



Ikääntyvät venäjänkieliset ja ylipäänsä terveyspalveluiden käyttö

Tutkimme Suomessa asuvien ikääntyvien venäjänkielisten ylipäänsä terveyspalvelujen käyttöä ja käytön syitä. Analysoimme vuonna 2019 kerättyä CHARM-kyselyaineistoa ja syvennämme tuloksia haastatteluaineiston temaattisen analyysin avulla. Lähes 30 prosenttia yli 50-vuotiaista Suomessa asuvista venäjänkielisistä oli käynyt kyselyä edeltävän vuoden aikana Suomen ulkopuolella lääkärissä. Ulkomailla lääkärissä käynti oli yleisempää naisilla, työttömillä, korkeasti koulutetuilla sekä vastaajilla, joiden kotitalouden nettotulot olivat yli 2 500 euroa kuukaudessa. Kansalaisuus jossain muussa maassa kuin Suomessa lisäsi käytön todennäköisyyttä ja pidempi asumisaika Suomessa puolestaan vähensi sitä. Eläminen kroonisen sairauden kanssa sekä täyttämätön hoidontarve olivat yhteydessä ylipäänsä palveluiden käyttöön. Kyselyaineistossa tärkeimmiksi syiksi palveluiden ylipäänsä käytölle nousivat halvempi hinta, nopeampi hoitoon pääsy ja omankieliset palvelut. Haastatteluaineistossa esiintyivät nämä samat syyt, mutta esiin nousivat myös koetut pettymykset suomalaisessa terveydenhuollossa. Tulokset osoittavat, että ikääntyvät venäjänkieliset kohtaavat monenlaisia esteitä hoitoon pääsulle ja toimivalle hoidolle Suomessa. Sivutetuksi tulemisen kokemukset ja väärinymmärrykset voivat johtaa avun hakemiseen Suomen ulkopuolelta. Terveyspalvelujen laatua ja saavutettavuutta tulisi kehittää vastaamaan moninaistuvan ikääntyvän väestön tarpeita.

Laura Kemppainen,
Veera Koskinen, Nuriar
Safarov, Antero Olakivi,
Sirpa Wrede, Anne
Kouvonen

Tässä tutkimuksessa tarkastelemme terveyspalveluiden ylirajaista käyttöä Suomessa asuvien ikääntyvien venäjänkielisten näkökulmasta.¹ Terveystutkimuksessa ylirajaisuus (transnationalismi) viittaa muun muassa potilaiden, hoitohenkilökunnan sekä terveyteen liittyvän tiedon ja kulttuuristen käytäntöjen liikkeeseen valtioiden rajojen yli (Bochaton 2013; Kaspar, Walton-Roberts & Bochaton 2019; Mainil & Stan 2019; Ormond & Lunt 2020; Tiilikainen 2008; Tiilikainen & Koehn 2011).

Terveyspalvelujen ylirajainen käyttö on kasvanut tasaisesti 2000-luvun ajan. Kasvuun ovat vaikuttaneet muun muassa terveydenhoidon kaupallistuminen, liikenneyhteyksien nopeutuminen sekä globaali muuttoliike (Cohen 2013; Connell 2013; Kempainen et al. 2021a). Ilmiön yhteydessä on yleisesti puhuttu terveysturismista, mutta viimeaikainen tutkimus on kiinnittänyt huomiota potilaiden liikkumisen syiden ja terveydentilojen moninaisuuteen, jota termi terveysturismi ei tavoita (Bell et al. 2015; Bochaton 2013; Kangas 2011). Jos esimerkiksi vakavasti sairaiden ihmisten pyrkimykseen etsiä apua ylirajaisesti viitataan ”turismina”, tullaan helposti aliarvioineeksi heidän mahdollisia hädän ja kivun kokemuksiaan (Kempainen et al. 2021a). Tämän vuoksi transnationalismin eli ylirajaisuuden näkökulma tuo paremmin esille ilmiön moninaisuuden (Connell 2013; Villa-Torres et al. 2017).

Aiemmistä tutkimuksista tiedetään, että terveyspalvelujen ylirajainen käyttö on yleisempää maahanmuuttotaustaisessa väestössä kuin valtaväestössä, ja se suuntautuu tyypillisesti henkilön entiseen asuinmaahan (Lokdam et al. 2016; Kempainen et al. 2021a; Vindrola-Padros 2021). Ilmiötä on viime vuosina tutkittu paljon, mutta ikääntyvien ulkomailta Suomeen muuttaneiden kokemukset ovat toistaiseksi jääneet vähälle huomiolle.

Väestön ikääntyminen ja kasvava siirtolaisuus ovat maailmanlaajuisesti merkittäviä ilmiöitä, jotka kietoutuvat monin tavoin yhteen. Vaikka vanhemmat ihmiset muuttavat harvemmin kuin työikäiset (n. 12 prosenttia kaikista muuttajista on yli 65-vuotiaita), useat nuorempina muuttaneet ihmiset jäävät pysyvästi uuteen kotimaahansa, ja näin vanheneminen muualla kuin synnyinmaassa yleistyy nopeasti (IOM 2019). Suomessa kuten muuallakin Euroopassa 65 vuotta täyttäneiden siirtolaisten määrä on kasvanut voimakkaasti etenkin 2000-luvulla. Vielä jyrkemmin kasvaa 50–64-vuotiaiden eli niin sanottujen tulevien eläkeikäisten määrä (Tilastokeskus 2021, ks. myös Ciobanu, Fokkema & Nedelcu 2017). Vaikka tämä myöhäis-keski-ikäisiin lukeutuva väestö onkin keskimäärin terveempää ja parempikuntoisempaa kuin vielä muutama vuosikymmen sitten, ikääntyminen väistämättä nostaa sairauksien riskiä, mikä tyypillisesti näkyy palvelutarpeen kasvuna. Tästä syystä on tärkeää kiinnittää huomiota erityisesti ikääntyvien vieraskielisten terveyskäytäntöihin ja palvelujen käyttöön. Vuonna 2021 Suomessa asui yli 21 000 65 vuotta täyttänyttä vieraskielistä henkilöä, joista lähes 40 prosenttia (n. 8 500 henkilöä) puhui äidinkielenään venäjää (Tilastokeskus 2021). Näin ollen venäjänkielisten ikääntyvien kokemusten esiin nostaminen on sekä tutkimuksellisesti että palvelujen kehittämisen näkökulmasta aiheellista.

Jo ennen koronapandemiaa – mutta erityisesti sen yhteydessä – iäkkäät maahanmuuttotaustaiset on nostettu esiin erityisen haavoittuvassa asemassa ja syrjäytymisvaarassa olevana ryhmänä (Fokkema & Ciobanu 2021; Torres 2019; Finell et al. 2021). Tutkimusten mukaan korkea ikä yhdistettynä maahanmuuttotaustaan lisää riskiä jäädä yhteiskunnan palvelujen ulkopuolelle, erityisesti jos henkilöllä ei ole riittävää tukiverkostoa nykyisessä asuinmaassaan (Ciobanu, Fokkema & Nedelcu 2017; Fokkema & Ciobanu 2021). Järjestöjen parissa tehty tuore selvitys vahvisti, ettei viranomaistieto tavoittanut koronapandemian alkuvaiheessa tarpeeksi kattavasti Suomessa asuvaa vieraskielistä väestöä, minkä seurauksena monet heistä turvautuivat henkilökohtaisiin verkostoihinsa sekä ulkomaisiin tiedotusvälineisiin tiedon ja

tuen saannissa (Eläkeläiset ry. 2021). Osa kyselytutkimuksen venäjänkielisistä vastaajista kertoi myös suhtautuvansa epäilevästi Suomessa jaettavaan koronarokotukseen ja pohtivansa sen sijaan mahdollisuutta hankkia Venäjällä jaettava Sputnik V -rokote (emt.). Nämä koronapandemian yhteydessä esille nousseet pohdinnat ovat konkreettinen esimerkki siitä, miten ylijäräinen elämä muovaa ihmisten terveystietoisuutta ja miten terveyttä koskevilla käsityksillä ja valinnoilla on aina myös sosiaalinen, kulttuurinen ja kokemuksellinen ulottuvuutensa.

Viimeaikaisissa tutkimuksissa on havaittu, että Suomessa asuvat venäjänkieliset käyttävät terveyspalveluja ylijäräisesti aktiivisesti muun muassa ostamalla palveluita ja lääkkeitä ulkomailta sekä hyödyntämällä ulkomaisia medioita, omankielisiä internetsivustoja ja ylijäräisiä suhteitaan terveyteen liittyvässä tiedonhankinnassa (Kemppainen et al. 2018; Kemppainen et al. 2021b; Shin et al. 2022). Vuoden 2011 Maamu-aineistossa (THL) reilu 15 prosenttia 18–64-vuotiaista venäjänkielisistä oli käynyt Suomen ulkopuolella lääkärissä edellisen 12 kuukauden aikana (Kemppainen et al. 2018).

Aiemmissä tutkimuksissa ei kuitenkaan ole systemaattisesti tarkasteltu terveyspalvelujen ylijäräisen käytön taustalla olevia syitä ja käyttäjien kokemuksia suomalaisissa terveyspalveluissa (ks. kuitenkin Tiilikainen 2008; Tiilikainen & Koehn 2011). Tässä artikkelissa tarkastelemme ilmiön taustatekijöitä ja syitä monimenetelmällisesti. Tutkimme ”*Care, Health and Ageing of Russian-speaking Minority in Finland*” (CHARM) -aineiston avulla Suomen ulkopuolella tapahtuvan lääkärissä käynnin taustatekijöitä sekä kyselyyn vastanneiden antamia syitä käyttää terveyspalveluja ylijäräisesti. Tarkastelemme sosio-demografisten taustatekijöiden lisäksi kroonisen sairauden, hoidon tarpeen täyttymättömyyden ja internetin käytön yhteyttä ulkomailla lääkärissä käyntiin. Syvennämme ja havainnollistamme näitä määrällisiä tuloksia laadullisen haastatteluaineiston avulla esittelemällä kolme tyypillistä tarinaa siitä, miten ja miksi terveyspalveluita käytetään ylijäräisesti.

