



➤ Tarve, alttius vai kyky? Eläkeikäiset päijäthämäläiset terveystalvelujen käyttäjinä

Ilkka Haapola¹

¹*Helsingin yliopisto, Koulutus- ja kehittämispalvelut*

Artikkelissa tarkastellaan perusterveydenhuollon, yksityisen sektorin ja erikoissairaanhoidon avohoitopalvelujen käyttöä ja siihen vaikuttavia tekijöitä eläkeikäisten keskuudessa Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveysyhtymän alueella vuonna 2012. Purolan ja Andersenin kehittämiä malleja hyödyntäen kysytään, missä määrin käyttöä selittävät tarvetekijöiden ohella hoitoon hakeutumista alttiuttavat ja mahdollistavat tekijät. Lisäksi analysoidaan perusterveydenhuollon ja yksityisten lääkäripalvelujen välistä suhdetta. Artikkelin perustuu Ikihyvä Päijät-Häme -seurantatutkimuksessa kerättyyn kyselyaineistoon sekä siihen yhdistettyihin terveystalvelujen käyttöä kuvaaviin rekisteritietoihin. Tarkasteluvuonna tutkittavien (n= 2457) ikäjakauma ulottui 62:sta 86 vuoteen. Tutkimuksessa analysoidaan erikseen palvelujen käyttöastetta (vähintään yksi käynti) ja niiden toistuvaa käyttöä (vähintään 4 käyntiä) prosenttiosuuksien ja logististen regressiomallien avulla. Erikoissairaanhoidon avopalvelujen käyttö perustuu ensisijaisesti arvioituun hoidon tarpeeseen. Myös perusterveydenhuollon käyttöä selittävät ensisijaisesti tarvetekijät, mutta myös mahdollistavilla tekijöillä on vaikutusta. Yksityisten lääkäripalvelujen käytössä alttiuttavien ja mahdollistavien tekijöiden merkitys on tarvetekijöitä suurempi. Pääosa yksityislääkärien asiakkaista on käynyt samana vuonna myös terveyskeskuslääkärillä. Yksityiseltä sektorilta haetaan useimmiten perusterveydenhuoltoa täydentäviä erikoislääkärin palveluja.

Johdanto

Vaikka terveystalvelutiikan julkilausuttuna tavoitteena on tarjota jokaiselle Suomessa asuvalle yhtäläiset ja riittävät talvelut, niiden on eri tutkimuksissa havaittu kohdentuvan suurituloisia suosivasti. Aihepiirin tutkimus on kuitenkin ollut vähäistä ja kohdistunut lähinnä tuloryh-

mien välisiin eroihin. Painopiste on ollut koko aikuisväestössä, joten terveystalvelujen kohdentumisesta eläkeikäisen väestön keskuudessa ei tiedetä paljoakaan. Tässä artikkelissa tarkastellaan perusterveydenhuollon, yksityisen sektorin ja erikoissairaanhoidon avosairaanhoidotalvelujen käyttöä, käytön kohdentumista osaryhmittäin ja siihen vaikuttavia tekijöitä Päijät-

Hämeen sosiaali- ja terveysyhtymän alueella asuvan eläkeikäisen väestön keskuudessa vuonna 2012. Purolan ja Andersenin kehittämää sairaanhoitopalvelujen käyttöä kuvaavia malleja hyödyntäen kysytään, missä määrin käyttöä selittävät tarvetekijöiden ohella hoitoon hakeutumista alttiuttavat ja mahdollistavat tekijät.

Suomeen on viimeisten viidenkymmenen vuoden aikana muodostunut kansainvälisesti omintakeinen terveydenhuollon järjestelmä, joka koostuu useista rinnakkaisista palvelujen tuotanto- ja rahoitustavoista. Palkansaajien enemmistö käyttää yhä yleisemmin työnantajan järjestämiä työterveyshuollon sairaanhoitopalveluja, ja korkeakouluopiskelijoiden tarpeista on jo pitkään huolehtinut Ylioppilaiden terveydenhuoltosäätiö. Eläkeläiset ovat näihin ryhmiin huonommassa asemassa, sillä he voivat sairastuessaan turvautua vain joko kunnalliseen perusterveydenhuoltoon tai yksityisiin lääkäripalveluihin.

Perusterveydenhuollon ja yksityisen sektorin tarjoamat palvelut eivät ole täysin samantaisia. Yksityiseltä sektorilta haetaan ensisijaisesti erikoislääkärin palveluja, joiden osuus Kelan korvaamista käynneistä on noin 80 prosenttia (Virta ja Toikka 2007). Perusterveydenhuollossa toimintatapoja on puolestaan uudistettu hoitajien ja lääkäreiden työnjakoa muuttamalla sekä siirtämällä pitkäaikaissairauksien hoidon painopistettä perinteisestä lääkärikeskeisestä ajattelusta hoitajan roolia ja potilaan omatoimisuutta painottavaan suuntaan¹. Pisimmälle viedyissä suunnitelmissa ja niiden käytännön sovelluksissa koko avohoidon organisaatio on eriytetty toisaalta tunnaiskäyttäjiä palveleviksi hoitajavetoisiksi akuuttivastaanotoiksi toisaalta vaativaa apua tarvitsevien pitkäaikaissairaiden palveluyksiköksi, jossa omahoitaja ja/tai -lääkäri var-

mistaa hoidon jatkuvuuden (Torkki ym. 2016). Samanlaiseen asiakassegmentointiin perustuu myös Lahdessa vuonna 2014 käyttöön otettu klinikkamalli, jossa lähiklinikat vastaavat alueensa peruspalveluista kun taas pitkäaikaissairaiden hoito on keskitetty keskustan pääterveysasemalle. Matalan kynnyksen palveluja tarjoaa myös vuonna 2010 avattu terveyskioski, joka toimii keskustan kauppakeskuksessa. (Sinervo ym. 2016, 55–60; Haapola ym. 2013, 77.)

Terveyspalvelujen, tai avosairaanhoitopalvelujen, käyttöä ja kohdentumista koskevan yhteiskuntatieteellisen tutkimuksen lähtökohdista voidaan Suomessa paikantaa vuoteen 1964, jolloin Kansaneläkelaitos käynnisti saman vuoden alussa voimaan tulleen sairausvakuutuslain tavoitteiden ja kansalaisten terveys- turvan toteutumista arvioivan tutkimusohjelman. Tapani Purolan johdolla vuosina 1964 ja 1968 toteutetusta, väestön sairastavuutta ja lääkintäpalvelusten käyttöä koskeneesta tutkimuksesta (Purola ym. 1967 ja 1971) muodostui ensimmäinen laaja-alainen ja koko maan kattanut terveystutkimus Suomessa (Nyman ym. 1989). Se perustui terveydenhoitajien tekemiin väestöhaastatteluihin, ja se toistettiin pääosin samanmuotoisena vielä vuosina 1976, 1987 ja 1995/1996 (Arinen ym. 1998, 1).

Kelan terveystutkimuksen perustan muodosti Purolan kehittämä sairausmalli, jossa erotettiin toisistaan sairaus a) yksilön psykofyysisen järjestelmän häiriönä eli biolääketieteellisenä tautina, b) sosiaalisena tilana ja c) koettuna tilana (ks. Karisto 1984, 61–81). Siihen tukeutuen rakennettiin terveyspalvelujen käyttöä kuvaava systeeminen malli, jossa käyttöön vaikuttavat tekijät jaettiin koettuun sairauteen, alttiuttaviin tekijöihin, mahdollistaviin tekijöihin ja terveydenhuollon ammattilaisten näemyksiin. Alttiuttavat tekijät – eli sosiaalisessa ympäristössä opitut sairauksia, niiden hoitoa ja terveydenhuoltoa koskevat tiedot, tottumukset, tavat ja asenteet – vaikuttavat sekä hoidon tarpeen kokemiseen että hoitoon hakeutumiseen. Palvelujen käyttö riippuu myös mahdollistavista

¹ Avohoidon toimintatavan muutokset näkyvät myös perusterveydenhuollon tilastoissa, joissa terveyskeskuslääkärien osuus vastaanottokäynneistä on pienentynyt samalla kun hoitajien osuus on kasvanut (Saukkonen ja Vuorio 2016).

tekijöistä eli palvelujen tarjonnasta ja niiden käytöstä aiheutuvista kustannuksista. Kun hoitoon kerran on hakeuduttu, lääkäreiden ja muiden ammattihenkilöiden arvioinneilla ja ohjeilla on olennainen vaikutus jatkotoimenpiteitä koskeviin ratkaisuihin. (Kalimo 1982; Nyman 1982; Nyman ym. 1989.)

Purolan sairausmalli ja siihen tukeutunut terveystalouden käyttöä kuvaava malli olivat ulkoasultaan iskevän yksinkertaisia mutta sisällöllisesti pitkälle abstrahoituja esityksiä (Karisto ja Rahkonen 2000, 44). Ne tarjosivat tutkimukselle väljän tiedonkeruuta ja analyysia ohjaavan viitekehysten, mutta niiden suora soveltaminen empiirisessä analyysissa oli vaikeata. Purolan tutkimusryhmään kuulunut Kauko Nyman tosin kirjoitti vuoden 1976 väestötutkimuksen tuloksia esittelevään julkaisuun laajan artikkelin, jossa analysoitiin seikka-peräisesti sosiaalisten tekijöiden – eli alttiuttavien ja mahdollistavien tekijöiden – vaikutusta terveystalouden käyttöön kaikkina kolmena tutkimusvuotena 1964, 1968 ja 1976 (Nyman 1982). Se oli koko tutkimussarjan kunnianhimoisin ja kattavin yritys soveltaa luotua viitekehystä, eikä samanlaiseen urakkaan myöhemmillä tutkimuskerroilla enää pyritty.

