

Raskauden ehkäisyneuvonta ja väestövastuu — palvelujen järjestäminen terveyskeskuksissa ja naisten toiveet

Tutkimuksessa kuvattiin raskauden ehkäisyyn liittyvien palvelujen järjestämistä terveyskeskuksissa sekä naisten mielipiteitä palveluista. Aineistona käytettiin palvelurakenneselvitystä yli 5000 asu-kaan kunnista (N=185) sekä kyselyä 18-44 -vuotiaille naisille (N=2189). Analyysissä käytettiin ristiintaulukointia sekä logistista regressiota. Suurin osa (73 %) kunnista järjesti raskauden ehkäisyneuvonnan jossain määrin eriytyneesti ja 27 prosentissa kunnista nämä palvelut kuuluivat kokonaan väestövästuuun piiriin. Enemmistö naisista kannatti erillisiä tai äitiysneuvolan yhteydessä toimivia ehkäisyneuvoloita. Naiset, joilla oli väestövästuuksi toimiva omalääkäri tai omahoitaja terveyskeskuksessa käyttivät muita useammin terveyskeskusten ehkäisyneuvolapalveluita ja muita harvemmin yksityislääkäripalveluita. Useissa kunnissa oltiin siirtymässä aiempaa laaja-alaisempiin väestövästuuksiin palveluihin. Kuitenkin vain vähemmistöllä naisista oli kokemusta tällaisista laaja-alaisista palveluista ja enemmistö naisista toivoi ehkäisy- ja äitiysneuvolatoiminnan järjestämistä erillään muista palveluista.

PÄIVIKKI KOPONEN, SINIKKA SIHYO, ELINA HEMMINKI, ELISE KOSUNEN JA SIMO KOKKO

Useimmat terveyskeskukset perustivat 1970- ja 1980 -luvuilla eriytyneitä neuvolayksikköjä, mm. ehkäisyneuvoloita, joissa toimi raskauden ehkäisyneuvontaan keskittyneitä (erikoistuneita) terveydenhoitajia tai kätilöitä sekä määräpäivinä ehkäisyneuvontaan perehtynyt terveyskeskuslääkäri. Ehkäisyneuvolat, jotka usein myöhemmin nimettiin perhesuunnitteluneuvoloiksi, noudattivat valtakunnallisia lääkintöhallituksen asettamia ohjeita (mm. Lääkintöhallitus 1972, Lääkintöhallitus 1982). Kunnallisten ehkäisyneuvoloiden lisäksi yksityisten gynekologipalvelujen käyttö raskauden ehkäisyasioissa oli vuonna 1994 yleistä erityisesti pääkaupunkiseudulla ja korkeammin koulutetuilla naisilla (Hemminki ym. 1998). Korkeakouluopiskelijat ovat voineet käyttää myös Ylioppilaiden tervey-

denhuoltosäätiön gynekologipalveluja.

Perhesuunnittelupalvelut sisältävät ei-toivotujen raskauksien ehkäisyyn, ehkäisyneuvontamien valintaan ja käyttöön, hedelmättömyyden ja seksitautien ehkäisyyn ja hoitoon, sekä raskauden keskeytyksiin liittyvää hoitoa, neuvontaa ja seurantaa (Stakes 1994). Viime vuosina on käytetty myös käsitteitä lisääntymisterveys tai seksuaaliterveys, jotka kattavat perhesuunnittelua laajemmin suvunjatkamiseen ja seksuaalisuuteen liittyviä terveydellisiä аспекtejä (Poikajärvi & Mäkelä 1998, Sihvo & Koponen 1998). Terveyskeskuspalvelut eivät ole Suomessa kattaneet perhesuunnittelu- ja seksuaaliterveyspalvelujen kokonaisuutta (Poikajärvi & Mäkelä 1998). Tämä tutkimus on rajattu raskauden ehkäisyyn liittyviin palveluihin terveys-

keskuksissa, mutta näitä palveluja tarkastellaan myös suhteessa muihin neuvolapalveluihin, erityisesti äitiysneuvolaan.

Väestövastuuseen siirtyminen asetettiin terveyskeskuspalvelujen kehittämistavoitteeksi 1980-luvun lopulla. Tämä merkitsi mm. asuinalueen mukaan määräytyvien omalääkäripalvelujen kehittämistä ja terveydenhoitajien työn laaja-alaisuudesta (Aro & Liukko 1993). Valtakunnallisen tutkimuksen mukaan 36 % prosenttia vastaajista vuonna 1993 ilmoitti, että heillä oli omalääkäri terveyskeskuksessa ja suurin osa väestöstä piti tällaista omalääkäriä tarpeellisena (Aro ym. 1995). Vuonna 1995 omalääkärijärjestelmä oli käytössä 21 % kunnista ja järjestelmän piirissä oli 43 % koko maan väestöstä (Kokko 1997). Väestövastuuseen siirryttäessä terveydenhoitajien toimenkuvat ovat laaja-alaisuuteen useimmiten 2-4 eri sektorille, esimerkiksi yhden terveydenhoitajan huolehtiessa äitiys-, lasten- ja ehkäisyneuvola-palveluista tietyn pienalueen väestölle (Koponen 1995, Kokko 1997).