Ylijäräiset verkostot, terveys ja terveyspalveluiden käyttö

Nykyään on yhä tavallisempaa, että perhe- ja läheissuhteet levittäytyvät kahden tai useamman kansallisvaltion alueelle. Ylijäräisyyden tutkimuksessa painotetaan, ettei maasta toiseen muutto tarkoita aiempien sosiaalisten suhteiden katkaisemista tai kulttuuri-identiteetin hylkäämistä (Levitt 2003; Glick Schiller, Basch & Blanc-Santon 1992). Monet uuteen maahan muuttaneet pitävät aktiivisesti yhteyttä entisessä asuinmaassa asuviin ystäviinsä ja sukulaisiinsa, ja nämä ylijäräiset suhteet ovat tärkeitä tiedon ja tuen lähteitä. Ylijäräiset verkostot ovat tärkeitä myös terveyteen liittyvien palvelujen ja avun etsinnässä (Tiilikainen 2008; Tiilikainen & Koehn 2011; Villa-Torres 2017; Vindrola-Padros 2021). Ylijäräisiä suhteita ylläpidetään esimerkiksi vierailujen, puhelujen ja postilähetysten avulla sekä yhä useammin verkkovälitteisesti. Uusista viestimisen tavoista, kuten pikaviestisovelluksista ja sosiaalisesta mediasta, on tullut arkipäivää myös monien ikääntyvien elämässä (Baldassar & Wilding 2020; Shin et al. 2022). Kielen, kulttuurin, syntyperän tai uskonnon ympärille muotoutuneet verkostot entisessä ja nykyisessä asuinmaassa voivat olla tärkeä resurssi hyvinvoinnin ja elämänlaadun näkökulmasta (Heikkinen & Lumme-Sandt 2013; Krause 2008; Kemppainen et al. 2021b).

Tutkimukset painottavat ylijäräisten läheissuhteiden merkitystä terveyteen liittyvässä tiedonmuodostuksessa ja tiedon jakamisessa (Lee, Kearns & Friesen 2010; Wilding & Baldassar 2018; Kemppainen et al. 2021b). Henkilökohtaisissa kriiseissä, kuten sairauden kohdatessa, on tavanomaista tukeutua läheisiin ihmisiin, mikä muualta muuttaneiden kohdalla usein tar-

koittaa yhteydenpitoa asuinmaan rajojen ulkopuolelle. Lisäksi tietoa eri sairauksista ja niiden hoitomuodoista saatetaan etsiä ulkomaisilta verkkosivuilta, jotka kielen tai muun kulttuurisen näkökohdan takia ovat paremmin saavutettavissa. Näin sairautta koskeviin tulkintoihin ja hoitoa koskeviin valintoihin sekoittuu erilaisia kulttuurisia aineksia, jotka voivat osaltaan kannustaa terveystalvelujen yllirajaiseen käyttöön (Tiilikainen 2008; Kempainen et al. 2021b). Kontaktit entisessä asuinmaassa voivat myös toimia tärkeinä palvelujen yllirajaista käyttöä mahdollistavina linkkeinä välittämällä tietoa tarjolla olevista vaihtoehdoista tai auttamalla matkajärjestelyissä (Whittaker, Chee & Por 2017; Bochaton 2015).

Terveystalvelujen käyttö entisessä asuinmaassa on sitä yleisempää mitä lähempänä entinen asuinmaa maantieteellisesti sijaitsee (Villa-Torres 2017; Kempainen et al. 2021a). Kansainvälisen kirjallisuuden valossa yleisiä syitä terveystalvelujen käytölle entisessä asuinmaassa ovat sairausvakuutuksen puuttuminen (etenkin Yhdysvalloissa), matalampi hintataso ja lyhyemmät jonotusajat (Su & Wang 2012; Su et al. 2014; Şekercan et al. 2015; González-Vázquez, Pelcastre-Villafuerte & Taboada 2016; Vindrola-Padros 2021). Lisäksi tutkimuksissa on tunnistettu useita rakenteellisia ja kulttuurisia tekijöitä, jotka kannustavat ihmisiä hakeutumaan hoitoon nykyisen asuinmaansa rajojen ulkopuolelle. Näitä ovat muun muassa riittämätön asuinmaan kielen taito, hoitoa koskevat kulttuuriset näkemyserot sekä syrjintäkokemukset asuinmaan terveystalveluissa (Kempainen et al. 2018; Lokdam et al. 2016; Şekercan et al. 2015; Su & Wang 2012). Euroopan Unionin rajat ylittävän terveydenhuollon potilasdirektiivi (24/2011) mahdollistaisi hoidon hakemisen myös muista EU-maista, joissa voi olla tarjolla laajemmin erilaisia hoitoja ja palvelukieliä. Potilasdirektiivin puitteissa matkustaminen on kuitenkin vähäistä (Peralta-Santos & Perelman 2018) ja aihetta on tutkittu vähän maahanmuuttotastaisten käyttäjien näkökulmasta.

Suomessa asuvaa venäjänkielistä väestöä koskevat tutkimukset osoittavat, että terveydenhuollossa koettu syrjintä sekä vähäinen sosiaalinen integroituminen suomalaiseen yhteiskuntaan ovat yhteydessä terveystalvelujen käyttöön ulkomailla (Kempainen et al. 2018; Kempainen et al. 2021b; Shin et al. 2022). Erityisesti iäkkäämmällä vieraskielisellä väestöllä on vaikeuksia terveystalvelujen piiriin hakeutumisessa ja niiden käytössä (Mölsä, Tiilikainen & Punamäki 2017; Safarov 2021), mikä saattaa osaltaan vaikuttaa palvelujen käyttöön ulkomailla. Eräs palvelujen käytön esteitä synnyttävä ja niitä jatkuvasti uudelleen muokkaava tekijä on digitalisaatio, joka on mullistanut paitsi ihmisten välisen vuorovaikutuksen myös yhteiskunnan palvelurakenteen (Buchert & Wrede 2022; Safarov 2021).

CHARM-aineistosta nousee esiin, että lähes kolmasosalla Suomessa asuvista yli 64-vuotiaista venäjänkielisistä ei ole mahdollisuutta sähköiseen tunnistautumiseen, joka tarvitaan kirjauduttaessa julkisiin verkkopalveluihin, kuten terveystalveluihin (Kempainen et al. 2020a; ks. myös Vehko et al. 2020). Lisäksi tutkimuksemme osoittavat, että erilaiset terveysongelmat ovat yhteydessä vähäisempään digitaalisten teknologioiden käyttöön (Kouvonen et al. 2021; Kouvonen et al. 2022). Vaikka henkilöllä olisi hyvät digitaidot ja tarvittava välineistö, julkisten palveluiden käyttö verkossa voi olla hankalaa myös siksi, ettei henkilöllä ole riittävää suomen kielen taitoa tai palvelujärjestelmän tuntemusta (Safarov 2021). Toisaalta myös terveystalvelujen yllirajainen käyttö saattaa edellyttää digitaalisia taitoja. Tuore tutkimuksemme osoitti, että ikääntyvän venäjänkielisen väestön parissa digiteknologioiden aktiivinen käyttö oli yhteydessä terveystalvelujen yllirajaiseen käyttöön (Shin et al. 2022).

Aiemmissä tutkimuksissa painotetaan, että terveystalveluja yllirajaisesti käyttävät ihmiset etsivät paitsi tehokasta hoitoa myös emotionaalista tukea ja kulttuurisesti tutuksi kokemaansa hoitoa (Lee, Kearns & Friesen 2010; Vindrola-Padros 2021; Kempainen et al. 2021b). Yh-

teinen kieli, mutta myös jaettu ymmärrys diagnostiikasta ja hoitokäytännöistä ovat omiaan lisäämään kokemusta hoidon laadusta ja luotettavuudesta (Villa-Torres 2017; Kempainen et al. 2021b). Henkilökohtaiseen terveyteen liittyvissä kysymyksissä paluu tuttuun ympäristöön saatetaan kokea tärkeäksi ja terapeuttiseksi (Tiilikainen 2008; Lee, Kearns & Friesen 2010).

Terveyspalveluihin hakeutuminen ylirajaisesti voi myös olla väylä käyttää hoitomuotoja, kuten täydentäviä ja vaihtoehtoisia hoitoja tai erilaisia kansanparannuksen menetelmiä, joita nykyisessä asuinmaassa ei ole saatavilla tai joita ei siellä katsota lääketieteen piiriin kuuluviksi (González-Vázquez, Pelcastre-Villafuerte & Taboada 2016; Tiilikainen 2008). Vaikka osalle ihmisistä hoitoon hakeutuminen ulkomailla voi olla keino laajentaa henkilökohtaista hoitorepertuaaria, osalle ylirajaisiin verkostoihin ja palveluihin tukeutuminen ovat ainoita keinoja saada terveydentilansa edellyttämää hoitoa (Tiilikainen 2008; Whittaker 2015). Ulkomaille hoitoon hakeutuminen vaatii usein laajaa tiedonhakua, matkustamista sekä säännöllistä tai pitkäaikaista oleskelua poissa kotoa, joten matkaan ei lähdetä kevyin perustein – etenkin, jos terveydentila on heikko (Kangas 2010; Vidrola-Padros 2021).

Terveyspalvelujen ylirajainen käyttö ei välttämättä korvaa asuinmaan terveyspalvelujen käyttöä, vaan yleisempää on, että nykyisen ja entisen asuinmaan palveluja käytetään rinnakkain ja toisiaan täydentävästi (Kempainen et al. 2018). Voidaan puhua henkilökohtaiseen terveyteen liittyvistä pluralismista tai hybridistrategioista, joiden avulla ihminen pyrkii löytämään omaan tilanteeseen parhaiten sopivat palvelut ja hoitomuodot (Bochaton 2019; Krause 2008). Tähän sisältyy kuitenkin myös riskejä, kuten mahdolliset päällekkäiset lääkitykset tai hoidon seurantaan liittyvät ongelmat (Lokdam et al. 2016; Main 2014). Näiden riskien ja palvelujen kehittämisen näkökulmasta on tärkeää ymmärtää ulkomailta Suomeen muuttaneen väestön ylirajaisia terveyskäytäntöjä.