Purolan tutkijaryhmän esittämä malli ei ollut täysin ainutkertainen, sillä samanlaisia ajatuskulkuja oli kehitelty myös amerikkalaisessa terveystaloudologiassa. Varsinkin Ronald M. Andersenin ”terveystalouden käyttöä kuvaava behavioristinen malli”, jossa palvelujen käyttöä määrittävät tekijät luokiteltiin alttiuttaviin ja mahdollistaviin tekijöihin sekä koettuun ja arvioituun hoidon tarpeeseen (ks. Andersen 1995), oli ulkonaisista eroista huolimatta sisällöllisesti lähes identtinen Purolan ryhmän mallin kanssa. Andersenin mallia on käytetty viitekehystenä lukuisissa terveystalouden käyttöä koskevissa tutkimuksissa nykypäivään saakka. Suurin osa niistä on tehty Yhdysvalloissa ja Kanadassa, mutta mallia on sovellettu vuoden 2000 jälkeen jopa lisääntyvässä määrin myös Euroopassa, kuten Saksassa ja Ranskassa. Sitä on kuitenkin käytetty lähinnä vain empiiriseen

analyysiin poimittavien muuttujien valinnan ja luokittelun apuvälineenä, eikä itse mallia ole pyritty testaamaan. (Ks. esim. Nabalamba ja Millar 2007; Babitsch ym. 2012; Lefèvre ym. 2014; Hoebel ym. 2016.)

2000-luvulla suomalaisten terveystalouden käyttöä on kerätty haastattelutietoa mm. Terveystalouden 2000 ja Terveystalouden 2011 -tutkimuksissa sekä THL:n Suomalaisten hyvinvointi ja palvelut (HYPA) -kyselyssä, jonka tuloksia on julkaistu kahden vuoden välien Suomalaisten hyvinvointi -julkaisuissa (Manderbacka ym. 2007, 180). Yksityisten lääkäripalvelujen käyttöä on tutkittu verraten runsaasti myös Kelan rekisteritietojen avulla, ja vuonna 2015 ilmestyi tähänastisista kattavin raportti, jossa analysoitiin kaikkien Kelan maksamien sairaanhoitokorvausten kohdentumisesta tuloryhmittäin (Blomgren ym. 2015). Näissä yksinomaan rekisteritietoihin perustuneissa tutkimuksissa palvelujen käyttöä on kuitenkin voitu analysoida vain iän, sukupuolen, asuinpaikan ja veronalaisten vuositulojen mukaan. Rajoitteena on myös se, että koko kunnallinen avosairaanhoido jätetään tarkastelun ulkopuolelle.

Maakunnallisista väestötutkimuksista tarjoaa esimerkin Ikihyvä Päijät-Häme -tutkimus, jossa selvitettiin kyselylomakkeilla ikääntyvien päijätähämäläisten terveystalouden käyttöä vuodesta 2002 vuoteen 2012. Sen mukaan noin 80 prosenttia 52-vuotiaista ja sitä vanhemmista kävi lääkärin vastaanotolla vähintään kerran vuoden 2012 aikana. Työikäiset turvautuivat ensisijaisesti yksityisiin tai työterveyshuollon lääkäripalveluihin, eläkeikäiset puolestaan kunnallisiin palveluihin. Työterveyshuollon ja yksityisen sektorin palveluilla oli erityisesti 52–56 -vuotiaille naisille suurempi merkitys kuin saman ikäisille miehille tai eläkeikäisille. (Haapola ym. 2013, 70.)

Kuten edellä on käynyt ilmi, väestötutkimuksiin perustuvaa kyselytietoa terveystalouden käyttöä on Suomessa kerätty kohtalaisen paljon 1960-luvulta alkaen. Tieto on kuitenkin hajallaan, ja sitä on analysoitu vähän, silloinkin lähinnä tuloryhmien välisten erojen näkö-

kulmasta. Arviointikriteerinä on tällöin yleensä käytetty horisontaalisen oikeudenmukaisuuden indeksiä, jossa palvelujen käyttö on suhteutettu ikä- ja sukupuolirakenteen sekä sairastavuuden perusteella arvioituun tarpeeseen. Näiden tutkimusten mukaan lääkärin vastaanotolla käynnit ovat viime vuosikymmeninä jakautuneet hieman suurituloisia suosivasti. Tilanne vaihtelee sektoreittain siten, että käynnit terveyskeskuslääkärin vastaanotolla ovat jakautuneet pienituloisia suosivasti, kun taas käynnit yksityislääkärin vastaanotolla ja erityisesti työterveyshuollon käynnit ovat jakautuneet suurituloisia suosivasti. Sairaaloiden poliklinikkakäynnit ovat sen sijaan jakautuneet suurin piirtein tasaaisesti tuloluokittain. (Häkkinen ja Alha 2006, 37; Manderbacka ym. 2007, 182; Häkkinen ja Nguyen 2010; Klavus 2010; Nguyen ja Seppälä 2014.). Kelan rekisteritietoihin perustuneissa tutkimuksissa on saatu samanlaisia tuloksia yksityislääkäripalvelujen kohdentumisesta (Virta ja Toikka 2007; Blomgren ym. 2015).

Väestöryhmien välisiä eroja terveyspalvelujen käytössä on selitetty ensisijaisesti järjestelmän rakenteellisilla piirteillä. Niistä tärkeimpänä on pidetty palvelujen monikanavaista tuotanto- ja rahoitustapaa, jonka on arvioitu tuottavan eriarvoisuutta kolmella tavalla: Yksityispalvelut ja työterveyshuolto ovat ensisikin muun muassa työvoimakilpailun kautta heikentäneet julkisten palvelujen kehittämismahdollisuuksia pitkällä aikavälillä. Toiseksi kaikilla ryhmillä ei ole samoja mahdollisuuksia käyttää kaikkia palveluja. Kolmanneksi yksityislääkärin kautta pääsee usein nopeammin erikoissairaanhoidon; joillakin erikoissaloilla ja alueilla suuri osa sairaalaläheteistä tulee yksityissektorilta ja työterveyshuollosta. (Manderbacka ja Keskimäki 2013, 262; vrt. THL:n asiantuntijaryhmä 2011; Blomgren ja Hiilamo 2012.)

Tuloryhmien välisiä eroja terveyspalvelujen käytössä ovat tutkijoiden mukaan kasvattaneet myös asteittain kohonneet palvelumaksut ja lääkekustannusten omavastuuosuudet, joiden arvioidaan vähentävän palvelujen käyttöä etenkin

pienituloisten keskuudessa (Manderbacka ja Keskimäki 2013, 262).

Palvelujärjestelmän ominaisuuksien ohella keskustelussa on viitattu myös kysyntätekijöihin, esimerkiksi sukupuolen ja sosioekonomisen aseman mukaisiin eroihin hoitoon haikutumisessa, aiemmissa palvelukokemuksissa ja asenteissa (Blomgren ja Hiilamo 2012, 81–82; Manderbacka ja Keskimäki 2013, 264). Eroja esiintyy myös terveyden lukutaidossa (Batterham ym. 2016), eli tiedoissa terveyteen ja sairauksien hoitoon vaikuttavista tekijöistä ja kvyvyssä navigoida terveydenhuoltojärjestelmässä: ”alempien sosioekonomisten ryhmien on todettu saavan ylempiä vähemmän tietoa ja sairaudesta, ja he näyttäisivät osallistuvan ylempiä ryhmiä harvemmin omien sairauksiensa hoitoa koskevien päätösten tekoon” (Manderbacka ja Keskimäki 2013, 264).

Tähänastinen tutkimus on osoittanut varsin yhdenmukaisesti, että kansalaiset eivät ole täysin yhdenvertaisia terveyspalvelujen käytön suhteen. Kuva on kuitenkin jäänyt kapeaksi sikäli, että analyyseissa on keskitytty lähes yksinomaan tuloryhmien välisiin eroihin. Tällöin erilaisten sosiaalisten, kulttuuristen ja elämäntavallisten erojen erittely on jäänyt sivuun. Tarkastelukohteena on lisäksi ollut koko aikuisväestö. Sen vuoksi meillä ei ole paljoakaan tietoa siitä, miten terveyspalvelut kohdentuvat esimerkiksi vanhusväestön sisällä.

Tutkimukset tavoitteet, aineisto ja menetelmät

Tutkimustehtävä

Tässä artikkelissa tarkastellaan terveyspalvelujen käyttöä eläkeikäisen väestön keskuudessa yhden sairaanhoitopiirin alueella vuonna 2012. Tarkastelun kohteena ovat perusterveydenhuollon, yksityisen sektorin ja erikoissairaanhoidon tarjoamat avosairaanhoidon vastaanotopalvelut. Analyysin yleisenä viitekehystenä käytetään Purolan ja Andersenin kehittämää

sairaanhoitopalvelujen käyttöä kuvaavia malleja. Tavoitteena on etsiä vastauksia seuraaviin kysymyksiin:

- a) Kuinka yleistä terveystieteiden, erikoissairaanhoidon ja yksityisen sektorin avosairaanhoidon vastaanottopalvelujen käyttö oli tutkituissa ikäryhmissä Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveysyhtymän alueella vuonna 2012?
- b) Missä määrin terveystieteiden ja yksityisten lääkäripalvelujen asiakkaat ovat samoja henkilöitä, ja mitä tämä kertoo julkisen ja yksityisen sektorin välisestä työnjaosta?
- c) Miten palvelut kohdentuvat eläkeikäisen väestön sisällä, ja missä määrin kohdentumista selittävät tarvetekijöiden ohella hoitoon hakeutumista alttiuttavat ja mahdollistavat tekijät?