Viime vuosina neuvolapalvelujen järjestämistavat eri kunnissa ja samankin kunnan eri osissa ovat vaihdelleet erikoistuneesta laaja-alaiseen malliin (Taulukko 1). Tässä tutkimuksessa väestövastuu määritellään alueellisesti organisoiduiksi laaja-alaisiksi palveluiksi, joista vastaavat omalääkärit ja hoitajat. Tämän palvelujen organisointitavan vaihtoehtona ovat toimintasektoreittain organisoidut eriytyneet eli erikoistuneet palvelut. Näiden organisointitapojen väliin jää useita paikallisesti suunniteltuja, osittain eriytyneitä ja osittain alueellistettuja malleja.

Suomessa ei ole ollut valtakunnallisia selvityksiä siitä miten ehkäisyneuvolapalvelut on terveyskeskuksissa järjestetty. Hyvin vähän on myöskään tietoa siitä miten naiset käyttävät terveyspalveluja raskauden ehkäisyyn liittyen, miten he ovat palvelut kokeneet tai mitä he näiltä palveluilta odottavat (Hemminki ym. 1997, Hemminki ym. 1998). Raskauden ehkäisyyn ja laajemminkin perhesuunnitteluun liittyvistä terveyspalveluista löytyy myös hyvin vähän kansainvälistä tutkimusta asiakkaiden näkökulmasta. Englantilaisessa tutkimuksessa selvitetiin syitä siihen, miksi naiset valitsivat erillisen ehkäisyneuvolan mieluummin kuin käynnin ras-

kauden ehkäisyasioissa oman yleislääkäriinsä vastaanotolla (Selman ja Calder 1994). Tulosten mukaan naiset mm. kaipasivat lääkäreiltä ja hoitajilta alan erikoistietoja ja he eivät halunneet keskustella ehkäisyasioista tutun yleislääkäriin kanssa.

Tämän tutkimuksen tavoitteena on:

1) Kuvata raskauden ehkäisyyn liittyvien palvelujen järjestämistä terveyskeskuksissa ja näiden palvelujen liittämistä osaksi laaja-alaisia väestövastuuisia palveluja.

2) Kuvata raskauden ehkäisyyn liittyvää palvelujen käyttöä ja naisten mielipiteitä näiden palvelujen eriyttämisestä ja laaja-alaisuudesta.

3) Selvittää ovatko palvelujen käyttö ja mielipiteet yhteydessä siihen, että naisilla on terveyskeskuksessa toimiva omalääkäri tai omahoitaja.

AINEISTOT JA MENETELMÄT

Terveyskeskuspalvelujen laaja-alaisuuden ja erikoistuneisuuden indikaattoreina tässä tutkimuksessa käytetään palvelujen organisointitapaa terveyskeskuksissa (aineisto A), asuinalueen mukaan määräytyvää omalääkäriä ja omahoitajaa terveyskeskuksessa sekä naisten mielipiteitä palvelujen eriyttämisestä ja palveluista vastaavien lääkärin ja hoitajien valinnan perusteista (aineisto B).

A. KUNTIEN PALVELURAKENNESELVITYS

Tiedot kuntien palvelurakenteesta kerättiin postikyselyllä ja sitä täydentävin puhelinhaastatteluin vuonna 1995 (Kokko 1997). Tiedot saatiin kunnan tai terveyskeskuksen johtavilta lääkäreiltä, johtavilta hoitajilta tai sosiaalijohtajilta. Vuonna 1995 Suomen 244 terveyskeskuksesta 60 % oli kuntayhtymien ylläpitämiä, myös näistä tiedot kerättiin kuntakohtaisesti. Johtavilta viranhaltijoilta kysyttiin, miten eri palvelut (mm. raskauden ehkäisyneuvonta, äitiysneuvolatoiminta, lastenneuvolatoiminta) oli järjestetty kussakin kunnassa (N=455).

Palvelujen organisointitapaa kuvaavat mallit luokiteltiin kunnista saadun tiedon perusteella. Palvelujen erikoistumiseen perustuvat mallit nimettiin eriytyneiksi ja laaja-alaiseen väestövastuiseen palvelukokonaisuuteen perustuvat mallit nimettiin alueellistetuiksi (Taulukko 1). Näiden lisäksi vaihtoehtona oli "osittainen malli", mis-

Taulukko 1.

