sairauksia sairastavien todennäköisyydestä. Vammaisetuuden taso puolestaan selitti myönteistä terapiapäätöstä siten, että korotetun vammaisetuuden saajilla oli ylimmän vammaisetuuden saajiin verrattuna pienempi riski (0,6-kertainen) saada myönteinen päätös vaativan lääkinällisen kuntoutuksen terapiasta.

Erityisvastuualueista ainoastaan HYKSin alueella asuvilla oli riski myönteiseen päätökseen suurempi kuin vertailuluokkana olevan TYKSin alueen hakijoilla. Muut erityisvastuualueet eivät merkitsevästi eronneet TYKSin alueesta myönteisen terapiapäätöksen todennäköisyydessä. Sukupuoli ja lisädiagnoosit eivät selittäneet merkitsevästi myönteistä terapiapäätöstä.

Vuoden 2016 myönteisen terapiapäätöksen todennäköisyyttä selittävissä mallissa kaikki käytetyt muuttujat lisädiagnoosia lukuun ottamatta jäivät malliin merkitseviksi selittäviksi tekijöiksi (taulukko 20). Mallissa miehillä oli hieman naisia suurempi riski saada terapiahakemukseensa myönteinen päätös. Ikäryhmistä alle 7 vuoden ikä oli vahvasti yhteydessä myönteiseen päätökseen: 0–6-vuotiailla oli myönteisen terapiapäätöksen riski 3,4-kertainen verrattuna 55–64-vuotiaisiin. Muiden ikäryhmien välillä ei ollut enää merkitseviä eroja myönteisen päätöksen todennäköisyydessä.

Sairauspääryhmistä verenkiertoelinten sairaudet olivat nyt vuoden 2014 mallista poiketen yhteydessä myönteiseen päätökseen, kun vertailua tehtiin hermoston sairauksien perusteella saatuihin myönteisiin päätöksiin. Muut sairausryhmät, erityisesti tuki- ja liikuntaelinten sairaudet, ennustivat hylkäävää terapiapäätöstä. Toisin kuin vuoden 2014 mallissa, synnynnäiset epämuodostumat -sairauspääryhmän diagnoosin perusteella myönteisen terapiapäätöksen riski oli pienempi kuin hermoston sairauksien ryhmän diagnoosin perusteella. Vammaisetuus oli yhteydessä myönteisen päätöksen riskiin siten, että mitä korkeampi etuus hakijalla oli, sitä pienempi oli riski saada hylkäävä terapiapäätös. Ilman vammaisetuutta olevilla myönteisen päätöksen riski oli vain 0,04 verrattuna ylintä vammaisetuutta saaneisiin.

Erityisvastuualueista HYKSin alueella asuvilla oli edelleen suurempi riski saada myönteinen terapiapäätös verrattuna TYKSin erityisvastuualueella asuviin. Lisäksi OYSin ja TAYSin alueilla asuvilla oli nyt suurempi riski saada myönteinen päätös. Samoin kuin vuoden 2014 mallisissa, KYSin erityisvastuualue ei merkitsevästi eronnut TYKSistä myönteisen terapiapäätöksen riskissä.

Taulukko 20. Myönteiseen vaativan lääkinällisen kuntoutuksen päätökseen yhteydessä olevat tekijät vuosina 2014, 2016 ja 2017 terapiaa hakeneilla 0–64-vuotiailla henkilöillä logistisen regressioanalyysin päävaikutusmallissa. Ohjauksenkäyntipäätökset eivät sisälly tämän taulukon tarkasteluun.

	Hakijat 2014 (n = 20 219)		Hakijat 2016 (n = 24 966)		Hakijat 2017 (n = 26 181)	
	OR	95 %:n LV	OR	95 %:n LV	OR	95 %:n LV
Mallin selitysaste (R²)		3 %		28 %		20 %
Sukupuoli		n.s.				
Nainen			1		1	
Mies			1,17*	1,06–1,28	1,12*	1,02–1,23
Ikä kuntoutusta hakiessa						
55–64 vuotta	1		1		1	
0–6 vuotta	2,47*	1,73–3,54	3,36*	2,74–4,14	2,80*	2,27–3,44
7–15 vuotta	0,87	0,64–1,17	1,04	0,86–1,25	1,23*	1,02–1,49
16–24 vuotta	0,58*	0,42–0,80	0,84	0,68–1,03	0,82	0,67–1,00
25–34 vuotta	0,59*	0,42–0,85	0,84	0,68–1,04	0,99	0,78–1,22
35–44 vuotta	0,63*	0,45–0,89	0,89	0,72–1,09	0,97	0,79–1,19
45–54 vuotta	0,86	0,63–1,19	0,96	0,79–1,16	0,89	0,73–1,07
Sairauspäryhmä						
Hermoston sairaudet	1		1		1	
Mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöt	0,53*	0,41–0,64	0,60*	0,51–0,69	0,73*	0,63–0,85
Synnynäiset epämuodostumat	1,10	0,77–1,59	0,71*	0,57–0,89	0,73*	0,59–0,92
Tuki- ja liikuntaelinten sairaudet	0,31*	0,22–0,44	0,39*	0,32–0,48	0,40*	0,32–0,49
Verenkiertoelinten sairaudet	0,55*	0,39–0,78	1,33*	1,04–1,70	1,57*	1,22–2,02
Muut sairaudet	0,52*	0,39–0,70	0,52*	0,43–0,62	0,58*	0,49–0,69
Vammaisuus						
Ylin	1		1		1	
Ei vammaisuuutta			0,04*	0,03–0,05	0,07*	0,06–0,09
Perus			0,11*	0,09–0,13	0,25*	0,21–0,30
Korotettu	0,60*	0,49–0,73	0,73*	0,61–0,87	0,97	0,80–1,15
Erityisvastuualue						
TYKS	1		1		1	
HYKS	1,42*	1,13–1,79	2,12*	1,86–2,42	1,65*	1,45–1,88
KYS	1,11	0,85–1,43	1,04	0,90–1,21	1,07	0,92–1,25
OYS	1,06	0,83–1,34	1,68*	1,45–1,94	1,46*	1,26–1,68
TAYS	1,11	0,87–1,41	1,59*	1,38–1,82	1,50*	1,30–1,73

* Tilastollisesti merkitsevä yhteys.

Vuonna 2017 terapiaa hakeneiden myönteisen päätöksen todennäköisyyttä koskevassa mallissa jäivät merkitseviksi selittäviksi tekijöiksi ikä, erityisvastuualue, vammaisuuden taso ja sairauspääryhmä (taulukko 20). Iän osalta referenssiluokkaan (55–64-vuotiaisiin) verrattuna 0–6 vuoden ikä lisäsi myönteisen päätöksen riskiä 2,8-kertaisesti. Lisäksi vuoden 2017 mallissa 7–15 vuoden ikä lisäsi myönteisen terapiapäätöksen riskiä 1,2-kertaisesti. Tätä vanhemmilla ikäryhmillä myönteisen päätöksen riski ei merkitsevästi eronnut referenssiluokkana toimineiden 55–64-vuotiaiden riskistä. Sairauspääryhmien osalta vuoden 2017 malli vastasi vuoden 2016 mallia. Erityisesti tuki- ja liikuntaelinten sairaudet pienensivät myönteisen päätöksen riskiä verrattuna referenssiluokkaan (hermoston sairaudet). Mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöitä sairastavilla sekä niillä, joilla oli synnynnäinen epämuodostuma, myönteisen päätöksen riski oli jonkin verran pienempi verrattuna hermoston sairauksia sairastaviin. Lisäksi ryhmään ”muut sairaudet” luokitellun diagnoosin saaneilla myönteisen päätöksen riski oli pienempi, noin 0,6-kertainen, referenssiryhmään verrattuna. Sen sijaan verenkiertoelinten sairaudet -sairauspääryhmän diagnoosin perusteella myönteisen päätöksen riski oli yli puolitoistakertainen.

Vuonna 2017 korotettua vammaisuuutta hakeneiden riski saada myönteinen terapiapäätös ei enää eronnut merkitsevästi ylintä vammaisuuutta saaneista. Mikäli hakijalle ei maksettu vammaisuuutta tai vammaisuuus oli perustasoinen, oli myönteisen päätöksen riski edelleen pieni verrattuna ylintä vammaisuuutta saaneisiin. Erityisvastuualueista HYKS, OYS ja TAYS olivat yhteydessä suurimpaan myönteisen terapiapäätöksen riskiin verrattuna TYKSin erityisvastuualueeseen, mutta KYS ei edelleenkaan merkitsevästi eronnut TYKSin erityisvastuualueesta.

Myönteisen terapiapäätöksen ja hakemusvuoden yhteyttä tarkasteltiin logistisella regressiomallilla vielä erikseen sellaisilla hakijoilla, jotka olivat hakeneet terapiota vain yhtenä tarkasteluvuosisista (taulukko 21, s. 76). Mallissa huomioitiin ikäryhmä, sukupuoli, erityisvastuualue, sairauspääryhmä sekä vammaisuuden taso. Vertailua tehtiin pelkästään hylkääviä terapiapäätöksiä saaneisiin. Hakemusvuosi jäi malliin merkitseväksi selittäjäksi siten, että vuosina 2016 ja 2017 hakeneilla oli pienempi riski saada myönteinen terapiapäätös kuin vuonna 2014 hakeneilla. Lisäksi vuonna 2017 myönteisen päätöksen riski oli suurempi kuin vuonna 2016 (vetosuhde 0,31 vs. 0,6). Tulosta on mahdollista selittää siten, että myöntökriteerien muuttuminen on saanut kokeilemaan pääsyä Kelan järjestämisvastuun alaiseen lääkinälliseen kuntoutukseen, jolloin joukossa on ollut henkilöitä, jotka eivät täyätä uusiakaan myöntökriteereitä. Toisaalta on myös mahdollista, että uusien myöntökriteerien vuoksi aiemmin myönteisen terapiapäätöksen saaneet saivat vuonna 2017 hylkäävän päätöksen.

Taulukko 21. Hakemusvuoden yhteys myönteiseen terapiapäätökseen hakijoilla (n = 18 491), jotka olivat hakeneet terapiaa vain yhtenä tarkasteluvuosista. Malliin on sisällytetty ikäryhmä, sukupuoli, erityisvastuualue, sairaus pääryhmä sekä vammaisisuuden taso.

Hakemusvuosi	OR	95 %:n LV
2014	1	
2016	0,31*	0,29–0,34
2017	0,6*	0,55–0,66

* Tilastollisesti merkitsevä yhteys.

6.3 Myönteiseen kuntoutuspäätökseen yhteydessä olevat tekijät laitospuolelta hakeneilla

Hylkäävien päätösten tarkastelussa nousivat esiin laitospuolelta hakeneiden kuntoutukseen liittyvät suuret hylkäysosuudet. Laitospuolelta hakeneiden kuntoutus käsittää moniammatilliset yksilökuntoutukset kuntoutuslaitoksessa sekä kuntoutus- ja sopeutumisvalmennuskurssit. Tyypillisesti laitospuolelta hakeneiden kuntoutusta haetaan terapioiden rinnalle, ja kuten aiemmissa tarkasteluissa havaittiin, painottuvat laitospuolelta hakeneiden kuntoutuksen hakijoissa eri ryhmät kuin vaativan lääkinällisen kuntoutuksen hakijoissa yleisesti. Taulukossa 22 (s. 77) esitetään logistisen regressiomallin tulokset myönteiseen laitospuolelta hakeneiden kuntoutukseen yhteydessä olevista tekijöistä vuosina 2014, 2016 ja 2017. Tarkastelussa ovat mukana 0–64-vuotiaat hakijat. Mallissa myönteistä päätöstä selittävinä tekijöinä käytettiin sukupuolta, ikää, sairaus pääryhmää, tietoa lisäsairauksista, vammaisisuuden tasoa sekä erityisvastuualueita. Vertailua tehtiin pelkästään hylkääviä laitospuolelta hakeneiden kuntoutuksen päätöksiä saaneisiin hakijoihin.

Vuonna 2014 nuorimmilla ikäryhmillä eli 0–15-vuotiailla oli 55–64-vuotiaisiin verrattuna yli kolminkertainen riski saada myönteinen päätös laitospuolelta hakeneiden kuntoutuksesta. Sen sijaan 16–54-vuotiaat eivät eronneet vanhimmasta ikäluokasta myönteisen päätöksen todennäköisyydessä. Niillä, joilla diagnoosina oli tule-sairaus, mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriö, verenkiertoelinten sairaus tai ryhmään ”muut sairaudet” luokiteltu sairaus, myönteisen päätöksen riski oli pienempi kuin hermoston sairauksia sairastavilla. Synnynnäiset epämuodostumat -sairaus pääryhmän diagnoosin saaneet eivät eronneet hermoston sairaudet -diagnoosin saaneista todennäköisyydessä saada myönteinen päätös laitospuolelta hakeneiden kuntoutukseen. Lisäsairautieto selitti myönteistä kuntoutuspäätöstä siten, että hakijoilla, joilla ei ollut lisäsairautietoa, oli hieman suurempi (1,16-kertainen) riski saada myönteinen päätös.

Erityisvastuualueista kuntoutujan asuminen KYSin, TAYSin tai OYSin alueella lisäsi myönteisen päätöksen riskiä verrattuna TYKSin alueeseen. HYKSin alue ei sen sijaan eronnut merkitsevästi TYKSin alueesta. Sukupuoli tai vammaisuus eivät olleet merkitseviä selittäjiä laitospuolelta hakeneiden kuntoutuksen päätöksissä.

Taulukko 22. Myönteiseen laitospuotoisen vaativan lääkinällisen kuntoutuksen päätökseen yhteydessä olevat tekijät vuosina 2014, 2016 ja 2017 logistisen regressioanalyysin päävaikutusmallissa.

	Hakijat 2014 (n = 4 828)		Hakijat 2016 (n = 5 033)		Hakijat 2017 (n = 4 750)	
	OR	95 %:n LV	OR	95 %:n LV	OR	95 %:n LV
Mallin selitysaste (R²)		6 %		9 %		14 %
Ikä kuntoutusta hakiessa						
55–64 vuotta	1		1		1	
0–6 vuotta	3,68*	2,56–5,28	3,49*	2,59–4,71	6,16*	4,40–8,63
7–15 vuotta	3,16*	2,31–4,32	2,62*	2,01–3,42	3,33*	2,54–4,38
16–24 vuotta	1,44	0,98–2,14	1,38	1,00–1,91	1,51*	1,05–2,16
25–34 vuotta	0,89	0,66–1,22	1,19	0,91–1,56	1,34	1,00–1,78
35–44 vuotta	1,05	0,83–1,34	0,93	0,76–1,14	1,14*	0,92–1,42
45–54 vuotta	1,08	0,90–1,30	0,91	0,78–1,07	1,06*	0,89–1,27
Sairauspääryhmä						
Hermoston sairaudet	1		1		1	
Mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöt	0,58*	0,43–0,78	0,85	0,67–1,09	1,00	0,77–1,30
Synnyttäiset epämuodostumat	1,15	0,81–1,63	1,33	1,00–1,77	0,87	0,87–1,16
Tuki- ja liikuntaelinten sairaudet	0,77*	0,59–1,02	1,20	0,94–1,52	0,66*	0,51–0,84
Verenkiertoelinten sairaudet	0,69*	0,56–0,85	0,85	0,71–1,03	0,87	0,72–1,06
Muut sairaudet	0,76*	0,61–0,94	1,02	0,84–1,23	1,04	0,85–1,27
Vammaisuus	n.s.					
Ylin			1		1	
Ei vammaisuutta			0,45*	0,34–0,61	0,45*	0,34–0,59
Perus			0,68*	0,55–0,83	0,76*	0,62–0,94
Korotettu			0,99	0,85–1,16	1,07	0,90–1,27
Lisäsairaus					n.s.	
Kyllä	1		1			
Ei	1,16*	1,00–1,35	1,37*	1,20–1,56		
Erityisvastuualue						
TYKS	1		1		1	
HYKS	1,05	0,85–1,29	1,32*	1,10–1,59	1,03	0,85–1,25
KYS	1,78*	1,40–2,26	1,47*	1,21–1,79	1,40*	1,13–1,73
OYS	1,58*	1,27–1,97	1,53*	1,26–1,85	1,35*	1,10–1,65
TAYS	1,30*	1,05–1,62	1,40*	1,16–1,70	1,44*	1,17–1,78

* Tilastollisesti merkitsevä yhteys.

Vuonna 2016 lainmuutoksen uudistettua kuntoutuksen myöntökriteereitä tapahtui joitakin muutoksia myönteistä päätöstä laitospuoleiseen kuntoutukseen selittävisissä tekijöissä. Nuorimmat ikäryhmät eli 0-6-vuotiaat ja 7-15-vuotiaat saivat edelleen vanhimpaan ikäryhmään (55-64-vuotiaat) verrattuna todennäköisemmin myönteisen kuntoutuspäätöksen. Sen sijaan muiden ikäryhmien välillä ei ollut enää merkittäviä eroja.