Aineisto

Tutkimus perustuu Ikihyvä Päijät-Häme -seurantatutkimuksessa kerättyyn kyselyaineistoon sekä siihen yksilötasolla yhdistettyihin terveyspalvelujen käyttöä kuvaaviin rekisteritietoihin. Ikihyvä-seurantatutkimuksessa kerättiin tietoa kolmen viisivuotiskohortin (vuosina 1926–30, 1936–40 ja 1946–50 syntyneiden) ikääntymisestä kymmenen vuoden ajan vuodesta 2002 eteenpäin. Siihen kutsuttiin, vuonna 2005 poimittu Myrskylän kunnan otos mukaan lukien, kaikkiaan 4374 henkilöä. Otos poimittiin asuinkunnan, kohortin ja sukupuolen mukaan ositettuna satunnaisotantana Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveysyhtymän (sairaanhoitopiirin) jäsenkunnista siten, että otoskoko nousi kaikissa kolmessa ikäluokassa 1458 henkilöön. (Haapola ja Vaara 2013.)

Tutkimuksessa käytettävät rekisteritiedot poimittiin Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen hoitoilmoitusrekisteristä (HILMO ja AvoHILMO) sekä Kelan sairaanhoitokorvausrekisteristä (THL:n ja Kelan päätökset: THL/843/5.05.01/2014; Kela 79/522/2014). Rekisteriaineisto sisältää siten tiedot perus-

terveydenhuollon, yksityisen sektorin ja erikoissairaanhoidon palvelujen käytöstä.

Ikihyvä-tutkimuksen tiedonkeruuseen (vuosina 2002, 2005, 2008 ja 2012) osallistui vähintään kerran kaikkiaan 3083 henkilöä (69,5 % otoksesta). Heistä hyväksyttiin tähän tutkimukseen mukaan ne 2457 henkilöä, joilta oli voimassa oleva kirjallinen suostumus rekisteritietojen käyttöön ja jotka olivat elossa vuoden 2012 lopussa eli joiden osalta saatiin koko vuoden kattavat tiedot terveyspalvelujen käytöstä (taulukko 1). Terveyspalvelujen käyttöä voidaan heidän osaltaan tarkastella ikäryhmittäin (taulukko 2 ja kuvat 1–2) ja sukupuolen mukaan². Useimpien henkilöiden osalta tiedetään myös koulutustaso (n= 2310) ja ammattiin perustuva sosioekonominen asema (n=2055).

Palvelujen kohdentumista koskeva muuttujakohtainen tarkastelu (taulukot 3–6) rajattiin huomattavasti suppeampaan joukkoon eli vain Ikihyvän vuoden 2012 tiedonkeruuseen osallistuneisiin, joista kriteerit täyttäviä oli 1620 henkilöä (taulukko 1). Rajaus perustui siihen, että analyysissä käytettiin myös tutkittavien elämäntilannetta vuonna 2012 kuvaavia, kyselylomakkeilla kerättyjä tietoja. Analyysistä rajattiin lisäksi pois kaikki työssä olevat (204 henkilöä) sen vuoksi, että aineistoon ei sisällynyt tietoja työterveyshuollon palvelujen käytöstä.

Edellä kuvatuilla perusteilla tutkimukseen saatiin mukaan 2457 henkilöä, mikä on 56,2 % alkuperäisestä otoksesta (taulukko 1). Joukkoa ovat karsineet ensi vaiheen kadon ohella kuolleisuus (n=522) ja rekisteritietoihin tarvittavan suostumuksen puute (n=104). Vuoden 2012 kyselyaineistoa (n=1620, 37 % otoksesta) pienentää niiden ohella se, että osa osallistuneista keskeytti osanottonsa ennen vuotta 2012. Keskeyttämisprosentti oli vanhimmassa ikäluokassa kaksinkertainen (52 %) nuorimpaan ikäluokkaan verrattuna (vrt. taulukko 1). Tämä viittaa siihen, että keskeyttämisen syy-

² Sukupuolen mukainen tarkastelu jää artikkelin ulkopuolelle tilan puutteen vuoksi.

Taulukko 1. Tutkimuksen kokonaisaineisto sekä siitä vuoden 2012 Ikihyvä-kyselyyn osallistuneet ikäryhmittäin suhteessa Ikihyvän alkuperäiseen otokseen ja vuoden 2012 alussa elossa olleisiin otoshenkilöihin.

Ikäryhmä	Havainnot aineistossa ¹			Kyselyyn v. 2012 osallistuneet ²		
	N	alkuper. otoksesta	elossa olevista	N	alkuper. otoksesta	elossa olevista
62–66 v	895	61,4 %	66 %	661	45,3 %	51 %
72–76 v	961	65,9 %	78 %	672	46,0 %	57 %
82–86 v	601	41,2 %	72 %	287	19,7 %	34 %
Yhteensä	2457	56,2 %	74 %	1620	37,0 %	47 %

¹ Inklusiokriteerit: elossa 31.12.2012 + voimassa oleva suostumus rekisteritietojen käyttöön

² Inklusiokriteerit: elossa 31.12.2012 + voimassa oleva suostumus rekisteritietojen käyttöön + ikihyvä-kyselyyn osallistuminen vuonna 2012

nä oli ensisijaisesti kunnan heikentyminen, ei niinkään motivaation puute.

Kadon merkitystä arvioitaessa on muistettava, että kuolleisuus on karsinut koko alkuperäistä otosta. Käytetty aineisto kattaisikin runsaat 70 prosenttia – ja vuoden 2012 kyselyaineistokin lähes 50 prosenttia – elossa olleesta otoksesta (taulukko 1). Haapolan ja Vaaran (2013, 18–19) mukaan vuoden 2012 kyselyaineisto on jossain määrin systemaattisesti valikoitunutta, mutta tästä aiheutuva harha ei ole niin suurta, että se estäisi aineiston käytön vuotta 2012 koskevaan poikkileikkaustarkasteluun.

Tutkimusalue

Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveysyhtymä on useimpien hyvinvointi-indikaattorien valossa sairaanhoitopiirien keskitasoa. Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin suuri koko merkitsee kuitenkin, että päijäthämäläisten keskimääräinen hyvinvointi on jonkin verran valtakunnallisia keskiarvoja huonompi. Yhtymän alueella asui vuoden 2011 lopussa runsaat 213 000 henkilöä. Heistä oli yli 64-vuotiaita 20,6 prosenttia, mikä ylitti 2,5 prosenttiyksiköllä koko maan keskiarvon. Väestön koulutus- ja tulotaso olivat alhaisempia kuin maassa keskimäärin, ja myös osallisuutta ja syrjäytymistä kuvaavien mittareiden

mukaan sosiaali- ja terveysyhtymän tilanne oli valtakunnallista keskiarvoa heikompi. Kelan ikävakioidulla kansantauti-indeksillä mitaten päijäthämäläisten terveydentila oli parempi mutta sairastavuusindeksillä mitaten samaa tasoa kuin maassa keskimäärin. Kuntakohtaiset erot olivat kuitenkin suuria. (Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveydenhuollon..., 2013.)

Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveysyhtymää perustettaessa (vuonna 2007) oli tavoitteena koota kaikki sosiaali- ja terveyspalvelut samaan organisaatioon. Tässä ei täysin onnistuttu, sillä Lahti ja Heinola päättivät järjestää itse omat peruspalvelunsa. Muilta osin niiden tuotantovastuu siirrettiin Peruspalvelukeskus Oivalle, joka otti vastuun viiden kunnan (Hollolan, Kärkölan, Hämeenkosken, Asikkalan ja Padasjoen) palveluista, ja Peruspalvelukeskus Aavalle, jonka vastuualueelle kuului kahdeksan kuntaa (Orimattila ja siihen vuonna 2011 yhdistetty Artjärvi, Pukkila, Myrskylä, Nastola, Iitti, Sysmä ja Hartola). Tämä rakenne uudistuu vuoden 2017 alusta perusteellisesti, kun kaikkien sosiaali- ja terveyspalvelujen tuotantovastuu siirtyy – Heinolaa ja Sysmää lukuun ottamatta – uudelle hyvinvointikuntayhtymälle.

Tutkimuksen eettinen arviointi

Lupa rekisteritietojen ja Ikihyvän kyselyaineiston yhdistämiseen perustuu tutkittavilta

saatuun kirjalliseen suostumukseen. Henkilötunnukset on heti rekisteritietojen poiminnan jälkeen korvattu numeerisella havaintotunnuksella, joten tutkimusaineisto ei sisällä suoria tunnistetietoja. Koska terveyttä ja terveyspalvelujen käyttöä koskevat tiedot luokitellaan arkaluonteisiksi tiedoiksi, tutkimuksesta on pyydetty lausunto TAYS:in erityisvastuualueen alueelliselta eettiseltä toimikunnalta (5.11.2015, ETL-koodi R15157).