Raskauden ehkäisyyn liittyvien palvelujen järjestämistavat terveyskeskuksissa

	'ERIIYTYNYT MALLI'	'ALUEELLISTETTU MALLI'
Toiminnan organisointi	Erikoistuminen Erilliset neuvolat	Laaja-alaisuus Väestövastuualueet
Palvelut	Ehkäisyneuvonta	Kaikki perusterveydenhuollon palvelut
Henkilökunta	Terveyskeskuslääkäri ja terveydenhoitaja tai kättilö (kokopäivätoimisesti tai osa-aikaisesti)	Omalääkärit ja hoitajat
Työnjaon peruste	Hoidon jatkuvuus perhesuunnitteluasioissa. Työntekijän erikoistaidot ja -tiedot raskauden ehkäisystä.	Hoidon jatkuvuus erilaisissa terveyteen liittyvissä kysymyksissä. Näkemys koko perheestä laajemmissa sosiaalisissa yhteyksissään.
Kohdeväestö	Koko kunnan/kuntainliiton alue	Pieni, maantieteellisesti rajattu alue

sä palvelut oli järjestetty eri tavoin esimerkiksi eri osissa kuntaa tai eri kohderyhmille (esim. synnyttämättömille naisille ehkäisyneuvola, muille palvelut alueellisilla omalääkärivastaanoitoilla).

Analyysistä rajattiin pois kunnat joissa oli alle 5000 asukasta, sillä niiden sisällä ei ollut jalkoa pienempiin maantieteellisiin alueisiin, eikä alueellistamista voitu niiden osalta määrittää. Analyysiin mukaan valituissa kunnissa (N=185) asui 89 % Suomen koko väestöstä.

B. NAISKYSELY

Väestörekisteristä saatiin 3000:n 18-44 -vuotiaan naisen satunnaisotos vuonna 1994. Lopullinen otos oli 2959 naista, kun joukosta oli poistettu ulkomailla asuvat, ilman osoitetietoja olevat sekä sellaiset naiset, jotka eivät kyenneet muusta syystä (esim. kehitysvammaisuus) vastaamaan. Vastausprosentti oli kahden muistutuksen jälkeen 74 % (N=2189). Kyselylomake käsitteli useita lisääntymiseen liittyviä alueita, painopisteenä palvelujen käyttö ja mielipiteet (Sihvo ym. 1995). Lomake laadittiin tutkijaryhmässä ja kysymysten sanamuotoja tarkennettiin esitutkimuksen perusteella.

Sosiodemografisina taustatekijöinä (selittäjinä) käytettiin asuinkuntaa, asuinalueetta, synnyttäneisyyttä, työllisyystilannetta, ammatillista koulutusta ja ikää (Taulukko 3).

Naisilta kysyttiin oliko heillä tiettyä omalääkäriä, johon he voivat ottaa yhteyttä tarvittaessaan lääkärin apua. Lisäksi heiltä kysyttiin onko heillä tietty oma terveyden- tai sairaanhoitaja, johon he voivat ottaa yhteyttä tarvittaessaan

apua ja neuvoja terveysasioissa. Naisia pyydettiin tarkentamaan, missä omalääkäri tai hoitaja työskenteli: terveyskeskuksessa asuinalueen mukaan määräytyen tai muualla (esim. yksityisellä lääkäriasemalla tai työterveyshuollossa). Naisia, joilla oli terveyskeskuksessa toimiva omalääkäri tai hoitaja verrattiin muihin vastaajiin suhteessa palvelujen käyttöön ja mielipiteisiin.

Palvelujen käyttöä selvitettiin kysymyksillä siitä, missä ja kenen vastaanotolla naiset olivat viimeksi käyneet ehkäisyasioissa. Lisäksi naisilta kysyttiin mielipidettä siitä, missä he kävisivät mieluiten: ehkäisyneuvolassa tai muualla terveyskeskuksessa, yksityislääkärillä tai ei osannut sanoa. Mielipiteitä lääkärin tuttuuden merkityksestä selvitettiin kysymällä kävisikö raskauden ehkäisyyn liittyvissä kysymyksissä mieluiten saman lääkärin luona, jonka luona käy muidenkin vaivojen takia vai jonkun muun lääkärin luona tai ei osannut sanoa.

Naisia pyydettiin myös arvioimaan, mikä olisi heidän mielestään paras tapa hoitaa raskauden ehkäisyyn ja raskauden seurantaan liittyvät asiat. Eriytyneen mallin indikaattoreina olivat odotukset palvelujen järjestämisestä erillisissä ehkäisyneuvolassa ja äitiysneuvolassa tai yhdistetyssä ehkäisy- ja äitiysneuvolassa. Alueellistetun, laaja-alaisen mallin indikaattorina olivat odotukset palvelujen järjestämisestä yhdistettynä muuhun terveyskeskuksen lääkärin vastaanottotoimintaan. Lisäksi kysyttiin, olisiko parempi, että raskauden ehkäisy- ja äitiysneuvolassa toimisi näihin asioihin keskittynyt terveydenhoitaja tai kättilö (eriytyneet malli) vai sama terveydenhoitaja, jonka luona voi käydä mui-

Taulukko 2.