Venäjän sairausvakuutusjärjestelmä

Suurin osa empiirisen aineistomme käsittämästä terveyteen liittyvästä matkustamisesta suuntautuu Venäjälle. Venäjän perustuslaki takaa kaikille kansalaisille asuinpaikasta riippumatta ilmaisen perusterveydenhoidon ja ennaltaehkäisevän hoidon (Laki Venäjän Federaation pakollisesta sairausvakuutuksesta 2010; Zarubalova 2013; Kaneva et al. 2019). Terveystenhoito rahoitetaan pakollisen sairausvakuutusrahaston ja valtion budjetista. Työnantajat ovat velvollisia maksamaan työntekijöistään sairausvakuutusmaksua ja ei-työssäkäyvien vakuutusmaksut katetaan aluehallinnon budjetista (Zarubalova 2013). Sairausvakuutusrahasto ja sen alueelliset rahastot kattavat kaikki Venäjän kansalaiset riippumatta siitä missä he asuvat ja takaa heille oikeudet saada maksutonta terveydenhuoltoa. Tämän perusoikeuden toteutumisessa on suuria alueellisia eroja ja etenkin pienillä paikkakunnilla hoito voi olla huonolaatuista ja heikosti saatavilla (Kaneva et al. 2019). Lisäksi käytännössä asiakkaat kuitenkin maksavat epävirallisia maksuja suoraan lääkärille tai hoitajalle (Aistov, Aleksandrova & Gerry 2021; Zarubalova 2013). Venäjällä on tarjolla myös yksityisiä vakuutusyhtiöitä, joita työnantaja tai yksityishenkilö voi ostaa, mutta nämä ovat harvinaisia. Yksityinen vakuutus korvaa laajemmin erilaisia hoitoja kuin pakollinen vakuutus ja niiden määrä kasvaa tasaisesti (Aistov, Aleksandrova & Gerry 2021).

Myös Suomessa asuvilla Venäjän kansalaisilla on oikeus käyttää venäläisiä julkisia terveyspalveluja. Lisäksi yksityisten terveyspalveluiden asiakasmaksut ovat matalia verrattaessa suomalaiseseen yksityisen sektorin hintatasoon. Näin ollen suomalainen tulotaso mahdollistaa

yksityisten palveluiden käytön Venäjällä ja esimerkiksi Baltian maissa, joissa palvelua on saatavissa myös venäjäksi.

Tutkimusaineisto ja tutkimusmenetelmät

Lähestymme terveystalvveluiden yllirajaista käyttöä sekä määrällisen kyselyaineiston että laadullisen haastatteluaineiston avulla. Tutkimme terveystalvvelujen yllirajaisen käytön yleisyyttä ja taustatekijöitä tilastollisesti edustavan kyselyaineiston avulla ja syvennämme tuloksia haastatteluaineiston avulla. Monimenetelmällisen lähestymistavan (esim. Tashakkori & Teddlie 2008; Fetters, Curry & Creswell 2013) avulla pyrimme muodostamaan mahdollisimman kattavan ja yksityiskohtaisen kuvan terveystalvvelujen yllirajaisesta käytöstä ja siihen vaikuttavista tekijöistä ikääntyvien venäjänkielisten keskuudessa.

Tutkimuksen tilastolliset analyysit pohjautuvat vuonna 2019 kerättyyn väestöpohjaiseen kyselyaineistoon (CHARM), jonka kohderyhmänä olivat Suomessa asuvat 50 vuotta täyttäneet venäjänkieliset (vastausprosentti 36, n=1082). Otanta ositettiin sukupuolen mukaan ja kyselyyn vastasi 616 miestä ja 466 naista. Vastaajien keski-ikä oli 63 vuotta (keskihajonta 8,4 vuotta). Kysely sisälsi vastaajien terveydentilaan, hyvinvointiin, sosiaalisiin suhteisiin, julkisten palvelujen käyttöön, digiosallisuuteen sekä hoivan antamiseen ja saamiseen liittyviä kysymyksiä. Tässä tutkimuksessa keskityimme tarkastelemaan kysymyksiä, jotka koskevat lääkärissä käyntejä ulkomailla edellisten 12 kuukauden aikana ja ulkomailla lääkärissä käynnin syitä.

Aineistoa analysoitiin Stata 16 -ohjelmalla käyttäen kuvailevia tilastotieteen menetelmiä sekä logistista regressioanalyysiä. Analyyseissä käytettiin otanta-asetelman huomioivaa painomuuttujaa, joka myös korjaa osin vastauskadon vaikutuksia (ks. Kemppainen et al. 2020a).

Regressioanalyysin vastemuuttujana käytimme kysymystä ”oletteko hakenut lääkärin hoitoa ja apua jostain muusta maasta kuin Suomesta viimeksi kuluneen 12 kuukauden aikana?” (kyllä/ei). Selittäviä muuttujia olivat sukupuoli, ikä kaksiluokkaisena (50–64 v. / yli 64 vuotta), kotitalouden nettotulot kaksiluokkaisena (alle / yli 2 500 €/ kk), päätoimi (työssä / työtön / eläkeläinen / muu), Suomen kansalaisuus (kyllä / ei), muun maan kansalaisuus (kyllä / ei), asuinalue (Etelä-Suomi / Helsinki-Uusimaa / Länsi-Suomi / Pohjois- ja Itä-Suomi) sekä asuin aika Suomessa jatkuvana muuttujana. Noin 400 vastaajaa ilmoitti olevansa sekä Suomen että muun maan kansalaisia. Yleisimmät muun maan kansalaisuusryhmä oli Venäjän (n=796), Viron (n=34) ja Ukrainan (n=22) kansalaiset. Kyselyssä kysimme vastaajan koulutuksesta Suomessa ja synnyinmaassa. Muuttujassa ”korkeakoulututkinto” on yhdistetty suomalaiset ja vastaajan synnyinmaassa suoritettut korkeakoulututkinnot. Kuitenkin on huomattava, että suomalaisten korkeakoulututkintojen määrä oli hyvin pieni (n=26), joten muuttuja kuvaa käytännössä synnyinmaassa suoritettua korkeakoulututkintoa. Kielitaitoa kysyttiin pyytämällä vastaajaa arvioimaan suomen tai ruotsin kielen taitoansa. Käytetyssä kolmiluokkaisessa muuttujassa on yhdistetty hyväksi kielitaidoksi kategoriat ”osaan käyttää suomea tai ruotsia monipuolisesti eri tilanteissa” ja ”pystyn aktiivisesti osallistumaan arkisiin keskusteluihin suomeksi tai ruotsiksi”. Muut kategoriat ovat ”selviän yksinkertaisista arkisista tilanteista suomeksi tai ruotsiksi” sekä ”en puhu lainkaan kumpaakaan kieltä”.

Täyttymätöntä hoidontarvetta kuvaava muuttuja muodostettiin kysymyksestä, jossa kysyttiin vastaajan arviota siitä, onko hän viimeksi kuluneiden 12 kuukauden aikana saanut Suomessa mielestään tarpeeksi seuraavia terveystalvveluja: yleislääkärin vastaanottopalvelut, erikoislääkärin vastaanottopalvelut, sairaan- tai terveydenhoitajan vastaanottopalvelut (kyllä

/ en / en ole tarvinnut). Jos vastaaja oli vastannut yhteen tai useampaan kohtaan ”en” hänellä arvioitiin olevan täyttymätön hoidontarve (kyllä / ei). Krooninen sairaus tai vaiva -muuttuja muodostettiin kysymyksestä ”rajoittaako jokin pitkäaikainen sairaus, vika tai vamma arkipäiväistä toimintaanne?” (ei lainkaan / jonkin verran / melko paljon / erittäin paljon). Jos vastaaja oli vastannut jonkin verran, melko paljon tai erittäin paljon, hänellä tulkittiin olevan krooninen sairaus tai vaiva (kyllä / ei). Internetin käyttöä kuvaava muuttuja muodostettiin kysymyksestä ”kuinka usein käytätte internetiä?” yhdistämällä ainakin kerran viikossa ja useammin käyttävät vastaajat muuttujaan ”käyttää internetiä useammin kuin kerran viikossa” (kyllä / ei).

Lisäksi tarkastelimme Suomen ulkopuolella lääkärissä käynnin syitä sukupuolittain. Päävasteen kysymykseen kyllä-vastanneilta vastaajia pyydettiin arvioimaan erinäisten Suomen ulkopuolella lääkärissä käynnin syiden tärkeyttä asteikolla ”ei lainkaan tärkeä”, ”melko tärkeä” ja ”erittäin tärkeä”. Selkeyden vuoksi melko ja erittäin tärkeä -vastaukset yhdistettiin samaan luokkaan. Tilastollinen merkitsevyys naisten ja miesten vastausten erojen välillä testattiin Pearsonin Khiin neliö -testin avulla.

Syvennämme määrällisen analyysin tuloksia laadullisen aineiston avulla. Tämä haastatteluaineisto koostuu 21 haastattelusta 50–80-vuotiaiden Suomessa asuvien venäjänkielisten parissa. Aineisto kerättiin kolmannen sektorin toimijoiden järjestämissä venäjänkielisille suunnatuissa digitaitotyöpajoissa pääkaupunkiseudulla vuonna 2020. Haastatelluista kolme on miehiä ja loput naisia. Jakauma vastaa työpajojen kävijöiden sukupuolijakaumaa. Haastattelut toteutettiin venäjäksi tai suomeksi haastateltavan toiveiden mukaan. Haastatteluissa keskusteltiin yleisesti haastateltavien elämästä Suomessa ja ennen Suomeen muuttoja, suomalaisten terveyspalvelujen käyttökokemuksista sekä internetin ja digitaalisten palvelujen käytöstä. Aineiston analyysimetodina käytettiin induktiivista temaattista analyysia (Boyatzis 1998), jonka avulla aineistosta valittiin kolme esimerkkitarinaa liittyen terveyspalvelujen yllirajaiseen käyttöön. Nämä yksittäiset tarinat on valittu siten, että niiden avulla välittyy aineistosta saatu yleiskuva ilmiöstä. Kolme valittua tarinaa kuvaavat eri näkökulmista terveyspalveluiden yllirajaista käyttöä ja kuvaavat eri ikäisten ja eri sosioekonomisista taustoista tulevien ihmisten syitä käytölle. Ne myös auttavat tulkitsemaan ja syventämään ymmärrystämme artikkelissa raportoiduista määrällisistä tuloksista ja havainnollistavat eri syiden yhteenkietoutuneisuutta.