Muuttajat

Terveyspalvelujen käyttöä tarkastellaan erikseen perusterveydenhuollon avosairaanhoidon, yksityisten lääkäripalvelujen ja erikoissairaanhoidon polikliinisen toiminnan osalta. Artikkelissa tarkastellaan pelkästään vastaanottokäyntejä. Vaikka puhelinkontaktit ja muut sähköiset kontaktit ovat yhä tärkeämpiä, ne jouduttiin jättämään pois sen vuoksi, että niitä koskevat tiedot on tallennettu puutteellisesti THL:n hoitoilmoitusrekisteriin: esimerkiksi Lahden omassa Pegasos-tietokannassa puhelinkontakteja on varsin paljon, mutta AvoHilmosta ne puuttuvat lähes tyystin. Perusterveydenhuollon osalta analysoidaan lääkärikäyntien ohella hoitaja- ja lääkärikäyntien yhteenlaskettua määrää, sillä yksinomaan lääkärikäynteihin rajautuminen antaisi liian kapean kuvan toiminnasta.

Terveyspalvelujen käyttöä selittävät muuttajat luokitellaan Purolan ja Andersenin malleja soveltaen alttiuttaviin, mahdollistaviin ja tarvetekijöihin. Käyttöä alttiuttavina tekijöinä tarkastellaan sukupuolta, ikää, siviilisäätystä ja sosiaalista asemaa. Siviilisäädyn osalta tutkitavat on luokiteltu avio- tai avoliitossa eläviin ja muihin (naimattomiin, eronneisiin tai leskiin), jotka asuivat pääosin yksin. Sosiaalista asemaa kuvataan koulutustason ja pääasialliseen ammattiin perustuvan sosioekonomisen aseman avulla. Nämä muuttajat kuvaavat sosiaalisen aseman eri ulottuvuuksia, ja niiden on aiemmissa tutkimuksissa havaittu vaikuttavan sekä

sairauden kokemiseen että päätökseen hakeutua hoitoon (ks. Nyman 1982, 109–110).

Palvelujen käyttöä mahdollistavia tekijöitä analyysissa edustavat koettu toimeentulo ja asuinkunta. Koettua toimeentuloa eli taloudellisia resursseja mitattiin kysymyksellä ”kuinka hyvin rahanne riittävät päivittäisiin menoihin”, ja vastaajat on sen avulla jaettu kahteen ryhmään: hyvin toimeentuleviin (rahat riittävät hyvin tai erittäin hyvin) ja huonosti toimeentuleviin (rahat riittävät ”siinä ja siinä”, melko huonosti tai huonosti). Vastaajien asuinkunnat on puolestaan luokiteltu Ikihyvä-tutkimuksessa jo aiemmin käytettyä kuntaryhmittelyä hyödyntäen kolmeen ryhmään: Lahti, kehyskunnat ja reuna-alueen kunnat (Karisto ym. 2003, 7–10)³. Luokittelu kuvastaa kuntien erilaista kaupungistuneisuuden astetta mutta myös eroja terveyspalvelujen saavutettavuudessa ja saatavuudessa.

Palvelujen tarvetta mitataan toisaalta koettua terveyttä koskevalla kysymyksellä, toisaalta pitkäaikaissairauksien lukumäärällä. Jälkimmäinen tieto on saatu laskemalla yhteen 16 yleistä sairautta⁴ Ikihyvän kyselylomakkeessa esitetyltä listalta.

³ Kehyskuntien ryhmän muodostivat Asikkala, Heinola, Hollola, Orimattila ja Nastola. Reuna-alueen kuntiin luettiin taas Hartola, Hämeenkoski, Iitti, Kärkölä, Myrskylä, Padasjoki, Pukkila ja Sysmä sekä Orimattilaa vuonna 2011 liittyneen Artjärven alue.

Toisena vaihtoehtona harkittiin palvelutuottajien mukaista kuntaryhmittelyä. Se kariutui kuitenkin heinolalaisten vastaajien vähäiseen määrään sekä siihen, että Aavan ja Oivan alueet ovat kuntarakenteeltaan heterogeenisiä. Sen vuoksi tämä ryhmittely olisi käytännössä tyypistynyt Lahden ja muiden kuntien väliseksi dikotomiaksi.

⁴ Niitä olivat verenpainetauti, sokeritauti, sepelvaltimotauti, nivelreuma, nivelrikko, selkäsairaus, keuhkoastma, pitkäaikainen virtsatietulehdus, astma, vatsatauti, mahakatarri, gastriitti, mahahaava, syöpä, skitsofrenia tai muu psyykkinen sairaus, harmaakaihi, muu hermoston sairaus (esim. Parkinsonin tauti, epilepsia, dementia, MS-tauti), kaatumisen tai muun syyn aiheuttamat murtumat, sappikivet.

Menetelmät

Terveyspalvelujen käyttöä yksittäisten muuttujien mukaan muodostetuissa osaryhmissä tarkastellaan pääosin prosenttiosuuksina, ja kunkin muuttujan yhteyttä palvelujen käyttöön arvioidaan khii²-riippumattomuustestin avulla. Prosenttiosuudet laskettiin painotetusta aineistosta käyttäen Ikihyvä-aineistoon sisältyvää painokerrointa, joka korjaa tutkittavien ikä-, sukupuoli- ja kuntajakauman saman ikäisen väestön rakennetta vastaavaksi.

Edellä mainittujen muuttujien yhteyttä palvelujen käyttöön mallinnettiin tarkemmin logistisella regressioanalyysillä (IBM SPSS statistics 24 -ohjelmalla). Analyysimenetelmän valintaan vaikutti se, että käyntimäärien jakauma on kaikilla sektoreilla poikkeuksellisen vino: huomattava osa ei ole käynyt lääkärissä kertaakaan vuoden aikana, ja todella suuria käyntimääriä on kertynyt vain pienelle osalle tutkittavista. Voidaan myös olettaa, että ensimmäiseen vastaanottokäyntiin liittyy huomattavasti suurempi kynnyks kuin toiseen tai kolmanteen tai sen jälkeisiin käynteihin. Käyntimääriä kuvaavat muuttujat eivät siten tarkasti ottaen ole välimatka-asteikollisia. Ekonometrisissä ja tilastotieteellisissä tutkimuksissa on tällaisiin tilanteisiin esitetty optimaaliseksi ratkaisuksi kaksivaiheisia analyysimalleja, joissa nolla-ryhmä ja käyttäjiä analysoidaan erikseen (esim. Delucchi ja Bostrom 2004; Liu ym. 2013). Tässä ongelma ratkaistiin tekemällä kaksi rinnakkaista logistista regressioanalyysia. Niistä ensimmäisessä analysoitiin palveluja vähintään kerran vuoden aikana käyttäneiden osuutta – eli palvelujen peittävyttä tai käyttöastetta – ennustavia tekijöitä. Jälkimmäisessä taas keskityttiin vähintään neljä kertaa vastaanotolla käyneisiin, joiden tulkittiin edustavan toistuvasti tai kohtalaisen paljon terveyspalveluja käyttäneitä asiakkaita. Neljä vastaanottokäyntiä on palvelujen runsaan käytön rajaksi lievä, mutta tiukemmalla kriteerillä ryhmä olisi jäänyt kovin pieneksi tilastollisten

analyysien kannalta. Toisaalta yleisesti hyväksyttyä terveyspalvelujen ”suurkäyttäjän” määritelmää ei aiemmista tutkimuksista löydy (esim. Koskela 2008).

Tulokset

Terveyspalvelujen käyttö vuonna 2012

Taulukossa 2 kuvataan terveyspalvelujen käyttöä vuonna 2012 sektoreittain ja ikäryhmittäin. Siinä tarkastellaan erikseen vähintään kerran ja vähintään neljä kertaa vastaanotolla käyneiden väestöosuuksia. Asiakassuhteen intensiteettiä kuvataan lisäksi asiakasta kohti laskettujen käyntien keskiarvolla ja mediaanilla.

Perusterveydenhuollossa on vuoden aikana asioinut noin 90 prosenttia 70- ja 80-vuotiaista. Osa heistä on tavannut vain hoitajan, sillä lääkärin vastaanotolla käyneitä on runsaat 10 prosenttiyksikköä vähemmän. Nuorimmassa ikäryhmässä perusterveydenhuollon peittävyys on selvästi pienempi osin sen vuoksi, että 28 prosenttia ikäryhmästä oli vielä työelämässä ja pääosa heistä työterveyshuollon kautta järjestetyn sairaanhoidon piirissä. Mikäli työssä käyvät jätetään tarkastelun ulkopuolelle, perusterveydenhuollon vastaanotolla käyneiden osuus nousee 75 prosenttiin (taulukko 3). Ero vanhempiin ikäryhmiin siis pienenee mutta ei täysin katoa.

Perusterveydenhuollon vastaanottokäyntien määrä on selvästi yhteydessä ikään: siirryttäessä nuorimmasta vanhimpaan ikäryhmään käyntien mediaani nousee kolmesta viiteen ja toistuvasti palveluja käyttäneiden väestöosuus kaksinkertaistuu.

Yksityislääkärin palveluja on käyttänyt kaikissa ikäryhmissä vajaa puolet. Yksityislääkärillä käydään keskimäärin kerran vuodessa. Erikoissairanhoidon poliklinikalla on käynyt kolmannes nuorimpaan ikäryhmään kuuluvista mutta joka toinen 70- ja 80-vuotiaista. Käyntien mediaani on jokaisessa ikäryhmässä

Taulukko 2. Perusterveydenhuollon, yksityisen sektorin ja erikoissairaanhoidon vastaanottopalvelujen käyttö ikäryhmittäin vuonna 2012: vastaanotolla vähintään kerran ja vähintään neljä kertaa käyneiden osuudet ikäryhmästä sekä asiakasta kohti laskettujen käyntimäärien keskiarvo ja mediaani.