Terveyskeskuspalvelujen järjestämistapa kuntakoon mukaan
(% kunnista kussakin mallissa, alle 5000 asukkaan kunnat rajattu pois).

	Kokonaan alueellis- tettu %	Osittain alueellis- tettu %	Kokonaan eriytetty %	p-arvo ¹
Raskauden ehkäisyneuvonta				
asukkaita 5000-9999 (N=86)	23	36	41	0.02
asukkaita yli 10 000 (N=90)	30	49	21	
Äitiysneuvola				
asukkaita 5000-9999 (N=90)	32	34	33	0.001
asukkaita yli 10 000 (N=94)	56	34	10	
Lastenneuvola				
asukkaita 5000-9999 (N=91)	46	34	20	0.06
asukkaita yli 10 000 (N=94)	62	29	10	
Sairaanhoidon vastaanottoiminta				
asukkaita 5000-9999(N=92)	40	25	35	0.003
asukkaita yli 10 000 (N=93)	63	20	16	

¹ χ^2 -testi, palvelun järjestämistavan ja kuntakoon yhteys

denkin terveyteensä liittyvien kysymysten takia (alueellistettu, laaja-alainen malli).

Ensimmäisen aineiston analyysissä verrattiin palvelujen järjestämistä väestöpohjaltaan eri kokoisissa kunnissa ristiintaulukoinnilla. Toisen aineiston analyysissä käytettiin logistista regressiota arvioitaessa sosiodemografisten tekijöiden yhteyttä siihen oliko naisella omalääkäri tai omahoitaja terveyskeskuksessa. Lisäksi logistisella regressioanalyysillä selvitettiin omalääkärin tai omahoitajan yhteyttä palvelujen käyttöön ja naisten mielipiteisiin sosiodemografiset tekijät vakioiden. Ne sosiodemografiset tekijät, jotka olivat merkitsevyystasolla 0.05 yhteydessä selitettäviin muuttujiin pakotettiin malleihin.

TULOKSET

PALVELUJEN JÄRJESTÄMINEN

Raskauden ehkäisyneuvonnan ilmoitettiin kuuluvan väestövastuun tai yhdenntyn (laaja-alaisen) työn piiriin 27 % kunnista (alueellistettu malli). Lähes kolmasosassa (31 %) kunnista ehkäisyneuvonta toteutui kokonaan eriytyneesti ja muissa kunnissa palvelut olivat osittain väestövastuisissa yksiköissä. Verrattuna äitiysneuvolatoimintaan, lastenneuvolatoimintaan ja sairaanhoidon vastaanottoimintaan, raskauden ehkäisyneuvonta oli järjestetty useammin eriytyneesti.

Kaikki tässä tarkastellut palvelut oli järjes-

tetty useammin eriytyneesti alle 10 000 asukkaan kunnissa kuin suuremmissa kunnissa (Taulukko¹ 2). Lääneittäin palvelujen järjestämistavoissa ei ollut tilastollisesti merkitseviä eroja. Osittain alueellistetussa mallissa raskauden ehkäisyneuvonta oli useimmiten järjestetty äitiysneuvolan ja/tai koulu- ja opiskelijaterveydenhuollon yhteydessä.

NAISTEN ILMOITTAMAT OMALÄÄKÄRIT JA HOITAJAT

Alle kolmanneksella (28%) naisista oli omalääkäri terveyskeskuksessa ja 23 % naisista ilmoitti, että heillä oli muita omalääkäreitä (esim. työterveyshuollossa, opiskelijaterveydenhuollossa tai yksityislääkäri). Lähes puolella (49%) naisista ei ollut lainkaan omalääkäriä. Viidenneksellä (20%) naisista oli omahoitaja terveyskeskuksessa, 33 prosentilla oli muu omahoitaja (useimmiten työterveyshuollossa) ja 47 prosentilla ei ollut lainkaan omahoitajaa. Myöhemmissä analyysissä omalääkärillä ja omahoitajalla tarkoitetaan vain terveyskeskuksessa toimivia. Naisilla, jotka asuivat maaseudulla tai Etelä-Suomessa, jotka olivat synnyttäneet, olivat äitiyslomalla tai kotiäitinä tai joilla oli alempi ammatillinen tuki (ammattikoulu tai vastaava), oli muita useammin omalääkäri (Taulukko 3). Omahoitajaa koskien tulokset olivat samansuuntaisia, mutta asuinalueella ei ollut yhteyttä siihen, että naisella oli omahoitaja.

Taulukko 3.

Naiskyselyyn vastanneet (N=2189) sosiodemografisten tautatekijöiden mukaan (%) ja eri tekijöiden yhteys siihen oliko naisella omalääkäri terveyskeskuksessa (logistinen regressio, OR ja 95 % luottamusväli (CI)).