Ulkomailla lääkärissä käynnin syyt ja taustatekijät kyselytutkimuksen valossa

Taulukossa 1 esitellään aineiston kuvailevat tiedot. Lähes 28 prosenttia 50 vuotta täyttäneistä venäjänkielisistä oli hakenut lääkärin apua Suomen ulkopuolelta kyselyä edeltävän kalenterivuoden aikana. Näistä vastaajista (n=227, ei näy taulukossa) 90 prosenttia ilmoitti hakeneensa hoitoa Venäjältä, reilu kuusi prosenttia Virossa ja noin kaksi prosenttia jostain muusta maasta. Noin 21 prosenttia vastaajista ilmoitti, että he eivät olleet saaneet riittävästi terveydenhoitopalveluja Suomessa edeltävän 12 kuukauden aikana. Yli 64 prosenttia kertoi, että heillä on jokin krooninen sairaus, vamma tai vaiva, joka rajoittaa jokapäiväistä elämää. Yli 90 prosenttia käytti internetiä ainakin kerran viikossa.

Logistinen regressiomalli (taulukko 2) osoittaa, että ulkomailla lääkärissä käynti oli yleisempää naisilla, työttömällä, korkeasti koulutetuilla sekä vastaajilla, joiden kotitalouden nettotulot olivat yli 2 500 euroa kuukaudessa. Ikäryhmien välillä ei ollut tilastollisesti merkitsevää eroa. Pidempi asuinaika Suomessa vähensi käyttöä, mutta Suomen kansalaisuus tai suomen/ruotsin kielen taito eivät olleet merkitsevästi yhteydessä lääkärissä käyntiin Suomen

Taulukko 1. Aineiston kuvailevat tiedot (prosenttiosuudet painotettu vastaamaan perusjoukkoa)

| Muuttuja | Luokka | n | % |
|--|---|-----------|---------|
| Käynyt lääkärissä Suomen ulkopuolella | Kyllä | 264 | 27,7 |
| | Ei | 789 | 72,3 |
| Sukupuoli | Nainen | 466 | 67,8 |
| | Mies | 616 | 32,2 |
| Ikä | 50-64 vuotta | 653 | 66,6 |
| | yli 65 vuotta | 429 | 33,4 |
| Kotitalouden tulot | Alle 2500€/kk | 869 | 80,6 |
| | 2500€/kk ja yli | 187 | 19,4 |
| Päätoimi | Työssä | 423 | 43,5 |
| | Työtön | 159 | 15,5 |
| | Eläkkeellä | 366 | 28,8 |
| | Muu | 73 | 7,1 |
| | Tieto puuttuu | 61 | 5,2 |
| Korkeakoulututkinto | Kyllä | 547 | 48,1 |
| | Ei | 535 | 51,9 |
| Suomen kansalaisuus | Kyllä | 525 | 54,5 |
| | Ei | 546 | 45,5 |
| Muun maan kansalaisuus | Kyllä | 937 | 86,0 |
| | Ei | 135 | 14,0 |
| Kielitaito | Hyvä kielitaito | 385 | 41,6 |
| | Selviää yksinkertaisista keskusteluista | 517 | 43,8 |
| | Ei puhu lainkaan suomea/ruotsia | 117 | 8,1 |
| | Tieto puuttuu | 63 | 6,5 |
| Täyttämätön hoidontarve | Kyllä | 211 | 20,6 |
| | Ei | 741 | 66,8 |
| | Tieto puuttuu | 130 | 12,6 |
| Krooninen sairaus tai vaiva | Kyllä | 697 | 64,4 |
| | Ei | 355 | 32,4 |
| | Tieto puuttuu | 30 | 3,2 |
| Käyttää internetiä vähintään kerran viikossa | Kyllä | 966 | 91,0 |
| | Ei | 101 | 9,1 |
| Suuralue | Etelä-Suomi | 421 | 40,0 |
| | Helsinki-Uusimaa | 366 | 33,9 |
| | Länsi-Suomi | 124 | 11,1 |
| | Pohjois- ja Itä-Suomi | 171 | 15,0 |
| Asuinaika Suomessa | | keskiarvo | min/max |
| | | 17,8 | 0/76 |

Taulukko 1: Aineiston kuvailevat tiedot (prosenttiosuudet painotettu vastaamaan perusjoukkoa).

ulkopuolella. Sen sijaan muun maan kansalaisuus oli positiivisesti yhteydessä terveystalveluiden ylläpitoon. Täyttämätön hoidon tarve lisäsi todennäköisyyttä hakeutua ulkomaille hoitoon samoin kuin krooninen sairaus tai vaiva. Internetin käytön positiivinen yhteys ulkomaille lääkärissä käyntiin ei jää tilastollisesti merkitseväksi yhteydeksi.

Kysyimme vastaajien arvioita siitä, kuinka tärkeäksi he arvioivat eri syyt hakeutua lääkäriin Suomen ulkopuolelle. Taulukossa 3 käytön syyt on raportoitu sukupuolittain. Tärkeimmäksi syyksi muodostui hoidon hinta, jonka näki melko tai erittäin tärkeäksi 86 prosenttia vastaajista. Toiseksi tärkein syy oli nopeampi hoitoon pääsy (82 %). Etenkin naiset pitivät tätä syytä tärkeänä. Kolmanneksi tärkeimmäksi syyksi muodostuivat oman kielen käytön mahdollisuus

Taulukko 2. Logistinen regressioanalyysi (Analyysissä käytetty painomuuttujaa)

| Muuttuja | Luokka | Kerroin | p-arvo |
|---|--|---------|-------------|
| Sukupuoli | Mies | ref. | . |
| | Nainen | 1,87 | 0,00 |
| Ikä | 50-64 vuotta | ref. | . |
| | yli 65 vuotta | 0,84 | 0,67 |
| Kotitalouden tulot | Alle 2500€/kk | ref. | . |
| | 2500€/kk ja yli | 2,14 | 0,01 |
| Korkeakoulututkinto | Ei | ref. | . |
| | Kyllä | 1,54 | 0,02 |
| Päätoimi | Työssä | ref. | . |
| | Työtön | 2,42 | 0,00 |
| | Eläkkeellä | 1,58 | 0,29 |
| | Muu | 0,64 | 0,28 |
| | Tieto puuttuu | 0,62 | 0,41 |
| Suomen kansalaisuus | Kyllä | ref. | . |
| | Ei | 1,01 | 0,98 |
| Muun maan kansalaisuus | Ei | ref. | . |
| | Kyllä | 2,14 | 0,04 |
| Asuinaika Suomessa | | 0,96 | 0,00 |
| Kielitaito | Ei puhu lainkaan suomea/ruotsia | ref. | . |
| | Hyvä kielitaito | 0,86 | 0,62 |
| | Selviää yksinkertaisista keskusteluista | 0,77 | 0,48 |
| Täyttämätön hoidontarve | Ei | ref. | . |
| | Kyllä | 1,73 | 0,02 |
| | Tieto puuttuu | 0,94 | 0,85 |
| Krooninen sairaus tai vaiva | Ei | ref. | . |
| | Kyllä | 2,31 | 0,00 |
| | Tieto puuttuu | 0,48 | 0,38 |
| Käyttää internetiä vähintään kerran viikossa | Ei | ref. | . |
| | Kyllä | 2,12 | 0,08 |
| Suuralue | Etelä-Suomi | ref. | . |
| | Helsinki-Uusimaa | 0,97 | 0,90 |
| | Länsi-Suomi | 0,95 | 0,89 |
| | Pohjois- ja Itä-Suomi | 1,10 | 0,74 |
| Vakiotermi | | 0,05 | 0,00 |

Taulukko 2: Logistinen regressioanalyysi ulkomailla lääkäriässä käynnistä (Analyysissä käytetty painomuuttujaa).

Taulukko 3. Ulkomailla lääkärissä käynnin syiden tärkeys sukupuolittain

| Kuinka tärkeiksi arvioitte seuraavat syyt? (Melko tai erittäin tärkeää) | Mies | Nainen | Yhteensä | p |
|---|------|--------|----------|-------------|
| Hoito on halvempaa kuin Suomessa | 79 % | 88 % | 86 % | 0,05 |
| Hoitoon pääsyä ei tarvitse odottaa | 68 % | 87 % | 82 % | 0,00 |
| Ei ole kieliongelmiä | 76 % | 77 % | 77 % | 0,90 |
| Tunnen palvelut ja ymmärrän järjestelmää paremmin kuin Suomessa | 60 % | 71 % | 68 % | 0,09 |
| Minulla on ulkomailla tuttu lääkäri, joka hoitaa minua | 37 % | 51 % | 48 % | 0,03 |
| Hoidon laatu on parempaa kuin Suomessa | 30 % | 46 % | 41 % | 0,01 |
| Palvelu on parempaa kuin Suomessa | 22 % | 43 % | 37 % | 0,00 |

1) P-arvot Khiin neliö-testistä; tilastollisesti merkitsevät p-arvot lihavoitu

2) Prosenttiosuudet painotettu

Taulukko 3: Ulkomailla lääkärissä käynnin syiden tärkeys sukupuolittain.