	62–66 v (n=895)	72–76 v (n=961)	82–86 v (n=601)
Perusterveydenhuollon käynnit yhteensä (lääkäri- ja hoitajakäynnit)			
Vähintään 1 käynti (% ikäryhmästä)	63,8 %	87,4 %	90,8 %
Vähintään 4 käyntiä (% ikäryhmästä)	28,9 %	51,7 %	59,6 %
käyntejä/asiakas: keskiarvo ja mediaani (suluisissa)	5,2 (3)	6,8 (4)	8,2 (5)
Perusterveydenhuollon lääkärikäynnit			
Vähintään 1 käynti (% ikäryhmästä)	48,5 %	71,4 %	79,0 %
Vähintään 4 käyntiä (% ikäryhmästä)	9,8 %	18,5 %	24,8 %
käyntejä/asiakas: keskiarvo ja mediaani (suluisissa)	2,5 (2)	2,8 (2)	3,2 (3)
Yksityislääkärikäynnit (Kela-korvaus)			
Vähintään 1 käynti (% ikäryhmästä)	39,6 %	46,4 %	44,9 %
Vähintään 4 käyntiä (% ikäryhmästä)	5,2 %	6,9 %	8,6 %
käyntejä/asiakas: keskiarvo ja mediaani (suluisissa)	1,9 (1)	2,1 (1)	2,2 (1)
Erikoissairaanhoidon avovastaanotto			
Vähintään 1 käynti (% ikäryhmästä)	37,3 %	50,0 %	56,1 %
Vähintään 4 käyntiä (% ikäryhmästä)	10,3 %	18,0 %	18,5 %
käyntejä/asiakas: keskiarvo ja mediaani (suluisissa)	3,2 (2)	4,4 (2)	3,7 (2)
Lääkärikäynnit yhteensä			
Vähintään 1 käynti (% ikäryhmästä)	77,2 %	88,2 %	91,1 %
Vähintään 4 käyntiä (% ikäryhmästä)	32,3 %	49,6 %	57,6 %
käyntejä/asiakas: keskiarvo ja mediaani (suluisissa)	4,0 (3)	5,3 (4)	5,5 (5)

kaksi käyntiä vuodessa. Käyntimäärien keskiarvoa sen sijaan nostavat yksittäiset intensiiviset hoitojaksot.

Taulukon 2 alimmilla riveillä tarkastellaan yhteenlaskettuja lääkärikäyntejä. Niiden mukaan noin 90 prosenttia 70- ja 80-vuotiaista on käynyt vähintään kerran lääkärissä vuoden aikana. Nuorimmassa ikäryhmässä käyttöaste jää hieman pienemmäksi, mikä johtunee työterveyshuollon kautta järjestetystä sairaanhoidosta. Keskimääräinen käyntimäärä vaihtelee neljästä viiteen käyntiin vuodessa.

Perusterveydenhuollon ja yksityissektorin asiakaskunnan päällekkäisyys

Huomattava osa yksityislääkärien asiakkaita on käynyt saman vuoden aikana myös terveyskeskuslääkärin vastaanotolla (kuvio 1). Kahdessa vanhimmassa ikäryhmässä tällaisia asiakkaita on peräti 74–82 prosenttia. Saman ikäisistä terveyskeskuslääkärien potilaista on vastaavasti lähes joka toinen (43–45 %) hakenut apua myös yksityiseltä erikoislääkäriltä. Lisäksi joka kymmenes on käynyt yksityisellä

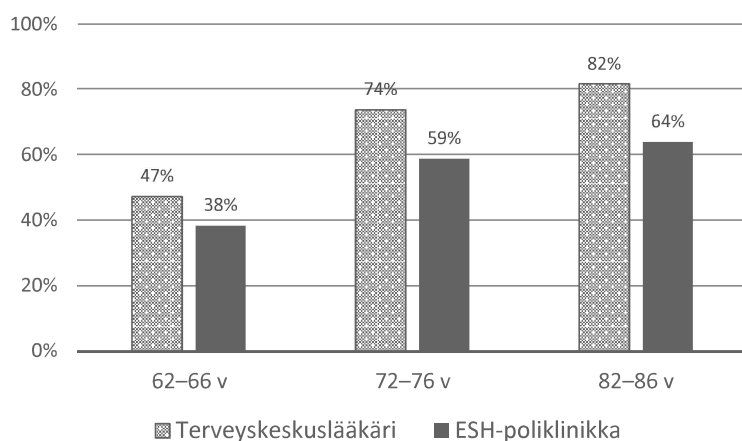
yleislääkärillä. (Kuvio 2.) Useimmat heistä ovat käyneet myös erikoislääkärin vastaanotolla, joten yksityisen sektorin palveluja käyttäneiden yhteenlaskettu osuus jää kaikissa ikäryhmissä alle 50 prosenttiin terveyskeskuslääkärin potilaista. Näyttää siis siltä, että yksityiseltä sektorilta haetaan lähinnä perusterveydenhuoltoa täydentäviä erikoislääkärin palveluja. Julkista terveydenhuoltoa kokonaan korvaavan kanavan se sen sijaan tarjoaa harvoille.

Kuvioista 1 ja 2 havaitaan myös, että terveyskeskuslääkärin ja yksityislääkärin potilaista on yhtä suuri osuus ohjautunut erikoissairaanhoidon vastaanotolle. Yksityisellä erikoislääkärillä käynti ei siis ole ainakaan vähentänyt julkisen erikoissairaanhoidon tarvetta.

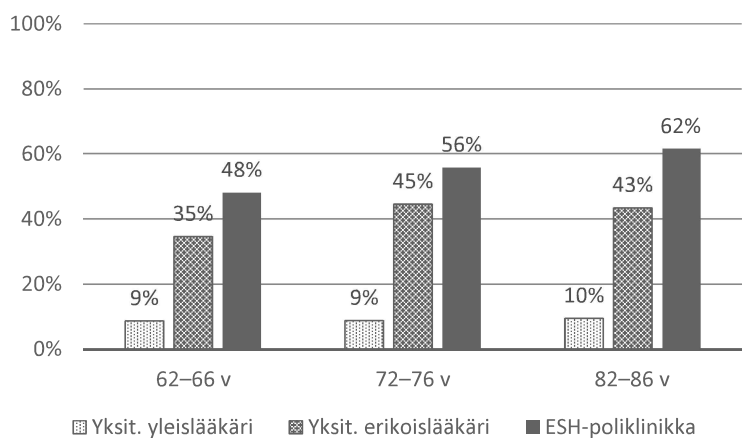
Terveyspalvelujen peittävyys osaryhmittäin vuonna 2012 – muuttujakohtainen tarkastelu

Taulukossa 3 tarkastellaan terveyspalvelujen peittävyttä yksittäisten muuttujien mukaan muodostetuissa osaryhmissä. Tarkastelu on tässä ja myöhemmissä taulukoissa rajattu nuorimmassa ikäryhmässä vain työelämän ulkopuolella oleviin eli niihin, jotka voivat lääkärin apua tarvitessaan hakeutua vain joko perusterveydenhuoltoon tai yksityislääkärille.

Yli 80 prosenttia tutkittaviin ikäryhmiin kuuluneista pääjähämäläisistä on vuoden aikana asioinut perusterveydenhuollossa. Yksityislääkärillä ja erikoissairaanhoidon vastaanotolla on vastaavasti käynyt vajaa puolet.



Kuvio 1.
Yksityislääkärin asiakkaiden muut avohoidon lääkäripalvelut vuonna 2012



Kuvio 2.
Terveyskeskuslääkärin asiakkaiden muut avohoidon lääkäripalvelut vuonna 2012

Taulukko 3. Perusterveydenhuollon, yksityisen sektorin ja erikoissairaanhoidon avohoitopalvelujen käyttö vuonna 2012. Vähintään kerran vuoden aikana vastaanotolla käyneiden prosenttiosuudet osaryhmittäin.

	Perusterveydenhuolto				
	N ^a	lääkäri tai hoitaja %	lääkäri %	Yksityis- lääkäri %	ESH- poliklinikka %
Kaikki	1402	82	66	45	44
Ikäryhmä		***	***	*	***
62–66-vuotiaat ²	672	75	57	41	35
72–76-vuotiaat	526	87	69	44	49
82–86-vuotiaat	204	94	83	51	58
Sukupuoli		***	**	***	
miehet	645	78	62	33	46
naiset	757	86	69	55	42
Koulutus				**	
perusaste	645	83	67	42	44
keskiaste	305	81	67	40	45
korkea-aste	388	83	62	52	42
Sosioekonominen asema		**	*	***	
yrittäjä	74	76	60	54	52
ylempi toimihenkilö	218	78	57	47	47
alempi toimihenkilö	373	88	69	53	40
maanviljelijä/maatilan emäntä	78	90	76	46	43
työntekijä	445	80	66	36	45
Siviilisääty					
naimaton, eronnut t. leski	436	84	68	42	44
avio- tai avoliitossa	955	82	65	46	44
Miten rahat riittävät menoihin			**	***	
hyvin	925	83	63	49	43
huonosti/ siinä ja siinä	457	80	71	38	46
Kuntaryhmä		*	***	***	
Lahti	649	81	61	49	46
kehyskunta	529	86	74	42	46
reunakunta	224	87	75	35	44
Koettu terveys		***	***		***
hyvä	805	77	57	46	37
keskitasoa	433	90	77	42	51
huono	109	92	85	46	57
Pitkäaikaissairauksia		***	***	**	***
0 kpl	398	71	50	37	27
1	416	79	61	48	41
2	272	89	76	45	53
3 tai useampia	298	94	81	50	60

* p<.05 ** p<.01 *** p<.001 (K_{hii}²-riippumattomuustesti)

¹ Vastanneiden iän, sukupuolen ja kuntaryhmän mukaan painotettu jakauma. Painotettu N poikkeaa painottamattomasta luvusta (1416) sen vuoksi, että nuorimman ikäryhmän työssäkäyvät on rajattu tarkastelun ulkopuolelle.