Verenkiertoelinten sairauksia sairastavilla oli hieman suurempi riski saada hylkäävä päätös kuin hermoston sairauksia sairastavilla. Mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöt- sekä tule-sairaudet-sairausryhmien diagnoosin saaneet eivät enää eronneet hermoston sairauksia sairastavista myönteisen päätöksen todennäköisyydessä. Samoin ryhmiin synnynnäiset epämuodostumat ja muut sairaudet luokitellun diagnoosin saaneet eivät edelleenkään eronneet hermoston sairauksia sairastavista myönteisen päätöksen riskissä.

Vuoden aikana tasoltaan korkein vammaisuus oli lisätty vuoden 2016 malliin, ja se jäi merkittäväksi selittäväksi tekijäksi. Hakijat, joille ei maksettu vammaisuutta tai joiden vammaisuus oli perusmuotoinen, saivat ylimmän vammaisuuden saajia todennäköisemmin hylkäävän päätöksen laitospuoleiseen kuntoutuksen hakemukseen. Korotetun etuuden saajat eivät eronneet ylimmän vammaisuuden saajista myönteisen päätöksen todennäköisyydessä. Samoin kuin vuoden 2014 mallissa, erityisvastuualueista KYS, TAYS ja OYS olivat yhteydessä myönteiseen päätökseen vertailtaessa TYKSin erityisvastuualueeseen. Lisäksi nyt myös HYKSin alueella myönteisen päätöksen riski oli suurempi kuin TYKSin alueella asuvilla.

Laitospuoleiseen kuntoutuksen myönteistä päätöstä vuonna 2017 selittävässä logistisessa regressiomallissa ikäryhmä, sairauspuuryhmä, vammaisuuden taso ja erityisvastuualue jäivät merkittäviksi selittäviksi tekijöiksi. 0-15-vuotiailla oli suurempi riski saada myönteinen päätös verrattuna 55-64-vuotiaisiin. Nuorimmilla, 0-6-vuotiailla, riski oli jopa hieman yli kuusinkertainen. Lisäksi 16-24-vuotiailla oli vuoden 2017 mallissa suurempi todennäköisyys saada myönteinen päätös. 25-54-vuotiailla ei myönteisen päätöksen riski eronnut merkittävästi vertailuryhmästä (55-64-vuotiaat).

Sairausryhmistä tule-sairauksia sairastavilla oli hermoston sairauksia sairastavia pienempi riski, noin 0,7-kertainen, saada myönteinen päätös laitospuoleisesta kuntoutuksesta. Ne, joiden diagnoosi kuului muihin sairausryhmiin, eivät merkittävästi eronneet hermoston sairauksia sairastavista. Vuoden 2017 laitospuoleiseen kuntoutuksen päätöksissä tieto lisädiagnooseista ei enää selittänyt merkittävästi myönteistä päätöstä. Vammaisuuden taso oli edelleen yhteydessä laitospuoleiseen kuntoutuksen päätökseen siten, että korotetun ja ylimmän vammaisuuden välillä ei ollut eroa myönteisen päätöksen riskissä, mutta perusmuotoinen tuki tai vammaisuuden puuttuminen ennusti hylkäävää päätöstä. Erityisvastuualueista HYKS ei enää eronnut TYKSin erityisvastuualueesta, mutta KYSin, OYSin ja TAYSin alueella riski myönteiselle päätökselle oli TYKSiä suurempi.

7 Pohdinta

Tämän rekisteritutkimuksen tavoite oli selvittää vuoden 2016 alussa voimaan tulleen vaativan lääkinällisen kuntoutuksen lainmuutoksen vaikutusta kuntoutuspäätöksiin. Tutkimus kohdistui kuntoutusta ennen lainmuutosta vuonna 2014 hakeneisiin sekä lainmuutoksen jälkeen vuosina 2016 ja 2017 hakeneisiin. Tutkimuksessa selvitettiin kuntoutuspäätösten määrissä, hylkäysperusteissa ja kuntoutuksen kohdentumisessa tapahtuneita muutoksia.

Pohdimme seuraavaksi tutkimuksen luotettavuutta ja tulosten tulkintaan liittyviä rajoituksia. Vedämme tuloksia yhteen pohtimalla erityisesti kuntoutuksen kohdentumiseen sekä kuntoutuspäätösten hylkäyksiin liittyviä kysymyksiä. Lopuksi esitämme johtopäätökset.

7.1 Tutkimuksen luotettavuus

Rekisteritutkimuksen aineistona olivat Kelan kuntoutuksen hakemus- ja maksutiedot sekä niihin yhdistetyt vammaisetuustiedot hakemusvuodelta. Tutkimuksessa käytettyihin rekisteriaineistoihin sisältyy rajoituksia. Kuten Räisänen ym. (2013) ovat huomauttaneet, rekisteriaineistot on ensisijaisesti kerätty hallinnollisiin tarkoituksiin, jolloin tutkimuksessa hyödynnettävissä olevia muuttujia voi olla niukasti tai käytettävissä olevat tiedot eivät sovellu täydellisesti tutkimustarkoituksiin. Tässä tutkimuksessa käytetyn rekisteriaineiston suurimmaksi rajoitukseksi havaittiin se, että kuntoutusoikeuden myönteisiä ja jo voimassa olevaa kuntoutusoikeutta joiltain osin muokkaavia myönteisiä päätöksiä ei voida erottaa toisistaan. Tämä ongelma ratkaistiin muodostamalla dikotomisista apumuuttujia, joiden avulla pystyttiin päätelemään, oliko henkilölle myönnetty oikeus kuntoutukseen tarkasteluvuonna. Dikotomisten apumuuttujien avulla ei kuitenkaan voida aukottomasti päätellä, onko henkilöllä oikeutta kuntoutukseen. Lisäksi kuntoutus- tai vammaisetuusrekistereistä ei ole saatavilla ICF-luokituksen toimintakykytietoa, vaikka ICF-viitekehyksen mukainen laaja-alainen kuntoutujan tilanteen arviointi on uusien myöntökriteerien perusta. Toimintakykyä pystyttiin lähestymään tässä tutkimuksessa vain epäsuorasti vammaisetuus- ja diagnoositietojen kautta.

Tutkimuksellisia rajoituksia on myös vammaisetuuden maksutietojen hyödyntämisessä: vammaisetuuden päätöksen voimassaoloaika ja maksutiedot eivät välttämättä kohdistu samalla vuodelle. Kuntoutujalle voidaan maksaa useampaa erilaista tai eritasoista vammaisetuutta saman vuoden aikana. Tässä tutkimuksessa käytettiin vammaisetuustietona henkilön saamaa ylintä, tarkasteluvuonna maksussa olevaa vammaisetuutta. Vammaisetuuksiin vaikutti tutkimuksen tarkasteluajanjaksolla (1.6.2015) voimaan tullut lainmuutos, joka vaikutti erityisesti 16 vuotta täyttäneen henkilön tasoltaan ylimmän vammaisetuuden ja eläkkeensaajan hoitotuen myöntämiseen. Vammaisetuuksia koskeva lainmuutos on siis myös vaikuttanut vaativan lääkinällisen kuntoutuksen kohdentumiseen.

Tutkimukseen liittyvistä rajoituksista huolimatta tutkimuksen luotettavuutta nostaa kattavuus: Kelan kuntoutusrekistereistä oli mahdollista tarkastella kaikkien vaativan lääkinällisen kuntoutuksen päätöksen vuosina 2014, 2016 ja 2017 saaneiden henkilöiden tietoja. Rekistereihin pohjautuvalla, henkilötasolla kuntoutusoikeutta tarkastelevalla tutkimuksella oli mahdollista saada vaativan lääkinällisen kuntoutuksen kohdentumisesta tilastotietoja tarkempi kuva.

7.2 Lainmuutoksen vaikutus kuntoutuksen hakijoihin

Kelan järjestämisvastuulla olevan lääkinällisen kuntoutuksen myöntökriteerejä muutettiin, jotta kuntoutusta voitaisiin myöntää kuntoutuksen tavoitteiden kannalta oikea-aikaisesti ja riittävän varhaisessa vaiheessa (stVM 41/2014). Lainmuutoksen jälkeen hakemuskäärät Kelan järjestämisvastuulla olevassa lääkinällisessä kuntoutuksessa olivat aiempaa suurempia. Vuoteen 2014 verrattuna hakijamäärä kasvoi 1,3-kertaiseksi ja vuodesta 2016 vuoteen 2017 se kasvoi vielä noin kuusi prosenttia. Hakijamäärän kasvu on linjassa sen kanssa, että hallituksen esityksessä lainmuutoksen arvioitiin kasvattavan etuuden saajien määrää 2016–2017 yhteensä noin 11 550 kuntoutujalla (HE 332/2014). Lainmuutoksen arveltiin parantavan erityisesti sellaisten 16 vuotta täyttäneiden nuorten asemaa, joilla oikeus Kelan järjestämisvastuulla olevaan lääkinälliseen kuntoutukseen päättyi vammaisetsuusköksen vuoksi (HE 332/2014). Tutkimuksemme mukaan eniten kasvoi alle 16-vuotiaiden hakijoiden määrä: tämän ikäryhmän hakemukset lisääntyivät 128 % vuodesta 2014 vuoteen 2016.

Sairausryhmittäin tarkasteltuna lainmuutoksen jälkeen kasvoi erityisesti mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöt -ryhmään kuuluvien diagnoosien määrä hakemusten päädiagnoosina. Vuonna 2016 mth-ryhmän diagnoosin saaneiden hakemusten määrä kasvoi reilulla kolmanneksella vuoteen 2014 verrattuna ja edelleen 12,5 prosenttia vuonna 2017. Niiden hakijoiden, joiden päädiagnoosi kuului muihin sairauspääryhmiin, määrä kasvoi maltillisemmin tai hakijoiden määrä pysyi vakiona vuoteen 2014 verrattuna. Suurin yksittäinen ryhmä mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöt -sairauspääryhmän sisällä oli psyykkisen kehityksen häiriöt (F80–F89), joita oli yli puolella niistä hakijoista, joilla oli jokin mth-ryhmän diagnoosi. Lasten, joilla on puheen ja kielen kehityshäiriö, oli aiemmin todettu jäävän vaille Kelan järjestämisvastuulla olevaa lääkinällistä kuntoutusta, koska kyseisellä hakijaryhmällä korotetun vammaisetsuuden kriteerit eivät useimmiten täyttyneet tai etuuden taso laski 16 vuoden iässä (Autti-Rämö ym. 2011, 11; HE 332/2014).

Vammaisetsuusköksen poistuminen näkyi vuoden 2016 kuntoutushakemuksissa niin, että niiden kuntoutusta hakevien, jotka eivät saaneet vammaisetsuutta, määrä kasvoi kuusinkertaiseksi vuodesta 2014 ja edelleen noin puolitoistakertaiseksi vuodesta 2016 vuoteen 2017. Tämän lisäksi perusmuotoista vammaisetsuutta saavat hakivat kuntoutusta aiempaa enemmän. Vuodesta 2014 perusmuotoista etuutta saavien kuntoutusta hakeneiden määrä kuusinkertaistui vuonna 2016. Sen sijaan korotetun

vammaisetuuden saajien määrä ei samalla aikavälillä juurikaan kasvanut, ja ylimmän vammaisetuuden saajien määrä jopa väheni. On kuitenkin huomattava, että vammaisetuuksien myöntökriteereitä muutettiin vuonna 2015 siten, että sairaudesta tai vammasta aiheutuvat erityiskustannukset eivät enää määrittäneet oikeutta korotettuun tukeen. Lisäksi vuoden 2015 vammaisetuuden lainmuutos kasvatti erityisesti mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöiden vuoksi perusvammaisettuutta saavien nuorten määrää. (Koskenvuo ym. 2018.) On myös mahdollista, että vammaisettuuden tason poistaminen kuntoutuksen myöntökriteereistä on johtanut siihen, ettei vammaisettuutta ole haettu yhdessä kuntoutuksen kanssa. Hakijoiden ei myöskään tarvitse odottaa päätöstä korotetun etuuden myöntämisestä esimerkiksi muutoksenhakuprosessin kautta ennen kuin he jättävät kuntoutushakemuksen.

Vaativaan lääkinälliseen kuntoutukseen hakeutumisessa oli erityisvastuualueittaisia eroja siten, että aktiivisemmin kuntoutukseen oli hakeuduttu kaikkina tarkastelu-vuosina OYSin alueelta ja vähiten HYKSin alueelta. Erityisvastuualueittainen tarkastelu paljasti, että hakijamäärien kasvussa ja hakijaprofileissa oli alueellisia eroja. Kun muilla erityisvastuualueilla hakijoiden määrä kasvoi noin kolmanneksella vuodesta 2014 vuoteen 2016, oli kasvu KYSin alueella vain noin 15 prosenttia. KYSin alueella hakijat olivat keskimäärin vanhempia kuin muilla alueilla. Uusia hakijoita on erityisesti alle 16-vuotiaissa, joten saattaa olla, että KYSin alueella on väestön ikärakenteen vuoksi ollut vähemmän uusia potentiaalisia hakijoita. Alueiden hakijaprofilit erosivat toisistaan sairausryhmien ja vammaisetuuksien osalta: mitä vanhempi alueen hakijaprofili oli, sitä enemmän korostuivat lääkinällisen kuntoutuksen perinteiset asiakasryhmät eli hermoston sairauksia sairastavat sekä synnynnäiset epämuodostumat -ryhmään kuuluvia sairauksia sairastavat. Sen sijaan alueilla, joissa väestö oli ikärakenteeltaan nuorempaa, suuri osa hakijoiden sairausryhmistä muodostui monimuotoisista kehityshäiriöistä.

7.3 Lainmuutos ja kuntoutusetuuden myöntäminen

Tutkimuksemme perusteella tarkasteltuna myönteisen päätöksen saaneiden määrä kasvoi vuodesta 2014 vuoteen 2016, kun tarkastelua tehtiin sen pohjalta, oliko henkilö saanut yhdenkin kuntoutusoikeuden myöntävän päätöksen tarkasteluvuonna. Myönteisten päätösten määrässä oli vaihtelua kuntoutuksen toteutusmuodon mukaan siten, että esimerkiksi myönteisen päätöksen yksilöterapiasta saaneiden kuntoutujien määrä kasvoi 11 prosenttia vuodesta 2014 vuoteen 2016 ja edelleen 11 prosenttia vuonna 2017. Sen sijaan laitospuoleisesta kuntoutuksesta sekä ohjauskäynneistä myönteisen päätöksen saaneiden määrä väheni vuoteen 2014 verrattuna. Terapiatalajeista erityisesti toimintaterapiaa, puheterapiaa ja psykoterapiaa saaneiden määrät kasvoivat. Kyseisten terapiamuotojen saajat olivat pääasiassa alle 16-vuotiaita lapsia ja nuoria, kun taas suurin fysioterapiaa saava ryhmä olivat työkyvyttömyyseläkkeellä olevat hakijat. Merkittävälle osuudelle näitä terapiamuotoja saaneista ei maksettu korotettua tai ylintä vammaisettuutta.

Autti-Rämö ym. (2011) arvioivat vaativan lääkinällisen kuntoutuksen lainmuutosta pohjustaneessa raportissaan, että erityisen yleistä vaikeavammaisuus ilman korotettua vammaisetuuden kriteerien täyttymistä saattaisi olla opiskelijoiden ja aktiivisesti työelämään kuuluvien joukossa sekä osittain myös työkyvyttömyyseläkkeellä olevilla. Tutkimuksemme mukaan lainmuutoksen jälkeen myönteisen kuntoutuspäätöksen saaneiden opiskelijoiden sekä sairauspäivärahaa tai kuntoutustukea saavien ja työttömien määrä kasvoi jonkin verran. Tätä voidaan pitää positiivisena muutoksena, sillä vammaisetuuden tasossa tapahtuvista muutoksista huolimatta kuntoutujien siirtymistä opiskelijaksi voidaan tukea vaativalla lääkinällisellä kuntoutuksella. Samoin sairauspäivärahaa tai kuntoutustukea saavien määrän kasvu antaa positiivisen viitteen siitä, että vaativaa lääkinällistä kuntoutusta on nyt mahdollista saada aiempaa varhaisemmassa vaiheessa. Aiempi vammaisetuskytkös merkitsi sitä, että kuntoutujan toimintakyvyn heikkenemistä jouduttiin odottamaan siihen saakka, että oikeus vähintään korotettuun vammaisetuuteen täyttyi. Todennäköisesti kuntoutuja oli tässä vaiheessa myös siirtynyt työkyvyttömyyseläkkeelle. Eniten uudet myöntökriteerit täyttäviä kuntoutujia oli kuitenkin alle 16-vuotiaissa. Ikäryhmittäin tarkasteltuna erityisesti kouluikäisistä eli 7–15-vuotiaista lapsista suurempi osa sai myönteisen päätöksen Kelan järjestämivastuulla olevasta lääkinällisestä kuntoutuksesta kuin aiemmin.