	%	Omalääkäri OR	95% CI
Asuinkunta			
Pääkaupunkiseutu	19	ref.	
Muut kaupungit	49	1.20	0.83-1.73
Muut kunnat	32	1.37	0.93-2.01
Asuinalue¹⁾			
Etelä	33	ref.	
Länsi	42	0.85	0.62-1.16
Itä	12	0.66	0.44-0.99
Pohjoinen	13	0.27	0.27-0.63
Synnyttänyt			
Kyllä	56	ref.	
Ei	44	0.65	0.48-0.87
Työllisyystilanne			
Työssä	56	ref.	
Opiskelija	15	0.79	0.56-1.14
Äitiysloma/Koriäiti	12	1.58	1.14-2.19
Työtön/Eläkkeellä/Muu	15	1.18	0.87-1.59
Ammatillinen koulutus			
Yliopisto	14	ref.	
Opistotaso	31	1.14	0.79-1.64
Koulutaso	38	1.59	1.12-2.25
Ei ammatillista koul.	31	1.33	0.89-1.97
Ikä			
Alle 25	23	ref.	
25-29	19	0.83	0.58-1.19
30-34	20	0.69	0.46-1.03
35-39	20	0.76	0.50-1.14
40-44	18	0.81	0.53-1.24

¹⁾ 12 läänä luokiteltu neljään suurempaan alueeseen.

RASKAUDEN EHKÄISYYN LIITTYVÄ TERVEYSPALVELUJEN KÄYTTÖ

Suurin osa (72 %) naisista oli käyttänyt terveyspalveluja raskauden ehkäisyyn liittyen viimeisen viiden vuoden aikana ja 45 % viimeisen vuoden aikana. Puolet niistä naisista, jotka olivat joskus käyttäneet terveyspalveluja raskauden ehkäisyyn liittyen, oli käynyt viimeksi terveyskeskuksessa (Taulukko 4). Noin neljännes (26 %) kaikista raskauden ehkäisyyn liittyviä terveyspalveluja käyttäneistä oli tavannut terveydenhoitajan tai kättilön (yksin tai lääkärin lisäksi) viimeisimmällä raskauden ehkäisyyn liittyvällä käynnillä. Suurin osa (86%) heistä oli tavannut terveydenhoitajan tai kättilön terveyskeskuksessa. Naiset, joilla oli omalääkäri tai omahoitaja, olivat käyttäneet terveyskeskuspalveluja raskauden ehkäisyyn liittyen muita useammin (Taulukko 5).

NAISTEN MIELIPITEET RASKAUDEN EHKÄISYYN LIITTYVISTÄ PALVELUISTA

Naiset ilmoittivat käyvänsä raskauden ehkäisyyn liittyvissä asioissa mieluiten yksityislääkärillä (43 %) tai ehkäisyneuvolassa (32 %). Muualla terveyskeskuksessa kävisi mieluiten vain pieni vähemmistö (5%). Viidennes naisista (20 %) ilmoitti ettei osaa sanoa tai paikalla ei ole heille väliä. Naiset, joilla oli omalääkäri ja/tai hoitaja valitsivat muita useammin mieluisimmaksi paikaksi terveyskeskuksen (joko erillisenä neuvolana tai muuten) (Taulukko 5).

Laaja-alainen malli sai alle puolelta naisista kannatusta lääkärin valintaan liittyen. Naisista 41 % ilmoitti, että he kävisivät mieluiten raskauden ehkäisyyn liittyvissä kysymyksissä saman lääkärin luona, jonka luona he käyvät muidenkin vaivojen takia. Tätä selvästi pienem-

Taulukko 4.

Raskauden ehkäisyyn liittyvän viimeisimmän vastaanottokäynnin paikka
(% naisista, jotka joskus käyttäneet terveyspalveluja raskauden ehkäisyyn liittyen)

Käyntipaikka	%
Terveyskeskus	48
Ehkäisyneuvola	(12)
Äitiysneuvolan yhteydessä oleva ehkäisyneuvola	(22)
Muu terveyskeskuslääkärin vastaanotto	(14)
Yksityinen lääkäriasema	33
Opiskelijaterveydenhuolto	8
Sairaalan poliklinikka	5
Työterveysasema	2
Muu	4
Yhteensä	100
N	1832

Taulukko 5.

Naisille nimetyn terveyskeskuksessa työskentelevän omalääkärin ja omahoitajan yhteys
naisten raskauden ehkäisyyn liittyvään terveyspalvelujen käyttöön ja mielipiteisiin
[logistinen regressio, OR ja 95 % luottamusväli (CI)].