² Ikäryhmästä on poistettu työssä käyvät.

Taulukko 4. Avosairaanhoidon palvelujen toistuva käyttö vuonna 2012. Vähintään neljä kertaa perusterveydenhuollon, yksityislääkärin ja erikoissairaanhoidon vastaanotolla käyneiden sekä vähintään neljä kertaa lääkärin vastaanotolla käyneiden prosentiosuudet osaryhmittäin.

	N ¹	Perusterveydenhuolto lääkäri tai hoitaja		Yksityis- lääkäri	ESH- poliklinikka	Lääkäri- käynnit yhteensä
		4+ krt %	4+ krt %	4+ krt %	4+ krt %	4+ krt %
Kaikki	1402	44	16	7	13	45
Ikäryhmä		***	***	*	*	***
62–66-vuotiaat ²	672	35	12	6	11	37
72–76-vuotiaat	526	50	18	7	15	48
82–86-vuotiaat	204	63	27	11	16	60
Sukupuoli		**	**	*	*	**
miehet	645	40	13	5	15	40
naiset	757	48	19	9	11	49
Koulutus			*			
perusaste	645	46	19	7	12	44
keskiaste	305	45	14	5	16	44
korkea-aste	388	42	13	8	13	45
Sosioekonominen asema					*	
yrittäjä	74	31	16	12	11	51
ylempi toimihenkilö	218	42	13	8	18	46
alempi toimihenkilö	373	45	15	7	11	44
maanviljelijä (t. maatalan emäntä)	78	51	17	9	8	42
työntekijä	445	46	18	5	16	44
Siviilisääty		**				
naimaton, eronnut t. leski	436	51	17	6	13	42
avio- tai avoliitossa	955	42	16	8	13	45
Miten rahat riittävät menoihin		***	***	*	*	
hyvin	925	41	14	8	12	43
huonosti/ siinä ja siinä	457	51	21	5	16	47
Kuntaryhmä			***	*		*
Lahti	649	47	13	7	16	45
kehyskunta	529	46	22	8	15	50
reunakunta	224	51	21	3	13	43
Koettu terveys		***	***		***	***
hyvä	805	34	10	6	10	38
keskitasoa	433	59	23	8	16	51
huono	109	60	32	12	24	63
Pitkäaikaissairauksia		***	***	***	***	***
0 kpl	398	24	7	3	7	26
1	416	40	13	7	11	42
2	272	52	20	6	13	48
3 tai useampia	298	70	29	13	24	69

* p<.05 ** p<.01 *** p<.001 (K_{hii}² -riippumattomuustesti)

¹ Vastanneiden iän, sukupuolen ja kuntaryhmän mukaan painotettu jakauma. Painotettu N poikkeaa painottamattomasta luvusta (1416) sen vuoksi, että nuorimman ikäryhmän työssäkäyvät on rajattu tarkastelun ulkopuolelle.

² Ikäryhmästä on poistettu työssä käyvät.

Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon käyttöaste on selvästi yhteydessä ikään, koettuun terveyteen ja pitkäaikaissairastavuuteen. Perusterveydenhuollon peittävyys vaihtelee lisäksi muutamien muidenkin taustatekijöiden mukaan. Naiset ovat käyneet vastaanotolla miehiä yleisemmin ja maatalousyrittäjät muita sosioekonomisia ryhmiä yleisemmin, kun taas yrittäjätaustan omaavat ja ylemmät toimihenkilöt ovat käyneet perusterveydenhuollon, etenkin terveyskeskuslääkärin, vastaanotolla muita harvemmin. Eroja on myös kuntaryhmien välillä, sillä perusterveydenhuollon käyttöaste on kehys- ja reuna-alueen kunnissa suurempi kuin Lahdessa. Ero on vielä suurempi terveyskeskuslääkärin vastaanotolla käyneiden osuuksissa, eli hoitajan vastaanotokäyntien huomioon ottaminen tasoittaa kuntaryhmien välisiä eroja.

Yksityislääkärien palvelut ovat selvästi naisten, korkea-asteen koulutuksen saaneiden ja toimeentuloonsa tyytyväisten suosiossa. Samaten yrittäjät ja toimihenkilöt ovat käyneet yksityislääkärillä yleisemmin kuin työntekijäammateissa tai maatalousyrittäjinä toimineet. Alueellisesti yksityisten palvelujen käyttö painottuu Lahteen. Sen sijaan yhteys tarvetekijöihin on heikohko: yksityissektorin asiakkailla on toki yleensä jokin pitkäaikaissairaus, mutta koetulla terveydellä tai iällä ei ole yhteyttä palvelun käyttöön.

Toistuva terveystalvelujen käyttö

Lähes puolet tarkasteltaviin ikäryhmiin kuuluvista on käynyt perusterveydenhuollossa vähintään neljä kertaa vuoden aikana. Osa käynneistä on tehty hoitajan luo, joten näin monta terveyskeskuslääkärikäyntiä on kertynyt huomattavasti harvemmalle, vajaalle viidennekselle. Lähes yhtä moni on käynyt toistuvasti erikoissairaanhoidon vastaanotolla. Yksityisellä sektorilla palvelujen toistuva käyttö on sen sijaan harvinaista. Kaikki lääkärikäynnit yhteen laskeen vähintään neljä käyntiä on kertynyt lähes

joka toiselle tutkittaviin ikäryhmiin kuluviista. (Taulukko 4.)

Toistuva asiointi terveystalveluissa kohdentuu pääosin samoihin osaryhmiin kuin palvelujen käyttö ylipäättään, mutta uusiakin piirteitä tulee esille: Perusterveydenhuollossa runsas avuntarve on keskimääräistä yleisempää myös huonosti toimeentulevien ja yksin elävien (leskien, eronneiden tai naimattomien) keskuudessa. Myös enintään perusasteen koulutuksen saaneet eroavat muista, jos katsotaan käyntejä terveyskeskuslääkärillä.

Yksityislääkärin vastaanotolla useita kertoja käyneitä on kaikissa osaryhmissä vähän, mutta tilastollisesti merkitseviä eroja esiintyy kuitenkin miesten ja naisten, hyvin ja huonosti toimeentulevien, vähintään kolmea pitkäaikaissairautta potevien ja muiden sekä reuna-kuntien ja muiden kuntaryhmien välillä. Erikoissairaanhoidossa toistuvat käynnit ovat puolestaan keskimääräistä yleisempiä terveytensä huonoksi kokevilla ja pitkäaikaissairailla, mutta myös miehillä, ylemmillä toimihenkilöillä ja huonosti toimeentulevilla.

Lääkärikäyntien yhteenlaskettu määrä kuvaa kattavimmin lääkäripalvelujen kohdentumista iäkkäiden henkilöiden keskuudessa. Taulukon 4 mukaan lääkäripalvelujen toistuva käyttö on yhteydessä koettuun terveydentilaan ja pitkäaikaissairauksiin, mistä myös ikäryhmittäiset erot kertovat. Toisaalta naiset käyttävät lääkäripalveluja miehiä enemmän, mikä liittyy osin terveystalveluikäytymisessä esiintyviin eroihin. Kuntaryhmittäin tarkastellen lääkäripalvelujen runsas käyttö on yleisintä kehyskunnissa.

Terveystalvelujen kertaluonteista ja toistuvaa käyttöä selittävät tekijät

Muuttujakohtainen tarkastelu antaa tärkeätä tietoa terveystalvelujen käytön yleisyydestä yhden ominaisuuden perusteella muodostetuissa eläkeikäisten osaryhmissä. Tarkemman kuvan saamiseksi kunkin muuttujan yhteyttä palve-

lujen käyttöön testataan seuraavassa logistisilla regressioanalyysillä, joissa ovat mukana kaikki riippumattomat muuttujat (taulukot 5 ja 6). Tulokset esitellään tavanomaiseen tapaan vetosuhteiden suhteina (odds ratio, OR), jotka kuvaavat ilmiön esiintymistodennäköisyyttä (vetosuhdetta, odds) tarkasteltavassa luokassa viiteluokkaan verrattuna. Kaikki tilastollisesti merkitsevät erot ($p < .05$) on merkitty tähdellä. Ensisijainen huomio kannattaa kuitenkin kiinnittää yhteyden voimakkuuteen, sillä havaintojen suurehkon lukumäärän vuoksi melko pienetkin erot voivat olla tilastollisesti merkitseviä.