Vammaisetuskytköksen poistuttua myönteisiä kuntoutuspäätöksiä annettiin ilman korotettua tai ylintä vammaisetuutta. Vuonna 2016 myönteisen päätöksen sai 3 954 sellaista kuntoutujaa, jolle hakemusvuonna maksettiin vain perustasoista vammaisetuutta tai vammaisetuutta ei maksettu lainkaan. Vuonna 2017 tällaisia myönteisen päätöksen saajia oli 7 875 henkilöä. Vammaisetuuksiin kytketty aiempi myöntökriteeri olisi rajannut kyseiset kuntoutujat Kelan järjestämivastuun ulkopuolelle. Toteutuneet luvut vastaavat hyvin tarkasti hallituksen esityksen (HE 332/2014) arvioita uusien kuntoutujien määristä (3 850 henkilöä vuonna 2016 ja 7 700 henkilöä vuonna 2017), vaikka kokonaisuudessaan myönteisen päätöksen saaneiden määrä kasvoi arviota vähemmän. Ne myönteisen päätöksen saaneet, jolle ei maksettu korotettua tai ylintä vammaisetuutta, olivat valtaosin alle 16-vuotiaita ja heillä oli päädiagnoosina jokin mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöt -ryhmän diagnoosi. Miehiä oli ryhmässä miltei kaksi kertaa naisia enemmän. Lainmuutoksen jälkeen hakijoissa korostuivatkin erityisesti pojat, joilla oli mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöt -ryhmän diagnoosi. Suurin osa uusista mth-diagnoosien perusteella vaativaa lääkinällistä kuntoutusta hakeneista oli hakenut kuntoutusta psyykkisen kehityksen häiriöt (F80–F89) -ryhmän diagnoosin perusteella. Autti-Rämö ym. (2011) havaitsivat jo aiemmin, että psyykkisen kehityksen häiriöitä sairastavilla vammaisetuuden taso laski usein pienemmäksi kuin korotettu tuki, jolloin heillä ei ollut myöskään oikeutta aiemman lain mukaiseen sosiaalivakuutuksen lääkinälliseen kuntoutukseen. Ne, jotka hakivat kuntoutusta kyseisen diagnoosiryhmän diagnoosin perusteella, pääsivät lainmuutoksen myötä aiempaa helpommin sosiaalivakuutuksen vaativan lääkinällisen kuntoutuksen piiriin.

7.4 Vaativan lääkinällisen kuntoutuksen lainmuutoksen vaikutus kuntoutuksen hylkäämiseen

Vaikka hylkäävän päätöksen riski on kokonaisuudessaan pieni Kelan järjestämistä vastuulla olevassa lääkinällisessä kuntoutuksessa ja valtaosa, noin 80 prosenttia hakijoista, sai myönteisen päätöksen kaikkina tarkasteluvuosina, hylkäysosuudet ja hylkäysten määrät nousivat lainmuutoksen jälkeen. Kuntoutustilastojen perusteella hylkäysprosentti nousi 13 prosentista noin 21 prosenttiin vuodesta 2014 vuoteen 2016. Kuntoutustilastoista saatava, päätöksistä hylkäysosuutena laskettava hylkäysprosentti ei anna riittävää kuvaa kuntoutusoikeuden saaneista, sillä tutkimuksemme mukaan lainmuutoksen tultua voimaan ohjauksikäynteihin liittyviä hylkäyksiä oli kolmannes. Sen sijaan yksilöterapioiden hylkäysprosentti nousi vuodesta 2014 vuoteen 2016 vain noin kahdella prosenttiyksiköllä. Ohjauksikäynti on yksilökäynnin yhteyteen haettava lisä, joka ei itsessään anna oikeutta kuntoutukseen. Päätöksistä laskettu hylkäysprosentti ei kuitenkaan kuvaa sitä, kuinka suuri osuus hakijoista on jäänyt ilman oikeutta Kelan vaativaan lääkinällisen kuntoutukseen. Kuntoutustilastoissa voisikin olla vastaisuudessa tarkoituksenmukaista esittää erikseen esimerkiksi terapiaan ja ohjauksikäynteihin liittyvät hylkäysosuudet.

Ohjauksikäyntien suuri hylkäysosuus selittyi vaativan lääkinällisen kuntoutuksen lainmuutoksella, sillä uuden lain mukaisesti terapiaa toteutetaan jo lähtökohtaisesti ohjauksellisesti niin, että läheiset saavat ohjausta terapiakäyntien yhteydessä. Erilisiä ohjauksikäyntejä, joissa kuntoutuja itse ei ole läsnä, myönnetään ainoastaan erityisten perustelujen pohjalta, kun aiemmin ohjauksikäynnit myönnettiin aina, kun ne oli merkitty alaikäisen kuntoutussuunnitelmaan. Lainmuutoksessa mahdollistettiin ohjauksikäynnit myös aikuisille kuntoutujille. Hylkäysosuuksien kasvussa on saattanut olla kyse myös lainmuutoksen toimeenpanoon liittyvistä haasteista, esimerkiksi epätietoisuudesta uusista ohjauksikäynteistä tai laitospääsyä koskevista myöntökriteereistä. Tämä tuli esille myös vaativan lääkinällisen kuntoutuksen terapeuttien haastattelussa (ks. Härkäpää ym. 2020). Tieto ohjauksikäynteihin liittyvistä uusista myöntöedellytyksistä ei ole tavoittanut hylkäysmäärän perusteella riittävästi hakijoita ja lähettäviä tahoja. Havaintoa tukee se, että vuonna 2017 ohjauksikäynteihin liittyvien hylkäyspäätösten määrä väheni.

Laitosmuotoisen kuntoutuksen suuret hylkäysosuudet olivat lainmuutoksen seuraus, jota ei osattu ennakoida ainakaan hallituksen esityksen vaikutusarviossa. Laitosmuotoinen kuntoutus hylättiin yleisesti siksi, että kuntoutujan jo saama terapia katsottiin riittäväksi. Voidaan pohtia, millaiset seikat vaikuttivat lakia toimeen panevan tahon tulkintoihin laitospääsyjaksojen tarpeellisuudesta. Keskeisenä tekijänä tulee huomioida se, että vuonna 2016 lainmuutoksessa säädettiin, että myönnettävän kuntoutuksen tulee olla perustellusti tarpeen mahdollistamaan arkielämässä suoriutumista ja osallistumista. Laitosmuotoisen kuntoutuksen hylkäykset saattavatkin selittyä sillä, etteivät vuosittain toistuvat laitospääsyjaksot avomuotoisesti toteutettavan terapian rinnalla täytä kuntoutuksen tarkoituksenmukaisuuteen liittyviä uusia

myöntökriteereitä. Kelan etuosohjeen mukaan laituskuntoutusjakso tulee kyseeseen esimerkiksi silloin, kun kuntoutujan jo saama avomuotoisesti toteutettava terapia ei ole riittävää (Kela 2019b). Aiemman, vammaisuuksiin kytketyn lain kirjaukset eivät edellyttäneet tarkastelemaan haetun kuntoutuksen tarpeellisuutta. Toisaalta on huomioitava myös se, että laitosuotoinen kuntoutus on kuntoutujakohtaisilta kustannuksiltaan merkittävä kustannuserä.

Kasvanut hakemusten määrä voi osaltaan selittää hylkäyspäätösten määrän kasvua. Esimerkiksi työkyvyttömyyseläkehakemusten kohdalla on todettu, että hakemusalttiuden lisääntyminen nostaa hylkäysosuuksia (Blomgren ja Virta 2012). Epätietoisuus uusista myöntökriteereistä on saattanut johtaa siihen, että lähettävä taho on ohjannut sellaisiakin kuntoutujia, joille muut kuntoutusmuodot olisivat olleet tarkoituksenmukaisempia, hakemaan vaativaa lääkinällistä kuntoutusta. Kelan ratkaisu- ja arviointityössä pohdittiin myös sitä, liittyikö tämän tyyppiseen ”väärään kuntoutukseen” ohjaamiseen mahdollisesti kokeilu siitä, millaiset asiakasryhmät kuuluvat Kelan järjestämistä vastuulle uusien myöntökriteerien myötä (Mäkinen ja Seppänen-Järvelä 2019). Havaintoa tukee se, etteivät vuoden 2016 ja 2017 ratkaisut ja hakijaprofiilit vastaa täysin toisiaan; lainmuutosvuotta voidaan pitää siirtymäkautena, johon liittyi paljon epätietoisuutta uudesta kohderyhmästä ja uusista myöntökriteereistä.

Hallituksen esityksestä (HE 332/2014) annetuissa lausunnoissa tuotiin esiin, että lainmuutos edellyttää aidosti kuntoutuksen tarpeen suunnittelua ja perusteluja kuntoutussuunnitelmissa sekä arviota suositetun kuntoutuksen hyödyistä. Lisäksi esitettiin huoli siitä, että rajanveto hoidollisen ja kuntouttavan toiminnan välille voi muodostua ongelmalliseksi. Tämän tutkimuksen perusteella hoidollinen kuntoutus ei ollut lainmuutoksen jälkeen kovinkaan yleinen hylkäysperuste. Sen sijaan sekä ennen lainmuutosta että sen jälkeen annettiin runsaasti hylkääviä päätöksiä siksi, ettei haettu kuntoutus vastannut kuntoutussuunnitelmaa.

Kun tarkastellaan Kelan vaativan lääkinällisen kuntoutuksen lainmuutosta, merkittävin muutos oli vammaisuuksien ja vaativan lääkinällisen kuntoutuksen välisen kytköksen purkamisen siten, ettei kuntoutuksen myöntämiseksi vaadittu enää korotettua tai ylintä vammaisuuksia. Lakiuudistusta edeltävää aikaa kuvaa osuvasti Pensolan ym. (2012) luonnehdinta vammaisuuksien hakuprosessista vaikeavammaisten lääkinällisen kuntoutuksen esikarsintana. Tällöin vammaisuuksien kytköksen ollessa voimassa vaikeavammaisten kuntoutuksen pientä hylkäysosuutta saattoi heidän mukaansa selittää se, että kuntoutujat oli jo kertaalleen tarkasti esiseulottu vammaisuuksien myöntöprosessissa. Kytkös oli kuitenkin ongelmallinen, sillä kuntoutustarve ja vammaisuuksien myöntökriteerit eivät ole yhteneväiset (Autti-Rämö ym. 2011). Vuoden 2014 hylkäysten perusteluissa korostuivat vammaisuuksiin liittyvät hylkäykset. Lainmuutoksen jälkeisinä vuosina hylkäävien päätösten perusteet ilmentävät lainmuutoksen keskeistä sisältöä: hylkäyksen syissä painottuvat vaikeavammai-

suuden sijaan kuntoutujan toimintakyky sekä haettavan kuntoutuksen tarpeellisuus osallistumiselle ja suoriutumiselle.

7.5 Vaativan lääkinällisen kuntoutuksen kohdentuminen

Erityisesti lakimuutos on hyödyttänyt lapsia ja nuoria, joilla on mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriö ja tästä johtuva huomattava osallistumis- ja suoriutumisrajoite sekä kuntoutustarve. Kyseisen hakijaryhmän osuus on kasvanut voimakkaasti sekä Kelan järjestämävastuulla olevan lääkinällisen kuntoutuksen hakijoissa että kuntoutuksen saajissa. Tämän tutkimuksen perusteella ei voida kuitenkaan päätellä sitä, missä määrin kasvu johtuu mielenterveyshäiriöiden yleistymisestä ja missä määrin kyseessä on tämän ryhmän kuntoutustarpeiden parempi tunnistaminen. Aiemman tutkimuksen valossa tiedetään, että Suomessa 2000-luvulla lasten ja nuorten psyykenlääkkeiden käyttö on lisääntynyt (Autti-Rämö ym. 2009; Saastamoinen ym. 2017). Esimerkiksi vuosien 1997–2007 välillä psyykenlääkkeiden käyttö kolminkertaistui, ja mm. masennus-, ADHD- ja psykoosilääkkeitä määrättiin lapsille ja nuorille enemmän. (Autti-Rämö ym. 2009.) Lapsilla ja nuorilla lisääntynyttä mielenterveyspalveluiden ja lääkkeiden käyttöä on selitetty palveluihin hakeutumisen kynnyksen madaltumisella sekä ongelmien aiempaa paremmalla tunnistamisella (Sourander 2016). Erityisesti psyykkisen kehityksen häiriöissä oli yleistä vaativan lääkinällisen kuntoutuksen myöntökriteerien täyttyminen ilman korotetun tai ylimmän vammais-etuuden saamista.

Vuoden 2002 kuntoutuspäätöksiin pohjautuvassa tutkimuksessa todettiin, että kuntoutus kohdentuu lähinnä alle 16-vuotiaisiin ja 16–65-vuotiaiden ikäryhmässä työkyvyttömyyseläkkeellä oleviin (Autti-Rämö ym. 2011). Lainmuutoksesta huolimatta vaativassa lääkinällisessä kuntoutuksessa painottuvat edelleen samat kohderyhmät eikä kuntoutus juuri kohdennu työmarkkina-asemaltaan aktiiveihin. Onkin todettu, että vain pieni osa vaikeavammaisista nuorista suuntautuu nuoren kuntoutusrahan tuella avoimille työmarkkinoille ja suurin osa siirtyy kuntoutusrahan päätyttyä pysväälle työkyvyttömyyseläkkeelle (Koskenvuo ym. 2011). Vaativan lääkinällisen kuntoutuksen kohdentuminen työmarkkina-asemaltaan ei-aktiiveihin vielä vammais-etuuskryöksen purkauttuakin saattaa kertoa siitä, ettei työelämässä juuri ole tai sinne ei ole päässyt vaativan lääkinällisen kuntoutuksen tarpeessa olevia ja kuntoutuksen myöntökriteerit täyttäviä henkilöitä.

Vaativan lääkinällisen kuntoutuksen lainmuutoksen tavoitteena oli edistää Kelan järjestämävastuulle kuuluvan lääkinällisen kuntoutuksen käynnistymistä henkilön kuntoutustarpeen ja kuntoutustavoitteiden kannalta oikea-aikaisesti ja riittävän varhaisessa vaiheessa. Tarpeettomia järjestämävastuun siirtymiä Kelalta julkiselle terveydenhuollolle pyrittiin ehkäisemään ja takaamaan näin kuntoutusprosessin katkeamattomuus. Erityisesti lakimuutoksen arveltiin parantavan sellaisten nuorten tilannetta, joilla oikeus korotettuun etuuteen päättyy 16-vuotiaana ja joilla kuntoutus uhkasi tämän vuoksi keskeytyä. (StVM 41/2014). Uudistuksen valmisteluvaihees-

sa tutkijat (Paltamaa ym. 2011) ennakoivat, että mikäli lainmuutos tehdään, tulee haasteeksi Kelan ja terveydenhuollon vastuunjaon uudelleen määrittely ja käytännön soveltaminen. Lukuisat palvelujärjestelmän rajapinnat ovatkin leimallisia lääkinällisessä kuntoutuksessa niin yksilön kuin järjestelmänkin näkökulmasta. Tämä tulee esille erityisesti silloin, kun keskustellaan kuntoutuksen järjestämisvastuisiin liittyvistä kysymyksistä. Lääkinällisessä kuntoutuksessa yhteistyöhön liittyviä ongelmia on paikallistettu niin perusterveydenhuollon ja erikoisterveydenhuollon välille (valtionalouden tarkastus) kuin Kelan ja julkisen terveydenhuollonkin välille.

Tutkimuksessa havaittiin, että erityisvastuualueiden välillä oli eroavaisuuksia myönteisen päätöksen todennäköisyydessä. Tämän tutkimuksen valossa ei voida kuitenkaan tehdä päätelmiä siitä, missä määrin erot johtuvat erilaisista ratkaisukäytännöistä, eroista kuntoutuksen hakemusaltiudessa, alueen kuntoutuspalvelutarjonnasta tai julkisen terveydenhuollon käytännöistä. Erityisvastuualueet erosivat toisistaan jo kuvailevissa tarkasteluissa vaativan lääkinällisen kuntoutuksen hakijaprofilien ja kuntoutukseen hakeutumisen suhteen. Edelleen, väestöpohjissa on eroa alueittain niin, että Etelä-Suomessa väestö on nuorempaa, jolloin hakijoissakin korostuvat lapset ja nuoret sekä heille tyypilliset vaativan lääkinällisen kuntoutuksen tarvetta aiheuttavat sairaudet.