(77 %). Naiset raportoivat miehiä useammin lääkärin tuttuuden, hoidon laadun ja paremman palvelun tärkeiksi syyksi hakeutua ulkomaille hoitoon. Yleisesti naiset antoivat kaikille syyille suuremman painoarvon kuin miehet. Ainoastaan kielikysymyksessä ja järjestelmän tuntemuksessa ei ollut tilastollisesti merkitsevää eroa miesten ja naisten vastauksien välillä.

Seuraavaksi havainnollistamme ja syvennämme näitä tuloksia laadullisen haastatteluai-
neiston avulla.

Kolme tyypillistä tarinaa yllirajaisesta palveluiden käytöstä

Noin kolmasosa laadullisiin haastatteluihin osallistuneista kertoi käyttäneensä terveyspalveluja yllirajaisesti. Monet kertoivat käyneensä Venäjällä säännöllisesti ja yhdistivät usein näihin matkoihin myös lääkärissä käynnin. Syiksi kerrottiin halvempi hinta, hoidon laatu, huonot kokemukset suomalaisista terveyspalveluista ja tarve laajalle terveystarkastukselle. Huonot kokemukset suomalaisista terveyspalveluista nousivat yleisesti esille haastatteluai-
neistossa. Monet kertoivat väärinymmärryksistä, hoitamatta jättämisestä ja epäselvyyksistä, jotka ovat haitanneet palveluihin pääsyä ja oikeanlaisen hoidon saamista. Usein haastateltavien kuvaamat vaikeudet vaikuttivat kumpuavan kieliongelmistä ja järjestelmän tuntemuksen puutteesta, ja osalla haastateltavista nämä kokemukset olivat toimineet työntävänä tekijänä ulkomaisten terveyspalveluiden pariin hakeutumiselle.

Seuraavaksi esittelemme kolme tyypillistä tarinaa yllirajaisen terveyspalveluun tukeutu-
misesta *Margaritan*, *Valerian* ja *Polinan* (nimet muutettu) tapauksien kautta.

Margarita on yli 80-vuotias ja muuttanut Suomeen 1990-luvulla. Hänen tulonsa muodostu-
vat ainoastaan suomalaisesta takuueläkkeestä (n. 850 €/kk, Kela 2022), joka riittää huonosti elinkustannuksiin pääkaupunkiseudulla. Vaikka Margarita on asunut jo vuosikymmeniä Suomessa, hän kertoo käyneensä lääkärillä Suomessa vain muutamia kertoja. Margarita selviytyy suomen kielellä arkisista keskustelutilanteista. Hän osallistui muutamille suomen kielen kurseille, mutta hänelle ei tarjottu lisää kursseja hänen korkean ikänsä vuoksi. Terveyspalvelujen suhteen hän kertoo suurimmaksi vaikeudeksi päästä venäjänkielisen lääkärin vastaanotolle, vaikka hän on sitä pyytänyt. ”Kun minulta kysytään terveyskeskuksessa tai puhelimesta, minä aina yritän vakuuttaa, että haluan venäjänkieliselle lääkärille. Jos tätä kysytään, minä vastaan, että totta kai venäjänkieliselle, hänen kanssa minä voin puhua.” Myöhemmin haastattelussa Margarita kertoo ongelmistaan ajan varaamisen kanssa: ”Tär-

keintä on yrittää ymmärtää, milloin aika on varattu. Voi olla, että se sanotaan niin nopeasti tai muuta. Pitää ymmärtää mikä päivä ja mikä aika.” Kielikysymys näyttäytyy siis Margaritan tapauksessa pääasiallisena esteenä suomalaisten terveystalvelujen käytölle.

Keskusteltaessa terveystalvelujen käytöstä yllirajaisesti Margarita mainitsee aluksi, miten vaivattomalta hoitoon hakeutuminen Venäjälle tuntui lyhyen jonotusajan vuoksi. Suomessa hänen mukaansa on mahdotonta saada aika lääkäriille. Sitten hän kuvaa laajemmin tapahtumia, jotka ovat johtaneet hänen epäluuloonsa suomalaisia lääkäreitä kohtaan.

Tämä tilanne oli juuri kun olin saapunut Suomeen. Minulla oli korkea verenpaine. Sain reseptin... ja jonkin ajan päästä alkoi yskä. En yhtään ymmärtänyt miksi. Menin suomalaiselle lääkäriille sen yskän vuoksi. Hän istui näin [näyttää], etsi jotain käsikirjasta ja sanoi, minä en tiedä miksi sinulla on yskä. Lähdin Venäjälle ja siellä minulta kysyttiin, minkälaisia reseptilääkkeitä sinulla on. Minä sanoin, että tämä, tämä, tämä. Hän sanoi [lääkkeen nimi] pitää peruuttaa, yskä on sen sivuvaikutus.

Tämä kokemus antaa Margaritalle syyn epäillä lääkärien osaamista ja hoidon laatua Suomessa, mikä osaltaan sysää hänet hakeutumaan venäläisten talvelujen piiriin. Yleisesti aineistossa nousee esille kertomuksia siitä, kuinka yksittäiset huonot kokemukset ja kuulematta jäämisen kokemukset suomalaisissa terveystalveluissa ovat johtaneet siihen, että apua haetaan aina kun mahdollista Suomen ulkopuolelta.

Toinen kuvaava tapaus on Valeria, joka on hieman yli 70-vuotias ja asunut Suomessa noin 20 vuotta. Hän puhuu suomea hyvin ja hallitsee myös hyvin internetin käytön. Hän on yksi harvoista haastatelluista, joka saa myös korkeampaa työeläkettä Suomessa. Hän on ajoittain käyttänyt myös yksityisen sektorin lääkäritalveluja Suomessa. Silti hän kokee sekä yksityiset että julkiset talvelut riittämättömäksi tarpeisiinsa: ”Ainoastaan hinta on eri. Maksan, mutta niistä ei ole mitään hyötyä. Tulos on samanlainen.” Näin ollen Valeria tukeutuu suomalaisten talveluiden ohella myös terveystalveluihin Baltian maissa. Hän on erityisen pettynyt suomalaisiin jonotusaikoihin erityissairaanhoidon ja hammashoidon talveluissa, joita hän käyttää mieluummin Suomen ulkopuolella. Valeria kuvaa alla olevassa esimerkissä tilannetta, jossa hän odotti Suomessa magneettikuvaukseen pääsyä ja koki pitkän odotusajan heikentäneen hänen terveydentilaansa huomattavasti.

Ennen omalle lääkäriille oli helppo päästä. Mutta nyt on jono ... erikoislääkäriille. Sinne on jonotus kuukausia tai kolme kuukautta. Magneettikuvaukset, ultraäänit aina kolme-neljä kuukautta ennen kuin pääset. Sitten se kuva jo muuttuu, sairauskuva. Silloin minulla oli jalan kanssa se ongelma. [Lääkäri sanoi,] olette laiminlyönyt sitä. Hän sanoi, että se on muuttunut krooniseksi. Minä sanoin, kuka sen muutti krooniseksi? Te! Koska minä en päässyt teille [hoitoon].

Valeria koki, että pitkä odotusaika hoitoon heikensi huomattavasti hänen terveydentilaansa ja kroonisti jalkavaivan. Lopulta hänen jalkaansa hoidettiin yksityisellä lääkäriasemalla eräässä Baltian maassa.

Kolmas esimerkkitarina on Polinan kertomus kokemuksistaan suomalaisissa talveluissa ja ulkomaille talveluihin hakeutumisesta. Polina on pian 70-vuotias ja muutti Suomeen 2000-luvun alussa. Hän löysi pian töitä Suomesta ja on näin oikeutettu myös työeläkkeeseen. Hän puhuu suomea niin hyvin, että käyttää sosiaali- ja terveystalveluita ilman tulkin apua.

Hän käyttää tottuneesti myös sähköisiä terveyspalveluita. Kuten Valeria, myös Polina on käyttänyt sekä julkisia että yksityisiä palveluita Suomessa, mutta ne eivät vastanneet hänen hoitotarvettaan ja käsitystään hyvästä hoidosta. Hän koki erittäin tärkeäksi ennaltaehkäisevät laajat terveystarkastukset, joita ei tarjota suomalaisessa terveydenhuoltojärjestelmässä, mutta joihin hän oli tottunut asuessaan Venäjällä. Säännölliset ennaltaehkäisevät terveystarkastukset (*dispansertizatsija*) olivat olennainen osa neuvostoaikaista terveydenhoitojärjestelmää ja ne on otettu uudelleen käyttöön Venäjällä ja muissa entisen Neuvostoliiton maissa (Arena et al. 2022; Rechel 2014). Koska Polina ei löytänyt tällaista mahdollisuutta Suomessa, hän jatkoi terveystarkastuksissa käymistä entisessä kotimaassaan. Hän myös matkusti Venäjälle ostamaan kuulolaitteen, joka oli siellä huomattavasti halvempi kuin Suomessa.

Matkustin [Venäjälle], minulla on tämä ongelma kuulon kanssa. Minulle tehtiin operaatio Suomessa ja sen yhteydessä testasin joitain erityislaitteita. Sanoin, että halusin kuulolaitteen. Mutta Venäjällä he sanoivat, että jos minulla on todistus vammasta, voin saada sen erittäin halvalla tai ilmaiseksi.

Polinan tarina havainnollistaa, kuinka esimerkiksi kuulolaitteen ostaminen voi olla liian kallista Suomessa asuvalle eläkeläiselle. Tässä tapauksessa Polinalla on mahdollisuus saada kuulolaite halvalla Venäjältä ja näin ollen hänen toimintaansa voidaan kuvata esimerkkinä hybridistrategiasta, jossa potilas yhdistää eri maiden terveysjärjestelmän etuja omaksi parhaakseen. Toisaalta Polinan kertomuksessa nousee esiin vahva tottumus tietynlaiseen hoitoon (ennaltaehkäisevät terveystarkastukset), joita hän kaipaa edelleen, vaikka on asunut Suomessa jo yli 20 vuotta.