	%	OR	95% CI
<i>Viimeisin raskauden ehkäisyyn liittyvä käynti terveyskeskuksessa¹⁾</i>			
Omalääkäri			
Ei	44	ref.	
Kyllä	63	2.09	1.67-2.61
Omahoitaja			
Ei	46	ref.	
Kyllä	63	1.67	1.30-2.15
<i>Käy mieluiten terveyskeskuksessa raskauden ehkäisyasioissa²⁾</i>			
Omalääkäri			
Ei	36	ref.	
Kyllä	46	1.59	1.27-1.99
Omahoitaja			
Ei	36	ref.	
Kyllä	50	1.54	1.19-1.98
<i>Käy mieluiten samalla lääkäriellä raskauden ehkäisyasioissa kuin muutenkin³⁾</i>			
Omalääkäri			
Ei	40	ref.	
Kyllä	43	1.07	0.86-1.32
Omahoitaja			
Ei	39	ref.	
Kyllä	46	1.15	0.90-1.47
<i>Kannattaa erillisiä ehkäisy- ja äitiysneuvoloita⁴⁾</i>			
Omalääkäri			
Ei	27	ref.	
Kyllä	32	1.23	0.99-1.55
Omahoitaja			
Ei	28	ref.	
Kyllä	29	1.03	0.79-1.35
<i>Kannattaa erikoistuneita hoitajia ehkäisy- ja äitiysneuvoloissa⁵⁾</i>			
Omalääkäri			
Ei	79	ref.	
Kyllä	83	1.26	0.96-1.65
Omahoitaja			
Ei	81	ref.	
Kyllä	76	0.63	0.47-0.84

¹⁾ ja ²⁾ Asuinpaikka (lääni ja kuntatyyppi), synnytysten määrä, koulutus ja ikä vakioituna.

³⁾ Synnytysten määrä ja koulutus vakioituna.

⁴⁾ Asuinpaikka (kuntatyyppi), koulutus ja ikä vakioituna.

⁵⁾ Synnytysten määrä, koulutus ja ikä vakioituna.

pi osuus naisista (28%) valitsisi mieluiten jonkun toisen lääkärin, 23% ilmoitti, että lääkärin tuttuudella ei ole merkitystä ja 8% ei osannut sanoa. Omalääkärillä tai omahoitajalla ei ollut yhteyttä näihin mielipiteisiin (Taulukko 5).

Paras tapa hoitaa raskauden ehkäisyyn ja raskauden seurantaan liittyvät asiat oli naisten mielestä ainakin jossain määrin eriytynyt malli eli yhdistetty ehkäisy- ja äitiysneuvola (49%) tai kokonaan erilliset neuvolat (29%). Vain 12% naisista piti parhaana tapana laaja-alaista mallia eli raskauden ehkäisyyn ja raskauden seurantaan liittyvien asioiden yhdistämistä muuhun terveyskeskuksen lääkärin vastaanotto toimintaan. Loput naisista eivät osanneet sanoa mielihpidettään (7%) tai heillä oli muita ehdotuksia (3%). Naiset, joilla oli omalääkäri valitsivat hieman useammin erilliset neuvolat parhaaksi tavaksi (Taulukko 5), mutta ero ei ollut tilastollisesti merkitsevä.

Eriytynyt malli sai naisilta kannatusta myös terveydenhoitajan tai kättilön valintaan liittyen. Useimmat naiset (79%) pitivät parhaana vaihtoehtona raskauden ehkäisyyn ja äitiysneuvolatyöhön keskittyneitä (erikoistuneita) terveydenhoitajia tai kättilöitä. Vain 12% piti parhaana samaa terveydenhoitajaa, jonka luona käy muidenkin terveyteensä liittyvien kysymysten takia, 7% ei osannut sanoa ja 2% esitti muita ehdotuksia (esim. vain lääkäreitä tai gynekologeja). Naiset, joilla oli terveyskeskuksessa omahoitaja, kannattivat hieman muita harvemmin erikoistuneita hoitajia (Taulukko 5).

POHDINTA

Naiset, joilla oli omalääkäri ja/tai omahoitaja terveyskeskuksessa, olivat käyneet ja myös ilmoittivat mieluiten käyvänsä terveyskeskuksessa raskauden ehkäisyyn liittyvissä asioissa useammin kuin naiset, joilla ei ollut omalääkärinä tai -hoitajaa. Tästä aineistosta ei ole mahdollista eritellä liittykö tämän siihen, että näillä naisilla oli positiiviseksi koettu hoitosuhde omalääkärini tai hoitajaan vai siitä, että nämä naiset olivat muutenkin tottuneet käyttämään ensisijassa terveyskeskuspalveluja. Aiemmissä tutkimuksissa (mm. Aro ym. 1992, Häkkinen 1991) terveyspalvelujen käytössä on havaittu varsin selviä sosiaaliryhmittäisiä eroja. Parempituloiset ja pidemmälle koulutetut suosivat yksityislääkä-

ripalveluja. Tämä vaikuttaa myös väestövastuisten palvelujen kehittämiseen. Vaikka tietyn maantieteellisen alueen koko väestölle nimetään omalääkäri ja -hoitaja, varsinaista hoitosuhdetta ei muodostu (sitä ei tarvita tai haluta), jos esimerkiksi käytetään ensisijaisesti työterveyshuollon palveluja, yksityislääkäripalveluja tai jos terveyspalveluja tarvitaan vain satunnaisesti (vrt. Koponen ym. 1996).