Kuntoutukseen pääsyn kriteerien lisäksi niistä tehtävät tulkinnat kuntoutuksen kentällä voivat ohjata kuntoutukseen valikoitumista. Eri toimijoiden yhteistyö ja koordinaatio ovatkin keskeisiä uusien kuntoutuspolitiikkojen toimeenpanossa, jotta kuntoutus kohdentuu järjestelmässä tarkoituksenmukaisesti (Burstrom ym. 2011). Maan sisäiset erot viranomaisten asiakkaita ja järjestelmää koskevissa asenteissa voivatkin heijastua alueellisina eroavaisuuksina jo asiakkaiden valikoitumisessa kuntoutukseen (Ahlgren 2008). Aiemman tutkimustiedon valossa tiedetään, että kuntoutujien hoitopoluissa on eroja jo kunta- ja sairaanhoitopiiritasolla (Lämsä ym. 2017). Esimerkiksi CP-oireyhtymää sairastavan lapsen kuntoutussuunnitelmassa havaittiin nelinkertainen ero eri sairaanhoitopiirien suositteluissa fysioterapiakertojen määrissä (Autti-Rämö ym. 2017). Kuntoutussuunnitelmien erot heijastuvat puolestaan suoraan Kelan kuntoutuspäätöksiin, sillä ratkaisutyössä kuntoutussuunnitelma on keskeinen tietolähde (Kela 2019c; Mäkinen ja Seppänen-Järvelä 2019). Alueelliset erot kuntoutussuunnitelmien sisällössä saattavat johtua kuntoutusta koskevista käytännöistä, asenteista ja paikallisista resursseista (Valtionalouden tarkastusvirasto 2009; Jeglinsky ym. 2012). Kuntoutajat ovat eriarvoisessa asemassa sen suhteen, millaiset ovat julkisen terveydenhuollon osoittamat resurssit heidän kuntoutussuunnitelman laadinnassa. Joidenkin kuntoutujien kuntoutussuunnitelman laatii terveystieteiden lääkäri ja toisten taas erikoislääkäri yhdessä moniammatillisen työryhmän kanssa. Erityisesti aikuisten kuntoutujien kuntoutussuunnitelman laatu saattaa vaihdella suuresti (Paltamaa ym. 2017).

Vaativan lääkinällisen kuntoutuksen lainmuutos laajensi kuntoutuksen etuuskäsittelijän harkintavallan käyttöä kuntoutusoikeuden myöntämisessä, sillä oikeutta etuuteen ei enää määritetty jo vammaisetuuksien ratkaisuprosessissa (Mäkinen ja Seppänen-Järvelä 2019.) Suomen sosiaali- ja terveysalojen kattojärjestö SOSTE esitti, että uudet myöntökriteerit muuttavat kuntoutustarpeen mittaamisen ja kuntoutustarpeen rajat aiempaa vaativammiksi määritellä (SOSTE 2014). Kuntoutuksen myöntökriteerien muututtua onkin olennaista tarkastella sitä, onko päätöksenteon ja kuntoutujan yksilöllisen tilanteen huomioivan harkinnan tueksi saatavilla riittävästi tietoa (Kotkas ja Kalliomaa-Puha 2014). Esimerkiksi Paltamaa ym. totesivat Kelan pitkään jatkuneita terapiajaksoja koskeneessa tutkimuksessaan, että terapeuttien kirjaamiskäytännöissä oli suuria vaihteluita, eivätkä Kelalle toimitetut kuntoutuspalautteet antaneet aina oikeaa kuvaa kuntoutujan tilanteen edistymisestä (Paltamaa ym. 2017, 222). Kelan etuuskäsittelijöille ja asiantuntijalääkäreille tehdystä kyselystä tuli esille, että kuntoutuspäätöstä tehtäessä parhaiten tietoa oli saatavissa hakijan oirekuvasta ja toimintakyvystä. Kuitenkin kuntoutujan yksilö- ja ympäristötekijöistä välittyi päätöksentekoon huomattavasti heikommin yksilöllisen tilanteen huomioimisessa tarvittavia tietoja. Päätöksenteossa kuntoutussuunnitelma on tärkein tietolähde; osa Kelan etuuskäsittelijöistä ja asiantuntijalääkäreistä havaitsi kuntoutussuunnitelmien laadun kohentuneen mutta edelleen huonosti laaditut hakemusasiakirjat aiheuttavat pulmia ratkaisu- ja arviointityöhön. (Mäkinen ja Seppänen-Järvelä 2019.) Sosiaalivakuutuksen etuuskäsittelijät voivat työssään joutua luovimaan muiden tahojen toimintalogiikkojen ja puutteellisten asiakirjojen aiheuttamissa aikapaineissa. Yhteisten tavoitteiden ja kommunikaation puute sekä epäsynkroniset järjestelmät voivat johtaa esimerkiksi puutteellisiin asiakirjoihin ja sitä kautta asiakkaiden päätösprosessien pitkittymiseen. (Ydreborg ym. 2007.)

Lainmuutosesityksestä (HE 332/2014) annetuissa lausunnoissa arvioitiin kuntoutussuunnitelmien laadinnan muuttuvan entistä vaativammaksi ja edellyttävän aiempaa syvällisempää osaamistasoa. Erityisesti esitettiin huoli usein vaihtuvien terveyskeskuslääkäreiden asiantuntemuksen ja ajan riittävydestä uusien myöntökriteerien mukaisten kuntoutussuunnitelmien laadinnassa. Lisäksi yleisesti epäiltiin myös ICF-luokituksen osaamisen riittävyttä suomalaisessa kuntoutusjärjestelmässä. Lausunnoissa korostettiin tarvetta ICF-luokituksen laajamittaista kouluttamista hoitavalle henkilökunnalle ja päätöksentekijöille. Myöntökriteerien muutos korosti erityisesti osallistumisen ja suoriutumistarpeiden kuvaamisen merkitystä hakemusasiakirjoissa. Kuntoutujien mahdollisuuksissa määritellä näitä tarpeita ICF-viitekehyyksessä käsitteellistetyllä tavalla saattaa olla esimerkiksi sosioekonomisia eroavaisuuksia. Sverker ym. (2019) toteavat ICF-viitekehystä koskevassa tutkimuksessaan, että osallistuminen voidaan ymmärtää eri tavoin riippuen asiakkaiden yksilöllisistä lähtökohdista, ja arkipäiväisten tilanteiden tunnistaminen ja sanallistaminen osallistumiseksi ei suinkaan ole helppoa kaikille asiakasryhmille. Osallistuminen saatetaankin mieltää joksikin ammattilaisten diskurssiin kuuluvaksi käsitteeksi, jonka käyttäminen on luontevampaa koulutetuille tai sosiaali- ja terveysalalla työskenteleville

asiakkaille. (Sverker ym. 2019.) Tässä tutkimuksessa ei tarkasteltu sosioekonomisia eroja kuntoutusratkaisujen kohdentumisessa, mutta mahdollisiin kuntoutusta hakeneiden sosioekonomisiin eroihin tulisikin kiinnittää huomioita jatkotutkimuksissa.

Lainmuutoksen jälkeisiä suuria hylkäysosuuksia saattaa osaltaan selittää se, että kuntoutujilla, lähettävillä tahoilla ja kuntoutuksen palveluntuottajilla ei ole ollut riittävästi tietoa uusista myöntökriteereistä. Lisäksi myöntökriteerien muutosta koskevissa tiedoissa on saattanut olla eroja hakijaryhmittäin siten, että esimerkiksi jo aiemmin Kelan järjestämistä vastaavalla olevan lääkinällisen kuntoutuksen piirissä olleet kuntoutajat ovat voineet saada tietoa uudistuneista myöntökriteereistä muita ryhmiä paremmin. Vuonna 2017 vaativan lääkinällisen kuntoutuksen hakijoista suurempi osuus ei saanut vammaisetuutta tai sai vain perustasoista vammaisetuutta kuin vuonna 2016 kyseistä kuntoutusta hakeneista. Tämän pohjalta voidaan päätellä, että tieto uusista myöntökriteereistä oli levinnyt edelleen lainmuutosvuoden jälkeen. Toisaalta hakijoilta ja heitä ohjaavilta tahoilta puuttui edelleen keskeistä tietoa vaativan lääkinällisen kuntoutuksen myöntökriteereistä, sillä hakijoissa oli mukana myös yli 65-vuotiaita henkilöitä, vaikka laissa vaativa lääkinällinen kuntoutus on rajattu alle 65-vuotiaille. Ståhl ym. (2019) puhuvatkin sosiaalivakuutuksen lukutaidosta (*Social insurance literacy*), joka kuvaa yksilön kykyä hankkia ja omaksua sosiaalivakuutusjärjestelmää koskevaa tietoa ja toimia sen mukaan. Tätä lukutaitoa voitaisiin parantaa siten, että kansalaisille tuotettaisiin riittävästi selkeää ja ymmärrettävää tietoa sosiaalivakuutusjärjestelmästä. Erityisen tärkeää olisi huolehtia siitä, että kuntoutujilla, lähettävillä tahoilla ja kuntoutuksen palveluntuottajilla sekä muilla kuntoutuksen keskeisillä yhteistyötahoilla on riittävästi tietoa kuntoutuspalveluista ja niiden pääsykriteereistä. Tällä hetkellä jo Kelan kuntoutuslaki ja terveydenhuoltolaki edellyttävät kuntoutujan ohjaamista joko asianmukaiseen kuntoutukseen tai muiden hänelle tarkoituksenmukaisten palveluiden piiriin (L 566/2005, 54 §; L 1326/2010, 30 §).

Lainmuutoksen jälkeen uusissa myöntökriteereissä korostuvat kokonaisvaltainen toimintakyvyn arviointi sekä haettavan kuntoutuksen tarpeellisuus arjen suoriutumiseen ja osallistumiseen. Tämä lakimuutos voidaan nähdä osana suurempaa paradigmanmuutosta, jossa kuntoutuja ymmärretään aktiivisena toimijana omissa kuntoutusprosessissaan sen sijaan, että kuntoutuja olisi vain ammattilaisten toteuttamien kuntoutustoimenpiteiden kohde. (Leplege ym. 2007; Järvikoski 2013, 75–76; Autti-Rämö ja Salminen 2017, 14) Yhtäältä on vahvistunut käsitys siitä, että kuntoutuksen tulisi toteutua mahdollisimman pitkälti kuntoutujan arjen ympäristöissä ja nivoutua osaksi kuntoutujan arkea (Järvikoski 2013, 75). Lakimuutoksen yhteydessä lakiin kirjattiin mahdollisuus toteuttaa vaativaa lääkinällistä kuntoutusta arkiympäristöissä (L 145/2015, 10 §), ja kuntoutuksen toteutuminen näyttäisikin yleistyneen lainmuutoksen jälkeen myönteisen päätöksen saaneilla lapsilla aiempaa useammin kotona, päivähoitossa tai koulussa (Härkäpää ym. 2020). Lainmuutoksen jälkeen vaativan lääkinällisen kuntoutuksen kuntoutujaprofilissa painottuvat vielä aiempaa enemmän lapset ja nuoret, jotka tarvitsevat mielenterveyden ja käyttäytymisen

häiriöiden vuoksi lääkinällistä kuntoutusta. On viitteitä siitä, että kuntoutuksen ajattelumallien muutos ja Kelan järjestämivastuulla olevan lääkinällisen kuntoutuksen kuntoutujaprofiilin muutos näkyy myös kuntoutustarpeiden ja -tavoitteiden uudenaikaisina painotuksina (Härkää ym. 2020).

Lainmuutoksen myötä alettiin painottaa haettavan kuntoutuksen tarpeellisuutta arkielämän suoriutumiseen ja osallistamiseen. Vuosikymmen sitten tehty *Asiakkaan äänellä* -tutkimus toi esille, ettei kuntoutus aina riittävästi linkittynyt kuntoutujan arjen ympäristöihin (Hokkanen ym. 2009). Tässä suhteessa on tapahtunut myönteinen muutos, joka tulee esille sekä kuntoutujilta että terapeuteilta kerättyssä aineistossa: kuntoutuksessa huomio on siirtynyt kehon toimintojen tarkastelusta aikaisempaa laajemmin arjessa suoriutumiseen ja sosiaalisen osallisuuden kysymyksiin (Härkää ym. 2020). Nämä tulokset antavat viitteitä lainmuutoksen tavoitteiden toteutumisesta. Voidaan myös todeta, että kun kuntoutuksen uudistamiskomitea esitti mietinnössään ICF-viitekehyksen ulottamista kuntoutuksen toiminta- ja työkyvyn arvioinnin yleiseksi perustaksi kuntoutusjärjestelmässä (STM 2017), tämä on jo toteutunut Kelan vaativan lääkinällisen kuntoutuksen lainmuutoksessa – toimintakyvyn arviointi nojaa ICF-viitekehykseen.

On kiinnostavaa, että vaikeavammaisten lääkinällisen kuntoutuksen tehtävänjakoa ja yhteistyötä arvioineet selvitysmiehet totesivat vuoden 1996 raportissaan, että vaikeavammaisten kuntoutuksen asiakasmäärät eivät enää suuresti kasva. Selvitysmiesten mukaan asiakasmäärät olivat nousseet sille tasolle, jolla palvelujärjestelmät voivat vastata kuntoutustarpeisiin riittäväällä tavalla. (Kallanranta ja Rissanen 1996, 92.) Kelan järjestämivastuulla olevan lääkinällisen kuntoutuksen asiakasmäärät eivät kuitenkaan ole näyttäneet tasaantumisen merkkejä, ja vuoden 2016 lakimuutoksen jälkeen kuntoutujien määrä alkoi uudelleen kasvaa. Onkin todettu, että käsitykset kuntoutuksesta ja kuntoutuksen kohderyhmistä kytkeytyvät kunkin aikakauden yhteiskunnallisiin tarpeisiin sekä oletamiin yksilön ja yhteiskunnan välisistä sidoksista (Puumalainen ja Vilkkumaa 2001; Autti-Rämö ja Salminen 2016). Vuoden 2016 lakimuutos mahdollisti erityisesti mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöitä sairastavien lasten pitkäkestoisten lääkinällisen kuntoutuksen tarpeiden aiempaa paremman tunnistamisen sosiaalivakuutuksen lääkinällisessä kuntoutuksessa. Tämä on keskeinen syy siihen, että vaativan lääkinällisen kuntoutuksen saajien määrä on alkanut kasvaa jälleen.

Tämän tutkimuksen tavoitteena oli kartoittaa lainmuutoksen vaikutuksia kuntoutuksen kohdentumiseen, ja esitettyjä tuloksia voidaan hyödyntää uusien tutkimusasetelmien suunnittelun pohjana. Kelan järjestämivastuulla olevasta kuntoutuksesta on saatavilla ainutlaatuisen kattavia rekisteriaineistoja, joita tulisi hyödyntää kuntoutusta kehitettäessä. Erityisesti tarvittaisiin lisää tutkimustietoa suomalaisessa kuntoutusjärjestelmässä ilmenevistä alueellisista eroista ja niiden taustalla olevista tekijöistä. Alue-eroja koskevan tutkimustiedon merkitys korostuu kuntoutusjärjestelmän uu-

distusten myötä, sillä kuntoutuksen uudistamiskomitea ehdotti sairausvakuutuksen järjestämisvastuulla olevan lääkinällisen kuntoutuksen järjestämisen ja rahoittamisen siirtämistä maakunnille. Aikaisintaan siirron arvioitiin toteutuvan vuonna 2025. (STM 2017.)

7.6 Johtopäätös

Vaativan lääkinällisen kuntoutuksen lainmuutoksen myötä vaikeavammaisuuden määrittelystä ja vammaisuuksiin sidotuista myöntökriteereistä luovuttiin ja kuntoutujan toimintakykyä alettiin tarkastella kokonaisvaltaisesti. Laaja-alaisen toimintakykyarvion myötä erityisesti lasten ja nuorten pitkäaikaiset lääkinällisen kuntoutuksen tarpeet voitiin aiempaa paremmin tunnistaa sosiaalivakuutuksen lääkinällisessä kuntoutuksessa. Uudet myöntökriteerit paransivat erityisesti sellaisten kuntoutujien asemaa, joilla oli jokin mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöt -sairausryhmän diagnoosi ja jotka eivät täyttäneet korotetun tai ylimmän vammaisuuuden myöntökriteereitä. Sen sijaan erityisesti ohjaukseyntejä ja laitosmuotoista kuntoutusta koskevat hylkäykset lisääntyivät. Sosiaalivakuutuksen lääkinällinen kuntoutus on avautunut aiempaa laajemmalle kohderyhmälle.