Yhteisymmärryksen puute ja väärinkäsitykset palveluiden ylijärjestyksen taustalla

Kuten aiemmissakin tutkimuksissa on havaittu, terveyspalvelujen ylijärjestyksen käyttö on varsin yleistä Suomessa asuvien venäjänkielisten keskuudessa ja se suuntautuu tyypillisesti Venäjälle ja Baltian maihin, joissa on tarjolla venäjänkielisiä palveluja (Kempainen et al. 2018; Kempainen et al. 2021b; Shin et al. 2022). Vastaavasti kuin aiemmissa kansainvälisissä tutkimuksissa maahanmuuttotilaisien terveyspalveluiden ylijärjestyksen käytöstä (Su & Wang, 2012; Şekercan et al. 2015; Wang & Kwak 2015; González-Vázquez, Pelcastre-Villafuerte & Taboada 2016; Vindrola-Padros 2021) myös Suomessa asuvien venäjänkielisten parissa terveyspalveluiden edullisuus sekä kokemus palveluiden käytön vaivattomuudesta olivat keskeisimpiä syitä käyttää terveyspalveluita Suomen rajojen ulkopuolella. Haastattelujen perusteella kokemus vaivattomuudesta syntyy ennen kaikkea siitä, että hoitoon pääsy on nopeaa ja terveydenhuoltojärjestelmä ja mahdollisesti jopa hoitava lääkäri ovat entuudestaan tuttuja. Nämä tekijät yhdessä yhteisen kielen kanssa lisäävät kokemusta kuulluksi ja ymmärryksi tulemisesta sekä vahvistavat hallinnan tunnetta ja luottamusta (ks. myös Villa-Torres 2017; Kempainen et al. 2021b).

Tulosten valossa terveyspalveluiden käyttö ulkomailla on erityisesti naisten suosiossa. Tässä taustalla voi olla se, että naiset ylipäättään käyttävät terveyspalveluita enemmän ja hakeutuvat lääkäriin helpommin (Kapiainen & Eskelinen 2014; Thompson et al. 2016). Toisaalta he saattavat tarvita palveluita, joissa luottamus, tuttuus ja yhteisymmärrys ovat erityisen tärkeitä kuten esim. gynekologin palvelut. Kyselymme mukaan naisvastaajille

miehiä tärkeämpiä syitä hakeutua ulkomaille lääkäriin olivat myös palvelun laatu ja lyhyet odotusajat, mikä puoltaisi näitä selityksiä.

Regressioanalyysimme osoitti myös työttömyyden olevan yhteydessä terveystalouden käyttöön ylijärjestyksellisesti siten, että työttömät käyttivät palveluita enemmän kuin työssäkäyvät. Mahdollisena selityksenä voi olla se, että työssäkäynti vahvistaa suomen kielen osaamista ja kartuttaa muutenkin sosiaalista ja kulttuurista pääomaa, joiden kautta Suomen terveydenhuoltojärjestelmän tuntemus ja luottamus sitä kohtaan saattavat vahvistua. Työssäkäyvillä on Suomessa myös oikeus työterveyshuoltoon, jolloin terveystalouden ylijärjestyksellisesti käyttöä ei ehkä koeta niin tarpeelliseksi. Toisaalta palveluiden ylijärjestyksellisesti käyttö oli yhteydessä korkeampaan tulo- ja koulutustasoon. Tulot mahdollistavat monipuolisemman terveystalouden käytön, kuten haastattelujen Valerian ja Polinan esimerkit osoittavat. Huomattavaa kuitenkin on, että kyselyaineistossamme yleinen tulotaso on matala, vain noin 20 prosentilla kotitalouden yhteenlasketut tulot olivat yli 2 500 euroa kuukaudessa, joka sekkin on suomalaisittain matala tulotaso. Lähes 40 prosenttia vastaajista oli saanut toimeentulotukea kyselyä edeltäneen kalenterivuoden aikana (Kemppainen et al. 2020a). Korkeakoulututkinnon yhteys ylijärjestyksellisesti hoidon etsintään voi viitata esimerkiksi koulutuksen kautta saavutettuun sosiaaliseen verkostoon, jota käytetään avun etsimiseen sekä tiiviimpään yhteyteen synnyinmaahan. Muiden muassa Kristine Krause (2008) on osoittanut ylijärjestyksellisesti ”terapiaverkoston” tärkeyden terveydenhoidon etsinnässä (ks. myös Kemppainen ym. 2021b). Toisaalta koulutustaso voi viitata koulutuksen kautta saatuihin parempiin tiedon- ja avunhakemisen taitoihin, jotka edesauttavat hoidon löytämistä. Muun maan kuin Suomen kansalaisuus lisäsi lääkärintalouden ylijärjestyksellisesti käyttöä. Tämä on ymmärrettävää, koska esimerkiksi Venäjällä terveystaloudet ovat ilmaisia kansalaisille. Kansalaisuus helpottaa myös matkustamista etenkin Suomen ja Venäjän välillä, koska kansalaiset eivät tarvitse viisumia maahantulon.

Suurin osa (91 %) kyselyyn vastaajista käyttää internetiä ainakin kerran viikossa. Analyysissämme internetin käyttö ei kuitenkaan jää tilastollisesti merkitseväksi suhteessa ylijärjestyksellisesti terveystalouden käyttöön. Digitaaliset taidot ja niiden yhteys terveyteen ja terveystalouden käyttöön on moniulotteinen kysymys. Aiemmassa tutkimuksessamme osoitimme yhteyden digitaalisten taitojen ja käyttötapojen ja ylijärjestyksellisesti palvelunkäytön välillä, mutta operationalisoimme kysymyksen laajemmin kuin pelkän internetin käytön kautta (Shin et al. 2022). Vaikka monet vastaajat käyttivät internetiä sujuvasti ja päivittäin, kieli, palvelujärjestelmän tuntemus ja esimerkiksi sähköiseen kirjautumiseen vaadittavien tunnusten puute saattavat muodostua esteeksi suomalaisten digitaalisten julkisten palvelujen käytölle, joka saattaa edesauttaa hakeutumista ulkomaille lääkärin hoitoon.

Hieman yllättäenkin analyysimme osoitti, että ikä ei ollut yhteydessä terveystalouden ylijärjestyksellisesti käyttöön. Myös haastatteluaineisto osoitti, että jopa yli 80-vuotiaat matkustavat lääkärin hoitoon Suomen ulkopuolelle. Tässä yhteydessä on kuitenkin huomattava, että jo tutkimukseen osallistuminen on merkki hyvästä toimintakyvystä, joten aineistomme saattavat olla vääristyneitä tässä suhteessa. Silti määrällisen analyysin tulokset osoittavat, että koettu täyttymätön hoidontarve sekä krooninen sairaus tai vaiva ovat vahvasti yhteydessä ylijärjestyksellisesti terveystalouden käyttöön. Tämä näkyy myös haastatteluaineistossa, jossa haastateltavat kertovat erityisistä vaivoista, sairauksista tai vammoista, joihin he hakevat apua usein useammasta eri paikasta – sekä Suomesta että Suomen ulkopuolelta.

Kuten aiemmat tutkimukset ovat esittäneet, ihmiset eivät etsi terveystaloudellisia ylijärjestyksellisesti ainoastaan tehokkaamman hoidon toivossa vaan myös, koska toivovat tuttua ja kulttuurisesti kompetenttia hoitoa (esim. Lee, Kearns & Friesen 2010; Vindrola-Padros 2021; Kemppainen

et al. 2021b). Vaikka kyselytutkimuksessamme terveystutkimusten laatu ei noussut tärkeimpien syiden joukkoon, haastateltavat kertoivat negatiivisista kokemuksistaan suomalaisten terveystutkimusten parissa. Tämä ristiriita saattaa selittyä sillä, että suomalainen terveydenhuolto koetaan kyllä laadukkaaksi osaamisen ja infrastruktuurin näkökulmasta, mutta viiveet hoitoon pääsystä tai muut hankaluudet hoitopolun varrella heikentävät kokonaistyytyväisyyttä asuinmaan terveydenhuoltoon. Esimerkiksi Polina oli tyytyväinen saamaansa erikoissairaanhoitoon Suomessa (kuuloleikkaus), mutta haki halvemman kuulolaitteen Venäjältä, jonka järjestelmä takaa apulaitteen lähes ilmaiseksi todistusta vastaan. Haastattelut osoittavat, että etenkin erikoissairaanhoitoon piiriin pääsy koetaan Suomen julkisissa terveystutkimuksissa hankalaksi ja jonotusajat pitkiksi. Tätä tukee myös täyttymättömän hoidontarpeen yhteys terveystutkimusten ylirajaiseen käyttöön regressioanalyysissa.

Haastateltavat nostavat esiin myös ajatuksen ennaltaehkäisevien laajojen terveystutkimusten tärkeydestä. He ovat tottuneet tällaisiin kokonaisvaltaisiin terveystutkimuksiin aiemmassa kotimaassaan, ja osa haastateltavista on jatkanut tarkastuksissa käyntiä ylirajaisesti. Rutiininomaiset terveystarkastukset ovat yleisiä entisen Neuvostoliiton maissa (Rechel 2014), mutta niiden laatu ja toteutus vaihtelevat suuresti. Lisäksi tällaisiin tarkastuksiin liittyy yli-diagnoosin vaara ja niiden epäjärjestelmällinen toteutus jättää usein niistä todellisudessa hyötyvät ryhmät tarkastusten ulkopuolelle. Tästä johtuen niillä ei ole juuri vaikutusta yleiseen sairastavuuteen tai kuolleisuuteen (Rechel 2014). Näistä seikoista huolimatta niihin tottuneet asiakkaat kokevat ne tärkeiksi osaksi terveydenhoitoaan.