Jos raskauden ehkäisyneuvontaa ei ollut kunnassa järjestetty kokonaan eriytyneesti, nämä palvelut oli usein yhdistetty äitiysneuvolaan. Tämä tapa järjestää palvelut vastasi hyvin naisten mielipiteitä. Kun väestövastuista perusterveydenhuoltoa kehitetään, äitiyshuollon ja raskauden ehkäisyneuvonnan asema osana laaja-alaisia perusterveydenhuollon palveluja voidaan kyseenalaistaa, sillä varsinkin suurissa kaupungeissa käytetään monenlaisia palveluja. Pitäisikö näistä palveluista vastata perusterveydenhuollon vai erikoissairaanhoidon, yleislääkärin, terveydenhoitajien, gynekologien vai kättilöiden? Raskauden ehkäisyyn liittyvissä terveyspalveluissa yksityisten gynekologien osuus (Hemminki ym. 1997) ja äitiyshuollossa sairaaloiden äitiyspoliikklinikoiden osuus (Hemminki ym. 1990) ovat merkittäviä.

Aiemmat tutkimukset osoittavat, että naiset toivovat naispuolista lääkärinä raskauden ehkäisyyn liittyvissä asioissa (Selman ja Calder 1994, Brooks & Phillips 1996, Hemminki ym. 1998). Väestövastuisessa järjestelmässä naislääkärin valinta ei ole aina mahdollista. Tutkimuksesamme ei kysytty omalääkärin sukupuolta. Analyyseissa omalääkärin ja omahoitajan yhteys naisten mielipiteisiin ei ollut selvä, vaan näillä muuttujilla oli heikko selitysvaima mal-leissa.

Terveyskeskuspalvelujen määrittäminen alueellisesti ja laaja-alaisesti organisoiduiksi tai eriytyneiksi ei ole yksiselitteistä. Käyttämillämme indikaattoreilla arvioituna terveyskeskuspalveluja oli kehitetty laaja-alaisemmiksi. Enemmistöllä kyselyymme vastanneista naisista ei ollut kuitenkaan kokemusta laaja-alaisista palveluista ja he kannattivat erikoistumista. Voidaan olettaa, että laaja-alaiset, hyvän hoidon jatkuvuuden takaavat omalääkärin ja omahoitajien palvelut ovat tärkeimpiä naisille, joilla on monia ongelmia terveydessään, perhetilanteessaan ja

laajemmin elämäntilanteessaan. Tämän vähemmistöryhmän erityistarpeet eivät tule esiin laajassa väestötutkimuksessa. Perusterveydenhuollon laaja-alaisuuteen ja erikoistumiseen liittyvät kysymykset edellyttävät jatkotutkimuksia ns. moniongelmaisten asiakkaiden näkökulmasta. Laaja-alaisuus raskauden ehkäisyyn liittyvissä palveluissa voisi merkitä esimerkiksi näiden palvelujen tarkastelua terveyskeskuksissa osana lisääntymis- ja seksuaaliterveyspalvelujen kokonaisuutta tai osana kaikkia väestövastuualueen terveyspalveluja.

Tutkimuksessamme havaittu kuntakoon yhteys palvelujen järjestämistapaan osoittaa väestövastuisten palvelujen organisoinnin käsitteellistä epäselvyyttä. Sosiaali- ja terveystoimen johtajien ilmoituksen mukaan palvelut oli järjestetty eriytyneesti useammin pienemmissä ja vastaa-

vasti alueellisesti useammin suuremmissä kunnissa. Tämä liittyy todennäköisesti alueellistamisen monimuotoisuuteen. Rajasimme palvelujen organisointitavan kuvauksen ulkopuolelle pienet kunnat, joissa väestövastuualue on koko kunta eikä alueellistaminen siis koske näitä kuntia. Näissä pienissä kunnissa terveyskeskuspalvelut on perinteisesti järjestetty laaja-alaisesti (vrt. Kokko 1997). Suurten kaupunkien väestövastuualueet voivat kooltaan vastata pienempien kuntien koko väestöä. Alueellisuus voi merkitä väestöpohjaltaan laajaa kaupunginosaa tai pientä kyläyhteisöä. Jatkotutkimuksissa väestövastuista toimintaa on tarkasteltava eritellymmin useilla indikaattoreilla mitattuna. Indikaattorien tulisi kuvata sekä toiminnan alueellista järjestämistä että palvelujen laaja-alaisuutta ja mahdollista työntekijöiden erikoistumista.