Lähteet

Ahlgren Å, Bergroth A, Ekholm J ym. Selection of clients for vocational rehabilitation at six local social insurance offices. A combines register and questionnaire study on rehabilitation measures and attitudes among social insurance officers. *Journal of Rehabilitation Medicine* 2008; 40: 178–184.

Autti-Rämö I, Maaniemi K, Raitasalo R, Martikainen J, Sourander A. [Mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöiden vuoksi lasten hoitotukia saaneet vuosina 2000–2007](#). *Suomalainen lääkärilehti* 2008; 25: 3865–3870. Viitattu 30.8.2019.

Autti-Rämö I, Seppänen J, Raitasalo R. Nuorten ja nuorten aikuisten psykenlääkkeiden käyttö on lisääntynyt 2000-luvulla. *Suomalainen lääkärilehti* 2009; 64: 477–482.

Autti-Rämö I, Salminen A-L. Kuntoutumisen hyvät käytännöt. Julkaisussa: Autti-Rämö I, Salminen A-L, Rajavaara M, Ylinen A, toim. Kuntoutuminen. Helsinki: Duodecim, 2016: 14–17.

Autti-Rämö I, Faurie M, Sakslin M. [Vaikeavammaisten kuntoutuksen järjestämisvelvollisuus Suomessa. Aihetta lainsäädännön muutoksiin?](#) Helsinki: Kela, Sosiaali- ja terveysturvan selosteita 79, 2011. Viitattu 16.5.2019.

Autti-Rämö I, Haataja L, Mäenpää H ym. [Paikallisista malleista yhtenäiseen käytäntöön toimintakyvyn arviointimenetelmien valinnassa ja kuntoutuksen suunnittelussa. Esimerkinä CP-oireisto](#). Helsinki: Kela, Työpapereita 115, 2017. Viitattu 30.8.2019.

Blomgren J, Virta L. [Kansaneläkejärjestelmän työkyvyttömyyseläkkeiden hylkäykset vuosina 2005–2011](#). Helsinki: Kela, Nettityöpapereita 39, 2012. Viitattu 30.8.2019.

Burström B, Nylen L, Clayton S ym. How equitable is vocational rehabilitation in Sweden? A review of evidence on the implementation of a national framework. *Disability and Rehabilitation* 2011; 33 (6): 453–466.

Halonen J-P, Aaltonen T, Lind J, Autti-Rämö I. Kelan järjestämä kuntoutus CP-vammaisille. *Suomalainen lääkärilehti* 2009; 64: 1253–1258.

Halonen J-P, Aaltonen T, Lind J, Autti-Rämö I, Tienari P. Kelan järjestämä kuntoutus MS-tautia sairastavalle. *Kuntoutus* 2012; 35 (1): 21–28.

Hallituksen esitykset:

HE 259/1990. Hallituksen esitys eduskunnalle kuntoutusta koskevan lainsäädännön uudistamiseksi.

HE 255/2014. Hallituksen esitys eduskunnalle laiksi Kansaneläkelaitoksen kuntoutusetuuksista ja kuntoutusrahaetuksista annetun lain muuttamisesta.

HE 332/2014. Hallituksen esitys eduskunnalle laiksi Kansaneläkelaitoksen kuntoutusetuuksista ja kuntoutusrahaetuksista annetun lain muuttamisesta.

Heino P, Toikka T, Autti-Rämö I. [Vammaistuen kriteerit muuttuvat nuoren täyttäessä 16 vuotta. Vaikutukset kuntoutuksen järjestymiseen ja sisältöön](#). Helsinki: Kela, Työpapereita 57, 2014. Viitattu 17.9.2019.

Hokkanen L, Nikkanen P, Notko T, Puumalainen J. Kokemukset kuntoutuksen toteutuksesta ja merkityksestä. Julkaisussa: Järvikoski A, Hokkanen L, Härkäpää K, toim. Asiakkaan äänellä. Odotuksia ja arvioita vaikeavammaisten lääkinällisestä kuntoutuksesta. Helsinki: Kuntoutussäätiö, Kuntoutussäätiön tutkimuksia 80, 2009: 93–145.

Hupe P, Hill M. ”And the rest is implementation.” Comparing approaches to what happens in policy processes beyond Great Expectations. *Public Policy and Administration* 2016; 31 (2): 103–121.

Härkäpää K, Kippola-Pääkkonen A, Buchert U, Järvikoski A, Kallinen M. [Asiakkaiden ja terapeuttien äänellä. Kokemuksia ja arvioita Kelan vaativasta lääkinällisestä kuntoutuksesta](#). Helsinki: Kela, Sosiaali- ja terveysturvan raportteja 21, 2020. Viitattu 10.2.2020.

Jeglinsky I, Salminen A-L, Carlberg E ym. Rehabilitation planning for children and adolescents with cerebral palsy. *Journal of Pediatric Rehabilitation Medicine* 2012; 5 (3): 203–215.

Järvikoski A. Monimuotoinen kuntoutus ja sen käsitteet. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö, Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 43, 2013.

Järvikoski A, Hokkanen L, Härkäpää K, toim. [Asiakkaan äänellä. Odotuksia ja arvioita vaikeavammaisten lääkinällisestä kuntoutuksesta](#). Helsinki: Kuntoutussäätiö, Kuntoutussäätiön tutkimuksia 80, 2009. Viitattu 5.9.2018.

Kallanranta T, Rissanen P. Vaikeavammaisten lääkinällisen kuntoutuksen tehtäväjako ja yhteistyö. Selviytymisten raportti. Helsinki: STM, Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistioita 5, 1996.

Kansaneläkelaitoksen kuntoutustoiminta. Toteutumisen seuranta vuosina 1992–1997. Helsinki: Kela, 1998.

[Kelan kuntoutustilasto 2014](#). Helsinki: Kela, SVT, 2015. Viitattu 5.9.2018.

[Kelan kuntoutustilasto 2015](#). Helsinki: Kela, SVT, 2016. Viitattu 5.9.2018.

[Kelan kuntoutustilasto 2016](#). Helsinki: Kela, SVT, 2017. Viitattu 5.9.2018.

[Kelan kuntoutustilasto 2017](#). Helsinki: Kela, SVT, 2018. Viitattu 5.9.2018.

Kela. [Muutos-hanke](#). Helsinki: Kela, 2019a. Viitattu 12.9.2018.

Kela. [Vaativa lääkinällinen kuntoutus -etuusohje](#). Helsinki: Kela, 2019b. Viitattu 9.10.2019.

Kela. [Tilastotietokanta Kelasto](#). Helsinki: Kela, 2019c. Viitattu 5.11.2018.

Koskenvuo K, Hytti H, Autti-Rämö I. Seurantatutkimus nuorten kuntoutusrahasta ja työkyvyttömyyseläkkeelle siirtymisestä. *Kuntoutus* 2011; 34 (3): 22–30.

Koskenvuo K, Pyy-Martikainen M, Räsänen T ym. [Lakimuutoksen tavoite toteutui: nuoret pääsevät vammaistuelle aiempaa helpommin](#). Helsinki: Kela, Tutkimusblogi, 2018. Viitattu 7.8.2019.

Kotkas T, Kalliomaa-Puha L. ”Maalaisjärjellä ja asiakkaan eduksi”. Harkinta Kelan etuusratkaisijoiden näkökulmasta. Julkaisussa: Kalliomaa-Puha L, Kotkas T, Rajavaara M, toim. Harkittua? Avauksia sosiaaliturvan harkintavallan tutkimukseen. Helsinki: Kela, Teemakirja 13, 2014: 204–227.

Lait:

L 610/1991. Laki Kansaneläkelaitoksen järjestämästä kuntoutuksesta.

L 566/2005. Laki Kansaneläkelaitoksen kuntoutusetuuksista ja kuntoutusrahaetuksista.

L 570/2007. Laki vammaisetuuksista.

L 1326/2010. Terveysturvalaki.

L 1353/2014. Laki vammaisetuuksista annetun lain muuttamisesta.

L 145/2015. Laki Kansaneläkelaitoksen kuntoutusetuuksista ja kuntoutusrahaetuksista annetun lain muuttamisesta.

Leplege A, Gzil F, Cammelli M ym. Person-centredness. Conceptual and historical perspectives. *Disability and Rehabilitation* 2007; 29: 1555–1565.

Lämsä R, Santalahti P, Haravuori H ym. Valtakunnallisen terveydenhuoltojärjestelmän paikallisuus. Nuorten neuropsykiatrisen hoidon alueellisista eroista. *Yhteiskuntapolitiikka* 2017; 82: 284–294.

Mäkinen J, Seppänen-Järvelä R. [Vaativan lääkinällisen kuntoutuksen lainmuutos Kelan arviointi- ja ratkaisutyön asiantuntijoiden näkökulmasta](#). Helsinki: Kela, Työpapereita 148, 2019. Viitattu 15.8.2019.

Oikeusministeriö. [Säädösehdotusten vaikutusten arviointi. Ohjeet](#). Helsinki: Oikeusministeriö, julkaisu 6, 2007. Viitattu 15.8.2019.

Paltamaa J, Musikka-Siirtola M. ICF-luokitus. Julkaisussa: Autti-Rämö I, Salminen A-L, Rajavaara M ym., toim. Kuntoutuminen. Helsinki: Duodecim, 2016: 37–49.

Paltamaa J, Kanelisto K. [Terapeuttien näkemyksiä pitkäkestoisista avokuntoutuksista ja niiden perusteista](#). Helsinki: Kela, Työpapereita 122, 2017. Viitattu 12.11.2019.

Paltamaa J, Karhula M, Suomela-Markkanen T, Autti-Rämö I, toim. [Hyvän kuntoutuskäytännön perusta. Käytännön ja tutkimustiedon analyysistä suosituksiin vaikeavammaisten kuntoutuksen kehittämishankkeessa](#). Helsinki: Kela, 2011. Viitattu 12.11.2019.

Paltamaa J, Erkkilä J, Kanelisto K, Mustonen O, Nousiainen E. [Pitkät yhtäjaksoiset yksilöterapiat. Terapioiden merkitys kuntoutujan ja kuntoutuksen eri toimijoiden näkökulmista](#). Helsinki: Kela, Sosiaali- ja terveysturvan raportteja 4, 2017. Viitattu 12.11.2019.

Pensola T, Kesseli K, Shemeikka R ym. [Kuntoutukseen? Sosioekonomiset tekijät Kelan kuntoutukseen hakemisessa ja myönnoissä](#). Helsinki: Kuntoutussäätiö, Kuntoutussäätiön tutkimuksia 86, 2012. Viitattu 12.11.2019.

Pitkänen V, Pekola P. [Asiakkaiden näkemykset valinnanvapaudesta. Tulokset fysioterapiaa saaville vaativan lääkinällisen kuntoutuksen asiakkaille tehdystä kyselystä](#). Helsinki: Kela, Työpaperieita 95, 2016. Viitattu 12.11.2019.

Puumalainen J, Vilkkumaa I. Kuntoutuksen historia, nykypäivä ja tulevaisuus. Julkaisussa: Kallanranta T, Rissanen P, Vilkkumaa I, toim. Kuntoutus. Helsinki: Duodecim, 2001: 16–29.

Räsänen S, Heinonen S, Sund R ym. Rekisteritietojen hyödyntämisen haasteet ja mahdollisuudet. Suomalainen lääkirilehti 2013; 68: 3075–3079.

Räsänen M. Äidinkieli väestörekisterissä? Virallinen lehti 2019; 10: 22–24.

Saastamoinen L, Autti-Rämö I, Tuulio-Henriksson A. Lasten ja nuorten psykoosilääkkeiden käyttö kasvussa. Suomalainen lääkirilehti 2017; 72: 575–579.

Seppänen-Järvelä R. Monimuotoinen implementaatiotutkimus. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti 2017; 54 (2): 151–154.

Sourander A, Lempinen L, Brunstein Klomek A. Changes in mental health, bullying behavior, and service use among eight-year-old children over 24 years. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry 2016; 55: 717–725.

Stakes. ICF. Toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälinen luokitus. Helsinki: Stakes, Ohjeita ja luokituksia 4, 2004.

STM. [Sosiaaliturvan uudistamiskomitean \(SATA\) ehdotukset sosiaaliturvan uudistamiseksi](#). Helsinki: STM, Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 62, 2009. Viitattu 16.5.2019.

STM. [Osatyökykyisten työllistymisen edistäminen](#). Helsinki: STM, Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 6, 2013. Viitattu 16.5.2019.

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

StVM 41/2014. Sosiaali- ja terveysvaliokunnan mietintö. Hallituksen esitys eduskunnalle laiksi Kansaneläkelaitoksen kuntoutusetuuksista ja kuntoutusrahaetuksista annetun lain muuttamisesta.

Ståhl C, Karlsson E, Sandqvist J ym. [Social insurance literacy. A scoping review on how to define and measure it](#). Disability and Rehabilitation 2019. Published online. DOI: 0.1080/09638288.2019.1672111.

Suomela-Markkanen T, Peltonen R. Kuntoutussuunnitelma. Julkaisussa: Autti-Rämö I, Salminen A-L, Rajavaara M ym., toim. Kuntoutuminen. Helsinki: Duodecim, 2016: 247–260.

Sverker A, Thyberg I, Valtersson E. Time to update the ICF by including socioemotional qualities of participation? The development of “patient ladder of participation” based on interview data of people with early rheumatoid arthritis (the Swedish TIRA study). *Disability and Rehabilitation* 2019; 42 (9): 1212–1219.

Tabachnick B, Fidell L. *Using multivariate statistics*. London: Pearson, 2001.

Toikka T, Heino P, Autti-Rämö I. Kelan ASLAK- ja Tyk-kuntoutusta vuonna 2007 hakeneet. Myöntökriteerit ja tilanne hylkäävän päätöksen jälkeen. Helsinki: Kela, Sosiaali- ja terveysturvan selosteita 96, 2015.

Valtiontalouden tarkastusvirasto. [Lääkinällinen kuntoutus](#). Helsinki: Valtiontalouden tarkastusvirasto, Valtiontalouden tarkastusviraston tuloksellisuustarkastuskertomukset 193, 2009. Viitattu 28.6.2019.

Virta L. [Havainnot vammaistuen kohdentumisesta](#). Helsinki: Kela, Sosiaali- ja terveysturvan selosteita 53, 2006. Viitattu 12.11.2019.

Ydreborg K, Nilsson K, Ekberg K. [Swedish social insurance officers' experiences of difficulties in assessing applications for disability pensions. An interview study](#). *BMC Public Health* 2007; 7 (1): 218. DOI: 10.1186/1471-2458-7-128.

Liitetaulukot

Liitetaulukko 1. Vaativan lääkinällisen kuntoutuksen hakijat erityisvastuualueittain vuonna 2014, %.

	HYKS	TYKS	TAYS	KYS	OYS
Hakijat 2014, n	6 483	3 377	4 091	3 123	4 152
Sukupuoli, %	p < 0,001				
Mies	61,7	57,8	57,9	57,9	59,4
Nainen	38,3	42,2	42,1	42,1	40,6
Ikä, %	p < 0,001				
0–6 vuotta	28,5	17,6	17,3	17,8	21,8
7–15 vuotta	33,1	30,3	31,2	25	28,9
16–24 vuotta	8,5	10,5	10,9	9,4	9,2
25–34 vuotta	4,9	6,5	6,7	7,1	6
35–44 vuotta	5	7,3	6,7	7,7	6,8
45–54 vuotta	8,4	10,4	9,7	12,6	9,7
55–64 vuotta	10,8	15,8	15,7	18,9	16,4
Yli 64 vuotta	0,7	1,5	1,1	1,6	1,1
Äidinkieli, %	p < 0,001				
Suomi	81,4	85,1	96,4	97,2	96,2
Ruotsi	5,2	10,6	0,3	0,1	1,8
Muut	13,5	4,3	3,3	2,7	2,1
Työtilanne, %	p < 0,001				
Työssä	2,6	2,3	1,8	1,8	2,3
Työtön	0,6	1,1	0,7	0,9	0,8
Opiskelija	3,9	4,4	5,1	4,6	3,8
Alle 16-vuotias	63,9	50,7	51,9	44,2	53,7
Työkyvyttömyyseläkkeellä	24,3	35,4	34,1	41,5	32,7
Muulla eläkkeellä	1,4	2,6	1,9	2,7	1,5
Sairauspäivärahalla	1,1	1,4	1,7	1,6	1,3
Kuntoutustuella	2,0	1,8	2,6	2,6	3,4
Muu	0,2	0,3	0,3	0,1	0,5
Sairauspäryhmä, %	p < 0,001				
Umpierityksen ja aineenvaihdunnan sairaudet (E00–E90)	1	1,3	1,4	1,7	2,1
MTH (F00–F99)	51,4	42,7	46,1	38,6	43,6
Hermoston sairaudet (G00–G99)	21,5	26,4	23,1	25,7	21,9
Verenkiertoelinten sairaudet (I00–I99)	2,1	7	6,4	8,8	7,2
TULES (M00–M99)	2,7	4,3	5,1	5,3	4,1

Liitetaulukko 1 jatkuu.