Vähemmän aikaa Suomessa asuneet vastaajat käyttivät hieman todennäköisemmin terveystutkimuksia ulkomailla. Sen sijaan suomen kielen taitotasolla tai sillä, oliko vastaajalla Suomen kansalaisuus, ei ollut tilastollisesti merkitsevää yhteyttä terveystutkimusten ylirajaiseen käyttöön. Aiemmat tutkimukset ovat osoittaneet, että vähäisempi sosiaalinen integroituminen asuinmaahan on yhteydessä terveystutkimusten ylirajaiseen käyttöön (ks. esim. Su & Wang 2012; Kemppainen et al. 2018; Kemppainen et al. 2021b; Shin et al. 2022). Uuden asuinmaan palveluiden käytön ongelmat eivät useinkaan liity ainoastaan riittävään kielitaitoon, vaan palveluiden käyttöön tarvitaan myös syvempää ymmärrystä asuinmaan palvelujärjestelmästä (ks. myös Buchert & Wrede 2022). Kuten haastattelumme osoittivat, myös sujuvasti suomea puhuvat ihmiset kokivat vaikeuksia hoitoon pääsystä ja paikkasivat hoitovajetta matkustamalla Suomen ulkopuolelle lääkäriin. Monet haastateltavat puhuivat yhteisymmärryksen puutteesta ja väärinkäsityksistä, jotka viittaavat siihen, että etenkin julkiset terveystutkimukset Suomessa vastaavat puutteellisesti monietnisen väestön piirissä esiintyviin odotuksiin hoidon suhteen. Aineistomme vastaajien koulutustaso on korkea, joten he eivät kärsi luku- ja kirjoitustaidon puutteesta, joka saattaa muodostaa heikomman koulutustason maista tulleiden joukossa merkittävän esteen digitaalisten palveluiden käytölle. Esimerkiksi Suomessa asuvien ikääntyneiden somalitaustaisten joukossa on paljon luku- ja kirjoitustaidottomuutta (Mölsä, Tiilikainen & Punamäki 2017), joka voi huomattavasti vaikeuttaa digitaalisten palveluiden käyttöä.

Terveydenhuollon tulisi vastata moninaisen ikääntyvän väestön tarpeita

Terveydenhuollon ylirajainen käyttö on monisyinen ilmiö. Niin kyselytutkimuksestamme kuin laadullisten haastattelujen vastauksista käy ilmi, ettei mikään yksittäinen syy johda terveydenhuollon ylirajaiseen käyttöön ulkomailla, vaan taustalla on usein monia toisistaan riippumattomia tekijöitä. Yleensä jokin rakenteellinen tai kulttuurinen tekijä (esim. hankaluus tai epävakavuus

palveluiden käytössä tai henkilökohtainen mieltymys) sai haastatellun harkitsemaan hoitoon hakeutumista ulkomaille ja käytännön tekijät kuten matkustamisen helppous, nopeampi hoitoon pääsy ja halvempi hintataso sinetöivät päätöksen. Analyysimme kuitenkin osoittaa, että tarvitaan jossain määrin parempi tulotos, jotta matkustaminen hoitoon ulkomaille on taloudellisesti mahdollista.

Aineistomme osoittaa, että monet ikääntyvät venäjänkieliset kokevat erilaisia esteitä hoitoon pääsemisen ja heidän odotuksiaan tyydyttävän hoidon saamisen kanssa. Onkin tärkeää, että terveyspalvelujen laatua ja saavutettavuutta kehitetään vastaamaan yhä monikielisemmän ja moninaisemman ikääntyvän väestön tarpeita. Myös palvelujen nopeatahtinen digitalisaatio saattaa vaikeuttaa niiden käyttöä. Vaikka eri järjestelmien tuntemus ja käyttö voivat luoda yksilöllisiä avun etsimisen hybridistrategioita ja syventää kokemusta toimijuu-desta oman terveyden suhteen, palvelujen ylijäräinen käyttö voi liittyä myös hoitoon pääsyn rakenteellisiin esteisiin ja epätasa-arvoon. Hyvinvointiyhteiskunnan kontekstissa kenenkään ei tulisi joutua matkustamaan ulkomaille saadakseen tarvitsemaansa hoitoa, vaan julkisten terveyspalveluiden tulisi olla riittäviä ja helposti saatavilla. Myös hoidon ja hoitolinjausten koettuun legitimitettiin tulisi kiinnittää huomiota niin, että potilaat saavat riittävästi tietoa lääkärin tekemän arvion perusteista. Suomessa toimivien lääkärin tulisi myös ottaa huomioon potilaan mahdolliset päällekkäiset lääkemääräykset ja Suomen ulkopuolella saadut hoidot ja tiedustella näitä potilaalta (ks. myös Tiilikainen & Koehn 2011).

Aineistomme kuvaa aikaa ennen Covid-19-pandemiaa ja Venäjän vuonna 2022 laajentamia sotatoimia Ukrainassa. Jatkotutkimuksissa tulisikin kiinnittää huomiota näiden kriisien vaikutukseen terveyspalvelujen ylijäräiseen käyttöön. Pandemiaan liittyneet matkustusrajoitukset sekä Venäjän sotatoimien johdosta käyttöön otetut pakotteet ovat saattaneet katkaista hoitopolkuja ja lisätä etävastaanottojen määrää. Vaarana on, että suomalaisista terveyspalveluista syystä tai toisesta syrjäytyneet ihmiset ovat rajoitusten myötä myös estyneet käyttämästä terveyspalveluja ylijäräisesti. Tarvitaan siis lisää tutkimusta pandemian ja sodan vaikutuksista terveyskäytäntöihin ja ylijäräisiin terveysstrategioihin.

Viitteet

- 1 Tätä tutkimusta ovat rahoittaneet Suomen Akatemia (#312310,#336669, Ikääntymisen ja hoivan tutkimuksen huippuyksikön Helsingin yliopiston tutkimusryhmä), Suomen Akatemian yhteydessä toimiva Strategisen tutkimuksen neuvosto (#327134, #327148, DigiIn-konsortion Helsingin yliopiston tutkimusryhmä) sekä Helsingin yliopisto (Valtiotieteellisen tiedekunnan osuus huippuyksikkörahoituksesta ja Helsingin yliopiston kolmivuotiset tutkimushankkeet (Transhealth-hanke)).

Lähteet

- Aistov, A., Aleksandrova, E. & Gerry, C. J. (2021), Voluntary private health insurance, health-related behaviours and health outcomes: evidence from Russia. – *The European Journal of Health Economics* 22:2, 281–309.
- Arena, C., Holmberg, C., Winkler, V. & Jaehn, P. (2022), The Health Status and Healthcare Utilization of Ethnic Germans in Russia. – *International Journal of Environmental Research and Public Health* 19:1, 166.
- Baldassar, L. & Wilding, R. (2020), Migration, aging, and digital kinning: The role of distant care support networks in experiences of aging well. – *The Gerontologist* 60:2, 313–321.
- Bell, D., Holliday, R., Ormond, M. & Mainil, T. (2015), Transnational healthcare, cross-border perspectives. – *Social Science & Medicine* 124, 284–289.
- Bochaton, A. (2013), The rise of a transnational healthcare paradigm: Thai hospitals at the crossroads of new patient flows. – *European Journal of Transnational Studies* 5:1. HAL ID: hal-01802420. <https://hal.parisnanterre.fr/hal-01802420>.
- Bochaton, A. (2015), Cross-border mobility and social networks: Laotians seeking medical treatment along the Thai border. – *Social Science & Medicine* 124, 364–373.
- Bochaton, A. (2019), Intertwined therapeutic mobilities: knowledge, plants, healers on the move between Laos and the U.S. – *Mobilities* 14:1, 54–70.
- Boyatzis, R. E. (1998). *Transforming qualitative information: Thematic analysis and code development*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Buchert, U. & Wrede, S. (2021), ‘Bridging’ and ‘fixing’ endangered social rights in the digitalising welfare state: The ambiguous role of third sector organisations in supporting marginalised older migrants in Finland. – *Digital Transformations in Care for Older People: Critical Perspectives*. Eds. H. Hirvonen, M. Tammelin, R. Hänninen, E. Wouters. New York: Routledge, 54–71.
- Ciobanu R, Fokkema, T. & Nedelcu, M. (2017), Ageing as a migrant: vulnerabilities, agency and policy implications. – *Journal of Ethnic and Migration Studies* 43:2, 164–181.
- Cohen, I. C. (2013), *The globalization of health care: Legal and ethical issues*. Oxford: Oxford University Press.
- Connell, J. (2013), Contemporary medical tourism: Conceptualisation, culture and commodification. – *Tourism Management* 34, 1–13.
- Eläkeläiset ry. (2021), *Koronarokotukset jakavat mielipiteitä ikääntyvien vieraskielisten joukossa. Lähes puolet haluaa rokotteen, mutta moni vielä empii.* [raportti] https://elakelaiset.fi/wp-content/uploads/Koronarokotukset-jakavat-mielipiteita_raportti-2021_final.pdf
- Fetters, M. D., Curry, L. A. & Creswell, J. W. (2013), Achieving integration in mixed methods designs: principles and practices. – *Health services research* 48(6pt2), 2134–2156.
- Finell, E., Tiilikainen, M., Jasinskaja-Lahti, I., Hasan, N. & Muthana, F. (2021), Lived experience related to the COVID-19 pandemic among Arabic-, Russian- and Somali-speaking migrants in Finland. – *International Journal of Environmental Research and Public Health* 18:5, 2601.
- Fokkema, T. & Ciobanu, R. O. (2021), Older migrants and loneliness: Scanning the field and looking forward. – *European Journal of Ageing* 18, 291–297.
- Glick Schiller, N., Basch, L. & Blanc-Szanton, C. (1992), Transnationalism: A new analytic framework for understanding migration. – *Annals of the New York Academy of Sciences* 645:1, 1–24.
- González-Vázquez, T., Pelcastre-Villafuerte, B., Taboada, A. (2016), Surviving the distance: The transnational utilization of traditional medicine among Oaxacan migrants in the US. – *Journal of Immigrant and Minority Health* 18, 1190–1198.
- Heikkinen, S. J. & Lumme-Sandt, K. (2013), Transnational connections of later-life migrants. – *Journal of Aging Studies* 27:2, 198–206.
- IOM. (2019), *World Migration Report 2020*. IOM, Geneva. https://publications.iom.int/system/files/pdf/wmr_2020.pdf (Tarkistettu 10.5.2022).
- Kaneva, M., Gerry, C. J., Avxentiev, N. & Baidin, V. (2019), Attitudes to reform: Could a cooperative health insurance scheme work in Russia? – *International Journal of Health Economics and Management* 19:3, 371–394.
- Kangas, B. (2010), The burden of pursuing treatment abroad: Three stories of medical travelers from Yemen. – *Global Social Policy* 10, 306–314.