Koponen P, Sihvo S, Hemminki E, Kosunen E, Kokko S. Family planning services in Finnish health centres - organisation and women's opinions of services. *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti - Journal of Social Medicine* 1998;35:220-228

The aim of this study was to give a descriptive cross-sectional picture of the organisation of family planning services in Finnish health centres and to survey women's opinions and use of these services. The first data set was collected by questionnaire and supplementary telephone interviews with health care authorities in all municipalities with over 5000 citizens (N=185). The second data set was a part of a survey (74 % response rate) to a random sample of Finnish women aged 18-44 years (N=2189). Chi-square tests and logistic regression were used in the statistical analyses. Most (73 %) municipalities provided family planning services through clinics run by physicians and nurses with some specialisation in these services. In 27 % of the

municipalities family planning was part of the comprehensive services provided by "personal" doctors and nurses. In their opinions most women preferred combined family planning and maternity health clinics or separate clinics rather than integrating reproductive and other primary health care services. Women who had personal doctors and nurses in their local health centre chose to use family planning services in health centres rather than private services more often than women without these personal professionals. There was a transition towards more comprehensive services within the health centres while most women had no experience with these comprehensive services and they preferred specialised reproductive services.

KIRJALLISUUS

Aro S, Byckling T, Häkkinen U, Notkola V, Ollila J-P. Suomalaisen aikuisväestön terveyspalvelujen käyttö ja terveydentila 1991. Sosiaali- ja terveyshallitus, Raportteja 70, Helsinki 1992.

Aro S, Liukko M (toim). VPK Väestövastuisten perusterveydenhuollon kokcilur 1989-1992. Mikä muuttui? Stakes Raportteja 105, Helsinki 1993.

Aro S, Perttilä K, Maljanen T, Liukko M. Primary health care in Finland: Experiences from demonstration projects. Teoksessa Alban A, Christiansen T (eds.) *The Nordic Lights. New Initiatives in Health Care Systems*. Odense: Odense University Press 1995: 165-177.

Brooks F, Phillips D. Do women want health workers? Women's views of the primary health care service. *J Adv Nurs* 1996;23(6): 1207-11.

Hemminki E, Malin M, Kojo-Austin H. Prenatal care in Finland: From primary to tertiary health care? *Int J Health Serv* 1990;20(2):221-232.

Hemminki E, Sihvo S, Koponen P, Kosunen E. Quality of contraceptive services in Finland. *Qual Health Care* 1997;6:62-68.

Hemminki E, Sihvo S, Forssas E, Koponen P, Kosunen E, Perälä M-L. The role of gynecologists in women's health care - Women's views. *Int J Qual Health Care* 1998;10:59-64.

- Häkkinen U. Terveyden ja terveystalvelujen tarpeenmukaisen käytön tasa-arvo Suomessa. Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti 1991;28:283-297.
- Kokko S. Kunnallisten sosiaali- ja terveystalveluiden muuttuvat organisointitavat. Teoksessa: Uusitalo H, Staff M (eds.) Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsaus. Raportteja 214. Helsinki: Stakes, 1997: 49-71.
- Koponen P. Community nursing in Finland: The division of fields of activity and patterns of care. Scand J Caring Sci 1995;9:203-208.
- Koponen P, Oksanen H, Perttilä K, Aro S. Population views on access to community nursing services in Finland. J Adv Nurs 1996;24:727-735.
- Lääkintöhallitus 1972: Ohjeita kansanterveyslain edellyttämästä raskauden ehkäisyneuvonnasta. Ohjekirje Dno 10868/09/72.
- Lääkintöhallitus 1982: Ohjeet raskauden ehkäisyneuvonnasta. Ohjekirje Dno 2346/02/82.
- Poikajärvi K, Mäkelä M. Seksuaaliterveystalvelut puntarissa. Onko neuvolajärjestelmää uudistettava? Stakes, Aiheita 32/1998, Helsinki.
- Selman P, Calder J. Family planning. Women's choices. Nursing Times 1994; 90: 48-50.
- Sihvo S, Hemminki E, Koponen P, Kosunen E, Malin-Siverio M, Perälä M-L, Räikkönen O. Raskaudenehkäisy ja terveystalveluiden käyttö. Tuloksia väestöpohjaisesta tutkimuksesta 1994. Stakes Aiheita 27/1995.
- Sihvo S, Koponen P. (toim): Perhe-suunnittelusta lisääntymisterveyteen. Talvelujen käyttö ja kehittämistarpeet. Stakes Raportteja 220, Helsinki 1998.
- Stakes 1994. Perhe-suunnittelutalvelujen kehittäminen vuoteen 2000. Stakes, Aiheita 3/1994, Helsinki.

PAIVIKKI KOPONEN

TtT

Kansanterveyslaitos

SINIKKA SIHVO

THM

Terveydenhuollon tutkimusyksikkö

ELINA HEMMINKI

LKT

Terveydenhuollon tutkimusyksikkö

Stakes

KOSUNEN ELISE

LT

Lääketieteen laitos

Tampereen yliopisto

SIMO KOKKO

LKT

Talvelut ja laatu yksikkö

Stakes