Jatkoa liitetaulukkoon 1.

	HYKS	TYKS	TAYS	KYS	OYS
Synnynnäiset epämuodostumat (Q00–Q99)	10,3	10,7	10	10,8	10,6
Vammat/myrkytykset (S00–T98)	2,9	3,1	2,9	4,1	2,8
Muu sairaus	8,1	4,5	5	5	7,7
Ylin vammaisetuus, %	p < 0,001				
Ei vammaistukea	1,4	1,0	1,2	0,9	1,0
Perus	1,9	4,2	2,4	4,0	2,6
Korotettu	76,8	70,0	71,0	67,7	71,1
Ylin	19,8	24,7	25,4	27,4	25,3
Suojattu	0,1	0,1	0,0	0,1	0,0

Liitetaulukko 2. Vaativan lääkinnällisen kuntoutuksen hakijat erityisvastuualueittain vuonna 2016, %.

	HYKS	TYKS	TAYS	KYS	OYS
Hakijat 2016, n	8 041	4 329	5 101	3476	5 107
Sukupuoli	p < 0,001				
Mies	61,8	58,5	56,7	58,1	59,9
Nainen	38,2	41,5	43,3	41,9	40,1
Ikä	p < 0,001				
0–6 vuotta	29,3	18,9	17,1	18,6	21,2
7–15 vuotta	34,0	32,2	33,4	27,0	31,8
16–24 vuotta	7,6	10,1	10,8	8,8	9,7
25–34 vuotta	5,1	6,2	7,8	6,9	5,2
35–44 vuotta	5,2	7,2	7,2	7,3	7,1
45–54 vuotta	7,2	9,9	9,8	10,9	9,2
55–64 vuotta	10,7	14,7	13,2	19,7	14,8
Yli 64 vuotta	0,8	0,8	0,6	0,9	0,9
Äidinkieli	p < 0,001				
Suomi	78,4	85,0	95,6	96,3	96,2
Ruotsi	5,4	9,7	0,4	0,1	1,4
Muut	16,2	5,3	4,1	3,6	2,4
Työtilanne	p < 0,001				
Työssä	3,0	3,0	2,6	2,0	2,5
Työtön	0,9	1,4	1,5	1,6	1,1
Opiskelija	3,7	5,0	5,5	4,6	4,6
Alle 16-vuotias	65,9	53,5	52,9	46,8	55,5

Liitetaulukko 2 jatkuu.

Jatkoa liitetaulukkoon 2.

	HYKS	TYKS	TAYS	KYS	OYS
Työkyvyttömyyseläkkeellä	20,0	28,8	26,7	36,4	28,2
Muulla eläkkeellä	1,5	2,2	1,8	3,0	1,3
Sairauspäivärahalla	2,1	2,7	3,4	2,6	2,1
Kuntoutustuella	2,4	2,9	5,2	2,7	4,1
Muu	0,4	0,5	0,5	0,3	0,6
Sairauspääryhmä	p < 0,001				
Umpierityksen ja aineenvaihdunnan sairaudet (E00–E90)	0,9	1,2	1,1	1,6	1,7
MTH (F00–F99)	55,2	50,0	53,9	43,8	48,1
Hermoston sairaudet (G00–G99)	19,9	23,1	19,6	24,4	19,6
Verenkiertoelinten sairaudet (I00–I99)	4,8	6,0	5,7	8,3	6,6
TULES (M00–M99)	2,6	4,2	4,4	4,6	4,3
Synnyttäiset epämuodostumat (Q00–Q99)	8,6	8,8	8,1	9,2	9,0
Vammat/myrkytykset (S00–T98)	2,7	2,7	3,1	4,0	2,4
Muu sairaus	5,2	4,0	4,0	4,2	8,2
Ylin vammaisetuus	p < 0,001				
Ei vammaistukea	6,5	6,3	7,7	5,9	4,4
Perus	16,9	17,4	15,9	18,6	13,7
Korotettu	62,4	58,3	58,5	55,2	63,0
Ylin	14,2	17,8	17,9	20,3	18,8
Suojattu	0,0	0,2	0,1	0,1	0,1

Liitetaulukko 3. Vaativan lääkinällisen kuntoutuksen hakijat erityisvastuualueittain vuonna 2017, %

	HYKS	TYKS	TAYS	KYS	OYS
Hakijat 2017, n	8 464	4 541	5 418	3 554	5 561
Sukupuoli	p < 0,001				
Mies	61,5	57,6	56,3	58,2	60,8
Nainen	38,5	42,4	43,7	41,8	39,2
Ikä	p < 0,001				
0–6 vuotta	28,4	19,5	17,8	17,5	20,6
7–15 vuotta	35,7	33,3	32,3	29,0	34,3
16–24 vuotta	7,7	10,4	11,2	8,9	9,2
25–34 vuotta	4,7	6,0	8,1	7,1	5,7
35–44 vuotta	5,7	7,4	7,8	7,7	6,5

Liitetaulukko 3 jatkuu.

Jatkoa liitetaulukoon 3.

	HYKS	TYKS	TAYS	KYS	OYS
45–54 vuotta	7,1	9,7	9,8	10,3	8,9
55–64 vuotta	10,0	12,6	12,3	18,2	13,9
Yli 64 vuotta	0,7	1,0	0,8	1,3	1,0
Äidinkieli	p < 0,001				
Suomi	76,6	82,1	95,0	96,2	96,0
Ruotsi	5,5	11,5	0,4	0,1	1,3
Muut	17,9	6,4	4,6	3,7	2,7
Työtilanne	p < 0,001				
Työssä	2,8	3,1	2,3	1,8	2,4
Työtön	1,1	1,8	1,9	1,4	1,2
Opiskelija	4,0	5,1	5,9	4,6	4,6
Alle 16-vuotias	66,6	54,9	52,5	47,7	57,4
Työkyvyttömyyseläkkeellä	18,9	25,0	25,0	35,5	25,0
Muulla eläkkeellä	1,1	2,7	2,1	2,7	1,4
Sairauspäivärahalla	2,4	3,0	4,0	2,8	2,7
Kuntoutustuella	2,6	3,8	5,9	3,1	4,5
Muu	0,4	0,6	0,5	0,3	0,7
Sairauspäryhmä	p < 0,001				
Umpierityksen ja aineenvaihdunnan sairaudet (E00–E90)	0,9	1,1	1,3	1,4	1,4
MTH (F00–F99)	57,1	52,6	56,9	46,8	54,4
Hermoston sairaudet (G00–G99)	18,9	20,8	18,1	24,1	17,8
Verenkiertoelinten sairaudet (I00–I99)	4,5	5,1	5,3	8,1	6,5
TULES (M00–M99)	2,5	4,1	4,3	3,7	4,2
Synnynnäiset epämuodostumat (Q00–Q99)	8,0	9,2	7,2	8,4	8,1
Vammat/myrkytykset (S00–T98)	2,8	2,6	3,0	3,8	2,1
Muu sairaus	5,4	4,4	3,9	3,6	5,6
Ylin vammaisetuus	p < 0,001				
Ei vammaistukea	9,4	10,5	10,8	7,1	7,0
Perus	31,8	24,9	25,5	26,2	22,1
Korotettu	46,1	49,6	47,5	47,7	54,0
Ylin	12,7	14,9	16,1	19,0	16,8
Suojattu	0,0	0,1	0,1	0,0	0,1

Liitetaulukko 4. Vaativan lääkinnällisen kuntoutuksen hakijat sukupuolittain vuosina 2014, 2016 ja 2017.

	2014		2016		2017	
	Mies	Nainen	Mies	Nainen	Mies	Nainen
n	12 600	8 633	15 476	10 588	16 326	11 226
Ikä, %						
0–6 vuotta	25,1	16,9	26,2	16,4	25,7	16,2
7–15 vuotta	35	23,7	37,4	24,7	39,4	25
16–24 vuotta	8,9	10,5	8,2	10,8	8	11,2
25–34 vuotta	5,1	7,5	4,6	8,2	4,6	8,4
35–44 vuotta	5	8,5	4,7	9,3	4,7	9,9
45–54 vuotta	7,7	12,9	7	12,1	6,6	12
55–64 vuotta	12,2	18,7	11,3	17,6	10,2	16,4
Yli 64 vuotta	1	1,2	0,6	1	0,8	1,1
Äidinkieli, %						
Suomi	89,1	91,4	87,7	90,2	86,1	89,2
Ruotsi	3,7	3,7	3,6	3,6	4	3,8
Muut	7,2	4,9	8,7	6,2	9,9	7
Työtilanne, %						
Työssä	1,4	3,5	1,6	4,2	1,4	4,3
Työtön	0,6	1	0,8	1,8	0,9	2,2
Opiskelija	3,9	4,9	3,9	5,6	3,7	6,2
Alle 16-vuotias	62,4	43,2	65,7	43,6	67,3	43,7
Työkyvyttömyyseläkkeellä	26,8	39,9	21,8	33,6	19,9	31,1
Muulla eläkkeellä	1,5	2,5	1,6	2,2	1,5	2,3
Sairauspäivärahalla	1,3	1,5	2,1	3,1	2,6	3,4
Kuntoutustuella	2	3,2	2,2	5,1	2,3	6,1
Muu	0,2	0,4	0,2	0,7	0,3	0,7
Sairauspääryhmä, %						
Umpierityksen ja aineenvaihdunnan sairaudet (E00–E90)	1,3	1,7	1,1	1,5	1	1,4
MTH (F00–F99)	52,8	35,1	58,3	40,8	61,5	44,2
Hermoston sairaudet (G00–G99)	18,9	29,7	16,5	27,4	15,3	25,5
Verenkiertoelinten sairaudet (I00–I99)	6,9	6,2	6,1	5,8	5,8	5,4
TULES (M00–M99)	2,2	6,8	2	6,5	1,9	6,1
Synnynnäiset epämuodostumat (Q00–Q99)	9,1	12,4	7,6	10,3	6,9	9,9
Vammat/myrkytykset (S00–T98)	3,9	1,8	3,3	2,3	3,2	2,2

Liitetaulukko 4 jatkuu.

Jatkoa liitetaulukoon 4.

	2014		2016		2017	
	Mies	Nainen	Mies	Nainen	Mies	Nainen
Muu sairaus	4,9	6,3	5,1	5,4	4,4	5,3
Ylin vammaisetuus, %						
Ei vammaistukea	1,3	1	5,1	7,8	7,4	11,4
Perus	2,8	2,8	16,8	15,7	28,6	24
Korotettu	73,8	69,7	61,9	57,4	49,5	47,7
Ylin	22,1	26,3	16,1	18,9	14,4	16,8
Suojattu	0,0	0,1	0	0,1	0	0,1

Liitetaulukko 5. Vaativan lääkinällisen kuntoutuksen päätökset vuonna 2014 sukupuolittain, %.

	Myöntö		Hylky	
	Miehet	Naiset	Miehet	Naiset
n	11 640	7 943	954	684
Ikä, %				
0–6 vuotta	25,8	17,4	15,9	10,5
7–15 vuotta	34,7	23,5	38,5	25,4
16–24 vuotta	8,9	10,5	8,8	11,3
25–34 vuotta	5,0	7,4	5,7	8,8
35–44 vuotta	5,0	8,5	5,2	8,9
45–54 vuotta	7,7	13	8,5	12,4
55–64 vuotta	12,3	18,9	12,1	16,1
Yli 64 vuotta	0,6	0,8	5,3	6,6
ERVA, %				
HYKS	32,6	29,3	21,6	22,7
KYS	14,1	15	17,6	17,7
OYS	19,6	19,6	19,9	18,7
TAYS	18,8	20	19,1	20,2
TYKS	15	16,1	21,7	20,8
Työtilanne, %				
Työssä	1,3	3,4	1,5	4,1
Työtön	0,6	0,9	1	1,8
Opiskelija	3,8	4,8	4,3	6,1
Alle 16-vuotias	62,9	43,6	56,6	38,5

Liitetaulukko 5 jatkuu.

Jatkoa liitetaulukoon 5.

	Myöntö		Hylky	
	Miehet	Naiset	Miehet	Naiset
Työkyvyttömyyseläkkeellä	26,9	40,7	25,7	30,4
Muulla eläkkeellä	1,2	2,2	4,5	6,9
Sairauspäivärahalla	1,2	1,3	2,5	3,7
Kuntoutustuella	1,8	2,8	3,6	8,2
Muu	0,2	0,4	0,3	0,4
Sairauspäryhmä, %				
Umpierityksen ja aineenvaihdunnan sairaudet (E00–E90)	1,3	1,7	1,2	1,5
MTH (F00–F99)	52,6	34,7	55,1	38,7
Hermoston sairaudet (G00–G99)	19,2	30,4	14,9	22,2
Verenkiertoelinten sairaudet (I00–I99)	6,7	6,1	9,2	8,2
TULES (M00–M99)	1,9	6,3	5,5	11,8
Synnynnäiset epämuodostumat (Q00–Q99)	9,5	12,9	3,6	7,0
Vammat/myrkytykset (S00–T98)	3,8	1,6	5,2	4,5
Muu sairaus	4,7	6,3	5,1	5,9
Vammaisetuuden taso, %				
Ei vammaistukea	0,6	0,4	8,8	8,3
Perus	0,3	0,3	32,9	32,2
Korotettu	76	71,7	47,2	47,2
Ylin	23	27,6	11,1	12,3
Suojattu	0,1	0,1		

Liitetaulukko 6. Vaativan lääkinnällisen kuntoutuksen päätökset sukupuolittain vuonna 2016, %.

	Myöntö		Hylky	
	Miehet	Naiset	Miehet	Naiset
n	13 784	9 070	1 674	1 512
Ikä, %				
0–6 vuotta	27,8	18,0	12,6	6,5
7–15 vuotta	37,0	25,6	40,1	19,2
16–24 vuotta	8,0	10,4	9,3	12,8
25–34 vuotta	4,6	7,5	5,0	12,2
35–44 vuotta	4,4	8,9	7,5	11,6
45–54 vuotta	6,7	11,5	9,3	15,9

Liitetaulukko 6 jatkuu.

Jatkoa liitetaulukoon 6.

	Myöntö		Hylky	
	Miehet	Naiset	Miehet	Naiset
55–64 vuotta	11,0	17,5	13,3	17,9
Yli 64 vuotta	0,4	0,6	3,0	3,8
ERVA, %				
HYKS	33,3	29,8	22,3	24,3
KYS	12,5	13,2	17,9	16,8
OYS	20,1	20	16,7	15,2
TAYS	18,6	20,7	19,5	22,2
TYKS	15,5	16,2	23,6	21,5
Työtilanne, %				
Työssä	1,5	3,3	3,1	10,1
Työtön	0,6	1,2	2,6	5,4
Opiskelija	3,6	5,1	5,7	8,9
Alle 16-vuotias	67	46,2	54,8	28,4
Työkyvyttömyyseläkkeellä	21,8	34,9	21,8	26
Muulla eläkkeellä	1,4	2	3,3	3,3
Sairauspäivärahalla	1,9	2,5	3,8	6,7
Kuntoutustuella	2	4,5	4,4	9,1
Muu	0,2	0,5	0,5	1,2
Sairauspäryhmä, %				
Umpierityksen ja aineenvaihdunnan sairaudet (E00–E90)	1,1	1,5	1,3	1,1
MTH (F00–F99)	58,7	40,6	54,8	41,9
Hermoston sairaudet (G00–G99)	16,5	28,1	16,5	22,7
Verenkiertoelinten sairaudet (I00–I99)	6,1	5,8	6,3	5,8
TULES (M00–M99)	1,6	5,5	4,9	12,4
Synnynnäiset epämuodostumat (Q00–Q99)	8,0	11,0	4,5	6,0
Vammat/myrkytykset (S00–T98)	3,1	1,9	5,3	4,2
Muu sairaus	4,7	5,5	5,7	5,7
Vammaisetuuden taso, %				
Ei vammaistukea	3,2	3,8	20,5	31,8
Perus	14,4	13,0	36,6	32,1
Korotettu	65,4	62,3	33,7	28,4
Ylin	17,0	20,8	9,1	7,5
Suojattu	0,0	0,1	0,0	

Liitetaulukko 7. Vaativan lääkinällisen kuntoutuksen päätökset sukupuolittain vuonna 2017, %.