Taulukoiden 5 ja 6 alariveille on tulostettu kaksi mallien ennustevoimaa kuvaavaa arvoa. Naegelkerke R^2 -arvon mukaan mallien laskennalliset selitysasteet vaihtelevat 10,1:stä 19,9 prosenttiin. Hosmerin ja Lemeshovin testi mittaa, kuinka hyvin mallin ennustamat arvot luokittuvat oikeisiin kategorioihin. Mikäli testisuure jää alle 0,05:n, malli ei toimi kovin hyvin. Tässä tapauksessa testisuureen arvot ovat riittävän suuria perusterveydenhuollon peittävyttä kuvaavaa mallia lukuun ottamatta (taulukossa 5).

Selittävien muuttujien välillä esiintyvät vahvat riippuvuudet voivat aiheuttaa epävakautta myös logistisen regressioanalyysin laskemiin estimaatteihin. Tässä tapauksessa selviä riippuvuuksia esiintyy varsinkin koetun terveyden, pitkäaikaissairastavuuden ja ikäryhmän välillä sekä koulutuksen ja sosioekonomisen aseman välillä. Ne eivät kuitenkaan ole niin vahvoja, että jokin muuttujista olisi poistettava analyysistä.

Taulukossa 5 tarkastellaan perusterveydenhuollon, yksityisten lääkäripalvelujen ja erikoissairaanhoidon peittävyttä ennustavia tekijöitä. Perusterveydenhuollon asiakkuutta ennustavat parhaiten ikä ja pitkäaikaissairauksien määrä. Terveyskeskuslääkärin asiakkuutta kuvaavassa mallissa koetun terveyden merkitys on niiden kanssa samaa tasoa. Perusterveydenhuollon asiakkuus on Päijät-Hämeen reuna- ja kehyskunnissa yleisempää kuin Lahdessa, ja kuntaryhmien välinen ero vain korostuu, jos katso-

taan pelkästään lääkärikäyntejä. Tämä viittaa siihen, että terveyden- ja sairaanhoitajilla on Lahdessa suurempi vastuu iäkkäiden kunta-laisten terveydenhoidossa ja heidän terveydentilansa seurannassa kuin sairaanhoitopiirin muissa kunnissa.

Kiinnostavia ovat myös joidenkin elämäntilannetta kuvaavien muuttujien yhteydet palvelujen käyttöön: alemmat toimihenkilöt asioivat perusterveydenhuollossa yleisemmin kuin työntekijät tai muut sosioekonomiset ryhmät, ja parisuhteessa elävät käyvät terveyskeskuslääkärillä yleisemmin kuin yksin elävät. Kuva koetun toimeentulon yhteydestä palvelujen käyttöön jää tässä analyysissä puolestaan risti-riittäiseksi: perusterveydenhuollon palvelujen käyttötodennäköisyys on toimeentulonsa huonoksi kokevilla hyvin toimeentulevia pienempi, mutta terveyskeskuslääkärin asiakkuutta kuvaavassa mallissa yhteys on päinvastainen.

Erikoissairaanhoidon asiakkuutta ennustavat ainoastaan henkilön ikä ja pitkäaikaissairauksien määrä. Yksityislääkärin asiakkuutta taas ennustavat voimakkaimmin naissukupuoli ja yrittäjätausta. Tilastollisesti merkitsevä yhteys yksityisten palvelujen käyttöön on myös siviilisäädyltä, koetulla toimeentulolla ja pitkäaikaissairastavuudella. Toisaalta reuna-alueen kunnissa asuminen vähentää jopa niitä enemmän todennäköisyyttä mennä yksityislääkärille.

Taulukon 5 oikeanpuoleisessa sarakkeessa tarkastellaan, mitkä tekijät ennustavat sitä että henkilö on ylipäätään käynyt lääkärin vastaanotolla joko yksityisellä tai julkisella sektorilla. Sen mukaan tärkeimpiä ennustajia ovat pitkäaikaissairauksien määrä, koettu terveydentila ja ikä, mutta myös sukupuolella ja siviilisäädyltä on merkitystä.

Toistuvia käyntejä perusterveydenhuollossa ennustavat voimakkaimmin pitkäaikaissairastavuus ja ikä (taulukko 6). Koetun terveyden yhteys on heikompi eikä ole suoraviivainen. Sosioekonomisista ryhmistä yrittäjä- ja maanviljelijätaustan omaavilla perusterveydenhuollon palvelujen runsas käyttö on harvinaisempaa kuin työntekijätaustan omaavilla. Ter-

Taulukko 5. Logistinen regressio avohoidon vastaanotolla käyntiä ennustavista tekijöistä sektoreittain.

	Perusterveydenhuolto		Yksityis- lääkäri	ESH	Lääkäri- käynnit yhteensä
	Lääkäri tai hoitaja	Lääkäri			
	OR	OR	OR	OR	OR
Ikäryhmä (ref = 62–66 v ¹)					
72–76 v	2,2*	1,6*	1,2	1,4*	1,7*
82–86 v	3,9*	2,9*	1,4	1,8*	4,2*
Sukupuoli (ref = mies)					
nainen	1,4	1,2	2,6*	0,8	1,9*
Koulutus (ref = perusaste)					
keskiaste	1,3	1,4	1,0	1,0	1,4
korkea-aste	1,5	1,1	1,2	0,8	1,4
Sosioekonominen asema (ref = työntekijä)					
yrittäjä	0,7	0,7	2,6*	1,2	2,1
ylempi toimihenkilö	0,7	0,8	1,4	1,2	1,0
alempi toimihenkilö	1,7*	1,2	1,3	0,9	1,2
maanviljelijä (t. maatalon emäntä)	1,0	0,7	1,4	0,7	1,6
Siviilisäätö (ref = ei parisuhdetta)					
avio- tai avoliitossa	1,3	1,4*	1,6*	1,1	2,2*
Miten rahat riittävät menoihin (ref = hyvin)					
huonosti/ siinä ja siinä	0,6*	1,3	0,7*	0,9	0,9
Kuntaryhmä (ref = Lahti)					
kehyskunta	2,0*	2,3*	0,8	1,1	1,1
reunakunta	1,7*	2,4*	0,5*	0,9	0,9
Koettu terveys (ref = hyvä)					
keskitasoa	2,1*	2,1*	0,9	1,4*	1,7*
huono	2,1*	2,9*	0,9	1,4	3,1*
Pitkäaikaissairauksia (ref = 0)					
1	1,5*	1,4*	1,6*	2,2*	1,8*
2	2,1*	2,3*	1,7*	2,7*	4,4*
3 tai useampia	4,0*	2,7*	1,9*	3,4*	3,3*
vakiotermin	0,7*	0,3*	0,2*	0,3*	0,6*
Naegelkerke R ²	,188	,199	,124	,115	,169
Hosmer & Lemeshow test (p)	,002	,462	,705	,145	,302
n	1101	1101	1099	1100	1099

* p<.05; ref = viiter ryhmä

¹ Ikäryhmästä poistettu työssä käyvät

Taulukko 6. Logistinen regressio toistuvaa avohoito palvelujen käyttöä (4+ vastaanottokäyntiä vuoden aikana) ennustavista tekijöistä.

	Perusterveydenhuolto		Yksityis- lääkäri	ESH	Lääkärit yhteensä
	Lääkäri tai hoitaja	lääkäri			
	OR	OR	OR	OR	OR
Ikäryhmä (ref = 62–66 v ¹)					
72–76 v	1,7*	1,4	1,3	1,3	1,4*
82–86 v	2,1*	1,8*	1,6	0,9	2,0*
Sukupuoli (ref = mies)					
nainen	1,2	1,3	1,9*	0,7	1,5*
Koulutus (ref = perusaste)					
keskiaste	1,3	0,7	0,7	1,3	1,0
korkea-aste	1,1	0,9	0,9	0,8	0,9
Sosioekonominen asema (ref = työntekijä)					
yrittäjä	0,5*	1,1	3,2*	0,8	1,6
ylempi toimihenkilö	1,0	0,8	1,6	1,5	1,3
alempi toimihenkilö	0,9	0,8	1,3	0,8	0,9
maanviljelijä (t. maatalan emäntä)	0,7	0,5*	1,1	0,2*	0,6*
Siviilisääty (ref = ei parisuhdetta)					
avio- tai avoliitossa	0,9	1,4	1,6	0,9	1,5*
Miten rahat riittävät menoihin (ref = hyvin)					
huonosti/ siinä ja siinä	1,2	1,4	0,6	1,4	1,2
Kuntaryhmä (ref = Lahti)					
kehyskunta	1,1	1,9*	1,2	1,1	1,4*
reunakunta	1,2	1,7*	0,5	0,8	0,9
Koettu terveys (ref = hyvä)					
keskitasoa	2,2*	2,0*	1,2	1,4	1,4*
huono	1,3	1,7	1,6	1,7	1,2
Pitkäaikaissairauksia (ref = 0)					
1	1,7*	1,6	2,9*	1,6	2,1*
2	2,3*	2,7*	2,5*	1,6	2,5*
3 tai	4,0*	3,7*	4,5*	3,2*	5,3*
vakiotermi	0,2*	0,0*	0,0*	0,1*	0,4*
Naegelkerke R ²	0,193	0,148	0,102	0,101	0,168
Hosmer & Lemeshow test (p)	,328	,593	,350	,416	,877
n	1101	1101	1099	1100	1099

* p<.05; ref = viiteryhmä

¹Ikäryhmästä poistettu työssä käyvät

veyskeskuslääkärikäyntejä koskeva malli poikkeaa koko perusterveydenhuollon mallista selvimminkin siinä, että toistuvat lääkäriin käynnit ovat reuna- ja kehyskunnissa huomattavasti yleisempiä kuin Lahdessa. Suuri käyntimäärä on yksityiselläkin sektorilla yhteydessä pitkäaikaissairauksiin. Sen ohella toistuva asiointi on tyyppillistä naisille ja yrittäjätaustan omaaville. (Taulukko 6.)