- Kangas, B. (2011), Complicating common ideas about medical tourism: Gender, class, and globality in Yemenis' international medical travel. – *Signs* 36, 327–332.
- Kapiainen, S. & Eskelinen, J. (2011), *Miesten ja naisten terveystenot ikäryhmittäin 2011*. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL). Raportti 17/2014. Helsinki.
- Kaspar, H., Walton-Roberts, M. & Bochaton, A. (2019), Therapeutic mobilities. – *Mobilities* 14:1, 1–19.
- Kela (2022), *Takuueläke*. <https://www.kela.fi/takuuelake> (Tarkistettu 19.5.2022).
- Kempainen, L., Koskinen, V., Bergroth, H., Marttila, E. & Kempainen, T. (2021a), Health and Wellness-Related Travel: A Scoping Study of the Literature in 2010–2018. – *SAGE Open*. <https://doi.org/10.1177/21582440211013792>.
- Kempainen, L., Shpakovskaya, L., Perheentupa, I. & Habti, D. (2021b), Giving and Receiving Help across the Border. – *Care Work and Medical Travel: Exploring the Emotional Dimensions of Caring on the Move*. Ed. C. Vidrola-Padros. Lanham, USA: Rowman & Littlefield/Lexington Books: 69–83.
- Kempainen, L., Olakivi, A., Kouvonen, A., Safarov, N., Wrede, S. (2020a), *Yli 50-vuotiaat Venäjänkieliset Suomessa: Terveys, Osallistuminen, Palvelut ja Digiteknologioiden Käyttö: Havaintoja CHARM-Kyselystä*. – Valtiotieteellisen Tiedekunnan Julkaisuja 138. Helsingin Yliopisto.
- Kempainen, T., Kempainen, L., Kuusio, H., Rask, S. & Saukkonen, P. (2020b), Multifocal Integration and marginalisation: A theoretical model and an empirical study on three immigrant groups. – *Sociology* 54:4, 782–805.
- Kempainen, L., Kempainen, T., Skogberg, N., Kuusio, H. & Koponen, P. (2018), Immigrants' use of health care in their country of origin: the role of social integration, discrimination and the parallel use of health care systems. – *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 32:2, 698–706.
- Kouvonen, A., Kempainen, T., Taipale, S., Olakivi, A., Wrede, S. & Kempainen, L. (2022), Health and self-perceived barriers to internet use among older migrants: a population-based study. – *BMC Public Health* 22:1, 1–12.
- Kouvonen, A., Kempainen, L., Ketonen, E. L., Kempainen, T., Olakivi, A. & Wrede, S. (2021), Digital Information Technology Use, Self-Rated Health, and Depression: Population-Based Analysis of a Survey Study on Older Migrants. – *Journal of Medical Internet Research* 23:6, e20988.
- Krause, K. (2008), Transnational Therapy Networks among Ghanaians in London. – *Journal of Ethnic and Migration Studies* 34:2, 235–251.
- Laki Venäjän Federaation pakollisesta sairausvakuutuksesta 2010: *Ob objazatelnom meditsinskom strahovanii v Rossijskoi Federatsii*. <http://pravo.gov.ru/proxy/ips/?docbody=&nd=102143352> (Tarkistettu 10.5.2022).
- Lee, J. Y., Kearns, R. A. & Friesen, W. (2010), Seeking affective health care: Korean immigrants' use of homeland medical services. – *Health & Place* 16:1, 108–115.
- Levitt, P. (2003), Keeping Feet in Both Worlds: Transnational Practices and Immigrant Incorporation in the United States. – *Toward assimilation and citizenship: Immigrants in liberal nation-states*. Eds. C. Joppke & E. Morawska. London: Palgrave Macmillan, 177–194.
- Lokdam, N., Kristiansen, M., Handlos, L. N. & Norredam, M. (2016), Use of healthcare services in the region of origin among patients with an immigrant background in Denmark: a qualitative study of the motives. – *BMC Health Services Research* 16:1, 1–10.
- Main I. (2014), Medical travels of polish female migrants in Europe. – *Sociologicky Casopis* 50, 897–918.
- Mainil, T. & Stan, S. (2019), Transnational health care. – *Health Care Social Work. A Global Perspective*. Eds. R. Winnet, R. Furman, D. Epps, G. Lamphear. Oxford: Oxford University Press, 42–57.
- Mölsä, M., Tiilikainen, M., Punamäki, R.L., (2017), Usage of healthcare services and preference for mental healthcare among older Somali immigrants in Finland. – *Ethnicity & Health* 24:6, 607–622.
- Ormond, M. & Lunt, N. (2020), Transnational medical travel: patient mobility, shifting health system entitlements and attachments. – *Journal of Ethnic and Migration Studies* 46:20, 4179–4192.
- Peralta-Santos, A. & Perelman, J. (2018), Who wants to cross borders in the EU for healthcare? An analysis of the Eurobarometer data in 2007 and 2014. – *European Journal of Public Health* 28:5, 879–884.
- Rechel, B. (2014), Public Health. – *Trends in health systems in the former Soviet countries*. Eds. B. Rechel, E. Richardson & M. McKee. Observatory Studies Series 35. Copenhagen: WHO, 91–110.
- Safarov, N. (2021), Personal experiences of digital public services access and use: Older migrants' digital choices. – *Technology in Society* 66:8, 101627.

- Shin, Y. K., Koskinen, V., Kouvonen, A., Kempainen, T., Olakivi, A., Wrede, S. & Kempainen, L. (2022), Digital Information Technology Use and Transnational Healthcare: A Population-Based Study on Older Russian-Speaking Migrants in Finland. – *Journal of Immigrant and Minority Health* 24:1, 125–135.
- Şekercan, A., Lamkaddem, M., Snijder, M., Peters, R., Essink-Bot, M. (2015), Healthcare consumption by ethnic minority people in their country of origin. – *European Journal of Public Health* 25, 384–390.
- Su, D. & Wang, D. (2012), Acculturation and cross-border utilization of health services. – *Journal of Immigrant and Minority Health* 14, 563–569.
- Su, D., Pratt, W., Stimpson, J. P., Wong, R. & Pagán, J. A. (2014), Uninsurance, underinsurance, and health care utilization in Mexico by US border residents. – *Journal of Immigrant and Minority Health* 16:4, 607–612.
- Tashakkori A. & Teddlie C. (2008), Quality inferences in mixed methods research. – *Advances in Mixed Methods Research: Theories and Applications*. Ed. M. Bergman. London: Sage 101–119.
- Thompson, A.E., Anisimowicz, Y., Miedema, B. et al. (2016), The influence of gender and other patient characteristics on health care-seeking behaviour: a QUALICOPC study. – *BMC Family Practice* 17, 38. <https://doi.org/10.1186/s12875-016-0440-0>
- Tiilikainen, M. (2008), Somalialaiset maahanmuuttajat ja yllirajainen hoito. – *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 45:1, 74–87.
- Tiilikainen, M. & Koehn, P. H. (2011), Transforming the boundaries of health care: insights from Somali migrants. – *Medical Anthropology* 30:5, 518–544.
- Tilastokeskus. (2021), *Väestörakenne*. https://pxnet2.stat.fi/PXWeb/pxweb/fi/StatFin/StatFin__vrm__vaerak/?tablelist=true (Tarkistettu 10.5.2022).
- Torres, S. (2019), *Ethnicity and old age: Expanding our imagination*. Policy Press.
- Vehko, T., Lilja, E., Parikka, S., Aalto, A. M. & Kuusio, H. (2020), Vahvan tunnistautumisen käyttömahdollisuus digitaalisiin palveluihin ei ole itsestäänselvyys kaikissa väestöryhmissä Suomessa. – *Finnish Journal of eHealth and eWelfare* 12:3, 187–197.
- Villa-Torres, L., Gonzalez-Vazquez, T., Fleming, P. J., González-González, E. L., Infante-Xibille, C., Chavez, R. & Barrington, C. (2017), Transnationalism and health: a systematic literature review on the use of transnationalism in the study of the health practices and behaviors of migrants. – *Social Science & Medicine* 183, 70–79.
- Vindrola-Padros, C. (2021), Exploring the Emotional Dimensions of Caring on the Move: An Introduction. – *Care Work and Medical Travel: Exploring the Emotional Dimensions of Caring on the Move*. Ed. C. Vindrola-Padros. Lanham, USA: Rowman & Littlefield/ Lexington Books, 1–10.
- Wang, L. & Kwak, M. (2015), Immigration, barriers to healthcare and transnational ties: A case study of South Korean immigrants in Toronto, Canada. – *Social Science & Medicine* 133, 340–348.
- Whittaker, A. (2015), “Outsourced” patients and their companions: Stories from forced medical travellers. – *Global Public Health* 10, 485–500.
- Whittaker, A.C., Chee, H. L. & Por, H. H. (2017), Regional circuits of international medical travel: Prescriptions of trust, cultural affinity and history. – *Asia Pacific Viewpoint* 58, 136–147.
- Wilding, R. & Baldassar, L. (2018), Ageing, migration and new media: The significance of transnational care. – *Journal of Sociology* 54:2, 226–235.
- Zarubalova, M. (2013), *Venäjäin terveydenhuoltojärjestelmä – tietoja terveyspalveluiden käytöstä*. TEM raportteja 10/2013. Hyvinvointialan työ- ja elinkeinopoliittinen kehittäminen – HYVÄ. <https://tem.fi/documents/1410877/2872337/Ven%C3%A4j%C3%A4n+terveydenhuoltoj%C3%A4rjestelma+19022013.pdf> (Tarkistettu 19.05.2022)