	Myöntö		Hylky	
	Miehet	Naiset	Miehet	Naiset
n	14 788	9 805	1 537	1 422
Ikä, %				
0–6 vuotta	27,0	17,6	13,3	6,5
7–15 vuotta	39,7	25,9	36,7	18,6
16–24 vuotta	7,7	10,9	10,7	13,5
25–34 vuotta	4,4	7,9	5,8	11,2
35–44 vuotta	4,3	9,6	7,9	12,0
45–54 vuotta	6,3	11,4	9,6	15,8
55–64 vuotta	10,0	16,1	12,2	18,0
Yli 64 vuotta	0,5	0,6	3,6	4,3
ERVA, %				
HYKS	32,4	29,4	26,8	26,4
KYS	12,5	13,1	14,4	14,3
OYS	21,1	19,7	16,6	17,5
TAYS	18,6	21,2	19,6	20,7
TYKS	15,4	16,6	22,4	21
Työtilanne, %				
Työssä	1,2	3,3	3,3	11,1
Työtön	0,7	1,6	3,2	6,1
Opiskelija	3,5	5,7	6,4	9,1
Alle 16-vuotias	68,8	46	52,6	27,6
Työkyvyttömyyseläkkeellä	19,7	31,9	22,2	25,7
Muulla eläkkeellä	1,4	2,2	3,1	3,3
Sairauspäivärahalla	2,3	3	5	6,6
Kuntoutustuella	2,2	5,7	3,6	8,9
Muu	0,3	0,6	0,7	1,3
Sairauspäryhmä, %				
Umpierityksen ja aineenvaihdunnan sairaudet (E00–E90)	1,1	1,5	0,7	1,1
MTH (F00–F99)	62,0	44,4	56,8	42,9
Hermoston sairaudet (G00–G99)	15,3	26,1	15,5	21,7
Verenkiertoelinten sairaudet (I00–I99)	5,7	5,5	6,1	4,9
TULES (M00–M99)	1,6	5,1	5,5	13,4

Liitetaulukko 7 jatkuu.

Jatkoa liitetaulukkoon 7.

	Myöntö		Hylky	
	Miehet	Naiset	Miehet	Naiset
Synnynnäiset epämuodostumat (Q00–Q99)	7,1	10,5	4,6	5,8
Vammat/myrkytykset (S00–T98)	3,0	1,9	4,8	4,4
Muu sairaus	4,0	5,1	5,9	5,7
Vammaisetuuden taso, %				
Ei vammaistukea	5,3	7,4	27,9	39,5
Perus	27,7	23,2	37,7	29,5
Korotettu	52,1	51,3	24,7	22,8
Ylin	14,9	18,0	9,7	8,1
Suojattu	0,0	0,1	0,0	

Liitetaulukko 8. Vaativan lääkinällisen kuntoutuksen päätökset erityisvastuualueittain vuonna 2014.

	Myöntö					Hylky				
	HYKS	TYKS	TAYS	KYS	OYS	HYKS	TYKS	TAYS	KYS	OYS
Hakijat 2014, n	6 115	3 027	3 769	2 833	3 833	361	349	320	289	318
Sukupuoli, %										
Mies	62	57,6	57,9	57,9	59,4	57,1	59,3	56,9	58,1	59,7
Nainen	38	42,4	42,1	42,1	40,6	42,9	40,7	43,1	41,9	40,3
Ikä, %										
0–6 vuotta	29,5	17,7	17,8	17,8	22,8	12,2	17,5	11,6	17,6	9,4
7–15 vuotta	33,1	29,8	31,8	24,1	28,5	31,6	34,7	31,6	34,3	33,3
16–24 vuotta	8,5	10,8	10,7	9,7	9	10,2	8	12,8	5,9	11,9
25–34 vuotta	4,7	6,7	6,6	7,3	5,9	8,9	4,6	8,4	5,2	7,5
35–44 vuotta	5	7,4	6,7	7,7	6,7	5,3	7,2	7,2	6,9	7,5
45–54 vuotta	8,2	10,6	9,8	12,8	9,6	12,2	8,9	8,8	9,7	11
55–64 vuotta	10,6	16,2	15,8	19,6	16,7	15	13,2	14,7	12,5	13,2
Yli 64 vuotta	0,4	1	0,8	1	0,7	4,7	6	5	8	6
Äidinkieli, %										
Suomi	81,3	85	96,3	97,3	96,4	83,1	86,3	97,2	96,9	93,7
Ruotsi	5,2	10,8	0,4	0,4	1,6	4,4	9,2	0	0	3,5
Muut	13,5	4,2	3,3	2,3	2	12,5	4,5	2,8	3,1	2,8

Liitetaulukko 8 jatkuu.

Jatkoa liitetaulukoon 8.

	Myöntö					Hylky				
	HYKS	TYKS	TAYS	KYS	OYS	HYKS	TYKS	TAYS	KYS	OYS
Työtilanne, %										
Työssä	2,5	2,4	1,7	1,8	2,2	3,6	2,0	3,1	1,4	2,5
Työtön	0,5	1,1	0,7	0,8	0,7	2,2	1,1	0,0	1,4	1,9
Opiskelija	3,9	4,5	4,8	4,6	3,6	5,0	2,9	7,8	4,5	5,3
Alle 16-vuotias	64,9	50,1	52,5	43,3	54,3	46,3	55,3	45,0	52,6	45,9
Työkyvyttömyyseläkkeellä	24,1	36,6	34,7	42,7	33,1	27,7	25,5	26,9	30,4	28,3
Muulla eläkkeellä	1,1	2,2	1,5	2,6	1,2	5,3	6,3	6,6	3,8	5,3
Sairauspäivärahalla	1,0	1,2	1,6	1,6	1,1	3,3	3,7	2,5	1,7	3,5
Kuntoutustuella	1,8	1,7	2,2	2,4	3,2	6,6	3,2	7,5	4,2	6,0
Muu	0,3	0,3	0,2	0,1	0,4	0,0	0,0	0,6	0,0	1,3
Sairauspäryhmä, %										
Umpierityksen ja aineen- vaihunnan sairaudet (E00–E90)	1,0	1,4	1,4	1,7	2,1	0,8	0,3	1,9	1,4	2,2
MTH (F00–F99)	51,4	41,8	45,6	38,0	43,5	49	50,4	51,6	44,6	45,3
Hermoston sairaudet (G00– G99)	21,8	27,7	23,5	26,5	21,9	15,8	16,0	18,4	18,0	22,0
Verenkiertoelinten sairau- det (I00–I99)	4,9	6,7	6,2	8,7	7,2	9,1	9,5	8,4	9,7	7,2
TULES (M00–M99)	2,3	3,9	5	4,4	3,9	8,3	7,2	5,3	13,5	6,9
Synnynnäiset epämuodos- tumat (Q00–Q99)	10,6	11,2	10,5	11,5	11,1	4,4	6,3	4,7	3,8	5,3
Vammat/myrkytykset (S00– T98)	2,7	2,8	2,7	4,1	2,7	6,6	4,9	5,0	4,2	3,8
Muu sairaus	5,3	4,5	5,1	5,1	7,6	6	5,4	4,7	4,8	7,3
Ylin vammaisuus, %										
Ei vammaistukea	0,7	0,3	0,6	0,2	0,5	13,3	7,2	7,8	7,6	6,6
Perus	0,4	0,4	0,3	0,1	0,2	26,9	37,8	26,9	41,5	31,1
Korotettu	78,6	73,0	72,5	70,1	72,9	46,8	44,4	52,5	43,3	48,7
Ylin	20,1	26,3	26,5	29,4	26,3	13,0	10,6	12,8	7,6	13,5
Suojattu	0,1	0,1	0,0	0,1	0,0					

Liitetaulukko 9. Vaativan lääkinällisen kuntoutuksen päätökset erityisvastuualueittain vuonna 2016.

	Myöntö					Hylky				
	HYKS	TYKS	TAYS	KYS	OYS	HYKS	TYKS	TAYS	KYS	OYS
Hakijat 2016, n	7 290	3 608	4 436	2 918	4 593	740	720	662	553	510
Sukupuoli, %										
Mies	62,9	59,2	57,7	58,9	60,4	50,4	54,9	49,4	54,1	54,9
Nainen	37,1	40,8	42,3	41,1	39,6	49,6	45,1	50,6	45,9	45,1
Ikä, %										
0–6 vuotta	31,3	20,4	18,7	20,2	22,5	10,7	11,5	6,5	10,1	9,4
7–15 vuotta	34,5	32,3	33,8	26,6	31,9	28,5	31,8	31,1	28,8	30,8
16–24 vuotta	7,4	9,8	10,5	8,9	9,4	10,4	11,7	12,5	7,8	12,2
25–34 vuotta	4,7	6	7,4	6,6	5,1	8,9	7,2	10,3	8,9	6,7
35–44 vuotta	4,9	7	6,6	6,8	7	8,5	8,2	11,8	9,9	8,6
45–54 vuotta	6,6	9,5	9,6	10,6	8,9	14,1	11,9	11,3	12,7	11,8
55–64 vuotta	10,4	14,6	13	19,7	14,6	14,1	15	13,9	19,5	16,1
Yli 64 vuotta	0,4	0,5	0,4	0,6	0,5	4,9	2,6	2,6	2,4	4,5
Äidinkieli, %										
Suomi	77,7	85	95,4	96,3	96,3	85	85,1	96,4	96,7	94,9
Ruotsi	5,4	9,5	0,4	0,1	1,3	5	10,7	0,2	0	2,4
Muut	16,9	5,5	4,2	3,6	2,4	10	4,2	3,4	3,3	2,7
Työtilanne, %										
Työssä	2,5	2,4	2,0	1,2	2,2	7,6	6,1	6,3	5,8	5,9
Työtön	0,6	1,2	1,0	0,9	0,9	4,7	2,8	4,4	5,4	2,4
Opiskelija	3,4	4,7	4,9	4,4	4,3	6,9	6,7	9,4	6,0	7,1
Alle 16-vuotias	68,3	55,0	54,7	48,1	56,9	42,2	45,7	40,5	39,8	42,9
Työkyvyttömyyseläkkeellä	19,9	29,8	28,0	37,5	28,5	21,9	23,8	18,3	31,3	25,7
Muulla eläkkeellä	1,2	2,0	1,8	3,2	1,0	4,6	3,5	2,4	2,2	3,5
Sairauspäivärahalla	1,8	2,3	2,8	2,3	1,9	5,4	4,9	6,9	4,2	4,1
Kuntoutustuella	2,2	2,4	4,4	2,2	3,8	5,4	5,6	10,4	5,1	6,7
Muu	0,3	0,3	0,3	0,3	0,5	1,4	1,1	1,4	0,4	1,8
Sairauspäryhmä, %										
Umpierityksen ja aineen- vaihunnan sairaudet (E00–E90)	0,9	1,3	1,2	1,5	1,7	1,4	0,4	0,9	2	2,2
MTH (F00–F99)	56,2	50,0	53,5	43,9	48,1	45,4	49,9	56,5	42,5	48,6
Hermoston sairaudet (G00– G99)	19,8	23,6	20,1	25,0	19,8	21,1	20,1	16,2	21,5	18,0

Liitetaulukko 9 jatkuu.

Jatkoa liitetaulukkoon 9.

	Myöntö					Hylky				
	HYKS	TYKS	TAYS	KYS	OYS	HYKS	TYKS	TAYS	KYS	OYS
Verenkiertoelinten sairau- det (I00–I99)	4,7	6,0	5,9	8,4	6,6	5,8	6,1	4,7	7,8	6,5
TULES (M00–M99)	2,1	3,5	3,8	3,7	3,7	8	7,6	8,5	9,2	9,4
Synnyttäiset epämuodos- tummat (Q00–Q99)	8,8	9,4	8,6	10,0	9,6	6,2	6,3	4,5	5,2	3,1
Vammat/myrkytykset (S00– T98)	2,5	2,4	2,8	3,6	2,3	5	4,2	5,1	6,1	3,5
Muu sairaus	5	3,8	4,1	3,9	8,2	7,1	5,4	3,6	5,7	8,7
Ylin vammaisetuus, %										
Ei vammaistukea	4,1	3,3	3,9	2,8	2,5	29,9	21,0	32,6	22,4	21,8
Perus	15,2	14,1	13,6	14,0	11,6	32,8	33,8	31,4	43,0	32,7
Korotettu	65,7	63,1	62,9	60,5	65,9	29,7	34,4	28,7	27,1	36,3
Ylin	14,9	19,3	19,5	22,8	19,9	7,3	10,7	7,3	7,2	9,0
Suojattu	0,0	0,2	0,1	0,0	0,1	0,3	0,1		0,2	0,2

Liitetaulukko 10. Vaativan lääkinnällisen kuntoutuksen päätökset erityisvastuualueittain vuonna 2017.

	Myöntö					Hylky				
	HYKS	TYKS	TAYS	KYS	OYS	HYKS	TYKS	TAYS	KYS	OYS
Hakijat 2017, n	7 677	3 898	4 821	3 128	5 057	787	643	597	426	504
Sukupuoli, %										
Mies	62,4	58,3	57	59	61,8	52,4	53,7	50,6	52,1	50,6
Nainen	37,6	41,7	43	41	38,2	47,6	46,3	49,4	47,9	49,4
Ikä, %										
0–6 vuotta	29,9	20,9	18,9	18,9	21,8	13,3	11	8,5	6,8	8,1
7–15 vuotta	36,2	33,6	33,3	29,6	35,1	30,7	31,6	25	24,6	25,8
16–24 vuotta	7,4	10,2	10,8	8,9	8,6	10,5	11,7	14,2	8,7	15,3
25–34 vuotta	4,6	5,7	7,8	6,8	5,4	6,4	8,2	10,6	9,6	8,1
35–44 vuotta	5,2	7	7,3	7,3	6,3	9,8	10,1	11,1	10,1	8,1
45–54 vuotta	6,5	9,4	9,4	9,8	8,5	12,7	11,2	13,2	14,1	12,3
55–64 vuotta	9,8	12,6	12,1	17,8	13,5	12,8	12,4	13,7	21,1	18,1
Yli 64 vuotta	0,4	0,6	0,4	0,8	0,7	3,7	3,7	3,7	4,9	4,2

Liitetaulukko 10 jatkuu.

Jatkoa liitetaulukoon 10.

	Myöntö					Hylky				
	HYKS	TYKS	TAYS	KYS	OYS	HYKS	TYKS	TAYS	KYS	OYS
Äidinkieli, %										
Suomi	75,6	81,8	94,6	95,9	95,9	84,5	81,6	94,8	97,2	95,8
Ruotsi	5,6	11,1	0,4	0,2	1,1	4,3	13,4	0,2	0	2,6
Muut	18,8	7,1	5	3,9	3	11,2	5	5	2,8	1,6
Työtilanne, %										
Työssä	2,3	2,4	1,8	1,3	2,0	8,0	7,9	6,4	5,6	6,3
Työtön	0,7	1,3	1,4	1,1	1,0	4,8	4,4	5,9	3,8	3,8
Opiskelija	3,7	4,9	5,3	4,4	4,0	6,1	6,1	10,6	5,9	10,5
Alle 16-vuotias	68,7	56,6	54,5	49,7	59,4	46,6	44,6	36,0	32,9	37,9
Työkyvyttömyyseläkkeellä	18,7	25,7	25,2	35,4	25,3	21,2	20,7	22,9	36,6	22,2
Muulla eläkkeellä	1,1	2,5	2,0	2,4	1,2	2,0	4,0	2,8	4,5	3,2
Sairauspäivärahalla	2,1	2,8	3,6	2,4	2,3	5,3	4,7	7,2	5,6	6,3
Kuntoutustuella	2,4	3,4	5,6	2,9	4,2	4,6	6,1	7,9	4,9	7,7
Muu	0,4	0,4	0,5	0,4	0,6	1,3	1,5	0,3	0,2	2,0
Sairauspäryhmä, %										
Umpierityksen ja aineenvaihunnan sairaudet (E00–E90)	0,9	1,2	1,4	1,4	1,5	0,9	0,8	0,8	1,2	0,8
MTH (F00–F99)	57,5	52,9	57,1	47,9	55,0	53	51,2	54,6	39,0	48,4
Hermoston sairaudet (G00–G99)	19,2	21,3	18,2	23,9	17,7	15,9	17,7	17,1	25,8	18,8
Verenkiertoelinten sairaudet (I00–I99)	4,5	5,2	5,2	8,0	6,5	4,4	4,0	6,0	8,5	6,2
TULES (M00–M99)	2,0	3,2	3,6	3,0	3,6	7,8	9,6	9,5	9,2	10,9
Synnyttäiset epämuodostumat (Q00–Q99)	8,3	9,5	7,6	9,0	8,4	5	7,5	4,2	4,2	4,6
Vammat/myrkytykset (S00–T98)	2,5	2,3	3,0	3,5	2,0	5,7	4,8	2,8	6,6	3,0
Muu sairaus	5,1	4,4	3,9	3,3	5,3	7,3	4,4	5	5,5	7,3
Ylin vammaisetuus, %										
Ei vammaistukea	6,8	7,3	7,4	3,8	4,4	34,4	29,9	37,7	31,0	33,7
Perus	31,5	23,3	24,8	24,4	21,4	34,6	34,4	31,8	39,2	29,6
Korotettu	48,5	53,5	50,5	51,6	56,7	23,3	25,8	23,1	19,0	26,6
Ylin	13,2	15,7	17,2	20,1	17,5	7,5	10,0	7,2	10,8	10,1
Suojattu	0,0	0,1	0,1	0,0	0,1	0,3		0,2		

Liitetaulukko 11. Yleisimmät ICD-10 diagnoosit 3-merkkitasolla vuosina 2014, 2016 ja 2017 myönteisissä päätöksissä ja niihin liittyvät hylkäykset.