Erikoissairaanhoidon toistuvia poliklinikakäyntejä selittää lähinnä vain pitkäaikaissairastavuus. Senkin osalta ainoastaan vähintään kolmea pitkäaikaissairautta potevat erottuvat viiteryhmästä. Maatalousyrittäjäväestön keskuudessa erikoissairaanhoidon toistuva tarve on selvästi harvinaisempaa kuin muissa sosioekonomisissa ryhmissä. Tämä saattaa kuitenkin kertoa vain satunnaisvaihtelusta, siitä että useita käyntikertoja vaativien sairauksien esiintymisessä voi esiintyä suurtakin vuosittaista vaihtelua pienissä väestöryhmissä.

Taulukon 6 oikeanpuoleisin sarake paljastaa, että toistuvaa ja keskimääräistä runsaampaa lääkäripalvelujen kokonaiskäyttöä ennustavat vahvimmin pitkäaikaissairaudet ja ikä. Sen ohella pienempiä eroja esiintyy naisten ja miesten, parisuhteessa ja yksin elävien, maatalousyrittäjien ja muiden sosioekonomisten ryhmien sekä kehyskuntien ja muiden kuntaryhmien välillä. Naisten osalta tulosta selittää miehiä yleisempi yksityislääkäripalvelujen käyttö, maatalousyrittäjillä taas keskimääräistä vähäisempi julkisten lääkäripalvelujen käyttö. Kehyskunnissa selitys löytyy puolestaan siitä, että terveyskeskuslääkäreiden palveluja käytetään niissä keskimääräistä enemmän samalla kun yksityisten lääkäripalvelujen ja erikoissairaanhoidon käyttö on vähintään keskitasoa.

Yhteenveto ja pohdinta

Tässä artikkelissa on tarkasteltu julkisten ja yksityisten terveyspalvelujen käyttöä eläkekäisen pääjätähämäläisväestön keskuudessa.

Tarkastelun kohteena on ollut lähes koko avosairaanhoito eli perusterveydenhuollon, yksityisen sektorin ja erikoissairaanhoidon vastaanottopalvelut. Tavoitteena oli selvittää Purolan ja Andersenin esittämiin malleihin tukeutuen, miten palvelut kohdentuvat eläkekäisen väestön sisällä ja missä määrin niiden kohdentumista selittävät tarvetekijöiden ohella hoitoon hakeutumista alttiuttavat ja mahdollistavat tekijät.

Analyysitulosten mukaan erikoissairaanhoidon avopalvelujen käyttö perustuu ensisijaisesti arvioituun hoidon tarpeeseen eli pitkäaikaissairastavuuteen. Tämä on odotusten mukaista, sillä vastaanotolle pääsy edellyttää yleensä lääkärin lähetystä. Perusterveydenhuollon käyttöä selittävät samalla tavoin ensisijaisesti tarvetekijät, mutta myös mahdollistavilla tekijöillä – tässä tapauksessa asuinkunnalla – on selvä yhteys etenkin terveyskeskuslääkärillä käynteihin. Yksityisten lääkäripalvelujen käytössä alttiuttavien ja mahdollistavien tekijöiden merkitys on jopa tarvetekijöitä suurempi. Mahdollistavista tekijöistä tärkeitä ovat sekä ikääntyvän taloudelliset resurssit että asuinpaikka, joka vaikuttaa palvelujen saavutettavuuteen. Alttiuttavista tekijöistä tärkeitä ovat sukupuoli ja siviilisääty sekä myös sosioekonominen asema sikäli, että yrittäjätaustaiset henkilöt käyttävät yksityisiä lääkäripalveluja muita todennäköisemmin ja useammin.

Edellä tarkasteltiin myös yhteenlaskettuja lääkärikäyntejä tekemättä eroa yleis- ja erikoislääkärin vastaanottokäyntien välille. Tällöin havaittiin, että ne kohdentuvat ensisijaisesti tarvetekijöiden mukaisesti. Toisaalta käyntien kohdentumista määrittävät myös alttiuttavat tekijät, sillä naiset käyvät lääkäriin miehiä todennäköisemmin ja avioliitossa elävät yksineläviä todennäköisemmin ja useammin.

Yksityisen ja julkisen sektorin palvelujen käytössä esiintyy huomattavan paljon päällekkäisyyttä. Kahdessa vanhimmassa ikäryhmässä (72–86-vuotiaat) 74–82 prosenttia yksityisen sektorin asiakkaista kävi vuoden 2012

aikana myös terveyskeskuslääkärin vastaanotolla. Vastaavasti lähes puolet terveyskeskuslääkärin potilaista haki apua myös yksityiseltä sektorilta, pääosin yksityiseltä erikoislääkäriltä. Näiden havaintojen perusteella voidaan päätellä, että eläkeikäiset hakevat yksityiseltä sektorilta pääosin perusterveydenhuoltoa täydentäviä palveluja. Julkista terveydenhuoltoa korvaavan, sille vaihtoehdoisen palvelukanavan yksityislääkäreiden palvelut tarjoavat vain kohtalaisen harvoille iäkkäille henkilöille.

Merkittävän osan yksityisten lääkäripalvelujen käytöstä selittänee se, että vastaavien erikoislääkäripalvelujen saanti julkiselta sektorilta on usein hidasta ja vaikeata. Sen vuoksi henkilöt, joilla on siihen varaa, hakevat palvelun yksityiseltä sektorilta. Yksityinen sektori paikkaa julkisen sektorin palvelutarjonnan aukkoja, kuitenkin niin että se ylläpitää ja lisää eriarvoisuutta terveyspalvelujen käytössä.

Yksityisen sektorin lääkärikäynneissä voi olla osittain kyse myös oman terveyden tietoisesta seurannasta ja vaalimisesta, mitä edustavat etenkin naisille tyypilliset kontrollikäynnit oman luottolääkärin vastaanotolla. Tällainen terveystietoinen elämäntapa lienee yleistymässä myös eläkeläisten joukossa.

Ikä luokiteltiin edellä terveyspalvelujen käyttöä alttiuttaviin tekijöihin mutta se olisi hyvin perustein voitu sijoittaa tarvetekijöiden joukkoon. Tähän suuntaan viittasi myös Ronald Andersen (1995) luonnehtimalla ikää (tosin myös sukupuolta) ”biologiseksi imperatiiviksi”, jolla on tiivis yhteys terveyspalvelujen tarpeeseen. Miksi sitten iän vaikutus palvelujen käyttöön säilyy voimakkaana terveydentilan vakioinnista huolimatta, kuten edellä havaittiin? Tarvelähtöinen selitys tälle olisi se, että iäkkäät henkilöt sairastuvat nuorempia herkemmin akuutteihin sairauksiin. Terveyspalvelujen käytössä ei ole kyse vain pitkäaikaissairauksien hoidosta, vaan myös avun hakemisesta akuutteihin sairauksiin ja elämää vaikeuttaviin oireisiin, joihin ei välttämättä edes löydy lääketieteellistä diagnoosia. Terveyskäyttäytymistä

painottava tulkinta taas lähtisi siitä, että iäkkäille henkilöille on ehkä pitkäaikaisten kokemusten myötä muodostunut nuorempia luottamuksellisempi ja tiiviimpi suhde terveydenhuollon ammattihenkilöihin, joten kynnys avun hakemiseen on matalampi kuin nuoremmilla ikäryhmillä. On myös mahdollista, että iäkkäiden akuutteihin sairauksiin ja oireisiin suhtaudutaan keskimääräistä vakavammin.

Tässä tutkimuksessa on kyetty Ikihyvä-tutkimuksen kyselytietoja ja rekisteritietoja yhdistämällä muodostamaan poikkeuksellisen kokonaisvaltainen ja tarkka kuva ikääntyvien päijäthämäläisten avosairaanhoidopalvelujen käytöstä. Samalla on kuitenkin todettava, että käytetty aineisto ja analyysi eivät välttämättä anna oikeaa kuvaa alttiuttavien ja mahdollistavien tekijöiden todellisesta painoarvosta. Voidaan nimittäin perustellusti olettaa, että ne vaikuttavat ennen kaikkea siihen, miten sairauden koettuihin oireisiin reagoidaan ja kuinka nopeasti hakeudutaan tutkimuksiin ja hoitoon. Näiden kysymysten tutkimiseen ei käytetyn aineiston tarkkuus riitä. Siihen tarvittaisiin huomattavasti rajatumpaa sairauskohtaista aineistoa, jonka avulla voitaisiin analysoida terveyskäyttäytymistä sairauden eri vaiheissa.

Kiitokset

Kiitän Sari Kehusmaata ja Ulla Tuomista yhteistyöstä Kelan rekisteritietojen poiminnassa ja koko tutkimushankkeen toteuttamisessa. Lämmin kiitos myös Arho Toikalle ja Elina Vaaralle, joilta sain apua rekisteriaineiston muokkausoperaatioiden suunnittelussa ja toteuttamisessa. Tutkimuksen rahoitti Kela (KKRL 12 §).

Yhteydenotto:

Ilkka Haapola, VTT, vanhempi tutkija, Helsingin yliopisto, Koulutus- ja kehittämisspalvelut
Sähköposti: ilkka.haapola@phnet.fi