ICD-10-koodi	2014		2016		2017	
	Myöntö	Hylky	Myöntö	Hylky	Myöntö	Hylky
F80 Puheen ja kielen kehityshäiriöt	2 253	162	3 399	217	3 946	253
F83 Monimuotoiset kehityshäiriöt	1 177	99	1 628	136	1 815	112
F84 Laaja-alaiset kehityshäiriöt	1 292	80	1 560	129	1 749	144
G80 CP-oireyhtymä	1 402	67	1 393	126	1 377	90
G35 MS-tauti	1 089	75	1 140	175	1 155	174
F79 Määrittämätön älyll. Kehitysvammaisuus	817	22	871	40	947	26
F70 Lievä älyll.kehitysvammaisuus	732	80	826	103	847	92
F90 Hyperkineettiset häiriöt	325	62	537	167	725	138
Q90 Downin oireyhtymä	703	11	690	39	611	43
I69 Aivoverisuonisair.myöhäisvaiku	574	72	654	81	656	70
F71 Keskip.älyll.kehitysvammaisuus	566	25	536	44	503	39
G40 Epilepsia	393	35	398	31	387	33
I63 Aivoinfarkti	346	36	348	58	373	48
F72 Vaikea älyll.kehitysvammaisuus	306	13	320	17	334	14
G82 Para- ja tetrapareesit	315	14	266	27	255	20
G71 Primaariset lihassairaudet	270	11	295	32	310	27
R62 Norm.fysiol.kehityks.puuttumin	241	11	303	20	214	18
Q87 Muu us.elinjärj.malformatiosdr	271	15	286	17	276	19
H90 Kond/sensorineur.huonokuuloisu	212	6	261	16	282	8
M08 Lasten niveltulehdus	273	49	224	63	204	38
F93 Laps.alkav.tunne-elämän häiriö	168	32	232	62	268	58
F32 Masennustila	110	24	171	85	235	92
G12 Spin.lihasatrofia,ym.sdr:t	197	5	234	8	227	9
F94 Laps/nuor.alk.sos.vuorovaik.hä	157	15	206	31	221	28
Q05 Spina bifida (selkärankahalkio)	218	5	193	5	204	10
F92 Samanaik.käytös- ja tunnehäir	138	17	203	42	194	27
T90 Pään vammojen myöhäisvaikutuk	155	31	180	68	200	54
T91 Kaula/vartalovamma,myöhäisvaik	154	11	193	21	190	25
I61 Aivoverenvuoto	155	18	181	26	177	22
F82 Motoriikan kehityshäiriö	92	10	139	31	174	31

Liitetaulukko 12. Vaativan lääkinällisen kuntoutuksen laitosmuotoisen kuntoutuksen päätökset vuosina 2014, 2016 ja 2017, %.

	2014		2016		2017	
	Myöntö	Hylky	Myöntö	Hylky	Myöntö	Hylky
n	3 619	1 209	3 091	1 942	2 946	1 804
Ikä						
Ka.	38,1	45,3	35,9	44,7	32,3	45,2
Mediaani	46	52	43	51	35	52
Ikä, %						
0–6 vuotta	11,5	4,6	13,5	4,7	15,8	3,5
7–15 vuotta	17,5	9,4	19,3	9,8	25,5	10,8
16–24 vuotta	3,8	3,7	4,2	3,9	3,4	3,4
25–34 vuotta	4,8	6,2	5,3	5,7	4,9	5,7
35–44 vuotta	9,6	10,8	9,7	12,6	9,0	12,5
45–54 vuotta	20,0	21,8	17,4	22,9	15,2	22,4
55–64 vuotta	31,4	37,7	29,9	35,7	24,9	37,1
Yli 64 vuotta	1,4	5,6	0,7	4,7	1,3	4,7
Sukupuoli, %	p = 0,75		p = 0,006		p < 0,001	
Mies	52,7	52,2	54,6	50,7	57,9	50,8
Nainen	47,3	47,8	45,4	49,3	42,1	49,2
ERVA, %	p < 0,001		p = 0,001		p = 0,005	
HYKS	20,4	23,3	22,7	23	22,9	26
KYS	18,5	14,6	16,9	21,4	17	19,7
OYS	22,3	20,5	20,2	18,9	20	17,5
TAYS	21,2	20	18,5	16,8	17,9	16
TYKS	17,6	21,5	21,7	19,9	22,2	20,8
Työtilanne, %	p < 0,001		p < 0,001		p < 0,001	
Työssä	3,9	2,3	3,7	5,1	3,9	5,4
Työtön	0,9	1,3	1,2	2,8	1,1	2,7
Opiskelija	2,2	1,7	2,6	1,8	2,4	2,2
Alle 16-vuotias	29,9	15,1	33,7	15,3	42,1	15,2
Työkyvyttömyyseläkkeellä	53,6	65,5	45	58,3	38,2	56,3
Muulla eläkkeellä	2,5	5,1	2,8	4,4	2,1	5,1
Sairauspäivärahalla	2,5	2,8	5,5	5	5,3	5,7
Kuntoutustuella	4,3	5,9	5,1	6,5	4,6	6,8
Muu	0,3	0,2	0,5	0,7	0,3	0,7

Liitetaulukko 12 jatkuu.

Jatkoa liitetaulukkoon 12.

	2014		2016		2017	
	Myöntö	Hylky	Myöntö	Hylky	Myöntö	Hylky
Sairauspäryhmä, %	p < 0,001		p < 0,001		p < 0,001	
Umpierityksen ja aineenvaihunnan sairaudet (E00–E90)	1,4	1,1	1	1,4	1,2	1,3
MTH (F00–F99)	19,3	14,2	24,6	14,8	32,4	14
Hermoston sairaudet (G00–G99)	37,2	35,2	33,5	37,5	29,9	36,3
Verenkierroelinten sairaudet (I00–I99)	13,3	20,6	12,1	18,5	11,3	18,6
TULES (M00–M99)	8	8,9	7,8	8	5,4	10,9
Synnynnäiset epämuodostumat (Q00–Q99)	8	4,5	8,3	4,7	7,9	5,9
Vammat/myrkytykset (S00–T98)	5,5	9,1	6,1	9,7	5,1	8,9
Muu sairaus	7,4	6,1	6,7	5,3	6,8	4
Vammaisetuuden taso, %						
Ei vammaistukea	0,2	1,2	3	7,5	4,1	11,6
Perus	0,1	5,7	11,2	15,4	18,2	21,2
Korotettu	71,2	66,3	64,5	56,3	59,1	47,7
Ylin	28,3	26,8	21,1	20,6	18,5	19,3
Suojattu	0,2	0,1	0,2	0,2	0,1	0,2

Liitetaulukko 13. Vaativan lääkinällisen kuntoutuksen päätökset terapiahakemuksiin vuosina 2014, 2016 ja 2017.

	2014		2016		2017	
	Myöntö	Hylky	Myöntö	Hylky	Myöntö	Hylky
n	3 619	1 209	3 091	1 942	2 946	1 804
Sukupuoli, %	p = 0,75		p = 0,006		p < 0,001	
Nainen	47,3	47,8	45,4	49,3	42,1	49,2
Mies	52,7	52,2	54,6	50,7	57,9	50,8
Ikä						
0–6 vuotta	11,5	4,6	13,5	4,7	15,8	3,5
7–15 vuotta	17,5	9,4	19,3	9,8	25,5	10,8
16–24 vuotta	3,8	3,7	4,2	3,9	3,4	3,4
25–34 vuotta	4,8	6,2	5,3	5,7	4,9	5,7
35–44 vuotta	9,6	10,8	9,7	12,6	9,0	12,5
45–54 vuotta	20,0	21,8	17,4	22,9	15,2	22,4

Liitetaulukko 13 jatkuu.

Jatkoa liitetaulukoon 13.

	2014		2016		2017	
	Myöntö	Hylky	Myöntö	Hylky	Myöntö	Hylky
55–64 vuotta	31,4	37,7	29,9	35,7	24,9	37,1
Yli 64 vuotta	1,4	5,6	0,7	4,7	1,3	4,7
Erityisvastuualue	p < 0,001		p = 0,001		p = 0,005	
HYKS	20,4	23,3	22,7	23	22,9	26
KYS	18,5	14,6	16,9	21,4	17	19,7
OYS	22,3	20,5	20,2	18,9	20	17,5
TAYS	21,2	20	18,5	16,8	17,9	16
TYKS	17,6	21,5	21,7	19,9	22,2	20,8
Työtilanne	p < 0,001		p < 0,001		p < 0,001	
Työssä	3,9	2,3	3,7	5,1	3,9	5,4
Työtön	0,9	1,3	1,2	2,8	1,1	2,7
Opiskelija	2,2	1,7	2,6	1,8	2,4	2,2
Alle 16-vuotias	29,9	15,1	33,7	15,3	42,1	15,2
Eläkkeellä/työkyvyttömyyseläke	53,6	65,5	45	58,3	38,2	56,3
Eläkkeellä/muu eläke	2,5	5,1	2,8	4,4	2,1	5,1
Työkyvytön/sairauspäiväraha	2,5	2,8	5,5	5	5,3	5,7
Eläkkeellä/kuntoutustuki	4,3	5,9	5,1	6,5	4,6	6,8
Muu	0,3	0,2	0,5	0,7	0,3	0,7
Sairauspäryhmä	p < 0,001		p < 0,001		p < 0,001	
Umpierityksen ja aineenvaihdunnan sairaudet (E00–E90)	1,4	1,1	1	1,4	1,2	1,3
MTH (F00–F99)	19,3	14,2	24,6	14,8	32,4	14
Hermoston sairaudet (G00–G99)	37,2	35,2	33,5	37,5	29,9	36,3
Verenkiertoelinten sairaudet (I00–I99)	13,3	20,6	12,1	18,5	11,3	18,6
TULES (M00–M99)	8	8,9	7,8	8	5,4	10,9
Synnynnäiset epämuodostumat (Q00–Q99)	8	4,5	8,3	4,7	7,9	5,9
Vammat/myrkytykset (S00–T98)	5,5	9,1	6,1	9,7	5,1	8,9
Muu sairaus	7,4	6,1	6,7	5,3	6,8	4
Vammaisetuuden taso						
Ei vammaistukea	0,2	1,2	3	7,5	4,1	11,6
Perus	0,1	5,7	11,2	15,4	18,2	21,2
Korotettu	71,2	66,3	64,5	56,3	59,1	47,7
Ylin	28,3	26,8	21,1	20,6	18,5	19,3

Liitetaulukko 14. Hylkäysperusteiden ”omaisen ohjaus- ja tukikäynnit eivät tarpeen” ja ”ei laitosjaksoa, terapiaa riittävää” jakautuminen sukupuolen, iän, erityisvastuualueen, sairauspuuryhmän ja vammais-etuustiedon mukaan vuosina 2016 ja 2017.

	Hylkäysperuste omaisen ohjaus- ja tukikäynnit ei tarpeen		Hylkäysperuste ei laitosjaksoa, terapia riittävää	
	2016	2017	2016	2017
Hylkäyksen saaneita henkilöitä	1 008	568	1 192	1 126
Sukupuoli				
Nainen	28,4	30,5	50,5	50,9
Mies	71,6	59,8	49,5	49,1
Ikäryhmä				
0–6 vuotta	49,4	37,1	4,5	2,2
7–15 vuotta	46,5	57,7	6,9	6,9
16–24 vuotta	3,2	4,4	2,4	1,8
25–34 vuotta	0,2	0,4	4,9	5
35–44 vuotta	0,2	0,2	14	13,6
45–54 vuotta	0,1	0,2	24,2	25
55–64 vuotta	0,4	0	41,1	43,2
Yli 64 vuotta	0	0	2	2,3
Erityisvastuualue				
HYKS	51,2	47	20,1	24
KYS	14,3	24,8	21	19
OYS	14,2	12,9	20,3	19,4
TAYS	6,3	4,4	16,5	16,1
TYKS	13,6	10,7	21,6	21,5
Sairauspuuryhmä				
Umpierityksen ja aineenvaihdunnan sairaudet (E00–E90)	0,7	0,9	1,2	1,6
Mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöt (F00–F99)	80	78,2	11,4	7,7
Hermoston sairaudet (G00–G99)	5,6	5,3	42,6	43,9
Verenkiertoelinten sairaudet (I00–I99)	0,5	0	20,6	20,6
Tuki- ja liikuntaelinten sairaudet (M00–M99)	0	0	7,3	8,6
Syynnynäiset epämuodostumat (Q00–Q99)	8,5	11,1	4,1	5,6
Vammat/myrkytykset (S00–T98)	0	0	7,9	8,1
Muu sairaus	4,3	4,4	4,4	3,6

Liitetaulukko 14 jatkuu.

Jatkoa liitetaulukoon 14.

	Hylkäysperuste omaisen ohjaus- ja tukikäynnit ei tarpeen		Hylkäysperuste ei laitosjaksoa, terapia riittävää	
	2016	2017	2016	2017
Vammaisetuus				
Ei vammaisetuutta	2,6	2,5	1,3	2,6
Perus	15,5	28,3	8,1	16,3
Korotettu	73,7	60,7	66,7	58,2
Ylin	7,7	8,5	23	22,7
Suojattu			0,3	0,3

VIIMEISIMMÄT KELAN SOSIAALI- JA TERVEYSTURVAN RAPORTIT

- 22 **Haapakoski K, Åkerblad L, Tolvanen A, Mäntysaari M.** Kelan työllistymistä edistävä ammatillinen kuntoutus. Palvelun toimivuuden edellytykset. 2020. ISBN 978-952-284-082-0 (pdf).
- 21 **Härkäpää K, Kippola-Pääkkönen A, Buchert U, Järvikoski A, Kallinen M.** Asiakkaiden ja terapeuttien äänellä. Kokemuksia ja arvioita Kelan vaativasta lääkinnällisestä kuntoutuksesta. 2020. ISBN 978-952-284-080-6 (pdf).
- 20 **Sipari S, Vänskä N, Lehtonen K, Pihlava J.** GAS-menetelmän käyttö Kelan sopeutumisvalmennuskursseilla. Kuntoutujan omat tavoitteet -tutkimus. 2019. ISBN 978-952-284-076-9 (pdf).
- 19 **Harkko J, Villa T, Korkeamäki J, Vaalasaranta L, Poutiainen E.** Kuntoutus opintojen tukena. OPI-kuntoutuskurssien toteutuminen. 2019. ISBN 978-952-284-074-5 (pdf).
- 18 **Saukko P, Hakomäki H.** Musiikkiterapian vaikutus kehitysvammaisten lasten, nuorten ja aikuisten toimintakykyyn. Kirjallisuuskatsaus. 2019. ISBN 978-952-284-070-7 (pdf).
- 17 **Turunen K, Tuulio-Henriksson A, Poutiainen E.** Kelan harkinnanvaraisen neuropsykologisen kuntoutuksen toteutuminen ja vaikutukset. 2019. ISBN 978-952-284-069-1 (pdf).
- 16 **Karhula M, Heiskanen T, Seppänen-Järvelä R.** Kelan tuki- ja liikuntaelin-sairauksien kuntoutus. Kuntoutujien ja kuntoutuksen palveluntuottajien kokemuksia. 2019. ISBN 978-952-284-068-4 (pdf).
- 15 **Pikkarainen A, Koivula R.** Ikääntyneiden ryhmämuotoinen kuntoutus kuntoutujien, omaisten ja työntekijöiden kuvaamana. IKKU-kuntoutuksen kohdentuminen, tavoitteellisuus, toimivuus ja koettu vaikuttavuus. 2019. ISBN 978-952-284-060-8 (pdf).
- 14 **Räsänen T, Österbacka E, Valaste M, Haataja A.** Lastenhoidon tukien vaikutus äitien osallistumiseen työmarkkinoille. 2019. ISBN 978-952-284-057-8 (pdf).
- 13 **Järvikoski A, Takala E-P, Juvonen-Posti P, Härkäpää K.** Työkyvyn käsite ja työkykymallit kuntoutuksen tutkimuksessa ja käytännöissä. 2018. ISBN 978-952-284-056-1 (pdf).